

Actualisation 2025 des recommandations du HCSP sur les BHRe



32^{ème} Journées Régionales de Prévention des Infections Associées aux Soins du Grand Est

L. SIMON

CPias Grand Est et Mission SPARES

02 octobre 2025



Recommandations 2019 du HCSP sur les BHRé : **c'était quoi déjà?**



Juillet 2013



Décembre 2019



Recommandations 2019 du HCSP sur les BHRé : c'était quoi déjà?



Fiche 1 - Patients cibles à dépister dans les différentes filières de soins / Définition des BHRé

Fiche 2 - Dépistage et diagnostic microbiologique des BHRé

Fiche 3 - Modalités de suivi des patients porteurs de BHRé et de leurs contacts en MCO

Fiche 4 - Place des unités dédiées pour regrouper les patients porteurs de BHRé

Fiche 5 - Gestion des BHRé dans les filières de soins spécifiques

Fiche 6 - Évaluation du risque individuel et collectif de diffusion des BHRé

Fiche 7 - Stratégie d'antibiothérapie à mettre en place dans un service à l'occasion de la prise en charge d'un ou de plusieurs patients porteurs de BHRé

Fiche 8 - Comment et à qui signaler ? Comment communiquer ?

Fiche 9 - Transport des patients porteurs ou contacts de BHRé

Fiche 10 - Dimension éthique et risque de pertes de chance pour les patients porteurs de BHRé et leurs contacts

Fiche 11 - Évaluation médico-économique de la prise en charge des patients porteurs de BHRé

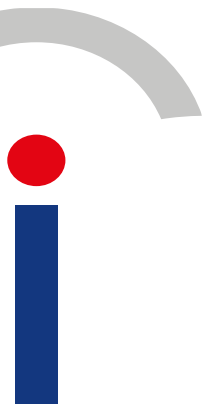
Fiche 12 - Cahier des charges des « Systèmes d'identification pour la détection et le suivi des patients à risque de BHRé et de leurs contacts »

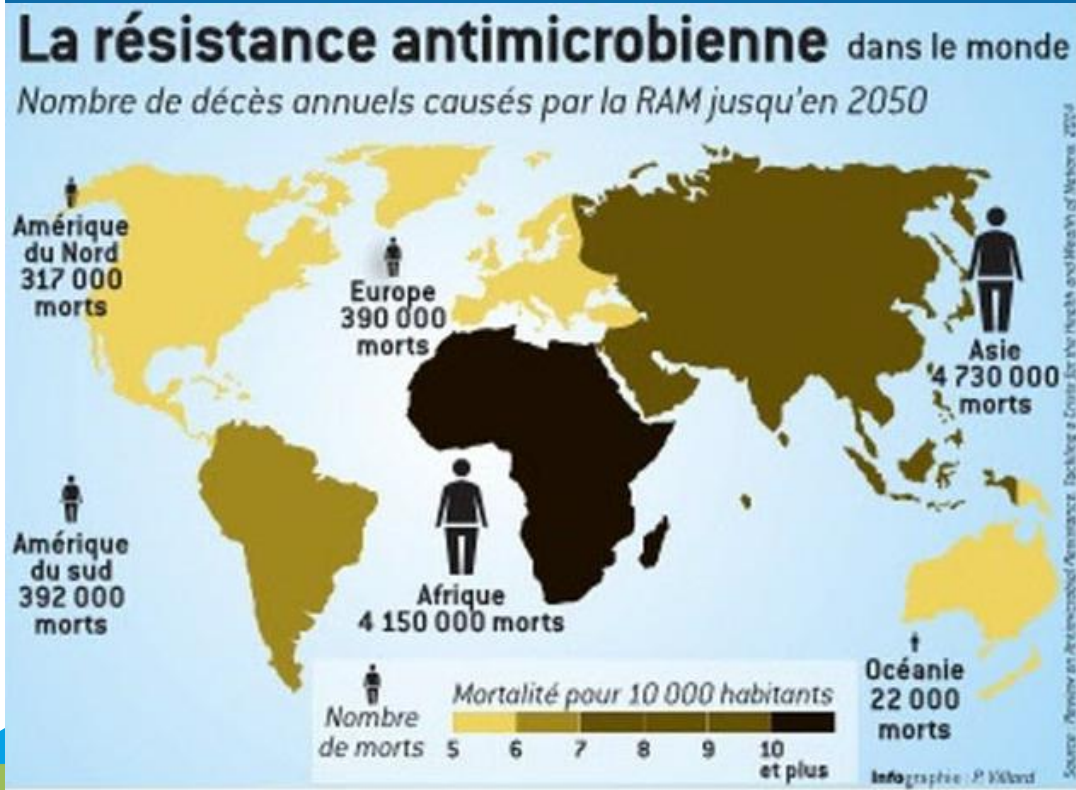
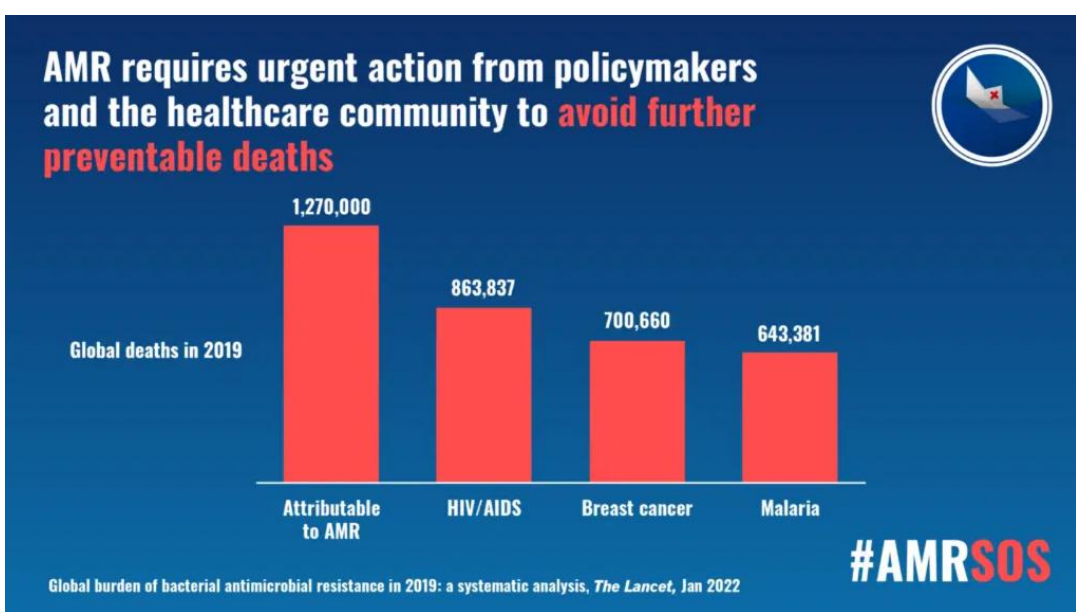
12 fiches

