

Mesures de prévention et de contrôle du *Candida auris* dans les milieux de soins

RECOMMANDATIONS INTÉRIMAIRES

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

MISE À JOUR - OCTOBRE 2022

Veillez apporter une attention particulière à l'ensemble du document, puisque les changements étaient trop nombreux pour les indiquer en jaune.

SOMMAIRE

Méthodologie	3
Épidémiologie et caractéristiques du <i>Candida auris</i>	3
Détection en laboratoire du <i>Candida auris</i>	4
Définitions	5
Indications de dépistage et de précautions additionnelles à l'admission ou lors d'une réadmission	5
Mesures de prévention et de contrôle contre la transmission du <i>Candida auris</i>	7
Gestion du <i>Candida auris</i> dans les autres milieux de soins	12
Mesures particulières à appliquer lors d'une éclosion	13
Fin de l'éclosion	14

Le *Candida auris* est un microorganisme en émergence faisant partie de la catégorie des levures. Il est de plus en plus retrouvé comme agent pathogène causant des infections fongiques nosocomiales.

Identifié pour la première fois au Japon en 2009 dans un prélèvement en provenance du conduit auditif d'un usager (Satoh *et al.*, 2009; ECDC, 2016), il a été depuis identifié dans plus de 40 pays, répartis sur six continents (CDC, 2019b; Schwartz et Hammond, 2017).

Le *Candida auris* est à l'origine d'éclosions dans plusieurs milieux de soins, dont certaines impliquent un nombre élevé d'usagers colonisés ou infectés.

Certaines caractéristiques particulières du *Candida auris* amènent les experts mondiaux à s'inquiéter face à sa propagation. En plus de sa capacité à se transmettre dans les milieux de soins et à provoquer des éclosions, la très grande majorité des souches démontrent ou développent rapidement une résistance à la plupart des antifongiques couramment utilisés pour traiter les infections à *Candida*, ce qui amène un enjeu important sur les capacités de traitement et sur la survie des usagers infectés.

De plus, il peut exister des difficultés dans la reconnaissance précise du *Candida auris* par les méthodes habituelles de laboratoire, si bien qu'il peut être mal identifié lors du prélèvement initial. Ce retard dans la confirmation de la souche peut également avoir un impact majeur sur le traitement des infections, ainsi que sur sa transmission en milieu de soins. Contrairement aux autres levures de *Candida* spp colonisant principalement les muqueuses de l'intestin, le *Candida auris* colonise sur une longue période la peau, les narines et les autres sites chez les usagers asymptomatiques, ce qui contribue à sa propagation environnementale et chez les autres usagers. On estime que 5 à 10 % des usagers colonisés développeront ensuite une infection du sang, ce qui en fait un important problème de santé publique (Adams, 2018).

Ce document présente les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) sur les principales mesures à mettre en place pour permettre le dépistage du *Candida auris* afin de prévenir son introduction et sa transmission dans les milieux de soins au Québec (centres hospitaliers de soins de courte durée, centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), milieux de réadaptation). Des mesures pour prévenir et contrôler une éclosion en présence d'un ou plusieurs cas sont également énoncées. Ces recommandations peuvent aussi s'appliquer à d'autres types d'installations de soins si besoin, mais ne s'appliquent pas pour les Ressources intermédiaires et de type familiale (RI-RTF) et les Résidences privées pour personnes âgées (RPA).

MÉTHODOLOGIE

Les recommandations émises dans ce document ont fait l'objet d'une revue partielle de la littérature scientifique actuellement disponible sur le *Candida auris*. La nécessité de publier rapidement (en version intérimaire) une mise à jour des recommandations émises dans la version 2018 du document n'a pas permis de procéder à une révision complète de la littérature publiée. Celle-ci sera complétée dans une nouvelle version qui sera publiée subséquemment.

Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du CINQ, puisqu'aucune recommandation officielle ou application explicite n'était abordée dans la littérature consultée. Étant donné que les connaissances sur ce nouvel agent en émergence évoluent constamment, les membres du CINQ assureront un suivi de l'évolution des informations à ce sujet et pourront ainsi mettre à jour ces recommandations dans la prochaine version du document si des changements importants sont disponibles entre temps.

La révision régulière des recommandations publiées par les instances internationales (voir tableau ci-dessous) permet de suivre en continu l'évolution des recommandations pour les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) dans les milieux de soins en dehors du Québec. Cette comparaison permet de maintenir les mesures en concordance avec les orientations internationales.

Instances consultées

CDC	Centers for disease control and prevention
ECDC	European centre for disease prevention and control
PDH	Pennsylvania department of health
PHE	Public Health England
PHO	Public Health Ontario
Swissnoso	Centre national de prévention des infections (Suisse)
VDH	Victoria department of health
WRHA	Winnipeg regional health authority

ÉPIDÉMIOLOGIE ET CARACTÉRISTIQUES DU *CANDIDA AURIS*

Mise à jour à venir.

DÉTECTION EN LABORATOIRE DU CANDIDA AURIS

<p>Détection en laboratoire (Chowdary, 2017 ; Mizusawa, 2017)^A</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des laboratoires hospitaliers au Québec sont maintenant en mesure d'identifier correctement le <i>Candida auris</i>. Lors du dernier essai d'aptitude envoyé au réseau en 2020, 83 % des laboratoires du réseau de la santé ont identifié la souche qui leur a été envoyée par le Laboratoire de Santé Publique du Québec (LSPQ). • Il faut savoir que l'utilisation d'autres systèmes d'identification des levures en usage au Québec peut, par contre, donner une fausse identification du <i>Candida auris</i> en tant que <i>Candida haemulonii</i> /<i>duobushaemulonii</i> (ex. : pour le clade II et III avec le système VITEK2) (Ambaraghassi, 2019) ou <i>Rhodotorula glutinis</i> / <i>Candida sake</i>* (ex. : avec le système galerie API20C) (LSPQ 2019). Puisque les espèces de <i>Candida</i> rapportées varient en fonction du système d'identification utilisé, les laboratoires vont se référer aux différents protocoles d'identification AMMIQ-LSPQ pour la marche à suivre détaillée et la liste des espèces donnant de fausses identifications pour le <i>Candida auris</i>. • Il faut suspecter une souche de <i>Candida auris</i> lors : <ul style="list-style-type: none"> - de l'incapacité à identifier une levure malgré une méthode d'identification valide; - de la présence d'une résistance aux antifongiques azolés ou à un ou plusieurs antifongiques parmi les espèces citées dans les Protocoles de laboratoire – mycologie AMMIQ-LSPQ; - d'une infection par un <i>Candida</i> sp. qui ne répond pas à la thérapie antifongique; - d'une augmentation des cas d'infections à <i>Candida</i> spp. autres que <i>Candida albicans</i> sur une même unité de soins. • Toutes les souches suspectées ou confirmées comme étant un <i>Candida auris</i> doivent être envoyées au LSPQ, qui procèdera à la confirmation de l'identification et à l'évaluation de la sensibilité antifongique. Le LSPQ fera ensuite suivre au Laboratoire National de Microbiologie (LNM) pour qu'un séquençage de génome soit effectué. • Le Cinq recommande que toutes les levures isolées de sites stériles (ex. : sang, liquide céphalorachidien) soient identifiées à l'espèce pour permettre un traitement initial adapté en fonction des profils de sensibilité propres à chaque espèce et pour mettre en place les mesures de prévention et contrôle des infections appropriées afin d'en prévenir la propagation en milieu de soins, le cas échéant. • Le LSPQ signalera la situation à la direction de santé publique (DSPublique) de l'établissement concerné une fois la souche confirmée comme étant du <i>Candida auris</i>. • Le personnel du laboratoire doit aviser rapidement le clinicien et l'équipe de PCI (ECDC, 2018).
--	---

^A Pour plus de détails sur l'identification du *Candida auris* au laboratoire, se référer aux différents protocoles de laboratoire-mycologie AMMIQ-LSPQ : <https://www.inspq.qc.ca/lspq/protocoles-de-laboratoire>

DÉFINITIONS

Cas de <i>Candida auris</i> : Définition d'un cas nosocomial	<p>Dans le contexte épidémiologique actuel au Québec, tous les cas (colonisés ou infectés) de <i>Candida auris</i> découverts sont considérés comme l'ayant acquis lors d'un séjour ou d'une prestation de soins dans une installation de soins, que ce soit au Québec ou à l'étranger. Tous les cas seront donc considérés comme étant d'origine nosocomiale jusqu'à preuve du contraire.</p>
Définition d'un contact étroit	<p>Tout usager qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a séjourné plus de quatre heures cumulatives dans la même chambre qu'un cas (colonisé ou infecté) (PHE, 2017; Swissnoso, 2022, CDC, 2022b); ou • a partagé la même toilette de la chambre depuis le début de l'admission du nouveau cas (cas index) alors qu'aucune mesure de prévention et de contrôle n'était mise en place (Swissnoso, 2022; WRAH, 2022). <p>Après le départ d'un cas de <i>Candida auris</i>, l'usager qui est hébergé dans la même chambre peut être considéré comme un contact étroit, et ce, peu importe le type de désinfection effectuée. (Vuichard-Gysin, 2020).</p>
Définition d'un contact élargi	<p>Tout usager ayant séjourné sur la même unité qu'un cas (colonisé ou infecté) de <i>Candida auris</i> \geq 24 heures ou qui a partagé les mêmes travailleurs de la santé (TdeS) alors qu'aucune mesure de prévention et de contrôle n'était mise en place.</p>

INDICATIONS DE DÉPISTAGE ET DE PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES À L'ADMISSION OU LORS D'UNE RÉADMISSION

Prélèvements ou sites de prélèvement pour le dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer au minimum un prélèvement au niveau des aisselles et des aines avec un seul écouvillon (CDC, 2020b; ECDC, 2018; PHO, 2019). <ul style="list-style-type: none"> - L'ajout d'un prélèvement au niveau du nez augmente la sensibilité de détection (PHO, 2019; Vuichard-Gysin, 2020; ECDC, 2022). - Il peut être recommandé d'effectuer un dépistage à d'autres sites tels que la gorge, les plaies, le rectum, le(s) site(s) de cathéter(s), dans l'urine et dans les sécrétions endotrachéales selon le contexte épidémiologique (CDC, 2020b; ECDC, 2022; Swissnoso, 2022; PHO, 2019). - La décision d'ajouter ou non un site de prélèvement devrait être prise par l'équipe médicale en collaboration avec l'équipe locale de PCI, selon la situation épidémiologique et le niveau de sensibilité recherché. • Si le prélèvement est fait dans le but de retirer l'alerte « colonisé ou infecté par <i>Candida auris</i> » au dossier d'un usager, celui-ci ne doit pas être sous traitement antifongique depuis au moins une semaine lors de réalisation du prélèvement. De plus, il est recommandé d'attendre au moins 48 heures avant de faire un prélèvement à un site qui a été désinfecté avec un antiseptique topique (ex. : chlorhexidine). Pour le processus de retrait des alertes « contacts étroits et contacts élargis », il n'est pas nécessaire de tenir compte de la prise d'antifongique ou de l'utilisation d'un antiseptique topique.
---	---

Type de clientèle	Fréquence des dépistages	Application des précautions additionnelles dans l'attente des résultats
Dépistage à l'admission		
<ul style="list-style-type: none"> • Usager transféré directement en provenance d'une installation de soins hors Québec • Usager avec histoire d'hospitalisation ou ayant reçu des soins de santé dans la dernière année dans une installation de soins hors Québec (CDC, 2020b; PHO, 2019) 	<p>Dépistage lors de l'admission (jour 0) et aux jours 7 et 14 suivant l'admission</p> <p>Aucun dépistage n'est recommandé pour les usagers admis en CHSLD.</p>	<p>Appliquer les précautions additionnelles contact jusqu'à l'obtention de trois résultats négatifs cumulatifs suivant l'admission.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Usager transféré directement d'une installation de soins au Québec (hôpital, CHSLD ou milieu de réadaptation) avec éclosion active (voir la liste des milieux de soins avec éclosion inscrits dans le document « <i>Liste des établissements qui ont signalé des éclosions d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) et autres situations d'éclosion d'agents pathogènes multirésistants (APMR)</i> » produit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. • Usager avec histoire d'hospitalisation d'une durée ≥ 24 heures consécutives dans les deux mois précédant la date de début d'éclosion sur l'unité touchée^A d'une installation de soins au Québec (hôpital, CHSLD ou milieu de réadaptation) inscrit dans le document « <i>Liste des établissements qui ont signalé des éclosions d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) et autres situations d'éclosion d'agents pathogènes multirésistants (APMR)</i> » produit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. 	<p>Dépistage lors de l'admission (jour 0) et aux jours 7 et 14 suivant l'admission</p>	<p>Appliquer les précautions additionnelles contact jusqu'à l'obtention de trois résultats négatifs cumulatifs suivant l'admission.</p> <p>Envisager de cesser l'isolement préventif après deux résultats négatifs consécutifs si vous avez considéré une histoire d'hospitalisation dans une installation de soins avec une éclosion au lieu d'une hospitalisation sur une unité touchée par l'éclosion.</p>
Dépistage lors d'une réadmission		
<ul style="list-style-type: none"> • Usagers identifiés comme des contacts étroits qui ont eu leur congé avant d'avoir eu trois résultats cumulatifs négatifs (alerte « contact étroit d'un cas de <i>Candida auris</i> » au dossier), lors de leur réadmission 12 mois et moins après leur congé 	<p>Dépistage lors de l'admission (jour 0) et aux jours 7 et 14 suivant l'admission</p>	<p>Appliquer les précautions additionnelles contact jusqu'à l'obtention de trois résultats négatifs cumulatifs (ECDC, 2022; PDH, 2022).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Usagers identifiés comme des contacts élargis qui ont eu leur congé avant d'avoir eu trois résultats cumulatifs négatifs (alerte « contact étroit d'un cas de <i>Candida auris</i> » au dossier), lors de leur réadmission 12 mois et moins après leur congé 	<p>Dépistage lors de l'admission (jour 0) et aux jours 7 et 14 suivant l'admission</p>	<p>Appliquer les précautions additionnelles contact jusqu'à l'obtention de trois résultats négatifs cumulatifs (ECDC, 2022; PDH, 2022).</p>

^A Si l'usager n'est pas en mesure de spécifier sur l'unité où il a antérieurement été hospitalisé, le considérer admis dans l'installation.

MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE CONTRE LA TRANSMISSION DU CANDIDA AURIS

Hygiène des mains	<p>Procéder à l'hygiène des mains (HDM) avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou à l'eau et au savon. L'utilisation d'une SHA pour l'HDM est reconnue efficace contre le <i>Candida auris</i> (CDC, 2022).</p>
Précautions additionnelles pour un usager colonisé ou infecté	<p>Pour les usagers admis en milieu de soins de courte durée ou en milieu de réadaptation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les précautions additionnelles contact (gants, blouse à manches longues (une blouse imperméable n'est pas nécessaire)) pour tout cas (colonisé ou infecté) de <i>Candida auris</i>. <p>Pour les usagers hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et présentant une plaie ou étant porteurs d'une sonde urinaire, d'un cathéter intraveineux ou d'un tube de gastrostomie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les précautions additionnelles contact (gants, blouse à manches longues (une blouse imperméable n'est pas nécessaire)) pour tout usager connu colonisé ou infecté par le <i>Candida auris</i>, en tout temps, à l'intérieur de la chambre. <p>Pour les usagers hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et ne présentant aucun des critères listés ci-dessus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les précautions additionnelles contact (gants, blouse à manches longues (une blouse imperméable n'est pas nécessaire)) pour tout usager connu colonisé ou infecté par le <i>Candida auris</i>, seulement lors de contacts directs à l'usager à l'intérieur de la chambre.
Durée de l'application des précautions additionnelles pour un usager colonisé ou infecté	<p>Pour les usagers admis en milieu de soins de courte durée ou en milieu de réadaptation (pour une durée de trois mois et moins)</p> <p>Appliquer les précautions additionnelles pour toute la durée de l'hospitalisation.</p> <p>Pour les usagers hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et ceux admis pendant plus de trois mois en milieu de soins de courte durée ou en milieu de réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à un dépistage de contrôle tous les trois mois en effectuant un prélèvement aux aisselles et aux aines, et aux autres sites antérieurement positifs : <ul style="list-style-type: none"> - Si le résultat est positif, il n'est pas requis de répéter le dépistage avant trois mois. Poursuivre alors les précautions additionnelles pendant cette période. - Si le résultat est négatif^A, il est requis d'obtenir deux autres résultats de dépistage négatifs^A (aux mêmes sites) à au moins une semaine d'intervalle avant d'envisager de cesser les précautions additionnelles. • Pour les usagers admis en soins de courte durée ou en milieu de réadaptation pendant plus de trois mois et dont les précautions additionnelles ont été cessées : ces usagers devraient continuer à faire l'objet d'un dépistage toutes les semaines jusqu'à leur départ. <p>Pour les usagers hébergés en CHSLD, il n'y a pas de données dans la littérature sur la fréquence du dépistage après la levée des précautions additionnelles. Il serait prudent de poursuivre les dépistages à tous les mois selon les recommandations de l'équipe de PCI locale. Celle-ci précisera la durée d'application de cette recommandation.</p>

