

MAITRISE DE LA TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE EN EHPAD

ORGANISATION ET SUIVI

SITUATION OU LE CAS DE TUBERCULOSE EST UN RESIDENT, UN SOIGNANT OU UN INTERVENANT EXTERIEUR



[Entité]

[TYPE DE DOCUMENT]

[P_SignetProcessus]

[code] V[version]

Date d'application : [xx/xx/xx]

Page : 1/18

1 - Objet

Décrire la démarche à suivre face à une suspicion ou un diagnostic de tuberculose respiratoire chez un résident, un soignant salarié ou non de l'EHPAD ou un intervenant extérieur afin de :

- Prévenir toute transmission de tuberculose à un résident, un soignant salarié ou non de l'EHPAD ou un intervenant extérieur
- Rechercher d'éventuelles transmissions à des résidents, soignants salariés ou non de l'EHPAD ou des intervenants extérieurs

2 - PERSONNES CONCERNEES

- ✗ Direction de l'EHPAD
- ✗ Médecin coordonnateur de l'EHPAD
- ✗ IDEC de l'EHPAD
- ✗ Médecin traitant
- ✗ Service de santé au travail
- ✗ Laboratoire de ville conventionné avec l'EHPAD
- ✗ CHANGE : Laboratoire, EMH, Centre de Lutte Anti -Tuberculeuse 74 Sud (CLAT)

3 - DEFINITIONS, ABBREVIATIONS

- AB : Aspiration Bronchique
- ARS : Agence Régionale de Santé
- BCG : vaccin Bilié de Calmette Guérin
- BK : Bacille de Koch
- CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
- CNR : Centre National de Référence (des mycobactéries)
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- EM : Examen Microscopique
- EMH : Equipe Mobile d'Hygiène
- IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
- IDR : Intra Dermo Réaction (Tubertest[®])
- IGRA : Interferon Gamma Release Assays (Tests de détection de la production d'interféron gamma)
- ITL : Infection Tuberculeuse Latente
- LBA : Lavage Broncho-Alvéolaire
- MDR : Multi – Drug - Resistant
- PCH : Précautions Complémentaires d'Hygiène
- PCR BK : Polymerase Chain Reaction BK
- SST : Service de Santé au Travail
- XDR : eXensively - Drug – Resistant

4 - CRITERES D'EVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION

4.1 Durée d'exposition

L'enquête est initiée autour du 1er cercle des sujets contact (contacts les plus rapprochés = voisins de chambre, voisins de table,)

Concernant le personnel, en cas de diagnostic d'ITL ou de tuberculose maladie dans le 1er cercle : le dépistage sera élargi en cercles concentriques, à l'appréciation du médecin du travail, de l'IDEC en collaboration avec CLAT.

4.1.1 Pour les résidents contact :

De manière générale, la durée d'exposition significative est fixée :

- pour le résident contact à 1h cumulée*
- pour le résident contact immunodéprimé : pas de durée limite de contact

*temps cumulé : correspond à la durée d'exposition estimée par le cumul des temps de contact/relations prolongés ou répétés avec le cas index. Ce temps est cumulé sur la période de contagiosité.

4.1.2 Pour le soignant et/ou les intervenants extérieurs exposés :

- en cas de manœuvres à risque générant des aérosols : kinésithérapie respiratoire, expectoration induite, ... sans protection adaptée (masque FFP2), les personnels devront être systématiquement dépistés, quelle que soit la durée d'exposition, y compris pour le patient source dont l'examen direct est négatif mais la culture positive.
- En l'absence de manœuvre à risque : la durée d'exposition à prendre en compte pour mettre en place un suivi post-contage dépend à la fois de la contagiosité du patient et de la proximité avec ses sécrétions respiratoires :

* Si le cas index est « examen direct positif » ou « examen direct négatif » avec lésion excavée à la radiographie :

- Une heure de contact cumulée en cas de soins directs, rapprochés, sans protection adaptée. *Exemples : nursing, examen clinique.*
- Huit heures de contact cumulées pour les personnels n'ayant pas donné de soins rapprochés. *Exemples : nettoyage de la chambre, apport des plateaux repas, ...*

* Si le cas index est « examen direct négatif », en l'absence de lésion excavée à la radiographie :

- Huit heures de contact cumulées pour les soignants ayant réalisé des soins directs, rapprochés.
- Quarante heures de contact cumulées pour les personnels n'ayant pas donné de soins rapprochés

NB : pour le personnel immunodéprimé, pas de durée limite de contact

4.2 Durée de contagiosité

Par consensus, la durée de contagiosité est de 3 mois avant la date du diagnostic. Une symptomatologie plus ancienne (date de début de la toux) et une imagerie évocatrice doivent faire prolonger cette durée.

