

Entérocoques résistants à la vancomycine : mesures de prévention et contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

mars 2015

Sommaire

Caractéristiques des entérocoques résistants à la vancomycine

2

Mesures de prévention et de contrôle

4

L'application des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée doit être adaptée aux caractéristiques propres à ces milieux, ainsi qu'à la clientèle qui y est hébergée.

Pour les personnes résidant en hébergement de longue durée, le centre d'hébergement représente un milieu de vie¹. Bien que l'hébergement en milieu de vie substitut institutionnel soit de plus en plus réservé aux personnes qui présentent des pathologies complexes ou des incapacités motrices, sensorielles ou cognitives importantes, il doit demeurer un lieu de résidence convivial et agréable. Cette réalité module les interventions à réaliser en tant que milieu de soins. L'intensité des soins prodigués est habituellement différente de celle en milieux de soins aigus et la proportion de personnes à risque est moindre. La longue durée de séjour des résidents (souvent sur plusieurs années) limite, entre autres, l'application à long terme de mesures restrictives. Il est également important de tenir compte de l'impact qu'un isolement peut avoir sur un résident.

C'est en tenant compte de ces éléments que le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) a émis des recommandations particulières pour ces milieux spécifiques.

L'orientation principale retenue pour les mesures de PCI en milieu d'hébergement et de soins de longue durée est de **prévenir les infections par les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)**. Cela ne signifie pas que l'on ne doit pas tenir compte de la transmission. Au contraire, le CINQ considère que l'application adéquate des pratiques de base (incluant l'hygiène des résidents et l'hygiène de l'environnement et la gestion des excréta) est suffisante dans ces milieux pour prévenir la transmission. La clientèle moins à risque de développer une infection (Crossley, 2001), la

¹ L'approche *milieu de vie* est centrée sur la qualité de vie du résident et repose sur des objectifs qui, entre autres, consistent à optimiser l'autonomie fonctionnelle et psychosociale ainsi que le confort des résidents.

transmission peu fréquente dans ces milieux (Crossley, 2001) et la longue durée de portage rapportée dans certaines études (Brennan *et al.*, 1998) ont été des éléments importants pour déterminer l'orientation retenue.

Les recommandations formulées dans ce document sont issues des données de la littérature, de l'expérience clinique et de l'avis d'experts dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections. Elles sont spécifiques aux milieux d'hébergement et de soins de longue durée et diffèrent souvent grandement de celles pour les milieux de soins aigus (CINQ, 2012).

Caractéristiques des entérocoques résistants à la vancomycine

<p>Agent infectieux et réservoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) sont en augmentation constante depuis leurs premières identifications dans les années 80 (Europe et États-Unis) et 90 (Canada) (CINQ, 2012). Les données du programme provincial de surveillance (SPIN) démontrent une augmentation similaire au Québec (INSPQ, 2014). ▪ Ce sont des bactéries Gram positif ayant développé des mécanismes d'adaptation leur permettant de survivre dans les tractus digestif et génital humains (Mandell <i>et al.</i>, 2010; Agudelo Higuita et Huycke, 2014). ▪ Le principal réservoir pour les ERV dans les milieux de soins est constitué par les selles des résidents colonisés. ▪ Ces bactéries peuvent survivre dans l'environnement pendant des périodes de temps variant de 5 jours à environ 4 mois, selon les conditions environnementales (ASPC, 2010). ▪ La présence de résidents colonisés dans les milieux de soins constitue un réservoir et pourrait constituer une opportunité de dissémination de l'ERV (Elizaga <i>et al.</i>, 2002). ▪ <i>E. faecalis</i> et <i>E. faecium</i> sont les espèces les plus fréquemment retrouvées (CINQ, 2012; Agudelo Higuita et Huycke, 2014) parmi la trentaine d'espèces reconnues. Ces deux espèces sont responsables de près de 99 % des transmissions et des éclosions rapportées au Québec.
<p>Résistance aux antibiotiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les entérocoques possèdent une résistance intrinsèque (inscrite dans les chromosomes) à plusieurs antibiotiques, mais particulièrement aux aminoglycosides (de bas niveau) et aux β-lactams (CINQ, 2012). ▪ Certains entérocoques possèdent une résistance acquise. Différents mécanismes peuvent être impliqués. Les résistances observées peuvent être aux : <ul style="list-style-type: none"> ▪ aminoglycosides (de haut niveau); ▪ pénicillines; ▪ glycopeptides (vancomycine, téicoplanine); ▪ chloramphénicol.
<p>Mode de transmission et d'acquisition</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Par contact direct de personne à personne (de type fécal-oral). ▪ Par contact indirect via le matériel de soins ou l'environnement d'un résident colonisé ou infecté. ▪ Ces organismes sont capables de survivre sur les mains, les gants et les blouses des travailleurs donnant des soins directs (Mandell <i>et al.</i>, 2010).

