

**Prévention de la diffusion
des *Staphylococcus aureus*
résistants à la méticilline (SARM)**

CCLIN Sud-Ouest

Liste des participants au groupe de travail

ARMYNOT du CHATELET	Alberte	C.H. DAX
BAILLY	Agnès	C.H. ALBI
BENDAYAN	Janine	C.H.U. TOULOUSE
DUBOURDIEU	Béatrice	C.H. RODEZ
EYFFRED	Martine	Centre Claudius Regaud TOULOUSE
HEBRAUD	Michèle	C.H.U. TOULOUSE
HECHES	Xavier	C.H. DECAZEVILLE
HUGARD	Lionel	H.I.A. Robert Picqué BORDEAUX
LARENG	Marie-Blanche	C.H.U. TOULOUSE
LEJEUNE	Maud	C.H. ROCHEFORT
MARTY	Nicole	C.H.U. TOULOUSE
PIERREJEAN	Denis	C.H. AUCH
ROGUES	Anne-Marie	C.H.U. BORDEAUX
SECHER	Isabelle	C.H. ANGOULEME
TRUILHE	Danièle	C.H.U. TOULOUSE
VERDEIL	Xavier	C.H.U. TOULOUSE
WATINE	Joseph	C.H. RODEZ

Objectifs :

- sensibiliser la communauté hospitalière ;
- mettre en place une stratégie de communication ;
- établir une liste de mesures ;
- proposer un échéancier de réalisations ;
- évaluer l'efficacité des mesures.

1 - Sensibilisation de la communauté hospitalière par une prise de conscience du problème des SARM, en s'appuyant sur les données épidémiologiques **internationales** (EPIC, études européennes), sur les résultats du centre national de référence des staphylocoques : la France est placée n° 2 sur le plan européen pour les infections à SARM et sur les **résultats de chaque établissement** en s'appuyant sur les résultats de l'enquête du CCLIN (réseaux des laboratoires du Sud-Ouest), en comparant, même type d'établissement, même type de service.

2 - Stratégie de communication, en équipe pluridisciplinaire au sein de l'établissement.

A partir du laboratoire :

- La nécessité d'un **rendu de résultats périodiques** (dont la périodicité est à préciser) du type de souches bactériennes isolées et de leur résistance aux antibiotiques. Résultats à adresser aux responsables des UF et aux chefs de service concernés.

- Situer le service ou l'UF par rapport à la sensibilité globale de toutes les souches de l'établissement.

- Lors de l'envoi des résultats, avertir l'UF ou le service du risque d'infection nosocomiale (**message approprié** à définir pour chaque établissement).

- Si le laboratoire est informatisé, établir pour chaque UF une **écologie bactérienne simplifiée** sur une page pour permettre une lecture rapide par les cliniciens.

A partir des services cliniques et/ou UF :

- Signaler le risque de transmission croisée par **une signalisation** de l'environnement du malade (porte, chambre ou box, dossiers médical et infirmier) et lors de transfert du malade entre services ou à l'occasion d'examens complémentaires (radiologie, etc.).

- Réaliser, si possible, un schéma de l'implantation géographique du SARM, en particulier dans les services à risques.

- Signaler le risque de transmission (même signalétique) aux **services d'accueil, d'urgence, de transport** et aux équipes soignantes de nuit (les personnels de ces services devant toujours être associés aux réunions de travail).

Dans le cadre de l'établissement :

- Demander et mettre en place une **formation spécifique** (microbiologie, hygiène, épidémiologie, antibiologie), dans le cadre de la **formation permanente** des personnels soignants et médico-techniques.

- Organiser par le CLIN une ou plusieurs séances d'information à destination du corps médical, en s'appuyant sur les personnes ressources de l'établissement et si nécessaire de l'inter-région.

- Etablir des relations concernant **l'utilisation des antibiotiques** entre les services de pharmacie, le CLIN, le laboratoire de microbiologie, les services cliniques, le comité des anti-infectieux, le comité du médicament, etc.

3 - Mesures concernant la maîtrise de la diffusion du SAMR

3.1. Diagnostic précoce des malades infectés ou colonisés

3.1.1. Le dépistage

Un dépistage systématique de tous les malades à la recherche d'un portage de SAMR à l'entrée dans le service n'est pas recommandé à l'heure actuelle chez les auteurs français. Certaines équipes hospitalières, en réanimation en particulier, peuvent demander une telle recherche afin de connaître l'écologie bactérienne du service ; les techniques de prélèvement les plus sensibles semblent être les prélèvements effectués au niveau des narines, de l'ombilic et du périnée. Dans un certain nombre de cas, des mesures de décontamination de ces porteurs peuvent être préconisées (hémodialysés, etc.).

Le contrôle non systématique des cas peut concerner des situations particulières : les malades connus ou adressés pour infection à SAMR - les malades transférés d'unités de soins où le SAMR est présent à l'état endémo-épidémique.

