



INFORMATION

ARRÊTÉ DU 3 AOÛT 1992

relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

24 SEPT 1992

TITRE PREMIER

DU COMITÉ TECHNIQUE NATIONAL DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Article premier. — Il est créé un comité technique national des infections nosocomiales placé auprès du directeur général de la santé et du directeur des hôpitaux.

Article 2. — Le comité est chargé de :

- 1° Proposer la définition du programme national de lutte contre les infections nosocomiales dans toutes ses composantes ;
- 2° Promouvoir avec le réseau national de santé publique un système national de surveillance des infections nosocomiales reposant sur des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et un réseau d'établissements ou d'organismes publics ou privés de prévention ou de soins ;
- 3° Formuler et mettre à jour des recommandations techniques en vue de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales à l'usage des personnels des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins et des comités de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.) ;
- 4° Assurer la coordination des activités ainsi que l'évaluation des actions menées par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- 5° Fournir un rapport national annuel élaboré à partir des bilans établis par les services déconcentrés du ministère chargé de la santé mentionnés à l'article 6 du décret du 6 mai 1988 susvisé.

Le comité peut également faire toute proposition relative à la formation des personnels, au développement des recherches dans le domaine des infections nosocomiales et au financement du programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

Article 3. — Le comité est composé comme suit :

- 1° Des membres de droit :
 - a. Le directeur général de la santé, ou son représentant ;
 - b. Le directeur des hôpitaux, ou son représentant ;
 - c. Le directeur central du service de santé des armées, ou son représentant ;
 - d. Le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ou son représentant ;
 - e. Un médecin inspecteur de santé publique désigné conjointement par le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux ;
 - f. Un directeur d'établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins désigné conjointement par le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux ;
 - g. Le responsable, ou son représentant, de chacun des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.
- 2° Des personnalités qualifiées :
 - a. Sept personnalités scientifiques nommées conjointement par le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux, dont un pharmacien et un(e) infirmier(e), à raison de leurs compétences dans les domaines suivants : santé publique, hygiène hospitalière, clinique, microbiologie, épidémiologie ;

b. Deux représentants du Conseil supérieur d'hygiène publique de France choisis conjointement par le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux parmi les membres nommés pour leur compétence de la section Prophylaxie des maladies.

Article 4. — Le président du comité est nommé par le ministre chargé de la santé.

Les membres sont nommés pour quatre ans. Le mandat des membres du comité est renouvelable. Le renouvellement s'effectue en même temps que celui des membres de la section Prophylaxie des maladies du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Lorsqu'un membre cesse ses fonctions, pour quelque raison que ce soit, il est pourvu à son remplacement pour la durée du mandat restant à accomplir.

Article 5. — Le comité tient au moins une réunion par trimestre et publie un rapport annuel sur ses activités.

Pour l'accomplissement des tâches énumérées à l'article 2 ci-dessus, le comité s'appuie sur les services de la direction générale de la santé et de la direction des hôpitaux, en liaison avec le réseau national de santé publique. La direction générale de la santé, bureau des maladies transmissibles, est chargée du secrétariat du comité.

TITRE II

DES CENTRES DE COORDINATION DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Article 6. — Il est créé des centres de coordination implantés dans un service d'un centre hospitalo-universitaire, ayant vocation à mettre en œuvre le programme national de lutte contre les infections nosocomiales et à répondre à toute demande du ministère chargé de la santé dans le champ de cette lutte.

Article 7. — Chaque centre est chargé de :

- 1° La coordination des actions de lutte contre les infections nosocomiales conduites par les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins ;
- 2° L'organisation du recueil épidémiologique standardisé de données d'incidence et de prévalence des infections nosocomiales à partir d'un réseau local d'établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins ;
- 3° La mise au point de protocoles d'investigations épidémiologiques ;
- 4° La réalisation d'études épidémiologiques multicentriques sur les risques infectieux et leur prévention ;
- 5° L'élaboration et la mise à jour d'un guide de l'hygiène et des pratiques de soins à l'intention des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins ;
- 6° L'assistance technique aux établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins lors de la survenue de cas groupés et pour leurs programmes de formation en matière de lutte contre les infections nosocomiales ;
- 7° La constitution et la mise à jour d'un annuaire des prestataires de services dans le domaine de l'hygiène hospitalière et des sociétés sous-traitantes

tantes pour les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins ;

8° La tenue d'un fichier documentaire et bibliographique ;

9° L'animation d'un réseau de responsables de C.L.I.N. ;

10° L'assistance technique et du conseil aux établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins qui en formulent la demande.

