



**Version 1 – 4 Juillet 2007**

**Groupe de Travail Inter-Régional CCLIN Ouest**

**FICHES TECHNIQUES  
pour le dépistage et la décolonisation  
des porteurs de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline SARM**

# FICHES TECHNIQUES

## pour le dépistage et la décolonisation des porteurs de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline SARM

Fiche 1	pour le Dépistage des patients porteurs de SARM en dehors d'un contexte épidémique
Fiche 2	pour le Dépistage des patients porteurs de SARM dans un contexte épidémique
Fiche 3	pour le Dépistage des personnels porteurs de SARM dans un contexte épidémique
Fiche 4	pour le laboratoire en charge du dépistage des porteurs de SARM
Fiche 5	pour la Décolonisation des patients porteurs de SARM
Fiche 6	pour la Décolonisation des personnels porteurs de SARM

### Objectif

Standardisation des pratiques pour le dépistage et la décolonisation des porteurs de SARM

### Remarques introductives

Le dépistage des porteurs de SARM et la décolonisation des porteurs de SARM sont des éléments de la politique de prévention des infections nosocomiales à SARM. Le dépistage des porteurs de SARM et la décolonisation des porteurs de SARM doivent être réalisés dans un cadre strictement défini par le CLIN de l'établissement.

Le dépistage doit faire l'objet d'une prescription médicale.

Les patients doivent être informés.

Les mesures appliquées aux patients porteurs de SARM doivent être définies.

Le dépistage des porteurs de SARM et la décolonisation des porteurs de SARM doivent être réalisés uniquement en complément des autres mesures de prévention et de contrôle du SARM (dépistage, hygiène des mains, mesures d'isolement,...).

***Les indications pour la mise en œuvre du dépistage et de la décolonisation des porteurs de SARM ne sont pas traitées.***

### Références

1. Guide de prévention et de contrôle à l'intention des établissements de soins. Mesures de Prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA) au Québec. 2<sup>ième</sup> édition – Version intérimaire. Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Direction Risques Biologiques, environnementaux et occupationnels. Institut National de Santé Publique. Juin 2006.
2. Recommandations pour le contrôle et la prévention de la transmission de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les hôpitaux belges. Groupement pour le Dépistage, l'Étude et la Prévention des infections hospitalières. Conseil Supérieur d'Hygiène, mars 2005, 28 pages.
3. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus*. CA Muto *et al.* Infection Control and Hospital Epidemiology (2003) 24,362-386.
4. Guidelines for the control and prevention of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare facilities. JE Coia *et al.* for the Joint Working Party of the British Society of Antimicrobial Chemotherapy, the Hospital Infection Society, and the Infection Control Nurses Association. J Hosp Infect (2006) 63S:S1-S44.
5. Communiqué du Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie. <http://www.sfm.asso.fr>

## **DEPISTAGE DES PATIENTS PORTEURS DE *Staphylococcus aureus* RESISTANT A LA METICILLINE (SARM)**

Le dépistage des porteurs de SARM est un élément de la politique de prévention des infections nosocomiales à SARM.

**PRE-REQUIS** Le dépistage doit être réalisé dans un cadre défini par le CLIN de l'établissement.  
Les mesures appliquées aux patients porteurs de SARM doivent être définies.  
Les patients (ou à défaut leur représentant légal) doivent être informés.  
Le dépistage doit faire l'objet d'une prescription médicale.  
Le dépistage doit faire l'objet d'une notification spécifique sur le bon d'examen.

### **PROCÉDURE POUR LE PRÉLÈVEMENT NASAL**

- prélever à l'écouvillon sec, ou humide si narine sèche (ampoule unidose de sérum physiologique STERILE) ;
- insérer l'écouvillon dans la narine antérieure du patient (1-2 cm) et recueillir les sécrétions nasales en effectuant 5 rotations complètes de l'écouvillon ;
- répéter la même procédure dans l'autre narine du patient sans changer d'écouvillon ;
- placer l'écouvillon dans un étui de transport.

