

Programme de formation en ligne en prévention et contrôle des infections dans les établissements de santé 2017-2018

Questions/réponses formation : Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) : mesures de prévention et de contrôle pour les soins aigus

Dépistages

- 1. Question :** Pourquoi ne pas dépister au jour 3? Passé ce délai, le cas positif sera nosocomial à notre centre...

Réponse : Attention à ne pas confondre les définitions « d'acquisition nosocomiale » qui sont utilisées à des fins de surveillance et les définitions utilisées à des fins d'interventions. Le délai de 3 jours pour attribuer un cas à un centre ou un autre quant à lui permet d'assurer une uniformisation dans la déclaration des cas et d'éviter l'interprétation au cas par cas qui pourrait varier d'une personne à l'autre et d'une situation à l'autre. Il est important de respecter les définitions établies pour assurer la validité des données de surveillance (et leur comparabilité).

La découverte des EPC par dépistage est influencée par l'excrétion intermittente des EPC et aussi par la qualité du prélèvement et la sensibilité des analyses faites au laboratoire. Selon les études, jusqu'à 25 % des usagers connus porteurs d'EPC peuvent présenter un test de dépistage positif après avoir eu plus de 2 tests de dépistage négatifs pour recherche d'EPC ou à la suite d'une antibiothérapie. C'est pourquoi il est recommandé d'effectuer 3 dépistages consécutifs espacés dans le temps (aux jours 0, 7 et 14 suivant l'admission ou le contact avec un cas porteur) afin d'augmenter nos chances d'identifier un cas porteur d'EPC.

- 2. Question :** Pourquoi ne pas faire de dépistage systématique? (Ex. : transmission est très rapide et beaucoup de centres avec des éclosions difficiles à contrôler; usager non dépisté, car le CH ne figure pas sur l'avis des BMR puisqu'il n'y pas d'éclosion dans ce centre, mais usager a séjourné sur une unité avec porteur).

Réponse : Cette notion de dépistage systématique a été discutée avec les experts en PCI et leurs opinions est que cela serait une mauvaise utilisation des ressources des laboratoires et beaucoup trop coûteux pour les hôpitaux. L'épidémiologie actuelle au Québec ne justifie pas un tel dépistage. C'est pourquoi il est recommandé de faire un dépistage ciblé pour la clientèle considérée à risque d'acquisition des EPC. De plus, la stratégie de dépistage retenue dans un centre hospitalier doit être évaluée périodiquement selon l'évolution de la situation épidémiologique locale et les facteurs de risques locaux.

- 3. Question :** Pourquoi la conduite de dépistage 0-7 s'applique que pour les usagers qui arrivent d'un centre endémique? Pour les contacts antérieurs est-ce que le principe n'est pas d'avoir 2 prélèvements différents? Si c'est ça alors pourquoi attendre 7 jours entre les deux prélèvements? Les impacts sur la gestion des lits seront importants considérant que pour notre centre, les précautions additionnelles au lit ne sont pas la conduite à tenir. Les mêmes questions se posent pour les dépistages 0-7-14 que l'utilisateur soit transféré d'un centre endémique ou que le contact hors Québec ait eu lieu dans la dernière année pourquoi attendre 14 jours si le contact hors pays date de quelques mois, par exemple. Est-ce que des dépistages x 3 aux 48 heures, par exemple ne serait pas suffisant?

Réponse : Il n'y a pas de centre endémique au Québec, mais des établissements de soins (hôpital, CHSLD ou centre de réadaptation) inscrits sur la liste des milieux de soins ayant connus une éclosion (voir « Avis BMR »).

