

## ORDONNANCE COLLECTIVE

### INITIER LE DÉPISTAGE ET LA DÉCOLONISATION DU *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN VUE D'UNE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ÉLECTIVE

Établissement : CISSS de Lanaudière

Numéro de l'ordonnance collective : OC CISSSL 81

Période de validité : 3 ans (juillet 2027)

#### SITUATION CLINIQUE

Tous les usagers devant subir une chirurgie orthopédique électorive avec la mise en place de prothèse, de plaque ou de vis.

#### PROFESSIONNELS AUTORISÉS

Infirmier(ères) et infirmier(ères) auxiliaires du CISSS de Lanaudière œuvrant en clinique de préadmission du secteur de chirurgie.

#### ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

##### Activités réservées de l'infirmier(ère) :

- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- Effectuer des dépistages diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.

##### Activités réservées de l'infirmier(ère) auxiliaire :

- Contribuer aux dépistages des usagers selon l'indication de l'infirmier(ère).
- Effectuer un dépistage diagnostique à la demande de l'infirmier(ère).
- Appliquer des techniques invasives.

#### INDICATIONS

Aucune indication additionnelle.

#### CONTRE-INDICATIONS

- Allergie ou intolérance à la Mupirocine.
- Allergie ou intolérance à la chlorhexidine.
- Infection cutanée active non traitée ou en cours de traitement.
- Femmes enceintes.

## INTENTIONS THÉRAPEUTIQUES

- Procéder au dépistage des usagers pour déterminer s'ils sont porteurs de *Staphylococcus aureus*.
- Diminuer les infections de site opératoire lors des chirurgies orthopédiques électives.

## PROTOCOLE MÉDICAL

### 1. ÉVALUATION DE LA CONDITION DE SANTÉ

- Vérifier si l'usager est connu porteur de *Staphylococcus aureus* sensible à l'oxacilline (SASO) ou de *Staphylococcus aureus* résistant à l'oxacilline (SARO).
- Vérifier si l'usager présente une allergie ou une intolérance à la Mupirocine ou à la chlorhexidine.

### 2. EXAMEN PHYSIQUE

Demander à l'usager ou vérifier si celui-ci présente des plaies et documenter l'information au dossier de l'usager.

#### 2.1. INVESTIGATION COMPLÉMENTAIRE

Procéder aux dépistages requis pour recherche de *Staphylococcus aureus* (STAU) selon le tableau ci-dessous et en attribuant ceux-ci au médecin traitant de l'usager.

Site(s) de dépistage	Méthode	Code(s) laboratoire	
		HPLG	CHDL
Gorge et nez	<p><b>Pour la technique de prélèvement, se référer à la méthode de soins informatisée (MSI) « Prélèvement nasal par écouvillonnage ».</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Pour HPLG</b> (1 écouvillon) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Repérer les sites à prélever puis, sur le même écouvillon, prélever la gorge et ensuite les 2 narines antérieures pour le STAU.</li> </ul> </li> <li>– <b>Pour CHDL</b> (2 écouvillons) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Repérer les sites à prélever puis, à l'aide d'un premier écouvillon, prélever la gorge et ensuite les 2 narines antérieures pour le STAU.</li> <li>○ Puis, à l'aide d'un 2<sup>e</sup> écouvillon, commencer le prélèvement en commençant par la gorge, puis sur le même écouvillon, prélever les 2 narines antérieures pour le NEZSA.</li> </ul> </li> </ul>	<p>STAU (Précisez le site)</p> <p>ET</p> <p>SARO (Précisez le site)</p>	<p>STAU (Précisez le site)</p> <p>Et</p> <p>NEZSA (Précisez le site)</p>
Plaie	<p><b>Pour la technique de prélèvement, se référer à la méthode de soins informatisée (MSI) « Prélèvement pour culture de plaie par écouvillonnage ».</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Pour HPLG</b> (1 écouvillon) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Repérer le site à prélever puis, à l'aide d'un écouvillon, effectuer le prélèvement.</li> </ul> </li> <li>– <b>Pour CHDL</b> (2 écouvillons) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Repérer le site à prélever puis, à l'aide d'un premier écouvillon, effectuer le prélèvement pour le STAU et un 2<sup>e</sup> écouvillon pour le PUSSA.</li> </ul> </li> </ul>	<p>PUSP (Précisez le site)</p>	<p>STAU (Précisez le site)</p> <p>Et</p> <p>PUSSA (Précisez le site)</p>

### 3. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

#### 3.1. SI LE RÉSULTAT DES DÉPISTAGES EST NÉGATIF :

— Aucun traitement pharmacologique n'est requis.

