



Actualités SF2H

Cédric Dananché

MCU-PH, Service Hygiène, Épidémiologie, Infectiovigilance et Prévention (SHEIP),

Hospices Civils de Lyon

Centre International de Recherche en Infectiologie (CIRI), INSERM, U1111, CNRS, UMR5308, ENS de Lyon, Université Claude-Bernard Lyon 1

Journée régionale CPIas Pays de la Loire, ~~Marrakech~~ Nantes, 23 Juin 2026

Actualités : Office-Based Surgery (15/06/2026)

Vous les attendiez ...

Elles sont arrivées !



Société française d'Hygiène Hospitalière

AVIS

Relatif au périmètre et aux exigences en matière de prévention du risque infectieux
d'une activité de chirurgie hors du bloc opératoire

Version du 02/06/2026

Éléments-clés de l'avis :

- Le présent avis porte sur la réalisation hors du bloc opératoire d'actes de chirurgie réalisables dans un **environnement technique de niveau 1 tel que défini dans le rapport d'évaluation de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2010** : sont concernés les actes chirurgicaux qualifiés de « mineurs », sous anesthésie topique, locale, blocs digitaux ou locaux ; réalisés par le chirurgien (ou le médecin le cas échéant) sans l'assistance d'une autre personne, sauf si l'état du patient ou l'intervention en elle-même le requiert ; à

Et ont été concoctées par :

Dr Cédric Dananché, MCU-PH hygiéniste, Hospices Civils de Lyon
Mme Corinne Tamames, Cadre supérieure de santé hygiéniste,
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Gabriel Birgand, PH hygiéniste, Directeur du CPias Pays de la Loire,
Nantes
Dr Cécile Ferriot, PH hygiéniste, CPias Pays de la Loire, Nantes
Dr Julie Gagnaire, PH hygiéniste, responsable d'unité, CHU de Saint-
Etienne
Dr Olivia Keïta-Perse, PH hygiéniste, Cheffe de service, Hôpital
Princesse Grace, Monaco
Dr Delphine Verjat-Trannoy, PH hygiéniste, CPias Île-de-France, Paris

**Un partenariat officiel
avec :**



51 p., 141 références

Contours de l'obs / réglementation (1)

- **Cadre réglementaire en structuration en France**
- Recommandations HAS relatives aux niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire, Décembre 2010

**→ Définit 3 niveaux
d'environnements techniques
Niveau 1, niveau 2 et niveau 3**

RAPPORT D'EVALUATION

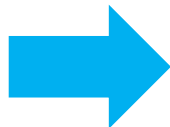
Quels niveaux d'environnements techniques
pour la réalisation d'actes interventionnels
en ambulatoire ?

Décembre 2010



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Contours de l'obs / réglementation (2)



Niveau 1 :

Le niveau 1 possède l'équipement et le matériel le plus simple, il est adapté à la réalisation d'actes interventionnels et à la prise en charge basique de complications cardio-respiratoires, avec notamment une « pharmacie d'urgence » classique. Le personnel est réduit à l'opérateur et éventuellement à un assistant.

Les critères discriminants d'orientation vers ce niveau sont :

- anesthésie : topique, locale, blocs digitaux ou locaux ;
- actes : mineurs ;
- patients : ASA 1, 2, $\pm$ 3.

Pas si simple à définir !

Niveau 2 :

Le niveau 2 a un niveau d'équipement supérieur pour faire face à une prise en charge plus importante et complexe que le niveau 1, notamment la gestion d'une réanimation, il dispose d'une salle de surveillance après l'intervention, d'un système continu d'administration de l'oxygène. La pharmacie est complétée par des médicaments pour traiter l'hyperthermie maligne, les troubles du rythme, les œdèmes aigus du poumon, etc.

Le personnel est renforcé tant sur le plan du nombre que des compétences, avec la présence d'un assistant dédié à la surveillance des patients sédatisés.

Les critères discriminants d'orientation vers ce niveau sont :

- anesthésie : locale avec tumescence, sédation + anesthésie locale, sédation + analgésie ;
- actes : mineurs ou majeurs ;
- patients : ASA 1, 2, 3, $\pm$ 4, accompagnement du patient.

- **Il existe différents risques au bloc** : risque de complications per op, risque infectieux, risque chimique/biologique (fumées), etc. → **à prendre en compte**
- **Pour un même acte : le risque est différent selon le patient** (état général, niveau de compréhension, etc.)
- **Existence d'un document HAS 2007** précisant les prérequis de prévention du risque infectieux au cabinet pour les actes de « petite chirurgie » (sans précision des actes)
- **Définition d'une chirurgie « mineure » ?**

