

HYGIENES

GUIDE

Infections associées aux soins

Guide d'aide à la communication
Juin 2010





Infektions associées aux soins

Guide d'aide à la communication

Avant propos	5
Préface	7
Introduction	9
Schéma d'organisation de la communication interne.....	11
communication externe.....	12
Les mots-clés de la communication	13
Partie 1 – Méthodologie	
Groupe de travail et comité de lecture	15
Délimitation du périmètre	17
Thèmes de communication.....	17
Cibles de communication.....	17
Méthodologie	
Principe de rédaction des conseils en communication	18
Principe de rédaction des fiches techniques	18
Recherche bibliographique	19
Liste des abréviations	20
Partie 2 – Aide à la communication	
1. Communication et tableau de bord des infections associées aux soins ..	21
Points incontournables quelle que soit la cible de la communication	22
Contexte et objectifs.....	22
Contenu et méthode de calcul.....	22
Diffusion publique des indicateurs et du score agrégé.....	22
Archivage des résultats des indicateurs et du score agrégé.....	23
Limites du tableau de bord.....	23
Avantages du tableau de bord	23
Perspectives.....	24
Pour en savoir plus.....	24
Communication avec l'administration de l'établissement	25
Communication avec la commission médicale d'établissement.....	26
et le comité de lutte contre les infections nosocomiales	

Communication avec les professionnels de santé.....	27
Communication avec les usagers ou leurs représentants.....	28
Communication avec les tutelles.....	29
Communication avec les médias.....	29
Annexes	
Exemple de diaporama pouvant aider les équipes à.....	30
communiquer sur le tableau de bord des infections associées aux soins	
2. Communication et enquête de prévalence.....	35
des infections associées aux soins	
Points incontournables quelle que soit la cible.....	36
de la communication	
Contexte et objectifs.....	36
Définition et expression des résultats.....	36
Limites des enquêtes de prévalence.....	37
Avantages des enquêtes de prévalence.....	37
Perspectives.....	38
Pour en savoir plus.....	38
Communication avec l'administration de l'établissement.....	39
Communication avec la commission médicale d'établissement.....	40
et le comité de lutte contre les infections nosocomiales	
Communication avec les professionnels de santé.....	41
Communication avec les usagers ou leurs représentants.....	42
Communication avec les tutelles.....	43
Communication avec les médias.....	43
Annexes	
Exemple de diaporama de présentation des résultats.....	44
3. Communication et textes réglementaires/recommandations.....	47
en gestion de risque infectieux et hygiène hospitalière	
Points incontournables quelle que soit la cible.....	48
de la communication	
Définition.....	48
Importance de la thématique.....	48
Méthodologie de la rédaction.....	48
Modalité de mise en œuvre et délai de mise en place.....	48
Impact de la mise en place : qu'est-ce qui va changer?.....	49
Pour en savoir plus.....	49
Communication avec l'administration de l'établissement.....	50
Communication avec la commission médicale d'établissement.....	51
et le comité de lutte contre les infections nosocomiales	
Communication avec les professionnels de santé.....	52
Communication avec les usagers ou leurs représentants.....	52
Communication avec les tutelles.....	53
Communication avec les médias.....	53

4. Communication et situation de crise	55
Points incontournables quelle que soit la cible	56
de la communication	
Définition d'une situation de crise.....	56
Caractéristiques d'une situation de crise	56
Objectifs de la communication.....	57
Organisation de la communication.....	57
Pour en savoir plus.....	58
Communication avec l'administration de l'établissement	59
Communication avec la commission médicale d'établissement.....	60
et le comité de lutte contre les infections nosocomiales	
Communication avec les professionnels de santé.....	62
Communication avec les usagers ou leurs représentants.....	64
Communication avec les tutelles.....	65
Communication avec les médias.....	66
Annexes	
ORION	68
(<i>Outbreak Reports and Intervention studies of Nosocomial Infection</i>)	
Un outil pour l'évaluation des interventions et des investigations	
d'épidémie dans le domaine des infections nosocomiales	
Exemples de lettres « type » de communication destinées aux	70
professionnels de santé hors établissements de santé et usagers	
5. Communication et événements thématiques	73
concernant les infections associées aux soins	
Points incontournables quelle que soit la cible	74
de la communication	
Définition.....	74
Exemples actuels d'événements nationaux ou régionaux	74
Objectifs.....	74
Contenu.....	74
Perspectives.....	74
Conseils	75
Pour en savoir plus.....	75
Communication avec l'administration de l'établissement	76
Communication avec la commission médicale d'établissement.....	77
et le comité de lutte contre les infections nosocomiales	
Communication avec les professionnels de santé.....	78
Communication avec les usagers ou leurs représentants.....	78
Communication avec les tutelles.....	79
Communication avec les médias.....	79

Avant-propos

L'information du patient par le professionnel de santé, qui fait partie intégrante du « colloque singulier », est inscrite dans le Code de santé publique de 1991 (« Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements de santé assurent l'information des personnes soignées... ») et le code de déontologie de 1995 (« Le médecin doit à la personne qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose »). La qualité de l'information et ses modalités de délivrance ont fait l'objet de recommandations émises par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en 2000.

Différentes crises sanitaires entre 1980 et 1990 vont mettre en exergue notamment le défaut d'information des patients, information dont l'obligation va être réaffirmée dans la loi du 4 mars 2002 (« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé... ») non seulement préalablement à toute prise en charge, mais également lorsque postérieurement à celle-ci des risques nouveaux sont identifiés ou que surviennent des dommages qui lui sont imputables.

S'agissant du risque infectieux associé aux soins, une législation spécifique a précisé, dès 1999, d'autres obligations pour les établissements de santé : consulter les usagers, en particulier lors de l'élaboration de leur programme de prévention et signaler la survenue de toute infection nosocomiale. C'est également dans le domaine du risque infectieux qu'a eu lieu, il y a déjà cinq ans, la première diffusion au public d'indicateurs sous la forme d'un tableau de bord « indicateurs infections nosocomiales ».

Stricto sensu, informer c'est donner un renseignement à quelqu'un sur quelque chose. Si l'on veut que cette information « constitue un élément indispensable à l'instaura-

tion d'une confiance réciproque entre les professionnels de santé et les malades et contribue à la promotion de la qualité des soins », alors l'exigence est toute autre car il s'agira de communiquer, c'est-à-dire d'établir une relation avec autrui, de faire passer « ce quelque chose » d'une personne à une autre.

C'est avec cette exigence que le conseil d'administration de la Société française d'hygiène hospitalière a confié à un groupe de travail l'élaboration d'un outil d'aide à la communication. La mission n'était pas aisée, les professionnels de santé n'ayant pas dans leur cursus une formation aux techniques et stratégies de communication, même si ceux ayant en charge la prévention des infections associées aux soins les acquièrent par nécessité sur le terrain. L'association de spécialistes du domaine au groupe de travail et au comité de lecture, a permis de pallier cette difficulté. Le second écueil était de pouvoir s'affranchir des méthodologies spécifiques à la rédaction de recommandations professionnelles médicales ou paramédicales. En faisant appel à leur expertise et à leur expérience, les rédacteurs offrent aux professionnels de l'hygiène des « recettes » (description détaillée de la façon de faire) au contenu structuré, clair et compréhensible. Je voudrais remercier très sincèrement toutes celles et ceux qui ont participé à la réalisation de ce document sous la coordination rigoureuse et efficace de Didier Lepelletier et de Philippe Vanhems.

Sans aucun doute, pour les autres professionnels de santé, ce guide servira de canevas pour leur propre communication. N'oublions pas toutefois qu'aux outils il faut associer « l'art de s'en servir ».

DOCTEUR JOSEPH HAJJAR
PRÉSIDENT DE LA SFHH

Préface

Pendant longtemps, les infections associées aux soins (IAS) ont eu des allures de monstre du Loch Ness. Elles faisaient d'autant plus peur que le phénomène demeurait dans l'obscurité. En dehors de ceux qui, soignants et patients, y étaient directement confrontés, elles suscitaient des fantasmes : les chiffres sur l'incidence des décès qui leur étaient imputables les rendaient d'autant plus inquiétants qu'ils reposaient sur des statistiques peu fiables.

Ainsi, le chiffre de 10 000 décès par an était communément avancé. Il a fallu attendre la publication d'une étude, réalisée en 2002 par le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) Paris-Nord auprès de 16 hôpitaux volontaires, pour disposer, pour la première fois, d'une évaluation fiable de la proportion de décès directement imputable à ce type d'infection : 4 000 morts par an sur un total de quelque 800 000 cas d'IAS. C'était nettement moins que ce qui était redouté, mais nettement plus que ce qui était acceptable. Les progrès ont permis, depuis, de ramener à 3 500 le nombre de morts directement liés aux IAS.

Les raisons de cette durable méconnaissance de la réalité des IAS renvoient au peu de cas qui était fait de la prévention avant que les crises sanitaires ne viennent secouer le monde médical : le sida et le scandale du sang contaminé, celui de l'hormone de croissance et, particulièrement en l'espèce, l'affaire de la Clinique du Sport, dont trois anciens responsables sont passés en procès en octobre 2009, près de vingt ans après le début des faits. Entre 1988 et 1993, cinquante-huit patients ayant subi une intervention chirurgicale sur le rachis dans cet établissement parisien, ont été infectés par une mycobactérie redoutable (*Mycobacterium xenopi*), du fait de fautes médicales. Révélée le 11 septembre 1997 par le quotidien *Le Parisien*, cette affaire va jouer le rôle fondateur qu'ont eu avant elle la grippe espagnole, qui conduisit en France à la création d'un ministère en charge de la santé en 1919, ou le scandale du sang contaminé pour la sécurité transfusionnelle et plus généralement la sécurité sanitaire.

À travers la mise sur la place publique et sous le regard des médias de l'affaire de la Clinique du Sport, se sont retrouvées exposées des pratiques locales manquant à l'hygiène, une gestion d'une crise sanitaire par les responsables de cet établissement privé, puis par les pouvoirs

publics, avec en son centre l'information des victimes, avérées et potentielles, et des professionnels de santé.

Des leçons en ont été tirées par chacun. Les patients se sont organisés en association pour faire valoir leurs droits, que le législateur a traduits notamment dans la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades. Les pouvoirs publics ont renforcé le dispositif de sécurité sanitaire et lancé, avec le concours des sociétés savantes, des chantiers pour améliorer les pratiques professionnelles entre autres par la mise en place d'indicateurs de sécurité du patient et de qualité des soins. Les responsables d'établissements ont compris qu'il valait mieux traverser dans les clous car le temps de l'impunité était révolu. Reflet de notre société, les médias ont multiplié les articles et les enquêtes sur les IAS et les erreurs médicales.

De ce point de vue, il est frappant de constater que sous une forme officielle – la mise à disposition du public d'indicateurs sur les infections nosocomiales – ou au travers de la médiatisation de palmarès, beaucoup de professionnels de santé ont dépassé la réaction de méfiance vis-à-vis de ce qui leur apparaissait comme une mise en cause. L'aiguillon du regard du public a donné un nouvel élan à la démarche de qualité des soins. Ce faisant, les professionnels de santé ont compris qu'outre être un devoir déontologique la recherche d'une plus grande qualité des soins était aussi le meilleur moyen de renforcer la confiance entre soignants et soignés.

Ne nous y trompons pas, le changement n'a rien de conjoncturel. Il est profond et durable. Le souci de la qualité des soins et donc de la lutte contre les IAS est une exigence sociale globale. Le Guide présenté par la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) prend en compte cette nouvelle donne. Situations pratiques, identification des différents acteurs d'une crise sanitaire, approche méthodique, définition et hiérarchisation des tâches..., il est en prise avec la réalité d'aujourd'hui. Un tel guide n'empêchera pas l'un ou l'autre des protagonistes de sortir du cadre préconisé (un journaliste ne se contentera pas nécessairement de parler à la personne désignée comme porte-parole par un établissement de santé...), mais il armera certainement mieux les soignants pour éviter des erreurs, sans déroger à leurs responsabilités.

PAUL BENKIMOUN

LE MONDE

Introduction

L'origine du mot « communication » vient du latin *communicare*, « mettre en commun », et de *communis*, « commun ». La communication est l'action de communiquer, de transmettre des informations ou des connaissances à quelqu'un ou, s'il y a échange, de les mettre en commun. Le mot communication désigne aussi le contenu de ce qui est communiqué.

Les premières théories de la communication, nées dans les laboratoires des compagnies de téléphone, s'appuient essentiellement sur une vision mécaniste de la communication, entendue comme un flux d'informations entre un émetteur et un récepteur. Les éléments de la communication ont ainsi été modélisés en un schéma, devenu classique, qui s'articule autour de cinq éléments : la source de l'information, le transmetteur, le canal de transmission de l'information, le récepteur et le destinataire de l'information. Transposé en communication humaine, ce schéma se décompose en une succession de concepts plus complexes : ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je dis, ce que le récepteur entend, ce que le récepteur comprend et ce que le récepteur retient [1,2]. Cela suppose une adaptation du message destiné aux récepteurs, sur le fond et la forme, afin d'en faciliter la compréhension [3,4].

L'enjeu est important, en particulier pour la communication en santé, définie comme la transmission et l'échange des savoirs et opinions entre patients et professionnels de santé impliqués dans la démarche thérapeutique et préventive mais aussi, au sens large, entre patients, soignants, administrateurs de la santé et usagers intéressés par les implications de la politique de la santé [5].

Dans le domaine de l'hygiène hospitalière et de la prévention du risque infectieux associé aux soins, la communication a une place de plus en plus grande, compte tenu de l'exigence d'explication et de transparence mais aussi d'amélioration de la qualité des soins. À l'heure de

la médiatisation de situations à risque infectieux épidémiques ou non, de la tenue d'états généraux des infections nosocomiales et de la diffusion à un large public des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) a souhaité s'inscrire dans une démarche pédagogique de communication autour des infections associées aux soins. Celle-ci survient à un moment où le risque infectieux est en grande partie maîtrisé dans les établissements de santé [6,7]. Toutefois environ 5 % des patients hospitalisés contractent un événement indésirable infectieux, plus ou moins grave, généré par les soins et/ou l'environnement hospitalier [ref BEH]. La persistance du risque infectieux est liée à l'évolution constante des technologies médicales et à la modification des facteurs de risque propres aux patients, comme le simple vieillissement de la population. En dépit d'une réduction significative depuis 20 ans, la survenue de complications infectieuses est perçue paradoxalement, par le public, comme plus grave et inacceptable [8,9].

La communication joue un rôle essentiel, en particulier dans la gestion de crise et représente un véritable défi pour les établissements de santé [10]. Il ne peut y avoir de gestion efficace d'une crise sans une communication efficace. La communication de crise exige anticipation, préparation, coordination et maîtrise des messages ainsi qu'une connaissance de l'environnement médiatique [11,12]. La formation aux techniques de communication peut parfois être utile aux professionnels de santé les plus exposés. L'enjeu est bien de construire et de préserver une relation de confiance entre tous les acteurs [13,14].

La communication fait aussi partie des missions des professionnels de l'hygiène et de la gestion du risque infectieux en raison du caractère transversal de leurs activités. La formation de ces professionnels aux techniques de communication est à développer.

L'objectif du guide est d'aider à la communication sur les infections associées aux soins à partir de cinq thématiques représentatives de la politique de prévention du risque infectieux. Composé de fiches techniques et de conseils rédigés par un groupe d'experts pluridisciplinaire, ce guide devrait faciliter d'une part la communication interne entre les différents acteurs d'un établissement de santé et d'autre part la communication externe envers les usagers, les tutelles et les médias [15], comme le précisent les schémas d'organisation de la communication dans les pages suivantes. Ces schémas décrivent vers qui, pourquoi et comment communiquer, sans préciser quand communiquer, cet aspect étant laissé à la libre appréciation et à l'expérience des hygiénistes ou d'autres professionnels concernés par les IAS dans leur établissement de santé.

La communication ne saurait se réduire à la simple diffusion de supports, quelle qu'en soit la qualité. Elle doit constituer un élément essentiel de l'activité des Équipes opérationnelles d'hygiène dans les établissements de santé afin de partager les valeurs de prévention du risque infectieux avec les personnels soignants, les usagers ou leurs représentants, mais aussi avec les instances administratives et médicales pour une meilleure sécurité infectieuse des patients. Elle doit également intégrer la médiation, non développée dans ce guide, garantissant un réel partage de cette culture de prévention du risque infectieux. Ce guide est un outil d'aide à la communication destiné aux équipes opérationnelles d'hygiène et autres professionnels impliqués dans la lutte contre les infections associées aux soins. Il se veut simple et d'application pratique, dans les établissements de santé et dans d'autres structures concernées.

