

NOSO-NEWS

Bulletin du C.CLIN-Ouest. Février 2004 N° 31

Centre de Coordination Interrégional de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

Bretagne, Centre, Basse-Normandie, Pays de la Loire, St Pierre-et-Miquelon

Site web : <http://www.cclinouest.com>

SOMMAIRE

MEDIAS ET INFECTIONS NOSOCOMIALES	1
COMMUNICATION DE CRISE.....	3
MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB : BONNES NOUVELLES	5
CONSOMMATION DES PRODUITS D'HYGIENE DES MAINS	6
INFORMATIONS DU C.CLIN-UEST.....	8
FAITES CONNAITRE VOS PUBLICATIONS	10
INFORMATIONS DU MINISTERE.....	10
AGENDA	10

BLOC-NOTE

- **Assemblée générale le jeudi 25 mars 2004 à Rennes de 10 h à 16 h 00. Programme sur le site Web.**
- **Journées francophones des infirmières hygiénistes** les 23 et 24 mai 2004 au Luxembourg.
- **Congrès de la SFHH** les jeudi 10 et vendredi 11 juin 2004 à Montpellier.
- Enquête sur les **produits d'hygiène des mains** en 2003 : pensez-y ! Réponses au relais régional ou au C.CLIN avant le 15 mars.
- Pour recevoir des informations rapides (vigilances, parution du NOSO-DOC...), pensez à **nous retourner vos adresses mail** ou à nous signaler les changements (de nombreuses messages sont retournés !) au cclinouest@chu-rennes.fr
- **Les textes récents parus** et disponibles au C.CLIN-Ouest :
 - Circulaire n° 591 du 17/12/2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des **endoscopes** non autoclavables dans les lieux de soins.
 - Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au **signalement** des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
 - Rapport d'activité de l'**ONIAM** (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) (nous en ferons une analyse dans le NOSO-NEWS n° 32).
 - Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins **réalisés en dehors des établissements de santé.**

MEDIAS ET INFECTIONS NOSOCOMIALES

Des pages entières de journaux et des émissions de télévision à 20h30 ont été consacrées récemment à l'hôpital et aux infections nosocomiales (IN). Il s'agissait essentiellement des épidémies à *Acinetobacter baumannii* et de la médiatisation d'une IN chez un acteur célèbre. Les cas de légionelloses dans le Nord de la France, pourtant communautaires, ont également participé à ce remous médiatique. D'autre part, un président d'une association de défense des usagers, unique interlocuteur patenté en France, qui sait mieux que tout autre combien de décès par IN existent sur notre territoire, propose des solutions clés en main sur les ondes et les journaux : guide d'excellence des

hôpitaux, sanction administrative et judiciaire des soignants... Enfin, le président du Comité technique des IN (CTIN), dans le journal LE MONDE du 3 janvier 2004 usant d'un droit de réponse, fustige le débat actuel et essaie de replacer le débat de façon plus rationnelle.

Que se passe-t-il subitement ?

Tout laisse à penser que les journalistes se rendent compte tout à coup que les problèmes et les risques à l'hôpital pourraient intéresser le public ; dans ces conditions, les émissions et les articles consacrés aux infections nosocomiales se développent et vont sans doute encore se développer. On l'a vu avec le problème de la canicule en 2003 qui a représenté un véritable traumatisme pour la population, au même titre que la vache folle et la maladie de MCJ en 1991, ou plus loin, l'apparition du SIDA en 1984. Les phénomènes de santé en général, tels que les conséquences sanitaires des problèmes d'environnement, et surtout des problèmes liés à l'hôpital, réalisent des scores d'audience importants. Parallèlement, les sondages montrent que le public fait (encore) confiance dans les système de soins en France (ce qui semble chagriner certains...).

Pourtant, dans l'ensemble, il semble que le nombre d'infections nosocomiales soit plutôt en diminution selon l'enquête de prévalence 2001 (par rapport à 1996) et en fonction des efforts faits et des investissements effectués depuis 10 ans. Les facteurs concourant aux IN sont plutôt en augmentation (mais ce discours est difficile à tenir en quelques minutes d'émission ou dans quelques lignes d'article) : âge extrêmes des patients dans tous les services (prématurés et personnes très âgées), y compris et surtout en réanimation, actes invasifs en développement, immunosuppression en hausse à la suite de maladies ou par exposition à des traitements immuno-suppresseurs... C'est ainsi qu'il y a dix ans, certains patients n'étaient pas admis à l'hôpital, ou, plus récemment, n'étaient pas admis en réanimation ou en oncologie, ou n'étaient pas opérés en raison de leur état de gravité ; ils mourraient ainsi chez eux ou dans les services. De nos jours, la demande des patients et des familles, et la confiance des soignants dans les performances de l'anesthésie, de la chirurgie, des traitements immuno-suppresseurs font que l'hôpital et, dans une moindre mesure les cliniques, prennent en charge de patients de plus en plus lourds. L'introduction de scores de gravité – dont le score de McCabe est le type, même s'il est trop simple – devient de plus en plus nécessaire dans nos évaluations.