La découverte des EPC par dépistage est influencée par l'excrétion intermittente des EPC, un dépistage peut s'avérer positif après plusieurs résultats négatifs ou à la suite d'une antibiothérapie. C'est d'ailleurs ce qui a été observé dans plusieurs hôpitaux du Québec où on a découvert des usagers porteurs d'EPC lors d'un dépistage fait plus de 7 jours après

l'admission ou après la prise d'antibiotiques, alors que ceux-ci avaient eu un premier ou même un deuxième dépistage négatif. C'est pourquoi nous recommandons d'espacer les dépistages sur plus d'une semaine (0, 7 ou 14 jours) après l'admission. De plus le nombre de tests de dépistages effectués (2 ou 3 fois consécutives) sera déterminé en considérant la période de temps écoulée depuis la dernière exposition considérée à risque (moins de 3 mois ou 3 mois et plus), que ce soit pour des usagers transférés directement d'un établissement de soins hors Québec ou d'un établissement de soins au Québec (hôpital, CHSLD ou centre de réadaptation) ayant connu une éclosion ou pour les usagers identifiés comme des contacts étroits qui ont eu leur congé avant d'avoir eu deux dépistages consécutifs négatifs (alerte au dossier).

Considérant qu'un nombre de dépistages espacés dans le temps (2 ou 3 dépistages à 0, 7 et 14 jours après admission) augmente les probabilités de découvrir un usager porteur d'EPC, il est donc préférable d'appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact (minimalement contact au lit) dans l'attente des résultats afin de diminuer l'impact sur la gestion des lits. L'application des précautions additionnelles contre la transmission par contact vise à limiter la transmission à d'autres usagers si on découvre qu'un usager est porteur d'EPC alors que celui-ci est hospitalisé depuis déjà plusieurs jours.

Les 3 dépistages peuvent être plus rapprochés dans le temps (ex. aux jours 0,3 et 7 ou 0, 4 et 10) selon la décision de l'équipe locale de PCI ou on pourrait décider de cesser l'application des précautions additionnelles dans l'attente des résultats après le deuxième dépistage négatif, si on utilise un test de dépistage très sensible. Précisons que la stratégie de dépistage retenue dans un centre hospitalier doit être évaluée périodiquement selon l'analyse des résultats des usagers découverts porteurs d'EPC (ex. si la majorité des porteurs d'EPC sont découverts positifs après un seul ou deux dépistages négatifs et selon le moment du dépistage (dépistage fait au jour 7 ou 14).

- 4. Question :** Que recommandez-vous comme dépistage et précautions additionnelles chez les usagers qu'on ne peut questionner à l'admission (ex: usager inconscient, confus, démence, agressivité, pas d'accompagnateur, etc.)?

Réponse : Il faut tenter d'évaluer le risque d'exposition. Exemple si l'usager est transféré d'un CHSLD il est possible de savoir si cet usager a eu des séjours hospitaliers au cours des derniers 3 mois. Dans le doute, il est peut-être préférable de dépister.

- 5. Question :** Dans le mois précédant une chirurgie, les usagers répondant aux critères de dépistage SARM, ERV sont dépistés au CLSC. Pour les dépistages EPC en pré-op, si l'usager répond aux critères, est-il recommandé d'effectuer un dépistage ou il faut attendre l'admission et dépister jour 0-7 ou 0-7-14 et précautions additionnelles?

Réponse : Si l'usager répond aux critères de dépistage des EPC alors un premier dépistage peut être fait en externe avant son admission. Pour les dépistages subséquents à savoir si on les fait avant ou après l'admission pour la chirurgie, il faut prendre en considération que le dépistage est influencé par l'excrétion intermittente des EPC ainsi que la prise d'antibiothérapie. De plus il est recommandé de faire 2 ou 3 dépistages consécutifs espacés dans le temps en tenant compte de la période de temps écoulée depuis la dernière exposition considérée à risque (moins de 3 mois ou 3 mois et plus).

6. **Question** : Si nous sommes le centre receveur: il s'agit de dépister toute personne ayant été hospitalisé dans un centre endémique et non seulement s'il provient de l'unité où l'éclosion a eu lieu?

Réponse : Ça dépend du niveau de confiance que vous avez à l'égard de l'hôpital inscrit sur la liste des milieux de soins ayant connu une éclosion. Si vous avez des contacts avec l'équipe de PCI de l'hôpital en question et que vous savez que l'éclosion d'EPC a été circonscrite dans le temps et sur une seule unité de soins, alors vous pourriez décider de dépister uniquement les usagers transférés ou ayant une histoire d'hospitalisation ou de séjour d'une durée ≥ 24 h au cours des 3 derniers mois ou datant de plus de 3 mois sur cette unité de soins en particulier. Cependant il n'est pas toujours facile de recueillir cette information (sur quelle unité de soins ont-ils été admis) auprès des usagers, et si l'information recueillie auprès de ceux-ci est fiable.