Après le début d'un traitement antituberculeux efficace, la contagiosité est fortement réduite après 2 semaines.

4.3 Présence de bacilles alcoololo-résistants (BAAR) à l'examen microscopique (EM)

La présence de BAAR à l'EM du frottis des prélèvements respiratoires constitue le premier facteur de risque de contagiosité. Cependant un malade à EM négatif peut aussi contaminer son entourage.

4.4 Caractéristiques cliniques

- Seules les tuberculoses respiratoires (pulmonaire parenchymateuse, bronchique, laryngée, pleurale avec atteinte parenchymateuse sont contagieuses (par voie aérienne),
- L'intensité et la durée de la toux (malades symptomatiques),
- Expirations forcées spontanées (chants, cris) et provoquées par des manœuvres médicales à risque (kiné respiratoire, ...).

4.5 Caractéristiques radiologiques

La présence de cavernes est associée à un risque accru de contagiosité (inoculum important de 10^6 à 10^9).

4.6 La proximité, le confinement

C'est la distance physique habituelle de rencontre du cas index et du contact (ex : distance de conversation).

La promiscuité est un facteur favorisant la transmission de l'infection et renvoie à la notion de confinement et de proximité (ex : partage de même chambre ou bulle de 2m en milieu extérieur).

4.7 Facteurs favorisant la progression vers la maladie

- Immunodépression : traitements immunosuppresseurs, cancers, infection à VIH,...
- Âge : enfants de moins de 5 ans, adolescents, personnes âgées de plus de 75 ans,
- Dénutrition, malnutrition, gastrectomie,
- Alcoolisme, tabagisme, toxicomanie,
- Autres maladies : diabète, silicose, insuffisance rénale avec hémodialyse,
- ...

4.8 Multirésistance (MDR) ou ultra-résistance (XDR)

En cas de tuberculose MDR ou XDR, le protocole sera adapté par le CLAT en fonction des recommandations nationales.

5 - Cas de tuberculose chez un résident – Déroulement de l'enquête autour du cas

5.1 Dès suspicion

Dès suspicion de tuberculose, le résident est isolé dans sa chambre en précautions air jusqu'à son transfert à l'hôpital (cf Annexe1)

- port du masque FFP 2 par le personnel soignant qui entre dans sa chambre (cf Annexe 2)
- lorsque le résident sort de sa chambre
 - le résident porte un masque chirurgical dans la mesure du possible
 - le personnel qui prend en charge le résident porte un masque FFP2

5.2 Circuit de l'information

Les suspicions sur signes cliniques et radiologiques peuvent être signalées à l'ARS par le médecin traitant par le formulaire de DO. Le CLAT destinataire de la DO informe l'EMH.

Lors de l'hospitalisation du résident, le laboratoire de bactériologie informe le clinicien de la confirmation du diagnostic. Le laboratoire informe le CLAT et l'EMH.

Lorsque le cas est confirmé, le médecin clinicien informe le médecin traitant.

Le CLAT ou l'EMH contacte l'EHPAD (médecin coordonnateur et direction).

CLAT 74 SUD : secrétariat 04 50 63 64 89 ; IDE 04 50 63 63 63 (poste 53 72) ; Médecin 04 50 63 71 80 ;

mail : clat74sud@ch-annecygenevois.fr

Selon les caractéristiques (dépendance, soins, activités..) du résident atteint de tuberculose, le CLAT en collaboration avec le médecin du travail, l'EMH et le médecin coordonnateur et l'IDEC de l'EHPAD définissent le périmètre ainsi que l'organisation pratique de l'enquête.

Si le médecin du travail ne peut pas être présent, le CLAT ou la direction l'informe.

Le médecin coordonnateur informe les médecins traitants des résidents.

Deux réunions d'information à l'initiative du CLAT et de l'EMH sont proposées :

- l'une à destination du personnel, intervenants extérieurs (stagiaires, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, coiffeurs, animateurs, bénévoles...). Les médecins traitants et médecin du travail pourront être également conviés
- l'autre à destination des résidents et de leurs proches (selon la décision de la direction). Les représentants du conseil de vie sociale seront conviés.