3.1.2. La notification

Le(s) clinicien(s) doit (doivent) être averti(s) de l'isolement d'une souche de SAMR par le biais des moyens exposés dans le chapitre communication :

- contact téléphonique personnalisé entre microbiologiste et clinicien ;
- message approprié apposé sur l'antibiogramme indiquant qu'il s'agit d'une souche susceptible d'être à l'origine d'infections nosocomiales.

3.1.3. La signalisation

La signalisation doit permettre à tout agent hospitalier d'être averti du risque de diffusion de SAMR à partir du malade. L'information sur cette signalisation doit être accompagnée de la diffusion auprès de tous les soignants des précautions particulières applicables pour tous les malades (ci-après).

La signalétique utilisée doit être neutre, commune à l'ensemble des services au sein d'un établissement, commune à l'ensemble des hôpitaux au sein d'un groupe hospitalier.

Un logo commun à toutes les bactéries résistantes semble être plus acceptable (problèmes éthiques), il n'empêche pas une adaptation particulière propre à un service par exemple, sous forme de code particulier à chaque bactérie.

Les modalités de cette signalisation doivent être discutées en équipe pluridisciplinaire. La mise en oeuvre est à étudier en fonction des conditions locales.

La signalisation doit principalement figurer sur le dossier du malade ainsi que sur le dossier infirmier, ou sur les plannings muraux des malades, ou au niveau du tableau mural des soins infirmiers pour une vue d'ensemble des chambres à risque pour toutes les équipes de soins.

Elle devrait figurer sur la porte de la chambre du malade et/ou dans son environnement proche : la pancarte, visible par tous, semble être une possibilité d'apposition du logo.

Cette signalisation devrait figurer sur les bons d'examen (radiologie, endoscopie, etc.) afin d'avertir les services médicaux et médico-techniques.

En ce qui concerne **la signalisation à l'extérieur de l'établissement**, le groupe a formulé les réflexions suivantes :

- Le compte-rendu médical et la fiche de liaison devraient comporter la nature de l'infection à SAMR ainsi que les mesures de prévention prises au sein de l'établissement d'origine.

- Un contact personnalisé avec le service ou l'établissement d'accueil devrait permettre de favoriser une prise en charge optimale du patient après son transfert.

- Le contrôle d'éradication devrait être réalisé chaque fois que possible.

3.2. Organisation médicale et soignante : gestion de l'activité autour d'un malade infecté ou colonisé

3.2.1. Isolement géographique

L'isolement d'un patient fait partie de la prescription médicale. L'isolement des malades est indispensable. Il sera réalisé au mieux dans une chambre individuelle équipée d'un point d'eau et de dispositif de lavage des mains adéquat. En absence de chambre individuelle, les patients colonisés ou infectés devront être regroupés en chambre double. Une sectorisation du service sera souhaitable lorsque plus de 2 malades seront concernés (regroupement au sein d'une aire géographique de l'unité, voire unité spécialisée).

3.2.2. Organisation des soins médicaux et infirmiers

La visite médicale devra être organisée de façon à terminer par les malades colonisés et infectés. Dans la mesure du possible, les équipes de personnels soignants seront, soit sectorisées (ne s'occupant que des patients colonisés ou infectés), soit organisées de façon à assurer en dernier les soins aux patients colonisés ou infectés (prélèvements, injections, pansements, etc.).

Cette organisation des soins devra concerner également tout membre de l'équipe non titulaire : étudiant hospitalier, stagiaire, etc., ainsi que tout intervenant extérieur : kinésithérapeute, manipulateur radio, etc.

Ces mesures devront être appliquées de jour comme de nuit, dimanche et jours fériés compris.

3.2.3. Isolement technique : hygiène des soins

- **Le lavage des mains** sera réalisé selon les indications habituelles, avant et après tout contact avec le patient et/ou son environnement proche. Le lavage réalisé **après les soins** sera obligatoirement de type antiseptique. Il devra être réalisé le plus près possible du malade (au mieux dans sa chambre) et nécessitera un appareillage complet (lavabo, distributeur de savon antiseptique liquide, distributeur d'essuie-mains à usage unique).

- **Le port de gants à usage unique** sera réalisé selon des indications précises : il doit être réservé aux gestes contaminants. Le port de gants doit être réservé à une tâche spécifique pour un seul patient : "un patient = une paire de gants", "un geste = une paire de gants".

Les gants doivent être retirés immédiatement après usage et jetés dans une poubelle située dans la chambre. Il faut lutter contre le port permanent de gants

procurant une fausse sensation de sécurité. Il ne dispense pas du lavage des mains.

- **Le port de surblouses (ou de tabliers)** doit être réservé aux soins exposant à un contact contaminant direct et étendu (exemple : change complet, pansement, etc.). Le port permanent de surblouse est inutile. La surblouse doit être réservée aux soins donnés à un seul patient puis jetée ou changée (au minimum une fois par jour).

- **Le port de masques de soins** pour le personnel ou les visiteurs ne se justifie pas dans le cadre des infections à SAMR (sauf cas particuliers de malades fortement disséminateurs, par exemple lésions cutanées étendues, etc.).

- **Le matériel de base** (stéthoscope, thermomètre, petit matériel de soins, etc.) devra être individuel et subir une décontamination/désinfection après chaque utilisation).

