

Candida auris Prévention et contrôle des infections dans les établissements de soins de santé canadiens

PROTECTING AND EMPOWERING CANADIANS TO IMPROVE THEIR HEALTH



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title: *Candida auris* Infection Prevention and Control in Canadian Healthcare Settings.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : 613-957-2991
Numéro sans frais : 1-866-225-0709
Télécopieur : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2024

Date de publication : Décembre 2024

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat : HP40-375/2024F-PDF
ISBN : 978-0-660-74766-8
Pub. : 240687

Table des matières

Résumé des recommandations.....	6
Introduction	10
Préambule.....	10
Contexte.....	10
Risque et transmission	10
Objectif et champ d’application de cette ligne directrice	11
Élaboration des lignes directrices et méthodologie	11
Utilisateurs cibles.....	11
Hiérarchie des mesures de contrôle concernant <i>C. auris</i>	12
Élimination et substitution.....	12
Mesures de contrôle techniques	12
Mesures de contrôle administratives	12
Équipement de protection individuelle	13
Évaluation du risque organisationnel	13
Pratiques de base.....	13
Précautions additionnelles.....	13
EPI	13
Placement des patients positifs à <i>C. auris</i> et de leurs contacts.....	14
Transferts de patients entre établissements ou au sein d’un même établissement	15
Nettoyage et désinfection de l’environnement.....	15
Matériel de soins médicaux	16
Déchets, linge et services nutritionnels	16
Considérations relatives aux visiteurs.....	16
Manipulation des cadavres	16
Gestion et résistance antimicrobiennes	16
Considérations pédiatriques	17
Dépistage et surveillance de <i>C. auris</i>	17
Dépistage à l’admission	17
Calendrier et fréquence du dépistage	17
Levée des précautions additionnelles.....	18

Gestion des contacts.....	18
Considérations liées aux laboratoires.....	19
Méthode d'analyse	19
Collecte et manipulation des échantillons.....	19
Avis.....	19
Gestion des éclosions.....	20
Définitions d'éclosion.....	20
Identification des cas	20
Mesures supplémentaires en cas d'éclosions.....	21
Recherche des contacts pendant une éclosion	21
Déclarer la fin de l'éclosion.....	22
Dépistage supplémentaire	22
Annexe A : Remerciements.....	22
Annexe B : Programmes de surveillance nationaux ayant des données sur <i>C. auris</i>	23
Annexe C : Acronymes	23
References	24

Résumé des recommandations

Outre les [Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins](#), l'ASPC recommande ce qui suit :

Mesures de prévention et de contrôle des infections pour la gestion de <i>C. auris</i>	
1. Précautions additionnelles pour les patients, résidents ou clients positifs à <i>C. auris</i>	1.1 Placement dans une chambre privée avec salle de bain privée ou commode dédiée.
2. Équipement de protection individuelle (EPI)	2.1 Les professionnels de la santé et les visiteurs doivent porter une blouse à manches longues et des gants à tout moment lorsqu'ils se trouvent dans la chambre du patient.
3. Nettoyage et désinfection de l'environnement	<p>3.1 Désinfectant, approuvé par Santé Canada pour les hôpitaux ou les établissements de soins de santé, dont l'efficacité contre <i>C. auris</i> est attestée.</p> <p>3.2 Des données in vitro montrent que les désinfectants à base de chlore et de peroxyde d'hydrogène sont efficaces contre <i>C. auris</i>.</p> <p>3.3 Les composés d'ammonium quaternaire ne doivent pas être utilisés en raison de leur activité réduite.</p> <p>3.4 Les technologies de désinfection sans contact par UV-C et H₂O₂ ne peuvent être envisagées qu'en complément des pratiques de nettoyage susmentionnées.</p>
4. Retraitement des dispositifs	<p>4.1 Dans la mesure du possible, il convient d'utiliser des produits de soins à usage unique et jetable pour un patient atteint de <i>C. auris</i>.</p> <p>4.2 Les équipements et les fournitures réutilisables et non critiques pour les soins aux patients doivent être étiquetés et entreposés dans la chambre du patient, réservés au patient pendant la durée de son admission et nettoyés et désinfectés de manière adéquate avant d'être utilisés pour un autre patient.</p>
5. Transferts de patients entre établissements ou au sein d'un même établissement	<p>5.1 Le transfert de patients colonisés ou infectés par <i>C. auris</i> au sein d'un même établissement ou d'un établissement à l'autre doit être évité, sauf en cas de nécessité médicale ou de transition des soins (par exemple, entre un établissement de soins de courte durée et un établissement de soins de longue durée).</p> <p>5.2 L'unité, le service ou l'établissement destinataire doit être prévenu à l'avance.</p>

	5.3 La colonisation/infection par <i>C. auris</i> ne doit pas être un motif de refus de transfert.
6. Considérations relatives aux visiteurs	6.1 Les visiteurs doivent être formés aux exigences en matière d'EPI et d'hygiène des mains et porter les mêmes EPI que les travailleurs de la santé lorsqu'ils se trouvent dans la chambre ou la zone de soins du patient.
7. Gestion de la RAM et résistance	7.1 L'instauration, le maintien, l'efficacité et l'arrêt du traitement antimicrobien doivent faire l'objet d'une concertation permanente entre tous les professionnels de la santé concernés qui participent aux soins du patient.
Dépistage de <i>C. auris</i>	
8. Facteurs de risque clés pour le dépistage de la colonisation ou l'infection par <i>C. auris</i>	<p>8.1 Le dépistage à l'admission doit être envisagé pour les patients suivants dans les établissements de soins de courte durée et de longue durée :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. patients admis dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée à l'étranger (y compris aux États-Unis) au cours des 12 derniers mois; 2. patients transférés d'un établissement de soins de santé canadien lorsqu'une éclosion de <i>C. auris</i> est en cours (si elle est connue). <p>8.2 Les sites de dépistage devraient comprendre ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aisselle et aine bilatéraux; 2. sites précédemment colonisés; 3. sites cliniquement pertinents (par exemple, plaies ou sites de sortie de dispositifs).
9. Calendrier et fréquence du dépistage	9.1 En ce qui concerne les patients répondant aux critères de dépistage à l'admission et les contacts des cas, un dépistage supplémentaire doit être effectué en cas de dépistage initial négatif, conjointement avec PCI ou les experts en maladies infectieuses concernés, avec un minimum de deux dépistages supplémentaires effectués à une semaine d'intervalle.
10. Dépistage pour déterminer l'élimination	10.1 Le dépistage pour déterminer l'élimination de <i>C. auris</i> n'est pas recommandé.
11. Gestion des contacts	11.1 Tous les contacts étroits de patients avec de nouveaux cas de <i>C. auris</i> , tel que les anciens et actuels compagnons d'unité ou d'étage et de salle de bain, ou les patients qui ont