Alors il n'y a rien à faire ?

Certes non, tous les soignants sont conscients que des efforts sont à faire en permanence, la nuit, le jour, le week-end, sous conditions de moyens en matériel et personnels. Les soignants ont aussi besoin de confiance et de reconnaissance leur permettant de montrer leur action et leur engagement dans la qualité des soins. Les hygiénistes de leur côté doivent mieux connaître les mécanismes des IN, leurs facteurs et les conséquences comme les décès ou les préjudices et surtout l'évitabilité¹. Il est certain que beaucoup d'infections de site opératoire sont peu évitables et sans doute pas en renforçant uniquement l'hygiène des mains, alors que les infections sur cathéter sont plus évitables et probablement grâce à la désinfection des mains. De nouveaux messages sont à inventer.

Le véritable enjeu de la médiatisation est ailleurs

Les émissions grand public n'ont certainement pas l'objectif ni d'expliquer ni d'informer objectivement, mais de faire sensation, de faire voir et de faire vendre^{2,3}. On l'a vu lors d'une émission sur France 2 en décembre où aucune pédagogie ni aucune information sur le nombre d'IN et sur leurs causes, ou leurs conséquences n'étaient à l'ordre du jour. Nous sommes dans la société du risque⁴, imbriquée dans la société de la science, dans la société des médias et de l'information, et où le maître mot devient « j'ai peur ! ».

L'expert n'a plus la parole et n'est même pas interrogé ; la mise en exergue du cas du plateau et l'émotion servent de

moteur et d'argumentation. Les approximations, voire les mensonges n'ont aucune importance puisqu'il s'agit d'émouvoir, de scandaliser, de parler, de vendre. Les erreurs relevées sont nombreuses : le nombre des IN n'est pas évoquée (une seule suffit à montrer la gravité de la situation), le nombre de décès est toujours fixé à 10 000 morts par an depuis 20 ans (les 4000 décès annoncés récemment sont remis en cause !), le lien entre IN et progrès des soins n'est pas même entrevu, le lien entre IN et gravité des patients est absent du débat, les causes des IN (le mécanisme endogène ou exogène est beaucoup trop compliqué à expliquer) sont balayées par des arguments « couperet » comme l'absence de solutions hydro-alcooliques, le manque de personnels, le manque de moyens (chaque facteur peut y participer mais n'explique pas à lui seul une IN)... Enfin, le retard à l'annonce du diagnostic d'IN (« on ne m'a pas dit ce que j'avais ») est présenté comme un préjudice, alors que le traitement antibiotique est le même que l'infection soit communautaire ou nosocomiale.

Conséquences de la médiatisation

Les résultats de telles émissions se sont déjà fait sentir. Trois appels au C.CLIN-Ouest nous ont fait part de possibilités de plaintes au sujet de patients chez lesquels un staphylocoque doré a été mis en évidence. Il s'agissait pour deux d'entre eux de plaintes de parents de nouveau-nés avec une infection de cordon à 15 jours de vie et un péri-onyxis à 3 semaines de vie, tous deux survenus au domicile après un séjour court en maternité, et la mise en évidence d'un staphylocoque doré. Pour ces parents, ce germe était forcément d'origine hospitalière et donc nosocomiale. L'absence de transmission d'information de la maternité était un argument en faveur du silence délibéré des soignants (« l'omerta » de l'hôpital)...

Une pédagogie dans les médias et au jour le jour va devoir à l'avenir mettre en place dans nos établissements. Par exemple, une procédure de communication en lien avec la loi du 4 mars 2002 et les textes sur le signalement de juillet 2001 nous amènent à :

- expliquer le risque infectieux potentiel en cas d'intervention ou de manœuvres diverses,
- informer le patient et sa famille pour les mineurs, en cas de germes retrouvés en particulier le staphylocoque doré pour dédramatiser la situation et préciser l'origine de l'infection,
- organiser une information auprès du médecin traitant et des familles en cas de demandes de renseignements au sujet d'une infection pouvant être perçue comme nosocomiale.