^A L'usager ne doit pas être sous traitement antifongique depuis au moins une semaine lors du prélèvement. De plus, il est recommandé d'attendre au moins 48 heures avant de faire un prélèvement à un site qui a été désinfecté avec un antiseptique topique (ex. : chlorhexidine).

<p>Hébergement d'un usager colonisé ou infecté</p>	<p>Ne pas héberger dans une même chambre un usager colonisé ou infecté par le <i>Candida auris</i> avec un usager porteur d'une bactérie multirésistante.</p> <p>Pour les usagers admis en milieu de soins de courte durée ou en milieu de réadaptation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admettre l'usager dans une chambre individuelle avec toilette réservée : <ul style="list-style-type: none"> - en l'absence d'une chambre individuelle, il est possible de regrouper deux cas dans une même chambre; - en l'absence d'une salle de toilette individuelle, utiliser une chaise d'aisance réservée. <p>Pour les usagers hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admettre l'usager dans une chambre individuelle. <p>En tout dernier recours et après discussion avec l'équipe de soins du CHSLD et avec l'équipe de PCI locale, un usager connu colonisé ou infecté par un <i>Candida auris</i> peut partager la chambre ainsi que la salle de toilette d'un usager non colonisé en l'absence de facteurs de risque d'acquisition chez le co-chambreur (ex. : plaie, sonde urinaire, stomie, etc.).</p>
<p>Prévention du déconditionnement durant l'isolement</p>	<p>Les mesures de PCI mises en place lors d'une période d'isolement ne devraient pas mener au déconditionnement de l'usager. Si le risque d'un déconditionnement est identifié par les autorités compétentes de l'unité de soins, les mesures de PCI doivent être personnalisées pour l'usager afin de mettre en place les interventions nécessaires pour prévenir le déconditionnement. La consultation d'une personne experte en PCI à ce niveau est primordiale dans le but de maintenir la sécurité des autres usagers et des TdeS et ainsi limiter la transmission de l'infection :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une évaluation du risque (bénéfices pour l'usager vs risques encourus pour les autres usagers) afin de permettre des sorties de la chambre (ex. : marche au corridor avec supervision pour une période déterminée). • Pour le déplacement de l'usager, se référer à la section Déplacements et circulation.

Dépistage en cours d'hospitalisation lors de la découverte d'un cas (colonisé ou infecté) non connu		
Type de clientèle	Fréquence des dépistages	Application des précautions additionnelles dans l'attente des résultats
Usagers identifiés comme des contacts étroits	Minimalement trois dépistages ^A à une semaine d'intervalle (PHO, 2019).	Appliquer les précautions additionnelles contact jusqu'à l'obtention de trois résultats négatifs cumulatifs (ECDC, 2022; PDH, 2022).
Usagers identifiés comme des contacts élargis	Dépistage une fois lors de la découverte d'un nouveau cas positif (infecté ou colonisé) alors qu'aucune mesure de prévention et contrôle adéquate n'était mise en place (CDC, 2020b; ECDC, 2018; PHO, 2019).	Aucune précaution additionnelle nécessaire.
Tous les usagers des unités où séjourne un usager qui est un cas (colonisé ou infecté) <ul style="list-style-type: none"> Planifier une journée pour un dépistage hebdomadaire de tous les usagers de l'unité, sans tenir compte des prélèvements faits à l'admission. 	Dépistage hebdomadaire ^A jusqu'à un minimum de quatre semaines après le départ de l'usager porteur.	Aucune précaution additionnelle nécessaire.

^A Procéder aux dépistages malgré la prise d'antifongique ou l'utilisation un antiseptique topique (ex. : chlorhexidine).