	occupé une chambre insuffisamment désinfectée immédiatement après un cas non reconnu, doivent être placés dans une chambre privée avec salle de bain privée ou commode dédiée, en prenant des précautions par contact et faire l'objet d'un dépistage de <i>C. auris</i> , conformément aux exigences de dépistage mentionnées précédemment.
Considérations liées aux laboratoires	
12. Méthodes d'analyse	<p>Les méthodes suivantes peuvent être utilisées pour l'identification de l'isolat de <i>C. auris</i> :</p> <p>12.1 Désorption ou l'ionisation laser assistée par matrice et temps de vol (MALDI-TOF), si la base de données utilisée contient des spectres de <i>C. auris</i>.</p> <p>12.2 Méthodes de réaction de polymérisation en chaîne propres à <i>C. auris</i>.</p> <p>Les méthodes suivantes peuvent être utilisées pour prélever des échantillons de dépistage de <i>C. auris</i> :</p> <p>12.3 Techniques de culture standard utilisant des milieux de croissance chromogènes, avec confirmation par MALDI-TOF ou réaction de polymérisation en chaîne.</p>
13. Collecte et manipulation des échantillons	13.1 Les échantillons doivent être prélevés sur le patient en suivant les procédures de prévention et contrôle des infections (PCI) de base et en portant l'EPI nécessaire, et manipulés au laboratoire conformément aux normes et lignes directrices canadiennes en matière de biosécurité.
Gestion des éclosions	
14. Définitions d'éclosion	14.1 Toute transmission de <i>C. auris</i> parmi les patients d'un établissement de soin de santé doit être considérée comme étant une éclosion nécessitant des mesures supplémentaires de PCI.
15. Identification des cas	<p>15.1 Un patient est identifié comme étant un cas de <i>C. auris</i> s'il présente les caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmation en laboratoire de <i>C. auris</i> obtenue à partir d'échantillons de dépistage de base ou de recherche de contacts. 2. Confirmation en laboratoire de <i>C. auris</i> obtenue à l'aide d'un échantillon clinique à des fins de diagnostic ou de traitement.

<p>16. Plan de gestion de l'éclosion et mesures complémentaires</p>	<p>16.1 Création d'une équipe multidisciplinaire de gestion des éclosions.</p> <p>16.2 Mener une enquête épidémiologique afin d'identifier les contacts potentiels, les sources de transmission et les manquements aux pratiques de PCI.</p> <p>16.3 Renforcement du nettoyage ou de la désinfection de l'environnement de la zone de soins aux patients et des zones communes, en mettant l'accent sur les surfaces horizontales et les surfaces fréquemment touchées.</p> <p>16.4 Audits de l'hygiène des mains, de l'utilisation des EPI, du nettoyage et de la désinfection.</p> <p>16.5 La décolonisation des patients positifs n'est pas recommandée.</p> <p>16.6 La constitution de cohortes de patients et de membres du personnel doit être envisagée.</p>
<p>17. Recherche des contacts pendant une éclosion</p>	<p>17.1 Tous les contacts étroits de patients avec de nouveaux cas de <i>C. auris</i>, comme les anciens et actuels compagnons d'unité ou d'étage et les compagnons de salle de bain, ou les patients qui ont occupé une chambre insuffisamment désinfectée immédiatement après un cas non reconnu, doivent être placés dans une chambre privée avec salle de bain privée ou commode dédiée, en prenant des précautions contre la transmission par contact avec une blouse et des gants, et faire l'objet d'un dépistage de <i>C. auris</i>. Les contacts étroits avec les patients ayant fait l'objet d'un dépistage doivent rester soumis aux précautions contre la transmission par contact jusqu'à ce que des résultats négatifs soient obtenus et éliminés à l'aide de la prévention et du contrôle des infections, conformément aux exigences de dépistage mentionnées précédemment.</p> <p>17.2 Il est également recommandé que les collègues du service ou de l'unité qui ne sont pas des contacts étroits soient également mis à l'essai; par exemple, au moyen d'un essai de prévalence ponctuel. Les essais doivent être effectués conformément aux exigences de dépistage mentionnées précédemment.</p> <p>17.3 Il n'est pas nécessaire de prévoir des chambres privées et des précautions contre la transmission par contact pour les compagnons de l'unité ou du service qui ne sont pas des contacts étroits, en attendant les résultats des essais de prévalence ponctuels.</p>
<p>18. Autres facteurs de dépistage à prendre en considération</p>	<p>18.1 Le dépistage du personnel n'est pas recommandé.</p>

Introduction

Préambule

La présente ligne directrice est une mise à jour de l'avis de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) : « Avis : *Candida auris* : recommandations provisoires pour la prévention et le contrôle des infections ». Cette version :

- développe les recommandations formulées dans l'avis;
- comporte des recommandations supplémentaires concernant la gestion des éclosions et le dépistage.

Contexte

Candida auris (*C. auris*) est un champignon pathogène multirésistant aux médicaments qui peut être à l'origine d'infections invasives et d'éclosions liées aux soins de santé et qui constitue donc une menace grave pour la santé humaine mondiale. *C. auris* peut être difficile à cerner en laboratoire à l'aide de méthodes conventionnelles et sa détection peut donc être sous-estimée. Les taux de mortalité des infections invasives à *C. auris* sont estimés à plus de 40 %, ce qui est similaire à d'autres micro-organismes résistants aux médicaments [1]. L'ASPC a constaté la propagation de *C. auris* dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée (SLD) du monde entier. Récemment, de multiples éclosions de *C. auris* associées aux soins de santé et l'identification d'isolats de *C. auris* pan-résistants à l'échelle internationale ont accru les inquiétudes concernant les incidences de *C. auris* dans les établissements de soins de santé.

Les données du Laboratoire national de microbiologie (LNM) et du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) indiquent que *C. auris* a été isolé chez des patients hospitalisés entre 2012 et 2023. Les documents évalués par des pairs décrivent la première série de cas de *C. auris* et une petite éclosion hospitalière signalée au Canada [2, 3, 4]. Compte tenu de la pénurie générale de données, on ne connaît pas encore l'état actuel de *C. auris* dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée du Canada.

Risque et transmission

La propension de *C. auris* à se propager peut avoir de graves conséquences pour le système de santé canadien. Les infections invasives à *C. auris* peuvent entraîner une morbidité et une mortalité sévères, en particulier chez les patients hospitalisés qui sont immunodéprimés ou en soins intensifs [5, 6].

C. auris peut :

- devenir résistants à tous les médicaments antifongiques disponibles [7, 8];
- persister sur les surfaces et les équipements à usages multiples pendant des périodes prolongées [9, 10, 11];
- contaminer de manière extensive les environnements de soins de santé occupés par des patients positifs à *C. auris* [12, 13, 14, 15, 16];
- être résistant aux désinfectants hospitaliers à base d'ammonium quaternaire [17, 18].

C. auris colonise fréquemment la peau, les voies respiratoires et les voies urinaires de même qu'il est excrété de la peau dans l'environnement, contaminant ainsi les surfaces et les équipements. Cela entraîne la transmission de l'infection par contact direct et indirect dans les établissements de soins de santé [1, 6].

Objectif et champ d'application de cette ligne directrice

L'ASPC élabore des lignes directrices et des recommandations sur la PCI qui sont fondées sur des données probantes pour compléter les efforts des gouvernements provinciaux et territoriaux en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des infections associées aux soins de santé. Les lignes directrices évolueront en fonction des nouvelles découvertes scientifiques et de l'examen attentif des répercussions sur la pratique dans les zones d'incertitude.