B. BRANGER, C.CLIN-Ouest, Rennes

¹ Harbarth S. The preventable proportion of nosocomial infection : an overview of published reports. J Hosp Inf 2003 ;54 :258-66

² Daniel Schneidermann. Le cauchemar médiatique. Denoël 2003

³ François Ruffin. Les petits soldats du journalisme. Les arènes 2003

⁴ Ulrich Beck. La société du risque. Flammarion 2003

COMMUNICATION DE CRISE

Le C.CLIN-Ouest organisait le 4 décembre 2003 une journée sur « Communication de crise¹ ». Ce thème a été choisi en raison de l'apparition récente de plusieurs phénomènes :

- le signalement² des infections nosocomiales qui met en évidence l'importance des infections graves au niveau du C.CLIN et de la tutelle (médecins inspecteur DDASS),
- la nécessité d'information du patient et de transparence depuis la loi du 4 mars 2002,
- l'attrait de plus en plus grand des médias pour les risques à hôpital et les infections nosocomiales.

Définitions

Une crise est un événement inattendu mettant en péril la réputation et le fonctionnement d'une organisation » (T. Libaert)³. Il s'agit généralement d'un élément de surprise, même si il y a eu anticipation. Des conséquences non prévues apparaissent avec une désorganisation interne, des rapports de violences internes, des plaintes, et plus rarement une issue externe dans les médias. « *C'est par l'entrée médiatique que l'événement devient crise – La médiatisation se place au cœur du phénomène de crise* » (T. Libaert).

Les raisons de cette montée en puissance de la nécessité de communication sont multiples. On peut citer l'augmentation des incertitudes en ce qui concerne les causes du phénomène (cause d'une épidémie), les remèdes à apporter, les moyens à mettre en place, les contacts à établir en interne et externe, les responsabilités encourues et des personnes impliquées. Les types de réponses à apporter sont de deux ordres : selon l'école technicienne (crise générant l'inquiétude ?), il faut communiquer sur des faits et rien que des faits avec les notions de germes, personnes, lieux, dates.. Au contraire, pour l'école symboliste (crise générant la peur ?), il faut communiquer sur des valeurs, des images, des affects, ou de l'émotionnel.

En cas de crise

Le premier acte est de créer une cellule de crise qui prend acte du problème actuel et .. des ennuis à venir. L'organisation commence par un état des lieux et un recensement des problèmes avec une collecte exhaustive des faits. Ce recueil est souvent difficile dans nos établissements de soins en raison des problèmes de l'accès à l'information et de la confidentialité perçue des interlocuteurs. Il existe souvent une culture du secret dans les établissements au nom de la protection des patients et des... soignants. Ensuite, il faut pratiquer une simulation des conséquences sur le plan de la vie des patients et de la population selon la maladie en question ; d'où la nécessité de l'expertise du clinicien et de l'hygiéniste. Les moyens à mettre en place doivent être listés avec leur organisation et leur financement. La cellule se compose de plusieurs personnes :

- Animateur qui réalise la synthèse de l'information, organise les débats et assure la traçabilité. Le praticien hygiéniste peut remplir ce rôle sous conditions d'être armé à l'animation de réunions.
- Décideur qui est reconnu hiérarchiquement tel qu'un membre de la direction ou un représentant médical, éventuellement en binôme avec un directeur, comme le président du CLIN et de la CME par exemple.
- Experts tels que les microbiologistes, les ingénieurs de l'établissement, et tous les éventuels intervenants extérieurs en lien direct (C.CLIN, InVS, CNR, ...) ou les tutelles
- Responsable de la communication qui est à choisir en fonction de sa position hiérarchique (l'opportunité de la disponibilité du directeur général est à étudier) et de ses capacités à communiquer (empathie et compassion, alliées à la connaissance du sujets et à son expertise).

Principes

Les relations avec les médias doivent être basées sur le principe du dérapage comme règle ! En effet, le journaliste est persuadé qu'on lui ment et le responsable est persuadé qu'on va le traîner dans la boue et qu'on va chercher à le déstabiliser ! Quel est l'état d'esprit du journaliste (ou de l'apprenti journaliste testé sur cette crise) ? Une crise rompt la routine journalistique et un média est une entreprise en concurrence avec les autres et qui doit vendre. Le journaliste est confronté à la nécessité de rapidité, de personnalisation (« Il faut faire passer les idées par des faits, et des faits par des hommes »), d'alarmisme et de profonde simplification.