87 recommandations



Recommandations 2019 du HCSP sur les BHRe : **pourquoi faut-il actualiser les recommandations de 2019**





Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis

Antimicrobial Resistance Collaborators*

Summary

Background Antimicrobial resistance (AMR) poses a major threat to human health around the world. Previous publications have estimated the effect of AMR on incidence, deaths, hospital length of stay, and health-care costs for specific pathogen–drug combinations in select locations. To our knowledge, this study presents the most comprehensive estimates of AMR burden to date.

Methods We estimated deaths and disability-adjusted life-years (DALYs) attributable to and associated with bacterial AMR for 23 pathogens and 88 pathogen–drug combinations in 204 countries and territories in 2019. We obtained data from systematic literature reviews, hospital systems, surveillance systems, and other sources, covering 471 million individual records or isolates and 7585 study-location-years. We used predictive statistical modelling to produce estimates of AMR burden for all locations, including for locations with no data. Our approach can be divided into five broad components: number of deaths where infection played a role, proportion of infectious deaths attributable to a given infectious syndrome, proportion of infectious syndrome deaths attributable to a given pathogen, the percentage of a given pathogen resistant to an antibiotic of interest, and the excess risk of death or duration of an infection associated with this resistance. Using these components, we estimated disease burden based on two counterfactuals: deaths attributable to AMR (based on an alternative scenario in which all drug-resistant infections were replaced by drug-susceptible infections), and deaths associated with AMR (based on an alternative scenario in which all drug-resistant infections were replaced by no infection). We generated 95% uncertainty intervals (UIs) for final estimates as the 25th and 975th ordered values across 1000 posterior draws, and models were cross-validated for out-of-sample predictive validity. We present final estimates aggregated to the global and regional level.

Findings On the basis of our predictive statistical models, there were an estimated 4·95 million (3·62–6·57) deaths associated with bacterial AMR in 2019, including 1·27 million (95% UI 0·911–1·71) deaths attributable to bacterial AMR. At the regional level, we estimated the all-age death rate attributable to resistance to be highest in western sub-Saharan Africa, at 27·3 deaths per 100 000 (20·9–35·3), and lowest in Australasia, at 6·5 deaths (4·3–9·4) per 100 000. Lower respiratory infections accounted for more than 1·5 million deaths associated with resistance in 2019, making it the most burdensome infectious syndrome. The six leading pathogens for deaths associated with resistance (*Escherichia coli*, followed by *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, and *Paratuberculosis*) were responsible for 929 000 (660 000–1 270 000) deaths attributable to AMR and 3·57 million (2·62–4·78) deaths associated with AMR in 2019. One pathogen–drug combination, methicillin-resistant *S aureus*, caused more than 100 000 deaths attributable to AMR in 2019, while six more each caused 50 000–100 000 deaths: multidrug-resistant *Escherichia coli*, extensively drug-resistant tuberculosis, third-generation cephalosporin-resistant *E coli*, carbapenem-resistant *A baumannii*, fluoroquinolone-resistant *E coli*, carbapenem-resistant *K pneumoniae*, and third-generation cephalosporin-resistant *K pneumoniae*.

