

## **STAPHYLOCOCCUS AUREUS ET SARM**

### **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

#### **Définition**

Le *Staphylococcus aureus* (ou staphylocoque doré) est une bactérie que l'on peut trouver normalement sur la peau et les muqueuses. Certains *Staphylococcus aureus* produisent des toxines et peuvent être responsables de divers syndromes, par exemple des intoxications alimentaires.

Le SARM est un *Staphylococcus aureus* résistant aux pénicillines semi-synthétiques, dont la méthicilline. Apparu dans les années 1960, le SARM était au début principalement acquis en milieu hospitalier (SARM-H ou SARM nosocomial). Par la suite, des cas d'infections causées par des SARM-AC ont été décrits.

Sur le plan génétique, les SARM-AC sont différents des SARM-H et présentent généralement des résistances différentes aux antibiotiques.

#### **Épidémiologie**

Le *Staphylococcus aureus* colonise la peau et les muqueuses de 10 à 40 % des enfants et des adultes en bonne santé. Les narines, la gorge, le périnée, les aisselles, le vagin et le rectum sont les sites les plus souvent colonisés. Le *Staphylococcus aureus* est l'agent pathogène le plus fréquemment trouvé dans les infections de la peau et des tissus mous.

Le SARM colonise les mêmes sites corporels que le *Staphylococcus aureus*, mais chez un moins grand nombre de personnes. Certains individus sont plus à risque d'être porteurs du SARM, en fonction de l'origine de la bactérie :

- Le SARM-H est majoritairement trouvé chez des individus ayant un lien avec le milieu hospitalier ou avec une prestation de soins.
- Le SARM-AC est plus fréquemment trouvé chez certains groupes d'individus ayant des contacts étroits entre eux (athlètes pratiquant des sports de contact, utilisateurs de drogues par injection, militaires, détenus, communautés autochtones, services de garde). Des éclosions ont d'ailleurs été décrites parmi ces groupes. Certains isolats de SARM-AC ont atteint des proportions épidémiques dans plusieurs régions du monde.

Par ailleurs, étant donné que des SARM-H peuvent se retrouver dans la communauté et que des SARM-AC peuvent se retrouver dans les milieux de soins, il devient difficile de catégoriser les SARM seulement sur une base épidémiologique.

#### **Tableau clinique**

Le *Staphylococcus aureus* cause principalement des infections de la peau et des tissus mous : abcès, furoncle, folliculite, impétigo, cellulite. Le *Staphylococcus aureus* peut également causer des infections profondes : endocardite, péritonite, pneumonie nécrosante, bactériémie, méningite, ostéomyélite, arthrite septique et infections des os, des articulations et des organes. Plus rarement, il est responsable de syndromes liés aux effets des toxines produites par la bactérie, par exemple le syndrome du choc toxique et l'intoxication alimentaire.

Chez les patients hospitalisés, le *Staphylococcus aureus*, dont le SARM-H, est le principal responsable de plusieurs types d'infections nosocomiales, notamment des infections de plaies post-opératoires ou de cathéter, des pneumonies et des septicémies.

Les infections à SARM-AC se manifestent le plus souvent par des infections bénignes de la peau, en particulier des abcès et des furoncles, mais peuvent être à l'origine d'infections très graves, même chez des individus en bonne santé, comme des pneumonies nécrosantes et des fasciites.

### **Complications**

Les infections à *Staphylococcus aureus* et à SARM peuvent entraîner le même type de complications, par exemple des septicémies avec ou sans choc septique et même des décès.

### **Durée de la maladie**

La durée de la maladie est variable et dépend du type d'infection et de la réponse au traitement.

### **Modes de transmission**

La transmission se fait par contact avec la peau, les lésions cutanées, le pus et les sécrétions respiratoires :

- Par contact direct.
- Par contact indirect.
- Par projection de gouttelettes en présence de pneumonie.
- Par véhicule commun : des éclosions de *Staphylococcus aureus* ont été décrites à la suite de contamination alimentaire.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

### **Période d'incubation**

La période d'incubation est inconnue.

### **Période de contagiosité**

La période de contagiosité dure tant que l'individu demeure colonisé ou infecté par la bactérie.

### **Réceptivité**

Tous les individus sont susceptibles de faire une infection à *Staphylococcus aureus* ou à SARM.

### **Immunité**

L'infection par le *Staphylococcus aureus* ou par le SARM ne confère aucune immunité.

Il n'existe aucun vaccin contre le *Staphylococcus aureus* ou le SARM.

### Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Culture bactérienne de lésions cutanées, pus, sang et autres spécimens, selon le site anatomique atteint.
- TAAN, utilisés occasionnellement pour le dépistage.
- En cas d'éclosion, aux fins d'enquête épidémiologique, le Laboratoire de santé publique du Québec pourrait effectuer des analyses supplémentaires pour vérifier si une souche de *Staphylococcus aureus* spécifique est responsable de l'éclosion.

