

Mesures de prévention et contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion d'un cas unique et gestion d'éclosion dans les milieux autres que les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

RECOMMANDATIONS

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

AVIS ET RECOMMANDATIONS

MARS 2026

SOMMAIRE

Messages clés	2
Introduction	3
Méthodologie	5
Indications de dépistage	6
Gestion d'un cas unique d'EPC en MHSLD	8
Gestion d'un cas unique d'EPC en réadaptation	12
Gestion d'un cas unique d'EPC en santé mentale	12
Gestion d'un cas unique d'EPC en clinique médicale	12
Gestion d'un cas unique d'EPC en soins à domicile	13
Gestion d'une éclosion en MHSLD, en réadaptation et en santé mentale	13
Références	14

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Avis et recommandations* rassemble une variété de productions scientifiques qui proposent des orientations d'experts en santé publique permettant de soutenir la prise de décision et de guider les pratiques professionnelles en se basant sur les meilleures connaissances scientifiques possibles ainsi que sur des positions d'organismes canadiens ou internationaux.

Les présentes recommandations se veulent une référence de base dans le but d'aider les équipes de prévention et de contrôle des infections (PCI) nosocomiales à connaître les mesures à mettre en place pour la gestion des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) dans les milieux autres que les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Elles s'inscrivent en complément des autres documents portant sur les mesures de prévention et de contrôle des bacilles à Gram négatif multirésistants (BGNMR) et des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) dans les milieux de soins.

Ce document s'applique dans les installations d'hébergement et de soins de longue durée du Québec ainsi que dans les milieux de réadaptation, de santé mentale, les cliniques médicales et lors des soins à domicile, lorsque des mesures de PCI pour la gestion des EPC doivent être mises en place.

MESSAGES CLÉS

- L'orientation principale pour les mesures de PCI dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée (MHSLD¹) est de prévenir la transmission des cas d'EPC à l'intérieur de ces milieux. L'objectif est d'éviter que ceux-ci ne deviennent des réservoirs et augmentent ainsi le risque de transmission dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) lors de transferts.
- Pour les milieux de réadaptation, l'évaluation du type de soins et de services offert aux usagers est primordiale pour choisir et adapter les mesures selon l'évaluation locale du risque (ex. : risque de contamination de l'environnement ou de développer une infection).
- L'application rigoureuse des pratiques de base ainsi que la gestion minutieuse et adéquate des excréta sont essentielles pour réduire la transmission des entérobactéries productrices de carbapénémases dans tous les milieux de soins.
- Les dépistages, selon les indications particulières aux soins de longue durée, sont nécessaires pour prévenir la transmission des EPC à l'intérieur de ces milieux.
- La découverte d'un cas d'EPC (colonisé ou infecté) non connu chez un usager doit laisser suspecter une transmission dans le milieu de soins. Une enquête épidémiologique doit être faite pour déterminer la présence ou non d'une éclosion et ainsi mettre en place les mesures de PCI adéquates.
- Les mesures de PCI mises en place pour la gestion d'un cas ou la gestion d'une éclosion ne devraient pas mener au déconditionnement de l'usager, entraver ses activités quotidiennes à domicile ou l'accès aux soins en clinique médicale.

¹ Les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés/privés conventionnés, les Maisons des aînés (MDA), les Résidences privées pour aînés (RPA) avec prestations de soins ainsi que les Résidences intermédiaires–Soutien à l'autonomie des personnes âgées (RI-SAPA) avec prestations de soins sont inclus dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée (MHSLD).

Les RPA, RI et les Ressources de type familial (RTF) où il n'y a pas de prestations de soins et les unités de courte durée gériatrique dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont exclus des MHSLD.

INTRODUCTION

L'émergence des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) a été citée à la fois par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme étant une menace sérieuse à la santé publique considérant leur profil de résistance et leur dissémination rapide au sein des populations affectées (CDC, 2009).

La situation épidémiologique actuelle des EPC au Québec est préoccupante et de plus en plus de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont aux prises avec cet enjeu (SPIN, 2024). Dans le réseau de la santé, des liens étroits existent entre les CHSGS et les autres milieux de soins, comme ceux d'hébergement et de soins de longue durée (MHSLD), mais aussi avec les milieux de réadaptation, ceux en santé mentale, de même qu'avec les cliniques médicales et lors des soins à domicile.

En plus des mesures spécifiques, mentionnons le rôle primordial des pratiques de base telles que l'hygiène des mains, la gestion des excréta ainsi que l'hygiène et la salubrité de l'environnement. Ces mesures sont primordiales pour la réalisation de soins sécuritaires. De plus, la gestion des environnements aqueux (ex. : évier, drains des lavabos, etc.) dans les milieux de soins est essentielle dans la lutte aux EPC (CINQ, 2025). Finalement, l'utilisation des antibiotiques étant le facteur principal pour la sélection de bactéries résistantes, l'antibiogouvernance joue aussi un rôle important, en limitant l'exposition des bactéries aux antibiotiques et en évitant la sélection de bactéries résistantes.

