



***Candidozyma auris* : les établissements du Grand Est sont-ils prêts à faire face?**

Enquête régionale, juillet et août 2026

S. Mechkour

CPias Grand Est

Journées régionales de prévention des infections associées aux soins

Nancy, 23 septembre 2026

Une levure émergente aux propriétés inhabituelles

2009

Première description, au Japon

Persistance

Plusieurs semaines sur les surfaces inertes

> 90 %

de souches résistantes au fluconazole

15 %

de risque d'infection chez un patient colonisé

30 %

de mortalité des candidémies

CDC et ECDC : déclarent *C. auris* comme une menace sanitaire urgente

OMS : classe *C. auris* parmi les agents pathogènes fongiques prioritaires

Ce qui la distingue des autres *Candida sp.*

Adhérence aux surfaces inertes et formation de biofilms, colonisation cutanée prolongée, thermotolérance et halotolérance. Ces propriétés font de la transmission croisée en milieu de soins un risque réel.

Le contrôle repose

Mêmes leviers que les bactéries hautement résistantes émergentes : le repérage à l'admission, les précautions complémentaires contact, le bionettoyage renforcé et le dépistage des contacts.

[1] SF2H, CNRMA, SFMM. Avis relatif à la conduite à tenir devant un cas de colonisation ou d'infection à *Candidozyma auris*, 20 mai 2026.

Une situation française encore sous contrôle

92

notifications au 17 novembre 2025 ^[2]

34

hôpitaux concernés ^[2]

4

clusters depuis 2021 ^[2]

Des épidémies hospitalières documentées

Quatre clusters génétiques ont été impliqués dans des épidémies au sein de quatre hôpitaux du territoire hexagonal. Le dernier épisode identifié appartient au clade III et est responsable de nombreux cas secondaires à partir d'un premier cas importé.

Un risque avant tout importé

La majorité des cas concerne des patients rapatriés sanitaires ou hospitalisés récemment à l'étranger.

^[2] Surveillance nationale de *Candidozyma auris*, mise à jour 17 novembre 2025. Centre national de référence des mycoses invasives et antifongiques, Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/en/node/187>

Un socle de mesures publié le 20 mai 2026

- 1 Repérage à l'admission des patients à risque, chambre individuelle, précautions complémentaire contact et dépistage
- 2 Respect des précautions standard et complémentaires, avec accompagnement quotidien de l'EPRI
- 3 Utilisation préférentielle de matériel dédié
- 4 Bionettoyage rigoureux de l'environnement et du matériel partagé avec un produit de niveau sporicide
- 5 Dépistage des patients contact pour identifier rapidement une transmission croisée
- 6 Mise en œuvre immédiate de mesures de contrôle de la transmission croisée devant des cas groupés
- 7 Appui d'outils informatiques pour la gestion des porteurs et des contacts

[1] SF2H, CNRMA, SFMM. Avis relatif à la conduite à tenir devant un cas de colonisation ou d'infection à *Candidozyma auris*, 20 mai 2026.



Objectif

Décrire le niveau de préparation des établissements sanitaires du Grand Est face à un cas de colonisation ou d'infection à *Candidozyma auris*, au regard de l'avis du 20 mai 2026 (SF2H, CNRMA, SFMM. Avis relatif à la conduite à tenir devant un cas de colonisation ou d'infection à *Candidozyma auris*)

Un questionnaire construit sur le socle des recommandations

46

questions

9

sections

40 min

durée annoncée

8 juil. au 31 août

période de recueil

Contenu

- Identification du répondant, connaissance des recommandations, procédure, dépistage à l'admission, laboratoire, signalement, mesures autour du cas, bionettoyage, patients contacts, freins et appuis attendus.
- Consigne donnée aux répondants : **indiquez ce qui est prévu dans votre procédure ou, en l'absence de procédure formalisée, ce qui est appliqué dans la pratique.**

Diffusion

- Questionnaire en ligne adressé aux équipes opérationnelles d'hygiène de la région à partir de la base régionale des acteurs
- Une réponse attendue par établissement.
- Aucun abandon en cours de questionnaire n'a été observé, l'ensemble des questions obligatoires étant renseigné par tous les répondants.

Analyse

Google Forms - Excel - Claude Pro

Un score de conformité au socle des recommandations

construit sur dix critères du socle

Critère	Questions
Repérage à l'admission	Q17
Modalités de dépistage et capacité du laboratoire	Q19, Q20, Q22, Q26
Chambre individuelle	Q32
Précautions contact et précautions standard	Q32
Accompagnement de l'EPRI et évaluation des pratiques	Q32
Matériel dédié ou à usage unique	Q32
Bionettoyage adapté	Q33, Q34, Q35
Dépistage des patients contacts	Q40, Q41
Gestion d'épidémie	Q42
Outils informatiques	Q18, Q27, Q28

Méthode

Dix critères tirés du socle de l'avis du 20 mai 2026 [1], pondérés à poids égal. Un critère est acquis dès lors que la mesure est formalisée dans la procédure ou appliquée en pratique. Les réponses « je ne sais pas » comptent comme non conformes. Le taux global rapporte les critères satisfaits aux 420 critères applicables, soit 10 critères pour 42 établissements.

Un taux de participation d'environ 26 %

26 %

42 réponses retenues sur environ 160 entités juridiques
sanitaires de la région

Construction du dénominateur

Le dénominateur retenu correspond aux entités juridiques sanitaires de la région, identifiées par leur numéro FINESS juridique.

Les équipes semblent avoir répondu par équipe plus que par établissement, une même équipe intervenant souvent pour plusieurs entités.

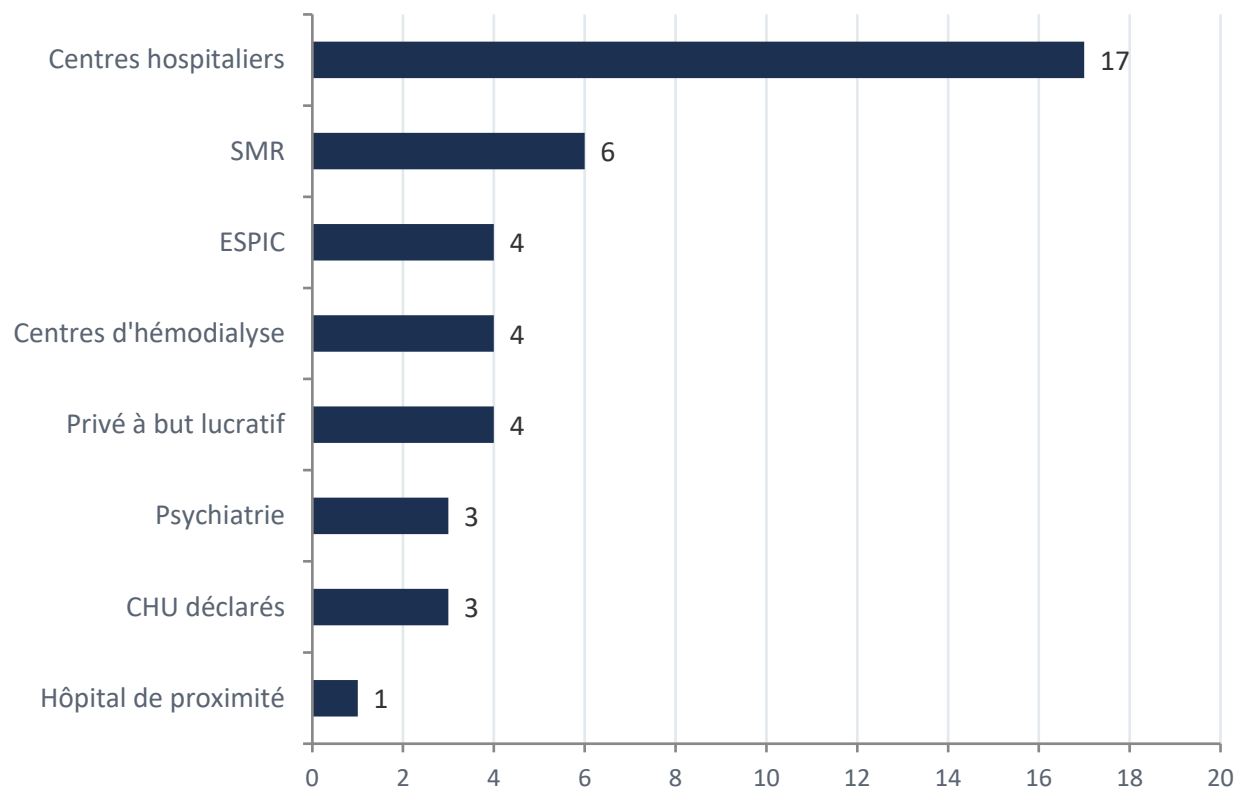
Le taux de participation sous-estime donc probablement la part des équipes ayant répondu.

Périmètre et répartition

45 réponses reçues, 42 retenues après exclusion de deux structures médico-sociales hors champ et d'un doublon. Neuf départements sur dix sont représentés, la Haute-Marne étant absente.

Département	Réponses	Département	Réponses
Bas-Rhin	11	Meurthe-et-Moselle	4
Haut-Rhin	7	Aube	3
Marne	5	Ardennes	2
Moselle	5	Meuse	1
Vosges	4	Haute-Marne	0

Des profils d'établissements diversifiés



Qui a répondu

22 infirmiers ou cadres et 20 praticiens (médecins ou pharmaciens).

À retenir

- 2 à 3 centres hospitaliers universitaires sur 3 ou 4? de la région ont répondu.
- 4 centres d'hémodialyse ayant répondu
- 3 établissements Psychiatrie

n = 42 réponses retenues.

