



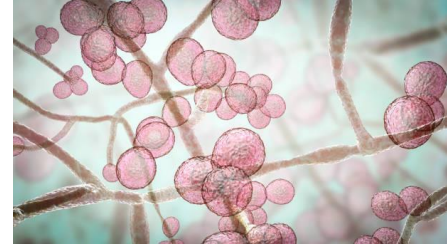
Candidozyma (Candida) auris : une nouvelle émergence

10^{ème} journée régionale des antibioréférents des Pays de la Loire

22 janvier 2026

Dr Gwenaëlle Locher – CPias Hauts-de-France

Généralités



- Levure opportuniste émergente présentant une résistance naturelle à certains antifongiques
- Forte persistance environnementale et sur la peau
- Responsable d'épidémies hospitalières difficiles à maîtriser
- Acquisition en milieu de soins lors d'une transmission par manuportage, par contact avec l'environnement ou le matériel contaminé, ou par contact direct entre personnes
- Difficultés de diagnostic et de traitement; forte morbi-mortalité en cas d'infection (fongémies, pneumopathies...)

Les problèmes que cela pose

- Microorganisme méconnu
- Recommandations nationales anciennes et obsolètes (2019)
- Expertise biologiste spécifique
- Résistance aux ATF → expertise
- Risque médiatique

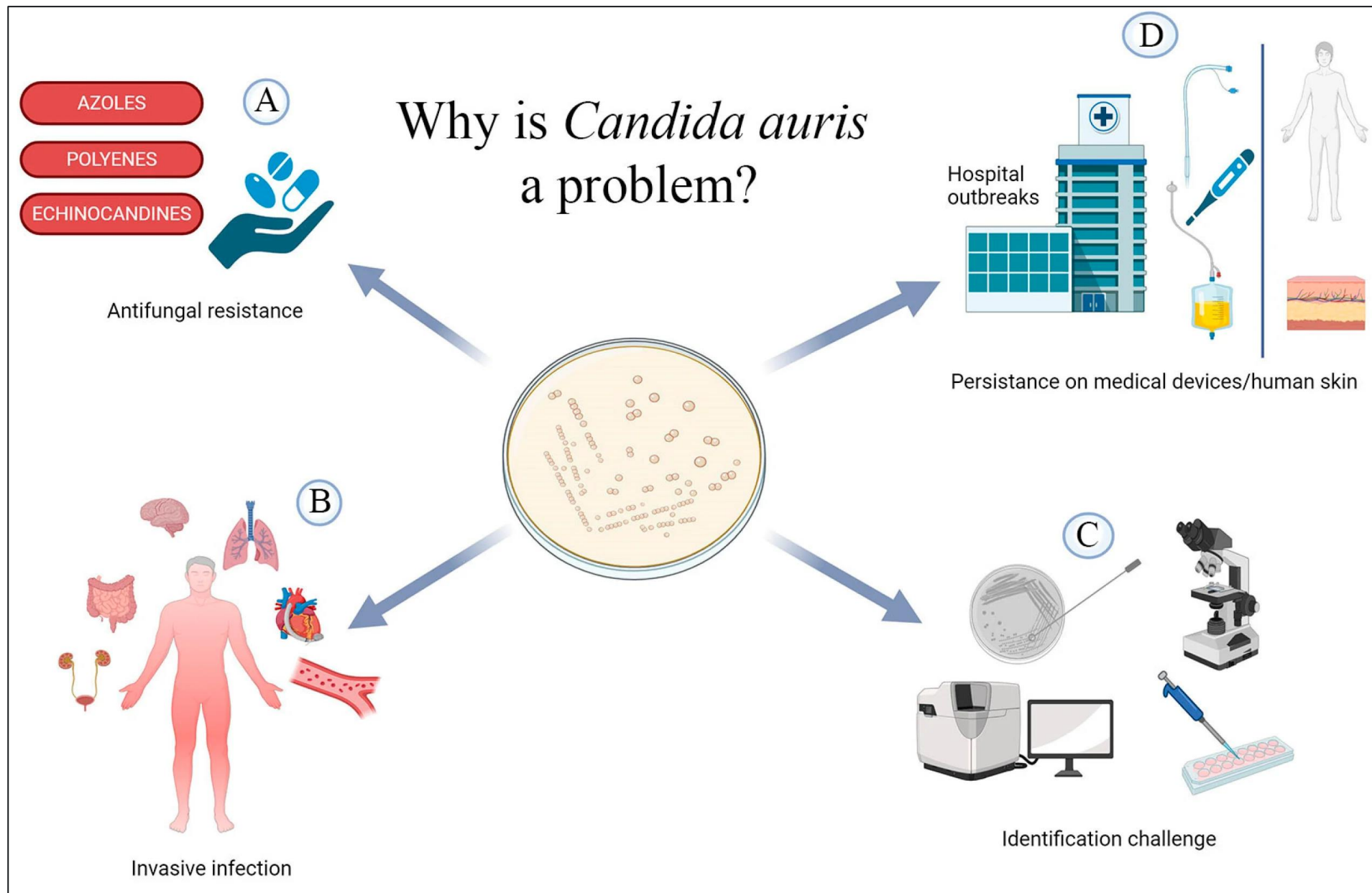
Champignon infectieux à l'hôpital d'Amiens : le patient zéro était ukrainien

La colonisation aurait pu se produire via la réanimation chirurgicale. L'Agence régionale de santé confirme que le champignon résistant n'est pas présent dans d'autres établissements de la région.

