

Circulaire n° 263 du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales

13/10/1988

!!! Abrogée par la circulaire DGS/DHO S/E 2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

La présente circulaire est destinée à préciser les conditions dans lesquelles s'appliquent les dispositions du décret n° 88-657 du 6 mai 1988 relatives à l'institution des comités de lutte contre les infections nosocomiales. Un tel comité doit être obligatoirement créé au sein de tout établissement d'hospitalisation public ou privé, dès lors qu'il concourt au service public hospitalier.

Les instructions qui suivent s'adressent tout particulièrement aux directeurs d'établissement hospitalier chargés de mettre en oeuvre ces comités.

I. - De l'utilité d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales

1. Par infection nosocomiale, on entend :

- toute maladie provoquée par des micro-organismes ;
- contractée dans un établissement de soins par tout patient après son admission, soit pour hospitalisation, soit pour y recevoir des soins ambulatoires ;
- que les symptômes apparaissent lors du séjour à l'hôpital ou après ;
- que l'infection soit reconnaissable aux plans clinique ou microbiologique, données sérologiques comprises, ou encore les deux à la fois.

Ces caractéristiques concernent aussi les personnels hospitaliers en raison de leurs activités.

2. Les infections nosocomiales constituent un phénomène complexe, le plus souvent mal appréhendé et donc mal maîtrisé, mais d'une sérieuse ampleur, malgré les quelques améliorations enregistrées jusque-là.

Frein aux progrès thérapeutiques, ces infections, par leur impact psychologique désastreux auprès d'un public de mieux en mieux éduqué et averti de ses droits, nuisent à la réputation de l'hospitalisation publique et privée.

Évitables dans la plupart des cas, elles conduisent à l'allongement du temps de séjour en hôpital et contribuent à l'augmentation des coûts d'hospitalisation dont la maîtrise demeure indispensable.

3. Dans ce contexte et compte tenu de la recommandation n° R (84) 20 relative à l'hygiène hospitalière adoptée par le comité des ministres du Conseil de l'Europe, il est apparu nécessaire d'étendre et de renforcer le dispositif de prévention des infections hospitalières défini par la circulaire du 18 octobre 1973 qui n'a pas apporté toute satisfaction.

En mettant à la disposition des responsables hospitaliers un instrument d'intervention doté de la reconnaissance juridique, le décret n° 88-657 du 6 mai 1988, relatif à "l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier", leur donne effectivement les moyens de remédier aux insuffisances de la situation actuelle. Désormais, une politique cohérente et active de prévention et de lutte contre les risques infectieux peut être mise en place et son suivi assuré.

4. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales ne saurait être considéré comme une instance consultative supplémentaire.

Sa vocation est double :

- par sa liaison étroite, tant avec la direction de l'établissement qu'avec la commission médicale d'établissement, il apparaît bien comme un centre de réflexion et de proposition ;
- appelé à travailler en collaboration effective et permanente avec les services cliniques, les laboratoires de biologie et la pharmacie, ainsi qu'avec les services administratifs et techniques, il constitue un dispositif d'intervention.

Son rôle est essentiel dans la surveillance, la connaissance et la prévention des infections contractées à l'hôpital. Il le remplit d'autant mieux s'il est bien informé par un système approprié de déclarations d'infection, lesquelles ont essentiellement un but d'intervention précoce ou d'évaluation des actions de prévention.

De toute évidence, rien d'utile et d'efficace ne sera fait, pour couper toute chaîne de contamination, sans une prise de conscience de tous les personnels, quels qu'ils soient, à condition de les éduquer sur leurs responsabilités et les enjeux de la lutte contre les infections hospitalières.

II. - Les responsabilités du comité

1. Il n'existe pas de système unique de surveillance applicable à l'ensemble des hôpitaux. Il appartient au comité d'assurer, au premier chef, l'organisation de la surveillance permanente des infections dans l'établissement et partant, de coordonner l'action des différentes parties prenantes selon des méthodes propres à chaque établissement.

Cette mission délicate exige vigilance, discrétion et savoir-faire quant à la collecte des informations cliniques et biologiques indispensables à la prise en compte effective des infections nosocomiales. C'est à partir de ce recueil soigneux qu'une action cohérente peut être menée.