Particularités des milieux d'hébergement et de soins de longue durée et des autres milieux

En 2016, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) publiait des recommandations pour la prévention et le contrôle de la transmission des EPC dans les MHSLD afin de les préparer à faire face à cette problématique. Étant donné l'évolution du contexte épidémiologique, il était devenu essentiel d'ajuster et de bonifier les recommandations de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les EPC dans les MHSLD.

L'application de mesures de PCI dans les MHSLD et les autres milieux doit être adaptée aux caractéristiques propres à ceux-ci, ainsi qu'à la clientèle qui y est hébergée. L'objectif de ce document est de présenter des informations actualisées et orientées pour ces milieux spécifiques.

Pour les personnes hébergées dans les MHSLD, ces lieux représentent un milieu de vie qui offre des soins de santé. Bien que cet hébergement soit de plus en plus réservé aux personnes qui présentent des pathologies complexes ou des incapacités motrices, sensorielles ou cognitives importantes, il doit demeurer un milieu de vie convivial et agréable tout en demeurant sécuritaire. Cette réalité module les interventions à réaliser en tant que milieu de soins. L'intensité des soins prodigués est habituellement différente de celle en CHSGS et la proportion de personnes à risque est moindre. La longue durée de séjour des usagers limite, entre autres, l'application à long terme de mesures restrictives. Il est également important de tenir compte des impacts possibles de l'application de précautions additionnelles auprès d'un usager.

L'orientation principale retenue pour les mesures de PCI dans les MHSLD est de prévenir la transmission des cas d'EPC à l'intérieur de ceux-ci afin d'éviter qu'ils ne deviennent des réservoirs et augmentent ainsi le risque de transmission en CHSGS lors de transferts. Peu de données épidémiologiques existent actuellement pour documenter le potentiel de transmission des EPC dans les MHSLD et les autres milieux. Les mesures de PCI recommandées tiennent donc compte des données de la littérature sur la transmission des bacilles à Gram négatif multirésistants (BGNMR). Au Québec, des analyses complémentaires effectuées dans le cadre du programme de surveillance des infections à BGNPC montrent une tendance à l'augmentation des cas d'EPC dans les MHSLD.

Des études (Broussier *et al.*, 2020; Callejon-Fernandez *et al.*, 2022; McKinnell *et al.*, 2019; Tourdot *et al.*, 2024; van Dulm *et al.*, 2019) ont bien démontré le rôle de réservoir de BGNMR des usagers porteurs admis en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Ces porteurs peuvent être la source de transmission subséquente lors de transferts en CHSGS si des mesures ne sont pas mises en place.

Pour les personnes hébergées dans les milieux de réadaptation, l'évaluation du type de soins et de services offerts ainsi que le type de clientèle, comme dans les MHSLD, est primordiale pour choisir et adapter les mesures selon l'évaluation locale du risque (ex. : risque de contamination de l'environnement ou de développer une infection).

Certains facteurs de risque de développer des infections parmi la clientèle de ces différents milieux ont également été identifiés, notamment, la présence de dispositifs invasifs (ex. : sonde urinaire, cathéter vasculaire, gastrostomie, trachéostomie, etc.), la présence d'une plaie et la prise récente ou en continu d'antibiotiques. Les mesures recommandées tiennent compte de l'intensité des soins prodigués aux usagers dans les différents milieux de soins. Les installations de soins de longue durée en plus d'héberger des usagers peuvent offrir d'autres types de services ou de soins pour certains usagers, par exemple, des lits ou unités de transition ou des unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF), des lits de répit ou des lits de soins palliatifs, d'où l'importance d'adapter les mesures selon l'évaluation du risque (ex. : risque de contamination de l'environnement ou de développer une infection). Les installations de réadaptation et celles en santé mentale ont aussi une réalité bien à elles en ce qui concerne l'intensité des soins prodigués.

Les recommandations émises dans ce document sont les mesures de base à appliquer pour les milieux autres que les CHSGS. Selon les caractéristiques des usagers dans ces milieux, une évaluation du risque individuel peut être réalisée pour déterminer si des mesures supplémentaires doivent être mises en place.

Ce document fait partie d'un [ensemble de documents](#) portant sur les mesures de prévention et de contrôle des BGNMR et des EPC dans les milieux de soins et il doit être consulté en complémentarité du document [Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion d'un cas unique et gestion d'éclosion pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés](#).

MÉTHODOLOGIE

Les recommandations publiées dans ce document sont basées sur une revue ciblée des recommandations d'organisations de santé publique nationales et internationales ainsi que de divers comités d'experts. De plus, des informations sur certains éléments particuliers ont été recherchées dans une revue de la littérature scientifique. Une attention particulière a été accordée à la qualité des articles et des études consultés.

En date du 12 février 2025, les bases de données Embase (OVID), Pubmed et CINAHL Complete (EBSCO) ont été interrogées. Les mots-clés « carbapenemase producing enterobacteriaceae », « colonisation », « infection », « decolonisation », « outbreak » et « infection control » ont été utilisés. La recherche a ciblé les milieux d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que les milieux de soins autres que les CHSGS et a été restreinte aux articles publiés depuis 2016, étant donné la présence de lignes directrices publiées cette année-là. Les publications dans une autre langue que le français et l'anglais ont été exclues. Les affiches et les résumés de conférence n'ont pas été inclus. Après élimination des doublons, 86 résultats ont été repérés. À la suite du tri sur la base du titre et du résumé, 11 articles de revue ont été retenus comme pertinents pour le présent document.

