

## Circulaire n°DGS/DHOS/E2/2000/645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

[Retour au sommaire](#)

Date d'application :

NOR : MESH0030586C (non paru au journal officiel)

Grille de classement : SP 3 312 ; Renvoi à SP 4 435

**Résumé** : Chaque établissement de santé organise la lutte contre les infections nosocomiales. Un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) définit le programme d'action de l'établissement dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Ce programme comporte les objectifs à atteindre et les actions à mener en matière de prévention, surveillance, formation, information et évaluation. Une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales est constituée afin de mettre en œuvre et évaluer ce programme. Des correspondants en hygiène sont désignés au sein des établissements.

**Mots-clés** : Infections nosocomiales – Prévention et gestion du risque infectieux – Hygiène hospitalière – Comité de lutte contre les infections nosocomiales – Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales – Correspondant en hygiène – Coopération.

### **Textes de référence** :

Article L. 6111-1 du Code de la santé publique (loi n°98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé destinés à l'homme).

Articles R. 711-1-1 à R. 711-1-10 du Code de la santé publique (Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé).

Arrêtés du 3 août 1992 et du 19 octobre 1995 relatifs à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

Arrêté du 17 octobre 2000 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

**Textes abrogés ou modifiés** : Circulaire N°263 du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales - Circulaire DGS/VS/VS2 – DH/EO1 – N°17 du 19 avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé publics ou privés participant à l'exécution du service public

### **Annexes** :

Elément fondamental de la politique d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, la lutte contre les infections nosocomiales a connu depuis 10 ans d'importants développements. Elle est inscrite désormais, en vertu de l'article L. 6111-1 du code de santé publique, parmi les missions de tout établissement de santé. Le décret du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales définit les conditions de cette nouvelle disposition. Ce décret prévoit que tout établissement de santé, qu'il soit public ou privé, détermine un programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales, constitue un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et se dote d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

La présente circulaire a donc pour objet de préciser aux établissements de santé les modalités de mise en place de ces dispositions réglementaires. Ce texte après avoir exposé la politique menée en France dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales, définit, dans une

première partie, les composantes du programme d'action ainsi que les actions prioritaires à mettre en place. Dans une seconde partie, il précise le rôle et les modalités d'organisation des structures de lutte contre les infections nosocomiales.

### **Introduction**

Les infections nosocomiales sont des infections contractées dans un établissement de santé. Elles peuvent toucher les personnes soignées ainsi que les professionnels de santé en raison de leur activité. En France, les données en matière de surveillance des infections nosocomiales, issues de diverses enquêtes nationales [1] ou de réseaux inter-établissements, montrent que les infections nosocomiales les plus fréquentes sont les infections urinaires, suivies par les infections respiratoires et celles du site opératoire. La fréquence et la nature de ces infections sont influencées par l'état pathologique des patients. Certains services hospitaliers ont un taux plus élevé d'infections nosocomiales, car ils rassemblent une plus forte proportion de patients fragilisés ou dont l'état nécessite la pratique d'actes invasifs. C'est le cas des services de réanimation, de chirurgie et de soins de suite et de longue durée. Si la fréquence des infections nosocomiales est comparable en France à ce qui est observé dans d'autres pays, la résistance des bactéries aux antibiotiques est plus fréquente dans notre pays que dans d'autres pays européens, notamment parmi les pays d'Europe du Nord (Danemark, Pays-Bas, Allemagne).

Face à ce problème de santé publique, le ministre chargé de la santé développe, depuis plusieurs années, une politique active dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Dès 1988, des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ont été institués dans les établissements de santé publics ou privés participant au service public hospitalier (PSPH). Ce dispositif a été complété en 1992 par la création de structures nationales et interrégionales. Le comité technique des infections nosocomiales (CTIN) est chargé de proposer les orientations de la politique nationale. A l'échelon interrégional, 5 centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN) ont une mission d'appui scientifique et technique aux établissements de santé en matière d'investigations, d'enquêtes épidémiologiques, d'informations et de formations. En 1995, " la cellule infections nosocomiales " rattachée à la direction générale de la santé et à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a été créée afin de coordonner le dispositif mis en place.