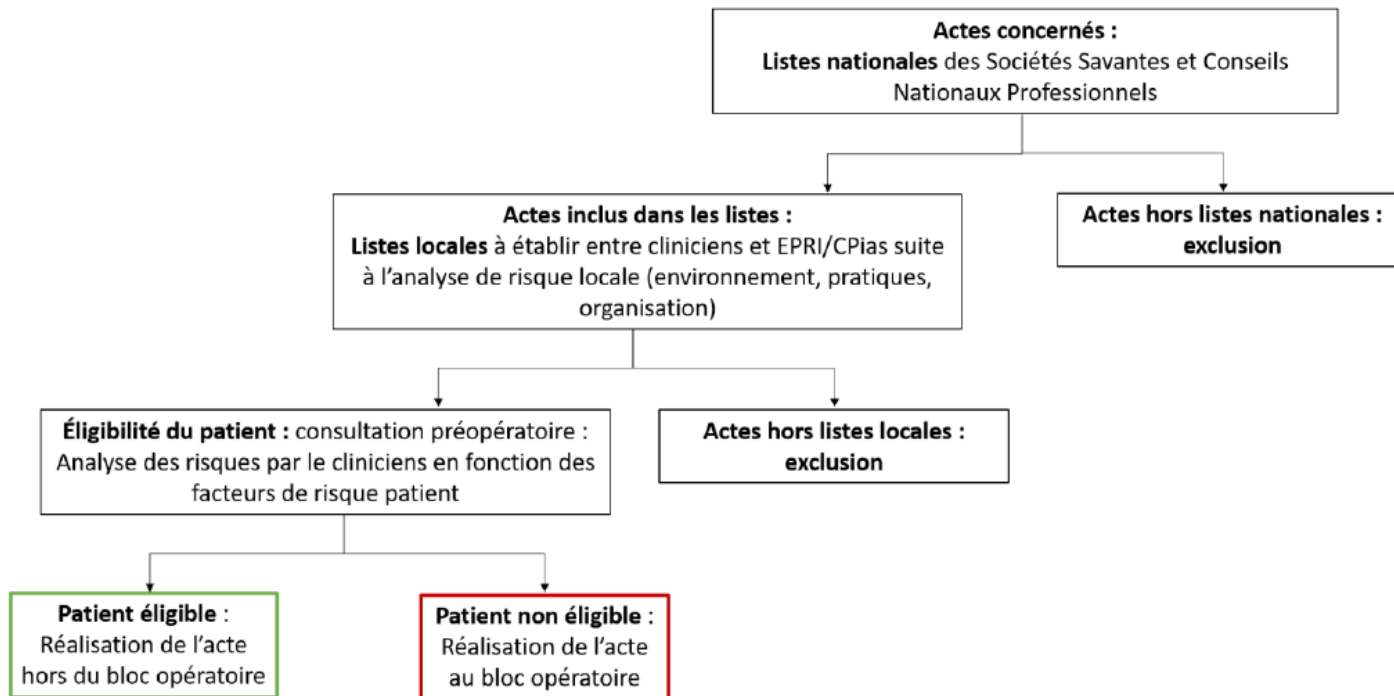


- **Au final, difficulté +++ d'établir une liste d'actes possibles en OBS**
- **Il appartient à l'opérateur de décider la catégorie d'environnement technique attendu pour un acte et pour un patient donné (avec les données de la sciences, les recommandations des sociétés savantes, de l'EOH...)**

Il appartient aux sociétés savantes de chirurgie et de médecine et aux Conseils Nationaux Professionnels (CNP) concernés d'élaborer des listes précises (au regard de la classification commune des actes médicaux (CCAM)) :

- Des interventions qualifiées de mineures déjà réalisées en cabinet médical selon les recommandations HAS de 2007 (61)
- Des Interventions qualifiées de mineures « sortant du bloc » réalisables dans un environnement technique de niveau 1 (selon le rapport d'évaluation de la HAS de 2010), et faisant l'objet de cet avis.

Figure 1. Processus décisionnel relatif à la réalisation d'une intervention chirurgicale hors du bloc opératoire



Actualités : Office-Based Surgery (2)



- En termes **d'organisation et de configuration des locaux**
- En termes de **matériel/architecture**
- En termes de **ventilation**
- En termes de **pratiques**
- En termes de **formation et d'évaluation des pratiques**

**Prévention du risque infectieux
des actes chirurgicaux hors bloc
opératoire ou « Office-based
surgery »**

Actualités : CAT *Candidozyma auris* (20/05/2026)



Société française d'Hygiène Hospitalière



Centre National de Référence
Mycoses Invasives et Antifongiques



Société Française de Mycologie Médicale

**Avis relatif à la conduite à tenir devant un cas de colonisation ou
d'infection à *Candidozyma auris***

20/05/2026

Actualités : CAT *Candidozyma auris* (20/05/2026)

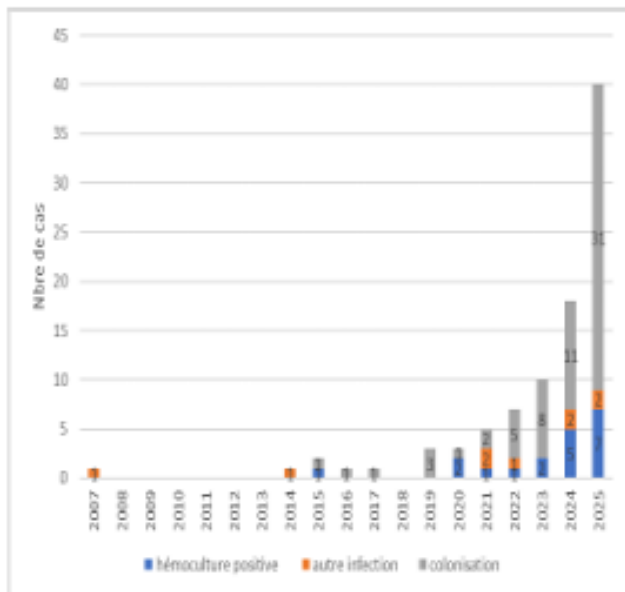


Figure 1 : Nombre de cas de colonisations et infections à *C. auris* déclarés en France (mise à jour (MAJ) 17/11/2025)