L'EHPAD pourra en parallèle adresser un courrier d'information aux familles des résidents

Annexe 3 : coordonnées des différents interlocuteurs

Annexe 4 : fiche de déclaration obligatoire

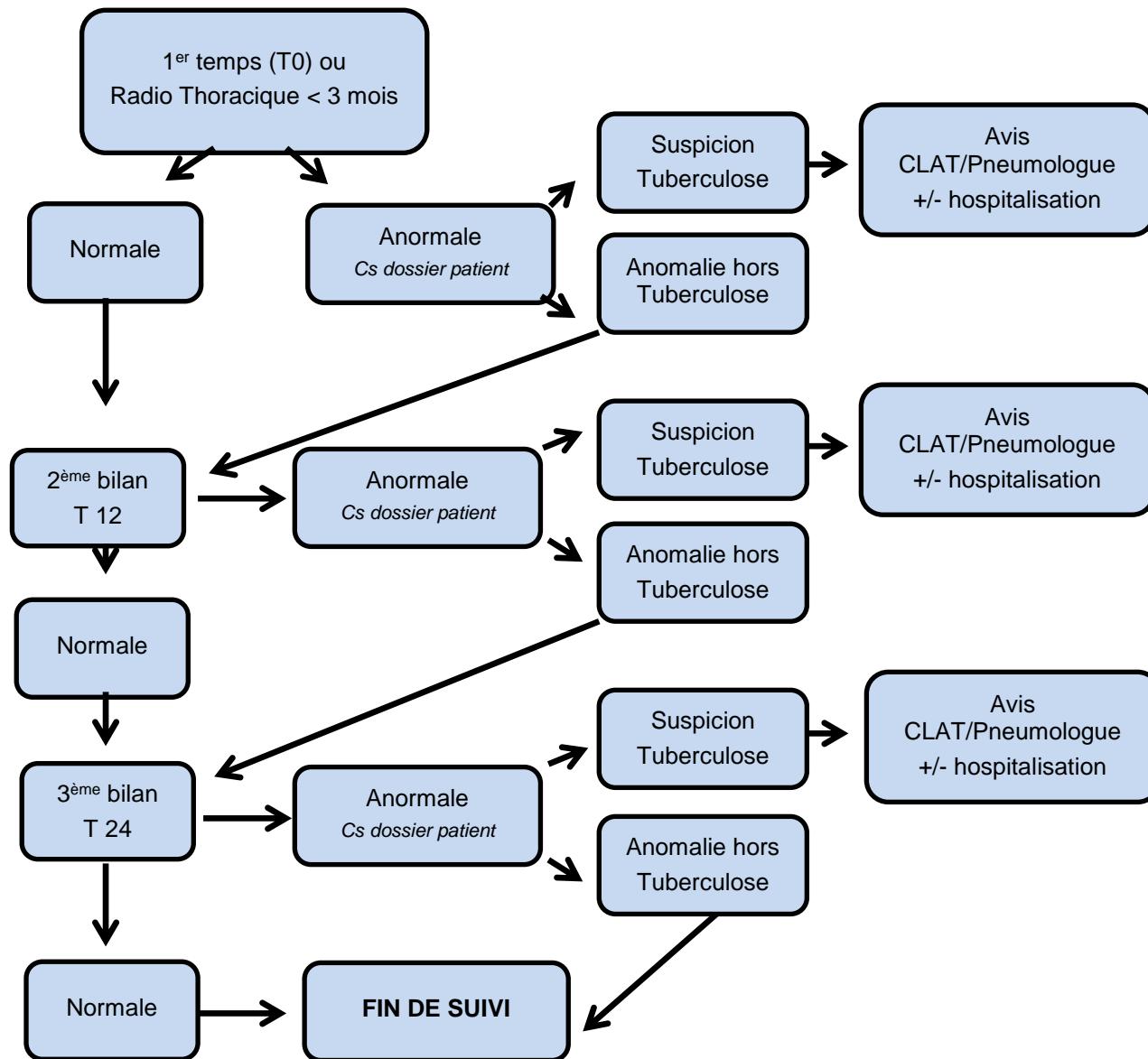
5.3 Résidents contact

L'enquête est coordonnée par le CLAT qui centralise les suivis (cliniques, radiographiques, quantiFERON®)

