



Centre d'appui pour la prévention  
des infections associées aux soins

# Rencontre des hygiénistes

**Jeudi 18 juin 2026**

**CHU de Caen Normandie**  
**Amphithéâtre FEH**

# Rencontre du 18 juin 2026

- Accueil café



# Actualités générales

- Hantavirus Andes
- FHV

# Hantavirus Andes : l'alerte



Mission COREB Nationale – 6 mai 2026

## Hantavirus

### Alerte : Mai 2026

- Le 2 mai 2026, un foyer de cas de syndromes respiratoires aigus chez des passagers d'un navire de croisière transportant 147 passagers a été signalé à l'OMS.
- Au 7 mai 2026, 7 cas d'infection à hantavirus (5 cas confirmés en laboratoire et 2 cas suspects) ont été recensés, dont 3 décès et 1 patient dans un état critique. D'autres personnes sont en cours d'investigation par l'ECDC.
- Les premiers symptômes sont apparus entre le 6 et le 28 avril 2026 : fièvre, troubles digestifs, évolution rapide vers une pneumonie, puis syndrome de détresse respiratoire aiguë et état de choc.
- L'OMS estime actuellement que le risque pour la population mondiale est faible. *Source : OMS*

### Facteurs de risque d'exposition :

- Contact direct avec des urines, déjections ou de la salive (morsure) de rongeurs infectés
- Contact indirect avec surface souillée ou ingestion d'aliments par des urines, déjections ou de la salive de rongeurs infectés
- Inhalation de particules contenant du virus aérosolisé à partir des urines, déjections ou de la salive de rongeurs infectés
- **Contact avec des personnes malades (virus Andes) :** la période de transmission virale la plus à risque pour ce virus est la phase prodromique de la maladie, alors que le malade n'est souvent pas encore hospitalisé. La transmission interhumaine du virus Andes a été documentée après contacts proches et prolongés. Ce sont donc les proches qui sont les plus exposés, surtout lors de contacts très étroits (contact sexuel en particulier) ou de moment de vie dans des espaces confinés (chambre, véhicule).

+ Retour d'une zone d'endémie

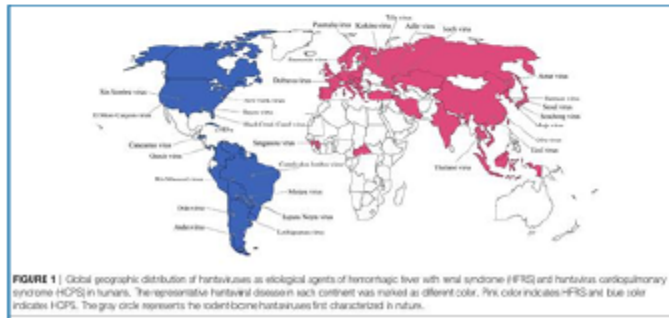


FIGURE 1 | Global geographic distribution of hantaviruses as etiologic agents of hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) and hantavirus cardiopulmonary syndrome (HPS) in humans. The responsible hantavirus disease in each continent was marked as different color. Pink color indicates HFRS and blue color indicates HPS. The gray circle represents the endemic hantavirus first characterized in nature.



*Source*

Zones à risque :

# Les Hantavirus Andes

## Hantavirus

Repérer et prendre en charge un patient suspect en France

INFORMATION pour les soignants de 1<sup>ère</sup> ligne

*Les hantavirus sont des virus à ARN enveloppés de la famille des Hantaviridae (ordre des Elliovirales). Les hantavirus responsables d'infections humaines appartiennent au genre Orthohantavirus et ont pour hôtes différentes espèces de rongeurs. Cette zoonose est transmise principalement par inhalation de particules contenant du virus aérosolisé à partir d'urines, déjections ou salive de rongeurs infectés. La transmission peut se faire également par morsure de rongeurs ou contact d'une surface souillée / ingestion d'aliments souillés par de l'urine, des déjections ou de la salive de rongeurs. Une transmission interhumaine limitée a été signalée lors de précédentes épidémies du virus des Andes en Amérique du Sud. On recense une vingtaine d'hantavirus zoonotiques répartis dans les différentes régions du monde, à l'origine de tableaux cliniques différents. Les hantavirus de l'Ancien Monde (Europe et Asie) entraînent des fièvres hémorragiques à syndrome rénal (FHRS). Ceux du Nouveau Monde (Amériques) sont responsables de syndromes cardiopulmonaires à Hantavirus (HPS). En France hexagonale, c'est une maladie relativement rare : de 14 à 320 cas de confirmés par an d'infection récente par un hantavirus (FHRS) diagnostiqués depuis 2005 (plus fréquent en Allemagne et Finlande). En Guyane, 13 cas confirmés d'infection à hantavirus (virus Maripa, responsable de HPS) ont été signalés entre 2008 et mai 2026. Les hantavirus pathogènes pour l'homme sont classés dans le groupe 2 (tels que les virus Puumala et Tula) et groupe 3 (tels que les virus Seoul et Andes). Il n'existe ni traitement spécifique ni vaccin approuvé.*

Dépister

**Patient suspect = signes cliniques (entre 1 et 6 semaines après exposition) ET exposition compatible**

# Hantavirus Andes

Photo du rongeur...



## *Reservorio en Chile: Oligoryzomys longicaudatus*

"Ratón de los espinos", "ratón de cola larga", "ratón canguro"

Cuerpo y cabeza corto (9 cm), cola larga (12cm), orejas pequeñas y patas traseras largas.

