

RECOMMANDATIONS

Recommandations des experts de la Société de réanimation de langue française, janvier 2002 Prévention de la transmission croisée en réanimation

Société de réanimation de langue française*

(Reçu le 8 février 2002 ; accepté le 26 février 2002)

PRÉCAUTIONS STANDARD

Sous réserve d'une technique correcte, l'antisepsie des mains par friction avec une solution (ou un gel) hydro-alcoolique est la méthode actuellement à privilégier en matière d'hygiène des mains pour le contrôle de l'infection nosocomiale (A. fort¹). Elle doit être utilisée en réanimation pédiatrique et néonatale, après avoir vérifié que le produit est actif sur le rotavirus (A. fort).

Les solutions (ou gels) hydro-alcooliques doivent être utilisé(e)s sur des mains sèches et non talquées. Les mains doivent être sèches et non collantes après la friction avec une solution (ou un gel) hydro-alcoolique (A. fort).

Un lavage des mains avec un savon doux doit être réalisé à la prise de poste. En l'absence de souillure visible, le lavage des mains ne doit pas précéder la friction avec une solution (ou un gel) hydro-alcoolique (A. fort).

L'antisepsie des mains par friction avec une solution (ou un gel) hydro-alcoolique doit être réalisée systématiquement après tout contact avec un malade, que des gants aient été portés ou non (A. fort). Elle doit être réalisée après l'ablation des gants (A. fort), et systématiquement avant tout contact avec un malade, après tout contact avec son environnement immédiat, et entre les soins pour un même malade, que des gants aient été portés ou non (A. faible).

Une crème réparatrice ou protectrice peut être utilisée entre les activités de soins lors des périodes de repos

ou en fin de poste (A. fort). Elle ne doit pas être utilisée pendant les périodes de soins (A. faible).

Les gants non stériles doivent être portés pour tout contact exposant à des liquides biologiques, la peau lésée et les muqueuses (A. fort). Ils ne doivent pas être poudrés (A. fort). Ils sont retirés entre chaque soin chez un même malade (A. faible). Les gants stériles doivent être utilisés uniquement pour la réalisation de procédures invasives nécessitant une asepsie (A. fort).

Le port de masque et de lunettes (ou de masque à visière) s'impose en cas de soins exposant à des projections ou aérosolisations de liquides biologiques (A. fort). Le port de surchaussures est inutile en réanimation (A. fort), ainsi que l'usage systématique à l'entrée dans la chambre de surblouses ou tabliers, masques et charlottes par le personnel soignant et les intervenants extérieurs (A. fort), ou la tenue de protection (gants, surblouses, tabliers, surchaussures, calots) pour les visiteurs de patients hospitalisés (A. faible).

Les intervenants extérieurs et les visiteurs qui participent aux soins doivent respecter les mêmes indications d'antisepsie des mains et port des gants que le personnel du service de réanimation (A. fort). À l'entrée et à la sortie de la chambre, les visiteurs doivent se frictionner les mains avec une solution (ou un gel) hydro-alcoolique (A. fort).

Les prélèvements microbiologiques de surfaces en réanimation sont inutiles en routine (A. fort). L'environnement proche du malade (équipement médical et mobilier) doit être nettoyé et désinfecté au moins une fois par jour (A. fort). En cas de souillure par des

*Correspondance et tirés à part.
Adresse e-mail : jean-christophe.lucet@bch.ap-hop-paris.fr.

¹Accord fort

liquides biologiques, les surfaces inertes doivent être immédiatement désinfectées (A. fort).

Il n'y a pas de consensus sur l'antiseptie chirurgicale des mains par une solution (ou un gel) hydro-alcoolique.

ARCHITECTURE

Un service de réanimation peut être implanté à proximité d'un bloc opératoire (A. fort). Son organisation en trois zones (zone filtre, zone technique et zone d'hospitalisation) est recommandée (A. faible). En revanche, des accès au service de réanimation séparés pour les patients, les visiteurs et le personnel ne contribuent pas à réduire le risque de transmission de micro-organismes en réanimation (A. fort).