- A la suite de la définition des cercles par le CLAT, l'EHPAD (médecin coordonnateur, l'IDEC et direction) établit la liste de départ (en fonction du parcours du résident). Cette liste est ensuite transmise au CLAT.
- Les bilans reposent sur la radiographie thoracique : T0 (bilan initiale), T12 (12^{ème} mois), T24 (24^{ème} mois) si absence d'anomalie. Des temps intermédiaires pourront être nécessaires. Ces bilans sont réalisés ou transmis au CLAT.
- Le lieu de réalisation des radiographies sont établis en fonction de la mobilité des résidents :
 - Camion de radiologie mobile (via le CLAT)
 - CHANGE
 - Centre de radiologie de proximité
- La prescription sera faite :
 - Par le CLAT si les radiologies sont réalisées à l'aide du camion de radiologie mobile ou au CHANGE
 - Par les médecins traitants ou le médecin coordonnateur si les radiologies sont réalisées en centre de radiologie de proximité

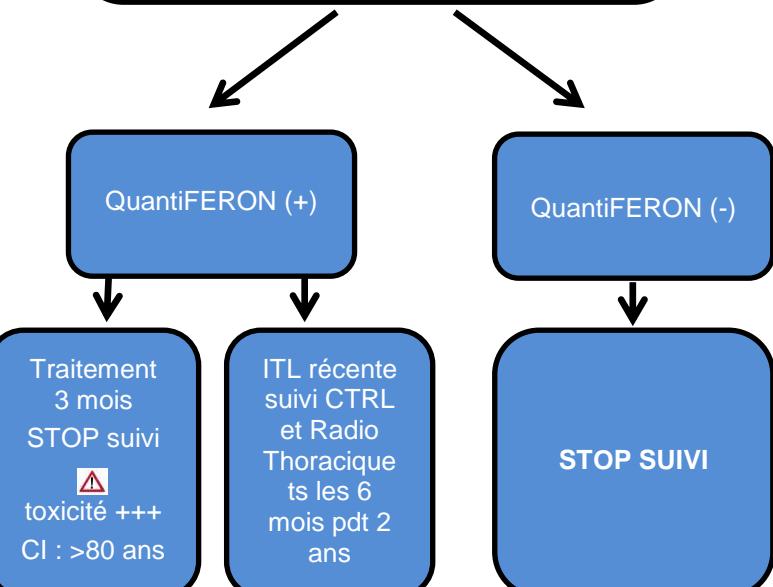
Organigramme dépistage des résidents contacts : cf ci-après

Dépistage des résidents contacts



A 3 mois du contage :

Selon les recommandations
QuantiFERON + radio
Sauf antécédents ITL, Tuberculose maladie,
test IDR >15 mm



5.4 Entourage du résident

L'entourage personnel du résident sera pris en charge par le CLAT.

5.5 Personnels salariés de l'EHPAD

- La liste est établie à l'issue de la réunion d'organisation de l'enquête établissant les différents cercles de sujets contact.
- En cas d'absence du médecin du travail lors de cette réunion, le CLAT contacte le Service de Santé au Travail pour validation de la liste établie.
- Le personnel exposé s'inscrit dans une des 3 catégories d'exposition :
 - Réalisation de manœuvres à risque sans masque FFP2, quelle que soit la durée d'exposition, cas index « examen direct positif » ou « négatif +/- lésions excavées à la radiographie ».
 - Réalisation de soins directs, rapprochés :
 - Une heure cumulée, si cas index « examen direct positif ou examen direct négatif avec lésion excavée à la radio »
 - Huit heures cumulées, si cas index « négatif »
 - Pas de soins directs rapprochés :
 - Huit heures cumulées, si cas index « examen direct positif ou examen direct négatif avec lésion excavée à la radio »
 - Quarante heures cumulées, si cas index « négatif »
- En cas de facteur de risque chez le soignant contact (ex : Immunodépression) : l'agent doit se faire connaître auprès du médecin du travail, quelle que soit la durée d'exposition.

Proposition de suivi du personnel exposé en lien avec le médecin du service Service de Santé au Travail

1er entretien	<ul style="list-style-type: none"> - Réévaluation du risque, du niveau d'exposition - Information sur le risque et la nature du suivi - Information sur les signes devant amener à consulter 	
	<p>1er contagé < 3 semaines</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>IDR si IDR de référence < 15mm ou Test IGRA (si pas de test IGRA antérieur)</p>	<p>1er contagé > 3 semaines</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Radio thoracique</p>
2ème entretien (T3 : 12 semaines après le dernier contact)	<p>IDR ou IGRA + / - Radio thoracique (selon les résultats du test)</p>	

Un suivi ultérieur n'est pas nécessaire si les tests ont bien été réalisés 12 semaines après le dernier contact et sont négatifs pour les tests immunologiques ou inchangés pour les tests tuberculiniques.

Dans les autres cas, le suivi reste à l'appréciation du médecin du travail.

Le Service de Santé au Travail transmet les résultats du suivi au CLAT.