Quelques principes de communication quel que soit le média : la réactivité et l'occupation du terrain (avoir toujours un temps d'avance sur l'information), la responsabilité (l'établissement assume ses choix), la transparence (donner la

perception que tout est dit). Sur la forme, doit être étudiée la tonalité du discours qui doit être rassurant, apaisant, avec des actes qui prouvent la confiance. Le message doit être cohérent dans le temps et entre porte-parole. Le plan d'un discours de 1 à 2 minutes (c'est le temps le plus long dont le porte-parole peut disposer en radio et en télévision) ou d'un communiqué de presse (dont deux à trois phrases seulement peuvent être reprises) : reconnaissance des faits, compassion, engagement à faire quelque chose, conseils pratiques, liste des mesures prises et devant être prises.

Les techniques de communication vers la population peuvent utiliser aussi d'autres canaux : le numéro vert (procédure un peu complexe et pas toujours immédiate, devant être anticipée en contactant un agent des France Télécom au 10 16 pour étudier les options de numéro Vert®, Azur® ou Indigo®), des journées « Portes ouvertes », ou un site internet à disposition du public.

Perspectives

Au total, pour prévenir les crises, il faut s'organiser AVANT pour établir une procédure, dans le but d'éviter les conséquences chez les patients, pour maîtriser la situation quand elle se présentera, pour apprendre à communiquer, pour rassurer les personnes, le public, les patients, et aussi les soignants. La gestion de l'après-crise doit être aussi organisée en interne pour dépassionner les débats et affiner les procédures pour.. la crise suivante.

B. BRANGER, C. CLIN-Ouest, Rennes

¹ Les diapositives sont disponibles sur le site du C.CLIN-Ouest

² Voir également le rapport annuel des signalements 2003 sur le site du C.CLIN-Ouest

³ Thierry Libaert. Communication de crise.

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB : BONNES NOUVELLES

En France, le nombre de maladies de Creutzfeldt-Jakob sporadique reste stable en incidence avec même une baisse en 2003, et le nombre de nouveaux variants (vMCJ) n'augmente plus, de manière rassurante, mettant à mal – pour l'instant – les prévisions alarmistes des années 2000. Sur le site de l'Institut de veille sanitaire, on trouvera les données actualisées chaque mois (http://www.invs.sante.fr/publications/mcj/donnees_mcj.html).

Tableau : Données épidémiologiques de la maladie de Creutzfeldt-Jakob en France

MCJ avec décès	MCJ sporadique	MCJ iatrogène hormone de croissance	Autre MCJ iatrogène	MCJ génétique	vMCJ certain ou probable	Total MCJ
1992	38	7	2	4	0	51
1993	35	12	1	7	0	55
1994	46	5	3	7	0	61
1995	59	8	1	6	0	74
1996	68	10	0	10	1	89
1997	80	6	1	4	0	91
1998	81	8	1	13	0	103
1999	92	8	0	5	0	105
2000	87	9	0	7	1	104
2001	111	5	0	13	1	130
2002	107	2	2	12	3	126
2003	74	7	0	6	0	87
2004 (cours)	2	0	0	0	0	2

Au Royaume-Uni, le nombre de vMCJ a été de 16 en 2003 en légère baisse par rapport aux autres années (17 en 2002,

20 en 2001 et 28 en 2000). La « pression » de la maladie à prions animale (encéphalopathie spongiforme bovine ou ESB) est en baisse également avec 137 cas d'ESB en 2003 pour 239 en 2002 et 274 en 2001 pour la France, et 575 cas en 2003 pour 1149 en 2002 et 575 en 2001 pour le Royaume-Uni.

Sylvie BATAILLON, C.CLIN-Ouest, Rennes

* Voir aussi The Lancet du 7 février l'article de Herzog C et al. sur l'infectiosité des tissus dans vMCJ et l'article de Llewelyn CA et al. sur le risque de la MCJ après transfusion à partir d'un donneur atteint ultérieurement.

CONSOMMATION DES PRODUITS D'HYGIENE DES MAINS

L'évaluation des activités des établissements de santé passe par la mise en place d'une démarche-qualité. Dans le domaine de l'hygiène des mains, les audits d'opportunités et de pratiques permet d'évaluer les procédures. Cependant, ces audits sont complexes à organiser en particulier lors d'observation de gestes répétés, demandent des moyens en personnels importants et sont souvent vécus comme une intrusion par les soignants. Des critères de substitution plus faciles à recueillir pourraient être représentés par la consommation des produits d'hygiène des mains tels que les savons doux (SD), les savons désinfectants ou antiseptiques (SA) et les solutions hydro-alcooliques (SHA).

Un questionnaire a été adressé en mars 2002 pour connaître les consommations de produits pour les années 2000 et 2001, puis en mars 2003 pour l'année 2002. La participation était volontaire et deux relances ont été effectuées auprès de ceux qui n'avaient pas répondu préalablement. Les consommations des produits étaient demandées en litres sur une année entière pour tout l'établissement et les dénominateurs étaient de 4 ordres : les lits et places, les postes, les entrées et les journées dites ici journée-patient.

