

NOSO-NEWS

Bulletin du C.CLIN-Ouest. Juin 2001. N° 20

Centre de Coordination Interrégional de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
Bretagne, Centre, Basse-Normandie, Pays de la Loire, St Pierre-et-Miquelon

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| ENQUETE DE PREVALENCE 2001 : QUELLES LEÇONS ? | 1 |
| PORTAGE NASAL DE <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> A L'OUVERTURE D'UNE UNITE DE LONG SEJOUR | 2 |
| 134° C A L'OMBRE : L'ETE SERA CHAUD | 4 |
| S.I.L.P.S. (SOINS INFIRMIERS INDIVIDUALISES A LA PERSONNE SOIGNEE) ET INFECTIONS NOSOCOMIALES | 6 |
| CREATION DU RECHI: RESEAU DES CORRESPONDANTS EN HYGIENE HOSPITALIERE DE L'INDRE | 8 |
| POLITIQUE REGIONALE | 10 |
| UNE HISTOIRE DE GANTS | 11 |
| EAU DE JAVEL | 11 |
| TEXTES REGLEMENTAIRES | 12 |
| REFERENTIELS PARUS | 13 |
| AGENDA | 13 |

ENQUETE DE PREVALENCE 2001 : quelles leçons ?

L'enquête de Prévalence 2001 est donc terminée et doit être en phase de saisie et d'exploitation. Quelle leçon peut-on en tirer début juillet 2001 ?

La participation, dans l'Inter-région Ouest, même si elle n'est pas quantifiée à l'heure actuelle, a été large et massive. Certains établissements de santé n'ont pas pu participer par manque de moyens ou ont estimé avoir été prévenus trop tard... D'autres, dans le cadre de contentieux avec leurs directions, ont refusé de la faire... Enfin, quelques établissements avaient déjà réalisé une enquête de Prévalence avant mai 2001...

L'avis général sur le fond et la présentation de l'enquête a été favorable et la réalisation de l'enquête a été jugée relativement facile par beaucoup de nos correspondants. Naturellement, des remarques et des critiques ont été avancées. Parmi elles, des manques d'items tels que « ventilation assistée » qui a gêné les réanimateurs, le score de Mac Cabe qui a posé problème, la réalisation de bandelettes urinaires en cas de sonde urinaire, les difficultés à coder certaines situations comme les infections d'escarres, les antibiotiques en cas d'aplasie fébrile, les épisiotomies ou certains types d'actes.... Enfin, le rôle pédagogique a été relevé par les acteurs d'hygiène qui ont réalisé leur première enquête de Prévalence.

Quelles suites vont être données ? Si la plupart des établissements qui ont effectué analyse et saisie sur place connaissent déjà leurs résultats, les résultats de chaque établissement et l'ensemble des résultats régionaux et inter-régionaux seront disponibles fin août. Au plan national, c'est au mois de Novembre que seront connus les données.

Pourra-t-on comparer avec l'enquête de 1996 ? Les définitions ont été semblables mais le recueil a été fait pour chaque patient, alors qu'en 1996, les données étaient recueillies par service. La tentation sera donc grande même si elle sera peu légitime... De plus, il est possible que l'expérience aidant, la recherche d'infections nosocomiales aura été plus fructueuse....

Y aura-t-il d'autres enquêtes de ce type en 2006 ? Sans doute non, car ce type d'enquêtes a atteint ses limites dans le domaine de la notion de séjour hospitalier... En effet, il est probable que la notion de séjour devienne de plus en plus floue et variable : les patients sont hospitalisés une seule journée ou sont absents le week-end ou sortent à tout moment de la journée... Dans ces conditions, une infection nosocomiale peut apparaître au domicile ou n'importe quelle autre structure de soins... Une enquête un jour donné n'aurait donc de sens désormais que dans la mesure où une infection nosocomiale deviendrait une infection liée aux soins ; dans ce cas, la participation de tous les acteurs de soins serait nécessaire un jour donné, structures de tous types, ambulatoires en particulier, y compris les médecins de ville...

Bernard Branger, C.CLIN-Ouest, Rennes

PORTAGE NASAL DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* A L'OUVERTURE D'UNE UNITE DE LONG SEJOUR

But et méthodes

Une nouvelle unité de long séjour s'est ouverte le 31/01/01 en périphérie Rennaise. L'objectif de notre étude a été d'évaluer le portage nasal de *Staphylococcus aureus* dans une unité de Long Séjour récemment ouverte et de répertorier tous les phénotypes de résistance aux antibiotiques des *Staphylococcus aureus*. Un prélèvement dans chaque narine a été systématiquement réalisé chez chacun des 83 patients transférés.