Il est recommandé de disposer d'une chambre individuelle pour chaque patient (A. faible). Les faux plafonds des chambres de réanimation doivent être totalement étanches ou remplacés par des plafonds complets dits « staff » (A. fort). En revanche, les revêtements de sols et de murs dotés de propriétés antibactériennes ne contribuent pas à réduire de façon significative la transmission des micro-organismes en réanimation (A. fort).

Les carrelages ne sont pas des matériaux recommandés en réanimation (chambres, offices de préparation des soins) (A. faible). Les plinthes à congés d'angle (dites aussi à gorge ou en T) sont recommandées dans les zones de soins (chambres, offices...) (A. faible).

Il est recommandé de répartir les lits de réanimation en sous-unités (A. faible). Ces sous-unités doivent être séparées sur le plan géographique afin de pouvoir organiser des fonctionnements indépendants (A. fort).

Il est recommandé d'équiper chaque sous-unité d'au moins un lave-bassins (A. fort). Un lave-bassins à désinfection thermique avec ouverture non manuelle doit être préféré au vidoir classique « à chasse d'eau » (A. fort).

Il est recommandé que les services de réanimation accueillant des patients immunodéprimés disposent de chambres avec sas (A. faible). Celui-ci doit être en dépression par rapport à la chambre et aux structures adjacentes (hall, offices...) (A. faible).

L'air servant à ventiler l'ensemble des chambres de réanimation doit être filtré par des filtres à plus de 95 % en efficacité initiale, renouvelé six à dix fois par heure (A. faible).

Le réseau d'eau desservant le service de réanimation doit constituer des boucles où l'eau circule de façon continue aussi bien pour l'eau chaude que pour l'eau froide (A. faible). Il doit être propre au service de réanimation et pouvoir subir un traitement de désinfection de façon indépendante du reste de l'établissement (A. faible).

Le mobilier de la chambre doit être réalisé dans des matériaux totalement lisses, résistants aux chocs et aux désinfectants et avoir des formes rendant leur nettoyage aisé sur toutes ses faces (A. fort). Il doit être mobile (A. fort).

Les locaux de stockage (médicaments, matériel de soins) sont facilement accessibles (à proximité des sous-unités) et le matériel aisément disponible (modalités de rangement) (A. fort). L'office d'entretien du matériel doit être adapté à la quantité de matériel à entretenir (A. fort). Celui-ci doit comporter un nombre suffisant de bacs pour effectuer toutes les étapes de l'entretien du matériel, en particulier des endoscopes, et être correctement ventilé (A. fort).

Il n'y a pas de consensus sur :

- des accès aux services de réanimation séparés pour le matériel propre et les déchets-linge sale ;
- le nombre de points d'eau dans la chambre ;
- l'équipement de chaque chambre d'un lave-bassins ;
- la mise en surpression des sous-unités par rapport aux zones de circulation ;
- l'utilisation préférentielle d'appareils mobiles ou livrés avec des kits prêts à l'emploi pour l'épuration extrarénale, plutôt que l'hémodialyse utilisant un réseau d'eau.

ORGANISATION DES SOINS

Protocoles, formation

Des protocoles de soins concernant la prévention de la transmission des infections nosocomiales sont écrits et mis à disposition des soignants (A. fort). Ils sont facilement accessibles, réactualisés périodiquement, font l'objet d'une information à toute l'équipe, leur connaissance et application sont évaluées régulièrement (au moins une procédure par an) (A. fort). Ils sont validés par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) (A. fort).

Au moins un médecin et une infirmière du service assurent un rôle de référent pour le contrôle de l'infection nosocomiale. Ils ont en charge l'initialisation, la coordination de la rédaction des protocoles, la formation, le suivi de l'application des procédures (A. fort). Le chef de service (ou le responsable médical de l'unité) et le cadre infirmier sont conjointement responsables de l'application des procédures de prévention de l'infection nosocomiale (A. fort).

