

# *Clostridioïdes difficile*

---

Dr Lauranne FERRARI – Praticien hygiéniste

Alice LUCAS – Infirmière hygiéniste

28 mai 2026

FE Formation CPias sur le CD

28/05/2026



# Plan de la formation

01

## Le germe

Microbiologie, épidémiologie, facteurs de risque

10 min

02

## Clinique & diagnostic

Formes cliniques, algorithme diagnostique

10 min

03

## Mesures de prévention

Précautions, hygiène des mains, environnement

20 min

04

## Signalement & CAT

Conduite à tenir, signalement, cas groupés

10 min

05

## Spécificités par secteur

ES, ESMS, ville — Points clés pratiques

10 min

# 01

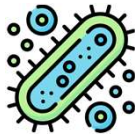
**Le germe**

**Microbiologie & épidémiologie**

# Microbiologie — Ce qu'il faut retenir

## Bactérie

Bacille Gram+, anaérobie strict, sporulant  
Aujourd'hui : *Clostridioïdes difficile*



## Spores

Résistantes à la chaleur, à la dessiccation,  
aux alcools et à de nombreux désinfectants  
Persistent dans l'environnement des mois



## Toxines

Toxine A (entérotoxine) & Toxine B (cytotoxine)  
Responsables des lésions intestinales  
Souche hypervirulente : ribotype 027 (NAP1)



## Cycle de transmission

- 1 Patient colonisé / porteur asymptomatique
- 2 Émission de spores dans l'environnement
- 3 Contamination des surfaces & mains
- 4 Ingestion des spores par le patient
- 5 Germination si dysbiose intestinale  
→ Production de toxines

# Épidémiologie & Facteurs de risque

≥ 18 000

cas/an estimés en France

1er

agent de diarrhée nosocomiale

20–30 %

taux de récidence

5–10 %

mortalité toutes formes

## Principaux facteurs de risque

▶ Antibiothérapie (principale cause)

▶ Hospitalisation prolongée



▶ IPP (inhibiteurs de pompe à protons)

▶ Alimentation entérale



▶ Âge > 65 ans



▶ Immunodépression

▶ Chirurgie digestive récente



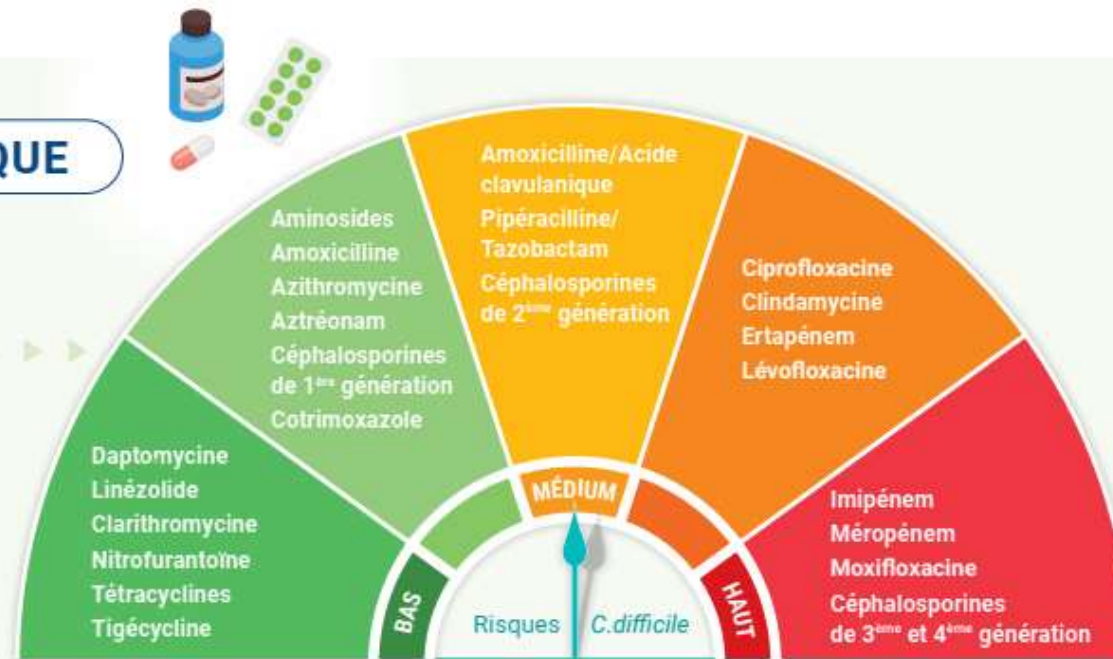
▶ Portage antérieur de C. diff

IPP = risque modéré ▶ = risque majeur ◀ = risque intermédiaire

# Facteurs de risque

## LES FACTEURS DE RISQUE

- Antécédents d'ICD
- Prise de médicaments :
  - ▶ Antibiotiques
  - ▶ Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP)
  - ▶ Immunosuppresseurs
- Âge > 65 ans
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin



## LE SAVIEZ-VOUS ?



- L'ICD peut survenir **jusqu'à 8 semaines** après la fin de l'antibiothérapie !
- **15 à 25%** des patients présentant une ICD récidiveront **dans les 2 mois**.

# 02

**Clinique & Diagnostic**  
**Reconnaître et confirmer l'ICD**

# Formes cliniques & Algorithme diagnostique

## Légère à modérée

Diarrhée  $\geq$  3 selles/j  
Sans signes de gravité

## Sévère

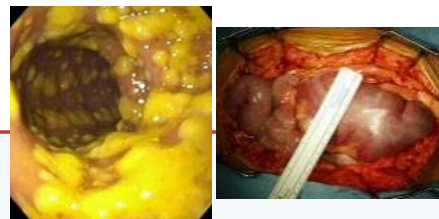
Au moins 1 des facteurs suivants :

- Leucocytoses  $>$  15 000/mm<sup>3</sup>
- Elévation de la Créatinine  $>$  50% de la baseline
- Fièvre  $>$  38,5°C

+/- critères d'imagerie (TDM)

## Complicquée / Fulminante

Hypotension, Choc septique  
Lactate  $>$  à 5mmol/L  
Iléus, mégacôlon toxique,  
choc septique, perforation



## Récurrente

1ère récidive : 20–30 %  
2ème récidive : 40–65 %

## Algorithme diagnostique (HAS / ESCMID)

1

Diarrhée  $\geq$  3 selles non formées / 24h  
chez patient sous ou récemment sous  
antibiotiques

2

Recherche toxines A/B par EIA (test  
rapide)  
+ GDH (glutamate déshydrogénase)

3

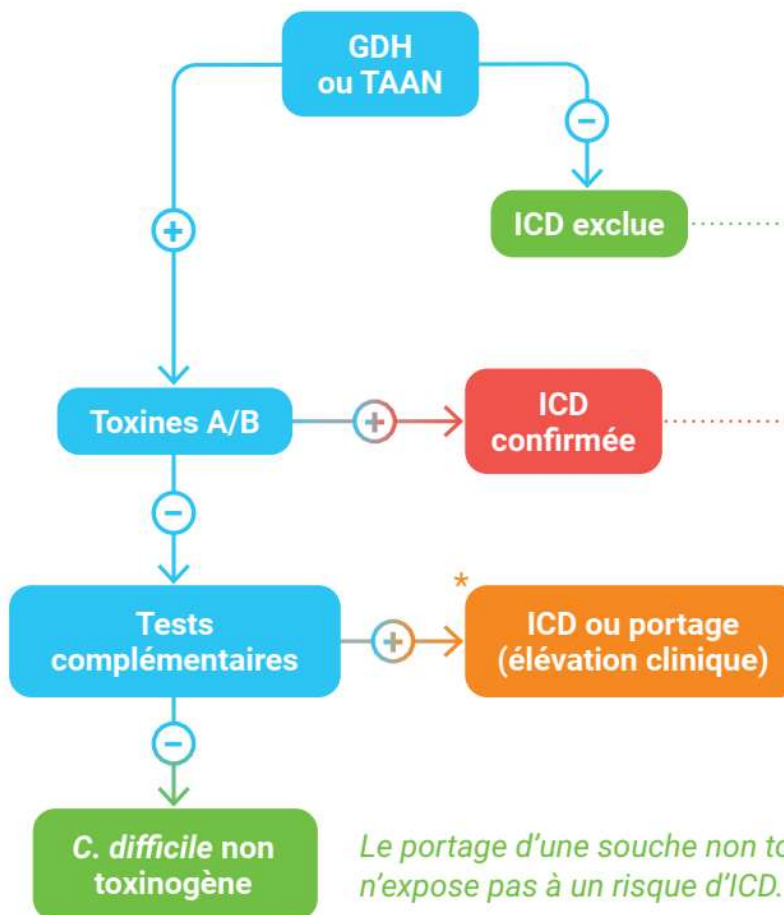
Si discordance : PCR (NAAT) pour  
confirmation  
Ne tester que les selles diarrhéiques

