

Bulletin



ÉDITORIAL

Émergence de l'Hantavirus Andes : la gestion de la crise par la SF2H

Jean-Winoc Decousser
Président de la SF2H

L'épisode de l'épidémie d'Hantavirus Andes nous a rappelés aux bons souvenirs de la gestion de crise des maladies émergentes.

Pour rappeler les faits, un couple de Néerlandais ayant voyagé plusieurs mois en Argentine et dans plusieurs pays d'Amérique du Sud embarque le 1^{er} avril 2026 dans un bateau de croisière à Ushuaia, le MV Hondius, avec 86 autres passagers et 59 membres d'équipage de 23 nationalités différentes. Le 6 avril, un des deux membres du couple néerlandais développe des symptômes non spécifiques (fièvre, céphalée, diarrhée) qui évoluent brutalement vers une détresse respiratoire et le décès. Après le débarquement sur l'Île de Sainte-Hélène lors d'une escale le 24 avril, l'épouse du défunt quitte le navire comme d'autres participants de la croisière. Déjà symptomatique, elle prend un vol vers Johannesburg, puis un vol vers Amsterdam mais elle est débarquée avant son décollage en raison de son état de santé ; elle décédera le 26 avril 2026. À cette occasion, d'autres passagers de la croisière débarquent et regagnent leurs pays d'origine. Le bateau repart ; un troisième passager développe un syndrome respiratoire et est débarqué le 27 avril. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est alertée le 2 mai : un Hantavirus a été identifié par un laboratoire de Johannesburg chez le 3^e cas. Le génome complet du virus a été obtenu le 8 mai par des scientifiques suisses. Il s'agit d'un Hantavirus Andes. Le bateau atteint Tenerife le 10 mai et l'ensemble

des passagers est débarqué. Au total 13 cas ont été recensés, 12 confirmés en laboratoire ; 3 patients sont décédés et 600 contacts ont été exposés.

La SF2H a été sollicitée le 13 mai par la Direction générale de la Santé, Santé Publique France et la mission nationale COREB (Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique) pour statuer sur les mesures à mettre en place pour les patients symptomatiques et les différents cercles de sujets contacts : les personnes ayant participé à la croisière (cercle 1), au vol Sainte-Hélène / Johannesburg (cercle 2) et au vol Johannesburg / Amsterdam (cercle 3).

Nous avons dû prendre des décisions de prise en charge pour les 4 catégories de personnes alors qu'il nous manquait 3 informations essentielles :

- La souche / variant isolée était-elle connue ?
- Existe-t-il un mode de transmission par voie respiratoire susceptible de s'exprimer dans un environnement comme celui d'un avion ? Les hygiénistes connaissent depuis très longtemps le pouvoir amplificateur des croisières dans les transmissions virales : nombreuses épidémies de Norovirus, cluster de Covid-19... Une transmission lors d'un vol de quelques heures aurait changé « la donne ».
- Existe-t-il un risque de transmission à la faune (rongeurs) locale ?

Tant que ces informations n'étaient pas disponibles, il nous paraissait essentiel d'être particulièrement précautionneux (cf. Réponses rapides du 13 et 18 mai).

CONSEIL D'ADMINISTRATION

L.-S. Aho Glélé – M. Arbogast – C. Bataille – Ph. Berthelot – H. Blanchard – Y. Carré – P. Cassier – M. Coppy – C. Dananché – J.-W. Decousser – R. Dutrech – A. Florentin – S. Fournier – O. Keita Perse – D. Langlois – G. Mellon – I. Novakova – P. Parneix – J. Racaud – A.-M. Rogues – S. Romano Bertrand – C. Tamames – H. Vergnes – V. Walocha

BUREAU

Président : Pr Jean-Winoc Decousser – Vice-présidente non médicale : Rachel Dutrech – Vice-présidente médicale : Dr Sara Romano Bertrand – Secrétaire générale : Marie-Christine Arbogast – Secrétaire adjoint : Dr Pierre Cassier – Trésorière : Dr Julie Racaud – Trésorière adjointe : Dr Olivia Keita Perse