Étant donné que les connaissances sur ce sujet évoluent constamment, les membres du CINQ assureront un suivi de l'évolution des informations disponibles et pourront ainsi mettre à jour ce document si des changements importants sont identifiés.

Le contenu final du document découle d'un consensus des experts du CINQ, qui a permis de retenir les informations jugées pertinentes pour mieux outiller les équipes de PCI à l'œuvre dans les milieux de soins du Québec. La présence d'une révision par les pairs avant publication constitue l'un des principaux piliers développés par l'INSPQ pour assurer la qualité de ses productions.

INDICATIONS DE DÉPISTAGE

Indications de dépistage en MHSLD	• Dépistage à l'admission (aux jours 0 et 14), des usagers non connus porteurs et transférés ou de retour d'une hospitalisation > 24 h (excluant un séjour à l'urgence), en provenance d'un établissement en éclosion ou inscrit sur la liste provinciale des milieux de soins avec éclosion d'EPC active ou récente fournie par Santé Québec². Un dépistage au jour 7 pourrait être envisagé selon la situation épidémiologique locale et les caractéristiques propres aux usagers de l'installation. • Dépistage lors de l'admission des usagers connus porteurs et n'ayant eu aucun dépistage dans les 3 derniers mois avant leur admission. Par la suite, dépister les usagers connus porteurs à chaque 3 mois en cours de séjour. • Advenant un résultat négatif ≥ 3 mois après le dernier dépistage positif, procéder à des dépistages hebdomadaires jusqu'à l'obtention d'un minimum de trois résultats négatifs faits à au moins une semaine d'intervalle. Il est prudent de poursuivre les dépistages de cet usager tous les 3 mois, pour toute la durée de son séjour ou selon une période de temps définie par l'équipe de PCI. • Lors de la découverte dans un spécimen clinique d'un cas non connu : - Dépister minimalement les contacts étroits (usagers qui partagent la même chambre ou la même toilette³) aux jours 0, 7 et 14; - Selon l'organisation fonctionnelle de l'unité de soins, l'équipe de PCI pourra décider de procéder au dépistage des contacts élargis (usagers qui ont partagé les mêmes travailleuses ou travailleurs de la santé (TdeS) ou les mêmes professionnelles ou professionnels ou qui ont partagé des lieux physiques communs (ex. : salle de physiothérapie)) aux jours 0, 7 et 14; - Après évaluation par l'équipe de PCI, en considérant le partage du personnel (nombre d'intervenants affectés aux soins de l'usager porteur) et la fréquence des interventions, on pourra envisager de dépister tous les usagers qui séjournent sur la même unité. • Certains milieux de soins pourraient décider localement de procéder au dépistage périodique (ex. : une fois par mois) de tous les usagers d'une unité où séjourne un usager identifié porteur d'EPC, pendant un certain nombre de mois afin d'évaluer la présence de transmission sur l'unité. Cette décision sera prise par l'équipe de PCI en fonction de l'épidémiologie locale. Cette stratégie de dépistage doit être évaluée périodiquement selon l'évolution de la situation épidémiologique locale et les facteurs de risques locaux de transmission dans le milieu.
---	---

² S'assurer d'avoir un mécanisme de communication efficace pour rendre accessible la liste provinciale des milieux de soins avec éclosion d'EPC active ou récente fournie par Santé Québec.

³ Toilette partagée dans la même chambre ou pour des chambres adjacentes. Les salles de toilettes communes sont exclues.

Indications de dépistage en milieu de réadaptation	• Dans les milieux de réadaptation, une évaluation locale du risque doit être effectuée pour déterminer les indications de dépistage à instaurer. Certains milieux de réadaptation offrent des soins actifs qui ressemblent plus à ceux offerts en CHSGS tandis que d'autres milieux s'apparentent plus à ceux des MHSLD. L'équipe de PCI doit donc évaluer chaque milieu de réadaptation pour prendre la décision. Par exemple, un milieu de réadaptation dans lequel des soins actifs seraient prodigués devrait mettre en place les Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion d'un cas unique et gestion d'éclosion pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Pour les milieux de réadaptation qui ressemblent plus à des MHSLD, les recommandations de la section Gestion d'un cas unique d'EPC en MHSLD devraient être appliquées.
Indications de dépistage en milieu de santé mentale, en clinique médicale et lors de soins à domicile	• Aucun dépistage n'est recommandé en milieu de santé mentale, que ce soit à l'admission ou en cours d'hospitalisation. - Un milieu de santé mentale dans lequel des soins physiques seraient prodigués pourrait décider de mettre en place les indications de dépistages des CHSGS. • Il n'est pas recommandé d'effectuer un dépistage avant ou lors d'une consultation en clinique médicale ni pour les soins à domicile. - Selon une décision locale et dans un contexte de continuité des soins, des dépistages pourraient être envisagés (ex. : retrait de précautions additionnelles, suivi d'un contact étroit, etc.).

