



### PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTANTS A LA METICILLINE (MRSA)

**Objet et domaine d'application :** Prévention de la transmission des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (MRSA) et prise en charge spécifique d'un patient porteur de MRSA.

<b>Pathogène</b>	<p><i>Staphylococcus aureus</i> est un coque à Gram positif commensal de la peau et des muqueuses de l'homme et de nombreux animaux. Chez l'homme, le réservoir est situé principalement au niveau du nez, la gorge et le périnée.</p>
<b>Mode de transmission</b>	<p>La transmission se fait par <u>contact direct ou indirect</u> par l'intermédiaire des mains, de surfaces contaminées. Les MRSA peuvent survivre jusqu'à plusieurs semaines, voire plusieurs mois, dans l'environnement.</p>
<b>Dépistage</b>	<p><b>QUI ?</b> Tout patient qui :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. est connu comme porteur de MRSA</li><li>2. est transféré d'un autre hôpital ou a séjourné dans une institution de soins chroniques (MRS, revalidation, etc.)</li><li>3. a été hospitalisé dans les 12 mois précédents</li><li>4. a été voisin de chambre durant &gt;12 heures d'un patient identifié porteur/infecté MRSA</li><li>5. a été admis dans une unité dite à haut risque (critères définis localement; p.ex. soins intensifs, unités onco-hématologie, unités patients greffés, gériatrie, néonatalogie, etc.)</li></ol> <p>Pour le personnel: (cf. plus loin).</p> <p><b>QUAND ?</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. à l'admission</li><li>2. en continu 1-2x/semaine lors d'une épidémie ou dans les unités à haut risque.</li></ol> <p><b>COMMENT ?</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Effectuer un frottis au niveau des fosses nasales antérieures, un frottis de gorge et un écouvillonnage périnéal ou rectal.</li><li>2. Echantillons additionnels : plaies/lésions cutanées ; expectorations/aspirations bronchiques si patients avec pathologie respiratoire chronique (p.ex : BPCO, mucoviscidose, bronchectasies) ; orifice de peau/muqueuse en cas de présence de corps étranger (p.ex : gastrostomie, trachéotomie, urines si cathéter vésical à demeure).</li></ol>

## Mesures de prévention de la transmission en hospitalisation

### **POUR QUI ? – QUAND ?** En fonction de l'analyse de risque locale

1. Tout porteur de MRSA
2. Ancien porteur connu avec un antécédent de prélèvement MRSA positif datant de moins de 12 mois avant l'admission.

### **COMMENT ?**

1. Hospitalisation en chambre seule ; la porte de la chambre ne doit pas rester fermée.
2. Cohortage en cas d'épidémie ou en situation de haute prévalence.
3. Disposer en chambre le minimum de matériel nécessaire pour 24h (sanitaire, médical, soins) pour le patient uniquement et pas de réserve de matériel en chambre.
4. Mettre la signalisation adéquate de l'isolement sur la porte d'entrée du patient.
5. Une attention toute particulière doit être apportée à l'étape de nettoyage-désinfection du matériel proche du patient (matériel informatique, scopes, pompes, systèmes de perfusion, claviers, souris, etc.).

#### **A. Pour TOUT le personnel étant en contact avec un patient porteur de MRSA pour les hospitalisations classiques ou des hôpitaux de jour :**

1. Application des précautions générales.
2. Application des **précautions de contact** pour tout contact avec le patient ou avec son environnement proche (gants non stériles + blouse jetable à longues manches à usage unique), puis friction des mains avec une SHA après le retrait des gants.  
Dans des circonstances spécifiques telles que la réfection des lits et soins de plaies infectées, le port du masque chirurgical est envisagé.  
**NB** : Le port du masque ne fait pas stricto sensu partie des précautions additionnelles mais est destiné à éviter le contact main-nez (prévention de la colonisation) chez le personnel.
3. Les transferts du patient se font de façon concertée (bonne communication des informations).

#### **B. Pour le patient**

1. Explication de la signification et des implications du portage de MRSA au patient et à sa famille par le personnel soignant de l'unité.
2. Lorsque le patient quitte sa chambre (déplacements toujours préparés), veiller à ce qu'il porte des vêtements propres et se désinfecte les mains à la SHA.
3. Il est souhaitable qu'une chaise roulante soit dédiée au patient porteur de MRSA.
4. Si le patient est transporté en lit, il est recommandé que la literie soit changée avant qu'il ne quitte sa chambre.