Indications de dépistage lors de la recherche (rétrospective) d'un cas source	<ul style="list-style-type: none"> Identifier tous les contacts étroits du nouveau cas (cas index) depuis le début de son admission. <ul style="list-style-type: none"> Envisager, si aucune source n'est trouvée chez les usagers hospitalisés, de contacter les usagers contacts étroits qui ont quitté l'hôpital plutôt que d'attendre leur réadmission, afin d'effectuer un dépistage (en externe ou dans l'installation de soins). <p>Il peut arriver qu'il soit difficile d'identifier le lien épidémiologique (temps, lieu ou personnes) entre certains cas. Dans le doute, il faut considérer que le lien peut être associé à un séjour sur une même unité de soins (partage de lieux physiques, d'équipements de soins ou de TdeS) même si les séjours sont espacés dans le temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> Selon le contexte épidémiologique, il peut être envisagé d'effectuer un point de prévalence sur les unités de soins où le cas a été hébergé. <p>Lorsqu'aucun cas source n'a été identifié :</p> <p>Envisager de réviser le dossier microbiologique du ou des cas afin de voir si des spécimens cliniques sont toujours disponibles pour documenter s'il y a pu avoir une identification erronée ou manquée (ex. : <i>Candida</i> non identifié à l'espèce pour certains spécimens) d'une souche analysée antérieurement, et ce, en fonction des tests et systèmes d'identification disponibles dans le laboratoire (voir section <i>Détection en laboratoire</i>).</p>
Surveillance de l'utilisation des antifongiques	<p>Instaurer une surveillance (de type « antibiogouvernance ») de l'utilisation des antifongiques dans les milieux de soins de courte durée, particulièrement sur les unités de soins intensifs et d'hémo-oncologie ou selon l'épidémiologie locale.</p>

Décolonisation	La décolonisation n'est pas recommandée pour l'instant puisque jugée non efficace.
Hygiène des usagers	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'hygiène personnelle quotidienne de l'usager (bain/douche ou hygiène au lit) selon les modalités habituelles. • Changer quotidiennement la literie et les vêtements de l'usager après avoir fait son hygiène personnelle.
Transport de l'usager à l'intérieur de l'installation	<p>En tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'HDM de l'usager avec une (SHA) ou en utilisant de l'eau et du savon s'il doit sortir de sa chambre. • Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence au besoin. • Recouvrir les plaies d'un pansement étanche s'il y a lieu. • Restreindre la circulation des usagers porteurs hors de leur chambre à l'essentiel (ex. : examens, traitements). <p>Particularités en centre d'hébergement et de soins de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'usager peut sortir de sa chambre. • Lui demander d'effectuer l'HDM avec une (SHA) ou en utilisant de l'eau et du savon au moment de quitter sa chambre et avant la participation aux activités sociales. L'assister au besoin.
Matériel de soins et équipement médical	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser de l'équipement de soins et du matériel réservé à l'usage exclusif de l'usager. <ul style="list-style-type: none"> - Si l'équipement de soins et le matériel ne peuvent être réservés, une désinfection entre chaque usager avec un produit reconnu efficace contre le <i>Candida auris</i>^A ou ayant une activité sporicide reconnue doit être réalisée. Ceci inclut également le matériel servant à la réadaptation. • Effectuer une désinfection avec un produit reconnu efficace contre le <i>Candida auris</i>^A ou ayant une activité sporicide reconnue lors du retrait du matériel ou d'un équipement qui n'est plus requis dans un espace usager. • Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer quotidiennement une désinfection de la chambre de l'usager avec un produit reconnu efficace contre le <i>Candida auris</i>^A ou ayant une activité sporicide reconnue. • Lors de la levée des précautions additionnelles ou lors du congé/transfert de l'usager : <ul style="list-style-type: none"> - Procéder à une désinfection de la chambre avec un produit reconnu efficace contre le <i>Candida auris</i>^A ou ayant une activité sporicide reconnue. - Jeter toutes les fournitures non lavables, sauf si elles sont dans un distributeur fermé qui limite le contact. - Changer les rideaux séparateurs des chambres.

^A Se référer à [List P: Antimicrobial products registered with EPA for claims against Candida Auris](#). Si les produits de la liste P ne sont pas accessibles, il est possible d'utiliser, pour la désinfection de *Candida auris*, un désinfectant de qualité hospitalière homologué et efficace contre les spores de *Clostridioides difficile*. Quel que soit le produit utilisé, il est important de suivre les instructions du fabricant, y compris le respect adéquat du temps de contact.

Buanderie-lingerie	<p>Appliquer les procédures habituelles de l'établissement.</p> <p>Pour les usagers en centre d'hébergement et de soins de longue durée</p> <p>Appliquer les procédures habituelles pour le lavage des vêtements effectué sur l'unité/étage ou par les familles.</p>
Vêtements du travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Laver les vêtements conformément aux instructions du fabricant. Utiliser un détergent habituel et de l'eau à la température recommandée pour le vêtement. • Ceux-ci n'ont pas à être lavés séparément des autres vêtements. • Pour les installations qui fournissent des uniformes ou survêtements au TdeS, suivre les procédures locales.
Gestion des déchets	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement.</p>
Services alimentaires	<p>Appliquer les procédures régulières de l'établissement (vaisselle jetable non requise).</p>
Manipulation des dépouilles et autopsie	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les pratiques de base et les mesures de précautions additionnelles requises jusqu'à ce que la dépouille soit disposée dans un linceul et que le linceul et la chambre aient été nettoyés et désinfectés. • Par la suite, appliquer les procédures régulières de l'établissement pour le transport des dépouilles dans l'installation. • Si requis, procéder aux autopsies en respectant les mesures de précautions usuelles lors de ce type d'intervention.
Consultation, rendez-vous ou transfert dans un autre milieu	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le centre ou le service receveur des précautions additionnelles en cours. • Aviser le milieu de soins receveur lorsqu'un usager identifié comme un contact (même s'il a eu deux dépistages consécutifs négatifs) est transféré dans un autre établissement ou installation, selon les mécanismes habituels.
Visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Demander aux visiteurs de procéder à l'HDM avec une SHA ou en utilisant de l'eau et du savon avant et après la visite à leur proche. • Si un visiteur participe aux soins de l'usager, il doit appliquer les précautions additionnelles requises identiques à celles recommandées pour les TdeS (c'est-à-dire le port de l'équipement de protection individuelle et l'HDM), selon le milieu où ces soins sont prodigués.
Alerte au dossier	<ul style="list-style-type: none"> • Placer une alerte informatique au dossier de l'usager connu porteur (colonisé ou infecté). • Placer une alerte informatique au dossier des contacts étroits et élargis ayant reçu leur congé, afin d'effectuer un suivi adéquat lors d'une réadmission. • Il revient à l'équipe de PCI de retirer l'alerte au dossier des usagers.
Direction de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Le signalement de tous les cas sporadiques confirmés est effectué par le LSPQ à la direction régionale de santé publique (DSPublique) de la région où se situe le laboratoire qui a soumis la souche pour analyse. • Une surveillance des infections sévères (candidémies) est effectuée via le programme de surveillance des bactériémies panhospitalières qui fait partie de la Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN-BACTOT).

