

## I.1. Introduction

Le staphylocoque doré est une bactérie que l'on retrouve normalement sur la peau ou dans le nez d'un tiers de la population sans pour autant être à l'origine d'une infection (portage ou colonisation). Dans certaines circonstances il peut provoquer une infection (infection de la peau, arthrite, pneumonie, septicémie, etc.).

Le staphylocoque doré méticilline résistant (MRSA) est un staphylocoque doré sur lequel certains antibiotiques ont perdu leur efficacité. Le MRSA est en particulier résistant aux antibiotiques du type bêtalactamines (par exemple Clamoxyl®, Floxapen®, Augmentin®, Rocéphine®, etc.). Certaines souches de MRSA sont devenues résistantes à pratiquement tous les antibiotiques. Cet épuisement des ressources thérapeutiques est la raison pour laquelle des mesures de prévention doivent être mises en place pour éviter la dissémination du MRSA. Ces mesures doivent être adaptées au type d'établissement et de patients, car le risque d'infection est variable : élevé ou très élevé dans certains services de soins aigus, bas dans les lieux de vie, négligeable dans le cadre familial, sauf exceptions.

## I.2. Epidémiologie

Les MRSA sont présents partout dans le monde mais à une fréquence très variable. Jusqu'ici, ils affectaient presque exclusivement les patients séjournant dans des milieux de soins, avant tout les établissements de soins aigus. Très récemment, des MRSA "communautaires" sont apparus, mais sont encore rares et ne sont pas concernés par le présent document. Jusqu'en 2001, les établissements de soins du canton de Vaud avaient été pratiquement épargnés grâce notamment aux mesures de prévention mises en place. En 2001, une épidémie s'est propagée, qui a notamment touché le CHUV malgré toutes les mesures mises en place. Les efforts consentis depuis lors ont permis de stabiliser la situation mais pas de retrouver les conditions antérieures.

En ce qui concerne les EMS, deux enquêtes ont été réalisées récemment dans le canton de Vaud, la première incluant 80 résidents et la seconde 382 résidents. Les taux de prévalence ont été de 1.4 et 2.4 % respectivement (prévalence du MRSA dans les structures de soins du réseau ARSOL en 2001, prévalence du MRSA dans 5 EMS de la région lausannoise en 2003). Ces données correspondent à celles d'une étude genevoise réalisée en 2001 qui a montré une prévalence de 2.4 % parmi 481 résidents. Cette étude genevoise est intéressante dans la mesure où les Hôpitaux Universitaires Genevois sont particulièrement touchés par le MRSA depuis plus de 10 ans, suggérant une faible relation entre taux observé dans un hôpital de soins aigus et taux dans les EMS desservant la même région. Autre fait intéressant dans ces études : les patients détectés n'étaient le plus souvent pas connus pour être porteurs de MRSA, illustrant les limites d'une stratégie de prévention qui ne s'appliquerait qu'aux cas connus.

### **I.3. Transmission et principes de prévention**

Les patients infectés ou colonisés constituent la principale source de staphylocoques dorés, mais l'environnement (objets contaminés) peut occasionnellement jouer un rôle. La colonisation est influencée par l'âge, l'état de santé en général, la présence de conditions médicales particulières (eczéma, dermatite, diabétique traité par l'insuline). Une hospitalisation prolongée et une antibiothérapie sont également des facteurs de risque pour le MRSA. Les infections causées par le MRSA sont les mêmes que celles dues aux staphylocoques dorés sensibles aux antibiotiques. Pour un patient colonisé par un MRSA, le risque de développer une infection est plus particulièrement associé aux conditions suivantes : dialyse, présence de maladies chroniques sous-jacentes (diabète et maladie vasculaire périphérique avec ulcères), maladies graves (cancer avancé), présence de plaies chirurgicales ou de dispositifs médicaux (sondes urinaires, cathéters intra-veineux, gastrostomie, etc). Le staphylocoque doré se transmet essentiellement par contact direct (mains du personnel, contact entre patients). Le risque de transmission dépend de plusieurs facteurs, les uns dépendant du patient porteur (présence et gravité d'une infection à MRSA, infections de plaies, pneumonie) et les autres patients/sujets "contact" (présence de facteurs de risque pour une colonisation/infection). Ces facteurs de risque sont avant tout présents dans les populations de patients de soins aigus, en particulier les soins intensifs et les services de brûlés. Enfin, le risque de transmission dépend bien entendu de l'application ou non de mesures de prévention de la transmission.