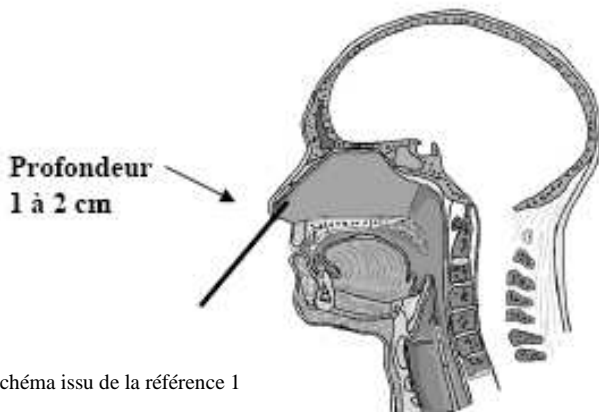


Schéma issu de la référence 1

### **PRELEVEMENTS POUR LE DEPISTAGE**

Au minimum, écouvillonnage des 2 narines antérieures + sites avec perte d'intégrité de la peau telles que les plaies et stomies.

#### **OPTIONNEL :**

- gorge ;
- expectoration si toux productive, trachéotomie ou ventilation ;
- urines si présence de sonde urinaire ;
- sites d'insertion si cathéters vasculaires, sus-pubienne ;
- périnée/péri-anal ;
- omphalite des nouveau-nés.

### **QUAND PRÉLEVER ?**

A l'entrée dans le service, et en fonction du cadre défini par le CLIN.  
**TOUJOURS AVANT LES SOINS.**

### **ACHEMINEMENT AU LABORATOIRE**

Acheminer rapidement\* le(s) écouvillon(s) à température ambiante (pas de problème de conservation si délai de prise en charge du prélèvement < 24 h).

### **RESULTATS ATTENDUS**

Les résultats négatifs sont transmis en 24 à 48 h\*.  
Les résultats positifs sont transmis en 48 h.  
L'antibiogramme n'est pas transmis (sauf demande particulière).

### **TRANSMISSION ET TRAÇABILITÉ**

Le portage est signalé à l'EOHH, communiqué au patient et colligé dans le dossier du patient.

**GROUPE INTER-REGIONAL :** R Baron, F Borgey, M Chabaud-Mayer, E Chedeville, J Delhomme, F Delille, M Eveillard, C Fièvre, ML Joly-Guillou, P Laudat, O Lehiani, R Leservoisière, F Lhuillier, E Morin, S Picault, E Piednoir, G. Rolland-Jacob, H Sénéchal, N van der Mee-Marquet, J Vaucel.

\* en fonction de l'organisation interne de l'établissement

Version 1 – 4 Juillet 2007

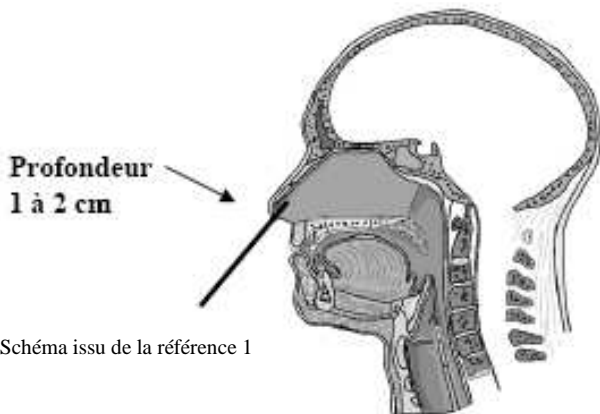
## DEPISTAGE DES PATIENTS PORTEURS DE *Staphylococcus aureus* RESISTANT A LA METICILLINE (SARM)

Le dépistage des porteurs de SARM est un élément de la politique de prévention des infections nosocomiales à SARM.

**PRE-REQUIS** Le dépistage doit être réalisé dans un cadre défini par le CLIN de l'établissement. Les mesures appliquées aux patients porteurs de SARM doivent être définies. Les patients (ou à défaut leur représentant légal) doivent être informés. Le dépistage doit faire l'objet d'une prescription médicale. Le dépistage doit faire l'objet d'une notification spécifique sur le bon d'examen.

