



# Dépistage à l'admission des patients au Centre Hospitalier Universitaire de Montréal : Que savons-nous?

**Chantal Soucy, DESS infirmière clinicienne spécialisée en PCI  
Chef de service de PCI du CHUM, Dominic Joubert, Karine Normand, Patrice Savard MD MSc**

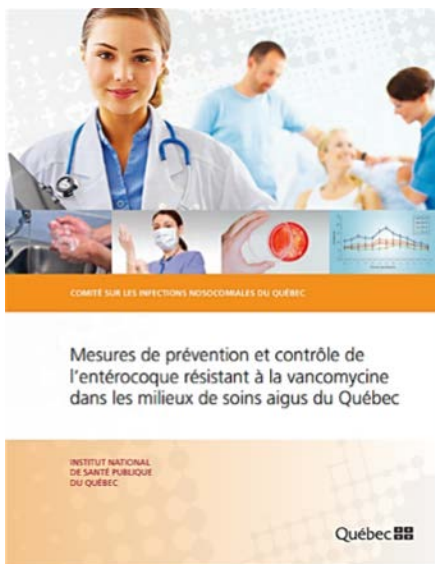
# Objectifs



- Évaluer l'observance des soignants aux dépistages requis par l'ordonnance collective lors de l'admission, des Hôpitaux Universitaires de Genève et de Montréal.
- De proposer des solutions visant à promouvoir le respect de l'ordonnance collective pour les dépistages à l'admission
- D'évaluer l'efficacité de l'interventions par un audit post changement de l'ordonnance collective



# Contexte Québécois ERV, SARM et EPC



## Dépistage à l'admission

R.63 Procéder au dépistage de l'ERV à l'admission de la clientèle à risque d'être porteuse d'ERV :

- Patients déjà connus porteurs d'ERV (antécédents de colonisation ou d'infection);
- Patients ayant une histoire de séjour  $\geq 24$  heures consécutives au cours des 12 derniers mois dans tout milieu de soins, incluant les patients directement transférés d'un autre milieu de soins;
- Contact étroit d'un cas connu qui n'aurait pas eu les dépistages requis pour confirmer qu'il n'y a pas eu de transmission;
- Patients traités sur une base régulière en clinique externe d'hémodialyse ou d'oncologie, selon l'épidémiologie locale;
- La stratégie de dépistage à l'admission retenue par un centre hospitalier doit être évaluée périodiquement selon l'évolution de la situation épidémiologique locale et les facteurs de risques locaux.

**INSPQ** INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de soins aigus



COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

Février 2018

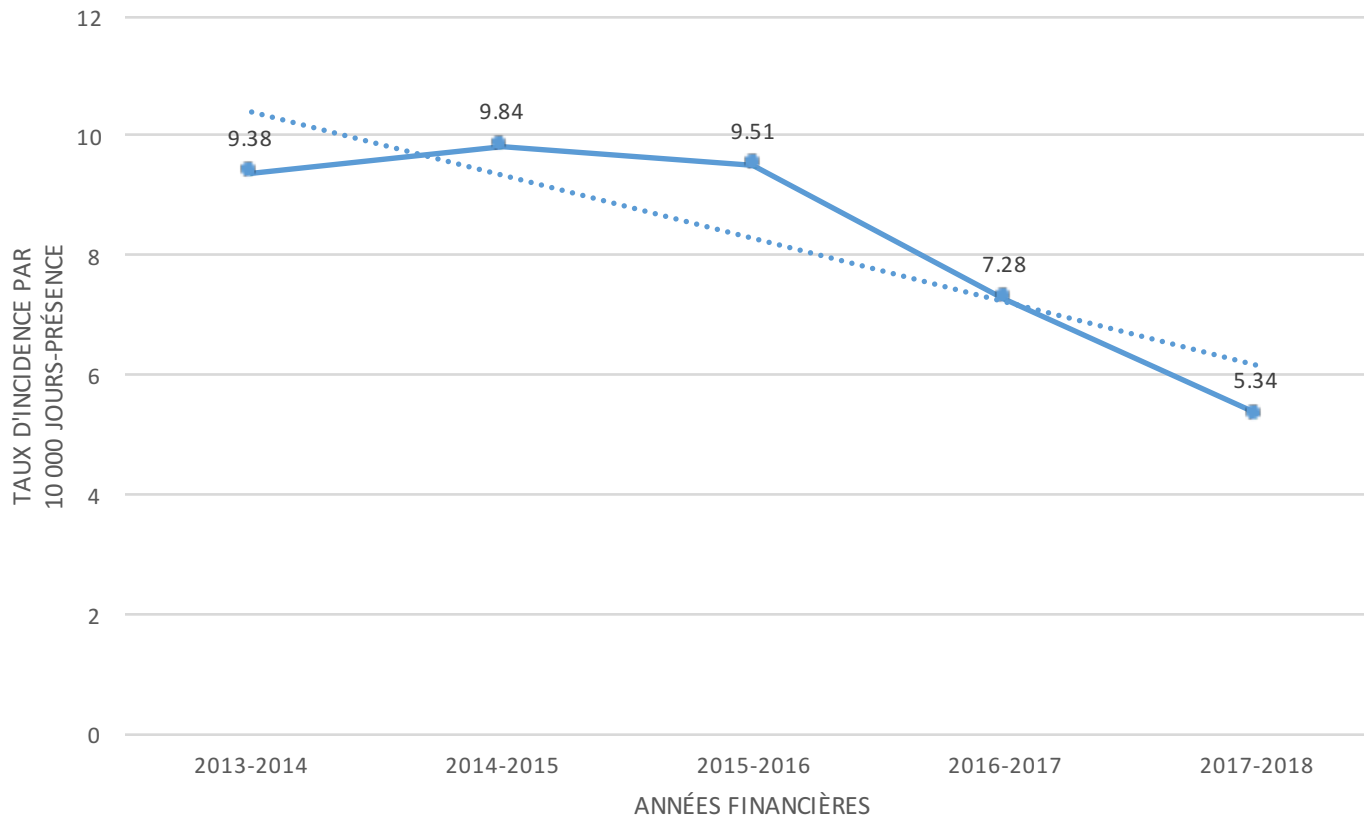
<https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales>

