

NOSO News



Toute l'équipe s'associe pour saluer le travail de Jacques CHAPERON comme responsable du C.CLIN Ouest depuis sa création en 1992. Sous son impulsion, les professionnels de terrain ont pu participer à l'animation scientifique et à la gestion du C.CLIN, au sein des instances ad hoc. Jacques CHAPERON a su faire en sorte que le C.CLIN Ouest prenne toute sa place dans le dispositif sanitaire français devenant ainsi un outil de santé publique au service des professionnels et du public de l'inter-région, tant dans le domaine de l'expertise scientifique en hygiène hospitalière et de la lutte contre les infections nosocomiales que dans celui de l'animation de réseaux.

Responsable du C.CLIN Ouest pendant 15 ans, il a su laisser à l'équipe opérationnelle toute son autonomie d'action pour qu'il devienne un outil dynamique et innovant. A l'heure où la tendance est à l'uniformisation, Jacques CHAPERON a toujours rappelé qu'il était bon de savoir "questionner les demandes" et de ne pas hésiter à prendre les chemins de traverse.

Un grand merci et bon vent pour la suite !

Bulletin N°42

N° spécial - Juillet 2007

HYGIÈNE DES MAINS

- 1 Bloc-Notes
- 2 Évaluation de l'hygiène des mains dans le cadre d'un réseau inter établissement CORHYLIN
- 4 Stratégie de mise en place de la désinfection chirurgicale des mains par friction
- 6 Expérience de terrain
- 8 L'information du patient et les infections nosocomiales
- 8 Lu pour vous
Nouvelles du C.CLIN

BLOC-NOTES

C.CLIN-Ouest

- Le Noso.Doc du 1^{er} trimestre est disponible sur le site <http://www.cclinouest.com> rubrique Documentation. Pensez à nous signaler vos changements d'adresse électronique pour recevoir les messages du C.CLIN.
- Les outils pour mettre en œuvre un audit sur la préparation cutanée de l'opéré sont disponibles à la rubrique Recommandations – Démarche d'évaluation
- Les interventions de la journée du 24 mai 2007 sur l'information du patient et les infections nosocomiales sont disponibles sur le site à la rubrique Communications

Documentation

- Actualisation de la *définition des infections nosocomiales*, CTINILS, novembre 2006, 43 p. (rapport complet) et *Définition des infections associées aux soins*, CTINILS, mai 2007, 11 p. (texte court).
- *Guide des bonnes pratiques de l'antiseptie chez l'enfant*, SFHH, mai 2007, 45 p.
- *Pose et entretien des cathéters veineux périphériques* : Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, SFHH, HAS, avril 2007, 18 p.
- *Le réseau de correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène hospitalière*, C.CLIN Sud-Est, avril 2007, 15 p.

BLOC-NOTES (suite)

- Circulaire DHOS/E2/DGS/RI3/2007-231 du 13 juin 2007 relative à la validation des données déclarées par les établissements de santé dans le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales pour l'année 2006
- La revue HygièneS présente une revue bibliographique thématique : NosoThème. Le NosoThème n°1 paru dans le numéro de juin traitait du *Clostridium difficile*. Le prochain numéro sera consacré aux entérocoques résistants à la vancomycine. Ces revues seront disponibles en version détaillée (avec les résumés des documents cités) sur NosoBase <http://nosobase.chu-lyon.fr>

Congrès et journées

- **Journée régionale du RRESO "Signalements"** - 13 septembre 2007 - St Brieuc (22)
- **Journée du C.CLIN-Ouest "Hygiène en hémodialyse"** - 27 septembre 2007 - Nantes (44)
- **Journée régionale de formation du RHC "Prévention du risque nosocomial et précautions standard"** - 9 octobre 2007 - Montlouis-sur-Loire (37)
- **Journée brestoise d'hygiène** - Octobre 2007 - Brest (29)
- **10^e journée vendéenne d'hygiène** - 18 octobre 2007 - Les Sables d'Olonne (85)
- **Journée du GRASLIN "Epidémiologie des I.N"** - 4 décembre 2007 - Nantes (44)

Évaluation de l'hygiène des mains dans le cadre d'un réseau inter établissement CORHYLIN

Objectifs : le réseau CORHYLIN est composé de 14 établissements : 1 centre hospitalier, 1 clinique chirurgicale, 5 hôpitaux locaux et 7 maisons de retraite. Il comprend 1737 lits dont 1197 lits médico sociaux et 194 lits d'USLD sur les 540 lits sanitaires.