### PROCÉDURE POUR LE PRÉLÈVEMENT NASAL

- prélever à l'écouvillon sec, ou humide si narine sèche (ampoule unidose de sérum physiologique STERILE) ;
- insérer l'écouvillon dans la narine antérieure du patient (1-2 cm) et recueillir les sécrétions nasales en effectuant 5 rotations complètes de l'écouvillon ;
- répéter la même procédure dans l'autre narine du patient sans changer d'écouvillon ;
- placer l'écouvillon dans un étui de transport.



### PRELEVEMENTS POUR LE DEPISTAGE

**Ecouvillonnage des 2 narines antérieures + sites avec perte d'intégrité de la peau telles que les plaies et stomies + 1 ou plusieurs prélèvements :**

- gorge ;
- expectoration si toux productive, trachéotomie ou ventilation ;
- urines si présence de sonde urinaire ;
- sites d'insertion si cathéters vasculaires, sus-pubienne ;
- périnée/péri-anal ;
- ombilic des nouveau-nés.

### QUAND PRÉLEVER ?

En fonction du cadre défini par le CLIN.  
**TOUJOURS AVANT LES SOINS.**

### ACHEMINEMENT AU LABORATOIRE

Acheminer rapidement\* le(s) écouvillon(s) à température ambiante (pas de problème de conservation si délai de prise en charge du prélèvement < 24 h).

### RESULTATS ATTENDUS

Les résultats sont transmis quotidiennement dans le cadre de l'investigation de l'épidémie.

### TRANSMISSION ET TRAÇABILITÉ

Le portage est signalé à l'EOHH, communiqué au patient et colligé dans le dossier du patient.

**GROUPE INTER-REGIONAL :** R Baron, F Borgey, M Chabaud-Mayer, E Chedeville, J Delhomme, F Delille, M Eveillard, C Fièvre, ML Joly-Guillou, P Laudat, O Lehiani, R Leservoisier, F Lhuillier, E Morin, S Picault, E Piednoir, G. Rolland-Jacob, H Sénéchal, N van der Mee-Marquet, J Vaucel.

\* en fonction de l'organisation interne de l'établissement

Version 1 – 4 Juillet 2007

## **DEPISTAGE DES PERSONNELS PORTEURS DE *Staphylococcus aureus* RESISTANT A LA METICILLINE (SARM)**

**Le dépistage des porteurs de SARM est un élément de la politique de prévention des infections nosocomiales à SARM.**

### **PRE-REQUIS**

- Le dépistage doit être réalisé dans un cadre défini par le CLIN de l'établissement, en accord avec la direction de l'établissement.**
- Les mesures appliquées aux personnels porteurs de SARM doivent être définies en concertation avec la Médecine du Travail de l'établissement et le CHSCT\* .**
- Les personnels doivent être informés.**
- Le dépistage doit faire l'objet d'une prescription médicale.**
- Le dépistage doit faire l'objet d'une notification sur un bon d'examen spécifique.**

### **PROCÉDURE POUR LE PRÉLÈVEMENT NASAL**

- **prélever à l'écouvillon sec, ou humide si narine sèche (ampoule unidose de sérum physiologique STERILE) ;**
- **insérer l'écouvillon dans la narine antérieure du patient (1-2 cm) et recueillir les sécrétions nasales en effectuant 5 rotations complètes de l'écouvillon ;**
- **répéter la même procédure dans l'autre narine du patient sans changer d'écouvillon ;**
- **placer l'écouvillon dans un étui de transport.**

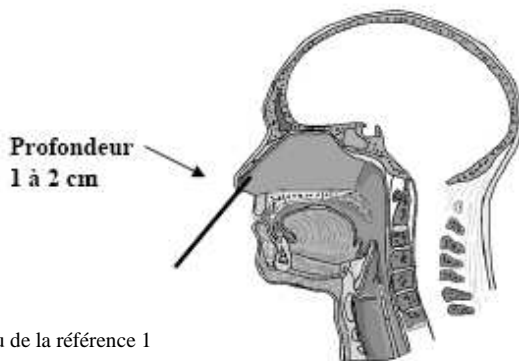


Schéma issu de la référence 1

### **PRELEVEMENTS POUR LE DEPISTAGE**

**Ecouvillonnage des 2 narines antérieures (+ lésions cutanées, plaies le cas échéant).**

### **QUAND PRÉLEVER ?**

**A la prise de fonction dans le service.**

### **ACHEMINEMENT AU LABORATOIRE**

**Acheminer rapidement\* le(s) écouvillon(s) à température ambiante (pas de problème de conservation si délai de prise en charge du prélèvement < 24 h).**