L'ensemble des actions engagées s'inscrit depuis 1995 dans un programme national dont l'objectif est de réduire la fréquence des infections nosocomiales et la fréquence des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) dans les établissements de santé. Ce programme est fondé notamment sur la diffusion de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène, l'amélioration de la formation en hygiène et le développement d'un système national de surveillance épidémiologique des infections nosocomiales.

Par ailleurs, la nécessité, pour tout établissement de santé, de développer des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été rappelée par les ordonnances du 24 avril 1996. Ces mesures législatives ont introduit le concept d'accréditation [2] et la démarche de contractualisation qui accordent, tous deux, une large place aux activités de lutte contre les infections nosocomiales. Enfin, la loi de sécurité sanitaire n°98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 est venue renforcer les obligations des établissements vis à vis du risque infectieux. Désormais, figurent, parmi les missions de tout établissement de santé, l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes, l'organisation d'un système assurant la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux, le signalement et le recueil de certaines infections nosocomiales et affections iatrogènes<sup>4</sup>.

Ces évolutions répondent aux exigences légitimes du public en matière de sécurité sanitaire et d'information précise dans ce domaine, comme en témoignent les conclusions des Etats Généraux de la santé de 1999 et les décisions rendues par les deux ordres de juridiction administrative et civile. Désormais, la responsabilité des établissements de santé publics est engagée pour faute présumée. Pour s'exonérer de cette responsabilité, ces établissements doivent prouver qu'ils ont mis en œuvre toutes les règles et recommandations en matière d'hygiène. En

application du principe d'obligation de sécurité de résultat, la responsabilité des établissements privés est reconnue même en l'absence de faute. Ces établissements doivent, pour s'exonérer de cette responsabilité, apporter la preuve que l'infection nosocomiale est due à une cause étrangère.

### **I - Le programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé** [ Article R. 711-1-1 du Code de la santé publique ]

Chaque établissement de santé doit élaborer un programme d'action visant à prévenir les infections nosocomiales et réduire leur fréquence. Ce programme s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et met en œuvre les objectifs généraux de la lutte contre les infections nosocomiales exposés, notamment dans le projet d'établissement. Ce programme s'intègre dans le volet " qualité et sécurité des soins " du contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

Ce programme annuel préparé par le CLIN en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales, est proposé à l'avis de la commission médicale d'établissement et de la commission du service de soins infirmiers et, dans les établissements privés, à l'avis de la conférence médicale.

La réalisation de ce programme requiert l'adhésion de l'ensemble des professionnels, et nécessite le soutien actif de la direction de l'établissement, de l'encadrement médical, paramédical et technique. La mise en œuvre de ce programme, qui implique une coopération entre l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales, les structures " qualité et gestion des risques " si elles existent, les services cliniques, le laboratoire de microbiologie et les autres services concernés (pharmacie, direction, médecine du travail, services techniques et de formation, ...), nécessite que le CLIN définisse le rôle de chacun des acteurs.

Ce programme annuel tient compte des spécificités de l'établissement et des priorités nationales définies par le CTIN. Ce programme définit les objectifs à atteindre et précise les mesures de prévention (cf point I-1), le programme de surveillance (cf point I-2) ainsi que les actions de formation (cf point I-4) et d'information (cf point I-5 et I-6) nécessaires à la réalisation des objectifs fixés. En outre, il mentionne les méthodes d'évaluation des actions entreprises permettant d'apprécier le niveau de réalisation du programme. Les résultats de cette évaluation figurent dans le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales établi par le CLIN (cf point I-7).

