

# NOSO News



## Bulletin N°35

Mars 2005 - Trimestriel

### AU SOMMAIRE

- 1 BLOC-NOTES
- 1 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
- 3 PRÉVENTION DES INFECTIONS URINAIRES
- 4 PROGRAMMES DE TRAVAIL EN COURS ET À VENIR
- 4 BUDGET DU C.CLIN OUEST
- 5 SIGNALEMENT : BILAN 2004
- 7 PRÉVALENCE DES MARQUEURS DES VIRUS HBV ET HCV
- 7 PRÉVENTION DES ENDOPHTALMIES POST-OPÉRATOIRES
- 7 FEUILLE DE TRACABILITÉ ET DE SUIVI DES CHAMBRES IMPLANTÉES
- 8 INFORMATIONS DU C.CLIN OUEST

## BLOC-NOTES

- **Assemblée générale du C.CLIN-Ouest le jeudi 24 mars 2005 à Rennes.** Programme : « Hygiène des plaies et pansements ». Intervenant de l'après-midi : M. le Pr Beaucaire, président du CTINILS.

- **XVI<sup>e</sup> Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière les jeudi 2 et vendredi 3 juin 2005 à Reims.** - Informations : Europa organisation, 5 rue Saint-Pantaléon, BP 844, 31015 Toulouse cedex 6, Tél : 05 34 45 26 45, fax : 05 34 45 26 46, <http://www.sfhh.net> - Courriel : [europa@europa-organisation.com](mailto:europa@europa-organisation.com)

- **NOSO-DOC n° 29** du 4<sup>e</sup> trimestre 2004 est sorti et est disponible uniquement par voie électronique.

- **Le rapport d'activités 2004 CLIN-Ouest** est disponible sur le site du C.CLIN-Ouest.

- **Le document « Hygiène en maternité – Recommandations et grilles d'auto-évaluation »** est disponible sous forme de document et est accessible sur le site.

## Haute autorité de santé

Les missions de la Haute Autorité de santé, son organisation et son fonctionnement sont précisés par le décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004.

On distingue 5 missions principales :

- **Évaluer** et hiérarchiser le service attendu ou rendu des actes professionnels, des prestations et produits de santé tels que les dispositifs médicaux et les médicaments ;
- Contribuer au bien-fondé et à la pertinence des décisions dans le domaine du **remboursement** ;

- Établir et mettre en œuvre la **certification** des établissements de santé ;

- Établir et mettre en œuvre l'évaluation **des pratiques professionnelles** et l'accréditation des professionnels et des équipes médicales ;

- Veiller à la **diffusion des référentiels** de bonne pratique et de bon usage des soins auprès des médecins et des paramédicaux et à l'information des professionnels et du public dans ces domaines.

### 1. L'évaluation périodique du service attendu ou rendu des produits, actes et prestations de santé.

HAS procède à l'évaluation périodique du service attendu et du service rendu des produits, actes et prestations de santé. Par ses avis, elle permet à l'assurance maladie de prendre des décisions quant à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge des différents produits, procédés, techniques, méthodes, prescriptions et actes de santé, et quant aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affection de longue durée (ALD). Elle émet un avis sur les conditions de prescription, de réalisation et d'emploi des produits, actes et prestations de santé. Elle réalise ou valide des études d'évaluation des technologies de santé. Elle informe le ministre chargé de la Santé lorsqu'elle a identifié un acte susceptible de présenter un risque sérieux pour les patients.

### 2. L'évaluation du bien-fondé et des conditions de remboursement des produits, actes et prestations de santé

De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la Santé, du Comité économique des produits de santé (CEPS) ou de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la HAS élabore des recommandations sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou de catégories de produits ou de prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant.

### 3. La certification des établissements de santé

La loi du 13 août 2004 introduit un changement de vocable : *la certification* remplace *l'accréditation* auparavant utilisé pour

les établissements de santé. Le terme *accréditation* est désormais réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales.

Au-delà de ce changement de vocable, la procédure et son objectif restent les mêmes : évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé publics et privés, cette évaluation portant sur l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de l'organisation interne de l'établissement et de la satisfaction des patients. La HAS organise, met en œuvre et délivre les certifications. La procédure de certification s'articule autour de trois grands axes stratégiques : l'appréciation du service médical rendu aux patients, le renforcement de l'évaluation de la politique et de la qualité du management, l'accent mis sur la gestion des risques.

