



## Méningo-encéphalite nosocomiale à *Listeria monocytogenes* Retour d'expérience

### MOTS-CLÉS

Infection nosocomiale, Listériose neuroméningée, alimentation, HACCP

### ARLIN NORD - PAS DE CALAIS

CCLIN Paris-Nord

### Période de survenue

2011

### POINT D'INFORMATION

Le diagnostic d'une encéphalite doit faire évoquer la possibilité d'une infection à *Listeria monocytogenes*. La fréquence de cette étiologie est de l'ordre de 10 % avec une létalité élevée (46 %) notamment en cas de comorbidités associées <sup>(1-3)</sup>.

### CONTEXTE

• **Description chronologique de l'événement :** Depuis le 28/03/2011, une patiente âgée de 83 ans, présentant plusieurs antécédents connus (hypothyroïdie auto-immune, cardiomyopathie hypertensive, hypercholestérolémie, néoplasie), est hospitalisée dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour prise en charge de troubles cognitifs consécutifs à une encéphalopathie d'Hashimoto.

**Le 15/05/2011**, devant une aggravation de son état neurologique, la patiente est transférée au Centre hospitalier Universitaire (CHU) de la région.

**Le 16/05/2011**, la patiente présente une hyperthermie. Des hémocultures et une ponction lombaire mettent en évidence *Listeria monocytogenes*. Le diagnostic d'endocardite compliquée d'une méningo-encéphalite est posé. La patiente reçoit une bithérapie associant amoxicilline et gentamycine à doses méningées.

**Le 18/05/2011**, une déclaration obligatoire et un signalement sont réalisés à l'ARS et au CCLIN.

**Le 21/05/2011**, malgré une très courte période d'amélioration, le tableau neurologique de la patiente se dégrade. Elle présente d'importants troubles de la conscience qui vont évoluer vers un coma.

**Le 07/06/2011**, malgré la prise en charge, la patiente décède. En raison de nombreux facteurs aggravants, l'infection à *Listeria* ne peut être retenue comme seule cause du décès.

• **Investigations :** L'enquête alimentaire réalisée par l'ARS auprès du centre hospitalier et de la famille, n'a pas permis de mettre en évidence la consommation d'aliments suspects. Concomitamment, l'ARS sollicitera l'expertise de l'ARLIN et de la direction des services vétérinaires (DSV). Une visite conjointe de la cuisine de l'établissement a été rapidement programmée.

Outre les prélèvements réalisés (surfaces et produits alimentaires), **plusieurs non-conformités ont été relevées** dont principalement :

- vétusté des locaux
- conception et agencement des locaux ne permettant pas le respect de la marche en avant
- plan de maîtrise sanitaire et plan HACCP non formalisés
- existence de cuisines satellites qui permettaient des préparations complémentaires (mixage...)
- personnel insuffisamment formé à la maîtrise des points critiques en cuisine
- absence de procédures de bio-nettoyage des surfaces de la cuisine centrale

Des **mesures correctives immédiates** sont demandées ; parmi lesquelles :

- la suppression des préparations tranchées et moulignées,
- la sectorisation des locaux,
- l'élaboration d'un plan de maîtrise sanitaire des risques,
- le nettoyage et la désinfection des locaux et des équipements.

L'analyse des résultats des autocontrôles de l'établissement a montré l'existence de résultat positif à *Listeria monocytogenes* sur des plats témoins. Ces résultats n'avaient pas été transmis à l'équipe opérationnelle en hygiène. Les prélèvements sur la lame, le support et le plan de travail du trancheur à légumes mettront en évidence la présence de *Listeria monocytogenes*.

Ces éléments ont conduit à la fermeture de la cuisine de l'établissement par décision préfectorale. La réouverture a été assujettie à la mise en conformité des locaux, à une désinfection minutieuse des surfaces et à la réalisation de nouveaux prélèvements.