Peso entre 26 y 36 gramos

De hábitos nocturnos, solitario, saltador

Granívoro y frutívoro (quila, rosa mosqueta, moras y otros)

Densidad : 0,5 a 12 ind/ha

No presenta signos ni síntomas aparentes de infección



# Hantavirus Andes

## Les infections à Hantavirus Andes



- **Ce que l'on sait:**

- Période d'incubation: 9 à 42 jours moyenne de 2/3 semaines
- Létalité : 21 - 50%
- Virus Andes circule au Chili et Argentine
- Virus responsable d'un syndrome cardio pulmonaire se manifestant par
  - un syndrome grippal: fièvre élevée, myalgies, céphalées
  - signes digestifs
  - J4-J10: phase cardio-pulmonaire, évolution rapide pouvant conduire à une détresse respiratoire aigüe et défaillance cardiaque
- Pas de traitement curatif efficace
- Pas de vaccin
- Diagnostic par PCR et sérologie → CNR +/- ESR

- **Ce qui a été décrit:**

- Transmission: Contact proche et prolongée
- Très forte contagiosité pendant la phase prodromique

- **Ce qu'on ne sait pas:**

- Infectiosité avant l'apparition des symptômes

# Hantavirus Andes

## Cas groupés d'infection à Hantavirus Andes sur un navire de croisière

Situation épidémiologique au 22 mai 2026

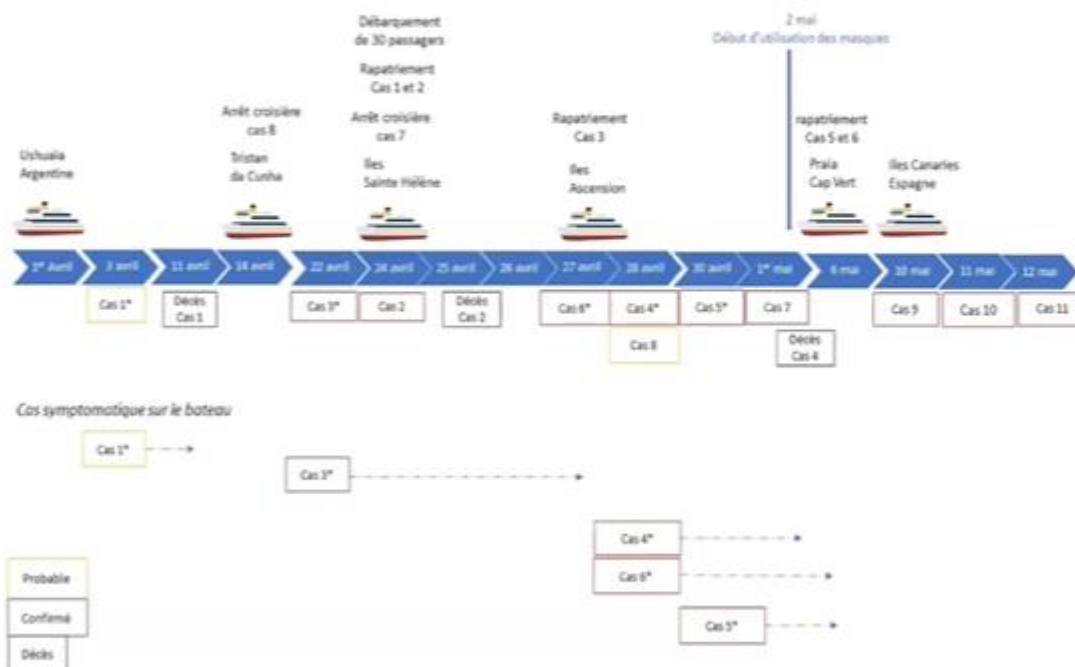


- 12 cas (22 mai 15h00)
- ➔ 10 confirmés Hantavirus Andes
- ➔ 3 décès
- ➔ 4 SDRA
- ➔ 2 cas avait voyagé plusieurs mois en Amérique du Sud (Chili et Argentine) avant d'embarquer (cas 1 et 2)

- Investigations épidémiologique toujours en cours
- ➔ Plusieurs chaînes de transmission probable

### Séquençage

- ➔ Similitudes génétiques entre les souches
- ➔ Évènement initial zoonotique puis transmission interhumaine
- ➔ Souche origine sud-américain
- ➔ Pas d'élément suggérant l'émergence d'un variant particulier avec caractéristiques nouvelles



Source ECDC/OMS au 22 mai

Navire MV Hondius

# Hantavirus Andes

- Situation des ressortissants français
  - 5 présents à bord du MV Hondius, rapatriés le 10 mai et hospitalisés
    - Sujets contacts à haut risque (sujets contact de cercle 1)
    - 1 testée positive le 11 mai
    - Date de dernière exposition à un cas confirmé : 10 mai 2026
    - **Fin de période d'incubation pour les croisiéristes : 22/06**
  - 22 personnes contacts
    - Identifiées par des opérations de contact tracing engagées autour d'un cas confirmé ayant pris l'avion puis décédé le 26 avril à Johannesburg
      - Sujets contact de cercle 2 : exposés à un cas confirmé dans le cadre du vol du 25 avril entre Sainte-Hélène et Johannesburg
      - Sujets contact de cercle 3 : exposés à un cas confirmé dans le cadre du vol du 25 avril entre Johannesburg et Amsterdam
      - Date de dernière exposition à un cas confirmé le 25 avril 2026
    - **Toutes isolées en milieu hospitalier jusqu'au samedi 6 juin** (fin de la période d'isolement des personnes contact des vols internationaux)



# Hantavirus Andes

- Des ressources site de la SF2H,



le

HANTAVIRUS

MAI 2026

## Hantavirus

Cette page a pour vocation de rassembler les productions collective et scientifique de la SF2H

Mise à jour le 07 juin 2026 à 22h

- ✓ Vidéo du JePPRI Edition spéciale Envoyé PRCial du 13

[https://www.youtube.com/watch?v=lv7rkVhV\\_JU](https://www.youtube.com/watch?v=lv7rkVhV_JU)

- ✓ Série du JePPRI dédiée au décryptage scientifique de l'ép  
JePPRI déc-RI-pte

### Réponses rapides

aux questions spécifiques concernant la prise en soins de cas suspects, probables ou confirmés d'Hantavirus Andes, et à la mise en quarantaine des sujets contact en milieu de soins dans les Établissements Sanitaires de Référence

Le 27 mai 2026

Le 2 mai 2026, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la survenue d'un foyer épidémique à Hantavirus de la souche Andes (ANDV) sur un bateau de croisière comprenant 147 passagers (1). Le 8 mai 2026, la mission nationale de Coordination Opérationnelle du Risque d'Émergence Biologique (COREB) dans sa fiche Hantavirus « Repérer et prendre en charge un patient suspect en France, INFORMATION pour les soignants de 1ère ligne » a recommandé la mise en place de mesures renforcées REB pour la prise en charge des patients suspects d'infection à hantavirus Andes, « dans l'attente de recommandations plus formelles en fonction de l'accumulation des connaissances » (2).