Type de clientèle	Fréquence des dépistages	Application des précautions additionnelles dans l'attente des résultats
<p><b>Dépistage à l'admission</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usager transféré directement en provenance d'un établissement de soins hors Québec</li> <li>• Usager avec histoire d'hospitalisation ou ayant reçu des soins de santé dans la dernière année dans un établissement de soins hors Québec</li> <li>• Usager transféré directement d'un établissement de soins au Québec (hôpital, CHSLD ou centre de réadaptation) avec <b>éclosion active</b> (voir liste des milieux de soins avec éclosion inscrits sur « l'Avis sur les bactéries multirésistantes – Rapport cumulatif des signalements d'éclosions faits au ministère de la Santé et des Services sociaux »)</li> <li>• Usager avec histoire d'hospitalisation ou de séjour d'une durée <math>\geq 24</math> h au cours des 3 derniers mois dans un établissement de soins<sup>a</sup> au Québec (hôpital, CHSLD ou centre de réadaptation) inscrit sur la liste des milieux de soins ayant connu une éclosion (voir « Avis BMR »)</li> </ul>	<p>Dépistage lors de l'admission (jour 0) et aux jours 7 et 14 suivant l'admission</p>	<p>Appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact (minimalement contact au lit si hébergement en chambre individuelle impossible) <b>jusqu'à l'obtention des trois dépistages négatifs suivant l'admission.</b></p>

