



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

La communication vers les professionnels et vers les usagers : un retour d'expérience

Dr Karine BLANCKAERT MD - Hygiène Hospitalière
Antenne Régionale Nord Pas de Calais de lutte contre les Infections Nosocomiales
CHRU de LILLE - Service de Gestion du Risque Infectieux
Hôpital Calmette - pavillon Christiaens

av Pr Leclercq - 59037 Lille Cedex

La communication ?

- Le risque infectieux est un sujet de communication délicat parce que les messages véhiculés sont encore ceux du **risque** et pas encore ceux de la **gestion du risque...**
- il y a un **risque à communiquer** sur le risque, parce qu'il ramène à la notion de la difficulté de la maîtrise du risque...
- Bien communiquer c'est répondre a plusieurs questions
 - Qui communique?
 - Communiquer sur quoi?
 - Pourquoi communiquer?
 - Communiquer comment?
 - Communiquer quand?
- Impose de définir/de connaître sa cible...



La communication interne

- Pourquoi communiquer en interne? pour informer !
- informer, c'est :
 - **mise en valeur des actions de chacun**
 - préparer à l'éventualité d'une **non-maîtrise**
 - préparer une éventuelle **crise**
- ⇒ **il faut donc prendre le risque de communiquer sur la gestion du risque infectieux!!!**
- **Sur quoi?**
 - sur les moyens de prévention
 - sur la politique mise en place
 - sur les risques eux même
 - sur les résultats de la gestion des risques (résultat du tableau de bord)
- **Comment ?**
 - par le biais des vecteurs de communication (portail intranet, magazine interne, lettre information avec fiche de paie, affiche...)

Solutions Hydro Alcooliques (SHA) : Frictionnez sans modération !

7

Des actions sont actuellement menées à l'initiative du Service de Gestion du Risque Infectieux pour développer l'utilisation des SHA. Les derniers chiffres indicateurs de la consommation de SHA pour l'ensemble des services de soins du CHU montrent une tendance encourageante à la hausse. Toutefois, des efforts importants restent à faire dans le domaine car si la prise de conscience de l'efficacité de ces produits se généralise, nombreuses sont les personnes encore réfractaires à son utilisation.



Rappelons que l'emploi des SHA fait l'objet d'une recommandation nationale forte (également reprise par les sociétés savantes à l'échelle européenne). Celles-ci ont depuis longtemps prouvé leur efficacité par rapport au lavage des mains au savon doux et aux antiseptiques. De plus, les SHA répondent à des normes d'efficacité supérieures à celles des savons antiseptiques.

La tendance doit s'amplifier

Si l'on observe la courbe de consommation de SHA sur les 10 derniers trimestres (Cf. graphique), on constate que malgré sa progression, le volume de produit consommé pour 1000 journées d'hospitalisation reste inférieur à 16 litres. Ce qui représente une moyenne de 5 frictions des mains par patient et par journée d'hospitalisation. Or, 25 frictions seraient un minimum selon les estimations (pour les services de médecine et de chirurgie). Les services de réanimation où les risques d'infections sont les plus importants devraient, quant à eux, atteindre les 100 frictions.

Des résultats qui comptent

Dans le cadre du plan d'action intégré au Projet d'Établissement 2004/2008, cet indicateur de consommation de SHA figure dès à présent sur les tableaux de bord de gestion du risque infectieux du CHU. Il servira ensuite de référence parmi d'autres indicateurs du tableau de bord national demandé à chaque établissement de santé. Un seul mot d'ordre : frictionnez !

J.L.

Utilisation des SHA ... témoignage:

« Nous utilisons les SHA dans le Service de Médecine Néonatale depuis 2 ans. Cette nouvelle pratique de désinfection des mains a été précédée d'une période d'information et de formation car elle bouscule les préconisations antérieures.

La simplicité du geste et les accès nombreux aux SHA ont contribué à sa diffusion rapide.

Nous avons été aidés dans cette démarche par l'infirmière hygiéniste, mais des relais au sein des équipes sont nécessaires. L'implication de l'encadrement et des médecins est indispensable. »

Dr Nadine Kacet, service de néonatalogie de Jeanne de Flandre

« Les nouveau-nés que nous soignons sont de très faible poids, fragiles et à risque élevé d'infection. Ils sont l'objet de nombreux soins et la facilité de l'utilisation des SHA avec un temps de contact court permet une meilleure observance de l'hygiène des mains. Les différents conditionnements facilitent leur utilisation dans toutes les circonstances. »

Béatrice Cochez, puéricultrice

Contact

Le Magazine du CHRU de Lille



Communication externe...

