



# *Recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRe et des ABRI*

---

Journées régionales de formation



E. Piednoir  
23 juin 2026





# DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Intervenant : Emmanuel PIEDNOIR

Je n'ai aucun lien(s) d'intérêt avec la présentation

Intervenant : Didier LECOINTE

Je n'ai aucun lien(s) d'intérêt avec la présentation

# Les sous-groupes de travail



## 1- Enquête sur les difficultés/leviers de mise en place des mesures de prévention BHRé via les R-CPIAS dans les 3 secteurs de l'offre de soins

Personnes ressources : CPIAS, PRIMO, SPARES, EOH (CH-CHU), SSA

Pilotes du groupe : L. Simon, M. Giard



## 2- Stratégie biologique : dépistage et diagnostic

Personnes ressources : CNR, Biologistes (SFM, CHU...), SF2H, CS MIME

Pilotes du groupe : D. Lecointe, V. Cattoir



## 3- Stratégie de veille épidémiologique en France et territoires ultra-marins

Personnes ressources : SPF, SPILF, SF2H, CNR, SFM, SPARES

Pilotes du groupe : L. Gambotti, L. Simon



## 4- Prévention et contrôle de l'infection (actualisation)

Personnes ressources : SF2H, CPIAS, EOH (CH-CHU), SSA

Pilotes du groupe : S. Fournier, T. Sevin



## 5- Stratégie environnementale

Personnes ressources : CNR, Biologistes (SFM, CHU...), SF2H

Pilotes du groupe : C. Dananché, S. Romano-Bertrand



## 6- Bon usage des antibiotiques

Personnes ressources : SPILF, PRIMO, SPARES, CS MIME

Pilote du groupe : R. Lepeule, S. Kerneis



Coordination générale :  
D. Lecointe (2,4,5)  
E. Piednoir (1,3,6)



## Quelques principes de ces recommandations

1- Conférer de la **souplesse** dans l'application des mesures de prévention tout en affirmant des **mesures systémiques et incontournables**

=> Faire comprendre que l'épidémiologie des BHRé **change d'un hôpital à l'autre**  
« Pourquoi on fait pas comme dans mon ancien hôpital ? »

2- Sans laisser les **situations d'endémie** se créer

3- (Re) mettre l'expertise de EPRI au cœur du dispositif : mise en place des mesures et adaptabilité

4- ET surtout : importance du **niveau de respect des PS dont SHA**

5- **ABRI ≠ BHRé** → quelles mesures spécifiques ?

6- Inclusion des **ESMS** et mention de certaines spécificités : psychiatrie, dialyse, blessés de guerre...

7- Démarche biologique : dans quelles circonstances recommander la **PCR en priorité** ? Modalités de prélèvement ?



**ET puis élargir ces recommandations aux autres professionnels que ceux de la santé**

# Et donc au final : ca fait du monde !

## Merci à tous !

Le groupe de travail comprenait 36 membres dont deux co-pilotes :

### Membres

Membres	Institution
○ Pr Serge AHO-GLELE	CS3SP, HCSP
○ Dr Gabriel BIRGAND	CPias Pays de la Loire, CHU de Nantes, Mission nationale PRIMO
○ Dr Hervé BLANCHARD	CPias d'Île-de-France
○ Dr Richard BONNET	CNR de la Résistance aux Antibiotiques, CHU de Clermont-Ferrand
○ Dr Céline BOURIGAUT	EPRI, CHU de Nantes
○ Pr Vincent CATTOIR	CNR de la Résistance aux Antibiotiques, CHU de Rennes
○ Pr Antoine CHERET	CS3SP, HCSP
○ Mme Frédérique CLAUDOT	CS3SP, HCSP
○ Dr Cédric DANANCHE	EPRI, CHU de Lyon, SF2H
○ Pr Cécile FICKO	CSMIME, HCSP
○ Dr Sandra FOURNIER	EPRI centrale, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)
○ Dr Laetitia GAMBOTTI	Santé publique France
○ Dr Marine GIARD	CPias Auvergne-Rhône-Alpes, CHU de Lyon-
○ Dr Bruno GRANDBASTIEN	CHU de Lausanne
○ Pr Yves HANSMANN	CSMIME, HCSP
○ Pr Frédéric JANVIER	EPRI, HIA de Toulon, Service de Santé des Armées (SSA), Ministère de la Défense
○ Dr Hatem KALLEL	CS3SP, HCSP
○ Pr Solène KERNEIS	EPRI, CHU Bichat-Claude Bernard, AP-HP, SPILF
○ Dr Marie-Frédérique LARTIGUE	Bactériologie-Hygiène, CHU de Tours, SFM
○ Pr Jean-Philippe LAVIGNE	Microbiologie-Hygiène, CHU de Nîmes
○ Dr Thierry LAVIGNE	EPRI, CHU de Strasbourg
○ Dr Didier LECOINTE	CS3SP, HCSP ; <b>co-pilote</b>
○ Dr Clément LEGEAY	EPRI, CHU d'Angers
○ Dr Raphaël LEPEULE	Maladies infectieuses, tropicales et immunologie clinique, CHU Henri-Mondor, AP-HP, SPILF
○ Dr Mathilde LESCAT	Institut de Recherche Biomédicale des Armées, SSA, SFM
○ Dr Amandine MEYER	Santé publique France
○ Dr Bruno MOURVILLIER	CSMIME, HCSP
○ Dr Marion OPATOWSKI	Santé publique France

Deux enquêtes ont été menées au cours des travaux :

- Par le sous-groupe N°1 : Enquête sur les freins à l'application des recommandations 2019 du HCSP
  - **Coordination** : Marine GIARD, Loïc SIMON
  - **Participants** : Philippine BERTON, Hervé BLANCHARD, Olivia BRANDMEYER, Sandra FOURNIER, Bruno GRANDBASTIEN, Thierry LAVIGNE, Anaïs MACHUT, Emmanuel PIEDNOIR, Sara TAHANI
- Par le sous-groupe N°2 : Enquête sur les pratiques des laboratoires pratiquant les dépistages
  - **Coordination** : Mathilde LESCAT

Analyse de la littérature au sein de chaque sous-groupe de travail.

Auditions :

- Par le sous-groupe N°2 :
  - Pr Laurent DORTET, Directeur du CNR des antibiotiques au CHU de Bicêtre
  - M. Bruno VENTELOU, Economiste, Directeur de recherche au CNRS (CSMIME)
- Par le sous-groupe N°5 :
  - M. Pascal FORCIOLI, Directeur d'établissement (CS3SP)
  - Mme Karen VANCOETSEM, Cadre Bio-Hygiéniste, CPias Auvergne-Rhône-Alpes
- Par les co-pilotes : Pr JC Lucet et Dr A. Berger-Carbonne
- Par les co-pilotes : Pr Didier Lepelletier, DGS
- Par les co-pilotes : Pr Yazdan Yazdanpanah (ANR MIE) et JY Madec (ANSES)

- Dr Alix PANTEL Microbiologie-Hygiène, CHU de Nîmes
- Pr Emmanuel PIEDNOIR CS3SP, HCSP ; **co-pilote**
- Dr Anaïs POTRON CNR de la Résistance aux Antibiotiques, CHU de Besançon
- Dr Sara ROMANO-BERTRAND EPRI, CHU de Montpellier, SF2H
- Dr Thibaud SEVIN EPRI, CH de Châteauroux-Le Blanc
- Dr Loïc SIMON CPias Grand Est, CHU de Nancy, Mission nationale SPARES
- Dr Florence STORDEUR CRATb d'Île-de-France
- Dr Sara TAHANI CPias Grand Est, CHU de Nancy

Il a été divisé en six sous-groupes selon la répartition et les compositions suivantes :

- Sous-groupe N°1 : « *Etude des freins à l'application des recommandations 2019* »
  - Co-pilotes : Marine GIARD et Loïc SIMON
  - Membres : Gabriel BIRGAND, Hervé BLANCHARD, Sandra FOURNIER, Bruno GRANDBASTIEN, Thierry LAVIGNE, Emmanuel PIEDNOIR
- Sous-groupe N°2 : « *Stratégie de dépistage du portage de BHRé et/ou d'ABRI* »
  - Co-pilotes : Vincent CATTOIR et Didier LECOINTE
  - Membres : Frédérique CLAUDOT, Frédéric JANVIER, Mathilde LESCAT, Alix PANTEL, Anaïs POTRON, Sara ROMANO-BERTRAND
- Sous-groupe N°3 : « *Veille épidémiologique* »
  - Co-pilotes : Laetitia GAMBOTTI et Loïc SIMON
  - Membres : Hervé BLANCHARD, Bruno GRANDBASTIEN, Amandine MEYER, Emmanuel PIEDNOIR, Sara ROMANO-BERTRAND
- Sous-groupe N°4 : « *Prévention et Contrôle de l'Infection* »
  - Co-pilotes : Sandra FOURNIER et Thibaud SEVIN
  - Membres : Serge AHO-GLELE, Gabriel BIRGAND, Hervé BLANCHARD, Céline BOURIGAUT, Frédérique CLAUDOT, Cédric DANANCHE, Frédéric JANVIER, Marine GIARD, Thierry LAVIGNE, Didier LECOINTE, Clément LEGEAY, Amandine MEYER, Sara ROMANO-BERTRAND
- Sous-groupe N°5 : « *Stratégie environnementale* »
  - Co-pilotes : Cédric DANANCHE et Sara ROMANO-BERTRAND
  - Membres : Hervé BLANCHARD, Vincent CATTOIR, Sandra FOURNIER, Marine GIARD, Thierry LAVIGNE, Didier LECOINTE, Thibaud SEVIN
- Sous-groupe N°6 : « *Bon usage des antibiotiques* »
  - Co-pilotes : Solène KERNEIS et Raphaël LEPEULE