# Contexte Québécois de l'ERV nosocomial



INCIDENCE DE LA COLONISATION NOSOCOMIALE À ERV AU QUÉBEC ENTRE  
2013 et 2018

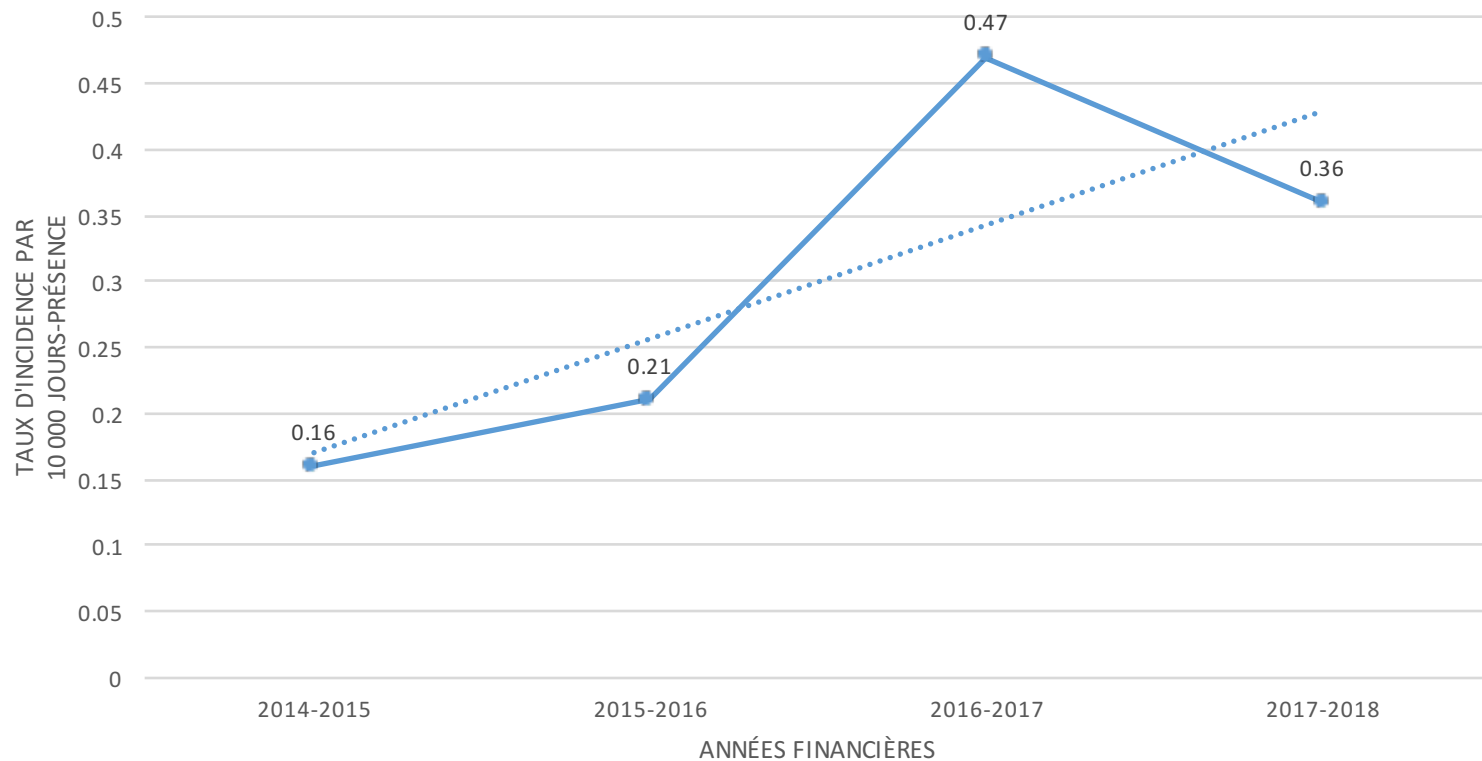




# Contexte Québécois des EPC nosocomiaux

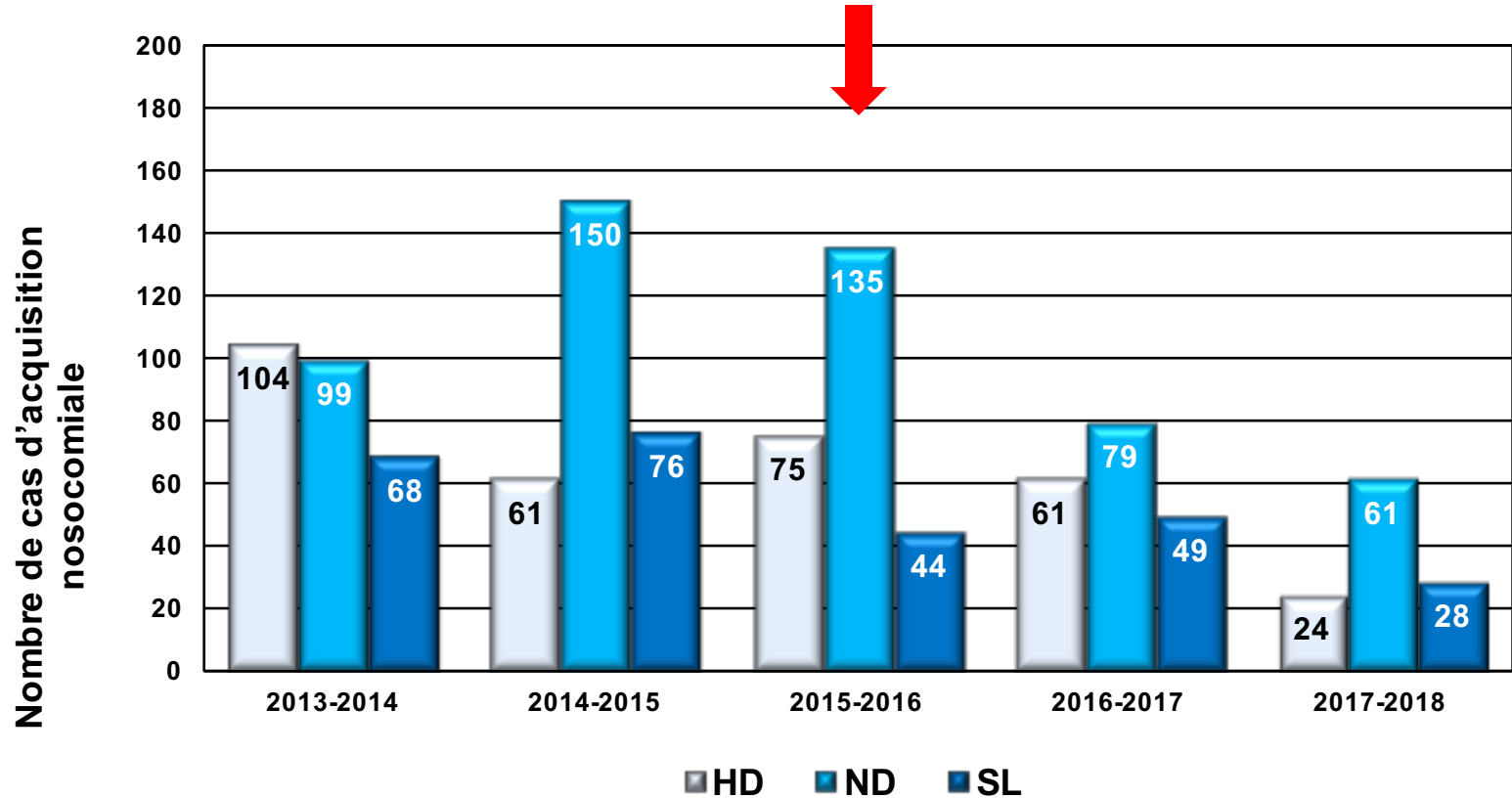


INCIDENCE DE LA COLONISATION NOSOCOMIALE A EPC AU QUEBEC ENTRE 2014 et 2018



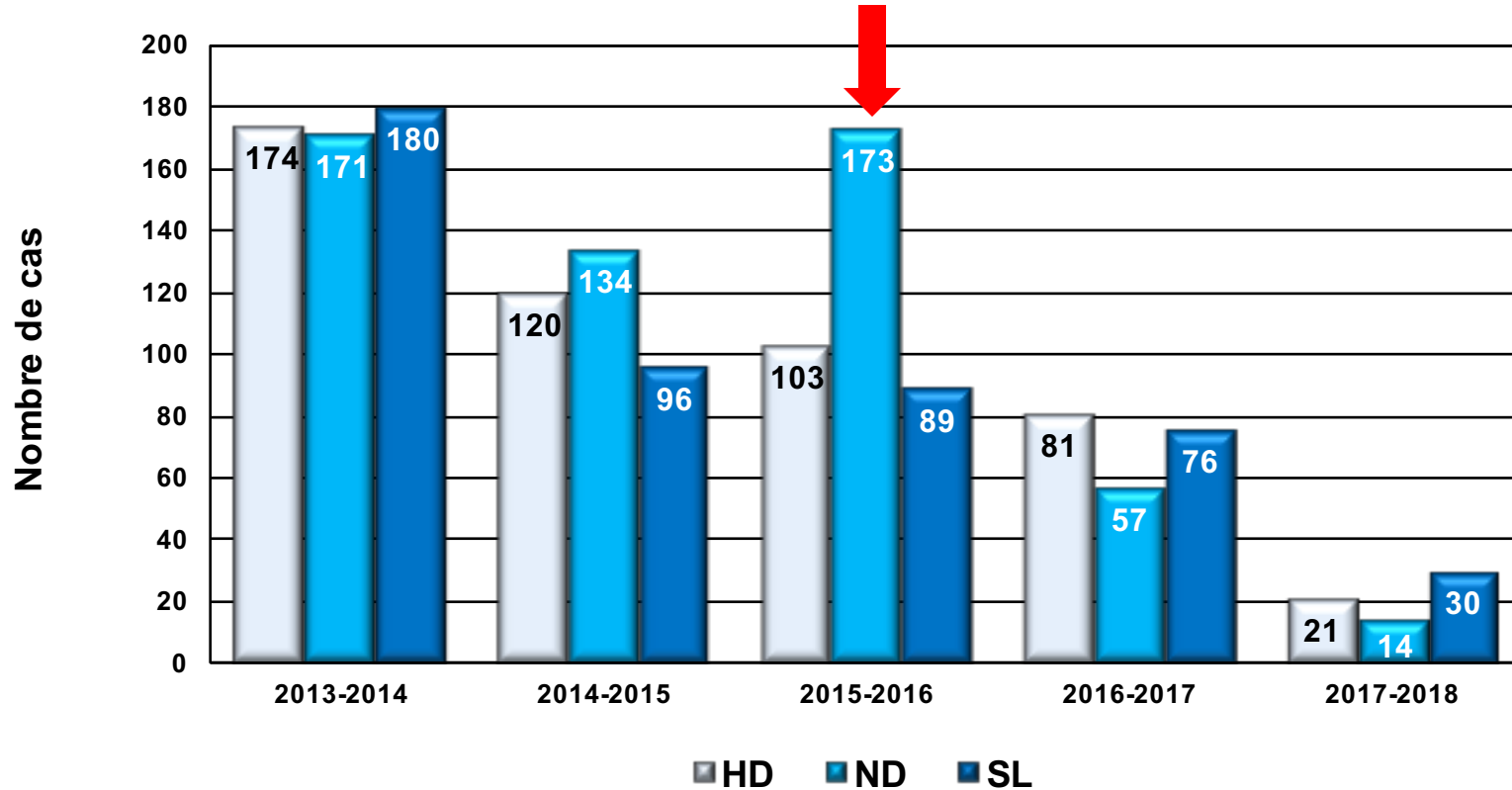
# Situation épidémiologique au CHUM

## SARM

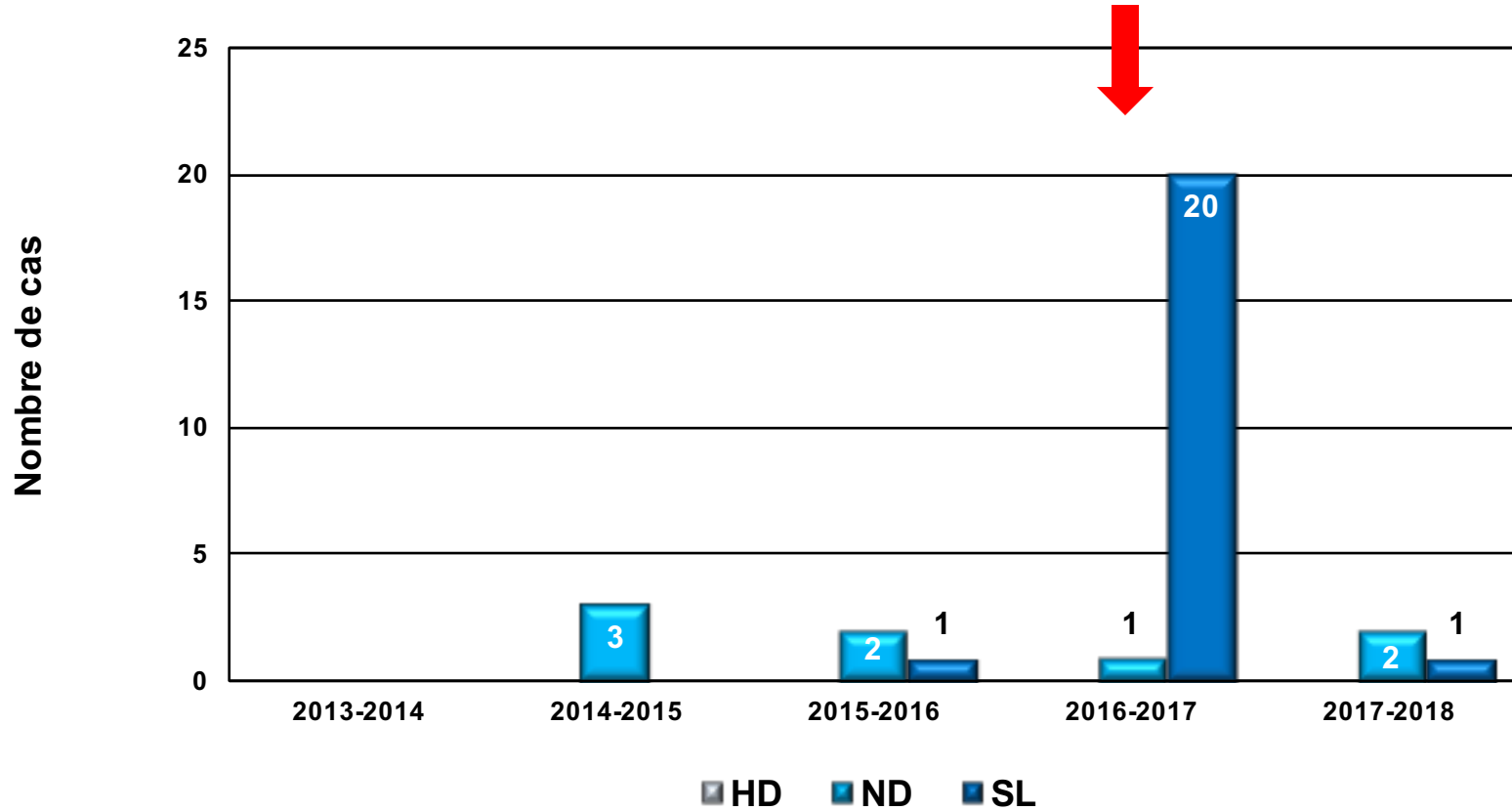


# Situation épidémiologique au CHUM

## ERV



# Situation épidémiologique au CHUM EPC





# En pratique: élaboration d'une ordonnance collective



- I. Véritable levier interdisciplinaire, l'ordonnance collective favorise l'autonomie de l'infirmière et le plein déploiement de son expertise clinique.
- II. Elle permet à une infirmière d'exercer certaines activités réservées à partir de son évaluation, sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle ou une évaluation du médecin.
- III. L'élaboration d'une ordonnance collective demeure sous la responsabilité du médecin. Toutefois, l'infirmière peut collaborer à son élaboration et à sa validation.
- IV. L'ordonnance collective doit être validée et approuvée par les instances reconnues. (CMDP – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens)



# En pratique: la première mouture...



CENTRE HOSPITALIER DE  
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## IDENTIFICATION DES PATIENTS PORTEURS DE BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES : ERV, SARM et ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASSES (EPC)

### QUESTIONNAIRE ET ORDONNANCE PERMANENTE N° B-106

QUESTIONS A POSER AU PATIENT OU A LA PERSONNE SIGNIFICATIVE L'ACCOMPAGNANT (*cette section est remplie soit à l'accueil, à l'urgence ou en pré-admission*)