La formation initiale du personnel paramédical est assurée en doubleur pendant au moins un mois (A. fort). Celle-ci fait l'objet d'un protocole, associant cours théoriques et pratiques, et est formalisée par un livret de formation avec objectifs (A. fort). Elle porte sur la connaissance du risque infectieux lors des différentes procédures de soins, intégrant à la fois le risque de

transmission croisée de malade à malade et le risque d'acquisition d'une infection à partir de la flore endogène (A. fort). Le personnel médical nouvellement affecté au service (étudiants hospitaliers, internes, DES...) reçoit une formation sur la prévention de l'infection nosocomiale (A. fort).

La formation continue concernant la prévention de l'infection nosocomiale est organisée dans le service, au sein de l'institution en collaboration avec le CLIN, et par une participation programmée à des formations régionales ou nationales (A. fort).

Organisation du travail

L'organisation générale du travail doit être discutée afin d'optimiser le temps consacré aux soins et celui consacré à d'autres tâches (administratives, communication, information, formation...) pour accroître l'efficacité dans la prévention de l'infection nosocomiale (A. fort). L'organisation de l'unité de soins doit permettre à tout moment une désinfection des mains par friction hydro-alcoolique (A. fort).

La tenue de travail est à manches courtes. Elle est changée quotidiennement, et plus souvent si nécessaire (salissures, projections, ...). Elle est utilisée par l'ensemble du personnel médical et paramédical (A. fort).

La préparation des injections et des perfusions peut être réalisée dans la chambre de réanimation si un espace spécifique a été prévu à cet effet, à l'abri des sources de contamination (patient, point d'eau, respirateur). La quantité de matériel entreposé dans la chambre du patient pour assurer les soins courants est évaluée afin de subvenir aux besoins prévisibles pour les 24 heures (A. fort).

Les protocoles précisent l'aspect organisationnel des soins et de la réalisation des gestes techniques (matériel nécessaire pour limiter les déplacements). La chronologie des soins et de la toilette chez un même patient est adaptée aux risques de contamination (soins en zone propre précédant les soins en zone à risque plus élevé) (A. fort).

Un indicateur de charge en soins doit être calculé (A. faible). Sa mesure est utilisée pour ajuster au quotidien la répartition patient-soignant et pour vérifier l'adéquation du nombre de soignants à la charge en soins (A. faible). Le ratio patient-soignant, déterminé pour le service, est maintenu pour une charge de travail constante (A. faible). Il est susceptible d'être adapté pour faire face à une charge de travail exceptionnelle (A. fort). Les remplacements de personnels manquants sont assurés par des personnels formés en réanimation (A. fort).

Matériel, entretien

La maintenance des stocks de petit matériel est organisée et assurée par un personnel selon une procédure spécifique. Le matériel en contact direct avec le malade (stéthoscope, brassard à tension, thermomètre...) est en permanence dans la chambre, dédié à un seul malade pendant tout son séjour (A. fort).

Les dispositifs de stockage des déchets dans la chambre sont aisément manipulables (système d'ouverture au pied) et étanches (A. fort). Le linge sale est mis dans un sac dans la chambre avant son évacuation (A. faible). Le petit matériel réutilisable sale sortant des chambres doit être transporté protégé jusqu'à l'office d'entretien du matériel (A. fort).

Les matériels ayant une fonction commune (échographe, électrocardiographe, « araignée » de pesage...) sont nettoyés et décontaminés selon un protocole. Les chambres de réanimation ne doivent pas subir une désinfection complémentaire périodique et régulière par voie aérienne (A. fort).

Des protocoles de décontamination des dispositifs médicaux sont élaborés, et validés par le CLIN (A. fort).

Les services assurant les transports des patients sont avertis du risque infectieux, lorsqu'il existe. Leurs personnels ont reçu une formation sur la prévention du risque infectieux (A. fort). Le matériel nécessaire au transport subit un processus de désinfection selon un protocole (A. fort). Les services recevant les patients de réanimation pour un examen ou une intervention chirurgicale sont avertis du risque infectieux, s'il existe (A. fort).

Il n'y a pas de consensus sur l'élimination systématique à la sortie d'un patient des médicaments et consommables stockés dans sa chambre, et non utilisés durant son séjour.

