



INFORMATION

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

INTRODUCTION

Les infections nosocomiales ou infections acquises à l'hôpital, sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité très importantes dans les établissements de santé. Selon les différentes études menées en France, 5 à 10 % des malades hospitalisés acquièrent une infection nosocomiale. Chaque année, 600 000 à 1 100 000 patients admis en court séjour développeront donc une de ces infections du fait de leur séjour à l'hôpital. Les établissements de moyen ou long séjour sont aussi concernés par ces infections. Enfin, celles-ci seraient à l'origine d'environ 10 000 décès par an.

À cette réalité inacceptable pour les patients, s'ajoute un coût financier pour la collectivité; 2 à 5 % des journées d'hospitalisation en court séjour seraient liés à l'existence de ces infections, et plus d'un tiers du budget des antibiotiques est dépensé pour leur traitement.

Selon les travaux réalisés dans différents pays européens la fréquence des résistances aux antibiotiques est particulièrement élevée en France. La fréquence moyenne de la résistance à la méthicilline des staphylocoques dorés est supérieure à 34 % alors qu'elle n'est que de 1 % dans les pays nordiques.

Si le risque d'infection nosocomiale a toujours existé, il s'est accru avec l'évolution des pratiques de soins et du recrutement des patients hospitalisés. Jusqu'aux années cinquante, les infections hospitalières étaient essentiellement liées à l'acquisition par les patients de germes apportés par l'environnement ou les autres patients. Le développement de pratiques de soins plus efficaces mais plus invasives s'est accompagné d'un risque de contamination « endogène », les patients développant des infections à partir de leurs propres germes à l'occasion de leur séjour à l'hôpital. Par ailleurs, le recrutement des patients hospitalisés se modifie également avec la prise en charge de patients de plus en plus vulnérables à l'infection. Or, ces infections ne sont pas une fatalité car elles sont en partie évitables. Leur fréquence peut être diminuée sensiblement et, en particulier, la fréquence des infections qui se développent sur un mode épidémique.

Une réduction de la fréquence des infections nosocomiales doit devenir un objectif institutionnel pour l'ensemble des établissements de santé dans un but d'amélioration de la qualité des soins. Une réduction de l'ordre de 30 % de la fréquence des infections nosocomiales dans l'ensemble des hôpitaux en 5 ans doit ainsi être visée. Ceci implique un investissement humain et financier, mais elle peut inversement permettre de dégager des ressources financières, notamment sur le plan de la consommation des antibiotiques. Ceci implique une prise de conscience de l'ensemble des professionnels hospitaliers et la mise en place d'un véritable plan de lutte propre à chaque établissement hospitalier. Un tel objectif fait partie d'un processus initié en 1988 par la création des comités de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.).

La mobilisation des professionnels hospitaliers est un préalable indispensable à la mise en place d'un tel plan de lutte. **Cette action ne peut être menée sans le soutien actif de toute la communauté hospitalière.** Par ailleurs le C.L.I.N. doit pouvoir s'appuyer sur une unité opérationnelle en hygiène hospitalière afin de pouvoir exercer une action continue dans l'établissement hospitalier.

La prévention repose sur une vigilance quotidienne dans l'organisation des soins et le respect des bonnes pratiques d'hygiène. Le respect des bonnes pratiques doit être facilité par l'élaboration et la diffusion de recommandations ou de protocoles écrits portant sur les situations les plus fréquentes. Le respect des recommandations doit être évalué régulièrement. Des formations pratiques d'hygiène doivent être mises en place, en particulier pour les médecins et les infirmières, et ceci dès leurs premiers stages à l'hôpital.

La surveillance épidémiologique des infections nosocomiales est un complément indispensable aux efforts de prévention entrepris. Elle doit permettre de fixer des objectifs chiffrés et d'apprécier l'impact des mesures prises sur la fréquence des infections. Elle doit être conçue comme un moyen de contrôler et d'adapter les mesures de lutte et non comme une fin en soi.

