

DÉPISTAGE DES BACTÉRIES MULTI RÉSISTANTES ¹ EN HÉMODIALYSE (SARM-ERV)			
Directions(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2015-09
	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Révisé	2018-04-10
Installations / Secteurs visés	Centre de suppléance rénale Louise-Auger Centre de dialyse Guy-Beauchamp de l'Hôpital du Suroît Centre intrahospitalier d'hémodialyse de l'Hôpital Anna-Laberge		
Outils cliniques associés			

1. Professionnels visés

Le personnel infirmier travaillant en hémodialyse

2. Activités réservées

Dépistage des BMR et surveillance des résultats

3. Situations cliniques visées/clientèles visées

Clientèle hémodialysée

4. Intentions thérapeutiques

Connaître le statut du patient hémodialysé à l'égard des BMR afin de pouvoir appliquer les précautions additionnelles requises selon les résultats des dépistages obtenus dans le but d'éviter la transmission des BMR.

5. Indications

1. Pour tous les patients de l'unité :

- Dépistage du SARM (narines et autres sites potentiels² au besoin) - ERV (écouvillonnage rectal) à l'admission/pré-dialyse;
- Dépistage régulier à chaque mois.

2. Lors d'hospitalisation de ≥ 24 heures dans un centre hospitalier au Québec, au Canada et à l'extérieur du Canada :

- Instaurer des précautions additionnelles (isolement contact) et effectuer un dépistage ERV (anus) et SARM (narines et autres sites potentiels au besoin).

3. Lors d'un voyage.³

¹ BMR : Bactérie multi-résistante

² Autres sites potentiels : se référer à la liste.

³ Lors d'un voyage, si le patient a reçu des traitements d'hémodialyse.

AUTRES SITES POTENTIELS :

- Narine : Prélever les 2 narines sur un même écouvillon;
- Plaies : Utiliser un écouvillon par site;
- Drain/stomie : Utiliser un écouvillon au pourtour du drain ou de la stomie;
- Voie centrale : Prélever seulement si écoulement ou rougeur.

Les statuts porteurs sont gérés en tout temps par le service de prévention et contrôle des infections⁴ c'est-à-dire que lorsqu'un patient a une signalisation au dossier informatisé (triangle rouge) ou un résultat de dépistage positif, il est obligatoirement installé en précautions additionnelles. Le personnel doit poursuivre les précautions additionnelles par la suite et aviser le service de PCI lorsque des résultats de dépistages négatifs surviennent. La cessation des précautions additionnelles sera faite par le service PCI.

6. Contre-indications

Les prélèvements de dépistage pour la vérification du statut de porteur SARM doivent être effectués lorsque le patient ne reçoit pas d'antibiothérapie systémique ni de mupirocine par voie nasale, et ce, dans les sept jours précédant le prélèvement.

7. Conditions d'initiation

Procéder aux dépistages selon les recommandations

8. Limites/références au médecin

Certains facteurs de risque ainsi que des situations cliniques particulières empêchent le retrait de l'alerte SARM+ et ERV+ : par exemple, des hospitalisations fréquentes. Seules les conseillères au service de la PCI peuvent prendre la décision d'enlever l'identification de porteur après une analyse approfondie de la situation et consultation au microbiologiste lors de cas complexes.

9. Directives

Guide de prévention et contrôle des infections « Mesures de prévention et contrôle des infections-SARM » et « Mesures de prévention et contrôle des infections-ERV » révisés en octobre 2013.

10. Références

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Mesures de prévention et contrôle des infections à *staphylococcus aureus* résistant à la Méthicilline (SARM) au Québec, juin 2006, (2^{ième} édition), 109 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Mesures de prévention et de contrôle de l'entérocoque résistant à la vancomycine dans les milieux de soins aigus du Québec. Septembre 2012, 135 p.

Centre hospitalier du Suroit. Dépistage SARM en hémodialyse. Avril 2012, 4 p.

⁴ PCI : Prévention et contrôle des infections.

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Mme Annie Marceau, coordonnatrice à la prévention et contrôle des infections	2015-08-11
Révisé par	Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques	2018-03-14
Personnes consultées	Dre Miguelle Sanchez, microbiologiste et présidente comité de prévention des infections	2015-08-12
	Mme Caroline Martel, infirmière conseillère à la prévention et contrôle des infections	2015-08-11

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dre Élise Gilbert Chef médical de la médecine spécialisée	2018-03-28
Recommandé par l'(les) instance(s) (si pertinence seulement)	 Mélanie Caron, présidente Comité de pharmacologie	2018-03-29

Historique du document		
Approuvé par	 Dr Gaétan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-04-10

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation