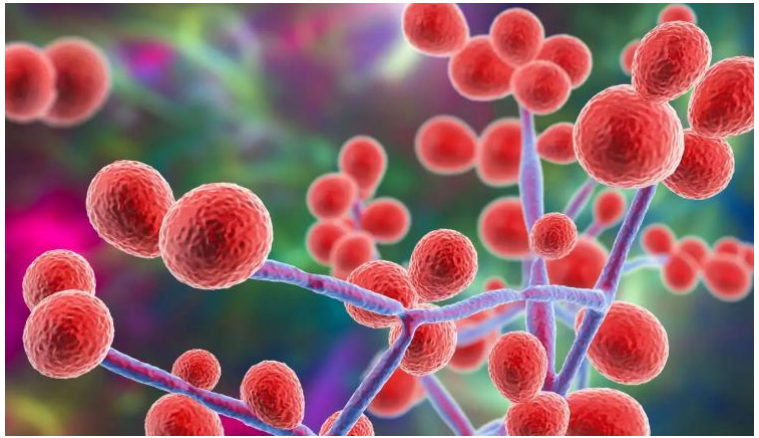


Candidozyma auris

KÉSAKO

Candida

Candida auris (candidozyma auris), Candida albicans, Candida glabrata…

- Levure provoquant des infections
- Infections limitées à 1 organe ou disséminées à travers l'organisme
- 200 espèces de Candida connues
- Une vingtaine responsable d'infections humaines
- Les levures Candida souvent responsable d'infections graves

Candidozyma auris

- Anciennement *Candida auris :* levure n'appartenant pas à la flore humaine
- Identifiée pour la première fois en 2009 au Japon, puis a émergé rapidement sur tous les continents
- Agent fongique émergent, considéré par l'OMS comme un agent pathogène prioritaire critique
- Levure responsable d'infections graves, d'épidémies hospitalières et de nombreux cas de colonisation
- Haute résistance environnementale (plusieurs mois)
- En France, généralement importée par des patients rapatriés

Candidozyma auris transmission

Réservoirs

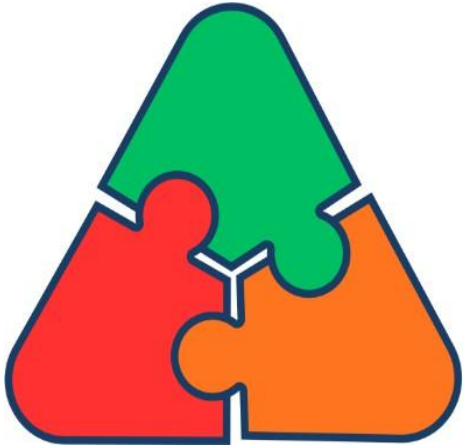
- ✓ Patients colonisés ou infectés

Creux axillaires, plis inguinaux et narines

- ✓ Environnement de soins

Surfaces et matériel

- ✓ Persistance prolongée sur la peau et dans l'environnement



Transmission

- ✓ Contact direct via le patient et manuportage
- ✓ Contact indirect via l'environnement ou le matériel

Prévention

- ✓ Friction hydro-alcoolique
- ✓ Bionettoyage renforcé et double nettoyage à la sortie du patient
- ✓ Utilisation d'un détergent-désinfectant actif sur *C.auris*

Stratégie de dépistage

SF2H
Prévention du Risque Infectieux

CPias
Auvergne • Rhône • Alpes

INSTITUT Pasteur

Centre National de Référence
Mycoses Invasives et Antifongiques

SFMM
Société Française de Mycologie Médicale

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

27/04/2026

À retenir Il est recommandé de repérer à l'admission et de 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 ;
- Ayant un antécédent de colonisation (cas certain ou possible) ou d'infection à *C. auris* ;
- Etant contact à risque moyen ou élevé avec un porteur de *C. auris*.