Résultats

Parmi les 83 patients transférés dans la nouvelle unité de long séjour, 50 (60%) sont des femmes et 33 (40%) des hommes. La moyenne d'âge globale se situe à 75,7 ans. En ce qui concerne la provenance des patients : 41 (49%) proviennent d'une unité de géronto-

psychiatrie, 34 (41%) d'une unité de psychiatrie adulte, 8 (10%) d'une unité de long séjour. Au total, 164 prélèvements nasaux (narine gauche et droite) ont été réalisés à l'aide d'un simple écouvillon et ensemencés directement sur une gélose 'Chapman mannité', milieu de culture spécifique des staphylocoques. A l'issue de l'incubation à 37°C pendant 24h, toutes les géloses ont été examinées.

Les critères de positivité et de négativité pour les prélèvements étaient les suivants :

- Un prélèvement est considéré négatif lorsqu'aucune pousse bactérienne n'est identifiée; dans ce cas, l'absence de colonie empêche l'acidification du mannitol contenu dans le milieu et inhibe le virage au jaune de la gélose initialement rouge.
- Si au contraire des colonies se développent sur le milieu et s'entourent d'un halo jaune correspondant à l'acidification du mannitol, on suspecte un prélèvement positif à *Staphylococcus aureus* qu'il suffit de confirmer par la réalisation d'un test simple d'agglutination; celui-ci permet la détection simultanée du facteur d'affinité pour le fibrinogène, de la protéine A et d'un antigène de groupe lié aux structures périphériques spécifiques de *Staphylococcus aureus*.

40 prélèvements ont été considérés comme positifs (24.4 %). Sur chacun des 40 prélèvements positifs a ensuite été réalisé un antibiogramme par la méthode habituelle de diffusion sur milieu gélosé de Mueller-Hinton; 12 molécules d'antibiotiques ont été testées : oxacilline, kanamycine (K), tobramycine (T), gentamycine (G), erythromycine (Ery), lincomycine (Linc), pristnamycine (Pri), sulfamides (Sxt), acide fusidique (FA), fosfomycine (Fos), péfloxacin (Pef) et vancomycine (Van)

D'après les phénotypes de résistance des *S. aureus*, 3 groupes ont pu être dégagés : 2 souches de *S.aureus* résistants à la méticilline (SARM), 31 souches de *S.aureus* sensibles à la méticilline (SASM), 3 souches de SASM dont le phénotype particulier serait à rapprocher des SARM.

Dans le premier groupe, on retrouve des souches résistantes à la méticilline isolées chez 2 patients provenant de la même unité de psychiatrie adulte. Leur phénotype (Tableau 1) correspond à un phénotype gentamicine sensible majoritairement isolé en France.

Tableau I : Phénotype de résistance aux antibiotiques des 2 SARM

| N | % | K | T | G | Ery | Linc | Pri | Sxt | FA | Fos | Pef | Van |
|---|---|---|---|---|-----|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 2 | 5 | R | R | S | R | R | S | S | S | R | R | S |

Le second groupe, sensible à l'oxacilline est majoritaire (87.5%).

Tableau II : Phénotype de résistance aux antibiotiques des SASM

| N | % | K | T | G | Ery | Linc | Pri | Sxt | FA | Fos | Pef | Van |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------|-------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| 31 | 77.5 | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S |
| 3 | 7.5 | S | S | S | R | S | S | S | S | S | S | S |
| 1 | 2.5 | S | S | S | S | R | S | S | S | S | S | S |

Dans le dernier groupe, on retrouve 3 souches de SASM dont le phénotype pourrait correspondre à celui évoqué dans notre premier groupe et, qui aurait perdu la résistance à la méticilline et aux aminosides. En effet la résistance couplée aux fluoroquinolones et aux macrolides est rarissime chez les souches SASM naïves, elle est par contre pratiquement la règle pour les souches de SARM avec instabilité du gène *mecA*.