5.6 Intervenants non salariés l'EHPAD

Concerne les professionnels libéraux, animateurs, coiffeuses, esthéticiennes, stagiaires, bénévoles...

Le suivi sera réalisé par le CLAT après définition des cercles de sujets contact.

6 - Cas de tuberculose chez un soignant ou un intervenant non salarié – Déroulement de l'enquête autour du cas

6.1 Dès suspicion

Dans le cadre des précautions standard, un soignant qui tousse doit porter un masque type chirurgical durant son temps de travail.

6.2 Circuit de l'information

Un cas de tuberculose parmi le personnel soignant peut être repéré selon 2 cas de figure :

- Enquête du CLAT autour d'une DO.
- Suivi par le SST

Il est toujours recommandé à tout soignant suspect ou atteint de tuberculose de se manifester auprès du SST.

6.3 Entourage du cas

L'entourage personnel du cas index sera pris en charge par le CLAT. (cf Recommandations HCSP d'octobre 2013 et selon l'appréciation du médecin du CLAT)

6.4 Personnels contact

La recherche de l'exposition d'autres personnels est à la charge de la médecine du travail en lien avec la direction, le médecin coordonnateur et le CLAT.

Selon l'organisation de l'EHPAD, l'information des personnels contact se fera par la Direction/Médecin coordonnateur et par courrier du médecin du travail pour inciter les soignants à effectuer un dépistage comprenant l'examen clinique, l'IDR (ou IGRA), et un bilan radiologique.

Une relance des agents contact est aussi à organiser.

(cf Recommandations HCSP d'octobre 2013, p31 « dépistage autour d'un cas en milieu professionnel »)

6.5 Résidents contact

L'enquête sur la cohorte de résidents exposés est coordonnée par la Direction/Médecin Coordonnateur et IDEC (selon organisation de l'EHPAD), en lien avec le CLAT.

Le risque devra être évalué à partir d'une durée de contact :

- d'une heure quel que soit le résultat de l'examen microscopique du soignant,
- quelle que soit la durée d'exposition lorsque le résident contact est immunodéprimé.

La liste de résidents contact est transmise au CLAT.

(cf Recommandations HCSP d'octobre 2013 et selon l'appréciation du médecin du CLAT)

6.6 Information des résidents exposés

CF annexes: « circuit de 'l'information » 5.2

6.7 Reprise du travail

La reprise du travail du cas index ne peut être autorisée qu'après amélioration radiologique, clinique et négativation des cultures. La décision sera prise au cas par cas par le médecin du travail en concertation avec le médecin en charge du traitement de cette tuberculose.

7 - Documents associés (proposition à finaliser)

- ✓ Annexe 5 : Plaquette CLAT d'information sur la tuberculose à destination du patient
- ✓ Annexe 6 : Courrier à destination des médecins traitant des résidents contacts
- ✓ Annexe 7 : Courrier à destination des résidents contacts

8 - Documents de référence

- ✓ GERES. Novembre 2014. Surveillance des personnels de santé vis-à-vis du risque de tuberculose. Place des tests IGRA et des autres examens complémentaires.
- ✓ Haut Conseil de Santé Publique. Octobre 2013. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques.
- ✓ Société Française d'Hygiène Hospitalière. Mars 2013. Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes
- ✓ Haut Conseil de Santé Publique. Juillet 2011. Avis et rapport relatif à l'utilisation des tests de détection de la production d'interféron gamma
- ✓ CCLIN Sud-Est. Octobre 2010. Conduite à tenir autour d'un cas de tuberculose en établissement de santé

Rédaction	Dr Gravil-Baillon, CLAT Dr Galas Haddad , EMH	[Date de signature]
Vérification	[Prénom NOM, fonction]	[Date de signature]
Approbation	[Prénom NOM, fonction]	[Date de signature]

