

# NOSO News



Assemblée générale du C.CLIN-Ouest :  
jeudi 21 mars à Rennes de 10 h à 17 h.

Thème : Hygiène des mains, problèmes juridiques liés aux infections nosocomiales

## Bulletin N°23

Février 2002 - Trimestriel

### AU SOMMAIRE

- 1 ENQUÊTE DE PRÉVALENCE 2001 INTER-RÉGION OUEST
- 7 LE RECCIN-37
- 8 NOUVELLES DU C. CLIN OUEST
- 8 AGENDA

## Enquête de Prévalence 2001 - Inter-Région Ouest

### RÉSUMÉ

- Méthode : un jour donné, protocole national, période du 21 mai au 23 juin 2001
- Nombre de patients : 58 595 patients enquêtés
- Taux de participation : 63.8 % sur le nombre de lits total de la région, 54.8 % sur le nombre d'établissements (base SAE brute), 64.0 % (base SAE corrigée partiellement)
- Type d'établissements : 46.0 % sont publics, 16.2 % PSPH et 37.8 % privés
- Type de séjours : 58.1 % des séjours sont des courts séjours, 16.7 % des soins de suite et rééducation et 25.2 % de long séjour.
- L'âge moyen est de 63 ans, pour les hommes 58 ans et pour les femmes 66.5 ans avec un sex ratio H/F = 0.76
- Les principales spécialités : médecine 78.5 %, chirurgie 19.1 %, réanimation 1.4 %
- 23.7 % des patients ont un Mac Cabe supérieur ou égal à 1
- 8.8 % des patients sont immunodéprimés
- 19.9 % des patients ont eu une intervention chirurgicale,
- 18.8 % des patients ont eu au moins un cathéter vasculaire,

- 7.7 % des patients ont eu une sonde urinaire,
- 14.7 % des patients ont eu au moins un antibiotique avec la répartition suivante : 48.8 % anti-infectieux communautaire, 27.5 % nosocomiale, 23.7 % prophylactique
- Taux infections nosocomiales 6.0%, (n=3509) avec les appareils infectés : 42.7 % IN urinaires, 10.0 % respiratoires, 9.8 % ISO, 9.4 % pneumopathies. Le délai moyen par rapport à l'admission est de 18.5 jours avec une médiane à 9 jours. 14.6 % des germes sont des SA, dont 56.7 % d'entre eux sont des SARM.

### RÉSULTATS DÉTAILLÉS

L'enquête de Prévalence des infections nosocomiales a été organisée en mai et juin 2001, un jour donné pour chaque établissement de santé, par l'ensemble des C.CLIN, le RAISIN, avec l'InVS et le CTIN. Les méthodes ont été exposées préalablement et sont disponibles auprès du C.CLIN.

La participation a été importante. Les résultats présentés sont ceux de l'inter-région Ouest dans son ensemble. Les résultats détaillés ont été adressés aux présidents de CLIN en janvier 2002.

## Enquête de Prévalence 2001 - Inter-Région Ouest ...

Certains établissements ont exploité eux-mêmes leurs données, tandis que, pour d'autres, ce sont les relais régionaux qui ont communiqué les résultats. Pour la Bretagne, les résultats par établissement sont en cours de communication à partir du C.CLIN-Ouest. Le taux de partici-

pation est calculé sur la base de référence des établissements de soins dans l'inter-région Ouest (SAE 1999 : statistiques annuelles des établissements ; document DRASS et DREES). Des changements de statuts, des disparitions et des regroupements, ou des fonctions

d'établissements sans rapport avec l'enquête de prévalence ont été notés par 3 relais régionaux et une base SAE " amendée " a été élaborée. Les taux sont présentés dans ces deux bases en tenant compte du nombre d'établissements et du nombre de lits autorisés.

**Tableau I : Taux de participation des établissements par région**

Région	Taux (%) participation	
	SAE brute	SAE corrigée
Pays de Loire	51 %	63 %
Basse-Normandie	83 %	98 %
Centre	51 %	59 %
Bretagne	49 %	52 %

**Tableau II : Taux de participation selon le nombre de lits autorisés**

Région	Lits autorisés	Taux (%) participation
Pays de Loire	25 340	66.1 %
Basse-Normandie	11 654	75.9 %
Centre	19 682	69.5 %
Bretagne	35 065	55.1 %

Les patients sont le plus souvent en court séjour (58.1 %) ; les soins de suite représentent 16.7 % et le long séjour 25.2 %. La spécialité est médicale dans 78.5 % des cas, chirurgicale dans 19.1 % et réanimation dans 1.4 %.

