

Candidozyma auris

Mieux caractériser le potentiel de dissémination

Pourquoi cette note ?

La gestion d'un cas de *Candidozyma auris* repose nécessairement sur les recommandations nationales et sur l'identification du patient comme colonisé ou infecté. Les données disponibles montrent cependant que tous les patients porteurs ne présentent probablement pas le même potentiel de dissémination. La charge cutanée, les sites colonisés, les contacts avec l'environnement et les caractéristiques des soins influencent la contamination environnementale et le risque de transmission.

Cette grille ne constitue pas une classification validée et ne modifie pas les recommandations nationales. Elle vise à aider le CPias à analyser chaque signalement, repérer précocement les situations les plus préoccupantes et proportionner l'intensité de son accompagnement. Cette note est le fruit de notre expérience régionale de **Candidozyma auris** et d'échanges approfondis avec des collègues internationaux confrontés au quotidien à la gestion de ce pathogène. Son élaboration et son actualisation continue s'appuient également sur l'utilisation de l'intelligence artificielle (ChatGPT), comme outil d'analyse, de synthèse et de confrontation des connaissances, sous la responsabilité des professionnels du CPias Nouvelle-Aquitaine.

1 Signalement

À chaque signalement : obtenir le compte rendu microbiologique complet
Au-delà du statut positif/négatif, recueillir si possible :

Prélèvement et technique

- date, site anatomique et contexte (dépistage ou diagnostic),
- culture directe ou après enrichissement,
- PCR éventuelle et Ct si disponible,
- méthode d'identification.

Résultat détaillé

- délai d'apparition de la première colonie,
- caractère faible, modéré ou abondant de la culture lorsqu'il est renseigné,
- quantification lorsqu'elle existe, notamment pour les urines,
- positivités répétées et autres sites connus positifs,
- antifongogramme.



Point de prudence : Aucun seuil de Ct, d'UFC ou de délai de pousse n'est actuellement validé pour prédire la transmission. Ces données constituent des éléments d'un faisceau d'arguments et ne doivent jamais être utilisées isolément.

2

Apprécier trois dimensions différentes

Charge / source : le patient paraît-il fortement colonisé ?

- culture directement et rapidement positive,
- croissance abondante,
- charge quantitative importante lorsqu'elle est disponible,
- Ct bas en PCR,
- positivité répétée,
- plusieurs sites positifs,
- colonisation des mains.

La charge cutanée quantitative varie fortement entre patients et est positivement corrélée à la contamination de l'environnement proche [2].

Dissémination : avons-nous des preuves que le patient disperse effectivement *C. auris* ?

- contamination de plusieurs surfaces proches,
- recontamination rapide après bionettoyage,
- contamination d'un équipement partagé,
- transfert aux professionnels lors des soins,
- apparition d'un cas secondaire.

La contamination de l'environnement proche peut survenir rapidement après désinfection et augmente avec l'étendue de la colonisation corporelle [3]. Une étude multicentrique publiée en 2026 a également documenté le transfert de *C. auris* vers les gants et/ou surblouses des professionnels au cours des interactions de soins [6].

Contexte : existe-t-il des facteurs amplificateurs ?

- réanimation ou secteur à forte intensité de soins,
- dépendance importante et soins corporels fréquents,
- nombreux intervenants,
- délai important entre admission et identification,
- changements de chambre ou d'unité,
- matériel réutilisable partagé,
- environnement difficile à entretenir ou chambre collective,
- séjour prolongé.

Les données de synthèse récentes renforcent particulièrement l'importance de la détection rapide et de la maîtrise des équipements réutilisables fréquemment manipulés [5].

3

Une attention particulière aux mains

Le prélèvement des mains ne fait pas partie du dépistage standard français, mais les recommandations nationales permettent d'explorer d'autres sites dans certaines situations. Les données disponibles renforcent son intérêt : dans l'étude multicentrique de Sansom et al., les paumes/doigts étaient le site le plus fréquemment colonisé (76% des porteurs), devant les narines (71%) [3].

Un prélèvement spécifique des mains peut donc être discuté lorsque l'on cherche à mieux caractériser le potentiel de dissémination, notamment devant une contamination environnementale importante ou rapide, une suspicion de transmission, un patient manipulant beaucoup son environnement, un séjour prolongé ou une forte charge microbiologique suspectée.

Une positivité des mains ne définit pas à elle seule un « fort disséminateur » ; elle constitue un élément supplémentaire à intégrer au faisceau d'arguments.

4 Proposition de grille de lecture CPias

Niveau	Signaux principaux	Réponse proposée
1 - Potentiel faible ou non documenté	Diagnostic précoce ; pas d'argument pour une charge importante ; absence de contamination environnementale documentée ; absence de cas secondaire ; mesures rapidement mises en place.	Recommandations nationales et suivi habituel
2 - Potentiel de dissémination élevé	Plusieurs signaux convergents : culture rapide ou abondante, Ct bas, charge quantitative élevée, positivités répétées ou multisites, mains positives, soins fréquents, séjour prolongé, nombreux déplacements, matériel partagé, premières contaminations environnementales.	Accompagnement renforcé : analyse du parcours, audit du matériel partagé, vérification du bionettoyage, prélèvements complémentaires et investigation environnementale ciblée selon le contexte. La réduction de la colonisation cutanée peut être discutée dès ce stade, particulièrement en présence de plusieurs marqueurs convergents.
3 - Dissémination probable ou démontrée	Recontamination environnementale rapide ou importante ; matériel partagé contaminé ou fortement suspecté ; cas secondaire ; transmission persistante ou contexte épidémique.	Stratégie multimodale renforcée : dépistage élargi et rapide, maîtrise stricte du matériel et des mouvements, renforcement environnemental, accompagnement rapproché des équipes et réduction de la colonisation cutanée intégrée au bundle lorsqu'elle est réalisable et en l'absence de contre-indication.