Interpretation To our knowledge, this study provides the first comprehensive assessment of the global burden of AMR, as well as an evaluation of the availability of data. AMR is a leading cause of death around the world, with the highest burdens in low-resource settings. Understanding the burden of AMR and the leading pathogen–drug combinations contributing to it is crucial to making informed and location-specific policy decisions, particularly about infection prevention and control programmes, access to essential antibiotics, and research and development of new vaccines and antibiotics. There are serious data gaps in many low-income settings, emphasising the need to expand microbiology laboratory capacity and data collection systems to improve our understanding of this important human health threat.

Funding Bill & Melinda Gates Foundation, Wellcome Trust, and Department of Health and Social Care using UK aid funding managed by the Fleming Fund.

Copyright © 2022 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license.



Articles



Lancet 2022; 399: 629–55
Published Online
January 20, 2022
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00714-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00714-0)
See Comment page 606
*Collaborators are listed at the end of the paper
Correspondence to:
Dr Matthew Naghavi, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, WA 98195, USA
naghavi@u.washington.edu

En France, d'ici 2050, on estime que **238 000 personnes** mourront des suites de l'antibiorésistance.

En 2050, à 21 ans,
Chloé **décèdera** suite
à une **infection urinaire**.

Dans 30 ans, la résistance aux antibiotiques
causera 10 millions de morts par an.

Nous devons agir **maintenant** !

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE PHARMACIE anemf ANEPF

En 2050, à 6 ans,
Elliot **décèdera** suite
à une **otite**.

Dans 30 ans, la résistance aux antibiotiques
causera 10 millions de morts par an.

Nous devons agir **maintenant** !

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE PHARMACIE anemf ANEPF

The prevalence and risk of mortality associated with antimicrobial resistance within nosocomial settings—a global systematic review and meta-analysis of over 20,000 patients

Nisha A. George,^{a,b,c} Daniel Pan,^{a,b,c,d,e,f,g} Luisa Silva,^{a,c,d} Rebecca F. Baggaley,^{a,h,i,j,k} Patricia Irizar,^j Pip Divali,^k Amani Al-Oraibi,^{a,h,g} Durdana P. Khan,^l Christopher A. Martin,^{a,h,i,j,k} Joshua Nazareth,^{a,h,i,j,k} Ian Collins,^m See Lek Chew,ⁿ Laura B. Nellums,^o and Manish Pareek^{a,h,i,j,k,*}



^aDevelopment Centre for Population Health, University of Leicester, Leicester, United Kingdom

^bDivision of Public Health and Epidemiology, School of Medicine, University of Leicester, Leicester, United Kingdom

^cLeicester NIHR Biomedical Research Centre, Leicester, United Kingdom

^dDepartment of Infectious Diseases and HIV Medicine, University Hospitals of Leicester, NHS Trust, Leicester, United Kingdom

^eLi Ka Shing Centre for Health Information and Discovery, Oxford Big Data Institute, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

^fWHO Collaborating Centre for Infectious Disease Epidemiology and Control, School of Public Health, Li Ka Shing Faculty of Medicine, University of Hong Kong, Hong Kong, China

^gNottingham Centre for Public Health and Epidemiology, Lifespan and Population Health, School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom

^hDepartment of Population Health Sciences, University of Leicester, Leicester, United Kingdom

ⁱInstitute of Health Informatics, University College London, London, United Kingdom

^jSchool of Social Sciences, University of Manchester, United Kingdom

^kEducation Centre Library, Glenfield Hospital and Leicester Royal Infirmary, University Hospitals of Leicester NHS Trust, Leicester, United Kingdom

^lDepartment of Clinical Microbiology, University Hospitals of Leicester NHS Trust, Leicester, United Kingdom

^mPacific Life Re Services (United Kingdom) Limited, United Kingdom

ⁿPacific Life Re Services Singapore Private Limited, Singapore

^oCollege of Population Health, University of New Mexico, Albuquerque, USA

Summary

Background Bacterial antimicrobial resistance (AMR) is a leading cause of death globally. However, there has been no data synthesis on whether it influences mortality within hospital settings. We conducted a systematic review and meta-analysis to quantify the prevalence and risk of mortality associated in hospitalised patients with AMR, compared to patients with infections not classified as AMR.

Methods Databases (MEDLINE, EMBASE, and Cochrane library) were searched from inception up to 14th April 2025 for studies that reported the prevalence of AMR in patients who acquired infections in hospitals and mortality (PROSPERO CRD42023420609). We calculated pooled prevalence estimates of AMR as well as unadjusted and adjusted estimates of the effect of AMR on mortality using a random-effects model. Study quality was assessed using the Joanna Briggs Quality Appraisal Tool, risk of bias using DOI plots and LFK index and certainty of evidence of mortality using GRADE criteria.