### 4. L'évaluation des pratiques professionnelles

La HAS établit et met en œuvre la procédure d'évaluation individuelle **des pratiques professionnelles** des médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice. Cette procédure est obligatoire ; en cas de non-respect, les médecins s'exposent aux sanctions prévues par les articles L.145-1 et suivants du code de la Sécurité sociale. La HAS habilite les médecins chargés de réaliser les actions d'évaluation des pratiques de leurs confrères exerçant à titre libéral ainsi que les professionnels chargés d'organiser des actions d'évaluation des pratiques des professionnels paramédicaux.

La HAS définit et organise **la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité** exerçant en établissements de santé, au

regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles. Ces référentiels sont réalisés, selon des méthodes reconnues, avec les professionnels et les organismes concernés.

Afin d'obtenir l'accréditation, les médecins ou les équipes médicales engagés dans la procédure d'accréditation transmettent à la HAS les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux. Cette accréditation, valable quatre ans, peut permettre aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées aux risques professionnels de recevoir une aide à la souscription de l'assurance obligatoire.

La HAS assure également la validation des méthodes et veille à la cohérence des démarches qualité engagées. Afin de mieux encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles des spécialités pharmaceutiques, une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de **la promotion des spécialités pharmaceutiques** par prospection ou démarchage est conclue entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises du médicament.

### 5. L'information des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques

La HAS élabore et diffuse des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique à l'intention de tous les professionnels de santé (médecins, professionnels paramédicaux et soignants) et contribue à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines.

Elle émet également un avis sur les accords de bon usage des soins, les contrats de bonne pra-

tique et les contrats de santé publique ayant trait à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques

### 6. Autres missions

- La certification des sites et des logiciels médicaux
- La mission «Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD)»
- L'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population

La participation au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé regroupe toutes les missions précédentes, dans une logique d'évaluation a posteriori des actions de santé publique mises en place.

Dans ce cadre, la HAS est chargée de participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles, d'analyser les modalités d'organisation et les pratiques professionnell-

les et de proposer aux autorités sanitaires toute mesure utile pour mettre en place des projets d'amélioration, d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins.

A voir sur le site de HAS  
<http://www.has-sante.fr>

## Prévention des infections urinaires

La clinique de Convalescence des ESSARTS comporte 40 lits de soins de suite. Pour l'équipe opérationnelle d'hygiène et l'ensemble du personnel, trois constats peuvent être faits : (1) la majorité des infections nosocomiales (IN) est constituée des infections urinaires (IU), (2) il y a peu de patients atteints de pathologies urologiques et les manœuvres urinaires de diagnostic et de prise en charge sont rares, (3) l'hydratation des patients est le facteur le plus important pour la prévention des IUN.

L'objectif de l'étude est triple :

- Epidémiologique : connaître la fréquence des IN et leurs facteurs de risques,
- Préventif : connaître la consommation d'eau de boisson des patients et déterminer les volumes minima pour la prévention des IUN,
- Pédagogique : rappeler l'importance de l'hydratation des patients, sensibiliser les patients au risque infectieux urinaire et à la prévention.

### Méthodes

La population-test a été de 40 personnes, atteints de toutes pathologies, en période post-opératoire < 30 jours ou avec une ou plusieurs pathologies

médicales. La période d'étude s'est étalée du 23 août 2004 au 5 septembre 2004. Deux groupes de 9 patients chacun ont été constitués selon le secteur géographique d'hospitalisation : - groupe 1 avec incitation : consommation d'au moins 1.5 litres d'eau par jour avec une bouteille d'eau minérale, - groupe 2 sans incitation : consommation libre.

Les consommations d'eau données étaient notées sur une feuille de suivi. Une bandelette urinaire (BU) était effectuée dans les deux groupes à J1, J5, J10 et J15.

### Résultats

Dans le groupe 1 d'âge moyen de 60 ans (33 % d'hommes), 0.76 litres d'eau /personne et par jour ont été donnés et 2 IUN ont été diagnostiquées à J4 et J5. Dans le groupe 2 d'âge moyen de 76 ans ( 11 % d'hommes), 0.55 litres d'eau /personne et par jour, aucune IUN n'a été diagnostiquée.