#### **C. Pour les visiteurs**

1. La stratégie des visites doit être définie localement.
2. Les visiteurs ne portent pas d'équipement de protection individuelle.
3. Les visiteurs doivent se désinfecter les mains à la SHA avant et après la visite.
4. L'utilisation des toilettes de la chambre du patient par les visiteurs est strictement interdite.

## Mesures de prévention de la transmission en hospitalisation

### D. Pour les volontaires et bénévoles

1. Les volontaires et bénévoles ainsi que leur matériel (livres, jeux, etc.) ne devraient pas pouvoir entrer en contact avec les patients porteurs ou infectés.
2. Le cas échéant, ils sont soumis aux mêmes règles que le personnel.

### E. Pour le service de transport en interne et en externe des patients

1. Application des **précautions générales** et des **précautions de contact** pour le brancardier qui entre en contact direct avec le patient ou son environnement proche (aide pour installation au lit ou au fauteuil, sur la table d'examen,...)
2. Désinfection des mains à la SHA avant contact avec le patient et après contact avec le patient et son environnement proche.

### F. Examens complémentaires et services médico-techniques

1. Lors de la prise de rendez-vous, avertir les services médico-techniques que le patient est porteur de MRSA.
2. Pour le personnel concerné par la réalisation des examens complémentaires :
  - Application des précautions générales
  - Application des **précautions de type contact** pour tout contact avec le patient ou son environnement (gants non stériles + blouse jetable à longues manches à usage unique + masque chirurgical) {cf. point A}

### G. Bloc opératoire

1. Comme mentionné dans l'avis 8573 « Quartier opératoire » du CSS, il n'est pas démontré que la réalisation, en fin de programme, d'une intervention chez un patient porteur d'un micro-organisme réduise le risque de transmission du pathogène concerné.
2. Si l'intervention est planifiée en fin de programme, cela ne peut pas diminuer la qualité des soins administrés ni induire de report intempestif de l'intervention chirurgicale.

## **DURÉE ?**

1. En fonction de la réussite de la décolonisation (cf. plus bas) et du contrôle de l'éradication.
2. Afin de démontrer l'éradication du portage de MRSA, il est nécessaire d'avoir 3 cultures négatives réalisées minimum 48h après la fin de la décolonisation.
3. Les échantillons doivent être prélevés au moins 48 heures après la fin de la décolonisation.
4. Les sites anatomiques à prélever sont ceux du dépistage initial ainsi que les sites anciennement positifs.

## **LEVÉE DE L'ISOLEMENT**

1. En fonction du succès de la décolonisation et du contrôle de l'éradication.
2. Afin de démontrer l'éradication du portage de MRSA, il est nécessaire d'obtenir 3 cultures négatives après la fin du traitement de décolonisation.
3. Les échantillons doivent être prélevés au moins 48 heures après la fin de la décolonisation.  
Les sites anatomiques à prélever sont ceux du dépistage initial ainsi que les sites anciennement positifs.

## Décolonisation - Traitement du patient porteur de MRSA

La démarche de décolonisation des patients porteurs de MRSA revêt toute son importance.

### POURQUOI ?

1. Les patients porteurs de MRSA constituent le réservoir principal de MRSA dans l'institution de soins et contribuent de façon importante à la pression de colonisation dans les institutions de soins (risque majoré).
2. L'objectif est d'éradiquer (ou à défaut de diminuer) l'inoculum et de réduire ainsi le risque de transmission.
3. Les patients porteurs de MRSA sont les plus à risque de développer une infection à MRSA.

### QUAND ?

Il est recommandé de tenter un traitement de décolonisation les patients porteurs, en particulier pendant la phase où ils sont le plus à risque de développer une infection (séjour aux soins intensifs, avant une chirurgie programmée, etc.). Le nombre maximum de tentatives de traitement de décolonisation recommandé est de maximum deux ; (au-delà de deux, la probabilité de succès devient très faible et l'avis du médecin hygiéniste est requis).

### COMMENT ?

Le traitement peut varier en fonction des caractéristiques des patients, des sites de colonisation, de la présence de souche résistante à la mupirocine et de l'observance du protocole.