La réalisation d'un audit d'observance d'hygiène des mains au cours de la toilette avait pour objectifs : estimer l'hygiène des mains sur un acte fréquent et important dans nos structures de personnes âgées; vérifier l'implantation des SHA dans les établissements du réseau; valoriser ce soin et le personnel le réalisant; impliquer des AS et des ASH dans une pratique d'évaluation; apporter des informations au groupe de travail sur la toilette, mis en place devant la constatation de pratiques hétérogènes; impliquer les IDE correspondants du réseau comme auditeurs dans le cadre d'un audit croisé.

Méthodologie : le groupe projet était constitué par l'équipe opérationnelle en hygiène (EOH) du réseau, les référents qualité des hôpitaux locaux et une IDE de l'EOH du CHU de Nantes.

La grille d'audit comprenait des items sur l'observance de l'hygiène des mains avant le soin, en cas de manipulation du linge propre sur le chariot des AS, en cas d'interruption et à la fin du soin, complétés par des items sur la conformité de la tenue, l'utilisation des gants au cours de la toilette et l'hygiène des mains après le retrait des gants.

Les auditeurs étaient les membres du groupe projet, les correspondants et les cadres du réseau. Les correspondants et cadres ont été formés sur une demi journée. L'audit était réalisé par un binôme : membre du groupe projet/correspondant ou cadre.

La satisfaction des auditeurs et du personnel audité a été évaluée par un questionnaire.

La restitution a été prévue dans chaque établissement par l'EOH accompagnée du correspondant. Elle comprenait les résultats globaux, les résultats de l'établissement, la comparaison entre résultats globaux et résultats de l'établissement, et un rappel théorique et technique sur l'hygiène des mains.

Résultats : douze établissements ont participé : 5 services d'USLD et 7 secteurs de maisons de retraite. Six cent une opportunités ont été observées avec un minimum de 30 opportunités par service.

Cinquante deux questionnaires d'audités ont été renseignés : les audités étaient satisfaits du déroulement global de l'audit. L'information était jugée trop tardive dans 7% des cas. Les 14 correspondants ou cadres auditeurs ont renseigné leur questionnaire : la formation, l'encadrement et le déroulement de l'audit ont été jugés satisfaisants. L'expérience a été positive et formatrice, en particulier sur 2 points : l'intérêt d'observer les pratiques d'un autre établissement et la communication avec les équipes. Les auditeurs expriment aussi le stress de réaliser une évaluation de leurs collègues et de réagir positivement au stress de l'audit.

Observance de l'hygiène des mains : l'observance totale était de 69% avec utilisation des SHA dans 75% des cas

	Avant toilette	Manipulation du linge propre	Interruption du soin	Après toilette	Total
Observance	68 %	37 %	51 %	90 %	68 %

La tenue était conforme dans 76 % des cas

Utilisation des gants (hors précaution contact)

	Toilette intime	Toilette entière	Prévention d'escarre
Port de gant	95 %	35 %	21 %

L'hygiène des mains après port des gants était notée dans 49% des cas.

Trente trois observations ont été réalisées chez des patients avec précautions contact : l'observance globale était de 76%, 100% à la fin de la toilette. L'hygiène des mains était conforme dans 78% des cas. Le port de gants n'était pas observé dans 29% des cas.

Commentaires : l'interprétation des résultats par rapport à la littérature est difficile devant la diversité des méthodes, des gestes observés, de l'ancienneté relative des études disponibles et du peu d'études dans les maisons de retraite et hôpitaux locaux (1.2.3.4.5). Elle permet néanmoins de montrer des résultats satisfaisants sur le réseau, en terme d'observance d'hygiène des mains et d'appropriation des SHA. Les résultats des audits réalisés en 2006 permettront certainement d'affiner les comparaisons.