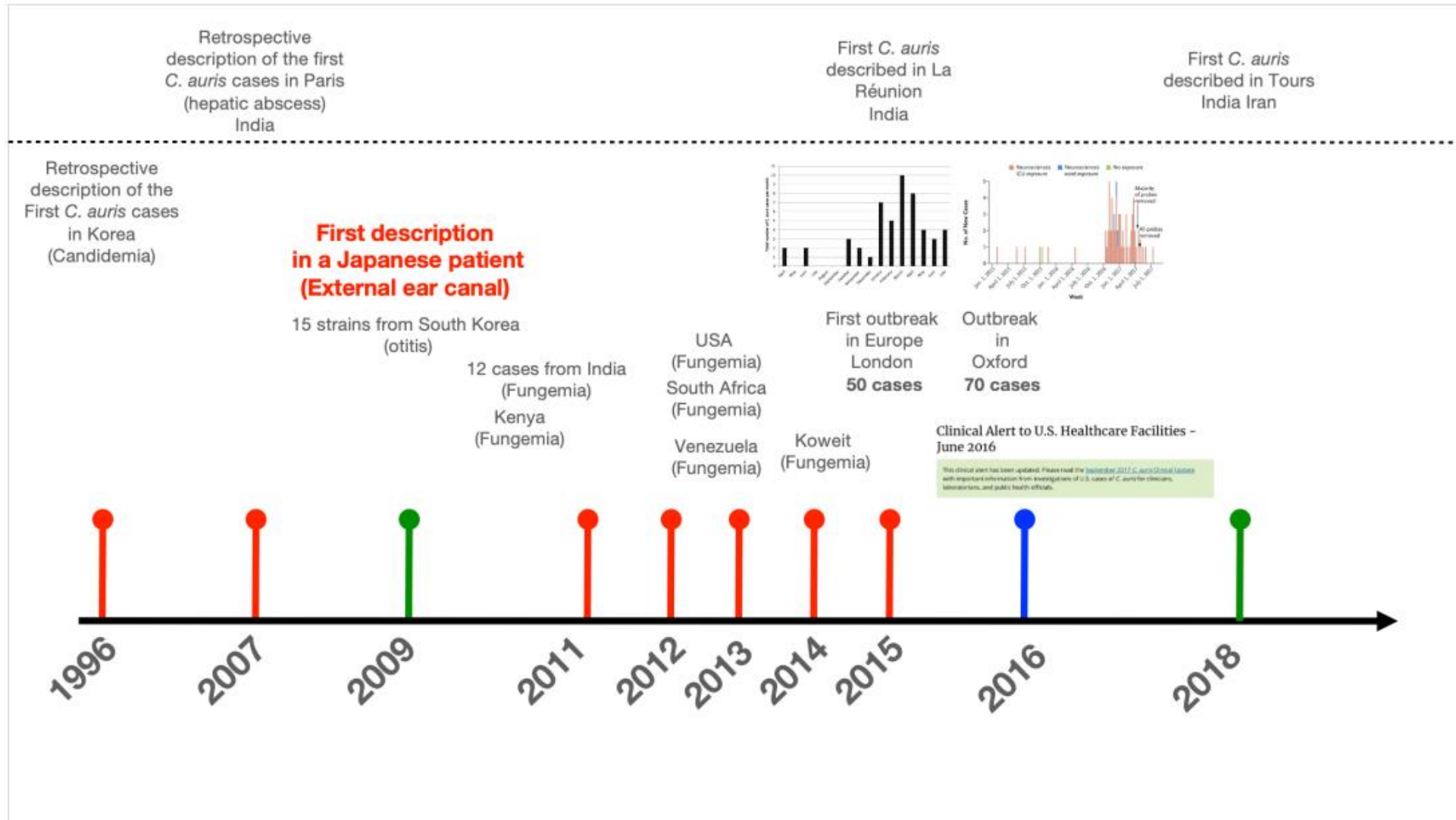
Les problèmes que cela pose

Sur le terrain

- Nécessite des renforts personnel soignant, EPRI, labo, ASH...
- Désorganisation des soins
- Gravité des infections
- Persistance environnementale +++