Les lignes directrices à l'échelle nationale doivent toujours être lues conjointement avec les politiques et réglementations provinciales, territoriales et locales pertinentes. Les lignes directrices de l'ASPC ne remplacent pas les politiques et réglementations provinciales, territoriales ou locales. L'ASPC continuera à prendre en compte les nouvelles données dès qu'elles seront disponibles.

Cette ligne directrice s'adresse à tous les établissements de soins de santé canadiens. Aux fins du présent document, le terme « patient » inclut les personnes qui reçoivent des soins de santé et que l'on désigne traditionnellement ou généralement par les termes patient, client ou résident.

Les recommandations pour les milieux autres que les établissements de soins de santé ne sont pas comprises dans le cadre du présent document.

Élaboration des lignes directrices et méthodologie

L'ASPC a élaboré la présente ligne directrice en s'appuyant sur l'expertise technique du Comité consultatif national sur la prévention et le contrôle des infections (CCN-PCI) et sur des experts en la matière. Les recommandations s'appuient sur une analyse des données probantes, des avis d'experts et des principes fondamentaux de la prévention et du contrôle des infections, comme ils sont définis dans le document d'orientation [Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins](#) de l'ASPC. Cet avis se fonde sur les données probantes scientifiques, les normes et les règlements actuellement disponibles et adopte une approche de précaution lorsque ces données sont déficientes ou non concluantes. Il peut faire l'objet d'examen et de modification à mesure que de nouveaux renseignements seront disponibles.

Veillez vous reporter à l'[annexe A pour la liste des membres](#).

Utilisateurs cibles

Le présent document s'adresse aux professionnels de la PCI, aux professionnels de la santé et de la sécurité au travail (SST), aux organisations de soins de santé et aux prestataires de soins de santé responsables des soins aux patients ou de la formation des travailleurs de la santé en matière de prévention et de contrôle des infections.

Hiérarchie des mesures de contrôle concernant *C. auris*

Élimination et substitution

L'élimination et la substitution dans le cadre de la hiérarchie des contrôles ne sont pas des approches réalisables pour prévenir la transmission de *C. auris* dans les établissements de santé. Toutefois, des systèmes et des protocoles doivent être mis en place pour garantir une surveillance précise et la prévention de la transmission de *C. auris* dans les établissements de soins de santé (voir [Mesures de contrôle techniques](#) et [Mesures de contrôle administratives](#)).

Mesures de contrôle techniques

Voici quelques exemples de mesures de contrôle techniques dans le cadre de la prise en charge d'un patient atteint de *C. auris* :

- chambres individuelles privées avec toilettes et lavabo privés, ainsi qu'une zone désignée pour mettre et enlever l'EPI en toute sécurité;
- lavabos désignés, avec du savon mis à la disposition du personnel;
- mobilier et équipement conçus pour être facilement et efficacement nettoyés et désinfectés;
- désinfectant pour les mains à base d'alcool au point de service.

Mesures de contrôle administratives

Chaque organisation de soins de santé doit élaborer des politiques et des procédures complètes pour mettre et enlever l'EPI et pour assurer une hygiène des mains efficace. Pour prévenir efficacement la transmission de *C. auris* ou détecter les cas de *C. auris*, des mesures de contrôle administratives doivent être prises dès le premier contact avec un cas suspect ou confirmé et se poursuivre jusqu'à ce que le patient quitte l'établissement de soins de santé ou soit décédé (il faut noter que des soins post-mortem adéquats sont nécessaires).

Voici quelques exemples de mesures de contrôle administratives dans le cadre de la prise en charge d'un patient atteint de *C. auris* :

- élaboration et mise à jour d'une politique d'évaluation des risques de *C. auris*;
- adoption des mesures nécessaires pour veiller à ce que l'établissement dispose d'une quantité suffisante de désinfectant pour les mains et d'un nombre suffisant d'EPI non périmés et facilement accessibles, adaptés aux soins des patients qui ont une infection suspectée ou confirmée de *C. auris* et conformes à l'EPI sur lequel le personnel a été formé;
- protocoles de dépistage des facteurs de risque pertinents pour la colonisation ou l'infection par *C. auris* aux points d'entrée;
- procédures de triage et mise en œuvre rapide des précautions et des EPI adéquats;
- politiques de recherche des cas et de suivi des contacts.

En outre, les organisations doivent se conformer aux lois et règlements fédéraux et provinciaux en matière de SST. Cela se fait généralement par la mise en œuvre de politiques, de procédures, de sensibilisation et de formation. Dans certaines provinces et certains territoires, des comités mixtes de santé et de sécurité sont également prévus par la loi et sont présidés conjointement par un représentant de la direction et un représentant des travailleurs de la santé. Les hôpitaux utiliseront

également un système de responsabilité interne, sur lequel repose la philosophie sous-jacente de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail de toutes les sphères de compétence au Canada. Le principe fondamental du système de responsabilité interne prévoit que toutes les personnes présentes dans un lieu de travail – tant les employés que les employeurs – sont responsables de leur propre sécurité et de celle de leurs collègues.

Équipement de protection individuelle

Les lois fédérales et provinciales sur la santé et la sécurité au travail définissent les obligations particulières de l'employeur, du superviseur et des travailleurs de la santé en ce qui concerne l'EPI. L'employeur doit s'assurer que l'EPI adéquat est accessible et en bon état de fonctionnement. Une instruction, une formation et une supervision complètes doivent être assurées pour une bonne utilisation. Les organisations de soins de santé doivent veiller à ce que l'EPI adéquat est offert en quantité suffisante pour protéger les travailleurs de la santé et à ce que ces derniers sachent appliquer, utiliser et retirer leur EPI. Les exigences précises en matière d'EPI pour les soins aux personnes qui ont une infection suspectée ou confirmée de *C. auris* se trouvent [ci-dessous](#).

Évaluation du risque organisationnel

Cette évaluation du risque organisationnel (ERO) est au centre de la préparation et de la planification de toute organisation de soins de santé concernant la protection de toutes les personnes (p. ex. les patients, les travailleurs de la santé, les visiteurs, les entrepreneurs, etc.) contre *C. auris* dans tous les établissements de soins de santé.

La réalisation d'une évaluation des risques opérationnels aidera l'établissement à déterminer l'efficacité des mesures de contrôle actuelles et l'étendue de la hiérarchie des mesures de contrôle visant à prévenir la transmission de *C. auris*.

Pratiques de base

Les pratiques de base sont les mesures de prévention des infections prises sur le plan des soins prodigués à tous les patients, à tout moment, dans tous les établissements de santé. Les pratiques de bases et les précautions additionnelles sont traitées en détail dans le document d'orientation [Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins](#) de l'ASPC.

Précautions additionnelles

EPI

L'EPI doit toujours être utilisé en conjonction avec des mesures de contrôle techniques et administratives.

Tous les EPI doivent être fournis en quantité et en taille suffisantes dans toutes les zones de soins aux patients, et entreposés de manière à être facilement accessibles sur le lieu des soins pour tous les travailleurs de la santé et les visiteurs.

Tous les travailleurs de la santé et les visiteurs doivent porter l'EPI suivant en permanence lorsqu'ils prodiguent des soins ou lorsqu'ils se trouvent dans la chambre ou la zone de soins du patient :

- blouses à longues manches;
- gants.

