

**Groupe de travail sur la
prévention des
infections associées
aux soins : *C. auris***

- Dr Alexandre Mzabi
- Mme Virginie Martinet
- Mr Xavier Demoisy
- Mr Jonathan Merciny
- Mme Flora Blaise
- Dr Audrey Noël
- Dr Souheil Zayet

**Recommandations nationales pour la lutte contre
Candidozyma auris (anciennement *Candida auris*) dans les
établissements hospitaliers**

Cette recommandation a été validée par le Conseil Supérieur des Maladies Infectieuses le 26/02/2026.

Candidozyma auris, anciennement *Candida auris* (*C. auris*) est un agent pathogène fongique émergent.

Cette levure, figurant dans le groupe « critique » de la liste des agents pathogènes fongiques prioritaires établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est responsable d'infections invasives graves, principalement en milieu hospitalier.

C. auris a été rapporté dans la littérature internationale pour la première fois en 2009. Il se distingue par sa capacité à persister dans l'environnement et à se transmettre rapidement entre patients. Son principal enjeu réside dans sa résistance fréquente à plusieurs classes d'antifongiques, limitant les options thérapeutiques.

C. auris touche surtout les patients fragiles ou immunodéprimés et est associé à une mortalité élevée en cas d'infection. Il constitue aujourd'hui une menace de santé publique nécessitant une surveillance et des mesures de contrôle renforcées, même si, au moment de l'écriture de la présente recommandation, aucun cas d'infection ou de colonisation à *C. auris* n'a encore été documenté chez un patient au Luxembourg.

La lutte contre *C. auris* doit être envisagée comme une composante essentielle d'une stratégie globale de sécurité des soins, reposant sur la responsabilité partagée de l'ensemble des acteurs de santé.

Objet et domaine d'application

Prévention et contrôle de la transmission de *Candidozyma auris* (*C. auris*) et prise en charge d'un patient colonisé ou infecté par *C. auris* dans les établissements hospitaliers.

Définitions

Contact étroit : tout patient ayant séjourné plus de 4h cumulatives dans la même chambre qu'un patient colonisé ou infecté par *C. auris*.

Contact élargi : tout patient

- ayant séjourné plus de 24 heures dans la même unité qu'un patient colonisé ou infecté par *C. auris* ;
- OU ayant été pris en charge au même moment, dans les mêmes locaux et par le même personnel hospitalier (en admission ambulatoire ou stationnaire) sans qu'aucune mesure de prévention et contrôle n'ait été mise en place ;
- OU ayant séjourné dans la même chambre qu'un patient colonisé ou infecté après la sortie de ce dernier sans qu'un nettoyage renforcé n'ait été réalisé.

Mode de transmission

La transmission interhumaine s'effectue soit par contact direct, soit par contact indirect (par le biais d'objets, de dispositifs médicaux ou de surfaces contaminées).

C. auris est capable de survivre plusieurs semaines dans l'environnement, en particulier sur des surfaces inertes, et présente une capacité d'adaptation à des températures élevées (thermotolérance) ou de fortes concentrations en sel (halotolérance ou osmotolérance). L'ensemble de ces propriétés favorise sa dissémination en établissement de soins.

La durée de portage chez l'homme est très variable, pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois.

Dépistage

Public cible

Le dépistage est fortement recommandé pour :

- Toute admission d'un patient qui, au cours des 12 derniers mois, a été hospitalisé au moins une nuit en réanimation dans un établissement hospitalier à l'étranger.
- Tout rapatriement sanitaire.
- Tout patient transféré à partir d'un établissement hospitalier aigu, de rééducation ou d'un établissement de long séjour du Luxembourg ou de l'étranger, dans lequel un ou plusieurs cas de *C. auris* ont été signalés.
- Toute réadmission d'un patient avec un antécédent de colonisation ou infection par *C. auris*.
- Toute réadmission d'un patient ayant un antécédent de contact étroit avec un patient colonisé ou infecté par le *C. auris*.

Pour les dépistages en cours de séjour, se référer à la section « *gestion des cas contact* » ou « *gestion d'une découverte fortuite en cours d'hospitalisation* ».

Moment et fréquence du dépistage

Le dépistage est réalisé à l'admission (J0) pour l'ensemble des patients appartenant au public cible.

En cas de dépistage initial négatif, des dépistages supplémentaires doivent être effectués, selon le protocole établi par l'établissement, validé par le Comité de Prévention de l'Infection Nosocomiale (CPIN).

Il est recommandé de mettre en place des mesures d'isolement et des précautions complémentaires contact dans l'attente des résultats du dépistage, selon le protocole établi par l'établissement qui peut prévoir des exceptions.

