

**DÉFINITION :**

Candidozyma auris (anciennement *Candida auris*) est une levure responsable d'infections graves associées aux soins et d'épidémies hospitalières difficiles à contrôler, favorisées 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 candidémies est estimée à 30 %. En France, les isolats restent sensibles aux échinocandines et à l'amphotéricine B, mais la majorité est résistante au fluconazole et certains à la flucytosine.

**MÉCANISME DE TRANSMISSION****Réservoir :**

- Personnes colonisées ou infectées : principaux sites de colonisation = creux axillaires, plis inguinaux et narines.
- Environnement de soins : surfaces et matériel (plastique, acier, textiles).
- 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 :**

- Friction hydro-alcoolique rigoureuse avant et après** tout contact avec le patient ou son environnement (Produit hydro-alcoolique actifs sur *C. auris*).
- Bionettoyage renforcé** de l'environnement et du matériel partagé.
- Utilisation d'un détergent-désinfectant sporicide (dérivés chlorés, peroxyde d'hydrogène ou acide peracétique).

**DÉFINITIONS****Cas et contacts :**

Cas certain :	Cas possible :	Patient porteur :	Patient contact :	Patient indemne :
culture positive pour <i>C. auris</i> (prélèvement diagnostique ou de dépistage).	au moins 2 RT-PCR positives sur des prélèvements distincts, avec cultures mycologiques négatives ou indisponibles.	cas certain ou cas possible.	patient pris en charge par la même équipe paramédicale qu'un cas pendant ≥ 24h, ou ayant occupé une chambre précédemment occupée par un cas sans bionettoyage renforcé.	patient non exposé à un cas.
				

Niveaux de risque des patients contacts :

Risque faible :	Risque moyen :	Risque élevé :
 Cas en Précautions Complémentaire Contact (PCC) dès son admission.	 - lorsque les PCC n'ont pas été mises en œuvre dès l'arrivée du cas (découverte fortuite), - ou lorsque le patient contact a été hospitalisé dans une chambre précédemment occupée par un cas, sans bionettoyage renforcé ou avec des prélèvements environnementaux positifs.	 patient contact dans un contexte épidémique.

Définitions épidémiologiques :

Épidémie :	Épidémie contrôlée :
identification d'au moins un cas secondaire (certain ou possible) parmi les patients contacts.	absence de nouveau cas lors des dépistages hebdomadaires dans les 3 semaines suivant l'identification du dernier cas.





Prérequis : Le laboratoire de microbiologie/mycologie doit être en capacité de détecter et identifier *C. auris* avec un délai compatible avec une surveillance active (< 1 semaine).

■ Indications du dépistage :

Repérer dès l'admission et dépister pour *C. auris* :

- Tout patient ayant été hospitalisé à l'étranger au cours des 12 derniers mois, et/ou rapatrié sanitaire, et/ou ayant reçu des soins en zone de guerre.
- Tout patient ayant un antécédent de colonisation (cas certain ou cas possible) ou d'infection à *C. auris*.
- Tout patient contact à risque moyen ou élevé d'un porteur de *C. auris*.



Chez les patients-cibles dont le dépistage initial est négatif, un second dépistage peut être réalisé en fonction du risque associé au type d'hospitalisation à l'étranger (durée prolongée, séjour en réanimation, exposition aux antibiotiques et/ou aux antifongiques...).

■ Prélèvements de dépistage :

Deux écouvillons floqués en milieu de transport :

- un premier écouvillon réalisé au niveau des deux creux axillaires et deux plis inguinaux,
- un second écouvillon distinct au niveau des deux narines (sensibilité augmentée ~80 %).



En cas de suspicion d'infection, et/ou résultats microbiologiques positifs antérieurs et/ou une discordance entre culture et PCR, élargir les sites prélevés : bouche, gorge, mains, pieds, rectum, urines, sécrétions endotrachéales, hémocultures.