GESTION D'UN CAS UNIQUE D'EPC EN MHSLD

Hébergement	Prioriser une chambre individuelle avec salle de toilette réservée • Un usager connu colonisé ou infecté à un EPC qui est à risque de contaminer son environnement (ex. : incontinence fécale non contenue dans une culotte d'incontinence, trouble de comportement ou d'errance intrusive, plaie avec écoulement ne pouvant être contenu dans un pansement, etc.) devrait être hébergé dans une chambre individuelle. Il devrait également avoir accès à une toilette réservée. À défaut, assurer l'accès à une chaise d'aisance réservée avec l'utilisation d'un sac hygiénique ou l'utilisation d'une bassine avec un sac hygiénique. Partage de chambre • Un usager connu colonisé ou infecté par un EPC peut partager la chambre ainsi que la toilette d'un usager non colonisé en l'absence de facteurs augmentant le risque de contamination de l'environnement chez l'usager porteur (ex. : incontinence fécale non contenue dans une culotte d'incontinence, trouble de comportement ou d'errance intrusive, plaie avec écoulement ne pouvant être contenu dans un pansement, etc.) et en l'absence de facteurs de risque d'acquisition chez le co-chambreur (plaie, sonde urinaire, stomie, etc.). • Les facteurs de risque d'acquisition chez le co-chambreur devraient être régulièrement réévalués car la situation de celui-ci peut changer. • On peut regrouper dans la même chambre deux usagers porteurs d'EPC possédant le même gène de résistance (ex. : un porteur de <i>Klebsiella</i> spp. avec KPC peut partager sa chambre avec un porteur d'<i>Escherichia coli</i> avec KPC). • Ne pas héberger ensemble deux porteurs d'EPC possédant des gènes de résistance différents (ex. : un porteur d'<i>Escherichia coli</i> avec KPC et un porteur d'<i>Escherichia coli</i> avec NDM). - Si présence de plusieurs gènes de résistances pour un même usager, héberger ensemble uniquement les porteurs des mêmes gènes de résistance (ex. : KPC-NDM avec KPC-NDM). • Ne pas héberger un usager porteur d'EPC avec un porteur connu d'une autre bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, etc.).
---------------------------	---

Précautions additionnelles	• Si l'usager connu porteur (colonisation ou infection) est à risque de contaminer son environnement (incontinence fécale non contenue dans une culotte d'incontinence, trouble de comportement ou d'errance intrusive) ou si le co-chambreur présente un des facteurs de risque d'acquérir une infection (sonde urinaire, tube endotrachéal/trachéostomie, gastrostomie, plaie chirurgicale récente, ulcère de décubitus ou autre plaie chronique avec écoulement) : • Application des précautions additionnelles contre la transmission par contact (contact au lit), sans restriction à la chambre. - Port de la blouse à manches longues et des gants pour les soins directs à l'usager; - Port du masque médical si l'usager est porteur de trachéostomie, lors de ventilation ou aspiration en circuit ouvert comme recommandé par les pratiques de base. • Pour les usagers en attente de résultats de tests de dépistage (admission ou lors de contact étroit), l'application des précautions additionnelles contre la transmission par contact (contact au lit) n'est pas recommandée, mais peut-être envisagée localement selon l'évaluation faite par l'équipe de PCI.
Durée des précautions additionnelles	• Si les précautions additionnelles (contact au lit) sont requises, les appliquer pour une période minimale de 3 mois après le dernier résultat positif, peu importe le lieu où le dépistage a été effectué. - Après ce délai, se référer à l'équipe de PCI pour évaluer la possibilité de procéder à un retrait des précautions additionnelles.
Retrait des précautions additionnelles	• Considérer cesser les précautions additionnelles pour un porteur d'EPC à la suite d'une évaluation rigoureuse du risque faite par l'équipe de PCI et en respectant les conditions suivantes : - Réaliser le premier dépistage de suivi trois mois ou plus suivant le plus récent dépistage positif; ET - Obtenir un minimum de trois résultats négatifs faits à au moins une semaine d'intervalle (écouvillonnage rectal et de tous les sites de colonisation ou d'infection connus précédemment positifs). ○ Une alerte demeure au dossier lorsque le retrait des précautions additionnelles a été effectué, et ce, en raison du risque de devenir positif à nouveau. Cette alerte doit être modulée pour être distincte de celle utilisée pour un porteur d'EPC qui demeure en précautions additionnelles. • Lorsque les mesures de précautions additionnelles sont cessées, il est prudent de poursuivre les dépistages de cet usager tous les 3 mois, pour toute la durée de son séjour ou selon une période de temps déterminée par l'équipe de PCI. La décision de réaliser ces prélèvements doit être prise par l'équipe de PCI.