5 Quelle place pour la réduction de la colonisation cutanée ?

L'objectif n'est pas d'obtenir une « décolonisation » durable, qui n'est actuellement pas démontrée, mais de réduire temporairement la charge cutanée et la quantité de *C. auris* disséminée dans l'environnement.

Les travaux récents de Gussin, Huang et al. apportent un argument particulièrement pertinent : une concentration résiduelle cutanée suffisante de chlorhexidine était associée à une diminution importante du shedding de *C. auris* pendant les soins [4]. Cette donnée soutient une logique de réduction de la source plutôt qu'une recherche d'éradication du portage.

Niveau 2 : la réduction de la colonisation cutanée peut être discutée lorsque plusieurs marqueurs convergent vers un potentiel de dissémination élevé, avant même qu'une transmission secondaire soit démontrée.

Niveau 3 : elle a vocation à être intégrée au bundle multimodal lorsqu'elle est réalisable et en l'absence de contre-indication, parallèlement aux actions sur l'environnement, les équipements, les mouvements et le dépistage.

L'efficacité attendue dépend de la qualité de réalisation, de la couverture cutanée, de la répétition de l'application et du maintien d'une concentration antiseptique suffisante sur la peau. Cette stratégie ne se substitue jamais aux autres mesures de prévention.

Qualité de mise en œuvre et évaluation de l'intervention

Lorsqu'une stratégie de réduction de la colonisation cutanée est mise en place, son efficacité ne peut être interprétée sans vérifier les conditions réelles d'application. Il est donc utile, particulièrement aux niveaux 2 et 3, de documenter la qualité et la complétude de l'intervention.

- fréquence effective des toilettes antiseptiques et éventuelles interruptions,
- produit et concentration utilisés,
- couverture de l'ensemble des zones cutanées prévues,
- respect des modalités d'application, du temps de contact et de l'absence de rinçage lorsqu'elle est prévue par le protocole,
- attention spécifique portée aux mains et aux doigts, compte tenu de leur fréquence de colonisation et de leurs contacts répétés avec l'environnement,
- difficultés organisationnelles ou de ressources susceptibles d'altérer la réalisation effective du protocole.

Avant de conclure à une efficacité insuffisante de l'antiseptique, un échec apparent doit conduire à vérifier la qualité et la complétude de l'intervention réellement délivrée.

Dans une démarche exploratoire régionale, lorsque les mains étaient positives avant l'intervention, un contrôle après quelques jours de réduction de la colonisation cutanée peut être discuté, éventuellement associé à une évaluation ciblée de l'environnement proche. Ce contrôle n'a pas de valeur décisionnelle validée ; il peut en revanche contribuer à documenter l'effet microbiologique de l'intervention et à construire progressivement l'expérience régionale.

6

Principe opérationnel

Ne pas rechercher un seuil unique permettant de qualifier un patient de « fort disséminateur ».



CHARGE / SOURCE + DISSÉMINATION OBSERVÉE + CONTEXTE AMPLIFICATEUR

Plus les signaux convergent, plus l'intervention du CPias doit être précoce et intensive. Tant que *C. auris* reste rare en Nouvelle-Aquitaine, l'objectif est de profiter de chaque signalement pour empêcher l'installation d'une chaîne de transmission et prévenir l'émergence d'une situation endémique.

7

Références clés

1. SF2H - CNRMA - SFMM. Avis relatif à la prévention et au contrôle de l'infection ou de la colonisation par *Candidoizyma auris*. 2026
2. Sexton DJ et al. Positive Correlation Between *Candida auris* Skin-Colonization Burden and Environmental Contamination at a Ventilator-Capable Skilled Nursing Facility in Chicago. Clin Infect Dis. 2021;73:1142-1148
3. Sansom SE et al. Rapid Environmental Contamination With *Candida auris* and Multidrug-Resistant Bacterial Pathogens Near Colonized Patients. Clin Infect Dis. 2024;78:1276-1284
4. Gussin GM, Singh RD, Kleinman K, Huang SS. Can Chlorhexidine Bathing Reduce *Candidoizyma auris* Shedding? Clin Infect Dis. 2026;83:103-106
5. Acosta-España JD et al. Efficacy of standard precautions versus proactive containment for nosocomial *Candida auris* outbreaks: a systematic review and meta-analysis. J Hosp Infect. 2026;173:115-122
6. Transfer of *Candidoizyma auris* to Healthcare Personnel Gloves and/or Gowns From Patients and the Environment: A Multicenter Cohort Study of 109 Patients. Open Forum Infect Dis. 2026
7. Containment of a *Candidoizyma auris* Outbreak in an Acute Care Hospital using a Comprehensive Screening and Surveillance Program. Clin Infect Dis. 2026