#### ***I - 1. Les mesures de prévention des infections nosocomiales***

Des mesures de prévention et, notamment, des recommandations techniques de bonnes pratiques d'hygiène (fiches techniques ou protocoles), visant à garantir la sécurité vis à vis du risque infectieux des personnes soignées et des professionnels de santé, sont établies dans chaque établissement. Un état des lieux des pratiques, notamment à l'aide d'audits ou de tout autre outil approprié est une étape préalable à l'élaboration de ces protocoles ou fiches techniques. A cet effet, les établissements peuvent s'appuyer sur l'aide méthodologique et les ressources bibliographiques disponibles dans les C.CLIN.

Les principaux domaines qui pourront être abordés sont cités dans les " 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales " [3]. Il s'agit de : l'hygiène de base, l'hygiène des actes à haut risque d'infection, les mesures d'hygiène spécifiques à certaines activités, patients ou risques, l'utilisation des produits, la sécurité de l'environnement (air, eau, surfaces, linge, alimentation, déchets).

Ces protocoles ou fiches techniques établis en collaboration avec les services et l'équipe opérationnelle de prévention des infections nosocomiales sont régulièrement mis à jour. Ils figurent dans le livret d'information destiné aux nouveaux membres du personnel et doivent être consultables, à tout moment, au niveau de chaque unité de soins par l'ensemble des professionnels de l'établissement. La mise en place de ces protocoles ou fiches techniques est accompagnée d'actions d'information et de formation du personnel concerné. L'observance des

mesures préconisées dans ces protocoles ou fiches techniques est régulièrement évaluée, en particulier, par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales

Dans chaque établissement, une attention particulière doit être portée :

- à la maîtrise du risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage

multiple [4] ainsi qu'à la prévention du risque de transmission de l'agent des encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles (ESST) ;

- à la prévention de la dissémination des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) [5] ;

- au bon usage des antibiotiques, en collaboration avec les services cliniques, la pharmacie, le laboratoire de microbiologie [6] et le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles dès lors qu'un tel comité sera constitué.

### ***I - 2. La surveillance des infections nosocomiales***

La surveillance des infections nosocomiales est un outil indispensable à la détermination et l'adaptation de la stratégie de prévention de chaque établissement. Son objectif est d'obtenir des informations épidémiologiques permettant de :

- déterminer les priorités d'action,
- mesurer les taux d'infection et leur tendance évolutive,
- participer à l'évaluation des actions entreprises.

En fonction de la taille de l'établissement et de la nature des soins prodigués, la surveillance peut être sélective et concerner les services ou groupes de patients pour lesquels les risques sont les plus élevés ou ceux pour lesquels sont mises en place des actions de prévention [3]. La surveillance des infections nosocomiales s'exerce dans les règles de confidentialité. Les membres du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales ont accès aux informations et données nécessaires à la surveillance. La gestion et l'exploitation des données de surveillance sont facilitées par l'outil informatique et peuvent être organisées en relation avec le département d'information médicale.

Chaque établissement, dans le cadre son programme d'action, met en oeuvre un programme de surveillance défini par le CLIN selon les spécificités de l'établissement et en s'appuyant sur les recommandations diffusées par le CTIN [3] :

- outre la réalisation d'une enquête de prévalence initiale portant sur l'ensemble des patients hospitalisés, qui constitue une étape préliminaire, le CTIN considère comme absolument prioritaire la mesure de l'incidence des infections du site opératoire, ajustée aux facteurs de risque ;

- la surveillance continue de la fréquence des bactéries multirésistantes [4] et de la consommation

de certains antibiotiques [5] doit être l'un des points forts du programme de surveillance.

Cette surveillance s'effectue à l'aide d'informations recueillies auprès du laboratoire de microbiologie, de la pharmacie à usage intérieur et des services cliniques, ce qui peut nécessiter la mise en place d'un système informatisé permettant de collecter les informations utiles à cette surveillance.

La participation des services à des réseaux de surveillance animés par les C.CLIN doit être privilégiée, en raison de l'encadrement méthodologique et de l'appui scientifique apportés par ces structures. En outre, la participation à ces réseaux offre la possibilité, à chacun des services participant, de s'autoévaluer.