- Pourquoi?

- L'opinion publique a une meilleure connaissance des infections et les personnalise (sa propre expérience ou celle des autres: le syndrome Guillaume Depardieu!)
- C'est obligatoire : loi du 4 mars 2002!
- L'opinion a les moyens de saisir les autorités compétentes

LIVRET D'ACCUEIL PATIENT



Dans le livret d'accueil patients :

Information générale

Inclut les résultats des
indicateurs (réglementaire!)

Information personnalisée du patient

TRAITEMENT

Si vous avez une diarrhée simple, elle cessera le plus souvent à l'arrêt du traitement antibiotique. Si votre cas est plus sévère, un traitement spécifique sera prescrit.



Si ces informations soulèvent des questions, le personnel soignant et les professionnels de l'hygiène de l'établissement sont prêts à y répondre. N'hésitez pas à vous adresser à eux.

Coordonnées de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière :

RETOUR AU DOMICILE



Au retour à domicile, aucune précaution particulière n'est recommandée en dehors du lavage des mains après le passage aux toilettes et avant les repas.

Si une nouvelle diarrhée survient, en particulier après la prise d'antibiotiques, il est recommandé d'informer votre médecin de votre antécédent d'infection à *Clostridium difficile*.



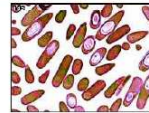
EN MAISON DE RETRAITE OU EPHAD



Les mesures essentielles de prévention de la transmission doivent être appliquées même si l'isolement n'est pas toujours possible. Les cas graves seront hospitalisés.

Coordonnées de l'hôpital :

Vous (ou l'un de vos proches) avez une infection à *Clostridium difficile*



Voici quelques informations et précautions simples d'hygiène

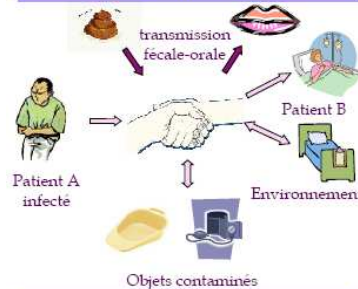
Septembre 2006

Groupes de travail :
A. Carbonne, K. Lebascle, K. Blanckaert,
M. Aggoune, D. Landrin, D. Verjat-Trannoy, F. Barbut, P. Astagneau



Centre de Coordination de la Lutte contre l'Infection Nosocomiale Paris-Nord
Institut Biomédical des Cordeliers
15 rue de l'école de médecine, 75005 Paris
Site Internet : <http://www.cclinparisnord.org>

TRANSMISSION ?



QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE ?

- Traitement antibiotique prolongé récent
- Age élevé
- Baisse des défenses immunitaires
- Séjour prolongé à l'hôpital

Sa santé, son risque propre!

Traçabilité +++

PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES

- EN HOSPITALISATION DE COURTE OU MOYENNE DUREE -

Afin d'éviter la transmission de la bactérie, vous devez être placé en chambre seule ou dans un secteur dédié. Cet isolement durera jusqu'à l'arrêt de la diarrhée. Une signalisation doit être apposée sur la porte de votre chambre.



MESURE ESSENTIELLE POUR LE PATIENT

Lavage des mains :

- après le passage aux toilettes
- avant les repas

MESURES ESSENTIELLES POUR LE PERSONNEL

- Désinfection des mains à l'entrée de votre chambre.
- Lavage et désinfection des mains à la sortie de votre chambre.

MESURE ESSENTIELLE POUR LES VISITEURS

Lavage des mains :

- à l'entrée de votre chambre
- à la sortie de votre chambre



Eviter d'utiliser les toilettes de la chambre

HYGIENE DE L'ENVIRONNEMENT



Votre chambre doit être nettoyée au moins 1 fois par jour, puis désinfectée à l'eau de Javel.



puis

- Port de gants lors des soins.
- Port de surblouse à manches longues à usage unique dès l'entrée dans votre chambre et à retirer avant la sortie.
- Utilisation de matériel médical qui vous est dédié pendant votre séjour (thermomètre, tensiomètre, bassin urinal, ...)



Se poser la question : a t il compris?

Lui poser la question....

Reformuler si besoin....



Les indicateurs : Motivations du choix d'un établissement?