Références bibliographiques

- 1- LIBAERT T. La communication de crise. Édition Dunod, 2005, Paris.
- 2- SHANNON AND WEAVER W. The mathematical theory of communication. National Library of Medicine. Urbana: The University of Illinois Press, 1949.
- 3- DUPAYS S. Déciffrer les statistiques économiques et sociales. Édition Dunod, coll. Les Topos, 2008, Paris.
- 4- Les statistiques publiques en débat. La Documentation française. Regards sur l'actualité, n° 346, décembre 2008, Paris.
- 5- OGRIZEK M, GUILLERY JM, MIRABAUD C. La communication médicale. Collection « Que sais-je ? » (1^{re} édition). Presse universitaire de France, 1996.
- 6- HAJJAR J. Healthcare associated infection control in France: 2005-2008 national program. *J Hosp Infect* 2008; 70 Suppl 1: 17-21.
- 7- CARLET J, ASTAGNEAU P, BRUN-BUISSON C *et al.* French National Program for Prevention of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Resistance. French national program for prevention of healthcare-associated infections and antimicrobial resistance, 1992-2008: positive trends, but perseverance needed. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30: 737-745.
- 8- CARLET J, FABRY J, AMALBERTI R, DEGOS L. The « Zero Risk » concept for hospital-acquired infections: a risky business! *Clin Infect Dis* 2009; 49: 747-749.
- 9- POUJOL I, JESTIN C, GAUTIER A, JAUFFRET-ROUSTIDE M, COIGNARD B. Perception du risque nosocomial dans la population française, 2005-2006. *Bull Epidemiol Hebd* 2007; 12-13: 101.
- 10- CHAGUÉ V. La communication de crise, un nouvel enjeu pour l'hôpital. *Soins Cadres de Santé* 2009; Suppl 61: S10-S15.
- 11- BACHMANN P. Communiquer avec la presse écrite et audiovisuelle. Editions du CFPJ (Centre de formation et de perfectionnement des journalistes). 1996, Paris.
- 12- RIEFFEL R. Sociologie des médias. Éditions Ellipses (2^e édition), 2005.
- 13- CHOUTET P, LEMOINE M, BIRMELE B *et al.* Rôle du médecin expert dans la communication en situation d'alerte épidémique: enjeux éthiques. *Med Mal Infect* 2006; 36: 399-400.
- 14- DAB W. Les enjeux de santé publique de la gestion des risques et des crises. *Gestions Hospitalières* 2004; 439: 612-614.
- 15- LETHAU LA. Intramural and extramural communication. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997; 18: 364-368.

Schéma d'organisation de la communication interne

Qui ?

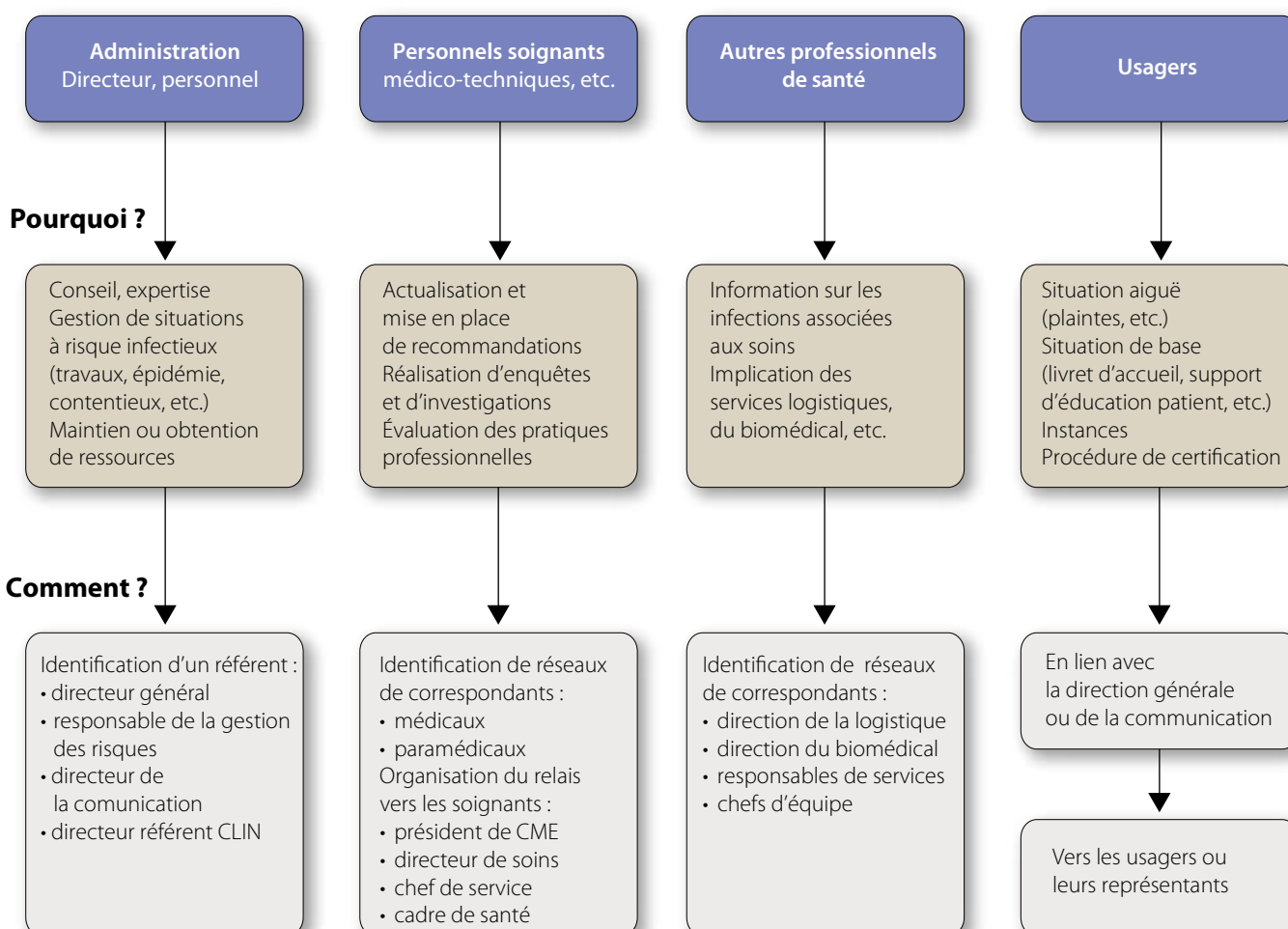
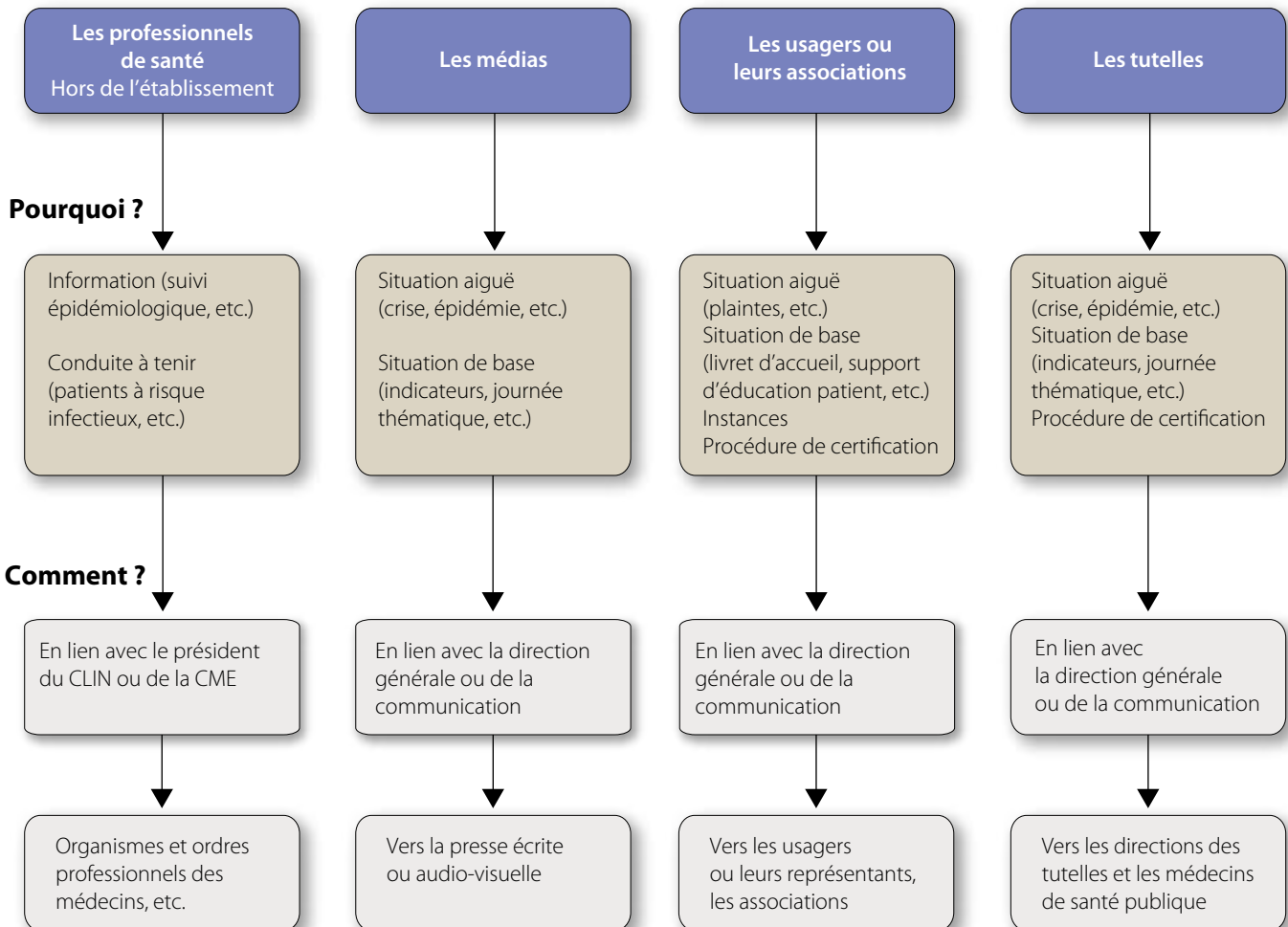


Schéma d'organisation de la communication externe

Qui ?



Les mots-clés de la communication

Anticiper

Plus une situation de crise a été préparée, plus la gestion de la communication est facilitée.

Alerter

L'alerte est le meilleur moyen de ne pas subir une crise. Le processus d'alerte et de circulation de l'information est souvent le point faible des dispositifs de crise.

Adapter

Le discours en fonction du récepteur afin de faciliter sa compréhension

Communiquer en interne

La communication interne cible l'ensemble des professionnels médicaux ou non de votre établissement (médecins, paramédicaux, administration, instances médicales, services médico-techniques, services techniques et logistiques, service biomédical, etc.) et les usagers ou leurs représentants.

Communiquer en externe

La communication externe cible les usagers ou leurs représentants, les professionnels de santé libéraux ou d'autres structures de soins, les tutelles et les médias.

Se coordonner

Vos cibles amplifieront toutes les discordances des messages d'interlocuteurs différents. Vous pouvez émettre plusieurs messages mais ceux-ci doivent être cohérents entre eux.

Diffuser

Les recommandations nationales ou textes réglementaires concernant la prévention du risque infectieux dans votre établissement à travers vos procédures.

Entretenir

Des relations de confiance « à froid » avec des interlocuteurs internes et externes identifiés de votre établissement lors d'événements ou manifestations sont le meilleur moyen de prévenir des rapports tendus en période de crise. Un interlocuteur qui vous découvre en période de crise n'a aucune raison de vous faire confiance.

Être

Pro-actif et réactif sur le terrain et en communication ainsi que transparent envers les interlocuteurs en n'omettant pas la vérité.

Focaliser

Sur l'information essentielle ayant une portée de santé publique.

Former

La prise de parole médiatique nécessite l'acquisition de certains paramètres : phrases courtes, utilisation d'images, rappel constant du message, self-control, etc.

Identifier

Vos interlocuteurs au sein et en dehors de l'établissement.

Maîtriser

Votre communication. Les récepteurs extérieurs jouent sur l'urgence pour obtenir de la spontanéité. Sachez refuser une interview si vous ne l'avez pas préparée, vous risquez d'être entraîné en dehors de votre message.

Ne pas communiquer

À l'extérieur de votre établissement sans l'accord préalable de la direction, ni sans avoir préparé votre message avec les personnes ressources.

Rebondir

Toute situation de crise peut être une opportunité pour une nouvelle évolution et pour valoriser le travail des équipes soignantes.

Préparer

Des supports de communication facilitant la diffusion de vos messages (texte court, des éléments de langage, communiqué de presse, moyens d'expression graphique, etc.).

Se tenir prêt

La prochaine crise n'est pas loin.

Utiliser

Les outils disponibles de votre établissement comme supports de communication (intranet, plateforme téléphonique, page WEB, info-flash, bulletins d'information).

Vérifier

La qualité de vos données et faites-les valider avant de communiquer.

Vulgariser

L'information scientifique ou technique pour la rendre accessible.

Et rester **Zen!**

PARTIE 1

Méthodologie

Composition du groupe de travail

Coordination

Didier Lepelletier	Médecin hygiéniste Centre hospitalier universitaire	Nantes
Philippe Vanhems	Médecin hygiéniste Centre hospitalier universitaire	Lyon

Groupe de travail

Gilles Antoniotti	Pharmacien - Directeur de la gestion du risque infectieux Générale de Santé	Paris
Philippe Berthelot	Médecin hygiéniste Centre hospitalier universitaire	Saint-Étienne
Karine Blanckaert	Médecin hygiéniste CCLIN Paris-Nord	Lille
Anne-Sophie Brunet	Chef de rubrique Actualités <i>Top Santé</i>	Paris
Anne Carbonne	Médecin hygiéniste CCLIN Paris-Nord	Paris
Alain Michel Céretti	Pôle santé et sécurité des soins Médiation de la République	Paris
Béatrice Croze	IDE Hygiéniste Centre hospitalier	Valence
Marie-Alix Ertzscheid	IDE hygiéniste CCLIN Ouest	Rennes
Laëtitia Gouffé-Benadiba	Service communication Institut de veille sanitaire	St Maurice
Joseph Hajjar	Médecin hygiéniste Centre hospitalier Président de la SFHH	Valence
Pascal Jarno	Médecin de santé publique CCLIN Ouest	Rennes
Loïc Ricour	Pôle santé et sécurité des soins Médiation de la République	Paris
Nathalie van der Mee	Biologiste hygiéniste Centre hospitalier universitaire	Tours

Composition du groupe de lecture

Lydia Archimède	Journaliste <i>Le Quotidien du médecin</i>	Paris
Eve Aulong	Directrice de la communication Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	Paris
Christian Brun-Buisson	Médecin microbiologiste Centre hospitalier intercommunal	Créteil
Alain Chalochet	Direction de l'Organisation, de la qualité et des relations avec les usagers	Lyon
Jacques Chemardin	Pharmacien-biologiste Département des urgences sanitaires Direction générale de santé	Paris
Bruno Coignard	Médecin épidémiologiste Institut de veille sanitaire	Saint-Maurice
Martine Erb	Cadre de santé hygiéniste Centre hospitalier régional universitaire	Lille
Amandine Grain	Président de CLIN Centre hospitalier	Saint-Marcellin
Anne-Claire Guillé des Buttes	Cadre de santé hygiéniste Centre hospitalier universitaire	Nantes
Michèle Guillaume-Hofnung	Professeur des facultés de droit Vice-présidente du Comité des droits de l'homme et des questions éthiques CNF/UNESCO Présidente de l'Union professionnelle indépendante des médiateurs	Paris
Olivia Keita-Perse	Médecin hygiéniste Centre hospitalier Présidente du conseil scientifique de la SFHH	Monaco
Jean-Christophe Lucet	Médecin hygiéniste Groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard	Paris
Pierre Parneix	Médecin hygiéniste CCLIN sud-ouest	Bordeaux
Roland Quentin	Président de CLIN Centre hospitalier universitaire	Tours
Catherine Renaud	Directrice des soins Centre hospitalier universitaire	Lille
Nathalie Robin-Sanchez	Directeur des usagers, des risques et de la qualité Centre hospitalier universitaire	Nantes
Cathy Simonet	Maison associative de la santé	Rennes

Délimitation du périmètre

Thèmes de communication

Sélection des thématiques

Les cinq thématiques développées dans ce guide ont été sélectionnées par le groupe d'experts pluridisciplinaire par consensus :

- 1- Tableau de bord des infections associées aux soins
- 2- Enquêtes de prévalence des infections associées aux soins
- 3- Textes réglementaires ou recommandations nationales
- 4- Situations de crise épidémique ou non
- 5- Journées nationales de promotion de l'hygiène hospitalière (ex. Journée hygiène des mains)

Ces thématiques sont parmi les plus fréquentes et les plus reprises par les médias. Elles représentent également une grande partie des activités des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière. Elles correspondent enfin à des domaines d'activités justifiant une communication des professionnels de l'hygiène et de la gestion du risque infectieux, que la communication se fasse « à froid » en période de calme ou « à chaud » en période de crise.

