

Sentinelles

Bulletin d'information
en maladies transmissibles
Direction de santé publique de la Montérégie

Volume 12, numéro 5 - Décembre 2006 ISSN # 2-89342-027-7

S
A
R
M

Les infections nosocomiales sont des complications infectieuses bien connues survenant à la suite de prestation de soins de santé. Le *Staphylococcus aureus* arrive en tête de la liste des microorganismes responsables de ces infections. Au contact des antibiotiques, cette bactérie a développé progressivement au fil du temps des résistances multiples aux antibiotiques, dont celle à la méthicilline et ce, sans perdre de sa virulence.

Même si la problématique des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ne fait pas les manchettes comme les infections à *Clostridium difficile*, cela représente un problème de taille pour les équipes de prévention des infections des établissements de soins.

ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU SARM

Au Canada

Depuis son apparition au Canada en 1981, le SARM a

été reconnu comme un pathogène

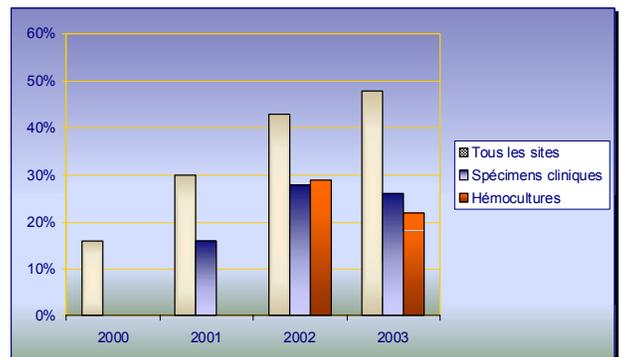
nosocomial d'envergure en raison de son importante propagation dans les centres hospitaliers.

Pour la période de 1995 à 2003, les données du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) montrent un accroissement jusqu'à 10 fois plus élevé du nombre de souches isolées et des infections à SARM dans les centres hospitaliers sentinelles répartis à travers le Canada. Les augmentations ont été recensées dans tout le pays, bien que les provinces les plus touchées soient l'Ontario, le Québec et les provinces de l'ouest. On estime que l'infection à SARM a été contractée dans un hôpital dans la majorité des cas soit 72 %, comparativement à 7 % dans un établissement de soins de longue durée (Simor 2005).

Au Québec

Les données du programme de surveillance périodique des souches de SARM isolées en laboratoire, réalisé par le Groupe sur la résistance aux antimicrobiens (GRAM), montrent une augmentation importante de la prévalence du SARM (graphique 1), qui est passée de 16,6 % en 2000 à 48,0 % en 2003 (cas colonisés ou infectés).

Résultats de la surveillance du SARM par le GRAM¹ années 2000 à 2003



Source : CINQ « Mesures de prévention et de contrôle des infections à SARM au Québec, juin 2006 »

1) Groupe sur la résistance aux antimicrobiens (GRAM) de l'Association des microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ)

Les données, pour l'année 2005, du Programme de surveillance des infections envahissantes à *S. aureus* montrent que, parmi les souches de *S. aureus* isolées de sites normalement stériles (liquides articulaire, pleural, péritonéal, céphalorachidien, d'ascite et le sang), une proportion de 23,7 % sont résistantes à la méthicilline (SARM). Fait inquiétant, la majorité (82 %) des infections invasives à SARM sont des bactériémies, infections dont la morbidité et la mortalité sont importantes. De plus, le SARM est endémique dans les centres hospitaliers de la plupart des régions du Québec. En effet, un taux de résistance à la méthicilline d'au moins 15 % est observé dans 11 des 18 régions et 5 régions, incluant la Montérégie, affichent des taux de plus de 25 %.

En Montérégie

Depuis 2003, en collaboration avec les centres hospitaliers de la Montérégie, tous les nouveaux cas de colonisation ou d'infection à SARM font l'objet d'une surveillance régionale. Grâce à cette vigilance, nous avons pu noter qu'en 2005, un total de 1 751 nouveaux cas ont été identifiés. De ce nombre, 54 % (941) étaient considérés acquis dans le centre hospitalier déclarant. De plus, selon les données du Programme de surveillance des infections envahissantes à *S. aureus*, 84 cas de bactériémies à SARM ont été dénombrés dans les hôpitaux de la Montérégie en 2005.

Conséquences cliniques des infections à SARM

Les répercussions pour la clientèle affectée sont considérables. Selon les études, on estime que de 30 à 60 % des patients hospitalisés colonisés par le SARM présenteront une infection de plaie, une infection des voies urinaires, une pneumonie ou une bactériémie. Plusieurs études avec des nombres importants de cas de bactériémies à *S. aureus* (plusieurs centaines de patients) effectuées dans différents pays rapportent une mortalité augmentée de près du double chez les cas d'infection à SARM par rapport aux cas avec une souche sensible à la méthicilline. En effet, les infections à SARM nécessitent un traitement plus complexe en raison du choix thérapeutique limité, souvent plus toxique et moins efficace.