## 90 recommandations

Stratégie : 13

Socles : 6

Cas isolé : 1

Analyse de risque : 8

Etablissement de santé : 11

Filières spécifiques : 12

ESMS : 3

Soins primaires : 1

Spécificité ABRI : 3

Stratégie de dépistage : 14

Environnement : 13

Surveillance épidémiologique : 4

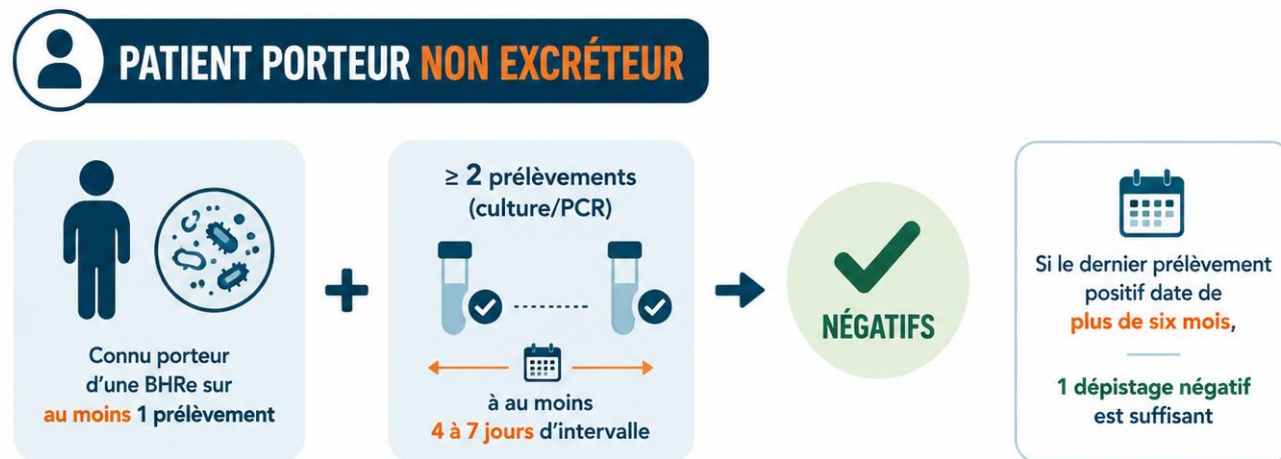
Bon usage des antibiotiques : 2

# Et donc au final : les nouveautés 2026

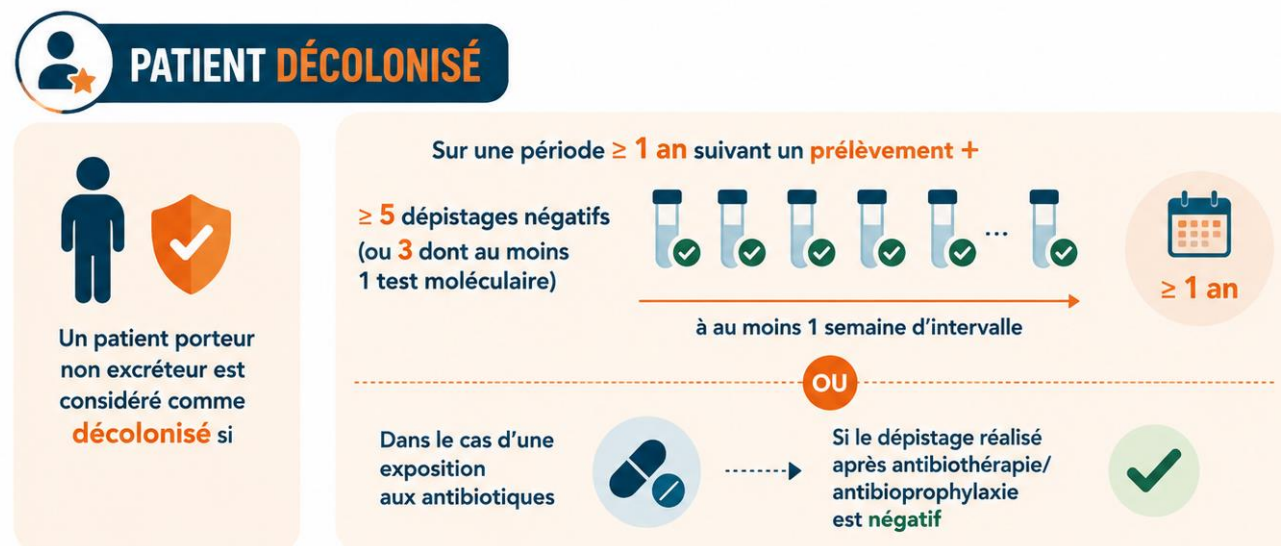
- **Mesures stratégiques** : assurer moyens de mise en œuvre de la politique de maîtrise de la diffusion des BHRé/ABRI en ES : effectifs de EPRI/laboratoires, financement des test moléculaires, outils informatiques, politique de maîtrise du risque environnemental dans les ES ;
- **Mesures socles** : aspects éthiques et juridiques, niveau de respect des PS et PCC, dépistage des patients à risque.....
- Laboratoires : au minimum **tests moléculaires + plusieurs géloses sélectives** pour le dépistage du portage de BHRé ;
- **Adaptation des mesures de contrôle par l'EPRI** en tenant compte de l'analyse du risque de transmission autour d'un patient porteur
- **Allègement du suivi** des dépistages => privilégier l'accompagnement des équipes soignantes
- Recommandations devant des **épidémies persistantes** et prolongées non contrôlées ;
- Précision des **mesures à appliquer selon les filières** : EHPAD, soins primaires, soins palliatifs, psychiatrie, etc. ;
- Gestion du **risque environnemental** : indications des prélèvements d'environnement ;
- Mesures de contrôle autour d'un **patient porteur d'ABRI**, en distinguant les services à risque (réanimations/grd brûlés) des autres services.
- Modalités de **bon usage des antibiotiques**

# Quelques définitions 2026

**Patient porteur non excréteur** : connu porteur d'une BHRé sur au moins 1 prélèvement +  $\geq 2$  prélèvements (culture/PCR) réalisés à au moins 4 à 7 jours d'intervalle sont négatifs. Si le dernier prélèvement positif date de plus de six mois, 1 dépistage négatif est suffisant.



**Patient décolonisé** : un patient porteur non excréteur est considéré comme décolonisé si, sur une période  $\geq 1$  an suivant un prélèvement +,  $\geq 5$  (ou 3 dont au moins 1 test moléculaire) dépistages successifs, à au moins une semaine d'intervalle, sont négatifs. Dans le cas d'une exposition aux antibiotiques : si le dépistage réalisé après antibiothérapie/antibioprophylaxie est  $< 0$ .



# Quelques définitions 2026

## 3 niveaux de contact à risque

**Contact** : patient pris en soins par la même équipe soignante qu'un patient porteur de BHRé pendant au moins 24 h

**Faible** : patient porteur de BHRé a été pris en charge en PCC dès son admission.

**Moyen** : patient porteur a été pris en charge en PS à son admission + aucun cas secondaire.

**Elevé** :  $\geq 1$  cas secondaire a été identifié, indiquant une situation épidémique. Ce risque redevient faible lorsque la situation épidémique est maîtrisée.

**Epidémie contrôlée** : pas de nouveau cas identifié au cours des 3 semaines suivant la découverte du dernier cas.



### 3 NIVEAUX DE CONTACT À RISQUE



**Contact** : patient pris en soins par la même équipe soignante qu'un patient porteur de BHRé pendant au moins 24 h



**FAIBLE**

Patient porteur de BHRé a été pris en charge en PCC dès son admission.



**MOYEN**

Patient porteur a été pris en charge en PS à son admission + aucun cas secondaire.



**ÉLEVÉ**

$\geq 1$  cas secondaire a été identifié, indiquant une situation épidémique. Ce risque redevient faible lorsque la situation épidémique est maîtrisée.

# Ce qu'il faut retenir en priorité

## Pour les EPRI :

- Evaluer régulièrement le niveau de respect des PS par les EPRI : on allège seulement quand elles sont très bien respectées
- Instaurer les mesures de prévention le plus rapidement possible
- Effectuer des analyses de risque si cas isolé/groupé

R15

R16

## Pour les laboratoires :

- Disposer de la PCR
- Géloses sélectives de sensibilité différente

R20

R66-68



# Ce qu'il ne faut pas faire : dépistage/surveillance

**R17** : Ne pas dépister les résidents à l'admission en ESMS.

**R23** : Ne pas dépister les patients contact d'un patient porteur non excréteur.

**R36** : Ne pas dépister les cas contacts d'un patient porteur d'ABRI dans les services non à risque, sauf épidémie non contrôlée.