### **RESULTATS ATTENDUS**

**Les résultats sont transmis dans le cadre de l'investigation de l'épidémie et dans le respect de la confidentialité.**

### **TRANSMISSION ET TRAÇABILITÉ**

**Le portage est signalé à l'EOHH et au président de CLIN. Le portage est communiqué au personnel concerné par la Médecine du Travail.**

**GROUPE INTER-REGIONAL : R Baron, F Borgey, M Chabaud-Mayer, E Chedeville, J Delhomme, F Delille, M Eveillard, C Fièvre, ML Joly-Guillou, P Laudat, O Lehiani, R Leservoisière, F Lhuillier, E Morin, S Picault, E Piednoir, G. Rolland-Jacob, H Sénéchal, N van der Mee-Marquet, J Vaucel.**

\* en fonction de l'organisation interne de l'établissement

Version 1 – 4 Juillet 2007

# POUR LE LABORATOIRE EN CHARGE DU DEPISTAGE DES PATIENTS PORTEURS DE *Staphylococcus aureus* RESISTANT A LA METICILLINE (SARM)

Le dépistage des porteurs de SARM est un élément de la politique de prévention des infections nosocomiales à SARM.

**PRE-REQUIS** Le dépistage doit être réalisé dans un cadre défini par le CLIN de l'établissement.  
Le biologiste doit utiliser les méthodes recommandées par le CA-SFM pour l'identification des SARM.  
La participation à un réseau de biologistes est recommandée.

### DETECTION DES SARM

**ENRICHISSEMENT EN BOUILLON** pas nécessaire en dehors d'un contexte épidémique.

#### MISE EN CULTURE DES ÉCOUVILLONS

- seuls les milieux de culture gélosés commercialisés pour la détection du SARM à partir des spécimens cliniques doivent être utilisés (NB : pour les milieux additionnés d'antibiotiques, seuls ceux additionnés de B-lactamines peuvent être retenus) ;
- durée d'incubation : 24 à 48 heures ;
- les prélèvements d'un même sujet peuvent être ensemencés sur la même gélose.

#### AUTRES MÉTHODES

- des techniques de détection rapide du gène *mecA* sont commercialisées ;
- la mise en culture du prélèvement reste indispensable pour pouvoir caractériser les souches de SARM.

#### MÉTHODES D'IDENTIFICATION D'UN SARM À PARTIR D'UNE COLONIE SUSPECTE

- identification de *S. aureus* par un test d'agglutination ou coagulase ;
- confirmation de la résistance à l'oxacilline avec un test autre que le test de dépistage, au moins une fois par patient, soit par la recherche de la sensibilité à la céfoxitine (méthode de diffusion en gélose selon CA-SFM), par recherche du gène *mecA* par PCR, ou, par recherche de la PBP2a (test d'agglutination).

**CONSERVATION DES SOUCHES** au moins pendant 1 an en gélose profonde ou par congélation.

#### AUTRES ANALYSES

- détermination de la sensibilité à la mupirocine en cas de décolonisation ;
- recherche des liens épidémiologiques entre les souches dans un contexte épidémique.

#### TRANSMISSION DU RÉSULTAT ET TRAÇABILITÉ

Les résultats positifs de recherche de portage doivent être transmis sans délai à l'EOHH et au service.

**GROUPE INTER-REGIONAL** : R Baron, F Borgey, M Chabaud-Mayer, E Chedeville, J Delhomme, F Delille, M Eveillard, C Fièvre, ML Joly-Guillou, P Laudat, O Lehiani, R Leservoisier, F Lhuillier, E Morin, S Picault, E Piednoir, G Rolland-Jacob, H Sénéchal, N van der Mee-Marquet, J Vaucel

Version 1 – 4 Juillet 2007



# DECOLONISATION DES PATIENTS PORTEURS DE *Staphylococcus aureus* RESISTANT A LA METICILLINE (SARM)

La décolonisation des porteurs de SARM est un élément de la politique de prévention des infections nosocomiales à SARM et de la maîtrise des Bactéries MultiRésistantes.