Cibles de la communication

Sélection des cibles de communication

Les cibles (ou récepteurs) de la communication des hygiénistes ont été sélectionnées à l'intérieur (communication interne) et à l'extérieur (communication externe) des établissements de santé. Elles correspondent à l'ensemble des interlocuteurs possibles des hygiénistes dans le cadre de leurs activités professionnelles :

Communication interne

- 1- Administration
- 2- Commission médicale d'établissement et Comité de lutte contre les infections nosocomiales ou structures équivalentes
- 3- Personnels soignants dans les services de soins
- 4- Usagers ou leurs représentants

Communication externe

- 1- Usagers ou leurs représentants
- 2- Tutelles
- 3- Médias
- 4- Professionnels de santé*

*Organismes et ordres professionnels, etc.

Méthodologie

Principe de rédaction des conseils en communication

Le principe de ce guide est de conseiller les professionnels de l'hygiène sur leur communication vers les différentes cibles. Les conseils en communication sont issus de l'expertise et de l'expérience des membres du groupe multidisciplinaire qui exercent leur activité professionnelle dans diverses structures de santé (Institut de veille sanitaire, centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, centres hospitaliers universitaires ou non, établissements de santé privés) ou siégeant à la Société française d'hygiène hospitalière ou provenant d'autres structures impliquées dans la communication (presse écrite) ou dans le domaine de la santé (médiation de la République).

La lecture critique est confiée à des experts issus des catégories professionnelles cibles de la communication (administrateurs, professionnels de santé issus des commissions médicales, personnels soignants, usagers, médecins des tutelles, journalistes) ou membres des conseils d'administration et scientifique de la Société française d'hygiène hospitalière pour valider les conseils en communication rédigés par le groupe d'experts multidisciplinaire.

Ces conseils en communication dans le domaine des infections associées aux soins sont prioritairement destinés aux professionnels de l'hygiène au sein des équipes opérationnelles d'hygiène. Cependant, ils peuvent être utiles à d'autres professionnels (gestionnaires de risque, direction des usagers, des risques et de la qualité, direction de la communication, autres professionnels de santé, etc.).

Principe de rédaction des fiches techniques

La rédaction des conseils en communication élaborés par le groupe d'experts multidisciplinaire a été réalisée sous forme de fiches techniques simples, pragmatiques, faciles à utiliser, détachables du guide, pouvant être utilisées dans les établissements comme d'autres fiches pratiques. Ce type de rédaction incite à la concision et à la synthèse des éléments essentiels de la communication dans chacune des thématiques retenues, quelle que soit la cible. Chaque thématique est divisée en sept fiches : une fiche générale et une fiche spécifique à chacun des six destinataires ou cibles de communication retenus : administration, CLIN ou CME, professionnels de santé des services de soins, usagers ou leurs représentants, tutelles et médias. Chaque fiche technique spécifique comporte une partie sur les attentes de la cible quant au thème concerné, des conseils de communication sur la forme et le support, le contenu et les objectifs, la dernière partie étant réservée aux précautions dans la stratégie de communication.

Ces fiches techniques ont pour objectif d'être adaptées à chaque cible de communication.

Recherche bibliographique

Méthode de recherche et présentation de la bibliographie

La recherche bibliographique a été réalisée par l'ensemble du groupe de travail. Les mots-clés utilisés ont été sélectionnés dans le domaine d'application de la communication sur des bases de données scientifiques comme Pubmed mais aussi sur d'autres sites web, comme Nosobase, compte tenu de la publication diversifiée et nombreuse d'ouvrages sur la communication en entreprise par exemple, notamment en situation de crise.

Les références bibliographiques et les liens internet se trouvent dans la rubrique « Pour en savoir plus... » de chacune des cinq thématiques.

Le groupe de travail adresse ses remerciements à toutes les personnes impliquées dans la recherche bibliographique, en particulier les documentalistes des CCLIN ouest, sud-ouest et Paris-nord.

Liste des abréviations

AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
CCLIN	Centre de coordination de LIN
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales (ou instance équivalente)*
CME	Commission médicale d'établissement
CSSP	Commission spécialisée sécurité patients
DGS	Direction générale de la santé
ES	Établissement de santé
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EMS	Établissement médico-social
ENP	Enquête nationale de prévalence
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
IAS	Infections associées aux soins**
ICSLIN	Instance de consultation et de suivi de la LIN
IN	Infections nosocomiales**
InVS	Institut de veille sanitaire
LIN	Lutte contre les infections nosocomiales
PEP	Pratiques exigibles prioritaires
SFHH	Société française d'hygiène hospitalière
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

* Instance de consultation et de suivi de la lutte contre la LIN. Circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS

**Pour tenir compte de l'évolution des définitions, nous avons utilisé le sigle IAS dans le texte, y compris dans les situations impliquant des sigles actuels comme le tableau de bord des infections nosocomiales

PARTIE 2

Aide à la communication

1**Communication et tableau de bord
des infections associées aux soins**

Thème	Tableau de bord des infections associées aux soins (IAS)
Points incontournables	<p style="text-align: center;">Contexte et objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir le contexte <ul style="list-style-type: none"> • Répondre à la demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers • Présenter le tableau de bord des IAS comme un outil d'évaluation de la politique de LIN et de l'amélioration de la qualité des soins • Présenter le tableau de bord des IAS comme un outil de diffusion d'information et de résultats au sein des établissements • Présenter un certain nombre d'informations et de résultats du tableau de bord des IAS comme une information complémentaire des données de surveillance déjà existantes • Organiser l'information et la prise de conscience de l'impact en santé publique des IAS ■ Définir les objectifs <ul style="list-style-type: none"> • Inciter tous les établissements à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les IAS • Présenter un certain nombre d'informations et résultats simples et sélectifs reposant sur des indicateurs • Assurer un suivi dans le temps et comparer les établissements d'activité comparable ■ S'assurer que la communication est cohérente et le contenu similaire pour les différentes cibles (voir ci-après)
	<p style="text-align: center;">Contenu et méthode de calcul</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir la composition actuelle du tableau de bord et les cinq indicateurs (susceptibles d'évoluer) <ul style="list-style-type: none"> • L'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) • L'indicateur de consommation des solutés-hydroalcooliques (ICSHA) • L'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO) • L'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) • Le taux triennal de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (SARM) ■ Définir le score agrégé et son mode de calcul
	<p style="text-align: center;">Diffusion publique des indicateurs et du score agrégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Expliquer le classement des établissements en fonction du score agrégé <ul style="list-style-type: none"> • Classement par catégorie d'établissement ou par localisation géographique • Classement selon l'évolution des résultats du score agrégé et des indicateurs pour l'établissement lui-même ■ Valider les valeurs des scores dès le premier envoi du ministère de la Santé

Points incontournables	<p style="text-align: center;">Archivage des résultats des indicateurs et du score agrégé</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Organiser l'archivage des résultats du tableau de bord pour une traçabilité de l'évolution de chacun des indicateurs pour faciliter les communications annuelles ■ Colliger éventuellement les articles de presse (modification de la méthodologie de classement, etc.) ■ Présenter les éléments principaux du tableau de bord à l'aide des outils de communication de l'établissement de santé à destination des usagers
	<p style="text-align: center;">Limites* du tableau de bord</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser le délai de publication et l'année à laquelle se rapportent les résultats ■ Préciser les changements concernant les indicateurs d'une année sur l'autre ■ Préciser la pondération de chaque indicateur dans le score agrégé ■ Préciser que la plupart des indicateurs actuels sont des indicateurs de structures et de moyens et non pas de résultats au niveau de l'établissement ■ Être prudent sur la relation des indicateurs entre eux et des indicateurs avec les taux d'IAS ■ Interpréter les résultats en fonction <ul style="list-style-type: none"> • du programme de lutte contre l'IAS de l'établissement • et de la chronologie de certains événements intercurrents internes (épidémies, fermeture de service, changement des équipes, retard à la mise en place de recommandations, etc.)
	<p style="text-align: center;">Avantages* du tableau de bord</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir la tendance générale pour l'établissement ■ Déterminer les améliorations à réaliser ■ Utiliser le tableau de bord comme un outil de communication partagée, de motivation, d'échange et de dialogue au sein de l'établissement ■ Estimer qualitativement et quantitativement, à travers les indicateurs du tableau de bord, les moyens de lutte contre les IAS ■ Motiver les professionnels à s'impliquer dans la lutte contre les IAS ■ Faciliter la lisibilité des interventions des équipes opérationnelles d'hygiène ■ Impliquer les usagers par une perception positive du tableau de bord ■ Souligner l'aspect innovant dans le domaine du risque infectieux et partiellement transposable à d'autres risques associés aux soins

* Sans hiérarchisation

<p>Points incontournables</p>	<p style="text-align: center;">Perspectives</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Annoncer <ul style="list-style-type: none"> • L'évolution des indicateurs existants vers une meilleure adéquation à la typologie et l'activité des établissements de santé (2^e génération) • L'intégration d'indicateurs de résultats (indicateurs nationaux quantifiés du programme national de prévention des IN) ■ Prioriser les risques et hiérarchiser les actions préventives ■ Intégrer ces indicateurs <ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre de la certification de l'établissement (pratiques exigibles prioritaires PEP) • À d'autres filières de soins (EHPAD, EMS, etc.) ■ Partager, avec les gestionnaires de risque et autres intervenants, cette culture de l'évaluation par les indicateurs ■ Estimer l'impact économique du tableau de bord ■ Susciter/encourager des travaux de recherche sur ces indicateurs (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.)
<p style="text-align: center;">Pour en savoir plus...</p> <p>Site du ministère de la santé - http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/accueil.htm</p> <p>Site d'accès au choix de l'établissement - Circulaire DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé. - Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé. - Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. - Guide méthodologique. Haute Autorité de santé 2008. - BERTHELOT P, HAJJAR J, LUCET JC. Lutte contre les infections nosocomiales : indicateurs, information des usagers et impact sur l'amélioration de la qualité des soins. <i>Techniques Hospitalières</i> 2008; 712: 49-52. - HARBARTH S. Utilisation des indicateurs en hygiène dans l'établissement de soins. [XIX^e Congrès national de la Société française d'hygiène hospitalière 2008. Abstract PL02]. - PARNEIX P. Bilan des indicateurs nationaux des infections associées aux soins. [XX^e Congrès national de la Société française d'hygiène hospitalière 2009. Abstract PL06]. - PARNEIX P, SALOMON V, GARNIER P, DROUVOT V, TRAN B. Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. <i>Bull Epidemiol Hebd</i> 2007; 12-13: 102-103.</p>	

Destinataire	L'administration de l'établissement
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'aspect réglementaire du tableau de bord des IAS ■ L'information nécessaire afin de faciliter la communication de la direction de l'établissement sur le thème des IAS auprès de ses interlocuteurs (tutelles, médias, etc.) ■ Une proposition argumentée pour améliorer le ou les indicateurs, cibler les stratégies, définir les priorités d'amélioration et ajuster les moyens ■ L'anticipation des difficultés potentielles issues de questions de décideurs (ministère, tutelles, ARS, etc.) ■ La valorisation et l'image de l'établissement à travers le classement public ■ La préparation avec l'EOH de la stratégie de communication externe éventuellement ■ La valorisation du tableau de bord dans le cadre de la certification HAS
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger un texte court résumant les principaux résultats ■ Représenter sous forme graphique les données par indicateur et par année (tableau, courbe, poster)
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présenter les résultats <ul style="list-style-type: none"> • De manière chronologique pour chacun des indicateurs et pour le score agrégé • En les comparant éventuellement aux résultats obtenus par des établissements de même type ■ Préciser les perspectives d'amélioration pour chacun des indicateurs
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Insister sur les limites du tableau de bord et du classement public inter-établissements ■ Expliquer les événements intercurrents positifs ou négatifs ayant eu un impact sur les indicateurs (épidémies, visites des tutelles, etc.) ■ Décrire la stratégie et les objectifs d'amélioration (moyens, formations, etc.) ■ Promouvoir la gestion du risque infectieux et l'action des équipes opérationnelles d'hygiène à l'occasion de la diffusion publique

Destinataire	La commission médicale d'établissement (CME) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La pertinence et l'évolution annuelle des indicateurs ■ La valorisation et l'image de l'établissement à travers le classement ■ La comparaison par rapport aux autres établissements de même catégorie au plan national et de la région ■ Les points spécifiques sur lesquels la CME ou le CLIN peuvent avoir un impact en termes de décision sur propositions de l'EOH
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Représenter sous forme graphique les données par indicateur et par année (tableau, courbe) ■ Rédiger une synthèse (texte court) comprenant les principaux résultats de l'établissement avec une expression/analyse graphique
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présenter les résultats de manière chronologique pour chacun des indicateurs et pour le score agrégé, en les comparant éventuellement aux résultats obtenus par des établissements de même type ■ Expliquer les efforts accomplis et les ressources mobilisées pour obtenir ces résultats ■ Préciser les perspectives d'amélioration pour chacun des indicateurs ■ Proposer des explications/identifier en détail la place de certaines pratiques médicales/paramédicales ou chirurgicales ainsi que des éléments liés à l'environnement pouvant expliquer les résultats ■ Proposer des stratégies d'amélioration ■ Anticiper les questions méthodologiques propres aux activités cliniques et biologiques
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inscrire la présentation de ces résultats à l'ordre du jour d'une séance de CME et du CLIN et s'assurer de l'invitation du représentant des usagers à la séance du CLIN ■ Insister sur les limites du tableau de bord des IAS ■ Expliquer les événements intercurrents ayant eu un impact sur les indicateurs ■ Promouvoir la gestion du risque infectieux et l'action des équipes opérationnelles d'hygiène à partir de la communication publique autour du tableau de bord des IAS

Destinataire	Les professionnels soignants et les autres professionnels de santé
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La valeur des différents indicateurs ■ L'impact sur le risque infectieux pour les patients et éventuellement pour le personnel ■ La valorisation et l'image de l'établissement à travers le classement public ■ La comparaison par rapport aux autres établissements de même catégorie de la région
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Représenter sous forme graphique les données par indicateur et par année (tableau, courbe). ■ Mettre à disposition les résultats sur un support papier
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoriser l'action des professionnels soignants en matière de prévention ■ Présenter les résultats de manière chronologique pour chacun des indicateurs et le score agrégé
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organiser le retour des résultats dans les services en coordination avec d'autres instances (Direction des soins, etc.) ■ Se déplacer auprès des équipes pour présenter les résultats et/ou proposer un document standardisé qui sera relayé par l'encadrement ou les correspondants. ■ Intégrer cette thématique dans les formations des correspondants ■ Expliquer les événements intercurrents ayant eu un impact sur les indicateurs ■ Insister sur les limites du tableau de bord et son impact sur le risque infectieux et la prévention des IAS ■ Se préparer aux questions propres à l'activité de chaque service dans lequel le tableau de bord est présenté ■ Impliquer les personnels soignants (tout corps de métier confondu) dans l'amélioration des indicateurs ■ Valoriser le tableau de bord dans le cadre de la certification HAS

Destinataire	Les usagers ou leurs représentants
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le classement de l'établissement ■ Le niveau de gestion du risque infectieux et de prévention des IAS à travers le score de l'établissement ■ L'impact sur le risque infectieux
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser les outils de communication de l'établissement à destination des usagers ■ Préciser le lien Internet du ministère de la Santé et de la SFHH
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présenter les résultats de manière chronologique pour chacun des indicateurs et le score agrégé
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer de la présence des représentants des usagers à la séance du CLIN évoquant les résultats du tableau de bord ■ Replacer la thématique des IAS dans la filière des soins ■ Insister sur les limites du tableau de bord et son impact sur le risque infectieux et la prévention des IAS ■ Impliquer les usagers dans la promotion de la prévention du risque infectieux respect des mesures d'hygiène des mains, de protection respiratoire, de préparation de l'opéré, etc. ■ Savoir dissocier les résultats d'un établissement dans son ensemble (indicateur de santé publique) des expériences individuelles des usagers. Les indicateurs rapportés dans le tableau de bord ne reflètent pas le risque individuel des usagers.

