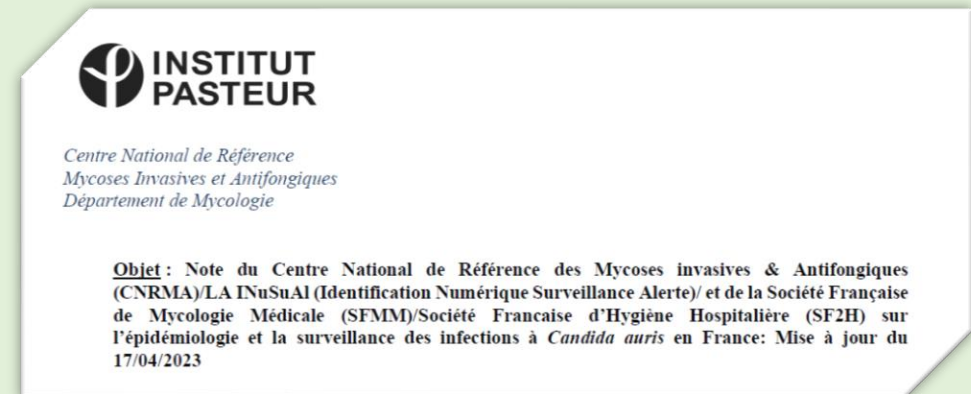


Candidozyma auris
Retour d'expérience
Gestion de cas groupés

Stratégie

- Discussion entamée avec le labo de myco à l'été 2023
- Début effectif des dépistages en **janvier 2024** :
 - Patients hospitalisés à l'étranger dans les 12 derniers mois
 - 3 dépistages hebdomadaires consécutifs
 - Nouvelle série de dépistages si réadmission dans les 12 mois suivant le retour de l'étranger
- 1 écouvillon pour les 2 creux axillaires + 2 plis inguinaux (+ dépistage nasal au démarrage)



Prévention de la transmission



Prise en charge du porteur de *Candida auris*

- Mesures de prévention : Chambre individuelle + PCC* + produits actifs sur *Candida auris*
- Organiser les soins de manière à prendre en charge le patient en dernier
- Limiter le nombre d'intervenants+++
- Sortie à domicile possible
- **DSVA à la sortie**
- + ou – prélèvements environnementaux de la chambre à la sortie du porteur (après avis laboratoire de mycologie / UPRI)

Prise en charge des patients « contacts » à risque moyen (si porteur en PS** lors de sa découverte)

- Chambre seule + PCC* (possibilité de regroupement)
- Dépistages cutanés hebdomadaires tant que le porteur est présent, puis 3 dépistages post exposition (le 1^{er} 4 à 7 jours après la sortie du patient porteur) à 1 semaine d'intervalle
- Transfert possible après au moins un dépistage négatif, en chambre seule + PCC*, puis 3 dépistages post exposition (le 1^{er} 4 à 7 jours après le transfert)
- Si transfert nécessaire ou contact déjà transféré : chambre seule + PCC* et 3 dépistages post exposition

Prise en charge des patients « contacts » à risque faible (à partir de la mise en place des mesures de prévention)

- Précautions standard
- Dépistages cutanés hebdomadaires tant que le porteur est présent et un dépistage post exposition (4 à 7 jours après la sortie du patient porteur) et/ou un dépistage à la sortie du contact
- Transfert autorisé avec si possible un dépistage post exposition dans le service d'aval

Prise en charge des patients « contacts à risque élevé »

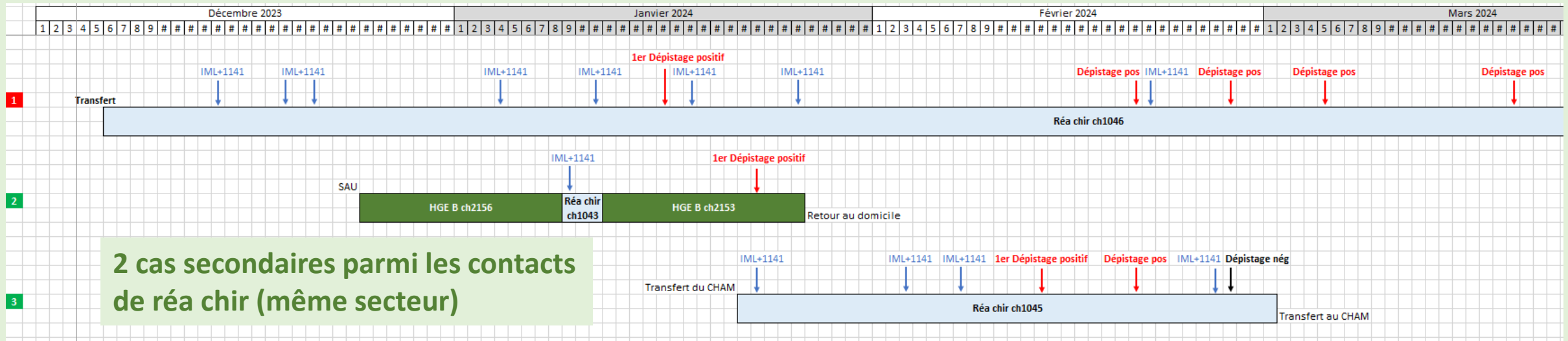
- Chambre individuelle + PCC + produits actifs sur *C. auris*
- Dépistage cutané hebdomadaire jusqu'à 3 négatifs hors exposition