INFECTIONS À TRANSMISSION AÉRIENNE (TUBERCULOSE, GRIPPE, INFECTION À MÉNINGOCOQUE)

Infections transmises par gouttelettes

Les procédures destinées à la prévention des infections transmises par gouttelettes doivent être mises en œuvre dès la suspicion du diagnostic d'infection invasive à méningocoque ou de grippe (A. fort) :

- placement en chambre individuelle (A. fort) ;
- signalisation sur la porte de la chambre (A. fort) ;
- port d'un masque chirurgical à moins d'un mètre du malade (A. fort) ;
- limitation des déplacements du malade aux examens indispensables (A. faible).

Ces mesures sont maintenues 24 heures après le début d'un traitement antibiotique efficace pour les patients

avec une infection invasive à méningocoque (A. fort), et jusqu'à disparition des signes cliniques pour les malades atteints de grippe (A. faible).

Le personnel ayant été exposé aux sécrétions pharyngées (intubation trachéale ou aspiration trachéale sans port de masque, réanimation par bouche-à-bouche) d'un malade ayant une infection invasive à méningocoque avant et pendant les 24 premières heures d'un traitement antibiotique efficace doit recevoir une antibioprophylaxie selon les recommandations en vigueur (A. fort). Il ne doit pas en recevoir dans le cas contraire (A. fort).

Il est recommandé que l'ensemble du personnel soit vacciné contre la grippe (A. fort).

Tuberculose

Dans un établissement recevant fréquemment des malades tuberculeux, le diagnostic de tuberculose doit être systématiquement évoqué devant une atteinte pulmonaire d'allure infectieuse (A. fort).

Les procédures destinées à la prévention des infections transmises par voie aérienne doivent être mises en œuvre dès la suspicion du diagnostic de tuberculose bacillifère (A. fort) :

- placement en chambre individuelle, si possible maintenue en pression négative, ou, à défaut, chambre individuelle dont l'air peut être renouvelé par ouverture fréquente de la fenêtre (A. fort). La porte doit être maintenue fermée, même lorsque le malade a quitté temporairement sa chambre (A. fort). En cas de traitement d'air de la chambre, il faut s'assurer de l'absence de recirculation de l'air (A. fort) ;
- la signalisation de l'isolement respiratoire doit être visible sur la porte de la chambre ; l'ensemble du personnel doit être informé de la mise en place d'un isolement respiratoire (A. fort) ;
- le port par les soignants d'un masque conforme aux recommandations en vigueur dans l'établissement est indispensable dès l'entrée dans la chambre (A. fort) ;
- les masques de soins en papier et les masques chirurgicaux antiprojection classiques n'offrent pas aux soignants une protection satisfaisante contre le bacille de la tuberculose (A. fort). Ils doivent avoir une capacité de filtration suffisante (> 95 %) pour les particules de 1 micron et une bonne adhérence au visage (faible fuite au visage) (A. fort) ;
- pour le malade, l'utilisation d'un masque de type chirurgical est indispensable lors de ses déplacements hors de la chambre (A. faible) ; ces déplacements doivent être limités aux examens indispensables (A. fort) ;
- les manœuvres favorisant la formation d'aérosols (aspiration trachéale, fibroscopie bronchique, crachats induits) doivent être limitées (accord faible).

L'utilisation de système d'aspiration clos ou à défaut de système pouvant prévenir l'aérosolisation des sécrétions pulmonaires lors des aspirations trachéales (connecteur de sonde avec valve, type Bodai), et l'utilisation de filtres bactériens imperméables aux mycobactéries sur le circuit expiratoire du ventilateur sont recommandées (A. fort). Le nettoyage et la désinfection des circuits du ventilateur doivent suivre les procédures standardisées actuellement recommandées (A. fort).

Actuellement, aucun élément clinique ou paraclinique ne permet de déterminer la durée optimale des mesures d'isolement d'un patient avec une tuberculose bacillifère (A. faible). Chez un malade n'ayant aucun antécédent de traitement antituberculeux, l'isolement pour tuberculose bacillifère peut être levé après une durée arbitraire de une à deux semaines après le début d'un traitement antibiotique efficace (A. faible).