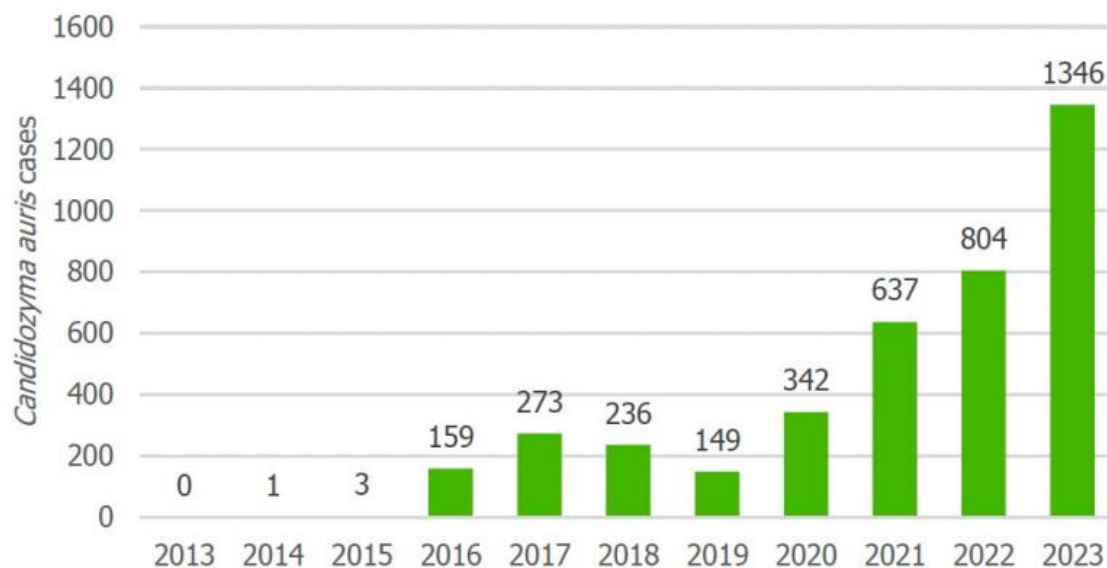
Émergence de *Candidozyma (Candida) auris*



SURVEILLANCE AND MONITORING

Survey on the epidemiological situation, laboratory capacity and preparedness for *Candidozyma auris*, 2024

11 September 2025



A)

Epidemiological stages of spread, 2022

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- No data

Countries not visible in the main map extent

- Malta
- Luxembourg
- Liechtenstein

Map produced on: 4 Aug 2025. Administrative boundaries: © EuroGeographics © UN-FAO © Turkiye. The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union.

B)

Epidemiological stages of spread, 2024

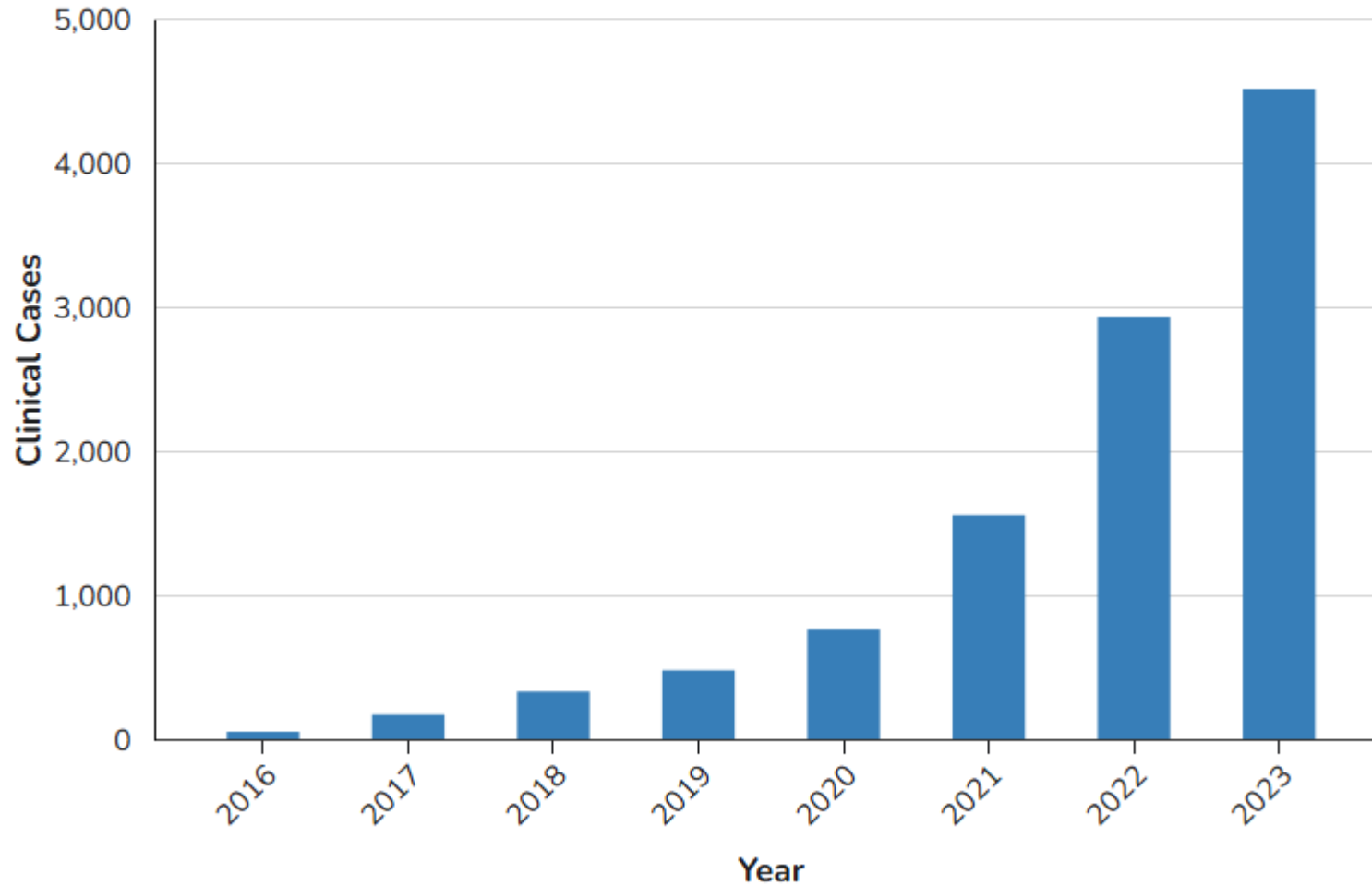
- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- No data

