

Candidozyma auris

De l'alerte microbiologique
à la maîtrise de la transmission

Dr Arnaud FLORENTIN, MCU-PH
Membre du groupe de travail

Avis SF2H – CNRMA – SFMM

27 avril 2026

Une levure qui persiste et se transmet pendant les soins

PERSISTANCE

Peau colonisée

longtemps

Environnement

plusieurs semaines

TRANSMISSION

Soins, matériel et surfaces partagés

≈ **15 %**

des patients colonisés
évoluent vers une infection

RÉSISTANCE

Sensibilité antifongique
variable selon les
souches et les clades

≈ **30 %**

mortalité des
candidémies

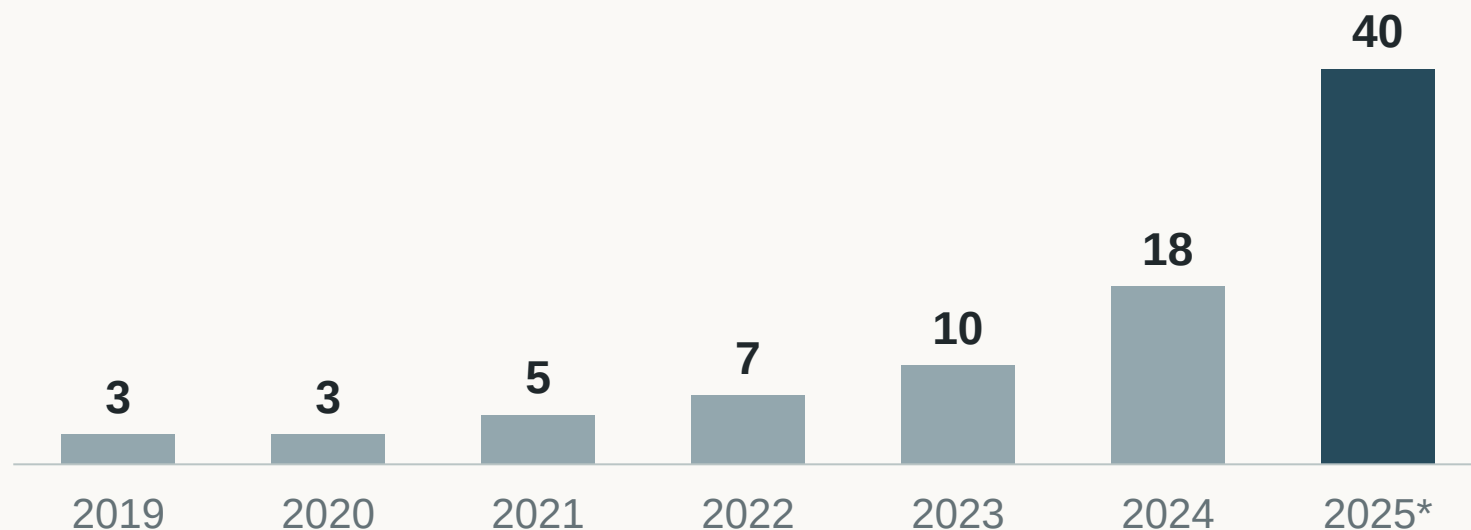
En France, l'importation peut conduire à la transmission hospitalière