Destinataire	Les tutelles
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'aspect réglementaire du tableau de bord des infections associées aux soins ■ La stratégie et les perspectives d'amélioration des indicateurs
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préparer un support permettant l'adéquation entre le/les rapports et les éléments de preuve
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se référer au guide de remplissage du bilan d'activité standardisé de la lutte contre les IAS
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser les spécificités et les événements de votre établissement ayant un impact sur les indicateurs ■ Valider les données initiales adressées par le ministère de la Santé ■ Identifier la/les personnes en charge de la lutte contre les IAS dans votre région

Destinataire	Les médias
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les résultats factuels du tableau de bord ■ Les explications des résultats quels qu'ils soient
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adapter la forme et le support aux types de média : entretien téléphonique, document papier, etc.
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrire la construction du tableau de bord : avantages et limites ■ Souligner les qualités du tableau de bord (transparence, utilité, réponses aux attentes des usagers, etc.) ■ Souligner l'aspect innovant dans le domaine du risque infectieux et partiellement transposable à d'autres risques associés aux soins
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préparer la communication de l'information (autorisation, stratégie, forme, fond, validation) avec la direction et/ou le professionnel en charge de la communication de l'établissement ■ Avoir à disposition, à tout moment, un document dès la publication des résultats pour répondre aux interviews, parfois interview téléphonique au domicile (les documents déjà utilisés lors des séances du CLIN ou de la CME peuvent suffire) ■ Adapter la communication en fonction du type de média (TV, radio, presse écrite) ■ Veiller à avoir un interlocuteur unique (ou son remplaçant en cas d'absence) par établissement et s'assurer de la préparation de cet interlocuteur avant le contact avec la presse ■ Préparer les éléments de langage préalables (objectifs, méthodologie, limites des tableaux de bord ; comparaison entre les établissements) ■ Synchroniser les actions de communication entre les niveaux national, régional et local

Exemple de diaporama de présentation des indicateurs du tableau de bord

Ce diaporama a été réalisé en tenant compte des indicateurs en vigueur pour le bilan de la lutte contre les IAS 2009

Il est disponible sur le site de la Société française d'hygiène hospitalière. Certaines représentations graphiques privilégient l'aspect pédagogique de la présentation sans préjuger des relations épidémiologiques temporelles.

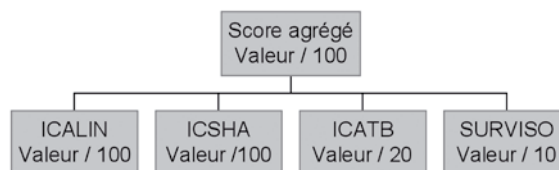
Exemple de présentation des résultats des indicateurs du tableau de bord des infections associées aux soins

Centre Hospitalier de l'Exemple
Équipe Opérationnelle d'Hygiène

Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

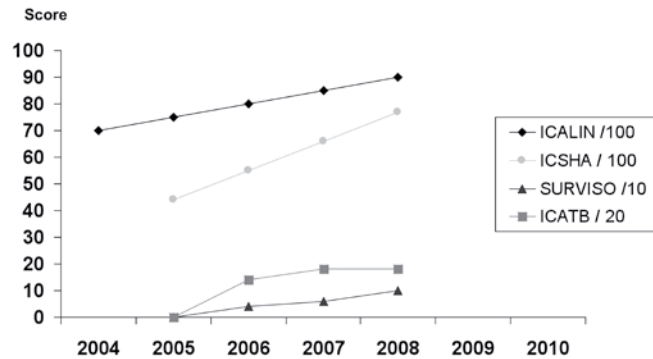
Présentation des indicateurs

Tableau de bord des infections associées aux soins
(Année)



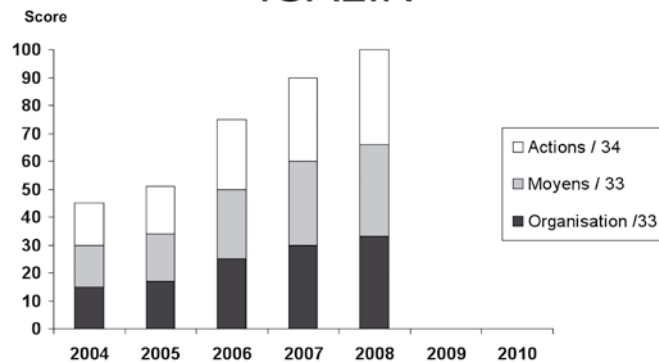
Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

Évolution des indicateurs



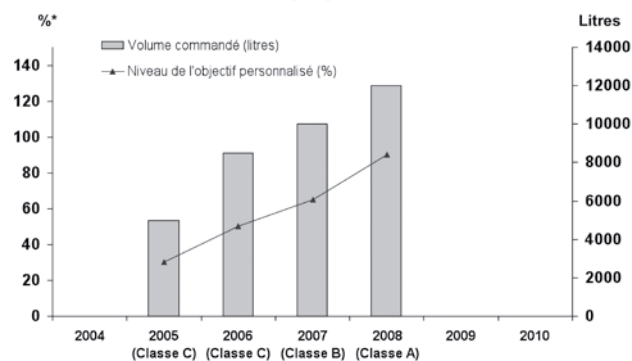
Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

Évolution par indicateur ICALIN



Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

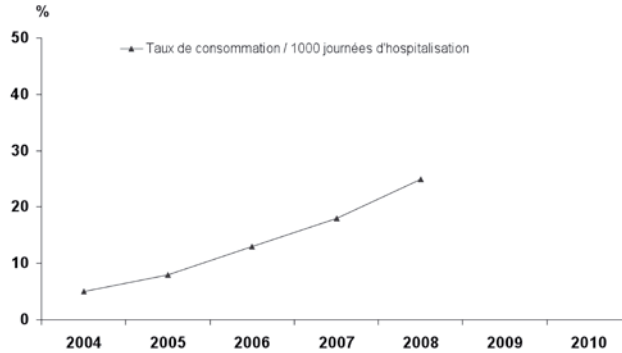
Évolution par indicateur ICSHA



*Certains établissements peuvent dépasser leur objectif personnalisé > 100%

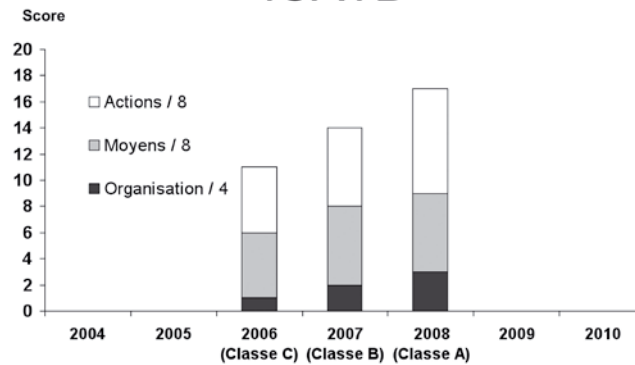
Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

Évolution par indicateur ICSHA



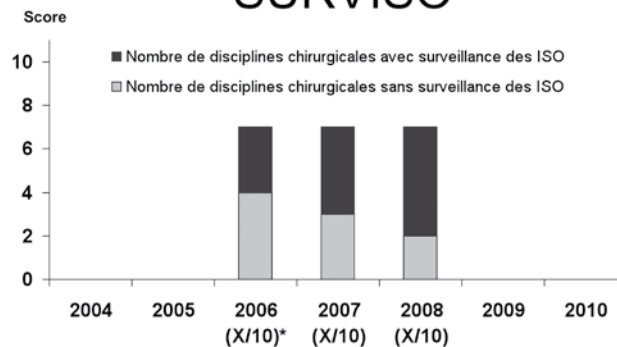
Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

Évolution par indicateur ICATB



Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

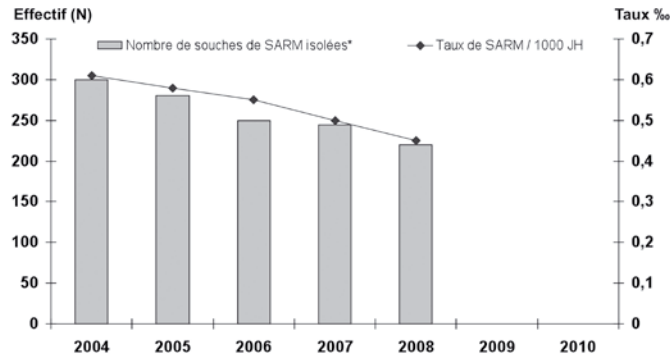
Évolution par indicateur SURVISO



Le CH de l'Exemple déclare 7 disciplines chirurgicales sur les 11 possibles dans son bilan d'activité
 * Préciser la note sur 10 correspondante

Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

Évolution par indicateur SARM



* Souches incluses dans la surveillance à partir du laboratoire selon les critères d'inclusions spécifiés dans le bilan d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales

Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

Bilan évolutif

	Score agrégé		ICALIN		ICSHA		ICATB		SURVISO	SARM
	Note	Classe	Note	Classe	Note	Classe	Note	Classe	Note	Taux/1000JH
2004	-				-		-		-	
2005	-						-		-	
2006										
2007										
2008										
2009										

Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

- Interprétation
 - N'hésitez pas à représenter graphiquement les événements intercurrents ayant eu un impact sur la valeur de vos indicateurs
 - Interventions/actions
 - Modification architecture
 - Épidémies
 -
- Discussion
- Perspectives et plan d'amélioration
- Conclusions

Toutes les valeurs dans ce diaporama sont fictives et sont données à titre indicatif pour illustrer l'expression graphique

PARTIE 2

Aide à la communication

2

Communication et enquête de prévalence des infections associées aux soins

Thème	<h2 style="text-align: center;">Enquête de prévalence des infections associées aux soins</h2>
<p>Points incontournables</p>	<div style="text-align: center; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <h3>Contexte et objectifs</h3> </div> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir le contexte <ul style="list-style-type: none"> • Offrir à chaque établissement et à la communauté hospitalière dans son ensemble, un moyen simple de faire le point sur l'importance des infections associées aux soins (IAS) • Présenter l'enquête de prévalence comme un outil majeur de sensibilisation et de lutte contre les IAS • Présenter les résultats de l'enquête de prévalence comme complémentaires des données de surveillance déjà existantes ■ Définir les objectifs <ul style="list-style-type: none"> • Former les établissements à la surveillance des IAS par l'appropriation d'outils standardisés • Confirmer l'engagement des établissements dans une démarche de mesure et de maîtrise du risque infectieux • Mettre à disposition des données actualisées sur l'épidémiologie des IAS • Hiérarchiser les risques infectieux et les stratégies de prévention des établissements • Communiquer sur ce risque • Renforcer les actions mises en œuvre • Motiver les professionnels à s'impliquer dans la lutte contre les IAS <div style="text-align: center; background-color: #fff2cc; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <h3>Définition et expression des résultats</h3> </div> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir la prévalence des IAS ■ Exprimer les résultats pour l'établissement de santé et par secteur d'activité* <ul style="list-style-type: none"> • Nombre (N) et N % de patients présents le jour de l'enquête présentant une infection • N1 (%) patients présentant une infection urinaire, N2 (%) une pneumopathie, N3 (%) une infection du site opératoire, etc. • N1 (%) patients recevant un traitement antibiotique, N2 (%) exposés à telles ou telles procédures invasives (cathéters vasculaires ou urinaires), etc. ■ Comparer les résultats obtenus aux résultats antérieurs de l'établissement de santé (si disponibles), inter-régionaux (C-CLINS), nationaux (InVS), voire internationaux <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <p><small>*Exemple de présentation des données nationales 2006 en annexe de ce chapitre (Source : Institut de veille sanitaire).</small></p>

Points incontournables	<p style="text-align: center;">Limites* de l'enquête de Prévalence</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser qu'il s'agit d'une « photographie » un jour donné ■ Préciser l'absence de calcul de données d'incidence ■ Tenir compte de certaines limites méthodologiques dont la sous- ou surestimation possible de la prévalence <ul style="list-style-type: none"> • Des hospitalisations de courte durée • Des IAS de courte durée • Des infections du site opératoire • etc. ■ Préciser l'exclusion des activités ambulatoires (hôpital de jour, chirurgie, séances de chimiothérapie, etc.) ■ Préciser l'absence de prise en compte de la gravité des IAS ■ Préciser que les résultats ne permettent pas de comparaisons inter-établissements, mais au mieux des comparaisons par catégories d'établissements de santé, une fois les données agrégées ■ Tenir compte du caractère saisonnier de certaines infections ou de phénomènes épidémiques concomitants
	<p style="text-align: center;">Avantages* de l'enquête de Prévalence</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mobiliser l'ensemble des personnels soignants de l'établissement autour de cette enquête ■ Utiliser les outils méthodologiques fournis clés en main par l'InVS ou les CCLIN (saisie et analyse en ligne, résultats graphiques avec édition automatique) ■ Préciser les avantages méthodologiques : réalisation facile, rapide et peu coûteuse ■ Former et impliquer les professionnels de santé aux méthodes simples d'épidémiologie avec un apprentissage concret de terrain (outil pédagogique sur le fond et la forme) ■ Diffuser rapidement les résultats après la réalisation de l'enquête ■ Communiquer largement les résultats aux différentes instances et auprès des personnels soignants de l'établissement, en particulier dans les secteurs à risque infectieux faible où l'EOH intervient moins souvent ■ Sensibiliser les personnels soignants aux facteurs de risques, aux pratiques de soins, aux procédures invasives, et à la typologie des patients hospitalisés ■ Sensibiliser les prescripteurs au bon usage des antibiotiques ■ Renforcer la visibilité, le champ d'intervention et de compétence de l'EOH et des professionnels impliqués dans la lutte contre les IAS (services techniques, pharmacie, etc.) ■ Utiliser cette enquête comme une incitation à une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (si elle est répétée et qu'elle s'intègre dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins)

* Sans hiérarchisation

<p>Points incontournables</p>	<p style="text-align: center;">Perspectives</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Répéter ce type d'enquête régulièrement si possible, en dehors des enquêtes nationales proposées par l'InVS, en complément des enquêtes d'incidence ■ Analyser les données afin de <ul style="list-style-type: none"> • Définir des thématiques d'amélioration • Hierarchiser les risques • Proposer des explications concernant les variations des taux ■ Encourager des analyses ciblées (stratifiées en sous-groupes) des données des enquêtes de prévalence en favorisant la présentation des résultats par secteur d'activité
<p style="text-align: center;">Pour en savoir plus...</p> <p>Site de l'institut de veille sanitaire http://www.invs.sante.fr/enp2006 http://www.invs.sante.fr/surveillance/enp2006/application.htm http://www.invs.sante.fr/publications/2004/raisin_081104/index.html http://www.invs.sante.fr/publications/2009/enquete_prevalence_infections_nosocomiales/enquete_prevalence_infections_nosocomiales_vol1.pdf http://www.invs.sante.fr/publications/2009/enquete_prevalence_infections_nosocomiales/enquete_prevalence_infections_nosocomiales_vol2.pdf http://www.invs.sante.fr/publications/2009/enquete_prevalence_infections_nosocomiales/enquete_prevalence_infections_nosocomiales_plaq.pdf</p> <p>- THIOLET JM, LACAVÉ L, JARNO P <i>et al.</i> Prévalence des infections nosocomiales, France, 2006. Bull Epidemiol Hebd 2007; 51-52: 429-432.</p> <p>- LIÉTARD C, LEJEUNE B, ROTHAN-TONDEUR M, METZGER MH, THIOLET JM, COIGNARD B. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales. Résultats dans la population des sujets de 65 ans et plus, France, 2006. Bull Epidemiol Hebd 2009; 31-32: 344-348.</p> <p>- FISHER A, MAUGAT S, THIOLET JM, COIGNARD B pour le groupe de travail RAISIN ENP 2006. Prévalence et caractéristiques des patients traités par antifongiques dans les établissements de santé, France, 2006. Bull Epidemiol Hebd 2009; 31-32: 353-355.</p> <p>- AUBRY-DAMON H, LEMANISSIER V, LEPOUTRE A, COIGNARD B. Prévalence des traitements antibiotiques à l'hôpital. Résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections 2001. Bull Epidemiol Hebd 2004; 32-33: 162-164.</p>	