La prévention des infections à MRSA repose sur plusieurs principes. Les précautions standard à appliquer à tous les milieux de soins et à tous les patients qu'ils soient identifiés ou non comme étant porteurs de MRSA constituent le pilier de prévention primordial. Les précautions standard interfèrent avec le principal mode de transmission (contact direct); elles permettent d'éviter la transmission à partir de patients qui seraient des porteurs ignorés, enfin elles permettent également d'éviter la transmission de tous les autres micro-organismes se propageant par contact direct. L'instauration de mesures additionnelles indiquées pour les patients connus ou présumés comme étant infectés ou colonisés par MRSA, dépendent de 2 éléments : du risque de propager l'infection (patient infecté > patient colonisé) et du risque de contracter l'infection (hospitalisation en soins aigus > en soins chroniques> à domicile). Ces mesures comprennent notamment l'isolement de contact, la décolonisation et le dépistage chez les contacts (recherche de MRSA chez des voisins de chambres ou dans le personnel).

## **II . Stratégie de prévention et de contrôle dans les consultations ambulatoires et lors de prise en charge par les centres médico-sociaux.**

### **II.1. Stratégie**

La stratégie de prévention et de contrôle dans les consultations ambulatoires et lors de prise en charge par les centres médico-sociaux (CMS) diverge de celle des établissements de soins aigus. Ceci résulte principalement des différences épidémiologiques existant entre ces deux types de populations. En effet, d'une part le risque d'infections graves à MRSA chez patient colonisé est faible dans la communauté et d'autre part, le risque de colonisation de l'entourage est rare en dehors de situations particulières (conjoint immunocompromis, ou présence dans l'entourage de personnes avec des plaies chroniques ou porteurs de dispositifs médicaux). En conséquence, les mesures proposées sont peu contraignantes et se basent essentiellement sur l'application des précautions standard associées exceptionnellement, dans des cas particuliers, à des mesures additionnelles.

Les données épidémiologiques actuelles à disposition montrent que la situation à domicile est très nettement moins préoccupante que dans les établissements de soins aigus où l'état de santé des patients les prédisposent beaucoup plus à développer une colonisation et une infection. En effet, les données disponibles suggèrent :

- que le risque d'infection à MRSA dans la communauté est de < 1% (versus < 5% en EMS et 30-60% en soins aigus),
- que la transmission du MRSA entre un porteur et ses proches n'est pas courante,
- que seuls les proches avec des plaies ouvertes ou des dispositifs médicaux (cathéter intraveineux, gastrostomie, trachéostomie, sonde vésicale) présentent un risque plus élevé d'être colonisés ou infectés par le MRSA.

Par conséquent, les mesures nécessaires à la prévention et au contrôle de la transmission du MRSA sont peu contraignantes. De plus, il est essentiel de situer le problème de la prise en charge d'un patient avec une plaie colonisée par du MRSA dans un contexte plus large de prise en charge d'un patient avec plaie. En effet, les plaies sont pratiquement toujours colonisées par des germes pathogènes. Dès lors, chaque prestataire de soins amené à s'occuper de tel patient doit prendre des mesures pour éviter la transmission de micro-organisme quel qu'il soit.

## II.2. Recommandations pour les consultations ambulatoires et les CMS

Certains principes importants méritent d'être abordés lorsque l'on parle de prévention dans la communauté :

- le fait d'être porteur de MRSA ne doit pas entraver un retour à domicile,
  - le patient porteur de MRSA doit avoir accès à des soins adéquats et aux services spécialisés ambulatoires (par exemple dialyse, rééducation cardio-vasculaire, physiothérapie, ergothérapie),
  - Si les mesures d'hygiène simples sont respectées, le patient porteur de MRSA ne met en aucun cas la santé de ses proches (par exemple enfants, femmes enceintes), des autres patients suivis dans la même consultation, du personnel soignant et des autres membres de la communauté en danger.
- **Traitement de l'infection**

La prise en charge précoce d'un patient avec une infection permet de réduire le risque de dissémination du germe. Chez un patient infecté, le respect des précautions standard et l'isolement du site infecté (par exemple : pansement occlusif, couches de protection lors d'incontinence et infection urinaire) sont les mesures, très généralement suffisantes, pour limiter la dissémination du MRSA. **Ces mesures s'appliquent chez tout patient infecté quel que soit le germe.**
  - **Précautions standard**

(voir détails dans document "Précautions standard")

    - Désinfection des mains par une friction alcoolique avant et après les soins de chaque patient, et après avoir enlevé les gants
    - Gants non stériles à usage unique lors de contact potentiel avec du sang, d'autres liquides ou matières biologiques
    - Blouses non stériles ou tabliers de protection lorsque des projections de sang ou d'autres liquides ou matières biologiques sont prévisibles (irrigation de pansement, incontinence)
    - Masques, lunettes ou protection faciale si des projections de sang ou de liquides biologiques dans les yeux ou sur les muqueuses sont prévisibles
    - Décontamination immédiate thermique ou chimique du matériel utilisé et souillé
    - Désinfection régulière de l'environnement immédiat des patients colonisés ou infectés
    - Evacuation du linge et des déchets non tranchant souillés par du sang ou des liquides biologiques dans les sacs en plastique selon des filières ad hoc.