GESTION DU CANDIDA AURIS DANS LES AUTRES MILIEUX DE SOINS

<p>Particularités en soins à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les précautions additionnelles contact lors des soins à l'usager. • Lors du retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), le disposer dans un sac pour les ordures ménagères et, idéalement, laisser au domicile de l'usager. Procéder à l'HDM immédiatement après le retrait de l'ÉPI. • Utiliser de l'équipement de soins et du matériel réservé à l'usage exclusif de l'usager. <ul style="list-style-type: none"> - Si l'équipement de soins doit être sorti du domicile, une désinfection entre chaque usager avec un produit reconnu efficace contre le <i>Candida auris</i>^A ou ayant une activité sporicide reconnue doit être réalisée. • Limiter la quantité de matériel qui entre dans le domicile. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 heures).
<p>Particularités en soins ambulatoires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les précautions additionnelles contact lors des soins à l'usager. • Utiliser de l'équipement de soins et du matériel réservé à l'usage exclusif de l'usager. <ul style="list-style-type: none"> - Si l'équipement de soins ne peut être réservé, une désinfection de l'équipement entre chaque usager avec un produit reconnu efficace contre le <i>Candida auris</i>^A ou ayant une activité sporicide reconnue doit être réalisée.
<p>Particularités en hémodialyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les précautions additionnelles contact lors des soins à l'usager. • Utiliser du matériel médical à usage unique ou réserver le matériel à l'usage exclusif de l'usager. <ul style="list-style-type: none"> - Si l'équipement de soins ne peut être réservé, une désinfection de l'équipement entre chaque usager avec un produit reconnu efficace contre le <i>Candida auris</i>^A ou ayant une activité sporicide reconnue doit être réalisée. • Minimiser l'exposition de l'usager colonisé ou infecté avec les autres usagers.

^A Référez à [List P: Antimicrobial products registered with EPA for claims against Candida Auris](#). Si les produits de la liste P ne sont pas accessibles, il est possible d'utiliser, pour la désinfection de *Candida auris*, un désinfectant de qualité hospitalière homologué et efficace contre les spores de *Clostridioides difficile*. Quel que soit le produit utilisé, il est important de suivre les instructions du fabricant, y compris le respect adéquat du temps de contact.

MESURES PARTICULIÈRES À APPLIQUER LORS D'UNE ÉCLOSION

Les mesures suivantes sont à appliquer lors d'une éclosion de cas de colonisation ou d'infection à *Candida auris* et s'ajoutent aux mesures décrites dans les pages précédentes.

Définition d'une éclosion	<ul style="list-style-type: none"> • La détection d'un cas unique doit déclencher la recherche d'autres cas (ECDC, 2016), dans tous les milieux de soins, en fonction des recommandations de dépistage énoncées précédemment. • Considérer être en présence d'une éclosion lors de l'identification d'au moins deux cas confirmés d'infection ou de colonisation par une souche de <i>Candida auris</i> et ayant un lien épidémiologique entre eux.
Enquête épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une éclosion, réaliser une cartographie des cas afin de déterminer la date du début de l'éclosion, d'identifier le cas à l'origine de la transmission (cas source) et de documenter la dynamique de la transmission.
Dépistage de tous les usagers de l'unité en éclosion	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister tous les usagers de l'unité en éclosion dès la confirmation de l'éclosion. • Planifier une journée pour un dépistage hebdomadaire de tous les usagers de l'unité, sans tenir compte des prélèvements faits à l'admission. • Poursuivre les dépistages hebdomadaires jusqu'à quatre semaines après le départ du dernier cas hospitalisé. • Aucune précaution additionnelle requise pour les usagers dépistés en attente des résultats, à l'exception des contacts étroits. • Procéder aux dépistages malgré la prise d'antifongique ou l'utilisation de chlorhexidine dans les derniers 48 heures.
Mesures de prévention et de contrôle à ajouter aux mesures précédentes	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des audits pour vérifier l'application de l'HDM et des précautions additionnelles, ainsi que pour évaluer la désinfection de l'environnement. • Procéder à l'hygiène personnelle quotidienne de l'utilisateur (bain/douche ou hygiène au lit) selon les modalités habituelles. • Changer quotidiennement la literie et les vêtements de l'utilisateur après avoir fait son hygiène personnelle. • Les données de la littérature indiquent une diminution des candidémies avec l'utilisation de la chlorhexidine. Celle-ci peut donc être utilisée pour aider le contrôle de l'éclosion (on ne vise toutefois pas une éradication complète de la présence de <i>Candida</i> au niveau de chaque usager). • Mettre en place un regroupement géographique (cohorte d'utilisateurs) en centre de soins de courte durée ou de réadaptation si jugé nécessaire en fonction du nombre de cas. • Attirer des TdeS réservés selon l'ampleur de l'éclosion et la capacité de l'établissement à la contrôler et la disponibilité du personnel.
Prélèvement de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'est pas recommandé d'effectuer des prélèvements environnementaux à moins que des éléments de l'enquête épidémiologique suggèrent un réservoir environnemental commun.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la fréquence de la désinfection de l'environnement.
Surveillance de l'utilisation des antifongiques	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une surveillance (de type « antibiogouvernance ») sur l'utilisation des antifongiques si elle n'est pas déjà réalisée.
Direction de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Signaler l'éclosion à la DSPublique selon les modalités régionales.

