

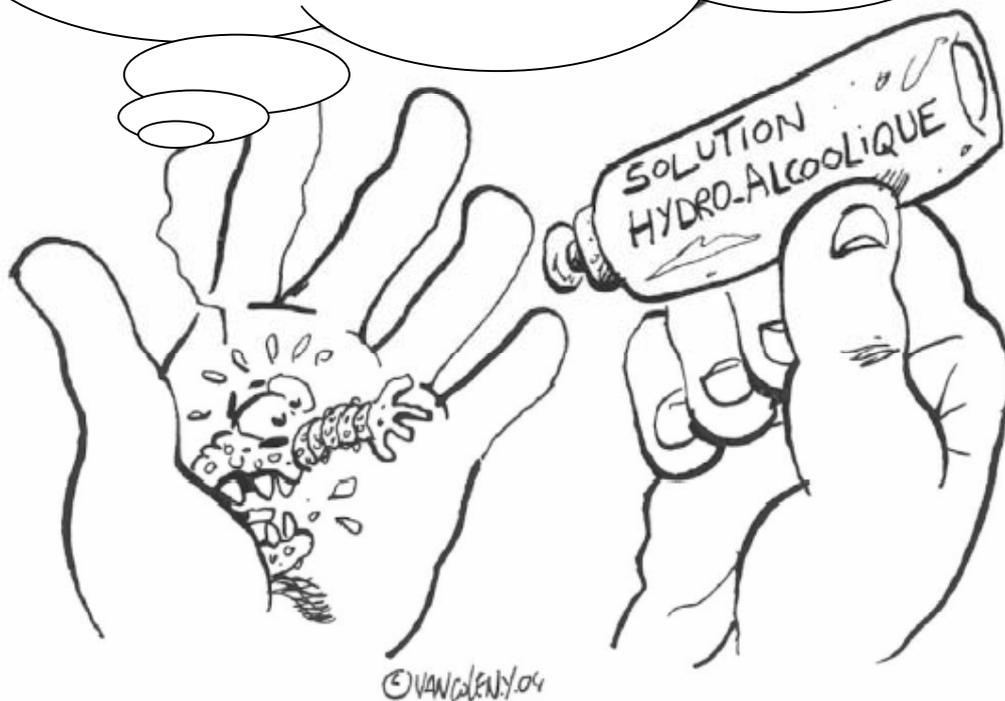


Groupement pour le Dépistage,
l'Etude et la Prévention des
Infections Hospitalières
Groep ter Opsporing, Studie en
Preventie van Infecties in de
Ziekenhuizen
asbl-vzw



Service Epidémiologie,
Institut Scientifique de Santé
Publique

MESURES PRÉVENTIVES DE LA TRANSMISSION DU
STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE
(MRSA)
DANS LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS.



Contact GDEPIH :

Dr. Anne Simon

02/ 764.67.33

Contact ISP - service Epidémiologie :

Dr. Carl Suetens
Mme. Béatrice Jans

02/ 642.57.33
02/ 642.57.36

MESURES PRÉVENTIVES DE LA TRANSMISSION DU *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (MRSA) DANS LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS (MRS).

Texte de consensus élaboré par le groupe de travail pluridisciplinaire sous les auspices du Groupement de Dépistage, d'Étude et de Prévention des Infections dans les Hôpitaux (GDEPIH)

Juillet 2005

Suite à l'accroissement du nombre de cas de MRSA importés dans les hôpitaux aigus en Belgique ainsi que la prévalence élevée de portage de MRSA à l'admission de résidents en provenance de maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS), le Groupe pour le Dépistage, l'Étude et la Prévention des Infections dans les Hôpitaux (GDEPIH) a décidé, fin 2004, de créer un groupe de travail chargé de rédiger des recommandations nationales pour prévenir la transmission de MRSA dans les MRS.

Ce texte de consensus résulte d'un groupe pluridisciplinaire composé de représentants des maisons de repos et des hôpitaux. Des médecins coordinateurs, médecins généralistes, directions de maison de repos et du personnel infirmier travaillant dans ce secteur siégeaient à côté de microbiologistes et de médecins et infirmiers hygiénistes dans ce groupe de travail. Des représentants du pouvoir public fédéral et régional ainsi qu'un représentant d'un groupement d'usagers de services de santé ont également participé à la rédaction du document.

Ecrire des recommandations pour les MRS représente un véritable défi car ces institutions sont un 'lieu de vie' pour les résidents qui n'y séjournent pas de façon temporaire comme c'est le cas dans un hôpital aigu.

Les recommandations destinées aux MRS ne peuvent être une mauvaise copie des recommandations réservées à l'hôpital aigu. Elles doivent tenir compte de la situation particulière précitée afin de ne pas isoler d'avantage les résidents porteurs de MRSA. Cet isolement pourrait s'ajouter à un isolement social parfois préexistant qui risquerait d'entraîner la personne âgée dans un phénomène dramatique de régression et un syndrome de glissement.

Les recommandations doivent donc être souples et applicables, mais également suffisamment strictes que pour permettre une prise en charge efficace. Compte tenu de l'ampleur du problème de MRSA (voir les résultats récents de l'étude nationale de prévalence du MRSA en MRS) dans cette population fragile vivant en collectivité on ne peut plus minimiser la situation et une prise en charge rigoureuse s'impose si l'on ne veut pas rencontrer à court terme dans nos MRS la même situation épidémique que celle observée dans nos hôpitaux.

Voilà quelques éléments complexes dont le groupe de travail pluridisciplinaire devait tenir compte.

Deux symposiums organisés conjointement par le GDEPIH et l'ISP les 28 mai et 4 juin 2005, ont permis d'exposer ces recommandations à un public d'environ 900 personnes travaillant dans le secteur des MRS ou en collaboration avec celles-ci.

Le groupe de travail propose de considérer cette première version du texte de consensus comme un texte de base à améliorer. Idéalement, ces recommandations devraient être testées par le secteur des maisons de repos pendant une phase pilote d'un an quant à leur pertinence et leur mise en application.

Pendant et après la phase pilote les MRS peuvent transmettre leurs remarques, considérations et propositions par E-mail, lettre ou fax à l'attention de Jans Béatrice, Institut Scientifique de Santé Publique, Service Epidémiologie, Rue Juliette Wytzman, 14 à 1050 Bruxelles, tel 02/642.57.36, fax: 02/642.54.10, E-mail: bea.jans@iph.fgov.be.

Le groupe de travail pluridisciplinaire et le GDEPIH analyseront les remarques et commentaires afin d'adapter ultérieurement les recommandations.

Rappelons également que des recommandations nationales orientent seulement la politique de prise en charge du problème de MRSA dans l'institution individuelle et que cette politique doit également tenir compte des moyens disponibles ainsi que de la situation locale.

COMPOSITION DE GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL

Délégations:

- *Academisch centrum Huisartsgeneeskunde (KULeuven)*: Prof. F. Buntinx; Dr. L. Niclaes (Remy instituut, Leuven)
- *Association Francophone des Institutions de Santé (AFIS)*: Dr. A. Kupperberg, Mr. J. Loiseau;
- *Société Belge de Gériatrie et de Gérontologie (SBGG - BVGG)*: Dr. JP Praet (Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre, Bruxelles);
- *Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)*: Dr. D. Devos , Mevr. V. Van de Broek (RVT Compostella, Borsbeek);
- *Crataegus*: Dr D. Van De Looverbosch (RVT TOL - OCMW Antwerpen, RVT Sint Batholomeus – OCMW Antwerpen, RVT Herleving - OCMW Zwijndrecht), Dr. L. Niclaes (Remy Instituut, Leuven);
- *Federatie voor Onafhankelijke Seniorencare (FOS)*: Mevr. N. Bostyn (WZC Eyckenborch, Gooik), Mevr. R. Engelen (Rusthuizen Van den Brande, Geel), Mr. E. Rouhart (Euroster Valmosan, Liège);
- *Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie (FIH-W)*: Mme V. Smeesters;
- *Groupe pour le Dépistage, l'Etude et la Prévention des Infections dans les Hôpitaux (GDEPIH/GOSPIZ)*: Dr. M. Gérard (Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre, Bruxelles), Dr. H. Jansens (Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem), Dr. O. Denis (Hôpital Universitaire Erasme, Bruxelles), Dr. C. Suetens (WIV, Brussel);
- *Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)*: Mme M. Fierens;
- *Ministère de la région Wallone, Département des hôpitaux et MRS pures*: Dr. Y. Husden;
- *Ministère de la région Wallone, Direction Générale Action Sociale et Santé*: Mme C. Biermé;
- *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Gezondheidszorg, Afdeling Verzorgingsvoorzieningen*: Mr. J. Opdebeeck; Mevr. L. Laurier (RVT- inspectie);
- *Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Gezondheidsinspectie Limburg*: Dr. A. Forier;
- *Laboratoire de référence national pour le MRSA (ULB)*: Dr. O. Denis (Hôpital Universitaire d'Erasmus, ULB, Bruxelles);
- *Plate-forme régionale en Hygiène Hospitalière – Liège*: Dr. J.M. Minon, Cliniques de l'IPAL, Liège ;
- *Regionaal platform voor ziekenhuishygiëne Antwerpen*: Dr. JP Sion (vzw Monica, Antwerpen);
- *Regionaal platform voor ziekenhuishygiëne Vlaams Brabant – Limburg*: Prof. A. Schuermans (Universitaire Ziekenhuizen, Leuven);
- *Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG), ouderenbeleid en ouderenvoorzieningen*: Mr. D. Marcoen (Rusthuizen Heiderust - Herfstvreugde, OCMW -Genk), Mr. J. Van Tricht (RVT- Hoge Beuken, Hoboken), Mevr. N. Verstraete (RVT Sint- Jozef, Kortrijk), Dr. L. Niclaes (Remy Instituut, Leuven);
- *Institut Scientifique de Santé Publique, service d'Epidémiologie*: Dr. C. Suetens, Mevr. B. Jans.

Secteur hospitalier:

AZ Groeninge, Kortrijk: Mr. G. Demaiter;
AZ Sint-Blasius, Dendermonde: Mevr. H. Sacré;
AZ Sint-Jan, Brugge: Mevr. B. Heyneman;
AZ Waasland, Sint Niklaas: Mr. Y. Bories;
Sint-Elisabethziekenhuis, Turnhout: Dr. S. De Raedt;
Sint-Rembertziekenhuis, Torhout: Mevr. V. Blomme;
Universitaire Ziekenhuizen, Leuven: Mevr. MJ Thelissen;
ZNA site St. Erasmus, Borgerhout: Mevr. R. Verschueren;

Secteur des MR/MRS:

Acacia - Tombeek-Heide, Bruxelles: Dr. A. Gilquin;
Centre de réadaptation HEYSEL G. Brugmann: Mme C. Elis;
Centre Neurologique et de réadaptation de Fraiture, Fraiture: Mme L. Jeunehomme;
Clos de la quiétude, Bruxelles: Mme A. Dupont;
Laboratoire du Centre de Psychogériatrie, Bruxelles: Dr. C. Jouniaux;
Les Heures Claires, Spa: Mme C. Delcour;
MRS La Cambre, Bruxelles: Dr. M. Hanset;
RVT Beukenhof, Zele: Mr. D. Van Wassenhove;
Rusthuis Nethhof, Balen: Mevr. B. Verstraelen;

| |
|---------------------------|
| TABLE DES MATIÈRES |
|---------------------------|

| | |
|---|-----------|
| Composition du groupe de travail national | 2 |
| TABLE DES MATIÈRES | 3 |
| INTRODUCTION | 4 |
| 1. INTRODUCTION D'UNE POLITIQUE RESTRICTIVE D'ANTIBIOTIQUES | 6 |
| 2. MISE EN ŒUVRE PRATIQUE DES PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES | 7 |
| 2.1. L'hygiène des mains | 7 |
| 2.2. Les vêtements de travail du personnel | 9 |
| 2.3. L'entretien ménager | 9 |
| 2.4. Le traitement du linge | 10 |
| 2.5. Le traitement des déchets | 10 |
| 2.6. L'entretien du matériel de soins | 10 |
| 2.7. L'hygiène personnelle du résident | 10 |
| 3. PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES EN CAS DE COLONISATION OU D'INFECTION AVEC UN MRSA | 11 |
| 3.1. Règles générales | 11 |
| 3.2. Le type de chambre des résidents porteurs de MRSA | 12 |
| 3.3. La participation aux activités sociales | 12 |
| 3.4. L'utilisation de vêtements protecteurs | 12 |
| 3.5. Les mesures pour les visiteurs du résident | 14 |
| 3.6. Le nettoyage de la chambre où séjourne un résident MRSA-positif | 14 |
| 3.7. L'entretien terminal de la chambre lors du départ du résident | 14 |
| 3.8. Le traitement du linge | 14 |
| 3.9. L'entretien du matériel de soins | 15 |
| 3.10. Le traitement des déchets | 15 |
| 3.11. Le transport d'un résident avec MRSA | 15 |
| 4. RECHERCHE ACTIVE DE RÉSIDENTS POSITIFS POUR MRSA | 16 |
| 4.1. Le dépistage du MRSA | 16 |
| Algorithme pour le dépistage du MRSA en MR/MRS | 16 |
| Quand appliquer l'algorithme? | 16 |
| 4.2. L'épidémie à MRSA | 17 |
| 4.3. Quelles dispositions prendre face à une épidémie? | 17 |
| 4.4. La décolonisation d'un résident positif pour MRSA | 18 |
| 4.5. La surveillance | 19 |
| 5. CONCLUSION ET CONSIDÉRATIONS FINALES | 20 |
| ANNEXE 1: MODÈLE DE DOCUMENT DE TRANSFERT | 21 |
| ANNEXE 2: SCHÉMA POUR L'HYGIÈNE DES MAINS | 23 |

INTRODUCTION

Le *Staphylococcus aureus* résistant à la Méthicilline (MRSA) est un pathogène important en médecine humaine et une cause fréquente d'infections acquises à l'hôpital (infections nosocomiales). Des épidémies à MRSA sont nombreuses.

Le MRSA est sélectionné sous l'influence d'une consommation abondante d'antibiotiques mais en dehors de son profil de résistance, sa pathogénicité est semblable à celle des souches de *Staphylococcus aureus* sensibles (MSSA).

Le *Staphylococcus aureus*, et donc aussi le MRSA, est principalement responsable d'infections de plaies, mais aussi d'autres infections (des voies respiratoires, sanguines, urinaires et autres).

La transmission du MRSA, comme du *Staphylococcus aureus* sensible à la Méthicilline (MSSA) se fait surtout par le biais des mains du personnel de santé qui ont été en contact avec des patients colonisés ou infectés par ce germe. Un tiers des personnes en bonne santé est porteur de MSSA au niveau des narines. Pour le MRSA également, les narines sont un site de portage fréquent ainsi que la gorge et le périnée.

Depuis la fin des années 80, une augmentation continue de l'incidence d'infections à MRSA a été constatée dans les hôpitaux belges. Le pic d'incidence fut atteint en 1993. A partir de 1994, suite à la publication des recommandations Belges pour la prévention des infections à MRSA – une diminution importante de l'incidence a été observée dans les hôpitaux. Cependant, cette tendance à la baisse s'est inversée depuis 1999. Actuellement, les hôpitaux belges sont à nouveau confrontés à un nombre croissant d'infections à MRSA. Il est possible que cette augmentation découlerait d'une baisse de vigilance liée à une moins bonne adhésion aux recommandations contraignantes pour la lutte contre le MRSA. L'apparition de nouveaux clones de MRSA avec d'autres caractéristiques épidémiques pourrait aussi avoir contribué à cette hausse.

Depuis peu, un nombre croissant de personnes porteuses de MRSA est retrouvé régulièrement en dehors de l'hôpital. Il est important de faire la distinction entre une colonisation et une infection à MRSA: une infection à MRSA se caractérise par la présence de signes cliniques d'infection avec isolement du MRSA au sein d'un foyer d'infection. Dans le cas d'une colonisation, un MRSA est détecté à partir de prélèvements en l'absence de signes cliniques d'infection.

Des études étrangères indiquent que 6 à 34 % des résidents de maisons de soins portent du MRSA.

Une étude récente dans 24 maisons de repos et de soins en Flandre démontre que le MRSA est présent chez 4,7 % des résidents ce qui correspond à 1 résident sur 20. Début 2005, une étude nationale de prévalence du MRSA parmi les résidents en maison de repos et de soins a démarré. Les hospitalisations fréquentes de ces patients pourraient également, en partie, expliquer l'incidence croissante des infections à MRSA dans les hôpitaux.