- **L'évacuation des excréta du malade ainsi que du matériel souillé** ne nécessite pas de mesures spécifiques aux infections à SAMR :

- les déchets d'activité de soins doivent suivre la filière d'élimination des déchets contaminés ;
- le linge doit être éliminé selon un conditionnement clos et imperméable, conditionnement réalisé dans le chambre (double emballage si possible avec un sac hydrosoluble).

3.2.4. Entretien des locaux

L'entretien quotidien de la chambre sera réalisé après les soins. L'entretien des chambres de patients infectés sera réalisé après celui des autres chambres.

- **Au départ du malade**, la chambre bénéficiera d'un renforcement des procédures de nettoyage et de désinfection habituellement mises en oeuvre (emploi d'un détergent-désinfectant).

3.3. Evaluation

Les mesures de prévention décrites doivent faire l'objet d'un processus d'évaluation. Celui-ci doit porter à la fois sur les moyens mis en oeuvre et les résultats obtenus. On peut, schématiquement, proposer 4 niveaux d'évaluation :

3.3.1. Evaluation des mesures mises en place à partir du laboratoire

Cette évaluation doit porter sur les moyens mis en oeuvre : message sur l'antibiogramme, rendu de résultats périodiques, écologie bactérienne simplifiée.

3.3.2. Evaluation des mesures de prévention mises en place dans les services cliniques

Cette évaluation doit porter sur la signalisation, les mesures d'isolement géographique et technique, l'entretien des locaux.

L'étape d'évaluation doit être prévue et discutée avec les équipes de soins dès la conception des mesures. Le service clinique, volontaire, accepte la démarche d'une évaluation réalisée par une personne extérieure appartenant à l'équipe opération-nelle en hygiène hospitalière. Les observations réalisées à l'improviste (à

partir de l'isolement des souches au laboratoire) doivent faire appel aux techniques utilisées dans l'évaluation de la qualité des soins et plus particulièrement à l'audit clinique. Des personnes extérieures au service ou à l'établissement (CCLIN-SO, etc.) peuvent participer à cette évaluation.

3.3.3. Evaluation des résultats par la mesure de l'incidence des infections nosocomiales

La surveillance des infections acquises est basée sur la mesure de l'incidence (enregistrement continu des nouveaux cas d'infections). Le suivi du taux d'incidence (périodicité à déterminer en fonction du service) doit permettre d'évaluer une efficacité clinique des mesures de prévention.

Les principes de surveillance (données à recueillir et calcul des taux) font l'objet de recommandations (CTIN "Réanis" - BEH janvier 1995). L'interprétation des résultats doit tenir compte de l'épidémiologie du SAMR (réservoirs, modalités de transmission, facteurs de risque, etc.).

3.3.4. Evaluation de l'application des recommandations

Une évaluation de ces recommandations sera effectuée par le CCLIN-SO un an après la diffusion de celles-ci auprès des établissements de l'inter-région. Un questionnaire sera conçu à cet effet pour permettre d'apprécier la faisabilité des mesures dans chaque catégorie d'établissement. Il devrait déboucher sur l'analyse des causes de non-application de certaines de ces recommandations (causes techniques, organisationnelles ou comportementales).

Les modalités de la sensibilisation à la lutte contre la diffusion du SAMR doivent être discutées en équipe pluridisciplinaire au sein de l'établissement à l'initiative du président du CLIN et des hygiénistes. Pour une "efficacité" sur le terrain et auprès de l'ensemble de la communauté hospitalière, ces modalités doivent être présentées et avalisées par les instances représentatives : CLIN, CME, ...

L'application de ces mesures devrait nécessiter un plan d'action à moyen terme (2-3 ans) pour lequel il faut envisager :

- les services "pilotes", volontaires (pour certaines mesures),
- un échéancier de réalisation (validation par les instances....),
- les modalités d'évaluation de leur mise en place.

* Le groupe de travail n'a pas jugé utile de rappeler les **bonnes pratiques élémentaires** en hygiène.

* La survenue de **cas groupés ou d'épidémie d'infections à SAMR** peut être considérée comme un échec (une insuffisance) dans l'application des mesures de prévention de la diffusion exposées ci-dessus.

* Le groupe n'a pas jugé utile d'exposer la conduite à tenir en cas d'épidémie, ce d'autant que la méthodologie d'investigation n'est pas propre aux infections à SAMR. Nous signalerons néanmoins que cette investigation peut aboutir ici à la recherche de portage de SARM chez le personnel soignant, ce qui en fait une spécificité.

BIBLIOGRAPHIE SUCCINTE :

1. Cent recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Juin 1992.
2. Infections nosocomiales et résistance aux antibiotiques. Journées de l'hôpital Claude Bernard. Librairie Arnette, 1992.
3. Réanis, guide pour la prévention des infections nosocomiales en réanimation. Librairie Arnette, 1994.
4. Enquête multicentrique du CCLIN Sud-Ouest : réseau des laboratoires hospitaliers du Sud-Ouest, Mai 1995.