Destinataire	L'administration de l'établissement
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'aspect réglementaire dans le cadre d'une enquête nationale de prévalence initiée par le ministère ■ L'information nécessaire afin que la direction puisse communiquer sur le thème auprès de ses interlocuteurs (tutelles, médias)
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger une synthèse (poster et/ou diaporama et/ou texte court) rapportant les principaux résultats de l'établissement avec une expression/analyse graphique
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rappeler brièvement les objectifs et préciser l'évolution par rapport aux années antérieures <ul style="list-style-type: none"> • du nombre de patients enquêtés • de la prévalence des patients infectés (et des infections) etc. • des changements méthodologiques éventuels
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévenir à l'avance les instances concernées de la mise en place de cette enquête ■ Rappeler les limites générales de ce type de surveillance ■ Être prudent sur l'interprétation des résultats et des événements (épidémies mais aussi actions des programmes de prévention) survenus entre les différentes enquêtes de prévalence ■ Préciser qu'il s'agit d'un indicateur de surveillance épidémiologique des IAS parmi d'autres ■ Analyser l'évolution de l'établissement ■ Ne pas rapporter les résultats à l'échelle de services ou d'Unités Fonctionnelles (limitation liée à l'effectif réduit du dénominateur) mais il est possible de présenter les résultats par type de séjour ou d'activité

Destinataire	La commission médicale d'établissement (CME) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La méthodologie de l'enquête et la pertinence des résultats ■ L'évolution par rapport aux résultats précédents de l'établissement
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser un diaporama avec expression/analyse graphique des données par indicateur et par année (tableau, courbe) ■ Rédiger une synthèse (texte court) comprenant les principaux résultats de l'établissement avec une expression/analyse graphique
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rappeler brièvement les objectifs et la méthode ■ Préciser l'évolution par rapport aux années antérieures <ul style="list-style-type: none"> • du nombre de patients enquêtés • de la prévalence des patients infectés (et des infections) ■ Décrire les différents types d'infections ■ Décrire les caractéristiques des patients enquêtés, et la prévalence des procédures invasives et des traitements anti-infectieux
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rappeler les limites de ce type de surveillance ■ Préciser l'implication et la place de l'EOH dans la conduite/mise en place de l'enquête ■ Souligner la collaboration de la direction des soins et les correspondants dans l'organisation de l'enquête ■ Mettre en perspective les résultats de prévalence avec ceux d'autres sources de surveillance (incidence, enquêtes spécifiques, etc.) ■ Diffuser un taux de prévalence global à l'échelle de l'établissement et selon les activités éventuellement si les effectifs de patients enquêtés sont suffisants ■ Anticiper les questions méthodologiques

Destinataire	Les professionnels soignants et les autres professionnels de santé
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les résultats par secteur d'activité, par pôle en fonction de la taille de l'établissement ■ L'évolution par rapport aux résultats précédents ■ Les caractéristiques des patients présentant une IAS ■ Les différents types d'infections et les facteurs de risques ■ Les risques ciblés et les stratégies de prévention
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger un diaporama avec expression/analyse graphique ■ Mettre à disposition du service le support de communication
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rappeler brièvement les objectifs et la méthode ■ Préciser l'évolution par rapport aux années antérieures <ul style="list-style-type: none"> • du nombre de patients enquêtés • de la prévalence des patients infectés (et des infections) • de la prévalence par secteurs d'activité (court et moyen séjours, soins de longue durée) ■ Décrire les différents types d'infections ■ Décrire les caractéristiques des patients présentant une IAS et ceux qui n'en présentent pas ■ Décrire la prévalence des procédures invasives et des traitements anti-infectieux dans ces deux groupes de patients ■ Identifier avec les personnels du service les actions mises en place et les événements survenus entre les deux enquêtes pouvant expliquer les tendances observées
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser que les résultats par service et/ou unité présentent un intérêt très limité compte tenu de l'effectif réduit de patients et que des patients recensés infectés dans un service ont pu contracter cette infection dans une autre unité ou un autre établissement ■ Préciser les spécificités de l'établissement ayant un impact sur le taux de prévalence des IAS ■ Sensibiliser les personnels soignants au risque infectieux ■ Insérer les résultats de l'enquête de prévalence dans les formations des correspondants « hygiène » ■ Identifier les attentes des services en matière de formation dans le domaine des IAS ■ Proposer des actions cibles par service ou filière de soins ■ Remercier et valoriser les personnels soignants en particulier les correspondants en hygiène ayant participé à l'enquête et à l'obtention des performances lorsqu'elles sont réelles

Destinataire	Les usagers ou leurs représentants
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La définition claire et la valeur du taux de prévalence ■ L'évolution des taux d'infection
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présenter les résultats aux usagers lors d'une séance du CLIN (diaporama avec expression/analyse graphique des résultats) ■ Proposer des compléments d'information si besoin
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser l'évolution de la prévalence par rapport aux années antérieures ■ Décrire les différents types d'infections
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rappeler les limites et avantages des enquêtes de prévalence ■ Être prudent sur l'interprétation des résultats ■ Définir le taux de prévalence des IAS comme un indicateur de surveillance épidémiologique parmi d'autres ■ Être prudent sur les expériences individuelles par rapport aux indicateurs reflétant des résultats collectifs

Destinataire	Les tutelles
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La participation de l'établissement aux enquêtes nationales de prévalence ■ Le taux de prévalence global de l'établissement ■ La tendance évolutive des taux de prévalence si disponible ■ La mise à disposition de données actualisées sur l'épidémiologie des IAS
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger une synthèse (texte court) comprenant les principaux résultats de l'établissement avec une expression/analyse graphique (les documents présentés en CME ou au CLIN peuvent être utilisés à cet effet)
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser l'évolution de la prévalence par rapport aux années antérieures ■ Décrire les différents types d'IAS
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rappeler les limites et avantages des enquêtes de prévalence ■ Préciser les spécificités de l'établissement ayant un impact sur le taux de prévalence des IAS

Destinataire	Les médias
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une information claire et accessible dressant un état des lieux des IAS selon le niveau géographique de l'enquête (local, régional ou national)
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger un communiqué de presse annonçant le rendu public de l'enquête de prévalence et l'accessibilité des résultats (au même moment)
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Annoncer l'existence des résultats de la dernière enquête de prévalence
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expliquer la méthodologie de l'ENP et ses limites ■ Veiller à faire ressortir les principaux résultats nouveaux (points forts, points faibles) par rapport à la dernière enquête de prévalence

Exemple de diaporama de présentation des résultats

(Enquête nationale de prévalence 2006 des infections nosocomiales
Institut de veille sanitaire)

Le protocole et le rapport de l'ENP 2006 sont disponibles sur le site de l'Institut de veille sanitaire à l'adresse : <http://www.invs.sante.fr/enp2006>.

La présentation graphique des résultats à l'échelle nationale peuvent être utilisées à l'échelle d'un établissement avec les données locales.



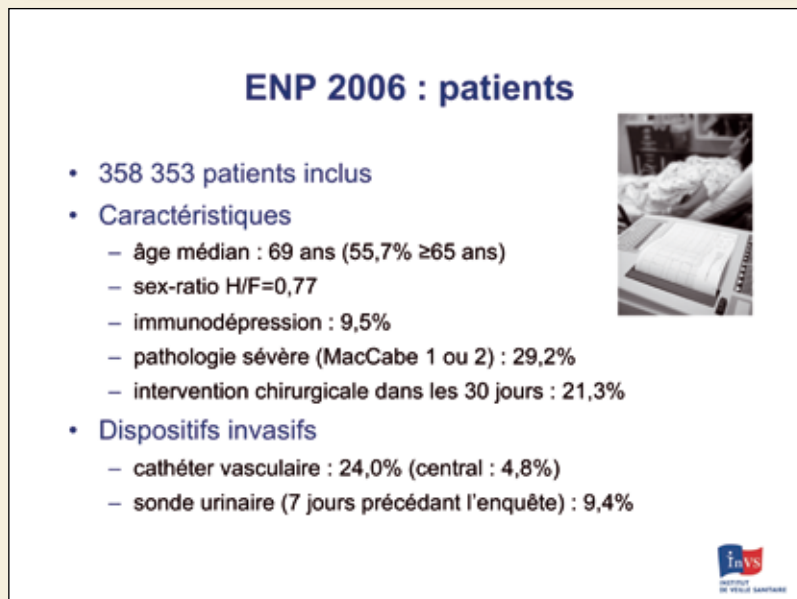
Prévalence des infections nosocomiales, France, 2006

Institut de veille sanitaire,
Département des maladies infectieuses,
Unité Infections nosocomiales et résistance aux antibiotiques,
pour le groupe de travail Raisin ENP 2006.

raisin@invs.sante.fr

RAISIN

InVS
INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE



ENP 2006 : patients

- 358 353 patients inclus
- Caractéristiques
 - âge médian : 69 ans (55,7% ≥65 ans)
 - sex-ratio H/F=0,77
 - immunodépression : 9,5%
 - pathologie sévère (MacCabe 1 ou 2) : 29,2%
 - intervention chirurgicale dans les 30 jours : 21,3%
- Dispositifs invasifs
 - cathéter vasculaire : 24,0% (central : 4,8%)
 - sonde urinaire (7 jours précédant l'enquête) : 9,4%

InVS
INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

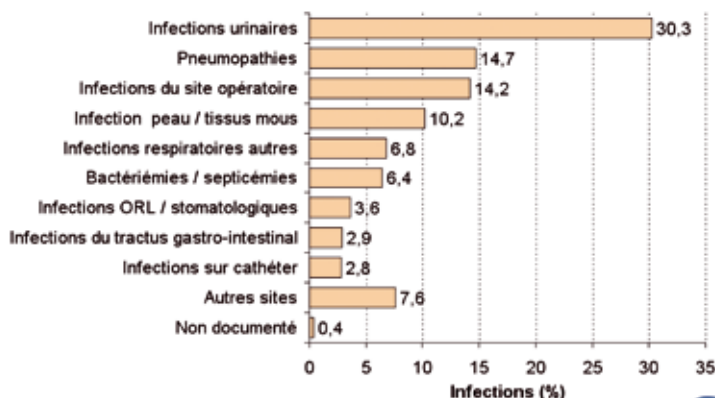


ENP 2006 : résultats, France

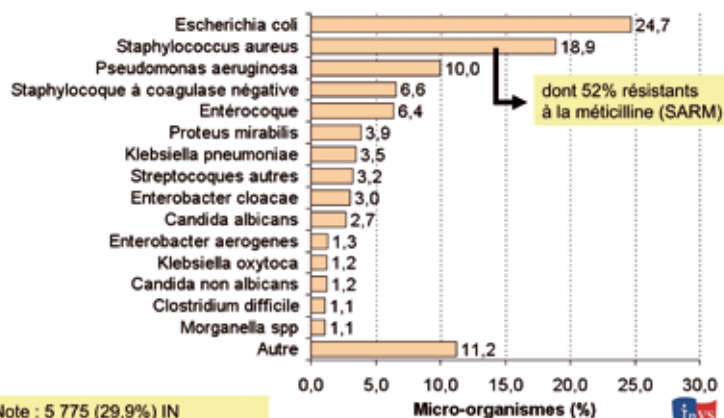
	N	%
Patients infectés	17 817	4,97
- dans l'établissement	14 382	4,01
- dans un autre établissement	3 515	0,98
Infections	19 294	5,38
- acquises dans l'établissement	15 551	4,34
- importées d'un autre établissement	3 721	1,04



ENP 2006 : infections nosocomiales par site infectieux (N=19 294)



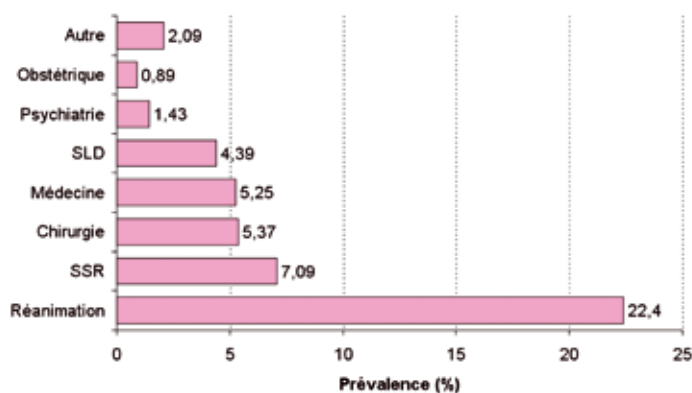
ENP 2006 : principaux micro-organismes isolés d'infection nosocomiale (N=15 800)



Note : 5 775 (29,9%) IN sans micro-organisme documenté



ENP 2006 : prévalence des infectés selon la spécialité



ENP 2006 : prévalence des infectés selon les caractéristiques des patients

Caractéristique	Prévalence	Ratio
Age <65 ans	3,50	Réf.
Age ≥ 65 ans	6,14	1,76
Homme	5,49	Réf.
Femme	4,57	0,83
MacCabe 0	3,18	Réf.
MacCabe 1	7,44	2,34
MacCabe 2	13,15	4,13
Non immunodéprimé	4,35	Réf.
Immunodéprimé	10,75	2,47



ENP 2006 : prévalence des infectés selon l'exposition à des actes invasifs

Exposition	Prévalence	Ratio
Pas d'intervention chirurgicale*	4,27	Réf.
Intervention chirurgicale*	7,53	1,76
Pas de cathéter vasculaire	3,65	Réf.
Cathéter vasculaire	9,16	2,51
Pas de sonde urinaire	3,88	Réf.
Sonde urinaire le jour de l'enquête	17,07	4,39
Sonde urinaire dans les 7 derniers jours	12,15	3,13
Pas d'intubation / trachéotomie	4,65	Réf.
Intubation / trachéotomie	22,03	4,73

(*) dans les 30 derniers jours.