L'âge des patients moyen est de 63 ans  $\pm$  25 avec une médiane à 71 ans (58 ans pour les hommes et 66 ans pour les femmes). 56.3 % des patients sont des femmes. Les patients étaient présents depuis 32 jours en court séjour et 54 jours en moyen séjour (moyennes), et 1 an en médiane pour le long séjour.

L'indice de Mac Cabe a été choisi pour tenir compte de la gravité des patients : 58.1 % ont un score 0 (pas de problème vital), 16.5 % un score 1 (maladie fatale dans les 5 ans) et 7.2 % un score 2 (maladie fatale dans l'année) ; dans 18.2 % des cas, le score n'a pas été noté. 8.8 % des patients sont immuno-déprimés : 13.0 % dans les CHU et 9.3 % dans

les CH.

Parmi les facteurs d'exposition au risque infectieux, on note les facteurs suivants :

- opérés dans leur séjour : 19.9 % des patients.

- cathéters vasculaires (KT) : 18.8 % avec 15.8 % pour les KT périphériques, 1.9 % de KT sous-cutanés, 0.1 % de KT artériels et 3.5 % de KT centraux (certains en ont deux à la fois).

- sondes urinaires : 4.7 % au jour de l'enquête et 3.0 % dans les 7 derniers jours. Parmi les sondés, 86 % ont eu une bandelette urinaire à la recherche d'une infection urinaire et 27.7 % des patients sondés avaient une bandelette positive soit 2.2 % des patients dans leur ensemble.

Parmi les patients au jour de l'enquête, 14.7 % avaient au moins un anti-infectieux avec 1.3 molécules par patient. Parmi les traitements, 48.8 % étaient curatifs pour une

infection communautaire, 27.5 % curatifs pour une infection nosocomiale, et 23.7 % pour un traitement prophylactique.

Les patients avec des infections nosocomiales étaient au nombre de 3 509 soit un taux de 6.0 % avec un intervalle de confiance 5.8 % - 6.2 %. Pour 3 716 infections au total, le ratio infectés/infections étaient de 1.06. Parmi les infections, 5.5 % étaient acquises dans les établissements et 0.8 % acquises dans un autre établissement. Le rapport détaillé fait état des graphiques des taux d'infections nosocomiales selon le type d'établissement, selon le statut juridique et selon le nombre de lits. Les figures 1 et 2 montrent les taux par tranche de 2 % dans tous les établissements et dans les courts séjours. Les tableaux III à VI montrent les résultats selon les établissements.

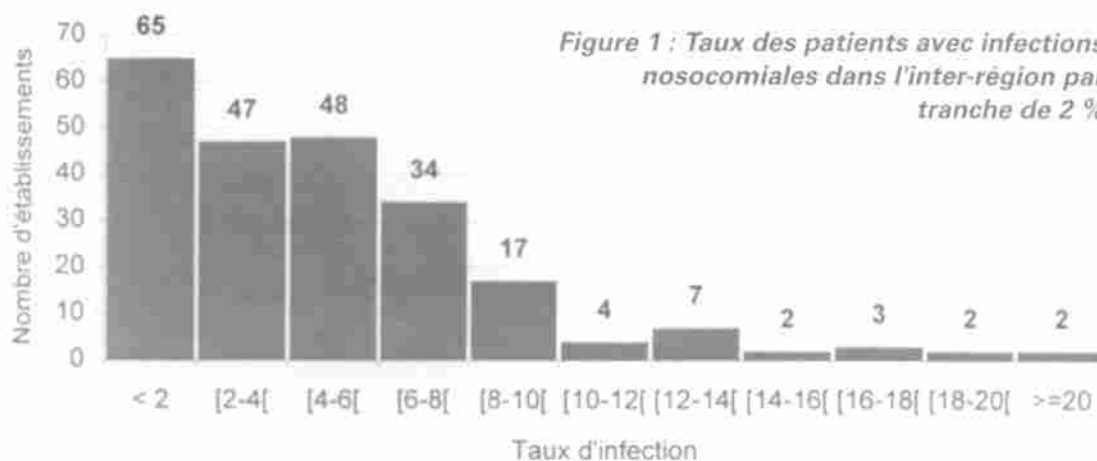


Figure 1 : Taux des patients avec infections nosocomiales dans l'inter-région par tranche de 2 %