Au fur et à mesure que les données scientifiques s'accumulaient, nous avons pu alléger certaines mesures : la souche était strictement identique à celle qui circulait de façon endémique en Amérique du Sud et aucun cas de transmission n'a été finalement identifié chez les passagers des deux vols. L'absence de risque de transmission aux rongeurs autochtones semblait également établie, même si l'expertise semblait moins tranchée sur le sujet. L'obtention de nouvelles données biologiques (absence de virus détectable par PCR dans les selles) a permis par exemple de simplifier l'élimination des excréta (Réponses rapides du 27 mai).

Au final, avec le recul, nous avons eu affaire à une zoonose bien connue, artificiellement amplifiée par le contexte particulier d'une croisière, avec une transmission interhumaine plus proche de celle d'un méningocoque que d'un virus respiratoire.

Néanmoins ces informations ont été obtenues progressivement ; il aurait été irresponsable de les anticiper dans un contexte de risque d'émergence internationale. La SF2H émet des recommandations basées sur la science, pas des opinions individuelles. Nous avons tous été interloqués par la réapparition dans les grands médias de figures « expertes » bien connues de la pandémie Covid, s'exprimant sur une maladie qu'à ce moment personne ne connaissait vraiment. Ce n'est pas la stratégie de la SF2H : notre rigueur, notre fiabilité, nos arguments ont été reconnus par tous

les participants à ces réunions de crise. Nous avons gagné en reconnaissance et serons à l'évidence de nouveau sollicités en cas de potentielle nouvelle crise sanitaire. C'est bien cela le principal, pas de passer à la télévision pour exprimer une opinion individuelle en lieu et place d'une réflexion scientifique collective qui, certes, prend un peu plus de temps. Bravo à Sara Romano-Bertrand et à tout le conseil scientifique pour sa réactivité, son sens de la responsabilité et son travail basé sur les preuves.

Dans ce numéro d'Hygiènes, vous découvrirez également l'avis relatif au périmètre et aux exigences en matière de prévention du risque infectieux d'une activité de chirurgie hors du bloc opératoire. C'est l'aboutissement d'un travail de près de deux ans sur l'« *Office based surgery* » que vous étiez nombreux à attendre. Il offre un cadre au développement de ce type d'activité afin que la sécurité des soins soit respectée. L'adhésion à cet avis de très nombreuses sociétés savantes et conseils nationaux professionnels (CNP) de chirurgie est le garant de son implémentation au quotidien. Ce sont ces sociétés qui doivent maintenant définir au sein de leur spécialité les actes qui peuvent être intégrés à ces nouvelles organisations. Je remercie vivement les pilotes et les participants à ce formidable travail de synthèse, au premier rang desquels Cédric Dananché, Corinne Tamames et Olivia Keita-Perse.

Bonne lecture et rendez-vous à la rentrée !

COMMISSION TEPRI

La TEPRI au congrès SF2H de Lille : Des débuts prometteurs !

Emmanuelle Joseph et Dorothée Langlois

Lille du 3 au 5 juin, ce fut le premier congrès pour la toute jeune commission dédiée à la transition écologique TEPRI. Beaucoup de membres de la SF2H se sont enthousiasmés de la concrétisation du groupe de travail. Plus d'une dizaine de posters étaient présentés et une communication orale, signe d'un engagement toujours plus croissant des professionnels de la prévention du risque infectieux dans la transition écologique en santé.

Pour la première année, nous avons pu écouter le point de vue de l'anesthésiste dans la session SFAR « Comment verdir son bloc opératoire tout en respectant l'hygiène et la sécurité des patients ? », le regard croisé de spécialistes de la prévention du risque infectieux et du MAR dans l'univers des salles opératoires.



Enfin, les organisateurs ont choisi d'aller encore plus loin pour réduire directement l'impact environnemental du congrès en proposant des programmes allégés en papier, 19 g à la place des 152 g habituels.