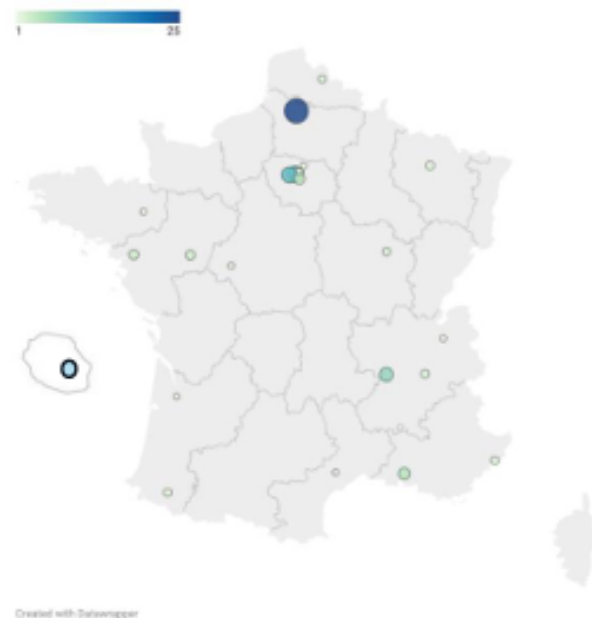


Figure 2 : Répartition des cas de colonisations et d'infections selon la ville d'hospitalisation du patient au moment du diagnostic (MAJ 17/11/2025)

Actualités : CAT *Candidozyma auris* (20/05/2026)



Created with Datavrapper

Figure 3 : Pays d'importation des cas déclarés en France (MAJ 17/11/2025)

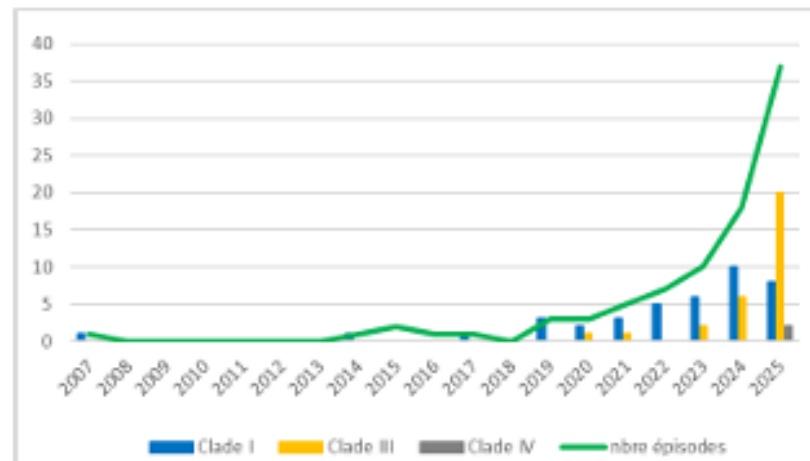


Figure 4 : Distribution des isolats reçus au CNRMA selon les clades géographiques et l'année de diagnostic (MAJ 17/11/2025)

Actualités : CAT *Candidozyma auris* (20/05/2026)

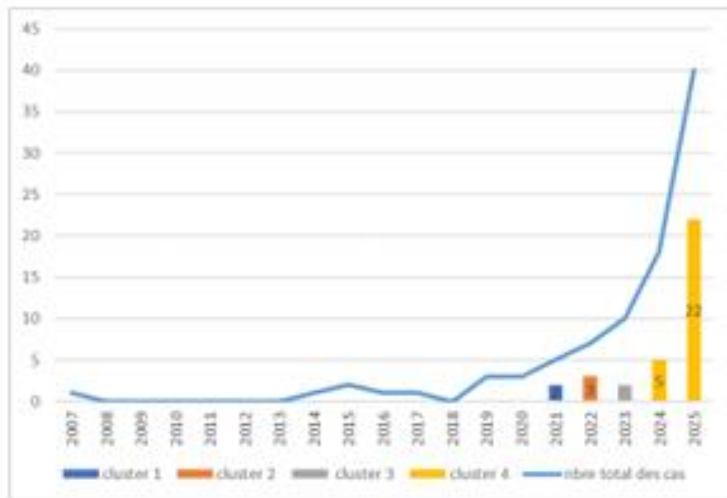


Figure 5 : Répartition des clusters épidémiques responsables de cas groupés selon les années (MAJ 17/11/2025)

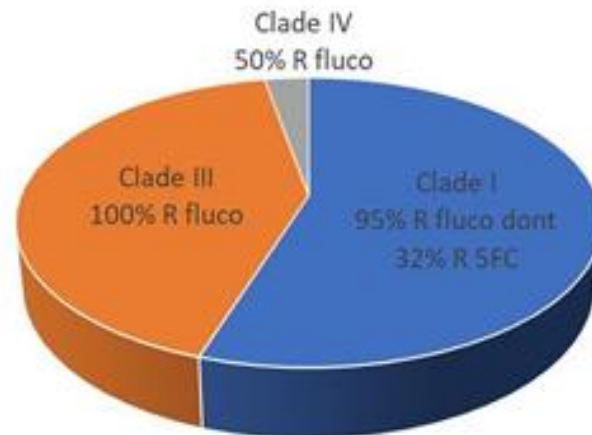


Figure 6 : Pourcentage de résistance au fluconazole et à la flucytosine (5FC) des isolats de *C. auris* testés en technique EUCAST au CNRMA selon les clades d'appartenance (R= résistant) (MAJ 17/11/2025)

Actualités : CAT *Candidozyma auris* (20/05/2026)