* Groupe de travail tuberculose

Annexe 1

PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES AIR

Mise en place et levée des précautions complémentaires air	Sur prescription médicale Mise en place dès suspicion de tuberculose.
Signalisation	A apposer <ul style="list-style-type: none"> • sur la porte de la chambre du résident – préciser nécessité d'équipement (« s'adresser impérativement à l'IDE ou membre de l'équipe ») • Sur dossier du résident/dossier médical • En cas de transfert : fiche de liaison
Chambre/ventilation	<ul style="list-style-type: none"> • Résident placé en chambre individuelle • Porte maintenue fermée en présence comme en absence du résident • Aération quotidienne par ouverture de la fenêtre (porte fermée) si la température extérieure le permet
Masque FFP1/FFP2	<ul style="list-style-type: none"> • Destiné aux soignants et visiteurs : • Porté avant d'entrer dans la chambre du résident (en présence comme en absence du résident) • Oté après être sorti de la chambre et voir refermée la porte – élimination filière DAOM • Friction hydro-alcoolique après la mise en place et le retrait du masque
Matériel de soin	Privilégier l'usage unique ou le matériel dédié au résident
Masque chirurgical	<ul style="list-style-type: none"> • Destiné au résident lorsqu'il sort de sa chambre • Déplacements limités.
Mains	Précautions standard
Gants	Précautions standard
Tabliers plastiques	Précautions standard
Vaisselle, linge, déchets	Procédure habituelle. Elimination en dernier (=organisation des soins)
Bionettoyage de la chambre du résident	Quotidiennement selon procédure habituelle, en dernier (=organisation des soins). L'agent porte un masque FFP1/FFP2



Pose d'un masque FFP2



1- En tenant de chaque côté le masque, l'ouvrir en pliant légèrement la barrette, et saisir les 2 liens élastiques



2- Séparer les 2 liens à l'aide des 2 index.



3- Passer le premier lien élastique derrière la nuque. Introduire profondément le menton dans le masque



4 - Passer le second lien au dessus de la tête



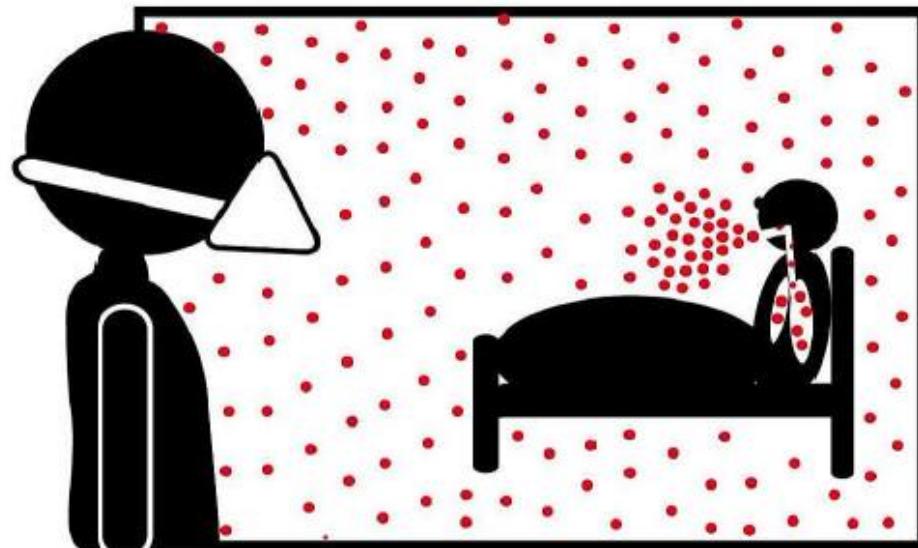
5- Positionner le 1^{er} lien sur le haut de la tête et le 2nd lien sous les oreilles au niveau de la nuque



6- À l'aide des 2 index pincer la barrette située sur le haut pour ajuster le masque et assurer ainsi son étanchéité

Annexe 2 :

Précautions complémentaires AIR



Prendre contact avec un infirmier(e)

- **Port d'un masque avant de rentrer dans la chambre**
- **Porte à maintenir fermée**
- **Hygiène des mains avant de sortir de la chambre**
- **Masque à retirer après la sortie de la chambre**

source : CLIN CHU Dijon

Annexe 3 :

ARS

- tel: 0810 22 42 62
- fax: 04 72 34 41 27
- mail: ars69-alerte@ars.sante.fr

LABORATOIRE CHANGE

- tel: 04 50 63 63 34/ 04 50 63 63 35
- fax: 04 50 63 61 88

EMH

- tel PH: 04 50 63 70 11
- tel IDE 1: 06 18 22 61 08/ 04 50 63 61 96
- tel IDE 2: 06 26 92 22 71/ 04 50 63 66 51
- secrétariat:
tel: 04 50 63 60 73 - fax: 04 50 63 65 25 -
mail: secrulin@ch-annecygenevois.fr

CLAT

- tel secrétariat: 04 50 63 64 89
- tel médecin: 04 50 63 71 80
- tel IDE: 04 50 63 63 63 poste 53 72
- fax: 04 50 63 64 90
- mail: clat74sud@ch-annecygenevois.fr