92

notifications au total

au 17 novembre 2025

Notifications annuelles



* 2025 : données arrêtées au 17/11

4 clusters

épidémiques dans 4 hôpitaux français depuis 2021

Repérer à l'admission évite une exposition méconnue

HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

dans les 12 derniers mois

ou rapatriement sanitaire / soins en zone de guerre

ANTÉCÉDENT DE *C. AURIS*

colonisation ou infection

CONTACT À RISQUE MOYEN OU ÉLEVÉ

Un seul de ces critères suffit

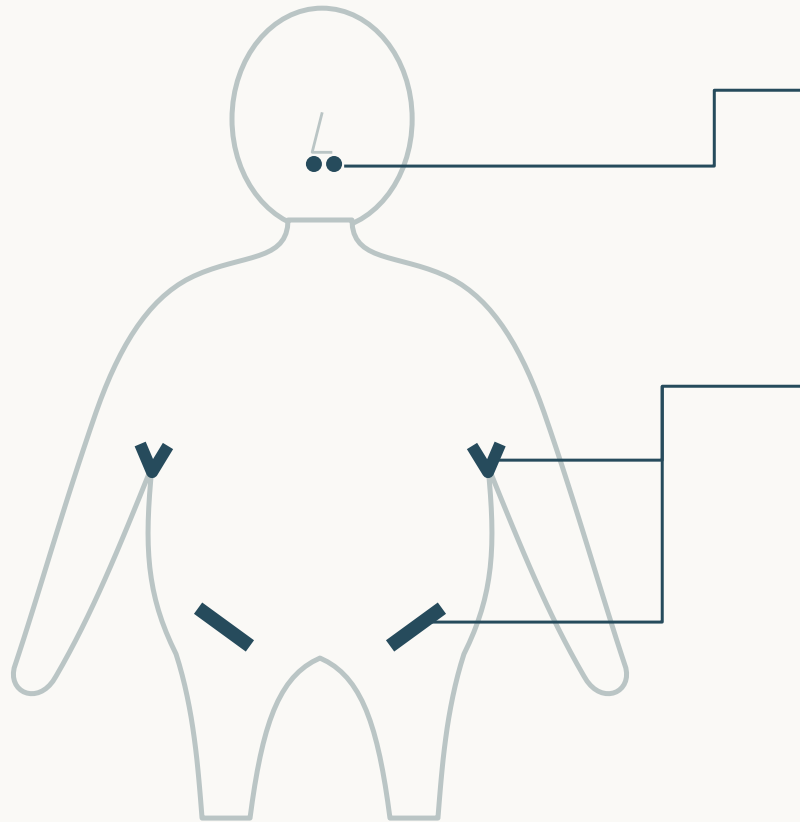
DÉPISTER

dès l'admission

**Repérage informatique
Alerte à la réadmission**

Si le premier test est négatif : second dépistage possible selon le risque du séjour étranger.

Deux écouvillons distincts pour le dépistage initial



2

Les deux narines

Un second écouvillon

1

Axillaire + inguinal

Les deux creux axillaires
et les deux plis inguinaux

CULTURE

Examen de référence

PCR : complément plus rapide selon le contexte

Une PCR positive appelle une confirmation par culture

Porteur = cas certain ou possible



Élargir les sites et répéter

Au moins 2 fois, à une semaine d'intervalle

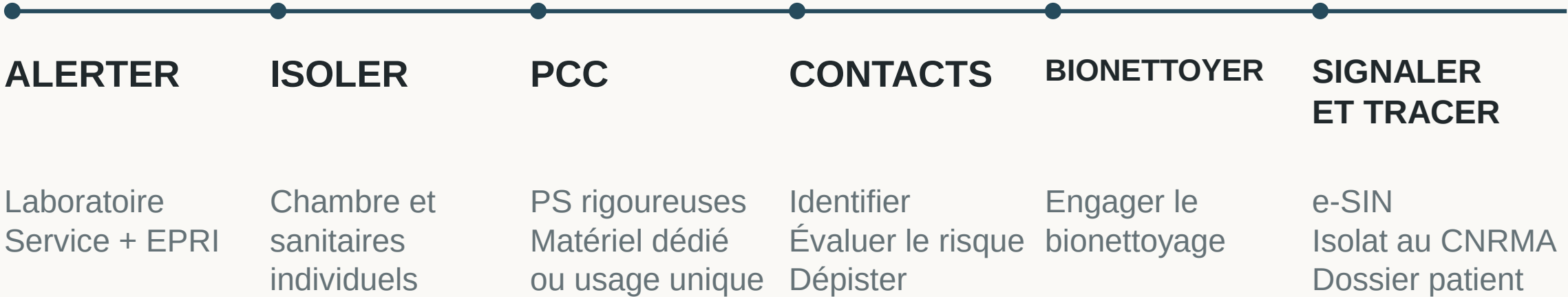
POSSIBLE

≥ 2 PCR positives à des dates différentes
Cultures itératives négatives ou indisponibles

INFIRMÉ

PCR initiale seule positive
Investigations suivantes toutes négatives

Les premières heures conditionnent le risque ultérieur



FHA

Les produits hydroalcooliques sont actifs sur *C. auris*

Gants selon les précautions standard. Protection de la tenue lors des contacts.