La suppression des cup, qui a pu en surprendre certains, a permis d'économiser 50 kg de plastique.

Pensez à vos gourdes pour Strasbourg 2027 !

ESCMID Global 2026

Céline Sakr

Après l'édition 2025 à Vienne, placée sous le signe de Semmelweis et de l'hygiène des mains, l'ESCMID Global 2026 s'est tenue à Munich du 17 au 21 avril. Dans cette ville connue pour sa précision bavaroise et son innovation, les experts mondiaux ont partagé cette année les dernières nouveautés en prévention du risque infectieux, avec une inspiration différente mais toujours centrée sur le contrôle rigoureux des infections.

Parmi les sessions les plus emblématiques de cette édition munichoise, celle intitulée « **Hospital Surfaces: A Touching Subject** » a particulièrement illustré cette dynamique en plaçant les surfaces hospitalières au cœur des enjeux de prévention des infections associées aux soins. Dans cette session, plusieurs travaux ont souligné l'importance critique des surfaces hospitalières comme réservoirs et vecteurs de transmission de bactéries multirésistantes. Une étude néerlandaise présentée le 18 avril a ainsi mis en évidence le rôle majeur des siphons d'éviers dans la dissémination des entérobactéries multirésistantes en réanimation : même en dehors de tout contexte épidémique, les analyses génomiques ont révélé des liens fréquents entre les souches présentes dans l'environnement (principalement les points d'eau) et celles colonisant les patients, incitant les auteurs à plaider pour une refonte urgente de la conception et de la gestion des points d'eau hospitaliers.

Par ailleurs, une équipe de l'Université Complutense de Madrid a évalué le dioxyde de carbone supercritique (scCO₂) pour l'inactivation de biofilms de *Staphylococcus epidermidis* sur des implants orthopédiques (titane, polyéthylène) : appliqué seul ou avec de faibles concentrations d'additifs, ce procédé permet une inactivation complète (>7 log), confirmée en microscopie électronique, tout en limitant l'usage d'antibiotiques et sans résidus détectables.

Des chercheurs de l'University College London ont présenté un nouveau revêtement bactéricide basé sur des nanoclusters d'or intégrés dans une matrice de chitosane. Ce matériau est synthétisé en une seule étape et peut être coulé sous forme de films minces, stables et biocompatibles. Testé sur *Escherichia coli*, il a montré une activité rapide avec une réduction de 0,5 log en 5 minutes, puis supérieure à 10 log après 60 minutes de contact. Aucun relargage d'or n'a été détecté. Ce revêtement constitue ainsi une approche prometteuse pour le développement de surfaces hospitalières anti-biofilm (lits, tables, claviers, prothèses), avec un potentiel de réduction de la transmission des bactéries multirésistantes.



Dans ce contexte également, une étude expérimentale s'est intéressée à l'impact du chauffage par le sol sur *Candida auris* et *Candida albicans*. Réalisés sur des surfaces de céramique et de caoutchouc à 23 °C et 31 °C, les essais montrent que le chauffage accélère significativement le séchage. À lui seul, il réduit modérément *C. albicans* sur caoutchouc, sans effet notable sur *C. auris*. En revanche, l'élévation de température améliore l'efficacité de certains désinfectants, notamment le monopersulfate contre *C. albicans*, tandis que les formulations à base d'aldéhydes restent hautement efficaces indépendamment de la température. Le désinfectant alcoolisé présente une activité accrue contre *C. auris* à température plus élevée.

Ces données suggèrent que le chauffage des sols pourrait constituer un levier complémentaire en décontamination hospitalière, en optimisant le séchage des surfaces et, dans certaines conditions, l'efficacité des désinfectants, bien que son effet direct sur *C. auris* demeure limitée.

Au-delà des stratégies de prévention ciblant directement les biofilms et l'environnement hospitalier, la compréhension fine des mécanismes de transmission des bactéries multirésistantes passe désormais par des approches génomiques qui éclairent avec une précision inédite les voies de dissémination au sein des établissements de santé.