Sites à prélever

Les sites suivants doivent être prélevés :

- Les aisselles et les plis inguinaux des deux côtés (un seul écouvillon) ;
- Les fosses nasales antérieures (un seul écouvillon).

Selon le contexte, il peut être discuté d'effectuer un dépistage au niveau d'autres sites tels que la gorge, les plaies, le(s) site(s) de cathéter(s) présents à l'admission, le rectum, un échantillon d'urines en présence d'une sonde vésicale à l'admission ou sur un ancien site de colonisation éventuel.

L'ajout ou non de sites de prélèvement additionnels doit être défini par un protocole validé par le CPIN de l'établissement hospitalier.

Modalités d'analyse

La technique de dépistage est définie par le laboratoire effectuant les analyses.

Le dépistage peut être réalisé par culture ou par biologie moléculaire. En cas de technique moléculaire, un dépistage positif sera systématiquement confirmé par la culture.

Toutes les levures identifiées comme *C. auris* doivent être envoyées au Laboratoire National de Santé afin de réaliser les analyses complémentaires de caractérisation des souches et les tests de sensibilité-résistance aux antifongiques.

Mesures de prévention de la transmission en hospitalisation

Gestion d'un patient colonisé ou infecté par *C. auris*

Pour tout patient colonisé ou infecté par *C. auris* :

- Admission en chambre seule avec sanitaires dédiés. La chambre ne nécessite pas de système de ventilation particulier et la porte peut rester ouverte. Le regroupement de patients porteurs est possible en situation épidémique ou en cas de tensions sur la gestion des lits.
- Apposition d'un signallement visuel clair à proximité ou sur la porte de la chambre pour rappeler les précautions à prendre.
- Présence d'une information visuelle claire dans le dossier de soins du patient.
- Pas de réserve de matériel en chambre. Seul le matériel nécessaire (tensiomètre, stéthoscope, thermomètre, ...) qui doit être dédié au patient, sera gardé en chambre.

Pour tout personnel soignant en contact avec un patient colonisé ou infecté par *C. auris* :

- Application des précautions standard. En particulier, l'importance de l'hygiène des mains selon les recommandations de l'OMS sera rappelée aux équipes.
- Application des précautions complémentaires contact (gants et surblouse).

Gestion des cas contact :

En cours de séjour, le dépistage est fortement recommandé pour tout patient ayant eu un contact étroit ou élargi avec un patient colonisé ou infecté par le *C. auris*. (se référer à la section « définitions »).

En cas de dépistage initial négatif, des dépistages supplémentaires doivent être effectués selon le protocole établi par l'établissement, validé par le CPIN. Il est recommandé d'envisager au minimum un dépistage supplémentaire pour tout contact étroit récent (contact dans le décours de l'hospitalisation actuelle).

Dans les cas de contact étroit, il est recommandé de mettre en place des mesures de prévention et des précautions complémentaires contact dans l'attente des résultats du dépistage.

Traitement/ Décolonisation

La décolonisation des patients colonisés par *C. auris* n'est pas recommandée en raison de son efficacité non prouvée.

Dans le cas du traitement d'une infection par *C. auris*, il est recommandé que celui-ci fasse l'objet d'une concertation multidisciplinaire.

Levée des mesures de prévention

Cas d'un patient colonisé ou infecté par *C. auris*

Il est recommandé de mettre en place des mesures de prévention ainsi que des précautions complémentaires contact pour toute la durée du séjour.

La colonisation persistant habituellement durant plusieurs mois, il n'est pas nécessaire de réaliser des dépistages de contrôle de façon systématique.

Pour les patients hospitalisés durant une très longue durée, la réalisation de dépistages de contrôle et la levée subséquente de l'isolement pourront être envisagées au cas par cas, toujours en concertation avec l'équipe de prévention et contrôle des infections.

Cas contact

Pour les patients ayant eu un contact étroit : des mesures de prévention et des précautions complémentaires contact doivent être mise en place jusqu'à ce que les résultats du dépistage soient accessibles.

Pour les patients ayant eu un contact élargi, aucune mesure de prévention n'est nécessaire dans l'attente des résultats du dépistage.

Gestion du linge/vaisselle/déchets/matériel

Linge

Le linge sera collecté et traité selon le protocole classique établi par l'établissement pour les patients en isolement infectieux, validé par le CPIN.

Vaisselle

La vaisselle sera traitée selon le protocole standard établi par l'établissement et validé par le CPIN. L'utilisation de vaisselle à usage unique n'est pas requise.