Les gants et les blouses doivent être enfilés avant d'entrer dans la chambre ou la zone de soins du patient et jetés dans un récipient adéquat sans contact avant d'en sortir.

L'EPI doit être changé :

- avant de quitter l'environnement de soins du patient;
- entre les patients;
- lorsqu'il est visiblement souillé;
- lorsque des trous ou des déchirures sont constatés ou que l'intégrité de l'EPI est compromise.

Placement des patients positifs à *C. auris* et de leurs contacts

Les patients qui ont une infection suspectée ou confirmée de *C. auris* doivent être signalés conformément aux protocoles de l'établissement et soumis à des précautions contre la transmission par contact avec des blouses et des gants, dans une chambre privée ayant des toilettes privées ou une commode dédiée.

S'il est nécessaire de placer le patient dans une zone ouverte du service, les rideaux doivent rester fermés et le patient doit disposer d'une commode dédiée.

Une signalisation claire et visible doit être apposée sur la porte ou à l'entrée de la zone de soins du patient, indiquant le niveau de précaution et les exigences en matière d'EPI.

Lorsque plusieurs cas sont présents dans le même service ou la même unité, il convient d'envisager le regroupement des patients positifs en liaison avec professionnelles de la prévention et contrôle des infections, en veillant à ce que toute précaution additionnelle non applicable à *C. auris* (par exemple, si le patient est également soumis à des précautions contre la grippe) soit prise en compte lors de la détermination du placement du patient.

Étant donné la propension de *C. auris* à persister dans l'environnement et sur les surfaces, et à résister aux désinfectants courants à base d'ammonium quaternaire, il est recommandé que, dans la mesure du possible, les patients restent dans leur chambre pendant toute la durée de leur hospitalisation et ne soient autorisés à la quitter qu'en cas de nécessité médicale et s'ils peuvent se conformer aux exigences d'hygiène des mains et ne pas contaminer leur environnement. Lorsqu'il quitte sa chambre, le patient doit changer de blouse, tout équipement quittant la chambre doit être nettoyé et désinfecté de manière adéquate, et il doit être accompagné par un travailleur de la santé portant un EPI conforme qui s'assure que toutes les surfaces entrant en contact avec le patient sont soigneusement nettoyées avec un désinfectant convenable (voir la section [Nettoyage et désinfection de l'environnement](#)). Dans d'autres contextes comme les établissements de soins de longue durée, des procédures d'atténuation adaptées doivent être mises en place pour gérer les résidents positifs à *C. auris* lorsqu'ils se déplacent dans l'établissement, le cas échéant.

Transferts de patients entre établissements ou au sein d'un même établissement

Le transfert de patients colonisés ou infectés par *C. auris* au sein d'un même établissement ou d'un établissement à l'autre doit être évité, sauf en cas de nécessité médicale ou de transition des soins (par exemple, entre un établissement de soins de courte durée et un établissement de soins de longue durée). L'unité, le service ou l'établissement destinataire doit être prévenu à l'avance. Tous les établissements de santé devraient être en mesure de prendre en charge les patients atteints de *C. auris* et la colonisation ou l'infection avec le *C. auris* ne doit pas être un motif pour refuser le transfert.

Un EPI adéquat doit être utilisé pour soigner le patient pendant le transport et au lieu de destination. Avant de quitter sa chambre, le patient doit se laver les mains (avec de l'aide au besoin). Il incombe au service ou à l'établissement de santé destinataire d'informer le personnel de santé qui participe aux soins du patient de l'état de ce dernier.

Tout le matériel de soins et le mobilier quittant la zone de soins du patient, y compris le lit, doivent être nettoyés et désinfectés avant la sortie.

Nettoyage et désinfection de l'environnement

Comme *C. auris* a démontré sa capacité à persister dans l'environnement, même après un nettoyage de routine [17, 19], il convient de veiller à un nettoyage et à une désinfection convenables de la chambre du patient ou de la zone de soins pendant l'admission et après la sortie, à l'aide d'un désinfectant adéquat contre le *C. auris*.

Le nettoyage et la désinfection de l'environnement de la chambre d'un patient atteint de *C. auris* doivent être effectués à l'aide d'un désinfectant approuvé par Santé Canada pour les hôpitaux ou les établissements de soins de santé et dont l'efficacité contre *C. auris* est attestée.

Des données in vitro laissent entendre que les désinfectants à base de chlore et de peroxyde d'hydrogène sont également efficaces contre *C. auris* [11, 17, 20-22].

Les instructions du fabricant concernant l'utilisation, le temps de contact avec l'eau, la surface et le type d'équipement doivent être respectées.

Les composés d'ammonium quaternaire ne doivent pas être utilisés en raison d'une activité réduite contre *C. auris* [17].

La lumière ultraviolette-C (UV-C) et le peroxyde d'hydrogène vaporisé (H₂O₂) se sont également avérés efficaces pour réduire la charge biologique de *C. auris* sur les surfaces [17, 20, 21]. Les technologies de désinfection sans contact ne doivent être utilisées qu'en complément des pratiques de nettoyage susmentionnées.

Toutes les surfaces horizontales et touchées fréquemment doivent être nettoyées au moins une fois par jour et lorsqu'elles sont visiblement souillées.

Le nettoyage final de l'équipement et de l'environnement du patient, y compris le retrait et le nettoyage du linge d'hôpital et des rideaux d'intimité, doit être effectué au moment du départ ou du transfert du patient.

Toutes les fournitures de soins à usage unique et jetables entreposées dans la chambre du patient doivent être jetées lors du nettoyage final.

Le personnel des services environnementaux doit porter le même EPI que les autres travailleurs de la santé pour nettoyer et désinfecter la chambre du patient.

Matériel de soins médicaux

Les fournitures de soins aux patients à usage unique et jetables doivent être utilisées pour un patient atteint de *C. auris* autant que possible et jetées dans un réceptacle à déchets sans contact après utilisation.

Les équipements et les fournitures réutilisables et non critiques pour les soins aux patients doivent être étiquetés et entreposés dans la chambre du patient, réservés au patient pendant la durée de son admission et nettoyés et désinfectés de manière adéquate avant d'être utilisés pour un autre patient.

Déchets, linge et services nutritionnels

Aucune précaution particulière n'est recommandée pour la manipulation des déchets, du linge, de la vaisselle ou des couverts. Les pratiques habituelles doivent être adoptées.

Considérations relatives aux visiteurs

Il faut informer les visiteurs qu'ils doivent s'entretenir avec un travailleur de la santé avant d'entrer dans la chambre ou la zone de soins d'un patient soumis à des précautions contre la transmission par contact de *C. auris*, afin d'évaluer le risque pour la santé du visiteur et la capacité de ce dernier à respecter les précautions.

Les familles et les visiteurs qui pénètrent dans la zone de soins aux patients doivent être informés des précautions prises et de la prévention de la transmission de l'infection à d'autres personnes, en mettant particulièrement l'accent sur l'hygiène des mains. Ils doivent savoir comment mettre et enlever correctement leur EPI et comment mettre au rebut l'EPI usagé correctement. Les familles et les visiteurs qui contribuent aux soins des patients doivent porter le même équipement de protection individuelle que les travailleurs de la santé.