Countries not visible in the main map extent

- Malta
- Luxembourg
- Liechtenstein

4012 cas entre 2013 et 2023 , dont 1807 en Espagne, 852 en Grèce et 712 en Italie

National Clinical Cases Reported Over Time

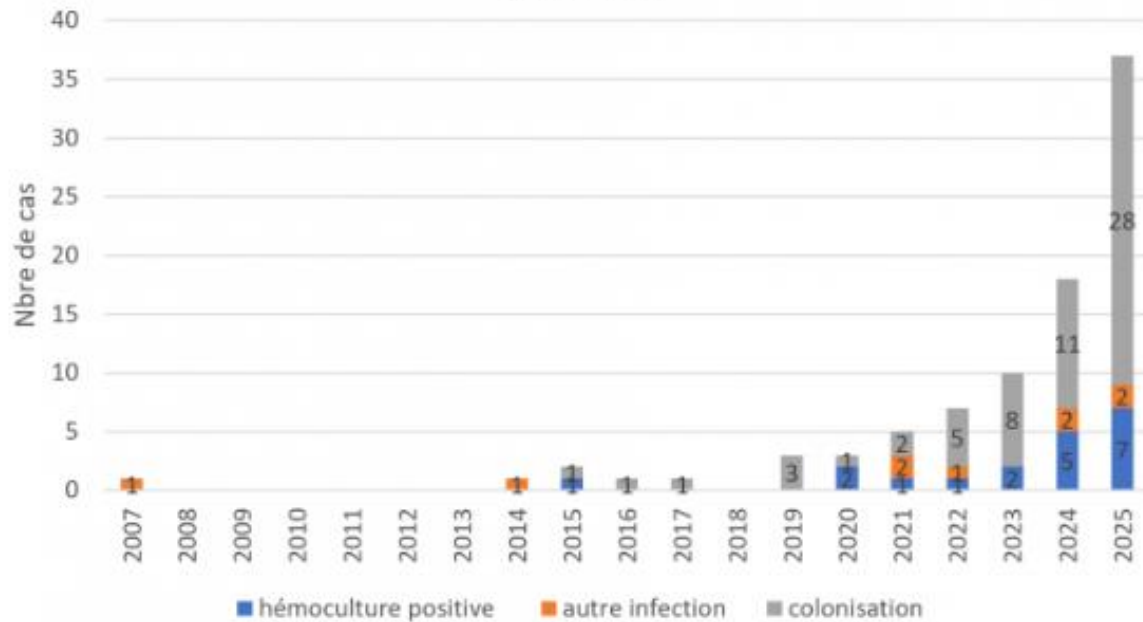


**En 2025 aux Etats-Unis :
notification de 5343 cas de *C. auris***

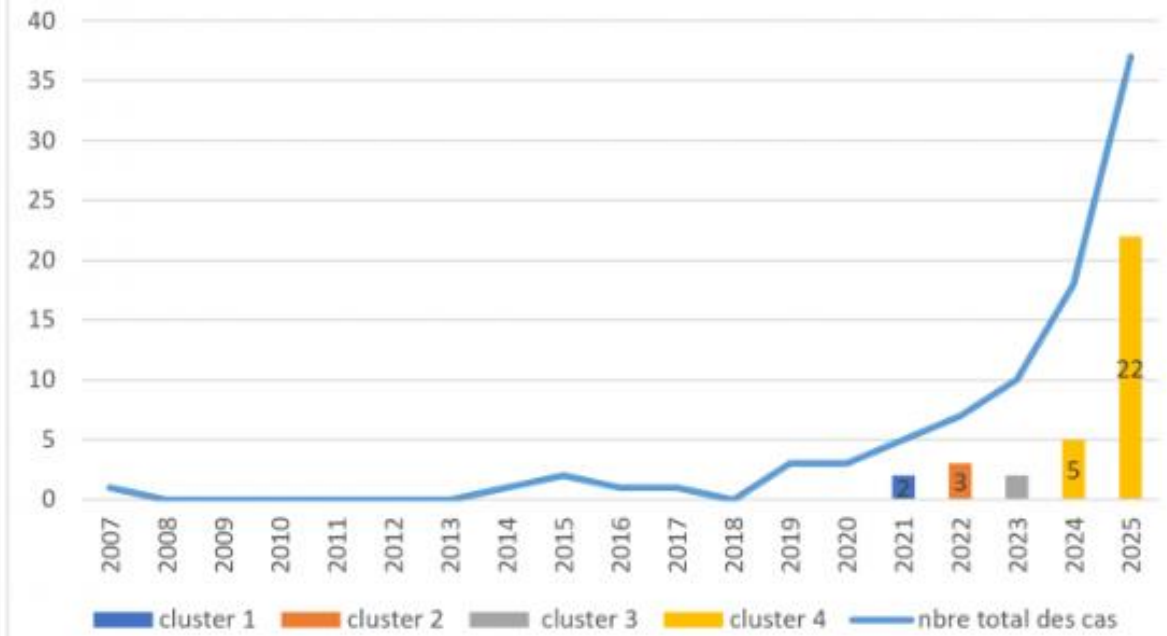


Epidémiologie récente en France

Cas de colonisation ou infection à *Candidozyma auris* en France



Cas de colonisations et infections dues à des clusters épidémiques



A world map showing the locations of 15 French embassies marked with blue stars. The map includes labels for major countries and oceans in French. The embassies are located in: Canada, United States, Brazil, Russia, China, India, Iran, Saudi Arabia, Sudan, Nigeria, Angola, Mozambique, Madagascar, Mauritius, and Réunion.



Quelle stratégie de dépistage?

- Pas (encore) de recommandation SF2H et avis HCSP trop ancien
- Fiche CNRMA/SFMM/SF2H (2023) : relaie le protocole AP-HP