Une étude réalisée et présentée dans la session « *Novel insight and tools to tackle hospital outbreaks* » par Rath et ses collègues a utilisé le séquençage du génome complet et les outils diagnostiques améliorés pour investiguer une suspicion d'émergence de *C. freundii* multirésistant porteur de carbapénémases GES-5. Entre 2020 et 2025, des isolats humains et environnementaux ont été analysés dans un centre hospitalier universitaire, complétés par une surveillance environnementale des réseaux de drainage et par des données du CNR. Les analyses ont combiné PCR ciblée, culture et WGS. Au total, 33 isolats cliniques de *C. freundii* porteurs de GES-5 ont été identifiés, majoritairement détectés via des seuils de dépistage EUCAST ou par surveillance WGS. L'analyse phylogénétique a révélé neuf génotypes, avec trois clones dominants présents à la fois chez les patients et dans l'environnement hospitalier. Plusieurs isolats externes étaient également liés à ces clones, suggérant une diffusion plus large. Tous les isolats du centre hospitalier présentaient des carbapénémases plasmidiques GES-5 et OXA-917, parfois associées à d'autres mécanismes de résistance. Ce travail présentant une approche combinant séquençage du génome complet et outils diagnostiques a permis d'identifier et de tracer avec précision la transmission nosocomiale et environnementale de clones de *C. freundii* multirésistants, mettant en évidence une circulation liée à des plasmides de résistance et suggérant une diffusion au-delà de l'établissement.

Dans cette dynamique de transformation de la prévention des infections, les outils numériques et l'intégration des données épidémiologiques et génomiques ouvrent désormais de nouvelles perspectives pour améliorer la prise de décision en contrôle des infections.

Une étude réalisée par des chercheurs à l'université d'Oxford, décrit le développement et l'évaluation d'un outil digital de type « Dashboard » visant à améliorer la détection et l'interruption des chaînes de transmission des infections associées aux soins (IAS). Un tableau de bord web a été construit, intégrant des données issues des dossiers patients électroniques, des mouvements intra-hospitaliers ainsi que le séquençage génomique des pathogènes. L'outil permet une visualisation dynamique des recouvrements spatio-temporels ainsi que des liens génomiques entre cas. Une étude de simulation en cours inclut 50 professionnels de prévention du risque infectieux au Royaume-Uni, évaluant progressivement trois niveaux d'information : données cliniques standard, ajout des recouvrements d'exposition, puis intégration des données génomiques. Les participants doivent déterminer l'origine des infections, les sources probables, les modes de transmission et les actions de prévention, tout en évaluant leur niveau de confiance. Les principaux critères d'évaluation incluent la précision des données comparée à un consensus expert, les variations de décision entre les étapes, ainsi que le temps de prise de décision et la confiance. Des

analyses qualitatives de l'utilisabilité sont également prévues. Cette étude représente l'une des premières évaluations structurées d'un outil d'aide à la décision de prévention de risque infectieux intégrant données épidémiologiques et génomiques. Les résultats permettront d'évaluer l'impact du renforcement digital sur la qualité des décisions et guideront l'implémentation future de tels outils en milieu hospitalier (Abban et al., 2023).