#### La décolonisation topique :

1. application d'un onguent nasal de mupirocine 3 x/jour dans les narines antérieures, pendant 5 jours, combinée à un lavage corporel complet, incluant le cuir chevelu (shampooing une à deux fois pendant le traitement), au moyen d'un savon antiseptique (soit chlorhexidine soit povidone iodée) une fois par jour pendant 5 jours.
2. Les équipes rapportant les meilleurs taux d'éradication associent également des soins de bouche avec une solution antiseptique. Ceci illustre l'importance de la décontamination orale pour le succès du traitement.
3. Les soins de prothèse dentaire font partie intégrante de la décolonisation bucco-pharyngée. Une hygiène dentaire correcte et régulière est très importante pour optimiser l'action du désinfectant oral. En cas de port de prothèse dentaire, une désinfection correcte et régulière de la prothèse est indispensable (par trempage dans une solution désinfectante, p.ex.)
4. Durant cette période, les vêtements sont changés tous les jours (y compris la literie, pyjama ou chemise de nuit).

**POINT D'ATTENTION :** La résistance de bas niveau à la mupirocine ne semble avoir que très peu de signification clinique étant donné que la concentration de la mupirocine dans un onguent contient 2 % (20.000 mg/l). La résistance de haut niveau est par contre associée à un risque accru d'échec d'éradication. En néonatalogie, il est déconseillé d'utiliser la povidone iodée et la chlorhexidine ; la préférence est souvent donnée à d'autres antiseptiques (comme p.ex. et des sels d'ammonium quaternaires, tels que le Stellisept®).

<p><b>Linge – vaisselle – déchets</b></p>	<p><b>A. Linge</b> Un chariot et un sac pour le linge sale sont dédiés au patient, laissés dans la chambre et traités selon les recommandations du CSS (nr 8075 de 2018).</p> <p><b>B. Vaisselle</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le plateau repas est sorti de la chambre et est déposé directement dans le chariot à destination de la cuisine centrale</li> <li>2. Le plateau repas suit ensuite la filière standard.</li> </ol> <p><b>C. Déchets</b> (conformément à la réglementation régionale en vigueur) Placer les sacs à déchets dans la chambre du patient, au plus près de la porte de sortie. Ils sont évacués fermés.</p>
<p><b>Entretien environnement et matériel</b></p>	<p><b>A. Entretien quotidien de la chambre</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Application des précautions générales par le personnel d'entretien ménager</li> <li>2. Planifier l'entretien et la désinfection en toute fin de planning de nettoyage (dernière chambre).</li> <li>3. Il est essentiel d'insister sur la désinfection quotidienne des surfaces fréquemment touchées avec les mains par un détergent/désinfectant. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Désinfection quotidienne des sols et des sanitaires avec un détergent/désinfectant (cf. chapitre « Mesures Environnementales »)</li> <li>- Désinfection quotidienne des <b>objets de soins et du matériel</b> présent à proximité du patient avec un détergent/désinfectant.</li> </ul> </li> <li>4. Application des <b>précautions de type contact</b> par le personnel d'entretien ménager pour tout contact avec l'environnement du patient (gants non stériles + blouse à longues manches à usage unique {cf. point A item Prévention}).</li> </ol> <p><b>B. Entretien de la chambre au départ du patient</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Application des <b>précautions de type contact</b> par le personnel d'entretien ménager pour tout contact avec l'environnement du patient (gants non stériles + blouse à longues manches à usage unique {cf. point A item Prévention}).</li> <li>2. Jeter l'ensemble du matériel non désinfectable et non stérilisable.</li> <li>3. Le linge non utilisé, gardé dans la chambre du patient doit être mis dans un sac et suivre la filière de traitement du linge sale</li> <li>4. Désinfection/stérilisation du matériel de soins qui avait été mis à disposition exclusive du patient</li> <li>5. Désinfection des surfaces fréquemment touchées avec un détergent-désinfectant.</li> <li>6. Tentures et séparations de lits en textile: au minimum, changement des séparations de lits (cf. avis CSS 9444 « Textile dans les institutions de soins »).</li> </ol>