**R42** : Ne pas dépister en psychiatrie les patients contact en cas de présence d'un patient porteur de BHRe et/ou ABRI.

**R46** : Ne pas effectuer de dépistage systématique des patients suivis en unité de dialyse ou HDJ en l'absence de patient porteur.

**R50** : Ne pas dépister les patients contact en soins palliatifs en cas de présence d'un patient porteur de BHRe.

**R52** : Ne pas dépister les autres résidents en ESMS en cas de présence d'un résident porteur.

**R52** : Ne pas conditionner un transfert vers un EHPAD à la réalisation d'un dépistage.

**R52** : Ne pas dépister les résidents connus porteurs sauf en cas de transfert en MCO.

**R54** : Ne pas dépister les patients connus porteurs en soins primaires sauf transfert en MCO.

**R54** : Ne pas dépister les patients pris en soins par la même équipe soignante.

**R61** : Ne pas réaliser de suivi nominatif des patients contact à risque faible ou moyen.

**R61** : Ne pas inscrire ces patients dans une liste informatique.

**R61** : Ne pas les dépister lors d'une réhospitalisation hors situation épidémique.

**R62** : Il n'est pas recommandé de dépister les patients contacts rentrés à domicile.



# Ce qu'il ne faut pas faire : PCC et autres

**R19** : Les PCC ne sont pas recommandées en EHPAD, en soins de ville et en soins palliatifs (sauf exceptions).

**R40** : Ne pas interdire l'accès aux plateaux techniques, espaces de vie et à la balnéothérapie (sous conditions).

**R50** : Ne pas initier de PCC en soins palliatifs pour les patients porteurs ou contacts.

**R52** : Ne pas mettre en place de PCC en ESMS pour les patients porteurs ou contacts.

**R54** : Ne pas initier de PCC en soins primaires pour les patients porteurs ou contacts.



# Ce qu'il ne faut pas faire : et encore

## Signalement

**R85** : Ne pas signaler les colonisations à BHRe et/ou ABRI sauf en cas d'épidémie de colonisation.

## Antibiothérapie

**R90** : L'antibiothérapie probabiliste orientée sur la souche de portage ne doit pas être systématique.

**R90** : L'antibiothérapie chez un patient contact ne doit être envisagée qu'en présence de signes de gravité.

**R90** : Ne pas proposer de traitement pour éradiquer le portage.

## Autres formulations négatives

**R47** : Le statut de porteur/contact ne doit pas faire obstacle à un transfert.

**R75** : Les bandeaux en microfibre associés uniquement à l'eau ne peuvent pas être utilisés.



# Et puis quelques mesures PCI



Que tout patient porteur excréteur/non excréteur, de BHRe/ABRI en MCO (y compris HDJ, dialyse), en SMR ou en SLD soit

=> **chambre individuelle** avec des sanitaires individuels

=> **PS + PC** + principe de marche en avant lors des soins et du bionettoyage.

=> pas de PCC en ESMS, Soins Primaires et USP

**R19**

**Analyse de risque** par l'EPRI : contexte lié au patient, à la compliance au PS, compliance aux PCC, problématique RH, architecturaux, épidémiologie locale, maîtrise de l'environnement.....

**R20**

Dans une situation à risque faible ou moyen de transmission dans un service hébergeant un patient porteur de BHRe, d'appliquer les PS pour les patients contacts.

**R26**

**Commentaire** : Si le patient porteur était en chambre double avant la découverte de la BHRe, son voisin est placé en PCC, jusqu'à au moins un dépistage négatif hors exposition.

# La politique de dépistage

R58



## D'identifier **dès l'admission** pour dépister les patients suivants



En ciblant  
les **EPC** et les **ERV**  
tout patient :

- 1 Ayant été **hospitalisé à l'étranger** dans l'année précédente, en hospitalisation complète, y compris de moins de 24 h, en HDJ ou ayant bénéficié d'une dialyse.



- 2 Résidant à l'étranger ou ayant **séjourné à l'étranger** depuis **moins de trois mois**, sans hospitalisation, selon une analyse de risque tenant compte de la durée de séjour, du pays, de la prise d'antibiotiques, et des modalités de voyage.



- 3 Ayant séjourné en **zone de conflit**.



En ciblant uniquement  
la **BHRe concernée**  
par la situation  
épidémiologique,  
tout patient :

- 1 Contact **à risque élevé** réhospitalisé ou transféré d'un ES français.



- 2 Réhospitalisé et **connu comme porteur**.



- 3 Hospitalisé dans un service ou une filière de soins locale dans laquelle se déroule une **épidémie prolongée non contrôlée**.



# Les épidémies

**La base :** rapidité, cellule de crise avec tous les acteurs, analyse de risque, accompagnement par l'EPRI, gestion de l'environnement et aussi.....BUA

R28

Renforcer la présence de l'EPRI dans le service faisant l'objet d'une épidémie persistante pour réévaluer l'application des PS et PCC, de jour comme de nuit, et vérifier la bonne compréhension et adhésion aux recommandations

R33

## Et ensuite :

=> appliquer les PS seules pour les patients contact à risque élevé dans le service concerné par l'épidémie ;

R29

=> appliquer les PCC pour les patients contacts à risque élevé transférés dans d'autres secteurs ou réhospitalisés



# Spécificité ABRI

**La base :** PS + PCC + importance du bionettoyage

=> Service non à risque : pas dépistage des contacts quelque soit le risque

=> Service à risque (réanimation / Grand brûlés) : dépistage des cas contacts + attention aux respects des procédures de désinfection du matériel partagé

**R36**

**Dans l'idéal :** + sectorisation en trois secteurs distincts avec du personnel dédié à chaque secteur : « porteurs », « contacts », et « indemnes » ou seront admis les nouveaux patients

**R38**

Dépistage des patients contact toutes les semaines tant qu'ils sont hospitalisés dans le service concerné, puis 4 à 7 j après le départ du dernier colonisé / infecté

**R57**

Dans un service à risque ,de dépister à la recherche d'ABRI dès l'admission :

**R64**

- tout patient rapatrié sanitaire de l'étranger et d'outre-mer ayant été hospitalisé ;
- tout patient connu porteur ou infecté d'ABRI ;
- tout patient rapatrié sanitaire d'une zone de conflit ou victime de catastrophe naturelle

# Et l'environnement ?

---

Prendre en compte la dimension architecturale, le choix des équipements pour limiter les risques de transmission croisée

Importance du bionettoyage et de la maîtrise du risque environnemental : procédures adaptées, validées et process contrôlé avec des produits validés

=> lien gouvernance et EPRI

**R 72 à 75**

**R 79 et 80**

En cas d'épidémie : prélèvements de l'environnement quand tous les autres facteurs sont contrôlés

**R82**



# Le bon usage des antibiotiques

R89

R90

Qu'en situation épidémique de BHRé ou d'ABRI dans une(des) unité(s) de soins :

- un **spécialiste du BUA** soit intégré à la **cellule de crise**
- renforcer les stratégies de BUA dans la (les) unité(s) concernée(s) par une situation épidémique :
  - => la formation et la sensibilisation ;
  - => rédaction d'un protocole spécifique de gestion de l'antibiothérapie chez les patients colonisés/contacts
  - => élargir la liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée + renforcement de la validation pharmaceutique
- + discuter sur **l'instauration d'une ATB probabiliste** orientée sur l'antibiogramme de la souche ne doit pas être systématique et doit faire l'objet d'une concertation avec un expert en antibiothérapie
- + chez un **patient « contact »** non connu colonisé et ayant des signes d'infection, l'instauration d'une ATB probabiliste orientée sur l'antibiogramme de la souche épidémique ne doit être envisagée que devant une **gravité** (sepsis, choc septique), et en concertation avec un expert en antibiothérapie.
- + de ne pas proposer de traitement pour éradiquer le portage.
- + **validée par un infectiologue** une antibiothérapie devant couvrir BHRé/ABRI



antibiothérapie  
de signes de

# Le bon usage des antibiotiques

Dans toutes les situations, de faire une évaluation préalable au déploiement du programme local de BUA par l'EMA, le référent en antibiothérapie ou le CRAtb.

R89

## QU'EN SITUATION ÉPIDÉMIQUE DE BHR<sub>e</sub> OU D'ABRI DANS UNE(DES) UNITÉ(S) DE SOINS :

R90



- un spécialiste du BUA soit intégré à la cellule de crise



- renforcer les stratégies de BUA dans la (les) unité(s) concernée(s) par une situation épidémique :

- la formation et la sensibilisation ;
- rédaction d'un **protocole spécifique** de gestion de l'antibiothérapie chez les patients colonisés/contacts ;
- élargir la liste d'antibiotiques à **dispensation contrôlée** + renforcement de la **validation pharmaceutique**.



- discuter sur l'instauration d'une ATB probabiliste orientée sur l'antibiogramme de la souche ne doit pas être systématique et doit faire l'objet d'une **concertation avec un expert en antibiothérapie**.



- chez un patient « contact » non connu colonisé et ayant des signes d'infection, l'instauration d'une antibiothérapie probabiliste orientée sur l'antibiogramme de la souche épidémique ne doit être envisagée qu'en présence de **signes de gravité (sepsis, choc septique)**, et en **concertation avec un expert en antibiothérapie**.



- de **ne pas proposer de traitement** pour éradiquer le portage.