<p>Durée de colonisation et risque de transmission</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le risque de transmission dure tant que le résident est colonisé ou infecté. Il est augmenté en présence d'un écoulement de plaie (colonisée ou infectée) et d'incontinence fécale. ■ La durée de colonisation est variable selon les études. La durée médiane de l'état de porteur serait de 41 à 49 jours (Byers <i>et al.</i>, 2002) et pourrait persister chez les patients atteints de cancer sur une période de plus de 3 ans (Roghamann <i>et al.</i>, 1997). ■ Une recrudescence de l'ERV après la prise d'antibiotiques a été observée chez des personnes dont les dépistages étaient redevenus négatifs (Byers <i>et al.</i>, 2002; Donskey <i>et al.</i>, 2002).
<p>Infections</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les infections à ERV sont rares : le programme de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) pour les ERV rapporte un taux d'infections nosocomiales de 0,19 par 10 000 jours-présence (INSPQ, 2014) pour les milieux de soins de courte durée au Québec. L'application de mesures de prévention et contrôle des infections particulières dans ces milieux permet de maintenir ce taux bas. ■ Les infections à ERV en milieu d'hébergement et de soins de longue durée sont relativement rares (Brennen <i>et al.</i>, 1998). ■ Parmi les infections à ERV rapportées plus spécifiquement dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, on retrouve : <ul style="list-style-type: none"> ■ infections urinaires le plus souvent (Smith <i>et al.</i>, 2000); ■ infections de plaie (Moro et Gagliotti, 2013). ■ Des antibiotiques sont disponibles pour le traitement des infections.
<p>Épidémiologie dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La prévalence et l'incidence de l'ERV en milieu d'hébergement et de soins de longue durée est peu connue. ■ La majorité des résidents colonisés en milieu d'hébergement et de soins de longue durée ont acquis leur ERV lors d'un séjour à l'hôpital (Brennen <i>et al.</i>, 1998). ■ Les données disponibles sont variables, mais semblent toutefois démontrer que la prévalence de la colonisation est faible, se situant entre 1 et 19 % selon les études (Padiglione <i>et al.</i>, 2001; Stuart <i>et al.</i>, 2011; van Bull <i>et al.</i>, 2012). ■ La transmission est faible en milieu d'hébergement et de soins de longue durée (Crossley, 2001).
<p>Facteurs de risque accru pour l'acquisition ou les infections à ERV²</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hospitalisation en milieu de soins aigus. L'augmentation du nombre d'hospitalisations augmente le risque de colonisation et donc d'infection. ■ Prise d'antibiotiques. ■ Présence de dispositifs invasifs. ■ Plaie de pression. ■ Résident grabataire, avec degré de sévérité de maladie plus élevé.

² L'intensité et le nombre de soins moindre dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée rendent les résidents moins à risque d'acquérir un ERV ou de développer une infection, que les patients des milieux de soins de courte durée.

