



Infection à *Clostridium Difficile* chez une IDE en EHPAD : Comment est-ce possible ?

Retour d'expérience
Équipe mobile d'hygiène : C. MIQUEL – H. BAFFOU
16/11/2017

Journée EHPAD Est Occitanie



Présentation de l'EMH du CH PERPIGNAN

Composition :

0,8 ETP praticien hygiéniste, 1 IDE hygiéniste TP

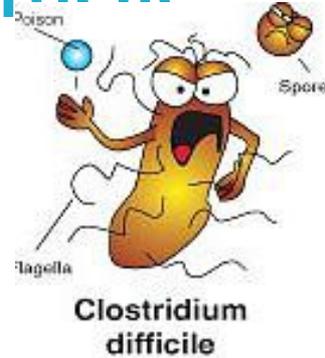
Conventions : 33 EHPAD

Rôle pivot entre l'EOH et les EHPAD :

- .Alerte EOH par le labo si identification agent infectieux (*C.difficile*, BMR...)
- .Intervention EOH dans le service du patient
- .Repérage de la sortie du patient en EHPAD
- .Edition EMH de la fiche de liaison
- .Information EMH au CS ou medco par tel/mail



Qu'est-ce que l'infection à Clostridium difficile



➤ Agent infectieux:

Bactérie anaérobie

Seules les souches toxinogènes sont pathogènes

➤ Clinique :

Diarrhée profuse, odeur nauséabonde
(« ménagerie »)

Fièvre et douleurs abdominales inconstantes
Colite pseudo-membraneuse à la coloscopie



Qu'est-ce que l'infection à Clostridium difficile

➤ Diagnostic biologique

Analyse de selles fraîches dans un pot à coproculture, à réaliser avant le début du traitement.



Conjugaison de plusieurs techniques de laboratoires pour éviter les faux négatifs au niveau de la détection des toxines A et/ou B.

➤ Facteurs de risques

Prise d'antibiotiques.

Age supérieur à 65 ans.

Chimiothérapie, nutrition entérale, traitement préventif de l'ulcère gastroduodéal par IPP



Quels risques autour d'un cas ?

Bactérie sporulée :

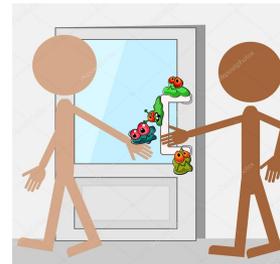
-Inefficacité des PHA

-Inefficacité des Détergent-désinfectant habituels

↪ Risque de transmission croisée manu-portée à partir des excréta

↪ Risque de transmission croisée à distance par survie dans l'environnement pendant plusieurs mois

↪ Risque épidémique en collectivité



Le déroulé des faits : histoire initiale

Monsieur P. est hospitalisé au SMIT le 6 février, il y développe une infection à *Clostridium difficile* (ICD), dans les suites d'une antibiothérapie par Augmentin®.

Il regagne l'EHPAD où il réside le 24 février, sous traitement jusqu'au 27 février.



Le retour à l'EHPAD est organisé avec l'IDEC et le médecin coordonnateur, avec l'appui de l'EMH, de façon à mettre en œuvre sans délai les précautions d'hygiène adaptées.



Le déroulé des faits : l'évènement

Le 01 mars, une IDE signale un incident à l'IDEC, qui sollicite immédiatement l'EMH :
L'incident semble mineur :
Lors d'un soin, le doigt de Monsieur P. a été en contact involontaire avec la lèvre de l'IDE.



Le déroulé des faits : l'évènement

Le 09 mars, l'IDE réalise un examen des selles qui révèle la présence d'un *Clostridium difficile* Toxinogène, devant un tableau de diarrhée évoluant depuis quelques jours.



...grand émoi parmi le personnel de l'EHPAD !!!



L'hypothèse

Quand l'information parvient à l'EMH, le 16 mars, l'hypothèse d'un cas secondaire est posée.



Le médecin coordonnateur fait d'ailleurs une déclaration d'évènement indésirable grave.



Le laboratoire n'ayant pas conservé la souche de l'IDE, le doute persiste.