A l'intérieur du réseau, la comparaison des résultats d'un établissement aux résultats globaux a été très évocatrice et a permis de cibler rapidement les actions d'amélioration par établissement. Ce type de restitution a été apprécié par les équipes.

L'implication des correspondants dans un audit a été un point fort, formateur et constructif. La collaboration avec les référents qualité des hôpitaux locaux a été essentielle, nous permettant d'encadrer les correspondants lors de la réalisation de l'audit.

M. BRISHOUAL, E. NININ, E. FRANGEUL, réseau CORHYLIN, CH Châteaubriant (44).

Bibliographie :

1. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000; 356 : 1307-1312.
2. Kuzu N, Özer F, Aydemir S, Yalcin AN, Zencir M. Compliance with hand hygiene and glove use in a university-affiliated hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005; 26 : 312-315.
3. Kim PW, Roghmann MC, Perencevich EN, Harris AD. Rates of hand disinfection associated with glove use, patient isolation and changes between exposure to various body sites. *Am J Infect Control* 2002; 31: 97-103.
4. Baffoy-Fayard N, Germain JM, Farret D, Maugat S, Golliot F, Astagneau P. Hygiène des mains : resultants d'un audit realise dans le cadre d'une formation. *Hygiènes* 2002 ; 5 : 337-344.
5. Placet B, Zaro-Goni D, Parneix P, Aubaret C. Audit multicentrique sur l'observance du lavage des mains dans les unités de soins. *Hygiènes* 2002 ; 3 : 218-226.

QUESTIONS-RÉPONSES : stratégie de mise en place de la désinfection chirurgicale des mains par friction

Depuis 20 ans les produits hydro-alcooliques (PHA) ont été introduits dans les établissements de santé français comme alternative au lavage simple des mains. Ils étaient utilisés, dans les blocs opératoires et les secteurs interventionnels pour la désinfection hygiénique par friction par les anesthésistes, les panseurs, aides-soignants... mais pas pour la désinfection chirurgicale des mains. Il faudra attendre la fin des années 90 pour que certains établissements se lancent dans ce changement. Aujourd'hui, de plus en plus d'établissements souhaitent introduire, dans les blocs opératoires et les secteurs interventionnels, la désinfection chirurgicale des mains par friction (DCF), en remplacement de la désinfection chirurgicale par lavage (DCL). L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière et/ou le CLIN sont en général les promoteurs de ce changement. La réussite de cette entreprise passe par différentes étapes.

1. LES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE

1.1. Obtenir la validation du CLIN

Il est indispensable que les membres du CLIN soient les premiers convaincus de l'intérêt de cette technique pour renforcer la dynamique de changement. C'est en général le responsable de l'EOHH qui présente l'argumentaire scientifique qui permet de démontrer la supériorité des produits hydro-alcooliques (PHA) par rapport aux savons antiseptiques. Il est important de faire ressortir également les travaux démontrant une meilleure tolérance des produits hydro-alcooliques en désinfection chirurgicale des mains.

La stratégie de mise en place de la DCF sera également présentée aux membres du CLIN et adaptée à chaque établissement.

Le soutien du CLIN étant obtenu, il convient de susciter l'intérêt des chirurgiens.

1.2. Créer une dynamique institutionnelle

Le soutien de la Direction Générale, de la DSSI et du corps médical via la CME, va créer une

dynamique qui conditionne souvent la réussite du projet.

1.3. Convaincre les équipes chirurgicales

Ceci devient de plus en plus facile. Le nombre d'établissements optant pour la DCF est en augmentation et les chirurgiens ayant une activité multi-sites ont éventuellement eu l'occasion d'utiliser cette technique dans un autre établissement. Ils souhaitent pouvoir l'utiliser partout où ils opèrent. Parfois c'est à l'occasion d'un séjour à l'étranger que les chirurgiens ont expérimenté la DCF, des pays comme l'Allemagne, la Suisse, le Luxembourg l'utilisant depuis plusieurs dizaines d'années.