■ Diagnostic microbiologique :

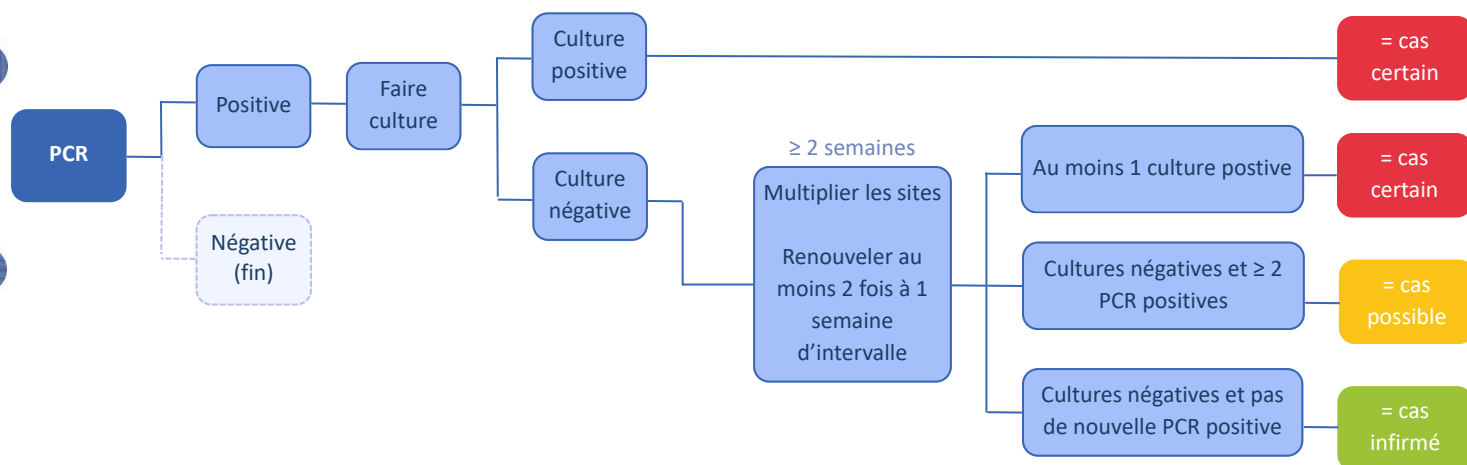
Culture mycologique (référence)

- Ensemencement sur milieu chromogène spécifique (CHROMagar Candida Plus, HiCrome *C. auris*).
- Incubation à 37 °C ± 2, idéalement à 40 °C.
- Lecture à 48–72 h, incubation prolongée jusqu'à 7–10 j.
- Identification par MALDI-TOF (plusieurs colonies) ou séquençage moléculaire (ITS ou D1/D2).
- Ne pas utiliser de milieux imprégnés de fluconazole.

Recherche d'ADN par RT-PCR

- Outil complémentaire, non substitutif à la culture.
- Utilisable en dépistage rapide (établissements équipés).
- Confirmation par culture de toute RT-PCR positive.
- Externalisation du RT-PCR en contexte épidémique si absence de capacité locale, pour un dépistage rapide.

■ Interprétation d'une RT-PCR positive à *Candidozyma auris* :



• Délais à anticiper

RT-PCR
Résultat sous 24 à 48h

• Culture mycologique

Positivité en 48 à 72h dans la majorité des cas,
incubation maintenue 7 à 10 j

• Confirmation d'espèce

MALDI-TOF après obtention des colonies

■ Notification des cas :

- Alerte immédiate par le laboratoire de l'Equipe de prévention du risque infectieux (EPRI) et du service clinique.
- Appui d'outils informatiques pour l'identification et le repérage des patients porteurs et des contacts.
- Signalement externe via **e-SIN** (CPias, ARS, SPF).
- Envoi de l'isolat au Centre National de Référence des Mycoses invasives (CNRMA Institut Pasteur, Paris) :
 - Test de la sensibilité aux antifongiques selon la méthode EUCAST,
 - Analyse épidémiologique (phylogénomique, SNP en contexte épidémique),
 - Déclaration via le formulaire en ligne du CNRMA pour les cas certains.