Le 9 mai 2026, le ministère de la Santé publiait dans son Journal Officiel, un arrêté prescrivant les mesures d'urgence nécessaires à la gestion du risque d'infection à hantavirus Andes (3), complétées le 11 mai 2026, par un Message Urgent de Santé Publique (DGS-Urgent n°2026\_04) et un Message d'Alerte Rapide Sanitaire avec des recommandations relatives à la prise en charge des cas probables et confirmés ainsi que des personnes contacts (MARS n°2026\_06). Les autorités de santé françaises ont notamment décidé de réaliser la surveillance de l'ensemble des sujets contact lors de la croisière MV HONDIUS (initialement 5 sujets contact, dont 1 diagnostiqué positif à ANDV le 10 mai suite à la survenue de symptômes), et lors des transports aériens entre Sainte-Hélène et Johannesburg (8 sujets contact) et Johannesburg – Amsterdam (14 sujets contact) le 25 avril dernier. L'objectif de ces mesures est de « prévenir toute diffusion du virus sur le territoire national et que, au regard des incertitudes entourant l'ampleur potentielle de la transmission interhumaine de cette souche, des mesures



# Fièvres hémorragiques virales (FHV)

**DGS-URGENT**

MESSAGE URGENT DE SANTÉ PUBLIQUE

Date :

29/05/2026

Référence :

n°2026\_06

**Maladie à virus Ebola (MVE) : vigilance renforcée et conduite à tenir devant un cas suspect**

## MESSAGES CLÉS

- Une épidémie de maladie à virus Ebola (souche Bundibugyo) est en cours en République démocratique du Congo et en Ouganda, avec une circulation virale active et probablement sous-estimée à ce stade.
- Le risque d'importation en France est considéré comme faible à ce jour. Toutefois, la possibilité de survenue de cas suspects impose une vigilance renforcée de l'ensemble des professionnels de santé.
- Les tableaux cliniques initiaux pouvant être peu spécifiques (fièvre, symptômes généraux), une attention particulière doit être portée à l'interrogatoire de voyage et à la recherche d'un contexte d'exposition à risque.
- Une maladie à virus Ebola doit être évoquée devant tout patient présentant une symptomatologie compatible dans les 21 jours suivant un séjour en zone de circulation virale.
- En cas de suspicion, le patient doit être isolé sans délai et les mesures de protection adaptées immédiatement mises en œuvre, avec activation de la filière risque épidémique et biologique (REB) via le SAMU-Centre 15.
- Tout patient suspect ne doit pas être adressé spontanément vers une structure d'urgence ou un laboratoire sans concertation préalable avec le SAMU-Centre 15.

# Fièvres hémorragiques virales (FHV)

**DGS-URGENT**

MESSAGE URGENT DE SANTÉ PUBLIQUE

Date :  
29/05/2026

Référence :  
n°2026\_06

A ce jour, le risque d'importation en France est considéré comme faible. Toutefois, la possibilité de survenue de cas suspects en provenance des zones affectées appelle à une vigilance renforcée de l'ensemble des professionnels de santé.

Les tableaux cliniques initiaux pouvant être peu spécifiques, une attention particulière doit être portée à l'interrogatoire de voyage et à la recherche d'un contexte d'exposition à risque chez toute personne présentant une symptomatologie compatible dans les 21 jours suivant un séjour en zone de circulation virale.

## 1. Rappel de la pathologie

La maladie à virus Ebola (MVE) est une pathologie infectieuse rare mais particulièrement grave, au taux de létalité élevé.

La période d'incubation est comprise entre 2 et 21 jours. La symptomatologie débute le plus souvent de manière brutale avec notamment fièvre, asthénie, myalgies, céphalées et odynophagie, puis évolue vers des troubles digestifs (vomissements, diarrhées, douleurs abdominales), une éruption cutanée et des atteintes hépato-rénales. Des manifestations hémorragiques, plus tardives et inconstantes, peuvent être observées. Une atteinte neurologique est également possible (confusion, irritabilité).

Les personnes infectées ne sont pas contagieuses avant l'apparition des symptômes elles deviennent contagieuses dès le début des symptômes.

# Fièvres hémorragiques virales (FHV)

**DGS-URGENT**  
MESSAGE URGENT DE SANTÉ PUBLIQUE


Date :  
29/05/2026

Référence :  
n°2026\_06

## 2. Définition de cas et zone de circulation virale

Selon la définition de cas de Santé publique France, un patient suspect est défini comme toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour d'une zone de circulation virale un tableau clinique évocateur de maladie à virus Ebola :

- Fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ;
- OU des symptômes incluant céphalées sévères, asthénie, myalgies/arthralgies, vomissements, diarrhée, douleur abdominale ou saignements inexplicables ;
- OU une personne décédée de façon inexplicée.

 Les personnes revenant de la zone de circulation du virus et ne rapportant aucun symptôme ne sont pas des patients suspects à évaluer.

Les zones de circulation du virus figurent dans la définition de cas de Santé publique France, ces données sont susceptibles d'évoluer en fonction de la situation.