- validée par un **infectiologue** une antibiothérapie devant couvrir BHR<sub>e</sub>/ABRI.



Parcours du porteur de BHRé / ABRI	Risques à éviter	Principales causes immédiates / profondes (non exhaustif)	Mesures barrières d'ordre stratégique
Admission dans un service d'un ES : établissement du statut de porteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ni dépistage ni PCC</li> <li>- Faux négatifs : porteur non détecté en dépit du dépistage</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion silencieuse de la BHRé et/ou de l'ABRI dans le service</li> <li>- Surcoût lié à l'absence de détection &lt; 48 h du porteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de soins non sensibilisé au dépistage dès l'admission, aux risques de diffusion et d'antibiorésistance</li> <li>- Qualité du prélèvement insuffisante par absence d'informations sur les critères d'exigence</li> <li>- Effectifs de l'EPRI insuffisants : présence active et continue dans tous les services de soins impossible</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des moyens techniques adaptés : PCR et géloses de sensibilité différentes</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des effectifs permettant de mener une politique de dépistage adaptée</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p> <p><b>R2.</b> Géloses et PCR disponibles au SBM/L2H</p> <p><b>R3.</b> Tests PCR et immunochromatographiques financés</p>

Parcours du porteur de BHRé / ABRI	Risques à éviter	Principales causes immédiates / profondes (non exhaustif)	Mesures barrières d'ordre stratégique
Admission dans un service d'un ES : établissement du statut de porteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ni dépistage ni PCC</li> <li>- Faux négatifs : porteur non détecté en dépit du dépistage</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion silencieuse de la BHRé et/ou de l'ABRI dans le service</li> <li>- Surcoût lié à l'absence de détection &lt; 48 h du porteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de soins non sensibilisé au dépistage dès l'admission, aux risques de diffusion et d'antibiorésistance</li> <li>- Qualité du prélèvement insuffisante par absence d'informations sur les critères d'exigence</li> <li>- Effectifs de l'EPRI insuffisants : présence active et continue dans tous les services de soins impossible</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des moyens techniques adaptés : PCR et géloses de sensibilité différentes</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des effectifs permettant de mener une politique de dépistage adaptée</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p> <p><b>R2.</b> Géloses et PCR disponibles au SBM/L2H</p> <p><b>R3.</b> Tests PCR et immunochromatographiques financés</p>
Suivi du porteur et des contacts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défaut d'accompagnement du service par l'EPRI</li> <li>- Dépistage des contacts non réalisé, insuffisant ou défaillant</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion dans le service</li> <li>- Surcoût exponentiel lié au nombre de cas secondaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectifs de l'EPRI insuffisants : présence active et continue dans tous les services de soins impossible</li> <li>- Service de soins non sensibilisé au dépistage dès l'admission, aux risques de diffusion et d'antibiorésistance</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des effectifs permettant de mener une politique de dépistage adaptée</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p> <p><b>R2.</b> Outils informatiques de gestion patients porteurs / contacts</p> <p><b>R4.</b> Programme BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</p>

Parcours du porteur de BHRe / ABRI	Risques à éviter	Principales causes immédiates / profondes (non exhaustif)	Mesures barrières d'ordre stratégique
Admission dans un service d'un ES : établissement du statut de porteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ni dépistage ni PCC</li> <li>- Faux négatifs : porteur non détecté en dépit du dépistage</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion silencieuse de la BHRe et/ou de l'ABRI dans le service</li> <li>- Surcoût lié à l'absence de détection &lt; 48 h du porteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de soins non sensibilisé au dépistage dès l'admission, aux risques de diffusion et d'antibiorésistance</li> <li>- Qualité du prélèvement insuffisante par absence d'informations sur les critères d'exigence</li> <li>- Effectifs de l'EPRI insuffisants : présence active et continue dans tous les services de soins impossible</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des moyens techniques adaptés : PCR et géloses de sensibilité différentes</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des effectifs permettant de mener une politique de dépistage adaptée</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p> <p><b>R2.</b> Géloses et PCR disponibles au SBM/L2H</p> <p><b>R3.</b> Tests PCR et immunochromatographiques financés</p>
Suivi du porteur et des contacts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défaut d'accompagnement du service par l'EPRI</li> <li>- Dépistage des contacts non réalisé, insuffisant ou défaillant</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion dans le service</li> <li>- Surcoût exponentiel lié au nombre de cas secondaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectifs de l'EPRI insuffisants : présence active et continue dans tous les services de soins impossible</li> <li>- Service de soins non sensibilisé au dépistage dès l'admission, aux risques de diffusion et d'antibiorésistance</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des effectifs permettant de mener une politique de dépistage adaptée</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p> <p><b>R2.</b> Outils informatiques de gestion patients porteurs / contacts</p> <p><b>R4.</b> Programme BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</p>
Epidémie prolongée non contrôlée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Surcoût engageant la soutenabilité financière de l'ES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les causes précédentes cumulées associées à un défaut de prise de conscience de la gouvernance de l'ES</li> </ul>	<p><b>R4.</b> Programme de BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</p> <p><b>R11.</b> Groupe national suivi / aide à gestion d'épidémies prolongées non contrôlées</p>

Parcours du porteur de BHRé / ABRI	Risques à éviter	Principales causes immédiates / profondes (non exhaustif)	Mesures barrières d'ordre stratégique
Admission dans un service d'un ES : établissement du statut de porteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ni dépistage ni PCC</li> <li>- Faux négatifs : porteur non détecté en dépit du dépistage</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion silencieuse de la BHRé et/ou de l'ABRI dans le service</li> <li>- Surcoût lié à l'absence de détection &lt; 48 h du porteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de soins non sensibilisé au dépistage dès l'admission, aux risques de diffusion et d'antibiorésistance</li> <li>- Qualité du prélèvement insuffisante par absence d'informations sur les critères d'exigence</li> <li>- Effectifs de l'EPRI insuffisants : présence active et continue dans tous les services de soins impossible</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des moyens techniques adaptés : PCR et géloses de sensibilité différentes</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des effectifs permettant de mener une politique de dépistage adaptée</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p> <p><b>R2.</b> Géloses et PCR disponibles au SBM/L2H</p> <p><b>R3.</b> Tests PCR et immunochromatographiques financés</p>
Suivi du porteur et des contacts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défaut d'accompagnement du service par l'EPRI</li> <li>- Dépistage des contacts non réalisé, insuffisant ou défaillant</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion dans le service</li> <li>- Surcoût exponentiel lié au nombre de cas secondaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectifs de l'EPRI insuffisants : présence active et continue dans tous les services de soins impossible</li> <li>- Service de soins non sensibilisé au dépistage dès l'admission, aux risques de diffusion et d'antibiorésistance</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des effectifs permettant de mener une politique de dépistage adaptée</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p> <p><b>R2.</b> Outils informatiques de gestion patients porteurs / contacts</p> <p><b>R4.</b> Programme BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</p>
Epidémie prolongée non contrôlée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Surcoût engageant la soutenabilité financière de l'ES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les causes précédentes cumulées associées à un défaut de prise de conscience de la gouvernance de l'ES</li> </ul>	<p><b>R4.</b> Programme de BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</p> <p><b>R11.</b> Groupe national suivi / aide à gestion d'épidémies prolongées non contrôlées</p>
Rôle de l'environnement autour du porteur et des cas secondaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contamination de l'environnement</li> <li>- Création de réservoirs et relais</li> <li>- Diffusion en raison de mesures partielles négligeant la part de l'environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Locaux inadaptés</li> <li>- Entretien de l'environnement défectueux</li> <li>- Personnel soignant et gouvernance non informés / sensibilisés à la participation de l'environnement à la diffusion des BHRé/ABRI</li> <li>- Société ménage extérieure non contrôlée</li> </ul>	<p><b>R5.</b> EPRI intégrée aux projets construction / rénovation</p> <p><b>R6.</b> Politique de maîtrise du risque environnemental élaborée par la gouvernance et l'EPRI</p> <p><b>R7.</b> Cahier des charges de toute prestation de bionettoyage externalisée élaborée avec avis de l'EPRI et contrôlé</p> <p><b>R8.</b> Formation des gouvernances sur le lien entre environnement et risque de diffusion des BHRé / ABRI</p>