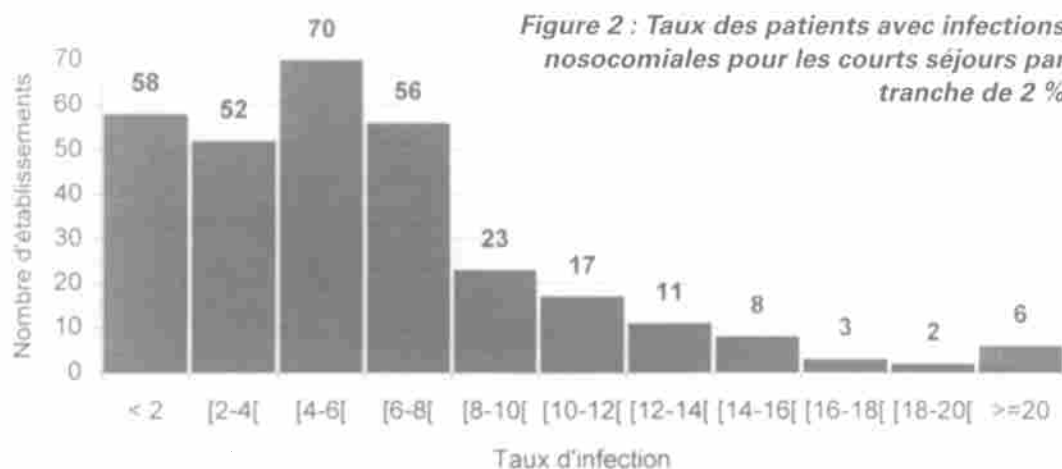


Figure 2 : Taux des patients avec infections nosocomiales pour les courts séjours par tranche de 2 %

Le délai d'apparition des infections nosocomiales est le suivant : les IN étaient apparues en moyenne 12

jours avant l'enquête, soit 8 jours avant l'enquête (et 24 jours après l'admission) pour les courts séjours, 16 jours avant l'enquête (et 49 jours après l'admission) pour les moyens séjours. Pour les longs séjours, en raison de la date d'entrée censurée à 1 an, seul le délai avant l'enquête est évalué avec 15.9 jours.

Tableau III : Infections nosocomiales selon le type d'établissement

Type	%		%
	acquise dans	acquise hors	
CHU/CHR	7.2 %	0.7 %	7.9 %
CH/CHG	5.6 %	0.7 %	6.3 %
CHS/psy	1.9 %	0.3 %	2.2 %
Hôpital local	6.5 %	1.4 %	7.9 %
Clinique MCO	3.6 %	0.5 %	4.1 %
Hôpital des armées	3.1 %	1.8 %	4.9 %
SSR/ELD	4.6 %	2.6 %	7.3 %
CAC	8.7 %	1.3 %	10.0 %

Tableau IV : Infections nosocomiales selon le nombre de lits

Nombre de lits	%		%
	acquise dans	acquise hors	
< 100	4.5 %	1.4 %	6.0 %
100 - 499	4.7 %	0.9 %	5.6 %
500 - 999	4.9 %	0.6 %	5.5 %
+ de 1000	6.4 %	0.6 %	7.0 %

Tableau V : Infections nosocomiales selon le statut

Type	%		%
	acquise dans	acquise hors	
Public	5.6 %	0.7 %	6.3 %
PSPH	5.0 %	1.8 %	6.8 %
Privé	3.3 %	0.9 %	4.2 %

Tableau VI : Infections nosocomiales selon le type de séjour

Type	%		%
	acquise dans	acquise hors	
Court séjour	4.5 %	0.6 %	5.2 %
Moyen séjour	6.9 %	2.4 %	9.3 %
Long séjour	5.5 %	0.2 %	5.7 %

# Enquête de Prévalence 2001 - Inter-Région Ouest ...

La spécialité était celle du service ou celle du patient (dans le privé ou lorsque le patient n'était pas dans le service correspondant à sa spécialité). Les taux correspondants sont présentés aux tableaux VII et VIII.