### Discussion

Il n'a pas été observée de différences entre les deux groupes en terme d'infections urinaires selon l'hydratation. L'organisation d'une telle étude a été difficile sur la période. La pratique

de la BU entraîne une charge de travail supplémentaire. La quantité d'eau ingérée n'est pas très précise en raison de boissons sans notification (salle à manger, familles..) et il s'agit de quantités données sous forme de bouteilles.

Cependant, la participation a été bonne en générale. Le suivi des quantités a été moteur pour les équipes et les médecins ont été intéressés par la connaissance de l'hydratation des patients. L'eau mise gratuitement à disposition stimule l'habitude de boissons.

### Conclusion

Les résultats ont été présentés en CLIN en décembre 2004. Plusieurs suggestions d'amélioration ont été apportées : fiche de boisson systématique pour tous les patients, adaptation de la présentation des contenants au personnes âgées, étude élargie l'été prochain en juillet et août 2005.

*C. CHAMARRE, IDE, S. NEVEU, IH, Clinique de Convalescence, 85140 LES ESSARTS ; P. GRISON, Clinique Saint-Charles, 85000 LA ROCHE SUR YON*

## Programmes de travail en cours et à venir

Dans le cadre du plan triennal 2005 –2008 de lutte contre les IN, le C.CLIN-Ouest s'est inscrit dans plusieurs démarches :

1. Suivi et évaluation de la politique antibiotique dans les ETS. Trois niveaux ont été définis : conformité vis-à-vis de la circulaire de 2002, audits de pratiques (enquête de prévalence des antibiotiques), consommation des antibiotiques et lien avec l'incidence des BMR.
2. Consommation des produits d'hygiène des mains : il s'agit

de la continuité des enquêtes annuelles depuis 2002.

3. Surveillances 2004 : augmentation des participations dans les cinq domaines prioritaires (ISO, AES, BMR, réanimation, bactériémies) et dans d'autres domaines (Maternité, pédiatrie, sites urinaires..).
4. Signalement des infections nosocomiales : amélioration de la performance du signalement interne et externe.
5. Enquête de faisabilité sur l'évitabilité des IN, l'origine endo-

gène ou exogène et sur l'imputabilité du décès.

6. Développement des démarches d'auto-évaluation en hygiène avec la production de documents de références : bloc opératoire, maternité, pédiatrie.

Le détail du plan est disponible sur le site.

*Bernard BRANGER,  
C.CLIN-Ouest*

## Budget du C.CLIN OUEST

Le budget du C.CLIN-Ouest repose sur une subvention annuelle de fonctionnement versé par les financeurs des hôpitaux et par une subvention de la DGS. Selon les années, ces subventions représentent environ 620 000 €. Les dépenses sont, ces dernières années, légèrement supérieures aux recettes avec 640 000 €. Les actions déconcentrées – relais régionaux, CRENO... représentent environ 200 000 € soit le 1/3 des dépenses et le reste sont essentiellement des dépenses de personnels.

Les dépenses étant légèrement supérieures aux recettes, les réserves sont en train de diminuer. Ces réserves ont été constituées au fil des années et elles sont fin 2004 avec un compte de provisions qui doit disparaître à terme.

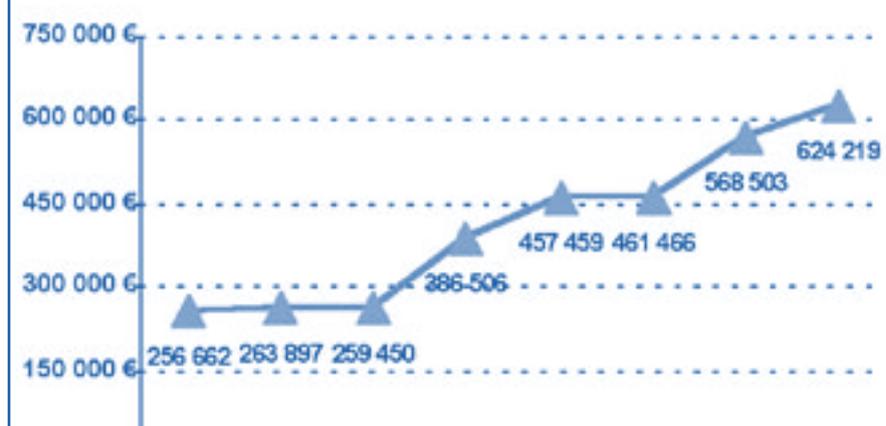
Le budget est géré par le médecin coordinateur en lien avec la Direction financière du CHU de Rennes.

