

Contamination d'un soignant par M. tuberculosis multirésistant.

Rencontre inter CLAT
13 juin 2017
CLAT Montpellier

Cas Clinique

- Mme X, âgée de 25 ans est IDE dans le service des MIT depuis octobre 2012
- Elle n'a aucun ATCD, a vécu en Afrique, est suivie en médecine du travail avec des IDR répétitives négatives jusqu'en décembre 2013.
- Elle est en congé maternité du 23/02/2016 au 22/08/2016.
- Notion de deux pics fébriles à 39°C début octobre et début novembre, pauci symptomatique.
- Elle effectue sa visite de reprise médecine du travail : le Quantiféron prélevé le 2/11 est positif. L'IDR réalisée le 19/11 est mesurée à 20-25mm.
- Radio anormale -> Scanner : nodules multiples (segment supérieur du lobe inférieur droit sans excavation, images en verre dépoli et bronchogramme
- -> Hospitalisation dans le service des MIT

Cas clinique (suite)

- L'isolement « AIR » est effectif depuis le 23/11/2016, en hospitalisation avec un système d'épuration d'air de type Plasmair à partir du 28/11/2016.
- Le LBA du 24/11 est négatif à l'examen direct et pour le Genexpert[®],
- Les ECBC du 25 et 26/11 retrouvent de rares bacilles acido-alcoolo résistants (1 croix), le Genexpert[®] RIFAM et INH-R est positif à 2 reprises. La recherche de mutations de résistance aux aminosides et aux fluoroquinolones est en échec, probablement du fait de la faible quantité de bactéries dans le prélèvement.
- Les cultures des prélèvements (2 crachats post tubages du 26/11) ont poussé le 12/12/2016.
- Les PCR à la recherche de résistance aux aminosides et à l'éthambutol sont négatives, celles pour la résistance aux fluoroquinolones sont positives.

Cas clinique (suite)

- Il n'existe aucune évolution symptomatique (perte de 1 kg).
- TDM thoracique le 5/1 pré traitement : Régression partielle des opacités en verre dépoli. Apparition de quatre excavations
- Antibiogramme des antituberculeux de 1ère ligne : résistance Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol, Pyrazinamide.
- Début CLOFAZIMINE, AMIKACINE, LINEZOLIDE, BEDAQUILINE, PAS le 6/1/17. (Sur avis du CNR - sur antibiogramme du patient source) : 3 mois amikacine après négativation des cultures.
- Antibiogramme CNR définitif à J40 Résistance à Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol, Streptomycine, Kanamycine, Ofloxacine
Sensible à Amikacine Capréomycine PAS D-cyclosérine Linezolid Bédaquiline
- Sortie en HAD organisée avec isolement au domicile le 24/01.
- BK tubage du 20/21/22 janvier : absence de BAAR au direct. Cultures négatives à 12 semaines.

Cas clinique (suite)

- Cultures du 1 2-3 février : absence de BAAR au direct mais culture du 2 février (+) le 13 mars = 5 semaines 1/2 (confirmation tuberculosis rifamR/ gene expert,
- Prolongation de l'isolement. BK tubage du 15/16/17 février : direct (-). Cultures négatives
- Levée de l'isolement le 15 avril après 2 séries négatives à 6 semaines
- Poids stable à 47kgs. ECG inchangé.

Par ailleurs

Epoux (Quantiféron 0 le 29 novembre -> 0,22 le 13 mars (reste négatif) IDR à 10 mm (ATCD 8 à 12 mm)

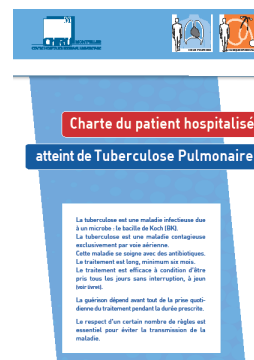
Enfant 2^{ème} IDR et Radio négatives.