Cette hypothèse doit être vérifiée à l'aide d'un marqueur : la résistance à la spectinomycine

Tableau III : Phénotype particulier de résistance aux antibiotiques de 3 SAMS

| N | % | K | T | G | Ery | Linc | Pri | Sxt | FA | Fos | Pef | Van |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------|-------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| 3 | 7.5 | S | S | S | R | R | S | S | S | S/R | R | S |

Au total, notre étude permet d'isoler un pourcentage modéré de souches résistantes à la méticilline (12.5%) en accord avec une structure psychiatrique comme la nôtre. Ce travail constitue la première partie d'une étude. En effet, nous souhaitons renouveler l'évaluation du portage nasal de *S.aureus* après 6 mois d'ouverture pour étudier l'évolution des résistances de ce germe face aux antibiotiques.

Anne CORITON , Claudine LE GARZIC, CH Guillaume Régnier - Rennes

134° C A L'OMBRE : L'ETE SERA CHAUD

L'année 2001 pourrait bien se révéler l'Odyssée de la stérilisation. En ce contexte de nouveau millénaire, la formule à connotation futuriste a largement été consacrée à d'autres domaines. C'est peut être dans la stérilisation qu'elle trouve son attribut le plus approprié tant la déferlante de référentiels législatifs, réglementaires, normatifs ou professionnels nous plonge en pleine science-fiction, dans un univers étrange peuplé d'inquiétants autoclaves à déplacement de gravité !

Le plan national de contrôle des activités de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux qui s'est déroulé de 1998 à 2000 portait déjà les prémices de cette épopée dont la norme NF EN ISO 14937 sur la stérilisation des produits de santé, la circulaire n° 138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels ou encore le projet de décret relatif aux systèmes permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux et le projet d'arrêté relatif à la stérilisation des dispositifs médicaux, renforcent le caractère homérique.

Un premier bilan du plan de contrôle en matière de sécurité sanitaire des activités de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux a été dressé début 2001 par la cellule infections nosocomiales DHOS/E2 du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Il porte sur 22 régions soit un total de 1272 établissements de santé publics et privés. Dans 17 de ces régions, 12 suspensions de l'activité de stérilisation et 65 arrêts définitifs ont été prononcés. Des améliorations ont été constatées entre les premières inspections et la fin du plan de contrôle. Ainsi, le nombre d'établissements de santé présentant des défauts majeurs a été divisé par deux et celui des établissements présentant un défaut critique par quatre. Les améliorations ont notamment porté sur la mise en place d'un système qualité, l'identification du pharmacien comme responsable de l'activité, l'instauration de mesures de prévention vis-à-vis des agents transmissibles non conventionnels ou encore la diminution de pratiques à risques telles que la désinfection de dispositifs médicaux stérilisables ou la réutilisation de dispositifs médicaux à usage unique. En complément de ces progrès, des mesures correctives doivent être apportées aux dysfonctionnements concernant l'inadéquation des locaux soit près d'un établissement sur deux, la formation des personnels ou encore la validation des cycles de stérilisation.

La norme **NF EN ISO 14937 de mars 2001** sur la stérilisation des produits de santé présente les exigences générales pour la caractérisation d'un agent stérilisant et pour le développement, la validation et la vérification de routine d'un processus de stérilisation pour dispositifs médicaux. Elle concerne à la fois les fabricants de stérilisateur, les fabricants de dispositifs médicaux et les structures de santé. Les exigences décrites doivent permettre de démontrer qu'un procédé destiné à stériliser des dispositifs médicaux possède l'activité microbicide appropriée et que celle-ci est fiable et reproductible. Elle offre ainsi un cadre structuré aux procédés de stérilisation autres que "conventionnels". Mais si elle comble un vide normatif pour le procédé par gaz plasma notamment, elle ne s'en applique pas moins à la stérilisation par la vapeur d'eau ou par l'oxyde d'éthylène dans la mesure où les normes EN 554 et 550 ne comportent pas d'exigences détaillées relatives à l'assurance qualité.

L'assurance qualité, déjà fortement encadrée par la circulaire du 20 octobre 1997 et le contexte d'accréditation des établissements de santé, sera bien le fer de lance de l'Odyssée de la stérilisation dans la mesure où deux textes vont l'inscrire dans un cadre législatif. Un projet de décret confiera aux établissements le soin de désigner un responsable, autre qu'un agent de la pharmacie à usage intérieur, chargé d'élaborer le système qualité en respectant les référentiels mentionnés dans le projet d'arrêté correspondant. Parmi ces référentiels, les normes côtoyant les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière ne sont autres que celles mentionnées précédemment...!

