

# **TUBERCULOSE BACILLIFERE CHEZ UN SOIGNANT BILAN DU RAPPEL DE 3600 PERSONNES POTENTIELLEMENT EXPOSEES**

B. Tequi<sup>1</sup>, E.Chailleux<sup>2</sup>, G.Potel<sup>1</sup>, P.Bemer<sup>1</sup>, P.Germaud<sup>2</sup>, D.Tripodi<sup>3</sup>,  
D.Lepelletier<sup>1</sup>, F.Raffi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire de bactériologie-hygiène, <sup>2</sup> Service de pneumologie, Service  
des Urgences, <sup>3</sup>Service de santé au travail,

<sup>4</sup>Président du CLIN CHU Nantes

# Contexte

- 1/08/2005 : très nombreux BAAR à l'examen direct chez une aide-soignante du service des urgences (SAU)
  - Toux persistante depuis 3 mois, sans AEG, plusieurs consultations avec RP et AT
  - Culture positive à *M. tuberculosis*
  - Le génotypage de la souche, ne montre aucun lien de clonalité avec les souches isolées au CHU de Nantes depuis 2003
  - Sujet né en France, en poste au SAU depuis 1998
  - Dernière visite à la médecine préventive en 2003

# Contexte

- 4/08/2005 : information de la DDASS par le médecin du travail
- 9/08/2005 : information du responsable de l'EOH par le C-CLIN et l'InVS
- 10/08/2005 : Cellule de crise associant DDASS, direction, SAU, pneumologue et unité d'hygiène avec décision consensuelle de
  - **dépistage du personnel**
  - **information des médecins traitants pour les patients exposés**
- 17/08/2005 : InVS impose un suivi des patients
- 23/08/2005 : CLIN extraordinaire en présence de la DDASS, du SLAT(Conseil Général), du pneumologue

# Identification des sujets « contact »

1. Définition de la période contagieuse → 3 mois précédant le Dg
2. Sélection des périodes de travail de l'agent pendant cette période → 35 jours, exclusivement au SAU adulte (secteur traumatique et non traumatique)
3. Identification des professionnels exposés → **300 personnels hospitaliers**
  - IDE, AS du SAU
  - Médecins du SAU
  - Externes, internes et 4 médecins de garde

# Identification des patients exposés

A partir des fichiers informatiques

- **12000 passages** lors des périodes de travail de l'agent
  - Sélection de 3556 patients en fonction des horaires et secteurs de travail
    - 57 patients décédés
    - 102 patients hospitalisés
    - 153 adresses erronées
  - **3346 patients exposés identifiés**

# Modalités d'information des sujets « contact »

## Personnels hospitaliers

- Visite médicale
- IDR
- RP à J<sub>0</sub> et J<sub>90</sub>

## Patients

- Courrier d'information à J<sub>0</sub> et J<sub>90</sub> et ordonnance de RP
- N° vert pendant le premier mois
- RP à J<sub>0</sub> et J<sub>90</sub>
- IDR non proposée  
(difficulté d'interprétation prévisible)
- Courrier d'information pour le médecin traitant à J<sub>0</sub> et J<sub>90</sub>

# Résultats du dépistage (1)

## Personnels hospitaliers

- Suivi en médecine du travail 221/300 (74%)
- 2 cas de tuberculose latente (IDR > 20 mm, ou augmentée de 10 mm, RP négative), avec mise sous traitement
- 1 cas de tuberculose pulmonaire non bacillifère, chez un interne participant aux gardes
  - découverte fortuite au dépistage (asymptomatique)
  - souche sans lien de clonalité avec l'agent du SAU
  - sujet né à l'étranger, en France depuis 2002

# Résultats du dépistage (2)

## Patients

- 484 appels au n° vert, gérés par une FFI et l'EOH
  - Camion de dépistage mis à disposition par le Conseil Général pendant 4 jours
  - **RP n°1**      n = 1632 (49%)
    - 1000 RP en cabinet libéral
    - 632 RP dans camion
- > RP n°1 anormales n = 80 (5%) sans rapport avec une tuberculose
- **RP n°2**      n = 749 (22%)
    - Uniquement en cabinet libéral
- > RP n°2 anormales n = 32 (4%)



# Discussion

- Stratégie initiale d'information tenait compte
  - Risque d'exposition important pour les professionnels
  - Risque de contagiosité faible pour les patients
    - Contact patient – agent < 1 heure
  - > Mais loi du 4 mars 2002 non respectée
- Difficultés prévisibles
  - Compréhension du courrier, lieu de réalisation de la RP, déplacement des sujets non valides, modalités de remboursement
  - Difficultés d'interprétation des RP (patients âgés avec co-morbidité) et impossibilité de réaliser une consultation systématique

# Discussion

- Difficultés non prévues
  - Adresses inexactes (5%)
  - Patients décédés après leur passage au SAU
  - Médecins traitants non identifiés dans > 50 %
  - Afflux de patients au camion de dépistage
  - Utilisation des ordonnances de RP pour d'autres membres de la famille
  - Surfacturation des cabinets libéraux
  - Réception de résultat de RP > 5 mois après envoi du courrier
- Aspects positifs de ce dépistage
  - Absence de mouvement de panique, lié à l'information écrite, téléphonique et médiatique (conférence de presse)
  - Satisfaction des patients estimant être bien informés

# Conclusion (1)

- Procédure de rappel lourde
  - Temps médical, soignant et administratif
  - 68.618 euros
  - Aucun cas secondaire chez les patients exposés < 1 heure
  - 2 cas d'infection possible chez les professionnels du SAU
- Perspectives
  - Améliorer le suivi médical des personnels dans les services exposés dont le SAU

Penser à la possibilité d'une tuberculose en cas de toux prolongée  
chez les professionnels de santé

# Conclusion (2)

- 260 cas de tuberculose déclarés chez les professionnels de santé en 2004 *(Che et al, BEH 2006)*
- Rapport coût/rentabilité plaide contre le dépistage des sujets ayant été en contact avec un professionnel dans un contexte de soins de courte durée et/ou sans contact étroit (SAU)

# Remerciements

E.Hourna, A. Champain, P.Cornu, C.Gongora,  
M.Picard, F.Piveteau, O.Maillard, D.Boutoille,  
Ph.Brun, JL.Bomard, A.Henry, S.Lebleis, M.Brochot,  
D.Lecordier, B.Duigou, D.Trewick, E.Batard,  
J.Bacher, F.Leveque