Dépistage ciblé recommandé chez tout patient :

- Hospitalisé dans les 12 mois précédents dans un pays étranger, notamment pour les patients rapatriés d'une réanimation. Dépistage à réitérer si réadmission dans les 12 mois suivant le retour.
- Antérieurement colonisé ou infecté par *C. auris*
- Contact d'un cas (selon situations décrites ci-dessous).

- Très hétérogène sur le territoire

Groupe de travail
SF2H/SFMM/CNRMA depuis
septembre 2025



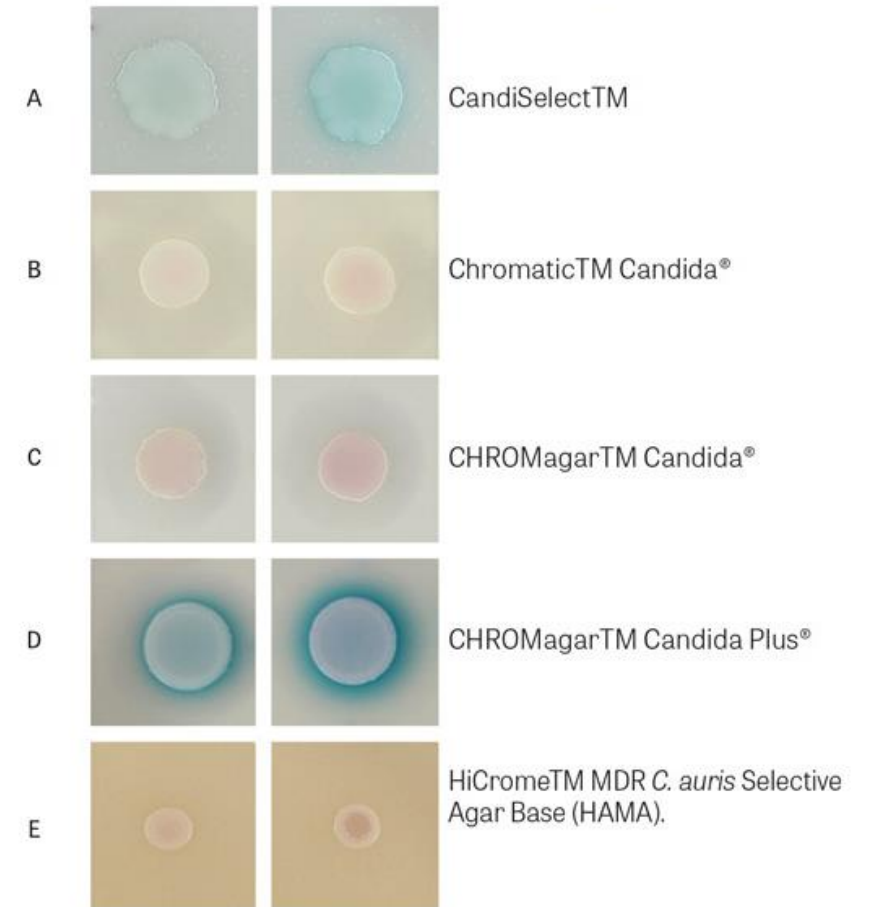
Dépister

- Sites de prélèvement : axillaire et inguinal, nasal augmente la sensibilité
- Fréquence : selon le but du dépistage (repérage, surveillance, prévention de la diffusion dans d'autres structures, gestion d'épidémie)
- Tenir compte des contraintes et des organisations internes

- Gélose sélective, incubation au moins 7 jours
- Sur Sabouraud : impossible à différencier d'une autre levure
- Place de la PCR?

Figure 2 – Aspects des colonies de *Candida auris* sur différents milieux chromogènes.