7. **Question** : Lorsqu'on parle de dépistage (et précautions additionnelles) à l'admission, est-ce lorsque l'usager est admis à l'étage ou dès qu'il est sur civière à l'urgence?

Réponse : Cela dépend de votre procédure locale pour l'application du dépistage à l'admission, idéalement le plus tôt est le mieux. Si dans votre hôpital, vous complétez le questionnaire de dépistage à l'admission et que vous faites les prélèvements pour les dépistages du SARM, ERV et EPC, dès que la demande d'admission est complétée par le médecin, et ce même si l'usager est encore physiquement à l'urgence en attente d'un lit sur l'étage, alors il faut mettre en place les précautions additionnelles contre la transmission par contact (minimalement contact au lit si hébergement en chambre individuelle impossible) dans l'attente des résultats de dépistage. Par contre si vous attendez l'admission à l'étage, si l'usager demeure 48 heures à l'urgence sans y être dépisté ou isolé, cela peut représenter un risque de transmission de l'EPC aux autres usagers de l'urgence/observation pendant cette période de temps dépendamment de la durée moyenne de séjour à l'urgence dans l'attente d'un lit sur une unité de soins.

8. **Question** : Dépistages EPC de tous les sites?

Réponse : Tous les autres sites de colonisation ou d'infection précédemment connus positifs (ex. sécrétions endotrachéales si trachéostomie, stomies, sites de drains et cathéters, urine si sonde urinaire en place). Pour tous les autres usagers ciblés par le dépistage (contacts étroits ou autres) alors le dépistage est effectué dans un spécimen de selles ou écouvillonnage rectal.

9. **Question** : Lorsqu'un usager séjourne sur une unité où il y a un porteur, il y a des dépistages hebdomadaires sans précaution additionnelle. Si l'usager non porteur est transféré sur une autre unité, doit-on mettre des précautions additionnelles pour les dépistages hebdomadaires x 4 semaines?

Réponse : Non. Le dépistage hebdomadaire de tous les usagers séjournant sur une unité de soins en même temps qu'un porteur d'EPC qui est en précautions additionnelles a pour objectif de reconnaître rapidement s'il y a de la transmission sur cette unité de soins, conséquence d'un bris dans l'application des mesures de PCI. Il n'est donc pas indiqué de mettre en précautions additionnelles préventives pendant 4 semaines un usager de cette unité qui serait transféré sur une autre unité de soins. Par « principe de précaution » vous pourriez dépister cet usager lors du transfert (lors du départ de cette unité).

Cependant si vous identifiez de la transmission sur cette unité ou en présence d'une éclosion sur une unité de soins, en plus de procéder au dépistage d'un usager lors du départ de cette unité, il est alors recommandé d'appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact, dans l'attente des résultats de dépistage qui seront effectués aux jours 7 et 14 suivants son arrivée sur l'unité de transfert.

10. Question : Une fois qu'un usager EPC est hospitalisé, combien de jours après doit-on faire le dépistage hebdomadaire?

Réponse : Lorsqu'un usager est identifié porteur d'EPC on doit appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact pour toute la durée du séjour. Si l'hospitalisation prolongée, le premier dépistage de suivi doit être réalisé plus de 3 mois suivant le dernier dépistage positif.

Antibiotiques

11. Question : Y a-t-il des antibiotiques plus propices d'amener des faux négatifs chez les usagers?

Réponse : Selon ce qui est rapporté dans la littérature, l'administration d'un antibiotique contre lequel l'EPC est résistant (par exemple un antibiotique de la famille des carbapénèmes) peut favoriser la multiplication de cette souche de bactéries dans l'intestin et l'atteinte de concentrations importantes dans les selles pouvant ainsi permettre l'identification de l'état de porteur selon la sensibilité des méthodes d'analyses de laboratoires utilisées (cultures ou PCR). Ceci peut donc avoir un impact, notamment lorsque des mesures de prévention sont cessées pour des usagers connus porteurs d'EPC que l'on croit devenus non porteurs, mais qui recommencent à excréter des EPC en lien avec la prise d'antibiotiques.