Findings We identified 34 studies (20,658 patients with resistant organisms) from 18 countries—namely the USA, China, the UK, Canada, Israel, Japan, Malaysia, Korea, Brazil, and Singapore. Of these, 33 were observational studies whilst two studies (one observational study and one purely modelling study) mechanistically modelled risk of mortality in relation to transmission. No studies were conducted in the African subcontinent, the Middle-East, Russia, and India. The prevalence of AMR was high in patients in hospital (pooled prevalence: 36.5%, 95% CI: 29%–44%, $I^2 = 99\%$) and associated with higher mortality (unadjusted pooled risk ratio [RR]: 1.64, 95% CI: 1.37–1.97, $I^2 = 96.22\%$, $\tau^2 = 0.20$; adjusted pooled RR: 1.58, 95% CI: 1.33–1.87, $I^2 = 85.9\%$, $\tau^2 = 0.13$) compared to non-AMR organisms.

Sensitivity analyses showed particularly elevated risks for in-hospital mortality and for AMR-associated bacteraemia. Study quality was generally rated to be high, but there was evidence of publication bias in estimates of both prevalence and mortality. Overall certainty of evidence of mortality was graded to be low.

*Corresponding author. University of Leicester, Leicester, United Kingdom.

E-mail address: manish.pareek@leicester.ac.uk (M. Pareek).

^jJoint first authors.



L'influence de l'antibiorésistance sur la mortalité en cas d'infection nosocomiale quantifiée dans une méta-analyse

34 études menées dans 18 pays et regroupant près de 40.000 patients, dont environ 20.600 qui disposaient de données de culture bactérienne

Risque de décès en cas d'infection contractée à l'hôpital **augmenté de 58%** lorsque la bactérie impliquée est résistante aux antibiotiques

eClinicalMedicine
2025;■: 103384
Published Online XXX
<https://doi.org/10.1016/j.eclim.2025.103384>

Saisine de Dr G. Emery DGS (12/06/2024)

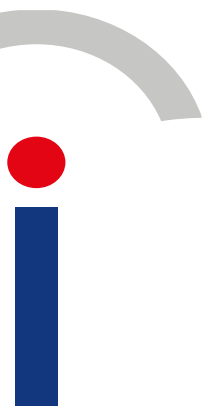
- 1- Argument de fréquence (signalement remontés au CORRUSS + e-sin) :
EPC CH Troyes, *A. baumannii* IMP-R (CHU de Bordeaux) et *E. coli* OXA-48 (CHU de Nantes)
- 2- Malgré 3 générations de recommandations => difficultés de maîtrise de la transmission croisée
- 3- Evolution de l'épidémiologie et des connaissances
- 4- Enjeu 1 : limiter la transmission croisée pour éviter de nouvelles épidémies voire une situation d'endémie
- 5- Enjeu 2 : questions de l'application et de l'applicabilité des recommandations sur le terrain

Recommandations 2019

du HCSP sur les BHRe : **quelle méthodologie pour proposer une actualisation des recommandations?**

Recommandations 2019

du HCSP sur les BHRe : **quelle méthodologie** **pour proposer une actualisation des recommandations?**



Groupes de travail



1- Enquête sur les difficultés/leviers de mise en place des mesures de prévention BHRe 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. Lepaule, S. Kerneis

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

Code couleur	Groupe de travail
GT2	Stratégie biologique : dépistage et diagnostic
GT3	Stratégie de veille épidémiologique en France et territoires ultra-marins
GT4	Prévention et contrôle de l'infection
GT5	Stratégie environnementale
GT6	Bon usage des antibiotiques

Groupe 1 : Enquête auprès des CPIAS

Pilotes du groupe : L. Simon (Cpias Grand Est), M. Giard (Cpias ARA)

Membres du groupe :

H. Blanchard (Cpias IdF), T. Lavigne (CHU Strasbourg), S. Fournier (AP-HP),
B Grandbastien (CHU Lausanne), S. Tahani (CHRU Nancy) et E Piednoir
(CH Avranches)

Comment s'est déroulée l'évaluation?



Trois liens hypertextes pour 3 enquêtes en ligne

[Questionnaire en établissement de santé](#)

[Questionnaire aux Ehpad](#)

[Questionnaire en ville](#)



0%

HCSP - Révision des recommandations BHRe Questionnaire en établissement de santé

La durée de ce questionnaire est estimée à 15 minutes.

Les éléments soulignés indiquent qu'une précision est apportée dans le guide de remplissage.

L'astérisque (*) indique que la question est obligatoire. Des modalités de réponse telles que "ne sais pas" ou "non concerné(e)" sont possibles dans la plupart des cas.

Il est possible d'enregistrer ses réponses pour terminer le questionnaires plus tard. Pour cela, cliquez sur les trois petits points en haut à droite de l'écran puis remplissez le formulaire d'enregistrement.

Suivant



0%

HCSP - Révision des recommandations BHRe Questionnaire en ville

La durée de ce questionnaire est estimée à 5 minutes.

Les éléments soulignés indiquent qu'une précision est apportée dans le guide de remplissage.