© Hygiènes-XXXI-6-Alanio



Les milieux ont été incubés 48 heures à 35°C ou à 42°C pour la gélose HA-MA.

Adapté de : de Jong AW, Dieleman C, Carbia M, et al. Performance of two novel chromogenic media for the identification of multi-drug-resistant *Candida auris* compared with other commercially available formulations. J Clin Microbiol 2021;59(4):e03220-20.



Mesures autour d'un cas suspecté ou avéré

- Chambre individuelle
- Précautions complémentaires contact spécifiques *C. auris*
- Dépistages autour du cas
- Renforcement de l'hygiène des mains +++
- Renforcement du bionettoyage +++
- Information des professionnels et des patients
- **Attention à tout ce qui est partagé!**



Entretien de l'environnement

Éviter les ammonium IV

Renforcer la fréquence
(et la qualité)

Utiliser des DD actifs sur
C. auris d'action rapide

Si possible rajouter une
désinfection après sortie



Entretien de l'environnement

- Renforcer le bionettoyage :
 - Entretien biquotidien par action mécanique avec un produit actif sur *C. auris* efficace en 5 min maximum, comme les produits oxydants (Incidin™, OxyFoam S, Oxyfloor™, Tristel Jet™...) ou à défaut utiliser la procédure Javel à 0,5% en 3 temps, en insistant sur :
 - l'environnement proche (adaptable, barrières de lit, ...)
 - les surfaces et le matériel fréquemment manipulés (chariot de soin, chariot de nursing, clavier d'ordinateur, téléphone, paillasse...)
 - A la sortie du patient : deux bionettoyages successifs sont préconisés. L'entretien peut être complété par une désinfection chimique par voie aérienne (DSVA) ou physique (UV) hors présence humaine
- S'assurer que les responsabilités de l'entretien de ces éléments soient clairement définies (traçabilité...)



Signalement

- Signalement interne à l'EPRI de tout cas suspect
- Signalement externe sur esin par l'EPRI de tout cas de colonisation ou infection à *C.auris*
- A fortiori signaler les cas groupés
- Signalement par les laboratoires hospitaliers au CNRMA + envoi des souches

REX : deux ans d'épidémie en Hauts-de-France

- Patient ukrainien blessé de guerre en juillet 2023, transféré en France le 6 décembre, grave trauma balistique abdominal
- Colonisé/infecté par plusieurs microorganismes multirésistants avant son arrivée dont *C. auris*
- Parcours de soins très long :

5 mois de réa

2 mois de chirurgie

1 semaine de réa

4 mois en chirurgie

... (St Antoine)...

1 mois en chirurgie

Bilan

- 28 cas + 2 cas associés dans deux autres établissements des HdF
- Clone épidémique clade III
- 8 infections fongiques invasives
- 4 décès chez des patients infectés, dont 2 d'imputabilité partielle
- 18 réunions de gestion de crise
- 4 réunions avec le CNRMA
- Des fermetures de lits
- Jusqu'à 200 écouvillons arrivant au labo chaque semaine
- Un buzz médiatique local

Facteurs ayant contribué à la dissémination

- Secteur impliqué au départ : réanimation
 - ✓ Patients lourds en soins
 - ✓ Impossible de fermer le service de réa, difficile de bloquer des lits
- Durée de séjour du « patient zéro »
- Caractéristiques du microorganisme : persistance environnementale, croissance lente, identification parfois complexe
- Difficultés RH de tous ordres : secteurs de soins, hygiénistes, agents chargés du bionettoyage
- Le sujet qui fâche : l'externalisation du bionettoyage dans certains services

Facteurs ayant contribué à la maîtrise

- Fermetures de lits, regroupements des cas, marche en avant
- Forte implication de l'EPRI
- Actions bionettoyage : formation des agents, supervision du bionettoyage par l'EPRI, audits, mise à blanc de la salle de radiologie interventionnelle
- Collaborations cliniciens/EPRI/laboratoire
- Appui CNRMA

Quelles actions à notre échelle?

- Suivi du signalement et appui à l'établissement (présence aux cellules de crise chaque fois que possible)
- Information des autres CPias d'une situation régionale à risque
- Échanges avec l'ARS, SpFrance, le CNRMA
- Décision de produire des documents régionaux qui vont au-delà des reco du HCSP + fiche validée au national avec le CNRMA et la SFMM
- Enquête régionale auprès des EPRI pour évaluer le degré de préparation des établissements

Candida auris (Candidozyma auris)

Fiche synthétique à destination des EOH

V1 - Avril 2025



Généralités

- Levure opportuniste émergente présentant une résistance naturelle à certains antifongiques
- Haute persistance environnementale (plusieurs mois)
- Responsable d'épidémies hospitalières difficiles à contrôler
- Acquisition en milieu de soins lors d'une transmission par contact direct entre personnes, par manutention ou par contact indirect avec l'environnement ou le matériel contaminé
- Difficultés de diagnostic et de traitement; forte morbi-mortalité en cas d'infection (fongémies, pneumopathies...)