Parcours du porteur de BHRé / ABRI	Risques à éviter	Principales causes immédiates / profondes (non exhaustif)	Mesures barrières d'ordre stratégique
Admission dans un service d'un ES : établissement du statut de porteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ni dépistage ni PCC</li> <li>- Faux négatifs : porteur non détecté en dépit du dépistage</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion silencieuse de la BHRé et/ou de l'ABRI dans le service</li> <li>- Surcoût lié à l'absence de détection &lt; 48 h du porteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de soins non sensibilisé au dépistage dès l'admission, aux risques de diffusion et d'antibiorésistance</li> <li>- Qualité du prélèvement insuffisante par absence d'informations sur les critères d'exigence</li> <li>- Effectifs de l'EPRI insuffisants : présence active et continue dans tous les services de soins impossible</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des moyens techniques adaptés : PCR et géloses de sensibilité différentes</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des effectifs permettant de mener une politique de dépistage adaptée</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p> <p><b>R2.</b> Géloses et PCR disponibles au SBM/L2H</p> <p><b>R3.</b> Tests PCR et immunochromatographiques financés</p>
Suivi du porteur et des contacts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défaut d'accompagnement du service par l'EPRI</li> <li>- Dépistage des contacts non réalisé, insuffisant ou défaillant</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion dans le service</li> <li>- Surcoût exponentiel lié au nombre de cas secondaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectifs de l'EPRI insuffisants : présence active et continue dans tous les services de soins impossible</li> <li>- Service de soins non sensibilisé au dépistage dès l'admission, aux risques de diffusion et d'antibiorésistance</li> <li>- Laboratoire ne disposant pas des effectifs permettant de mener une politique de dépistage adaptée</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p> <p><b>R2.</b> Outils informatiques de gestion patients porteurs / contacts</p> <p><b>R4.</b> Programme BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</p>
Epidémie prolongée non contrôlée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Surcoût engageant la soutenabilité financière de l'ES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les causes précédentes cumulées associées à un défaut de prise de conscience de la gouvernance de l'ES</li> </ul>	<p><b>R4.</b> Programme de BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</p> <p><b>R11.</b> Groupe national suivi / aide à gestion d'épidémies prolongées non contrôlées</p>
Rôle de l'environnement autour du porteur et des cas secondaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contamination de l'environnement</li> <li>- Création de réservoirs et relais</li> <li>- Diffusion en raison de mesures partielles négligeant la part de l'environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Locaux inadaptés</li> <li>- Entretien de l'environnement défectueux</li> <li>- Personnel soignant et gouvernance non informés / sensibilisés à la participation de l'environnement à la diffusion des BHRé/ABRI</li> <li>- Société ménage extérieure non contrôlée</li> </ul>	<p><b>R5.</b> EPRI intégrée aux projets construction / rénovation</p> <p><b>R6.</b> Politique de maîtrise du risque environnemental élaborée par la gouvernance et l'EPRI</p> <p><b>R7.</b> Cahier des charges de toute prestation de bionettoyage externalisée élaborée avec avis de l'EPRI et contrôlé</p> <p><b>R8.</b> Formation des gouvernances sur le lien entre environnement et risque de diffusion des BHRé / ABRI</p>
Transfert du porteur en ESMS puis sortie en ville	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'information sur le statut de porteur</li> <li>- Prise en charge inadaptée</li> <li>- Diffusion loco-régionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défaut de communication du statut du patient</li> <li>- Défaut de formation / accompagnement des professionnels de santé hors ES</li> <li>- Nombre d'EMH insuffisant dans le territoire de santé</li> </ul>	<p><b>R4.</b> Programme BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</p> <p><b>R9.</b> Protocole d'accueil des résidents porteurs de BHRé en ESMS</p> <p><b>R10.</b> Former, accompagner les professionnels de santé de ville</p>

# Responsables de la mise en œuvre des mesures stratégiques de réduction des risques

Etapes du parcours d'un patient porteur de BHRé/ABRI	Admission dans un ES : détection du portage	Suivi du porteur et des contacts	Epidémie prolongée non contrôlée	Rôle de l'environnement autour du porteur / contacts	Transfert du porteur en ESMS puis sortie en ville
--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	---	--

Risques à éviter tout au long du parcours du patient porteur
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ni dépistage ni PCC à l'admission</li> <li>- Faux négatifs : porteur non détecté en dépit du dépistage</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion silencieuse de la BHRé et/ou de l'ABRI dans le service</li> <li>- Surcoût lié à l'absence de détection &lt;48h du porteur</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défaut d'accompagnement du service par l'EPRI</li> <li>- Dépistage des contacts non réalisé, insuffisant ou défaillant</li> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Diffusion dans le service</li> <li>- Surcoût exponentiel lié au nombre de cas secondaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible niveau de respect des PS</li> <li>- Surcoût engageant la soutenabilité financière de l'ES</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contamination de l'environnement</li> <li>- Création de réservoirs et relais</li> <li>- Diffusion en raison de mesures partielles négligeant la part de l'environnement</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'information sur le statut de porteur</li> <li>- Prise en charge inadaptée</li> <li>- Diffusion loco-régionale</li> </ul>

# Responsables de la mise en œuvre des mesures stratégiques de réduction des risques

Etapes du parcours d'un patient porteur de BHRe/ABRI	Admission dans un ES : détection du portage	Suivi du porteur et des contacts	Epidémie prolongée non contrôlée	Rôle de l'environnement autour du porteur / contacts	Transfert du porteur en ESMS puis sortie en ville
--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	---	--

Dans les ES : Direction, Présidence de CME, EPRI, EMA

**Gestion des effectifs et des moyens techniques à disposition**

→ Prévention du risque d'épidémie dès la détection du porteur

- R1. Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H
- R1. Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages
- R2. Outils informatiques de gestion des patients porteurs / contacts
- R2. Géloses et tests moléculaires disponibles au SBM/L2H
- R4. Programme de BUA et de BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins

**Risques à éviter tout au long du parcours du patient porteur**

- Ni dépistage ni PCC à l'admission
- Faux négatifs : porteur non détecté en dépit du dépistage
- Faible niveau de respect des PS
- Diffusion silencieuse de la BHRe et/ou de l'ABRI dans le service
- Surcoût lié à l'absence de détection <48h du porteur
- Défaut d'accompagnement du service par l'EPRI
- Dépistage des contacts non réalisé, insuffisant ou défaillant
- Faible niveau de respect des PS
- Diffusion dans le service
- Surcoût exponentiel lié au nombre de cas secondaires
- Faible niveau de respect des PS
- Surcoût engageant la soutenabilité financière de l'ES
- Contamination de l'environnement
- Création de réservoirs et relais
- Diffusion en raison de mesures partielles négligeant la part de l'environnement
- Absence d'information sur le statut de porteur
- Prise en charge inadaptée
- Diffusion loco-régionale

# Responsables de la mise en œuvre des mesures stratégiques de réduction des risques

Etapes du parcours d'un patient porteur de BHRé/ABRI	Admission dans un ES : détection du portage	Suivi du porteur et des contacts	Epidémie prolongée non contrôlée	Rôle de l'environnement autour du porteur / contacts	Transfert du porteur en ESMS puis sortie en ville
--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	---	--

Dans les ES : Direction, Présidence de CME, EPRI, EMA

**Gestion des effectifs et des moyens techniques à disposition**

→ Prévention du risque d'épidémie dès la détection du porteur

**R1.** Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H

**R1.** Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages

**R2.** Outils informatiques de gestion des patients porteurs / contacts

**R2.** Géloses et tests moléculaires disponibles au SBM/L2H

**R4.** Programme de BUA et de BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins

**Gestion de l'environnement**

**R5.** EPRI intégrée aux projets de construction ou de rénovation

**R6.** Politique de maîtrise du risque environnemental élaborée par la gouvernance et l'EPRI

**R7.** Cahier des charges de toute prestation de bionettoyage externalisée

**Risques à éviter tout au long du parcours du patient porteur**

- Ni dépistage ni PCC à l'admission
- Faux négatifs : porteur non détecté en dépit du dépistage
- Faible niveau de respect des PS
- Diffusion silencieuse de la BHRé et/ou de l'ABRI dans le service
- Surcoût lié à l'absence de détection <48h du porteur

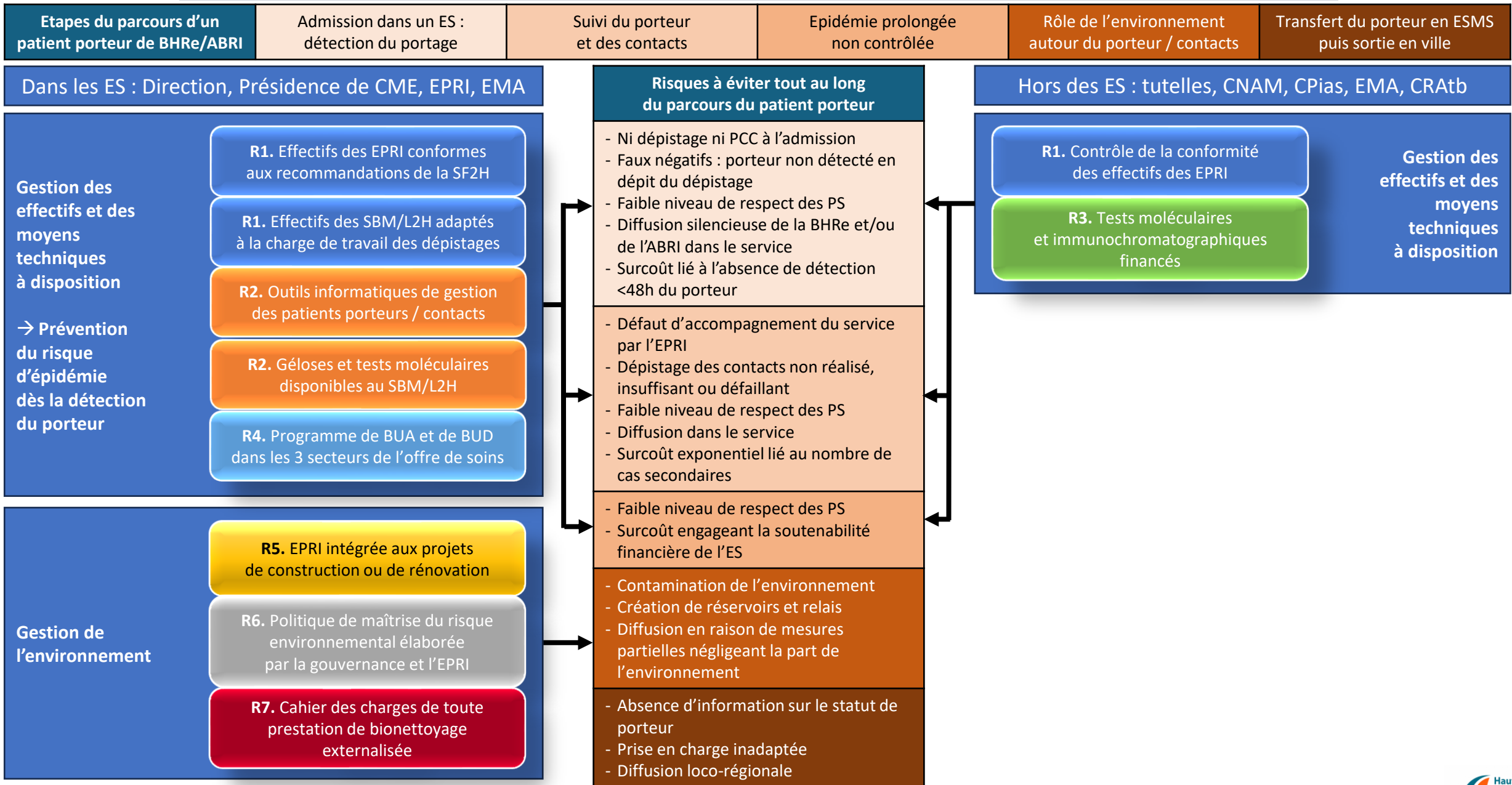
- Défaut d'accompagnement du service par l'EPRI
- Dépistage des contacts non réalisé, insuffisant ou défaillant
- Faible niveau de respect des PS
- Diffusion dans le service
- Surcoût exponentiel lié au nombre de cas secondaires