L'astérisque (*) indique que la question est obligatoire. Des modalités de réponse telles que "ne sais pas" ou "non concerné(e)" sont possibles dans la plupart des cas.

Il est possible d'enregistrer ses réponses pour terminer le questionnaires plus tard. Pour cela, cliquez sur les trois petits points en haut à droite de l'écran puis remplissez le formulaire d'enregistrement.

Suivant



0%

HCSP - Révision des recommandations BHRe Questionnaire aux Ehpad


La durée de ce questionnaire est estimée à 5 minutes.

Les éléments soulignés indiquent qu'une précision est apportée dans le guide de remplissage.

L'astérisque (*) indique que la question est obligatoire. Des modalités de réponse telles que "ne sais pas" ou "non concerné(e)" sont possibles dans la plupart des cas.

Il est possible d'enregistrer ses réponses pour terminer le questionnaires plus tard. Pour cela, cliquez sur les trois petits points en haut à droite de l'écran puis remplissez le formulaire d'enregistrement.

Suivant



Résultats de l'enquête sur les difficultés et leviers d'application des mesures de prévention des BHRe via les CPias

Dr Sara Tahani pour le groupe 1 du HCSP

Recommandations 2019

du HCSP sur les BHRe : **quels sont les principaux enseignements de cette enquête nationale?**

Principales conclusions de l'enquête nationale



- Un petit nombre
 - ne sait pas combien il a accueilli de patients porteurs
 - n'est pas en capacité de dépister les BHRe



- $\frac{1}{4}$
 - a mis en place une stratégie de dépistage alternative aux recos du HCSP
 - propose des méthodes de prélèvements alternatives



- $\frac{1}{2}$ informatisés
 - pourtant utile au repérage des anciens porteurs / contacts à risque élevé
 - difficultés à extraire des listes de cas / contacts ++

- Equipes de nuits/we/jours fériés encore trop laissées pour compte



- Renfort en ressources humaines
 - nécessaire de fermer des lits
 - s'envisage surtout si évolution défavorable de l'épidémie



- Encore des difficultés de transferts des porteurs
- Communication : on peut s'améliorer, notamment pour les soins paramédicaux en ville



1/2 préparée à accueillir
un patient porteur



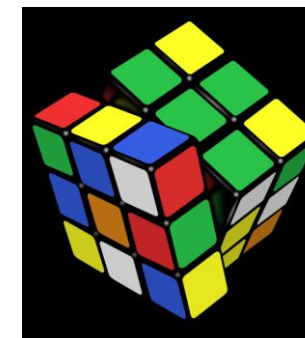
besoin d'être
accompagnés

Recommandations 2025 du HCSP sur les BHRe : **alors?**

Dans doc. provisoire : 129 recommandations

Mais 2 nouvelles thématiques :

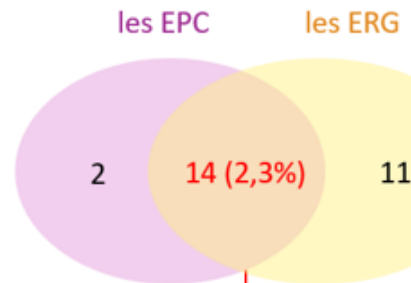
- gestion de l'environnement et
- BUA = bon usage des ATB



Recommandations pour le sanitaire

Capacités techniques de dépistage

Incapacité des laboratoires à dépister



- Types d'ES
 - 8 CH (4 > 300 lits + 4 < 300 lits)
 - 2 MCO
 - 1 SMR
- Types de labos
 - 6 labos internes
 - 5 labos externes

Type d'ES

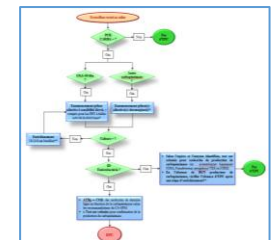
- 5 ESMR
- 4 MCO dont 1 ≥ 100 lits
- 2 CH < 300 lits
- 2 SLD
- 1 CHS/PSY

- Externe privé
- Externe au sein du GHT
- Interne à l'établissement



- 100% des laboratoires publics et privés devront être en capacité de réaliser le dépistage des BHRe
- techniques de biologie moléculaire utilisées en 1^{ère} intention dans toutes les circonstances considérées comme critiques au sein de l'établissement
- dans un délai raisonnable
- d'envoyer certaines souches au CNR

+ Logigrammes pour le dépistage du portage de BHRe



Recommandations pour le sanitaire



Stratégie de dépistage BHRe + ABRI

72% (445) systématique

28% (172) alternative



75,1% de difficultés de mise en œuvre	N = 334	%
Faire prescrire les dépistages par les médecins	237	71,0
Faire accepter les dépistages par les patients	187	56,0
Faire réaliser les dépistages par les soignants (frein de la part des soignants)	175	52,4
Faire analyser tous les prélèvements par le laboratoire	32	9,6