Démarche et définitions des contacts calquées sur les procédures BHRe

Le 1^{er} patient

- Admis en réanimation chirurgicale le 06/12/23
- Hospitalisé depuis juillet 2023 à l'étranger suite à un traumatisme avec lésions multiples, notamment abdominales (plaie perforante)
- Nombreuses interventions chirurgicales entre juillet et novembre 2023
- Transfert au CHUAP en décembre 2023 pour PEC par l'équipe de chirurgie viscérale : **dépisté porteur dès son admission de plusieurs BHRe et BMR** (EPC, pyo quasi toto R, ABRI producteur de carba, EBLSE)
- **1^{er} dépistage positif** à *Candidozyma auris* clade III **le 16/01/24** (1^{er} patient entrant dans les indications du dépistage nouvellement mis en place)

La 1^{ère} vague



- 3 cellules de « crise » + suivi du CPias
- Sensibilisation des équipes transversales (imagerie et bloc) et des familles des porteurs
- A la sortie des porteurs :
 - Double entretien renforcé avec produit sporicide + DSVA
 - Prélèvements et blocage de chambre jusqu'à obtention de résultats négatifs
- Sectorisation en réanimation chirurgicale : porteur, contacts à risque élevé et sains
- Transfert du cas index le 29/04 en chir dig A : patient mis en début de service, pas de personnel dédié, marche en avant, pas de cas secondaire identifié

Transfert du cas index le
01/10/2024 vers l'Hôpital Saint
Antoine, après 10 mois
d'hospitalisation

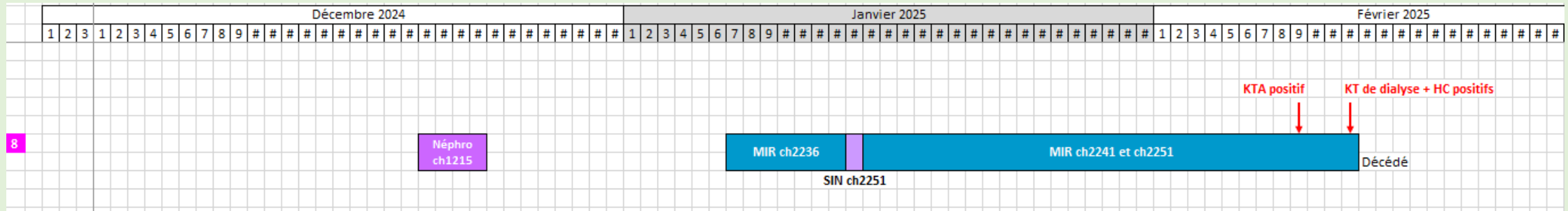
La 2^{ème} vague

- Appel du laboratoire le 23/12/24 : identification *C. auris* sur un ECBU du 18/12
- Patiente admise en réanimation chirurgicale le 29/10 (hors présence porteur et chambre différente des 3 cas précédents) puis transférée le 30/11 en Soins Continus d'Hépatogastro-Entérologie
- Pas de notion d'hospitalisation à l'étranger
- Seul lien épidémiologique avec les cas précédents = passages en salle de radiologie interventionnelle polyvalente IML+1141

Adaptation de la stratégie face à cette 2^e vague

- 2 mises à blanc successives dans la salle IML+1141
- Patients pris en charge dans cette salle entre le 01/12 (4 semaines avant le dernier passage d'un porteur) et le 21/01 (date de mise en œuvre de la requête informatique)
- **183 contacts à risque élevé** tagués dans le logiciel de gestion du dossier patient, avec dépistages et « isolement » des patients encore présents
- Concertations avec le CNRMA pour la conduite à tenir
- Prélèvements des chambres de porteurs non réitérés :
 - Débat+++ autour de la pertinence de ces prélèvements
 - Période de tension hivernale, impossibilité de bloquer les chambres