Motivation	%	Classement de ces motivations
La facilité d'accès	51,4	
La distance par rapport à mon domicile	55,7	
L'avis de mon médecin	85,1	←3
Satisfaction après un 1er séjour	74,0	
Recommandation d'un proche	41,9	
Confort de l'établissement	77,0	
Qualité des relations avec le personnel	85,8	←2
Qualité technique des soins	88,9	←1
Coût	27,4	
Résultats infections nosocomiales de l'établissement	63,1	←4

La communication de Crise



- Une crise est un événement inattendu mettant en péril la réputation et le **fonctionnement d'une organisation**
- On parle de crise quand le risque infectieux est avéré!
- Il s'agit d'un élément de surprise même si vous aviez anticiper....
 - conséquences non prévues
 - désorganisation interne

La base....

- Créer une **cellule de crise** (avec les médecins du service, les hygiénistes, les soignants, la responsable communication)
- Pourquoi?
 - faire l'état des lieux,
 - recenser les problématiques,
 - prendre des décisions
 - Informer....
 - Définir le message....
 - Anticipation des conséquences
- Se préparer aux relations avec les médias :
 - une crise rompt la routine journalistique
 - un média est une entreprise en concurrence avec les autres et qui doit vendre
 - Le journaliste est confronté à la nécessité de rapidité, de personnalisation et de simplification...
- Le journaliste est persuadé qu'on lui cache des choses et..... le médecin est persuadé qu'on va le déstabiliser....

Retours sur la crise *Clostridium*

- Deux niveaux de communication :
 - communication nationale sur le site de l'InVS
 - communication régionale
 - avertissement et « éléments de langage » adressés aux ETS de la région (cohérence de l'info)
 - communiqué de presse et conférence de presse commune (CCLIN Paris-Nord, tutelle, universitaire)
 - 2 référents désignés pour répondre aux sollicitations des medias : médecin inspecteur régionale et médecin coordonateur de l'antenne régionale du CCLIN

Comment?

- Organisation de la communication :
s'assurer de la cohérence du message!
 - bilans hebdomadaires
 - national (site de l'InVS) sans le nom des ETS
 - régional (site de la DRASS) : avec le nom des ETS
 - après conférence téléphonique nationale organisée par la DGS le mardi
 - pendant 3 mois!

Difficultés : n'oublier personnes!

- communications particulières (vers les « relais d'opinion »)
 - réunion d'information à destination des élus (maires, conseillers généraux)
 - réunion d'information à destination des associations régionales de malades et d'usagers
 - réunion d'information à destination des « professionnels de santé, en particulier ceux concernées par l'hébergement des personnes âgées (médecins coordonateurs, directeur de MR)

Une épidémie, due à une nouvelle bactérie, a fait 14 morts dans le Nord - Pas-de-Calais

Une quinzaine de foyers d'infection



NORD ÉCLAIR - SAMEDI 16 SEPTEMBRE 2004

1148

CLOSTRIDIUM

Les victimes accusent

Le germe 027 qui a fait 15 morts de 266 patients commencent à être identifiés. Du moins pour une partie.

RAPHAËL TASSART raphael.tassart@nord...

tre elles étaient hospitalisées dans des services de médecine de gériatrie ou étaient en rééducation. Des infections ont aussi été identifiées dans des établissements médico-sociaux.

Comment expliquer l'émergence et la diffusion dans cette région de ce nouvel agent pathogène ? Pour les spécialistes,

Le « Clostridium » a passé la frontière

En Belgique aussi, c'est officiel. Alors que 39 nouveaux cas d'infection à la bactérie Clostridium difficile ont été enregistrés en une semaine dans les établissements de santé du Nord-Pas-de-Calais, aucun bilan n'a encore été publié côté belge. 20 mi-



CH de Valenciennes
CH de Sedan
CH de Douai
CH d'Hazebrouck

« Clostridium », une bactérie tenace

Officiellement, l'infection nosocomiale a ralenti. Et pourtant, la souche 027 de Clostridium difficile « circule » dans les établissements de soins.



Malgré les efforts, l'épidémie continue de se propager

L'infection au clostridium difficile s'étend dans la région, ainsi que ses conséquences parfois dramatiques pour les malades.

ES 1 cas

ES 5 cas

ES 1 cas

Infection nosocomiale : vingt et un morts et quatorze établissements touchés



grand nombre de Français (2005) qui fréquentent les maisons de retraite.

INFECTION NOSOCOMIALE

Ça dure

Selon nos informations, cinquante-trois nouveaux cas de contamination à Clostridium difficile ont été signalés depuis un mois et demi dans la région.