Stratégie de dépistage

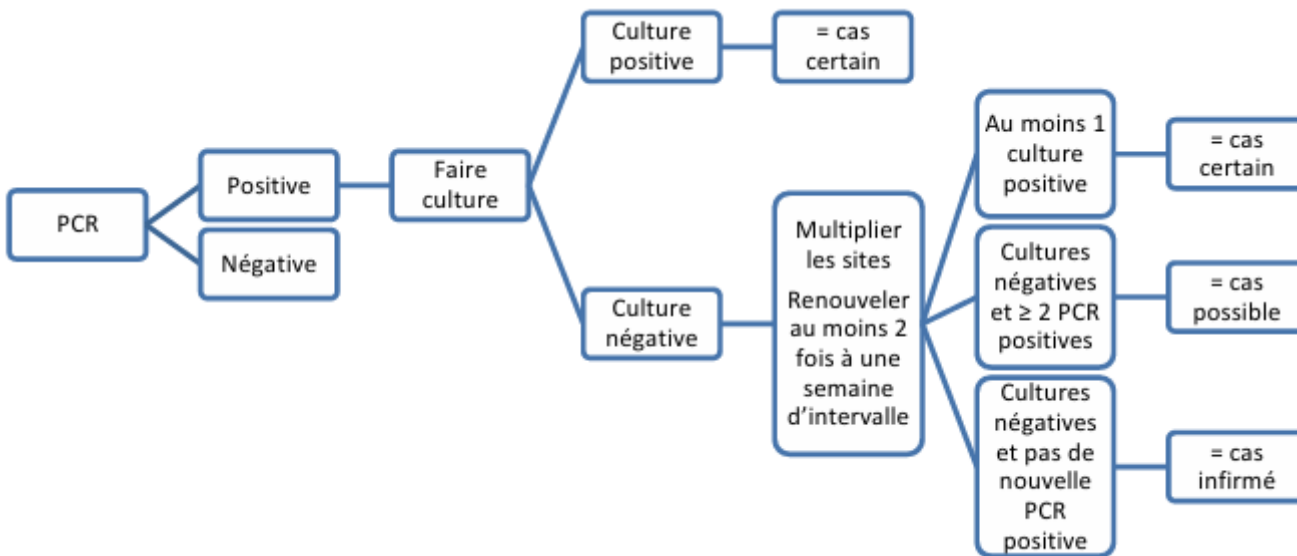
Indications du dépistage

Les indications du dépistage des patients à l'admission tiennent compte de la diffusion internationale de *C. auris*, de son identification avérée chez des patients rapatriés ou blessés de guerre, et des recommandations de plusieurs pays de dépister les patients hospitalisés à l'étranger (4,14–21).

À retenir Il est recommandé de re :

- Ayant été hospitalisé à l'étranger
- Ayant reçu des soins en zone à risque
- Ayant un antécédent de color
- Etant contact à risque moyen

Chez les patients-cibles ayant un d réalisé selon l'évaluation du risq prolongée, séjour en réanimation,



Culture ou PCR ? À vous de voir selon la situation ...

Actualités : CAT *Candidozyma auris* (20/05/2026)

À retenir Le bionettoyage renforcé *C. auris* :

- Bionettoyage rigoureux de la chambre, au minimum une fois/24h et idéalement 2 fois/24h ;
- Vérification de la qualité du bionettoyage par l'encadrement paramédical et/ou l'EPRI ;
- Utilisation d'un produit de niveau sporicide tel que les dérivés chlorés, le peroxyde d'hydrogène ou l'acide peracétique, en respectant le temps de contact préconisé par le fabricant ;
- Double bionettoyage préconisé à la sortie du patient (deux bionettoyages successifs réalisés idéalement par deux professionnels distincts).

Filières			MCO ¹	Dialyse/HDJ ²	SMR ³	USLD ⁴	EHPAD ⁵	HAD ⁶
Patient porteur	Précautions d'hygiène	Chambre individuelle + PCC ⁷	Oui	Oui	Oui	Oui	Si possible	Oui
	Bionettoyage	Renforcé <i>C. auris</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui (matériel partagé)
	Organisation des soins	Marche en avant et, selon analyse de risque, renfort en personnel	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Si possible en fin de tournée
	Transfert	Possible	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Patients contact	Précautions d'hygiène	PS ⁸	Oui	Oui	Oui	Oui	NC ⁹	NC
	Bionettoyage	Habituel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Dépistage périmètre	Patients contact présents dans l'unité	Oui	Oui	Oui, périmètre à définir avec l'EPRI selon analyse de risque*	Oui, périmètre à définir avec l'EPRI selon analyse de risque	Non	NC
	Dépistage rythme	Hebdomadaire	Oui	Oui puis mensuel si séjours itératifs	Oui puis mensuel	Oui puis mensuel	Non	NC
	Transfert	Possible	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Attention : réaliser une analyse de risque

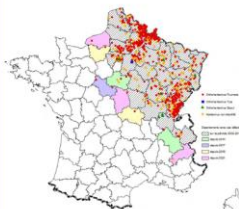
Actualités : CAT *Candidozyma auris* (20/05/2026)

Tableau 1 : Mesures de contrôle de la transmission croisée de *C. auris* selon le risque épidémique et la situation épidémiologique