Dans la continuité des approches innovantes, allant de la génomique pour mieux comprendre les dynamiques de transmission aux stratégies ciblant les réservoirs environnementaux, d'autres travaux se sont intéressés à des interventions simples et directement applicables pour prévenir les infections nosocomiales, comme l'illustre la HAPPEN Study (Klompas et al., 2022 ; Tehan et al., 2024). Cette étude explore le rôle d'une intervention simple, l'hygiène bucco-dentaire, dans la prévention des pneumonies nosocomiales. Cette étude multicentrique randomisée menée dans trois hôpitaux australiens sur 12 mois, a évalué l'impact d'une intervention visant à améliorer les soins bucco-dentaires, sur l'incidence des pneumonies nosocomiales non associées à la ventilation. L'intervention comprenait la mise à disposition de matériel d'hygiène orale et d'outils éducatifs pour les patients dès l'admission, ainsi que la formation et le soutien du personnel soignant. Au total, 8 870 patients ont été inclus. La proportion de patients recevant des soins bucco-dentaires a significativement augmenté (de 12,6% à 65,0%). Cette amélioration a été associée à une réduction significative du risque de pneumonie nosocomiale (HR 0,43), avec une diminution de l'incidence de 0,87 à 0,39 cas pour 100 jours d'hospitalisation à risque. Ces résultats suggèrent qu'une stratégie simple d'amélioration des soins bucco-dentaires peut réduire de manière cliniquement significative les pneumonies nosocomiales non liées à la ventilation (<https://happenstudy.com/>). D'autre part, l'optimisation des prescriptions antibiotiques constitue un autre levier majeur dans la prise en charge des pneumonies nosocomiales. Une revue systématique avec méta-analyse a évalué l'impact des programmes d'*antibiotic stewardship* sur les pneumonies nosocomiales et des pneumonies associées à la ventilation chez l'adulte. Dix-neuf études (dont onze incluses dans la méta-analyse) ont été analysées, couvrant différentes interventions et contextes cliniques. Les *Antibiotic stewardship Programs* ont permis une réduction significative de la durée des traitements antibiotiques et une amélioration marquée de l'adhésion aux recommandations (OR 5,91). En revanche, aucun impact significatif n'a été observé sur la mortalité hospitalière ou à 30 jours, ni sur la durée de séjour en soins intensifs ou les jours sans ventilation. Une hétérogénéité importante entre les études a été rapportée. Ces résultats suggèrent que les programmes d'*antibiotic stewardship* permettent d'optimiser l'uti-

lisation des antibiotiques en toute sécurité, sans effet délétère sur les patients, mais que des approches plus intégrées pourraient être nécessaires pour améliorer les critères cliniques majeurs (Ablakimova et al., 2026). Au-delà des mesures préventives et de l'optimisation des traitements, l'amélioration des pratiques repose également sur des approches pédagogiques innovantes, comme l'illustre le recours aux technologies immersives pour renforcer l'apprentissage de l'hygiène des mains.

Présenté dans la session « *Late-breaking trials in surgical infection prevention* », un essai contrôlé randomisé en grappes a été présenté, évaluant une application de réalité augmentée basée sur l'IA (HAND-HEART) pour l'apprentissage de l'hygiène des mains. Comparée à une formation traditionnelle (vidéos et scanners à fluorescence), l'application permet une amélioration significative de la qualité de la technique (respect des 7 étapes) et des connaissances, tout en maintenant une efficacité de décontamination équivalente. Chez les étudiants en sciences de la santé, des taux de réalisation correcte nettement supérieurs ont été observés dans le groupe intervention. L'outil montre également de bons résultats en population générale et une forte acceptabilité, ainsi qu'un impact positif perçu en milieu clinique. Ces résultats suggèrent que HAND-HEART constitue une approche innovante, efficace et scalable pour renforcer les pratiques d'hygiène des mains, tant en formation qu'en pratique professionnelle.