Une enquête qui mesure surtout une préparation anticipée, non une expérience vécue

90 %

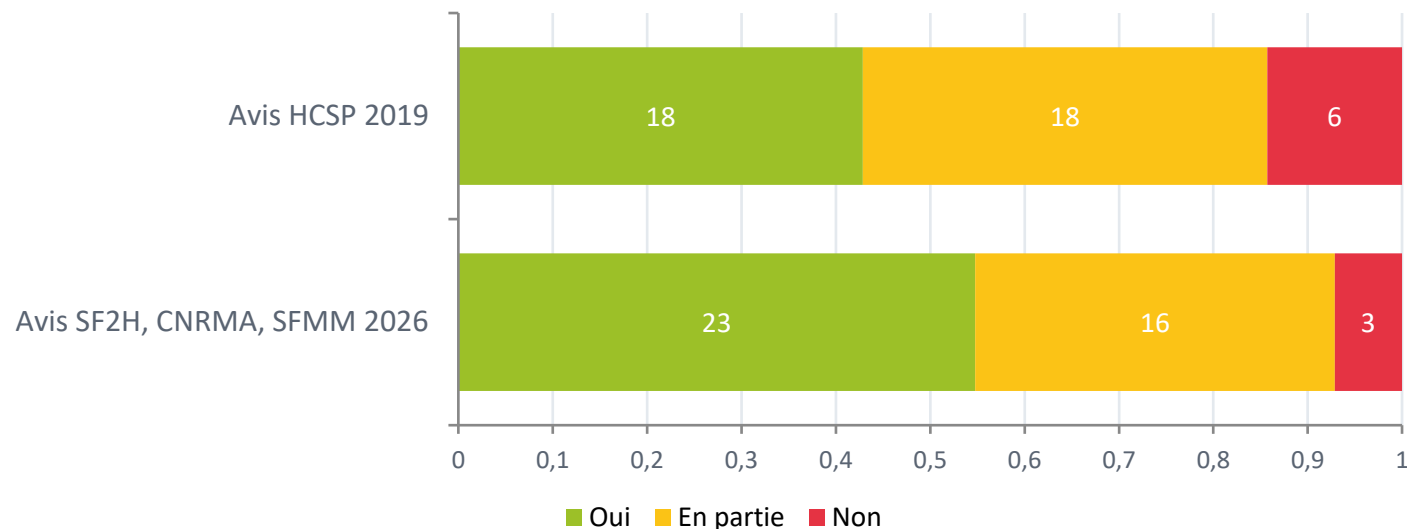
des établissements n'ont jamais pris en charge de cas confirmé ou possible

Quatre cas déclarés

3 établissements déclarent avoir pris en charge des cas, 2 antérieurement et 1 au cours des 12 derniers mois.

Ce résultat conditionne la lecture de toute l'enquête : elle mesure ce que les équipes ont prévu, et non ce qu'elles ont eu à faire.

Les recommandations sont connues, y compris les plus récentes



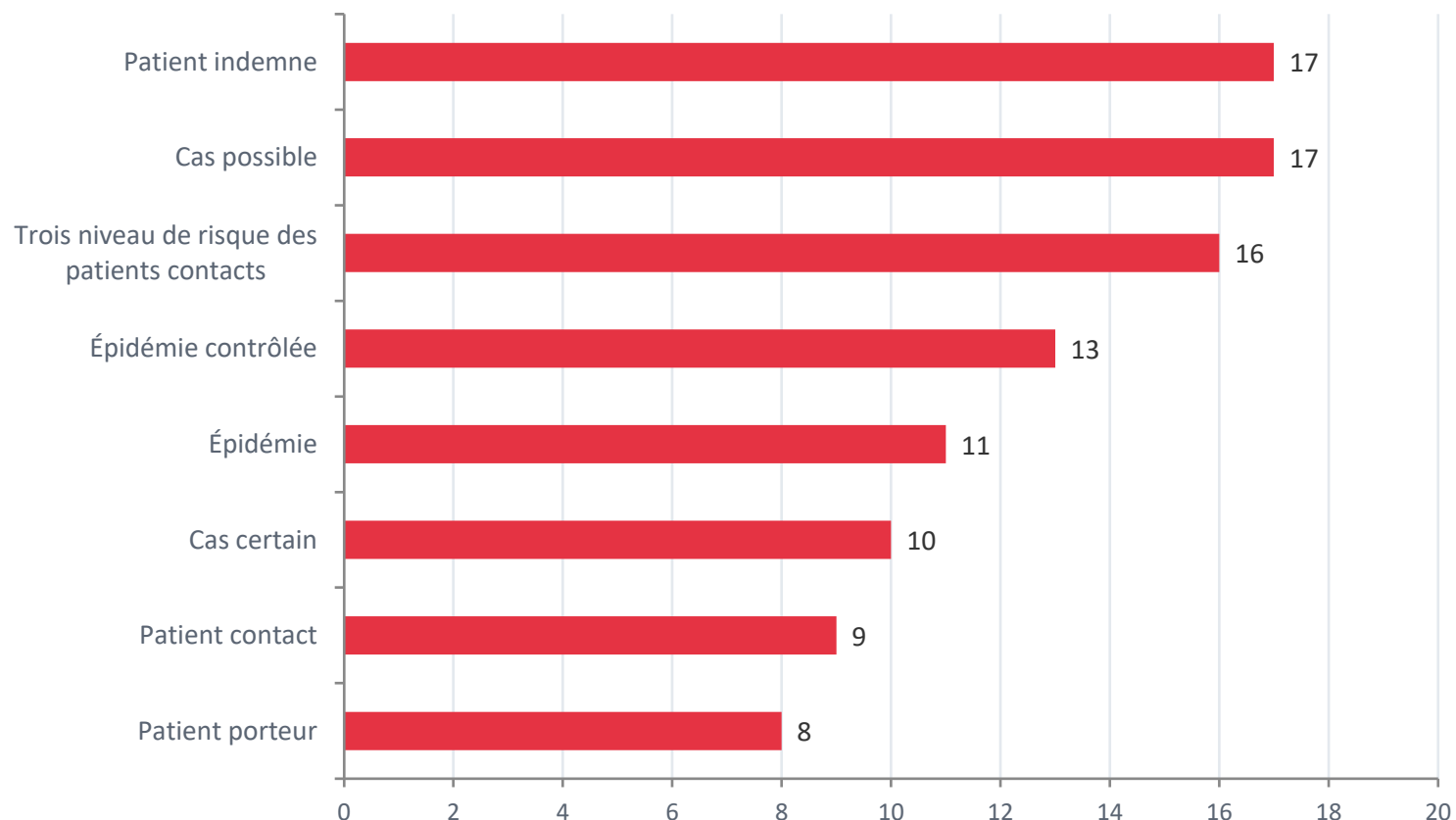
Lecture

93 % des équipes ont au moins une connaissance partielle de l'avis du 20 mai 2026, 2 mois et demi après sa parution.

L'avis de 2019, plus ancien, est moins bien connu.

Mais certaines définitions et notions de l'avis 2026 restent mal maîtrisées...

Des définitions encore inégalement intégrées dans les pratiques



Nombre d'établissements déclarant ne pas connaître la notion. n = 42.

Les cas et les épidémies

Cas certain : culture positive.

Cas possible : au moins 2 RT-PCR positives sans culture positive.

Patient porteur : cas certain ou cas possible.

Épidémie : au moins un cas secondaire parmi les patients contacts.

Épidémie contrôlée : aucun nouveau cas lors des dépistages hebdomadaires, dans les 3 semaines suivant le dernier cas.

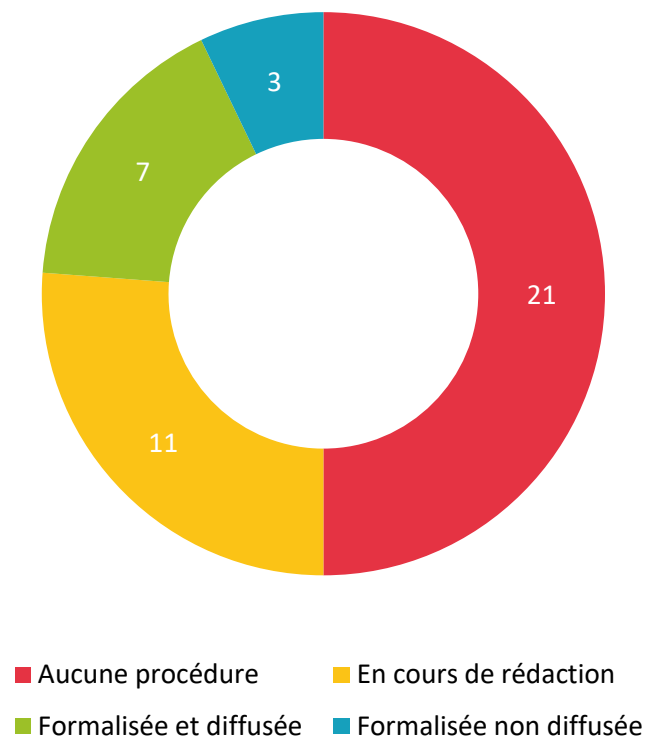
Les patients exposés

Patient contact : mêmes soins par la même équipe pendant au moins 24 h, ou chambre d'un cas sans bionettoyage renforcé.

Trois niveaux de risque : faible si les précautions contact sont en place dès l'arrivée du cas, moyen en cas de découverte fortuite, élevé en contexte épidémique.

Patient indemne : patient nouvellement admis dans un service et non exposé à un cas.

Une procédure spécifique dans un établissement sur quatre



10 établissements sur 42 disposent d'une procédure

7 seulement d'une procédure diffusée à toutes les unités.
Les 10 procédures existantes datent de moins de 3 ans.