FIN DE L'ÉCLOSION

Définition de fin d'écllosion	Lorsqu'aucun nouveau cas n'a été découvert pendant un minimum de quatre semaines consécutives suivant l'identification du dernier cas (colonisé ou infecté) confirmé.
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un produit reconnu efficace contre le <i>Candida auris</i>^A ou ayant une activité sporicide reconnue. • Nettoyer et désinfecter les chambres et les autres espaces jugés nécessaires qui n'ont pas été nettoyés et désinfectés lors de la levée des précautions additionnelles, ou au départ d'un usager. • Dans une chambre multiple, considérer chaque section comme une zone usager c'est-à-dire un espace occupé par un seul usager. Si certaines zones usager de la chambre ont déjà été nettoyées et désinfectées, nettoyer et désinfecter de nouveau les surfaces à potentiel élevé de contamination (« high touch ») de ces zones. De plus, nettoyer et désinfecter des zones usager n'ayant pas déjà été nettoyées et désinfectées, ainsi que la salle de toilette.
Direction de santé publique	Aviser la DSPublique de la fin de l'écllosion selon les modalités régionales.

^A Se référer à [List P: Antimicrobial products registered with EPA for claims against Candida Auris](#). Si les produits de la liste P ne sont pas accessibles, il est possible d'utiliser, pour la désinfection de *Candida auris*, un désinfectant de qualité hospitalière homologué et efficace contre les spores de *Clostridioides difficile*. Quel que soit le produit utilisé, il est important de suivre les instructions du fabricant, y compris le respect adéquat du temps de contact.

RÉFÉRENCES

- Adams, E., Quinn, M., Tsay, S., Poirot, E., Chaturvedi, S., *et al.* (2018). *Candida auris* in healthcare facilities. *Emerging Infectious Disease*, 24(10), 1816-1824. [10.3201/eid2410.180649](https://doi.org/10.3201/eid2410.180649)
- Ambaraghassi, G., Dufresne, P.J., Dufresne, S.F., Vallières, É., Muñoz, J.F., *et al.* (2019). Identification of *Candida auris* by use of the updated Vitek 2 yeast identification system, Version 8.01: a multilaboratory evaluation study. *Journal Clinical Microbiology*, 57(11). <https://doi.org/10.1128/JCM.00884-19>
- Centers for disease control and prevention. (2019a). *Candida auris*. <https://www.cdc.gov/fungal/diseases/candidiasis/candida-auris.html>
- Centers for disease control and prevention. (2019b). General information about *Candida auris*. <https://www.cdc.gov/fungal/diseases/candidiasis/candida-auris-qanda.html>
- Centers for disease control and prevention. (2020a). Procedure for collection of patient swabs for *Candida auris*. <https://www.cdc.gov/fungal/candida-auris/c-auris-patient-swab.html>
- Centers for disease control and prevention. (2020b). Screening for *Candida auris* colonization. <https://www.cdc.gov/fungal/candida-auris/c-auris-screening.html>
- Centers for disease control and prevention. (2021). Surveillance for *Candida auris*. <https://www.cdc.gov/fungal/candida-auris/c-auris-surveillance.html>
- Centers for disease control and prevention. (2022a). Infection prevention and control for *Candida auris*. <https://www.cdc.gov/fungal/candida-auris/c-auris-infection-control.html>
- Centers for disease control and prevention. (2022b). Tracking *Candida auris*. <https://www.cdc.gov/fungal/candida-auris/tracking-c-auris.html#states>
- Chiller, T. (2017). Tackling an invasive, emerging, multidrug resistant yeast: *Candida auris*—What healthcare providers need to know, outreach and communication Activity (COCA). https://emergency.cdc.gov/coca/calls/2017/callinfo_081517.asp
- Chowdhary, A., Sharma, C., Meis, J.F. (2017). *Candida auris*: A rapidly emerging cause of hospital-acquired multidrug-resistant fungal infections globally. *PLOS Pathogens*. 13(5). <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1006290>
- European centre for disease prevention and control (2016). *Candida auris* in healthcare settings – Europe. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Candida-in-healthcare-settings_19-Dec-2016.pdf
- European centre for disease prevention and control. (2018). Rapid risk assessment – *Candida auris* in health care settings – Europe. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-candida-auris-healthcare-settings-europe>
- European centre for disease prevention and control. (2022). *Candida auris* outbreak in healthcare facilities in northern Italy, 2019-2021. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-candida-auris-Feb2022.pdf>
- Laboratoire de santé publique du Québec. (2019). Recommandations et algorithme pour l'identification de *Candida auris* selon le système d'identification utilisé. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/cauris_cinq_algo_20190503.docx
- Lockart, S.R., Etienne, K.A., Vallabhaneni, S., Farooqi, J., Chowdhary, A., *et al.* (2017). Simultaneous emergence of multidrug-resistant *Candida auris* on 3 continents confirmed by whole-genome sequencing and epidemiological analyses. *Clinical Infectious Diseases*, 64(2), 134-140. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw691>