- [https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/2026-05/2026\\_05\\_27\\_definition\\_contact\\_coexpo\\_cas.pdf](https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/2026-05/2026_05_27_definition_contact_coexpo_cas.pdf)
- [https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/2026-05/2026\\_05\\_27\\_QuestClassementEbola.docx](https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/2026-05/2026_05_27_QuestClassementEbola.docx)

# Fièvres hémorragiques virales (FHV)

**DGS-URGENT**  
MESSAGE URGENT DE SANTÉ PUBLIQUE

Date :  
29/05/2026

Référence :  
n°2026\_06

- **Conduite à tenir devant un cas suspect**

En présence d'un patient suspect, celui-ci doit être isolé immédiatement et, dans la mesure du possible, il devra porter un masque chirurgical. Les professionnels de santé doivent immédiatement mettre en œuvre les mesures de protection adaptées. (cf. Annexe 1)

**Annexe 1 : fiche technique**

Mesures d'hygiène et de protection des professionnels en fonction du statut du patient et du lieu de prise en charge – HSCP 2022

	En cabinet médical	
	Patient	Personnel médical
Patient suspect Ou possible de MVE	Isolément des autres patients et Port d'un masque chirurgical Friction hydro-alcoolique (FHA)	Friction hydro-alcoolique des mains avant et après tout contact, précédée d'un lavage des mains si souillures visibles ou poudre de gants sur les mains.  Mesures de protection avec port de gants, si possible en nitrile, de surblouse à usage unique, d'APR de type FFP2 ou à défaut un masque chirurgical, changé immédiatement après les soins et de lunettes de protection largement couvrantes si risque de projection de liquides biologiques.

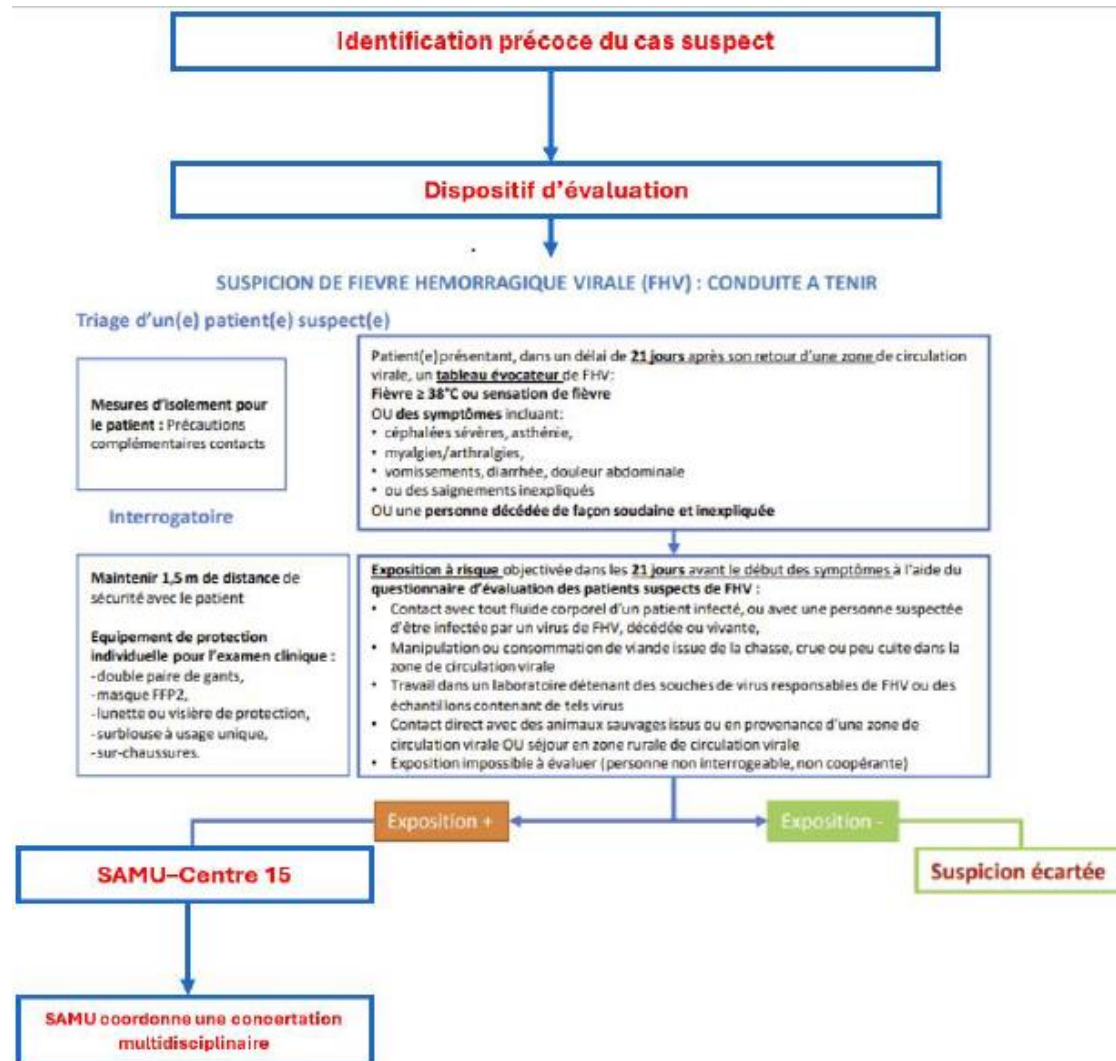
Le professionnel prenant en charge le patient contacte sans délai le SAMU-Centre 15 qui organise une évaluation clinico-épidémiologique lors d'une conférence téléphonique associant le praticien prenant en charge le patient, le médecin régulateur du SAMU, l'infectiologue de l'établissement de santé de référence régional pour le risque épidémique et biologique (ESR R REB), le centre national de référence