Annexe 4

République française	
Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie : Signature :	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie :
Initiale du nom : <input type="text"/> Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Date de la notification : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Code postal du domicile du patient : <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Nationalité : Pays de naissance :	
Si né(e) à l'étranger, année d'arrivée en France : <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Enfant de moins de 15 ans :	
Pays de naissance des parents : père : mère :	
Antécédents familiaux (parents, fratrie) de tuberculose maladie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Profession à caractère sanitaire ou social : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> établissement de santé <input type="checkbox"/> en contact avec des enfants <15 ans <input type="checkbox"/> autre	
Résidence en collectivité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> établissement d'hébergement pour personnes âgées <input type="checkbox"/> établissement pénitentiaire <input type="checkbox"/> centre d'hébergement collectif (foyer social, de travailleurs...) <input type="checkbox"/> autre, préciser :	
Sans domicile fixe : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Contexte du diagnostic : <input type="checkbox"/> recours spontané au système de soins <input type="checkbox"/> enquête autour d'un cas <input type="checkbox"/> dépistage <input type="checkbox"/> autre, préciser :	
Date de mise en route du traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Si refus de traitement, date du diagnostic : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Si diagnostic post-mortem, date du décès : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Décès directement lié à la tuberculose <input type="checkbox"/> Décès non directement lié à la tuberculose <input type="checkbox"/> Lien entre décès et tuberculose inconnu	
Antécédents :	
Vaccination BCG chez les enfants <15 ans : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Date de la vaccination (si plusieurs vaccinations, date de la 1 ^{re}) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Si statut vaccinal douteux : présence d'une cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Antécédents de tuberculose maladie traitée par antituberculeux : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Si oui, année du dernier traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/>	
A compléter uniquement pour la tuberculose maladie :	
Localisation(s) de la tuberculose (si plusieurs localisations, cocher toutes les cases correspondantes) :	
<input type="checkbox"/> pulmonaire <input type="checkbox"/> neuroméningée <input type="checkbox"/> génito-urinaire <input type="checkbox"/> pleurale <input type="checkbox"/> ganglionnaire extrathoracique <input type="checkbox"/> miliaire (micronodules radiographiques diffus, dissémination hématogène) <input type="checkbox"/> ganglionnaire intrathoracique <input type="checkbox"/> ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> autre, préciser :	
Traitement immunosupresseur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lequel (corticoïdes, anti-TNF...) :	
Bactériologie :	
<u>Prélèvements respiratoires</u> : (expectoration, tubage gastrique, lavage broncho-alvéolaire, aspiration bronchique)	
Examen microscopique (BAAR) : <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> non fait Culture : <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> non faite	
<u>Prélèvements d'autres origines</u> :	
Examen microscopique (BAAR) : <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> non fait Culture : <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> non faite	
<u>Antibiogramme en début de traitement</u> :	
Résistance à l'Isoniazide : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> Résistance à la Rifampicine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	
<i>Une fiche sur l'issue du traitement vous sera envoyée par l'ARS et sera à remplir dans les 12 mois qui suivent le début du traitement ou le diagnostic pour tous les cas déclarés de tuberculose maladie.</i>	
<small>Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)</small> <small>Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire</small>	

Annexe 5 :

Quelques réponses à vos questions

Est ce que je peux à nouveau aller voir la personne malade ?

OUI

Au début du traitement les visites sont possibles, en portant un masque.

Ensuite... En général, au bout de 2 à 3 semaines de traitement (antibiotiques spécifiques), le malade n'est plus contagieux. La tuberculose se soigne bien ; la guérison est totale si le traitement est bien suivi (6 mois).

Est-ce que le malade est obligé d'annoncer sa tuberculose autour de lui ?

NON

La personne n'est pas obligée d'informer son entourage de sa maladie, mais le médecin a obligation de déclarer de façon anonyme la tuberculose auprès de l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Cette déclaration est transmise au Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) qui lève l'anonymat et met en place un dépistage.

J'ai une infection tuberculeuse latente : y-a-t-il un risque pour ma famille ?

NON

Vous n'êtes ni malade ni contagieux ; mais vous pouvez avoir besoin d'un traitement.

Le vaccin contre la tuberculose (BCG) me protège-t-il d'une contamination ?

Ce vaccin diminue la fréquence et la gravité de la maladie, mais n'empêche pas toujours une contamination par le microbe.

Si vous avez d'autres interrogations, vous pouvez vous adresser à :

- votre médecin traitant -
- votre médecin du travail -

- ou le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) -

Dans chaque Département, le CLAT a pour mission d'organiser, d'assurer et de coordonner le dépistage autour d'un cas de tuberculose.