Déchets

Les déchets seront collectés et traités selon le protocole classique établi par l'établissement pour les patients en isolement infectieux, validé par le CPIN.

Matériel

L'utilisation de matériel dédié ou à usage unique est à privilégier. La désinfection quotidienne des dispositifs réutilisables doit être réalisée selon le protocole établi par l'établissement, validé par le CPIN, qui utilisera des produits adaptés au *C. auris* (voir gestion de l'environnement).

Gestion de l'environnement

Celle-ci doit être réalisée selon le protocole établi par l'établissement, validé par le CPIN. Les produits ou techniques sélectionnées devront avoir été spécifiquement validées sur *C. auris* et non *Candida albicans*. On évitera l'utilisation d'ammoniums quaternaires non combinés. Une répétition du bionettoyage renforcé peut être bénéfique.

Quotidienne

- Application des précautions standard et des précautions complémentaires par le personnel d'entretien ménager pour tout contact avec l'environnement du patient.
- Planifier l'entretien et la désinfection de l'ensemble de la chambre (sols, sanitaires, ...) au détergent/désinfectant efficace contre *C. auris* en toute fin de cycle de nettoyage, du plus propre au plus sale.
- Insister sur la désinfection quotidienne des surfaces fréquemment touchées avec les mains par un détergent/désinfectant efficace contre *C. auris* en respectant les temps de contact.

A la levée des mesures de prévention/sortie du patient

- Application des précautions standard et des précautions complémentaires par le personnel d'entretien ménager pour tout contact avec l'environnement du patient.
- Planifier l'entretien et la désinfection en fin de cycle de nettoyage.
- Désinfecter les surfaces (sols, parois, surfaces de contact, ...) et sanitaires avec un détergent/désinfectant efficace contre *C. auris*.
- Désinfection/stérilisation du matériel de soins qui avait été mis à disposition exclusive du patient. Jeter, sauf cas particulier, l'ensemble du matériel qui ne peut être désinfecté ou stérilisé.
- Le linge non utilisé, gardé dans la chambre du patient doit être mis dans un sac et suivre la filière de traitement du linge sale (se référer à la section gestion du linge).
- Entretien de la totalité des tentures présentes dans la chambre y compris les séparations de lits.
- Envisager des méthodes de désinfection non directe telles que la vapeur de peroxyde d'hydrogène pour la désinfection finale, dans les pièces une fois vides.

Services médico-techniques et blocs opératoires

Lors d'une opération ou d'une investigation fonctionnelle sur un patient colonisé ou infecté par *C. auris*, il est préférable de planifier celle-ci en fin de programme opératoire/des investigations.

Un nettoyage/désinfection adéquat des surfaces de contact et du matériel utilisé (table d'examen, stéthoscope, ...) avec un détergent/désinfectant efficace sur *C. auris* devra être effectué dès la fin de la prise en charge de celui-ci.

Transferts intra et inter hospitaliers établissements

La colonisation ou l'infection par *C. auris* ne saurait être une contre-indication au transfert du patient vers un autre établissement, ni à son retour à domicile.

La prévention de la transmission de *C. auris* dans l'établissement ou entre établissements dépend de la qualité de l'information au moment du transfert (statut *C. auris* et des précautions complémentaires).

Transferts intra hospitaliers

En règle générale, les patients colonisés ou infectés par *C. auris* ne sont pas autorisés à quitter leur chambre pour des activités récréatives.

Les sorties pour raisons médicales (examens complémentaires, séances de kinésithérapie...) doivent être validées par un médecin. Pour tout examen médico-technique ne pouvant être réalisé dans la chambre d'hospitalisation et lorsqu'il quitte sa chambre, le patient :

- porte des vêtements propres ;
- se désinfecte les mains ;
- ses plaies sont à recouvrir d'un pansement occlusif ;
- la literie doit être changée en cas de transport en lit.

Le personnel de brancardage et le personnel du bloc opératoire/du service d'explorations fonctionnelles, en contact étroit avec le patient ou son environnement respecte les mêmes précautions complémentaires que le personnel de l'unité d'hospitalisation.

Transferts inter hospitaliers

Lorsqu'un nouveau cas de *C. auris* est détecté et qu'il a précédemment séjourné dans d'autres établissements de soins, il est nécessaire d'informer ces établissements du cas.

Avant un transfert inter-hospitalier, dans le respect du secret médical, il est nécessaire d'informer l'hôpital dans lequel le patient est transféré du statut *C. auris* du patient (également en cas de résultat en attente). L'information doit être réalisée au moins à deux niveaux, l'un médical et l'autre soignant.

Les mêmes précautions complémentaires doivent être respectées durant le transfert.