ÉCLAIRAGE

Guy Delcourt pointe « la faute de l'État »

« Arrivé, furieux, pas content du tout, le maire de Lens, Guy Delcourt, qui a dénoncé l'État dans son livre, les infections nosocomiales, n'a pas été rassuré par les efforts supplémentaires tentés au CH de Lens à la clinique Ri... »



Difficultés et axes d'amélioration

- Des communications complémentaires voire « parasites »
 - la FHF
 - une association de victimes extérieure à la région
 - certains élus
 - des experts « auto-proclamés »
 - voire même des structures commerciales
 - ...
- Une communication vers les « relais d'opinion »
 - réalisée **après** la communication grand public !

La gestion de l'après-crise!

SANTÉ

Clostridium difficile dans la région : « L'épidémie est maîtrisée »

L'Institut de veille sanitaire nous a appris voici quelques jours que la douloureuse épidémie nosocomiale qui a sévi dans le Nord - Pas-de-Calais était enfin maîtrisée. Confirmation avec le docteur Karine Blanckaert, responsable régionale du CLIN, centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, au CHR de Lille.

– D' Blanckaert, quelle est la situation aujourd'hui ?

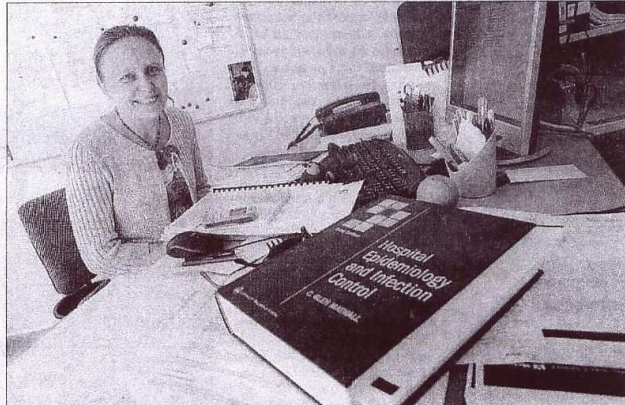
« Ce qu'on enregistre n'est plus inquiétant. La souche s'est installée dans notre patrimoine microbiologique, mais on n'est plus dans une situation épidémique. L'incidence des cas est passée sous le seuil d'alerte. Il n'y a plus ce phénomène de transmission croisée d'un patient à l'autre. L'épidémie est maîtrisée. »

– Au final, quel est le bilan de cet épisode dans la région ?

« On arrive à 498 cas d'infection par clostridium difficile, dont 65 % de souche 027 de janvier 2006 à fin mars 2007. Avec 23 décès au moins partiellement imputables à la bactérie. Un tiers des établissements de santé du Nord - Pas-de-Calais ont signalé l'infection. »

– D'autres régions sont actuellement touchées...

« On avait prévu que cette souche ne serait pas l'apanage du Nord - Pas-de-Calais. C'est ce qui se passe. La souche circule en Picardie, en Rhône-Alpes, dans la Moselle. Mais avec beaucoup moins de cas. Il y a eu tout ce battage dans notre région. Précisons qu'il n'y a pas de lien direct établi entre ces différents épisodes. »



Le D^r Blanckaert : toujours un œil sur les maladies nosocomiales.

PHOTO PHILIPPE PAUCHET

– Au final, quelles ont été les difficultés rencontrées ?

« D'abord des difficultés financières. Tout cela a un coût. Pour un établissement, une unité dédiée aux patients de clostridium, c'est une perte de tarification à l'activité. Il fallait aussi financer du personnel supplémentaire. Il y a aussi eu des difficultés de gestion humaine. Les personnes touchées étaient âgées, souvent en état de dépendance. Si on les isole, il y a un risque de dégradation neurologique. Avec parfois de l'agressivité. Il faut savoir dire à une mamie qu'elle ne pourra pas aller avec les autres. Pour le personnel, c'était lourd à gérer. »

– Quels enseignements tirer ?