Article 8. — Le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux nomment conjointement les responsables de chaque centre de coordination pour un mandat de quatre ans, renouvelable. Le renouvellement s'effectue dans les conditions fixées au second alinéa de l'article 4 ci-dessus.

Article 9. — Chaque centre de coordination est tenu de fournir au comité technique national des infections nosocomiales un rapport annuel sur son

fonctionnement et ses activités, relatant tout renseignement d'ordre scientifique ou technique utile à la santé publique.

Chaque centre de coordination adopte un règlement intérieur qui fixe son organisation, son fonctionnement ainsi que les modalités de la participation à ses activités, de spécialistes des infections nosocomiales.

Article 10. — Le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 3 août 1992.

Bernard KOUCHNER

LE POINT SUR...

La rédaction du *B.E.H.* signale la parution d'un guide intitulé :

« **100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales.** »

Ce document a été élaboré pour un groupe de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, sous l'égide de la D.G.S et de la D.H. Il est destiné à guider l'action des professionnels hospitaliers impliqués dans la lutte contre les infections nosocomiales, en particulier des membres du comité de lutte contre l'infection nosocomiale. Ce guide contient les grands axes des mesures prioritaires à mettre en place dans tous les établissements hospitaliers.

Il a été diffusé dans tous les établissements hospitaliers publics de court séjour. À la suite de nombreuses demandes d'exemplaires supplémentaires une réédition de ce numéro est prévue. Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au : Centre de documentation D.G.S./D.A.S., Immeuble Berry (p. 402), 124, avenue Sadi-Carnot, 92170 Vanves.

Nous publions ici deux chapitres de ce guide à titre d'exemple :

1. SURVEILLANCE DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

Extraits de « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales »

En complément de celle des infections nosocomiales, la surveillance de la résistance aux antibiotiques est une activité importante. Non seulement elle représente une aide évidente à la décision clinique thérapeutique (curative ou préventive), mais elle apporte des informations très utiles sur le plan épidémiologique et préventif.

35

Il est donc recommandé de mettre en place **une surveillance systématique de la résistance aux antibiotiques**. Cette surveillance permettra :

- De guider les décisions thérapeutiques individuelles ;
- De définir les protocoles d'antibiothérapie de première intention correspondant à des situations cliniques définies ;
- D'aider à l'investigation des infections groupées, en comparant l'antibiotype des germes isolés ;
- De distinguer les souches bactériennes responsables d'infections nosocomiales, de celles qui sont responsables d'infections acquises dans la collectivité ; certaines résistances peuvent être considérées comme de véritables marqueurs de l'infection « nosocomiale » ;
- D'alerter lors de l'apparition de nouveaux caractères de résistance chez des bactéries responsables d'infections nosocomiales ; des mesures appropriées doivent être alors mises en place sur le plan préventif et thérapeutique.

36

Étant donné le nombre très important d'informations à recueillir et à traiter, **l'informatisation des données bactériologiques** est une condition *sine qua non* pour la mise en place d'une surveillance épidémiologique de la résistance des bactéries aux antibiotiques.

37

Certaines informations doivent être recueillies pour chaque résultat :
— date d'hospitalisation du malade et date du prélèvement pour faciliter la différenciation entre infections communautaires et infections nosocomiales ;

- critères permettant de différencier infection, colonisation et souillure : nature du prélèvement, résultats de l'examen microscopique, résultats des cultures quantitatives et autres critères biologiques d'infection ;
- service d'hospitalisation du malade ainsi que son éventuel circuit à l'intérieur de l'hôpital pour aider à surveiller la diffusion des souches résistantes.

38

Les souches bactériennes de même espèce et de même antibiotype et isolées d'une manière répétitive chez un même malade doivent être reconnues et exclues pour ne pas fausser la surveillance épidémiologique. **La reconnaissance et la prise en compte de ces « doublons »** posent des problèmes difficiles à résoudre en pratique : une attention toute particulière sera portée à ce problème dans les projets d'informatisation des données bactériologiques des laboratoires hospitaliers.

39

La technique de mesure de la sensibilité aux antibiotiques doit être standardisée pour permettre les comparaisons inter-laboratoires.

40

On doit systématiquement éprouver la **sensibilité aux antibiotiques des espèces bactériennes non typiquement hospitalières** aux antibiotiques employés dans le traitement de première ligne des infections dont elles sont responsables (voir liste A ci-dessous). Pour des raisons thérapeutiques et épidémiologiques évidentes on doit aussi éprouver leur sensibilité à d'autres antibiotiques pour détecter les antibiotypes traduisant la présence d'un mécanisme défini de résistance (par exemple la sécrétion d'une pénicilline