Les documents de communication destinés aux patients et aux visiteurs doivent répondre aux besoins de populations diverses, comme les personnes en situation de handicap et celles qui ne parlent pas couramment l'anglais ou le français.

Manipulation des cadavres

Aucune précaution particulière n'est requise pour la manipulation des cadavres. Les travailleurs de la santé doivent suivre les protocoles propres à leur province ou territoire et à leur organisation pour manipuler les cadavres de patients positifs à *C. auris*.

Gestion et résistance antimicrobiennes

Le traitement antimicrobien de *C. auris* doit être guidé par les résultats de la culture et de la sensibilité.

Le traitement antimicrobien en cours doit être revu fréquemment par les travailleurs de la santé concernés afin de confirmer son efficacité et d'évaluer la nécessité de le poursuivre.

Considérations pédiatriques

Il n'y a pas de considérations pédiatriques supplémentaires concernant *C. auris*.

Dépistage et surveillance de *C. auris*

Les facteurs de risque les plus courants signalés pour la colonisation et l'infection par *C. auris* sont les suivants :

- exposition prolongée aux antibiotiques à large spectre [22, 23, 24, 25, 26, 27];
- dispositifs médicaux à demeure [22, 23, 24, 25];
- le diabète [22, 23, 24, 25, 27];
- séjour prolongé en soins intensifs [22, 23, 24, 25, 26, 27];
- hémodialyse [22, 23, 24, 25, 26, 27];
- patient immunodéprimé [22, 23, 24, 25, 26, 27];
- admission dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée à l'étranger;
- patients transférés d'un établissement de santé canadien lorsqu'une éclosion de *C. auris* est en cours.

La suspicion doit être de mise si les patients présentent des facteurs de risque de colonisation par *C. auris* ou une infection à *Candida* spp. suspectée ou confirmée. Dans ces cas, il est recommandé de procéder à une identification précise au niveau de l'espèce des isolats de *Candida* provenant d'échantillons cliniques afin de s'assurer que toutes les interventions de PCI nécessaires puissent être mises en place pour prévenir la transmission nosocomiale de *C. auris* [19, 24, 25, 26, 28, 29].

Dépistage à l'admission

Les patients admis dans un établissement de soins de santé doivent faire l'objet d'un dépistage de *C. auris* s'ils :

1. ont été admis dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée à l'étranger (y compris aux États-Unis) au cours des 12 derniers mois;
2. sont transférés d'un établissement de santé canadien lorsqu'une éclosion de *C. auris* est en cours (si elle est connue).

Le dépistage doit comprendre un écouvillonnage bilatéral unique de l'aisselle et de l'aîne du patient. En outre, des écouvillons uniques de sites précédemment colonisés ou cliniquement pertinents peuvent également être indiqués; par exemple, des plaies et des sites de sortie de dispositifs.

Calendrier et fréquence du dépistage

En cas de dépistage initial négatif, les personnes présentant un risque élevé de colonisation ou d'infection par *C. auris* doivent faire l'objet d'un dépistage supplémentaire, car les données disponibles laissent entendre que la sensibilité d'un seul écouvillonnage groupé de l'aisselle et de l'aîne peut être limitée [30, 31].

Un dépistage supplémentaire doit être déterminé en collaboration avec les professionnelles en PCI ou les experts en maladies infectieuses concernés. Au minimum, il convient d'envisager deux dépistages supplémentaires à une semaine d'intervalle. Les patients doivent être hébergés conformément à la

section « [Placement des patients positifs à *C. auris* et de leurs contacts](#) » ci-dessus et doivent toujours prendre des précautions contre la transmission par contacts jusqu'à ce que les résultats du dépistage soient accessibles.

Levée des précautions additionnelles

Le dépistage de base pour déterminer l'élimination de *C. auris* n'est pas recommandé. Il n'existe pas de critères cliniques ou microbiologiques éprouvés permettant de prédire de manière fiable l'élimination de la colonisation par *C. auris* [1, 5, 22, 26, 28]. Il a été prouvé que la colonisation persiste pendant une période prolongée et que des prélèvements répétés peuvent donner des résultats incohérents [28, 31]. Il a été démontré que la colonisation des patients pouvait durer plus de deux ans dans certains cas [19, 28, 31].

Les patients identifiés comme étant colonisés par *C. auris* doivent être signalés par l'établissement et soumis à des précautions contre la transmission par contact pour toutes les admissions actuelles et ultérieures. Les personnes identifiées comme contacts d'un cas de *C. auris* après leur départ doivent être signalées pour un dépistage lors de toute nouvelle admission.

Les patients identifiés comme étant colonisés ou infectés par *C. auris* doivent être signalés par l'établissement de santé et placés dans une chambre privée ayant une salle de bain privée ou une commode dédiée en prenant des précautions contre la transmission par contact pour la durée de l'admission ainsi que pour toute admission future.

La durée des précautions contre la transmission par contact avec les résidents ou les clients atteints de *C. auris* dans les établissements de soins de longue durée doit être déterminée en fonction de l'épidémiologie locale et régionale, de l'administration de l'établissement et du service de PCI.

Gestion des contacts

Tous les contacts étroits de patients avec de nouveaux cas de *C. auris*, comme les anciens et actuels compagnons d'unité ou d'étage et les compagnons de salle de bain, ou les patients qui ont occupé une chambre insuffisamment désinfectée (p. ex. désinfectée avec des composés d'ammonium quaternaire) après un cas non reconnu, doivent être placés dans une chambre privée avec salle de bain privée ou commode dédiée, en prenant des précautions contre la transmission par contact et faire l'objet d'un dépistage de *C. auris*.

En cas de dépistage initial négatif, une approche de dépistage supplémentaire doit être déterminée en collaboration avec les professionnelles en PCI ou les experts en maladies infectieuses concernés. À la limite, un dépistage supplémentaire effectué au moins une semaine après le résultat négatif initial doit être envisagé. Les contacts étroits avec les patients qui ont fait l'objet d'un dépistage doivent rester soumis à des précautions contre la transmission par contact jusqu'à ce que les résultats soient accessibles. L'arrêt des précautions doit se faire en collaboration avec les professionnelles en PCI ou les experts en maladies infectieuses concernés et, le cas échéant, les autorités locales de santé publique (par exemple, lors d'une éclosion).

Considérations liées aux laboratoires

Méthode d'analyse

La difficulté d'identifier *C. auris* et de la différencier d'autres espèces étroitement apparentées est bien documentée [32]. Certaines des approches courantes fondées sur la culture ne sont pas aussi efficaces pour différencier *C. auris* des autres *Candida* spp. Cependant, des milieux chromogènes nouvellement formulés se révèlent efficaces pour l'identification putative fondée sur la couleur et l'apparence des colonies [33]. Les méthodes courantes fondées sur la biochimie posent un problème pour l'identification précise de *C. auris*, car son profil d'assimilation biochimique est très similaire à celui d'autres espèces étroitement apparentées [23, 32, 34].