La décolonisation permet d'obtenir une *réduction TRANSITOIRE* du portage de SARM

### PRE-REQUIS

La décolonisation doit être réalisée dans un cadre défini par le CLIN de l'établissement, et uniquement en complément des autres mesures de prévention et de contrôle du SARM (dépistage, hygiène des mains, mesures d'isolement,...).

La décolonisation ne peut être réalisée que pour des patients sans effraction cutanée ni dispositif invasif, sauf exception particulière décidée par l'EOHH et les cliniciens.

Les patients (ou à défaut leur représentant légal) doivent être informés.

La sensibilité du SARM à la mupirocine doit être vérifiée avant la mise en œuvre de la décolonisation.

Le protocole de décolonisation ne doit pas être répété plus de 2 fois chez un même porteur.

### METHODE DE DECOLONISATION

**La méthode de décolonisation n'est efficace  
que si les mesures 1 et 2 sont appliquées pendant 5 jours consécutifs**

#### 1 APPLICATION INTRANASALE D'UN AGENT ANTISTAPHYLOCOCCIQUE

- appliquer une noisette de mupirocine 2% sur la surface interne de chaque narine **3 fois par jour** ;
- presser le nez pour répartir la pommade sur la muqueuse nasale : le patient doit sentir le goût de la mupirocine dans le fond de sa gorge après l'application.

#### 2 TOILETTE CORPORELLE AVEC UN SAVON ANTISEPTIQUE

- **douche/bain ou toilette quotidiens** du corps entier (y compris cheveux) avec un savon à base de gluconate de chlorhexidine à 4 % ;
- mouiller la peau, appliquer le savon antiseptique sur l'ensemble du corps en insistant sur aisselles, plis inguinaux, périnée, cuir chevelu, puis rincer ;
- changer draps, serviettes et tenue du patient après chaque toilette.

### CONTRÔLE DE L'EFFICACITE DE LA DECOLONISATION

- réaliser 3 séries de prélèvements à une semaine d'intervalle ;
- tous les sites potentiels et au moins tous les sites positifs connus doivent être contrôlés ;
- la 1<sup>ère</sup> série de prélèvements doit être effectuée 7 jours après la fin de la décolonisation ;
- attendre le résultat d'une série avant le prélèvement suivant ;
- l'obtention de 3 résultats négatifs successifs signe un état transitoire de non détection du portage.

**LE CONTRÔLE DE  
L'EFFICACITÉ DE LA  
DECOLONISATION  
EST IMPERATIF**

**Si l'isolement du patient est levé, le dépistage hebdomadaire du portage de SARM doit être poursuivi.  
L'isolement du patient ne doit pas être levé si le dépistage du portage de SARM n'est pas poursuivi**

### TRANSMISSION DU RÉSULTAT ET TRAÇABILITÉ

Les résultats du contrôle de l'efficacité de la décolonisation doivent être notés sur le dossier et transmis à l'EOHH.

**GROUPE INTER-REGIONAL : R Baron, F Borgey, M Chabaud-Mayer, E Chedeville, J Delhomme, F Delille, M Eveillard, C Fièvre, ML Joly-Guillou, P Laudat, O Lehiani, R Leservoisière, F Lhuillier, E Morin, S Picault, E Piednoir, G. Rolland-Jacob, H Sénéchal, N van der Mee-Marquet, J Vaucel.**

\* en fonction de l'organisation interne de l'établissement

Version 1 – 4 Juillet 2007

## DECOLONISATION DES PERSONNELS PORTEURS DE *Staphylococcus aureus* RESISTANT A LA METICILLINE (SARM)

La décolonisation des porteurs de SARM est un élément de la politique de prévention des infections nosocomiales à SARM et de la maîtrise des Bactéries MultiRésistantes.

La décolonisation permet d'obtenir une *réduction TRANSITOIRE* du portage de SARM

### PRE-REQUIS

La décolonisation est réalisée dans un contexte d'épidémie, dans un cadre défini par le CLIN de l'établissement, en accord avec la direction de l'établissement, et uniquement en complément des autres mesures de prévention de la diffusion épidémique du SARM.