Une dynamique réelle

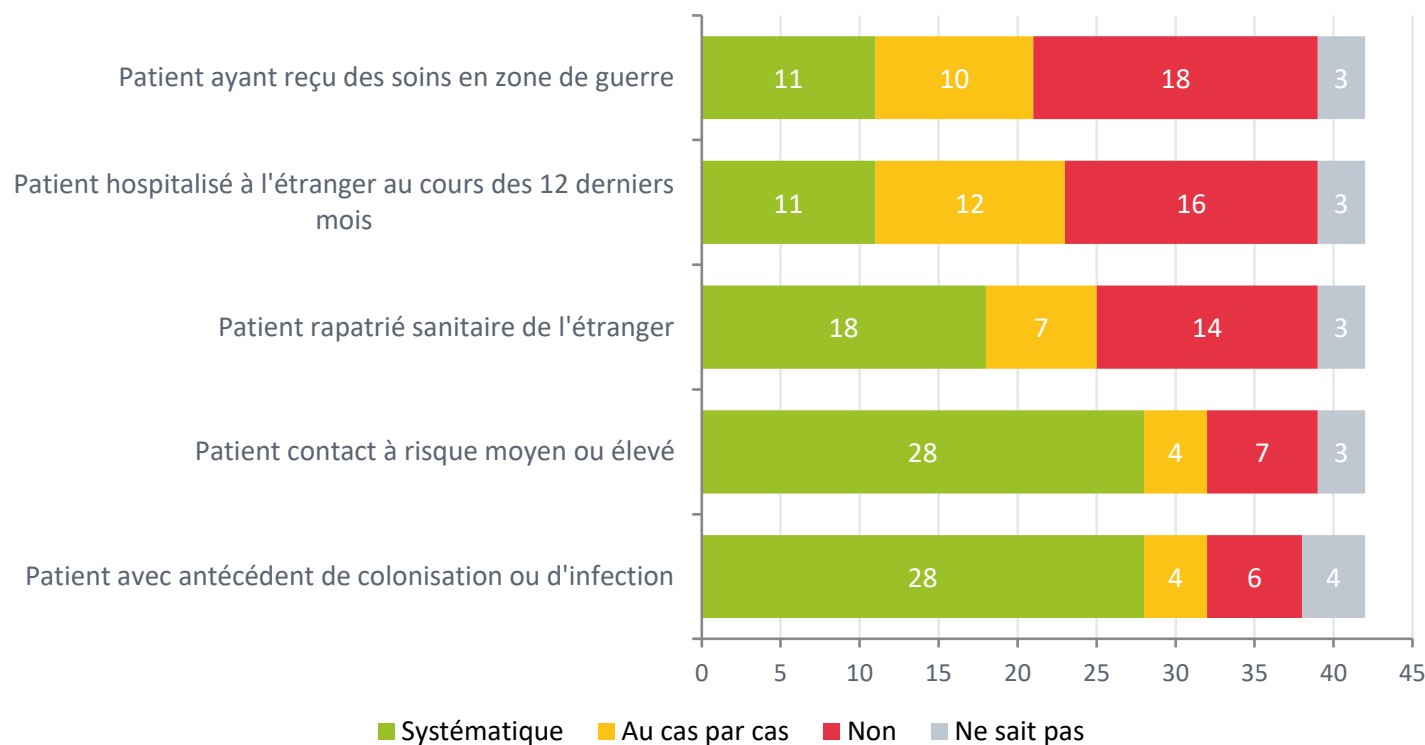
Parmi les 32 établissements sans procédure aboutie, 11 en rédigent une et 16 prévoient d'en élaborer une à court terme.

Points d'alerte

- 21 établissements sur 42 n'ont aucune procédure, dont 9 CH sur 17.
- 7 établissements, dont 3 CH, n'envisagent pas d'en élaborer une. Tous déclarent être non concernés ou jugent le risque non prioritaire
- Aucun des 4 centres d'hémodialyse n'en dispose ni n'en rédige, alors que le risque d'accueillir un patient porteur y est important.
- Les 3 établissements de psychiatrie n'en disposent pas non plus, ce qui se comprend au regard d'un moindre accueil direct de patients à risque.

Sources des procédures, parmi les 23 établissements les ayant citées : 15 avis SF2H, CNRMA et SFMM 2026 [1], 15 avis HCSP 2019 [4], 13 fiche CPias Grand Est. n = 42.

Le repérage des patients à risque reste incomplet



Point de fragilité

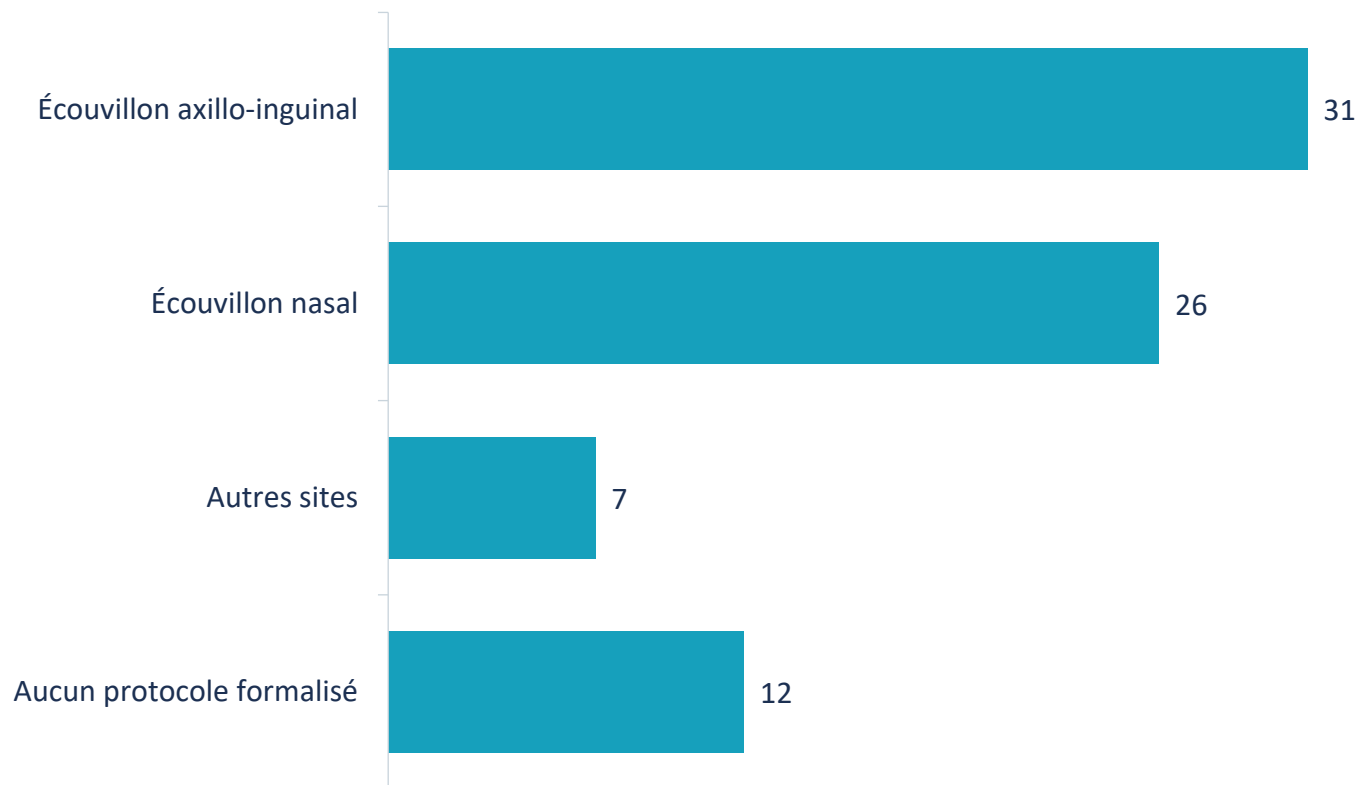
- Jusqu'à **73 %** des établissements ne dépistent pas systématiquement à l'admission les patients à risque de *C. auris* ayant eu un parcours de soins à l'étranger (*hospitalisation, rapatriement sanitaire ou soins en zone de guerre*).

- Second dépistage après un premier résultat négatif : 6 systématiquement et 19 au cas par cas

Point clé recommandation : l'importation est le mode d'entrée de la majorité des cas français.

n = 42.

Les deux écouvillons recommandés ne sont pas toujours réalisés



La réalisation des écouvillons

- 20 établissements réalisent systématiquement les deux écouvillons: axillo-inguinal et nasal
- 52 % ne les réalisent pas systématiquement (22/42)

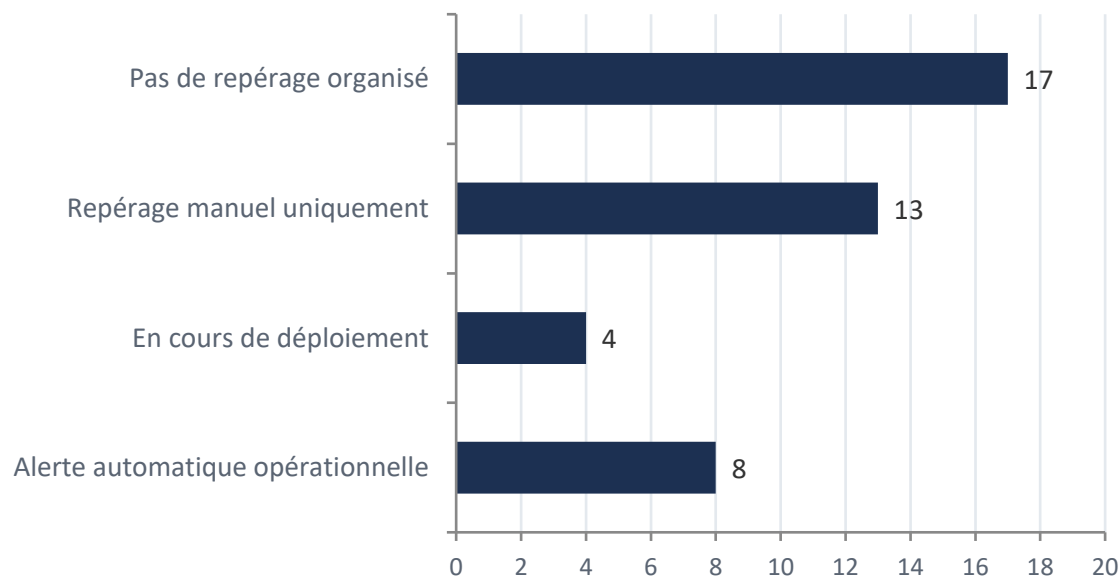
Point clé recommandation : l'ajout de l'écouvillon nasal porte la sensibilité du dépistage à 80 %.