L'action du ministère de la santé en matière d'infection nosocomiale s'est traduite jusqu'alors par :

- le décret n° 88-657 du 6 mai 1988 relatif à l'institution des comités de lutte contre les infections nosocomiales qui fixait les grandes règles de leur mise en place, de leur rôle et de leur fonctionnement, et dont la circulaire n° 263 du 13 octobre 1988 précisait les modalités d'application;
- la création de structures de coordination nationale et interrégionales par arrêté du 3 août 1992 : un Comité technique national des infections nosocomiales (C.T.I.N.), et 5 centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.C.L.I.N.);
- une incitation à la création de postes en hygiène hospitalière en 1992 et 1993.

À la suite des forums des présidents de C.L.I.N. organisés en 1990 et 1991 et des réflexions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, il est apparu nécessaire de faire évoluer le dispositif mis en place par le décret et la circulaire de 1988. La présente circulaire s'inscrit dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les infections nosocomiales présenté le 3 novembre 1994.

Objectifs des actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales

La prévention des infections nosocomiales s'inscrit dans une démarche globale de qualité des soins. La loi du 31 juillet 1991 fait obligation aux établissements de santé publics ou privés participant au service public, de développer des politiques d'évaluation de la qualité des soins.

L'établissement devra se fixer des objectifs à atteindre en termes d'actions (prévention, formation, surveillance) et en terme de résultats. Des objectifs chiffrés de diminution des infections nosocomiales seront fixés au sein de l'établissement et par service, en particulier pour les services à taux élevés d'infections.

Les actions seront menées en cohérence avec le projet d'établissement établi en concertation avec les instances qui concourent à sa réalisation et à son suivi (ce projet ayant été étudié par le C.L.I.N. en ce qui concerne le risque infectieux). Chaque année, le président du comité de lutte contre les infections nosocomiales préparera un document sur le bilan annuel des activités du comité ainsi que les projets d'actions pour l'année suivante. Ce document sera soumis à la commission médicale d'établissement pour avis, et au conseil d'administration pour information.

Modalités d'organisation de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements

La loi du 31 juillet 1991 renforce le rôle des C.L.I.N. : structure de dialogue et de propositions, lieu d'élaboration d'une politique concertée d'hygiène et de qualité.

Comité de lutte contre les infections nosocomiales

Missions

Dans le cadre des orientations définies aux niveaux national et interrégional, le C.L.I.N. est responsable de l'organisation, de la prévention et de la surveillance des infections nosocomiales dans l'établissement. Ces éléments sont indispensables à la recherche de qualité dans l'établissement. Le C.L.I.N. doit être soutenu par l'ensemble des professionnels hospitaliers pour la réalisation de sa mission.

En matière de prévention, les actions du C.L.I.N. concerneront en particulier :

- l'hygiène de base (lavage des mains, tenue vestimentaire, équipement sanitaire...);
- la sécurité des actes à haut risque d'infection (sondage urinaire, cathétérisme sanguin, intervention chirurgicale, ventilation assistée, endoscopie...);
- la sécurité des zones à haut risque d'infection (blocs opératoires, unités de réanimation, salles d'examen complémentaires invasifs...);
- la sécurité des produits à haut risque d'infection (produits injectables, produits d'alimentation parentérale, eau et alimentation...);
- les risques liés aux nouvelles techniques médico-chirurgicales;
- les techniques de désinfection et de stérilisation du matériel de soins;
- l'aménagement des locaux et les travaux, pour ce qui est de leurs conséquences en termes de risque infectieux.

Le C.L.I.N. veillera à ce que soient élaborés et diffusés des protocoles concernant les bonnes pratiques d'hygiène lors des soins. Le C.L.I.N. sera consulté pour tout projet d'aménagement des locaux, d'organisation des circuits, d'acquisition d'équipement ou de matériel, et lors du choix de produits désinfectants ou de nettoyage, dans le cas où ces projets et ces choix peuvent avoir des conséquences en termes d'hygiène. Dans la mesure où elles peuvent interférer avec le respect des règles d'hygiène, les modalités d'organisation du travail du personnel hospitalier doivent aussi faire l'objet d'une concertation avec le C.L.I.N.

