

# ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Janvier 2012

**TOUTE L'ÉQUIPE DU CCLIN EST  
VOUS SOUHAITE UNE BONNE ANNÉE**



## Dans ce numéro :

DARI	1
A l'agenda	2
ATNC	3
Mupirocine et prothèse	4
Légionellose et fontaine	5
Vaccination	6
WC et Clostridium	7
Réglementation	8

## Sommaire :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

## LE DARI EST SUSPENDU

La circulaire du 30 septembre 2011 qui imposait aux établissements médico-sociaux de formaliser un **Document d'analyse de risque infectieux** (DARI) pour fin 2012 est suspendue par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Les discussions pour établir une nouvelle circulaire ont débuté lors d'une réunion organisée ce lundi 9 janvier avec l'ensemble de la profession.

L'esprit du texte d'origine, à savoir la prévention du risque infectieux, est

maintenu mais la contrainte d'un document obligatoire est retiré. Ainsi, non seulement le DARI ne sera pas à remplir obligatoirement pour fin 2012 mais les données ne seront pas non plus à transmettre chaque année avec le rapport d'activité de l'établissement. La nouvelle circulaire devrait inciter les établissements à travailler sur un document d'analyse en fonction de leurs priorités, de leurs situations particulières et de leurs moyens.

**Calendrier des événements**

JANVIER 2012

Date limite de retour des données :

- le 31 janvier pour l'**audit Hygiène des Mains 2**.

**Les inscriptions sont ouvertes pour : AES 2012, ATB 2011, ISO 2012 et REA 2012.**

Prendre contact si nécessaire avec Olivier HOFF : 03-83-15-35-45

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

**Protocole 2012 de la surveillance des AES**

**Les modalités de saisie des AES, dans le cadre de la surveillance AES Raisin-Geres, changent à partir du 1er janvier 2012.**

Les données ne seront plus saisies sur l'application développée en partenariat avec BD, application qui a été utilisée de 2008 à 2011.

**Les données seront à saisir en ligne sur l'application Web-AES** développée par Lionel Paulet, biostatisticien au RFCLIN pour le compte du comité de pilotage national de la surveillance AES Raisin-Geres.

**Les modalités de participation à cette surveillance restent inchangées :**

inscription préalable obligatoire auprès du CClin en renvoyant l'accord de participation 2012 dûment complété.

**En revanche, les modalités de saisie vont changer, en pratique cela se passera de la manière suivante :**

Dés que votre inscription sera enregistrée par le CClin Est, vous recevrez un message électronique comportant vos identifiants permettant de vous connecter à l'application et saisir les données.

**IMPORTANT pour la surveillance 2011:**

L'application 2008-2010 ne permet pas la saisie des données établissement pour 2011. Il vous faudra donc :

- 1) envoyer (comme les années précédentes) le fichier AES2011.rec à l'adresse : [aes-cclin.est@chu-nancy.fr](mailto:aes-cclin.est@chu-nancy.fr) ;
- 2) saisir en ligne sur Web-AES, la fiche établissement 2011.

Lors de votre connexion à Web-AES, vous devrez choisir l'année de surveillance :

- 2011 pour la saisie de la fiche établissement uniquement
- 2012 pour la saisie des fiches AES et établissement.

Vous retrouverez tout le matériel et toutes les explications nécessaires sur le site du CCLIN Est ([www.cclin-est.org](http://www.cclin-est.org)) à la rubrique « surveillances ».

## INSTRUCTION DU 1ER DÉCEMBRE 2011 RELATIVE À L'ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS VISANT À RÉDUIRE LES RISQUES DE TRANSMISSION D'AGENTS TRANSMISSIBLES NON CONVENTIONNELS LORS DES ACTES INVASIFS

Ce texte en préparation depuis plusieurs années est « enfin sorti » en fin d'année 2011 et nécessite la mise en œuvre d'une importante réflexion dans chaque établissement.

Pour vous aider à une meilleure compréhension de ce nouveau texte, nous vous proposons plusieurs outils mis en ligne à la rubrique « Creutzfeldt-Jakob » du site CCLin Est :

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique56>

Vous y trouverez deux documents :

- Principales modifications apportées par l'instruction N° DGS/RI3/2011/449 du 1er décembre 2011 : document de deux pages
- Mémo de 58 pages rédigé par les membres du groupe de travail ayant participé à l'élaboration de cette instruction.