Répercussion des infections à SARM et antibiorésistance

Il est reconnu que l'utilisation de la vancomycine pour traiter les infections à SARM, qui sont plus fréquentes, favorise la sélection et l'émergence de la résistance à cet antibiotique. Cela risque d'entraîner l'apparition d'un *Staphylococcus aureus* présentant une sensibilité réduite à la vancomycine (SARIV ou SARV) ou même l'apparition d'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV).

Des cas d'infections à SARIV sont rapportés dans la littérature (au Japon et aux États-Unis) chez des patients infectés par le SARM et traités de façon prolongée à la vancomycine. L'apparition du SARV (résistance complète à la vancomycine) complique gravement les soins des patients infectés avec des conséquences sérieuses telles que l'augmentation de la morbidité et de la mortalité, comme c'était le cas avant la découverte de la pénicilline. Jusqu'à maintenant, aucun cas d'infection à SARIV ou SARV n'a été rencontré dans les centres hospitaliers du Canada ni du Québec.

Répercussions financières

La présence du SARM a des répercussions financières pour les centres hospitaliers. Au Canada, une étude (Kim 2001) a évalué les coûts supplémentaires associés à la mise en place des mesures de prévention et de contrôle de l'infection à 1 360 \$ par séjour hospitalier pour chaque patient colonisé et le coût attribuable au traitement d'une infection par le SARM est évalué à 14 360 \$ avec une prolongation de la durée d'hospitalisation de 14 jours. En présence d'une bactériémie, ce coût est estimé à 28 000 \$. Quant aux infections chirurgicales, le coût des soins est multiplié par trois lorsqu'il s'agit d'une infection par le SARM.

De nouvelles recommandations pour un contrôle plus efficace de la transmission du SARM dans les centres hospitaliers

Les mesures de prévention et de contrôle des infections ont pour but d'enrayer ou de restreindre la transmission d'agents infectieux. Les données de la littérature scientifique confirment que les mains du personnel soignant sont le principal vecteur de transmission à partir des patients porteurs de SARM (colonisés ou infectés) qui constituent le réservoir du SARM dans les centres hospitaliers.

Avec l'évolution de la situation épidémiologique du SARM dans les centres hospitaliers de la province au cours des dernières années, il est devenu évident que les mesures recommandées en 2000 ne suffisaient plus à limiter la transmission du SARM dans ces établissements. C'est pourquoi, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) a produit en juin 2006 de nouvelles recommandations « Mesures de prévention et de contrôle des infections à SARM au Québec ». Cette publication fait une mise à jour des connaissances sur la problématique du SARM et propose une approche plus agressive basée sur les données de la littérature et sur les dernières recommandations de groupes d'experts internationaux.



Ces nouvelles mesures de contrôle du SARM s'inspirent notamment des mesures de prévention appliquées dans nombre d'hôpitaux de l'Europe du Nord, par exemple les Pays Bas et le Danemark, mesures qui ont démontré qu'il est possible non seulement de réduire de façon importante la prévalence du SARM, mais aussi de maintenir celle-ci à de faibles niveaux.

Ces mesures privilégient

1 l'application d'un protocole de dépistage permettant l'identification rapide de tous les patients porteurs de SARM dès l'admission et en cours d'hospitalisation (identification du réservoir);

2 l'hébergement de tous les patients porteurs de SARM dans un environnement circonscrit favorisant l'application des précautions additionnelles de contact auprès de tous les patients potentiellement porteurs ou identifiés comme tel.

Des mesures plus appropriées aux risques inhérents à la clientèle des CHSLD et des soins à domicile

Étant donné que l'incidence augmente dans les centres hospitaliers, il est normal de constater que la prévalence de patients porteurs de SARM s'accroît également dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Cependant, compte tenu que les soins invasifs y sont moins fréquents, les risques d'infection à SARM demeurent faibles, variant de 5 % à 15 % chez cette clientèle.