# Fièvres hémorragiques virales (FHV)

**DGS-URGENT**  
MESSAGE URGENT DE SANTÉ PUBLIQUE

Date :  
29/05/2026

Référence :  
n°2026\_06



# Fièvres hémorragiques virales (FHV)

## Fièvres Hémorragiques Virales (FHV) - Ebola

Repérer et prendre en charge un patient suspect en France  
INFORMATION pour les soignants de 1<sup>ère</sup> ligne

### Questions clés pour les soignants de 1<sup>ère</sup> ligne

#### Focus EBOLA - RDC (mai 2026)



1

Le patient revient-il de République démocratique du Congo (Ituri, Nord Kivu ou Sud Kivu) ou d'Ouganda depuis moins de 21 jours ? Si oui, demander dates de séjour



2

Le patient présente-t-il depuis moins de 21 jours un ou des signes compatibles avec une FHV ? fièvre > 38,0°C, asthénie, myalgies, arthralgies, céphalées, douleurs abdominales, diarrhées, vomissements, saignements inexpliqués

*Si symptôme compatible dans les 21 jours de retour de zone à risque :*

*Contactez l'infectiologue référent via le centre 15 ou selon le circuit de l'établissement*



#### Ressources Santé publique France :

- [Définition de cas et conduite à tenir](#)
- [Questionnaire d'évaluation des patients suspects d'infection à virus Ebola](#)

# Fièvres hémorragiques virales (FHV)

## Fièvres Hémorragiques Virales (FHV) - Ebola

Repérer et prendre en charge un patient suspect en France  
INFORMATION pour les soignants de 1<sup>ère</sup> ligne

### Prendre en charge en ES de première ligne – hors ESR



✓ **EPI adapté en Service d'Urgences** : pyjama à usage unique, surbottes, friction hydroalcoolique, double paire de gants non stériles manchettes longues, surblouse imperméable à manches longues ou casaque chirurgicale imperméable (NF EN 13795), cagoule, appareil de protection respiratoire de type FFP2 (fit-check), lunettes largement couvrantes

► **Evaluation clinique par médecin sénior** : recherche de signes de gravité, manifestations hémorragiques, défaillance hémodynamique, sepsis grave, signes neuropsychiques et recherche de comorbidités : grossesse, âge >65 ans, pathologies chroniques etc.

Si dégradation clinique : attendre l'arrivée du SAMU de l'ESR pour gestes invasifs en EPI, par personnel du SAMU formé et entraîné

► **Ne réaliser aucun examen**, ni prélèvement biologique (y compris microbiologique) ni examen radiologique

► Aucun geste invasif (pas de VVP)

► **Traitement du patient** : symptomatique et anti-infectieux d'épreuve (anti-palustre et/ou antibiothérapie probabiliste) per os

► **Organisation des soins** : médecin sénior formé et entraîné (pas d'étudiant), regrouper les soins pour limiter le risque d'exposition

► **Gestion des déchets de soins et effluents gélifiés** : filière DASRI avec désinfection par solution d'eau de Javel à 0.5% intérieur et extérieur du fût puis incinération

► **Identification précoce des personnes contact et co-exposées** : avec l'ARS pour les contacts / co-exposés communautaires et avec les équipes de prévention du risque infectieux et le service de santé au travail pour les contacts en milieu de soins

### Alerter et orienter

► Dès suspicion de FHV validée par triade d'expertise, contact ARS et transfert par SAMU compétent vers l'ESR

► **Diagnostic virologique** : prélèvement en ESR puis envoi en triple emballage avec transporteur agréé (UN3373) au CNR FHV

# Actualités générales

- Hantavirus Andes
- FHV
- Rappels que la **santé humaine**, la **santé animale** et **l'environnement** sont étroitement liés



- Au-delà, rappels de l'importance de l'application des **précautions standard**...

# Autres actualités et informations du CPias Normandie

- GT « Prévention des infections cutanées à Staph doré chez les nouveau-nés (épidermolyse bulleuse) »

**Professionnels de santé : limitons le risque de transmission en cas de lésions cutanées !**

En maternité et en néonatalogie, certaines lésions cutanées peuvent être une source de transmission de micro-organismes, notamment *Staphylococcus aureus*, aux nouveau-nés, ou aux mamans.

Si le présente une lésion sur une zone découverte

**CPias Normandie**

**INFECTIONS CUTANÉES À STAPHYLOCOQUES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ EN SERVICE DE MATERNITÉ**

Lors d'épidémies épidémiologiques, la source habituelle de staphylocoques est une infection suppurative de la peau. La transmission se fait le plus souvent par contact direct avec la lésion cutanée, par l'intermédiaire des mains ou de matériels partagés durant des soins de nursing (change, toilette du nouveau-né...).

Les staphylocoques peuvent survivre plusieurs jours dans l'environnement, et plus particulièrement en présence de salissures. Les surfaces et matériels souillés peuvent devenir un véritable réservoir de germes, à l'origine de transmission croisée.

Les mesures à respecter en cas d'infections cutanées sont le respect strict des précautions standard (PS).

**Information**

1. Tracer la présence d'une infection cutanée chez le nouveau-né dans le dossier de soins.
2. Signaler le cas à l'EPRI/ECM.

**VALIDATION DES DOCUMENTS à venir PROCHAINE REUNION DU GT (09 juillet 2026)**

**EN BREF**

J'applique **strictement** les **précautions standard** pour protéger les nouveau-nés et les mamans.



Folliculite    Eczéma impétiginé    Herpès    Zone surfectée    Parasite

Illustrations à titre indicatif.

**CPias Normandie** GT-SA-NN-Epidermolyse-bulleuse-2026    Mai 2026

**5. Gestion des excréta**

- Réaliser une hygiène des mains par FSA avant et après le change.
- Porter des gants et un tablier pour tout change.
- Éliminer les gants et le tablier immédiatement après le soin.

