



Déclaration de liens d'intérêt

Conférencier : Béatrice TURCAN, Strasbourg

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer



Prévention des épidémies à *Clostridium difficile* à partir d'une surveillance épidémiologique

Béatrice TURCAN – Cadre supérieur de santé hygiéniste
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg



Introduction

- Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
 - Multisites : 2400 lits et places MCO, LS, SSRG, EHPAD
 - EOH : 4 praticiens, 5 infirmiers, 1 technicien biohygiéniste, 1 cadre supérieur de santé, 1 secrétaire, 0 à 3 internes



Introduction

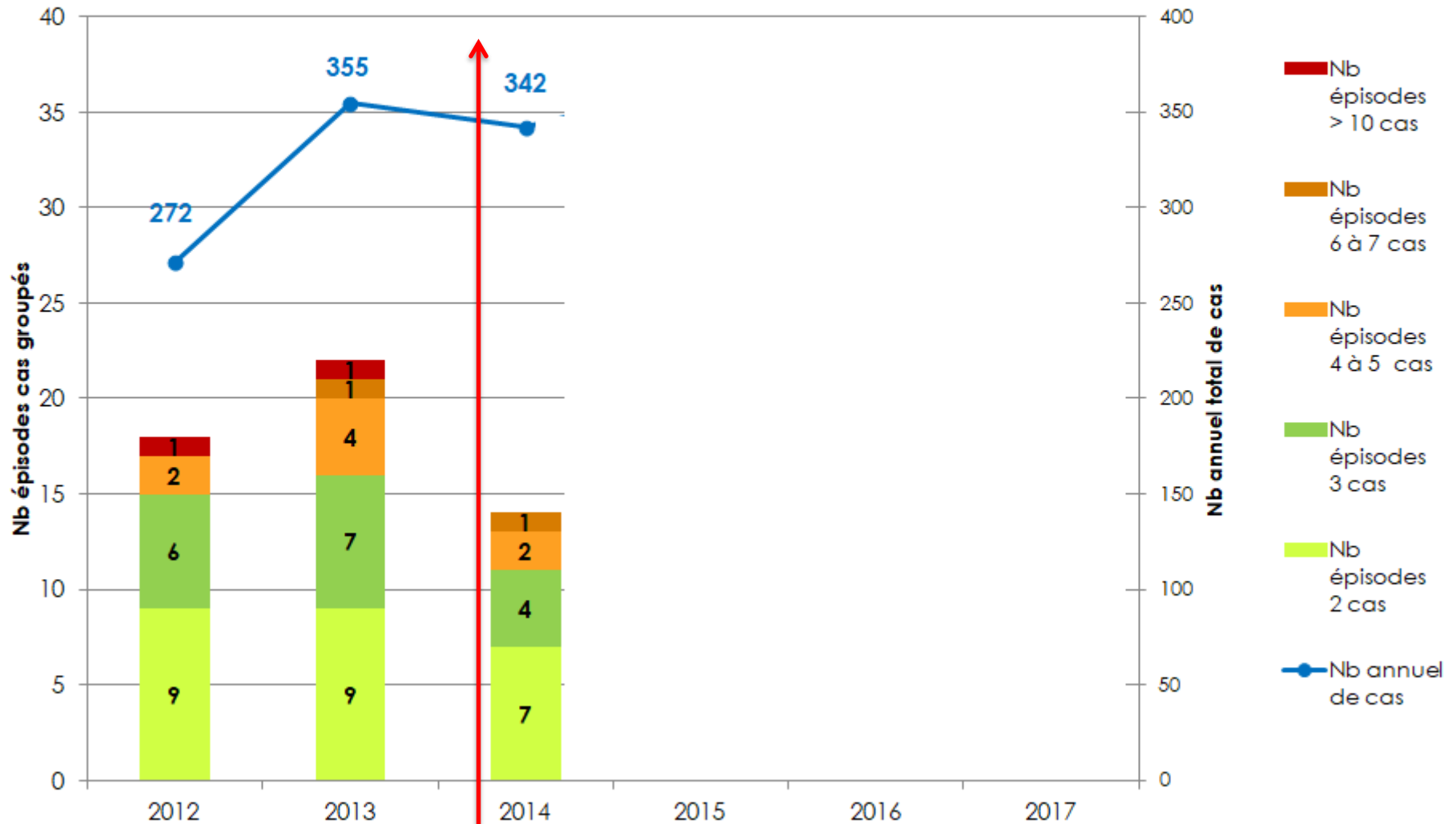
- Infections à CD = principale cause diarrhée infectieuse nosocomiale
 - EOH / alertes : suspicion transmission croisée
 - Bruit de fond habituel / services à risque
 - Laboratoire bactériologie contacte service si prélèvement positif
 - Début 2012 : Episode épidémique en Médecine Interne (12 cas)
 - Surveillance épidémiologique
 - Extraction automatisée résultats positifs Labo → EOH
 - 1^{ère} ligne de permanence EOH contacte service si 2 cas / PCC ?
 - 2012 : 255 patients / prélèvement positif (dont 72 % nouveaux cas)
 - 2013 : Augmentation nombre de nouveaux cas (+ 31 %)
 - 2013 : Episode épidémique en Gériatrie (11 cas)