L'environnement fait partie de la chaîne de transmission

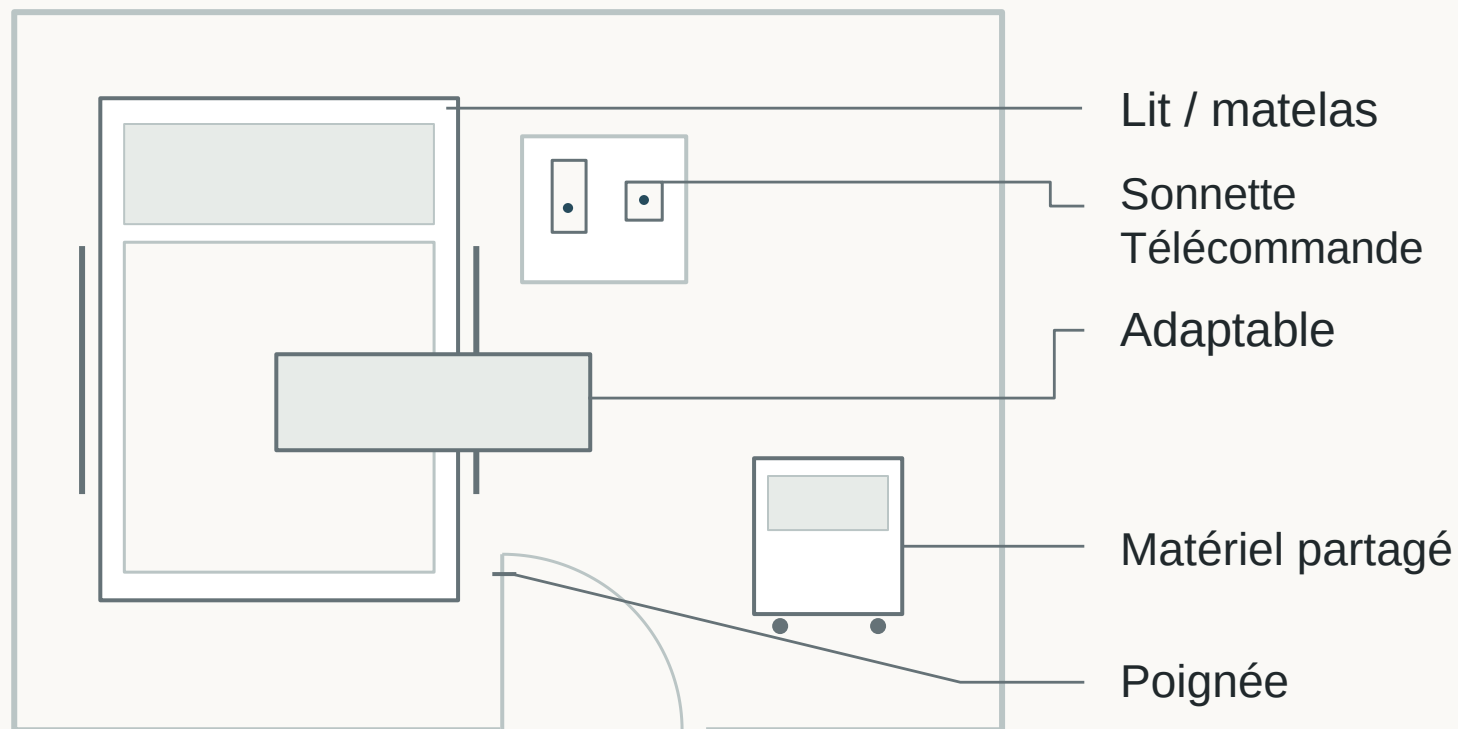
1×

par 24 h au minimum

Idéalement 2× / 24 h

**Double bionettoyage
à la sortie**

Action mécanique



Désinfectant efficace

Qualité contrôlée

C. auris n'est pas une bactérie sporulée mais niveau sporicide privilégié pour son efficacité documentée.

La maîtrise de la transmission préserve la continuité des soins

Marche en avant

Intervenants limités

Passages planifiés

Informez les intervenants et le plateau technique. Bionettoyer après le passage.