**Gestion de l'environnement**

1. Entretien des chambres et des nurseries
  - Procéder à un bio-nettoyage quotidien des chambres et des nurseries communes selon la procédure habituelle.
  - Entretenir chaque poste de nurserie entre chaque nouveau-né.
  - Eduquer les parents à l'entretien du poste de nurserie.
2. Gestion des déchets
  - Éliminer les déchets au plus près du soin selon la procédure de l'établissement.
3. Traitement du linge
  - Suivre la procédure de l'établissement.

**En cas d'apparition de lésions chez un professionnel de santé**

Demander un avis médical si nécessaire (par exemple auprès du service de santé au travail).

Si le nouveau-né nécessite une prise d'antibiotiques, une aide à la prescription peut vous être apportée par un infectiologue de votre établissement ou un infectiologue référent de votre territoire par [ce lien](#).

Adresses : [infectiologie@chicoupan.com](#) - 0781 juin 2017  
[infectiologie@chicoupan.com](#) - 0781 juin 2017

GT-SA-NN-Epidermolyse-bulleuse-2026    Mai 2026

# Autres actualités et informations du CPias Normandie

- GT « Néonate »

## Entretien des respirateurs de néonatalogie

### Document de travail

■ **Prérequis** ■

1. Je connais la procédure d'entretien.
2. J'ai reçu une formation.

Au quotidien	En fin d'utilisation/ tous les 15 jours
<p><b>1<sup>re</sup> utilisation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je choisis un respirateur ayant été désinfecté avec traçabilité de la désinfection.</li> <li>- Autre point : relier la référence respirateur au dossier BB ?</li> <li>- Je surveille quotidiennement l'absence d'humidification et de souillures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je m'assure de la faisabilité de la réalisation du bionettoyage de fin d'utilisation (lieu adapté, fonction de l'activité du service, jour décidé en équipe...).</li> <li>- Je jette le matériel à UU.</li> </ul>

VALIDATION DU DOCUMENT à venir  
 PROCHAINE REUNION DU GT  
 (29 juin 2026)

	<p>recommandées par le fabricant.</p> <p><b>Après traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je vérifie visuellement que les pièces soient sèches et intègres.</li> <li>- Je respecte les notices de remontage.</li> <li>- Après remontage, je réalise -le cas échéant- un test de bon fonctionnement de la machine sous la responsabilité de l'équipe biomédicale.</li> </ul> <p><b>Stockage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je stocke le matériel propre dans un local propre et dédié, selon l'ordre d'entretien (1<sup>er</sup> entré, 1<sup>er</sup> sorti, en fonction des critères du respirateur).</li> </ul>
<p><b>Traçabilité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- J'assure la traçabilité : de la surveillance quotidienne, des changements effectués (circuits, dispositif de maintien...) et de l'entretien quotidien.</li> </ul>	<p><b>Traçabilité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- J'assure la traçabilité de l'entretien de fin d'utilisation.</li> </ul>

Source : Avis du 15 juillet 2022 relatif aux bonnes pratiques de soins aux nouveau-nés pour prévenir les infections sur dispositifs médicaux et la transmission croisée en secteur de soins de néonatalogie, SP2H, 15p., 2022  
 Guide de bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux réutilisables, SP2H, 92p., novembre 2022.

# Autres actualités et informations du CPias Normandie

- **GT « EIGS - IAS »** sous l'égide de l'ARS Normandie
  - Organisation régionale retenue en accord avec la réglementation

## **Pour les ESMS :**

Le signalement de l'EIGS prévaut sur les autres signalements. De ce fait, il n'y a pas de double déclaration.

Cependant, le binôme de veille recevant sur le portail un EIGS en ESMS qui entre dans la définition d'une IAS le communiquera au CPias.

## **Pour les ES :**

La réglementation impose une double déclaration à ce jour : sur eSIN pour le côté associé aux soins (côté hygiène hospitalière) et sur le portail pour le côté EIGS.

De ce fait, lorsqu'un signalement eSIN répondra à la définition d'un EIGS, le binôme de veille appellera le déclarant (EOH de l'ES) pour lui demander de faire le lien avec son service qualité. Vous en serez également informé (mentionné dans l'onglet « suivi » dans eSIN)

Lorsqu'un EIGS répondra aux critères de signalement eSIN, le binôme de veille transmettra ce signalement à l'EOH de l'ES ainsi qu'au CPias afin que le signalement soit fait sur eSIN et que l'hygiène hospitalière soit associée à l'analyse de cet événement pour son expertise en hygiène hospitalière.

- A noter : selon le bilan des 5 dernières années, concerne de 4 à 8 fiches de signalement d'IAS / an (qui sont aussi des EIGS)

# Autres actualités et informations nationales

- Suites du Guide « Déchets d'activités de soins : comment les éliminer ?  
Tome 1 DASRI

- FAQ nationale (en cours)
- Fiches ANAP sur le tri des déchets (en cours)
- Jeu interactif, à l'intention des soignants : disponible  
<https://view.genially.com/69ccd3046a1cc1fe2ac5bfa4>



# Retour d'expérience

Déploiement du « Zéro chimie » au CHU de Caen

## Diaporama

- Valérie MORENO IDE hygiéniste
- Carine LEHOUSSEL IPDE hygiéniste

# Retours sur le XXXVI<sup>e</sup> congrès de la SF2H

Les précautions standard dans tous leurs états :  
analyse systémique du risque infectieux tout au  
long du parcours de soins et d'accompagnement  
(du patient/résident)

## Diaporama

- Alexandra ALLAIRE PH hygiéniste

# Retours sur le XXXVI<sup>e</sup> congrès de la SF2H

Session HAS : 20 ans d'ICSHA !