- Faible niveau de respect des PS
- Surcoût engageant la soutenabilité financière de l'ES

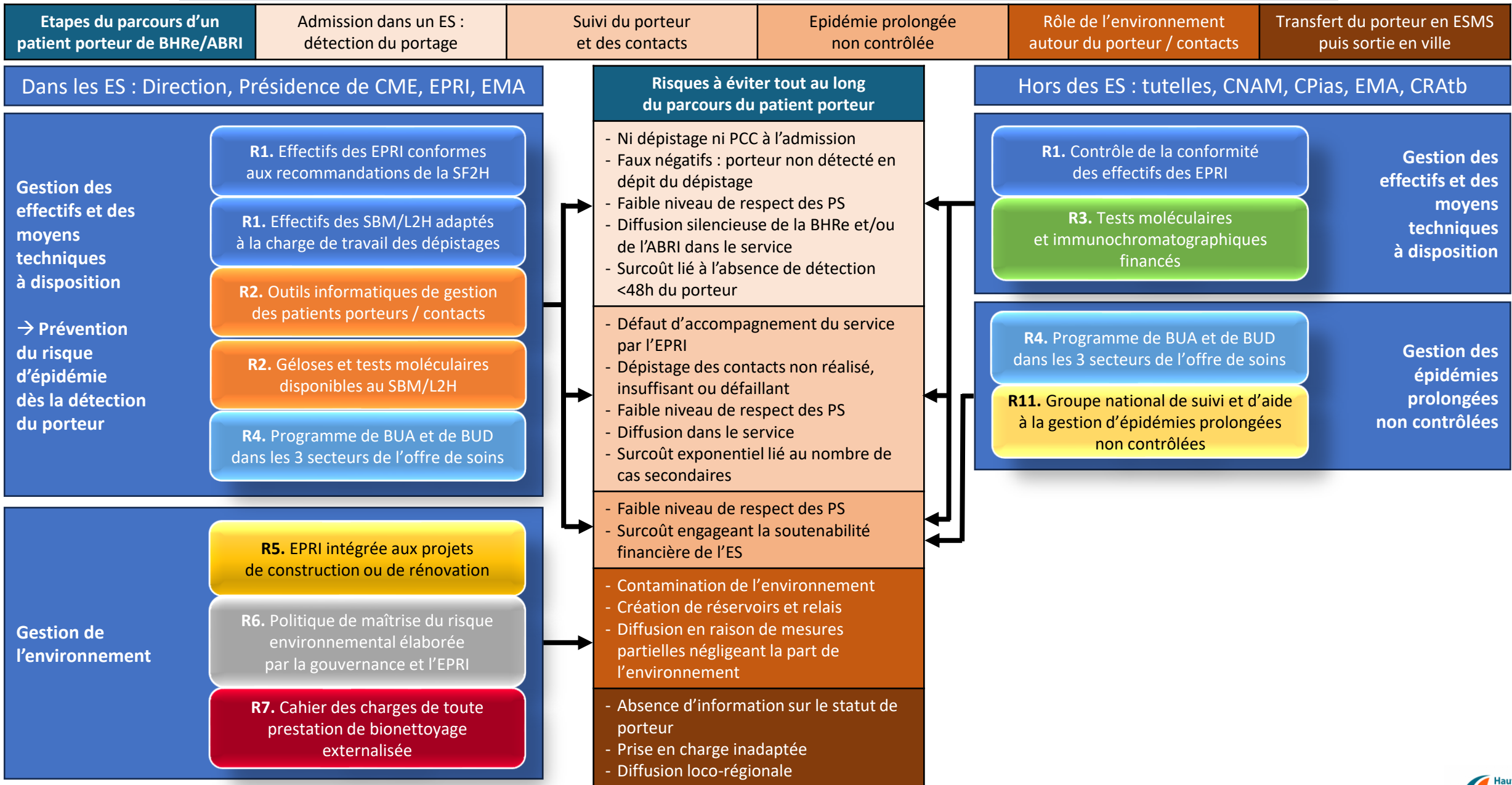
- Contamination de l'environnement
- Création de réservoirs et relais
- Diffusion en raison de mesures partielles négligeant la part de l'environnement

- Absence d'information sur le statut de porteur
- Prise en charge inadaptée
- Diffusion loco-régionale

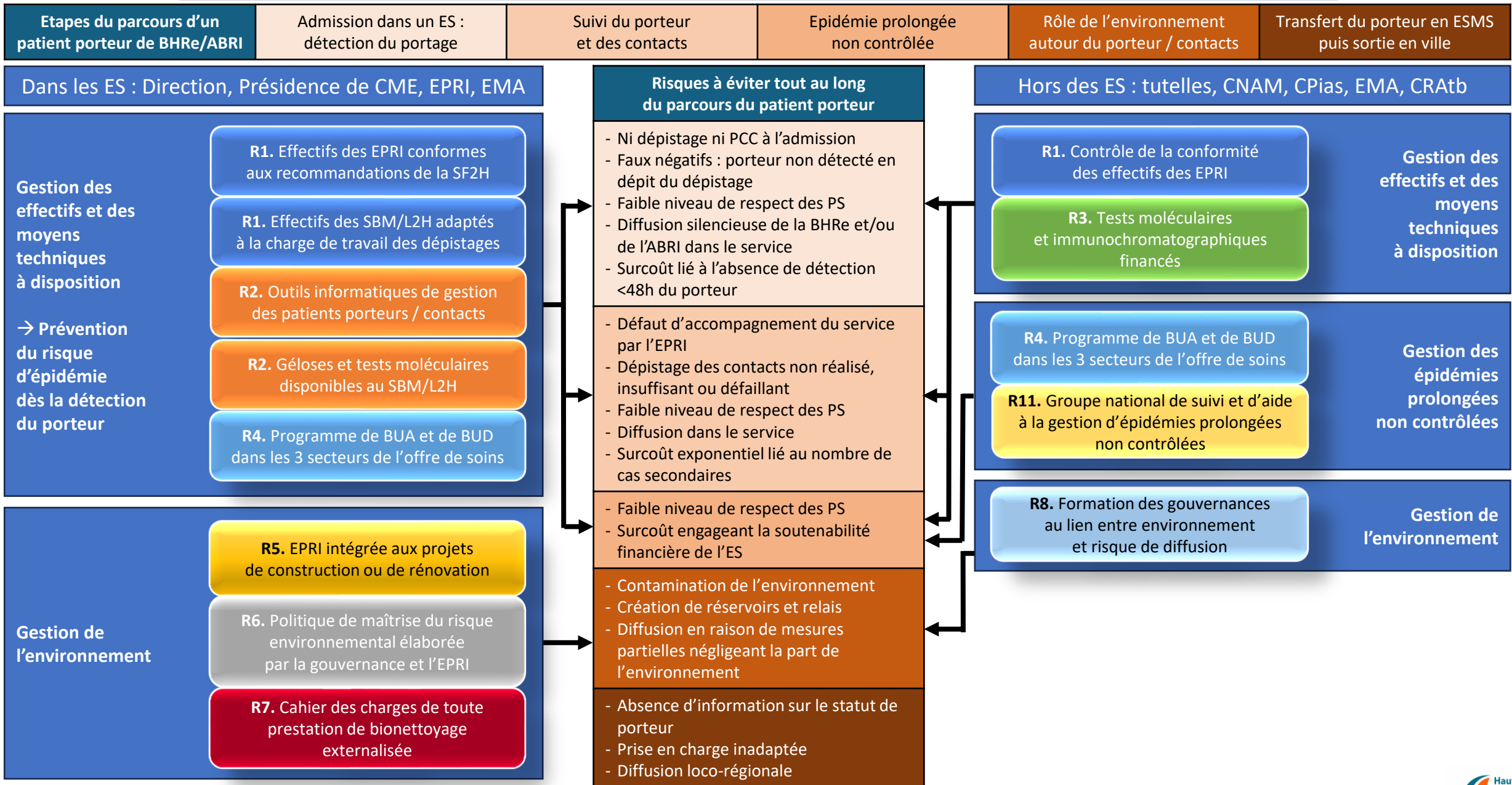
# Responsables de la mise en œuvre des mesures stratégiques de réduction des risques