Hygiène personnelle des usagers	• Procéder à l'hygiène personnelle quotidienne de l'usager (ex. : bain, douche ou hygiène au lit). Il est important de maintenir l'hygiène des usagers même s'ils font l'objet de précautions additionnelles ou de mesures de PCI particulières. • Dédier tous les produits d'hygiène personnelle à l'usager. • Assurer un changement des draps et de la literie de l'usager minimalement de façon hebdomadaire. • Assurer un changement des vêtements de l'usager selon les procédures de l'établissement. • Procéder à l'entretien des vêtements des usagers selon les procédures de l'établissement. • S'assurer de l'hygiène des mains de l'usager avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou à l'eau et au savon, particulièrement après être allé aux toilettes, avant les repas et avant de sortir de la chambre.
Désinfection quotidienne de l'environnement	• Utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) associé au type de nettoyage et de désinfection à effectuer. • Effectuer un nettoyage et une désinfection de la chambre selon les procédures de l'établissement. Les surfaces « high touch » dans la chambre et la salle de toilette doivent être nettoyées et désinfectées minimalement quotidiennement avec un produit reconnu efficace contre les EPC et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. Il n'est pas nécessaire d'utiliser des solutions chlorées (Friedman <i>et al.</i>, 2017). Pour le nettoyage et la désinfection des autres surfaces dans la chambre et la salle de toilette, suivre les procédures de l'installation. • S'assurer que les protocoles de nettoyage et de désinfection soient bien exécutés. • Si une brosse de toilette est utilisée, celle-ci devra être dédiée (MSSS, 2021). • S'assurer de la prise en charge rapide du nettoyage et de la désinfection lors de souillures. • Disposer ou nettoyer le matériel servant à la désinfection de façon à éviter de contaminer l'environnement.

Désinfection terminale de l'environnement (hygiène et salubrité)	Lorsque l'application des précautions additionnelles contre la transmission par contact (contact au lit) est cessée ou lors du transfert ou du congé de l'usager : • Procéder à la désinfection terminale de la chambre selon les procédures de l'établissement avec un produit reconnu efficace contre les EPC et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. Il n'est pas nécessaire d'utiliser des solutions chlorées (Friedman <i>et al.</i>, 2017); • Jeter tout ce qui ne peut pas être nettoyé et désinfecté; • Si une brosse de toilette est utilisée, celle-ci devra être jetée; • Changer ou laver les rideaux séparateurs des chambres; • Retirer l'affichette de précautions additionnelles seulement lorsque la désinfection terminale est terminée.
Gestion des excréta	• L'élimination des excréta de façon sécuritaire est primordiale afin d'éviter une transmission. • Se référer à Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion des environnements aqueux des milieux de soins.
Matériel de soins et équipement médical	• Appliquer les procédures habituelles de l'établissement.
Vaisselle	
Buanderie	
Gestion des déchets	
Déplacements de l'usager à l'extérieur de la chambre	• L'usager peut circuler hors de sa chambre et se rendre à la salle à manger, participer aux activités sociales et communautaires. - Procéder à l'hygiène des mains de l'usager porteur avec une SHA ou à l'eau et au savon, avant de quitter sa chambre, avant les repas ou toute participation à une activité sociale et communautaire.
Consultation, rendez-vous ou transfert dans un autre milieu	• Se référer à Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion d'un cas unique et gestion d'éclosion pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
Personnes proches aidantes et celles en visite	
Alerte au dossier	

GESTION D'UN CAS UNIQUE D'EPC EN RÉADAPTATION

Dans les milieux de réadaptation, une évaluation locale du risque doit être effectuée pour déterminer le type de mesures de prévention et de contrôle des infections à instaurer. Certains milieux de réadaptation offrent des soins actifs qui ressemblent plus à ceux offerts en CHSGS tandis que d'autres milieux s'apparentent plus à ceux des MHSLD. L'équipe de PCI doit donc évaluer chaque milieu de réadaptation pour prendre la décision. Par exemple, un milieu de réadaptation dans lequel des soins actifs seraient prodigués devrait mettre en place les [Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion d'un cas unique et gestion d'éclosion pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés](#). Pour les milieux de réadaptation qui ressemblent plus à des MHSLD, les recommandations de la section [Gestion d'un cas unique d'EPC en MHSLD](#) devraient être appliquées.

GESTION D'UN CAS UNIQUE D'EPC EN SANTÉ MENTALE

Pour les milieux de santé mentale, les recommandations à appliquer sont les mesures de PCI recommandées pour les MHSLD (se référer à la section [Gestion d'un cas unique d'EPC en MHSLD](#)). Un milieu de santé mentale dans lequel des soins physiques seraient prodigués pourrait décider de mettre en place les [Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion d'un cas unique et gestion d'éclosion pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés](#). Une très grande rigueur doit être portée à l'application des pratiques de base.

GESTION D'UN CAS UNIQUE D'EPC EN CLINIQUE MÉDICALE

Mesures de PCI pour un usager porteur d'EPC	• L'application rigoureuse des pratiques de base est essentielle, et ce pour tous les usagers. • Pour un usager connu porteur d'EPC, les précautions additionnelles sont les suivantes : - Si contact physique avec l'usager : application des précautions additionnelles contre la transmission par contact. ○ Port de la blouse à manches longues et des gants pour les soins directs à l'usager. - Si aucun contact physique avec l'usager : application rigoureuse des pratiques de base.
Directives générales	• Le dossier médical ne doit pas être apporté dans la salle de traitement. • Au départ de l'usager, procéder au nettoyage et à la désinfection des surfaces « high touch » ou ayant été en contact avec l'usager avec un produit reconnu efficace contre les EPC et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada. Il n'est pas nécessaire d'utiliser des solutions chlorées (Friedman <i>et al.</i>, 2017).