Les principaux points

## [Diaporama](#)

- Anne-Laure LEMONNIER, IDE hygiéniste

# Retours sur le XXXVI<sup>e</sup> congrès de la SF2H

Session plénière 1 : actualités SF2H

Diaporama

- France BORGÉY, PH hygiéniste

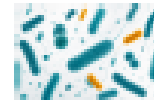
# Session plénière 1 : actualités

Session plénière 1 : actualités du HCSP

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



**E. Piednoir / D. Lecointe**  
**4 juin 2026**



# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI

### 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

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI



## Et donc au final : ca fait du monde !



### Merci à tous !

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

Membres	Institution
Dr Serge AHO-GLELE	CSISP, HCSP
Dr Gabriel BERGAND	OFAS Pays de la Loire, CHU de Nantes, Mission nationale PRIMO
Dr Hervé BLANCHARD	OFAS d'Île-de-France
Dr Richard BONNET	CNR de la Résistance aux Antibiotiques, CHU de Clermont-Ferrand
Dr Céline BOURGAULT	EPRI, CHU de Nantes
Dr Vincent CATTORI	CNR de la Résistance aux Antibiotiques, CHU de Rennes
Dr Antoine CHERET	CSISP, HCSP
Dr Frédérique CLAUDOT	CSISP, HCSP
Dr Cécile DANANCHÉ	EPRI, CHU de Lyon, SF2H
Dr Cécile FICRO	CSMINE, HCSP
Dr Sandrine FOURNIER	EPRI centrale, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)
Dr Laetitia GAMBOTTI	Santé publique France
Dr Marine GIARD	OFAS Auvergne-Rhône-Alpes, CHU de Lyon-CHU de Lausanne
Dr Bruno GRANDBASTIEN	CSMINE, HCSP
Dr Yves HANSMANN	EPRI, Hôpital Toulouse, Servicio de Santé dos Amigos (SSA)
Dr Frédéric JAMMER	Ministère de la Défense
Dr Hatem KALLEL	CSISP, HCSP
Dr Solène KERNEIS	EPRI, CHU Bichat-Claude Bernard, AP-HP, SPILF
Dr Marie-Frédérique LARTIGUE	Bactériologie-Hygiène, CHU de Tours, SFM
Dr Jean-Philippe LAVIGNE	Microbiologie-Hygiène, CHU de Nîmes
Dr Thierry LAVIGNE	EPRI, CHU de Strasbourg
Dr Didier LECOINTE	CSISP, HCSP, co-pilote
Dr Océane LEGEAY	EPRI, CHU d'Angers
Dr Raphaël LEFEUVE	Maladies infectieuses, tropicales et immunologie cliniques, CHU Henri-Mondor, AP-HP, SPILF
Dr Mathilde LESCAT	Institut de Recherche Biomédicale des Armées, SSA, SFM
Dr Amélie MEYER	Santé publique France
Dr Bruno MOURVILLER	CSMINE, HCSP
Dr Marianne OPHYTOSSIN	Santé publique France

- Dr Alex PANTEL : Microbiologie-Hygiène, CHU de Nîmes
- Dr Emmanuel FEDNOIR : CSISP, HCSP, co-pilote
- Dr Anais POTIRON : CNR de la Résistance aux Antibiotiques, CHU de Besançon
- Dr Sara ROMANO-BERTRAND : EPRI, CHU de Montpellier, SF2H
- Dr Thibaud SEVIN : EPRI, CH de Châtourenon-Le Blanc
- Dr Loïc SIMON : CPAS Grand Est, CHU de Nancy, Mission nationale SPARES
- Dr Florence STORDEUR : ORAB d'Île-de-France
- Dr Sara TAHANI : CPAS 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 BERGAND, Hervé BLANCHARD, Sandrine FOURNIER, Bruno GRANDBASTIEN, Thierry LAVIGNE, Emmanuel FEDNOIR
- Sous-groupe N°2 : « Stratégie de dépistage du portage de BHRé et/ou d'ABRI »
  - Co-pilotes : Vincent CATTORI et Didier LECOINTE
  - Membres : Frédérique CLAUDOT, Frédéric JAMMER, Mathilde LESCAT, Alex PANTEL, Anais POTIRON, Sara ROMANO-BERTRAND
- Sous-groupe N°3 : « Veille épidémiologique »
  - Co-pilotes : Laetitia GAMBOTTI et Loïc SIMON
  - Membres : Hervé BLANCHARD, Bruno GRANDBASTIEN, Amélie MEYER, Emmanuel FEDNOIR, Sara ROMANO-BERTRAND
- Sous-groupe N°4 : « Prévention et contrôle de l'infection »
  - Co-pilotes : Sandrine FOURNIER et Thibaud SEVIN
  - Membres : Serge AHO-GLELE, Gabriel BERGAND, Céline BOURGAULT, Frédérique CLAUDOT, Cécile DANANCHÉ, Frédéric JAMMER, Marine GIARD, Thierry LAVIGNE, Didier LECOINTE, Océane LEGEAY, Amélie MEYER, Sara ROMANO-BERTRAND
- Sous-groupe N°5 : « Stratégie environnementale »
  - Co-pilotes : Cécile DANANCHÉ et Sara ROMANO-BERTRAND
  - Membres : Hervé BLANCHARD, Vincent CATTORI, Sandrine FOURNIER, Marine GIARD, Thierry LAVIGNE, Didier LECOINTE, Thibaud SEVIN
- Sous-groupe N°6 : « Bon usage des antibiotiques »
  - Co-pilotes : Solène KERNEIS et Raphaël LEFEUVE