Situation épidémiologique		Patient identifié porteur et placé en PCC*et chambre individuelle dès l'admission - Risque faible	Découverte fortuite en cours d'hospitalisation Risque moyen	Epidémie Risque élevé
Patient porteur	Précautions d'hygiène	Chambre individuelle + PCC	Chambre individuelle + PCC	Chambre individuelle + PCC
	Bionettoyage	Renforcé <i>C. auris</i>	Renforcé <i>C. auris</i>	Renforcé <i>C. auris</i>
	Organisation des soins	Marche en avant et, selon analyse de risque, renfort en personnel	Marche en avant et, selon analyse de risque, renfort en personnel	Regroupement des patients en 3 secteurs distincts avec personnels dédiés (porteurs, contacts, indemnes)
	Admissions	Poursuivies	Poursuivies	Poursuivies, entrants orientés selon leur statut vers secteurs porteurs, contacts ou indemnes
	Transfert	Possible, en PCC et chambre individuelle	Possible, en PCC et chambre individuelle	Seulement si nécessaire, en veillant à la prise en soins sans perte de chance pour le patient
Patients contact	Précautions d'hygiène	PS**	PS dans le service concerné PCC si transfert dans un autre service	PS dans le service concerné PCC si transfert dans un autre service
	Bionettoyage	Habituel	Renforcé ± produit actif sur <i>C. auris</i> ***	Renforcé <i>C. auris</i>
	Dépistage périmètre	Patients contact présents dans l'unité	Tous patients contact, y compris ceux déjà transférés	Tous patients contact, y compris ceux déjà transférés
	Dépistage rythme	Hebdomadaires tant que le porteur est présent Puis un dépistage hors exposition	Hebdomadaires tant que le porteur est présent Puis 3 dépistages hors exposition Si transfert, 3 dépistages hors exposition	Hebdomadaires jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition Si transfert, 3 dépistages hors exposition
	Dépistage Technique	Culture	PCR souhaitable pour le 1 ^{er} dépistage ou à défaut culture, puis culture pour les suivants	PCR souhaitable pour le 1 ^{er} dépistage ou culture
	Transfert	Possible, en PS et pas de dépistage	Limité, en PCC jusqu'à 3 dépistages négatifs hors exposition	Seulement si nécessaire et après au moins un dépistage négatif, en PCC. Poursuivre les dépistages jusqu'à au moins 3 négatifs hors exposition.
	Ré hospitalisation	PS et pas de dépistage	PCC jusqu'à 3 dépistages négatifs	PCC jusqu'à 3 dépistages négatifs
Identification informatique en cas de réadmission		Uniquement le porteur	Porteur et patients contact n'ayant pas eu 3 dépistages négatifs hors exposition	Porteurs et patients contact n'ayant pas eu 3 dépistages négatifs hors exposition
Antibiotiques/antifongiques		Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent

*PCC : Précautions complémentaires contact, **PS : précautions standard, *** selon analyse de risque par l'EPRI

Actualités : Hantavirus (27/05/2026)

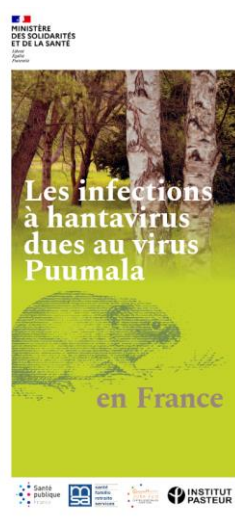


Localisation des communes avec au moins un cas d'infection récente par un hantavirus détecté sur la période 2012-2021, France métropolitaine (source: CNRS)

Pour en savoir plus
→ www.santepubliquefrance.fr
→ <http://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNRS>
→ www.ssa.msa.fr
→ www.solidarites.sante-gouv.fr



Direction générale de la Santé
16 av. Daumesnil - 75007 Paris
Tél. : (0) 1 55 35 60 00 - Fax : (0) 1 55 40 40 50



Les hantavirus sont des virus de la famille des *Bunyaviridae* et sont présents sur tous les continents. Ils ont pour hôte naturel certaines espèces de rongeurs qui, une fois infectés, restent des porteurs sains (le virus est présent dans les urines et les selles) et constituent un excellent réservoir de virus.

En métropole, il s'agit essentiellement **des campagnols** qui vivent dans les forêts et les habitations (granges, greniers, remises, cabanes abandonnées, etc.).

Les réservoirs des syndromes pulmonaires à hantavirus sont des rongeurs qui se rencontrent dans les Amériques (*Peromyscus maniculatus* appelé souris sylvestre, *Oryzomys palustris* appelé rat du riz, *Sigmodon hispidus* ou rat du coton...) et qui présentent également une infection inapparente.

Plusieurs espèces d'hantavirus

Quatre espèces d'hantavirus zoonotiques circulent sur le continent européen :

- Le virus Puumala (PUUV)
- Le virus Séoul (SEOV)
- Le virus Dobrava-Belgrade (DOBV)
- Le virus Tula (TUV).

France : ~100 cas/an,
létalité d'environ 0,5 %

Lorsqu'ils affectent l'être humain, les hantavirus peuvent être responsables d'infections, de gravité variable, parfois mortelles :

- en Europe et en Asie, de fièvres hémorragiques à syndrome rénal (FHSR) ;
- sur le continent américain, de syndrome cardio-pulmonaire à hantavirus (SCPH).

Il n'existe pas de traitement spécifique ni de prophylaxie vaccinale.

Actualités : Hantavirus Andes (27/05/2026)

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

- Réponse rapide lié à l'hospitalisation de contacts de cas de Hantavirus Andes
- 3 avis consécutifs : 13, 18 et 27/05/2026



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 28 mai, 13 cas, dont 3 décès, ont été signalés (taux de létalité : 23 %). Onze cas d'infections par le virus des Andes ont été confirmés en laboratoire, 2 sont considérés comme probables.
- Les premiers symptômes sont apparus entre le 6 et le 28 avril : fièvre, troubles digestifs, évolution rapide vers une pneumonie, puis syndrome de détresse respiratoire aiguë et état de choc.
- Les 5 ressortissants français à bord ont été rapatriés le 10 mai. Une ressortissante a été testée positive le 11 mai et prise en charge en ESR dans un état grave. Les 4 autres sont asymptomatiques, ont été testés négatifs et placés en isolement en milieu hospitalier. 22 personnes contacts d'un cas confirmé ayant pris l'avion puis décédé le 26 avril à Johannesburg ont été testées négatives et sont sorties d'isolement le 06 juin. Il n'existe pas de circulation du virus sur le territoire.
- L'OMS estime actuellement que le risque pour la population mondiale est faible. *Sources : OMS, Ministère de la Santé*

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).