30 établissements sur 42 sans alerte automatique à l'admission

patients porteur et contact à risque moyen ou élevé en cas de nouvelle hospitalisation

Les freins exprimés

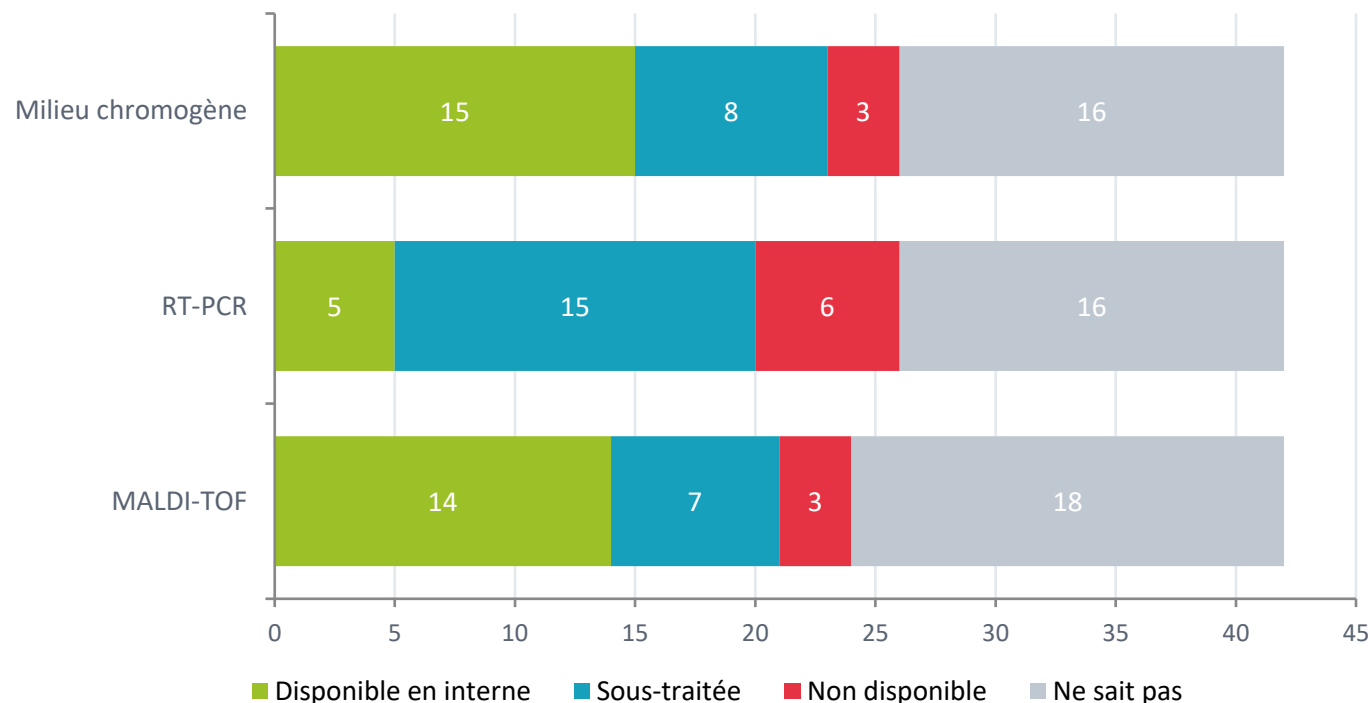
- C. auris absent de la liste d'alerte du dossier patient informatisé
- Logiciel incapable de gérer une alerte de portage, y compris pour les BHRé
- Financement refusé ou non obtenu
- Action non priorisée faute de cas rencontré
- Dialyse ambulatoire et HAD sans système adapté
- Dans un établissement équipé d'une alerte opérationnelle, l'équipe d'hygiène n'en est pas destinataire.



Point clé de la recommandation : automatiser le repérage informatique et l'alerte lors des réhospitalisations des cas et de leurs contacts.

n = 42. 20 répondants n'expriment aucun frein.

38% des établissements ont formellement confirmé avec leur laboratoire sa capacité à identifier le germe



Capacité diagnostique du laboratoire

- 16 sur 42 l'ont formalisé, 8 s'en sont assurés de façon informelle, 6 ont une démarche en cours, 12 n'ont rien engagé
- Confirmation par culture d'une RT-PCR positive: 9 la réalisent systématiquement, 33 ne la font pas ou ne savent pas
- 3 seulement disposent d'une conduite à tenir formalisée devant une RT-PCR positive sans culture positive.

Le délai de rendu

60% en dessous d'une semaine: 20 établissements annoncent un délai de 24 à 72 heures, 5 de 3 à 7 jours, 1 au-delà de 7 jours, 16 l'ignorent.

Point clé de la recommandation : s'assurer que son laboratoire de mycologie ou de microbiologie est en mesure de détecter et identifier *C. auris* dans des délais compatibles avec une surveillance active (moins d'une semaine).

L'alerte interne existe, le plus souvent sans circuit formalisé

34 sur 42

seraient alertés par leur laboratoire, mais 16 seulement par un circuit structuré, 18 par un circuit informel et 8 par aucun

22 sur 42

disposent d'un accès automatisé aux résultats de dépistage, 1 en cours de déploiement, 13 en accès manuel et 6 sans accès organisé

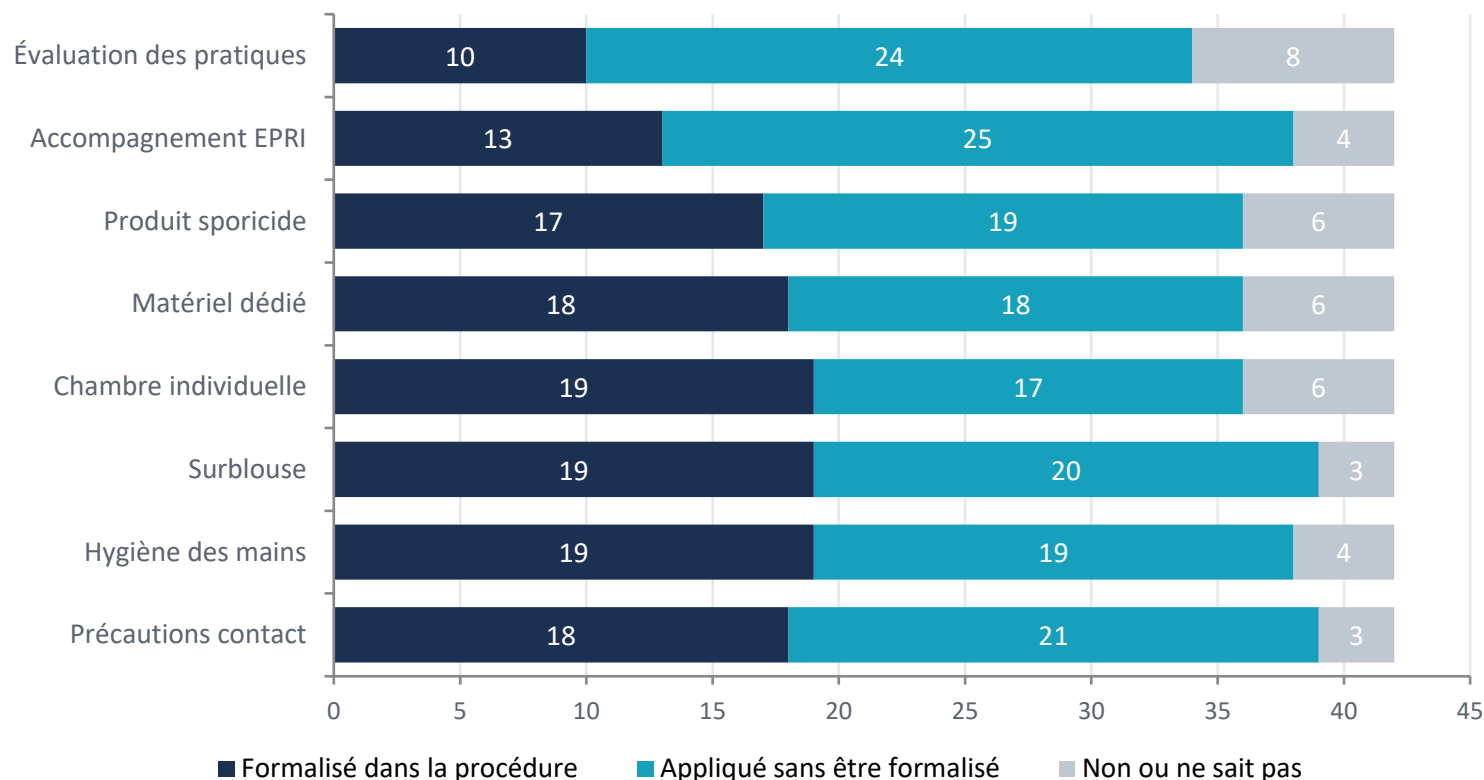
Le signalement réglementaire est acquis, pas le circuit du CNRMA

- 33 établissements sur 42, soit 79 %, prévoient un signalement systématique de tout cas via e-SIN, 4 au cas par cas et 5 pas du tout.
- 26 équipes ne sont pas informées du renseignement du formulaire de notification du CNRMA. Il s'agit d'un déficit d'information plutôt que d'une absence de circuit, la démarche étant fréquemment assurée par le laboratoire.

Point clé de la recommandation : une alerte immédiate de l'EPRI et du service clinique par le laboratoire dès l'identification d'un cas de C. auris.

n = 42.

Les mesures sont davantage appliquées que formalisées



Un résultat rassurant

Les mesures de prévention sont largement en place.
Sur les 13 mesures, le nombre d'établissements répondant « non » varie seulement de 3 à 8.