2. Le comité doit jouer un rôle primordial dans la prévention de la transmission des micro-organismes, notamment de personne à personne. Dans ce domaine, il peut formuler des règles élémentaires concernant l'hygiène des mains, outre le rappel des habituelles exigences de propreté et de tenue vestimentaire du personnel, à tous les niveaux, même s'il est en contact indirect avec les malades. Du point de vue des individus, la lutte contre les infections suppose le respect d'un minimum de disciplines volontaires.

Le comité formulera également des orientations en vue d'un emploi correct des produits de nettoyage et des désinfectants dont la composition chimique doit être connue, pour être choisis sur la base de données scientifiques sûres. Cela devrait permettre d'assurer réellement la propreté des locaux et la décontamination du matériel en contact avec les malades.

Les antiseptiques, quant à eux, sont soumis aux mêmes impératifs de critères scientifiques.

En outre, le comité veillera à une utilisation rationnelle des agents antimicrobiens. En particulier, il proposera des restrictions à la pratique des antibiothérapies préventives dont l'emploi inconsidéré est à l'origine de résistances de la part des germes et entraîne des dépenses importantes pour l'hôpital.

Enfin le comité pourra également proposer toute recommandation ou exprimer des avis à la demande de la direction de l'établissement sur les aménagements de locaux, les acquisitions d'équipement ou de matériels ainsi que sur l'élimination des déchets susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections.

3. Le rapport d'activité que le comité est tenu de remettre chaque année au directeur de l'établissement qui le soumettra à l'examen de l'assemblée délibérante sera l'occasion de fournir un bilan des actions entreprises, une évaluation des résultats obtenus dans la lutte contre les infections nosocomiales et pour l'amélioration de la qualité des soins, ainsi que le programme des actions de prévention à poursuivre ou à développer ou des actions correctives à entreprendre l'année suivante. Ce programme comportera tout particulièrement des mesures destinées à l'information et à la formation des personnels.

Du fait des dépenses que ce programme est susceptible d'en traîner, il appartiendra à la direction de les incorporer dans les propositions budgétaires soumises à délibération, dans la limite des dotations budgétaires imparties.

A ce bilan et à ce programme est joint l'avis de la commission médicale d'établissement des établissements d'hospitalisation publics.

Seules les informations contenues dans les rapports et les programmes annuels d'activité ayant reçu l'aval de l'assemblée délibérante pourront être rendues publiques et communiquées à des tiers.

D'une manière générale, toutes les personnes participant, à un titre ou à un autre, aux travaux du comité, sont rigoureusement soumises au secret professionnel.

III. - La composition du comité

1. Les établissements hospitaliers publics

Pour conférer au comité l'homogénéité d'une équipe d'intervention polyvalente, sa composition est numériquement limitée à douze membres au maximum, mais si un nombre plus réduit de personnes paraît satisfaisant, cette solution devra être favorisée.

a) Les membres désignés :

Le président ou le vice-président de la commission médicale d'établissement appartient d'office au comité. C'est à lui qu'est confiée la charge de choisir les autres membres du comité qu'il désignera après avoir pris l'attache du directeur de l'établissement et en respectant les règles qui suivent.

Lorsque l'établissement compte un médecin hygiéniste, ce dernier sera membre du comité. Dans le cas des centres hospitaliers régionaux constitutifs d'un centre hospitalier universitaire, le choix concerne de préférence le chef du département ou du service d'hygiène hospitalière.

Ensuite, qu'ils soient universitaires ou non, devront y figurer des praticiens hospitaliers issus de services cliniques de médecine, de chirurgie et d'autres services spécialisés, dont obligatoirement un biologiste et le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement ou, à défaut, le pharmacien gérant.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable qu'un médecin spécialiste de l'épidémiologie ou d'autres disciplines comme l'économie de la santé, la biostatistique, l'informatique médicale ou la prévention, siégent au comité.

