

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 affectent 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 même 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 avec les 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 des 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 standards 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 standards 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, dépend 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 établissements médico-sociaux et les établissements psychiatriques.

II.1. Stratégie

La stratégie de prévention et de contrôle dans les établissements médico-sociaux (EMS) et les établissements psychiatriques diverge de celle des établissements de soins aigus. Ceci résulte principalement des différences épidémiologiques existant entre ces types d'établissements, des besoins particuliers des patients/résidents, et, dans une moindre mesure, des ressources humaines et financières limitées pour la lutte contre les infections dans les EMS et les établissements psychiatriques.

La présence de MRSA dans les EMS ou établissements psychiatriques est nettement moins préoccupante que dans les établissements de soins aigus où l'état de santé des patients les prédispose beaucoup plus à développer une colonisation et une infection. En effet, les données disponibles suggèrent :

- que le risque d'infection à MRSA pour les patients colonisés est beaucoup plus faible dans les EMS ($\leq 5\%$).
- que la transmission du MRSA entre un porteur et ses voisins de chambre n'est pas courante en EMS et en établissements psychiatriques,
- que seuls les résidents qui ont des plaies ouvertes, des dispositifs médicaux (cathéter intraveineux, gastrostomie, trachéostomie, sonde vésicale) présentent un risque plus élevé d'être colonisés ou infectés par le MRSA,
- que les EMS et les établissements psychiatriques sont rarement affectés par des "flambées épidémiques".

Par conséquent, les mesures nécessaires à la prévention et au contrôle de la transmission du MRSA sont moins contraignantes que dans les établissements de soins aigus. De plus, il est essentiel de situer le problème des bactéries multirésistantes en EMS et en établissements psychiatriques dans un contexte plus large pour lui accorder sa juste place: bien que la détection de MRSA dans un EMS puisse engendrer une situation de crise, les risques objectifs de transmission, de morbidité et de mortalité sont faibles en comparaison de ceux causés par d'autres micro-organismes tels le virus de la grippe ou le pneumocoque.

II.2. Recommandations pour les EMS et établissements psychiatriques

- **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 standards 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. Dans de rares situations (patients avec une infection grave et disséminée à MRSA) l'instauration d'un isolement de contact en chambre individuelle peut s'avérer nécessaire pour une courte période. **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 résident, 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 tranchants souillés par du sang ou des liquides biologiques dans les sacs en plastique selon des filières ad hoc.
 - Placement des patients en chambre individuelle si les patients/résidents sont susceptibles de contaminer l'environnement ou leurs voisins en raison de symptômes cliniques (diarrhées incoercibles, infection non contrôlée) ou de leur comportement.
 - 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.
- **Isolement de contact**

La mise en place d'un isolement de contact (hébergement en chambre individuelle, port de gants, surblouse lors de tout contact avec un patient) est exceptionnelle en dehors d'hospitalisation en soins aigus mais peut être indiquée pour une courte période en présence d'une infection grave.
- **Dépistage**

Le dépistage du MRSA n'est pas recommandé en dehors de situations particulières telles que flambée épidémique ou enquête épidémiologique (Fiche technique 5B), qu'il s'agisse

des patients/résidents ou du personnel. Le dépistage des voisins de chambre d'un porteur de MRSA n'est pas recommandé.

- **Décolonisation**

Un traitement de décolonisation des porteurs connus de MRSA n'est pas recommandé de routine. La décision est du ressort de l'équipe médicale, en association avec le personnel de prévention de l'infection de chaque établissement/réseau. 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 entre établissements dépend de la qualité de l'information au moment du transfert. Pour que cette transmission ait lieu de manière ouverte et efficace, il est important que cette information n'ait pas des conséquences négatives sur le transfert éventuel d'un patient. A cet égard, le fait qu'un patient soit porteur de MRSA ne devrait en principe pas être un motif de refus pour une admission pour plusieurs raisons : tout d'abord, les enquêtes de prévalence ont montré qu'il existait déjà des porteurs de MRSA dans tous les établissements investigués. Ensuite, les mesures de prévention proposées dans le cadre des EMS et des établissements psychiatriques ne sont pas lourdes et permettent d'éviter des risques pour les autres patients/résidents de manière proportionnelle. Rappelons aussi que le mode de financement actuel des EMS tient en compte l'éventuelle surcharge de travail représentée par ces patients. Enfin, les mesures de prévention proposées sont le résultat d'une réflexion stratégique sur la meilleure manière de gérer actuellement le problème des MRSA. Cette stratégie réduit à un minimum les mesures d'exclusion (isolement en établissement de soins aigus) et suppose également une solidarité entre établissements.

- **Formation**

Un programme de formation du personnel de l'établissement 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 rassurer les membres du personnel 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 et enquêtes prospectives d'incidence et de prévalence) permet le suivi de la situation épidémiologique locale, régionale et

cantonale et l'adaptation des mesures de prévention en fonction de l'évolution de l'épidémiologie. Il est important que les EMS et établissements psychiatriques participent à la surveillance des MRSA. Cette surveillance s'appuie sur 2 axes :

- surveillance des cas documentés de patients colonisés ou infectés par MRSA, nécessaire pour l'adoption de mesures adaptées à la situation clinique,
- participation à des enquêtes ponctuelles afin de suivre la situation épidémiologique dans le canton .

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. La mise en place de cette surveillance nécessite une solidarité des différents laboratoires et des prestataires de soins. 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.

III.1 Documents, textes de référence et bibliographie

Veuillez vous référer au document: « Documents et textes de référence et bibliographie – recommandations »