Différentes situations favorisent la présence de MRSA chez un patient : une intervention chirurgicale, une maladie chronique, la présence d'escarres ou un traitement récent avec un antibiotique à large spectre (par exemple : les fluoroquinolones).

Des souches épidémiques de MRSA se disséminent largement par le biais de patients ou de résidents colonisés ou infectés. Les infections à MRSA sont à l'origine d'une morbidité et mortalité non négligeables. Elles entraînent un surcoût financier important. En effet, elles nécessitent le recours à des produits coûteux habituellement réservés à un usage intraveineux. Elles conduisent souvent à une hospitalisation avec toutes les complications qui peuvent en découler.

Dans l'intérêt des patients, une politique visant l'arrêt de la dissémination du MRSA doit être menée. Les hôpitaux, mais également les maisons de repos et de soins, doivent consentir des efforts importants afin de limiter la transmission de MRSA.

Une politique cohérente de contrôle du MRSA repose sur différents principes:

1. tendre vers une utilisation très restrictive des antibiotiques afin d'éviter une sélection de résistance;
2. dans toutes les circonstances, respecter les précautions générales d'hygiène pour éviter la transmission de microorganismes;
3. dans certaines situations, dépister activement les porteurs de MRSA;
4. prendre en charge de façon appropriée les patients porteurs ou infectés avec du MRSA.

Ce document vise à aider toute personne, active dans le secteur des maisons de repos et de soins à se familiariser avec ces principes et à les appliquer.

En principe, l'admission de résidents porteurs de MRSA ne peut être refusée dans les hôpitaux aigus. De même, les maisons de repos et de soins ne peuvent en principe pas refuser l'admission de résidents porteurs de MRSA.

Une prise en charge correcte est possible moyennant l'observance des différentes précautions spécifiques.

Une transmission correcte des informations concernant la situation est indispensable. A cette fin, un document de transfert peut être utilisé (voir exemple en annexe)

1. INTRODUCTION D'UNE POLITIQUE RESTRICTIVE D'ANTIBIOTIQUES

Sous l'influence de l'utilisation importante d'antibiotiques dans notre société, des germes devenus insensibles aux antibiotiques les plus couramment utilisés, tels le MRSA apparaissent. De nouveaux antibiotiques de plus en plus puissants doivent être utilisés. Mais ceux-ci présentent également des inconvénients: souvent, ils sont réservés à une administration par voie intraveineuse, ils présentent d'importants effets secondaires, ils sont en général très coûteux et leur utilisation mène à la sélection d'autres variants résistants qui constituent de nouvelles menaces.

Face à ce constat, certaines maladies infectieuses deviennent de plus en plus difficiles à traiter de façon adéquate. Parfois, des patients décèdent de telles infections.

Il est donc important de réduire la pression de sélection des antibiotiques sur les micro-organismes.

Il incombe au médecin traitant de prescrire à son patient un antibiotique adapté, au bon moment, à la bonne dose et uniquement lorsque celui-ci est vraiment indiqué.

Le traitement efficace d'une infection, requiert un diagnostic adéquat. Avant d'instaurer une antibiothérapie, il est souvent nécessaire d'effectuer des prélèvements microbiologiques. L'antibiothérapie probabiliste de première intention repose sur la connaissance du germe le plus probablement responsable de l'infection et de son profil de sensibilité aux antibiotiques, défini lors d'études épidémiologiques. Lorsque des données microbiologiques sont disponibles, le traitement doit être adapté selon les résultats et l'état du patient. Chaque fois que possible, le choix se portera de préférence sur un antibiotique à spectre restreint. Enfin, il est très important de ne pas prolonger inutilement une antibiothérapie.

La surveillance de l'utilisation d'antibiotiques dans une institution peut contribuer au bon usage de ceux-ci et aide à gérer le problème de la surconsommation.

2. MISE EN ŒUVRE PRATIQUE DES PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES

L'épidémie du SIDA nous a appris que toutes les personnes, malades ou en bonne santé peuvent être potentiellement porteuses de germes pathogènes.

Ces pathogènes peuvent être transmis à d'autres personnes ignorant le risque. L'interruption d'une telle transmission constitue un véritable défi du point de vue de la prévention des maladies infectieuses. A cette fin, les CDC (Centers for Disease Control, Atlanta, USA) ont recommandé des précautions dites générales.

Chaque soignant doit appliquer les précautions générales *vis-à-vis de chaque résident*, qu'il soit porteur ou non de MRSA. Le respect universel de ces mesures doit faire partie de notre approche quotidienne du résident en maison de repos et de soins. Il protège les résidents des infections à MRSA, mais également d'autres infections comme p.ex. la gale ou une diarrhée causée par du *Clostridium difficile* ou par d'autres germes. Simultanément, le soignant se protège également contre les germes des résidents.

Les précautions générales telles que décrites par les CDC peuvent être résumées de la façon suivante:

- Les précautions générales impliquent la désinfection des mains avec une solution hydro- alcoolique par chaque soignant, avant et après chaque contact avec le résident ;
- Si les mains sont visiblement souillées, il faut d'abord les laver avec de l'eau et du savon avant de les désinfecter avec la solution hydro- alcoolique ;
- Si un contact avec le sang ou les liquides corporels du résident est probable, il faut prendre des précautions additionnelles afin d'éviter le contact direct avec la peau du soignant. A cette fin il faut mettre des gants, éventuellement une sur-blouse et parfois un masque. Après avoir ôté les gants, les mains doivent être désinfectées avec une solution hydro- alcoolique ;
- Toutes les mesures doivent être prises pour éviter des accidents par piqûre ou coupure.

Cette approche sera également appliquée dans un cadre plus large comme lors du traitement du linge, l'évacuation des déchets de soins, l'entretien de la chambre et autres.

2.1. L'hygiène des mains

L'hygiène personnelle

Une hygiène correcte des mains est la mesure la plus importante des précautions générales. Lors des soins, les bagues et autres bijoux aux mains ou aux poignets ne peuvent être portés. Les ongles doivent être coupés courts. Les faux ongles et le vernis à ongles constituent une source de micro-organismes difficiles à éradiquer et ne peuvent dès lors pas être portés quand des soins sont administrés.

Des vêtements à courtes manches contribuent à une meilleure hygiène parce qu'ils facilitent un lavage et une désinfection correcte des mains et avant- bras.

Le port de bagues et autres bijoux est proscrit. Les ongles doivent être propres et coupés court; pas de faux ongles ou de vernis à ongles. Manches courtes

Lavage et désinfection des mains

Comme indiqué dans tous les manuels, les soignants doivent pratiquer une hygiène des mains entre chaque contact. Cependant, des études d'observation ont démontré que l'hygiène des mains n'est pratiquée que dans un pourcentage restreint des situations où il est indiqué.

Se laver correctement les mains avec de l'eau et du savon prend du temps. Un lavage de mains, correctement effectué requiert plus de temps qu'une désinfection des mains à la solution hydro-alcoolique. Par ailleurs il y a parfois un manque de lavabos. Pour ces raisons, la technique de la désinfection des mains à l'aide d'une solution hydro- alcoolique est devenue la technique de référence. La procédure est plus rapide (30 sec.), le lavabo n'est pas nécessaire et si la technique est bien appliquée, l'efficacité de la désinfection est meilleure. Les tableaux ci-dessous décrivent pour chacune des techniques, les procédures à suivre et les indications.

Désinfection des mains avec une solution hydro- alcoolique

Méthode (cfr schéma en annexe):

Déposer une dose d'alcool dans la paume des mains et l'étaler en frictionnant, sur toute la surface des mains jusqu'à ce que celles-ci soient sèches.

Quand: Avant chaque contact avec un résident ou patient.

Avant chaque acte 'propre' tel que la préparation de médicaments, le placement d'une perfusion ou d'un cathéter urinaire.

Après chaque contact avec un résident ou patient.

