



INFORMATIONS

CIRCULAIRE N° 263 DU 13 OCTOBRE 1988 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales

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 œuvre 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 microorganismes, 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 anti-microbiens. 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'entraîner, il appartiendra à la direction de les incorporer dans les propositions budgétaires soumises à délibération, dans la limite des dotations budgétaires imparties.

À 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, siège 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 bio-médical 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 coordinateur** 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'environnement 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 le 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. À 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 œuvre 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. À 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 nécessaire 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'adoindre 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 issus 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. À 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 ŒUVRE 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.

À 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 système 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 légionnelloses 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.

Le ministre de la Solidarité,
de la Santé et de la Protection sociale,
porte-parole du Gouvernement,

Claude ÉVIN

SITUATION DE LA GRIPPE EN FRANCE AU RETOUR DU TCHAD

Le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* n° 46 de l'O.M.S. (11 novembre 1988) signalait que le virus grippal A ($H_3 N_2$) a été diagnostiqué par isolement chez 2 sujets et sérologiquement chez un troisième cas en Hollande. La maladie a débuté chez ces sujets à la mi-octobre. Aucune augmentation de l'incidence hebdomadaire des syndromes grippaux n'a été mentionnée aux Pays-Bas.

En France, on soupçonne un début de circulation du virus car d'ores et déjà des sou-

ches ont été isolées et sont en cours d'identification. On ne peut certes pas encore parler de situation épidémique mais il convient d'accélérer la vaccination antigrippale et de protéger les personnes âgées et celles soumises à un risque particulier (insuffisance cardiaque, respiratoire, accidents vasculaires cérébraux...) comme recommandé par le calendrier vaccinal du ministère de la Santé.

Les données concernant la France nous ont été communiquées par le Centre national de

référence pour la grippe - Nord et par le réseau G.R.O.G. (Groupe régional d'observation de la grippe) qui associe en Île-de-France, l'Institut Pasteur de Paris, O.R.S. et des médecins libéraux.

Docteur C. ROURE
Bureau des maladies transmissibles
Direction générale de la Santé

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 31 octobre
au 6 novembre 1988

