



PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN RÉANIMATION TRANSMISSION CROISÉE ET NOUVEAU-NÉ EXCLUS

Jacques Duranteau, SRLF, SFAR

Département d'Anesthésie Réanimation, CHU de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc, 94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex.

5^{ÈME} CONFÉRENCE DE CONSENSUS TEXTE COURT

Organisée conjointement par :

- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation – SFAR
- Société de Réanimation de Langue Française – SRLF

Jury de la conférence :

- Président : J. Duranteau (Le Kremlin Bicêtre)
- Membres : R. Amatheu (Bondy), C. Guerin (Lyon), P. Guiot (Mulhouse), C. Guitton (Nantes), C. Ichai (Nice), N. Kermarrec (Paris), C. Lejus (Nantes), F. Lesage (Paris), J. Mantz (Clichy), PF. Perrigault (Montpellier), C. Schwebel (Grenoble), M. Sirodot (Annecy)
- Comité d'Organisation :
Président : E. L'Her (Brest)
SFAR : I. Constant (Paris), JY. Lefrant (Nîmes), S. Pierre (Toulouse), B. Vallet (Lille)
SRLF : T. Blanc (Rouen), L. Donetti (Montfermeil), C. Girault (Rouen), P. Mateu (Brion sur Ource)
- Conseillers scientifiques :
SFAR : B. Veber (Rouen)
SRLF : JF. Timsit (Grenoble)
- Chargés de bibliographie :
SFAR : PN. Descheemaeker (Rennes), A. Geffroy (Paris), E. Kipins (Lille)
SRLF : J. Remy (Grenoble), JM. Tonnelier (Brest).

INTRODUCTION

Cette conférence a pour mission de déterminer les moyens de prévention des infections nosocomiales (IN) en réanimation à l'exclusion du nouveau né. La transmission croisée est également exclue car déjà traitée dans une recom-

mandation d'experts présentée en juin 2008. Le système choisi de cotation des recommandations est le système GRADE (BMJ 2004;328:1490-8). Les niveaux de preuves sont pondérés par la balance bénéfiques/risques. Les recommandations sont intégrées au texte de la façon suivante : « il faut faire, il ne faut pas faire ; il faut probablement faire, il ne faut probablement pas faire ». Les particularités pédiatriques apparaissent en italique.

QUESTION 1 :**DÉFINITION DE L'INFECTION NOSOCOMIALE EN RÉANIMATION**

L'IN se définit comme une infection contractée dans un service de réanimation, alors qu'elle n'était ni présente ni en incubation à l'admission. Un délai d'au moins 48 heures entre l'admission et l'état infectieux est retenu.

Il faut surveiller la survenue des IN dans les unités de réanimation. Le jury recommande l'utilisation des critères diagnostiques des IN édictés par le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins (CTINILS).

Chez l'enfant, les définitions reposent sur les critères du Center for Disease Control (CDC).

QUESTION 2 :**STRATÉGIE ORGANISATIONNELLE ET POLITIQUE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

Il existe un faible niveau de preuve scientifique sur le lien entre architecture et IN. A côté des recommandations réglementaires, le jury propose les recommandations suivantes :

- Il faut probablement regrouper les chambres individuelles en sous unités.
- Il ne faut probablement qu'un seul point d'eau par chambre.
- Il ne faut pas utiliser de filtre antibactérien sur le point d'eau si la qualité de l'eau est maîtrisée.
- Il faut envisager un traitement spécifique de l'air dans les chambres.
- Il faut probablement que tout service de réanimation dispose d'un certain nombre de chambres permettant l'accueil de patients à haut risque aspergillaire ou à risque aéroporté.
- Il faut un lave bassin par sous unité ou unité selon la taille.
- Il faut probablement prendre en compte les conséquences de ces recommandations en termes de sécurité et d'isolement psychologique pour le patient.

QUESTION 3 :**IMPACT DES PROTOCOLES D'ANTIBIOTHÉRAPIE SUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

Il faut prendre en compte l'impact potentiel de la gestion de l'antibiothérapie sur l'incidence des IN et sur la prévention de la résistance des germes.

Il faut pratiquer une désescalade de l'antibiothérapie pour prévenir l'émergence de germes résistants et probablement pour diminuer les IN. Il faut interrompre l'antibiothérapie si l'infection n'est pas confirmée.

Pour les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM), il faut réduire la durée du traitement antibiotique de 15 à 8 jours en dehors des infections liées à des bacilles Gram négatif non fermentant.

Dans un contexte épidémique, il faut probablement mettre en place une politique restrictive d'utilisation des antibiotiques.

Il ne faut pas recommander de stratégie de rotation des antibiotiques.

Il faut mettre en place une stratégie d'utilisation raisonnée (désescalade, durée de l'antibiothérapie, gestion d'une épidémie à Bactéries Multi-Résistantes (BMR)) afin d'optimiser le bon usage des antibiotiques.

QUESTION 4 :

PRÉVENTIONS SPÉCIFIQUES : POUMON - CATHÉTER - URINE - SITE OPÉ- RATOIRE - AUTRES

INFECTIONS PULMONAIRES

Il ne faut probablement pas utiliser une antibioprophylaxie lors de l'intubation.

Il faut probablement utiliser une décontamination naso et oro-pharyngée régulière par une solution antiseptique.