PARTIE 2

Aide à la communication

3**Communication et textes
réglementaires/recommandations
en gestion de risque infectieux
et hygiène hospitalière**

Thème	Textes réglementaires et recommandations nationales
Points incontournables	<p style="text-align: center;">Définition</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir le champ d'action ■ Définir les sources ou l'origine de la production <ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et Commission spécialisée « Sécurité du patient : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques » (CsSP) • Haute Autorité de la santé (HAS) • Institut de veille sanitaire (InVS) • Sociétés savantes : <ul style="list-style-type: none"> • Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) • Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) • Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) • Société de réanimation de langue française (SRLF) • Sociétés savantes d'autres disciplines • Autres sources : Afssaps, Afssa-Afsset, etc.
	<p style="text-align: center;">Importance de la thématique</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir le caractère réglementaire, opposable ou assimilé ■ Préciser le niveau de preuve et/ou de recommandation ■ Évaluer et communiquer la criticité <ul style="list-style-type: none"> • Gravité • Fréquence • Évitable
	<p style="text-align: center;">Méthodologie de la rédaction</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser le type de recommandation <ul style="list-style-type: none"> • Texte de loi, arrêté, décret, circulaire, avis • Conférence de consensus ou formalisée d'experts • Guides nationaux ou recommandations nationales
	<p style="text-align: center;">Modalité de mise en œuvre et délai de mise en place</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir des acteurs et des partenaires de la mise en place <ul style="list-style-type: none"> • Administration • Direction de soins • Qualité et gestion des risques • Services techniques et médico-techniques • Services cliniques ■ Décliner la recommandation en procédure(s) interne(s) à l'établissement ■ Établir un calendrier de la mise en place ■ Diffuser la recommandation dans l'établissement ■ Informier et/ou former les professionnels de santé ■ Évaluer à distance la mise en place de la recommandation

<p>Points incontournables</p>	<p style="text-align: center;">Impact de la mise en place : qu'est-ce qui va changer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir et diffuser des indicateurs de résultats ■ Estimer l'impact économique et le rapport coût/bénéfice ■ Évaluer l'impact sur l'activité soignante et/ou de l'établissement
<p style="text-align: center;">Pour en savoir plus...</p> <p>Sites internet</p> <p>Ministère de la santé http://www.sante-sports.gouv.fr/</p> <p>Haut Conseil de la Santé Publique http://www.hcsp.fr/</p> <p>Institut de veille Sanitaire http://www.invs.sante.fr/</p> <p>Haute Autorité de Santé http://www.has-sante.fr/</p> <p>Société française d'hygiène hospitalière http://www.sfhh.net/</p>	

Destinataire	L'administration de l'établissement
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le caractère réglementaire et opposable ■ L'impact sur les indicateurs du tableau de bord des Infections associées aux soins ■ Les conséquences économiques
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger un courrier d'annonce argumenté si nécessaire à l'entête du comité de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN) ou de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), cosigné du président du CLIN ou structure équivalente ■ Demander si nécessaire un entretien direct par rendez-vous en présence du président du CLIN ■ Rédiger un document sous forme de procédure interne à l'établissement
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser le contexte de la recommandation ■ Définir le champ d'action et les effets attendus ■ Estimer l'impact sur l'activité soignante et sur les coûts ■ Spécifier la méthodologie et le calendrier de mise en place
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ La plupart des recommandations sont officiellement présentées à l'administration, en sa présence, au cours des séances du CLIN ■ Pour certains cas particuliers (aspect réglementaire et/ou économique), anticiper une communication avant les séances du CLIN

Destinataire	La commission médicale d'établissement (CME) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le niveau de preuve et de recommandation ■ L'impact sur les pratiques de soins ■ La prévention et la diminution attendue des IAS ■ L'impact économique : qui finance la mise en place si nécessaire ?
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demander si nécessaire la possibilité de présenter le dossier en séance plénière de CME ■ Inscrire la présentation à l'ordre du jour d'une séance du CLIN ou structure équivalente ■ Rédiger un résumé (texte court) de la recommandation si besoin
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser le contexte de la recommandation ■ Définir le champ d'action et les pôles concernés ■ Estimer l'impact sur l'activité soignante et le bénéfice pour les patients ■ Estimer l'impact économique ■ Spécifier la méthodologie et le calendrier de mise en place ■ Définir et préciser la stratégie d'évaluation
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser une information concise, pertinente et référencée ■ Insister sur les bénéfices attendus pour les patients et l'impact sur l'incidence des IAS ■ Annexer le résumé de l'intervention et le texte officiel de la recommandation au procès-verbal de la séance (CME et CLIN)

Destinataire	Les professionnels soignants et les autres professionnels de santé
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'impact sur les pratiques soignantes ■ La faisabilité ■ La prévention et la diminution attendue des infections associées aux soins
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger un document sous forme de procédure interne à l'établissement ■ Réaliser un diaporama court de présentation des recommandations ■ Faciliter la diffusion par la réalisation de poster ou d'affiche
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définir le champ d'action ■ Estimer l'impact sur l'activité soignante ■ Estimer le bénéfice attendu pour les patients ■ Spécifier la méthodologie et le calendrier de mise en place ■ Définir et préciser la stratégie d'évaluation (effets attendus)
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser une information concise et pratique ■ Identifier des relais et impliquer les professionnels de santé ■ Organiser des ateliers de mise en place ■ Utiliser les supports de communication officiels diffusés avec les recommandations si disponibles (ex. <i>Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques</i>, SFHH, HAS 2005 ; <i>Conférence de consensus sur la gestion pré-opératoire du risque infectieux</i>, SFHH 2004 ; <i>Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact</i>, SFHH 2009, <i>Recommandations pour l'hygiène des mains</i>, SFHH 2009 ; etc.) ■ Assurer la traçabilité de l'information donnée aux personnels

Destinataire	Les usagers ou leurs représentants
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La mise en œuvre des recommandations ■ La prévention et la diminution attendue des infections associées aux soins ■ L'impact sur les indicateurs du tableau de bord des infections associées aux soins
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger un résumé (texte court) de la recommandation ou les orienter vers une source d'information pertinente
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser le contexte de la recommandation ■ Estimer le bénéfice attendu pour les patients ■ Définir l'éventuelle implication des usagers et les contours d'un partenariat (y compris pour la rédaction des recommandations et le suivi de leur application)
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser une information concise et compréhensible ■ Mettre à disposition le texte réglementaire et/ou la recommandation nationale

Destinataire	Les tutelles
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le caractère réglementaire ■ Le délai de mise en œuvre
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ À discuter au cas par cas
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estimer le bénéfice attendu pour les patients ■ Définir l'éventuelle implication des tutelles et les contours d'un partenariat ou d'un suivi de l'application de la recommandation
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les tutelles sont destinataires des recommandations réglementaires <i>via</i> le ministère de la Santé ■ Communiquer sur <ul style="list-style-type: none"> • les spécificités de mise en application de la recommandation, en fonction de l'activité et des filières de prise en charge des patients dans votre établissement • l'impact en termes de prévention et réduction des infections associées aux soins

Destinataire	Les médias
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les nouveautés en matière de législation et recommandations vis-à-vis du risque infectieux
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger une plaquette synthétique et/ou un communiqué de presse (avec renvoi vers un lien actif où l'on peut se procurer les nouvelles recommandations) à la demande ou en réponse à un entretien
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adapter le contenu selon la nature et la portée des recommandations (nouvelle recommandation nationale <i>versus</i> mise à jour d'un guide, par exemple)
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rappeler le contexte des nouvelles recommandations ou l'origine du changement de législation ■ Préciser la valeur ajoutée en Santé Publique inhérente à ce changement ■ Anticiper les attentes des différents médias (presse spécialisée ou presse grand public)

PARTIE 2

Aide à la communication

4

Communication et situation de crise

Thème	Situation de crise
<p>Points incontournables</p>	<p style="text-align: center;">Définition d'une situation de crise</p> <p>Une crise est un événement inhabituel au sens où elle constitue une situation qui trouble le fonctionnement de l'établissement et qui nécessite la mise en place de mesures de contrôle pour éviter ou limiter les conséquences d'un risque infectieux. Événement pouvant concerner des personnes (patients, visiteurs et/ou professionnels de santé), des dispositifs médicaux, des structures, d'origine endogène (propre à l'établissement) ou exogène.</p> <p>Les situations de crise ne relèvent pas uniquement du risque infectieux mais également de tous les événements indésirables graves survenant dans l'établissement (risque incendie, iatrogénie médicamenteuse, Plan blanc, etc.).</p> <p>Exemples de situations de crise concernant le risque infectieux</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Épidémie d'IAS ■ Exposition des patients à un risque certain ou probable (dispositif médical contaminé, légionellose et réseau d'eau, etc.) ■ Alertes nationales (DGS, InVS, Afssaps, etc.) ■ Émergence d'un risque infectieux exceptionnel pour la population (syndrome respiratoire aiguë sévère, grippe aviaire ou grippe pandémique, bactérie multirésistante aux antibiotiques, etc.)
	<p style="text-align: center;">Caractéristiques d'une situation de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sa survenue brutale pas toujours anticipée, ses conséquences imprévisibles ■ Sa ou ses conséquences(s) pour les patients <ul style="list-style-type: none"> • Nature de l'événement • Gravité/fréquence/criticité ■ Son ampleur pour l'établissement <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients concernés • Impact sur l'organisation • Impact économique <ul style="list-style-type: none"> ♦ Surcoût en personnel et en matériel ♦ Diminution ou arrêt de l'activité ♦ Arrêt des admissions ♦ Fermeture d'un service • Impact sur le personnel soignant ou non soignant (direct infectieux et indirect organisationnel et psychologique, etc.) • Impact sur l'image et la réputation de l'établissement et/ou des équipes • Pas toujours de relation entre les conséquences médicales ou économiques et le retentissement médiatique ■ Son caractère multidisciplinaire et la nécessité d'une coordination harmonieuse entre les différents professionnels ■ Son contexte réglementaire <ul style="list-style-type: none"> • Signalement des infections nosocomiales au CCLIN et à l'ARS • Déclaration obligatoire à l'ARS • Déclaration de matériovigilance à l'Afssaps si nécessaire

Points incontournables	<h3 style="text-align: center;">Objectifs de la communication en situation de crise</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ Informer rapidement, après vérification des données <ul style="list-style-type: none"> • De la situation de manière factuelle • Des mesures mises en œuvre ■ S'assurer de la réalité de la gestion professionnelle de la crise de manière adaptée à l'événement ■ Garantir l'information tout au long de l'évolution de la crise ■ Répondre aux interrogations légitimes des personnels soignants et non soignants de l'établissement, des intervenants extérieurs, des tutelles et des usagers ■ Convaincre que la crise est l'affaire de tous ■ S'assurer de la cohérence des messages délivrés par les différents acteurs
	<h3 style="text-align: center;">Organisation de la communication</h3> <p>Avant la crise</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier ses interlocuteurs-cibles (internes et externes à l'établissement) ■ Constituer une relation de confiance avec les personnels soignants et non soignants, les représentants des usagers, le public, etc. ■ Organiser, si possible, des événements ou des circonstances de contact en période « calme » ■ Préparer des éléments « clés » d'un support de communication <p>En situation de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Confirmer rapidement la situation de crise ■ Proposer à la direction de l'établissement des messages de communication interne et externe sur les actions entreprises et la maîtrise de la situation (selon l'évolution de la crise, plusieurs messages successifs peuvent être nécessaires) ■ Préparer une éventuelle communication aux médias (communiqué de presse) avec la direction de l'établissement (ou avec le responsable de la qualité et des risques ou de la communication si possible) et anticiper les réponses aux questions éventuelles ■ Se préparer à communiquer avec les médias si vous êtes désigné par la cellule de crise pour cette mission ■ Rédiger un rapport chronologique régulier des événements et des actions entreprises, puis un rapport final une fois la situation de crise terminée ■ Faire valider par la direction ou la cellule de crise les messages de communication ■ Assurer la diffusion de l'information auprès du personnel concerné de l'établissement ■ Utiliser les outils disponibles (intranet, page WEB de l'établissement) ■ Prévoir éventuellement un numéro téléphonique spécifique (numéro vert) et une organisation <i>ad hoc</i> du standard téléphonique ■ Respecter la confidentialité (personnel soignant, patients, etc.) compte tenu des aspects éthiques et déontologiques potentiellement impliqués ■ Être vigilant sur l'impact psychologique de la crise sur les personnels de santé (responsabilité, sentiment de culpabilité ou d'échec, personnel ou collectif)

Points incontournables	<p>Après la crise</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prévoir une communication de fin de crise ■ Analyser a posteriori le circuit de l'information avec la direction ■ Valoriser les points positifs en sortie de crise ■ Transformer la crise en expérience utile pour améliorer la qualité des soins ■ Partager l'expérience de la gestion de la crise avec les professionnels de santé (communication, publication) ■ Organiser un archivage
<p style="text-align: center;">Pour en savoir plus...</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. http://nosobase.chu-lyon.fr/legislation/signalement/2004/Ci220104.pdf - Le dispositif des maladies à déclaration obligatoire. Institut de Veille Sanitaire 2006. http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/ - CHAGUÉ V. La communication de crise, un nouvel enjeu pour l'hôpital. Soins Cadres de Santé 2009; Suppl 61 : S10-S15. - CHEMARDIN J. Communication sur une situation de crise. [XX^e Congrès national de la Société française d'hygiène hospitalière 2009. Abstract CP08]. - DAB W. Les enjeux de santé publique de la gestion des risques et des crises. Gestions Hospitalières 2004; 439: 612-614. - DELAGE-CARTAU S. Hygiène et communication avec la presse: Expérience du CHU de Reims. Hygiènes 1999; (HS): 65-67. - FUNK S, GILAD E, WATKINS C, JANSEN VA. The spread of awareness and its impact on epidemic outbreaks. Proc Natl Acad Sci USA 2009; 106: 6872-6877. - Guide de la communication de crise. Conférences des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux universitaires. Commission Communication. Avril 2009. - LETTAU LA. Intramural and extramural communication. Infect Control Hosp Epidemiol 1997; 18/364-368. - LIBAERT T. La communication de crise. Dunod Édition 2005. http://monsite.wanadoo.fr/infocrise/index.jhtml - PIRES-CRONENBERGER S, NICOLLE MC, VOIRIN N, GIARD M, LUXEMBURGER C, VANHEMS P. ORION (Outbreak Reports and Intervention Studies of Nosocomial Infection) pour l'évaluation des interventions et des investigations d'épidémie dans le domaine des infections nosocomiales. Med Mal Infect 2009; 39: 259-263. - QUENON JL, FLAYSAKIER JD, SOURY P, PATRIS S, GOTTOT S, BRODIN M. Si l'infection nosocomiale n'était contée... Analyse de communiqués de presse réalisés par des professionnels de l'hygiène hospitalière, des spécialistes de la communication. Hygiènes 1999; (HS): 56-57. - SÉQUIER JC, VAN AMERONGEN, FEGUEUX S, BROSSARD D, FERRO C, CAPPE R. Bilan d'une cellule de crise initiée par le CLIN dans un centre hospitalier général. Hygiènes 1999; (HS): 59-61. - WOIEN G, TØNSBERG KT. Norwegians approve of the health authority's strategy to communicate worst case pandemic scenarios. Eurosurveill 2009; 14:19231. <p>Exemples de lettres « type » de communication destinées aux professionnels de santé hors ES et usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le risque lié aux légionelles. Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France 2005. http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/legionellose/guid2005.pdf - Information des patients exposés à un risque viral hématogène. Guide méthodologique. Société française d'hygiène hospitalière 2006. http://www.sfh.net/ 	

Destinataire	L'administration de l'établissement
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La description de la situation <ul style="list-style-type: none"> • Nature de l'événement • Nombre de patients concernés • Gravité • Durée estimée ■ Les risques encourus pour les patients, le personnel, l'établissement, et les filières de soins en dehors de l'établissement concerné ■ Les stratégies pour le contrôle de la situation ■ Les conséquences sur l'activité et l'organisation des soins ■ Les conséquences économiques et médiatiques ■ L'existence d'un événement similaire antérieur dans l'établissement ou dans un autre ■ La préparation de la stratégie de communication avec l'EOH, le président du CLIN et le comité de gestion des risques <ul style="list-style-type: none"> • Éléments nécessaires afin de faciliter la communication de la direction de l'établissement auprès de ses interlocuteurs (tutelles, médias, etc.)
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger une synthèse précise et circonstancielle de la situation, actualisée régulièrement (nécessité d'un plan standardisé de rédaction de rapport ; exemple critères ORION en annexe) ■ Utiliser les moyens d'expression graphique si nécessaire (épidémie) : courbe épidémique, tableau synoptique, cartographie
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrire la situation dans son contexte local et son potentiel évolutif ■ Présenter l'ensemble des éléments permettant la prise de décisions administratives rapides et efficaces (stratégies de contrôle)
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer d'une collaboration étroite avec la direction et/ou les gestionnaires de risque ■ Identifier et intégrer les personnes ressources selon le contexte (services techniques et logistiques, médecine de santé au travail, le service d'accueil des urgences [SAU], centre 15, etc.) ■ Solliciter sans tarder la direction pour l'activation de la cellule de crise ■ Diffuser uniquement les informations vérifiées et validées ■ Ne pas donner l'impression de masquer des informations ni la gravité de la situation ■ Souligner la mise en place de mesures adéquates et leur suivi ■ Suggérer que la communication soit assurée par la direction de l'établissement (qui elle-même peut déléguer à un professionnel de santé) ■ Envisager le signalement ou la déclaration de l'événement au CCLIN ou aux autorités de tutelle ou à une autre instance (par exemple à l'AFSSAPS pour les événements en lien avec l'exposition à un dispositif médical, etc.)