Dans les grands établissements où les activités de chirurgie sont réparties sur plusieurs sites et sur plusieurs blocs opératoires, cette étape suppose que le responsable de l'EOHH rencontre individuellement les chefs des services de chirurgie pour obtenir leur accord, il peut également intervenir lors des Conseils de bloc.

Lorsque l'accord de principe du chef de service est obtenu, une présentation générale est programmée lors d'une réunion de service. Cette réunion est de la plus haute importance, elle permet, certes de convaincre l'ensemble de l'équipe chirurgicale et l'encadrement, mais aussi de répondre aux questions et d'apaiser les inquiétudes soulevées par ce changement d'habitudes. La nouvelle technique doit être décrite, en insistant sur le fait que la gestuelle reste inchangée, ce qui est moins déstabilisant pour les utilisateurs. La DCF peut également être comparée dans ses différentes étapes à la désinfection cutanée de la peau saine avant intervention chirurgicale. Il convient de préciser que le passage à la DCF suppose le retrait des savons antiseptiques afin qu'il n'y ait pas alternance dans l'utilisation des produits ce qui majore les risques d'irritation. C'est également lors de cette réunion que sera annoncée l'évaluation de la technique après 3 à 6 mois d'utilisation.

Si l'ensemble de l'équipe du bloc opératoire ou du secteur interventionnel adhère au projet, le déroulement des étapes préalables à l'introduction de la DCF sera clairement exposé. A ce stade, l'infirmière hygiéniste prendra le relais pour coordonner avec le cadre du bloc ou du secteur interventionnel, l'organisation pratique de la mise en place.

1.4. Organiser concrètement la mise en place de la DCF

Une ou des réunions d'information seront programmées pour informer le personnel paramédical, répondre à ses questions, faire des démonstrations.

L'évaluation des équipements et des produits nécessaires se fera le plus précisément possible avec le cadre de santé :

- Nombre de distributeurs de PHA et recherche du meilleur emplacement
- Commande des dotations de PHA, de savon liquide et d'essuie-mains en papier auprès de la pharmacie et des services économiques.

Lorsque les distributeurs de PHA auront été posés par les services techniques et que les produits seront disponibles, la date de "lancement" sera programmée.

1.5. Accompagner le changement

Afin d'obtenir les meilleurs résultats, il est indispensable qu'un ou des membres de l'EOHH soient présents au bloc opératoire ou dans le secteur interventionnel pour sensibiliser sur place les professionnels utilisant la DCF. Ceci permet de préciser certains détails, corriger les erreurs de technique, rassurer.

On peut considérer que voir 75% des professionnels concernés par la DCF conditionne la réussite de l'implantation et surtout le respect de la technique. Il est évident que pour certains gros blocs opératoires cela représente pour l'EOHH un investissement en temps non négligeable qui doit être évalué.

1.6. Prévoir une évaluation des pratiques

Il est indispensable d'évaluer la maîtrise de la technique à distance de l'implantation. Cette étape permet de résensibiliser les utilisateurs si des écarts sont observés.

2. LES CRITÈRES DE RÉUSSITE :

- La DCF est affichée comme un choix institutionnel
- Les équipes chirurgicales sont volontaires et motivées
- La collaboration entre le cadre de santé du bloc opératoire ou du secteur interventionnel et l'infirmière hygiéniste est totale
- Les savons antiseptiques disparaissent et sont remplacés par le savon simple et le produit hydro-alcoolique pour éviter les risques d'irritation cutanée liés à l'utilisation concomitante des différents types de produits
- La Pharmacie propose une alternative au personnel présentant une intolérance au produit retenu pour la DCF. Dans ce cas, une consultation auprès du médecin du travail est recommandée
- La "contagion" d'une équipe chirurgicale, convaincue de l'intérêt de la DCF et de sa meilleure tolérance, à une autre est la plus efficace des ambassadrices pour rallier de nouveaux adeptes

CONCLUSION

Le passage de la désinfection chirurgicale par lavage à la désinfection chirurgicale par friction s'inscrit bien dans une démarche d'amélioration de la qualité, puisqu'elle permet de proposer aux équipes opératoires, une technique de désinfection des mains plus efficace et mieux tolérée, ce qui est surtout net en période hivernale. Dans le même temps, elle permet de réaliser des économies en supprimant les filtres terminaux, les essuie-mains stériles et elle réduit par rapport à la désinfection chirurgicale par lavage, la consommation d'eau de moitié. Quand l'efficacité est recherchée, on la trouve avec la DCF.