Matériel et méthode

- Mise en place d'une conduite à tenir
 - Laboratoire : idem
 - EOH :
 - Exploitation quotidienne résultats positifs
 - Vérification : résultats positifs dans la même unité / 15 jours précédents ?
 - 1^{ère} ligne permanence contacte le service (précautions complémentaires ?)
 - Suivi de l'alerte par l'IHH référent du pôle clinique si 3^{ème} cas + investigations : acquis ou importés ? transmission croisée possible ?
 - Enquête : audit organisationnel et de moyens, +/- de pratiques
 - Comparaison souches / CNR si suspicion épidémie
 - Signalement externe
 - Retour d'information vers le service
- Bilan annuel du dispositif
 - Impact sur la genèse d'épidémies ?

Résultats

Distribution des épisodes de cas groupés d'ICD par année



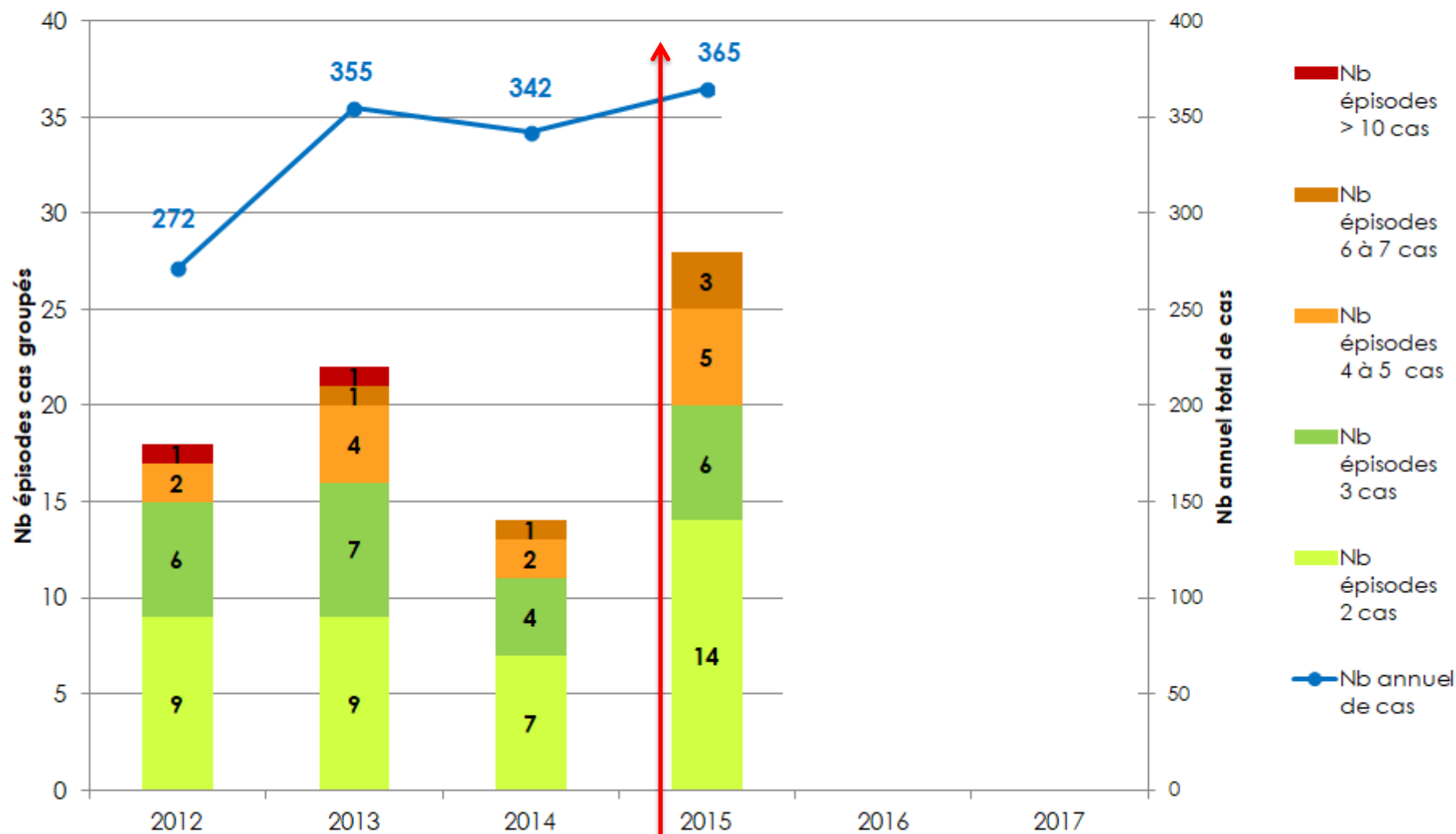
CAT / Dossier Alerte au 3^{ème} cas

Résultats

- Bilan 2014
 - Diminution importante du nombre d'épisodes de cas groupés, et du nombre de cas par épisode
 - Une des situations épidémiques constituée au final de plusieurs clones
 - Décision d'assouplir la stratégie au vu du temps consacré au suivi : dossier alerte et investigations seulement à partir du 4^{ème} cas