Mise en place de cellule de crise

- MIT Service des maladies infectieuses et tropicales
- Hygiène Unité d'Hygiène Hospitalière et Veille Infectieuse.
- Pédiatre référent LAT
- Médecine du travail Service de santé au travail
- CLAT Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
- Direction du CHU (direction des soins infirmiers, service qualité, communication)

Rappel Charte du patient hospitalisé pour tuberculose

Travail collaboratif effectué par le CLAT avec cadres de santé MIT, Pneumo et Hygiène suite à difficultés de communication et du respect de l'isolement de patient MDR en pneumologie



Les mesures d'hygiène

La chambre

- La chambre doit être individuelle.
- Il faut maintenir la porte fermée.
- La chambre est aérée par ouverture de la fenêtre (quand c'est possible...et sans faire de courant d'air).

Les entrées et sorties de la chambre

Les entrées et sorties sont limitées, pour vous et pour les soignants.
Lors de vos sorties, vous devez porter un masque.
Toute personne entrant dans votre chambre doit porter un masque.

Les masques : quand et lequel ?

vous

- Il vous faut un masque chirurgical bien positionné.
- À mettre avant de sortir de votre chambre.
 - Ne pas enlever ou abaisser avant le retour en chambre.
- L'obligation du port du masque et la mesure d'isolement prennent fin lorsque le médecin du service estime que la période de contagion est terminée.

LES SOIGNANTS ET VISITEURS qui entrent dans votre chambre :

Ils doivent porter un masque FFP2 en forme de bec de canard !
À mettre avant d'entrer dans la chambre et à garder jusqu'à la sortie.



Engagement de l'équipe soignante

Nous, soignants, nous engageons à vous accompagner tout au long de votre maladie sur un plan physique, psychologique et social. Nous sommes à votre disposition pour répondre à toutes vos questions. Nous sommes tenus au secret professionnel. Différents professionnels sont à votre disposition pour vous aider:
les infirmières de tabacologie, la psychologue, l'équipe d'addictologie, l'assistante sociale. Ils pourront vous rencontrer à votre demande.
Les équipes soignantes (Pneumo B, MIT,...) travaillent en partenariat avec les infirmières du CLAT, qui vous rencontreront au cours de votre hospitalisation.

Engagement du patient

Dans un souci d'efficacité et de protection de chacun, nous vous demandons de vous engager à respecter les mesures d'hygiène précitées.

Votre présence est indispensable lors du passage des soignants dans votre chambre.

Les sorties de votre chambre restent limitées, elles seront à définir entre l'équipe soignante et vous.

A Montpellier, le
Le patient

Discussion avec la patiente

- **> 4 mois d'isolement** : constat par Mme X de multiples lacunes dans la gestion de l'isolement dans les différents services du CHU: « que la situation puisse servir à quelque chose, dans l'intérêt et la défense de l'hôpital public ».

Dysfonctionnements observés à différents niveaux, pour toutes les catégories de personnels

- Modalités d'attente lors des examens inadaptées
- Non aération des box/de l'ambulance après son passage
- Proposition de transport avec plusieurs patients
- Personnel rentrant dans la salle sans masque et ne réagissant pas aux rappels des consignes
- Méconnaissance/fausse représentation de tous les personnels (différence suspicion, cas avéré)
- Reprogrammation par méconnaissance de l'isolement avec perte de temps

Investigation : 3 axes

1. Mécanisme de la contamination
2. Recherche d'autres cas parmi les personnels qui se seraient contaminés à la même source
3. Recherche de cas secondaires parmi les patients pris en charge par le cas

Dépistage de 196 sujets contacts sur 313 identifiés 28 ITL,

- **29 Sujets contacts familiaux** 29 dépistés 4 ITL (présümées anciennes)
- **24 Sujets contacts amicaux** 20 dépistés 3 ITL (avec discordance IDR>10 mm et Quantiféron -) présümées anciennes
- **25 Bébés nageurs** 16 dépistés pas d'ITL
- Au total 25 enfants de moins de 5 ans dépistés pas d'ITL, aucun traitement préventif n'a été instauré.
- **147 agents hospitaliers** 95 dépistés dont 11 ITL suivis au CLAT (une seule présümée récente)+ 8 Agents intérimaires 6 dépistés 3 ITL
- **80 patients co hospitalisés** 41 dépistés, 10 patients décédés, 7 ITL .