Pas de consensus sur :

- l'information et la consultation du médecin du travail pour le personnel exposé aux sécrétions pharyngées d'un patient atteint d'infection invasive à méningocoque ;
- l'admission simultanée en réanimation de patients immunodéprimés et de patients présentant une tuberculose bacillifère ;
- l'information du médecin du travail et du médecin responsable de l'unité d'hygiène en cas d'admission d'un patient présentant une tuberculose bacillifère.

PÉDIATRIE

Les visiteurs des enfants hospitalisés dans les services de réanimation néonatale doivent respecter les mêmes précautions d'hygiène que le personnel du service de réanimation néonatale (A. fort).

Virus respiratoire syncytial

Une antiseptie des mains par friction avec une solution (ou un gel) hydro-alcoolique active sur le virus respiratoire syncytial (VRS) doit être effectuée après contact avec un enfant infecté par VRS ou des surfaces potentiellement contaminées par les sécrétions du patient (A. fort).

Il est recommandé de porter une surblouse et un masque à visière avant d'entrer en contact avec un enfant infecté par VRS (A. faible).

Il est recommandé d'isoler géographiquement (A. fort) ou de mettre en place un regroupement par chambre (A. faible), ainsi qu'un regroupement par infirmière des enfants infectés par rotavirus (A. faible).

Il est recommandé de dépister le VRS chez les enfants présentant des signes évocateurs systématiquement (A. faible) ou en période épidémique (A. fort).

Rotavirus

Une antiseptie des mains par friction avec une solution (ou un gel) hydro-alcoolique active sur le rotavirus doit être effectuée après contact avec un enfant infecté par rotavirus ou avec des surfaces potentiellement contaminées (A. fort).

Il est recommandé de porter une surblouse avant d'entrer en contact avec un enfant infecté par rotavirus (A. faible), et de porter des gants non stériles à chaque change ou manipulation de selles d'un enfant infecté par rotavirus (A. fort).

Il est recommandé d'isoler géographiquement (A. fort) ou de mettre en place un regroupement par chambre (A. faible), ainsi qu'un regroupement par infirmière des enfants infectés par rotavirus (A. faible).

Il est recommandé de dépister systématiquement le rotavirus chez les enfants présentant des signes évocateurs (A. faible).

Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation préférentielle d'un savon antiseptique iodé pour les contacts avec un enfant infecté ou des surfaces potentiellement infectées par rotavirus.

BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

Hygiène des mains, port de gants et de tablier

La technique et les indications d'hygiène des mains sont celles préconisées dans les précautions standard (A. fort).

L'utilisation de gants stériles est réservée à la réalisation des procédures invasives nécessitant une asepsie chirurgicale (A. fort).

Le port des gants non stériles est recommandé avant tout contact avec un liquide biologique, la peau lésée et les muqueuses (A. fort).

L'antiseptie des mains par friction avec une solution (ou un gel) hydro-alcoolique s'impose au retrait des gants non stériles (A. fort).

Il n'y a pas de consensus pour les autres indications de ports de gants non stériles.

Le port d'une surblouse ou d'un tablier est recommandé pour tout personnel en contact étendu avec le patient (A. fort).

Le port d'une surblouse ou d'un tablier n'est pas recommandé dès l'entrée dans la chambre du patient (A. faible).

Le matériau recommandé pour la surblouse ou le tablier est le non tissé imperméable (A. fort).

Il n'y a pas de consensus pour les autres indications de surblouse ou de tablier.

Le port de coiffe et de surchaussures est inutile (A. fort). Le port de masque et de lunettes (ou de masque à visière) est inutile en dehors de soins exposant à des projections ou aérosolisations de liquides biologiques (A. fort).

Il n'y a pas de consensus sur les autres indications du port de masque selon la BMR.

Les précautions recommandées aux visiteurs sont identiques à celles recommandées dans le cadre des précautions standard (A. faible).

Déchets, matériel, entretien

L'élimination des déchets et du linge suit le circuit des déchets standard (A. fort).