Lavage des mains avec de l'eau et du savon

Méthode :

Utilisez un savon liquide conditionné dans des flacons distributeurs non-réutilisables ou qui sont nettoyés à fond avant d'être à nouveau remplis (l'utilisation d'une brique de savon est proscrite) ;

Lavez les mains et doigts soigneusement ;

Rincez bien les mains à l'eau courante ;

Séchez les mains à l'aide de serviettes en papier, à usage unique (des essuie-mains en tissus sont proscrits) ;

Refermez ensuite le robinet à l'aide de cette même serviette.

Quand : A la prise du service

A la fin du service

Après avoir été à la toilette

Avant et après les repas

A chaque fois que les mains sont visiblement souillées

Dans des circonstances spécifiques : ex. lors de contacts avec des patients présentant une diarrhée à *Clostridium difficile*.

Il est recommandé d'appliquer les recommandations relatives à la désinfection des mains avec une solution hydro- alcoolique de façon stricte au moins dans les situations telles que décrites dans le tableau ci-dessous:

| TYPE DE CONTACT | Type I | Type II | Type III |
|--|--|--|--|
| Circonstances | Contact social ; Contact avec l'environnement dans la chambre. | Contact avec la peau intacte du résident ; Contact avec du matériel ayant été en contact avec la peau intacte. | Contact avec du sang ou des liquides corporels, excréments et sécrétions ; Contact avec des muqueuses et une peau non-intacte ; Contact avec des matériaux souillés par du sang ou liquides corporels. |
| Exemples | Déposer le plateau repas ; Parler avec le résident ; Lui serrer la main. | Tout contact de soins ; Nourrir/habiller le résident; Laver le résident (à l'exception de la toilette intime, soins de bouche); Prendre les paramètres; Examen clinique; Réfection des lits. | Changer le linge; Mettre la panne; Effectuer une toilette intime; Mettre des médicaments dans la bouche du résident; Soins de bouche; Administrer un lavement; Prélever du sang. |
| Désinfection des mains avec solution hydro-alcoolique | Si possible | OUI | OUI, après avoir ôté les gants |
| Utilisation de gants | NON | NON | OUI |

Utilisez des gants à usage unique non stériles à chaque contact potentiel avec du sang, des liquides biologiques, des muqueuses ou une peau non-intacte. Ôtez les gants après le contact avec le résident. Ne soignez jamais d'autres résidents avec la même paire de gants, quelles que soient les circonstances.

Après avoir ôté les gants, désinfectez toujours les mains à l'aide d'une solution hydro- alcoolique.

Utilisez des gants à usage unique non stériles à chaque contact potentiel avec du sang ou des liquides biologiques.

Ne jamais utilisez la même paire de gants pour le soin de plusieurs résidents

Se désinfecter les mains avec une solution hydro- alcoolique après avoir ôté les gants.

Si les mains sont visiblement souillées, les laver d'abord avec de l'eau et du savon avant de les désinfecter avec la solution hydro -alcoolique.

Si indiqué, utiliser d'autres moyens de protection (ex. sur-blouse)

2.2. Les vêtements de travail du personnel

Le personnel doit disposer de vêtements de travail (uniforme, tablier,..), à manches courtes, propre, en quantité suffisante. Les vêtements de travail doivent couvrir entièrement les vêtements civils. Les vêtements de travail sont fournis et entretenus par l'institution. Il est recommandé de porter des vêtements de travail pour toutes les tâches de soins.

Des vêtements protecteurs complémentaires (p.ex. une sur-blouse en plastic) seront portés au-dessus des vêtements de travail à chaque fois que les vêtements de travail pourraient être souillés par du sang ou des liquides biologiques. Ces mêmes vêtements protecteurs ne peuvent être utilisés pour les soins chez plusieurs résidents.

2.3. L'entretien ménager

Les chambres des résidents doivent être régulièrement nettoyées (au moins 2 fois par semaine, en fonction des circonstances) avec de l'eau et un détergent simple. Une bonne technique de nettoyage doit être appliquée. De préférence, le système des "rasant" (torchon avec deux pans latéraux) sera utilisé. Une lingette propre sera utilisée par chambre.

Le matériel de nettoyage doit être bien entretenu quotidiennement et conservé au sec.

Si on utilise une serpillière classique, celle-ci doit être lavée au moins chaque jour.

Des *surfaces fréquemment touchées* (barres de lits, poignée de porte, perroquet, sonnette, toilette et son environnement, bain, table d'examen...) seront nettoyés plus souvent (tous les jours). Dans la procédure de nettoyage, l'effet mécanique est très important.

Les *surfaces horizontales peu touchées* (ex. sol, le dessus de table, l'appui de fenêtre) sont nettoyées afin de rester visuellement propres et les *surfaces verticales peu touchées* (ex. mur, rideaux) ne sont nettoyées que quand elles sont visiblement souillées.

Le responsable de l'entretien ménager définit et élabore en concertation avec le service d'entretien ménager les schémas spécifiant les produits à utiliser, la méthode et sa fréquence. L'utilisation d'un check-list par le personnel d'entretien est conseillée. Un calendrier du grand entretien périodique (murs, tentures,) doit être établi et appliqué dans chaque institution.

Les surfaces souillées avec du sang et/ou des liquides biologiques doivent être immédiatement nettoyées et désinfectées. L'endroit souillé est nettoyé avec du matériel d'entretien à jeter.

A la sortie du résident, un nettoyage approfondi de la chambre est requis.

2.4. L'entretien du linge

Les circuits du linge propre et du linge sale doivent être clairement identifiés et séparés.

Le linge doit être remplacé s'il est visiblement souillé et systématiquement, par exemple chaque semaine.

Le linge utilisé par les résidents est toujours considéré comme contaminé : il est emballé dans la chambre, dans un sac à linge étanche et acheminé vers la buanderie. Toute manipulation de linge est limitée à son strict minimum. Ensuite, les mains doivent être désinfectées.

Les institutions qui effectuent eux-mêmes le lavage du linge doivent le faire en respectant les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène à ce sujet (http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Francais/sommaire.htm)

2.5. Le traitement des déchets

Toutes les poubelles sont munies d'un sac en plastic qui sera enlevé chaque jour. Les sacs poubelles sont stockés dans un local spécifique, facile d'entretien et à l'abri de la vermine.

2.6. L'entretien du matériel de soins

Le matériel de soins (stéthoscope, thermomètres,...) utilisé pour plusieurs résidents doit être désinfecté entre chaque utilisation à l'aide d'une solution alcoolisée (spray, ou lingette). S'il est souillé, il faut d'abord le nettoyer avec un détergent.

Utilisez de préférence un matériel personnalisé, surtout en ce qui concerne le thermomètre, le récipient pour prothèse dentaire, la panne, l'urinal et le masque pour aérosol.

2.7. L'hygiène personnelle du résident

Il est important de sensibiliser le résident à propos de son hygiène personnelle. Laisser traîner ses mouchoirs est une mauvaise habitude. Des mouchoirs en papier sont préférés aux mouchoirs classiques. Au moment de tousser ou d'éternuer, il faut utiliser un mouchoir ou tenir la main devant la bouche.

Le résident doit également observer une bonne hygiène des mains, p.ex. après l'utilisation de la toilette et avant les repas.

3. PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES EN CAS DE COLONISATION OU D'INFECTION AVEC UN MRSA

Des mesures spécifiques s'imposent lorsqu'il s'avère qu'un résident est colonisé (présence de MRSA sans signes d'infection) ou infecté (présence de MRSA avec signes d'infection) par du MRSA. Ces mesures spécifiques visent à éviter la transmission de MRSA à d'autres résidents. Comme elles s'ajoutent aux précautions générales, on parlera de « précautions additionnelles ».

En concertation avec le médecin traitant, le médecin coordinateur peut instaurer des précautions additionnelles. Ces décisions sont parfois difficiles à prendre. Le type de mesures à prendre dépendra des caractéristiques du porteur de MRSA, de l'épidémiologie locale ainsi que de la possibilité de pouvoir libérer une chambre particulière dans un laps de temps restreint.

Il est indispensable d'informer le médecin coordinateur à chaque fois qu'un MRSA est isolé chez un résident ou qu'un porteur de MRSA est (ré)admis dans la MRS après une hospitalisation.

A chaque fois qu'un MRSA a été isolé chez un résident le médecin coordinateur en est informé

Un isolement analogue à celui pratiqué en milieu hospitalier est parfois très difficile à réaliser. Le résident est parfois porteur à long terme; un isolement peut alors être ressenti comme un enfermement à vie avec toutes les conséquences médicales et psychologiques qui peuvent en découler.