Les méthodes suivantes sont les plus fiables pour dépister et identifier *C. auris* :

- Pour l'identification de l'isolat de *C. auris* :
 - désorption ou l'ionisation laser assistée par matrice et temps de vol (MALDI-TOF), puisque toutes les bases de données actuelles contiennent des spectres de *C. auris*;
 - méthodes de réaction de polymérisation en chaîne propres à *C. auris*. Les laboratoires qui utilisent d'autres méthodes (par exemple, Microscan, Vitek) peuvent avoir besoin de plus de temps pour identifier correctement les isolats.
- Pour les échantillons de dépistage de *C. auris* en vue d'une colonisation (par exemple, écouvillons axillaires/aines), procédez à une culture sur gélose chromogène. Les isolats présumés prélevés sur ces plaques doivent être confirmés comme étant *C. auris* par les méthodes de MALDI-TOF ou de réaction de polymérisation en chaîne.

Toutes les méthodes d'identification en laboratoire de *C. auris* doivent respecter les lignes directrices d'Agrément Canada en matière de qualité, de sécurité et de compétence [35, 36]. Les laboratoires doivent s'assurer que toutes les bases de données sont à jour afin de garantir une identification précise. Les établissements qui n'ont pas accès aux essais moléculaires par réaction de polymérisation en chaîne ou à la MALDI-TOF doivent envisager d'envoyer les isolats aux laboratoires de référence de santé publique locaux ou régionaux pour une identification exacte.

Collecte et manipulation des échantillons

Tous les échantillons prélevés pour des essais de laboratoire doivent être considérés comme étant potentiellement infectieux et doivent être prélevés en adoptant les pratiques habituelles et prenant des précautions additionnelles, y compris l'EPI qui s'impose [37]. Les échantillons cliniques doivent être recueillis et transportés conformément aux politiques et aux procédures de l'établissement ainsi qu'aux mesures de PCI nécessaires. En ce qui concerne les procédures de biosécurité en laboratoire, veuillez consulter les [Normes et lignes directrices canadiennes sur la biosécurité](#) de l'ASPC.

Avis

Tous les nouveaux cas identifiés de *C. auris* doivent être signalés à PCI et à toute autorité de santé publique conformément aux exigences juridiques applicables en matière de rapports.

Gestion des éclosions

Les organisations doivent disposer d'un plan de gestion pour traiter précisément les éclosions de *C. auris*.

En cas d'éclosion, une équipe multidisciplinaire de gestion de l'éclosion doit être constituée afin de mettre au point et de coordonner les interventions visant à faire cesser la transmission en cours. L'équipe doit être composée, au moins, de membres de PCI, des services environnementaux et de la direction du service ou de la zone de soins aux patients concernés. L'équipe doit se réunir régulièrement pour discuter de l'évolution de l'éclosion et de la nécessité de prendre des mesures supplémentaires. Une enquête épidémiologique sur l'éclosion doit également être menée afin de déterminer les sources possibles de transmission ou les failles dans les pratiques de PCI (p. ex. un dépistage manquant). Les mesures d'intervention en cas d'éclosion de *C. auris* doivent être mises en œuvre en consultation avec l'administration de l'établissement, les professionnels de PCI et, dans les provinces ou territoires soumis à la déclaration obligatoire, les autorités locales de santé publique.

Définitions d'éclosion

Toute transmission de *C. auris* parmi les patients d'un établissement de santé doit être considérée comme étant une éclosion nécessitant des mesures supplémentaires de prévention et de contrôle des infections.

Compte tenu du manque de données concernant la persistance dans l'environnement et les caractéristiques de transmission, une éclosion devrait être déclarée terminée lorsqu'aucun autre cas de *C. auris* n'est détecté :

- pendant une période de temps définie;
- après un nombre défini d'enquêtes de prévalence ponctuelle.

Identification des cas

Un patient est identifié comme étant un cas de *C. auris* s'il présente les caractéristiques suivantes :

- Confirmation en laboratoire de *C. auris* obtenue à partir d'un échantillon clinique ou de dépistage.

Lorsqu'un seul cas d'infection ou de colonisation par *C. auris* est déterminé chez un patient qui n'est pas déjà sous précautions additionnelles les établissements sont encouragés à demander l'identification au niveau de l'espèce de tous les isolats qui seraient normalement déclarés comme étant *Candida spp.* pendant une période limitée (par exemple, quatre à huit semaines), afin de s'assurer qu'aucun isolat n'a été mal identifié et qu'une transmission supplémentaire dans l'établissement n'est pas passée inaperçue.

Le délai avant la déclaration de la fin de l'éclosion doit être déterminé en fonction de l'épidémiologie de l'éclosion et en collaboration avec PCI et, dans les provinces ou territoires soumis à la déclaration obligatoire, avec les autorités locales de santé publique.

Les enquêtes de prévalence ponctuelle doivent être réalisées au moins une fois par semaine, en fonction de l'épidémiologie et du degré de transmission, en consultation avec l'administration de

l'établissement, les professionnels de PCI et, dans les provinces ou territoires soumis à la déclaration obligatoire, les autorités locales de santé publique.

Mesures supplémentaires en cas d'éclosions

Décolonisation

La décolonisation des patients positifs à *C. auris* n'est pas recommandée. Les données actuelles indiquent qu'aucune intervention particulière n'est connue pour réduire ou éliminer efficacement la colonisation de *C. auris* [1, 5, 22, 26, 28]. Des données de laboratoire laissent entendre que des niveaux élevés de chlorhexidine sont actifs contre *C. auris* [26]. Cependant, les effets de la chlorhexidine sur la réduction de la charge cutanée ou de l'infection de *C. auris* n'ont pas été systématiquement évalués [28, 38, 39]. Des éclosions et une transmission de *C. auris* ont été décrites dans des établissements qui utilisent systématiquement la chlorhexidine pour les bains [10, 28].

Nettoyage et désinfection de l'environnement

Les zones concernées doivent être davantage nettoyées et désinfectées, y compris les salles de bain et les toilettes, les équipements récréatifs, toutes les surfaces horizontales dans la chambre du patient de même que les zones et les éléments fréquemment touchés (main courante et côté de lit, cordons de lampe, interrupteurs, poignées de porte, meubles, etc.) ainsi que les aires communes et les postes de soins infirmiers.

Vérification et conformité

Les audits aux mesures des précautions additionnelles (par exemple, les pratiques d'hygiène des mains, l'utilisation des EPI, le nettoyage et la désinfection, etc.) devrait être effectuée régulièrement pendant toute la durée de l'éclosion. Les résultats des audits doivent être communiqués aux personnes concernées (administration, PCI, personnel infirmier, etc.) et une campagne de sensibilisation ou une formation doit être proposée, dans la mesure du nécessaire, en cas de manque de conformité.

Production de rapports

L'éclosion doit être signalée à l'équipe de PCI, à l'administration de l'établissement concerné et aux responsables locaux de la santé publique, conformément aux exigences régionales et provinciales ou territoriales en matière de rapports.

Recherche des contacts pendant une éclosion

Lorsqu'une colonisation ou une infection à *C. auris* précédemment inconnue est déterminée chez un patient qui n'était pas sur précaution contre la transmission par contact, il convient de procéder à une recherche des contacts afin de cerner une éventuelle transmission.

