

TITRE

Conjonctivites à adénovirus en consultation d'ophtalmologie

MOTS-CLES

Epidémie, kérato-conjonctivite, adénovirus

ARLIN NORD - PAS DE CALAIS

Période de survenue

CCLIN Paris-Nord

2014

POINT D'INFORMATION

Les conjonctivites virales évoluent fréquemment sur un mode épidémique. En ophtalmologie l'adénovirus est responsable d'un tableau de kérato-conjonctivite aiguë non spécifique. Ce virus est très résistant dans l'environnement et la transmission se fait principalement par contact. Au niveau de la cornée, les dépôts de protéines virales vont être à l'origine d'une réaction immunitaire avec des infiltrats sous-épithéliaux donnant un aspect de fausse membrane. Le diagnostic est essentiellement clinique, il n'y a pas de traitement autre que symptomatique, l'incubation varie de 7 à 21 jours avec une moyenne de 12 jours. Des séquelles cornéennes sont possibles. La prévention de la transmission croisée est l'action la plus importante à mettre en œuvre.

CONTEXTE

➤ Description chronologique de l'évènement

L'EOH est alertée le 28 août 2014 par le chef de service d'ophtalmologie de la survenue d'une épidémie de kérato-conjonctivite d'ampleur et de durée inhabituelles. Le diagnostic étiologique est alors inconnu, un recensement des cas est débuté, des cas communautaires familiaux apparaissent. Des mesures environnementales et l'augmentation de l'utilisation des produits hydro-alcooliques ont été prises par les professionnels mais elles ont été insuffisantes.

Les patients présentent une baisse d'acuité visuelle transitoire et la symptomatologie est bruyante avec un aspect de pseudomembrane qui nécessite des consultations répétées pour nettoyer l'œil. Un rebond de l'épidémie implique deux professionnels et restreint l'activité. Les soignants atteints ont été placés en arrêt de travail.

➤ Investigations

Sur une période de 5 mois rétrospectifs, on recense plus de 29 cas d'infections oculaires, dont 11 cas nosocomiaux certains et 2 cas survenus chez le personnel soignant.

Des prélèvements ont été adressés au laboratoire de virologie qui diagnostiquera la présence d'un adénovirus.

L'équipe opérationnelle d'hygiène a mené une revue des dossiers patients et des audits de pratique sur l'organisation des consultations. Cette épidémie a fait l'objet d'une revue morbidité analysée en équipe pluridisciplinaire (EOH, gestionnaire des risques, cadre de santé, médecins et infirmières du service de soins). Les courbes épidémiques, synoptiques incitent l'EOH à rechercher le ou les cas index en amont des cas connus (semaine 16). Le suivi épidémique va se poursuivre jusque la semaine 43. Au total 64 cas ont été recensés : 23 importés, 24 familiaux et 17 nosocomiaux (dont 5 professionnels).

➤ Mécanisme de transmission et hypothèses

Les origines potentielles de cette infection sont :

- la **contamination** manuportée par les soignants et liée à une source environnementale non maîtrisée par le bionettoyage et l'hygiène des mains au décours des examens cliniques ou des soins.
- la prise en charge en phase d'incubation pour un autre motif de consultation et la contamination des supports en consultation et transmission secondaire.

➤ Circonstances et causes/facteurs immédiats

- Délai d'incubation variable rendant difficile la date de contamination et retardant le diagnostic.
- Cas familiaux réalimentant la cohorte.

Plusieurs non conformités ont été relevées lors des audits :

L'hygiène des mains réalisée uniquement entre 2 consultations est insuffisante, la technique de la friction hydro-alcoolique n'est pas respectée par tous les soignants ; le port de masque et des protections oculaires (masque à visière ou lunette) est non appliqué lors de la réalisation des actes techniques.

Le bionettoyage du matériel et de l'environnement proche est inefficace du fait de l'utilisation d'un détergent désinfectant au pouvoir virucide insuffisant sur les adénovirus. La fréquence du bionettoyage complet des salles de consultation est insuffisante.

Des mesures correctives immédiates ont donc été mises en œuvre:

- Renouvellement d'une formation à la technique de la friction hydro-alcoolique et aux opportunités.
- Renforcement des précautions standard lors des consultations.
- Mise à disposition d'un détergent désinfectant avec une meilleure activité virucide.
- Renforcement du bionettoyage.

➤ Causes/facteurs latents (facteurs liés au patient, aux soignants, à la structure, aux tâches, à l'environnement, à l'organisation, au contexte institutionnel)

Une **analyse des risques en méthode Alarm** été effectuée :

| | |
|----------------------------------|---|
| Patient | -Absence de connaissance de la transmission du virus d'où insuffisance d'hygiène des mains avant la manipulation des collyres à domicile. -Partage de linge de toilette dans les familles, contacts cutanés à risque. |
| Personnel | Manque de compliance à l'application des précautions standard. Banalisation de l'infection en ophtalmologie. |
| Equipe | Défaillance de communication ➤ Circuit de l'information et gestion des alertes tardive l'alerte du 28 août 2014. |
| Protocoles Tâches | Consignes destinées aux patients non formalisées. Bionettoyage inapproprié des surfaces. |
| Conditions de travail | Charge en soins élevée : densité des consultations très élevée. Moyens insuffisants : locaux inadaptés et trop exigus, certains actes techniques (pelage de membranes des enfants) sont réalisés dans une salle de soins qui sert également de bureau IDE. |
| Organisation | Défaut d'encadrement/Management ➤ pas d'évaluations récentes des besoins et de l'adéquation personnels IDE/activité clinique. |

| | |
|-----------------------|--|
| | <p>Réorganisation du travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnostic non systématiquement disponible dans l'informatique : traçabilité de l'examen clinique dans le dossier papier. -Secteur ouvert en collaboration avec des praticiens de ville ne maîtrisant pas tous l'ensemble des bonnes pratiques d'hygiène du service. |
| Institutionnel | <p>Vulnérabilité de la stratégie de la gestion en transversal des crises :</p> <p>réunion de la cellule de crise tardive.</p> |

➤ Actions conduites

| Axe d'amélioration | Actions menées | Responsable |
|-------------------------|---|--|
| Communication | Rédaction d'un support à destination des patients pour l'utilisation des collyres. Consignes d'hygiène au domicile (hygiène des mains partage d'objet) | Direction communication / service de soins / EOH |
| Traçabilité | Harmonisation de la traçabilité informatique | EOH / service de soins / service informatique |
| Formation/rappel | Formation hygiène des mains et précautions standard. Accompagnement lors des consultations. | EOH |
| Matériel | Création d'un box de consultation dédié à l'acte technique. Mise à disposition de détergent désinfectant virucide. Mise à disposition de clavier informatique lisse plus facilement décontaminable. | Logistique |
| Organisation | Réorganisation de la salle d'attente pour éviter le croisement de patients infectés avec des patients sains. Organisation d'un bionettoyage complet du service hors activité | Service de soins |

REFERENCES

1. HCSP, SF2H. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Septembre 2010
2. CCLin Ouest. Prévention des infections en ophtalmologie. 2002 - http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin/cclinOuest/2002_ophtalmologie_CCLIN.pdf
3. Renard G. Kératoconjonctivite à adénovirus. J Fr Ophthalmol 2010 ; 33 : 586-592 - <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/268847/main.pdf>