Il existe par ailleurs un diaporama conçu par la société ANIOS qui apporte une réponse pratique mais commerciale à cette instruction.

### Synthèse des modifications

- *Élévation du niveau de sécurité de traitement des DM*
- *2 niveaux de risque pour les patients*
- *Nouvelle classification des tissus (distinction entre v-MCJ et autres EST)*
- *Abandon d'une liste positive de produits ou procédés*
- *Référence au protocole standard prion*
- *Procédures actualisées ou nouvelles*
  - *Traitement des DM vis-à-vis des ATNC*
  - *Séquestration, destruction ou remise en service des DM en cas patient suspect ou atteint*
  - *Gestion des effluents liquides et des déchets issus du traitement des DM*
  - *Gestion des risques professionnels*

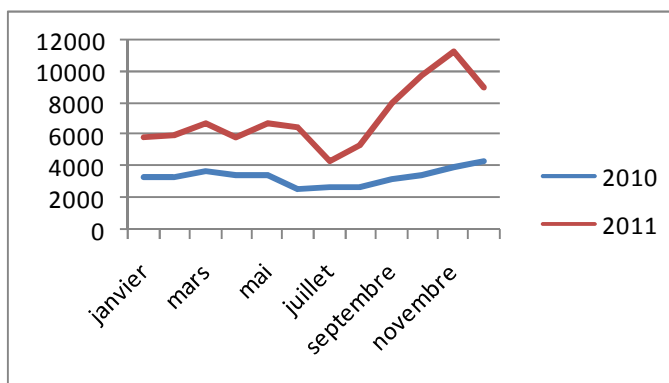
## LE SITE INTERNET DU CCLIN EST

Sa fréquentation en 2011 a littéralement explosé avec 85 208 visiteurs contre 39 851 en 2010 :

Le nombre de visites (un visiteur peut faire plusieurs visites) a été de 152 022 en 2011 contre 78 559 un an plus tôt.

Ce que vous venez chercher surtout comme info :

- Les règles générales de conception et de réalisation des installations d'eau,
- Les conduites à tenir en cas d'épidémies de gale,
- Les carbapénémases des Entérobactéries



**Nous vous remercions pour vos nombreuses visites de notre site CCLin Est, qui est aussi le vôtre. Nous sommes à l'écoute de vos suggestions afin de l'améliorer.**

**N'hésitez pas à nous en faire part (Email. [cclin.est@chu-nancy.fr](mailto:cclin.est@chu-nancy.fr))**

## LA MUPIROCINE COÛT-EFFICACE POUR PRÉVENIR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES APRÈS UNE POSE DE PROTHÈSE DE HANCHE OU DE GENOU

La décolonisation nasale par la mupirocine avant une pose de prothèse de hanche ou de genou est coût-efficace pour prévenir les infections profondes du site opératoire, selon une étude américaine à paraître dans le numéro de février d'*Infection Control and Hospital Epidemiology*.

Xan Courville, du centre médical Dartmouth Hitchcock à Lebanon (New Hampshire), et ses collègues ont comparé trois stratégies dans une hypothétique cohorte de patients âgés de 65 ans devant faire l'objet d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou.

La première stratégie consistait à administrer la mupirocine, par application nasale, pendant cinq jours à tous les patients avant l'opération chirurgicale, la deuxième à n'administrer la mupirocine en préopératoire qu'aux patients colonisés au niveau de leur nez par du staphylocoque doré (sachant qu'auparavant, l'ensemble des patients devaient faire l'objet d'un dépistage), et la troisième stratégie aucun dépistage ni traitement.

L'évaluation a été faite sur une période d'un an. Elle a montré que les deux stratégies de traitement (traitement de tous les patients et dépistage plus traitement uniquement des patients colonisés) étaient plus coût-efficaces que l'absence de traitement, même si les différences étaient faibles entre les trois stratégies.

Pour l'arthroplastie de la hanche, le coût-efficacité moyen par année de vie ajustée sur la qualité (QALY) était de 30.380 dollars pour la stratégie "tout traitement", de 30.660 dollars pour la stratégie "dépistage

et traitement ciblé" et de 30.710 dollars pour la stratégie "pas de traitement".