### ***I - 3. L'alerte***

Les évènements inhabituels ou sévères, dont l'origine nosocomiale peut être suspectée, doivent être portés, sans délai, à la connaissance du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales afin que les investigations nécessaires à la détermination de leurs causes soient menées et que des mesures de prévention soient mises en œuvre.

Ces évènements inhabituels par leur gravité ou leur répétition, les caractéristiques du germe, les caractéristiques de survenue concernent notamment :

- les cas groupés d'infections suspectées d'être causées par le même germe (suspicion d'épidémie) ;
- les infections dues à des micro-organismes ayant un profil inhabituel de résistance aux anti-infectieux ;
- les infections suspectes d'être directement causées par une source environnementale (eau, air, alimentation, par exemple : légionellose, aspergillose, toxi-infection alimentaire collective) ;
- les infections particulièrement graves : toutes les infections profondes sur prothèses articulaires ou cardiovasculaires ;
- les infections suspectes d'avoir entraîné un décès. A cet égard, l'analyse des dossiers des patients décédés en vue de détecter une cause iatrogène, en particulier d'infection, est particulièrement importante.

Dans chaque établissement, le CLIN détermine les modalités d'information et d'intervention de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales lors de la survenue de ces événements.

Un décret en Conseil d'Etat pris en application de l'article L. 6111-4 du Code de la santé publique précisera, parmi ces événements, ceux qui devront faire l'objet d'un signalement aux autorités sanitaires ainsi que leurs modalités de transmission.

#### ***I - 4. La formation des professionnels de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales***

La formation dans le domaine de l'hygiène hospitalière et de la gestion du risque infectieux est un élément essentiel de la politique de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales menée par tout établissement de santé.

Les établissements privés peuvent utilement s'inspirer des dispositions suivantes prescrites aux établissements de santé publics :

- les actions de formation sont inscrites dans le plan de formation de l'établissement ;
- les actions de formation sont proposées à chaque catégorie de personnel : médical, paramédical, médico-technique, technique et administratif. Certaines de ces actions peuvent faire l'objet de formations pluriprofessionnelles ;
- afin de favoriser une plus grande cohérence entre les actions de prévention du risque infectieux menées dans l'établissement et les formations, le CLIN est consulté, sur les thèmes, contenus, modalités, évaluation des formations dans le domaine de l'hygiène ainsi que sur le choix des intervenants ;
- les recommandations techniques de bonnes pratiques d'hygiène adoptées dans l'établissement figurent sous forme d'un dossier (cahier d'hygiène) dans chacun des services et font l'objet d'une formation dispensée au personnel concerné. En outre, dans le cadre de la politique d'accueil des nouveaux personnels et étudiants, une présentation des recommandations techniques de bonnes pratiques, qui figurent dans le livret d'accueil, est réalisée.

#### ***I - 5. L'information des professionnels de l'établissement***

Pour obtenir leur adhésion dans la durée aux actions de prévention du risque nosocomial, les professionnels de l'établissement doivent bénéficier d'une information régulière concernant les actions menées et leurs résultats.

L'information des services médicaux, médico-techniques, techniques, administratifs et des instances d'avis et de conseil de l'établissement (Commission ou Conférence médicale d'établissement, Commission du service de soins infirmiers, Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail) est réalisée par le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales. Cette information est assurée par la diffusion :

- d'une synthèse périodique des données de la surveillance des infections nosocomiales et des résultats d'audits et évaluations ;
- des recommandations techniques de bonnes pratiques d'hygiène nouvellement adoptées par l'établissement ;
- de la réglementation dans le domaine de l'hygiène ;
- des procès-verbaux des réunions du CLIN ainsi que du programme d'action et du rapport annuel d'activité.

### ***I – 6. L'information des patients***

L'accès à une information adaptée est une exigence légitime de tout patient. Il constitue un élément indispensable à l'instauration d'une confiance réciproque entre les professionnels de santé et les malades et contribue à la promotion de la qualité des soins.