Destinataire	<p style="text-align: center;">La commission médicale d'établissement (CME) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)</p>
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La description de la situation <ul style="list-style-type: none"> • Nature de l'événement • Nombre de patients concernés • Gravité (morbidité/mortalité) • Durée estimée • Fréquence de l'événement connue dans la littérature scientifique ■ Les risques encourus pour les patients, le personnel, l'établissement, l'environnement ■ Les stratégies médicales pour le contrôle de la situation <ul style="list-style-type: none"> • Moyens diagnostiques (recherche active de cas, dépistage) et thérapeutiques • Mesures de prévention • Gestion des transferts des patients • Rappel de patients • etc. ■ Les conséquences sur l'activité et l'organisation des soins <ul style="list-style-type: none"> • Arrêt d'admission • Fermeture de lits • Déprogrammation opératoire • Mise en place de consultation spécialisée • Réorganisation du laboratoire • Application des plans d'urgence (Plan blanc, plan risque épidémique biologique) ■ Les conséquences économiques et médiatiques
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger une synthèse précise et circonstancielle de la situation, actualisée régulièrement (nécessité d'un plan standardisé de rédaction de rapport ; exemple critères ORION en annexe) ■ Préparer un diaporama ■ Utiliser les moyens d'expression graphique si nécessaire (épidémie) : courbe épidémique, tableau synoptique, cartographie
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrire la situation dans son contexte local et son potentiel évolutif sur le plan médical ■ Présenter l'ensemble des éléments permettant de définir la stratégie de contrôle de la crise ■ Informer des décisions administratives éventuelles

Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none">■ Avoir mis en place les circuits de l’alerte et de la circulation des informations en temps réel (ex. création de fichiers informatiques partagés avec le laboratoire, le service d’accueil des urgences, etc.)■ S’assurer d’une collaboration étroite avec tous les acteurs impliqués■ Préparer et faire valider le contenu de la communication par la cellule de crise■ Convaincre que la crise est l’affaire de tous■ Avoir un discours conforme aux réglementations/recommandations nationales si elles existent■ Prendre en compte les impératifs de prise en charge des patients : rapport bénéfice/risque des mesures ; éviter une perte de chance pour les patients, ne pas créer d’autres risques par la mise en place de mesures exceptionnelles
---	---

Destinataire	<p style="text-align: center;">Les personnels soignants et les autres professionnels de santé dans le ou les service(s) de soins concerné(s) par la crise</p>
<p>Attentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La description de la situation <ul style="list-style-type: none"> • Nature de l'événement • Nombre de patients concernés • Gravité (morbidité/mortalité) • Durée estimée • Fréquence de l'événement connue dans la littérature scientifique ■ Les risques encourus pour les patients, le personnel, l'établissement, l'environnement ■ Les stratégies médicales pour le contrôle de la situation <ul style="list-style-type: none"> • Moyens diagnostiques (recherche active de cas, dépistage) et thérapeutiques • Mesures de prévention • Gestion des transferts des patients • Rappel de patients • etc. ■ Les conséquences sur l'activité et l'organisation des soins <ul style="list-style-type: none"> • Arrêt d'admission • Fermeture de lits • Déprogrammation opératoire • Mise en place de consultation spécialisée • Réorganisation du laboratoire • Application des plans d'urgence (Plan blanc, plan risque épidémique biologique) ■ Les conséquences médiatiques ■ Les informations à délivrer aux intervenants extérieurs soignants et non soignants ■ Les informations à délivrer aux familles et aux proches
<p>Forme et support</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informer oralement (réunions spécifiques, entretiens individuels) ■ Rédiger des fiches techniques synthétiques ■ Élaborer des supports d'information adaptés aux patients et leurs familles ■ Transmettre le diaporama résumant l'investigation (ou le rapport d'investigation) ■ Utiliser les outils de communication interne existants (intranet, journal interne, etc.)
<p>Contenu et objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrire les risques pour les patients et les soignants ■ Décrire les mesures de prévention et le rôle de chaque professionnel dans leur application ■ Répondre à toutes les questions

Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none">■ Être disponible auprès des équipes soignantes et à leur écoute■ Accompagner les équipes dans la gestion de la crise dans la durée■ Éviter les discours culpabilisants■ Rester factuel■ Impliquer le cadre de santé et le(s) correspondant(s) du service dans la stratégie de communication■ Organiser des informations/formations sur les risques (y compris les équipes de nuit), avec la collaboration du service de santé au travail si nécessaire■ Faire le bilan de la crise avec les équipes■ Valoriser les points positifs en sortie de crise■ Transformer la crise en expérience utile pour améliorer la qualité des soins■ Impliquer éventuellement les équipes dans la communication (interne, externe et scientifique)
---	--

Destinataire	Les usagers ou leurs représentants
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La transparence sur la situation de crise ■ Des réponses claires et précises à leurs questions ■ Une écoute de la part des professionnels de santé ■ Le risque pour les usagers et leur famille ■ La prise en compte institutionnelle de la crise ■ Les mesures mises en œuvre ■ Les conséquences pour le retour au domicile ■ Un avis critique et de l'information complémentaire par rapport à celle diffusée par les médias
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Privilégier la communication orale ■ Remettre les supports existants destinés aux familles (ex. ressources CCLIN, documents INPES, ressources internes, etc.) ■ Utiliser les outils de communication externe existants (internet, etc.)
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avoir un message simple, concis, facilement compréhensible pour des non- soignants ■ Informer les usagers des mesures de prévention (hygiène des mains, port de masque, etc.)
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anticiper la communication dès le début de la crise ■ Impliquer l'utilisateur dans l'application des mesures de prévention ■ Informer l'utilisateur du suivi et de la fin de crise si nécessaire ■ S'assurer que les représentants des usagers seront informés de la gestion de la crise au cours d'une séance institutionnelle (CHSCT, CLIN, etc.) ■ Ne pas donner l'impression de masquer des informations ni la gravité de la situation

Destinataire	Les tutelles
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Être averties rapidement de la crise et de sa gestion dès confirmation et recueil d'éléments initiaux essentiels ■ Le respect de la réglementation/des recommandations ■ La description de la situation <ul style="list-style-type: none"> • Nature de l'événement • Nombre de patients concernés • Gravité (morbidité/mortalité) • Durée estimée ■ Le contrôle de la crise ■ Le retentissement médiatique ■ La répartition des tâches entre la tutelle et l'établissement concerné
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adresser des supports officiels (fiche de déclaration des maladies à déclaration obligatoire, fiche de signalement externe des IAS, etc.) ■ Rédiger une synthèse précise et circonstancielle de la situation, actualisée régulièrement ■ Utiliser les moyens d'expression graphique si nécessaire (épidémie) : courbe épidémique, tableau synoptique, cartographie
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présenter toutes les données médicales et techniques ■ Présenter les mesures mises en œuvre
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Respecter le circuit des déclarations (maladies à déclaration obligatoire, signalement des IAS, etc.) ■ Signaler l'événement si nécessaire ■ Informers les tutelles des points de communication stratégiques (conférence de presse, etc.) ■ Solliciter l'appui de l'antenne régionale et du CCLIN si nécessaire

Destinataire	Les médias
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une information fiable et synthétique, dans des délais rapides ■ Une argumentation de cette information par des illustrations (chiffres, interviews, témoignages, avis d'experts)
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger un communiqué de presse, interviews (presse écrite et audiovisuelle) ■ Mettre à disposition les informations régulièrement ■ Participer aux conférences de presse à la demande de la direction générale
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transmettre un message clair et adapté ■ Informer les médias des mesures de prévention et de contrôle mises en œuvre
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préparer un document écrit ■ Diffuser une information transparente et claire ■ Communiquer avec les médias uniquement si vous êtes la personne désignée par la cellule de crise ■ S'assurer d'une bonne communication interne, gage de réussite de la communication vers l'extérieur ■ « Peser » ses mots

ORION

(Outbreak Reports and Intervention studies of Nosocomial Infection) – Un outil pour l'évaluation des interventions et des investigations d'épidémie dans le domaine des infections nosocomiales

(Source : Hygiènes 2008, Volume XVI; n° 3: 198-199)

Exemples de lettres « type » de communication destinées aux professionnels de santé hors établissements de santé et usagers

- Le risque lié aux légionelles. Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Conseil supérieur d'hygiène publique de France 2005.
- Information des patients exposés à un risque viral hématogène. Guide méthodologique. Société française d'hygiène hospitalière 2006.
<http://www.sfhh.net/>

Les références bibliographiques dans le texte sont à lire dans l'article original cité dans la partie « en savoir plus » de ce chapitre.

ORION (*Outbreak Reports and Intervention studies of Nosocomial Infection*) : Un outil pour l'évaluation des interventions et des investigations d'épidémie dans le domaine des infections nosocomiales

Silene Pires-Cronenberge¹,
Marie-Christine Nicolle¹,
Nicolas Voirin^{1,3}, Marine Giard¹,
Christine Luxemburger²,
Philippe Vanhems^{1,3}

1- Hospices Civils de Lyon, Hôpital Edouard Herriot, Unité d'hygiène, épidémiologie et prévention, 5 place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France.

2- Affaires scientifiques et médicales globales, Sanofi Pasteur, 2 avenue Pont Pasteur 69007 Lyon, France

3- Université de Lyon ; Université Lyon 1 ; CNRS, UMR 5558, Laboratoire de biométrie et biologie évolutive, 8 Avenue Rockefeller, 69373 Lyon, France



Pr Philippe Vanhems

Hôpital Edouard Herriot

Unité d'hygiène, épidémiologie et prévention
5 place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France
E-mail : philippe.vanhems@chu-lyon.fr

Introduction

L'objectif d'Orion est d'améliorer la qualité de la recherche et des publications dans le domaine de lutte contre les infections nosocomiales et liées aux soins, de l'épidémiologie, de promouvoir la transparence des rapports, de permettre aux lecteurs d'établir un lien entre des études et leur propre expérience, ainsi que d'évaluer la généralisation potentielle d'une intervention dans d'autres contextes (1,2). Ce guide est également destiné aux chercheurs, éditeurs, rapporteurs et agences allouant des fonds de recherche. Une diffusion d'Orion en langue française permettra d'étendre son utilisation aux échelles nationale et locale.

Composants d'Orion

Les recommandations d'Orion sont composées de 22 items (2) considérés comme essentiels dans le but d'un partage d'expé-

rience et de communication adéquate lors de rapports d'investigations d'épidémies et/ou d'interventions concernant les infections liées aux soins. Chaque item se réfère à un paragraphe d'un article scientifique : titre et le résumé (item 1), introduction (items 2 - 5), méthodes (items 6 - 15), résultats (items 16 - 19), et discussion (items 20 - 22). En complément du texte de l'article, un tableau et un graphique sont fortement recommandés pour résumer la description de la population, le tableau clinique, la nature précise et le moment des interventions ainsi que l'événement étudié.

La liste des items est reportée dans le **tableau 1**. Des commentaires et des précisions sont proposés par les auteurs d'Orion pour faciliter la compréhension de chaque item.

Avantages d'Orion

L'objectif principal de l'initiative Orion est d'améliorer la qualité des travaux de recherche et des publications dans le domaine des infections liées aux soins, de faciliter la synthèse des éléments de preuve et de promouvoir la transparence des rapports. Ce dernier point permettra aux lecteurs d'effectuer des comparaisons entre travaux publiés et d'envisager une généralisation des résultats dans un contexte différent selon leur propre expérience.

Habituellement il n'existe pas de distinction claire entre un rapport d'épidémie dans lequel des interventions sont mises en place pour contrôler l'épidémie et une étude mise en place spécifiquement pour évaluer l'efficacité d'une d'intervention. Ainsi l'application des recommandations d'Orion permettra de faire cette distinction et de faciliter l'interprétation des rapports effectués et leur archivage. L'utilisation de cette liste d'item a été illustrée rétrospectivement en utilisant deux études déjà publiées (3,4). Par ailleurs, une étude suivant les recommandations d'Orion a

été menée en 2007 (5). Les recommandations d'Orion ont déjà été approuvées et reconnues par un certain nombre de professionnels et plusieurs sociétés savantes (2).

Limites

Les recommandations d'Orion présentent cependant certaines limites. Elles ne traitent pas des questions spécifiques à la conduite, la description et l'analyse des études randomisées et contrôlées appliquées aux infections liées aux soins. Au-delà des études d'épidémies et/ou d'interventions concernant les infections liées aux soins, il serait intéressant que ces recommandations puissent être adaptées à d'autres types d'investigations (surveillance épidémiologique, audit, etc.). Une utilisation régulière de ces recommandations permettra d'améliorer certains items en fonction de facteurs particuliers comme le type d'agent infectieux étudié (bactérie ou virus), la population infectée (enfants, adultes, personnes âgées) ou le lieu de l'investigation (hôpitaux, maison de retraite, etc.). Il est prévu qu'Orion évolue au cours du temps et il sera révisé en 2009.

Conclusion

L'utilisation d'Orion par les auteurs et les éditeurs aidera à améliorer la qualité et uniformiser, les travaux de recherche, les études d'intervention et les publications dans le domaine des infections liées aux soins. La version anglaise des recommandations d'Orion est en accès libre sur le site web (<http://www.idrn.org/orion.php>). L'utilisation de cet outil va être largement promue au sein de la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH). Par ailleurs, il est prévu que des études ou interventions publiées soient discutées ou évaluées au moyen de cette grille. La synthèse de cette évaluation fera l'objet d'un article dans le bulletin de la SFHH.

Tableau 1 - Liste des items à inclure lors d'un rapport d'investigation d'épidémie et/ou d'intervention concernant les infections liées aux soins.

Section de l'article	Numéro d'item	Description
Titre et résumé	1	Description de l'article en tant que rapport d'une épidémie ou comme une étude d'intervention. Design de l'étude d'intervention (ex. série temporelle interrompue avec ou sans groupe contrôle, étude croisée). Brève description de l'intervention et principaux résultats.
Introduction		
Contexte	2	Décrire le contexte scientifique et clinique local et fournir une explication du rationnel. Description de l'infection comme épidémique, endémique ou épidémique devenant endémique.
Type de l'article	3	Description de l'article comme une étude d'intervention ou un rapport d'épidémie. Si c'est un rapport d'épidémie, indiquer le nombre d'épidémies.
Dates	4	Indiquer la date de début et de fin de l'étude ou du rapport.
Objectifs	5	Énoncer les objectifs pour un rapport d'épidémie et les hypothèses pour les études d'interventions.