M. AUPÉE

Introduction de la désinfection chirurgicale par friction avec les produits hydro-alcooliques (PHA) : expérience pratique

Comme dans beaucoup d'établissements, la gestion des filtres autoclavables utilisés pour la maîtrise de l'eau, notamment pour le lavage chirurgical des mains, est un problème. A l'occasion d'une nouvelle présentation de ces difficultés en CLIN en octobre 2006, l'équipe d'hygiène a proposé de mettre en place la désinfection chirurgicale des mains par friction avec les PHA dans l'établissement, permettant ainsi de supprimer les filtres sur les auges. Le vice-président du CLIN, chirurgien digestif, a d'emblée accueilli favorablement ce projet.

Les solutions hydro-alcooliques (SHA) ont été introduites dans l'établissement en 1997. En 2002, un questionnaire avait été envoyé aux chirurgiens et aux médecins réalisant des lavages chirurgicaux leur demandant s'ils seraient d'accord pour changer leurs pratiques. Peu de réponses avaient été recueillies et le projet n'avait pas été poursuivi au bloc opératoire. Par contre, en 2005 la désinfection chirurgicale par friction a pu être introduite dans les services de réanimation adulte et néonatale.

La politique de promotion des SHA s'est intensifiée en 2006, avec la mise en place de distributeurs dans chaque chambre de médecine et de chirurgie. Les chirurgiens, en particulier, ont alors pu se familiariser avec cette technique d'hygiène des mains lors de leurs visites.

A la suite du CLIN d'octobre 2006, l'EOHH a pu élaborer la stratégie de mise en place de la désinfection chirurgicale par friction en 3 axes : "l'institutionnalisation" du projet, l'équipement en matériel et en produits, et la préparation des personnels à la mise en application.

Pour informer d'une part et donner du poids à ce projet, nous avons souhaité commencer par le présenter aux instances s'adressant plutôt au corps médical.

Le projet a d'abord été évoqué en Conseil de bloc en novembre 2006, présenté sous forme

d'une déclaration d'intention associée à un argumentaire court sur 5 minutes. L'argumentaire scientifique et bibliographique plus complet a été exposé en CME en mars 2007 rappelant l'intérêt des deux utilisations des PHA dans l'établissement : la friction simple et la désinfection chirurgicale. Le contenu de cette présentation a été transmis à l'ensemble des praticiens et a fait l'objet d'un article dans une des revues internes de l'établissement.

Le deuxième axe de travail pour l'EOHH a été d'élaborer le projet pragmatique avec les différents acteurs concernés. Tout d'abord, le choix du produit a été discuté avec le pharmacien après consultation des différents laboratoires fournissant les PHA. La composition et la présentation souhaitées ont été définies. Nous nous sommes réunies avec le responsable des services économiques pour élaborer le cahier des charges pour le choix du savon doux et le choix de la qualité du papier essuie-mains.

Parallèlement nous avons réalisé l'inventaire des auges du bloc afin d'envisager leur équipement. En effet, les auges étant anciennes, des supports sur mesure pour les distributeurs de SHA et pour les distributeurs de papier essuie-mains ont dû être fabriqués. L'installation de ces équipements a été programmée et organisée en coordination avec les cadres du bloc et les services techniques. Nous avons été particulièrement vigilantes sur les équipements, souhaitant limiter au maximum les éventuelles résistances liées à des aspects techniques.

Le troisième axe de travail a concerné la stratégie de préparation des personnels du bloc opératoire à la mise en application de cette technique.

Lors d'une réunion préparatoire avec les cadres du bloc opératoire, nous avons convenu d'informer l'ensemble des personnels au cours de l'une de leur réunion de service mensuelle en sollicitant l'intervention d'un interlocuteur extérieur. De plus, il a été décidé de solliciter deux IBODE travaillant au bloc et reconnus de

leurs collègues pour finaliser les aspects pratiques et participer à la phase d'apprentissage de leur collègues.