Résultats

Distribution des épisodes de cas groupés d'ICD par année



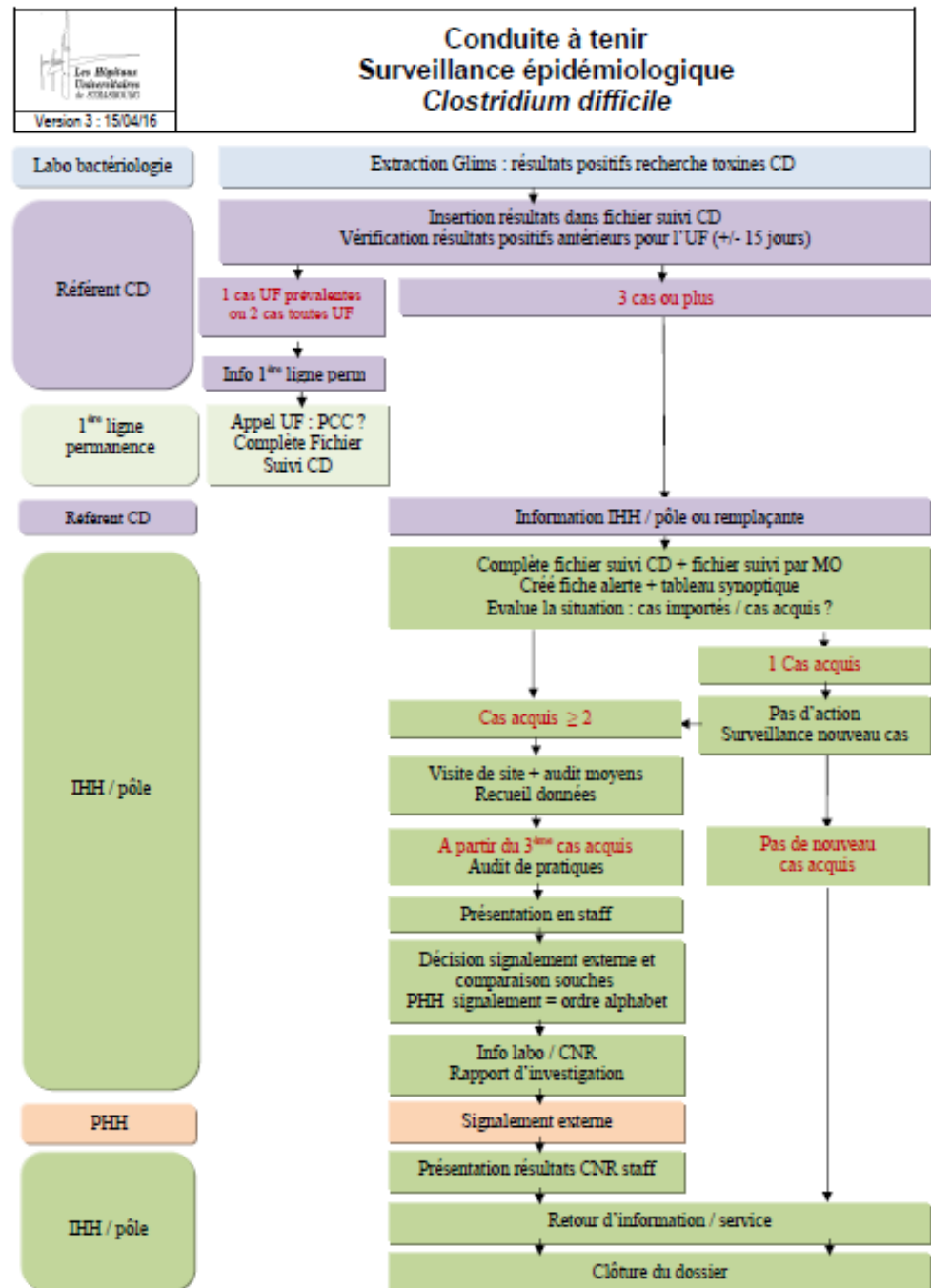
Modif CAT / Alerte au 4^{ème} cas

Résultats

- Bilan 2015
 - Augmentation sensible des épisodes avec plus de 4 cas groupés
 - Décision de revenir à l'ancienne stratégie :
 - fiche alerte + investigations à partir du 3^{ème} cas
 - Renforcement :
 - appel des UF prévalentes dès le 1^{er} cas
 - signalement des « porteurs chroniques » sur le logiciel de gestion des patients

Résultats

- Algorithme « définitif » en place depuis 2016
- CAT pour la 1^{ère} ligne de permanence
- CAT pour l'IHH référente du pôle clinique