Section de l'article	Numéro d'item	Description
Méthodes		
Type de l'étude	6	Il est recommandé d'utiliser la classification « <i>Effective Practice and Organisation of Care Group</i> » (6) (études avant après contrôlées ou séries chronologiques interrompues). Indiquer si l'étude était prospective, rétrospective ou bidirectionnelle. Indiquer si la décision de signaler ou d'intervenir a été motivée par les résultats. Préciser si l'étude a été mise en place grâce à un protocole prédéfini et à des critères d'évaluation.
Population étudiée	7	Spécifier le nombre de patients inclus pendant l'étude ou l'épidémie. Résumer la distribution d'âge et la durée de séjour. Si possible, indiquer la proportion d'admissions provenant d'autres services, hôpitaux, maisons de retraite ou de l'étranger. Si pertinent, signaler les facteurs de risque potentiels d'acquisition du microorganisme. Spécifier les critères d'éligibilité pour l'étude. Donner la définition des cas pour un rapport d'épidémie.
Organisation	8	Décrire l'unité, le service ou l'hôpital et, dans le cas d'un hôpital, les services inclus. Préciser le nombre de lits, la présence d'une équipe de lutte contre les infections nosocomiales.
Interventions	9	Définir les phases lors de changements majeurs dans la pratique du contrôle spécifique des infections (avec les dates de début et de fin). Un tableau résumant les détails précis des interventions, comment et quand elles étaient implémentées à chaque phase, est fortement recommandé.
Culture et typage microbiologique	10	Donner les détails du milieu de culture, de l'utilisation d'antibiotiques sélectifs et du typage local et/ou de référence. Si pertinent, donner les détails concernant les échantillons environnementaux.
Données liées à l'infection	11	Définir clairement les variables étudiées pour les objectifs principaux et secondaires (ex. incidence de l'infection, colonisation, bactériémie) à intervalles de temps réguliers (ex. quotidien, hebdomadaire, mensuel) plutôt que des totaux pour chaque phase, avec au moins trois points de données par phase et, pour les études comportant plus de 2 phases, donner au moins 12 points par mois, par phase. Préciser le dénominateur (ex. nombre d'admissions ou de sorties, patient-jours). Si possible, donner la prévalence du microorganisme en cause et l'incidence de la colonisation à l'admission dans les mêmes intervalles de temps. Indiquer les critères d'infection, la colonisation à l'admission, et la mortalité directement attribuable. Donner également toutes les causes de décès. Pour les études courtes ou les rapports d'épidémies, l'utilisation de graphiques avec la durée de séjour des patients et les dates auxquelles les microorganismes ont été détectés peut être utile.
Données économiques	12	Si une étude économique a été réalisée, la définition des résultats doit être reportée, ainsi que la description des ressources utilisées lors de l'intervention, en spécifiant le coût dépensé par unités de base, et en indiquant les allocations importantes.
Dangers potentiels pour la validité interne	13	Indiquer les facteurs de confusion potentiels qui ont été considérés, collectés ou ont fait l'objet d'un ajustement (ex. changement dans la durée de séjour, caractéristiques du patient, occupation des lits, catégories du personnel, compliance à l'hygiène des mains, utilisation d'antibiotiques, type de la souche, traitement des isolats, période d'apparition et saisonnalité de l'épidémie). Décrire les mesures prises afin d'éviter les biais, incluant études en aveugle et standardisation des méthodes de recueil des données et de dispense des soins.
Taille de l'échantillon	14	Si pertinent, donner les détails de la puissance statistique de l'étude.
Analyses statistiques	15	Décrire les analyses statistiques afin de comparer les groupes ou les phases. Décrire les méthodes d'analyse employées soit après stratification en sous-groupe, soit basées sur un ajustement, en distinguant les analyses planifiées et les analyses non planifiées ou exploratoires. À moins que les variables d'intérêt soient indépendantes, des méthodes statistiques permettant de tenir compte de la dépendance entre les données, doivent être utilisées en ajustant, si nécessaire, sur les facteurs de confusion potentiels. Pour des rapports d'épidémies les analyses statistiques peuvent être inappropriées.
Résultats		
Recrutement	16	Pour certains types d'études, comme les études croisées, ou lorsque qu'il y a des exclusions de groupe de patients, les dates définissant les périodes de recrutement et de suivi doivent être présentées avec un diagramme décrivant les flux de participants dans chaque phase de l'étude.
Résultats et estimation	17	Pour les principaux résultats, donner l'amplitude de l'effet estimé et sa précision (en utilisant généralement des intervalles de confiance). Un graphique résumant les principaux résultats est souvent approprié pour les données dépendantes (comme la plupart des séries chronologiques).
Analyses supplémentaires	18	Toutes les analyses en sous-groupe doivent être rapportées en mentionnant si elles étaient planifiées ou non dans le protocole et ajustées ou non sur les facteurs de confusion possibles.
Événements indésirables	19	Décrire tous les événements indésirables pour chaque groupe et leur survenue pendant l'intervention. Ceux-ci peuvent inclure les effets indésirables des médicaments, la mortalité brute ou spécifique d'une maladie dans les études sur l'utilisation stratégique d'antibiotiques et le coût lié à l'isolement.
Discussion		
Interprétation	20	Pour des études d'intervention, évaluer les preuves en faveur ou défaveur des hypothèses, en tenant compte des limites qui pourraient altérer la validité des inférences incluant la régression à la moyenne et les biais d'information. En ce qui concerne les rapports d'épidémie, envisager la signification clinique des observations et des hypothèses générées pour les expliquer.
Généralisabilité	21	Discuter la validité externe des résultats dans les études d'intervention, c'est-à-dire, dans quelle mesure peut-on attendre des résultats qu'ils soient généralisés à différentes populations cibles ou à d'autres contextes. Il faut envisager la possibilité de maintenir une intervention à long terme.
Vue d'ensemble	22	Énoncer une interprétation générale des résultats dans le contexte scientifique et/ou clinique actuel.

Partie 3 : Annexes
Annexe 2 : Information des professionnels de santé

ANNEXE 2 : INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

EXEMPLE : INFORMATION AUX MEDECINS GENERALISTES

XX cas de légionellose ont été diagnostiqués (période) au centre hospitalier de
Ces patients sont domiciliés ou se sont rendus dans les 10 jours précédents les signes cliniques dans
(préciser la zone géographique), ce qui suggère une source de contamination
commune.

Une investigation menée par la DDASS, en lien avec l'Institut de Veille Sanitaire, est en
cours afin d'identifier la source de contamination.

En conséquence, nous vous demandons une vigilance accrue devant toute pathologie laissant
suspecter une légionellose : pneumopathie, syndrome pseudo-grippal mal étiqueté, plus
particulièrement chez les sujets âgés ou ayant un terrain favorisant.

Ce diagnostic peut être facilement confirmé par une recherche systématique d'antigène
soluble urinaire. Le traitement par macrolides ou fluoroquinolones est d'autant plus efficace s'il est
mis en œuvre rapidement.

Nous vous remercions de nous informer le plus rapidement possible des suspicions et des cas
avérés. Nous rappelons que la légionellose est une maladie à déclaration obligatoire.

- contact DDASS
- téléphone

1^{er} juillet 2005

52

Partie 3 : Annexes
Annexe 2 : Information des professionnels de santé

EXEMPLE : INFORMATION AUX MEDECINS GENERALISTES D'UN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES

Un cas de légionellose a été diagnostiqué à la date duchez une personne
résidant à la maison de retraite Y (Nom, Adresse, Code postal).

En conséquence, nous vous demandons une vigilance accrue devant toute pathologie laissant
suspecter une légionellose.

Nous vous recommandons de faire effectuer également une recherche systématique
d'antigène soluble urinaire devant tout signe évocateur de cette maladie : pneumopathie, syndrome
pseudo grippal mal étiqueté, ...

Par ailleurs, nous souhaiterions être informés le plus rapidement possible des suspicions et des
cas avérés. Nous rappelons que la légionellose est une maladie à déclaration obligatoire.

- contact DDASS
- téléphone

1^{er} juillet 2005

53

INFORMATION DES PATIENTS EXPOSÉS À UN RISQUE VIRAL HÉMATOGÈNE NOSOCOMIAL. GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Exemple d'information après transmission patient-patient de l'hépatite C (Partage de flacons de produit anesthésique)

Madame, Monsieur,

Vous avez été opéré dans l'établissement XX entre le et le

Un cas de transmission d'hépatite virale au cours de l'anesthésie a été identifié chez trois patients opérés lors de cette période dans la clinique. Cette transmission serait due à la contamination d'un produit servant à l'anesthésie.

Selon les experts consultés (C.CLIN¹, DDASS², InVS³), il semble que le risque pour vous d'avoir contracté une infection soit extrêmement faible. Dans une première série de dépistages menés chez les N patients éventuellement exposés au risque entre ... et ... n'a retrouvé aucun cas de contamination.

Cependant, par précaution et sur demande des autorités sanitaires, nous vous recommandons d'effectuer un test de dépistage (prise de sang) des hépatites B et C et du SIDA.

Vous trouverez ci-joint une ordonnance pour réaliser ce dépistage.

Vous pouvez réaliser ce dépistage :

- soit gratuitement dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (voir liste jointe)
- soit dans le laboratoire d'analyses médicales de votre choix, en faisant l'avance des frais (vous serez remboursé par la Sécurité Sociale au tarif conventionnel).

Dans le cas où vous réaliseriez cet examen dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, nous vous demandons de bien vouloir transmettre au docteur X une copie du résultat de ce dépistage.

En cas de difficultés ou pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter le numéro vert (08).

Nous vous prions de nous excuser de ces désagréments et vous remercions de votre compréhension.

Dr XXX
Président du CLIN

1- C.CLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
2- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
3- InVS : Institut de Veille Sanitaire

En application de la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative au traitement automatisé d'informations nominatives, nous vous précisons que cette enquête fera l'objet d'un traitement informatique réalisé par la clinique XXX. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès de la clinique par l'intermédiaire d'un médecin.

PARTIE 2

Aide à la communication

5

**Communication et événements
thématiques concernant
les infections associées aux soins**

Thème	Événements concernant les IAS
Points incontournables	<p style="text-align: center;">Définitions</p> <p>Événements de formation et d'information, sur le thème des IAS, programmés et organisés au niveau local, régional, inter-régional, national et international.</p>
	<p style="text-align: center;">Exemples actuels d'événements nationaux ou régionaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Campagne pour l'hygiène des mains « Mission mains propres » ■ Campagne de sensibilisation au bon usage des antibiotiques « Les antibiotiques, c'est pas automatique » ■ Journée européenne d'information sur les antibiotiques ■ États généraux sur les IAS ■ Campagnes thématiques des CCLIN et des antennes régionales ■ Journées régionales d'hygiène hospitalière ■ etc.
	<p style="text-align: center;">Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Communiquer avec le grand public, les professionnels et les décideurs politiques sur la thématique des IAS ■ Inciter et dynamiser les établissements de santé à participer à ces événements ■ Diffuser, aux usagers, des informations fiables relatives aux IAS, ainsi qu'aux professionnels, pour favoriser l'adoption de mesures préventives appropriées ■ Intégrer ces événements dans les stratégies d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients
	<p style="text-align: center;">Contenu</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Décliner ce(s) événement(s) dans votre établissement ■ Organiser la communication auprès du grand public et des professionnels, en relayant les messages de santé publique (Organisation mondiale de la santé, ministère de la santé, sociétés savantes, Assurance-Maladie, etc.) : <ul style="list-style-type: none"> • « Un soin propre, un soin sûr » • « Sauvez des vies : lavez-vous les mains » • « Mains propres : vies sauvées » • « Des mains désinfectées = des risques évités » • « Sécurité des patients – un défi mondial » • « Les antibiotiques, c'est pas automatique » • etc. ■ Définir une date de campagne de communication commune à l'ensemble des établissements et des professionnels de santé de l'échelon géographique approprié ■ Utiliser les supports de communication de référence disponibles et/ou créer et diffuser vos propres supports de communication
<p style="text-align: center;">Perspectives</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Intégrer ces événements ponctuels dans les stratégies de prévention du risque infectieux (formation, évaluation, suivi des indicateurs, etc.) 	

<p>Points incontournables</p>	<p style="text-align: center;">Conseils</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diversifier vos thématiques et vos messages ■ Planifier vos événements dans le temps pour ne pas laisser votre public cible ■ Coordonner vos actions avec celles des autres professionnels ■ Prévoir de différer l'événement (disponibilité des récepteurs, intercurrence de facteurs imprévus, etc.) ■ Sensibiliser et impliquer la direction de votre établissement dans la gestion du risque infectieux à travers l'événement ■ Sensibiliser tous les publics relais pour initier ou conforter des changements de comportement ■ Partager votre expérience avec les usagers, les professionnels de santé et les décideurs ■ Programmer une évaluation de l'événement et de son impact ■ Tenir compte des éléments de l'évaluation pour améliorer l'organisation et l'efficacité des événements futurs
<p style="text-align: center;">Pour en savoir plus...</p> <p>Journée mondiale « Hygiène des mains » Site du ministère de la Santé : http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/mission-mains-propres/mission-mains-propres.html Site de l'Organisation Mondiale de la Santé : http://www.who.int/gpsc/5may/en/index.html Site de la Société française d'hygiène hospitalière : http://www.sfhh.net/main39.htm Site du CCLIN sud-ouest : http://www.cclin-sudouest.com/pages/info_outils_so_mains09.html</p> <p>Journée européenne d'information sur les antibiotiques Sites du ministère de la Santé : http://www.sante.gouv.fr/plan-antibiotiques/index.html http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan_antibio_2001/bilan_plan_2007.pdf Site du CCLIN sud-est : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/journees/Antibiotique/campagne_antibio2008.html#reco Site de l'Assurance Maladie : http://www.antibiotiquespasautomatiques.com/ Site des Centers for Disease Control and Prevention : http://www.cdc.gov/getsmart/ Site de l'European CDC : http://antibiotic.ecdc.europa.eu/ Site de la SPILF : http://infectiologie.com</p> <p>États généraux des infections nosocomiales et de la sécurité des patients http://www.eg-noso.com/</p>	

Destinataire	L'administration de l'établissement
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'importance du thème dans la prévention du risque infectieux ■ Les modalités de participation et d'organisation d'une journée de communication (personnes « ressources », date et lieu prévus de l'événement) ■ La médiatisation de l'événement ■ L'implication des personnels soignants et des usagers
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser les supports officiels de communication, disponibles et diffusés au niveau national, voire international
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présenter une synthèse courte de l'événement ■ Préciser le thème de l'événement, les objectifs et les modalités de l'organisation locale ■ Renvoyer aux liens internet disponibles et pertinents
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibiliser la direction de l'établissement qui est destinataire des courriers d'annonce officiels ■ Prévoir le calendrier de l'événement ■ Prévoir les zones d'affichage stratégiques au sein de l'établissement ■ Solliciter un financement pour créer et diffuser vos propres supports, si nécessaire ■ Solliciter l'autorisation d'impliquer les usagers ■ Solliciter l'autorisation de convier les médias dans votre établissement à l'occasion de l'événement ■ Faire valider les supports et contenus de communication, auprès de l'administration, avant de les diffuser aux médias

Destinataire	La commission médicale d'établissement (CME) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'importance du thème dans la prévention du risque infectieux ■ La date et le lieu prévus de l'événement ■ Le programme et les interventions médicales de l'événement ■ Les retombées médicales
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rédiger un diaporama bref résumant l'événement ■ Utiliser les supports officiels de communication disponibles et diffusés au niveau national, voire international
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présenter une synthèse courte de l'organisation de l'événement (thème, objectif, date et lieu, importance dans la prévention du risque infectieux, participation médicale) ■ Renvoyer aux liens internet disponibles et pertinents ■ Présenter les indicateurs disponibles de l'établissement, en fonction du thème ■ Mobiliser des moyens techniques à la hauteur des enjeux de communication (canaux internes performants de diffusion de clips ou message audio, etc.)
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Solliciter la participation et la communication du président de la CME et du président du CLIN au cours de l'événement ■ Impliquer les correspondants en hygiène en fonction de la nature de l'événement ■ Insister sur les retombées positives en termes de qualité des soins et de sécurité des patients

Destinataire	Les professionnels soignants et les autres professionnels de santé
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le thème de l'événement ■ Les retombées pratiques dans l'activité du service ■ L'implication et la participation des professionnels de santé ■ La date et le lieu de l'événement
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diffuser et afficher les supports officiels de communication (affiches, posters, etc.) ou tout mode de diffusion régulier d'information aux professionnels ■ Rédiger un numéro spécial sur l'événement dans les « brèves » du CLIN ou de l'EOH (si ce type de communication existe) ■ Présenter l'événement lors des formations des correspondants
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présenter une synthèse courte de l'organisation de l'événement (nature du thème, objectif, date et lieu, importance dans la prévention du risque infectieux) ■ Présenter les indicateurs disponibles du service ou du pôle, en fonction du thème
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encourager les personnels soignants dans leur rôle essentiel dans la mise en œuvre de pratiques visant à réduire l'incidence des IAS ■ Impliquer les correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène dans la promotion et/ou l'organisation de l'événement

Destinataire	Les usagers ou leurs représentants
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'impact de l'événement sur la sécurité infectieuse des patients ■ L'implication des usagers ■ Les pratiques de l'établissement en regard de la thématique abordée
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser les supports officiels de communication disponibles et diffusés au niveau national ■ Diffuser les supports aux visiteurs (par exemple dans le hall d'entrée) et aux patients hospitalisés (par exemple sur les plateaux-repas)
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renvoyer aux liens internet disponibles et pertinents
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Partager votre expérience avec les usagers ■ Impliquer les usagers dans l'organisation de l'événement, si nécessaire ■ Transmettre des informations simples, claires et fiables sur le thème abordé ■ Communiquer sur la valeur ajoutée de l'événement dans le cadre des mesures préventives déjà mises en œuvre par votre établissement

Destinataire	Les tutelles
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La participation de l'établissement à l'événement
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préparer une synthèse courte de l'événement
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préciser les modalités d'organisation dans votre établissement (date et lieu)
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les tutelles sont déjà destinataires des informations officielles ■ Préciser l'implication éventuelle des tutelles dans l'organisation locale de l'événement

Destinataire	Les médias
Attentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des informations claires et synthétiques sur l'événement ■ L'importance du thème dans la prévention du risque infectieux
Forme et support	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser les supports officiels de communication disponibles et diffusés au niveau national, voire international
Contenu et objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renvoyer aux liens internet disponibles et pertinents
Précautions dans la stratégie de communication	<ul style="list-style-type: none"> ■ Communiquer avec les médias uniquement si vous en avez l'autorisation préalable de la direction de l'établissement ■ Communiquer sur la valeur ajoutée de l'événement dans le cadre des mesures préventives déjà mises en œuvre par votre établissement