*Tableau VII : Infections nosocomiales selon la spécialité*

Type	%	%	%
	acquise dans	acquise hors	total
Chirurgie	5,4 %	0,6 %	6,0 %
Médecine	4,8 %	0,8 %	5,7 %
Réanimation	21,3 %	2,9 %	23,9 %

Chirurgie	%	%	%
	acquise dans	acquise hors	total
Cardiaque	9,9 %	0,0 %	9,9 %
Cardio-vasculaire	6,1 %	0,0 %	6,1 %
Digestive	6,9 %	0,6 %	7,6 %
Générale	5,9 %	1,0 %	6,7 %
Infantile	1,8 %	0,5 %	2,3 %
Orthopédique	5,6 %	0,6 %	6,3 %
Plastique	6,2 %	0,6 %	6,8 %
Thoracique	11,3 %	1,0 %	12,4 %
Vasculaire	5,2 %	0,6 %	5,8 %
Gynéco-obstétrique	4,1 %	0,2 %	4,3 %
Neuro-chirurgie	10,2 %	1,0 %	11,2 %
Ophtalmologie	0,0 %	0,0 %	0,0 %
ORL	3,3 %	0,0 %	3,3 %
Stomatologie	1,8 %	0,0 %	1,8 %
Urologie	6,2 %	1,3 %	7,5 %
Transplantation	15,2 %	3,0 %	18,2 %
Autre	6,0 %	0,9 %	6,8 %

L'âge représente un facteur de risque majeur d'IN ainsi que le score de Mac Cabe (figure 3 et 4).

*Figure 3 : Taux des infections nosocomiales selon l'âge*

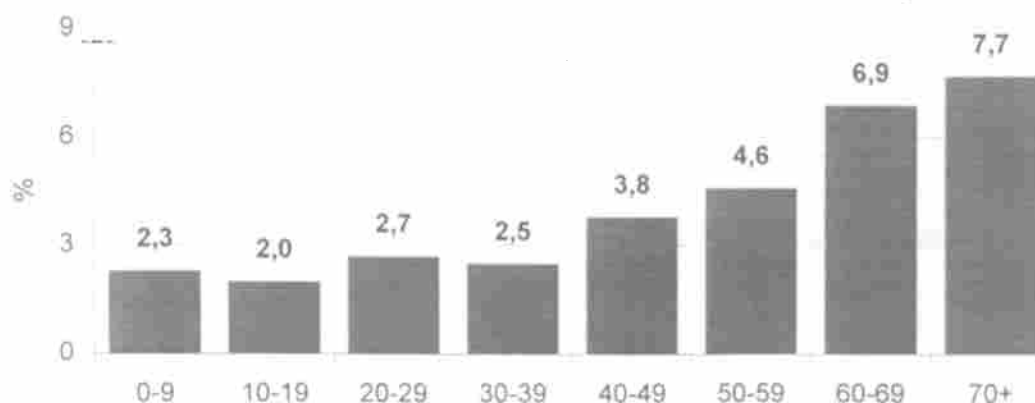
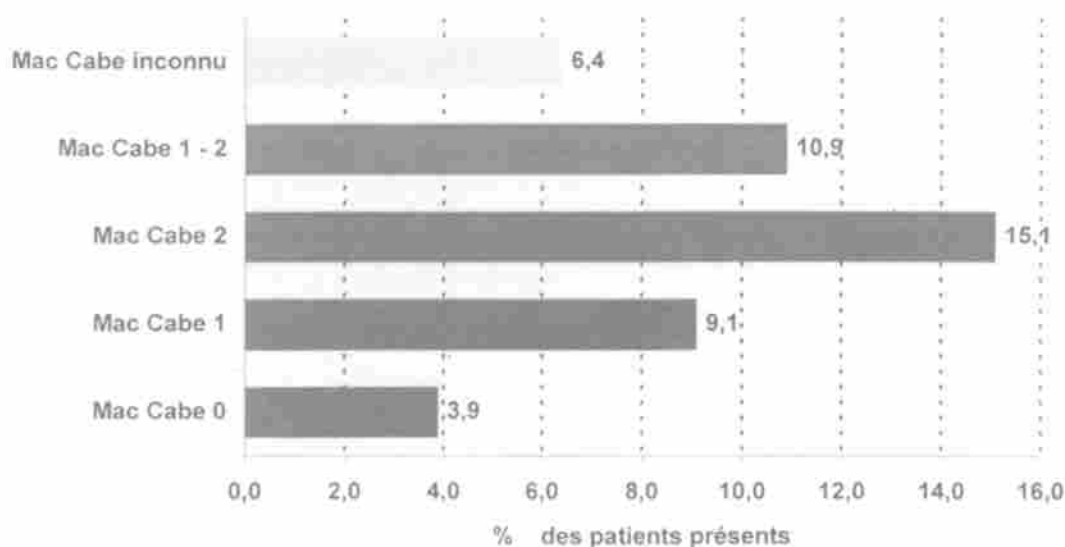