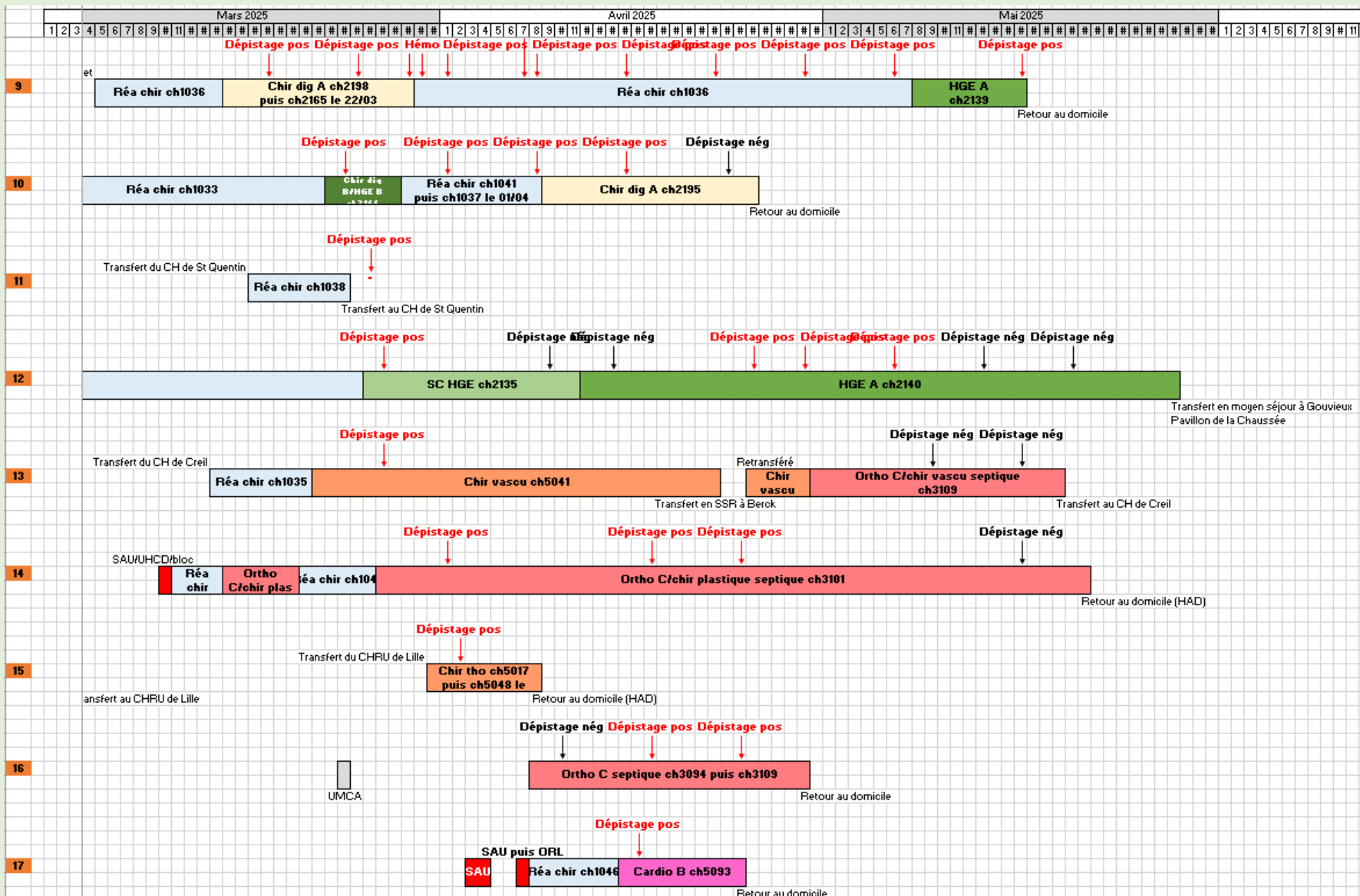
Un cas inexpliqué ?



- Patient n'ayant jamais séjourné en réanimation chirurgicale (ou autre secteur concerné) et n'étant pas passé dans la salle IML+1141
- Pas de notion d'hospitalisation à l'étranger
- Voisin de chambre d'une patiente passée en IML+1141 (étiquetée contact) testée négative en culture et décédée avant investigation plus large. PCR revenue positive pour 1 échantillon plusieurs mois après...