Par **isolement** on entend :

- **les soins en chambre particulière**
- le résident ne peut quitter sa chambre de sa propre initiative
- l'accès à la chambre est limité par un signe particulier qui indique que le résident de cette chambre est en isolement et que des précautions « additionnelles » doivent être prises en pénétrant dans la chambre.

3.1. Règles générales

Il est conseillé que le médecin coordinateur tienne un registre des résidents porteurs de MRSA. Quelques données épidémiologiques importantes telles par exemple le numéro de chambre, la date et le site du premier isolement de MRSA, le moment auquel le résident a été déclaré exempt de MRSA doivent être enregistrés. Des taux d'incidence peuvent être calculés.

Il est conseillé d'enregistrer des données épidémiologiques concernant le MRSA

Il n'est pas nécessaire de dépister périodiquement le MRSA chez les voisins de chambre, sauf pour la documentation microbiologique d'une infection ou dans un contexte épidémique (voir 4.1. Dépistage du MRSA).

Chaque résident porteur de MRSA, résidant en chambre particulière ou non, doit être facilement identifiable par le personnel et les visiteurs afin que des mesures additionnelles puissent être appliquées. A cette fin, une fiche ou un pictogramme (ex. à la porte) invitant notamment à une bonne hygiène des mains peut être utilisée.

Il faut également éduquer le résident aux principes de base d'une bonne hygiène, notamment, l'importance de l'hygiène des mains (désinfecter les mains avant de quitter la chambre) et l'hygiène de la toux (main/mouchoir devant la bouche à l'occasion d'une quinte de toux, utilisation de mouchoirs à jeter, etc...)

Les soins administrés à un résident positif pour MRSA, l'entretien de sa chambre et ses visites doivent toujours être planifiés en fin de session.

3.2. Le type de chambre des résidents porteurs de MRSA

Le principe de base consiste à (si possible) ne pas héberger dans une même chambre des résidents porteurs de MRSA avec des résidents exempts de MRSA.

Nous conseillons d'héberger les résidents porteurs de MRSA dans des chambres particulières avec des sanitaires individuels ou de 'cohorte' les résidents colonisés avec du MRSA (regroupement de ces résidents dans une même chambre).

Si des résidents porteurs de MRSA doivent partager la chambre d'un autre pensionnaire, il est important de ne pas les loger avec des résidents ayant **des portes d'entrée cutanées** telles que des cathéters sus-pubien, sondes de gastrostomie, etc... ou des **plaies ouvertes** ou avec **une résistance réduite**.

Certains résidents présentent un risque particulièrement élevé de transmission et de dissémination du MRSA. Ceux-ci doivent bénéficier prioritairement d'une chambre individuelle. Il s'agit de résidents porteurs de MRSA soit au niveau des sécrétions respiratoires et présentant également une toux productive **chronique**, soit au niveau d'une plaie qui ne peut être couverte, soit au niveau des urines associé à une incontinence urinaire et une hygiène précaire

Il n'est néanmoins pas toujours possible d'identifier de manière absolue cette population à haut risque de dissémination du MRSA. En effet, les prélèvements bactériologiques de certains sites anatomiques ont leurs limites liés à la technique utilisée pour le prélèvement et à l'expertise du laboratoire.

Pouvoir se fier aux résultats de culture d'un site précis nécessite également de réaliser des prélèvements aux différents sites à intervalle régulier. On sait en effet que le MRSA peut « voyager » et être présent en un site à certains moments et à d'autres sites ultérieurement lié à une auto-inoculation par le patient ou par le personnel soignant.

Une autre approche qui contourne les limites de la culture présentées ci-dessus, consiste à se baser sur le tableau clinique et les symptômes responsables de la dissémination du MRSA dans l'environnement et non plus basée sur le résultat de la culture de ce site. Cette approche est plus maximaliste (**Option 2**) et sera sûrement préférée lorsque les mesures doivent être renforcées en cas d'endémie importante ou en cas d'épidémie.

Le médecin coordinateur dans une réflexion basée sur la gestion du risque déterminera quelle est l'approche souhaitable pour l'institution

Isoler un résident peut être préjudiciable, cette décision ne doit pas être prise à la légère. Il suffit souvent d'appliquer rigoureusement les précautions additionnelles lors des soins.

3.3. La participation aux activités sociales

A l'exception des situations décrites dans les tableaux, le résident porteur de MRSA pourra participer aux activités sociales.

Avant de sortir de la chambre il devra toujours effectuer une bonne hygiène des mains.

Des résidents porteurs de MRSA peuvent résider dans la salle de séjour avec d'autres résidents et participer aux activités de groupe, aussi en dehors de l'unité. Les porteurs de MRSA valides peuvent prendre leur repas au restaurant.

3.4. L'utilisation de vêtements protecteurs

Trois types de vêtements protecteurs sont utilisés dans le cadre des précautions additionnelles :

- le masque composé de trois couches couvrant le nez, la bouche et le menton
- les gants non-stériles
- la sur-blouse au-dessus des vêtements de travail. Cette sur-blouse peut être à usage unique ou lavable (tissus), dans ce cas elle est réservée au soin d'un seul résident déterminé. En cas de souillure, les sur-blouses (jetables ou non) doivent être remplacées.

Vêtements protecteurs: masque, gants et sur-blouse

Les vêtements protecteurs sont utilisés pour les soins au résident porteur de MRSA et pour la réfection du lit, que le résident soit en chambre individuelle ou pas.

Pour des présences de courte durée sans contact physique ou sans contact avec l'environnement direct du résident, des vêtements protecteurs ne sont pas nécessaires.

La même approche que pour le choix d'une chambre particulière peut s'appliquer à l'utilisation des vêtements protecteurs :

- d'une part il y a l'attitude avec port de vêtements protecteurs pour chaque porteur de MRSA quel que soit le site de portage (*Option 2*) et
- d'autre part une attitude où les vêtements protecteurs sont uniquement utilisés en cas d'isolement ou lors des soins de plaies (porteurs au niveau de plaies non recouvrables) ou lors de soins corporels (porteurs urinaires, incontinents) (*Option 1*).

Les vêtements sont mis à l'entrée dans la chambre Pour des raisons de respect de la vie privée on peut envisager de stocker le matériel à l'intérieur de la chambre tout près de la porte d'entrée.

Le port de vêtements protecteurs est indiqué lorsqu'un contact physique avec les patients est probable

En quittant la chambre on ôte d'abord les gants, ensuite le masque en enfin la sur-blouse. Si le sur-tablier n'est pas à jeter, il doit être pendu au portemanteau dans la chambre d'isolement, le côté extérieur replié vers l'extérieur.

Avant de quitter la chambre on désinfecte les mains et poignets avec une solution hydro- alcoolique.

Après avoir ôté les gants, les mains sont désinfectées à l'aide d'une solution hydro- alcoolique

Lors d'un 'cohorting' ou regroupement de résidents infectés ou colonisés avec un même micro-organisme, il suffit de changer de gants et de se désinfecter les mains entre deux résidents. Le même masque et sur-blouse peuvent être utilisés pour plusieurs résidents.

Option 1 : précautions additionnelles

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| TOUS LES RÉSIDENTS | | Précautions générales. |
| PORTEURS DE MRSA | Nez, périnée, gorge | Décolonisation ; Précautions générales. |
| <i>MRSA dans les expectorations</i> | Toux non-productive | Désinfection des mains après chaque contact physique. |
| | Toux productive, phase aiguë | ISOLEMENT ; Toujours masque, gants et tablier. |
| <i>MRSA dans une plaie</i> | Recouvrable | Désinfection des mains après chaque contact physique ; Masque, gants et tablier lors des soins de plaies. |
| | Non-recouvrable | ISOLEMENT ; Toujours masque, gants et tablier |
| <i>MRSA dans les urines</i> | Continent ou sonde urinaire | Désinfection des mains après chaque contact physique, WC individuel. |
| | Incontinent | Désinfection des mains après chaque contact physique; WC individuel ; Masque, gants et tablier lors des soins corporels. |
| | Incontinent et hygiène précaire | ISOLEMENT ; Toujours masque, gants et tablier, WC individuel. |

Option 2: précautions additionnelles

| | |
|---|--|
| TOUS LES RÉSIDENTS | Précautions générales |
| PORTEURS DE MRSA | Précautions générales; Décolonisation; Pendant la durée du portage, toujours masque, gants et sur-blouse pour les soins et la réfection du lit; Désinfection des mains avec solution hydro-alcoolique après chaque contact physique. |
| PORTEURS DE MRSA et TOUX PRODUCTIVE CHRONIQUE, ou PLAIES NON RECOUVRABLES ou INCONTINENCE URINAIRE ET HYGIÈNE PRÉCAIRE | Idem supra + Toujours masque, gants et sur-blouse pour chaque contact physique et réfection du lit; Chambre particulière; Pas de participation aux activités sociales. |

3.5. Les mesures pour les visiteurs du résident

Un résident porteur de MRSA reçoit la visite en dernier lieu.