Mesures de prévention et de contrôle

PRÉLÈVEMENTS	
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il n'est pas recommandé d'effectuer un dépistage en milieu d'hébergement et de soins de longue durée dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ■ à l'admission; ■ lors d'un retour d'une hospitalisation en milieu de soins de courte durée; ■ de routine en cours d'hébergement (pour les résidents connus porteurs); ■ lors de la découverte d'un cas non connu, colonisé ou infecté; ■ lors d'un congé ou d'un transfert vers un autre milieu d'hébergement et de soins de longue durée.
Infection	<ul style="list-style-type: none"> ■ Effectuer un prélèvement s'il y a présence de signes et de symptômes compatibles avec une infection.
HÉBERGEMENT, DÉPLACEMENTS DU RÉSIDENT, VISITEURS	
Hébergement du résident	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un résident connu colonisé peut partager la chambre d'un résident non colonisé s'il y a absence de facteurs augmentant le risque de contamination de l'environnement chez le porteur (incontinence fécale non contenue, plaie avec écoulement, etc.) ou d'acquisition chez le contact (plaie, sonde urinaire, etc.). ■ Ne pas placer dans la même chambre un porteur connu d'ERV avec un porteur connu de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM). ■ Un résident connu colonisé à l'ERV qui présente une incontinence fécale non contenue ou une plaie avec écoulement non contenu devrait être hébergé dans une chambre individuelle. Il devrait également avoir accès à une toilette réservée.
Consultation ou rendez-vous dans un autre milieu	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aviser le milieu receveur lors du transfert d'un résident connu porteur d'ERV vers un autre centre ou un autre département, selon la procédure établie. ■ Indiquer la date du dernier prélèvement connu positif pour ce résident.
Visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il n'y a pas de mesures particulières pour les visiteurs. ■ Encourager les visiteurs à procéder à l'hygiène des mains avant et après la visite à leur proche. ■ Un visiteur qui donne des soins devrait appliquer les mêmes mesures que celles recommandées pour le personnel soignant.
HYGIÈNE DES MAINS, ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE ET AUTRES PRÉCAUTIONS	
Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eau et savon ou utilisation de solution hydro-alcoolique.
Pratiques de base et précautions additionnelles (résident connu porteur ou non connu porteur)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pratiques de base pour tous, notamment le port de la blouse et des gants si incontinence fécale ne pouvant pas être contenue par une culotte d'incontinence ou présence d'une plaie dont les écoulements ne peuvent pas être contenus par un pansement. ■ Le port de la blouse et des gants devra être maintenu tant qu'il y a présence d'incontinence fécale non contenue ou d'une plaie avec écoulement non contenu. ■ L'application de précautions additionnelles n'est pas recommandée.

Matériel de soins et équipement médical	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre. ▪ Nettoyer tout matériel de soins réutilisable avant de l'utiliser pour un autre résident, selon les pratiques de base. ▪ Disposer le matériel médical à usage unique selon les recommandations habituelles du centre.
Hygiène des résidents	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir une bonne hygiène des résidents, selon les procédures de l'établissement. ▪ Assurer un changement régulier des draps et de la literie des résidents selon les procédures en vigueur.
Gestion des excréta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer des excréta de façon à éviter la contamination de l'environnement.
ENVIRONNEMENT, BUANDERIE, GESTION DES DÉCHETS	
Désinfection de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser l'équipement de protection individuelle habituel recommandé dans le centre. ▪ Utiliser les produits de désinfection habituels. Il n'est pas nécessaire d'utiliser des solutions chlorées pour désinfecter l'environnement d'un patient connu colonisé ou infecté par l'ERV. ▪ Effectuer la désinfection selon les procédures habituelles de l'établissement. ▪ Disposer ou nettoyer le matériel de désinfection selon les procédures habituelles du centre.
Vaisselle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les procédures habituelles du centre pour le nettoyage de la vaisselle et des ustensiles.
Buanderie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les procédures habituelles du centre pour le lavage de la lingerie et de la literie, ainsi que des vêtements du résident. ▪ Appliquer les procédures habituelles pour le lavage des vêtements des résidents effectué sur l'unité/étage ou par les familles.
Gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les procédures habituelles du centre pour la disposition des déchets.
ÉCLOSION	
Définition d'une éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence dans un même établissement de soins, de deux nouveaux cas de colonisation ou d'infection par une même souche d'ERV transmise en milieu de soins.
Mesures de prévention et de contrôle des infections	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer l'application des pratiques de base. ▪ Identifier les facteurs pouvant expliquer la transmission à l'origine de l'éclosion et les corriger. ▪ Il n'y a pas de dépistage recommandé.

Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC), *Routine Practices and Additional Precautions for Preventing the transmission of infection in Health Care*, 2010.

AGUDELO HIGUITA, NI. ET MM. HUYCKE, *Enterococcal disease, epidemiology and implications for treatment*, in Gilmore, MS, DB. Celwell, Y. Ike and N. Shankar, Enterococci: From Commensals to Leading Causes of Drug Resistant Infection [Internet]. Boston: Massachusetts Eye and Ear Infirmary, 2014 February 4.