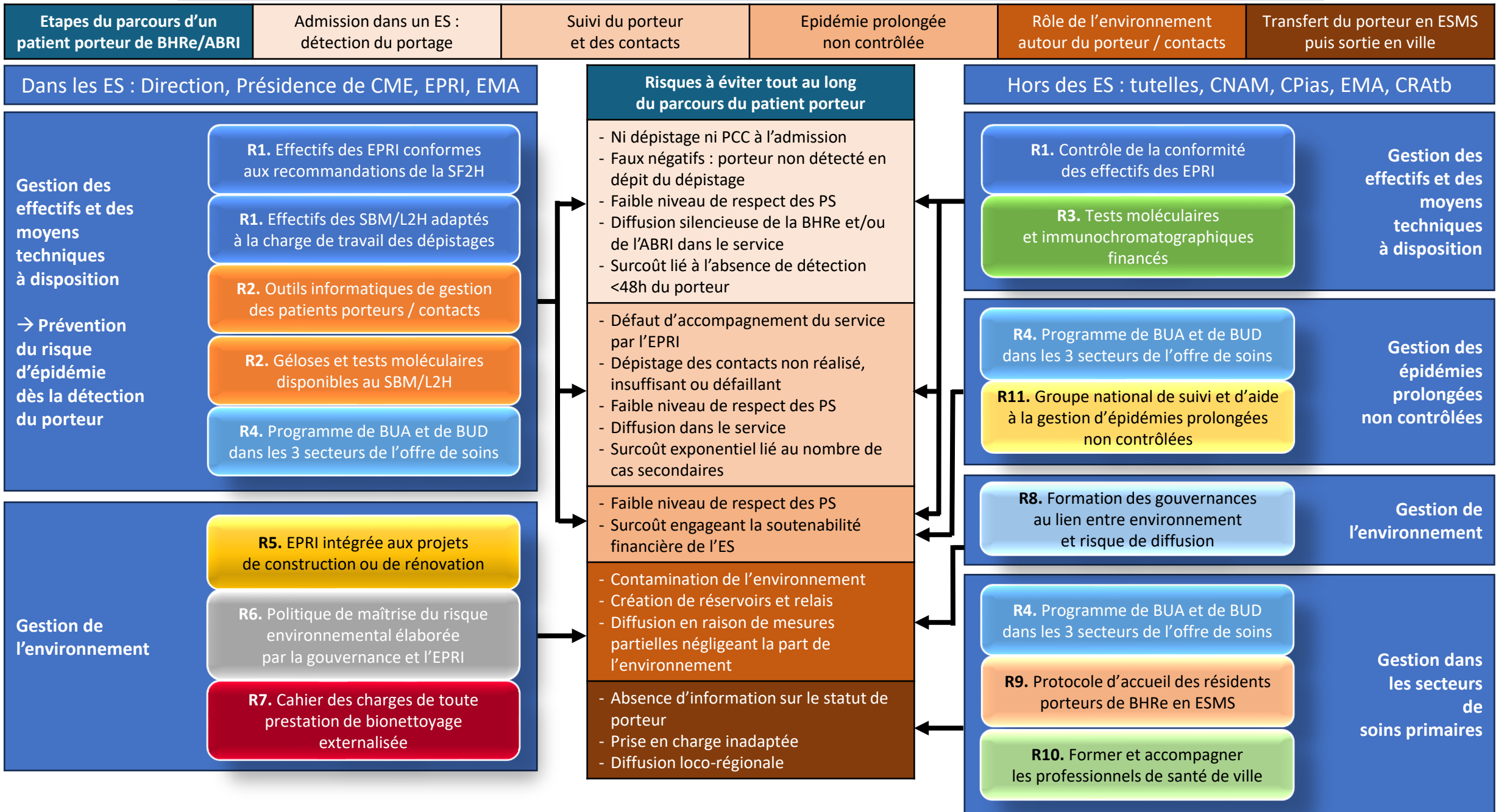
# Responsables de la mise en œuvre des mesures stratégiques de réduction des risques



# Responsables de la mise en œuvre des mesures stratégiques de réduction des risques



# Responsables de la mise en œuvre des mesures stratégiques de réduction des risques



Risques à éviter sur le parcours d'un patient porteur	Mesures barrières d'ordre stratégique	Actions à mettre en œuvre pour garantir leur réalisation	Responsables de la mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défaut d'accompagnement des services par l'EPRI → ni dépistage ni PCC à l'admission, faible niveau de respect des PS, diffusion silencieuse de la BHRé et/ou de l'ABRI</li> <li>- Dépistage des contacts non réalisé ou insuffisant</li> <li>- Surcoût lié à l'absence de détection &lt; 48 h du porteur</li> </ul>	<p><b>R1.</b> Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</p> <p><b>R1.</b> Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à niveau des effectifs des EPRI en assurant le respect des critères d'exigence de compétence décrits dans le Référentiel métier des professionnels en prévention du risque infectieux</li> <li>- Individualisation du personnel assurant les dépistages au sein des effectifs des SBM/L2H</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel médical des EPRI et des laboratoires : Président de CME et gouvernance</li> <li>- Personnel paramédical des EPRI et des laboratoires : Coordination Générale des Soins</li> <li>- Contrôle du respect des effectifs des EPRI : tutelles (ARS, Ministère de la Santé,...)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faux négatifs : dépistage des porteurs / contacts défaillant par indisponibilité des tests PCR</li> <li>- Surcoût lié à l'absence de détection &lt; 48 h du porteur + surcoût exponentiel lié au nombre de cas secondaires</li> </ul>	<p><b>R2.</b> Géloses et PCR disponibles au SBM/L2H</p> <p><b>R2.</b> Outils informatiques de gestion patients porteurs / contacts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Confronter les coûts des tests moléculaires aux surcoûts engendrés par l'absence de détection des porteurs en moins de 48 h (4443 € vs 11440 €)</b></li> <li>- Confronter les coûts des logiciels métiers aux surcoûts engendrés par les épidémies de BHRé/ABRI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gouvernance de l'ES : Directions des Finances, des Achats et des Systèmes d'Information</li> <li>- Responsables des laboratoires assurant le dépistage des porteurs de BHRé/ABRI</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faux négatifs : dépistage des porteurs / contacts défaillant par indisponibilité des tests PCR</li> </ul>	<p><b>R3.</b> Financement des tests PCR et immunochromatographiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financer les tests garantissant la sécurité des patients dans le système de santé, donc participant à la soutenabilité financière des ES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère de la Santé et des Solidarités</li> <li>- CNAM</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion de la pression antibiotique insuffisante dans les secteurs de l'offre de soins</li> </ul>	<p><b>R4.</b> Programme de BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un programme de BUA / BUD dans chaque secteur au sein de chaque département</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EMA en lien avec les CRATb et l'ARS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Locaux inadaptés à la prise en charge de porteurs, travaux de rénovation non encadrés</li> </ul>	<p><b>R5.</b> EPRI intégrée aux projets de construction et/ou de rénovation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer systématiquement l'EPRI à tout projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gouvernance de l'ES</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de gestion du risque infectieux environnemental par absence de politique institutionnelle</li> </ul>	<p><b>R6.</b> Politique de maîtrise du risque infectieux environnemental élaborée par gouvernance / EPRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer une politique de maîtrise du risque environnemental adapté à l'ES (locaux, épidémiologie locale, existence d'une équipe de bionettoyage...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gouvernance de l'ES</li> <li>- EPRI</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de gestion du risque infectieux environnemental : absence de contrôle de la prestation de bionettoyage externalisée</li> </ul>	<p><b>R7.</b> Cahier des charges prestation bionettoyage externalisée élaborée avec avis de l'EPRI et contrôlé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un cahier des charges de toute prestation de bionettoyage externalisée</li> <li>- Contrôler son respect et appliquer les pénalités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gouvernance de l'ES</li> <li>- EPRI</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de prise de conscience de la gouvernance sur le risque infectieux environnemental</li> </ul>	<p><b>R8.</b> Formation des gouvernances au lien environnement / diffusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un programme de formation des gouvernances au lien entre environnement et risque de diffusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère de la Santé</li> <li>- ARS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des porteurs de BHRé inadaptée en ESMS</li> </ul>	<p><b>R9.</b> Protocole d'accueil des porteurs de BHRé en ESMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer le protocole d'accueil en distinguant les ESMS handicap et les EHPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EMH et CPias en lien avec les ARS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des porteurs de BHRé inadaptée en soins de ville</li> </ul>	<p><b>R10.</b> Former et accompagner les professionnels de santé de ville</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un programme de formation et d'accompagnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EMA en lien avec les CRATb et l'ARS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidémies prolongées non contrôlées par défaillance dans de nombreuses étapes précédentes</li> </ul>	<p><b>R11.</b> Groupe national de suivi et d'aide à la gestion d'épidémies prolongées non contrôlées</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer le groupe national en réunissant l'expertise des CPias, de SpF et des sociétés savantes (SF2H, SFM, SEMM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère de la Santé</li> </ul>