Chez l'adulte, il faut probablement recommander la décontamination digestive sélective (DDS) associée à une antibiothérapie systémique. Cependant, sa mise en œuvre nécessite encore d'en préciser les modalités (choix et posologies des molécules, durées de la DDS et de l'antibiothérapie) et la population cible. Le recours à cette stratégie impose une surveillance renforcée de l'écologie bactérienne du service. Il ne faut probablement pas recommander son utilisation dans les unités à forte prévalence de staphylocoques résistant à la méthicilline ou entérocoques résistant à la vancomycine. L'impact à long terme de cette stratégie sur l'écologie bactérienne nécessite encore d'être évaluée.

Chez l'enfant, il ne faut pas utiliser la DDS.

Chez l'adulte comme chez l'enfant, il ne faut pas prendre en compte le risque de PAVM pour l'indication et le choix de la prévention antiulcéreuse). Il faut utiliser un algorithme de sédation analgésie. Il faut lutter contre les extubations non programmées.

Il faut privilégier l'utilisation de la VNI en respectant ses indications reconnues.

Chez l'adulte, il faut probablement privilégier l'intubation oro-trachéale.

Il faut maintenir la pression des ballonnets de la sonde d'intubation entre 25 et 30 cm H₂O (entre 20 et 25 cm d'H₂O chez l'enfant).

Il ne faut pas utiliser les sondes d'intubation imprégnées d'antiseptiques.

Le jury estime que le rapport bénéfice/risque de l'aspiration sous glottique reste à évaluer.

Il ne faut pas maintenir le patient en décubitus dorsal strict sauf indication particulière (un angle minimal de 30° paraît raisonnable).

Chez le nourrisson, il faut privilégier l'intubation naso-trachéale.

Chez l'enfant, il faut probablement utiliser des sondes à ballonnet.

INFECTIONS LIÉES AUX CATHÉTERS

Chez l'adulte comme chez l'enfant, il ne faut pas systématiquement utiliser les cathéters veineux centraux (CVC) imprégnés d'antiseptiques ou d'antibiotiques. Ils peuvent trouver leur indication dans les unités où l'incidence des ILC reste élevée malgré la mise en place des autres mesures préventives. Il ne faut pas privilégier l'utilisation de CVC monolumière dans le seul but de diminuer la survenue d'ILC.

Il faut utiliser des solutions antiseptiques alcooliques pour l'asepsie de type chirurgical.

Chez l'enfant de moins de 30 mois, il faut utiliser la chlorhexidine alcoolique.

Chez l'adulte, il faut privilégier l'insertion des cathéters centraux en territoire cave supérieur.

Il ne faut probablement pas refaire le pansement plus d'une fois toutes les 72 heures sauf en cas de souillure ou de perte d'étanchéité.

Il est probable qu'il soit inutile de changer les lignes de perfusion à intervalle de moins de 3 ou 4 jours. Par contre il faut changer les tubulures après chaque transfusion sanguine ou tous les jours après perfusion d'émulsion lipidique.

Il n'est pas recommandé d'utiliser une antibioprophylaxie à l'insertion, une pommade antibiotique au point d'insertion, des filtres antibactériens, des boîtiers protecteurs, et de pratiquer un changement systématique du cathéter à intervalle régulier.

Chez l'enfant, il ne faut probablement pas utiliser de prévention antithrombotique systématique.

Il faut privilégier la voie radiale pour les cathéters artériels.

INFECTIONS URINAIRES

Il faut limiter les indications et la durée de cathétérisme vésical.

Il ne faut pas rechercher systématiquement une bactériurie chez les patients asymptomatiques.

Il ne faut pas effectuer de changement de sonde urinaire en cas de bactériurie asymptomatique.

Il faut que la sonde urinaire soit posée par du personnel formé afin d'éviter la contamination lors de l'acte.

Il faut un système de recueil clos des urines sans pour autant utiliser des systèmes de drainage sophistiqués.

Il ne faut pas utiliser de sondes urinaires imprégnées (antiseptiques, antibiotiques, argent).

Il ne faut pas utiliser de système d'irrigation ou d'antimicrobiens dans le système de drainage des urines.

INFECTIONS DIGESTIVES À CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Il faut limiter au maximum l'indication et la durée des antibiotiques.

Il ne faut pas traiter les porteurs asymptomatiques.

Il faut disposer d'une procédure d'alerte et de déclaration des infections à *Clostridium difficile* au sein de chaque établissement ainsi que d'un protocole écrit au sein du service incluant la description des mesures préventives et curatives.

En cas d'infection, il faut nettoyer les surfaces avec des produits chlorés. Il faut combiner lavage des mains au savon doux et application d'une solution hydroalcoolique.

QUESTION 5 :

STRATÉGIE GLOBALE

Chez l'adulte comme chez l'enfant, il faut utiliser une stratégie globale de prévention des IN.

Il faut respecter le ratio réglementaire des effectifs soignants.

Il faut mettre en place des indicateurs de résultats et de pratique.

Il faut mettre en place un programme de formation et d'éducation des équipes soignantes.

Il faut standardiser, formaliser et diffuser à l'ensemble des acteurs, les procédures de soins du service.

Il faut respecter les bonnes pratiques d'hygiène hospitalière.

Il faut diminuer la durée d'exposition au risque par une évaluation quotidienne de l'indication du maintien des dispositifs invasifs.

Il faut recommander une politique de bon usage des antibiotiques.

Il faut intégrer les mesures spécifiques dans la stratégie globale.