Sur l'ensemble des années, 426 réponses ont été obtenues, 125 en 2000, 151 en 2001 et 150 en 2002 soit respectivement 22 %, 26 % et 26 % des établissements du fichier du C.CLIN-Ouest et 37 %, 43 % et 43 % des établissements avec un président de CLIN connu. Au total, 215 établissements ont répondu au moins une fois à une année, deux ou trois années.

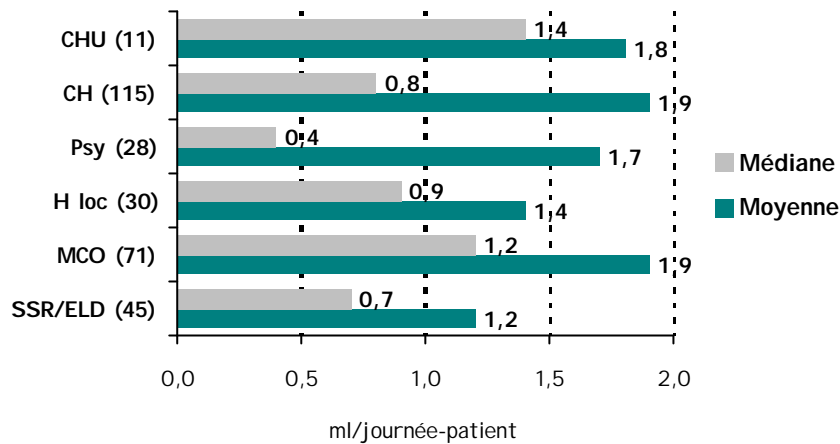
Ensemble des réponses

Le prix au litre du savon doux, pour 15 produits différents, était de 3,5 € en moyenne. Les ratios annuels du savon doux étaient les suivants en médiane : 3,5 L/lit/an, ; 2,6 L/poste/an, 17,9 L/100 entrées/an (8,2 – 35,1) et 10,9 mL/journée-patient/an.

Les savons antiseptiques (SA) utilisés étaient des produits iodés pour 75 % des réponses (n=322), des produits à base de chlorhexidine pour 59 % (n=251) et des produits divers pour 27 % (n=117), certains établissements ayant deux ou trois produits disponibles. Trente-neuf réponses (9.1 %) concernaient des établissements sans aucun SA : c'était essentiellement des hôpitaux psychiatriques, des ELD et des hôpitaux locaux. La consommation totale de produits iodés était 2 fois plus importante que celle de la chlorhexidine. Le coût moyen au litre était de 6,9 € (6,8 € pour les produits iodés et 6,6 € pour la chlorhexidine). Les ratios annuels du savon antiseptique (pour les 379 réponses) étaient les suivants en médiane : 1,0 L/lit/an, 0,8 L/poste/an, 4,9 L/100 entrées/an (2,6 – 82,7) et 3,2 mL/journée-patient.

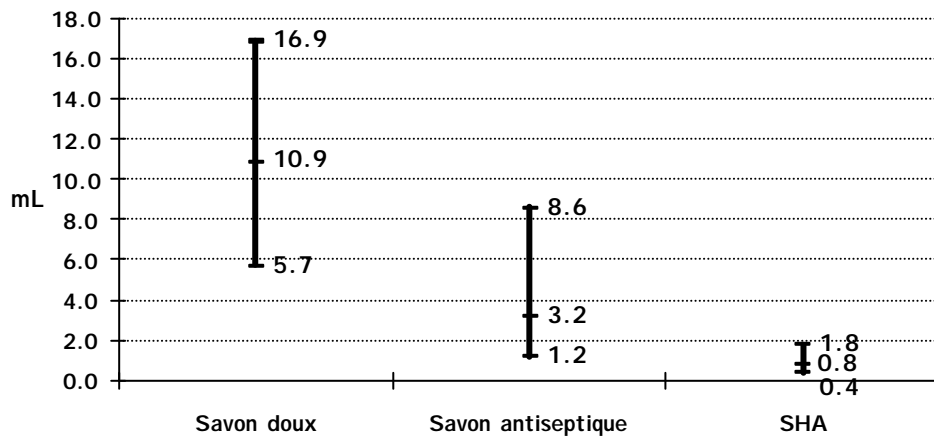
Les SHA étaient représentées par 18 marques avec 6 principales. Sur les 428 réponses, 381 notaient au moins une SHA (89 %), 39 en notaient deux (9 %) et 86 aucune (20 %). Le coût moyen au litre était de 8,4 € variable selon le produit de 5,3 € à 14,7 €. Les ratios annuels des SHA étaient les suivants en moyenne et médiane : 0,51 et 0,26 L/lit/an, 0,38 et 0,22 L/poste/an, 3,2 et 1,2 L/100 entrées/an et 1,7 et 0,8 mL/journée-patient. La figure 1 montre les consommations en mL/journée-patient selon le type d'établissement : les CH et les cliniques MCO ont une consommation très importante.