# Conclusion

---

**Au final, pour les recommandations 2026...**

**Sujets supplémentaires** : ABRI, aspects juridiques / éthiques, BUA, environnement

**90 recos** : mesures stratégiques / mesures pratiques / analyse contextuelle par EPRI

**7 logigrammes pour les tests de dépistage du portage** : 2 EPC, 2 ERV, 2 ABRI

**3 logigrammes pour la stratégie de recherche de niches environnementales** : surfaces humides, surfaces sèches, siphons / eau des toilettes

**1 logigramme** intégrant les décideurs

**Communication auprès des acteurs de terrain** : CPIAS, Sociétés Savantes, Acteurs institutionnels....

**Demande d'accompagnement de ces recommandations par une instruction de la DGS (en cours)**

# La politique de dépistage

---

De dépister tout patient porteur non excréteur toutes les semaines pendant au moins 3 semaines puis espacer les dépistages en cas d'hospitalisation prolongée.

**R22**

Si une antibiothérapie ou une antibioprophylaxie est prescrite, il est recommandé de renouveler le dépistage au minimum 48 - 72 h après son début et après la fin de celle-ci.

De ne pas dépister les patients contact d'un patient porteur non excréteur.

**R23**

De ne pas dépister à l'admission en ESMS

**R17**

De ne pas dépister en Psychiatrie les patients contact en cas de présence d'un patient porteur de BHRe et/ou ABRI.

**R42**

De ne pas effectuer de dépistage systématique des patients suivis en unité de dialyse ou en HDJ en l'absence de patient porteur de BHRe et/ou d'ABRI. En présence d'un patient porteur de BHRe et/ou d'ABRI ou devant des cas groupés => évaluation de la stratégie par EPRI.

**R46**



# La politique de dépistage

---

Dans les situations à risque faible et à risque moyen de transmission, de dépister les patients contact présents dans un service hébergeant un patient porteur de BHRe excréteur :

- i) toutes les semaines, tant qu'un patient porteur de BHRe est hospitalisé ;
- ii) puis une fois après la sortie du porteur, entre 4 et 7 jours après la sortie.

**R59**

Dans les situations à risque moyen de transmission, de dépister au moins une fois (hors exposition) les patients contact hospitalisés dans un autre service que le cas (voisin de chambre double déjà transféré et patients d'un service fréquentés par le cas avant la découverte du portage).

**R60**

De réaliser, lorsque l'épidémie de BHRe est contrôlée, les dépistages des patients du service toutes les semaines tant qu'un patient porteur est présent, puis au moins une fois après la sortie du porteur (dépistage post-exposition).

**R63**



# La réalisation du dépistage

**BHRe** : écouvillonnage rectal / écouvillon dans selles / Selles

**R65**

D'utiliser en première intention les **tests moléculaires obligatoirement** dans les situations représentant un haut risque de portage de BHRe :

**R66**

- Tout antécédent de séjour à l'étranger dans l'année précédant l'admission du patient, notamment en cas d'hospitalisation – rapatriement ;
- Toute urgence organisationnelle pour des patients contact de patients porteurs avant transfert dans un autre ES ou dans un ESMS ;
- Tout patient encore étiqueté porteur de BHRe et dont le dépistage en culture est négatif, afin d'augmenter la sensibilité de la recherche et pouvoir conclure sur le statut de non excréteur

D'utiliser en première intention la culture sur géloses sélectives avec ou sans enrichissement si :

**R67**

- Epidémies à ERV de type VanB ;
- Patients contact à risque faible (porteur pris en charge en PCC dès son admission) ;
- Deuxième et troisième tours de dépistage de patients contact à risque moyen (porteur en PS à son admission) ;
- Enquêtes ou surveillance épidémiologique (exemples : dépistage d'une cohorte de patients dialysés, dépistages hebdomadaires en réanimation, ...).



# Les transferts vers d'autres services

De transférer les patients contact à risque faible en PS, sans restriction, et les patients contact à risque moyen en PCC jusqu'à au moins un dépistage négatif hors exposition (4 à 7 jours).

**R27**

Durant la phase initiale de dépistage lors d'une épidémie de BHRe, de limiter aux strictes nécessités médicales et d'accompagner les transferts des patients porteurs et contact.

**R30**

**En SMR/USLD :** D'accepter sans condition tout patient contact ou porteur de BHRe et/ou d'ABRI, afin d'éviter une perte de chance pour le patient et un blocage de lit dans les filières.

**R47**

**En SMR/USLD :** dépistage des patients contact à risque faible ou modéré d'un patient porteur de BHRe excréteur à la recherche de la même BHRe tous les 15 jours initialement puis tous les mois en l'absence de détection de transmission croisée.

**R48**



# Spécificité ABRI et dépistage

D'utiliser préférentiellement un milieu sélectif pour la croissance de *Acinetobacter* spp. supplémenté en antibiotique pour le dépistage des souches résistantes aux carbapénèmes.

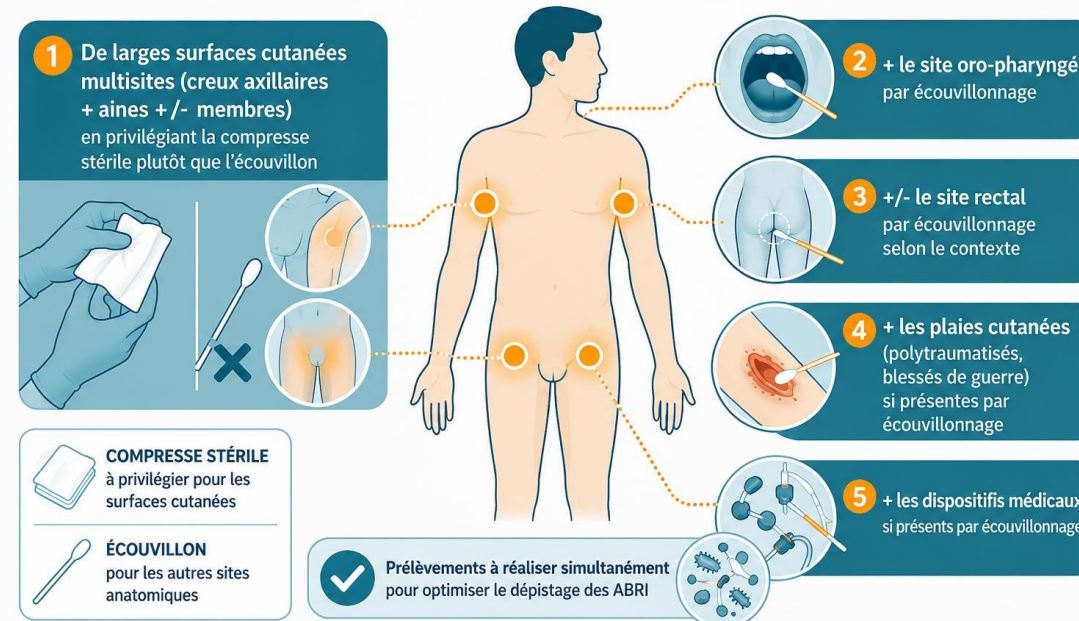
R69

De procéder dans la mesure du possible :

- à une phase d'enrichissement sans antibiotique en parallèle de l'ensemencement, notamment en cas de suspicion forte de portage/infection par un ABRI ;
- à un test de confirmation de la présence de carbapénémase adapté à *Acinetobacter baumannii*

R70

**R71** De dépister les patients suspects de portage d'ABRI en prélevant simultanément **plusieurs sites anatomiques** incluant au moins :



# Focus ESMS

De réaliser un bionettoyage quotidien de l'environnement du résident connu porteur de BHRé (comme dans les autres secteurs)

R51

La règle des « **PAS** » :

**Pas** de PCC pour les porteurs BHRé/ABRI + contacts

**Pas** de dépistage des autres résidents en cas de présence d'un résident porteur de BHRé et/ou d'ABRI ;

Ne **pas** conditionner à la réalisation d'un dépistage le transfert d'un patients contact vers un EHPAD ;

R52

Ne **pas** dépister les résidents connus porteurs de BHRé et/ou d'ABRI sauf en cas de transfert en MCO où un dépistage sera réalisé à l'admission au sein de l'établissement MCO.

En cas d'épidémie : stratégie de contrôle de l'épidémie et de s'assurer du bon usage des antibiotiques. Cette stratégie peut inclure le dépistage, total ou partiel, des résidents, en coordination avec l'EPRI/EMH et le CPias. Par ailleurs, une stratégie d'utilisation appropriée des antibiotiques doit être élaborée en collaboration avec l'EMA et les CRAtb.

R53