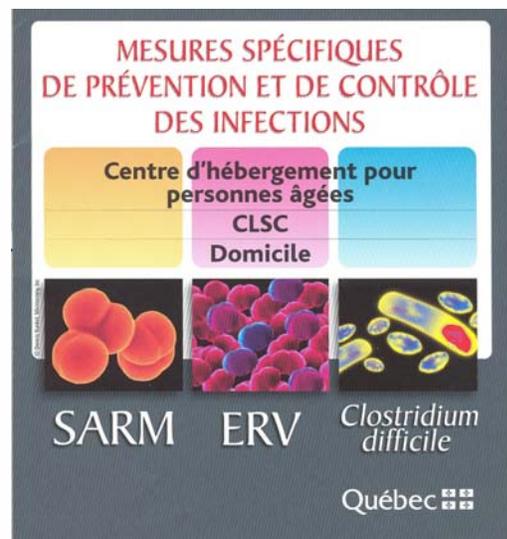
Les mesures recommandées pour la prévention et le contrôle de la transmission du SARM en CHSLD sont inspirées des données récentes de la littérature à l'effet que l'application rigoureuse des pratiques de base par le personnel lors de la prestation des soins est une mesure suffisante pour limiter la transmission dans ces milieux de soins et pour la clientèle des soins à domicile.

Tableau synthèse des nouvelles mesures recommandées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Dépistage à l'admission	Aucun CHSLD ne devrait exiger des résultats de dépistage avant d'admettre un résident dans son établissement.
Dépistage en cours d'hébergement	Il n'est pas indiqué de procéder à des dépistages périodiques.
Respect des pratiques de base	<p>Une attention particulière doit être portée au respect des pratiques de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'hygiène des mains; <ul style="list-style-type: none"> ➔ avant et après avoir donné des soins à un résident, ➔ après une contamination par des liquides organiques, ➔ après le retrait des gants; ■ le port des gants : lors de tout contact avec du sang ou d'autres liquides organiques; ■ le port de la blouse à manches longues, du masque et de la protection oculaire : s'il y a risque de souillures, d'éclaboussures par le sang ou par d'autres liquides organiques. <p>L'hygiène des mains doit être effectuée après le retrait de l'équipement de protection.</p>

Pour plus de détails, veuillez consulter le document « Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec, juin 2006 » disponible en format électronique sur le site internet de l'INSPQ à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/489-MesuresPreventionControleSARM.pdf>

Les mesures recommandées sont résumées dans deux outils produits par le MSSS, un tableau à afficher et un dépliant pour l'agenda lors des visites à domicile. Ces outils ont été diffusés aux intervenants des établissements de soins de longue durée (CHSLD) et des CLSC (soins ambulatoires et soins à domicile). Il est possible de s'en procurer en faisant une commande par courriel : publications@rrsss16.gouv.qc.ca ou par télécopieur au (450) 679-6443 à l'attention de 16RRpublications.



RAPPEL À TOUS

Quelles sont les infections nosocomiales qui sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO)?

- **Éclosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)** : présence dans un même établissement de soins de longue durée de 2 nouveaux cas d'infections graves causées par la même souche de SARM transmise en milieu de soins et nécessitant une chirurgie ou une antibiothérapie intraveineuse de plus de 14 jours. La transmission doit survenir à l'intérieur d'un mois.
- **Éclosion à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)** : présence dans un établissement de soins de deux cas de colonisation ou d'infection par une même souche d'ERV transmise en milieu de soins.
- **Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée** : symptômes gastro-intestinaux d'étiologie infectieuse confirmée ou présumée chez au moins deux personnes et un lien épidémiologique entre les cas sans qu'aucune origine alimentaire ou hydrique n'ait été mise en évidence.
- **Infection au *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV)** : isolement de *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine.

La loi sur la santé publique oblige de signaler à la direction de santé publique des éclosions pouvant constituer une menace à la santé de la population, par exemple une éclosion d'influenza, une éclosion au SARM, une éclosion d'infection à *Clostridium difficile*.

Lors du signalement ou de la déclaration, un soutien à l'intervention sera offert, si besoin, pour circonscrire rapidement l'éclosion.



Les numéros de téléphone sont le (450) 928-3231 ou le 1-800-265-6213 pour la déclaration d'une MADO ou le signalement d'une éclosion. Ces numéros de téléphone sont réservés aux professionnels de la santé et ne doivent pas être divulgués à la population.