Le matériel en contact direct avec le malade (stéthoscope, brassard à tension, thermomètre...) est en permanence dans la chambre, dédié à ce seul malade pendant tout son séjour (A. fort).

Le matériel non critique utilisé doit être à usage unique dans la mesure du possible (électrodes d'ECG, ...) (A. fort).

Le matériel non critique réutilisable (« araignée », sonde d'échographie, stéthoscope ...) doit subir un nettoyage et une désinfection de bas niveau après chaque usage (A. fort).

Une désinfection complémentaire de la chambre par voie aérienne (dite terminale) n'est pas recommandée à l'issue du séjour (A. faible).

Il n'y a pas de consensus sur :

- l'élimination à la sortie du patient des médicaments et consommables stockés dans la chambre du patient et non utilisés ;
- l'emplacement du dossier médical, du dossier soignant, des pancartes de surveillances et de soins ;
- les modalités de ménage de la chambre.

Organisation des soins

L'hospitalisation en chambre individuelle est recommandée (A. fort).

En cas d'impossibilité d'hospitalisation en chambre individuelle, les patients infectés ou colonisés par la même BMR doivent être regroupés dans une chambre ou dans un secteur d'une unité (A. faible).

Il n'y a pas de consensus sur :

- l'assignation spécifique d'un personnel soignant pour la prise en charge des patients porteurs d'une même BMR ;
- l'ordre des soins entre patients porteurs et non porteurs de BMR.

Signalisation, transports

Il est recommandé de signaler la présence d'une BMR par une notification spécifique sur le dossier de soins infirmier, sur la fiche de transport et de transfert (A. faible).

Il n'y a pas de consensus :

- sur la signalisation par une affiche placée à l'entrée de la chambre ou du box ;
- pour l'inscription en fin de programme des patients devant avoir une chirurgie ou un examen extérieur (scanner...).

Les procédures préconisées au cours du séjour en réanimation sont appliquées lors des transports ou des transferts (A. fort).

Les mesures recommandées s'appliquent aux intervenants extérieurs (A. fort).

Dépistage, éradication du portage

Il est recommandé de dépister *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) à l'admission en réanimation (A. fort), au moins chez les patients à risque de portage (A. faible). *Il n'y a pas de consensus sur le dépistage des patients en cours de séjour.*

Un prélèvement nasal, associé aux prélèvements des suppurations, est suffisant pour l'identification des patients infectés ou colonisés par SARM (A. faible). Un prélèvement de selles, ou à défaut un écouvillonnage rectal, est suffisant pour le dépistage d'entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE) (A. fort).

En situation d'épidémie de BMR à transmission manuportée autre que celle de SARM (EBLSE, *Acinetobacter baumannii*, Entérocoques résistant à la vancomycine [ERV]), il est recommandé de dépister systématiquement les patients à l'admission (A. faible) et en cours de séjour (A. fort) en réanimation.

Les choix des stratégies de dépistage des BMR doivent être décidés en concertation avec le CLIN (A. fort).

Pour l'éradication du portage nasal de SARM, l'agent antimicrobien à utiliser par application nasale en première intention est la mupirocine (A. fort). Cette décontamination doit être associée à des toilettes avec un savon antiseptique (A. faible). Les antibiotiques utilisables dans les traitements par voie systémique ne doivent pas être utilisés pour l'éradication du portage de SARM (A. fort).

Il n'y a pas de consensus sur les indications d'éradication du portage digestif d'EBLSE ou nasal de SARM.

BMR concernées

SARM (A. fort), EBLSE (A. fort), (ERV) (A. faible).

Il n'y a pas de consensus sur les autres BMR (A. baumannii, P. aeruginosa résistant à la ticarcilline, à la ceftazidime et/ou l'imipénème, entérobactéries hyperproductrices de céphalosporinases, Stenotrophomas maltophilia).

Le choix des BMR justifiant l'application des mesures recommandées doit être décidé en concertation avec le CLIN (A. fort).