« Le grand enseignement à tirer, c'est de mieux anticiper les crises sanitaires. »

« On a informé les familles, les malades, les décideurs, les tutelles. Peut-être a-t-on un peu oublié les professionnels libéraux, médecins et pharmaciens, pour leur donner l'information. Les responsables politiques locaux également. Le grand ensei-

gnement à tirer, c'est de mieux anticiper les crises sanitaires. Être prêts à répondre en terme de locaux, de matériel, de personnel, pour prendre en charge les épidémies, sans attendre que la crise arrive. C'est vrai aussi pour la grippe aviaire. Qu'on puisse mettre en place rapidement une organisation. Cela passe par une anticipation sur le financement. Les décisions se font à l'échelle nationale. Et il faut veiller à réduire la consommation des antibiotiques, principal facteur d'infection par clostridium. La France est à la deuxième place européenne en consommation d'antibiotiques ! »

PROPOS RECUEILLIS PAR CHRISTOPHE CARON

SANTÉ

Infections nosocomiales : les efforts du CHR pour réduire les risques

Premier de la classe... Le centre hospitalier régional universitaire de Lille, sur les 72 CHR-CHU de France, se classe premier en matière de lutte contre les infections nosocomiales. C'est ce qui a révélé une étude de ministère de la Santé. Les deux indicateurs pris en compte sont sans ambiguïté. Pour les responsables des risques infectieux de l'hôpital, ce résultat est « encourageant », mais pas définitif.

PAR STÉPHANIE FASQUELLE
metro@lavoixdunord.fr

Dans les couloirs, dans les chambres, dans les poches des soins mobiles (lignes, brancards)... Il y en a partout : sous la forme de flacons-pompe ou de bouteilles. De quoi s'agit-il ? De soluté hydro-alcoolique, un gel liquide anti-bactérien pour les mains, qui s'utilise sans eau. « L'hygiène des mains, c'est LA priorité des priorités dans notre programme d'actions. Ces produits doivent être disponibles absolument partout ! » Le D^r Bruno Grandbastien, médecin responsable de l'unité de lutte contre les infections nosocomiales au CHR, rappelle que « se laver les mains, dans un hôpital, est un fondamental de l'hygiène ». Recommandation nationale en 2000, elle est devenue en 2006, pour la première fois, un indicateur de qualité – et de notation – pour les hôpitaux. C'est cet indicateur, notamment, qui a propulsé le CHR au premier rang des CHR de France.



Le CHR, premier de la lutte contre le risque infectieux, notamment grâce au soluté hydro-alcoolique.

« Le risque infectieux est une priorité dans notre projet d'établissement, indique Philippe Vandewoestyne, directeur du CHR chargé du management des risques. Le budget pour l'achat de solutés hydro-alcooliques doit être multiplié par huit entre 2004 et 2008. Il doit de 300 000 € en 2006 et sera de 600 000 € fin 2008. » Ces produits ont également été introduits dans les secteurs à haut risque de l'hôpital, les soins intensifs, la chirurgie, les blocs opératoires... pour supprimer le vieux lavage des mains – glisse le D^r Gilles Beaucaire, chef de service des risques infectieux et des vigilances. Au

bloc, on se lave donc les mains au savon standard, puis on frictionne énergiquement pendant trois minutes au produit hydro-alcoolique.

Les infirmières hygiénistes ont

« L'hygiène des mains, c'est LA priorité des priorités dans notre programme d'actions. »

consacré du temps, dès 2005, à former à ce geste, service par service. Sur les 10 000 soins du CHR, plus de 3 000 ont été touchés, dont 1 000 travaillant au bloc. En plus de l'hygiène des mains, les soins ont appris à bien utiliser les gants (quand et comment les mettre et les enlever). La gestion des sols est aussi importante, « mais tout passe d'abord par les mains », insistent les médecins. Les pratiques de l'air et de l'eau sont aussi mesurées (3 000 prélèvements par an). « C'est pour toutes ces précautions que le CHR figure en tête du classement. Il héberge d'ailleurs, en tant qu'hôpital régional, l'unité

de coordination régionale de lutte contre les infections nosocomiales. « La dynamique du CHR doit faire tâche d'huile », soutient le D^r Karine Blanckaert, médecin coordonnateur, qui reçoit de nombreux coups de fil depuis la publication du classement des hôpitaux. Des établissements de petite taille dans la métropole sont premiers de conseils, comme le centre Oscar-Lambert à Lille ou le centre L'Espoir à Helloumas. Se lancer dans un programme de prévention peut être coûteux, mais « gérer une crise comme celle du clostridium difficile en 2006 coûte 1 M€, souligne le D^r Beaucaire, si on la gère mal, ou trop tard, parce qu'on n'est pas prêt, cela peut coûter beaucoup plus... »

Antibiotiques

Déjà à 2008, le CHR va poursuivre ses efforts sur l'hygiène des mains (l'hôpital compte 300 nouveaux agents tous les ans). Priorité va également être donnée à la préparation cutanée des patients dans les services de chirurgie. Enfin, les spécialistes du risque infectieux veulent s'attaquer à la consommation d'antibiotiques. « En France, nous avons longtemps été champions du monde dans la prescription. Du coup, aujourd'hui, nous faisons face à des bactéries multirésistantes, on en fabrique et on en transmet, note le D^r Grandbastien. Bien prescrire, c'est donner la bonne molécule, au bon moment, et dans les bonnes proportions. » Un discours qui il faudra faire passer auprès des 2 000 médecins exerçant dans les hôpitaux du CHR. ■

ZOOM

● **Le classement du CHRU de Lille :** 1^{er} sur les 72 CHR-CHU de France.