*Bernard BRANGER,  
C.CLIN-Ouest*

Figure 1 - Évolution des dépenses



Figure 2 - Évolution des recettes



# Signalement : BILAN 2004

Le décret du 26 juillet 2001 met en place un dispositif d'alerte concernant des infections nosocomiales graves ou rares. Les principaux piliers de ce dispositif sont : signalement interne de toute infection nosocomiale, désignation d'un professionnel chargé du recueil, toute personne qui constate une IN en informe le médecin responsable du service et le praticien responsable du signalement de l'EOH).

Si les critères de signalement externe sont présents, le praticien responsable informe le médecin inspecteur de la DDASS, le médecin coordinateur du C.CLIN et, après information, le responsable du service du patient concerné, et suivant les cas les médecins des autres services ou autres établissements. Ces signalements doivent être notés dans le rapport annuel d'activité.

La circulaire n° 21 du 22 janvier 2004 répond à plusieurs questions qui se sont posées dans les établissements de santé concernant l'organisation du signalement interne et externe et les critères des infections nosocomiales relevant du signalement externe à la DDASS et au C.CLIN. Cette circulaire comporte la fiche de signalement à utiliser. Cette circulaire et la fiche de signalement sont disponibles sur le site du C.CLIN-Ouest.

Quelles infections sont à signaler à la DDASS et au C.CLIN ? Seules les infections doivent faire l'objet de signalement externe. Les colonisations à signaler sont celles avec agent pathogène de résistance inhabituelle aux antibiotiques et dans un contexte épidémique. Les infections nosocomiales survenant chez les professionnels de santé doivent être également signalées. Les infections suivantes sont à signaler :

## 1. IN ayant un caractère rare ou particulier

- 1A : Espèce rare telle que *Pseudomonas sp.* autre que *P. aeruginosa*, *Clostridium perfringens*, *Strepto* ; ou à résistance particulière : GISA, virulence particulière due à des toxine,
- 1B : Localisation particulière : Infection consécutive à un geste invasif et inhabituelle et grave sur le plan fonctionnel comme les infections sur un site stérile,
- 1C : Utilisation d'un dispositif médical susceptible d'avoir été contaminé ou d'avoir un défaut de conception (générateur de dialyse, phaco-émulsificateur.....),
- 1D : Exposition d'autres personnes : infection succédant à une procédure inadaptée (importance de la traçabilité, information et suivi des patients)

Les termes « rare » ou « particulière » font référence à une rareté relative (pour l'établissement) ou absolue (en général)

**2. Décès lié à une IN.** L'imputabilité de l'infection nosocomiale dans le décès doit être déterminée par au moins le médecin en charge du malade, son chef de service, le médecin hygiéniste.

**3. IN liée à un germe présent dans l'eau ou air de l'environnement :** *Legionella sp.*, *Aspergillus sp.*, *Bacillus cereus* ...

**4. Maladies nosocomiales devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire** de données individuelles.

La figure montre le nombre de signalements. Les années 2001 et 2002 ont été fusionnées puisque les textes datent de juillet 2001 avec peu de signalements de juillet à décembre 2001. En 2004, 129 signalements ont été adressés au C.CLIN-Ouest concernant tous les départements de l'inter-région.