Gestion d'une découverte fortuite en cours d'hospitalisation et/ ou d'une épidémie nosocomiale

Il est recommandé :

- que chaque établissement hospitalier dispose d'un plan de gestion de transmission/épidémie nosocomiale transposable au *C. auris*, validé par le CPIN.
- de différer, autant que possible, les transferts vers ou au départ de l'unité affectée, hors urgence vitale, le temps que la situation puisse être évaluée.
- d'effectuer un dépistage de tous les patients ayant eu un contact étroit avec le patient colonisé ou infecté par *C. auris*, entre son admission et le moment de son identification.
- d'effectuer un dépistage de tous les patients ayant eu un contact élargi avec le patient colonisé ou infecté par *C. auris* jusqu'à 4 semaines avant son identification.
- d'effectuer des dépistages de contrôle de l'ensemble des patients de l'unité, pendant au moins quatre semaines après que le dernier patient positif a été autorisé à quitter l'unité. L'ampleur des dépistages de suivis et/ou supplémentaires (cas de cluster) doit être déterminé selon le protocole établi par l'établissement sur proposition du CPIN.
- d'appliquer les mesures de prévention et les précautions complémentaires propres aux cas contacts (se référer à la section « *gestion des cas contact* »). Le regroupement de patients porteurs est possible en situation épidémique ou en cas de tensions sur la gestion des lits.

Système d'alerte et traçabilité

La mise en place d'un système d'alerte permet d'initier rapidement des mesures de contrôles appropriées et de minimiser les risques de transmission.

Le système d'alerte permet d'identifier la réadmission ou le transfert de patients colonisés ou infectés par *C. auris*, dès le premier point de contact avec le patient (ex. urgences, admission) et avant l'attribution d'un lit.

Il est également alimenté par le laboratoire. Celui-ci informe rapidement les professionnels de santé concernés de tous nouveaux patients colonisés ou infectés par *C. auris*, permettant ainsi la mise en place rapide des précautions complémentaires.

Tout cas de *C. auris* identifié par un laboratoire (colonisation ou infection) fait l'objet par ce dernier d'une déclaration obligatoire auprès de la Direction de la santé.

Les équipes de prévention et contrôle des infections des établissements hospitaliers avertissent également, dans les meilleurs délais, la division de l'inspection sanitaire de la Direction de la santé de tout cas identifié, qu'il s'agisse d'une infection ou d'une colonisation.

Personnel soignant

- Le dépistage du portage chez le personnel soignant n'est pas recommandé.
- La limitation des prestataires de soins en charge des patients colonisés ou infectés par *C. auris* est recommandée. En cas de cluster, il est recommandé de mettre en place une équipe dédiée.
- L'importance de l'hygiène des mains sera rappelée au personnel soignant ainsi qu'au personnel d'entretien ménager.

Visite et famille

- Une information claire et éclairée des visiteurs doit être réalisée par le personnel soignant.
- Les visiteurs doivent se désinfecter les mains avant et après chaque visite.
- Les visiteurs doivent porter les mêmes équipements de protection individuelle que le personnel soignant. Il est recommandé de ne pas s'asseoir sur le lit du patient.
- Après la visite, les visiteurs ne peuvent pas se rendre auprès d'autres patients hospitalisés.
- Il est recommandé de limiter les visites des personnes ne pouvant appliquer correctement les précautions complémentaires contact, de même que celles des personnes à risque d'infections sévères (patients porteurs de matériel à demeure par exemple). À défaut ces dernières doivent être informées du risque encouru.

Références utiles :

1. Bigot J, Desnos-Ollivier M, Parneix P, Berger-Carbonne A, Lanternier F, Botterel F, Alanio A. *Candida auris* en France en 2023 : épidémiologie nationale, diagnostic, prévention. *Hygiènes* 2023;31(6):449-457.
2. Agence de santé publique du Canada, *Candida auris* Prévention et contrôle des infections dans les établissements de santé canadiens ; décembre 2024.
3. Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et la gestion des infections à *Candida auris*. Bruxelles: CSS; 2024. Avis n° 9575.
4. Institut national de santé publique. Mesures de prévention et de contrôle du *Candida auris* dans les milieux de soins. Québec; 2024.

5. Swissnoso, Recommandations pour la prévention et le contrôle des infections à *Candida auris* ; mars 2024.
6. Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Conduite à tenir devant un cas de colonisation ou infection à *Candida auris*, V2 ; juin 2023.
7. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif aux mesures de prise en charge des patients infecté et colonisé par *Candida auris* et au rapport bénéfice/risque d'une prescription d'antifongiques en prophylaxie ; juin 2019