Mizusawa, M., Miller, H., Green, R., Lee, R., Durante, M., *et al.* (2017). Can multidrug-resistant *Candida auris* be reliably identified in clinical microbiology laboratories? *Journal Clinical Microbiology*, 55(2), 638-640. <https://doi.org/10.1128/JCM.02202-16>

Pennsylvania department of health (2022). Healthcare facility toolkit for response to *Candida auris* materials for healthcare facilities. <https://www.health.pa.gov/topics/Documents/Programs/HAIP-AS/C.%20auris%20Toolkit%20-%20Healthcare%20Facilities.pdf>

Piedrahita, C.T., Cadnum, J. L., Jencson, A.L., Shaikh, A.A., Ghannoum, M. A., *et al.* (2017). Environmental surfaces in healthcare facilities are a potential source for transmission of *Candida auris* and other *Candida* Species. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 38(9), 1-3. <https://doi.org/10.1017/ice.2017.127>

Plachouras, D., Lotsch, F., Kohlenberg, A., Monnet, D. L. (2020). *Candida auris*: epidemiological situation, laboratory capacity and preparedness in European Union and European Economic Area countries, January 2018 to May 2019. *Eurosurveillance*, 25(12). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118346/>

Public health England. (2017). Guidance for the laboratory investigation, management and infection prevention and control for cases of *Candida auris*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/637685/Updated_Candida_auris_Guidance_v2.pdf

Public health Ontario. (2019). PIDAC *Interim guide for infection prevention and control of Candida auris*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/P/2019/pidac-ipac-candida-auris.pdf>

Sarma, S., Upadhyay, S. (2017). Current perspective on emergence, diagnosis and drug resistance in *Candida auris*. *Infection and Drug resistance*, 10, 155-165. <https://doi.org/10.2147/IDR.S116229>

Satoh, K., Makimura, K., Hasumi, Y., Nishiyama, Y., Uchida, K., *et al.* (2009). *Candida auris* sp. nov., a novel ascomycetous yeast isolated from the external ear canal of an inpatient in a Japanese hospital. *Microbiology Immunology*, 53(1), 41-44. <https://doi.org/10.1111/j.1348-0421.2008.00083.x>

Schelenz, S., Hagen, F., Rhodes, J.L., Abdolrasouli, A., Chowdhary, A., *et al.* (2016). First hospital outbreak of the globally emerging *Candida auris* in a European hospital. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 5(35), 1-7. [10.1186/s13756-016-0132-5](https://doi.org/10.1186/s13756-016-0132-5)

Schwartz, I.S., Hammond, G.W., (2017). First reported case of multidrug-resistant *Candida auris* in Canada. *Canada Communicable Disease Report*, 43(7/8), 150-153. [10.14745/ccdr.v43i78a02](https://doi.org/10.14745/ccdr.v43i78a02)

Swissnoso. (2022). Recommandations pour la prévention et le contrôle des infections à *Candida auris*. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Publikationen/220201_recommandation_C_auris_FR.pdf

Tsay, S., Welsh, R.M., Adams, E.H., Chow, N.A., Gade, L., *et al.* (2017). Notes from the field : ongoing transmission of *Candida auris* in health care facilities - United States, June 2016-May 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(9), 514-515. [10.15585/mmwr.mm6619a7](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6619a7)

Victoria department of health. (2018). *Candida auris* (C. auris). <https://www.health.vic.gov.au/infectious-diseases/candida-auris-c-auris>

Vuichard-Gysin, D., Sommerstein, R., Martischang, R., Harbarth, S., Kuster S.P. (2020). *Candida auris* - recommendations on infection prevention and control measures in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 150, 1-7. [10.4414/smw.2020.20297](https://doi.org/10.4414/smw.2020.20297)

Winnipeg regional health authority. (2022). Multidrug-resistant *Candida auris* protocol. https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/ipc/files/manuals/acutecare/Multidrug-resistant_C.auris_Protocol.pdf

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALE DU QUÉBEC

MEMBRES ACTIFS

Marie-Claude Roy, présidente
Catherine Dufresne
Roseline Thibeault
Pascale Trépanier
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université
Laval

Nathalie Bégin
Centre intégré de santé et de services sociaux de la
Montérégie-Centre

Karine Boissonneault
Natasha Desmarreau
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

Chantal Richard, secrétaire du CINQ
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Stéphane Caron
Direction de la santé environnementale, au travail et de la
toxicologie
Institut national de santé publique du Québec

Kevin Dufour
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux Saguenay–Lac-Saint-Jean

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Laplante (poste intérimaire)
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Bianka Paquet-Bolduc
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Sara Pominville
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de l'Estrie

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Dominique Grenier
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Silvana Perna
Ministère de la Santé et des Services sociaux

INVITÉS PERMANENTS

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

Geneviève Anctil
Annick Boulais
Josiane Charest
Fanny Desjardins
Josée Massicotte
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Mesures de prévention et de contrôle du *Candida auris* dans les milieux de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Josiane Charest, conseillère en soins infirmiers
Josée Massicotte, médecin-conseil
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Natasha Parisien, chef de secteur scientifique
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

AVEC LA COLLABORATION DE

Bruno Dubreuil, coordonnateur des services techniques,
CISSS de Laval
Philippe Dufresne, spécialiste clinique en biologie médicale,
Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :

<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3253