Prévention de la transmission autour d'un cas certain ou possible

PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES CONTACT (PCC)

PCC associées aux précautions standard, rigoureusement respectées

L'accompagnement de l'EPRI auprès du service est essentiel pour la mise en œuvre des mesures et l'évaluation de leur application.

CHAMBRE

- Chambre individuelle avec sanitaires dédiés.



MAINS

- Hygiène des mains par friction hydroalcoolique avant et après tout contact avec le patient ou son environnement : **PHA actifs sur *C. auris***



TENUE

- Port d'une surblouse ou d'un tablier à usage unique en cas de contact direct avec le patient ou son environnement.
- Port de gants **selon les indications des PS**, avec FHA avant et après retrait.



ORGANISATION DES SOINS

- Marche en avant et limitation du nombre d'intervenants.
- Information des intervenants extérieurs (kinésithérapeutes, manipulateurs, transport, visiteurs...).
- Passage en fin de vacation (matin ou après-midi) pour les examens d'imagerie et plateau technique ; réveil uniquement en salle d'intervention pour les actes chirurgicaux.



GESTION DU MATÉRIEL ET DE L'ENVIRONNEMENT



- Matériel dédié au patient ou à usage unique, limité au strict nécessaire. En cas d'impossibilité, décontaminer le matériel à la sortie de la chambre avec un détergent-désinfectant de niveau sporicide.
- Gestion des *excreta* selon les PS : privilégier les sacs protégé-bassin.
- Linge, déchets et vaisselle : prise en charge selon les procédures habituelles de l'établissement.



BIONETTOYAGE RENFORCÉ DE L'ENVIRONNEMENT ET ENTRETIEN DU MATÉRIEL

BIONETTOYAGE QUOTIDIEN

- Réaliser un bionettoyage global de la chambre au minimum 1 fois/24 h, idéalement 2 fois/24 h.
- Renforcer le bionettoyage des zones à proximité du patient, du matériel partagé et des surfaces fréquemment touchées : 2 passages successifs à chaque entretien, réalisés 2 fois/j.
- Associer une action mécanique indispensable (frottement rigoureux des surfaces) à une action détergente-désinfectante afin de favoriser l'élimination des matières organiques et du biofilm.
- Privilégier des détergents-désinfectants ayant démontré leur efficacité sur *Candidozyma auris*, avec un temps de contact adapté aux pratiques de soins.
- Les produits de niveau sporicide (dérivés chlorés, peroxyde d'hydrogène, acide peracétique) sont à privilégier.



ORGANISATION

- S'assurer que les responsabilités concernant le bionettoyage, l'entretien du matériel et des dispositifs médicaux soient clairement définies.



MESURES COMPLÉMENTAIRES

- Désinfection terminale par voie aérienne possible en cas d'épidémie non maîtrisée, en complément du bionettoyage, avec un procédé à efficacité sporicide.
- Procédés UV-C : vigilance (efficacité variable selon les clades de *C. auris*).
- Désinfection par vapeur : efficacité potentielle, données à documenter.
- Prélèvements environnementaux : recommandés en cas d'épidémie non maîtrisée et possibles après sortie d'un patient colonisé/infecté (dernier dépistage positif).



SORTIE DU PATIENT

- Deux bionettoyages successifs à la sortie du patient idéalement réalisés par 2 opérateurs différents.





Mesures complémentaires selon la situation épidémiologique

SITUATION

1

PATIENT PORTEUR IDENTIFIÉ DÈS L'ADMISSION

Découverte au dépistage d'admission ou patient déjà connu porteur.

Les PCC étant appliquées dès l'admission, les patients contacts sont considérés à risque faible.