En matière de surveillance, le C.L.I.N. veillera à ce que soit mis en place un recueil d'indicateurs pertinents permettant de juger de l'évolution de la fréquence des infections nosocomiales dans l'établissement, et donc de l'efficacité des actions entreprises. Il s'appuiera sur les recommandations élaborées par le Comité technique national des infections nosocomiales (C.T.I.N.) pour la mise en place de ces indicateurs (méthodes de recueil et d'analyses). La surveillance dans les établissements reposera notamment sur :

- une surveillance générale pour l'ensemble des services de l'établissement comportant au minimum l'organisation d'enquêtes de prévalence « un jour donné » et la surveillance des bactéries multirésistantes, complétées par des indicateurs choisis pour leur pertinence, en fonction du recrutement et de l'activité des services;
- une stratégie spécifique de surveillance dans les services présentant un risque élevé d'infections nosocomiales : incidence des infections nosocomiales en continu sur une période d'au moins 3 mois par an pour les services de réanimation, et incidence en continu sur une période d'au moins 3 mois par an, des infections des sites opératoires dans les services de chirurgie.

Les résultats de la surveillance seront diffusés auprès des services qui ont participé à cette surveillance selon les modalités qui auront été discutées en concertation avec ces services. Le croisement de données existantes dans l'hôpital (examens de laboratoire, prescriptions d'antibiotiques, résumés de sortie standardisés...) sera envisagé afin d'optimiser le travail de recueil. La coordination des activités de surveillance sera assurée par le C.L.I.N. avec le personnel d'hygiène hospitalière. Les établissements seront encouragés à participer à des réseaux de surveillance coordonnés par les C.C.L.I.N. de leur interrégion.

De plus, le C.L.I.N. a un rôle primordial en matière de formation initiale et continue des personnels à l'hygiène hospitalière et à la prévention des infections nosocomiales : élaboration de la politique de formation du personnel, contribution à la préparation des plans de formation. Les modalités d'une formation pratique des étudiants des professions médicales et paramédicales avant les premiers stages hospitaliers seront examinées par le C.L.I.N., en particulier dans le cadre du stage infirmier prévu par l'arrêté du 18 mars 1992. Il sera systématiquement consulté lorsque l'hôpital fait appel à des structures extérieures à l'établissement pour la formation du personnel en hygiène hospitalière.

Plus généralement, le C.L.I.N. peut se voir confier toute mission concernant les infections nosocomiales par la commission médicale d'établissement ou la direction de l'établissement.

Composition

L'ensemble des catégories professionnelles hospitalières concernées devra être représenté dans le C.L.I.N., et participer à ses travaux. En plus de la composition initialement prévue par les textes susnommés, il est recommandé de faire appel à des membres invités permanents ou occasionnels. En particulier, doivent être mieux représentés au sein du CLIN :

- l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, ou le personnel d'hygiène hospitalière;
- les personnes intéressées et motivées et principalement les infirmières (dont le directeur ou la directrice des soins infirmiers), un médecin spécialiste des maladies infectieuses, un ingénieur biomédical, le médecin du travail...;
- les représentants des services administratifs, chaque fois que cela sera nécessaire (au minimum une fois par an) : services économiques, services techniques, service de la formation continue du personnel...;
- les responsables des écoles professionnelles relevant de l'établissement, chaque fois que cela sera nécessaire.

Équipe opérationnelle de lutte contre les infections nosocomiales

Constitution et composition

Pour la réalisation de ses missions, le C.L.I.N. est assisté d'une équipe constituée de personnels médical et paramédical spécialisés en hygiène hospitalière. Selon la taille de l'établissement cette équipe peut être :

- un service ou un département d'hygiène hospitalière;
- une unité fonctionnelle rattachée à un service d'hygiène hospitalière ou à un autre service médical ou à un laboratoire de l'établissement;
- une équipe interétablissement;
- dans les établissements de petite taille (moins de 400 lits), il peut s'agir de personnel mis à disposition du C.L.I.N.

Le nombre de personnes constituant l'équipe opérationnelle dépend de la taille et de la nature de l'établissement. Tous les établissements de court, moyen ou long séjour de 400 lits ou plus devraient disposer d'au moins une infirmière hygiéniste à temps plein dans l'hôpital, et tous les établissements de plus de 800 lits devraient disposer d'au moins un praticien hospitalier à temps plein. Pour les établissements de plus petite taille, la création d'équipes interétablissements en particulier départementales sera encouragée, notamment lorsqu'il existe déjà une collaboration entre les établissements concernés. Par ailleurs la création d'une structure « qualité des soins » peut permettre de créer une synergie entre l'activité de prévention des infections nosocomiales et l'évaluation des soins.