Figure 1 : Consommation des solutions hydro-alcooliques (médiane en mL/journée-patient)



Pour les trois produits, l'ensemble des consommations en mL/journée-patient est notée à la figure 2. L'ensemble des consommations des trois produits sur 266 réponses complètes est ainsi en moyenne de 25 mL/journée-patient et en médiane de 20 mL/journée-patient. Or, on pourrait considérer que la consommation des trois types de produits par opportunités est de 2 mL pour chaque produit. Ainsi le nombre d'opportunités serait de 12 opportunités par journée-patient en moyenne et de 10 en médiane.

Figure 2 : Consommation de savon doux, savon antiseptique et solutions hydro-alcooliques en mL/journée-patient/an (médiane, 25^{ème} et 75^{ème} percentile)



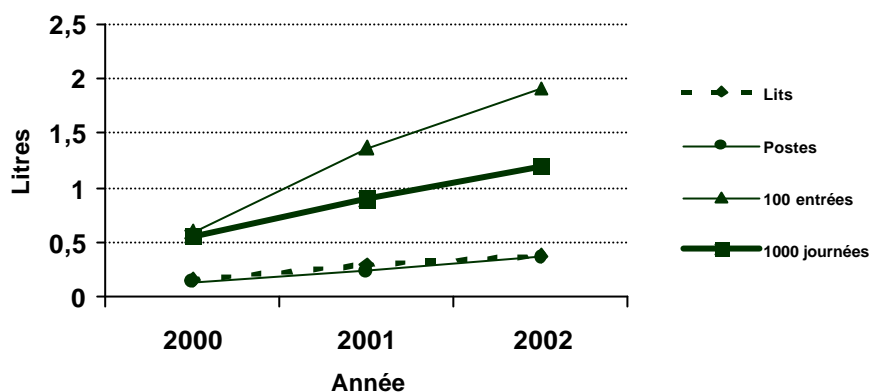
Les établissements qui ont répondu les trois années

62 établissements ont répondu sur les 3 années. Il s'agissait de 3 CHU, 25 CH, 5 établissements psychiatriques, 4 HL, 12 cliniques MCO, 1 hôpital des armées, 8 SSR/ELD, et 2 CAC. Ils représentaient selon les années environ 27 600 lits, 47 000 ETP, 85 000 entrées et 8 800 000 journées.

Les consommations de savon doux et de savon antiseptique n'ont pas augmenté significativement entre les trois années pour tous les indicateurs choisis. Le nombre d'établissements avec SHA est passé de 45 en 2000, 53 en 2001 et 60 en 2002 (écart de + 33 % entre 2000 et 2002). La consommation en médiane selon les 4 indicateurs était différente selon

les 3 années ($p < 0.05$ pour les 4 indicateurs), mais la pente des consommations des 3 années n'était pas différente de 0 (figure 3). En particulier, les consommations de SHA par journées-patients étaient, en médiane, de 0,49 ml en 2000, 0,90 ml en 2001 et 1.20 ml en 2002 ($p < 0,001$).

Figure 3 : Consommation des SHA selon 4 indicateurs et sur les 3 années



* $p < 0.05$ en ANOVA entre les 3 années – Pentes non différentes de 0.

Discussion

Cette enquête a été organisée par le C.CLIN-Ouest et les relais régionaux. Elle a permis de sensibiliser les hygiénistes, les pharmaciens et les gestionnaires à la notion d'évaluation d'une pratique d'hygiène des mains en mesurant des consommations. La consommation de savon doux ne reflète pas parfaitement le lavage simple des mains car le savon doux est utilisé aussi aux toilettes ou aux lavages des mains des non-soignants ; cependant, elle peut être un reflet de la pratique d'hygiène. La consommation de savon antiseptique est plutôt réservée aux CHU, CH et cliniques de court séjour pour les actes à risque intermédiaire et la préparation de l'opéré ; elle ne peut donc pas servir à l'évaluation de l'ensemble des établissements. C'est finalement la consommation des SHA qui pourrait relever d'une évaluation pour tous les établissements de soins et le ratio par journée-patient reflète le nombre d'opportunités par journée pour un patient. Si le nombre d'établissements utilisant des SHA a augmenté en 3 ans, la consommation moyenne ou médiane reste basse et doit certainement être augmentée au fil des années. C'est d'ailleurs le sens des indicateurs des tableaux de bord proposés au ministre par un groupe d'experts en 2004 (voir infra).