Des affiches ont été diffusées dans le bloc et les médecins ont été sollicités lors de la CME, puis par mail par le président du Conseil de bloc, pour venir à la réunion d'information organisée. Parallèlement, des articles de bibliographie ont été mis à disposition dans des classeurs au bloc opératoire. Quelques rencontres individuelles avec les chirurgiens ont permis d'anticiper l'information sur la technique de désinfection par friction et de répondre à certaines appréhensions.

Le 18 avril, le médecin coordonnateur du C.CLIN Ouest a pu expliquer à l'ensemble des professionnels du bloc réunis IBODE, IADE, chirurgiens, anesthésistes, AS et cadres, l'intérêt des produits hydro-alcooliques et faire part de son expérience personnelle des difficultés que peut susciter ce ré-apprentissage de pratique d'hygiène des mains. Lors de cette réunion, les IBODE référents ont été présentés ainsi que les détails du calendrier et de l'organisation de la formation.

Avec les IBODE référents, nous avons tout d'abord finalisé le protocole de désinfection chirurgicale et harmonisé les éléments d'informations qui seraient délivrés au reste de l'équipe. Nous avons souhaité accompagner et observer 3 désinfections par friction par personne pour valider la formation des personnels. Les personnels de nuit et de garde le premier week-end ont été formés en priorité. Deux séances d'une journée d'information-formation à la technique de désinfection, ont été animées au sein du bloc, dans un local équipé. Très rapidement, les auges ont été équipées et la formation poursuivie en situation. La formation a été assurée pendant 2 journées complètes par les 4 membres de l'EOHH sur place. Une liste des personnels formés a été tenue à jour et transmise aux cadres du bloc.

Une évaluation précoce des pratiques a été organisée 3 semaines après l'introduction des PHA. Ce temps d'évaluation a été suivi immédiatement d'une campagne de réajustement avec l'aide d'une IBODE extérieure à l'établis-

sement sur 2 jours. Une nouvelle évaluation est programmée dans 6 mois.

BILAN

Nous sommes aujourd'hui à un peu plus d'un mois de la mise en place de la désinfection chirurgicale par friction hydro-alcoolique au bloc opératoire. L'ensemble des personnels chirurgiens et IBODE ont été formés. Aucun équipement pour le savon antiseptique n'a été conservé. La technique de désinfection par friction a été acceptée par tous et nous n'avons rencontré aucune opposition. La compliance de chacun au temps de formation a été très satisfaisante. Les résultats de la première évaluation des pratiques ont montré que la technique de désinfection était maîtrisée par la plupart. Le lavage simple a nécessité plus de réajustements. La quantité de savon utilisée était trop importante, le temps de savonnage trop long et la qualité du rinçage insuffisant.

La réalisation de ce projet a été sous tendue par un travail préparatoire minutieux prenant en compte tous les aspects stratégiques pour son aboutissement. A notre avis deux points forts ont contribué à sa réussite : d'une part la présentation à la CME a permis de sensibiliser favorablement le corps médical en respectant la chronologie de sensibilisation avant la déclinaison pratique de la mise en place. Le deuxième point fort a résidé dans l'implication des cadres et des 2 IBODE référents permettant de faire le lien entre les personnels du bloc et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière. Un troisième élément inattendu est venu aussi aider à l'acceptation de la technique, c'est l'arrivée de nouveaux internes en chirurgie qui avaient déjà pratiqué cette technique et étaient en mesure de témoigner de son intérêt et de sa facilité d'application.

A présent, nous travaillons à la diffusion de cette technique par friction à l'ensemble des services pratiquant des soins nécessitant ce niveau de désinfection chirurgicale : radiologie et cardiologie interventionnelles, les services d'urgences et le bloc obstétrical.

*S. LELIMOUZIN,
CH Bretagne Atlantique, Vannes (56).*

Journée «l'information du patient et les infections nosocomiales» - 24 mai 2007

Près de 250 personnes ont assisté à cette journée multidisciplinaire organisée conjointement par le C.CLIN Ouest et l'École Nationale de la Santé Publique.