12. Question : Lors des dépistages pour cesser les précautions additionnelles ou pour la reconnaissance du statut EPC négatif, doit-on considérer la prise d'antibiotiques?

Réponse : Oui puisque l'administration récurrente d'antibiothérapies est considérée comme un facteur de risque favorisant la prolongation de l'état de porteur.

Mesures de PCI

13. Question : Précautions additionnelles au lit, cela signifie que l'usager peut partager la chambre avec d'autres, mais avec des précautions additionnelles pour lui et une toilette réservée, est-ce exact?

Réponse : À défaut, d'être hébergé dans une chambre individuelle, en plus d'appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact dans l'environnement immédiat de l'usager, il faut que celui-ci utilise une toilette réservée ou lui assurer l'accès à une chaise d'aisance réservée avec l'utilisation d'un sac hygiénique ou l'utilisation d'une bassine avec un sac hygiénique.

14. Question : Est-ce qu'on retrace les contacts étroits qui sont partis, mais qui ont été en contact étroit avec le cas découvert non isolé?

Réponse : Oui il faut placer une alerte au dossier des contacts étroits et des contacts élargis ayant reçu leur congé afin d'effectuer un dépistage lors d'une réadmission et appliquer les précautions additionnelles contre la transmission par contact en attendant les résultats. Si ceux-ci ont été transférés dans un autre établissement ou installation, il faut aviser le milieu de soins receveur que ces usagers ont été en contact (étroit ou élargis) avec un cas d'EPC non isolé afin de procéder à des tests de dépistage d'EPC.

15. Question : Pour les visiteurs, y a-t-il des restrictions?

Réponse : S'assurer que l'information sur les mesures de prévention à appliquer soit bien transmise et comprise par les visiteurs avant qu'ils ne soient autorisés à entrer dans la chambre d'un cas d'EPC :

- Procéder à l'hygiène des mains avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou à l'eau et au savon avant et après la visite à leur proche.
- Ne pas utiliser les toilettes de l'utilisateur.
- Si le visiteur participe aux soins de l'utilisateur, il doit procéder à l'hygiène des mains, porter une blouse à manches longues et des gants lors de contacts physiques importants (corps à corps) avec l'utilisateur.

16. Question : Concernant les mesures spécifiques à l'environnement, est-il suggéré comme pour l'ERV de réaliser à deux reprises, de façons consécutives, la procédure de nettoyage et désinfection de la chambre en utilisant le même produit lors de l'entretien terminal ?

Réponse : Lorsque l'application des précautions additionnelles contre la transmission par contact est cessée ou lors du congé de l'utilisateur, procéder à la désinfection terminale de la chambre selon les procédures de l'établissement. Jeter tout ce qui ne peut être nettoyé et désinfecté. Changer les rideaux séparateurs des chambres. Il n'est pas nécessaire d'effectuer la procédure à 2 reprises. Il faut plutôt s'assurer de la qualité des interventions de nettoyage et de désinfection des surfaces contaminées à l'aide d'audits de résultats.

17. Question : Dans la présentation c'est écrit « high touch » de la salle de toilette 2x/jour, mais pas spécifié pour la chambre

Réponse : Les surfaces « high touch » dans la chambre et la salle de toilette doivent être nettoyées et désinfectées deux fois par jour (matin et fin de journée ou soir) selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace. Il n'est pas nécessaire d'utiliser des solutions chlorées.

18. Question : Quel produit doit-on utiliser pour le nettoyage/désinfection de l'unité lors d'éclosion EPC?

Réponse : On peut utiliser les produits habituels reconnus efficaces, il n'est pas nécessaire d'utiliser des solutions chlorées. En présence d'une éclosion d'EPC, il faut plutôt augmenter la fréquence du nettoyage/désinfection des surfaces « high touch » des aires communes et des salles de toilettes de l'unité à 2 fois par jour. De plus, il faut surtout s'assurer de la qualité (à l'aide d'audits de résultats et de processus) et de la fréquence (selon le registre des interventions) des activités de nettoyage et de désinfection de l'environnement tel que recommandé.