80,2% de méthodes de prélèvement alternatives (24,3% des ES)	N = 150	%
Ecouvillonnage rectal réalisé par le patient lui-même	114	76,0
Ecouvillonnage des selles (dans un pot ou dans la protection)	109	72,7
Envoi d'un prélèvement de selles au laboratoire	59	39,3

Stratégies de dépistage alternative préconisées par l'EOH (hors recommandations)	N	%
Dépistage restreint aux contacts à risque moyen ou élevé	104	60,5%
Si contacts à risque faible : dépistage par sélection de certains contacts considérés plus à risque	99	57,6%
Dépistage restreint aux contacts dans les services à bas niveau de maîtrise des PS, selon évaluation de l'EPRI	36	20,9%
Autre stratégie	25	14,5%
Aucun dépistage des contacts	12	7,0%

soit 1,9% de tous les ES

Recommandations possibles

Identifier et de dépister à la recherche de BHRe dès l'admission, les patients à haut risque :

- ayant été hospitalisé ou ayant bénéficié de soins à l'étranger dans l'année y compris en cas d'hospitalisation de moins de 24 heures ou de dialyse ;
- résidant à l'étranger ou ayant séjourné à l'étranger depuis moins de 3 mois ;
- réhospitalisé et connu comme porteur de BHRe ;
- contact à risque élevé réhospitalisé ou transféré d'un ES français (ayant une prévalence potentiellement élevée ou une épidémie active) ;

Identifier et de dépister à la recherche de BHRe dès l'admission, ciblé sur le type de BHRe initialement identifiée :

- pour tout patient réhospitalisé et connu comme porteur
- ou contact à haut risque de BHRe
- ou pour les patients hospitalisés dans une filière de soins locale dans laquelle la situation épidémiologique n'est pas contrôlée.

Pas de changement

Recommandations pour le sanitaire

Stratégie de dépistage BHRe + ABRI

Recommandations possibles

De réaliser des enquêtes ponctuelles et répétées pour évaluer le niveau de circulation des BHRe/ABRI au sein d'un ES, territoire ou région.

Dépister les patients suspects de portage d'ABRI en prélevant simultanément plusieurs sites anatomiques incluant au moins

- un dépistage multisite de larges surfaces cutanées (creux axillaires + aines + /- membres)
 - + un dépistage oro-pharyngé +/- dépistage rectal selon le contexte
- + des plaies (polytraumatisés, blessés de guerre) si présentes

*L'OMS a publié en février 2017 sa première liste d'agents pathogènes prioritaires pour la recherche et le développement de nouveaux antibiotiques : **Acinetobacter baumannii** Résistant à l'imipénème (ABRI) a été identifié comme priorité critique, renforçant ainsi la nécessité de mise en place d'une stratégie de dépistage et de gestion des patients colonisés et/ou infectés à ABRI.*

Nouvelles stratégies

Recommandations pour le sanitaire

Gestion et dépistages des patients contact hors situation épidémique

Recommandations possibles

Lors de la découverte d'un patient porteur de BHRe, de tenir compte des mesures de prévention du risque infectieux (PS ou PCC) mises en place à son admission pour organiser la gestion des patients contact. Le risque est considéré comme :

- **Faible** si le porteur a été pris en charge en PCC dès son admission ;
- **Moyen** si le porteur a été pris en charge en PS à son admission (ex. découverte fortuite en cours d'hospitalisation) mais qu'il n'y a pas d'épidémie confirmée ; le patient partageant la même chambre en cas d'hospitalisation en chambre double est considéré comme particulièrement à risque ;
- **Élevé** si au moins un cas secondaire a été identifié (situation épidémique), ce risque redevenant faible si la situation épidémique est complètement maîtrisée.

pas de changement

Recommandations pour le sanitaire



Gestion et dépistages des patients contact hors situation épidémique

Recommandations possibles:

Dans une situation à **risque faible** de transmission dans un service hébergeant un patient porteur de BHRe, **d'appliquer les PS pour les patients contact**

Dans une situation à **risque moyen** de transmission dans un service hébergeant un patient porteur de BHRe, **d'appliquer les PS pour les patients contact, sauf pour le voisin de chambre double** du patient porteur à placer en PCC, jusqu'à au moins un dépistage négatif hors exposition.

De **dépister toutes les semaines les patients contact** présents dans un service hébergeant un patient porteur de BHRe excréteur, dans les situations à risque faible et à **risque moyen** de transmission, tant qu'un patient porteur de BHRe est hospitalisé, puis une fois après la sortie du porteur, entre 4 et 7 jours après la sortie (hors exposition

Nouvelles stratégies



GRIS CLAIR - **RISQUE MOYEN DE TRANSMISSION**, le porteur BHRe a été pris en charge en précautions standard à son admission (par exemple : découverte fortuite, en cours d'hospitalisation)

Les patients « contacts » transférés seront accueillis et installés en chambre seule :

- ⇒ en Précautions Complémentaires « Contact »
- ⇒ ils bénéficieront d'au moins 2 prélèvements par dépistage rectal hebdomadaire post-exposition (le 1^{er} réalisé idéalement après 4 à 7 jours post-exposition)

Conseil CPias : pour un patient bénéficiant d'une antibiothérapie, un prélèvement de contrôle complémentaire sera réalisé 7 jours après l'arrêt du traitement.