Pour l'arthroplastie du genou, ces chiffres étaient respectivement de 35.916, 36.270 et 36.365 dollars.

Les résultats étaient stables même en faisant varier certains facteurs, comme le coût de la mupirocine au-delà de 100 dollars (au lieu de 6 dollars environ) ou comme celui de la prise en charge des infections profondes du site opératoire dans une fourchette de 26.000 à 250.000 dollars (au lieu de 100.000 dollars).

Le traitement de tous les patients restait également la meilleure stratégie en faisant varier dans des valeurs plausibles la prévalence de portage de staphylocoque doré et d'infections du site opératoire ou en prenant une prévalence élevée de souches résistantes à la mupirocine.

D'un point de vue pratique, il est plus facile de mettre en place une stratégie "traitement de tous les patients" qu'une stratégie "dépistage de tous les patients et traitement ciblé des patients colonisés". Chaque étape de la stratégie "dépistage + traitement" introduit en effet des risques potentiels d'erreur ou d'omission et la sensibilité imparfaite des tests pourrait conduire à des occasions manquées supplémentaires de décolonisation nasale.

Ils recommandent donc d'administrer en préopératoire la mupirocine à tous les patients devant faire l'objet d'une pose de prothèse de hanche ou de genou.

**Infection Control and Hospital Epidemiology, février, vol.33, n°2, p152-159**

## DIAPORAMAS DES PRÉSENTATIONS SÉMINAIRE SF2H/SPILF/SFM CATHÉTÉRISME VEINEUX CENTRAL CHEZ L'ADULTE

**1- Prévention des infections sur cathéter : analyse de la littérature et des recommandations américaines 2011 ; mise en place de la checklist pour les cathéters veineux centraux.**

Christian Brun-Buisson, hôpital Henri Mondor, Paris

**2- Particularités et difficultés du diagnostic des infections sur cathéter**

Dominique Debriel, hôpital de Colmar

**3- Traitement des infections sur cathéter : spécificités selon le type de cathéter, la pathologie sous-jacente et le micro-organisme**

Serge Alfandari, hôpital de Tourcoing

**4- Quels dispositifs médicaux pour réduire le risque infectieux lié au cathéter veineux central ?**

Yves Lurton, hôpital de Rennes

:: Atelier 1 : **Picc line : nouveau matériel et nouveaux challenges**

:: Atelier 2 : **Prise en charge des cathéters veineux centraux après la réanimation : méthodologie de la surveillance et prévention/gestion des complications sur cathéters**

:: Atelier 3 : **Analyse de scénario de la prise en charge d'un cathéter veineux central : prévention, maintenance et évaluation**

<http://www.sf2h.net/congres-sf2h-productions-congres-partenaires.html>

A noter la publication de cet article sur ce sujet en 2012 :

**Girard R; Comby C; Jacques D.** Alcoholic povidone-iodine or chlorhexidine-based antiseptic for the prevention of central venous catheter-related infections: in-use comparison. **Journal of infection and public health 2012; in press: 8 pages.**



## UNE FONTAINE DÉCORATIVE D'UN HÔPITAL AMÉRICAIN À L'ORIGINE D'UNE ÉPIDÉMIE DE LÉGIONELLOSES

Une fontaine murale décorative dans le hall principal d'un hôpital américain a probablement été à l'origine d'une épidémie de légionellose, selon une étude à paraître dans le numéro de février d'*Infection Control and Hospital Epidemiology*.

Il s'agit de la deuxième épidémie de légionelloses documentée associée à une fontaine décorative dans un établissement de santé et la première à impliquer uniquement des patients en consultation et des visiteurs.

L'épidémie a concerné huit cas confirmés de légionellose diagnostiqués en quatre semaines entre février et mars 2010. L'ensemble de ces patients avaient une pathologie sous-jacente (diabète, alcoolisme, polyarthrite rhumatoïde ou bronchopneumopathie chronique obstructive -BPCO-), prenaient un traitement immunosuppresseur ou rapportaient d'autres facteurs (tabagisme) qui pouvaient avoir augmenté le risque de contracter une légionellose.

Une enquête a révélé que les huit patients étaient passés dans un hôpital du Wisconsin dans les 10 jours précédant le début de leurs symptômes, trois pour des consultations médicales, trois pour prendre des médicaments à la pharmacie hospitalière, un pour une livraison et un pour attendre un proche en consultation médicale.