BRENNEN, C., MM. WAGENER ET RR. MUDER, *Vancomycine-Resistant Enterococcus faecium in a Long-Term Care Facility*, Journal of the American Geriatrics Society, volume 46, issue 2, february 1998.

BYERS, K.E., A.M. ANGLIM, C.J. ANNESKI, ET B.M. FARR, *Duration of colonization with vancomycin-resistant enterococcus*, SHEA, Infection control and hospital epidemiology, vol. 23, no. 4, avril 2002, p. 207-211.

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ), *Mesures de prévention et contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, septembre 2012, 135 p.

CROSSLEY, K., *Long-term care facilities as sources of antibiotic-resistant nosocomial pathogens*, Current Opinion in Infectious Diseases, 2001, 14 : 455-459.

DONSKEY, C.J., CK. HOYEN, SM. DAS, MS. HELFAND ET MT. HECKER, *Recurrence of Vancomycin-Resistant Enterococcus Stool Colonization During Antibiotic*.

Therapy, Infection Control and Hospital Epidemiology, volume 23, no. 8, august 2002, p. 436-440.

ELIZAGA, ML., RA. WEINSTEIN ET MK. HAYDEN, *Patients in Long-Term Care Facilities: A Reservoir for Vancomycin-Resistant Enterococci*, Clinical Infectious Diseases, volume 34, no. 4, february 15, 2002, p. 4416-446.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), *Surveillance de l'ERV au 14 juillet 2014*, consulté le 12 janvier 2015 au <http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/spin-erv/surveillance-2013-2014>.

MANDELL, G.L., J.E. BENNETT ET R. DOLIN (sous la dir. de), *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, vol. 2, 7^e édition, Philadelphie (Pennsylvanie), Churchill Livingstone Elsevier, 2010, p. 2232.

MORO, ML. ET C. GAGLIOTTI, *Antimicrobial resistance and stewardship in long-term care settings*, Future Microbiology, 2013(8)8, 1011-1025.

PADIGLIONE, AA., E. GRABSCH, R. WOLFE, K. GIBSON ET L. GREYSON, *The Prevalence of Fecal Colonization With VRE Among residents of long-Term-Care Facilities in Melbourne, Australia*, Infection Control and Hospital Epidemiology, volume 22, no. 9, september 2001, p. 576-578.

ROGHMANN, MC, S. QAIYUMI, JA. JOHNSON, R. SCHWALBE ET JG. MORRIS, *Recurrent vancomycin-resistant Enterococcus faecium bacteremia in a leukemia patient who was persistently colonized with vancomycin-resistant enterococci for two years*, Clinical Infectious Diseases, 1997, 24 : 514-515.

SMITH, PW., CW. SEIP, SC. SCHAEFER ET C. BELL-DIXON, *Microbiologic survey of long-term care facilities*, Nebraska Infection Control Network and the University of Nebraska Medical Center, 2000.

STUART, RL., D. KOTSANAS, B. WEBB, S. VANDERGRAAF, EE. GILLESPIE, GG. HOGG ET TM. KORMAN, *Prevalence of antimicrobial-resistant organisms in residential aged care facilities*, MJA (5) 9, 7 november 2011, p. 530-533.

VAN BUUL, LW., JT. VAN DER STEEN, RB. VEENHUIZEN, WP. ACHTERBERG, FG. SCHELLEVIS, RTGM. ESSINK, BHB. VAN BENTHEM, S. NATSCH ET CMPM. HERTOOGH, *Antibiotic Use and Resistance in Long Term Care Facilities*, JAMDA, 13(2012) 568.e1-568.e13.

Entérocoques résistants à la vancomycine : mesures de prévention et contrôle pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Karine Boissonneault, infirmière clinicienne spécialisée
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

Marjolaine Brideau, conseillère scientifique
Institut national de santé publique du Québec

Josette Charles, conseillère en prévention des infections
CHSDL Juif de Montréal

Annie Marceau, conseillère en soins
Groupe Champlain Montérégie

Nicole Mercier, médecin omnipraticienne
Centre de santé et de services sociaux de Thérèse-de Blainville

Joannie Van Houtte-St-Gelais, conseillère en soins spécialisés
Hôpital Notre-Dame du CHUM

SOUS LA COORDINATION DE

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-73180-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2015)