Son action a été renforcée par le Programme National de lutte contre la Tuberculose 2007-2009



tuberculose

Vous avez été en contact avec une personne ayant une tuberculose, maladie infectieuse toujours d'actualité

Elle se transmet par voie aérienne
On peut être contagieux sans le savoir
On en guérir sous antibiotiques adaptés

Un risque de contamination existe, vous vous posez des questions, voici quelques éléments de réponses

Qu'est-ce que la tuberculose ?

C'est une maladie infectieuse provoquée par un microbe : le Bacille de Koch (BK)

Elle n'est pas très fréquente en France, mais reste dans le monde une maladie très répandue.

La tuberculose atteint surtout les poumons (80 % des cas) mais peut également toucher :

- Les ganglions
- Les os
- Les reins
- Les organes génitaux
- Le foie
- Le cerveau

Lorsque l'on découvre une tuberculose, on dépiste dans l'entourage du malade les personnes contaminées ayant besoin d'un traitement.

Comment se transmet le microbe ?

La personne atteinte de tuberculose pulmonaire émet des microbes par voie aérienne, par la toux, les éternuements, la parole. Les microbes peuvent rester présents plusieurs heures dans la même pièce. Ils risquent de contaminer une autre personne qui va respirer ce même air. Le risque est réel, même si la transmission n'est pas automatique.

Le risque d'être contaminé est augmenté par :

- La durée et la fréquence des contacts
- La quantité de microbes en suspension dans l'air
- Le confinement

Que se passe-t-il alors ?

Il se produit ce que les spécialistes appellent "primo-infection" ou "infection Tuberculeuse Latente" (ITL). Elle peut passer inaperçue. Elle n'est pas contagieuse.

C'est dans les 2 ans qui suivent le contact que le risque de développer une tuberculose maladie est plus important.

Le dépistage repose sur :

- Un test intradermique (le Tubertest®)
- Une radiographie pulmonaire
- Dans certains cas, un test sanguin

Ces examens sont proposés à chaque temps du dépistage, c'est à dire :

- Au moment du diagnostic de tuberculose chez le malade
- 3 mois après le diagnostic
- 12 à 18 mois plus tard pour les personnes les plus proches

N'oubliez pas : dans les mois qui suivent ce contact, de signaler à votre médecin :

- L'apparition de sueurs la nuit
- Une perte de poids
- Une grande fatigue
- Une toux traînante

Car le début de la maladie est progressif, l'évolution est lente sur plusieurs semaines, plusieurs mois.

Toute personne malade a été un jour contaminée par un malade tuberculeux.

Annexe 6 :

EHPAD.....

Docteur
<adresse1>
<adresse2>
<codepostal> <commune>

....., le <auto-dateJour>

Objet : lettre d'information tuberculose

Docteur

Un(e) de vos patients, Mme/Mr....., né(e) le actuellement résident(e) de notre établissement a été en contact avec une personne atteinte de tuberculose.

Dans un but de prévention, il est souhaitable de débuter rapidement son suivi médical. Ce suivi nécessite **une consultation et une radiographie thoracique**. Ces examens seront à renouveler ultérieurement.

Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) a pour mission d'organiser le dépistage des personnes qui ont été en contact avec le malade. Le Docteur....., médecin coordonnateur, se mettra en lien avec vous dans le cadre du suivi de votre patient(e).

Nous restons à votre disposition pour plus de renseignements et vous prions d'agréer, Madame ,Monsieur l'expression de nos sincères salutations.

Direction EHPAD/ Médecin coordonnateur

Annexe 7 :

EHPAD.....

Madame /Monsieur <nom> <prenom>
<adresse1>
<adresse2>
<codepostal> <commune>

....., le <auto-dateJour>

Objet : lettre d'information tuberculose

Madame ,Monsieur

Vous avez été en contact avec une personne atteinte de tuberculose.
La tuberculose est une maladie contagieuse qui se soigne actuellement très bien.

Dans un but de prévention, il est souhaitable de débuter rapidement votre suivi médical. Ce suivi nécessite **une consultation et une radiographie thoracique**. Ces examens seront à renouveler ultérieurement.

Nous vous convions à une
Réunion d'information le àen présence de l'équipe du **Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) ayant pour mission d'organiser le dépistage des personnes qui ont été en contact avec le malade.**

Nous restons à votre disposition pour plus de renseignements et vous prions d'agréer, Madame ,Monsieur l'expression de nos sincères salutations.

Direction EHPAD/ Médecin coordonnateur