La transmission interhumaine d'un hantavirus est rare. Elle a été confirmée pour la première fois lors d'une épidémie nosocomiale de syndrome pulmonaire à hantavirus survenue en 1996 dans le sud de l'Argentine et ne semble concerner que l'hantavirus Andes qui est endémique dans ce pays.

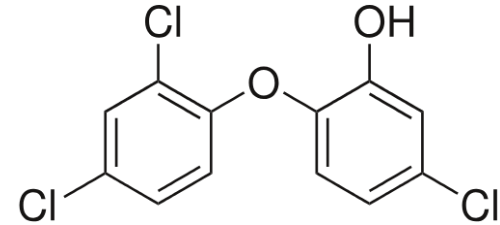
Source : ANRS

	d'appareil de protection respiratoire de type FFP2 et protection de la tenue				
Précautions complémentaires	REB : appareil de protection respiratoire de type FFP2, protection oculaire, coiffe, protection de la tête, gants longs	X			
Le bateau MV Hondius jusqu'alors testés négatif et la santé (ARS) en lien avec le Centre de crises sanitaires du ministère de la Santé à hantavirus mais reste à ce jour prise en charge en réanimation.					
	Matériel dédié ou à UU	UU exclusivement	X	X	X
	Linge et vaisselle à usage unique	X	X		
Bionettoyage de l'environnement	Désinfectant virucide ayant une activité à spectre limité selon la norme NF EN 14476 **	X			
	Désinfectant virucide sur virus enveloppé selon la norme EN 14476**		X	X	X
Gestion des excréta	Inactivation + élimination et élimination en DASRI	X			
	Filière classique		X	X	X
Gestion des déchets	Inactivation à l'eau de Javel et élimination en filière DASRI spécifique au REB mise en place par l'établissement sanitaire de référence	X			
	Filière DASRI classique		X	X	X
Toilette	Lingettes à usage unique	X			
	Douche possible, avec désinfection régulière du siphon avec un biocide efficace		X	X	X

Actualités : utilisation de fils de sutures biocides (2025)

Avis relatif à l'utilisation de fils enduits de biocides pour la prévention des infections du site opératoire

Dans cet avis, la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) propose une mise à jour partielle des recommandations de la SF2H de 2013 relatives à la « gestion préopératoire du risque infectieux », en se positionnant sur l'utilisation de fils de suture enduits de biocide, particulièrement de triclosan, pour la prévention des infections du site opératoire.

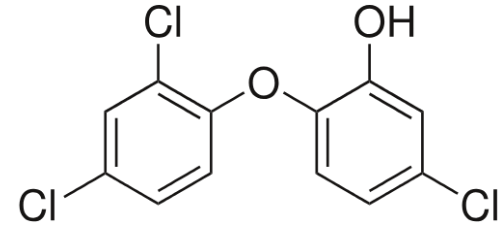


Triclosan

- Génèse : **Question récurrente : à utiliser ou non ?**
- Non abordé dans le guide SF2H 2013
- Depuis, de **nombreuses recommandations proposent l'utilisation de ces produits** : OMS en 2016, CDC en 2017, ACS en 2016, NICE en 2019, Académie de chirurgie en 2017
- **Triclosan** : commercialisé dans les années 1970, initialement utilisé pour le lavage chirurgical des mains, aujourd'hui utilisé dans de nombreux produits, y compris les cosmétiques
- Agent **conservateur** à une concentration maximale de 0,3 %
- Inhibe principalement l'enzyme enoyl-ACP réductase (biosynthèse des acides gras bactériens)

Actualités : utilisation de fils de sutures biocides (2025)

Toxique, le triclosan ?

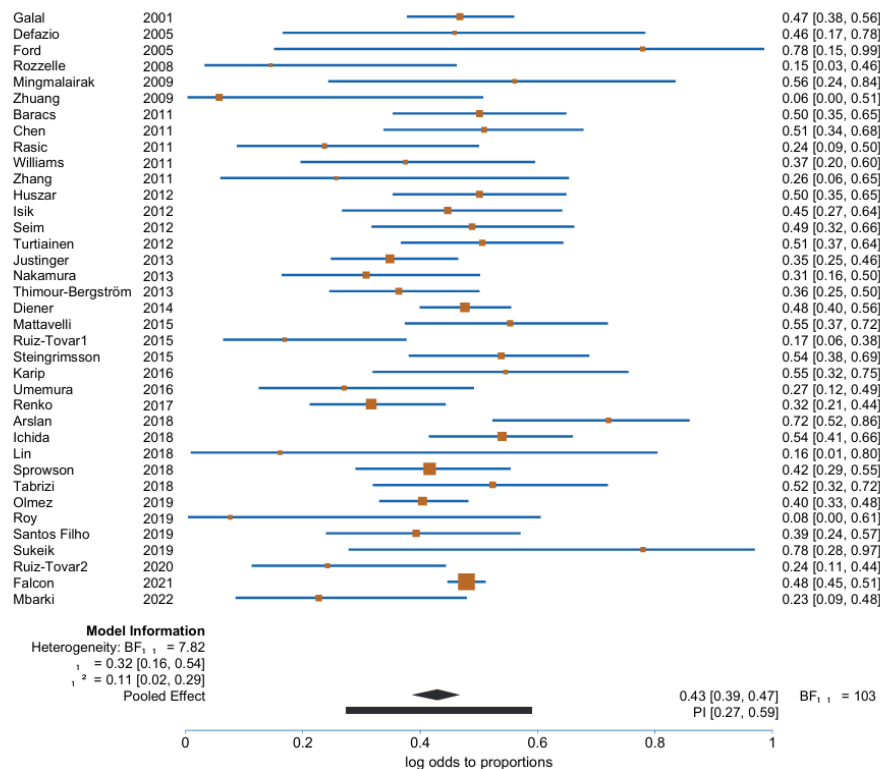


Triclosan

- **Question piège** : tout dépend de la dose, de l'exposition totale
- **Très peu de données**: suspicion in vitro de perturbateur endocrinien, pas de données cliniques probantes à l'heure actuelle (*M. Duret, Univ Bordeaux*)
- Les niveaux d'exposition au triclosan actuels ne constituent pas un risque pour la santé (*Canada.ca*)
- Le triclosan présente un risque pour l'environnement

Actualités : utilisation de fils de sutures biocides (2025)

Figure 2 – Méta-analyse de la Société française d'hygiène hospitalière: forest plot.