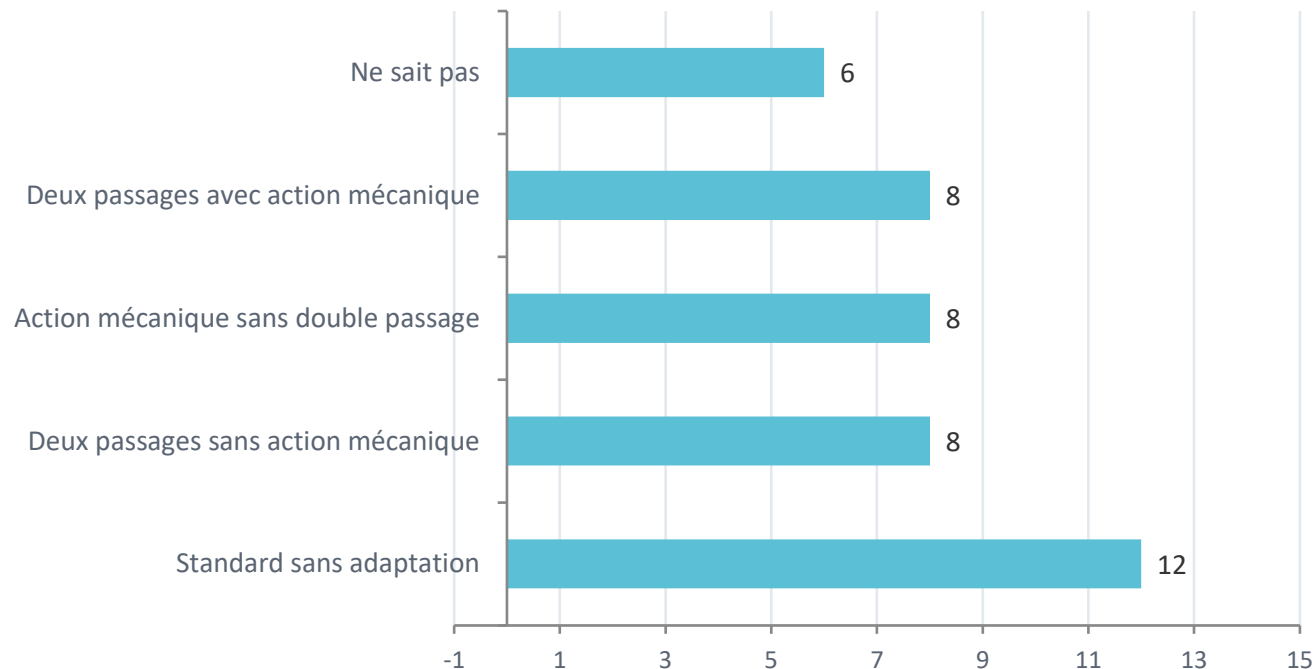
Une formalisation en cours

12 items sur 13 sont davantage appliqués que formalisés.

Point clé de la recommandation : le contrôle de la diffusion de *C. auris* repose sur un socle de mesures de prévention et de contrôle des infections.

Huit des treize mesures présentées. n = 42.

Les modalités de bionettoyage restent hétérogènes



La fréquence

21 établissements réalisent le bionettoyage 2 fois par 24 heures, 13 une fois, 6 de façon variable selon l'analyse de risque et 2 l'ignorent

Bionettoyage sortie

28 prévoient un double bionettoyage, dont 10 par deux opérateurs distincts.

Le produit et les procédés

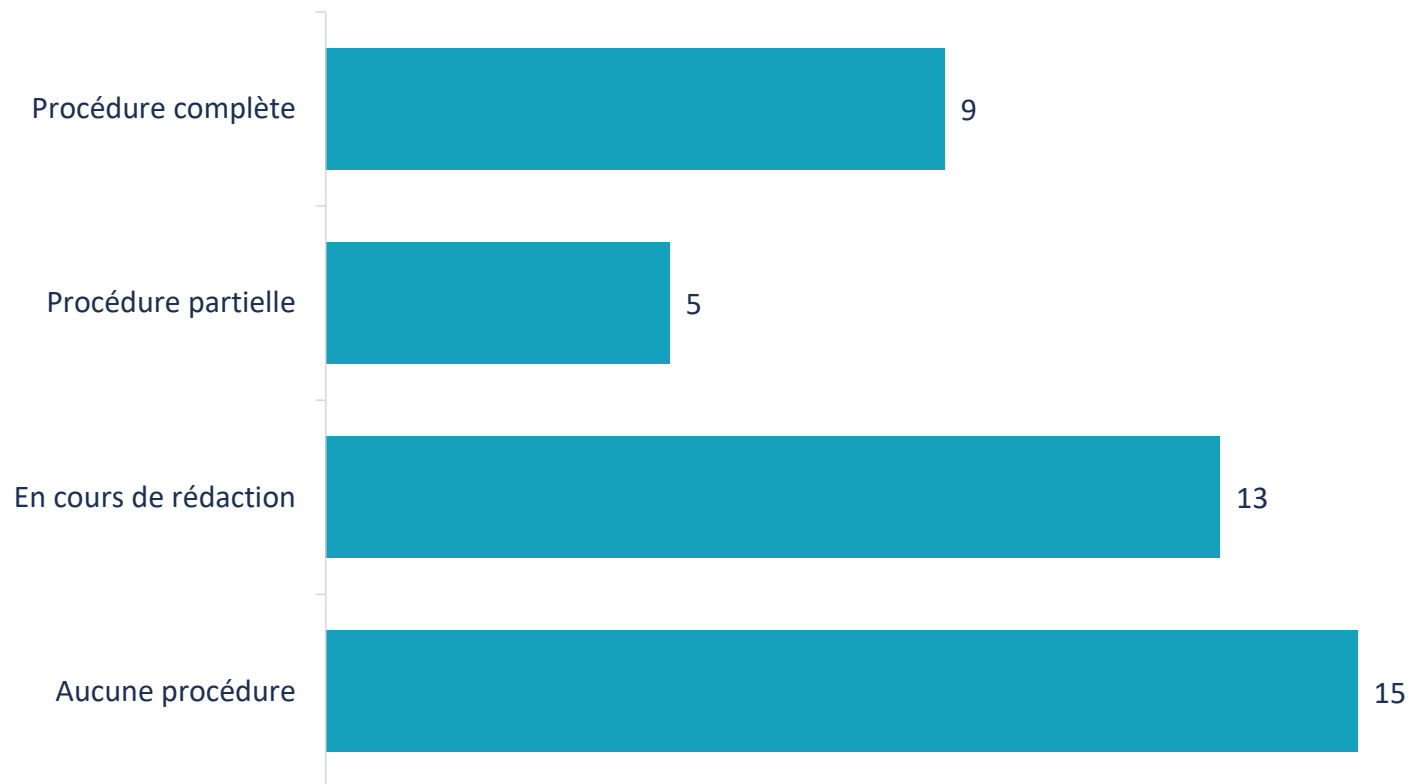
- 37 établissements disposent d'un produit sporicide et 33 jugent son temps de contact adapté aux pratiques de soins.
- Autres procédés : 18 mentions de la vapeur, 8 la voie aérienne chimique, 1 UV-C.

Point clé de la recommandation : un bionettoyage rigoureux de l'environnement et du matériel partagé avec un produit à spectre large, de niveau sporicide. La désinfection terminale sans contact, de niveau sporicide, peut être utilisée en complément, notamment en cas d'épidémie non maîtrisée. Les UV-C nécessitent une vigilance particulière et l'efficacité de la vapeur pourrait être intéressante, mais reste à documenter.

n = 42.

La gestion des contacts est plus souvent prévue que formalisée

(identification, mise en place des PS, PCC, dépistage hebdomadaire, bionettoyage, traçabilité informatique)

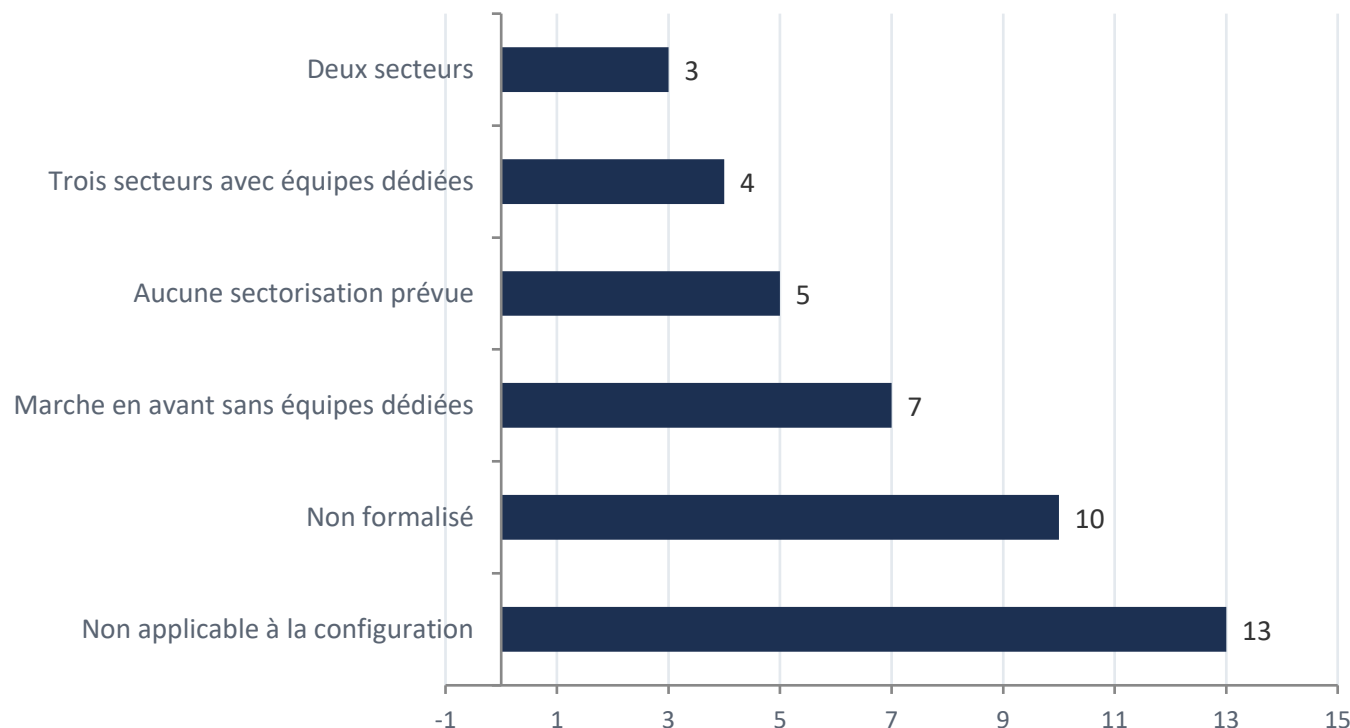


Ce qui est prévu autour des contacts à risque moyen ou élevé:

- DF : 28 établissements envisagent l'identification rétroactive des patients contacts, mais 7 seulement l'ont formalisée.
- 27 réalisent rythme de dépistage conforme à l'avis, 15 non.
- L'écart tient probablement autant à l'absence de procédure formalisée qu'à la pratique réelle.

Point clé de la recommandation : le dépistage des patients contacts permet d'identifier rapidement une éventuelle transmission croisée.