Il fait de plus en plus chaud... Bienvenue dans la spirale infernale !

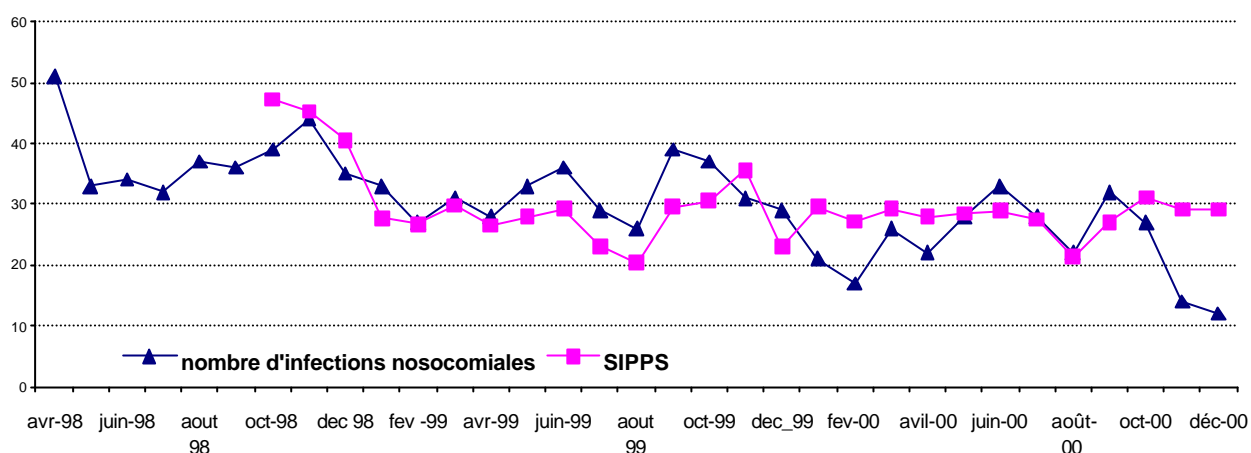
Isabelle DELATTRE-MAILLOT, pharmacien hygiéniste, C.CLIN-Ouest , Rennes

S.I.I.P.S. (SOINS INFIRMIERS INDIVIDUALISES A LA PERSONNE SOIGNEE) ET INFECTIONS NOSOCOMIALES

La prévention des infections nosocomiales n'est possible que si les acteurs de soins appliquent au quotidien les mesures de prévention préconisées par le CLIN. Une charge de travail excédentaire peut être à l'origine de difficultés d'application des mesures de prévention ; cela a été largement étudié pour le lavage des mains et a été la base de la réflexion entourant l'usage des solutions hydroalcooliques.

Le SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) est un score permettant d'apprécier en partie la charge de travail des infirmiers (ères). Il fait l'objet d'une cotation quotidienne par les infirmiers (ères) au moment des transmissions, le dossier de soins informatisé ne pouvant être clôturé que lorsque le score SIIPS est calculé. La synthèse est effectuée chaque mois par les cadres infirmiers de notre établissement. Il est donc tentant de comparer nombre d'infections nosocomiales (infections urinaires, infections sur cathéters périphériques et centraux, infections du site opératoire, bactériémies nosocomiales, pneumopathies) et SIPPS (figure 1).

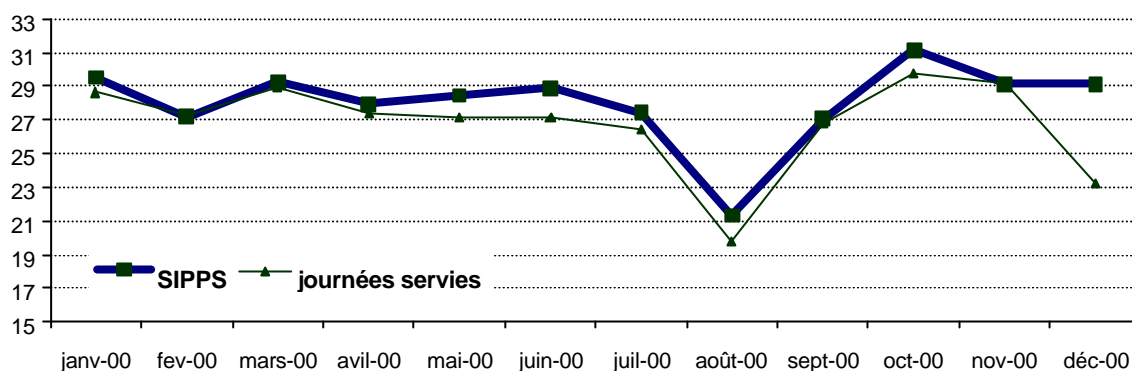
Figure 1 : Comparaison du SIPPS et du nombre d'infections nosocomiales