Dans la continuité de ces approches innovantes en prévention des infections, une autre étude réalisée par Krebs et al. en Suisse a comparé le polyhexanide versus la mupirocine et la chlorhexidine pour la décolonisation pré-opératoire de *Staphylococcus aureus* en chirurgie rachidienne programmée. Cet essai contrôlé randomisé pilote monocentrique compare un protocole à base de polyhexanide (nez et peau) au schéma standard associant mupirocine (nez) et chlorhexidine (peau) chez des patients devant bénéficier d'une chirurgie rachidienne programmée. Des prélèvements nasaux et cutanés ont été réalisés avant et après la décolonisation, ainsi qu'entre 3 et 5 jours après l'intervention, afin de déterminer le portage et la charge en *S. aureus*. L'objectif était d'évaluer la faisabilité, la tolérance et l'efficacité préliminaire de cette alternative, dans un contexte d'émergence des résistances bactériennes. Parmi les patients dépistés, 16 porteurs de *S. aureus* ont été analysés. Les deux stratégies ont montré une tolérance globalement satisfaisante, avec peu d'effets indésirables rapportés. L'efficacité de la décolonisation était comparable entre les groupes, bien qu'une recolonisation post-opératoire ait été observée dans le groupe polyhexanide. La participation à l'étude a été jugée peu contraignante par la majorité des patients. Ces résultats préliminaires confirment la faisabilité d'un essai de plus grande ampleur et suggèrent que le polyhexanide pourrait constituer une alternative

prometteuse aux protocoles standards de décolonisation préopératoire.

Une étude réalisée par Birgand et al. a évalué l'impact du comportement du personnel lors des interventions chirurgicales pour améliorer et prévenir les complications post-opératoires (ARIBO2). Cet essai randomisé en grappes mené dans 31 centres français d'orthopédie a testé un dispositif combinant surveillance en temps réel (ouvertures de portes, niveaux sonores), retour d'information via tableaux de bord et démarche d'amélioration continue de type « lean ». L'objectif était de réduire les complications post-opératoires, notamment les infections du site chirurgical, après arthroplastie de hanche ou de genou.

Sur plus de 8 000 procédures analysées, l'intervention a été associée à une diminution globale de plusieurs complications post-opératoires, incluant les infections du site opératoire, avec une tendance favorable dans la majorité des critères évalués. Certaines différences significatives ont été observées pour des événements tels que la mortalité hospitalière après réadmission et les reprises chirurgicales. Ces résultats suggèrent qu'une stratégie basée sur la sensibilisation, le suivi en temps réel et le retour d'information peut améliorer les comportements en salle opératoire et contribuer à la réduction des complications post-opératoires.

Dans la continuité des approches visant à améliorer la prévention des infections et des complications post-opératoires par l'optimisation des pratiques et des comportements en milieu chirurgical, une session d'experts s'est également intéressée aux défis spécifiques posés par les infections liées aux LVAD. Lors de la session « *Meet-the-Expert* » consacrée aux infections sur LVAD, une approche pragmatique de ces infections complexes a été proposée, en insistant sur leur caractère multifactoriel et difficile à éradiquer.

Les infections liées aux dispositifs d'assistance ventriculaire gauche (LVAD) représentent une complication fréquente, souvent chronique, difficile à diagnostiquer et associée à une morbidité et une mortalité élevées. Elles constituent ainsi l'un des défis majeurs des infections associées aux dispositifs médicaux en médecine moderne. Dans cette session d'experts, les discussions ont porté sur les enjeux diagnostiques, les stratégies antimicrobiennes, la prise en charge des infections du site de sortie (*driveline*), ainsi que les défis du suivi et de la prise en charge au long cours de ces patients complexes. Elles ont rappelé que ces infections sont fréquemment liées à la formation de biofilms sur le matériel et à des portes d'entrée chroniques, notamment au niveau du site de sortie du câble, constituant un réservoir persistant. L'accent a été mis sur l'importance d'un diagnostic précoce et multimodal, combinant évaluation clinique, microbiologique et imagerie, afin de distinguer infection superficielle, profonde ou systémique. Sur le plan thérapeutique, la prise en charge repose sur une approche prolongée et souvent suppressive, associant antibiothérapie

ciblée et, lorsque cela est possible, gestes chirurgicaux, bien que l'explantation du dispositif reste rarement réalisable. Le rôle central de la prévention, notamment par l'optimisation des soins du site de sortie, l'éducation des patients et la standardisation des pratiques restent les mesures de prévention des infections essentielles, ainsi que la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire. Néanmoins, il existe un manque de recommandations robustes, et la nécessité d'individualiser les stratégies dans ces situations à haut risque reste à préciser (Hernández-Meneses et al., 2026).