La préparation à une situation épidémique reste le maillon faible



4 sur 42

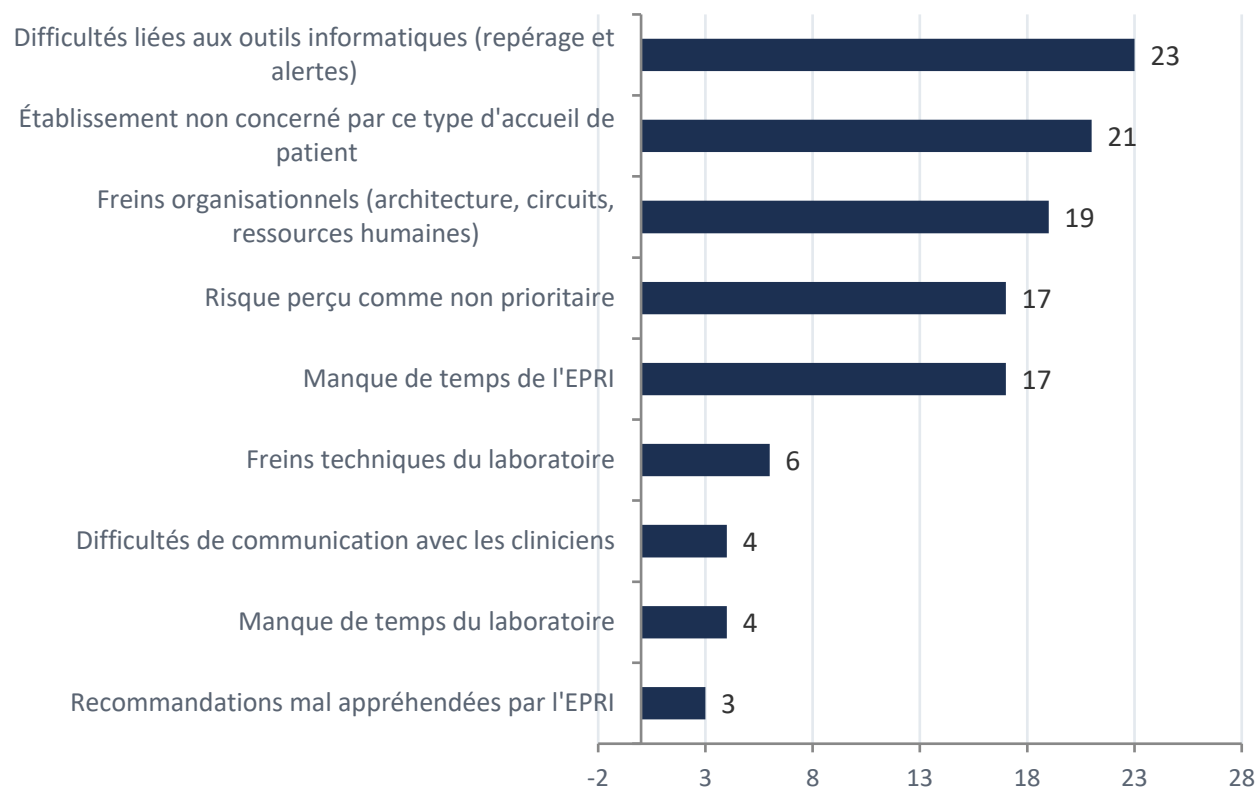
- atteignent le dispositif de référence, trois secteurs distincts avec équipes paramédicales dédiées.
- 12 établissements déclarent la sectorisation non applicable à leur configuration

Les freins exprimés

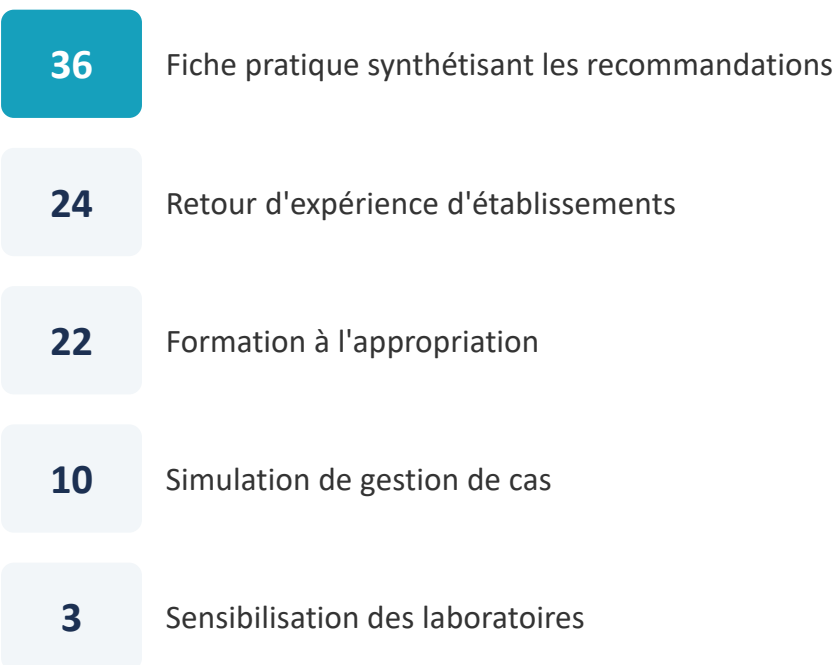
Les freins organisationnels liés à l'architecture, aux circuits et aux ressources humaines sont cités par 19 répondants.

Point clé de la recommandation : regrouper les patients en trois secteurs distincts (cas, contacts et indemnes) avec, idéalement, des équipes paramédicales dédiées. *En l'absence de secteurs dédiés, éviter le croisement des personnels entre patients porteurs et patients indemnes.*

Des freins principalement organisationnels, techniques et liés aux ressources

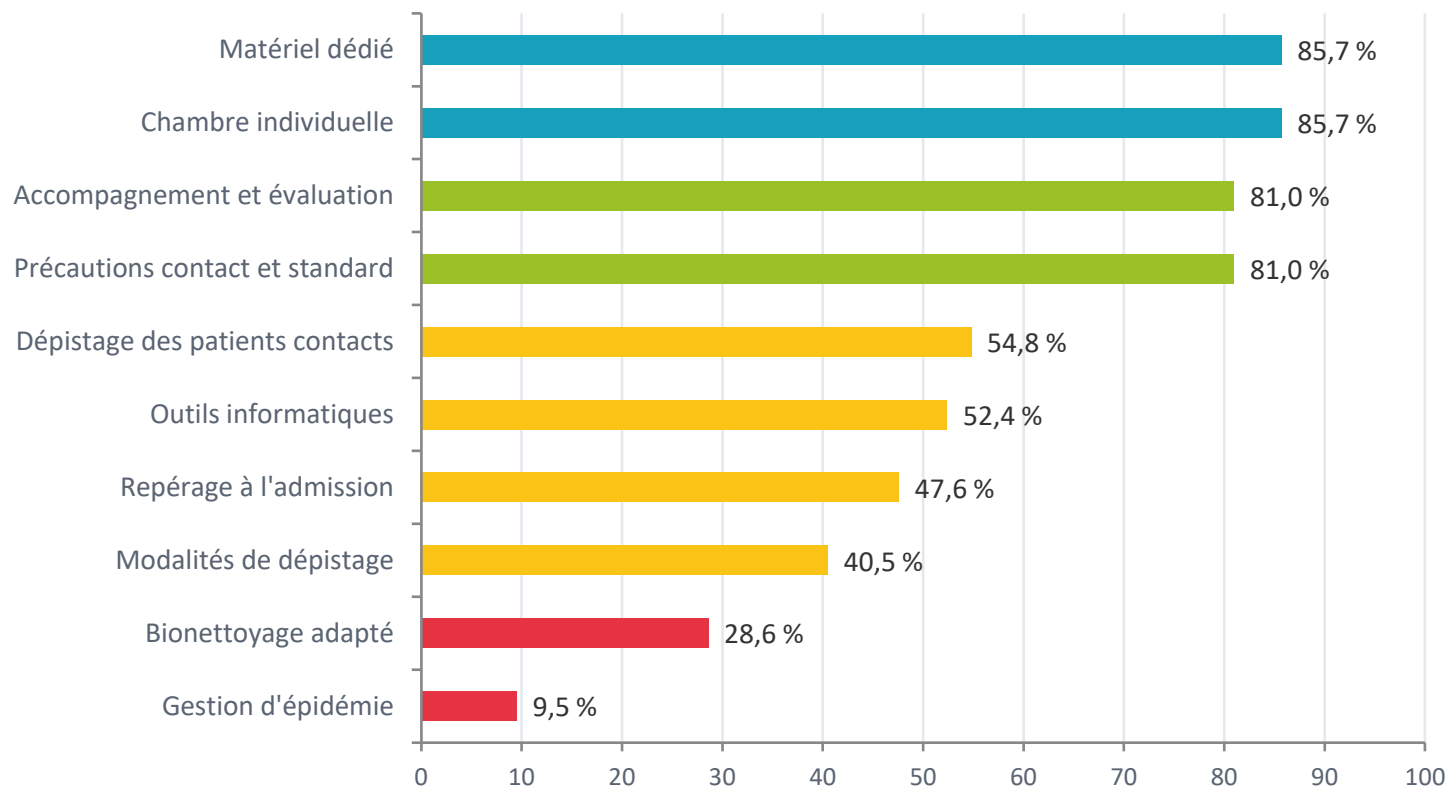


Les appuis attendus du CPias



n = 42, plusieurs réponses possibles.