GESTION D'UN CAS UNIQUE D'EPC EN SOINS À DOMICILE

Lorsqu'un TdeS se rend à domicile pour prodiguer des soins, l'application rigoureuse des pratiques de base est essentielle, et ce pour tous les usagers.

Lorsque l'information est connue à l'effet qu'un usager est porteur d'EPC, une évaluation locale du risque doit être effectuée pour déterminer le type de mesures de prévention et de contrôle des infections à instaurer.

Pour un usager connu porteur d'EPC, des précautions additionnelles contre la transmission par contact pourraient être appliquées lors des soins directs à l'utilisateur si l'évaluation locale du risque le juge nécessaire.

GESTION D'UNE ÉCLOSION EN MHSLD, EN RÉADAPTATION ET EN SANTÉ MENTALE

La découverte d'un cas d'EPC non connu (colonisé ou infecté) chez un usager doit laisser suspecter une transmission dans le milieu de soins. Un état d'alerte doit être instauré et certaines mesures, notamment pour le dépistage des contacts, doivent être appliquées afin d'identifier rapidement si on est en présence d'une éclosion (se référer à [Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : indications de dépistage pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés](#)).

Une enquête épidémiologique est essentielle à réaliser afin de déterminer la cartographie des cas. Ceci est primordial afin de déterminer la date du début de l'éclosion (selon l'identification du cas à l'origine de la transmission) et de documenter la dynamique de la transmission. Pour connaître les mesures de PCI à instaurer en présence d'une éclosion, se référer à [Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion d'un cas unique et gestion d'éclosion pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés](#).

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2012). Lignes directrices : Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans tous les établissements de soins de santé, Bacille Gram négatif résistant aux carbapénèmes. [Lignes directrices : Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans tous les établissements de soins de santé - Canada.ca](#)
- Ben-David, D., Masarwa, S., Fallach, N., Temkin, E., Solter, E *et al.* (2019). Success of a national intervention in controlling carbapenem-resistant enterobacteriaceae in Israel's long-term care facilities. *Clinical Infectious Diseases*, 68(6), 964-971. [10.1093/cid/ciy572](#)
- Broodman, C., Gibson, N., Conrod, D., Turenne, C.Y., Alexander, D.C. *et al.* (2022). Absence of transmission of NDM and OXA-48 carbapenemase genes in a chronic care unit of a long-term care facility. *Journal of Infection Prevention*, 23(1), 15-19. [0.1177/17571774211012443](#)
- Broussier, M., Gbaguidi-Haoré, H., Rachidi-Berjamy, F., Bertrand, X. et C Slekovec. (2020). Prevalence, genetic diversity of and factors associated with ESBL-producing Enterobacteriales carriage in residents of French nursing homes. *Journal of Hospital Infection*, 104(4), 469-475. [10.1016/j.jhin.2019.12.008](#)
- Callejon-Fernandez, M., Madueno-Alonso, A., Abreu-Rodriguez, R., Aguirre-Jaime, A., Castro Hernandez, M. B. *et al.* (2022). Risk factors for colonization by carbapenemase-producing bacteria in Spanish long-term care facilities: a multicentre point-prevalence study. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 11(1), 163. [10.1186/s13756-022-01200-0](#)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Guidance for control of infections with carbapenem-resistant or carbapenemase producing Enterobacteriaceae in acute care facilities. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 58(10), 256-260. [https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5810a4.htm](#)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). Carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* associated with a long-term-care facility—West Virginia, 2009-2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(41), 1418-1420. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22012114/](#)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). *Facility guidance for control of carbapenem-resistant enterobacteriaceae (CRE)*. Update – CRE Toolkit, 24 p. [https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guidelines-CRE-Guidance-508.pdf](#)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Interim guidance for a public health response to contain novel or targeted multidrug-resistant organisms (MDROs)*. [https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/media/pdfs/Health-Response-Contain-MDRO-H.pdf](#)
- Chitnis, A.S., Caruthers, P.S., Rao, A.K., Lamb, J., Lurvey, R. *et al.* (2012). Outbreak of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae at a long-term acute care hospital: sustained reductions in transmission through active surveillance and targeted interventions. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 33(10), 984-992. [10.1086/667738](#)
- Chitnis, A.S., Edwards, J.R., Ricks, P.M., Sievert, D.M., Fridkin, S.K. *et al.* (2012). Device-associated infection rates, device utilization, and antimicrobial resistance in long-term acute care hospitals reporting to the National Healthcare Safety Network, 2010. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 33(10), 993-1000. [10.1086/667745](#)
- Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN). (2024). Infections à bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases au Québec, 2023-2024. INSPQ, Institut national de santé publique du Québec. [https://www.inspq.qc.ca/publications/3577](#)

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2018). Notions de base en prévention et contrôle des infections : Précautions additionnelles. INSPQ, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2436>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2025). Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion d'un cas unique et gestion d'éclosion pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. INSPQ, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3602>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2025). Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : indications de dépistage pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. INSPQ, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3601>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2025). Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion des environnements aqueux des milieux de soins. INSPQ, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3599>