**Ce formulaire doit être rempli dès l'arrivée du patient à l'urgence ou lorsqu'une demande d'hospitalisation est faite. Il ne s'applique pas aux clientèles mère-enfant et de psychiatrie.**

	NE PEUT RÉPONDRE	OUI	NON	NE SAIT PAS
1. Êtes-vous porteur d'une bactérie multirésistante ?				
2. Depuis la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e), c'est-à-dire couché(e) dans un lit d'hôpital durant plus de 24 heures, ceci exclut être couché(e) à l'urgence.				
3. Depuis la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e), c'est-à-dire couché(e) dans un lit d'hôpital <u>à l'extérieur du Québec ou dans un hôpital présent sur la liste*</u> , durant plus de 24 heures, ceci exclut être couché(e) à l'urgence.				
4. Depuis les 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e), c'est-à-dire couché(e) dans un lit d'hôpital durant plus de 24 heures, ceci exclut être couché(e) à l'urgence.				

\* Cette liste est envoyée par la Direction de la santé publique de Montréal

**Par hôpital, on entend :** *centre hospitalier de courte et de longue durée, centre de réadaptation et maison d'hébergement.*

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

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

SI LE PATIENT A RÉPONDU **OUI** À LA QUESTION 1:

Isoler le patient à l'urgence ou à l'unité de soins dès son admission;

Procéder aux **prélèvements A, B**, pour culture dès qu'il y a une demande d'hospitalisation.

# En pratique: la première mouture...

SI LE PATIENT A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 2 ET/OU 4, OU SI LE PATIENT NE PEUT RÉPONDRE OU NE SAIT PAS:

Procéder aux **prélèvements A, B** pour culture dès qu'il y a une demande d'hospitalisation.