L'information des patients est réalisée :

- de façon générale, lors de leur arrivée, grâce au livret d'accueil qui contient une information sur la politique de lutte contre les infections nosocomiales menée dans l'établissement ;
- de façon individualisée, par l'équipe soignante, afin de les associer aux mesures spécifiques de prévention et de précaution d'hygiène qui leur sont applicables. Cette information permet de renforcer l'adhésion des patients aux mesures annoncées et prises à leur égard, en particulier pour les patients porteurs de bactéries multirésistantes aux antibiotiques ;
- lorsqu'il est établi ou suspecté que des patients ont pu être exposés, lors de leur prise en charge hospitalière, à un risque infectieux nécessitant un suivi. Dans ce cas, l'établissement et les praticiens concernés déterminent, avec l'aide du CLIN, une stratégie d'information et de suivi des patients en s'appuyant, au besoin, sur l'aide technique d'experts (par exemple le C.CLIN). La procédure d'information et de suivi adoptée est écrite, notamment pour assurer la traçabilité de sa mise en œuvre. La nature des informations et les modalités selon lesquelles elles ont été délivrées aux patients sont mentionnées dans le dossier médical.

### ***I-7. L'évaluation du programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales***

L'évaluation annuelle du programme permet d'apprécier le degré de réalisation des objectifs du programme, afin de proposer de nouveaux objectifs pour les années suivantes. Elle concerne les actions de prévention, surveillance, formation, information et porte sur les moyens mis en œuvre, les procédures utilisées et les résultats constatés. Sa méthodologie et les moyens de sa mise en œuvre sont déterminés dès l'élaboration du programme d'action.

L'évaluation des actions de lutte contre les infections nosocomiales est effectuée par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales de l'établissement de santé.

Les résultats de cette évaluation figurent dans le rapport annuel d'activité établi par le CLIN. Ce rapport, consultable sur place, comporte le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales défini par l'arrêté du 17 octobre 2000.

Ce bilan d'activité est adressé par le représentant légal de l'établissement aux services déconcentrés de l'état (DDASS) et au C.CLIN de l'inter-région. Ces bilans permettront aux DRASS, en collaboration avec le C.CLIN de l'inter-région, de réaliser une synthèse régionale des actions menées par les établissements.

## **II - Les structures de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.**

La lutte contre les infections nosocomiales concerne l'ensemble des activités de l'établissement et implique tous les professionnels de l'établissement. La conception, la mise en œuvre et l'évaluation du programme d'action nécessite la mise en place, dans chaque établissement de santé, de structures spécifiques :

- un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), structure de pilotage,
- une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales chargée, notamment, de la mise en œuvre du programme d'action.

En outre, l'identification au sein de chaque service ou secteur d'activité, de correspondants en hygiène permettra de relayer les actions de prévention des infections nosocomiales.

**II - 1. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) [Articles R. 711-1-4 à R. 711-1-7 du code de la santé publique] :**

- Missions

Un CLIN est constitué dans chaque établissement de santé. Ce comité est une instance de proposition et de programmation. Le CLIN, en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales, prépare le programme annuel d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.

Le CLIN est une instance consultative. Il est informé par le représentant légal de l'établissement et donne son avis sur les projets d'aménagement de locaux, d'étude des circuits et d'acquisition d'équipement dans le cas où ces projets peuvent avoir des conséquences dans le domaine de l'hygiène.

Le CLIN établit le rapport annuel d'activité qui permet d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés.

- Composition :

La composition du CLIN est élargie à l'ensemble des catégories professionnelles. Le conseil d'administration ou l'organe qualifié dans les établissements de santé privés fixe le nombre et la qualité des membres du CLIN conformément à l'article R.711-1-4. La nomination des membres du CLIN est prononcée par le représentant légal de l'établissement.