AUTOUR DU PATIENT PORTEUR



- Appliquer dès l'admission l'ensemble des mesures de prévention et les maintenir pendant toute l'hospitalisation.

SITUATIONS PARTICULIÈRES



Ré hospitalisation d'un patient porteur connu :

- Dépistage à l'admission,
- Maintien des PCC pendant toute l'hospitalisation, quel que soit le résultat du dépistage,
- Si dépistage négatif : dépistage hebdomadaire pendant 3 semaines puis mensuel,
- Maintien des PCC lors des réadmissions : colonisation pouvant persister.
- Aucun dépistage des autres patients de l'unité tant que les dépistages du patient porteur restent négatifs.

AUTOUR DES PATIENTS CONTACT À RISQUE FAIBLE

- Dépistage hebdomadaire tant que le patient porteur est présent,
- Un dépistage post-exposition entre 5 et 7 jours après la sortie du porteur,
- Pas de PCC chez les contacts, application rigoureuse des précautions standard,
- Pas de dépistage ni de mesure particulière lors des futures hospitalisations des contacts. Pas de traçabilité informatique nécessaire,
- Transferts non restreints, le secteur d'aval est informé. PS appliquées.



Cas possible (≥ 2 RT-PCR positives et cultures négatives) :

- Appliquer les mêmes mesures de prévention que pour un cas confirmé,
- Réaliser un dépistage hebdomadaire pendant l'hospitalisation et si réadmissions,
 - Si au moins un dépistage reste positif en RT-PCR et négatif en culture : maintien du statut de cas possible et des mesures de prévention,
 - Si les dépistages deviennent négatifs en RT-PCR et en culture : maintien des PCC seules, sans dépistage des patients contacts,
 - Levée possible des PCC après au moins 3 dépistages hebdomadaires consécutifs négatifs en RT-PCR et en culture.

SITUATION

2

DÉCOUVERTE FORTUITE D'UN PATIENT PORTEUR EN COURS D'HOSPITALISATION

Découverte d'un porteur après plusieurs jours d'hospitalisation, sans mise en œuvre initiale des mesures renforcées de prévention.

Les patients contacts sont considérés à risque moyen.

AUTOUR DU PATIENT PORTEUR

- Appliquer l'ensemble des mesures de prévention et les maintenir pendant toute l'hospitalisation.
- Rechercher les circonstances d'acquisition (hospitalisation ou soins à l'étranger, contact avec un cas connu, séjour dans une chambre précédemment occupée par un porteur).



AUTOUR DES PATIENTS CONTACT À RISQUE MOYEN

- Dépistage hebdomadaire de tous les patients de l'unité tant que le porteur est présent,
- Identifier l'ensemble des patients contacts, y compris ceux transférés et ceux exposés dans les 3 semaines précédant le diagnostic PCC et dépistage hebdomadaire $\times 3$ pour les patients contacts transférés dans un autre service ou établissement,
- Précautions standard rigoureuses pour les patients contacts restant dans l'unité,
- Renforcement du bionettoyage des chambres des patients contacts,
- Limitation des transferts des patients de l'unité (cas et contacts) jusqu'aux résultats du premier tour de dépistage.

Si aucun cas secondaire n'est identifié :

- Poursuivre les dépistages hebdomadaires des patients de l'unité tant que le porteur est présent,
- Réaliser au moins 3 dépistages post-exposition après la sortie du patient porteur,
- En cas de transfert ou de réhospitalisation d'un patient contact : PCC jusqu'à obtention de 3 dépistages négatifs post-exposition,
- Mettre en place une traçabilité informatique des patients contacts n'ayant pas bénéficié de 3 dépistages négatifs hors exposition,
- Retirer du suivi les patients contacts non dépistés après 1 an.



Si un ou plusieurs cas secondaires sont identifiés :

- Appliquer les mesures de contrôle d'une épidémie.