Figure 1 : Nombre de signalements sur 3 années

Année	2001-2002	2003	2004	Total
B-Normandie	34	17	24	78
Bretagne	41	26	42	109
Centre	18	18	29	65
Pays de Loire	23	43	34	100
Etablissements	41	59	68	158
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>104</b>	<b>129</b>	<b>349</b>

Figure 2 : Nombre de signalements pour un nombre de lits et par PH en hygiène par région sur 3 années

Trois ans	Nbre/ lits	Nbre/ PH hygiéniste
B-Normandie	1 / 155	5,5 / PH
Bretagne	1 / 303	6 / PH
Centre	1 / 302	5,4 / PH
Pays de Loire	1 / 241	5 / PH
Total	1 / 254	5,5 / PH

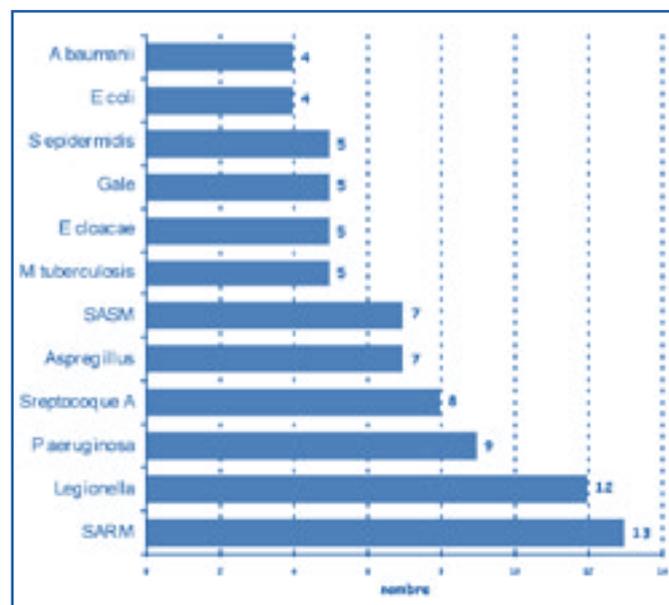
## Signalement : BILAN 2004 - suite...

**Figure 3 : Description et pertinence des signalements**

Année	2003	2004
Fiches	104	129
Patients	462	433
Epidémies	31 (30 %)	39 (30 %)
Décès	15 (15 %)	16 (12 %)
<b>Pertinence</b>		
I A germe	64 %	81 %
I B localisation	89 %	88 %
I C dispositif	1/1	---
I D exposition	5/5	
2 Décès	73 %	88 %
3 Environnement	100 %	100 %
4 MDO		
Total pertinence	81 %	85 %

Les micro-organismes sont montrés dans la figure suivante.

**Figure : Micro-organismes isolés en 2004**



Pour 36 signalements (27 %), une expertise extérieure a été demandée par l'établissement et pour 10 signalements le C.CLIN-Ouest et les relais régionaux se sont déplacés dans l'établissement pour aider à l'investigation :

- Investigations au bloc opératoire à propos de cas groupés d'endophtalmies. Lors de ces visites, des dysfonctionnements ont été mis en évidence, dans la préparation de l'opéré, la désinfection des dispositifs médicaux, ou encore au niveau des blocs opératoires (traitement d'air inadapté).

- Investigations en service de radiologie et d'obstétrique à propos de cas isolés de méningites à *Streptococcus oralis* ou sans germe identifié suite à une saccoradiculographie ou rachi-anesthésie. Les dysfonctionnements portaient sur la tenue des opérateurs et aides avec le manque de masque (voir noso news n°33) et la préparation cutanée, ou sur l'organisation du travail qui doit être irréprochable surtout quand l'acte est réalisé en urgence.
- Investigation d'une épidémie à *Burkholderia cepacia* qui a mis en évidence cette bactérie dans les siphons des chambres et des salle de soins des patients atteints. Cependant, après étude des souches, cette origine n'expliquait pas tous les cas. L'épidémie a été maîtrisée, par rappel de précautions particulières type gouttelettes et contact et cohorting de ses patients si possible (personnels dédiés).