Définition des patients porteurs et contacts

- Cas suspect : patient chez lequel un isolement de *Candida* non *albicans* est en cours d'identification
- Cas confirmé = patient porteur (infecté ou colonisé) : patient chez lequel un *C. auris* a été isolé par culture
- Cas contact : patient ayant séjourné dans la même unité de soins qu'un cas ou pris en charge par la même équipe soignante, ou dans des lieux de soins communs (par exemple plateau technique...)



Anticipation

- Confirmer que le laboratoire est en capacité d'identifier *C. auris*
- S'assurer des conditions de prélèvement (type d'écouvillons, milieu de transport...)
- Mettre en place un système d'alerte immédiat de l'EOH en cas d'identification d'un cas par le laboratoire
- Prévoir un système de repérage des patients dans le dossier patient informatisé
- Rédiger la procédure de stratégie de maîtrise et de gestion du risque et organiser les dépistages ciblés des patients antérieurement identifiés colonisés ou infectés, des patients contacts et des patients hospitalisés dans un pays/région/établissement/service où une épidémie à *C. auris* est en cours



Gestion de cas

- Se référer aux mesures décrites dans les fiches :
 - "Précautions Complémentaires Contact spécifiques *Candida auris* (*Candidozyma auris*) / PCC-auris"
 - "*Candida auris* (*Candidozyma auris*) - Mesures de contrôle de la transmission croisée selon les modalités de prise en charge du patient porteur"
- Signaler immédiatement tout cas confirmé (colonisé ou infecté) via e-sin



Dépistage

- Sur écouvillon avec milieu de transport type ESwab™
- Avant la toilette du patient :
 - réaliser un dépistage avec un seul écouvillon pour les creux axillaires puis les plis inguinaux
 - et, en fonction de la faisabilité, ajouter un écouvillon nasal pour augmenter la sensibilité du dépistage
- D'autres sites peuvent être prélevés selon la situation clinique (gorge, plaies, rectum, urines, point d'insertion de cathéter...)
- Envoyer les souches suspectes ou identifiées au CNR des Mycoses invasives et Antifongiques pour confirmation et analyse génotypique
- Le dépistage des professionnels de santé n'est pas recommandé

Candida auris (Candidozyma auris)

Fiche synthétique à destination des EOH

V1 - Avril 2025



Références bibliographiques

- Note du Centre National de Référence des Mycoses invasives & Antifongiques (CNRMA)/LA INuSuAI (Identification Numérique Surveillance Alerte)/ et de la Société Française de Mycologie Médicale (SFMM)/Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) sur l'épidémiologie et la surveillance des infections à *Candida auris* en France : Mise à jour du 17/04/2023

https://www.pasteur.fr/sites/default/files/note_cauris_juin_2023.pdf

- Haut Conseil de Santé Publique - Avis relatif aux mesures de prise en charge de patient infecté ou colonisé par *Candida auris* et au rapport bénéfice-risque d'une prescription d'antifongiques en prophylaxie. 14 juin 2019

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=730>

- Actualité - RêPiA - *Candidozyma auris* (*Candida auris*)

<https://www.preventioninfection.fr/candidozyma-auris-candida-auris/>

- Webinaire - CPIas Hauts-de-France - *Candida auris* : épidémiologie, clinique, thérapeutique, diagnostic et mesures de prévention et de contrôle

<https://www.youtube.com/watch?v=thwLmJfgH7s>



Renforcement de l'hygiène des mains

- Observer strictement les indications de l'hygiène des mains par friction hydroalcoolique pour le patient, les visiteurs et les soignants



Equipements de protection individuelle

- Protéger la tenue (surblouse/tablier) pour tout contact avec le patient et son environnement
- Respecter les indications du port des gants (PS)



Organisation des soins

- Placer le patient en chambre individuelle
- Prescrire les précautions complémentaires spécifiques et mettre en place la signalétique
- Informer le patient (cf. flyer "Je suis patient porteur *C. auris*" ou "Je suis patient contact *C. auris*" du CPias HdF)
- Respecter la marche en avant (prendre en charge le patient en dernier dans une séquence de soins)
- Regrouper les soins pour le patient et limiter le nombre d'intervenants
- Si accès à des lieux de soins communs (par exemple plateau technique...) :
 - Planifier le patient en fin de programme si possible, pour réaliser l'entretien spécifique de l'environnement
 - Informer les intervenants (transport, service...)
 - Adapter la prise en charge (friction des mains du patient, réveil du patient en salle d'intervention, priorisation des examens en chambre, limitation des temps d'attente dans les espaces collectifs, ...)



Gestion du matériel

- Utiliser du matériel à usage unique ou dédié au patient
- S'assurer de l'entretien des dispositifs médicaux partagés utilisés dans le service (ECG, échographe, bladder scan, lève-malade, pése-malade, stéthoscope...) :
 - S'assurer que les responsabilités de l'entretien du matériel et des dispositifs médicaux soient clairement définies (rédaction de listes...)
 - Entretenir tout matériel partagé après chaque utilisation, par action mécanique avec un produit actif sur *C. auris* efficace en 5 min maximum, comme les produits oxydants (Incidin™ OxyFoam S, Tristel Jet™ ...) ou à défaut utiliser la procédure Javel à 0,5% en 3 temps
- Limiter le matériel en chambre au strict nécessaire