Dépistage

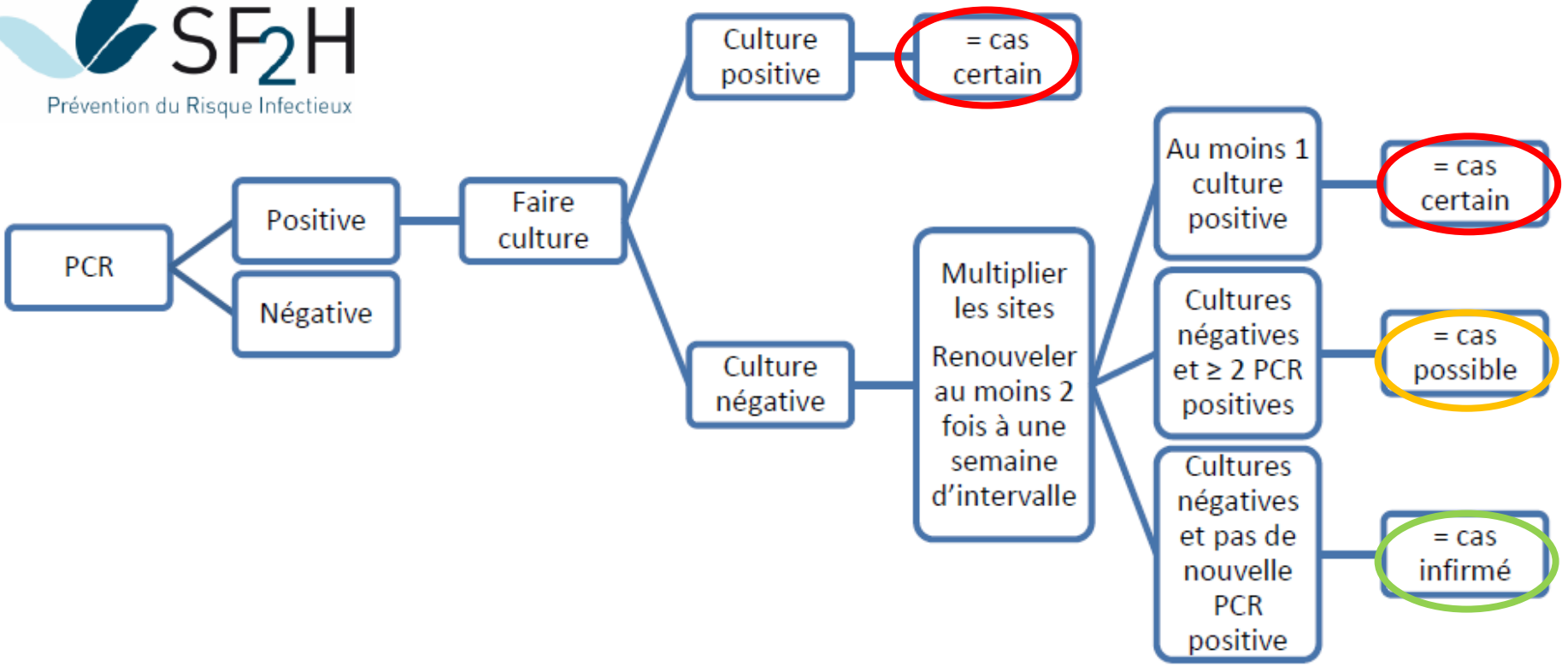
- ✓ S'assurer que le laboratoire est en mesure de dépister *C.auris*

- ✓ Envoie de la souche au CNR des mycoses invasives et antifongiques

- ✓ Deux écouvillonnages :
  - 1 écouvillon pour les 2 creux axillaires et les 2 plis inguinaux
  - 1 écouvillon pour les 2 narines

- ✓ En cas de suspicion d'infection et/ou de résultats microbiologiques positifs antérieurs et/ou de discordance entre la PCR et le culture, il est possible d'effectuer d'autres prélèvements : gorge/bouche, urines, rectum, hémocultures ….

Résultats


PCR
Positive
Négative
Faire culture
Culture positive
= cas certain
Culture négative
Multiplier les sites
Renouveler au moins 2 fois à une semaine d'intervalle
Au moins 1 culture positive
= cas certain
Cultures négatives et ≥ 2 PCR positives
= cas possible
Cultures négatives et pas de nouvelle PCR positive
= cas infirmé

Définitions

- Cas certain : culture positive pour *C.auris*
- Cas possible : au moins 2 PCR positives sur 2 prélèvements différents et cultures négatives ou indisponibles
- Patient porteur : cas certain ou possible
- Patient contact : pris en charge par la même équipe ≥ 24 h, ou occupant ne chambre occupé avant par un cas sans bionettoyage renforcé
- Patient indemne: patient non exposé à un cas

Définitions (2)

- Epidémie: au moins 1 cas secondaire (certain ou possible) parmi les patients contact

- Epidémie contrôlée : absence de nouveau cas (certain ou possible) lors des dépistages hebdomadaires dans les 3 semaines suivant l'identification du derniers cas

Dépistages

Porteur PCC d'emblée	Porteur découvert après plusieurs jours d'hospitalisation	Epidémie (1 cas secondaire)
Contact à risque faible Patient présent Dépistages hebdomadaires 1 dépistage post-exposition 5 à 7 jours au départ du porteur PS Transfert possible et information	Contact à risque moyen Patient présent Dépistages hebdomadaires des présents PS Transfert limité 3 dépistages post exposition à 1 semaine d'intervalle	Cellule de crise : évaluation des pratiques, sectorisation … Contact à risque élevé Dépistages hebdomadaires Transfert suspendu 3 dépistages post exposition à 1 semaine d'intervalle
	Patient contact transféré Identification jusqu'à 3 semaines précédant le Dg PCC 3 dépistages à 1 semaine d'intervalle	Patient contact transféré PCC 3 dépistages à 1 semaine d'intervalle

Cas particuliers

Ré hospitalisation porteur connu	Cas possible 2 PCR positives et cultures négatives
PCC toute l'hospitalisation Dépistage d'admission Si négatif : dépistage hebdomadaire pendant 3 semaines puis mensuel Pas de dépistages des patients contact tant que le porteur est négatif	Idem cas confirmé Dépistage PCR positif et culture négative : maintien des mesures Dépistages négatifs en PCR et cultures : maintien PCC, sans dépistage des patients contact

Boîte à outil

- https://cpias-grand-est.fr/wp-content/files/2026/09/Fiche-conduite-a-tenir-Candidozyma-auris-CPias-GE-Septembre-2026.pdf
- https://www.cpias.chu-lille.fr/2025/05/05/boite-a-outils-candida-auris/
- https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/alertes/alerte-candida-auris/
- https://www.pasteur.fr/sites/default/files/imported/2026-06/2026.04.27-c.auris-sf2h-sfmm-cnr.pdf

Centre d'appui pour la prévention
des infections associées aux soins
Auvergne • Rhône • Alpes

CPias
Auvergne • Rhône • Alpes