D'autre part, dans la continuité des problématiques liées aux dispositifs d'assistance circulatoire, une session de discussion basée sur des cas cliniques s'est intéressée aux infections nosocomiales survenant chez les patients sous ECMO. À travers l'analyse d'un cas réel, la session a exploré les interactions complexes entre techniques de suppléance des fonctions vitales et complications infectieuses en réanimation. Les échanges ont mis en évidence la difficulté diagnostique de ces situations, où les signes cliniques sont souvent peu spécifiques dans le contexte de la circulation extracorporelle.

Les discussions ont également porté sur les infections associées aux cathéters et aux circuits d'ECMO, fréquemment liées à des bactéries multirésistantes, ainsi que sur les défis de la prise en charge antimicrobienne et du contrôle de l'infection en situation critique. Les participants ont été guidés à travers les principales étapes décisionnelles, de la suspicion d'infection au choix des stratégies thérapeutiques et au contrôle de la source, incluant les dilemmes liés à la poursuite du support extracorporel. Cette approche intégrée a souligné l'importance d'un raisonnement clinique expert et d'une stratégie multidisciplinaire et individualisée pour optimiser la prise en charge de ces infections complexes, à l'interface entre physiologie critique, microbiologie et contraintes thérapeutiques (Peña-López et al., 2024).

Au terme de cette édition 2026, l'ESCMID Global s'impose une nouvelle fois comme un espace central de convergence des expertises en infectiologie, où la prévention des infections associées aux soins se construit désormais à l'interface entre innovation technologique, médecine de précision et organisation des systèmes de

santé. L'ensemble des sessions a illustré une évolution nette des approches, passant d'une vision essentiellement interventionnelle à une compréhension plus intégrée des mécanismes de transmission, des dynamiques environnementales et des facteurs humains. Qu'il s'agisse des surfaces hospitalières, des dispositifs implantables, des outils numériques de détection ou des stratégies d'optimisation des pratiques cliniques, une même logique transversale se dessine : celle d'une maîtrise du risque infectieux fondée sur la donnée, l'anticipation et l'adaptation en temps réel.

Dans ce paysage en transformation, les contributions portant sur la génomique des pathogènes, la surveillance des épidémies hospitalières et l'analyse des réseaux de transmission ont particulièrement mis en lumière la capacité des outils modernes à révéler des chaînes de diffusion invisibles jusqu'alors, redéfinissant ainsi les contours de l'investigation épidémiologique. En parallèle, les avancées en matière de stewardship, de prévention comportementale et d'innovations pédagogiques rappellent que l'efficacité des stratégies repose également sur l'adhésion des équipes et la structuration des pratiques au quotidien. Enfin, les discussions autour des situations les plus complexes, notamment en réanimation et en présence de dispositifs d'assistance circulatoire, soulignent la persistance de défis majeurs, où la gravité clinique s'ajoute à la difficulté diagnostique et thérapeutique, imposant des décisions rapides, multidisciplinaires et individualisées.

Ainsi, cette édition confirme que la lutte contre les infections associées aux soins ne peut plus être envisagée de manière fragmentée, mais comme un continuum allant de la surveillance environnementale à la prise en charge des patients les plus critiques. Dans cette dynamique scientifique et collaborative en constante évolution, l'ESCMID Global poursuit son rôle de catalyseur des innovations et des échanges internationaux. L'horizon se projette désormais vers la prochaine étape de cette trajectoire collective : l'ESCMID Global 2027, qui se tiendra du 9 au 13 avril à Stockholm, et qui s'annonce comme une nouvelle opportunité d'explorer, d'affiner et de repenser les stratégies de contrôle des infections dans un monde hospitalier en pleine mutation. ■