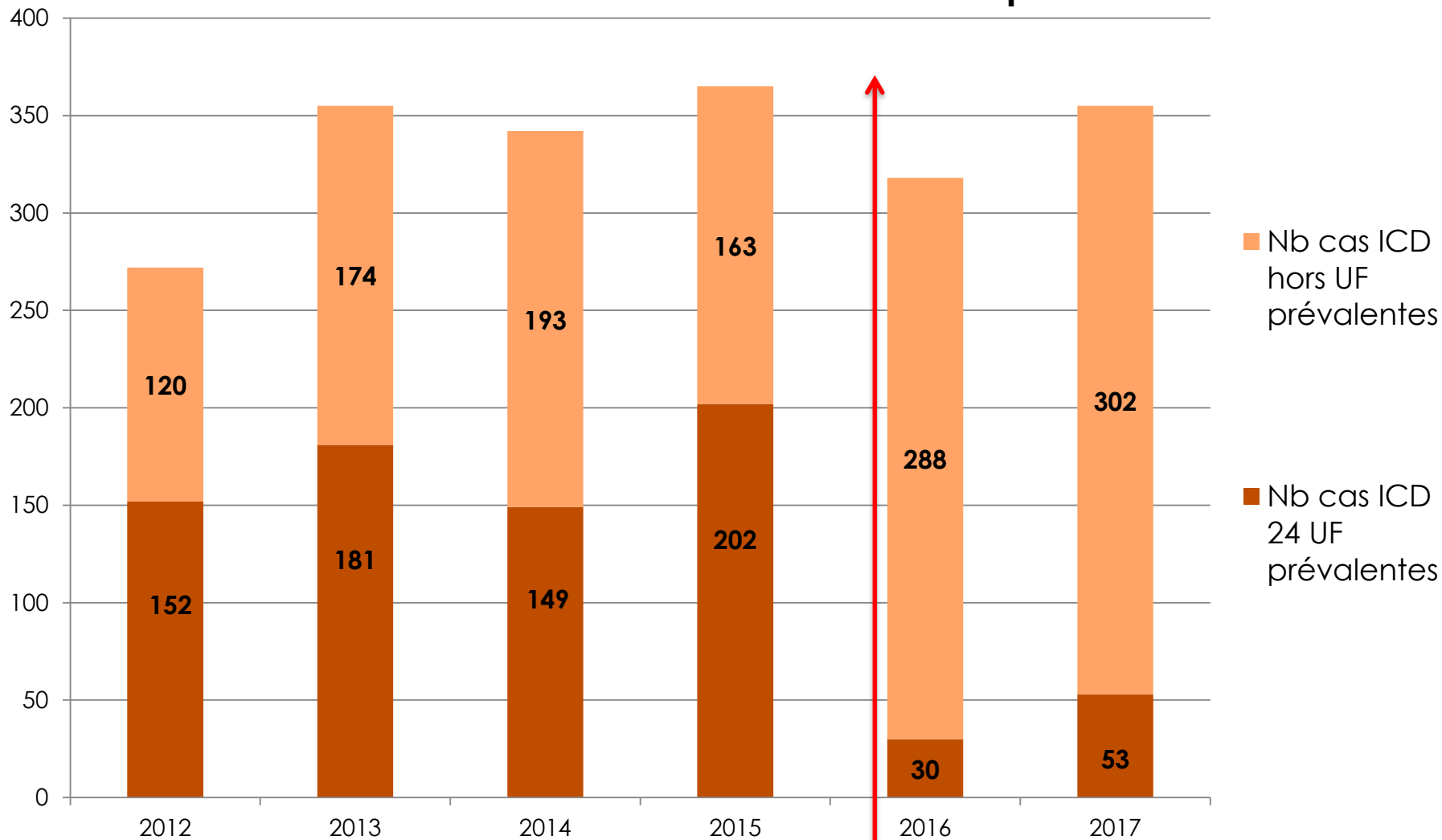


Résultats

- Bilan 2017
 - 355 cas d'ICD
 - 94 unités fonctionnelles concernées
 - 5 à 6 UF «prévalentes» de cas groupés versus 24 en 2014
 - UF prévalentes récurrentes en gériatrie