CHSLD

19. Question : Devrions-nous procéder au même dépistage pour les usagers sur une unité post-aiguë (dans un centre hébergement)?

Réponse : Non, comme mentionné dans l'introduction du document « EPC et autres BGNMR, mesures de PCI en CHSLD », l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les centres d'hébergement (CHSLD), doit être adaptée aux caractéristiques propres à ces milieux de vie qui offrent principalement des soins d'hébergement et des soins d'assistance aux AVQ. De plus, il faut également tenir compte de l'intensité moindre des soins qui y sont prodigués et d'une clientèle pour lequel le risque d'acquisition de ces bactéries est beaucoup moins grand que la clientèle admise dans les hôpitaux.

La présence de lits ou unités de transition, ou de réhabilitation fonctionnelle (UTRF), ou de soins de courte durée gériatriques (UCDG) dans les installations CHSLD y est mentionnée et c'est pourquoi les mesures de PCI recommandées dans ce document sont adaptées en fonction de l'évaluation du risque de l'utilisateur (ex. : risque de contamination de l'environnement ou de développer une infection). Pour plus de détails sur les dépistages recommandés pour la clientèle de ce type d'unités de soins en CHSLD, vous référez au document « EPC et autres BGNMR, mesures de PCI en CHSLD », disponible à l'adresse suivante :

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2204_enterobacteries_carbapenemases_bacilles_gram_multiresistants_prevention.pdf

20. Question : Est-ce que toutes ces mesures de dépistages et de précautions additionnelles s'appliquent au même niveau pour les CHSLD?

Réponse : Non, voir les mesures recommandées dans le document « EPC et autres BGNMR, mesures de PCI en CHSLD », disponible à l'adresse suivante :

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2204_enterobacteries_carbapenemases_bacilles_gram_multiresistants_prevention.pdf

Autres

21. Question : Pour les dispositifs médicaux réutilisables ainsi que les endoscopes, y a-t-il des mesures spécifiques pour le retraitement fait par la stérilisation?

Réponse : Non, le retraitement des dispositifs médicaux (RDM) recommandé selon le risque potentiel d'infection que pose leur utilisation (dispositifs critiques ou semi-critiques) est suffisant. Une bactérie résistante aux antibiotiques n'est pas nécessairement résistante aux procédés de désinfection ou stérilisation. L'important c'est de s'assurer de l'application adéquate (contrôle de la qualité) des mesures recommandées dans le Guide de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles (voir: <https://www.inspq.qc.ca/publications/1921>).

22. Question : Considérant qu'un usager vient d'un centre en éclosion, pourquoi sera-t-il attribué au centre receveur si positif à l'intérieur de 14 jours? Dans le cas d'un usager arrivant d'un centre aux prises avec une éclosion, l'utilisateur doit être mis en précautions additionnelles et prélevé sur 14 jours. Si le dépistage fait au jour 14 est positif, sera-t-il considéré nosocomial, car il est dans notre centre depuis plus de 72 h ou sera-t-il relié au centre d'où il provient? Pourquoi un autre usager après seulement 72 h sera considéré nosocomial si un usager après plus de 14 jours ne le serait pas?

Réponse : Attention un usager sera considéré « d'acquisition nosocomiale » selon la définition utilisée à des fins de surveillance. Il est important de respecter les définitions établies pour assurer la validité des données de surveillance (et leur comparabilité). Ainsi dans l'exemple cité, un usager arrivant d'un centre aux prises avec une éclosion dont le dépistage au jour 0 de l'admission est négatif et pour qui le dépistage fait au jour 7 ou 14 suivant l'admission dans votre hôpital est positif, sera effectivement classé acquis nosocomial à votre hôpital selon les définitions (admis depuis plus de 72hres ou 3 jours dans votre hôpital) du programme de surveillance provincial. Cependant à des fins d'interventions, suite à votre enquête s'il n'y a aucun cas d'EPC admis sur la même unité de soins que ce nouveau cas, les probabilités sont donc que l'acquisition soit reliée à l'hôpital en éclosion d'où il provient. Il est alors très important d'informer l'équipe de PCI de l'hôpital en question de la découverte de ce nouveau cas d'EPC puisque cela peut leur indiquer qu'il y a encore de la transmission dans leur hôpital et ainsi ils vont devoir ajuster leurs interventions en conséquence.