Le personnel de l'équipe opérationnelle est particulièrement chargé de la mise en œuvre des actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales, sous le contrôle des membres du C.L.I.N., et en collaboration avec la direction des soins infirmiers. Il devra être formé en hygiène hospitalière, que ce soit lors de sa formation initiale ou au cours d'une formation continue, afin d'assumer les tâches décrites ci-dessous.

Missions.

Les membres de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière assurent les fonctions suivantes dans le cadre des orientations définies par le C.L.I.N. :

- la mise en œuvre de la politique de prévention des risques infectieux, les techniques d'isolement, les contrôles d'environnement et l'hygiène générale de l'établissement;
 - l'élaboration, en collaboration avec les services concernés, de protocoles de soins et l'évaluation de leur application;
 - l'investigation d'épidémies;
 - la surveillance des infections nosocomiales et plus particulièrement la validation et l'analyse des informations collectées et leur restitution aux services concernés.
- Les membres de l'équipe opérationnelle seront consultés par le C.L.I.N. pour :
- la construction, l'aménagement et l'équipement des locaux hospitaliers;
 - la conduite d'études économiques et d'évaluation relatives à la qualité des soins dans le domaine des infections hospitalières;
 - l'étude et le choix des matériels et produits utilisés pour les soins et l'entretien;
 - la formation initiale dans les écoles professionnelles relevant de l'établissement;
 - la formation continue du personnel hospitalier.

Référents en hygiène hospitalière

Les actions du C.L.I.N. seraient largement facilitées par l'identification, au sein de chaque service hospitalier prenant en charge des soins ou des actes médico-chirurgicaux, de « référents en hygiène hospitalière ». Ces référents devraient être un médecin et une infirmière motivés, tous deux travaillant dans leur service de façon régulière. Les référents en hygiène hospitalière seront les relais du C.L.I.N. dans les services de l'hôpital et constitueront un réseau de personnels motivés sur lequel le C.L.I.N. pourra s'appuyer pour relayer les actions de prévention et de surveillance.

Liens et collaboration du C.C.L.I.N. et de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière avec les autres instances de l'établissement

L'action du C.C.L.I.N. et de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière ne peut être menée à bien qu'avec le soutien actif de toute la communauté hospitalière. Le directeur de l'établissement et le président de la C.M.E. ont pour mission de relayer ses efforts auprès des autres professionnels de l'hôpital. Par ailleurs certaines structures dans l'hôpital ont par leurs missions un lien naturel avec le C.C.L.I.N.

La direction des soins infirmiers est associée aux travaux du C.C.L.I.N., et les infirmières hygiénistes, membres de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière, travaillent en coordination avec la direction des soins infirmiers.

Le C.C.L.I.N. et l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière devront veiller à la concertation avec le département d'information médicale pour aider au suivi des infections nosocomiales.

Le laboratoire de microbiologie devra être associé aux travaux du C.C.L.I.N. et de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière, notamment pour la surveillance de la fréquence des infections nosocomiales et pour l'aide à la détection des épisodes épidémiques.

Le service de médecine du travail participera aux actions du C.C.L.I.N. (relais des actions de prévention pour la sécurité du personnel hospitalier, enquêtes en cas de contamination...).

Le comité du médicament et le C.C.L.I.N. travailleront de façon concertée à la mise en place d'actions spécifiques concernant la prescription d'antibiotiques, et éventuellement à la création d'une commission des antibiotiques.

D'une manière générale, le C.C.L.I.N. et l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière établiront des liens avec toutes les instances qui participent à la mise en œuvre de la politique d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

Rôle des structures extra-hospitalières en lien avec le C.C.L.I.N.

Au niveau national

Le C.T.I.N. propose les orientations prioritaires de la lutte contre les infections nosocomiales et élabore des outils méthodologiques destinés aux personnels hospitaliers et en particulier aux C.C.L.I.N.. Il examine chaque année les bilans présentés par les D.R.A.S.S. et les C.C.L.I.N.. Il rédige un rapport annuel d'activité, destiné au ministre chargé de la santé, disponible sur demande.

Une cellule « Infections nosocomiales » commune à la direction des hôpitaux et à la direction générale de la Santé, est chargée de coordonner l'ensemble de ce dispositif, de suivre au plan national, avec l'aide du Réseau national de Santé publique et des C.C.L.I.N., l'évolution de la fréquence des infections nosocomiales, et d'élaborer avec l'aide du C.T.I.N. et des C.C.L.I.N., les recommandations et textes relatifs à la prévention des infections nosocomiales.

Au niveau interrégional

Les C.C.L.I.N. ont une mission de soutien et d'orientation de l'action des établissements. Notamment, ils peuvent apporter une aide en cas d'épi-

sodes épidémiques, répondre aux besoins de documentation et de formation. Ils organisent des actions de coopération interhospitalières en matière de surveillance épidémiologique (réseaux) et de prévention des infections nosocomiales. Ils apportent leur soutien pour la valorisation des données de surveillance des infections nosocomiales de l'inter-région. Ils travaillent avec les D.R.A.S.S. de leur inter-région auxquelles ils transmettent leur rapport d'activité annuel.

Aux niveaux départemental et régional

Les services déconcentrés de l'état, aux niveaux départemental (D.D.A.S.S.) et régional (D.R.A.S.S.), peuvent participer à l'élaboration des projets en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Ils travaillent en collaboration avec les C.C.L.I.N. dans lesquels ils sont représentés. Les activités de prévention des infections nosocomiales doivent s'inscrire dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire et faire l'objet d'un partenariat entre les services déconcentrés de l'État et les établissements hospitaliers. Chaque année, chaque C.C.L.I.N. rédigera un rapport d'activité détaillant les actions menées, et complètera un tableau synthétique selon le modèle transmis par la D.D.A.S.S.; ces 2 documents seront transmis à la D.D.A.S.S., une copie étant adressée au centre de coordination interrégional. Le médecin inspecteur départemental de santé publique analysera ces documents avant de transmettre les tableaux d'activités des C.C.L.I.N. à la D.R.A.S.S. et à la cellule infection nosocomiale du ministère. La D.R.A.S.S. réalisera une synthèse régionale des actions de prévention des établissements (1).

Évaluation des actions de lutte contre les infections nosocomiales au niveau national

L'efficacité des mesures de prévention mises en place seront évaluées au moyen d'indicateurs d'activité et de qualité; l'objectif de ces mesures étant de diminuer de 30 % la fréquence des infections nosocomiales d'ici 5 ans.

L'activité des C.C.L.I.N., des C.C.L.I.N. et du C.T.I.N. feront l'objet d'une synthèse chaque année par la cellule « Infections nosocomiales » du ministère de la santé. Cette synthèse sera diffusée sous la forme de publication.

Pour cela, les indicateurs de fréquence des infections nosocomiales seront recueillis, d'une part lors d'enquêtes de prévalence nationale réalisées tous les 2 ans sur un échantillon représentatif d'établissements hospitaliers, et d'autre part par la mise en place de réseaux de surveillance inter-établissements réalisant un recueil de l'incidence sur des thèmes donnés (réanimation, résistance des bactéries aux antibiotiques et infection de site opératoire...). Ces enquêtes seront coordonnées par les C.C.L.I.N. dans chaque interrégion en recherchant une représentativité. Une synthèse des données de surveillance recueillies dans le cadre de ces réseaux sera effectuée en collaboration par le comité technique national des infections nosocomiales et la cellule « Infections nosocomiales ». Les méthodes de recueil de données et leur analyse feront l'objet de recommandations du Comité technique national des infections nosocomiales, afin d'améliorer l'homogénéité des données recueillies.

Le Directeur des Hôpitaux

Le Directeur général de la santé

(1) Le C.C.L.I.N. peut réaliser cette synthèse pour les D.R.A.S.S. de son inter-région selon les modalités d'organisation choisies entre la D.R.A.S.S. et le C.C.L.I.N.