Figure 4 : Taux d'infections nosocomiales selon le score de Mac Cabe



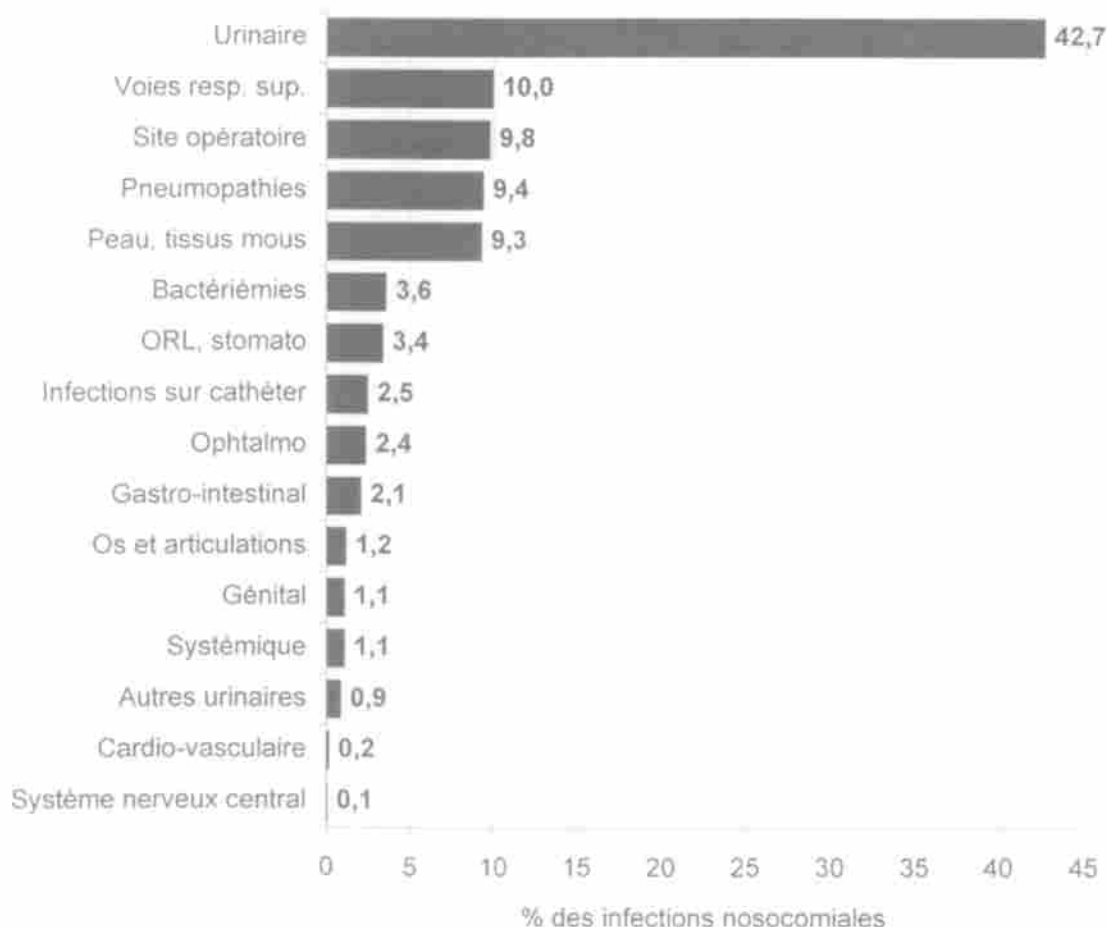
Les patients porteurs d'un cathéter (KT) avaient des taux d'infections suivants : 8.0 % en cas de KT périphériques, 19.6 % en cas de KT central (quel que soit le siège de l'infection). Parmi les porteurs de KT, 0.6 % des patients avaient une infec-

tion sur KT et 0.8 % une bactériémie. Les patients porteurs de sondes urinaires avaient 31.6 % d'infections nosocomiales (quel que soit le siège) en cas de sonde au jour de l'enquête, 18.2 % en cas de sondes dans les 7 jours (contre 4.3 % sans sonde).