57 % des critères du socle sont satisfaits



Méthode

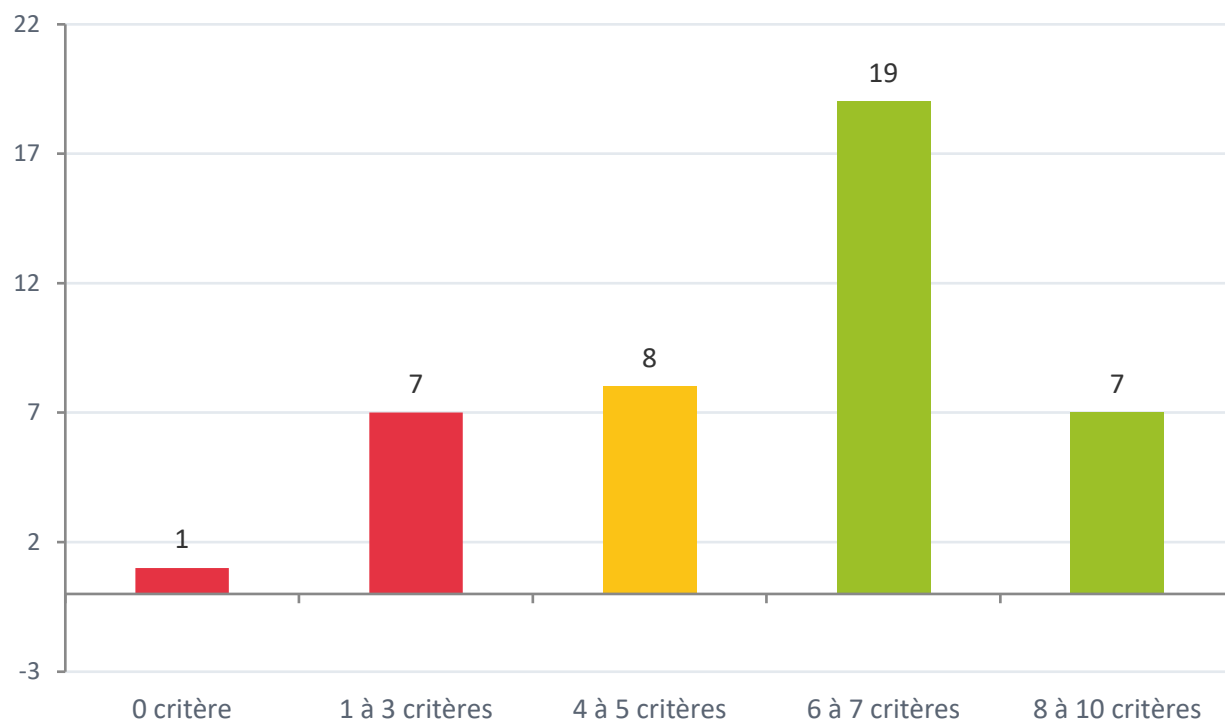
Dix critères tirés du socle de l'avis, pondérés à poids égal. Un critère est acquis dès lors que la mesure est formalisée ou appliquée en pratique. Le détail des critères et des questions figure en matériel et méthodes.

Lecture

Les mesures de prévention du RI dépassent 80%.
Celles qui sont plus spécifique à *C. auris* restent sous 55 %, et la gestion d'épidémie sous 10 %.

238 critères satisfaits sur 420 applicables. n = 42.

Seuls 16 % des établissements satisfont au moins 8 critères sur 10



Le seul établissement conforme aux dix critères

est aussi le seul à avoir pris en charge un cas au cours des 12 derniers mois. Il est également le seul à avoir formalisé les prélèvements d'environnement.

Ce que cela suggère

L'expérience d'un cas prépare mieux à agir que la diffusion d'une recommandation?

n = 42.

Une région comparable, un an plus tard

	Hauts-de-France, 2025	Grand Est, 2026
Répondants	37 établissements, 21 %	42 réponses, 26 %
Dépistage d'un patient contact à risque moyen ou élevé	8 sur 37	28 sur 42
Dépistage d'un patient hospitalisé à l'étranger au cours des 12 derniers mois	7 sur 37	11 sur 42 en systématique
Recommandations mal connues des équipes	27 % des répondants	7 % des répondants
Aucun frein identifié	35 % des répondants	2 % des répondants

Les équipes du Grand Est identifient surtout des difficultés liées aux moyens. Un an plus tôt, dans les Hauts-de-France, la connaissance et la clarté des recommandations constituaient davantage un frein.

[3] Demailly C, et al. Gestion coordonnée d'une épidémie de *Candidozya auris* : retour d'expérience du point de vue d'un CPias. JHH Strasbourg, décembre 2025.

Les failles identifiées dans l'enquête correspondent aux difficultés retrouvées lors d'épisodes français

Hôpital Tenon [4]

Cas index rapatrié du Koweït, non dépisté à l'admission
Découvert fortuitement après 2 mois d'hospitalisation
37 cas secondaires dans 6 services
Contamination notamment dans la chambre du cas index et sur du matériel partagé.
Maîtrise : 3 secteurs avec équipes dédiées, arrêt des transferts, dépistages hebdomadaires, bionettoyage renforcé

CHU d'Amiens [5]

Premier cas détecté par le dépistage des patients hospitalisés à l'étranger
26 cas en 4 vagues malgré ce dépistage
Diffusion par la réanimation chirurgicale, la chirurgie digestive et la radiologie interventionnelle
Contaminations du matériel partagé et certaines surfaces.
Maîtrise : sectorisation, 183 contacts identifiés, bionettoyage renforcé

CHRU de Nancy [6]

Cas index sans lien avec l'étranger
Découvert fortuitement sur un examen urinaire après 37 jours
137 contacts recensés par le logiciel métier, 1 cas secondaire
Siphons positifs dans 14 chambres sur 25
Mesures mises en place : sectorisation, précautions contact renforcées, dépistage des contacts, bionettoyage renforcé et fermeture des chambres jusqu'à négativation des points d'eau.

Enseignements

- Dépister précocement les patients à risque : un cas peut être identifié tardivement ou fortuitement.
- Penser le parcours du patient : la transmission ne se limite pas au service où le cas est découvert.
- Identifier et suivre les contacts dans le temps : plusieurs expériences montrent des détections lors de dépistages successifs.
- Sectoriser rapidement : distinguer porteurs, contacts et patients indemnes et limiter les mouvements lorsque cela est nécessaire.
- Ne pas négliger l'environnement et le matériel partagé : des contaminations ont été retrouvées sur différentes surfaces, équipements et points d'eau.
- Adapter et contrôler le bionettoyage : produits actifs, nettoyage renforcé, supervision et contrôle avant réouverture dans certaines situations.
- Associer microbiologie, EPRI, équipes de soins et acteurs régionaux : la gestion repose sur une coordination dans la durée.

[4] Jolivet S, et al. *Hygiènes*. 2023;31(5):375-82. [5] Lemonnier D, et al. *Webinaire national Candida auris*, 29 septembre 2025. [6] Regad M, et al. *Retour d'expérience de gestion d'un cluster à Candida auris*. Congrès SF2H, Nancy, 2024, P-058.

Points de vigilance pour l'interprétation de cette enquête

Dénominateur

Le dénominateur, entités juridiques, ne correspond pas au nombre d'équipes, une même équipe couvrant souvent plusieurs entités.

Représentativité

Surreprésentation du Bas-Rhin, absence de la Haute-Marne.
Un CHU de la région n'a pas participé.

Déclaratif

L'enquête recueille des déclarations et non des observations.

Formulation

Les questions et les réponses mêlaient l'état de la formalisation et l'intention.
Enquête réalisée un mois après l'actualisation des recommandations. Certaines équipes ont pu consulter l'avis pour répondre, ce qui peut surestimer le niveau de connaissance déclaré.

Conclusion

Les équipes du Grand Est apparaissent globalement préparées aux mesures de prévention "socle", avec plus de 80 % de conformité pour les précautions standard et complémentaires, la chambre individuelle, le matériel dédié et l'accompagnement des équipes.

Les principales marges de progression concernent les spécificités de *Candidozyma auris* : repérage des patients à risque, stratégie de dépistage, organisation du laboratoire, outils informatiques, bionettoyage renforcé et préparation à une situation épidémique.

Les retours d'expérience français montrent que ces points sont précisément ceux qui conditionnent la maîtrise d'un épisode,

L'enjeu pour les établissements est de transformer les recommandations récentes en organisations opérationnelles, afin d'être prêts avant la survenue du premier cas.

La fiche CPias Grand Est est actualisée au regard de l'avis du 20 mai 2026 .

Une formation sur la gestion du risque infectieux lié aux BHRé, aux ABRI et à C. auris aura lieu le 13 avril 2027.

Fiche consultable à tout moment
un cas de colonisation ou d'infection à *Candidozyma auris*

DEFINITION :
Candidozyma auris (anciennement *Candida auris*) est une levure responsable d'infections graves associées aux soins et d'épidémies hospitalières (ORL, soins, brûlures) par sa persistance sur la peau et les surfaces. Le risque d'infection chez un patient colonisé est d'environ 15 % et la mortalité des candidoses est estimée à 30 %. En France, les levures restent sensibles aux échotricandazole et à l'isavuconazole, mais la résistance au fluconazole est certaine à la Réunion.

MECANISME DE TRANSMISSION

- Risques :**
 - Personnes colonisées ou infectées : principales sites de colonisation « zones aseptiques, plus ingestes et natives ».
 - Environnement de soins : surfaces et matériel (plastique, acier, textile).
 - Persistance prolongée sur la peau et dans l'environnement, favorisant la transmission en milieu de soins.
- Mode de transmission :**
 - Contact direct via les mains des professionnels.
 - Contact indirect via l'environnement ou le matériel de soins contaminé.
- Prévention de la transmission :**
 - Pratiquer l'hygiène-alcoolique rigoureuse avant et après tout contact avec le patient ou son environnement (produit hydro-alcoolique actif sur C. auris).
 - Bionettoyage renforcé de l'environnement et du matériel partagé.
 - Utilisation d'un désinfectant désodorisant spécifique (bénéfice incertain, possible l'hygiène ou acide peroxyacétique).

DETECTION

Cas contacts	Cas probables	Patient positif	Patient colonisé	Patient infecté
Culture positive pour C. auris (prélèvement aseptique ou de bionettoyage)	au moins 2 à 3 FCK positives sur des prélèvements distincts, avec cultures mycologiques négatives ou indécidables	patient pris en charge par le même équipe paramédicale qu'un cas pendant 2 24h, ou ayant occupé une chambre précédemment occupée par un cas sans bionettoyage renforcé.	patient non exposé à un cas	cas

Niveau de risque des patients contacts :

Cas contacts	Risque moyen	Risque élevé
Cas contacts : Complémentaire Contact (PCC) des soins adhésifs.	si lorsque les PCC sont pris en compte en amont de l'arrivée du patient (bénéfice incertain).	patient contact dans un contexte épidémique.

Précautions complémentaires :

Quarantaine	Epidémie contrôlée
Identification d'eau morte ou cas récurrents (surveillance possible) parmi les patients contacts.	absence de nouveau cas lors des diagnostics hebdomadaires dans les 3 semaines suivant l'identification du dernier cas.