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1985	Typhoides et paratyphoides	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1985	Typhoides et paratyphoides	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	935 000								LIMOUSIN	19 - Corrèze	242 000							
	68 - Rhin (Haut-)	660 000						5			23 - Creuse	137 000							
	Total	1 596 000						5			87 - Vienne (Haute-)	357 000							
AQUITAINE	24 - Dordogne	380 000	1	1						LORRAINE	Total	736 000							
	33 - Gironde	1 162 000									54 - Meurt.-et-Mos.	713 000	2						1
	40 - Landes	302 000									55 - Meuse	199 000	1						1
	47 - Lot-et-Garonne	302 000								MIDI - PYRÉNÉES	57 - Moselle	1 009 000							
	64 - Pyrénées-Atlan.	565 000				1	1				88 - Vosges	394 000							
AUVERGNE	Total	2 711 000				1	1			MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 314 000	3						2
	03 - Allier	366 000									09 - Ariège	135 000							1
	15 - Cantal	161 000						1			12 - Aveyron	278 000							
	43 - Loire (Haute-)	207 000									31 - Garonne (Hte-)	848 000							
	63 - Puy-de-Dôme	601 000						1			32 - Gers	173 000							
BOURGOGNE	Total	1 335 000						2		MIDI - PYRÉNÉES	46 - Lot	158 000							
	21 - Côte-d'Or	481 000		1				1			65 - Pyrénées (Htes-)	227 000	2						
	58 - Nièvre	237 000									81 - Tarn	340 000							
	71 - Saône-et-Loire	571 000	1	2							82 - Tarn-et-Gar.	194 000							
	89 - Yonne	316 000									Total	2 352 000	2						1
BRETAGNE	Total	1 605 000	1	3				1		NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 509 000	1						1
	22 - Côtes-du-Nord	544 000				1		1			62 - Pas-de-Calais	1 421 000	2						4
	29 - Finistère	839 000									Total	3 931 000	2	1					1
	35 - Ille-et-Vilaine	771 000								NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	603 000							3
	56 - Morbihan	603 000									50 - Manche	472 000							
CENTRE	Total	2 757 000				1		1			61 - Orne	295 000							
	18 - Cher	322 000								NORMANDIE (HAUTE-)	Total	1 370 000							3
	28 - Eure-et-Loir	377 000									27 - Eure	483 000							1
	36 - Indre	239 000									76 - Seine-Maritime	1 205 000							
	37 - Indre-et-Loire	519 000	1	1	1						Total	1 688 000							1
CHAMPAGNE - ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	301 000								PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	1 026 000							13
	45 - Loiret	558 000									49 - Maine-et-Loire	697 000							
	Total	2 317 000	1	1	1						53 - Mayenne	276 000							
	08 - Ardennes	300 000				1		1			72 - Sarthe	511 000							1
	10 - Aube	292 000									85 - Vendée	498 000							
CORSE	51 - Marne	550 000								PICARDIE	Total	3 007 000							14
	52 - Marne (Haute-)	210 000						1			02 - Aisne	535 000	1						2
	Total	1 352 000				1	1	1			60 - Oise	685 000							1
	2 B - Corse (Haute-)	135 000									80 - Somme	549 000							3
	2 A - Corse-du-Sud	113 000									Total	1 770 000	1						1
FRANCHE-COMTÉ	Total	248 000								POITOU - CHARENTES	16 - Charente	342 000							
	25 - Doubs	473 000									17 - Charente-Mar.	519 000							3
	39 - Jura	245 000									79 - Sèvres (Deux-)	344 000							1
	70 - Saône (Haute-)	237 000						1			86 - Vienne	377 000							
	90 - Terr. de Belfort	134 000									Total	1 582 000							4
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 089 000						1		PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	122 000							
	75 - Paris (Ville)	2 134 000									05 - Alpes (Hautes-)	107 000							
	77 - Seine-et-Marne	965 000	1	1	1						06 - Alpes-Marit.	892 000							
	78 - Yvelines	1 259 000		1				6			13 - B.-du-Rhône	1 739 000	1						
	91 - Essonne	1 022 000		1	1			5			83 - Var	748 000							
LANGUEDOC - ROUSSILLON	92 - Hauts-de-Seine	1 366 000									84 - Vaucluse	438 000							3
	93 - Seine-St-Denis	1 331 000	3					18			Total	4 046 000	1						3
	94 - Val-de-Marne	1 184 000		1				6			01 - Ain	440 000							
	95 - Val-d'Oise	967 000		1	1			6			07 - Ardèche	272 000		4					
	Total	10 228 000	4	5	3			41			26 - Drôme	403 000							
FRANCE OUTRE-MER	11 - Aude	285 000								RHÔNE - ALPES	38 - Isère	976 000							2
	30 - Gard	553 000	2	1				3			42 - Loire	739 000							
	34 - Hérault	738 000									69 - Rhône	1 458 000		5					
	48 - Lozère	74 000									73 - Savoie	332 000							
	66 - Pyrénées-Orient.	348 000		1							74 - Savoie (Haute-)	519 000							
FRANCE OUTRE-MER	Total	1 998 000	2	2				8		TOTAL DE LA SEMAINE	Total	5 139 000		9					2
	971 - Guadeloupe	328 400		1				3			10	29	6	2	1	100	4		
	972 - Martinique	329 600									45 premières semaines de 1988	391 2 296	406	185	63	7 832	131		
	973 - Guyane	73 000									45 premières semaines de 1987	487 1 573	547	165	92	8 881	89		
	974 - Réunion	516 000																	

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT
 Rédacteur en chef : Dr Elisabeth BOUVET
 Rédaction : Dr Jean-Baptiste BRUNET, Bruno HUBERT, Anne LAPORTE, Colette ROURE
 Administration : M. André CHAUVIN

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1C : 1, place de Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 47 65 25 54
 N° CPP : 2015 AD

Les demandes d'abonnement doivent être faites par courrier
 La publication d'un article dans le B.E.H. n'empêche pas sa publication ailleurs
 Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source