Les visiteurs doivent d'abord se présenter auprès de l'équipe soignante avant de rentrer dans la chambre. Les mesures à prendre sont à convenir avec l'équipe.

Il est conseillé d'informer les résidents et visiteurs à l'aide d'une brochure.

Les visiteurs ne doivent pas mettre de vêtements protecteurs. Avant de quitter la chambre les mains sont désinfectées avec une solution hydro- alcoolique. On déconseille la visite de bébés ou de personnes fortement immunodéprimées.

Les personnes qui logent dans la chambre d'un résident, MRSA positif ou qui y passent la plus grande partie de la journée ne peuvent pénétrer dans d'autres chambres ou locaux de service.

3.6. Le nettoyage de la chambre ou séjourne un résident MRSA-positif

Des procédures pour l'entretien des chambres des résidents porteurs de MRSA doivent être rédigées.

La chambre est nettoyée en dernier lieu.

Les sanitaires et les surfaces fréquemment touchées par le pensionnaire (barres de lits, poignée de porte, housse protectrice du clavier d'ordinateur, perroquet, sonnette, table d'examen...) sont nettoyées et désinfectés chaque jour .

Le sol et les surfaces non fréquemment touchées sont périodiquement nettoyés à l'aide d'un détergent.

Pendant le nettoyage et la désinfection de la chambre d'un résident en isolement, le personnel d'entretien ménager porte des vêtements protecteurs.

Une désinfection des murs et le remplacement des rideaux et stores n'est pas requis.

3.7. L'entretien terminal de la chambre lors du départ du résident

Après la sortie ou le décès du résident le matériel médical et infirmier présent dans la chambre est nettoyé à l'aide d'un détergent et désinfecté.

Les surfaces fréquemment touchées sont d'abord nettoyées avec un détergent et ensuite désinfectées.

Le sol et le mobilier sont nettoyés. Les sanitaires sont désinfectés. Les murs sont nettoyés s'ils sont visiblement souillés. Les rideaux sont lavés ou remplacés.

3.8. Le traitement du linge

La literie des résidents est toujours considéré comme contaminée. Le linge doit être remplacé s'il est visiblement souillé et systématiquement, par exemple chaque semaine.

Il est indiqué de porter des vêtements protecteurs lors de la manipulation du linge utilisé en provenance d'une chambre d'isolement. Il est emballé dans un sac à linge étanche. Ce sac est fermé dans la chambre et acheminé vers la buanderie.

Si le sac est visiblement souillé de l'extérieur un double emballage s'impose. Il est important que le linge soit lavé à une température suffisamment élevée (cfr. les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène).

Si le linge est lavé par la famille il faut s'assurer qu'il est lavé à une température suffisante.

3.9. L'entretien du matériel de soins

Le matériel de soins est le plus souvent possible à usage individuel, surtout en ce qui concerne le thermomètre, le récipient pour prothèse dentaire, la panne, l'urinal et le masque à aérosol.

Le matériel de soins (stéthoscope, thermomètres,...) utilisé pour plusieurs résidents doit être désinfecté entre chaque utilisation (spray, ou lingette) et s'il est souillé il faut d'abord le nettoyer avec un détergent.

3.10. Le traitement des déchets

Les déchets générés par les soins aux résidents porteurs de MRSA sont récoltés dans un sac pour déchets sans risque. Le sac reste dans la chambre du résident. Il est évacué journalièrement

3.11. Le transport d'un résident avec MRSA

Une bonne communication et le respect réciproque entre les différents services et institutions sont essentielles. A cette fin, un document de transfert peut être utilisé.

Il est indiqué qu'un résident, soigné en isolement qui se déplace en dehors de sa chambre porte un masque, un tablier propre et des gants.

Si un résident est transporté en chaise roulante, le port des vêtements protecteurs précités reste d'application et la chaise roulante est couverte à l'aide d'une alèse propre.

Lors de transport de résidents alités, la tête et les pieds du lit sont désinfectés. Si du matériel doit être transporté en plus sur le lit on le recouvre d'abord d'un couvre-lit propre. Le résident porte un masque et le personnel d'accompagnement ne porte pas de vêtements protecteurs.

A l'occasion d'un transport externe les ambulanciers doivent être informés des mesures à prendre (cfr. transport interne). L'ambulance ne doit pas être décontaminée après transport.

4. RECHERCHE ACTIVE DE RÉSIDENTS POSITIFS POUR MRSA

4.1. Le dépistage du MRSA

Le dépistage systématique (screening) de MRSA chez des résidents présentant un faible risque de portage de MRSA n'est pas utile.

Le dépistage systématique de MRSA n'est pas indiqué; seulement face à un risque accru de colonisation ou si une épidémie se présente, un dépistage sera effectué.

L'objectif de la détection de résidents porteurs de MRSA en maison de repos est d'identifier les porteurs chroniques qui pourraient mettre en danger la politique de prévention du MRSA dans l'institution. En identifiant ces porteurs, des précautions additionnelles peuvent être prises à temps afin d'éviter la transmission vers d'autres résidents. Il s'agit le plus souvent de résidents qui présentent des facteurs de risque et qui par ce biais ont un risque accru d'être colonisés par du MRSA.

Idéalement, lorsqu'un MRSA a été isolé chez un résident pendant une hospitalisation, il devrait à sa sortie de l'hôpital recevoir un document (= document de transfert) précisant le type de micro-organisme isolé ainsi que sa localisation et la date de son isolement. Ce document devrait également donner une brève description de la décolonisation mise en route ainsi que du statut MRSA à la sortie du résident. Des recommandations relatives au traitement à poursuivre sont fournies.

Algorithme pour le dépistage du MRSA en MR/MRS :

Le dépistage est indiqué lorsque le résident répond aux critères suivants:

Le résident a été hospitalisé endéans les 6 derniers mois avant son admission et il n'y a pas de document de transfert attestant l'absence de MRSA

Ou 3 des 4 facteurs suivants :

1. Le résident a reçu une antibiothérapie à large spectre (p.ex. : fluoroquinolones ou céphalosporines) au cours du dernier mois
2. Le résident a une sonde urinaire ou présente une plaie ou stomie ou cathéter
3. Le résident a une mobilité réduite (catégorie B ou C de l'échelle de Katz)
4. Le résident a une colonisation ou une infection à MRSA dans ses antécédents

Quand appliquer l'algorithme ?

- À chaque admission dans la maison de repos : à chaque première admission et réadmission après hospitalisation
- Lorsque la politique de prévention du MRSA est renforcée.

Un dépistage est réalisé en effectuant un prélèvement pour culture sélective, effectué au niveau des narines, de la gorge et du périnée, ainsi qu'au niveau de toutes les plaies et stomies éventuelles. Il est utile de rechercher le MRSA dans les urines si le résident est porteur de sonde urinaire. Il est important de souligner que le médecin doit demander une culture sélective de MRSA pour détecter adéquatement ce germe. Le formulaire de demande d'examen stipulera donc clairement qu'une recherche ciblée sur du MRSA doit être réalisée. Il est recommandé dans ce cas de travailler avec un seul laboratoire.

4.2. L'épidémie à MRSA

Une épidémie est une situation dans laquelle un micro-organisme se propage de façon significative parmi les résidents. Arbitrairement on peut parler d'une épidémie lorsque deux nouveaux cas (de colonisation ou d'infection) sont détectés à la suite d'un cas index en l'espace d'un mois au sein d'une même unité fonctionnelle, dans la maison de repos.