Parmi les personnels soignants, il faudra choisir une infirmière ou un infirmier (de préférence un cadre infirmier ou un(e) infirmier(e) général(e) là où il (elle) existe) qui aura la charge de veiller à l'application concrète des règles d'hygiène, ce dont elle (ou il) rendra compte au comité. De plus, si l'établissement comporte une maternité, il y aura avantage à retenir une sage-femme qui se distingue par son expérience et son intérêt pour la lutte contre les infections nosocomiales.

Dans la limite imposée de l'effectif, les autres membres seront choisis eu égard à leurs compétences utiles au bon fonctionnement du comité.

b) Les membres associés :

Hormis les membres désignés ci-dessus siégeant avec voix délibérative, il est bien évident que le directeur général de l'établissement ou le directeur est étroitement associé aux travaux du comité où il a voix consultative. Il est d'ailleurs responsable du secrétariat des travaux de la commission. Il peut se faire représenter ou assister par toute personne de son choix en fonction des questions traitées, notamment le chargé des affaires économiques lorsque sont en cause les clauses techniques des marchés d'équipement sanitaire ou de matériel médical et l'ingénieur biomédical ou sanitaire quand sont abordés les problèmes d'équipement et de matériels.

Il en va de même pour le médecin du travail ou le médecin coordonnateur mentionné à l'article R. 242-8 du code du travail puisque celui-ci a qualité pour prescrire des examens complémentaires nécessaires au dépistage des affections susceptibles d'exposer l'entourage d'un agent hospitalier à des risques de contagion.

c) Les cas particuliers :

dans les établissements qui ne sont constitués que d'un seul service, de même dans les hôpitaux locaux, c'est la commission médicale d'établissement telle qu'elle est composée en application des dispositions des articles 7 et 11 du décret n° 72-1079 du 6 décembre 1972 relatif à la commission médicale consultative qui fait office de comité de lutte contre les infections nosocomiales ;

on aura tout intérêt à constituer une commission locale de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements qui sont distincts du siège et lorsqu'il existe en leur sein un comité consultatif médical. Le président de ce dernier désignera les membres de cette commission, qui sera composée de manière analogue à celle de tout comité de lutte contre les infections nosocomiales ;

à défaut de mise en place d'une commission locale d'établissement, le comité de lutte du siège désignera au moins un correspondant chargé de la représenter sur place. S'ils ne sont pas membres du comité de lutte du siège, ce correspondant ainsi que, le cas échéant, le président de la commission locale, siègent aux séances de ce comité avec voix consultative.

2. Les établissements hospitaliers privés

Sans méconnaître pour tous les établissements privés qui participent au service public hospitalier l'intérêt qui s'attache au suivi de ces mesures, les établissements à but non lucratif, ainsi que les établissements concessionnaires visés aux articles 41 et 42 de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ont toute latitude pour constituer leur comité de lutte contre les infections nosocomiales. S'appuyant sur des structures conformes à leur statut, ils pourront s'inspirer utilement des règles fixées pour les établissements publics.

IV. - Le rôle du président du comité

1. Dans les établissements publics d'hospitalisation, lors de la première réunion qui suivra aussitôt sa constitution, le comité de lutte contre les infections nosocomiales procédera à l'élection, à la majorité simple de ses membres désignés à titre permanent, de son président et de son vice-président qui le remplacera en cas d'absence. Tous deux doivent obligatoirement être choisis parmi les praticiens hospitaliers qui composent le comité. Leur mandat est renouvelable.

La durée du mandat de tout membre désigné du comité de lutte est identique à celle du mandat des membres de la commission médicale d'établissement. Le renouvellement des mandats au comité s'effectue à la même date que celui des mandats à la commission.

2. Le président arrête la date des convocations et fixe l'ordre du jour des séances qui se tiendront au moins trois fois par an. A la demande du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement, le président doit pouvoir convoquer une séance extraordinaire. En cas de partage des voix lors d'une délibération du comité, celle du président est prépondérante.

3. Le président est chargé de la mise en oeuvre du recueil des informations relatives aux infections nosocomiales dont les modalités de saisie sont arrêtées en accord avec la direction de l'établissement. Il en contrôle la transmission et en assure l'exploitation. A ce titre, il est habilité à recueillir les informations détenues par les chefs de service et leurs collaborateurs praticiens des services cliniques, des laboratoires de biologie, des services pharmaceutiques et, le cas échéant, du médecin du travail; ceux-ci ne peuvent pas lui refuser la communication de ces informations.