Depuis la fin de l'année 1998 charge de travail et infections nosocomiales ont toujours évolué selon la même tendance. Depuis janvier 2000, les deux courbes évoluent indépendamment l'une de l'autre alors que le mode de calcul du SIPPS et le mode de recueil des infections nosocomiales n'ont pas été modifiés. La période d'été est le seul moment où elles évoluent dans le même sens ce qui tend à démontrer que la diminution des infections est liée à une amélioration de l'état sanitaire et non à une sous-déclaration des infections. Cette date correspond à une période de communication agressive du CLIN pour promouvoir des actions de prévention auprès du corps médical et des infirmiers (ères). L'infirmière hygiéniste a bénéficié de temps réellement dévolu à cette activité. Sont à l'origine de cette amélioration la réalisation d'enquêtes de pratique dans le cadre de la démarche qualité ISO 9002, la promotion des modifications de pratique comme la limitation de la durée des cathétérismes vésicaux ou le changement systématique des cathéters périphériques après 48 à 72 heures de perfusion .

L'augmentation d'activité enregistrée cette année se matérialise par une augmentation du nombre de journées servies avec lesquelles les SIIPS évoluent de façon concordante (figure 2).

Figure 2 : Comparaison du SIPPS et de journées servies



Elle n'est pas un handicap pour le CLIN à partir du moment où l'équipe opérationnelle en hygiène travaille effectivement dans les services de soins et au bloc opératoire pour promouvoir les actions de prévention..

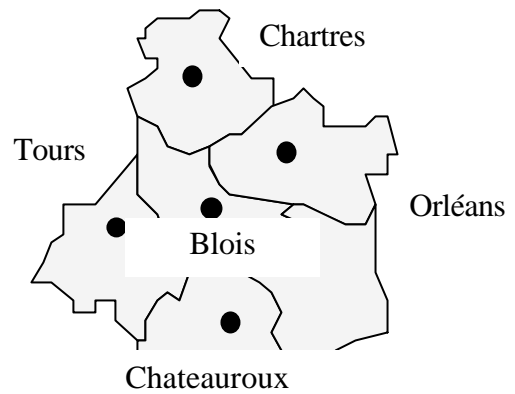
Dr Pascal GRISON, Clinique St Charles, la Roche-sur-Yon

CREATION DU RECHI : RESEAU DES CORRESPONDANTS EN HYGIENE HOSPITALIERE DE L'INDRE.

L'Indre est un département (36) de la Région Centre Val de Loir. Outre Châteauroux, le chef lieu du département, on y compte trois autres chefs lieu d'arrondissement (Le Blanc, La Châtre, Issoudun), 26 cantons et 247 communes. L'Indre a une superficie de 6 791 km² et compte 231 139 habitants. Il est entouré des départements de l'Indre-et-Loire, de la Vienne, de la Haute Vienne, de la Creuse, du Cher et du Loir-et-Cher. Il compte quatre centres hospitaliers publics (Châteauroux, Le Blanc, La Châtre, Issoudun), cinq hôpitaux locaux publics (Châtillon sur Indre, Levroux, Valençay, Buzançais, Centre départemental Saint-Denis les Grands Chênes), des Centres psychothérapeutiques et des maisons de retraite médicalisées ou non.

Les établissements de santé (EDS) publics du département sont organisés en communauté d'établissements sanitaires. La lutte contre les infections nosocomiales, dans ces établissements, est coordonnée par un praticien hospitalier hygiéniste départemental. Ce praticien, basé au CH de Châteauroux, est non seulement responsable de Blois l'équipe départementale opérationnelle d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales (EOH), mais aussi responsable du service départemental d'hygiène et épidémiologie de l'Indre (SDHEI).