L'ensemble des patients est passé dans le rez-de-chaussée, la fontaine décorative se situant dans le hall principal de l'établissement. Il y avait une exposition connue pour au moins six d'entre eux à la fontaine. Seul un patient a rapporté s'être attardé près de la fontaine en attendant la fin de la consultation médicale d'un proche. Les autres sont probablement juste passés à côté en marchant. Aucune recherche du type de souche n'a été réalisée chez les patients. Mais *Legionella pneumophila* de type 1 a été retrouvé dans la fontaine, malgré un nettoyage régulier, dans des prélèvements d'eau et du filtre mais surtout à

forte concentration dans la mousse servant de support à des pierres décoratives.

Des spots lumineux dans la fontaine ainsi qu'une source de chaleur de l'autre côté du mur peuvent avoir conduit au réchauffement de l'eau de la fontaine et à la prolifération des légionelles. Ensuite la contamination des patients a probablement eu lieu par les aérosols créés.

La fontaine a été arrêtée dès les premiers soupçons. Le Wisconsin Division of Public Health a recommandé à tous les établissements de santé de l'Etat de ne pas ou de ne plus utiliser de fontaines décoratives dans des espaces clos dans tout environnement de santé, les fontaines décoratives murales étant de plus en plus prisées. Il s'agit des premières recommandations de ce type.

**Infection Control and Hospital Epidemiology**, février, vol.33, n°2, p185-191

## AUDIT CVP ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ BILAN DE L'ÉTUDE INTER-RÉGIONALE EST

Suite à l'audit CVP qui a eu lieu fin 2009 - début 2010, organisé par le GREPHH et auquel 120 établissements (ES) de l'inter-région Est avaient participé, une enquête d'impact de cet audit a été proposée fin 2011 à ces ES.

Un questionnaire en ligne reprenait les principales thématiques de l'audit. L'objectif étant de mesurer les améliorations mises en œuvre après avoir réalisé l'audit.

Quarante et un ES sur 120 (35%) ont répondu à cette mini-enquête. Les résultats montrent que :

- Protocole établissement CVP : la moitié des répondants envisage de rédiger une nouvelle version de leur protocole. Au minimum, 8 ES sur 41 vont réaliser une nouvelle diffusion de leur protocole actuel.

- Pratiques et organisation : des formations sont ou seront proposées pour 15 des 41 ES. Mise en place ou révision de documents de traçabilité pour 12 ES et d'un groupe de travail pour 8 ES
- Matériels et produits : si 13 ES ne veulent rien changer, 13 ES veulent utiliser ou ont déjà choisi un autre cathéter et 12 un autre anti-septique.

La résistance aux changements et la méconnaissance du protocole font partie des difficultés de mise en place des améliorations.

Nous suggérons aux ES ayant participé à l'audit de programmer une nouvelle évaluation CVP.

## MISE À PIED POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ D'HÔPITAUX AMÉRICAINS S'ILS REFUSENT DE SE FAIRE VACCINER

Certains hôpitaux aux Etats-Unis ont adopté une nouvelle stratégie sur la vaccination de leurs professionnels de santé consistant à les mettre manu militari en arrêt de travail sans être payés en cas de refus, selon deux études publiées dans le numéro de janvier 2012 de la revue *Infection Control and Hospital Epidemiology*.

Il s'agit d'abord de l'University of California Irvine Healthcare (422 lits), qui a institué cette méthode pour la première fois en 2011 pour les professionnels de santé qui ne se sont pas fait vacciner contre la grippe avant le 1er décembre. Cela a été le cas également dès 2010 pour l'University of North Carolina Health Care (799 lits) pour la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Les chercheurs soulignent qu'une stratégie de vaccination obligatoire a été nécessaire après des années de politique basée sur le volontariat et sur des mesures visant à accroître le caractère accessible et pratique de la vaccination pour les professionnels de santé.

Ainsi, à partir de 2006, en plus des campagnes de communication qui existaient déjà, il a été possible pour les professionnels de santé de se faire vacciner au niveau même de leur lieu de travail sans qu'ils aient à se rendre par exemple dans le service de médecine du travail, une vaccination de pair à pair a été instaurée. La seule obligation qui avait alors cours était de signer un formulaire en cas de refus de vaccination.