Dépistage

29 sujets contacts familiaux:

- 14 Stop suivi, dépistage complet => test négatif et radiographie des poumons normale
- 1 dépistage complet et normal avec suivi de précaution en pédiatrie pour l'enfant du cas index
- 4 ITL probablement anciennes => suivi radiologique sur deux ans
- 9 dépistages incomplets relancés par le CLAT.
- 1 augmentation du quantiféron de manière non significative pour le mari => suivi radiologique

Suite au dépistage

- Au vu des résistances , aucun traitement préventif n'a été instauré , en particulier chez son fils de moins de deux ans.
- Un suivi sur deux ans est systématique pour toutes les ITL observées et pour les patients immunodéprimés

Dépistage (2)

22 sujets contacts amicaux :

- 8 Stop suivi, dépistage complet => test négatif et radiographie des poumons normale
- 6 dépistages en cours
- 4 dépistages non réalisés et relancés par le CLAT.
- 2 ITL dont une récente => suivi radiologique sur deux ans
- dépistage douteux avec IDR à 13 mm => suivi radiologique sur deux ans
- 1 antécédent de tuberculose maladie => suivi radiologique sur deux ans

Dépistage (3)

-25 Bébés nageurs :

- 16 Stop suivi, dépistage complet => test négatif et radiographie des poumons normale
- 8 relances effectuées par courrier
- 1 effectuera le dépistage après avoir réglé des problèmes ORL

Dépistage (4)

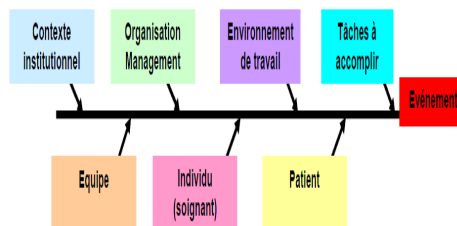
8 Intérimaires :

- 3 ITL dont une très probablement ancienne car réalisée quelques jours après le dernier contact supposé contagieux=> suivi radiologique sur deux ans
- 3 Stop suivi, dépistage complet => test négatif et radiographie des poumons normale
- 2 dépistages non réalisés et relancés par le CLAT

Enseignements

- Importance du suivi par la médecine du travail (maladie professionnelle et ITL?)
- Intérêt de l'identification du cas source, parmi les 6 patients XDR ayant séjourné au MIT un seul avait concordance génotypique et a été considéré comme le cas source
- Intérêt de l'analyse ALARM par le service d'hygiène pour mettre en œuvre les préconisations

Analyse des causes de survenue d'une tuberculose nosocomiale (Dr Parer Service hygiène hospitalière en lien avec la cellule de crise et la patiente)



	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates
1.Contexte institutionnel	Médecine du travail (qui a dépisté le cas), CLAT, Equipe d'Hygiène, dispositif de veille et d'alerte de la tuberculose : chaque cas est signalé pour mesures de protection du personnel (+ traçabilité DXCARE) mais dysfonctionnement de l'alerte BAAR durant l'été 2016. Une réunion en octobre 2016 a permis de relancer l'organisation de la veille/alerte/prise en charge et surveillance des soignants. Absence de signalement systématique à l'équipe d'hygiène lorsque le diagnostic est fait hors CHU (situation non exceptionnelle)	-HCSP 2013 & GERES 2014 : abandon du dépistage périodique systématique des soignants, par contre surveillance médicale renforcée des personnels les plus exposés -dispositif de veille BAAR « maison » avec investigation au cas/cas.	-Suivre les personnels du service (& autres services à risque) obligatoirement chaque année par la médecine du travail (en accord avec GERES 2014) -S'assurer que chaque personnel soit bien appelé une fois/an pour la visite de médecine du travail et pratiquer une IDR ou un quantiféron tous les 2 ans. -Sensibiliser les personnels au caractère impératif de ce suivi -Systématiser le signalement des cas de tuberculose dont le diagnostic a été porté hors CHU : par les médecins des MIT ex en réunions UMIC, les réanimateurs, les pneumologues.