Références bibliographiques

- 1- Abban MK, Ayerakwa EA, Mosi L, Isawumi A. The burden of hospital-acquired infections and antimicrobial resistance. *Heliyon*. 2023;9(10):e20561. Doi : 10.1016/j.heliyon.2023.e20561.
- 2- Ablakimova N, Rachina S, Strelkova D, Suvorov A, Smagulova G. Antimicrobial stewardship interventions in adults with hospital-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Infect*. 2026;169:176-192. Doi : 10.1016/j.jhin.2025.12.009.
- 3- Hernández-Meneses M, Sandoval E, Farrero M. Left ventricular assist device infections: from epidemiology to treatment. *JHLT Open*. 2026;11:100451. Doi : 10.1016/j.jhlto.2025.100451.
- 4- Klompas M, Branson R, Cawcutt K, Crist M, Eichenwald EC, Greene LR, Lee G, Maragakis LL, Powell K, Priebe GP, Speck K, Yokoe DS, Berenholtz SM. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2022;43(6):687-713. Doi : 10.1017/ice.2022.88.
- 5- Peña-López Y, Machado MC, Rello J. Infection in ECMO patients: changes in epidemiology, diagnosis and prevention. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2024;43(1):101319. Doi : 10.1016/j.accpm.2023.101319.
- 6- Tehan PE, Browne K, Matterson G, Cheng AC, Dawson S, Graves N, Johnson D, Kiernan M, Madhuvu A, Marshall C, McDonagh J, Northcote M, O'Connor J, Orr L, Rawson H, Russo P, Sim J, Stewardson AJ, Wallace J, et al. Oral care practices and hospital-acquired pneumonia prevention: a national survey of Australian nurses. *Infect Dis Health*. 2024;29(4):212-217. Doi : 10.1016/j.idh.2024.04.006.



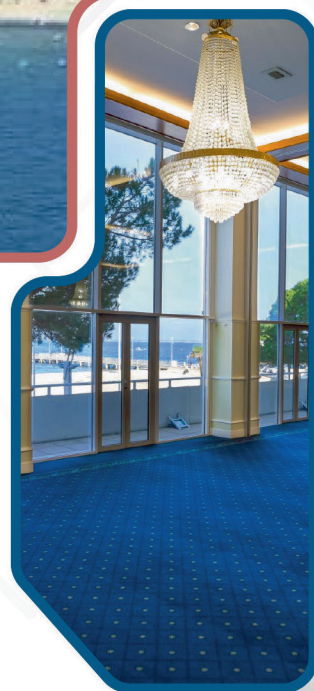
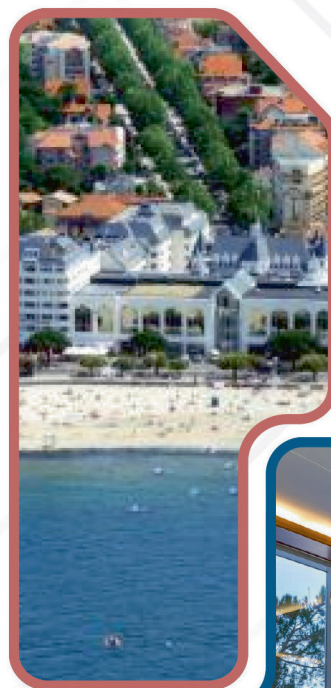
**1 & 2
octobre 2026**

**Palais des congrès
Arcachon**

19^{ÈMES} RENCONTRES INTERNATIONALES FRANCOPHONES

**des Infirmiers en Prévention
et Contrôle de l'Infection**

- ✓ Thème : Prévention du risque infectieux : prouver et éprouver
- ✓ Public cible : Infirmiers et Professionnels non médicaux impliqués dans la prévention et le contrôle des infections
- ✓ Pré-requis : Aucun
- ✓ Tarif : 400 euros pour la participation aux deux journées
- ✓ Organisées par la SF2H, en collaboration avec ABIHH (Belgique), AIPI (Québec), SIPI (Suisse) et URSIL (Luxembourg)
- ✓ Action de formation continue avec certification Qualiopi



CONTACT

rachel.dutrech@chu-bordeaux.fr
www.sf2h.net