Au sein du CLIN, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales est représentée par un praticien et un membre du personnel infirmier de cette équipe. Par ailleurs, conformément au point l) et m) de l'article R. 711-1- 4, au moins une personne parmi les professionnels mentionnés à chacun de ces points est désignée. Enfin, le décret en cours de préparation sur la pharmacie à usage intérieur, prévoit que le président du comité des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ou son représentant, soit membre du CLIN.

Dès sa constitution, le comité élit, parmi les médecins et pharmaciens nommés, un président et un vice-président. Lors de leur premier mandat, il est particulièrement utile que le président et le vice-président participent, en particulier, aux formations orientées sur leurs missions et fonctions de coordination.

En plus des membres nommés, le CLIN peut faire appel aux compétences de professionnels, invités permanents ou occasionnels. En particulier, selon l'ordre du jour ou chaque fois que nécessaire, il est souhaitable que participent aux travaux du CLIN, un représentant des services économiques, de la formation continue, de la qualité et de la gestion des risques, du Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail, les correspondants des vigilances, les responsables des écoles professionnelles relevant de l'établissement. Des représentants des ARH, DDASS, DRASS, C.CLIN pourront être invités à ce titre aux réunions du CLIN.

Les usagers sont consultés par le CLIN sur les actions menées dans l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales. L'article R. 711-1-6 précise que cette consultation s'effectue par l'intermédiaire de représentants des usagers, qui assistent à la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport annuel d'activité est présenté et le programme d'action discuté.

Le CLIN se réunit en séance plénière au moins 3 fois par an. Le représentant légal de l'établissement met à disposition du comité les moyens nécessaires à son fonctionnement et notamment un temps de secrétariat.

## ***II - 2. L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales [Article R. 711-1-9 du code de la santé publique]***

- Missions :

Les actions de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Cette équipe est chargée de mettre en œuvre et d'évaluer le programme de lutte contre les infections nosocomiales adopté par l'établissement. Cette équipe a un rôle d'expert dans la gestion du risque infectieux. Elle intervient dans le choix des méthodologies relatives aux différentes actions à entreprendre. Elle participe, en coopération avec les services concernés, à l'élaboration des recommandations techniques de bonnes pratiques, assure leur diffusion et mise en place et collabore à l'évaluation de leur application. Elle organise le recueil et le traitement des données de la surveillance, coordonne et participe à la formation des professionnels dans le domaine de la gestion du risque infectieux. En outre, elle réalise les investigations et interventions lors de la survenue d'évènements inhabituels ou sévères et participe à la mise en place des mesures réglementaires en matière d'hygiène.

- Composition :

L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales associe, au minimum, un médecin ou un pharmacien ainsi qu'un personnel infirmier. Cette équipe peut être complétée par d'autres professionnels (techniciens bio-hygiénistes, techniciens d'études cliniques.) et doit pouvoir s'appuyer sur un secrétariat éventuellement commun avec celui du CLIN.

Chaque établissement de santé se dote de ressources humaines spécifiquement dédiées à la gestion du risque infectieux. L'objectif serait d'atteindre, d'ici trois ans, un ratio d'un personnel infirmier équivalent temps plein pour 400 lits et d'un personnel médical ou pharmaceutique équivalent temps plein pour 800 lits. Dans les établissements de petite taille, la mutualisation des ressources humaines, y compris pour le secrétariat, par la création d'équipes inter-établissement est à privilégier.

Les membres de cette équipe posséderont l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Le personnel infirmier, outre les connaissances dans les domaines de l'épidémiologie, l'hygiène hospitalière et la gestion du risque infectieux, possédera des compétences en matière d'encadrement, pédagogie et méthodologie (qualité, gestion des risques, évaluation). Dans l'objectif de favoriser la reconnaissance de sa fonction transversale au sein de l'établissement, et selon les ressources et le contexte local, il est souhaitable que cet agent occupe une position hiérarchique légitimant ses actions. De plus, dans les établissements publics, cet agent doit être associé aux travaux de la commission du service de soins infirmiers au titre de personne qualifiée conformément à l'article R. 714-26-8.