**! Ne pas réaliser de contrôle de guérison — la persistance des toxines est normale après traitement**

# Algorithme diagnostique

## LE DIAGNOSTIC

- Coproculture avec mention explicite de recherche de *C. difficile*
- Ne tester que les selles diarrhéiques
- Ne pas tester les enfants < 3 ans
- En cas de résultat discordant (Cf. case orange ci contre\*)  
Avis spécialisé auprès d'un infectiologue
- Pas de coproculture de contrôle après traitement (guérison clinique)



Lorsque la recherche de GDH (Glutamate DesHydrogénase) ou de la toxine par TAAN (Test d'Amplification des Acides Nucléiques) est négative, *C. difficile* est absent des selles et l'infection est de fait peu probable.

La présence de toxines dans les selles diarrhéiques est fortement évocatrice d'une infection à *C. difficile*.

Dans ce cas de figure, il peut s'agir d'un portage ou d'une ICD avec toxine non détectée dans les selles. En cas de doute, prendre un avis auprès d'un infectiologue.

Le portage d'une souche non toxigène n'expose pas à un risque d'ICD.

# 03

**Mesures de prévention**

**Précautions, hygiène, environnement**

# Précautions Contact & Hygiène des Mains

## Précautions CONTACT renforcées

> Chambre individuelle

> Tablier/surblouse à usage unique



> Gants obligatoires pour tout soin

> Signalisation de la chambre

> Matériel dédié au patient (stéthoscope, tensiomètre...)

> Déchets d'activités de soins : DASRI

> Levée des précautions : 48h après arrêt des diarrhées

## ! HYGIÈNE DES MAINS

### LA RÈGLE DES SPORES

**SHA (gel hydroalcoolique)**  
**X INEFFICACE sur les spores**

**Lavage au savon doux**  
**OK OBLIGATOIRE chez *Clostridioïdes difficile***

#### Protocole recommandé :

1. Frictions SHA si mains visiblement propres
2. Suivi d'un lavage savon doux
3. Séchage soigneux
4. Puis SHA finale si besoin



# Bionettoyage & Gestion de l'environnement

## Désinfectants recommandés

Eau de Javel 0,5 % de chlore actif

OK Référence

Produits à base de peroxyde d'hydrogène  
(H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>)