23. Question : Pourquoi attendre 24 heures pour considérer un cas comme un contact ?

Réponse : Selon la littérature, il n'y a pas de données rapportant une acquisition suite à un contact de moins de 24 heures. De plus, définition de « contact ou histoire de séjour plus de 24 heures » est retenue afin d'uniformiser avec les autres BMR telles que le SARM ou l'ERV.

24. Question : Est-ce que le Dossier santé informatisé (DSQ) permet de voir où les usagers ont été hospitalisés?

Réponse : Aucune idée je n'ai pas accès au DSQ.

25. Question : Lors d'audits de dépistage à l'admission, nous nous fions aux infos du dossier. Donc, si l'utilisateur ne dit pas qu'il a été dans un CH endémique, il ne sera pas dépisté.

Réponse : Effectivement on ne peut vérifier les informations recueillies auprès de l'utilisateur. L'objectif de faire des audits est de s'assurer que la procédure de dépistage à l'admission est appliquée. Ainsi il faut vérifier si le questionnaire pour le dépistage à l'admission a été complété et selon les réponses au questionnaire, s'il est indiqué de faire un prélèvement pour recherche d'EPC aux jours 0,7 et 14 suivant l'admission, il faut vérifier si 3 prélèvements espacés dans le temps ont été acheminés au labo pour analyses en conformité avec la procédure prévue.

26. Question : Est-ce que ces modifications peuvent être appliquées dès maintenant ou si le tout doit être entériné par les instances supérieures de notre CIUSSS?

Réponse : voir section 2.2.3 du Cadre de référence en PCI disponible à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>. «Les politiques et procédures doivent être adaptées pour tenir compte des besoins particuliers de l'établissement en fonction de la mission, des caractéristiques des usagers, de l'épidémiologie des infections et des services offerts dans leurs installations.» Les politiques et procédures doivent être approuvées par le comité stratégique en prévention et contrôle des infections (CS-PCI).

Questions du webinaire

Question 1

**Vous devez élaborer un protocole de dépistage des EPC pour votre hôpital.
Que proposez-vous pour le dépistage de la clientèle à l'admission?**

- a) Usager ayant été admis ≥ 24 h dans la dernière année dans un hôpital du Québec
- b) Usager transféré ou avec histoire d'hospitalisation ou séjour ≥ 24 h dans un établissement de soins inscrit sur la liste des établissements ayant connu une éclosion d'EPC (voir liste «Avis BMR»)
- c) Usager provenant d'un CHSLD
- d) Tous les usagers admis (dépistage systématique)

Question 2

Un usager a été admis 48 heures sur l'étage de médecine post double J. Deux semaines plus tard, le laboratoire de votre hôpital vous informe de la réception d'un résultat du LSPQ: KPC + (culture d'urine faite lors de son suivi à la clinique externe d'urologie une semaine plus tôt). Que proposez-vous pour le dépistage?

- a) Rechercher des contacts étroits et élargis toujours hospitalisés et procéder au dépistage;
- b) Identifier les contacts étroits et mettre une alerte aux dossiers afin de procéder au dépistage + précautions additionnelles lors d'une réadmission;
- c) Mettre une alerte aux dossiers des contacts élargis afin de procéder au dépistage lors d'une réadmission;
- d) Procéder au dépistage de tous les usagers présentement admis sur l'étage de médecine;

Question 3

Un usager est hospitalisé pour une pneumonie depuis 15 jours. Suite à une détérioration de l'état général, une culture d'expectoration est demandée et vous recevez un résultat de laboratoire différent de celui de l'admission et indiquant: *Klebsiella pneumoniae* de type KPC. Vous instaurez les mesures PCI requises incluant les dépistages de tous les usagers de l'unité. Résultats: 1 usager est positif avec *Escherichia coli* de type KPC et 1 autre est positif *K. pneumoniae* productrice d'OXA-48. Considérez-vous qu'il s'agit d'une situation d'éclosion?

- a) Oui;
- b) Non;
- c) Ne sais pas;