Une épidémie : deux nouveaux cas (de colonisation ou d'infection) acquis dans la maison de repos à la suite d'un cas index, en l'espace d'un mois au sein d'une unité fonctionnelle

Pour pouvoir constater une épidémie il faut enregistrer les données épidémiologiques dans un fichier unique. La responsabilité de cette mission est légalement déléguée au médecin coordinateur. Une transmission adéquate des informations et une bonne collaboration entre le médecin coordinateur et les médecins généralistes sont nécessaires.

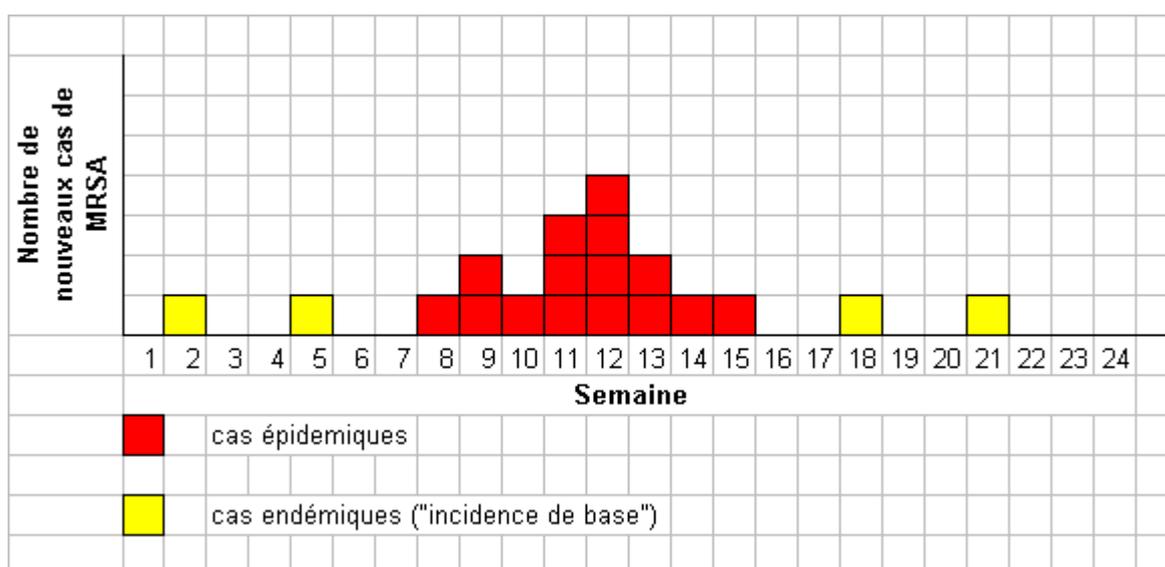
Il sera plus facile de gérer le problème épidémique si tous les prélèvements sont envoyés vers un seul laboratoire.

4.3. Quelles dispositions prendre face à une épidémie?

Lors d'une dispersion épidémique de MRSA, les mesures suivantes seront prises:

1. Vérifier la stricte observance des précautions générales; une bonne hygiène des mains est essentielle.
2. Les procédures de soins sont vérifiées et les fautes décelées : les procédures sont appliquées à la perfection
3. Rechercher le MRSA chez des résidents dans l'environnement direct de cas positifs pour MRSA (nez, gorge, périnée, toutes les plaies, les urines si patients sondés); éventuellement plus tard, les résidents plus éloignés seront également examinés.
4. Tous les résidents positifs pour MRSA sont enregistrés
5. L'épidémie est suivie; la courbe épidémiologique (*figure 1*) est dressée; éventuellement un avis est pris auprès des hygiénistes hospitaliers

Figure 1 : Courbe épidémique des nouveaux cas de MRSA



6. Si malgré l'application adéquate des mesures citées ci-dessus de nouveaux cas de MRSA continuent à se produire, il est utile de détecter des porteurs chroniques parmi le personnel. Ceci se fait en collaboration avec le service de médecine du travail.

Le médecin coordinateur organise le dépistage dans son établissement. Après concertation, on peut décider d'envoyer toutes les souches épidémiques vers un même laboratoire où elles peuvent éventuellement être conservées. Si la mise en place correcte de toutes les mesures précédentes n'a pas eu l'effet escompté, on peut envoyer les souches MRSA vers un laboratoire capable d'effectuer le typage.

4.4. La décolonisation d'un résident positif pour MRSA

Il faut tout mettre en œuvre pour éradiquer le MRSA parmi les résidents car la mise en place des précautions additionnelles est très contraignante et le portage de MRSA constitue un risque d'infection à MRSA pour le porteur. Aussi longtemps que le résident a des plaies dans lesquelles du MRSA est présent ou qu'il a un MRSA à des endroits impossibles à traiter, une décolonisation a peu de sens.

Afin d'éviter le développement d'une résistance à la mupirocine, l'utilisation de cet antibiotique en application locale sur des plaies doit être proscrite.

Tout est mis en œuvre pour décoloniser un résident positif pour MRSA.

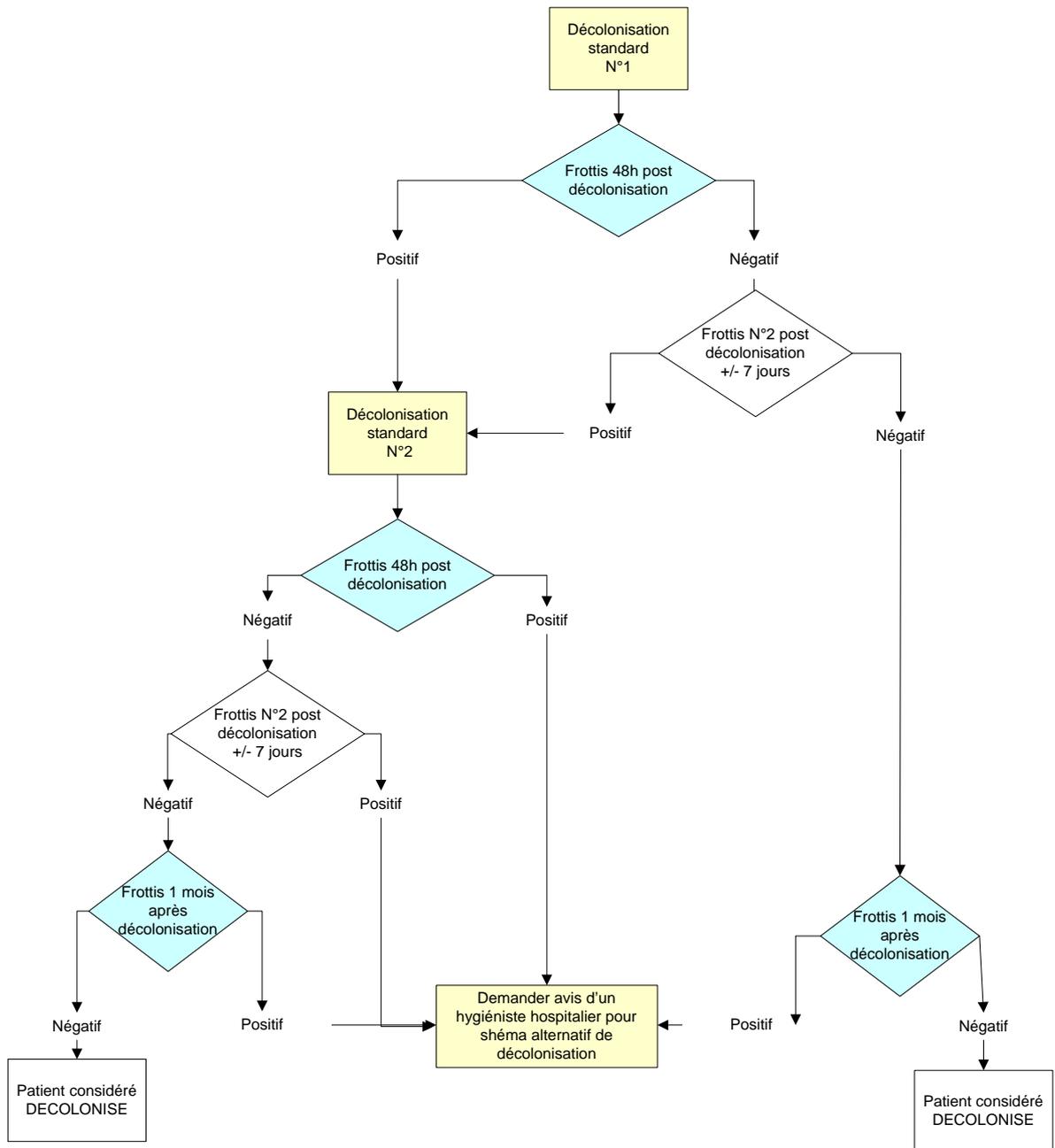
Si un MRSA est détecté uniquement dans le nez, la gorge ou le périnée, une décolonisation doit être mise en place.