Tous les contacts étroits de patients avec de nouveaux cas de *C. auris*, comme les anciens et actuels compagnons d'unité ou d'étage et les compagnons de salle de bain, ou les patients qui ont occupé une chambre insuffisamment désinfectée (p. ex. désinfectée avec des composés d'ammonium quaternaire) immédiatement après un cas non reconnu, doivent être placés dans une chambre privée avec salle de bain privée ou commode dédiée, en prenant des précautions contre la transmission par contact et faire l'objet d'un dépistage de *C. auris*. Les contacts étroits avec les patients qui ont fait l'objet d'un dépistage doivent rester soumis à des précautions contre la transmission par contact jusqu'à ce que des résultats négatifs soient obtenus et éliminés par le service de prévention et de contrôle des infections.

Il est également recommandé que les compagnons du service ou de l'unité qui ne sont pas des contacts étroits soient également mis à l'essai; par exemple, au moyen d'un essai de prévalence ponctuel. L'ampleur des essais supplémentaires doit être déterminée par le personnel de l'unité et PCI selon leurs scénarios individuels. Des précautions contre la transmission par contact sont recommandées jusqu'à ce que des résultats supplémentaires du dépistage ou de la prévalence ponctuelle soient obtenus. Les chambres privées ne sont pas nécessaires pour les compagnons de l'unité ou du service qui ne sont pas des contacts étroits, en attendant les résultats des essais de prévalence ponctuels.

Déclarer la fin de l'éclosion

Compte tenu du manque de données concernant la persistance dans l'environnement et les caractéristiques de transmission, une éclosion devrait être déclarée terminée lorsqu'aucun autre cas de *C. auris* n'est détecté :

- pendant une période de temps définie;
- après un nombre défini d'enquêtes de prévalence ponctuelle.

Le délai avant la déclaration de la fin de l'éclosion doit être déterminé en fonction de l'épidémiologie de l'éclosion et en collaboration avec l'équipe de PCI et, dans les provinces ou territoires soumis à la déclaration obligatoire, avec les autorités locales de santé publique. Les enquêtes de prévalence ponctuelle doivent être réalisées au moins une fois par semaine, en fonction de l'épidémiologie et du degré de transmission, en consultation avec l'administration de l'établissement, les professionnels de PCI et, dans les provinces ou territoires soumis à la déclaration obligatoire, les autorités locales de santé publique.

Dépistage supplémentaire

Le dépistage de *C. auris* chez le personnel n'est pas recommandé actuellement.

Annexe A : Remerciements

La présente ligne directrice a été élaborée en collaboration avec le Comité consultatif national sur la prévention et le contrôle des infections (CCN-PCI). Le CCN-PCI est un organisme consultatif externe qui fournit une expertise en la matière et des conseils à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses dans les milieux de soins de santé canadiens.

Les personnes suivantes siégeaient au CCN-CPI au moment de l'élaboration du présent document. Veuillez noter que la participation au CCN-CPI ne constitue pas une approbation par l'organisation affiliée d'un membre.

D^{re} Marina Afanasyeva
 Molly Blake, inf.
 Anne Masters-Boyne, M. Nurs.
 D^{re} Suzy Hota
 D^{re} Jennie Johnstone (présidente)
 D^r Matthew Muller
 D^{re} Irene Armstrong
 Jennifer Happe, MSc
 D^r Titus Wong

Patsy Rawding, inf.
 Suzanne Rhodenizer Rose, inf.
 D^r Brian Sagar
 D^r Patrice Savard
 D^{re} Stephanie Smith
 D^{re} Nisha Thampi
 Julie Weir, inf.
 D^r Allen Kraut

Les personnes suivantes ont composé le groupe d'experts chargé de la ligne directrice relative à *C. auris* :

Molly Blake, inf.	D ^{re} Joanne Embree
D ^{re} Amrita Bharat	D ^{re} Allison McGeer
D ^{re} Elizabeth Brodtkin	Suzanne Rhodenizer Rose, inf.
D ^{re} Marthe Charles	D ^r Ilan Schwartz
Robyn Mitchell	D ^r Titus Wong

L'ASPC souhaite remercier les personnes suivantes pour leur précieuse contribution :

- Les membres actuels et passés de la section de Prévention et contrôle des infections associées aux soins de santé : Steven Ettles, Chatura Prematunge, Amanda Graham, Teri Wellon, Hannah Hardy, Ama Anne, Natalie Bruce, Frederic Bergeron, Maureen Carew, Nisrine Haddad et Kahina Abdesselam.
- Les services de bibliothèque de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.
- [Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales](#) (PCSIN).
- [La Direction générale du laboratoire national de microbiologie](#) (DGLNM, anciennement connu sous le nom de Laboratoire national de microbiologie [LNM]).

Annexe B : Programmes de surveillance nationaux ayant des données sur *C. auris*

L'ASPC exerce une surveillance nationale propre à *C. auris* par l'intermédiaire du PCSIN (depuis 2019) et du Réseau de laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC). Le PCSIN est un effort collaboratif de l'ASPC et d'hôpitaux sentinelles partout au pays participant en tant que membres du Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers, un sous-comité de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada. Le RLSPC comprend la DGLNM et les laboratoires de santé publique provinciaux et territoriaux. Les laboratoires provinciaux et territoriaux transmettent tous les isolats de *C. auris* qu'ils reçoivent à la DGLNM pour le séquençage du génome entier.

Annexe C : Acronymes

DMBA	Désinfectant pour les mains à base d'alcool
IMGA	Interventions médicales générant des aérosols
CIITA	Chambre d'isolement pour infections à transmission aérienne
RAM	Résistance aux antimicrobiens
GA	Gestion des antimicrobiens
UAM	Utilisation des antimicrobiens
SCSRA	Système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens
NLDCB	Normes et lignes directrices canadiennes sur la biosécurité
PCSIN	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales
RLSPC	Réseau des laboratoires de santé publique du Canada

ILSS	Infection(s) liée(s) aux soins de santé
SC	Santé Canada
TS	Travailleur de la santé
HM	Hygiène des mains
SIG	Structure de gestion des incidents
PCI	Prévention et contrôle des infections
SLD	Soins de longue durée
CCN-PCI	Comité consultatif national sur la prévention et le contrôle des infections
LNM	Laboratoire national de microbiologie
SST	Santé et sécurité au travail
ERO	Évaluation du risque organisationnel
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
EPI	Équipement de protection individuelle
PBPA	Pratiques de base et précautions additionnelles

