



Introduction

- Augmentation des bactéries multirésistantes dans les établissements de soins
 - MRSA, VRE, ESBL, CRE
- Apparition de bactéries multirésistantes dans la communauté
 - CA-MRSA, ESBL
- Soignants à l'interface entre le milieu de soins et la communauté
- réservoir, vecteur ou victimes?

Staphylocoque doré méticilline sensible

- Prévalence chez les soignants
 - 41 études
 - 10589 soignants : prévalence globale 23.7% MSSA (0-40% 95%CI 10.7-37.7%)
 - Prévalence comparable à la population générale
- [WC Albrich et S. Harbath, Lancet infectious diseases, 2008] [HF Wertheim ,HA Verbrugh HA,. Lancet Infect Dis]
- Implication des services de médecine du travail
 - Éviction du soignant avec infection cutanée à MSSA
 - Promotion des Précautions Standard
 - Mise à disposition de matériel de protection

Staphylocoque doré méticilline résistant (MRSA)

- Prévalence chez les soignants
 - 127 études
 - 33318 soignants : prévalence moyenne 4.6% MRSA (0-59%, 95% CI 1.0-8.2%)

[WC Albrich et S. Harbath, Lancet infect Dis, 2008]

Facteurs de risque d'acquisition du MRSA

Facteurs de risque d'acquisition MRSA

>40 études

- Comorbidités
 - Problèmes cutanés (dermatite, psoriasis, eczema)
 - Sinusite, rhinite
 - Infection urinaire récente
 - ...
- Consommation récente antibiotiques
- Travail à l'étranger
- Expérience professionnelle
- Charge de travail élevée
- Services avec prévalence élevée de pts MRSA
- Contact étroit avec pt (pansement, contact avec plaies)
- Déficience d'adhésion aux mesures PCI (HM)

Portage MRSA persistant ou récidive après décolonisation

Persistance des facteurs de risque de portage

- Comorbidités: problèmes cutanés
- Site de colonisation: pharynx, rectum, périnée, vaste colonisation cutanée
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Contamination environnement
- Résistance à la mupirocine



Portage MRSA et infection

104 études avec taux portage 4.1% (0-59% 95%CI 0.3-7.9%)

- 5.1% d'infection à MRSA chez soignants porteurs
 - Infections cutanées (65%) (folliculite, furoncle/ abcès, eczéma infecté, impétigo, lymphagite,..)
 - Infection des voies resp supérieures (15%): sinusite, rhinite, conjonctivite
 - Otite externe, mastoidite (15%)
 - autres: pneumonie, exacerbation mucoviscidose, toxic shock syndrome

Transmission HA-MRSA personnel-patient

Evaluation du risque dans 106 études

- Pas de lien retrouvé dans 25% des investigations
- Possible transmission reportée dans 52 études
- Lien épidémiologique prouvé dans 27 études
 - Souche identique
 - Lien épidémiologique (temporel ,association circonstancielle, direction de la transmission)

Transmission HA MRSA soignant-famille

- dissémination HA MRSA décrite parmi les contacts étroit (famille) dans le cadre d'épidémies hospitalières
 - Risque dissémination au sein de la famille avec risque de dissémination ultérieure
 - Risque de contamination de l'environnement

CA MRSA et soignants

- CA MRSA principal germe responsable infection peau à staph doré aux USA [M.D. King M. Blumberg, ann intern med, 2006]
- CA MRSA en CH :prévalence MRSA 3% dont 0.4% CA MRSA [S. Harbarth, D.Pittet, Emerging infect. Dis, 2006]
- Risques de transmission personnel soignant: source ou vecteur d'infection croisée?
 - Acquisition du CA- MRSA par le personnel sur le lieu de travail (environnement, patients) [C. P. Johnston et T.M.Perl, Infect control Hosp epidemiol, 2006]
 - Transmission possible aux patients et autres soignants [C. Kassis R.F. Chemaly, am j infect control, 2011] [L. Saiman, F.Wu, Infect control Hosp epidemiol, 2003]

Screening du personnel soignant

Association lors d'épidémie entre portage chez soignant et chez patient

- Transmission par du personnel avec infection personnel soignant [RP Vonberg, s.Hansen, Infect control Hosp Epidemiol,2006]
 - en particulier personnel avec FR ou infection [I. Dailey, FG O'Brien, Emerg Infect Dis 2005]
- Mais possible transmission par du personnel asymptomatique
 - 18 études avec transmission prouvée et 26 études avec transmission probable

⇒ suggère que contrairement à l'opinion générale les soignants ne sont pas que des victimes mais peuvent également jouer un rôle comme source de transmission

Screening du personnel soignant

Quand, qui, comment ??