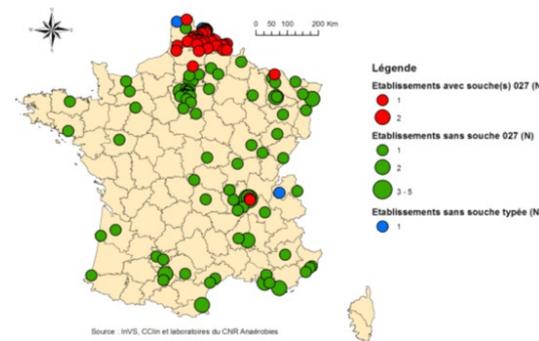




Recherches dans les publications

2006 au CH de Lens en situation épidémique (126 cas déclarés) 2 cas d'infection à C. Difficile signalés au sein du personnel, après prise d'antibiotiques (la souche épidémique 027 n'a été trouvée que sur 1 cas).

Janvier 2006 à mars 2007 l'épidémie était étendue dans le Nord-Pas-de-Calais 41 ES ont signalé un total de 515 cas d'ICD et l'InVS n'avait enregistré aucun autre cas chez les professionnels.



L'investigation



L'EMH intervient à l'EHPAD pour évaluer les pratiques et apprécier le risque de contamination du personnel à partir du résident malade.

– Mise en place des PCC à ICD dès l'admission.



L'investigation

- Un protocole présent et connu des agents.
- Pas de lavage des mains au retrait des gants dans la chambre même : lavage dans un autre local.
- Durée de conservation de l'eau de javel diluée variable selon les agents, mais toujours $<48\text{H}$.
- Information des visiteurs pour le lavage des mains à réajuster.



Au final : aucune pratique n'explique la transmission de l'infection entre le résident et l'IDE.

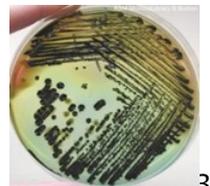


Les preuves

Par « chance », le 01 avril, l'IDE présente une récurrence, une semaine après l'arrêt du Traitement.

Un nouvel examen des selles est pratiqué. Cette fois, l'EMH est alertée très rapidement, par l'IDE elle-même.

L'intervention immédiate auprès du laboratoire permet de récupérer la souche et de la transférer au laboratoire du Centre Hospitalier, qui avait conservé la souche congelée de Monsieur P.



Les preuves

La comparaison des ribotypes des 2 souches est ainsi effectuée au CNR :

- Le résultat rendu le 24 avril confirme que les 2 souches présentent des ribotypes différents.
- La transmission de l'ICD du patient à l'IDE est donc récusée.



Ribotype	Isolate number	Rep-PCR pattern
Ribotype 127	TNHP 293	[Pattern]
	TNHP 92	[Pattern]
	TNHP 16	[Pattern]
	TNHP 15	[Pattern]
	TNHP 7	[Pattern]
	TNHP 17	[Pattern]
Ribotype 034	TNHP 286	[Pattern]
	NHP 294	[Pattern]
	TNHP 381	[Pattern]

Les causes réelles

Entre temps, les contacts téléphoniques avec l'IDE et les informations de l'IDEC avaient permis d'identifier des prises itératives d'antibiotiques, y compris en auto-traitement, pour des infections urinaires à répétition.



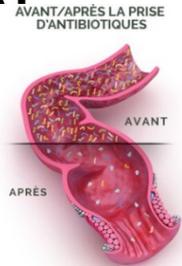
Les conclusions

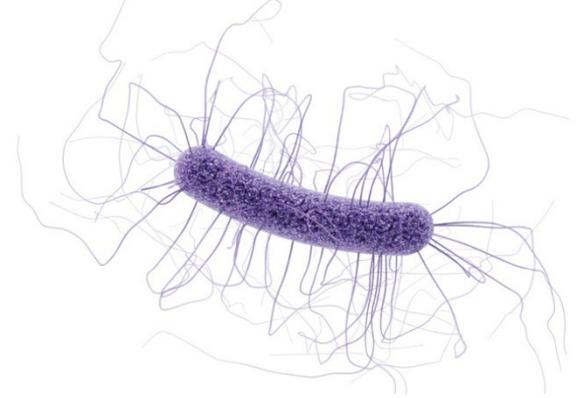
Le risque de contamination des soignants, à partir de patients traités pour une ICD, est très faible.

La prise d'antibiotiques est en revanche bien connue comme facteur de risque d'ICD.

Devant des cas groupés d'ICD, l'hypothèse d'une transmission secondaire doit être évoquée de principe.

Mais seule la comparaison des ribotypes permet de faire la part des choses.





Merci pour votre attention !