SI LE PATIENT A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 3:

Isoler le patient à l'urgence ou à l'unité de soins dès son admission;

Procéder au **prélèvement A, B, C** pour culture dès qu'il y a une demande d'hospitalisation. (Trois écouvillons différents)

PRÉLÈVEMENTS NB : Un écouvillon par analyse demandée	DATE	SIGNATURE
<b>A</b> Recherche d'ERV Culture de selles ou écouvillonnage rectal.		
<b>B</b> Recherche de SARM Nez : utiliser 1 seul écouvillon pour les 2 narines. Si le patient est porteur de SARM et présence de : Stomie : utiliser 1 écouvillon par stomie et effectuer les prélèvements <u>autour</u> de la plaie; Plaie : utiliser 1 écouvillon par plaie; Sonde vésicale : prélèvement pour culture d'urine.		
<b>C</b> Recherche d'entérobactéries productrices de carbapénémases Culture de selles ou écouvillonnage rectal.		

# Méthode: audits du respect de l'OC

## Identification de l'ordonnance collective

- Les dossiers des 150 premiers patients admis dans la semaine du 1er mai 2016 au 5 juin 2016, dans chacun des sites du CHUM, sont révisés, pour un total de 450 patients.
- Les dossiers des patients admis dans la semaine 1 juin au 15 juin 2018, au CHUM, sont révisés, pour un total de 200 patients.
- La clientèle admise dans les unités suivantes est exclue de l'étude : Les unités de psychiatrie, l'unité mère enfant, la pouponnière et les unités de chirurgie d'un jour.
- Dans la situation où l'ordonnance collective n'était pas présente au dossier, et le dépistage a été effectué (ce, dernier n'a pas été comptabilisé)

## Définition

- Dans le cadre des protocoles d'admission (HUG-CHUM), il a été retenu de considérer comme dépistage à l'admission jusqu'à (48h) après son admission sur une unité de soins.