Les souches environnementales retrouvées ont été envoyées au CNR des *Listeria* pour typage et comparaison avec celle de la patiente. Les résultats ont montré une similitude entre les différentes souches.

Des réunions de travail associant les représentants de l'établissement, l'ARLIN et la DSV ont permis de suivre le projet de restructuration de la cuisine et de valider un plan d'action. Une visite de contrôle a évalué la conformité des travaux entrepris et les prélèvements microbiologiques de contrôle sont revenus négatifs. La cuisine a repris son activité le 30 juillet 2011.

[Suite >>>](#)

- **Mécanisme de transmission et hypothèses :** La transmission s'est faite par ingestion d'aliments contaminés chez une patiente âgée présentant plusieurs comorbidités. Le trancheur à légumes a été incriminé comme la source de contamination, compte tenu des similitudes entre la souche de la patiente et celles isolées sur la lame, le support et les surfaces autour du trancheur.
- **Circonstances et causes/facteurs immédiats :**
  - Défaut de désinfection des surfaces et des équipements
  - Conception et agencement des locaux ne permettant pas la sectorisation des différentes zones de travail (réception, déboitage, légumerie) et le respect de la marche en avant
- **Causes/facteurs latents (facteurs liés au patient, aux soignants, à la structure, aux tâches, à l'environnement, à l'organisation, au contexte institutionnel)**

## Utilisation de la méthode ALARM

Type de facteur	Facteurs contributifs	Exemple dans le cas rapportés
<b>Institution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique et culture gestion des risques insuffisantes</li> <li>• Contraintes financières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HACCP insuffisamment mis en œuvre à la cuisine</li> <li>• Plan de maîtrise sanitaire non formalisé</li> <li>• Travaux de rénovation non réalisés</li> </ul>
<b>Organisation et management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation cuisine non définie</li> <li>• Absence de définition des compétences requises</li> <li>• Formation insuffisante du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de coordination entre les différents intervenants du secteur et pas de lien établi avec l'équipe d'hygiène</li> </ul>
<b>Environnement de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locaux et matériels inadaptés ou déficients</li> <li>• Matériels manquants (absence de lave-mains)</li> <li>• Vétusté des locaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect de la marche en avant</li> <li>• Hygiène des mains insuffisante</li> </ul>
<b>Équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'encadrement aux cuisines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• défaut de coordination des acteurs</li> </ul>
<b>Tâches/Protocoles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de nettoyage-désinfection absentes</li> <li>• Traçabilité des contrôles de température non formalisée</li> <li>• Autocontrôles microbiologiques non transmis à l'EOH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tâches non réalisées ou oubliées</li> <li>• Contrôles non réalisés</li> <li>• Absence d'interprétation des analyses microbiologiques des auto contrôles</li> </ul>
<b>Individu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualification inadaptée du personnel de cuisine (Pas de qualification du personnel de cuisine à la méthode HACCP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défaut connaissances en hygiène (précautions standard) et des bonnes pratiques</li> </ul>
<b>Patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiente fragile avec des comorbidités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évolution clinique défavorable</li> </ul>

### • Actions conduites

- Actualisation du Plan de Maitrise Sanitaire
- Réalisation de travaux pour sectoriser les différentes zones de travail et respecter la marche en avant
- Rédaction de procédures (nettoyage-désinfection, contrôle des températures...)
- Traçabilités effectives des actions
- Formalisation de l'interprétation des résultats d'autocontrôle
- Formation du personnel à la méthode HACCP

## RÉFÉRENCES

1. Mailles A et al. Épidémiologie des encéphalites infectieuses en France en 2007. BEH 2012; 16-17: 198-202.
2. Goulet V et al. Surveillance de la listériose humaine en France, 1999-2011. BEH 2012; Hors-série: 38-40.
3. Roussel S et al. Surveillance des *Listeria monocytogenes* dans les aliments. BEH 2012; Hors-série: 41-5.