⇒ Si les prélèvements s'avèrent négatifs, les Précautions Complémentaires « Contact » pourront être levées et aucun autre prélèvement ne sera envisagé.

BLANC - **RISQUE FAIBLE**, le porteur BHRe a été pris en charge en PCC dès son admission

Les patients « contacts » transférés seront accueillis et installés en chambre seule :

- ⇒ en Précautions Complémentaires « Contact »
- ⇒ ils bénéficieront d'un prélèvement par dépistage rectal après 4 à 7 jours post-exposition
- ⇒ si le prélèvement s'avère négatif, les Précautions Complémentaires « Contact » pourront être levées et aucun autre prélèvement ne sera envisagé.

Conseil CPias : pour un patient bénéficiant d'une antibiothérapie, un prélèvement de contrôle complémentaire sera réalisé 7 jours après l'arrêt du traitement.

Recommandations pour le sanitaire

Epidémie à BHRe non contrôlée

Recommandations possibles

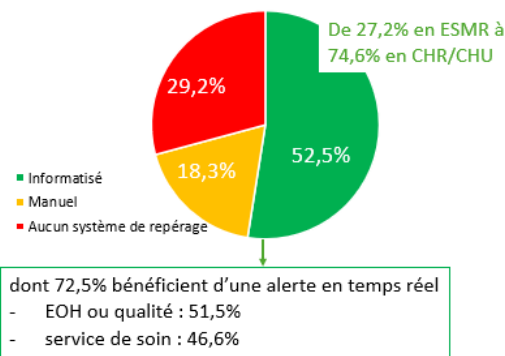
- De mettre en oeuvre dans le service ou la filière de soins spécifiques, un plan d'actions spécifique, axé sur le respect des PS, le **regroupement des cas et l'adaptation du suivi et des dépistages des patients de la file active de ce service**, avec l'appui du CPias et du CRATb pour la politique de BUA.
- De **créer un groupe national réunissant des experts pour le suivi et l'aide à la gestion des épisodes non contrôlés de diffusion des BHRe**, ayant aussi l'objectif de réaliser des retours d'expérience sur les situations complexes et d'anticiper de futures stratégies adaptées à l'évolution de l'épidémiologie (incidence, nature des germes, nature des résistances, etc.).

Cohorting?

Nouvelles stratégies

Recommandations pour le sanitaire

Système de repérage des patients



Capacité d'identifier à l'admission ou de repérer à la réadmission	Système de repérage						Total	
	Informatisé		Manuel		Aucun			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anciens porteurs	285	88,0	69	61,1	76	42,2	430	69,7
Anciens contacts à risque élevé	217	67,0	34	30,1	29	16,1	280	45,4
Rapatriements sanitaires	157	48,5	57	50,4	59	32,8	273	44,2
Hospitalisés à l'étranger >24h dans les 12 derniers mois	160	49,4	51	45,1	42	23,3	253	41,0
Résidé ou séjourné à l'étranger dans les 3 mois	112	34,6	42	37,1	30	16,7	184	29,8
Total	324	100	113	100	180	100	617	100

18,0% d'incapacité totale

Le système d'information hospitalier doit permettre :

- d'identifier et de délivrer une alerte en temps réel vers les équipes soignantes et l'EPRI lors de l'admission d'un patient rapatrié sanitaire ;
- de repérer et délivrer une alerte en temps réel vers les équipes soignantes et l'EPRI lors de la réadmission, du transfert ou de mouvement interne des patients porteurs de BHRe et de leurs contacts à risque élevé ;
- que l'EPRI ait accès aux outils permettant de connaître la liste des patients porteurs de BHRe et leur localisation dans l'établissement (incluant le service et le numéro de chambre) ;**
- que l'EPRI ait la possibilité d'extraire de manière informatisée et autonome une liste de patients contact autour d'un patient porteur de BHRe ;
- que l'EPRI ait accès à un suivi automatique de la réalisation et des résultats des dépistages des patients contact.

Recommandations possibles

- Les ES disposent d'outils informatiques d'aide à la gestion des patients porteurs infectés et contacts.

Recommandations pour le sanitaire

Surveillance environnementale

Les précédentes recommandations du HCSP n'abordaient que très peu la problématique de la gestion de l'environnement (R47. *Il est recommandé de réaliser un bionettoyage quotidien de l'environnement du patient/résident connu porteur de BHRé en raison de la persistance possible des BHRé dans l'environnement*).