<b>Entretien environnement et matériel</b>	<p><b>C. Entretien des salles d'examens et de traitement</b>  Désinfection du matériel utilisé pour le patient (table d'examen, stéthoscope, matériel de kinésithérapie, d'ergothérapie, jouets, etc.) avec un détergent/désinfectant. Tout matériel ne pouvant ni être ni désinfecté, ni stérilisé doit être jeté.</p>
<b>Ré-admission</b>	<p><b>A. Ancien porteur connu avec un antécédent de prélèvement MRSA positif datant &lt; 12 mois</b>  Dépistage et application des précautions de contact d'emblée (dans l'attente des résultats).</p> <p><b>B. Ancien porteur connu avec un antécédent de prélèvement MRSA positif datant ≥ 12 mois</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dépistage du patient à l'admission</li> <li>2. Précautions générales, instauration de précautions de contact et isolement en chambre seul si les résultats des prélèvements de dépistage sont positifs.</li> </ol>
<b>Dépistage des contacts</b>	<p>Lorsqu'un portage de MRSA est découvert après prélèvement (de dépistage ou clinique) chez un patient, on peut envisager:</p> <p>Le dépistage :</p> <p><b>A. du voisin de chambre</b> si séjour commun dans la même chambre &gt; 12 heures</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prélèvement de dépistage unique.</li> <li>2. Isolement en chambre seule et précautions de contact.</li> <li>3. Levée des mesures complémentaires si le dépistage unique est négatif.</li> </ol> <p><b>B. de tous les patients de l'unité</b> si au moins deux cas d'acquisition de MRSA (nouveau MRSA identifié dans un prélèvement réalisé &gt; 48 heures après l'admission du patient)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prélèvement de dépistage unique.</li> <li>2. Pas de précautions de contact pour tous ces patients en attendant les résultats de dépistage.  Si un nouveau cas est détecté, on parle alors de « contexte épidémique ».</li> </ol>

## Gestion du portage du MRSA chez le personnel soignant

### **POURQUOI ?**

Le dépistage chez le personnel hospitalier vise à détecter un portage chronique et un risque éventuel de transmission du MRSA aux patients.

1. Il est nécessaire de bien définir préalablement les indications et le personnel ciblé, ainsi que les objectifs poursuivis.
2. La législation belge n'est actuellement pas claire en matière de définition des responsabilités du médecin hygiéniste hospitalier / du pharmacien hospitalier de l'institution et du médecin du travail.
3. Le dépistage de MRSA chez des personnes travaillant à l'hôpital peut être organisé par le médecin du travail ou par le médecin hygiéniste/pharmacien, mais une confidentialité stricte doit être garantie ainsi qu'une non-stigmatisation du personnel. Par ailleurs, en absence de cadre légal, chaque institution devrait développer une procédure de gestion des porteurs chroniques de MRSA chez le personnel, en accord avec la direction.

### **QUI ?**

Tous les travailleurs de santé (médecins, infirmiers{-ières}, paramédicaux et notamment, les étudiants, les stagiaires, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes et physiothérapeutes, les techniciens de radiologie), les volontaires et bénévoles, les ministres du culte, etc.

### **QUAND ?**

Il peut être indiqué d'effectuer un dépistage de MRSA chez le personnel de santé (cf. déf. plus haut) dans toute situation où l'hypothèse de transmission suggère la présence d'un porteur chronique. Par exemple :

1. Epidémie non contrôlée par les mesures de prévention préconisées ci-dessus après vérification de leur bonne application sur le terrain
2. Infections répétées du site opératoire pour un même spécialité chirurgicale ou un même type de chirurgie (p.ex : chirurgie cardiaque de pontage aorto-coronaire ou de remplacement de valve cardiaque)

### **COMMENT ?**

Sites anatomiques où pratiquer le prélèvement:

Au minimum : nez, gorge, périnée et toute lésion cutanée, même bénigne (p.ex : mains, cuir chevelu, etc.)

Les prélèvements doivent donc être effectués chez le personnel en début de journée avant la prise de service afin d'éviter l'interférence d'un portage transitoire.

Un portage chronique est établi par la présence de deux cultures positives obtenues à 24 heures d'intervalle ou plus.

**Gestion du portage du  
MRSA chez le personnel  
soignant**

**Décolonisation :**

1. Les membres du personnel identifiés comme porteurs chroniques de MRSA doivent en être informés.
2. Un protocole de décolonisation suivant les mêmes schémas que ceux appliqués aux patients doit leur être proposé.
3. Comme pour les patients, avant de considérer qu'un membre du personnel est décolonisé, trois prélèvements négatifs (méthodologie cf. volet « levée d'isolement ») à des jours différents sont recommandés minimum 48h après l'arrêt du traitement.
4. En cas d'échec de la décolonisation, une consultation médicale peut être proposée à la recherche d'une pathologie favorisant la persistance de la colonisation.
5. En particulier, des affections telles que les dermatites chroniques (p.ex : eczéma), bronchites ou sinusites, ont été décrites comme associées au portage chronique de MRSA par le personnel.
6. En cas d'échec d'un traitement topique bien conduit, un traitement antibiotique oral peut être envisagé.