Ces mesures ont permis de faire passer la couverture vaccinale de 44% à près de 63%, rapportent les chercheurs, en rappelant que l'objectif fixé par le ministère américain de la santé pour 2010 était de 60%.

Afin de pouvoir atteindre le nouvel objectif de 90% instauré par le ministère pour 2020, l'établissement de santé a décidé de mettre

en place lors de la saison grippale 2009-10 une vaccination obligatoire contre la grippe -à la fois contre la grippe A(H1N1) pandémique et contre la grippe saisonnière- pour tous les professionnels de santé ainsi que pour certains employés.

Les professionnels de santé qui n'étaient pas vaccinés devaient alors porter un masque durant la saison grippale. Un outil a été mis en place pour dépister en temps réel les absences d'observance et les porter à la connaissance des supérieurs hiérarchiques. Des e-mails de rappel sur le caractère obligatoire de la vaccination ont été envoyés par les responsables médicaux et administratifs. Les chercheurs soulignent que cette nouvelle stratégie de vaccination obligatoire a permis d'atteindre "instantanément" des niveaux supérieurs à 90%. Et l'hôpital compte aller encore plus loin, grâce à sa décision en 2011 de placer en chômage technique sans rémunération les professionnels de santé non vaccinés. A l'University of North Carolina Health Care, le processus a également été progressif pour la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

Il a commencé en 2006 par une demande de vaccination à tous les professionnels de santé sauf en cas de contre-indication, une mesure allant au-delà des recommandations de l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP, équivalent en France du Haut conseil de la santé publique - HCSP) ciblées uniquement sur les professionnels de santé en lien direct avec les patients.

Cette politique a été un succès pour les nouveaux embauchés mais moins pour les professionnels de santé en poste. Le taux d'observance a été de 100% chez les quelque 4.800 professionnels de santé embauchés entre mars

2006 et novembre 2010 et toujours en poste en janvier 2011 dans l'hôpital. Au total, 72% se sont fait vacciner -dans les 10 jours suivant leur embauche-, 21% ont apporté la preuve de leur immunisation (soit une preuve de vaccination soit un test sérologique positif) et 7% avaient une contre-indication.

Les professionnels de santé déjà en poste ont été prévenus dès 2006 par une lettre d'information à tous les employés et par leurs supérieurs hiérarchiques. Un délai de deux ans leur a été accordé et aucune pénalité pour absence d'observance ne leur a alors été appliquée.

De mars 2006 à février 2010, 56% des professionnels de santé en poste et éligibles à la vaccination ont reçu le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Il y a eu plusieurs pics de vaccination coïncidant avec des épidémies en ville et/ou des expositions à l'hôpital, rapportent les chercheurs. En mars 2010, une lettre d'information a rappelé aux professionnels de santé en poste le caractère obligatoire de la vaccination pour tous les professionnels de santé. Puis, ils ont été prévenus en septembre 2010 de la mise en chômage technique sans rémunération de tout professionnel de santé ne pouvant faire la preuve avant début novembre 2010 de leur immunisation ou d'une contre-indication médicale.

Après la date butoir, une observance de 100% à la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche a été obtenue pour les quelque 3.900 professionnels de santé en poste avec 88% vaccinés, 7% ayant apporté la preuve de leur vaccination au moment de leur embauche et 5% la preuve d'une contre-indication.

**Infection Control and Hospital Epidemiology, janvier 2012, vol.33, n°1, p63-74 et p81-83**

## LES HÔPITAUX DOIVENT ÉQUIPER LEURS WC DE COUVERCLES POUR LUTTER CONTRE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Une étude britannique conseille aux établissements de santé d'équiper leurs toilettes de couvercles afin d'éviter la dissémination de *Clostridium difficile* dans l'environnement par aérosolisation au moment où la chasse d'eau est tirée.

Les hôpitaux continuent à faire face à des cas groupés de diarrhées à *Clostridium difficile* malgré toutes les mesures de contrôle mises en place : hygiène des mains, isolement des patients infectés, nettoyage et désinfection des surfaces et des équipements.

Les chercheurs ont simulé une diarrhée à *C. difficile* dans des toilettes et évalué la dissémination des bactéries.