Dubendris, H., MacFarquhar, J., Kornegay, R., Gable, P., Boyd, S. *et al.* (2025). Imipenemase-producing carbapenem-resistant Enterobacteriaceae transmission in a long-term-care facility during a community-wide multidrug resistant organism outbreak—North Carolina, 2017. *American Journal of Infection Control*, 48(3), 320-323. [10.1016/j.ajic.2019.05.022](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.05.022)

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2014). Systematic review of the effectiveness of infection control measures to prevent the transmission of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae through cross-border transfer of patients. ECDC Technical Report, 63 p. [Systematic review of the effectiveness of infection control measures to prevent the transmission of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae through cross-border transfer of patients](https://www.ecdc.europa.eu/en/systematic-review-of-the-effectiveness-of-infection-control-measures-to-prevent-the-transmission-of-carbapenemase-producing-enterobacteriaceae-through-cross-border-transfer-of-patients)

Institut national de santé publique du Québec

Feldman, N., Adler, A., Molshatzk, N., Navon-Venezia, S. Khabra, E. *et al.* (2013). Gastrointestinal colonization by KPC-producing Klebsiella pneumoniae following hospital discharge: duration of carriage and risk factors for persistent carriage. *Clinical Microbiology and Infection*, 19(4), E190-196. [10.1111/1469-0691.12099](https://doi.org/10.1111/1469-0691.12099)

Friedman, N.D., Carmeli, Y., Walton, A.L. et M.J., Schwaber. (2017). Carbapenem-resistant enterobacteriaceae : a strategic roadmap for infection control infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 38(5), 580-594. [10.1017/ice.2017.42](https://doi.org/10.1017/ice.2017.42)

Legeay, C., Hue, R., Berton, C., Cormier, H., Chenouard, R. *et al.* (2019). Control strategy for carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in nursing homes: perspectives inspired from three outbreaks. *Journal of Hospital Infection*, 101(2), 183-187. [10.1016/j.jhin.2018.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.10.020)

Lin, M.Y., Lyles-Banks, R.D., Lolans, K., Hines, D.W., Spear, J.B. *et al.* (2013). The importance of long-term acute care hospitals in the regional epidemiology of Klebsiella pneumoniae carbapenemase-producing Enterobacteriaceae. *Clinical Infectious Diseases*, 57(9), 1246-1252. [10.1093/cid/cit500](https://doi.org/10.1093/cid/cit500)

Magiorakos, A.P., Burns, K., Rodriguez-Bano, J., Borg, M., Daikos, G. *et al.* (2017). Infection prevention and control measures and tools for the prevention of entry of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae into healthcare settings: guidance from the European Centre for Disease Prevention and Control. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 113. <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-017-0259-z>

McKinnell, J.A., Singh, R.D., Miller, L., Kleinman, K., Gussin, G. *et al.* (2019). The SHIELD Orange county project: multidrug-resistant organism prevalence in 21 nursing homes and long-term acute care facilities in outhern California. *Clinical Infectious Diseases*, 69(9), 1566-1573. [10.1093/cid/ciz119](https://doi.org/10.1093/cid/ciz119)

Marquez, P., Terashita, D., Dassey, D. and L. Mascola. (2013). Population based incidence of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* along the continuum of care. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 34(2), 144-150. [10.1086/669087](https://doi.org/10.1086/669087)

Mattner, F., Bange, F.C., Meyer, E., Seifert, H., Wichelhaus, T.A. *et al.* (2012). Preventing the spread of multidrug-resistant gram-negative pathogens, recommendations of an expert panel of the German society for hygiene and microbiology. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(3), 39-45. [10.3238/arztebl.2012.0039](https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0039)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). *Hygiène et salubrité dans les milieux de vie RPA, RI et CHSLD*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-209-01W.pdf>

Pajtondziev, F., Paphitis, K., Happe, J. et R. Egan. (2023). Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae admission screening practices in Canadian healthcare settings: a cross-sectional survey of respondents working in Canadian hospitals and long-term care facilities (2020). *The Canadian Journal of Infection Control*, 38(43), 134-138. <https://cjic.ca/content/pastissues/97-fall-2023/376-carbapenemase-producing-enterobacteriaceae-admission-screening-practices-in-canadian-healthcare-settings-a-cross-sectional-survey-of-respondents-working-in-canadian-hospitals-and-long-term-care-facilities-2020#:~:text=This%20study%20investigated%20admission%20screening%20practices%20for%20CPE,as%20reported%20by%20respondents%20working%20in%20these%20settings.>

Perez, F., Endimiani, A., Ray, A.J., Decker, B.K., Wallace, C.J. *et al.* (2010). Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* and *Klebsiella pneumoniae* across a hospital system: impact of postacute care facilities on dissemination. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 65(8), 1807-1818. <https://doi.org/10.1093/jac/dkq191>

Prabaker, K., Lin, M.Y., McNally, M., Cherabuddi, K., Ahmed, S. *et al.* (2012). Transfer from high-acuity long-term care facilities is associated with carriage of *klebsiella pneumoniae* carbapenemase-producing Enterobacteriaceae: a multihospital study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 33(12), 1193-1199. [10.1086/668435](https://doi.org/10.1086/668435)