Les différents intervenants de la matinée (médecin de santé publique, sociologue, administration centrale et juriste) ont souligné le caractère complexe des infections nosocomiales tant au niveau de leur définition que de leurs mécanismes, avec des conséquences en termes sociologiques, médiatiques et juridiques qui aboutissent à une revendication de transparence.

Les intervenants de l'après midi (psychologue, représentant d'usagers et professionnels de terrain) ont insisté sur la nécessité d'une information individuelle et collective à partir de supports divers (plaquettes d'information, sites internet, réunions "grand public". Les tableaux de bord ont semblé aux intervenants et au public devoir être réservés aux experts.

Ils ont également abordé la nécessité de formations (initiales ou continues) des différents profes-

sionnels sur les infections nosocomiales ; sur les manières d'informer pour développer un registre commun entre professionnels et usagers notamment pour faire face à la pression croissante des usagers, des médias et de la jurisprudence.

Les participants ont souligné l'importance d'une poursuite de la réflexion entamée dans le cadre d'un groupe de travail pour la mise en place d'un dispositif pour l'amélioration de l'information du patient et de son entourage sur les I.N : rédaction de plaquettes ; organisation de réunions d'information publiques au niveau régional et local ; sensibilisation des relais (médecins généralistes,...); intégration de représentants des usagers dans les instances de lutte contre les I.N (les CLIN, mais aussi les C.CLIN et leurs antennes régionales); conduite d'une étude de perception.

Tous ces éléments seront développés dans un prochain Noso News consacré à ce sujet.

Nouvelles du C.CLIN...

Toute l'équipe du C.CLIN Ouest est heureuse d'accueillir en son sein, Marion OLIVIER, épidémiologiste. Elle bénéficie dans un premier temps d'un contrat d'un an. Elle sera la gestionnaire de données pour les réseaux de surveillance AES, ISO, Bactériémies, Maternité, antibiotiques.

Suite à l'appel à candidature pour la responsabilité du C.CLIN Ouest, B. LEJEUNE et M. AUPÉE ont été nommés par le Ministère, respectivement responsable et responsable adjoint. L'arrêté de nomination est en cours de publication.

LU POUR VOUS...

Pandémie de grippe : ce que les professionnels en hygiène hospitalière devraient savoir

Durant le siècle précédent, 3 pandémies de grippe à virus de type A sont survenues et une pandémie gripale surviendra inévitablement dans le futur. Bien que le moment et la sévérité de la prochaine pandémie ne puissent pas être prédits, la probabilité de la survenue d'une pandémie a augmenté si l'on se réfère aux épidémies actuelles (H5N1) en Asie, en Europe et en Afrique. Une détection précoce est essentielle pour prévenir la dissémination de la grippe aviaire. Cette synthèse porte sur les pandémies du 20^e siècle, la grippe aviaire et ses épidémies de 1997-2002 et 2003-2006, les étapes de la pandémie, la surveillance d'une pandémie de grippe, la prévention et le contrôle de la grippe aviaire (vaccins, prévention et contrôle dans le milieu communautaire, dans les établissements de santé).

*GOLDRICK BA, GOETZ AM. Pandemic influenza: what infection control professionals should know. American Journal of Infection Control 2007;35(1):7-13. [Réf. NosoBase : *18394]*

Erratum

Contrôle de qualité externe 2003-2006 de l'enquête BMR, NosoNews n°41, p. 5-7.

Au tableau 7 "Bonnes réponses pour l'*Enterococcus faecium vis-à-vis de la vancomycine*", la proportion de bonnes réponses pour les Pays de la Loire est de 94 % (et non de 77%). En conséquence, la proportion de bonnes réponses sur l'ensemble des régions est de 95 % (et non de 90 %).

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

Directeur de la publication : Dr P. JARNO
Secrétaire de rédaction : I. GIROT

C.CLIN-Ouest - CHU Hôtel-Dieu
2, rue de l'Hôtel-Dieu - CS 26419 - 35064 Rennes cedex 2
Tél. 02 99 87 35 30 - Fax 02 99 87 35 32
isabelle.girot@chu-rennes.fr
Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 3^e trimestre 2007
Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)