OK Efficace

Alcool / SHA

X Inefficace

Ammoniums quaternaires seuls

X Insuffisant

Glutaraldéhyde

! Conditionné

## Procédures de nettoyage

### Bionettoyage quotidien

Surfaces hautes + basses contact fréquent  
Sporicide ou Javel 0,5 %

### Bionettoyage terminal

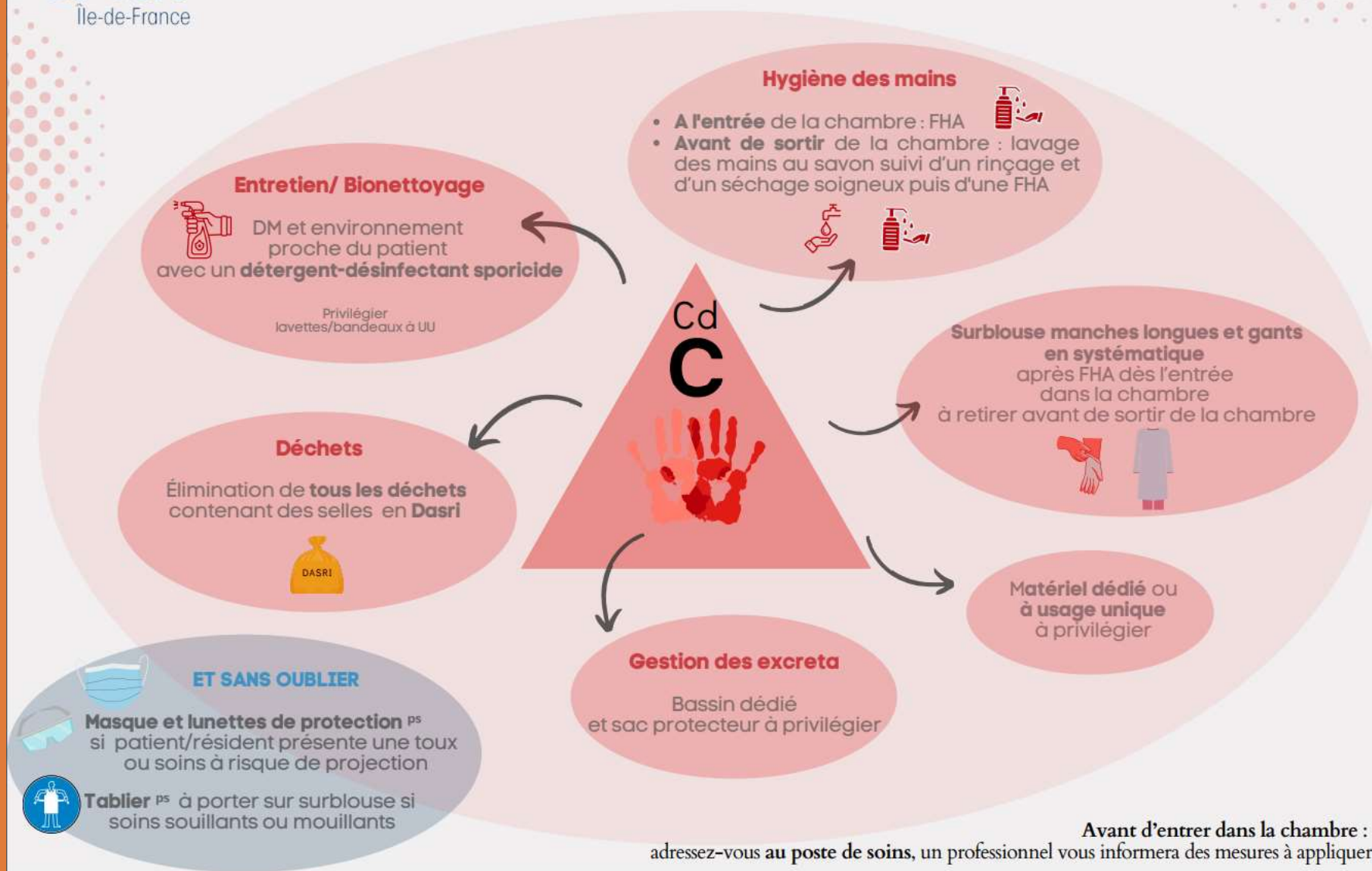
Après sortie du patient :  
Désinfection complète de la chambre  
Matelas, lit, rideaux, WC, poignées

### Gestion du linge & DASRI

Linge en sac hydrosoluble  
DASRI en sac jaune  
Éviter l'agitation du linge

### Contrôle d'environnement

Prélèvements si épidémie :  
Ecouvillonnage surfaces  
ATP-métrie possible en complément



# 04

**Signalement & Conduite à tenir**  
**Actions immédiates et déclaration**

# Prise en charge thérapeutique

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

### ⚠ LES PREMIERS RÉFLEXES

1. **Évaluer la pertinence de l'antibiotique en cours** et l'arrêter si le rapport bénéfice/risque est défavorable.
2. **Arrêter le lopéramide** car celui-ci ralentit l'élimination des selles et donc maintient la toxine pathogène plus longtemps dans les intestins.
3. **Revoir la pertinence du maintien de l'IPP** car en altérant la flore intestinale, il augmente le risque de survenue d'une ICD.

### LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Le **traitement de première intention** d'une ICD est à **prescription hospitalière** et en **dispensation à la pharmacie des hôpitaux**.

**1** La **Fidaxomicine (DIFICLIR)**  
En **traitement de 1<sup>ère</sup> intention du 1<sup>er</sup> épisode d'ICD**  
*200mg - 2 fois/jour pendant 10 jours*  
*(Moins de rechute qu'avec la Vancomycine)*



**Effets indésirables les plus fréquents :**  
nausées, constipation, vomissements

**2** La **Vancomycine**  
En **2<sup>ème</sup> intention**  
*125mg par voie orale 4 fois/jour pendant 10 jours*

**3** Le **Métronidazole** doit être **utilisé uniquement en cas d'indisponibilité des traitements 1 et 2** ci-dessus.  
*500mg - 3 fois/jour pendant 10 jours*



### Avis infectiologique en cas de risque de rechute\*

\* Facteurs de risque de rechute : > 65 ans, ICD en institution, hospitalisation dans les 3 mois, ATB et/ou IPP concomitant ne pouvant être interrompu, épisode antérieur d'ICD.