Nous profitons
de l'occasion pour
vous souhaiter
de Joyeuses Fêtes



Tableau synthèse des nouvelles mesures recommandées en centre hospitalier

Dépistage à l'admission	<ul style="list-style-type: none">■ Dépister les patients :<ul style="list-style-type: none">➔ transférés d'un autre centre hospitalier où ils ont séjourné plus de 24 heures;➔ provenant d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée;➔ provenant d'un centre ou d'une unité de réadaptation;➔ ayant une histoire d'hospitalisation dans un centre hospitalier au cours des trois dernières années (au minimum);➔ identifiés porteur de SARM.■ Considérer également, selon l'épidémiologie locale, le dépistage des patients suivants :<ul style="list-style-type: none">➔ dialysés;➔ admis directement à l'unité des soins intensifs.
Dépistage périodique en cours d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">■ Dépister les patients de l'unité des soins intensifs :<ul style="list-style-type: none">➔ lors de l'admission, incluant les patients provenant d'une autre unité de soins dans le même établissement;➔ lors du congé ou de façon hebdomadaire si l'unité des soins intensifs est considérée à risque d'acquisition nosocomiale (ex. : cas SARM présent).■ Dépister les patients des autres unités considérées à risque (unités qui génèrent des nouveaux cas d'acquisition nosocomiale et identifiées par le personnel en prévention des infections) :<ul style="list-style-type: none">➔ dépistage hebdomadaire jusqu'à deux semaines après la survenue du dernier cas acquis sur l'unité;➔ dépistage de tout patient transféré d'une telle unité à risque à son arrivée sur l'unité qui le reçoit.
Dépistage lors de la découverte d'un nouveau cas de SARM non isolé	<ul style="list-style-type: none">■ Nouveau cas non isolé hospitalisé depuis moins de 24 heures : aucun dépistage n'est nécessaire.■ Nouveau cas non isolé hospitalisé depuis plus de 24 heures et moins de 72 heures :<ul style="list-style-type: none">➔ dépister les patients ayant séjourné plus de 24 heures dans la même chambre, incluant les patients transférés à une autre unité;➔ dépister les patients ayant séjourné plus de 24 heures dans les chambres recevant des soins du même personnel soignant; ce dépistage sera étendu à toute l'unité si l'on retrouve des cas positifs parmi ces patients.■ Nouveau cas non isolé hospitalisé depuis plus de 72 heures : dépister tous les patients de l'unité incluant les patients transférés à une autre unité.■ Envisager d'emblée de dépister tous les patients pour les unités où la clientèle est plus à risque de complications médicales, par exemple l'unité des soins intensifs ou l'unité des grands brûlés.
Identification du patient porteur de SARM	<ul style="list-style-type: none">■ Alerte via le système informatique.■ Alerte au dossier.■ Carte remise au patient.■ Cette information doit demeurer inscrite dans le dossier médical du patient jusqu'à indication contraire du service de prévention des infections après l'analyse du dossier.

Application des précautions additionnelles de contact

- Pour le patient identifié porteur de SARM (colonisé ou infecté) : dès son admission en centre hospitalier, incluant la période passée à l'urgence ou à l'observation.
- Pour le patient présumé porteur en attente des résultats de dépistage :
 - ➔ patient ayant partagé pendant plus de 24 heures la même chambre qu'un porteur de SARM non soumis à des mesures d'isolement;
 - ➔ patient transféré d'un centre hospitalier où le séjour a été de plus de 24 heures.

Cette application est à moduler selon l'épidémiologie locale et selon la disponibilité des résultats des tests de dépistage.

Durée de l'application des précautions additionnelles de contact

- Patient présumé porteur :
 - ➔ cesser les précautions additionnelles de contact si un résultat négatif est obtenu pour tous les prélèvements de dépistage effectués.
- Patient nouvellement identifié porteur de SARM :
 - ➔ maintenir les précautions additionnelles de contact pour toute la durée de l'hospitalisation;
 - ➔ si hospitalisation prolongée (> 2 mois), cesser les précautions additionnelles de contact après trois séries de résultats négatifs des prélèvements faits à une semaine d'intervalle de tous les sites potentiels (nez, plaies, pourtours de stomies et autres sites connus antérieurement positifs). Ces prélèvements doivent être faits une semaine après l'arrêt des antibiotiques topiques ou systémiques;
 - ➔ poursuivre le dépistage hebdomadaire pour toute la durée de l'hospitalisation;
 - ➔ conserver l'avis de signalement au dossier.
- Patient identifié porteur de SARM (cas connu, alerte au dossier) :
 - ➔ cesser les précautions additionnelles de contact après deux séries de résultats négatifs des prélèvements faits à 48 heures d'intervalle de tous les sites potentiels (nez, plaies, pourtours de stomies et autres sites connus antérieurement positifs). Ces prélèvements doivent être faits une semaine après l'arrêt des antibiotiques topiques ou systémiques;
 - ➔ poursuivre le dépistage hebdomadaire pour toute la durée de l'hospitalisation;
 - ➔ conserver l'identification de porteur de SARM au dossier.

Cohorte de cas et unité dédiée

- Cohorte de cas de SARM avec personnel dédié, minimalement durant la période de la journée où la prestation des soins est plus importante (8 h à 16 h).
Ceci permet au personnel de développer des méthodes de travail facilitant le respect des précautions additionnelles de contact.
- Unité géographiquement distincte pour l'hébergement des cas de SARM lorsque le nombre de cas augmente.
Ceci facilite la notion de personnel dédié et évite aux patients d'être confinés à leur chambre.

Pour plus de détails, veuillez consulter le document « Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec, juin 2006 », disponible en format électronique sur le site internet de l'INSPQ à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/489-MesuresPreventionControleSARM.pdf>