Il a été décidé en Conseil Scientifique du 28 janvier 2004 que cette enquête serait prolongée en 2004 pour les consommations 2003. Que les réponses soient nombreuses en particulier pour les établissements qui ont répondu les 3 années précédentes.

B. BRANGER, H. SENECHAL, S. BATAILLON, MA. ERTZSCHEID (C.CLIN-Ouest), R. BARON (RRESO), F. BERGEY (RRH), N. VAN DER MEE (RHC), M. WIESEL (APLEIN), J. CHAPERON, B. LEJEUNE (C.CLIN-Ouest) et les présidents de CLIN, les praticiens et infirmières hygiénistes de l'Inter-région Ouest

INFORMATIONS DU C.CLIN-OUEST

- **Groupes de travail en cours :** le document «*Hygiène des soins en urologie* » va paraître sous peu. Le groupe «*Hygiène en maternité* » est en cours et les membres du groupe vont recevoir la dernière mouture. Le groupe «*Plaies et pansements* » est en cours et le document sera proposé au Conseil Scientifique. Les relais régionaux organisent

également des groupes de travail; les contacter pour plus de détails.

- Une procédure pour les **prélèvements microbiologiques sur les endoscopes** thermo-sensibles est en cours d'écriture et devrait être validée au prochain Conseil Scientifique.

- **Les surveillances 2003** doivent être retournées au Relais régionaux ou au C.CLIN rapidement. Le **programme de surveillance 2004** a été proposé à tous les présidents de CLIN avec les protocoles suivants : ISO, BMR, bactériémies, réanimation (selon 3 modalités possibles), AES pour les priorités nationales, auxquelles viendra s'ajouter la surveillance MATER (pour les mères et les nouveau-nés). La méthode en prévalence est toujours possible. Le C.CLIN-Ouest propose en outre la surveillance des infections urinaires selon les nouvelles recommandations.

- **NOSO-DOC n° 25** du 4^{ème} trimestre 2003 est sorti. Attention ! le numéro 26 du 1^{er} trimestre 2004 ne sera plus disponible sur support papier, mais uniquement par voie électronique.

- L'enquête sur les **accidents d'exposition au sang dus aux collecteurs d'aiguilles** (conteneurs) est prolongée jusqu'au 31 mars 2004.

- **Le nouveau protocole de fonctionnement du C.CLIN-Ouest a été voté** : 127 votes (sur les 378 présidents de CLIN connus soit un taux de participation de 33.6 %) avec **124 pour et 3 abstentions**. A signaler que le nom du votant a été joint par erreur au bulletin de vote ; cette erreur a été corrigée dès réception du bulletin en séparant le nom du votant et le vote proprement dit. **Les élections des nouveaux présidents de CLIN ont eu lieu** ; voici la composition du nouveau Conseil Scientifique :

Collège des 8 Experts

M. le Pr. LECLERCQ	Microbiologiste	CHU CAEN
M. le Pr. QUENTIN	Microbiologiste	CHU TOURS
M. le Dr. LIBEAU Médecin Hygiéniste		CH St NAZAIRE
M. le Dr. LE BOURG	Chirurgien-Orthopédiste	CMC St Vincent - RENNES
M. le Dr. BROUARD	Pédiatre	CHU CAEN
Mme le Dr. MAILLARD	Médecin du travail	QUIMPER