Le personnel médical et pharmaceutique aura, au cours de son cursus ou de formations post-universitaires, acquis des connaissances en hygiène hospitalière, épidémiologie, microbiologie, maladies infectieuses et démarche qualité.

- Organisation :

Dans les établissements de santé autres que les hôpitaux locaux, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales doit être organisée dans les conditions prévues aux articles L. 6146-1 à L. 6146-8 du code de la santé publique relatifs à l'organisation des soins et fonctionnement médical.

En fonction des besoins de l'établissement de santé, les personnels de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention peuvent assurer des fonctions dans d'autres secteurs



d'activité de l'établissement. Leurs activités au titre de cette équipe doivent être clairement définies.

### **II – 3. Les correspondants en hygiène hospitalière**

Afin de relayer la mise en œuvre du programme d'action, il est particulièrement utile que soient désignés parmi les personnels de chaque service ou, dans les établissements privés, de chaque secteur d'activité, un correspondant médical et un correspondant paramédical. Ces correspondants facilitent la mise en œuvre des actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales, à travers leur participation à :

- la prévention des infections nosocomiales (aide à l'élaboration et à la mise en place de recommandations techniques de bonnes pratiques d'hygiène...),
- la diffusion des informations (présentation des nouvelles recommandations, dispositifs médicaux, produits et matériels, information aux nouveaux arrivants, organisation d'un dossier d'hygiène ...) et à l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière de prévention des infections nosocomiales (difficultés d'application des nouvelles procédures...),
- la surveillance (aide au recueil des données, participation au retour d'information...) et au signalement d'évènements inhabituels ou sévères,
- l'évaluation des pratiques et des moyens (faisabilité des recommandations préconisées, essai de nouveaux dispositifs médicaux, produits, matériel et techniques, ...).

Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales déterminent le profil des correspondants, la durée de leur mandat, le champ et l'organisation de leurs activités, le contenu de leur formation à inscrire au plan de formation de l'établissement. Au sein de chaque service ou secteur d'activité, le correspondant médical est désigné par le responsable médical du service et, dans les établissements privés, par le directeur ou représentant légal de l'établissement. La liste de ces correspondants est transmise à la commission ou conférence médicale d'établissement. Le correspondant paramédical est désigné par le responsable de l'encadrement paramédical du service ou du secteur d'activité, en concertation avec le directeur du service de soins infirmiers ou, dans les établissements privés, le responsable du service de soins infirmiers.

### **II – 4. La lutte contre les infections nosocomiales et les actions de coopération hospitalière.**

En vertu des dispositions de l'article L 6134-1, les actions de coopération auxquelles participent les établissements publics de santé peuvent être organisées par voie de convention simple ou dans le cadre de structures dotées de la personnalité morale (syndicat inter-hospitalier, groupement de coopération sanitaire, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique).

- L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention

L'article R. 711-1-9 prévoit que les établissements de santé peuvent se doter d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention par la voie d'une action de coopération hospitalière. En vertu de ces dispositions, les personnels d'un établissement de santé peuvent intervenir dans un autre établissement pour y assurer les missions dévolues à cette équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention. L'organisation d'une telle coopération ne justifie pas la création de structure de coopération mais peut être utilement mise en œuvre par voie de convention simple.

Cette équipe mobile, qui pourra être située dans l'établissement le plus important, intervient au niveau de chacun des établissements dans les conditions définies par la convention. Afin de faciliter l'activité de cette équipe, il est nécessaire de :

- limiter le nombre d'établissements partageant cette équipe,
- déterminer un éloignement géographique raisonnable entre les établissements,
- définir les modalités de travail de cette équipe, en collaboration avec le directeur d'établissement, le directeur des services de soins infirmiers, le président de la commission ou conférence médicale d'établissement et du CLIN de chacun des établissements,
- définir un temps minimal de présence de cette équipe dans chacun des établissements,

- disposer, au minimum, dans chacun des établissements, d'un correspondant médical et paramédical au niveau de chaque service ou secteur d'activité, réunis régulièrement avec l'équipe inter-établissement d'hygiène hospitalière de prévention des infections nosocomiales.