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 : Philippe BERTON, Hervé BLANCHARD, Olivia BRANDMEYER, Sandrine FOURNIER, Bruno GRANDBASTIEN, Thierry LAVIGNE, Anaïs MACHUT, Emmanuel FEDNOIR, 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 :
  - Dr Laurent DORTET, Directeur du CNR des antibiotiques au CHU de Biotère
  - Dr M. Bruno VENTELOU, Economiste, Directeur de recherche au CNRS (CSMINE)
- Par le sous-groupe N°5 :
  - Dr M. Pascal FORCJOU, Directeur d'établissement (CSISP)
  - Dr Mme Karon VANCOETSEM, Cadre Bio-Hygiéniste, CPAS Auvergne-Rhône-Alpes
- Par les co-pilotes : Dr JC Lucot et Dr A. Berger-Carbonne
- Par les co-pilotes : Dr Didier Lepelletier, DGS
- Par les co-pilotes : Dr Yazdan Yazdanpanah (ANR MIE) et Dr Madec (ANSES)

### 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

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI



## 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**



# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI



## 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.

### 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.

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI

### Pour les EPRI :

- Evaluer régulièrement le niveau de respect des PS par les EPRI : on allège seulement quand elles sont très bien respectées **R15**
- Instaurer les mesures de prévention le plus rapidement possible **R16**
- Effectuer des analyses de risque si cas isolé/groupé **R20**

### Pour les laboratoires :

- Disposer de la PCR **R66-68**
- Géloses sélectives de sensibilité différente

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des



## 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 BHRé 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 BHRé.
- 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.
- R61** : Ne pas réaliser de suivi nominatif des patients contact à risque faible ou moyen.
- R61** : Ne pas inscrire ces patients dans une liste in
- R61** : Ne pas les dépister lors d'une réhospitalisati
- R62** : Il n'est pas recommandé de dépister les pati



## 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.

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI



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



### Signalement

**R85** : Ne pas signaler les colonisations à BHRé 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.



# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI

Que tout patient porteur excréteur/non excréteur, de BHRé/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 BHRé, d'appliquer les PS pour les patients contacts.

**R26**

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

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI

D'identifier dès l'admission pour les dépister les patients suivants :

**R58**

- en ciblant les EPC et les ERV tout patient :

i) 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 ;

ii) **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 ;

iii) ayant séjourné **en zone de conflit** ;

- en ciblant uniquement la BHRé concernée par la situation épidémiologique, tout patient :

i) contact à risque élevé réhospitalisé ou transféré d'un ES français ;

ii) réhospitalisé et connu comme porteur ;

iii) hospitalisé dans un service ou une filière de soins locale dans laquelle se déroule une épidémie prolongée non contrôlée.

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI

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



# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRe et des ABRI

- Autres chapitres
  - Spécificités ABRI
  - L'environnement
  - Le BUA

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R1. Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</li> <li>R1. Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</li> <li>R2. Géloses et PCR disponibles au SBM/L2H</li> <li>R3. Tests PCR et immunochromatographiques financés</li> </ul>
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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R1. Effectifs des EPRI conformes aux recommandations de la SF2H et contrôlés</li> <li>R1. Effectifs des SBM/L2H adaptés à la charge de travail des dépistages</li> <li>R2. Outils informatiques de gestion patients porteurs / contacts</li> <li>R4. Programme BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</li> </ul>
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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R4. Programme de BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</li> <li>R11. Groupe national suivi / aide à gestion d'épidémies prolongées non contrôlées</li> </ul>
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 inadéquats</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R5. EPRI intégrée aux projets construction / rénovation</li> <li>R6. Politique de maîtrise du risque environnemental élaborée par la gouvernance et l'EPRI</li> <li>R7. Cahier des charges de toute prestation de bionettoyage externalisée élaborée avec avis de l'EPRI et contrôlé</li> <li>R8. Formation des gouvernances sur le lien entre environnement et risque de diffusion des BHRé / ABRI</li> </ul>
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 inadéquate</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R4. Programme BUA / BUD dans les 3 secteurs de l'offre de soins</li> <li>R9. Protocole d'accueil des résidents porteurs de BHRé en ESMS</li> <li>R10. Former, accompagner les professionnels de santé de ville</li> </ul>

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI



Source : congrès SF2H, juin 2026

# Actualités du HCSP : recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé et des ABRI

### 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)**

Publication à venir... 2<sup>e</sup> semestre  

# Retours sur le XXXVI<sup>e</sup> congrès de la SF2H

La PRI à tous les étages. Derrière les murs : réseaux d'air et d'eau, comment maîtriser le risque ?

Diaporama

- Killian LE NEINDRE PH hygiéniste

# Retours sur le XXXVI<sup>e</sup> congrès de la SF2H

PRI : l'expertise en action retour sur « La ventilation non invasive (VNI) » du Dr Bianchi - CH de Lens

## Diaporama

- Mélanie LAMBERT IDE hygiéniste

# Retours sur le XXXVI<sup>e</sup> congrès de la SF2H

- Echanges et discussion

# Rencontre du 8 octobre 2026

- Questions diverses
- Thèmes souhaités pour les prochaines rencontres
- A noter dans vos agendas

# A noter dans vos agendas (1/2)



**2026**

## RENCONTRES DES HYGIENISTES DE NORMANDIE

---

JEUDI <b>26</b> MARS	CHU Rouen Normandie
JEUDI <b>18</b> JUN	CHU Caen Normandie
JEUDI <b>15</b> OCT.	CHU Rouen Normandie
JEUDI <b>10</b> DEC.	CHU Caen Normandie

**CPias**  
Normandie





# A noter dans vos agendas (2/2)



**ÉVÉNEMENTS À VENIR**

**2026**

<b>Jeudi 9 Avril</b>	<b>Journée Régionale ES</b> pour les professionnels de la Prévention et Contrôle des Infections et/ou du Bon Usage des Antibiotiques en ES	<b>ROUEN</b>
<b>Mardi 15 Sept.</b>	<b>Journée régionale ESMS</b> pour les professionnels de la Prévention et Contrôle des Infections et/ou du Bon Usage des Antibiotiques en ESMS	<b>CAEN</b>
<b>Mardi 17 Nov.</b>	<b>8<sup>e</sup> journée normande de prévention des infections associées aux soins</b>	<b>TOUQUES</b>



**Merci  
de votre  
attention**