Parmi les sondés, 18.9 % avaient une infection urinaire nosocomiale. 56.4 % des infections urinaires étaient asymptomatiques et 43.6 % symptomatiques. Parmi les infections urinaires, 39.0 % étaient des infections urinaires sur sonde.

Le siège de l'infection est noté à la figure 5. Le siège urinaire est le plus fréquent avec 42.7 % suivi du siège respiratoire supérieur, site opératoire, pneumopathies, et peau-tissus mous.

Figure 5 : Siège des infections nosocomiales



# Enquête de Prévalence 2001 - Inter-Région Ouest ...

Les germes des infections nosocomiales ont été recherchés à 85 %. Les germes les plus fréquents étaient les entérobactéries (34 %) suivies des cocci gram positifs (26 %). Les staphylocoques dorés représentaient 10 % des germes recherchés et parmi eux 56.7 % étaient résistants à la méticilline. Les traitements anti-infectieux ont été prescrits dans 71 % des cas. Les détails des traitements sont présentés dans le tableau VIII.

**Tableau VIII : Anti-infectieux prescrits dans les IN les plus fréquentes (% sur l'ensemble des molécules prescrites)**

Classe	Urinaires	Respiratoires	ISO	Pneumopathies
Pénicillines	20.8 %	51.6 %	29.1 %	43.4 %
Céphalosporines	10.2 %	12.9 %	6.2 %	15.8 %
Cyclines	0.0 %	0.2 %	0.5 %	0.0 %
Aminosides	3.8 %	3.7 %	7.8 %	7.1 %
Macrolides	0.4 %	9.9 %	0.2 %	4.7 %
Anti-staph*	0.2 %	0.5 %	5.2 %	0.7 %
Glycopeptides	0.9 %	1.0 %	8.8 %	6.0 %
Synergistines	2.9 %	3.2 %	10.2 %	1.6 %
Quinolones	41.3 %	8.4 %	15.6 %	10.7 %
Antifongiques	3.6 %	4.5 %	7.1 %	5.3 %
Autres	15.9 %	4.0 %	9.2 %	4.7 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
	n=1070	n=403	n=422	n=449

\* Linco, Ac. Fusidique, Fosfo

Au total, cette enquête de prévalence a été pratiquée par la plupart des établissements de l'inter-région. Son rôle pédagogique paraît essentiel. Les résultats sont conformes aux résultats attendus avec les taux globaux et par spécialité.

Est-il licite de pratiquer des comparaisons ? Un des premières tentations est de comparer avec l'enquête de 1996, mais la méthode n'était pas la même et les quelques items présentés ne sont pas toujours comparables (tableau IX). Par exemple, la pratique d'une bandelette urinaire (et d'un examen des urines en cas de bandelette positive) n'était pas la règle en 1996, entraînant une sous-estimation des infections urinaires asymptomatiques chez les sondés.

La comparaison entre établissements n'est pas licite car les facteurs suivants doivent être pris en compte dans leur ensemble : type d'établissements, statut juridique, âge et sexe des patients, immuno-dépression, Mac Cabe, sondes et cathéters, interventions.... Tout classement par établissement est donc erroné d'un point de vue scientifique.

**Tableau IX : Essai de comparaison de l'enquête de prévalence de 1996 et de celle de 2001 (inter-région Ouest)**

Variables	1996	2001
Nombre	33 626	58 595
Femmes (%)	56 %	56 %
> 65 ans	53 %	58 %
Court séjour	53 %	58 %
SSR	12 %	17 %
Long séjour	20 %	25 %
Opérés	22 %	18 %
Sonde urinaire	9 %	8 %
Infection nosocomiale	5.8 %	6.0 %
Siège urinaire	38 %	43 %
ISO	13 %	10 %
Pulmonaire	11 %	19 %
Bactériémie	5 %	4 %

Le rapport détaillé pour l'Ouest est disponible auprès du C.CLIN-Ouest. Des demandes complémentaires précises peuvent être demandées auprès de N. Garreau ou B. Branger. Le rapport national sera présenté au cours d'une journée au ministère de l'Emploi et de la Solidarité le mardi 5 mars 2002, puis diffusé nationalement.