EPRI

analyse de risque

Cas et charge en soins

PS / PCC, bionettoyage

Architecture et capacité réelle de maîtrise

MCO Dialyse / HDJ SMR USLD EHPAD HAD

Le moment du diagnostic change la réponse aux contacts

FAIBLE

Porteur identifié à l'admission
PCC immédiates

MOYEN

Découverte fortuite
Exposition non protégée

ÉLEVÉ

Au moins un cas secondaire
Épidémie

Le périmètre et l'intensité de la réponse augmentent

Contacts, dépistages, PCC, transferts, sectorisation et gouvernance

Risque faible : la surveillance reste nécessaire

Porteur identifié et PCC dès l'admission

PCC du porteur pendant tout le séjour

Contacts : un dépistage chaque semaine



J + 5 à J + 7

Un dépistage
post-exposition

Contacts en PS seules

Pas de PCC systématiques pour les contacts

Transferts possibles

Découverte fortuite : retrouver l'exposition passée

Jusqu'à

3 semaines

DIAGNOSTIC

de contacts à rechercher



Encore dans le service

PS rigoureuses
Dépistage hebdomadaire

Déjà transférés

PCC
3 dépistages à une semaine d'intervalle

Après la sortie du porteur sans cas secondaire : au moins 3 dépistages post-exposition

Bionettoyage renforcé. Transferts temporairement limités selon la situation.

Un cas secondaire change l'échelle de la réponse

PATIENT



SERVICE



ÉTABLISSEMENT

CELLULE DE CRISE

EPRI : accompagnement et évaluation

Bionettoyage renforcé

Transferts suspendus sauf urgence vitale

PORTEURS

CONTACTS

INDEMNES

Équipes paramédicales dédiées idéalement. Contacts dépistés chaque semaine.

Contrôlée : 3 semaines de dépistages hebdomadaires sans nouveau cas après le dernier cas.

Cinq réflexes à retenir

- 1 REPÉRER**
Les patients à risque dès l'admission
- 2 DÉPISTER**
Axillaire–inguinal + nasal, culture de référence
- 3 AGIR**
Chambre, PCC, alerte et contacts
- 4 MAÎTRISER L'ENVIRONNEMENT**
Frottement, produit efficace, fréquence, contrôle
- 5 ADAPTER AU RISQUE**
L'intensité de la réponse à la transmission

Prévenir la transmission sans compromettre
la qualité des soins ni entraîner de perte de chance.

Merci aux groupes de travail et lecture

Participants au groupe de travail

Coordination : FOURNIER Sandra Membres :

Centre national de référence des mycoses invasives et antifongiques :

ALANIO Alexandre, DESNOS-OLLIVIER Marie, LANTERNIER Fanny

Société française de mycologie médicale : BOTTEREL Francoise,

DESOUBEAUX Guillaume

Société française d'hygiène hospitalière : CARRÉ Yolene, CASSIER

Pierre, DANANCHÉ Cédric, DECOUSSER Jean-Winoc, FLORENTIN

Arnaud, FOURNIER Sandra, JANVIER Frédéric, LOCHER Gwenaëlle,

MELLON Guillaume

Groupe de relecture

BROCHART Julie, COPPRY Maïder, DANION François, GUITARD Juliette,

JOLIVET Sarah, KAMUS Laure, KEITA-PERSE Olivia, KERNEIS Solen,

LEFRANCOIS Rémi, MARKIEWICZ-MASSY Amélie, ORY Jérôme,

ROMANO-BERTRAND Sara, SOUYRI Valérie

27 avril 2026

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

SF2H



Société française d'hygiène hospitalière

CNRMA



Centre national de référence
des mycoses invasives et antifongiques

SFMM



Société française de mycologie médicale