- **Toutes chirurgies confondues :**
OR estimé : 0,75 (IC 95 [0,58-0,87], $p=0,001$)
(soit une diminution du risque de l'ordre de 25 %)
- Effet potentiellement variables selon le type de chirurgie (en fonction des études !)
 - Le plus probant : digestive, périnéale, césarienne, rachidienne
 - Moins d'éléments pour la chirurgie pédiatrique, orthopédique
- Bénéfice risque/exposition : paraît **favorable**, a minima pour les chirurgies où les données sont le plus étayées

Actualités : utilisation de fils de sutures biocides (2025)

Recommandations

Dans l'état actuel des connaissances, la SF2H émet les recommandations ci-dessous :

R1 Il est fortement recommandé d'utiliser un fil de suture enduit de triclosan dans les chirurgies suivantes : chirurgie digestive, césarienne, chirurgie périnéale, chirurgie du rachis.

Grade A ; niveau de preuve 1.

R2 Il est possible d'utiliser ou de ne pas utiliser un fil de suture enduit de triclosan en chirurgie générale pédiatrique.

Grade C ; niveau de preuve 1.

Commentaire : En chirurgie générale pédiatrique, la seule étude disponible (essai randomisé contrôlé incluant plus de 1500 patients) a évalué l'utilisation de fil de suture enduit de triclosan sur la survenue des ISO globales toutes spécialités chirurgicales confondues, sans analyse spécifique par spécialité du fait des effectifs faibles par spécialité.

R3 Il est possible d'utiliser ou de ne pas utiliser un fil de suture enduit de triclosan en chirurgie

orthopédique pour les arthroplasties de hanche et de genou, dans le but de réduire l'incidence des infections du site opératoire.

Grade C ; niveau de preuve 1.

Commentaire : Concernant les arthroplasties de hanche et de genou, les méta-analyses publiées ne montrent pas de diminution significative du taux d'ISO en cas d'utilisation de fil de suture enduit de triclosan.

Questions non résolues

L'absence de données dans la littérature concernant les autres spécialités chirurgicales telles que la chirurgie ophtalmologique, la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque... ne permet pas d'émettre de recommandations quant à l'utilisation de fil de suture enduit de triclosan dans ces spécialités.

Ces recommandations élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, sont susceptibles d'évoluer en fonction des nouvelles données.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres de la SF2H, sous la responsabilité de son conseil scientifique. ■

Actualités : recherche BMR/BHRe dans les environnements humides (30/05/2026)

AVIS

relatif à la recherche de BMR/BHRe dans les environnements humides (incluant siphons et toilettes)

Le 30 mai 2026

Au-delà des indications, le choix des sites de prélèvements à privilégier constitue une autre question d'intérêt.

Sans anticiper les recommandations du HCSP, les prélèvements de surfaces à la recherche de BMR/BHRe ne semblent pas indiqués en dehors de situations épidémiques non contrôlées.

Il semble pertinent de limiter les recherches dans l'environnement à des situations :

- Où la BMR/BHRe à rechercher est connue et préalablement caractérisée, notamment en termes d'espèce et de mécanisme de résistance,
- Selon la capacité de persistance dans l'environnement de la BMR/BHRe recherchée.

Les prélèvements d'environnement sont dans ce cas un moyen d'apprécier une éventuelle création de réservoir environnementaux au sein de service, qui pourrait jouer un rôle dans la transmission bactérienne lors d'épidémies non contrôlées.

Cet avis a pour objectif de préciser la méthodologie de collecte et d'analyse des échantillons prélevés dans l'environnement, en complément des travaux du HCSP et de l'ESCMID précités.

La dernière version du REMIC en vigueur n'aborde pas les modalités de détection et identification des BMR/BHRe dans l'environnement ; le CA-SFM précise la caractérisation du type de résistance pour ces prélèvements (REMIC, 7^{ème} édition, 2022, CA-SFM, Juillet 2025).

En l'absence de recommandations sur cette thématique, la COPERMIC présente les modalités pratiques de **recherche de BMR/BHRe sur des surfaces de l'environnement** (en incluant les siphons et les différentes parties des cuves de toilettes) afin de standardiser les techniques de prélèvement et/ou d'analyse, et de proposer des méthodes adaptées à chaque contexte :

Le choix des points à prélever dépend des objectifs des prélèvements :

- Avoir la meilleure sensibilité de détection ;
- Identifier les sources, réservoirs ou relais impliqués dans la transmission :
 - Si la recherche est seulement qualitative : afin d'identifier les réservoirs potentiels,
 - Si la recherche est quantitative : afin d'apprécier l'inoculum au niveau du réservoir identifié ou bien d'évaluer l'efficacité d'un traitement biocide

Actualités : recherche BMR/BHRe dans les environnements humides (30/05/2026)



Société française d'Hygiène Hospitalière

AVIS

relatif à la recherche de BMR/BHRe dans les environnements humides (incluant siphons et toilettes)