**B. Branger, N. Garreau**

Données communiquées par les Responsables des Relais régionaux : R. Baron (RRESO, Bretagne), M. Wiesel (APLEIN, Pays de la Loire), P. Thibon (RRH, Basse-Normandie), N. Girard et N. Van der Mee (RHC, Centre)

La lutte contre les infections nosocomiales (IN) est inscrite parmi les missions de tout établissement de santé. La circulaire DGS du 29 Décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les IN, définit les conditions de cette nouvelle disposition en précisant que tout établissement de santé, public ou privé, détermine un programme d'action et de lutte contre les IN, constitue un comité de lutte contre les IN (CLIN) et se dote d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH). Il est recommandé, lorsque cela est possible, de développer des actions de coopération hospitalière.

### L'EXISTANT

Le Réseau de Coopération inter-établissement Contre les Infections Nosocomiales de l'Hospitalisation Privée d'Indre-et-Loire (37) (RECCI-HP37) a été constitué en Septembre 2000 à partir des établissements disposant déjà d'un CLIN sous la forme d'une association "loi 1901". Il regroupe désormais 10 cliniques privées, soit un total de 998 lits d'hospitalisation (soit 95% des lits privés du département en MCO, psychiatrie) ainsi qu'un Laboratoire d'Analyses Médicales (SELAFA - Laboratoires R. ARNAUD).

### FONCTIONNEMENT DU RECCIN - HP 37

Il regroupe les différents présidents de CLIN, Directeurs et référents dans des domaines comme la Pharmacie, la Qualité et les services de soins. Il intervient dans de nombreux domaines d'activités transversales :

- Programme environnemental et surveillance
- Suivi des bactéries multirésistantes et système d'alerte

- Enquêtes d'incidence des bactériémies et des BMR coordonnées par le RHC
- Collaboration avec les groupes de travail du RHC Centre ou du C.CLIN Ouest : dispositifs médicaux, isolement...
- Enquêtes de prévalence et d'incidence
- Politique d'antibiothérapie

La communication est assurée par la présence d'un référent au bureau du RHC et Conseil Scientifique du C. CLIN-Ouest, la présence d'un représentant du Réseau aux divers CLIN des établissements, une réunion de travail trimestrielle, une lettre d'information, un site Internet en cours de réalisation.

Il constitue ainsi une Unité Opérationnelle en Hygiène Hospitalière inter-établissement conformément aux recommandations.

### ACTIVITE MULTI-SITE

Le réseau correspond à une logique de développement et de fonctionnement en réseau des différents partenaires. Le RECCIN pilote et coordonne les groupes de travail existant au sein de chaque établissement. Ceci permet une homogénéisation des pratiques de soins et d'évaluation.

Il permet une activité de surveillance épidémiologique étendue à l'ensemble d'un secteur sanitaire. Le transfert d'information en est facilitée. La pérennisation de cette information peut s'avérer primordiale dans de nombreuses situations. Le cas des patients porteurs de BMR, transférés d'un établissement à un autre dans le cadre des filières de soins développés dans le secteur sanitaire, en est le meilleur exemple. Bien que le nombre d'établissements couverts soit limité, il existe une sous-dotation au regard des

ratios recommandés. Pour 10 établissements, avec 998 lits, le ratio des praticiens en hygiène : 1 / 800 lits, des IDE Hygiénistes : 1 / 400 lits, des secrétaires médicales : 1 / 800 lits (circulaire DGS/DHO/E2 N°645 29/12/00). Les conséquences sont les suivantes : risque d'essoufflement de l'équipe, difficultés à maintenir une présence suffisante dans les établissements de soins, montée en charge évidente des demandes (accréditation, évaluation, protocoles, gestion de l'enquête nationale de prévalence 2001...), difficultés de répondre à l'évolution des vigilances sanitaires (déclaration obligatoire des IN, circulaire ATNC, activité de stérilisation, contrôle d'environnement), et difficultés pour répondre aux sollicitations des établissements souhaitant nous rejoindre dans le département (HAD, SSRLD...) ou la région.

### CONCLUSION

Le réseau permet la mise en place d'une politique homogène et cohérente de lutte contre les infections nosocomiales inter établissements. Cependant, la charge de travail va croissant. Ces actions et missions sont actuellement réalisées à titre bénévole par chacun sur un temps d'exercice professionnel. La récente parution du décret concernant le signalement des infections nosocomiales constituera une charge supplémentaire certainement difficile à gérer.