# RÉSULTATS

Conformité à l'ordonnance collective et au  
dépistage



# Audit OC et dépistages CHUM mai 2016

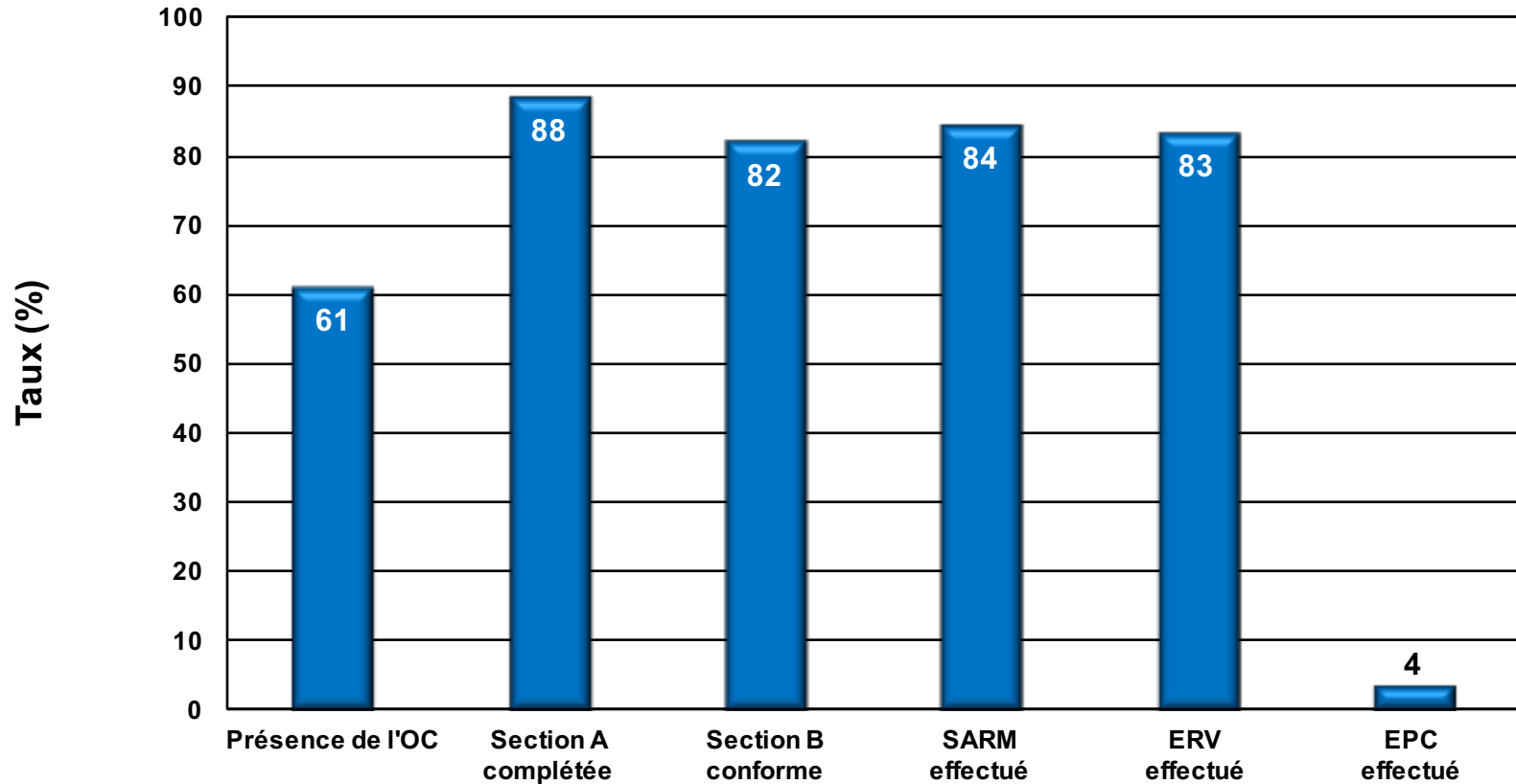
## résultat global

CHUM (450)	Urg n=200		Pré-ad n=82		Elec n=138		Trans n=30	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Présence de l'OC	127	64	79	96	55	40	13	43
Section A complétée	108	85	77	97	45	82	12	92
Section B conforme	98	77	68	86	46	84	12	92
SARM effectué	174	87	78	95	100	72	27	90
ERV effectué	172	86	75	91	100	72	27	90
EPC effectué	8	4	6	7	2	1	1	3