Santé publique Ontario (2023). *CPE Transmission Risk Factors in Long-Term Care Homes*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2023/cpe-transmission-risk-factors-ltchs.pdf?rev=1a12ca9e83674b069be2d62c2196aeb0&sc_lang=en

Santé publique Ontario (2023). *Information about CPE for long-term care homes residents, family and visitors*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2023/cpe-residents-family-visitors-ltc-information-faq.pdf?rev=01b4bd1b015c43e3924167bb09bd4fb4&sc_lang=en

Schechner, V., Straus-Robinson, K., Schwartz, D., Pfeffer, I., Tarabeia, J. *et al.* (2009). Evaluation of PCR-based testing for surveillance of KPC-producing carbapenem-resistant members of the Enterobacteriaceae family. *Journal of Clinical Microbiology*, 47(100), 3261-3265. [10.1128/JCM.02368-08](https://doi.org/10.1128/JCM.02368-08)

Schwaber, M.J. *et al.* (2014). An ongoing national intervention to contain the spread of carbapenem-resistant enterobacteriaceae. *Clinical Infectious Diseases*, 58(5), 697-703. [10.1093/cid/cit795](https://doi.org/10.1093/cid/cit795)

Schwaber, M.J., Lev, B., Israeli, A., Solter, E., Smollan, G. *et al.* (2011). Containment of a country-wide outbreak of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* in Israeli hospitals via a nationally implemented intervention. *Clinical Infectious Diseases*, 52(7), 848-855. [10.1093/cid/cir025](https://doi.org/10.1093/cid/cir025)

Sengstock, D. *et al.* (2012). The burden of multidrug-resistant organisms on tertiary hospitals posed by patients with recent stays in long-term acute care facilities. *American Journal of Infection Control*, 40(8), 760-765.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655311012442>

Tacconelli, E., Cataldo, M.A., Dancer, S.J., De Angelis, G., Falcone, M. *et al.* (2014). ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant gram-negative bacteria in hospitalized patients. *Clinical Microbiology and Infection*, 20(1), 1-55. [10.1111/1469-0691.12427](https://doi.org/10.1111/1469-0691.12427)

Thurlow, C.J., Prabaker, K., Lin, M.Y., Lolans, K., Weinstein, R.A. *et al.* (2013). Anatomic sites of patient colonization and environmental contamination with *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-producing Enterobacteriaceae at long-term acute care hospitals. *Infection and Control Hospital Epidemiology*, 34(1), 56-61. [10.1086/668783](https://doi.org/10.1086/668783)

Tourdot, L., Dale, J., Lees, C., Craft, B., Kaiyalethe, J. *et al.* (2024). Containment of a KPC-CRE outbreak associated with premise plumbing in a long-term care facility-Minnesota, 2022-2023. *Antibiomicrobial Stewardship and Healthcare epidemiology*, 4(Suppl 1), s127-s128. [10.1017/ash.2024.289](https://doi.org/10.1017/ash.2024.289)

UK Health Security Agency. (2022). *Framework of actions to contain carbapenemase-producing Enterobacterales*.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1107705/Framework_of_actions_to_contain_CPE.pdf

Van Dulm, E., Tholen, A.T.R., Pettersson, A., Van Rooijen, M.S., Willemsen, I. *et al.* (2019). High prevalence of multidrug resistant Enterobacteriaceae among residents of long term care facilities in Amsterdam, the Netherlands. *PloS One*, 14(9), e0222200. [10.1371/journal.pone.0222200](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222200)

Weinstein, R.A. *et al.* L.S. Munoz-Price. (2009). Long-term acute care hospitals. *Clinical Infectious Diseases*, 49(3), 438-443. <https://doi.org/10.1086/600391>

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

MEMBRES RÉGULIERS

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

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

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
du Saguenay–Lac-Saint-Jean

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

Jean-François Laplante
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

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 – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Marielle Bolduc
Chantal Richard
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Patrice Savard, vice-président
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Patricia Hudson
Isabelle Laperrière
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

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

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Danielle Moisan, présidente du comité SPIN
Centre intégré de santé et de services sociaux du
Bas-Saint-Laurent

INVITÉS PERMANENTS

Annick Boulais
Fanny Desjardins
Valérie Labbé
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Mesures de prévention et contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases : gestion d'un cas unique et gestion d'éclosion dans les milieux autres que les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

AUTRICES ET AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Isabelle Laperrière, cheffe d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Valérie Labbé, conseillère en soins infirmiers
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

Madalina Burtan, conseillère scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Andrée-Anne Gauthier, infirmière clinicienne spécialisée
en prévention et contrôle des infections
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

Marie-Émilie Parent, conseillère en prévention et contrôle
des infections
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke

Les personnes qui ont révisé ce document ont été
convignées à apporter des commentaires sur la version
préfinale, et en conséquence, n'en ont pas révisé ni
endossé le contenu final.

Les autrices et auteurs, les membres du comité scientifique et
les personnes qui ont révisé le document ont dûment rempli
leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de
conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été
relevée.

MISE EN PAGE

Judith Degla, agente administrative
Direction des risques biologiques

*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 écrivant un courriel à :*
droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03940-7 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/HCHX4055>

© Gouvernement du Québec (2026)

N° de publication : 3829