### P. LAUDAT, R.J. BENSUAUDE et les membres du RECCIN - HP37

Cliniques : St Augustin, Fleming, Dames Blanches, Velpeau, Parc, St Gatien, St Grégoire, Monchenain, Vontes et Champgault. Laboratoire : Selafo R. Arnaud

# Nouvelles du C.CLIN

## Groupes de travail en cours :

Le groupe "Hygiène des soins infirmiers en ambulatoire" est en cours. Un groupe "Hygiène en urologie" aura sa troisième réunion le 26 mars 2002. Les relais régionaux organisent également des groupes de travail ; les contacter pour plus de détails.

## Documents à paraître :

Le document "Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées" sera adressé aux membres du groupe de travail, à tous les présidents de CLIN et aux hygiénistes.

Le document "Guide pour l'évaluation des pratiques d'hygiène au bloc opératoire" sera publié par les Editions ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique) sous forme de livre ; il sera adressé, dans l'inter-région Ouest, aux présidents de CLIN des établissements avec un bloc opératoire.

Pour les autres régions, il sera disponible à l'ENSP à un prix avoisinant les 20 €.

## Maladie de Creutzfeldt-Jakob :

Des fiches techniques sont disponibles sur le site Web du C.CLIN-Ouest [www.cclinouest.com](http://www.cclinouest.com). En effet, les questions au sujet de cette circulaire ont été extrêmement nombreuses et certaines restent encore en suspens. On trouvera également sur le site du C.CLIN Paris-Nord des fiches d'aide [www.ccr.jussieu.fr/cclin/Welcome.html](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/Welcome.html). Une liste de 170 questions/ réponses posées sur la MCJ est en préparation sur le site du ministère. Le C.CLIN-Sud-Est propose également en ligne des réponses validées par la DGS sur la circulaire n° 138 du 14 mars 2001 : <http://cclin-sudest.univ-Lyon1.fr/prevention/mcj.htm>.

**NOSO-DOC n° 17 du 4e trimestre 2001** est disponible auprès de la documentaliste Isabelle Laurent.

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

N'hésitez pas à le consulter et nous faire part de vos remarques. Les diapositives sur le signalement sont actualisées régulièrement (25 fiches nous sont parvenues au 18/02/2002).

## FORUM DE DISCUSSION

Depuis le 20 février 2002, un forum de discussion est ouvert pour les professionnels de l'hygiène et tous les soignants de l'Inter-Région Ouest. L'accès se fait par le site Web du C.Clin Ouest (cliquez sur FORUM). Le code d'accès et le mot de passe sont à demander à Bernard BRANGER par téléphone ou par mail (voir infra). Les objectifs de ce forum sont de permettre des échanges d'information et de poser des questions entre les professionnels de l'Inter-Région.

Le poste de pharmacien hygiéniste au C.CLIN-Ouest va être pourvu à la suite des auditions des candidats.

**L'envoi du courrier du C.CLIN OUEST a souffert de retards importants en janvier et février 2002 en raison de grève au CHU de Rennes.**

**Le C.CLIN OUEST vous prie de l'excuser pour ce désagrément**

## AGENDA

- **IIIe Congrès des Infections nosocomiales en Néonatalogie. 7 mars 2002 à Paris.**
- **Assemblée générale du C.CLIN-Ouest (présidents de CLIN et hygiénistes) : jeudi 21 mars à Rennes de 10 h à 17 h.** Une invitation est déjà parvenue aux présidents de CLIN, praticiens et infirmières hygiénistes. Le lieu n'est pas celui habituel mais se situe à un centre de congrès proche du CHU de Rennes. Renseignements auprès du secrétariat du C.CLIN-Ouest.
- **24èmes journées nationales d'études sur la stérilisation. 20 et 21 mars 2002 à Lille**
- **Gestion des risques de Santé, systèmes d'information et Internet. 8 et 9 avril 2002 à Paris.**
- **XIIIème Congrès national de la Société française d'Hygiène Hospitalière. 13 et 14 juin 2002 à Toulouse.**
- **8ème rencontre internationale francophone des infirmières en hygiène hospitalière. 15-16-17 mai 2002 en Suisse**

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 - [bernard.branger@chu-rennes.fr](mailto:bernard.branger@chu-rennes.fr)  
Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2002.

Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)