Plus deux en attente de nomination

Collège des 8 Présidents de CLIN

BRETAGNE

M. le Dr. MICHELET	Infectiologue	CHU RENNES
M. le Dr. VAUCEL	Biologiste	CH ST BRIEUC

PAYS DE LOIRE

M. le Dr. DELILLE	Médecin Hygiéniste	CH LE MANS
Mme le Dr. JOLY-GUILLOU	Biologiste	CHU ANGERS

CENTRE

M. le Dr. COULOMB	Réanimateur	CH DREUX
M. le Dr. COURROUBLE	Hygiéniste	BLOIS

BASSE-NORMANDIE

Mme le Dr HUAULT	Pharmacien	CCRF GRANVILLE
M. le Dr RIBY	Anesthésiste	CH FALAISE

4 Praticiens Hospitaliers & 4 Infirmières Hygiénistes

BRETAGNE

M. le Dr. ROLLAND-JACOB	CH QUIMPER
Mme GASPAILLARD	CH ST BRIEUC

PAYS DE LOIRE

Mme le Dr AVRIL	CH CHOLET
Mme DENIS	CH ST NAZAIRE

CENTRE

M. le Dr LEHIANI	CH BOURGES
Mme BREME	CH MONTARGIS

BASSE-NORMANDIE

M. le Dr. PIEDNOIR CH AVRANCHES-GRANVILLE
Mme GUEZET CH AVRANCHES-GRANVILLE

4 Responsables Relais Régionaux

Mme le Dr. BERGEY CHU CAEN
Mme le Dr. VAN DER MEE CHRU TOURS
M. le Dr. BARON CHU BREST
M. le Dr. WIESEL CH LA ROCHE Sur YON

4 Médecins nommés par les ARH

Mme le Dr. DUMAY DDASS CALVADOS
M. le Dr. SARACINO DRASS CENTRE
Mme le Dr. GUILLOU DRASS PAYS DE LA LOIRE
M. le Dr. JOSEPH DRASS BRETAGNE

FAITES CONNAITRE VOS PUBLICATIONS

Plus de cents revues (<http://nosobase.univ-lyon1.fr/base/revues.htm>) sont dépouillées régulièrement par les documentalistes des cinq C.CLIN pour alimenter la base de données bibliographiques commune NosoBase® (<http://nosobase.univ-lyon1.fr/base/base.htm>) consacrée aux infections nosocomiales et à leur prévention. La mise en commun des ressources et le partage des informations sont des atouts pour les acteurs de la lutte contre les IN. Le centre de documentation du C.CLIN Ouest s'inscrit dans cette démarche et souhaite que vos publications soient signalées dans la base. Vous avez recours au centre de documentation pour élaborer la bibliographie de vos documents. Votre travail est reconnu par certains périodiques et publié. Faites-le savoir au centre documentation avant qu'il ne trouve votre article grâce à la veille documentaire. **Signaler vos publications rapidement** permet aux documentalistes de les indexer pour NosoBase® et offre ainsi la possibilité aux personnes qui mènent une réflexion sur le même sujet de s'appuyer sur vos travaux. Tenir le centre de documentation informé de vos publications, c'est faire connaître et reconnaître le fruit de votre travail et de vos expériences auprès de l'ensemble des équipes d'hygiène à la recherche d'informations.

Isabelle GIROT, C.CLIN Ouest - Documentation

INFORMATIONS DU MINISTERE

Lors de la journée du 20 janvier au Ministère de la Santé, les points suivants ont été remarqués :

- 1- **Dr Jean Carlet**, président de feu le CTIN, a beaucoup parlé d'évitabilité (dans le cadre de la communication aux médias sur les IN). L'évitabilité des IN se pose pour certaines IN comme les infections sur sonde urinaire, sur cathéter..., mais il est probable que les IN post-opératoires, les IN en réanimation... soient peu évitables, ou, en tout cas, pas par des moyens simples. Une compréhension des causes des IN doit augmenter. En particulier, dans la communication, il n'est pas vrai de dire que l'hygiène des mains prévient toutes les IN...
- 2- **Les 5 points du plan quinquennal** (présenté par B. Tran de la cellule des IN à la DGS) : promouvoir la recherche (évitabilité, mortalité, mécanismes des IN, prévention...), améliorer et moderniser la prévention, évaluer les pratiques professionnelles, surveiller, communiquer avec les usagers (transparence).
- 3- **Les tableaux de bord** suite à la saisine du ministre ont décidé d'inclure les indicateurs suivants : surveillance des ISO (méthodes et présentation des résultats à déterminer), incidence des SARM/1000 journées, indice composite d'activités de CLIN, consommation des SHA/journée-patient.

AGENDA

- **VI^{ème} Congrès National de la Société Française de Microbiologie** les 10, 11 et 12 mai 2004 à Bordeaux-Lac.-
Informations : Société Française de Microbiologie, Tél : (1) 45 68 81 79, Fax : (1) 45 67 46 98, Courriel :

cmurphy@pasteur.fr , <http://www.sfm.asso.fr>

Une prise en charge d'une épidémie, un audit, une enquête, des actions de prévention ? La Revue NOSO-NEWS publiera votre expérience de terrain pour en faire profiter les autres. Attention à la forme : un article de 1000 mots environ avec 1 ou 2 tableaux ou figures sous Word. Pour connaître le nombre de mots d'un article, cliquer dans Word à Outils et Statistiques.

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 Hospitalières - 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 : 1^{er} trimestre 2004