#### 3.2. SI LE RÉSULTAT DU DÉPISTAGE EST POSITIF :

— Déterminer le traitement pharmacologique à appliquer selon le statut de l'utilisateur en utilisant le tableau ci-dessous.

— Remplir le formulaire de liaison LN2592 en indiquant le traitement pharmacologique approprié.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE				
Début du traitement 5 jours avant la chirurgie (le cinquième jour étant le matin de la chirurgie)				
Statut de l'utilisateur	Mupirocine 2% en onguent dans chaque narine BID	Bacitracine 500 unités/g (Baciguent®) en onguent dans chaque narine BID	Bain ou douche avec savon de gluconate de chlorhexidine 4% <b>DIE</b>	Bain ou douche avec eau et savon <b>DIE</b>
Dépistage positif et absence d'allergie ou de résistance à la Mupirocine	x		x	
Dépistage positif et connu SASO ou SARO-SARM	x		x	
Dépistage positif et allergie ou souche résistante à la Mupirocine 2%		x	x	
Dépistage positif et allergie à la chlorhexidine ou réaction à la chlorhexidine durant le traitement	x			x

### 4. ENSEIGNEMENT ET INTERVENTION PRÉVENTIVE

Procéder à l'enseignement de la technique appropriée de décolonisation à l'utilisateur et/ou son proche.

- Planification : \*si les soins d'hygiène corporels sont assurés par une tierce personne, aviser l'utilisateur et/ou son proche qu'il doit s'assurer de la communication et du respect de cette procédure de décolonisation.
- Remettre le dépliant d'information « Chirurgie orthopédique décolonisation du *Staphylococcus aureus* préopératoire » - (code Virtuo # 14-07060).

### 5. DOCUMENTATION AU DOSSIER DE L'USAGER

- Documenter au dossier les informations cliniques pertinentes, les interventions posées (dont l'initiation de l'ordonnance collective), l'enseignement dispensé et la remise du dépliant d'information.
- Inscrire au dossier de l'utilisateur les dépistages qui ont été effectués, la présence ou l'absence d'allergie ou d'intolérance à la Mupirocine et à la chlorhexidine.
- Inscrire que l'enseignement concernant la décolonisation a été fait et compris.

## SUIVI

Aucun.

## SITUATIONS EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

- Aviser le médecin traitant si présence d'une contre-indication.
- Lors de l'examen clinique, si présence de signes d'infections locales (rougeur, chaleur, œdème, écoulement, etc.), procéder au dépistage seulement et aviser le médecin traitant pour obtenir la conduite à tenir.

## OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES

Dépliant Chirurgie orthopédique décolonisation du *Staphylococcus aureus* préopératoire.

INESSS (2018). Antibioprophylaxie lors des chirurgies orthopédiques propres chez l'enfant et l'adulte.

INSPQ (2019). La prévention du site opératoire.

Méthodes de soins informatisées : « Prélèvement nasal par écouvillonnage ».

Méthodes de soins informatisées : « Prélèvement pour culture de plaie par écouvillonnage ».

## COMMUNICATION AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

Non applicable

## IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin traitant.

## IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉPONDANT

Médecin traitant.

## PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR

Identification du ou des médecins impliqués et des personnes responsables, le cas échéant.

### 1. ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE

Dr Alain Charbonneau, microbiologiste-infectiologue  
Dr Éric Gaudreault, microbiologiste-infectiologue  
Dr Philippe Deschenes, microbiologiste-infectiologue

### 2. VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE

Service de prévention et contrôle des infections  
Dre Soraya Boukhoudmi, microbiologiste-infectiologue  
Dr Pierre Philippe Grenier Gauthier, médecin orthopédiste  
Dr Frédéric Tanguay, médecin orthopédiste  
Comité interdisciplinaire des ordonnances collectives (COCI)

### 3. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE

#### REPRÉSENTANT DU CMDP (EN ÉTABLISSEMENT)

Pour un établissement, seule la signature du représentant du CMDP est requise pour l'approbation de la version actuelle de l'ordonnance.

Si un GMF est lié à un établissement, la signature du représentant du CMDP de l'établissement est la seule signature requise.

Nom et prénom	Signature	Date
Ouellet Jérôme		24-7-23

#### APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR LES PRESCRIPTEURS SIGNATAIRES (HORS ÉTABLISSEMENT)

Si l'ordonnance collective s'applique dans un GMF et que celui-ci n'est pas lié à l'établissement, la signature des prescripteurs est requise.

Nom et prénom	Numéro de permis	Signature	Date

#### RÉVISION

Date d'entrée en vigueur : Juillet 2024

Date de la dernière révision (si applicable) : NA

Date prévue de la prochaine révision : Juillet 2027