PATIENT IMMUNODÉPRIMÉ, BRÛLÉ

Les services de réanimation recevant régulièrement des patients d'hématologie doivent disposer de chambres individuelles disposant de systèmes de traitement d'air à haute efficacité (A. fort), en pression positive, et avec sas (A. faible).

Les services de réanimation recevant régulièrement des patients brûlés doivent disposer des chambres individuelles disposant de systèmes de traitement d'air à haute efficacité, en pression positive (A. fort), et avec sas (A. faible).

Il n'y a pas de consensus sur le traitement d'air, le régime de pression et l'existence d'un sas pour les chambres de réanimation recevant des patients greffés d'organes solides.

L'isolement protecteur d'un patient immunodéprimé comprend le port d'une surblouse et d'un masque (A. faible).

Il n'y a pas de consensus sur les autres éléments de l'isolement protecteur.

Un isolement protecteur doit être mis en place chez les patients récemment transplantés d'organes solides (A. faible). Il n'est pas recommandé de mettre en place un isolement protecteur chez les patients récemment transplantés rénaux (A. faible).

Un isolement protecteur chez les patients d'hématologie doit être mis en place quand les chiffres de polynucléaires neutrophiles est $< 1000/\text{mm}^3$ (A. fort).

L'isolement spécifique des patients brûlés et des patients d'hématologie doit associer une hospitalisation en chambre individuelle, un isolement protecteur « complet », et un traitement d'air (A. fort).

INDICATEURS, SURVEILLANCE

Mesures réglementaires

Mesure une fois par an du niveau de contamination du circuit d'eau chaude par des légionelles, par un prélèvement au point le plus défavorisé.

Mesure une fois par mois du niveau de contamination de l'eau de dialyse aux points d'usage.

Vérification une fois par an du respect des dates limites de stérilisation ou d'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique ou stérilisables.

Indicateurs retenus par les experts

Dans une chambre avec traitement d'air pour la prévention de l'aspergillose, il est recommandé de vérifier une fois l'an le niveau de filtration d'air et de surveiller en continu le niveau de surpression de la chambre (A. fort).

Il est recommandé de disposer d'un tableau de bord des ratio patients/infirmier et patients/aide-soignant (A. fort).

Il est recommandé de mesurer une fois par an le pourcentage de personnels ayant reçu une formation en hygiène (A. fort).

Il est recommandé de vérifier une fois par an l'identification d'un correspondant médical et d'un correspondant infirmier (A. fort).

Il est recommandé d'utiliser la méthode de l'audit clinique pour évaluer la qualité d'une pratique professionnelle (ou l'application d'une procédure technique), et d'exprimer les résultats d'un audit par le taux d'observance de procédures correctes par opportunité et par catégorie professionnelle (A. fort).

Il est recommandé de réaliser une fois par an un audit clinique de l'hygiène des mains (désinfection par lavage

ou par friction) (A. fort), en particulier après l'introduction d'une nouvelle procédure (A. faible). Lorsqu'un audit n'est pas réalisable, il est recommandé de mesurer et de suivre la consommation des produits rapportée au nombre de soignants (solution hydro-alcoolique, gants) (A. faible).

Il est recommandé de réaliser une fois par an un audit clinique de l'observance du port de gants (A. faible).

Il est recommandé de réaliser une fois par an un audit du traitement des dispositifs médicaux réutilisables (A. faible).

Il n'y a pas de consensus sur la réalisation d'audits sur le port de masque, sur le contrôle de la transmission croisée, et sur le bionettoyage.

Dans le cadre de la maîtrise de la transmission croisée, il est recommandé de surveiller le taux de bactériémies nosocomiales primaires en densité d'incidence spécifique (durée de voies veineuses centrales) (A. fort).

Il n'y a pas de consensus sur la surveillance des taux de colonisation bactérienne des cathéters veineux centraux, de pneumopathies, de bactériuries, d'infections du site opératoire (ISO).

Il est recommandé de surveiller les taux d'acquisition des BMR à transmission manuportée (SARM, et/ou EBLSE et/ou ERV) (A. fort).

En réanimation pédiatrique ou néonatale, il est recommandé de surveiller les taux d'infection à VRS et rotavirus (A. faible).