Pour une plus grande cohésion et une communication plus fonctionnelle dans la lutte contre les infections nosocomiales, le RÉCHI, réseau des correspondants en hygiène hospitalière de l'Indre, a été créé dès octobre 2000. Ce réseau, composé au départ des correspondants en hygiène des établissements de la communauté d'établissements sanitaires, est ouvert à tous les autres correspondants en hygiène hospitalière de



INDRE (36)

l'Indre. Ses objectifs sont de dynamiser l'hygiène hospitalière et de vulgariser la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales dans le département en collaboration étroite avec le SDHEI, l'EOH, les différents CLIN, le relais d'hygiène hospitalière du Centre et le C.CLIN-Ouest. Les correspondants en hygiène du RÉCHI permettent de relayer la mise en œuvre des programmes d'action de prévention et de surveillance des infections nosocomiales. Ils participent à la diffusion des informations aux personnels et à l'EOH, à la surveillance et au signalement d'événements inhabituels ou sévères, ainsi qu'à l'évaluation des pratiques et des moyens. Les profils retenus des correspondants en hygiène hospitalière dans les EDS du département et dans le RÉCHI tiennent compte du souci d'étendre l'hygiène à tous les secteurs de la vie de ces EDS. La désignation des correspondants en hygiène hospitalière du réseau est du ressort du CLIN local sur proposition de l'EOH, des cadres de santé des services de soins ou des responsables des autres secteurs concernés. Ces correspondants sont conviés, tous les deux mois à une séance de formation en hygiène hospitalière et dans le domaine de la gestion des risques en milieu hospitalier dont le sujet est prédéfini.

Dr Crespin C. ADJIDÉ, SDHEI et RÉCHI, CH de Châteauroux

N.B. Dans le cadre des créations de réseaux locaux, on peut également signaler le **CORHYLIN**, réseau de 12 établissements dans la région de Chateaubriant (44) créé le 18 mai 2000. L'acronyme signifie : *Au Cœur de l'Ouest un Réseau d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales*. Ce réseau réunit les établissements de santé suivants (1863 lits) : clinique Ste Marie et CH de Chateaubriant, CH de Fougeray, les hôpitaux locaux de Candé, de la Guerche, de Nozay, de Plessé, de Pouancé, la maison de convalescence du Gavre et les maisons de retraite de Issé, Ligné et Nort-sur-Edre. Fait à signaler, les établissements sont répartis sur deux régions et 3 départements.

POLITIQUE REGIONALE

Trois agences régionales d'hospitalisation (ARH) ont reçu une délégation du Conseil Scientifique et des relais régionaux : Centre (Tours le 28 mars 2001), Pays de la Loire (Nantes le 3 mai 2001), Basse-Normandie (Caen le 11 mai 2001). La rencontre avec l'ARH de Bretagne est prévue en août. Les directeurs d'agence sont tous conscients de l'importance de la lutte contre les infections nosocomiales et les organisations régionales sont toutes différentes :

- dans deux régions (Basse-Normandie et Centre), à partir de la subvention de 200 000 F versée par le C.CLIN-Ouest à partir de 1997, les ARH ont complété aux alentours de 500 000 F pour permettre la création d'une coordination régionale. Cette organisation permet de mettre en place une politique de coordination avec surveillances, formations courtes ou longues, travail en réseau... De plus, le secteur sanitaire (organisé le plus souvent sur les départements) constitue le pivot de l'analyse des besoins et de l'attribution de moyens, même si on ne parle pas encore de rapport d'activités de secteur sanitaire. Les ARH sont en train de mettre à plat tous les moyens attribués depuis 4 ans et se proposent de mesurer, avec l'aide des relais régionaux, des indicateurs d'activités et même de résultats.

- dans deux autres régions (Pays de la Loire et Bretagne), la subvention de 200 000 F n'a pas été complétée empêchant la création d'une unité de coordination régionale spécifique à la région. Dans ces conditions, la formation sur une journée ou demi-journée est la base du travail régional. La création d'une coordination régionale a été soutenue en Pays de la Loire par le directeur de l'ARH ; là aussi, des indicateurs d'activités et de résultats sont sollicités pour évaluer les moyens attribués. Il faut dire que le recueil de ces indicateurs, outre la difficulté de la mesure, par exemple des taux d'infections nosocomiales, nécessite du temps et donc des moyens destinés à renforcer la coordination régionale.