Ils ont retrouvé *C. difficile* dans des prélèvements d'air jusqu'à 25 centimètres au dessus du siège, avec les concentrations les plus fortes juste après que la chasse a été tirée, et une division par huit après 60 minutes et encore par trois après 90 minutes.

La fermeture du couvercle lorsque

la chasse était tirée divisait par 10 les taux de *C. difficile* dans les prélèvements d'air au niveau du siège. Un petit nombre de bactéries a quand même été détecté probablement en raison du petit espace qui existe entre le siège et le couvercle.

Aucune bactérie n'a été retrouvée sur les surfaces (siège, réservoir de chasse d'eau et sol) lorsque le couvercle était rabattu. En revanche, une contamination de surface a été mise en évidence sans le couvercle dans les 90 minutes après que la chasse a été tirée.

Les chercheurs conseillent aux établissements de santé, notamment ceux touchés par des diarrhées à *C. difficile*, d'utiliser des WC avec couvercle.



La majorité des toilettes installées dans les hôpitaux pour les patients ne sont pas pourvues de couvercle, les raisons invoquées étant d'éviter d'avoir une surface supplémentaire à toucher potentiellement contaminante et la difficulté à nettoyer les WC avec couvercle.

Les patients souffrant d'une diarrhée à *C. difficile* devraient utiliser des WC dédiés ou des chaises percées. Mais il peut arriver que cela ne soit pas le cas au tout début de leurs symptômes ou parce qu'ils préfèrent utiliser des toilettes communes plutôt que la chaise percée. Les porteurs asymptomatiques de *C. difficile* pourraient représenter sans qu'on le sache une source de contamination par les toilettes, ce qui pourrait expliquer des cas d'infections à *C. difficile* pour lesquels on ne retrouve pas de lien apparent avec les cas existants, ajoutent-ils.

**Journal of Hospital Infection, janvier 2012, vol.80, n°1, p1-5**

## A LIRE

### Infections respiratoires hautes:

Recommandations infections respiratoires hautes

<http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>

Synthèse

<http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-princ-messages.pdf>

Argumentaires

<http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-argumentaire.pdf>

## REGLEMENTATION – RECOMMANDATIONS

### - Circulaire Plan pandémie grippale

[http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir\\_34177.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34177.pdf)

Commentaire :

Les déclinaisons territoriales du nouveau Plan pandémie grippale devront se faire au plus tard d'ici à la fin 2012. Chaque préfet de zone de défense et de sécurité et chaque préfet de département, chaque directeur général d'ARS pour ce qui le concerne, rédigera les plans territoriaux, sur la base des guides méthodologiques destinés à orienter la déclinaison opérationnelle, et ce dans un délai d'un an à compter de leur diffusion, dans tous les cas au plus tard d'ici à la fin de l'année 2012.

### - Maîtrise du risque infectieux en EHPAD - Fiches Techniques / Pratiques. 134 pages

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique61>

Commentaire :

Ces fiches qui viennent en complément du guide d'auto-évaluation du GREPHH sont proposées aux établissements médico-sociaux dans le cadre du Programme National de Prévention des Infections médico-social 2011-2013.

## COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

**Journée Cclin Est/ARLIN Lorraine** : Nancy le 03 avril 2012 sur « Prévention des IAS à domicile »

- préprogramme et inscriptions : à venir

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>

**Journée 8ème congrès Biologie et Hygiène Hospitalière (organisée par l'Association des Biohygiénistes Européens)** : Paris le 05 avril 2012 : gestion du risque IAS en services de réanimations, en

- préprogramme et plaquette de présentation

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique135>

### Outil de promotion de la vaccination des professionnels de santé et des personnes âgées institutionnalisées

Mise en ligne sur le site de l'ARLIN Franche-Comté de l'outil de promotion de la vaccination des professionnels de santé et des personnes âgées institutionnalisées, rubrique "guides et documents élaborés par le RFCLIN"/guides : <http://www.rfclin.info/>

Adresse:  
Hôpitaux de Brabois  
Rue du Morvan  
54 511 Vandoeuvre les Nancy  
Secrétariat central:  
Tél. 03 83 15 34 73  
Fax 03 83 15 39 73  
Email. [cclin.est@chu-nancy.fr](mailto:cclin.est@chu-nancy.fr)

Retrouvez nous sur le  
Web  
<http://www.cclin-est.org/>