Le président peut également demander au nom du comité les examens, études, contrôles ou vérifications qu'il jugera nécessaires au(x) laboratoire(s) de biologie de l'établissement, et, le cas échéant, au service régional d'hygiène hospitalière. Ces travaux sont financés dans la limite des crédits budgétaires approuvés, attribués au fonctionnement du comité, en application de l'article 5 du décret précité du 6 mai 1988.

4. La lutte continue contre les infections au sein de l'établissement exige un rôle coordonnateur de la part du président. Il l'exerce de concert avec le directeur de l'établissement, notamment pour harmoniser les actions de prévention ou les investigations conduites en vue de déterminer les causes des infections touchant les personnels. Cela est le cas lorsqu'elles sont à l'initiative du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, afin d'éviter les doubles emplois. Dans ce cas, la coordination implique particulièrement l'association du médecin du travail aux travaux du comité de lutte.

Dans cette fonction de coordination le président est assisté, là où il existe, par le chef du département ou du service d'hygiène hospitalière qui mettra à la disposition du comité de lutte les informations dont il dispose ou qu'il aura été chargé de recueillir.

Enfin, il est recommandé d'adjoindre au président du comité un groupe permanent de liaison et d'intervention, restreint à quelques membres qu'il choisira pour leur compétence et leur disponibilité. Parmi ceux-ci devraient figurer un(e) ou plusieurs infirmier(e)s affecté(e)s au fonctionnement du comité en accord avec leur responsable hiérarchique dans la limite des horaires hebdomadaires prévus à cet effet et compatibles avec le bon fonctionnement des services.

5. Le président peut entendre à sa demande, soit personnellement, soit devant le comité, en accord avec le directeur de l'établissement, tout membre du personnel soignant ou appartenant aux services administratifs et techniques. Dans les mêmes conditions, il peut faire appel, s'il le juge utile, à des consultants extérieurs issues d'autres établissements hospitaliers susceptibles d'apporter leur concours à la lutte contre les infections.

C'est en ce sens qu'une coopération doit s'organiser par l'intermédiaire des syndicats interhospitaliers. Elle doit permettre les échanges d'informations et d'expériences, éventuellement, la prise en charge commune des dépenses de formation trop lourdes pour les établissements de dimension réduite. A cet égard, les médecins inspecteurs départementaux et régionaux de la santé qui peuvent être entendus par le comité, sur leur demande, ont un rôle d'informateurs entre les établissements, afin de permettre une meilleure lutte contre les infections.

V. - Mise en oeuvre et perspectives

Dans le courant de l'année 1989, six mois après la mise en place effective des comités de lutte contre les infections nosocomiales, sous l'égide du conseil supérieur d'hygiène publique de France, se tiendra un forum des responsables de ces comités.

A cette occasion, un premier bilan de leurs activités pourra être dressé et, le cas échéant, des ajustements proposés. D'autre part, y sera alors précisée la nature du programme de recueil des informations qui fera l'objet d'une circulaire ultérieure.

D'ores et déjà, les modalités de la surveillance doivent être définies par le comité à partir d'objectifs clairement exposés par lui et qui comportent :

- l'identification des problèmes au sein de l'hôpital et la détermination des priorités d'action ;
- la mise en place de systèmes d'alerte pour les infections susceptibles de survenir sous forme de cas groupés et pour lesquelles une intervention précoce conduit à une prévention efficace comme dans le cas des légionelloses et des toxi-infections alimentaires collectives ;
- l'évaluation d'actions de prévention.

La présente circulaire remplace celle du 18 octobre 1973 relative à la prévention des infections hospitalières.

Direction des hôpitaux Service des personnels et des établissements Direction générale de la santé Bureau 1 C.

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, porte-parole du Gouvernement, à Messieurs les directeurs généraux et directeurs des établissements hospitaliers et Messieurs les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales (pour exécution) ; Messieurs les médecins inspecteurs régionaux et départementaux de la santé (pour information) ; Sous couvert de Messieurs les préfets.

Non parue au Journal officiel.

12462.