1. Un onguent nasal de mupirocine (Bactroban®) est appliqué dans les deux narines 3 fois par jour pendant 5 jours (en cas de résistance on peut utiliser de l'isoBétadine® gel)
2. Pendant cette période, le résident est complètement lavé (bain ou douche) chaque jour avec du savon à base de polyvidone iodée (ex. isoBétadine®) ou de chlorhexidine (ex. Hibiscrub®); les cheveux sont lavés deux fois avec le même produit.
3. Deux jours après la fin de cette procédure de nouveaux prélèvements de contrôle sont effectués (nez, gorge, périnée). Si ceux-ci sont positifs, la décolonisation a été infructueuse et une deuxième tentative doit être entreprise; s'ils sont négatifs il faut répéter les contrôles après une semaine (cf. figure 2).
4. Un dernier prélèvement est réalisé 1 mois après la décolonisation.
5. La décolonisation a été fructueuse lorsque les deux cultures successives sont exemptes de MRSA.

Si la décolonisation a été infructueuse, un même traitement est répété. Il est improbable qu'une troisième décolonisation mettant les mêmes moyens en œuvre soit couronnée de succès si une deuxième tentative a échoué. Puisque l'élimination du MRSA est très difficile chez ces porteurs chroniques mais quand même très importante pour le résident il faut envisager d'appliquer une autre procédure de décontamination de préférence en concertation avec le médecin coordinateur, le médecin traitant et un médecin hygiéniste hospitalier.

En cas de portage ou de colonisation, un traitement antibiotique systémique n'est pas indiqué.

Figure 2: Arbre de décision pour la décolonisation de résidents porteurs de MRSA



4.5. La surveillance

Il est utile de mettre en place un programme de surveillance du MRSA dans chaque institution. Le médecin coordinateur doit occuper une fonction centrale dans cette surveillance. Il faut envisager de mettre en place des campagnes nationales d'enregistrement du MRSA en MRS.

5. CONCLUSION ET CONSIDÉRATIONS FINALES

Les infections à MRSA constituent un problème majeur dans les hôpitaux belges. Les résidents en maison de repos constituent un réservoir potentiellement important de MRSA. Dès lors, le contrôle du MRSA chez ces résidents est devenu un véritable défi. Les médias s'emparent de ces informations et les pouvoirs publics ne sont pas indifférents face au problème.

L'application, en toute circonstance, des précautions générales est primordiale tant pour le contrôle du MRSA que pour celui d'autres micro-organismes. Pour chaque contact avec un résident les mains sont désinfectées avec une solution hydro- alcoolique.

Dans certaines circonstances, il est utile de faire un dépistage des résidents pour détecter du MRSA. L'objectif poursuivi est d'identifier les porteurs en vue d'une décontamination. Dès qu'un MRSA a été mis en évidence, il faut tout faire pour éliminer ce germe. Les narines seront traitées avec un onguent nasal à base de mupirocine et la décolonisation de la peau et des cheveux se fera à l'aide d'un bain désinfectant. Des mesures plus drastiques doivent être appliquées. Dans certains cas un résident doit être soigné en chambre individuelle

Afin de mener une politique adéquate, chaque institution enregistrera des données épidémiologiques concernant le statut MRSA des résidents en maison de repos. Le médecin coordinateur occupera un rôle central de coordination dans cette politique. Dans l'intérêt du résident, en collaboration avec tous les médecins traitant et travailleurs de la maison de repos, il doit tendre vers un contrôle du problème du MRSA dans l'institution.

ANNEXE 1 : MODÈLE DE DOCUMENT DE TRANSFERT

DOCUMENT DE TRANSFERT VERS LES MAISONS DE REPOS ET LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS

Date :...../...../.....

Votre patient a été hospitalisé dans notre institution du/...../..... au/...../.....

Un microorganisme qui a justifié la prise de précautions additionnelles pendant son séjour a été mis en évidence.

| Ce microorganisme est | Date du 1 ^{er} prélèvement | Origine ⁽¹⁾ |
|--|-------------------------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> MRSA (<i>S. aureus</i> résistant à l'Oxacilline) | .../.../..... | |
| <input type="radio"/> <i>Clostridium difficile</i> | .../.../..... | |
| <input type="radio"/> Autre : | .../.../..... | |
| <input type="radio"/> Autre : | .../.../..... | |

⁽¹⁾ **1** à l'admission ; **2** acquisition hospitalière

Si un antibiogramme est disponible, voir en annexe

Site(s) positif(s) au moins 1 fois en cours de séjour

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Nez | <input type="radio"/> Périnée | <input type="radio"/> Gorge |
| <input type="radio"/> Plaie opératoire | <input type="radio"/> Escarre | <input type="radio"/> Plaie, autre |
| <input type="radio"/> Sputum et assimilé | <input type="radio"/> Urines | <input type="radio"/> Selles |
| <input type="radio"/> Gastrostomie | <input type="radio"/> Hémocultures | <input type="radio"/> Cathéter sus- pubien |
| <input type="radio"/> Autre..... | | |

Traitement de décolonisation administré

- AUCUN: pourquoi.....
-
- OUI
- | | | |
|-------|------------|----------|
| Quoi | Date début | Date fin |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Un prélèvement de dépistage a été réalisé avant la sortie de l'hôpital ?

- OUI
- NON

Sites encore positifs à la sortie

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Nez | <input type="radio"/> Périnée | <input type="radio"/> Gorge |
| <input type="radio"/> Plaie opératoire | <input type="radio"/> Escarre | <input type="radio"/> Plaie autre |
| <input type="radio"/> Sputum et assimilés | <input type="radio"/> Urines | <input type="radio"/> Selles |
| <input type="radio"/> Gastrostomie | <input type="radio"/> Cathéter sus- pubien | <input type="radio"/> Autre..... |

Traitement à poursuivre

- Non
- Oui lequel.....
-
-
-
- Remarques éventuelles:.....
-
-
-

Si vous avez des questions par exemple sur la nécessité de prévoir des frottis de suivi, n'hésitez pas à contacter notre équipe d'hygiène

Merci également de prévenir le service concerné si le patient est toujours porteur du germe en cause et doit être hospitalisé à nouveau ou s'il visite une de nos consultations ou un service médico-technique (consultation, radiologie etc...) en tant que patient ambulat.

ANNEXE 2: SCHÉMA POUR L'HYGIÈNE DES MAINS

Hygiène des mains

- Prise de service
- Avant-après repas
- Pour les mains visiblement souillées
- Aux toilettes

→ **Lavage eau + savon neutre**



- Avant et après tout contact avec un patient.
Ex: contrôle des paramètres vitaux, examen clinique...
- Avant et après tout acte invasif.
Ex: placement d'un cathéter veineux, soins de plaie...
- Avant la préparation de toute médication
- Après avoir retiré les gants.
- Après contact avec une source de micro-organismes, du sang, ou des liquides biologiques, muqueuses, peau lésée, tout objet inanimé de l'environnement direct du patient.
- Dans une séquence d'exams/de soins entre un site «sale» et un site «propre» même chez le même patient

→ **Friction avec solution hydro-alcoolique 15-30 sec**



Source: Bode Chemie

1ère phase:
une paume contre l'autre



4ème phase:
l'extérieur des doigts contre la paume de l'autre main, doigts repliés les uns sur les autres



2ème phase:
la paume de la main droite sur le dos de la main gauche et la paume de la main gauche sur le dos de la main droite



5ème phase:
frotter circulairement le pouce droit dans la paume fermée de la main gauche et vice versa



3ème phase:
une paume contre l'autre, les doigts écartés et croisés



6ème phase:
frotter en faisant des mouvements circulaires le bout des doigts repliés de la main droite dans la paume de la main gauche et vice versa