3ème vague

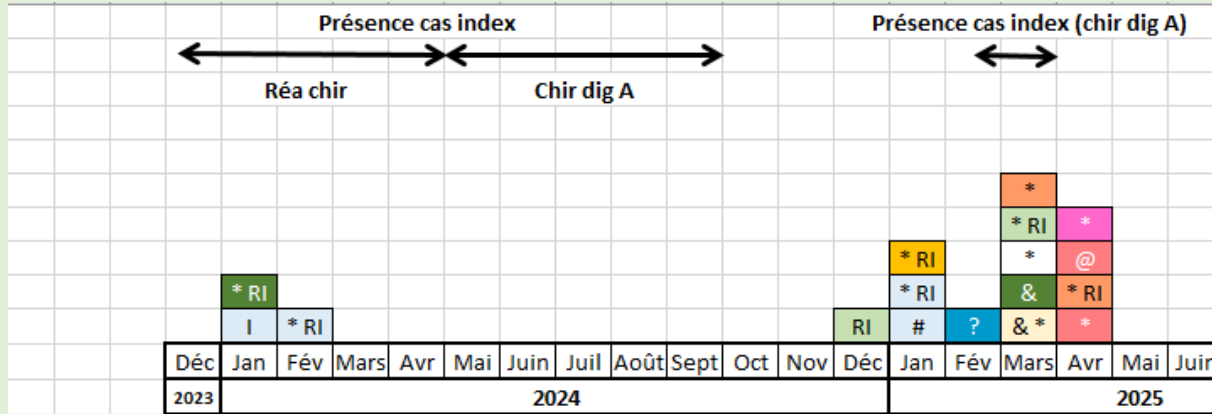
- Retour du cas index en chirurgie digestive A du 20/02 au 31/03 (sorti en HAD)
- 9 nouveaux cas au total
- Transmissions en chirurgie digestive A et en réanimation chirurgicale++
- 1 contact de réa chir transféré qui se positive dans l'établissement d'aval
- 1 contact transféré dans un établissement d'aval alors que son statut n'était pas encore connu (dépisté positif à son retour au CHUAP) et qui génèrera 2 cas « tertiaires »
- 1 cas acquis en chirurgie septique



Nouvelle adaptation de la stratégie

- Entretien de sortie des chambres de porteurs supervisé par l'UPRI
- Formation des ASH en réanimation et des agents des prestataires externes
- Reprise des prélèvements de surfaces dont les résultats conditionnent la réouverture des chambres
- Fermeture de lits pour réduire la charge en soins dans plusieurs services
- Prélèvements de surfaces sur matériel médical en réanimation chirurgicale et en radiologie interventionnelle
- Préoccupation régionale

Bilan avant l'été 2025



Au total sur les 3 vagues :
17 cas

Aucun nouveau cas positif en mai et juin

Services de découverte :

Réa chir	HGE B/chir dig B	Etablissement extérieur	Cardio B
SC HGE	MIR	Chir CTV	ORL
Urologie	Chir dig A	Ortho C/chir septique	

Origine des cas :

I	Cas index	?	Origine indéterminée
*	Patient contact de la réa chir	#	Même chambre qu'un positif
RI	Passage(s) en salle de radio interventionnelle IML+1141		
&	Patient contact de la chir dig A	@	Patient contact d'ortho C/chir septique
~	Patient contact de l'uro		