FORMATION
Gérer le risque infectieux lié aux Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRé), aux A. Baumannii Résistants à l'Empirisme (ABRI) et au *Candidozyma auris*

13 avril 2027
09h-17h (durée 7 heures 30)
Hôpitaux de Brabois à Vandœuvre les Nancy
14 participants.

Tarif : 50 euros*
*Donnée forfaitaire, en plus du prix pédagogique, 5 euros de frais d'adhésion à l'association.

Objectifs de la formation :

- Professionnels médicaux et paramédicaux des équipes de prévention du risque infectieux (EPI) : acquiescer les recommandations de l'Agence de Santé Publique de la Région Grand Est (ASPR) et de l'Agence de Santé Publique de la Région Grand Est (ASPR) pour la prévention du risque infectieux dans les établissements.
- Formaliser et mettre en place les mesures (parmi elles) de détection et limiter la transmission du BHRé, des ABRI et du C. auris.
- Appréhender l'évaluation des recommandations.
- Identifier les déterminants du risque de diffusion des microorganismes : niveau de respect des précautions standard, condition de prise en compte des patients, facteurs liés au patient (soins, capacités au respect des mesures barrières).
- Etre capable d'évaluer le risque pour adapter le niveau des mesures à une situation donnée.
- Valider un plan d'action pour faire évoluer les pratiques dans son établissement.

Méthodes pédagogiques :

- Chaque participant reçoit une fiche d'identité et un code d'accès à la plateforme de formation du CPias Grand Est, lui permettant d'accéder à son espace de formation personnelle.
- Méthode d'enseignement : capsules thématiques.
- Méthode d'évaluation : quiz.
- Méthode d'application : mise en situation pratique.
- Le contenu du programme est basé sur la réglementation et les recommandations officielles.
- Les diaporamas présentés et les outils utilisés sont fournis aux participants en fin de session et sont téléchargeables pendant un an à partir de l'espace formation, ainsi que les outils pratiques.

Moyens techniques :

- Diaporamas de formation, vidéos partagées, notes réglementaires et guides de bonnes pratiques.
- Accès à des jeux pédagogiques et quiz en ligne, mises en situation.
- Le participant devra disposer d'un smartphone avec lecteur QR code et d'une connexion internet permettant un flux audio et vidéo.
- Nos supports pédagogiques ne comportent aucune promotion.

Accès des données et des données de l'évaluation :

- Un questionnaire d'évaluation des connaissances avant/après devra être complété.
- Certification de l'assiduité par engagement en présentiel ou identification en distanciel.
- Evaluation de la formation : questionnaire de satisfaction devra être complété par chaque participant.
- Remise d'attestation de formation à l'issue de la session***. Le remplissage des questionnaires d'évaluation des connaissances pour l'attestation de la formation sera obligatoire pour obtenir une attestation.
- *** Questionnaire rempli en ligne, ou l'accès individuel à la plateforme de formation du CPias Grand Est.

Informations :

- 03 83 15 15 88 ou Mail : cpias@grandest-nancy.fr
- 03 83 15 15 88 ou Mail : cpias@grandest-nancy.fr
- 03 83 15 15 88 ou Mail : cpias@grandest-nancy.fr

Merci de votre attention

Merci aux 42 EPRI qui ont pris le temps de répondre à ce questionnaire de 46 questions.

sophia.mechkour@chu-strasbourg.fr



Références

1. Société française d'hygiène hospitalière, Centre national de référence des mycoses invasives et antifongiques, Société française de mycologie médicale. Avis relatif à la conduite à tenir devant un cas de colonisation ou d'infection à *Candidozyma auris*. Paris : SF2H ; 20 mai 2026.
2. Centre national de référence des mycoses invasives et antifongiques. Surveillance nationale de *Candidozyma auris*, mise à jour du 17 novembre 2025 [Internet]. Paris : Institut Pasteur ; 2025. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/en/node/187>
3. Demailly C, Markiewicz A, Caudron M, Alglave L, Dutoit V, Marchand S, et al. Gestion coordonnée d'une épidémie de *Candidozyma auris* : retour d'expérience du point de vue d'un CPias. 47es Journées d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales de Strasbourg ; 11-12 décembre 2025 ; Strasbourg.
4. Jolivet S, Le Roux E, Souyri V, Barbut F, Hennequin C, Fournier S. Épidémie de *Candida auris*, retour d'expérience. Hygiènes. 2023;31(5):375-82.
5. Lemonnier D, Brochart J, Bourguilleau M. *Candidozyma auris*, retour d'expérience, gestion de cas groupés. Webinaire national *Candida auris* ; 29 septembre 2025.



Diapositives de réserve

Données détaillées pour les questions

Répartition des réponses par département

Département	Réponses	Département	Réponses
Bas-Rhin	11	Meurthe-et-Moselle	4
Haut-Rhin	7	Aube	3
Marne	5	Ardennes	2
Moselle	5	Meuse	1
Vosges	4	Haute-Marne	0

Sources citées par les établissements engagés dans une procédure

Source	Mentions
Avis HCSP 2019	15
Recommandations des sociétés savantes et du CNRMA	16
dont avis SF2H, CNRMA et SFMM 2026	15
Fiches CPias	15
dont fiche CPias Grand Est	13
Procédures d'autres établissements	3
Recommandations BHRe de l'établissement	1
HygièneS et CNR	1

Les dix critères du score de conformité

Critère	Questions	Conformes	Taux
Repérage à l'admission	Q17	20 / 42	47,6 %
Modalités de dépistage et capacité du laboratoire	Q19, Q20, Q22, Q26	17 / 42	40,5 %
Chambre individuelle	Q32	36 / 42	85,7 %
Précautions contact et précautions standard	Q32	34 / 42	81,0 %
Accompagnement de l'EPRI et évaluation des pratiques	Q32	34 / 42	81,0 %
Matériel dédié ou à usage unique	Q32	36 / 42	85,7 %
Bionettoyage adapté	Q33, Q34, Q35	12 / 42	28,6 %
Dépistage des patients contacts	Q40, Q41	23 / 42	54,8 %
Gestion d'épidémie	Q42	4 / 42	9,5 %
Outils informatiques	Q18, Q27, Q28	22 / 42	52,4 %
Taux de conformité global		238 / 420	56,7 %

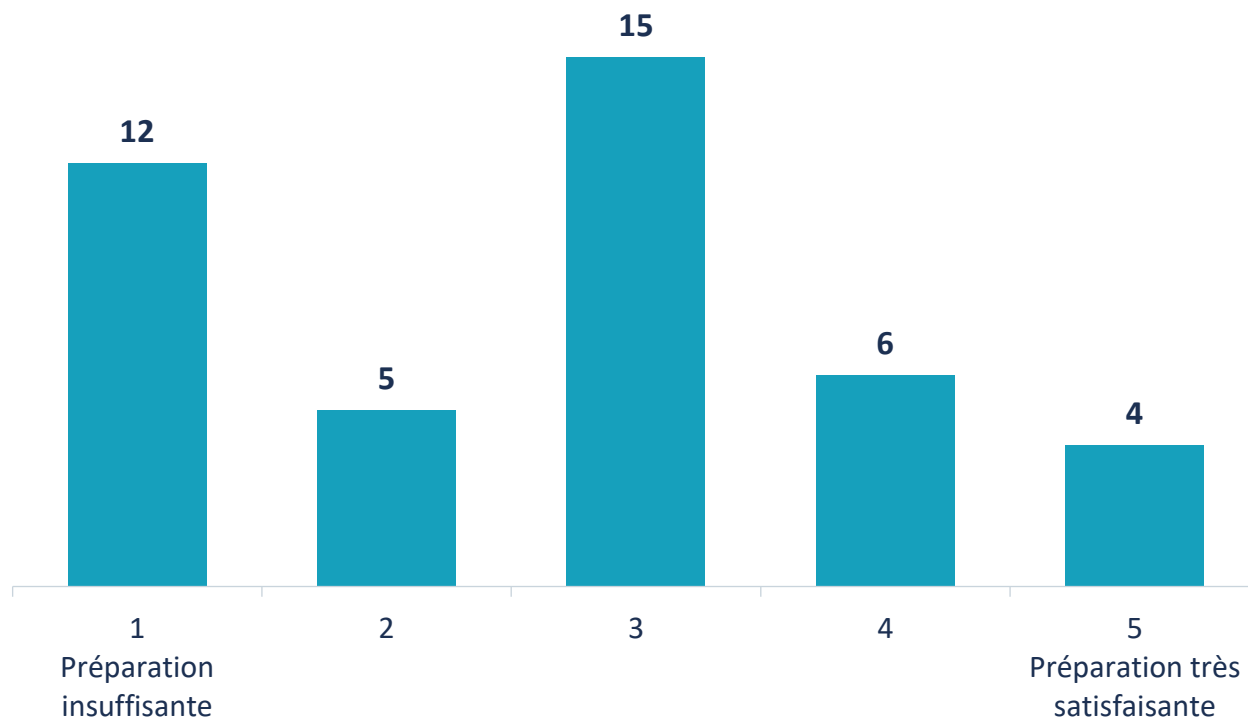
Sites de prélèvement et réalisation des écouvillons

Item	Établissements
Prélèvement axillo-inguinal	31
Prélèvement nasal	26
Les deux écouvillons recommandés	26
Autres sites prélevés	7
Aucun protocole formalisé	12
Deux écouvillons réalisés systématiquement	20
Second dépistage systématique	6
Second dépistage au cas par cas	19

Mesures autour du patient porteur, les treize items

Mesure	Formalisé	Appliqué	Non ou NSP
Précautions contact avec signalétique	18	21	3
Hygiène des mains par friction	19	19	4
Surblouse ou tablier à usage unique	19	20	3
Chambre individuelle	19	17	6
Matériel à usage unique ou dédié	18	18	6
Détergent-désinfectant sporicide	17	19	6
Marche en avant	16	20	6
Regroupement des soins	16	19	7
Gestion des excreta	14	21	7
Intervenants extérieurs	14	20	8
Accompagnement des professionnels	13	25	4
Répartition du bionettoyage	12	23	7
Évaluation des pratiques	10	24	8

Une majorité d'équipes se juge moyennement préparée



Une auto-évaluation juste

Les équipes s'estiment prêtes à 52 % et satisfont 57 % des critères.

Note de 1 à 5 à la question 44, ramenée en pourcentage pour être comparée au score de conformité. n = 42.