Le Conseil Scientifique du C.CLIN-Ouest est en train d'élaborer une réflexion sur les objectifs, les moyens et l'évaluation des activités régionales en matière de lutte contre les infections nosocomiales. La base d'analyse est le secteur sanitaire, permettant la mise en commun de moyens correspondant aux ratios de la circulaire du 20 décembre 2000 (1 infirmière hygiéniste pour 400 lits et par tranche de 400, 1 praticien hygiéniste par 800 lits et par tranche de 800) et l'organisation d'équipes opérationnelles d'hygiène.

Bernard Branger, C.CLIN-Ouest, Rennes

UNE HISTOIRE DE GANTS

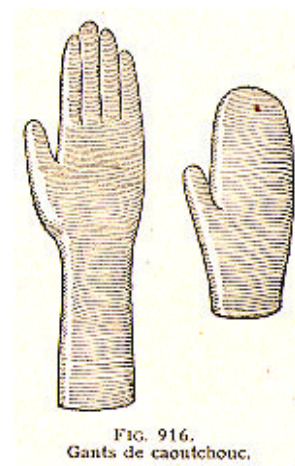
En 1889 le Chirurgien William HALSTED créa des gants de caoutchouc pour les chirurgiens. A la même époque, Edouard QUENU préconise le port de gants stériles pour opérer.

Voici ce que nous pouvons lire dans l'édition de 1925 du Larousse Médical Illustré :

« **Gants de caoutchouc** : les uns sont à doigts séparés et les autres à doigts réunis, sauf le pouce. La longueur du poignet est aussi assez différente. Les gants de caoutchouc sont employés

dans le traitement de *l'eczéma*, et par les chirurgiens pour opérer *aseptiquement* les malades.

Les médecins s'en servent pour toucher les lésions transmissibles (syphilis, peste). Oindre la main de glycérine pour l'introduire facilement. La désinfection en est obtenue par ébullition, mais celle-ci est faite souvent sans précaution, ce qui entraîne une destruction rapide. Il importe que le gant mis à bouillir soit au préalable rempli d'eau et isolé du fond du récipient par une épaisseur de toile. Il doit être plongé dans l'eau déjà bouillante. »...



Marie-Alix ERTZSCHEID, infirmière hygiéniste, C.CLIN-Ouest, Rennes

EAU DE JAVEL

Selon nos informations, l'eau de Javel va changer de composition et de présentation. De plus, au lieu de parler en degrés chlorométriques (°Cl), il sera conseillé de parler en % de chlore actif (en sachant que la correspondance entre ° Cl et % dépend de nombreux facteurs et n'est pas automatiquement en relation). Actuellement, l'eau de Javel en berlingot à 48° Cl est à 12.5 % et 1 litre reconstitué à 12° Cl est à 3.6 %.

Désormais, l'eau de Javel sera présentée en concentration moindre à 10 % environ et 1 litre aura une concentration à 2.5 % environ. La raison semble être la nouvelle réglementation des contenants de substances dangereuses qui nécessite une plus faible concentration pour garder le type d'emballage actuel. Une table de correspondance est disponible auprès de la chambre Syndicale d'Eau de Javel (125, bd Malesherbes, 75017 Paris, tel 01 40 54 79 98). Pour mémoire, le Dakin® est à 0.5 % et l'Amukine® est à 0.06 %.