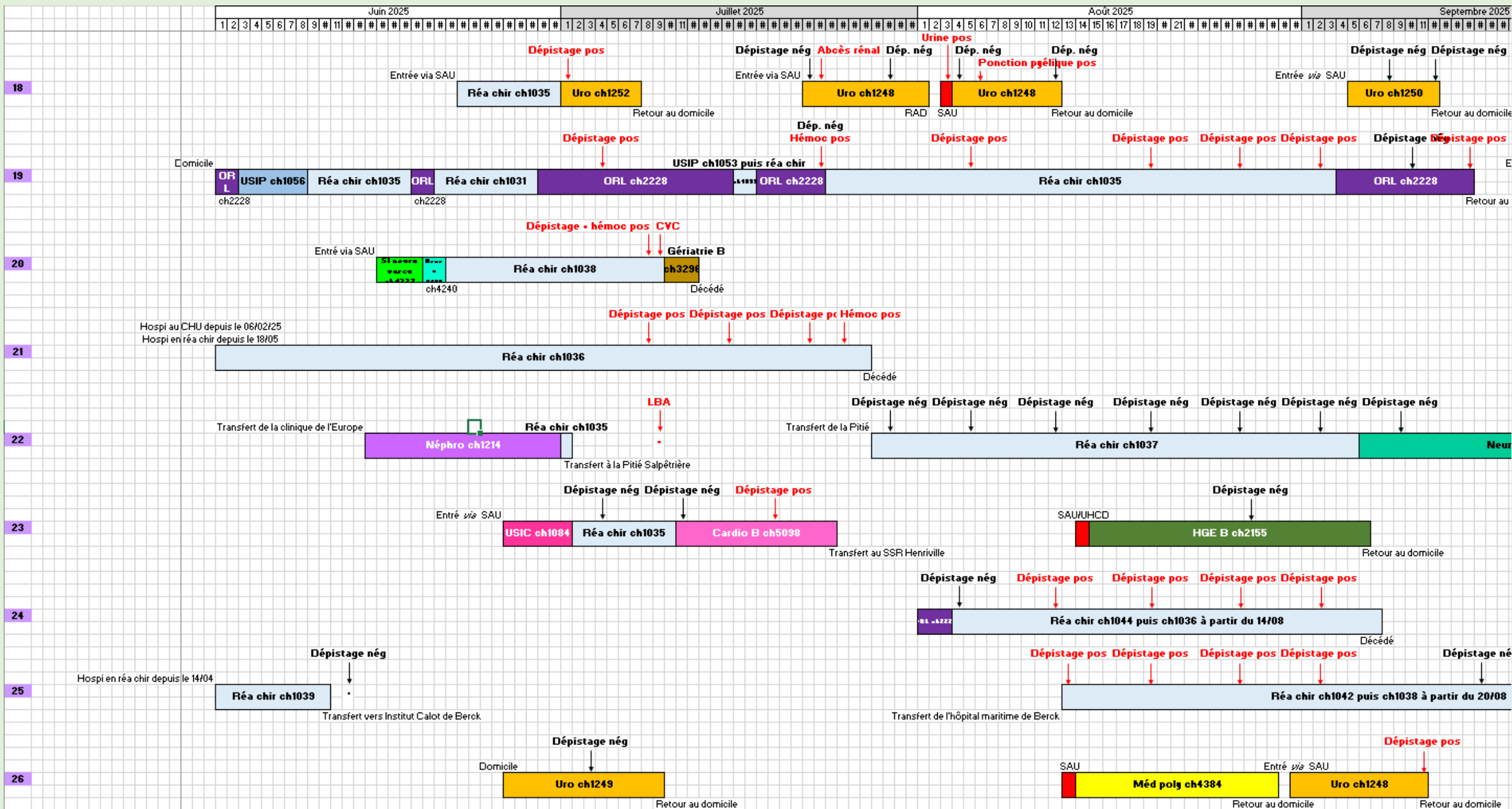
4^{ème} vague

- Appel du laboratoire le 03/07/2025 : identification de *C.auris* sur un dépistage en urologie (cas n°18)
- Découverte fortuite chez une patiente admise en réanimation chirurgicale le 22/06 suite à un AVP et dépistée le 01/07 en urologie à l'initiative de l'IDE du secteur car « sortante de réanimation chirurgicale »
- Lien épidémiologique = séjour dans la même chambre (ch1035) qu'un patient contact de réanimation chirurgicale hospitalisé du 14 au 17/03 et dépisté positif dans le secteur d'aval le 27/03 (cas n°13)
- A noter également : le dernier porteur de la 3^e vague (cas n°9) présent en réa chir (ch1036) en était sorti le 08/05 (dépistages post expo négatifs)

4^{ème} vague

Dépistage des contacts : 10 cas supplémentaires dépistés entre le juillet et octobre 2025

- Tous contacts de la réanimation chirurgicale (contact de patient et/ou de chambre) sauf 1 contact d'urologie
- Cas n°25 : positif le jour de son admission, acquisition probable lors de son hospi précédente en réa chir du 14/04 au 10/06
- Prélèvements d'environnement sur matériel partagé en réa chir et chambres à chaque sortie de positif
- Statut « contact à risque élevé » pour tout patient hospitalisé en réa chir et dépistages hebdo
- Bionettoyage systématique selon protocole AURIS à chaque sortie de patient en réa chir (positif ou contact)
- Plan d'entretien renforcé des locaux communs de la réa chir (postes de soin, réserves, matériel...) en août
- Actions HDM en réa chir



Bonus

- **Cas n°29** : identification de *C.auris* sur un ECBU du 29/01/26.
- De nouveau, pas de lien direct avec un porteur mais contact « chambre » de la réa chir. Pas de cas secondaire détecté.