ÉPIDÉMIE

(AU MOINS UN CAS SECONDAIRE)

Identification d'au moins un cas secondaire certain ou possible. Les mesures de contrôle doivent être mises en œuvre sans délai afin de limiter la transmission.

**CELLULE DE CRISE**

- Mise en place d'une cellule de crise associant encadrement médical et paramédical, laboratoire, EPRI, direction, CME/CLIN et référent en anti-infectieux.
- Coordination des mesures de contrôle, de la communication, des dépistages et du suivi de l'épidémie.

**ÉVALUATION DES PRATIQUES**

- Évaluation des pratiques par l'EPRI,
- Analyse des causes de transmission croisée,
- Vérification de l'application des PS/PCC, de l'hygiène des mains, du port des équipements de protection, du bionettoyage et de l'organisation des soins.

ORGANISATION DES SOINS

- Sectorisation des patients porteurs, contacts et indemnes, adaptée à la situation épidémique et aux possibilités de l'établissement,
- Organisation définie avec l'appui de l'EPRI, validée en cellule de crise et réévaluée régulièrement.
- Idéalement et selon possibilité :
 - Affectation de personnels dédiés à chaque secteur,
 - Absence de circulation des professionnels entre secteurs au cours d'un même poste, de jour comme de nuit.

**GESTION DES PATIENTS CONTACTS À RISQUE ÉLEVÉ**

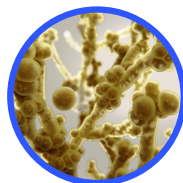
- Patients contacts dans le service concerné : PS rigoureuses et bionettoyage de l'environnement avec un produit sporicide.
- Patients contacts transférés dans un autre service : ajout des PCC et bionettoyage de l'environnement avec un produit sporicide, et 3 dépistages post-exposition à une semaine d'intervalle.
- Dépistage hebdomadaire des patients contacts à risque élevé tant que l'épidémie n'est pas contrôlée.
- Après contrôle de l'épidémie : dépistage hebdomadaire tant qu'un porteur est présent puis au moins 3 dépistages post-exposition à une semaine d'intervalle.

**TRANSFERTS**

- Suspension temporaire des transferts des patients porteurs et contacts, lorsque cela est possible, afin de limiter l'extension de l'épidémie.
- Tout transfert nécessaire est anticipé avec l'unité d'accueil, sans que le statut de porteur ou de contact ne fasse obstacle, afin d'assurer la continuité des soins (appui CPIas et ARS si nécessaire).

SORTIE DE L'ÉPIDÉMIE

- Absence de nouveau cas pendant 3 semaines après l'identification du dernier cas.
- Après la sortie des porteurs : arrêt des dépistages possible chez les contacts ayant au moins 3 dépistages successifs négatifs hors exposition.
- Retrait des listes de suivi des contacts non dépistés après 1 an sans nouveau cas.

**RÉFÉRENCES :**

- [1] Avis relatif à la conduite à tenir devant un cas de colonisation ou d'infection à *Candidozyma auris*. 20 mai 2026. Société française d'hygiène hospitalière, Centre national de référence des mycoses invasives et antifongiques, Société française de mycologie médicale.
- [2] Surveillance nationale de *Candidozyma auris*, mise à jour 17 novembre 2025. Centre national de référence des mycoses invasives et antifongiques, Institut Pasteur.
- [3] Prévenir la transmission des infections. Éléments pour comprendre, expliquer simplement et donner du sens aux mesures incluses dans les précautions standard et les précautions complémentaires. 2025. Société française d'hygiène hospitalière.
- [4] Mesures de prise en charge de patient infecté ou colonisé par *Candida auris*. Juin 2019. Haut Conseil de la santé publique.
- [5] Actualisation des précautions standard. Juin 2017. Société française d'hygiène hospitalière. Hygiènes, volume 25, hors-série.
- [6] Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. Avril 2009. Société française d'hygiène hospitalière. Hygiènes, volume 17, numéro 2.