- La lutte contre les infections nosocomiales dans les structures de coopération hospitalière  
L'obligation d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales prévue à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ne vise que les établissements de santé et ne concerne pas directement les structures de coopération hospitalière. Toutefois, il va de soi que les établissements de santé qui assurent certaines de leurs missions de soins dans le cadre d'une structure de coopération (syndicat inter-hospitalier ou groupement de coopération sanitaire) restent soumis, pour lesdites activités, aux dispositions législatives et réglementaires relatives à la lutte contre les infections nosocomiales. Chacun de ces établissements doit, notamment, constituer un CLIN, élaborer un programme d'action. En outre, il incombe aux établissements de santé ainsi associés d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales pour l'ensemble des activités de soins assurées au sein d'une structure de coopération. Une politique cohérente et coordonnée en matière de gestion du risque infectieux doit être instaurée dans les domaines des soins ou médico-techniques intéressés par cette coopération (ex : bloc opératoire, plateau technique ...) et nécessite l'organisation de réunions communes des CLIN des établissements coopérants.

Le cadre général d'élaboration du programme d'action en concertation avec les différents CLIN des établissements membres ainsi que les modalités d'intervention d'une équipe inter-établissement d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales, prévues à l'article R. 711-1-9, pourraient être utilement définis dans les actes constitutifs des structures de coopération (délibérations concordantes, dans les cas des syndicats interhospitaliers, ou conventions constitutives dans les cas de groupements de coopération sanitaire).

En revanche, dès lors qu'un syndicat interhospitalier est autorisé à exercer les missions d'un établissement de santé en vertu de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique modifié par l'article 49 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, ce syndicat doit être considéré, bien qu'il ne soit pas un établissement de santé, comme directement assujéti aux obligations prévues à l'article L. 6111-1. Un tel syndicat doit donc, pour les missions de soins qu'il assure lui même, constituer un CLIN, élaborer un programme d'action, se doter d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales.

\*\*\*\*

L'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales mises en oeuvre dans les établissements de santé sera réalisée, au niveau régional et national, par le recueil d'indicateurs portant sur les activités et les moyens mis en place : bilans standardisés d'activité de lutte contre les infections nosocomiales, plans de contrôle de sécurité sanitaire menés par les services déconcentrés. En outre, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements de santé et les agences régionales d'hospitalisation ainsi que le suivi de la procédure d'accréditation, fourniront des données sur l'organisation développée dans les établissements de santé.

Vous voudrez bien diffuser la présente circulaire à l'ensemble des établissements de santé de votre département et nous informer des éventuelles difficultés rencontrées à l'occasion de son application.

Pour la ministre et la secrétaire d'Etat  
Et par délégation :  
Le directeur de l'hospitalisation et  
De l'organisation des soins  
Edouard COUTY

Pour la ministre et par délégation  
Le directeur général de la santé  
  
Lucien ABENHAIM

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] - Comité technique national des infections nosocomiales : " Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales. Mai-Juin 1996 ". Rapport juin 1997. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale. Paris 1997.
- [2] – Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : " Manuel d'accréditation des établissements de santé ". Février 1999.
- [3] – Comité technique national des infections nosocomiales : " 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales ". Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale. Paris 1999.
- [4] – Conseil supérieur d'hygiène publique de France, Comité technique national des infections nosocomiales : " Désinfection des dispositifs médicaux ". Guide de bonnes pratiques. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale. Paris 1998.
- [5] – Comité technique national des infections nosocomiales : " Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques ". Recommandations pour les établissements de santé. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale. Paris 1999.
- [6] – Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). " Le bon usage des antibiotiques à l'hôpital. " Août 1996.