Entretien de l'environnement

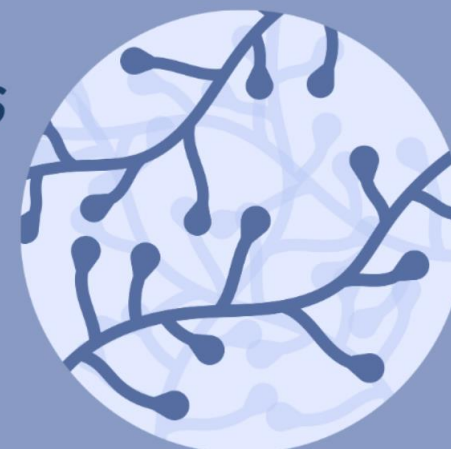
- Renforcer le bionettoyage :
 - Entretien biquotidien par action mécanique avec un produit actif sur *C. auris* efficace en 5 min maximum, comme les produits oxydants (Incidin™, OxyFoam S, Oxyfloor™, Tristel Jet™...) ou à défaut utiliser la procédure Javel à 0,5% en 3 temps, en insistant sur :
 - l'environnement proche (adaptable, barrières de lit, ...)
 - les surfaces et le matériel fréquemment manipulés (chariot de soin, chariot de nursing, clavier d'ordinateur, téléphone, pailleuse...)
 - A la sortie du patient : deux bionettoyages successifs sont préconisés. L'entretien peut être complété par une désinfection chimique par voie aérienne (DSVA) ou physique (UV) hors présence humaine
- S'assurer que les responsabilités de l'entretien de ces éléments soient clairement définies (traçabilité...)



Déchets, linge et vaisselle

- Suivre les circuits et traitements habituels

Boîte à outils CANDIDA AURIS



<https://www.cpias.chu-lille.fr/2025/05/05/boite-a-outils-candida-auris/>



Généralités

- Levure décrite en 2009, elle a émergé très rapidement sur tous les continents.
- Responsable de nombreux cas de colonisations et d'infections chez l'homme depuis 2010.
- Taux de mortalité élevé des infections, comme la plupart des autres levures (i.e. environ 40%).
- Génétiquement proche de *C. haemulonii* et *C. pseudohaemulonii*, levures à tropisme cutané rencontrées principalement en milieu tropical.



Epidémiologie

- La majorité des pays sont actuellement concernés.
- En France, cette levure est généralement importée par les patients rapatriés après une hospitalisation à l'étranger, classique ou en réanimation.
- *C. auris* est responsable d'épidémies en milieu hospitalier. Sa persistance environnementale favorise sa transmission entre patients, d'où l'importance du bionettoyage.



Caractéristiques

- Persistance environnementale de plusieurs semaines sur les surfaces abiotiques (matériel médical, barrières de lit...) mais également sur la peau (colonisation possible >1 an).
- Naturellement sensible à tous les antifongiques, cette levure a acquis certaines résistances :
 - au fluconazole : > 90% des souches.
 - aux échinocandines : < 5% des souches.
 - à l'amphotéricine B : < 2% des souches.



Pré-analytique

Dépistage : le dépistage se réalise par écouvillonnage de trois sites :

- **Axillaire puis inguinal** (utiliser un seul et même écouvillon pour les deux sites).
- **Nasal** (selon la faisabilité, augmente la sensibilité du dépistage à 80%).

Types d'écouvillons et conservation : écouvillon avec milieu de conservation type Eswab®

- Délai d'acheminement <24h
- Conservation à 4°C de courte durée
- Congélation possible pour PCR ultérieure.

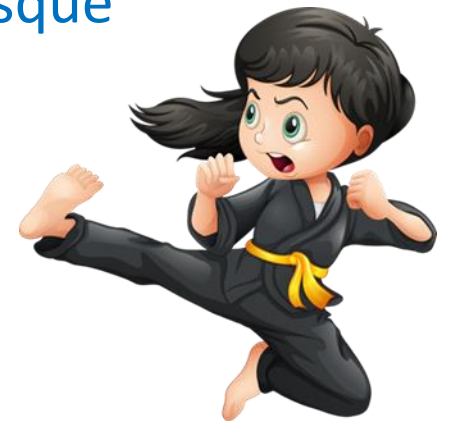
Fréquence de dépistage : nombre de dépistage selon contexte (cf. documents de référence page 4) .

En dehors du dépistage, tout prélèvement est susceptible de contenir du *C. auris* en cas de colonisation (cutanée, respiratoire, digestive, urinaire) ou d'infection disséminée (hémocultures, tout liquide biologique ou biopsie).

A DIFFUSER LARGEMENT

https://www.pasteur.fr/sites/default/files/20250522_ft_candida_auris_laboratoires_1.pdf

- Nécessité d'en discuter à l'échelle locale
- Importance d'un texte national à jour → en cours de rédaction
- Bien repérer les patients à haut risque : en particulier rapatriés sanitaires mais aussi hospitalisation en zone d'endémie
- Dans la mesure du possible taper vite et fort pour espérer maîtriser le risque



Démarche face à *C. auris* : un classique des EPRI



Anticiper



Repérer



Dépister



Protéger



Signaler

Merci de votre attention