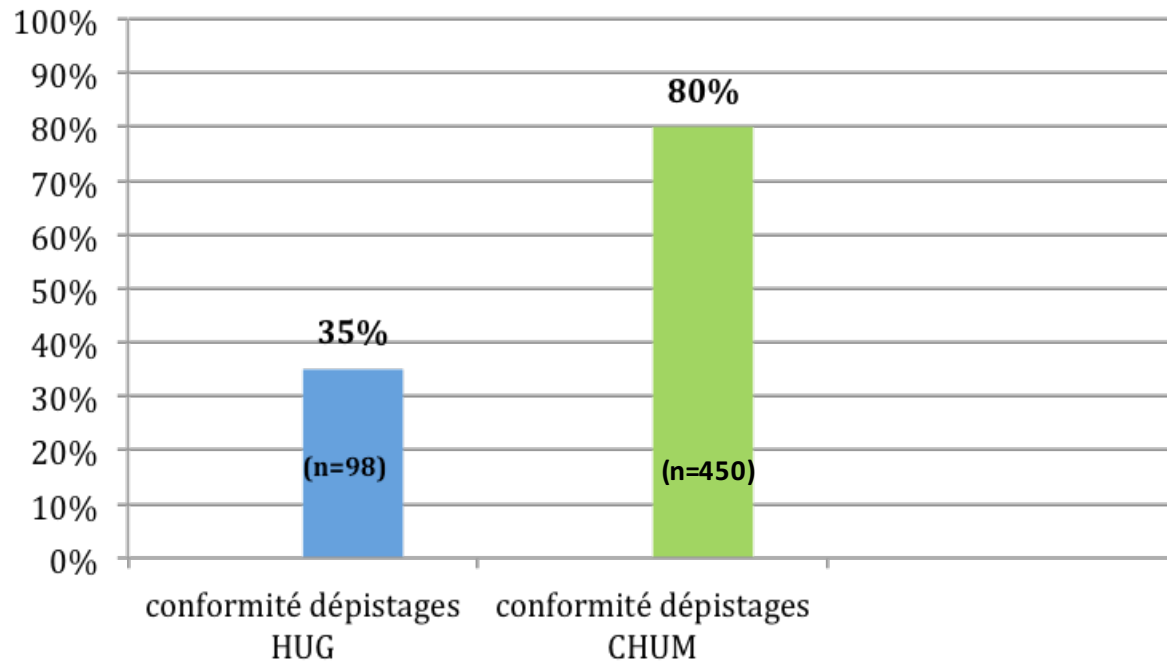
# CHUM audit mai 2016

## conformité OC et dépistages



# La suite...

## Observance des dépistages HUG-CHUM



# Notre déménagement en 2017



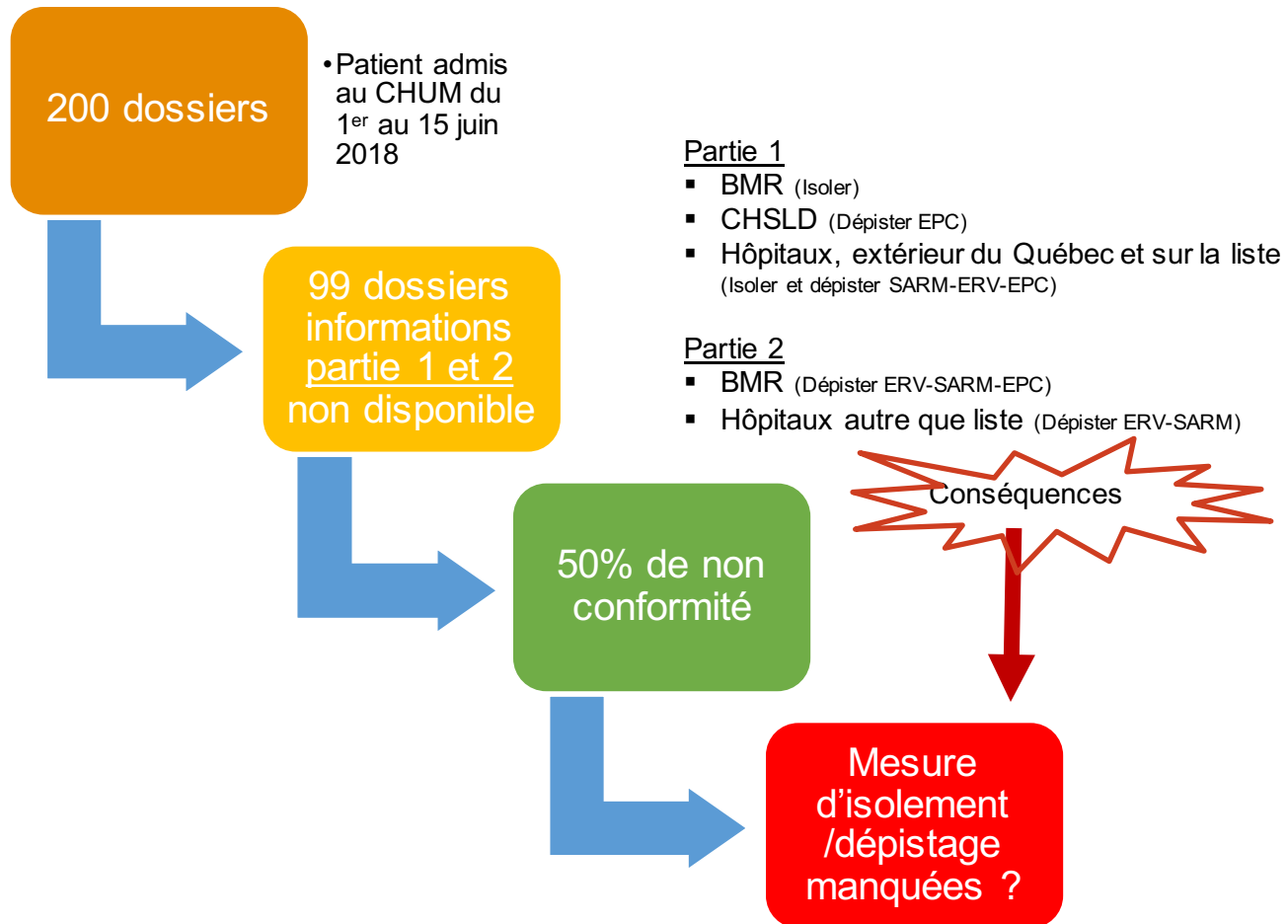


# Audit OC et dépistages CHUM juin 2018

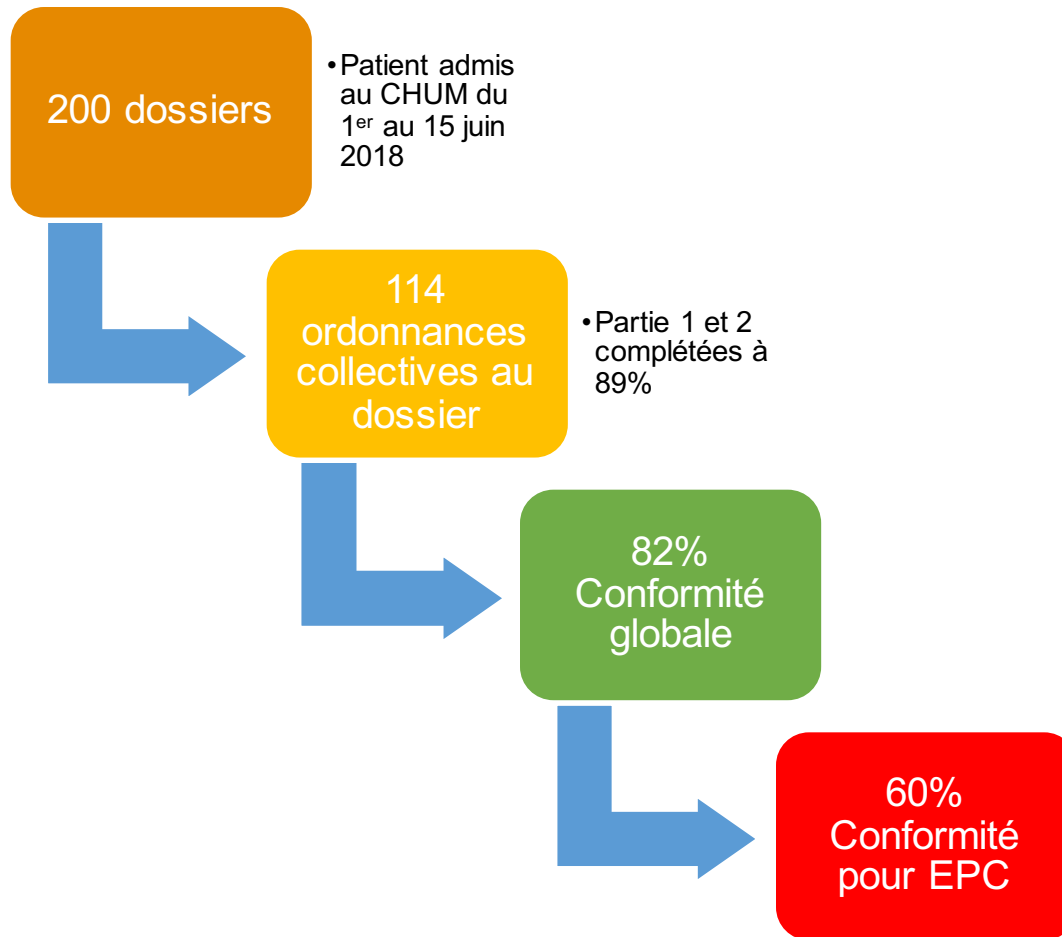
## résultat global

CHUM	Urg n=111		Pré-ad n=45		Elec n=44		Total CHUM n=200	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Présence de l'OC	62	56	41	91	11	25	114	57
Partie 1 complétée	53	85	41	100	10	91	104	91
Partie 2 complétée	54	87	41	100	10	91	105	92
Partie 1 et 2 complétée	50	81	41	100	10	91	101	89
Conformité globale: présence d'une OC bien remplie (et dépistage)	47	76	39	95	8	73	94	82
EPC requis et effectué	4/9	44	4/5	80	4/6	66	12/20	60

# Information **non disponible** sur **ensemble** **des dossiers vus** CHUM juin 2018 (rétrospective)



# Audit OC et dépistages CHUM juin 2018 résultat global





# Information **non disponible** sur **ensemble** **des dossiers vus** CHUM juin 2018 (rétrospective)

CHUM	Urg n=111		Pré-ad n=45		Elec n=44		Total CHUM n=200	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Partie 1 non complétée	58	52	4	9	34	77	96	48
Partie 2 non complétée	57	51	4	9	34	77	95	48
Partie 1 et 2 non complétée	61	55	4	9	34	77	99	50

# Discussion



- La refonte en 2017 a permis une meilleure application de l'OC et a potentiellement contribué à une diminution des taux d'acquisition
- Le simple fait d'avoir une OC au dossier du patient favorise l'observance pour le dépistage d'admission lorsque indiqué
- Importance des EPC en regard de l'épidémiologie Montréalaise (conformité test à l'admission faible)
- Limites
  - Outil pour la collecte de l'information (audit) peut être complexe à utiliser
  - Plusieurs données manquantes pour une évaluation rétrospective sur dossiers



# En résumé: que savons-nous?

- Ordonnance collective réalisée à l'admission
  - classer patient surveillance provinciale/nosocomial
  - bon résultats, excepté pour dépistage des EPC
- Dépistage ciblé intégré dans la routine de l'admission selon des facteurs de risque VS dépistage universel?
- Responsabilité attribuée à l'équipe de PCI



# Remerciements

M. Dominic Joubert

Mme Karine Normand

Dr Patrice Savard

Mme Véronique Guay

Natacha Desrosiers (stage)

