


# *Tuberculose nosocomiale et gestion de l'exposition*



3ème Rendez vous d'ARCACHON

21 et 22 septembre 2006

Mme Y. ARJOUNIN, Dr F.SAHEB, Dr B. JARRIGE

Coordination Guadeloupe. CHU de Pointe à Pitre.

## *L'événement signalé*




- Tuberculose pleurale en novembre 2005 chez un agent (Infirmier) du service de Psychiatrie du CHU.
- Diagnostic établi sur biopsie pleurale.

# *Signalement des infections nosocomiales*

*conformément au décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001*

*et la fiche de signalement –version 2003*



***Motif n°4:*** Maladies devant faire  
l'objet d'une Déclaration  
Obligatoire et dont l'origine  
nosocomiale peut être suspectée.

# *Histoire de la maladie*

## Chronologie des faits:

- Agent embauché le 5 juillet 2004
  - Jeune IDE sortant de l'IFSI
  - Rx thorax Nle et IDR +
- Contact probable avec un patient bacillifère hospitalisé dans son service entre le 25 avril et le 6 mai 2005.
- Pleurésie tuberculeuse en novembre 2005 (soit 7 mois plus tard).

# *Nature du contact (1)*

- Un patient agité est pris en charge le 25 avril 2005 dans le service de *Psychiatrie*.
- Il est transféré 11 jours plus tard le 6 mai 2005 au *service « Porte »* pour investigations cliniques. Un diagnostic de Tuberculose est suspecté, un traitement est établi.
- Pris en charge en charge en *Neurologie*
- puis suivi au CMP de son secteur.

## *Nature du contact (2)*

- Déclaration effectuée par le Pneumologue en juin 2005.
- Pas de précautions « air » en psychiatrie.
- Ensuite au service « Porte », faible compliance du patient aux Précautions « Air »: patient incontrôlable et costaud.



*Investigation du personnel*

## *Investigation suite à la déclaration du cas de Tuberculose bacillifère en milieu de soin*

- Convocation par la médecine du Travail de l'ensemble du personnel du service de Psychiatrie concerné, du service « Porte » et de Neurologie.
- Suivi IDR et Radiographie proposé:
  - Surveillance pendant 1 an du personnel
    - IDR et Radiographie à 3 et 6 mois et à 1 an
    - Si IDR > à 15 mm et: ou augmentation de 10 mm
      - Avis spécialisé du Pneumologie

# *Personnel concerné*

- 127 soignants « contacts »
  - Psychiatrie:
    - Paramédicaux: 47
    - Médicaux: 4
  - Service porte
    - Paramédicaux: 28
    - Médicaux: 6
  - Neurologie
    - Paramédicaux: 36
    - Médicaux: 6
- Soit 111 paramédicaux et 16 médicaux

## *Le corps paramédical*

- 110 agents ont été vus:
  - 46 agents en psychiatrie sur 47 (De juin à octobre) ,
  - 28 agents du service « porte » (100%),
  - 36 agents de neurologie (100%).

# *Le corps médical*



- Suivie du personnel médical
  - 6 médecins du service « porte » ont été suivie
    - 1 médecin a été exclu du fait de sa grossesse
  - Dans deux services (neurologie et psychiatrie), aucun des médecins ne s'est présenté à la médecine de travail où ils étaient attendus.
    - Causes diverses mais souvent négligence

# *Les IDR*



- Premier contrôle:
  - Tous les IDR étaient conformes aux résultats attendus
- Deuxième contrôle:
  - 10 agents sur 116 ont nécessité l'avis du pneumologue.
    - une IDR >15mm ou
    - une augmentation de 10mm.

*Investigation suite à la déclaration du cas de  
Tuberculose bacillifère en milieu de soin*

- L'agent contaminé (objet du signalement) ne s'était pas soumis à ce suivi par la Médecine du travail.

A stylized graphic of a pen nib, rendered in shades of brown and orange, pointing to the right. A horizontal line extends from the nib to the left, transitioning from a dark purple/blue on the left to a bright yellow/orange at the nib tip. The background is solid black.

*INVESTIGATION DES PATIENTS*

# *Investigation des patients « contacts »*

- Nombre de patients concernés: 77
- Nombre de patients vus: 57
- Perdus de vue: 20
  - Patients fréquentant le CMP
    - N'habite pas à l'adresse indiquée
- Premier contrôle
  - IDR et RX conforment aux résultats attendus
- Deuxième contrôle
  - Non fait
- Troisième contrôle
  - A faire

# *Analyse des causes de l'événement indésirable en Psychiatrie.*

- Diagnostic de Tuberculose évoqué?
  - Pas de suspicion: pas de précautions « air » prescrites; problème de sensibilisation au tableau somatique.
  - Si prescription des précautions « air »: patient agité non coopérant, voire violent.
    - Problème de mise en chambre d'isolement pour gérer le risque de transmission. Voire en UMD (unité pour malade difficile).
  - Problème somatique: pas d'analyse sur place en psychiatrie mais transfert sans transmission de la suspicion.

# *Analyse des causes de l'événement indésirable en Psychiatrie.*

- Échappement aux modalités prévues pour l'investigation :
  - Malgré
    - Au niveau du service de psychiatrie
      - Note d'information par affichage,
      - Notification dans le cahier de liaison,
    - Par la médecine du travail
      - Convocation individuelle,
  - Absence de listing des sujets « contact »: impossible de vérifier l'exhaustivité des sujets.
- Les modalités de suivi des exposés
  - Pas de lettre de rappel (à faire).

## *Commentaire pour l'équipe de psychiatrie*

- Formation du personnel ou sensibilisation au risque de tuberculose
- Application des mesures préventives strictes notamment aux urgences
- Nécessité d'une équipe pluridisciplinaire
- Mise en place d'une cellule de crise et non seulement des réunions du CLIN.

## *Leçon de l'histoire:*

- Le suivi post-exposition de cet IDE aurait peut être permis d'éviter une tuberculose maladie.
- Le risque n'a pas été considéré comme réel.
  - Collectivement:
    - Les paramédicaux ont bien répondu,
    - Mais les médecins ne se sont pas présentés.
  - Individuellement
    - Il s'agissait d'un jeune IDE sortant juste de l'IFSI.
    - à priori pas de problème de connaissance,
    - Mais a minimisé le risque encouru.

## *commentaires / discussion*

- Gestion insuffisante de l'information ?
- Insuffisance de contrôle des différentes étapes du suivi des exposés ?
- Absence de coordination ?
- Comportements à risque ? (négligence des médecins et de l'IDE).

## *Conclusion*

La gestion pluridisciplinaire de ce cas était nécessaire mais une cellule de coordination avec des moyens dédiés aurait permis de mieux suivre

- les soignants « contact »
- le patient « source ».