Il est rappelé, que tous les cas graves ou les cas groupés doivent faire l'objet d'un rapport qui sera transmis au C.CLIN, à la DDASS, et sur demande à l'InVS par le C.CLIN. Le plan d'un rapport d'investigation peut être le suivant :

1. Motif du signalement externe
2. Description des cas
  - Si épidémie: analyse des cas, définitions des cas certains et des cas probables, recherche de cas additionnels, tableau synoptique et courbe épidémique, évolution de la situation.
  - Si cas isolé : histoire clinique complète avec l'ensemble des éléments pouvant mettre en évidence un dysfonctionnement évitable.
3. Les investigations réalisées : cellule de crise, prélèvements, étude de dossiers.....
4. Les causes possibles
5. Mesures correctives mises en place
6. Plan d'évaluation de ces mesures

Une après midi sur les épidémies signalées a eu lieu le mardi 1er mars 2005 au CCLIN Ouest. Plusieurs épidémies ont été présentées et nous avons échangé sur la mise en place du signalement interne dans les établissements et les réticences rencontrées par crainte ou ma méconnaissance du dispositif et de ces implications. Une autre journée de formation à l'investigation des épidémies sera proposée en fin d'année 2004. Pour un conseil sur une épidémie qui débute, vous pouvez appeler le CCLIN Ouest ou le relais régional (CRENO) de votre région .

H. SENECHAL, C.CLIN-Ouest

NB : Le détail du bilan des signalements est disponible sur le site

## Prévalence des marqueurs des virus HBV et HCV

Une enquête sur échantillonnage a été réalisée en 2003-2004 par la CNAM, les Centres d'examen de santé et l'InVS. Sur 14 416 personnes, assurés sociaux du régime général, le **taux de prévalence des anticorps anti-HCV est de 0.86 %**. Ce taux est en baisse par rapport aux données antérieures en raison de la baisse des taux pour les tranches d'âge avant 40 ans et après 50 ans. L'Ouest a le taux le plus bas avec 0.34 %. On estime que la connaissance du statut pour le HCV est passée de 24 % à 56 % pour la personne atteinte.

**Le taux de prévalence du portage de l'antigène HBs est de 0.68 %** et le taux des anticorps anti-HBc est de 8.18 % (contact ancien avec HBV). Il s'agit curieusement de la première enquête sur la prévalence des marqueurs de HBV ! L'Ouest a le taux le plus bas avec 0.16 %. On peut estimer que 300 000 personnes sont porteuses en France de l'AgHBs et seraient ainsi à risque d'infection chronique, de cirrhose ou d'hépatocarcinome. Parmi eux, 49 % savent cette information.

Dans l'ensemble, la précarité sociale, le sexe masculin sont des facteurs d'élévation des taux de prévalence pour les deux virus. Pour nos hôpitaux, les personnes à risques sont sans doute avec un taux légèrement supérieur de l'ordre de 1 % des patients admis à l'hôpital ; parmi eux, 50 % ne le sauraient pas.

*Rapport préliminaire disponible au C.CLIN-Ouest.  
Janvier 2005. 14 pages.*

## Prévention des Endophtalmies post-opératoires

A la suite de la journée « Prévention des endophtalmies post-opératoires », un schéma de préparation de l'œil opéré a été élaboré. Il est présenté en tableau ci-dessous.

Lieux	Phases	Personnes
Domicile (ambulatoire) ou Service (hospitalisation)	<b>Doche</b> et shampoing avec un savon antiseptique (prescription médicale préalable)	Patient
Service	<b>Détersion</b> Zone péri-orbitaire à œil fermé Savon antiseptique	Infirmier(ère)
Service Ou Une salle du bloc	Anesthésique local (1 goutte Oxybuprocaine)	Infirmier(ère)
Une salle du bloc	<b>Désinfection 1</b> Polyvidone iodée ophtalmique 5 % en dose unitaire  Zone cutanée péri-orbitaire + œil. Du centre vers la périphérie	Infirmier(ère) Ou ophtalmologiste
Une salle du bloc Ou Salle d'opération	Anesthésie topique Ou Anesthésie péribulbaire * Gants stériles UU	Infirmier(ère) Ou ophtalmologiste Ou anesthésiste
Salle d'opération	<b>Installation du patient</b> <b>Désinfection 2</b> Polyvidone iodée ophtalmique 5 % en dose en dose unitaire *Changement de gants stériles UU avant incision	Ophtalmologiste
Salle d'opération	<b>Incision cornéenne</b>	<b>Ophtalmo.</b>

Les actes de cette journée sont disponibles sur le site du C.CLIN-Ouest.