La décolonisation des personnels doit être réalisée en concertation avec la Médecine du Travail et le CHSCT de l'établissement\*.

Le Directeur de l'établissement, la direction des soins et les personnels doivent être informés.

La confidentialité des personnels doit être respectée.

La sensibilité du SARM à la mupirocine doit être vérifiée avant la mise en œuvre de la décolonisation.

Les produits nécessaires à la mise en œuvre de la décolonisation (agent antistaphylococcique pour application intranasale et savon antiseptique) doivent être prescrits par le médecin du travail et délivrés par la pharmacie de l'établissement.

Le protocole de décolonisation ne doit pas être répété plus de 2 fois chez un même porteur.

### METHODE DE DECOLONISATION

La méthode de décolonisation n'est efficace que si les mesures 1 et 2 sont appliquées pendant 5 jours consécutifs

#### 1 APPLICATION INTRANASALE D'UN AGENT ANTISTAPHYLOCOCCIQUE

- appliquer une noisette de mupirocine 2% sur la surface interne de chaque narine **3 fois par jour** ;
- presser le nez pour répartir la pommade sur la muqueuse nasale : la personne doit sentir le goût de la mupirocine dans le fond de sa gorge après l'application.

#### 2 TOILETTE CORPORELLE AVEC UN SAVON ANTISEPTIQUE

- **douche quotidienne** du corps entier (y compris cheveux) avec un savon à base de gluconate de chlorhexidine à 4 % ;
- mouiller la peau, appliquer le savon antiseptique sur l'ensemble du corps en insistant sur aisselles, plis inguinaux, périnée, cuir chevelu, puis rincer ;
- changer tenue de la personne après chaque toilette.

### CONTRÔLE DE L'EFFICACITE DE LA DECOLONISATION

- réaliser 3 séries de prélèvements à une semaine d'intervalle ;
- tous les sites potentiels et au moins tous les sites positifs connus doivent être contrôlés ;
- la 1<sup>ère</sup> série de prélèvements doit être effectuée 7 jours après la fin de la décolonisation ;
- attendre le résultat d'une série avant le prélèvement suivant ;
- l'obtention de 3 résultats négatifs successifs signe un état transitoire de non détection du portage.

**LE CONTRÔLE DE  
L'EFFICACITÉ DE LA  
DECOLONISATION  
EST IMPERATIF**

### TRANSMISSION DU RÉSULTAT ET TRAÇABILITÉ

Les résultats du contrôle de l'efficacité de la décolonisation doivent être transmis au médecin du travail, puis à l'EOHH dans le respect de la confidentialité.

### REFERENCES

1. Guide de prévention et de contrôle à l'intention des établissements de soins. Mesures de Prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA) au Québec. 2<sup>ème</sup> édition – Version intérimaire. Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Direction Risques Biologiques, environnementaux et occupationnels. Institut National de Santé Publique. Juin 2006.
2. Recommandations pour le contrôle et la prévention de la transmission de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les hôpitaux belges. Groupement pour le Dépistage, l'Etude et la Prévention des infections hospitalières. Conseil Supérieur d'Hygiène, mars 2005, 28 pages.
3. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus*. CA Muto *et al.* Infection Control and Hospital Epidemiology (2003) 24,362-386.
4. Guidelines for the control and prevention of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare facilities. JE Coia *et al.* for the Joint Working Party of the British Society of Antimicrobial Chemotherapy, the Hospital Infection Society, and the Infection Control Nurses Association. J Hosp Infect (2006) 63S:S1-S44.

**GROUPE INTER-REGIONAL** : R Baron, F Borgey, M Chabaud-Mayer, E Chedeville, J Delhomme, F Delille, M Eveillard, C Fièvre, ML Joly-Guillou, P Laudat, O Lehiani, R Leservoiesier, F Lhuillier, E Morin, S Picault, E Piednoir, G. Rolland-Jacob, H Sénéchal, N van der Mee-Marquet, J Vaucel.

\* en fonction de l'organisation interne de l'établissement

Version 1 – 4 Juillet 2007 -