- Protection contre les blessures en éliminant immédiatement après usage le matériel piquant, coupant et/ou tranchant dans des containers résistants prévus à cet effet et évacuer selon les filières ad hoc. Ne pas recapuchonner les aiguilles
- Vaccination contre l'hépatite B du personnel à risque et procédure permettant la prise en charge 24 h/24 h en cas d'exposition à du sang ou des liquides biologiques.

- **Précautions additionnelles**

La mise en place d'un isolement de contact à domicile n'est pas indiqué. Lors de consultation ambulatoire, ceci dans la mesure du possible, prévoir le rendez-vous en fin de consultation et d'éviter que le patient séjourne de façon prolongée dans une salle d'attente.

Pour les patients avec plaies infectées ou colonisées, prévoir la réfection du pansement en fin de programme de consultation puis procéder à une désinfection des surfaces de l'entourage immédiat du patient. Si la consultation a lieu en cours de programme, prévoir du temps entre deux consultations pour procéder à une désinfection des surfaces de l'entourage immédiat du patient.

La réfection du pansement doit se faire de façon aseptique aussi bien en consultation ambulatoire qu'à domicile.

Lors de soins à domicile, privilégier l'utilisation de matériel à usage unique. Le matériel à usage multiple doit faire l'objet d'un traitement adéquat (désinfection selon la procédure habituelle).

La prise en charge de patient porteur de MRSA par un centre de dialyse ne diffère pas de la prise en charge d'un autre patient et nécessite l'application des « précautions standard dialyse ».

- **Dépistage**

Le dépistage du MRSA n'est pas recommandé en dehors de situations particulières telles que flambée épidémique ou enquête épidémiologique.

- **Décolonisation**

Un traitement de décolonisation des porteurs connus de MRSA n'est pas recommandé de routine. La décision est du ressort du médecin traitant. Elle dépend avant tout de l'état clinique du patient. Une décolonisation est indiquée et avantageuse pour les patients porteurs de MRSA avec facteurs de risque, et en particulier pour les porteurs qui doivent subir une intervention chirurgicale, une dialyse ou chez des diabétiques traités à l'insuline. (Fiche technique 4).

- **Transmission de l'information**

La prévention de la transmission de MRSA dépend de la qualité de l'information au moment du transfert ou du retour à domicile. Pour que cette transmission ait lieu de manière ouverte et efficace, il est important que cette information n'ait pas des conséquences négatives sur la prise en charge d'un patient.

- **Formation**

Un programme de formation du personnel de santé doit être mis sur pied. Il permet non seulement de donner au personnel tous les éléments nécessaires à une bonne application des mesures de prévention mais permet aussi souvent de dédramatiser la situation et de les rassurer sur le fait que le MRSA ne met pas en danger leur santé ni celle de leur famille.

- **Surveillance**

La surveillance épidémiologique (déclaration des cas avec infection) permet le suivi de la situation épidémiologique de la communauté. Il est important que les médecins traitants participent à la surveillance des MRSA. Cette surveillance se base sur une surveillance des cas documentés d'infection à MRSA survenant dans la communauté, ceci aussi bien chez des patients connus comme étant colonisés que chez les patients sans antécédents connus. Cette surveillance permet d'adapter la stratégie de prévention en fonction de l'évolution.

Dans le canton de Vaud, il n'existe pas de base légale concernant la déclaration obligatoire du MRSA. Des négociations pour modifier la législation sanitaire cantonale seront entreprises prochainement. Dans l'attente d'une nouvelle législation, la déclaration volontaire des cas MRSA se justifie en se basant sur la loi des épidémies.

La surveillance épidémiologique des cas cliniques (prélèvements cliniques avec MRSA) se base sur une déclaration volontaire et anonyme de la part des laboratoires et des médecins traitants. La mise en place de cette surveillance nécessite une solidarité des différents laboratoires et des médecins traitants. Un programme de sensibilisation auprès des responsables de laboratoire sera entrepris.

- **Information du patient et de ses proches**

Une bonne information est importante car la découverte d'un MRSA suscite de nombreuses questions et peut avoir des conséquences pratiques que le patient et ses proches doivent pouvoir comprendre (plaquette d'information destinée au patient).

### II.3. Conclusion

Les MRSA sont un problème de santé publique important, mais qui concerne avant tout les établissements de soins aigus. Des mesures de prévention doivent toutefois être appliquées également par tous les prestataires de soins, quel que soit le type de structure ou d'institution. Pour l'essentiel, il s'agit de mesures de prévention valables pour l'ensemble des agents infectieux. Leur application minutieuse aura donc des répercussions non seulement sur la problématique des MRSA mais également sur l'ensemble des maladies infectieuses.