5^{ème} vague ?

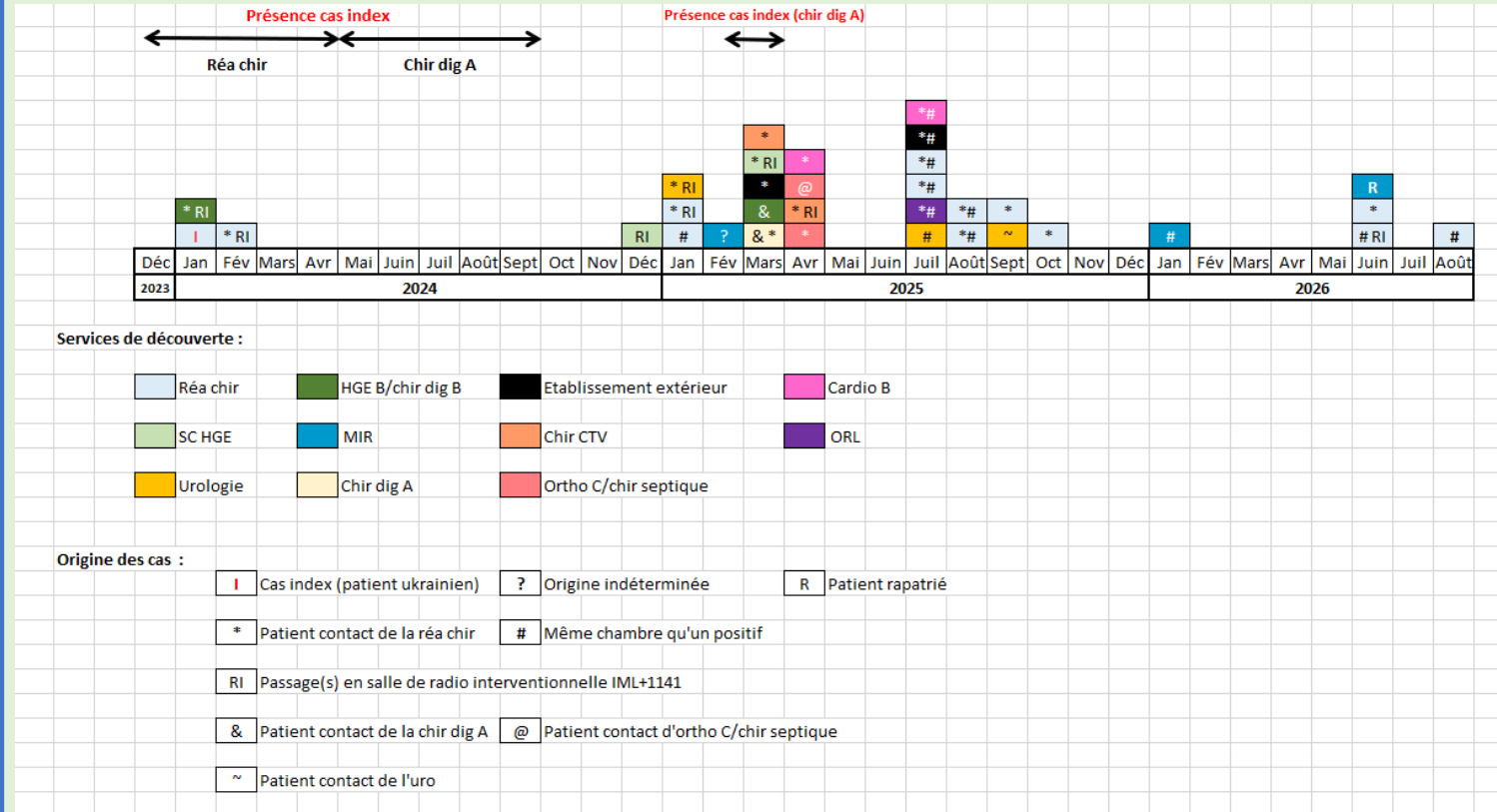
- 3 cas en juin 2026
- **Cas n°30** : contact de chambre en réanimation chirurgicale. Va générer 1 cas secondaire
- **Cas n°31** : rapatriement de Grèce
- **Cas n°33** : jamais venu au CHU avant. Se positive en 3 jours. Dernier porteur connu dans cette chambre sorti depuis octobre 2025...