Le 30 mai 2026

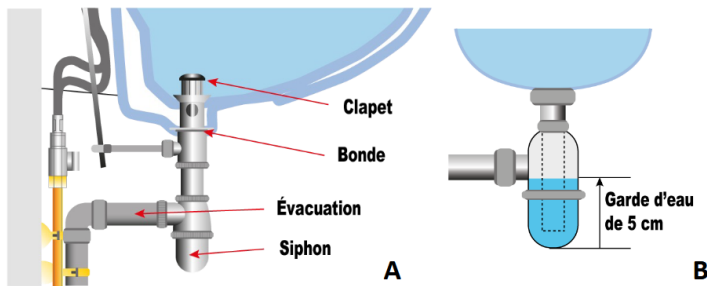
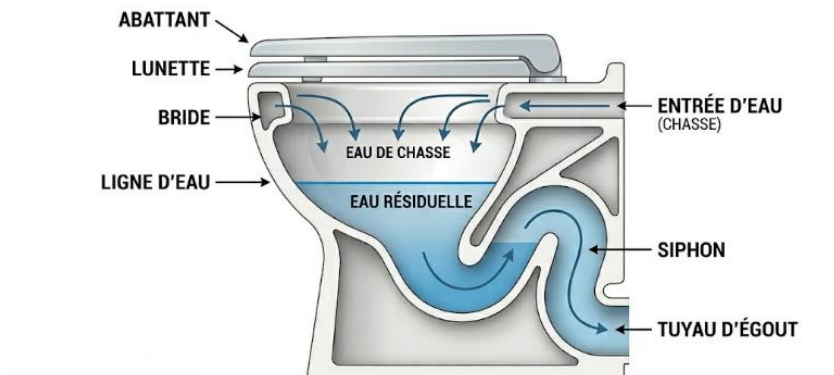


Figure 1 : Représentation schématique des éléments d'un système d'évacuation de l'eau d'un lavabo

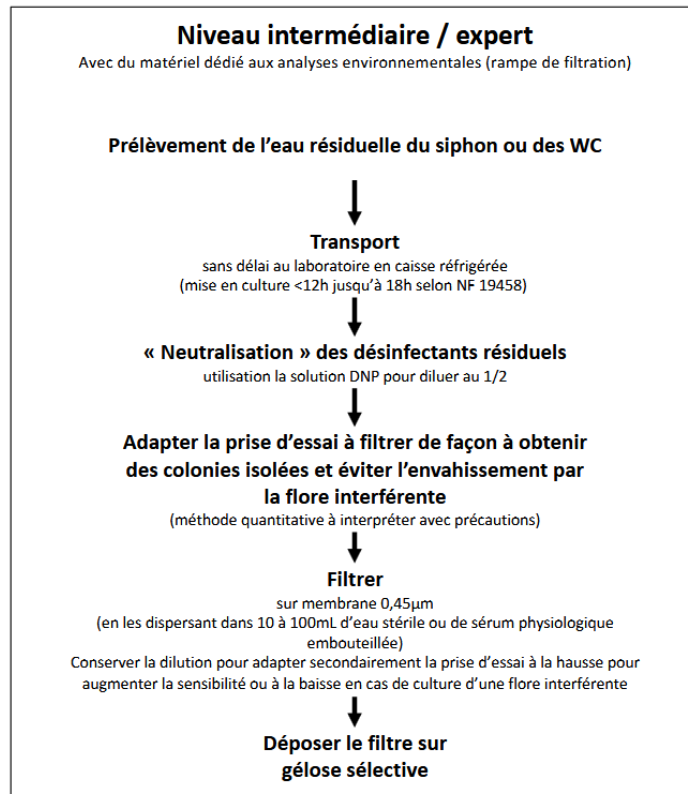
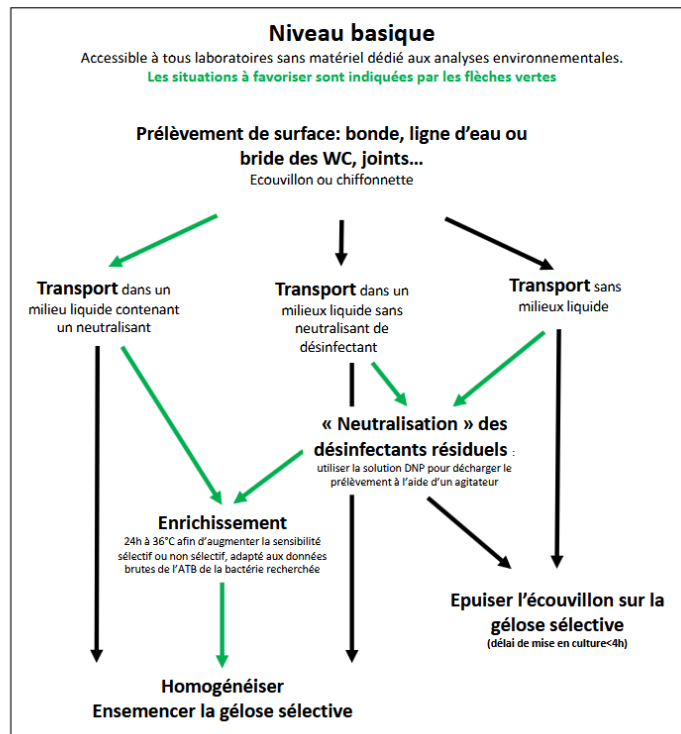
(A) : système complet d'évacuation ; (B) : siphon



Et toi, tu prélèves quoi ?

Actualités : recherche BMR/BHRe dans les environnements humides (30/05/2026)

Annexe 1 : Logigrammes pour la recherche de BMR/BHRe dans les environnements humides



Et à venir ...

- HCSP : nouvelles recommandations BHRe
- DGS : Nouvelle instruction endoscopie
- Avis Champs à inciser...



(peut-être ...)



Merci de votre attention !

Des questions ?