Or, le nombre de publications et de cas ou épidémies relatés présentant une composante environnementale est **en forte augmentation ces dernières années**

Recommandations possibles

- Veiller à ce que l'EPRI/EOH soit intégrée aux projets de construction et de rénovation de toute unité de soins.
- Mettre en place une politique de contrôle régulier de l'intégrité des différentes surfaces, matériels et équipements de la chambre et des sanitaires
- le cahier des charges de la prestation externalisée fasse mention de mesures additionnelles à appliquer en cas d'épidémie (annexe spécifique)

pas de changement

Recommandations pour le sanitaire

Décolonisation du patient

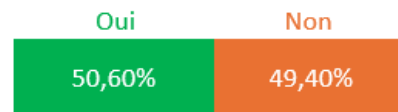
La démonstration scientifique de la décolonisation réelle après plusieurs dépistages négatifs n'est pas encore établie. Les performances des géloses pour l'isolement des souches, et notamment leur VPN, ne permettent pas de garantir totalement le caractère négatif d'un prélèvement. L'utilisation des tests moléculaires dans le suivi des porteurs de BHRe, en dépit de bonnes VPP et VPN, n'est pas encore suffisamment répandue pour être retenue comme critère essentiel. De plus l'excrétion peut être variable dans le temps, ce qui nécessite de renouveler les prélèvements.

Recommandations possibles

- De considérer un patient porteur non excréteur comme décolonisé si, sur une période d'au moins un an suivant un prélèvement positif, au moins 5 (ou 3 dont au moins un test moléculaire) dépistages successifs, à au moins une semaine d'intervalle, sont négatifs.
- De retirer le patient décolonisé des listes.

Recommandations pour le médico-social

Ont déjà accueilli un résident porteur de BHRe



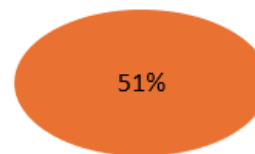
Information du statut BHRe d'un résident

- o de l'EHPAD si découverte fortuite au cours d'une l'hospit. 89,9%
(75,9% si accompagnement par un dispositif alternatif)
- o de l'ES si hospitalisation d'un résident porteur 97,8%
- o du représentant légal si découverte dans l'EHPAD 89,1%

Mesures mises en œuvre

99,3% dont

- o sensibilisation des professionnels à l'HDM 99,7%
- o sensibilisation des professionnels à la gestion des excréta 96,8%
- o sensibilisation des résidents à l'HDM 85,9%
- o bionettoyage quotidien de la chambre du résident 84,3%
- o limitation de l'accès aux espaces de vie commune 33,2%



ont prévu une organisation

- 63,2% si accompagnés par une EOH
- 45,5% si accompagnés par une EMH
- 52,0% si accompagnés par un dispositif alternatif
- 48,8% si non accompagnés par une équipe d'hygiène

En matière de recommandations sur le volet EHPAD, 2 priorités se dégagent :

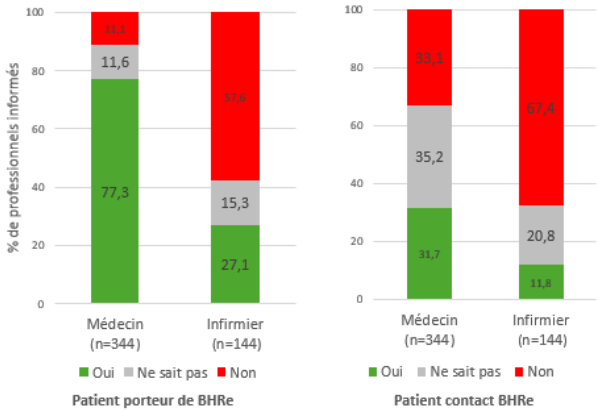
1. Ethique d'accès au lieu commun d'un EHPAD
2. Protocole d'accueil formalisé pour chaque EHPAD.

Recommandations pour la ville



Information

	Médecins	Infirmiers
Sensibilisés à la problématique des BHRe	69,2%	56,9%
Ont déjà pris en soin un patient porteur de BHRe	39,5%	42,4%
Ressentent la nécessité d’être accompagnés	84,6%	81,3%



Moyen d'information	Total
Compte-rendu d'hospitalisation	92,0%
Courrier	25,9%
Appel téléphonique	5,1%
Dossier informatisé partagé	3,5%
Autre	4,5%

En matière de recommandations pour la ville, 4 priorités :

1. Sensibiliser et former les IDE sur le risque/gestion BHRe dans leur pratique
2. Sensibiliser et former les ML sur la PCI vis-à-vis des BHRe
3. Créer un circuit d'information du statut BHRe des patients qui n'oublie pas les IDE
4. Protocole d'accompagnement à formaliser

Conclusion - perspective

1^{ère} enquête nationale auprès des professionnels des ES, ESMS, ville (médecin et IDE) pour définir les difficultés d'application des mesures BHRe et leviers

Points forts des « **possibles nouvelles recommandations** » à venir :

- Risque faible et moyen de transmission : on passerait de PCC à PS
- Informatisation à optimiser ou à créer dans tous les ES
- Dépistages alternatifs
- Mesures environnementales et sur le BUA proposées
- Communication à renforcer vers les structures et les professionnels d'aval

Maintenant il faut attendre la validation et la diffusion du nouveau référentiel