References

1. Chen, J., et al., *Is the superbug fungus really so scary? A systematic review and meta-analysis of global epidemiology and mortality of Candida auris*. BMC Infect Dis, 2020. **20**(1): p. 827.
2. Eckbo, E.J., et al., *First reported outbreak of the emerging pathogen Candida auris in Canada*. Am J Infect Control, 2021. **49**(6): p. 804-807.
3. De Luca, D., et al., *Four genomic clades of Candida auris identified in Canada, 2012-2019*. Medical mycology, 2022. **60**(1): p. myab079.
4. Osbourne Townsend, J., et al., *Identification of Candida auris in a foreign repatriated patient to Ontario, Canada and infection control strategies to prevent transmission*. Canadian Journal of Infection Control, 2021. **36**(4).
5. Osei Sekyere, J., *Candida auris: A systematic review and meta-analysis of current updates on an emerging multidrug-resistant pathogen*. Microbiologyopen, 2018. **7**(4): p. e00578.
6. Vinayagamorthy, K., K.C. Pentapati, et H. Prakash, *Prevalence, risk factors, treatment and outcome of multidrug resistance Candida auris infections in Coronavirus disease (COVID-19) patients: A systematic review*. Mycoses, 2022. **65**(6): p. 613-624.
7. Carolus, H., et al., *Genome-Wide Analysis of Experimentally Evolved Candida auris Reveals Multiple Novel Mechanisms of Multidrug Resistance*. mBio, 2021. **12**(2).
8. Burrack, L.S., et al., *Genomic Diversity across Candida auris Clinical Isolates Shapes Rapid Development of Antifungal Resistance In Vitro and In Vivo*. mBio, 2022. **13**(4): p. e0084222.
9. Welsh, R.M., et al., *Survival, Persistence, and Isolation of the Emerging Multidrug-Resistant Pathogenic Yeast Candida auris on a Plastic Health Care Surface*. J Clin Microbiol, 2017. **55**(10): p. 2996-3005.
10. Biswal, M., et al., *Controlling a possible outbreak of Candida auris infection: lessons learnt from multiple interventions*. J Hosp Infect, 2017. **97**(4): p. 363-370.
11. Abdolrasouli, A., et al., *In vitro efficacy of disinfectants utilised for skin decolonisation and environmental decontamination during a hospital outbreak with Candida auris*. Mycoses, 2017. **60**(11): p. 758-763.

12. Adams, E., et al., *Candida auris in Healthcare Facilities, New York (États-Unis), 2013-2017*. Emerg Infect Dis, 2018. **24**(10): p. 1816-1824.
13. Kumar, J., et al., *Environmental Contamination with Candida Species in Multiple Hospitals Including a Tertiary Care Hospital with a Candida auris Outbreak*. Pathog Immun, 2019. **4**(2): p. 260-270.
14. Ruiz-Gaitán, A., et al., *Detection and treatment of Candida auris in an outbreak situation: risk factors for developing colonization and candidemia by this new species in critically ill patients*. Expert Rev Anti Infect Ther, 2019. **17**(4): p. 295-305.
15. Eyre, D.W., et al., *A Candida auris Outbreak and Its Control in an Intensive Care Setting*. N Engl J Med, 2018. **379**(14): p. 1322-1331.
16. Patterson, C.A., et al., *Cloth Lanyards as a Source of Intermittent Transmission of Candida auris on an ICU*. Crit Care Med, 2021. **49**(4): p. 697-701.
17. Cadnum, J.L., et al., *Effectiveness of Disinfectants Against Candida auris and Other Candida Species*. Infect Control Hosp Epidemiol, 2017. **38**(10): p. 1240-1243.
18. Heaney, H., et al., *The environmental stress sensitivities of pathogenic Candida species, including Candida auris, and implications for their spread in the hospital setting*. Medical Mycology, 2020. **58**: p. 744-755.
19. Garcia-Bustos, V., et al., *What Do We Know about Candida auris? State of the Art, Knowledge Gaps, and Future Directions*. Microorganisms, 2021. **9**(10).
20. de Groot, T., et al., *Killing of Candida auris by UV-C: Importance of exposure time and distance*. Mycoses, 2019. **62**(5): p. 408-412.
21. Ponnachan, P., et al., *Antifungal activity of octenidine dihydrochloride and ultraviolet-C light against multidrug-resistant Candida auris*. J Hosp Infect, 2019. **102**(1): p. 120-124.
22. Bougnoux, M.-E., S. Brun, et J.-R. Zahar, *Healthcare-associated fungal outbreaks: New and uncommon species, New molecular tools for investigation and prevention*. Antimicrobial Resistance & Infection Control, 2018. **7**(1): p. 45.
23. Cortegiani, A., et al., *Epidemiology, clinical characteristics, resistance, and treatment of infections by Candida auris*. J Intensive Care, 2018. **6**: p. 69.
24. de Cássia Orlandi Sardi, J., et al., *Candida auris: Epidemiology, risk factors, virulence, resistance, and therapeutic options*. Microbial Pathogenesis, 2018. **125**: p. 116-121.
25. Sarma, S. et S. Upadhyay, *Current perspective on emergence, diagnosis and drug resistance in Candida auris*. Infect Drug Resist, 2017. **10**: p. 155-165.
26. Tsay, S., et al., *Approach to the Investigation and Management of Patients With Candida auris, an Emerging Multidrug-Resistant Yeast*. Clin Infect Dis, 2018. **66**(2): p. 306-311.
27. Taori, S.K., et al., *Candida auris outbreak: Mortality, interventions and cost of sustaining control*. Journal of Infection, 2019. **79**(6): p. 601-611.
28. Ahmad, S. et M. Asadzadeh, *Strategies to Prevent Transmission of Candida auris in Healthcare Settings*. Curr Fungal Infect Rep, 2023. **17**(1): p. 36-48.
29. Santé publique Ontario. *Guide provisoire de prévention et de contrôle du Candida auris*. 2019 [consultation le 20 septembre 2023]. En ligne à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/P/2019/pidac-ipac-candida-auris.pdf?rev=7f655451d9144044b38ca13c77649ee3&sc_lang=fr.
30. Fasciana, T., et al., *Candida auris: An Overview of How to Screen, Detect, Test and Control This Emerging Pathogen*. Antibiotics, 2020. **9**(11): p. 778.

31. Pacilli, M., et al., *Regional Emergence of Candida auris in Chicago and Lessons Learned From Intensive Follow-up at 1 Ventilator-Capable Skilled Nursing Facility*. Clin Infect Dis, 2020. **71**(11): p. e718-e725.
32. Giacobbe, D., et al., *Challenges in the diagnosis and treatment of candidemia due to multidrug-resistant Candida auris*. Frontiers in Fungal Biology, 2023. **4**.
33. Borman, A.M., M. Fraser, et E.M. Johnson, *CHROMagar™ Candida Plus: A novel chromogenic agar that permits the rapid identification of Candida auris*. Med Mycol, 2021. **59**(3): p. 253-258.
34. Salah, H., et al., *Genomic Epidemiology of Candida auris in Qatar Reveals Hospital Transmission Dynamics and a South Asian Origin*. Journal of Fungi — Open Access Mycology Journal, 2021. **7**.
35. Agrément Canada. *Normes sur les soins de santé : Laboratoires de biologie médicale — Exigences concernant la qualité et la compétence (ISO 15189:2022)*, 2018. En ligne : <https://accreditation.ca/ca-fr/normes/?acref=self>.
36. Agrément Canada. *Laboratoires de médecine — Exigences pour la sécurité (ISO 15190:2020)*, 2018. En ligne à : <https://accreditation.ca/ca-fr/normes/?acref=self>.
37. Agence de la santé publique du Canada. *Pratiques de base et précautions additionnelles*, 2013. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante.html>.
38. Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, *Infections associées aux soins de santé et résistance aux antimicrobiens dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée, 2017 à 2021*. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 2023. **49**(5): p. 235-252.
39. Moore, G., et al., *Yeasticidal activity of chemical disinfectants and antiseptics against Candida auris*. J Hosp Infect, 2017. **97**(4): p. 371-375.
40. Ku, T.S.N., C.J. Walraven, et S.A. Lee, *Candida auris: Disinfectants and Implications for Infection Control*. Front Microbiol, 2018. **9**: p. 726.