Bilan des prélèvements environnementaux

- **1^{ère} vague** : prélèvements des chambres négatifs en culture
- **2^e vague** : pas de prélèvement de chambre
- **3^e vague** :
 - Salle de RI négative en culture
 - Une seule chambre (sur 12 prélevées) avec 2 points positifs en culture mais entretien chambre non supervisé et « visuellement sale »
 - Matériel partagé en réa chir : 23 points négatifs en culture, 5 positifs en PCR (lève-malade, 2 chariots, échographe et une « isolette »)
- **4^e vague** :
 - 135 points prélevés dans les chambres, 2 points positifs en culture (un brassard à tension en réa et un fauteuil utilisé en uro)
 - Matériel partagé en réa chir : 16 points prélevés, 2 points positifs en culture (2 isolettes)
 - Au total sur 151 points : 102 points positifs en PCR ($Ct < 45$)

- **33** cas au total, 4 vagues
- 33 souches comparées par le CNR : analyse WGS, clone épidémique de clade III
- **10 IFI** à *C. auris*
- **7 décès** au total dont un colonisé et 6 infectés : 2 non liés, 4 imputabilité partielle ?
- **18** réunions pluridisciplinaires de gestion de cluster
- 1 concertation avec le comité d'éthique pour la gestion des patients « contacts »
- 4 visioconférences avec le CNR
- Décision du 22/09/25 : **suspension des prélèvements environnementaux**
- Décision du 04/11/25 : **ajout du dépistage nasal pour les patients à risque** (connus réadmis et hospitalisations à l'étranger)

Bilan global au 31/08/26



Perspectives/difficultés

- Information autour des transferts de patients « contacts »
- Repérage des patients à risque
- Gestion des réadmissions de porteurs connus et de contacts : charge de travail importante dans un contexte épidémio déjà gangréné par l'augmentation des EPC
- Pertinence des prélèvements d'environnement et place de la PCR ?
- Persistance environnementale à long terme



Avis relatif à la conduite à tenir devant un cas de colonisation ou d'infection à *Candidozyma auris*

27/04/2026

Tableau 1 : Mesures de contrôle de la transmission croisée de *C. auris* selon le risque épidémique et la situation épidémiologique

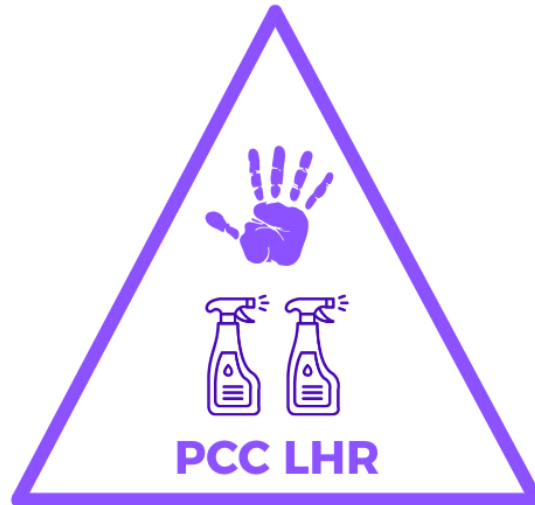
Situation épidémiologique		Patient identifié porteur et placé en PCC* et chambre individuelle dès l'admission - Risque faible	Découverte fortuite en cours d'hospitalisation Risque moyen	Epidémie Risque élevé
Patient porteur	Précautions d'hygiène	Chambre individuelle + PCC	Chambre individuelle + PCC	Chambre individuelle + PCC
	Bionettoyage	Renforcé <i>C. auris</i>	Renforcé <i>C. auris</i>	Renforcé <i>C. auris</i>
	Organisation des soins	Marche en avant et, selon analyse de risque, renfort en personnel	Marche en avant et, selon analyse de risque, renfort en personnel	Regroupement des patients en 3 secteurs distincts avec personnels dédiés (porteurs, contacts, indemnes)
	Admissions	Poursuivies	Poursuivies	Poursuivies, entrants orientés selon leur statut vers secteurs porteurs, contacts ou indemnes
	Transfert	Possible, en PCC et chambre individuelle	Possible, en PCC et chambre individuelle	Seulement si nécessaire, en veillant à la prise en soins sans perte de chance pour le patient
Patients contact	Précautions d'hygiène	PS**	PS dans le service concerné PCC si transfert dans un autre service	PS dans le service concerné PCC si transfert dans un autre service
	Bionettoyage	Habituel	Renforcé ± produit actif sur <i>C. auris</i> ***	Renforcé <i>C. auris</i>
	Dépistage péri mètre	Patients contact présents dans l'unité	Tous patients contact, y compris ceux déjà transférés	Tous patients contact, y compris ceux déjà transférés
	Dépistage rythme	Hebdomadaires tant que le porteur est présent Puis un dépistage hors exposition	Hebdomadaires tant que le porteur est présent Puis 3 dépistages hors exposition Si transfert, 3 dépistages hors exposition	Hebdomadaires jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition Si transfert, 3 dépistages hors exposition
	Dépistage Technique	Culture	PCR souhaitable pour le 1 ^{er} dépistage ou à défaut culture, puis culture pour les suivants	PCR souhaitable pour le 1 ^{er} dépistage ou culture
	Transfert	Possible, en PS et pas de dépistage	Limité, en PCC jusqu'à 3 dépistages négatifs hors exposition	Seulement si nécessaire et après au moins un dépistage négatif, en PCC. Poursuivre les dépistages jusqu'à au moins 3 négatifs hors exposition.
	Ré hospitalisation	PS et pas de dépistage	PCC jusqu'à 3 dépistages négatifs	PCC jusqu'à 3 dépistages négatifs
Identification informatique en cas de réadmission		Uniquement le porteur	Porteur et patients contact n'ayant pas eu 3 dépistages négatifs hors exposition	Porteurs et patients contact n'ayant pas eu 3 dépistages négatifs hors exposition
Antibiotiques/antifongiques		Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent

*PCC : Précautions complémentaires contact, **PS : précautions standard, *** selon analyse de risque par l'EPRI

Tableau 2 : Mesures de contrôle de la transmission croisée devant un cas de colonisation ou d'infection à *C. auris* selon les filières, hors contexte épidémique

Filières			MCO ¹	Dialyse/HDJ ²	SMR ³	USLD ⁴	EHPAD ⁵	HAD ⁶
Patient porteur	Précautions d'hygiène	Chambre individuelle + PCC ⁷	Oui	Oui	Oui	Oui	Si possible	Oui
	Bionettoyage	Renforcé <i>C. auris</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui (matériel partagé)
	Organisation des soins	Marche en avant et, selon analyse de risque, renfort en personnel	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Si possible en fin de tournée
	Transfert	Possible	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Patients contact	Précautions d'hygiène	PS ⁸	Oui	Oui	Oui	Oui	NC ⁹	NC
	Bionettoyage	Habituel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Dépistage périmètre	Patients contact présents dans l'unité	Oui	Oui	Oui, périmètre à définir avec l'EPRI selon analyse de risque*	Oui, périmètre à définir avec l'EPRI selon analyse de risque	Non	NC
	Dépistage rythme	Hebdomadaire	Oui	Oui puis mensuel si séjours itératifs	Oui puis mensuel	Oui puis mensuel	Non	NC
	Transfert	Possible	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

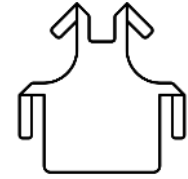
Précautions complémentaires contact spécifiques



En
complément
des
Précautions
Standard

SOIGNANT

- Port d'un tablier à usage unique pour tout soin si contact direct avec le patient ou son environnement
- Hygiène des mains par friction hydro-alcoolique +++
- Pas de port de gants en systématique



PATIENT

- Chambre individuelle
- Si sortie de la chambre :



en sortant et au retour

VISITEUR

- S'adresser au personnel



à l'arrivée et au départ

Indications des Précautions Complémentaires Spécifiques LHR

Porteur LHR (*Candida auris*, etc.)

Contact LHR « risque élevé »

Environnement du patient

Linge en filière classique

Déchets en filière classique

Entretien matériel et surfaces (CHUFT4167) :

- Tant que le patient est présent : 2 fois/jour avec un détergent désinfectant de surface actif sur *Candida auris* (CHUFT0849)
- A la sortie : entretien renforcé avec un détergent désinfectant sporicide (CHUFT1579) en 2 passages et en respectant le temps de contact puis DSVa (désinfection des surfaces par voie aérienne)

Un grand  *à :*

- Taieb Chouaki, Anne Totet et toute l'équipe du laboratoire de Mycologie du CHU Amiens-Picardie
- La Société Française de Mycologie Médicale (SFMM)
- Fanny Lanternier, Marie Desnos Ollivier, Karine Sitbon et Alexandre Alanio (CNRMA)
- Gwenaëlle Locher et toute l'équipe du CPias Hauts-de-France
- Harold Noël et Corentin El Jammal (Santé Publique France)
- Anne Capron et Emma Cerf (ARS Hauts-de-France)
- Sandra Fournier (AP-HP)
- Toutes les personnes impliquées (CLIN, services de soins, labo d'hygiène, UPRI...)