*Bernard BRANGER, C.CLIN.Ouest, RENNES*

## Feuille de traçabilité et de suivi des chambres implantées

De nombreuses demandes de feuille de suivi des chambres implantées sont faites auprès du C.CLIN. Une feuille est en train d'être élaborée et circule auprès de personnes ressources qui ont travaillé sur ce sujet : Mme Dr LE BAIL du CH de Vannes, Mme Dr LE LIMOUZIN du CH de Redon, Mme Dr LOUBERSAC du CH de La Roche-sur-Yon, Mme MATOUK des NCN de Nantes...  
L'objectif est de disposer d'un document concer-

nant la pose, la maintenance et l'entretien des la chambre implantée, ainsi qu'une éventuelle infection et le retrait. Ce document, dans l'idéal, doit suivre le patient et rejoindre le dossier en fin de prise en charge.

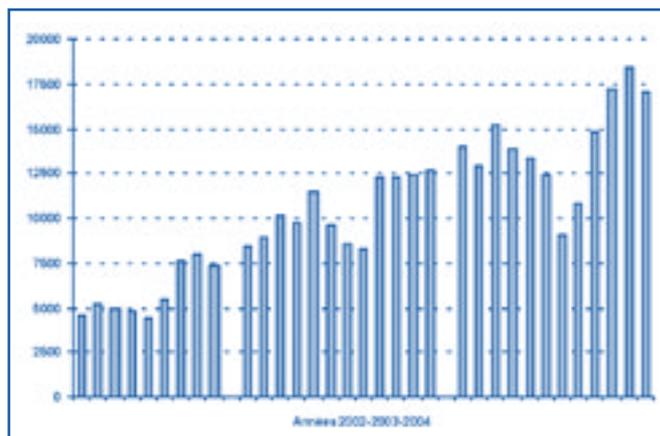
Prendre contact avec Bernard BRANGER pour donner un avis sur ce document de suivi

## Le site web du C. CLIN Ouest

Il y a eu 126 650 sessions (visites du site) en 2003 et **169 290 en 2004 (+ 33.7 %)**. Depuis 2002, le nombre mensuel de sessions est passé de 5 770 en 2002, à 10 390 en 2003 et **14 100 par mois en 2004**.

Le nombre de pages mensuel est supérieur puisque lors des visites, plusieurs pages sont consultées : le nombre mensuel est passé de 13 100 en 2002 à 17 900 en 2003 et 17 000 en 2004. Le nombre total de pages consultées est passé de 215 020 en 2003 à 204 870 en 2004 (- 4.7 %).

**Figure : Nombre de sessions (visites du site) par mois en 2002-2003-2004 (moyenne de 14 000/mois en 2004)**



## Nouvelles nationales

- **Programme d'audits** : les audits en hygiène hospitalière vont être recommandés selon un plan national à paraître. Le premier organisé en 2005 concernera un audit de pratiques et d'opportunités de la désinfection des mains par friction.
- **Travail du CTINLIS** : les « 100 recommandations » vont être revues et précisées vis-à-vis de références.
- **Tableaux de bord** : l'expérimentation des ETS du groupe COMPAQH est bientôt terminée. Des études de faisabilité et présentation des résultats vont être lancées jusqu'à l'été 2005. Une proposition d'indicateurs sera sans doute faite en septembre 2005.
- **Le bilan standardisé des activités** des CLIN et EOH est à remettre aux médecins DDASS et aux C.CLIN avant le 29 avril 2005 selon la circulaire du 18 février 2005. Ce rapport servira à calculer l'indice composite des activités du CLIN dans les futurs tableaux de bord. Les modalités de calcul de ce score sont jointes à la circulaire. Cette circulaire est disponible sur NOSO-BASE <http://nosobase.chu-lyon.fr>
- **Rappel** : les données de **surveillance** des infections nosocomiales sont à envoyer de toute urgence aux relais régionaux ou au C.CLIN.
- Le document concernant l'évaluation de la **politique antibiotique** est disponible sur le site. De même, les grilles de **consommation des produits d'hygiène des mains** est à retourner dès que possible.

## Nouvelles des régions

**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 Hospitalière - CHU Pontchaillou  
2, rue Henri Le Guilloux -35033 Rennes cedex 9

Tél. 02 99 28 43 62 - Fax 02 99 28 43 65  
bernard.branger@chu-rennes.fr  
Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2005

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