- À l'embauche ?
 - Personnel ayant travaillé dans une zone haute endémie
 - Personnel provenant de zone avec épidémie?
- Lors d'investigation de groupement de cas
 - Personnel avec facteur de risque?
- Lors d'investigation d'épidémie
 - Personnel travaillant dans secteur épidémique
- Dépistage par médecine du personnel
 - confidentialité
- Frottis de dépistage
 - Nez, gorge, site clinique

Eradication du portage

Décolonisation des soignants

- Contribue à éliminer épidémie MRSA
- Limite le risque d'infection
- Mupirocine nasale: sûre, efficace
 - Taux succès précoce 48h-96h post ttt de 90%
 - Taux de succès à 1 mois post ttt à 70%

Traitement de décolonisation

Colonisation nasale

- Mupirocine + savon désinfectant (chlorhexidine) mieux que Mupirocine

[HF Wertheim et J. Boelens , 2005]

Efficacité

2 j après début mupirocine : absence MRSA au frottis nasal

Colonisation extranasale

- Mupirocine + savon chlorhexidine + rifampicine + doxycycline: 74% d'efficacité chez patients

[AE Simor et A McGeer, 2007]

Lutte contre MRSA

- Établir une politique au sein établissement (commission)
 - Indication au screening
 - à l'embauche?, lors d'épidémie?, si facteurs de risque?
 - Responsable du screening
 - confidentialité
 - Procédure pour le screening:
 - prélèvement (nez, gorge, plis périnéaux?, lésions cutanées?);
 - cultures sur milieux enrichis
 - Procédure pour le personnel porteur MRSA
 - Notification, conseils
 - Traitement de décolonisation et follow –up
 - Procédure pour personnel restant colonisé

Prise en charge globale du personnel MRSA

- Traitement des facteurs de risque
- Traitement de décolonisation
- Exclusion des soins aux patients
 - Jusqu'à 48h après début du traitement (portage nasal) ou fin traitement si portage extranasal?
- Documentation de la décolonisation
 - 3 sets à 48 h d'intervalle à débiter 2 jours après arrêt du ttt
- Suivi à long terme
 - 4 semaines portage nasal
 - 12 semaines portage extranasal

Entérobactéries productrices de carbapénémase (CRE)

Rôle des voyages internationaux

- Acquisition de CRE chez 3/57 voyageurs investigués entre 02.2012 et 03. 2013 [E Ruppé et S. Mathéron, www.eurosurveillance, 2014]
 - Durée du portage < 1 mois
- Soignant comme source de transmission?
 - **source potentielle** [Rong Lin, world J pediatr 2012] , [E. Munier et P. Vanhems, AJIC, 2014]

Entérocoque vancomycine résistant (VRE)

Rôle du personnel

- Évaluation de la colonisation VRE chez des soignants et leur famille : [J.Baran R.Khatib, 2014]
 - VRE isolé chez 7.3% des cas avec contact avec VRE vs 2.2% sans contact
- Suggère risque d'acquisition VRE chez soignants ayant contact avec patient porteur de VRE?
- A confirmer

Conclusion



Conclusion

- Participer à la mise à disposition des moyens de prévention (sol OH, gants, lotion hydratante ...)
- Prise en charge du personnel avec infections cutanées
- Participation active à la politique de lutte du MRSA (dépistage, prise en charge personnel MRSA, confidentialité, modalité d'éviction)
- Conseil au personnel partant en voyage
- Dépistage et prise en charge du personnel symptomatique au retour de vacances

Questions