● **Les indices de notation :** L'« indice soluté » indique la consommation de soluté hydro-alcoolique. La note 100 veut dire que les objectifs de l'établissement sont atteints. Au-delà, il les a dépassés. Le CHR a obtenu 114,9.

L'« indice local » mesure les efforts de l'hôpital en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Sur 100 points, le choix d'un établissement d'en-

gager une infirmière hygiéniste « offre » six points ; un praticien hygiéniste en fait gagner six de plus ; et si l'établissement cumule les deux (infirmière + praticien), il remporte deux points de bonus. Le CHR les a obtenus, mais a également marqué des points avec son plan de formation et, grâce aussi, notamment, aux affiches et aux plaquettes explicatives sur le lavage des mains distribuées dans l'hôpital. Total des points du CHR : 98. Il a du coup été classé A à l'indice local (de A à E, du meilleur au moins bon).

● **Classement des hôpitaux de plus de 300 lits** (sur 241 centres hospitaliers français) :

200^e, centre hospitalier de Wattrelos ; 276^e, centre hospitalier de La Bassée.

23^e, centre hospitalier de Tournai ; 37^e, centre hospitalier de Roubaix ; 82^e, centre hospitalier d'Armentières ; 89^e, Saint-Philibert à Lomme ; 96^e, Saint-Vincent Saint-Antoine à Lille ; 180^e, centre hospitalier de Solesmes.

● **Classement des hôpitaux de moins de 300 lits** (sur 317 centres hospitaliers français) :

● **Classement des cliniques privées de plus de 100 lits** (sur 321 cliniques françaises) :

1^{er}, polyclinique de Villeneuve-d'Ascq ; 27^e, polyclinique de Bois à Lille ; 183^e, polyclinique de la Louvière à Lille ; 232^e, clinique de Crossé-Laroche à Marqu'è-en-Barzèul.

● **Classement des cliniques privées de moins de 100 lits** (sur 309 cliniques françaises) :

9^e, clinique de Lille-Sud à Lesquin ; 14^e, clinique chirurgicale de Lambersart ; 19^e, clinique Colteel de Villeneuve-d'Ascq ; 23^e, clinique Ambroise-Paré à Lille ; 30^e, clinique de la Victoire à Tournai ; 49^e, clinique du Val-de-Lys à Tourcoing ; 110^e, Saint-Roch à Roncq ; 289^e, Les Sabliers à Lille.

...doit être également organisée pour dépassionner les débats et améliorer les circuits pour... la crise suivante

Infections associées aux soins

Guide d'aide à la communication

Juin 2010



Pour en savoir plus
.....SFHH.org!

Thème	Textes réglementaires et recommandations nationales
Points incontournables	Définition <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 - ICaSP • Haute Autorité de 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 (SPLIF) • Société française d'anesthésie-réanimation (SFAr) • Société de réanimation de langue française (SRLF) • Sociétés savantes d'autres disciplines • Autres sources : Aissaps, Aissa-Alsset, etc.
	Importance de la thématique <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir le caractère réglementaire, opposable ou assisté ■ Préciser le niveau de preuve et/ou de recommandation ■ Évaluer et communiquer la criticité <ul style="list-style-type: none"> • Gravité • Fréquence • Évitable
	Méthodologie de la rédaction <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
	Modalité de mise en œuvre et délai de mise en place <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 procédures(internet) à l'établissement ■ Établir un calendrier de la mise en place ■ Diffuser la recommandation dans l'établissement ■ Informer et/ou former les professionnels de santé ■ Évaluer à distance la mise en place de la recommandation

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.: Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques, SFHH, HAS 2005 ; Conférence de consensus sur la gestion pré-opératoire du risque infectieux, SFHH 2004 ; Prévention de la transmission croisée: précautions complémentaires contact, SFHH 2009, Recommandations pour l'hygiène des mains, 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