### Traitement

#### ◆ Spécifique

- Pour les infections bénignes à *Staphylococcus aureus* et à SARM-AC chez les personnes en bonne santé (folliculites, furoncles, petit abcès sans cellulite) : drainage ou application d'un antibiotique topique.
- Pour les autres infections, une antibiothérapie est généralement nécessaire.
- La décolonisation du SARM peut être recommandée dans certaines circonstances pour les personnes colonisées ou infectées par le SARM. La décolonisation permet d'éliminer l'état de porteur de façon permanente ou transitoire à l'aide d'antibiotiques et de chlorhexidine topique.

#### ◆ De soutien

Selon le tableau clinique.

### MESURES À PRENDRE

#### Enquête

Une enquête peut être réalisée par la DSP en présence d'une éclosion à *Staphylococcus aureus*.

Aucune enquête n'est réalisée pour un cas sporadique d'infection par le *Staphylococcus aureus* ou par le SARM.

Il y a éclosion si 2 cas et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps (à l'intérieur d'un délai de 20 jours) et de personne sont signalés, par exemple 2 cas et plus dans un service de garde, dans une même classe ou dans une même équipe sportive.

Avant toute intervention, le diagnostic doit être confirmé par un médecin traitant.

Toute éclosion devrait faire l'objet d'un signalement à la DSP. Les intervenants de santé publique devraient alors réaliser une enquête pour détailler la situation et émettre des recommandations.

## Mesures de contrôle

### ◆ Sujet

- L'enfant doit être exclu selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#) ou s'il :
  - Présente une plaie exsudative qui ne peut être couverte par un pansement;
  - Ne peut pas appliquer les mesures d'hygiène adéquates;
  - Est un athlète qui pratique un sport de contact. Il pourra reprendre ses activités sportives lorsque l'infection sera guérie.
- Si le sujet manipule ou prépare des aliments et présente des plaies infectées sur les mains, les avant-bras ou des régions du corps exposées impossibles à couvrir complètement par un pansement propre et étanche (ex. : paupière, visage, cuir chevelu, cou), le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu'à ce que les lésions soient sèches.
- Pour plus de détails, voir <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Transformation/Qualitedesaliments/toxiinfections/Pages/recommandations.aspx>.
- Pour les infections graves (endocardite, pneumonie, bactériémie, etc.), l'individu peut réintégrer le milieu lorsque sa condition médicale le lui permet.

### ◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
  - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les éducatrices fréquentant le service ainsi que les personnes de la maison ayant des contacts avec les enfants;
  - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au groupe du cas. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
  - Dans une école primaire ou secondaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
  - Dans une équipe sportive : les athlètes, les entraîneurs et les personnes liées à l'équipe.
- En cas d'éclosion d'infection à SARM, remettre une lettre explicative aux contacts.
- Le dépistage des contacts asymptomatiques par recherche du SARM dans les muqueuses nasales ou sur la peau n'est généralement pas recommandé. Il pourrait être recommandé par la DSP en cas d'éclosion dans les milieux où le nombre de contacts est limité (ex. : service de garde en milieu familial) si l'éclosion persiste malgré la mise en place adéquate des mesures de contrôle ou si plus d'une éclosion survient dans le même groupe à l'intérieur d'une période de 6 mois.

### Mesures d'hygiène et environnement

Éviter le partage des articles personnels (vêtements, serviettes, peignes, brosses). Éviter le partage des déguisements et des équipements sportifs personnels (casques, uniformes, etc.) ou les laver après chaque utilisation.

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : <a href="#">Hygiène des mains</a> .
	Chapitre 4, section : <a href="#">Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux</a> . <a href="#">Annexes 3</a> et <a href="#">4</a> .
	Chapitre 4, section : <a href="#">Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments</a>
	Chapitre 4, section : <a href="#">Hygiène respiratoire</a> . En présence de pneumonie seulement.

### Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas d'infection au cours des 28 jours suivant l'apparition du dernier cas.

**LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL****Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : \_\_\_\_\_

Service de garde ou école : \_\_\_\_\_

**Objet : Infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)**

Chers parents,  
Chers membres du personnel,

Présentement, au service de garde ou à l'école, des cas d'infections causées par une bactérie appelée SARM ont été rapportés. Cette bactérie cause parfois des infections de la peau comme des furoncles ou des infections de plaie. Le SARM est résistant à certains antibiotiques et, dans de rares cas, il peut causer des infections graves comme la pneumonie.

Le SARM peut se transmettre par des contacts avec les mains et les objets contaminés (jouets, objets personnels comme les serviettes ou l'équipement sportif). Le lavage des mains est le meilleur moyen de prévention et doit être associé au renforcement de l'hygiène personnelle, par exemple bain ou douche régulière, non-partage des objets personnels, pansement sur les blessures qui suintent ou les plaies tant qu'elles ne sont pas guéries.

Une personne qui présente de la fièvre, une infection de la peau ou des symptômes respiratoires devrait consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin.

Si des tests confirment le diagnostic d'infection à SARM, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : \_\_\_\_\_

(en lettres moulées)

Signature : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_