Réhydratation +++

Si prescription d'un antidiarrhéique préférer le Tiorfan® (RACÉCADOTRIL)

# Traitement

## Traitement antibiotique

### Légère-moderée (1re)

Vancomycine orale  
125 mg × 4/j — 10 j

### Sévère (1re)

Vancomycine orale renforcée  
125 mg × 4/j + Fidaxomicine discutée

### Complicquée / Fulminante

Vancomycine orale 500 mg × 4/j  
+ Métronidazole IV  
± avis chirurgical

### 1re récursive

Fidaxomicine 200 mg × 2/j — 10 j  
OU Vancomycine en pulse

### ≥ 2e récursive

Fidaxomicine, Bézlotoxumab,  
ou Transplantation fécale (TMF)

## Info-antibio N°94: Novembre 2021

Lettre d'information sur les antibiotiques. Tous les numéros sur [Infectiologie.com](http://Infectiologie.com). Abonnement gratuit à [partir de ce lien](#)  
Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

### Infections à *Clostridioides difficile* : [Recommandations ESCMID 2021](#)

*C. difficile* reste une des principales causes de diarrhées chez les patients hospitalisés, en particuliers ceux recevant, ou ayant reçu des antibiotiques. Il s'agit de la première actualisation depuis 2014 pour la prise en charge des infections à *C. difficile* (ICD).

#### 2 points sont importants dans ces recommandations :

- L'abandon du métronidazole (sauf si la fidaxomicine et la vancomycine sont indisponibles)
- La stratégie de traitement est maintenant guidée par le risque de récurrence plus que par la gravité initiale

#### Facteurs de risque de récurrence :

Âge > 65 ans, ATCD d'ICD, ICD liée aux soins et hospitalisation dans les 3 mois, poursuite de l'antibiothérapie, traitement par IPP

#### Facteurs de risque de gravité :

Âge > 65 ans et présence de multiples comorbidités (augmentation de risque avec le nombre de comorbidités)

#### Traitement d'un premier épisode d'ICD

1<sup>er</sup> choix : fidaxomicine : 200 mg x2/j pendant 10 jours ou  
Alternative : vancomycine PO : 125 mg x4/j pendant 10 jours

#### Traitement d'une 1<sup>ère</sup> récurrence :

Si fidaxomicine en 1<sup>er</sup> choix : vancomycine 125 mg x4/j pendant 10 jours + bezlotoxumab (1 dose) si dispo  
Si vancomycine en 1<sup>er</sup> choix : fidaxomicine : 200 mg x2/j pendant 10 jours ou 200mg x2/j 5j puis 200mg 1j/2 – 20j  
Si fidaxomicine et bezlotoxumab non disponibles : Vancomycine en schéma décroissant : 125mg 4x/j 14j puis 125mg x2/j 7j, puis 125mg x1/j 7j puis 125mg 1j/2 7j puis 125mg 1j/3 7j.

#### Traitement pour une x<sup>ème</sup> récurrence :

Transplantation de microbiote fécal (TMF) ou (vancomycine 125 mg x4/j pendant 10 jours + bezlotoxumab) si fidaxomicine en traitement antérieur.

#### Traitement chez un patient à risque élevé de récurrence :

1<sup>er</sup> choix : fidaxomicine, si possible : 200mg x2/j 5j puis 200mg 1j/2 – 20j  
Alternative : vancomycine 125 mg x4/j pendant 10 jours + bezlotoxumab (1 dose)

#### ICD grave

Vancomycine PO : 125 mg x4/j pendant 10 jours ou fidaxomicine : 200 mg x2/j pendant 10 jours  
Pas d'association systématique avec le métronidazole

#### ICD compliquée, ou ICD grave réfractaire :

Discuter l'ajout de tigécycline IV (charge 100mg puis 50 mg x2/j)  
Prendre un avis chirurgical

#### ICD réfractaire :

Non compliquée et stable : revoir le diagnostic  
Si aggravation : avis chirurgical. Discussion TMF si chirurgie récusée

#### Si un traitement oral n'est pas possible :

Vancomycine ou fidaxomicine en intraluminal  
Discuter l'ajout de métronidazole IV 500 mg x3/j ou tigécycline IV charge 100mg puis 50 mg x2/j

#### Autres points pour le traitement :

- Ces propositions dépendent de la disponibilité des molécules et/ou de la TMF
- Arrêt des antibiotiques inutiles
- Hydratation adéquate
- Eviter les ralentisseurs du transit
- Eviter les IPP
- Prudence sur le bezlotoxumab chez les patients ayant une insuffisance cardiaque congestive
- La rifaximine est non recommandée devant une possible résistance croisée avec la rifampicine.
- Il n'est généralement pas recommandé de faire une prophylaxie médicamenteuse des ICD
- Les probiotiques ne sont pas recommandés (études contradictoires et risque de retard de reconstitution de microbiote)

**Perspectives** : plusieurs molécules sont en cours d'essai dont une bêta-lactamase orale non absorbable qui pourrait limiter le risque d'ICD et un inhibiteur d'ADN polymérase IIIc.

#### Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB: [infectiologie.com](http://infectiologie.com), Evaluation et sécurité d'emploi des ATB: [ANSM](http://ANSM), Evaluation des pratiques et RBP : [HAS](http://HAS) - [SPILF](http://SPILF), Sites régionaux d'information sur les ATB : [Grand Est](#) - [Hauts de France](#) - [Normandie](#) - [Pays de la Loire](#) - [Site « ATB » du Ministère de la Santé](#)

Un service du journal [Infectious Diseases Now](#) & de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Rédigé par le Dr S. Afandari.



# Signalement

## Signalement obligatoire

### Cas groupés (≥ 2 cas liés)

→ Signalement au CPIAS  
et à l'ARS via e-SIN



### Cas sévère ou compliqué unique

→ Déclaration interne  
(EOH / infectiologue)

### Toute ICD en ES/ESMS

→ Déclaration interne  
(EOH / infectiologue)

### Patient ambulatoire / ville

→ Signalement au médecin  
coordonnateur ou infectiologue

### Le Point Focal Régional (PFR) de l'ARS Corse

24h/24-7j/7

Tél : 04 95 51 99 88

Mail : [ars2a-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars2a-alerte@ars.sante.fr)

Page de dépôt sécurisée « Bluefiles » pour les données sensibles, en cliquant sur le lien :

<https://bluefiles.com/ars/ars2a-alerte>

Sur e-sin : <https://esin.sante.fr>



Pour les ESMS, sur le portail de signalement :

<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>

# 05

**Spécificités par secteur**  
**ES — ESMS — Ville**

# Points clés pratiques selon le secteur

## Etablissements de Santé (ES)

- Protocole ICD formalisé
- Formation annuelle des équipes soignantes
- Gestion des cas groupés avec EOH + CPIAS
- Suivi des indicateurs (taux ICD/1000 j)
- Chambre individuelle en priorité
- Révision systématique de l'antibiothérapie

## ESMS (EHPAD, FAM...)

- Protocole adapté à la structure (médecin coord.)
- Formation du personnel soignant et aide-soignant
- Bionettoyage avec produit sporicide
- Lien avec le médecin traitant pour diagnostic
- Transfert en ES si forme sévère
- Information des familles et résidents

## Secteur de Ville

- Penser au *Clostridioïdes difficile* devant toute diarrhée post-ATB
- Demander la coproculture avec recherche toxines
- Antibio prophylaxie : éviter si non indiqué
- Information patient : hygiène mains, isolement
- Suivi rapproché et orientation si aggravation
- Lien ville-hôpital : informer à l'entrée/sortie

# À retenir — Messages clés

1

*Clostridioïdes difficile* = spores résistantes :  
l'environnement est contaminant pendant des mois

2

Seul le lavage au savon élimine les spores : jamais  
de SHA seul chez le patient *Clostridioïdes difficile*

3

Toute diarrhée post-antibiothérapie doit faire  
rechercher *Clostridioïdes difficile* — pas de contrôle  
de guérison

4

Précautions contact dès suspicion — levée 48h  
après arrêt des diarrhées

5

Javel 0,5 % ou produit sporicide obligatoire pour le  
bionettoyage — produits alcooliques inefficaces

6

Signaler tout cas groupé au CPIAS et à l'ARS — ne  
pas attendre la confirmation

## Quiz rapide — Vrai / Faux

Le gel hydroalcoolique est suffisant pour éliminer les spores de *Clostridioïdes difficile*

FAUX

La Javel est le produit de choix pour le bionettoyage des chambres *Clostridioïdes difficile*

VRAI

Les précautions contact peuvent être levées 48h après l'arrêt des diarrhées

VRAI

Le métronidazole reste le traitement de 1re intention

FAUX

Un contrôle de coproculture doit être réalisé à J+7 pour confirmer la guérison

FAUX

Les patients porteurs asymptomatiques peuvent contaminer l'environnement

VRAI

FE Formation CPias sur le CD  
28/05/2026



Questionnaire de Satisfaction CD