L'équipe du C.CLIN-Ouest, Rennes

NOUVELLES DU C.CLIN-OUEST

- Documents parus : « **Hygiène en Psychiatrie** » et « **Hygiène en Pédiatrie** ». Ils ont été adressés aux membres des groupes de travail et aux présidents de CLIN concernés. Une demande supplémentaire peut être faite au C.CLIN-Ouest.
- **Isabelle DELATTRE** a été recrutée comme pharmacien hygiéniste (poste de praticien contractuel à 60 %) au C.CLIN-Ouest depuis le 1^{er} avril 2001. Elle a en charge plus particulièrement les problèmes d'environnement, et de désinfection/stérilisation dans le domaine de l'expertise et des formations.
- **Groupes de travail en cours** : le groupe « *Hygiène en pratique libérale infirmière* » est en cours, de même que le groupe « *Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées* » qui sera présenté au Conseil Scientifique prochain. Un groupe « *Hygiène en urologie* » va se réunir sous peu (annonce faite aux présidents de CLIN fin juin 2001). Les relais régionaux organisent également des groupes de travail ; les contacter pour plus de détails.
- **Maladie de Creutzfeldt-Jakob** : des fiches techniques vont être éditées sous peu par le C.CLIN-Ouest. Elles seront disponibles sur le site Web du C.CLIN-Ouest. En effet, les questions au sujet de cette circulaire ont été extrêmement nombreuses et certaines restent encore en suspens.
- **Nouvelles du site** : les résultats des surveillances des infections nosocomiales 2000 sont disponibles sur le site à partir de juillet 2001 <http://www.cclinouest.com>. De plus, une nouvelle rubrique « Communications » a été créée : elle contient les diapos de l'AG du 22 mars et les cours de B. Branger (Maladie de Creutzfeldt-Jacob , légionelloses...).
- A la suite des résolutions de l'assemblée générale du C.CLIN-Ouest du 22 mars 2001, le **Conseil Scientifique** a un **bureau** chargé de la préparation du Conseil Scientifique et du programme général . Sa composition est la suivante : M. Wiesel, président, P. Laudat, vice-président, et 4 représentants des relais régionaux.
- Le catalogue des **formations en hygiène hospitalière** peut être consulté sur le site du C.CLIN-Ouest <http://www.cclinouest.com> et sur le site de Nosobase <http://www.univ-lyon1.fr/LyonSud/nosobase/>.

TEXTES REGLEMENTAIRES

- **Circulaire n° 200/243 du 30 mai 2001 relative au bilan standardisé des activités de CLIN dans les établissements de santé** : le rapport d'activités doit être envoyé au plus tard à la fin du mois de juin 2001 sous un support informatique. Ce sont les DDASS qui sont chargées de recueillir les bilans et d'adresser à cette fin un programme de saisie sous EPI-

INFO. Ces rapports réunis en fichiers seront adressés aux DRASS avant la fin du mois de Septembre 2001 qui en dressera un bilan adressé aux DDASS, au C.CLIN et au ministère.

REFERENTIELS PARUS

- **Norme AFNOR NFX 30 500.** Emballages des déchets d'activités de soins : boîtes et minicollecteurs pour déchets perforants. **Norme AFNOR NFX 30 501.** Emballages des déchets d'activités de soins : sacs pour déchets mous à risques infectieux.
- **Liste positive des désinfectants 2001.** HYGIENES. Vol IX, n° 3. Pages 167 – 183. (disponible au C.CLIN-Ouest).

AGENDA

- **ICCAC :** Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy les 22-25 Septembre 2001 à Chicago (USA). Informations : ASM Conferences, 1325 Massachusetts Ave. NW Washington DC 20005, USA, Tel. : 1 202 942 9248, Fax : 1 202 942 9340, E-mail : meetingsinfo@asmusa.org <http://www.asmusa.org>
- **RICAI :** Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-Infectieuse les 6-7 décembre 2001 à Paris. JCD Conseil/ICA, 4 villa d'Orléans, 75014 Paris, Tél. : (33) 1 40 64 20 00, Fax : (33) 1 40 64 20 50. E-mail : mportier@jdcconseil.com, <http://www.duplilog.com/ricai>
- **Journées Régionales d'Hygiène de Strasbourg** les 29 et 30 novembre 2001 à Strasbourg. Renseignements Institut d'Hygiène. 4, rue Kirschleger. 67085 Strasbourg. Tel 03 90 24 38 15. Fax 03 90 244 38 53
- **Prévention des contaminations iatrogènes** le 16 octobre à Montlouis-sur-Loire (entre Tours et Amboise). Renseignement auprès du Relais régional du Centre : Hôpital Bretonneau, 37044 Tours. Tel 02 47 47 82 90. Fax 02 47 47 82 91. e-mail : e.luquet@bretonneau.chu-tours.fr
- **Congrès de la Société des Infirmiers et Infirmières en Hygiène Hospitalière de France** les 4 et 5 octobre 2001 à Saint Malo. Renseignements au siège social : 3, square Servant, 75011 Paris.

NOSO-NEWS : Bulletin du C.CLIN-Ouest. Trimestriel.

Directeur de la publication : Pr J. Chaperon.

Secrétaire de Rédaction : B. Branger

C.CLIN-Ouest - Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalière - CHU Pontchaillou - 2, rue Henri Le Guilloux - 35033 Rennes cedex 9 - Tel 02 99 28 43 62 – Fax 02 99 28 43 65. E-mail : bernard.branger@chu-rennes.fr. Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 2^{ème} trimestre 2001