Résultats

Distribution des cas d'ICD dans les 24 UF prévalentes

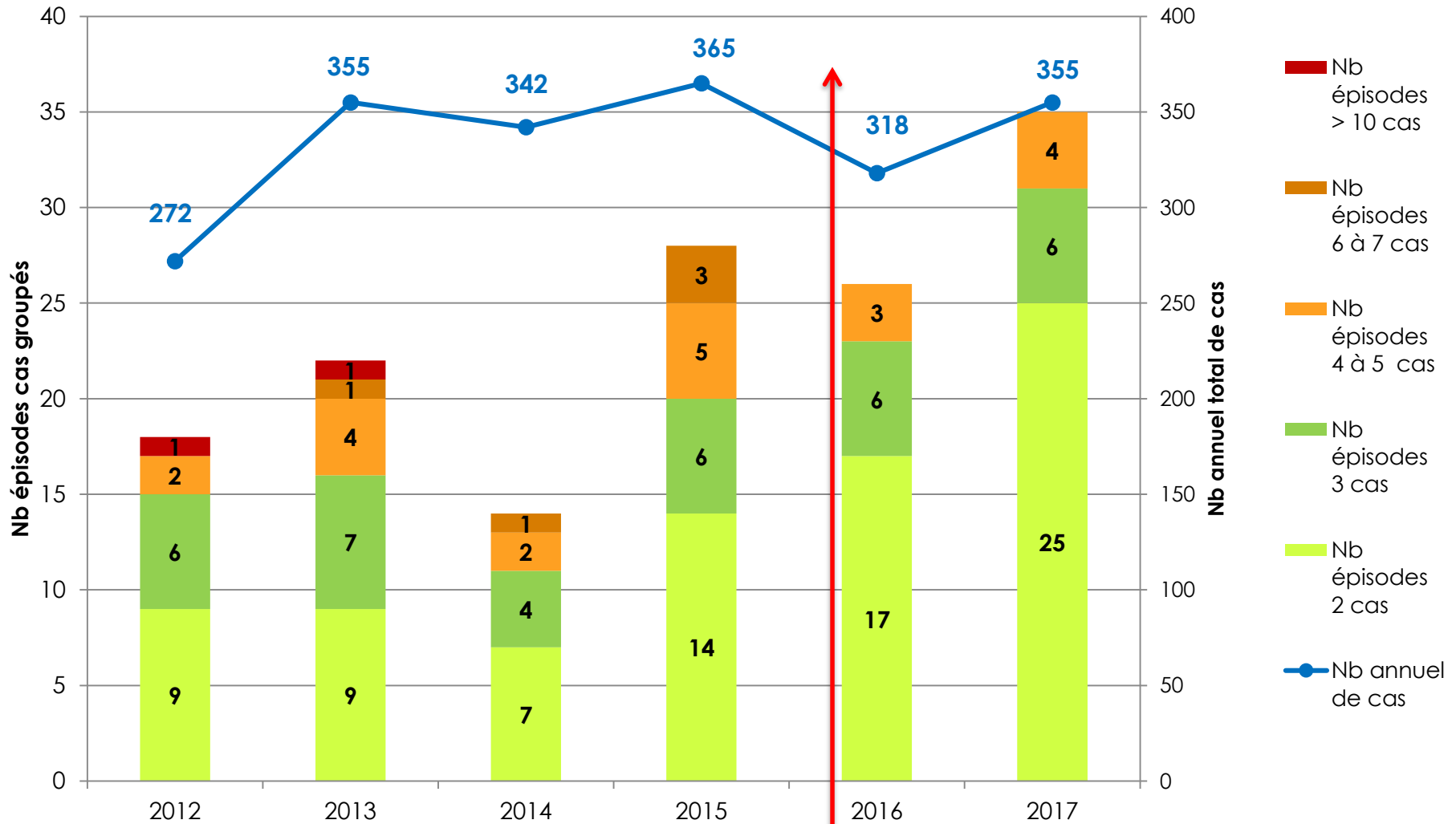


Résultats

- Bilan 2017
 - 355 cas d'ICD
 - 94 services concernés
 - 5 à 6 unités «prévalentes» vs 24 en 2014
 - Unités prévalentes récurrentes en gériatrie
 - 274 nouveaux cas
 - 11,3 % dépistés aux urgences
 - Cohorte de patients «porteurs chroniques»

Résultats

Distribution des épisodes de cas groupés d'ICD par année








Résultats

- Cas groupés 2017 : 35 épisodes (vs 26 en 2016)
 - 25 épisodes avec 2 cas groupés
 - 10 épisodes avec 3 cas et plus (épidémies ?)
 - Au maximum 5 cas par épisode
 - Seulement 6 UF prévalentes dans les filières classiquement à risque : HGE, immunologie, médecine interne, oncologie, gériatrie
 - 1 situation inhabituelle :
 - les 4 unités d'un même bâtiment (SSRG) concernées par une épidémie : une vingtaine de cas ! (confirmation CNR, souche 018, rare en France)
 - nouvelle stratégie à envisager :
 - dépasser le périmètre de l'unité dans l'algorithme
 - surveillance doit tenir compte de la géographie, des partages de personnel entre UF (connaissance des organisations)

Discussion

- Question : impact de notre démarche ?
 - Diminution nb cas par épisode
 - Mais variation épidémiologie CD **multifactorielle**
 - Augmentation (+ 30%) nombre de cas entre 2012 et 2013 ?
 - Modifications méthode détection laboratoire (sensibilité)
 - Pratiques antibiothérapie ?
 - **Augmentation** importante entre 2012 et 2013 de **consommation d'ATB** sélectionnant CD (Tazocilline + 90 % ; Rocéphine +40 %), et progression régulière
 - Des interrogations à venir ...
 - Modification de méthode de détection au laboratoire
 - Depuis janvier 2018 : algorithme en 2 étapes → moins de faux négatifs → à ce jour pas d'impact mesuré (120 cas / 5 mois)

En conclusion

- Pas d'impact sur le nombre d'épisodes de cas groupés 
- Impact sur le nombre de cas par épisode épidémique 
- Système qualité de la démarche 
- Charge de travail associée supportable 
- Surveillance épidémiologique prise en charge par équipe paramédicale 

**Merci
pour votre
attention**