	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action
2.Equipe	Organisation : 2 IDE matin, 2 AS, 2 IDE l'après-midi, 2 AS, 2 IDE nuit, 1 AS Equipe médicale et soignante hors IDE/AS : investigation large incluant de nombreux professionnels, kinésithérapeute, psychologue, internes et étudiants, ASH... Personnel intérimaire intervient aussi dans le service		Investigation & suivi par le médecin du travail des personnes exposées y compris étudiants, kiné, psychologue, personnes parties ... -Courrier du directeur général pour informer les sociétés d'intérim

	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates	Actions pour arbitrage institutionnel
2 Organisation et management	Protocoles, matériel de protection : approvisionnement suffisant en masques FFP2 depuis 2015, pas toujours avant 2015, l'élimination du masque à chaque utilisation n'était pas possible lorsque le stock était insuffisant, bonnes pratiques d'utilisation du masque FFP2 (fit test non fait, masques de modèles différents non disponibles), audit sur bon usage du masque par l'équipe d'hygiène (qq masques accrochés, fit test non fait),		-Formation systématique des personnels, des nouveaux arrivants, des internes au bon usage des équipements de protection, à la pratique du fit-test	-Par principe de précaution ni les femmes enceintes ni les étudiants ne doivent entrer dans la chambre de patients présentant une tuberculose multi-résistante.

	TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates	Actions pour arbitrage institutionnel
1.10 Organisation et management	Réduction de l'exposition des personnes immunodéprimées (femmes enceintes mais pas toujours possible, étudiants...), organisation de la prise en charge (mêmes personnes, rotation, plusieurs j de suite) ? formation des nouveaux arrivants (tutorat de durée 1 semaine...) Personnel à risque : en principe femmes enceintes ne sont pas exposées mais ce n'est pas toujours possible à respecter ici : 2 femmes enceintes étaient de jour prenant en charge des		Pas de référentiel opposable quant à l'exposition des soignantes enceintes, par contre le rapport du HCSP recommande de ne pas exposer de patients immunodéprimés ou de femmes enceintes	-Formation systématique des personnels, des nouveaux arrivants, des internes au bon usage des équipements de protection, à la pratique du fit-test -Par principe de précaution ni les femmes enceintes ni les étudiants ne doivent entrer dans la chambre de patients présentant une tuberculose multi-résistante.

	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates	Actions pour arbitrage institutionnel
1.10 Organisation et management		L'évaluation du risque en CLIN 19/01/2017 demande à ce que ni les femmes enceintes, ni les étudiants (toutes formations) ne soient exposés aux cas de tuberculoses multi-résistantes	-- Audits réguliers sur le bon usage des équipements de protection : démarche d'évaluation des fondamentaux en hygiène programmée en 2017 -Différents modèles de masques à mettre à disposition (direction des achats)	-Mettre à disposition différents modèles de masques pour que le personnel puisse choisir le masque le plus adapté à sa morphologie : (demande faite depuis début décembre, matériel non encore disponible au 25/01/2017)

	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates	Actions pour arbitrage institutionnel
1.10 Organisation et management		Indications de levée puis remise isolement parfois non comprises par l'équipe soignante, risque de la levée d'isolement en cas de tuberculose multi-résistante non connue (1 cas)	Acquisition de matériel pédagogique pour réaliser le fit-test, modalités d'utilisation à définir -L'isolement sera désormais maintenu pendant toute la durée de séjour dans le service ou bien codifier, argumenter & expliquer la levée des mesures si besoin	-Mettre à disposition différents modèles de masques pour que le personnel puisse choisir le masque le plus adapté à sa morphologie : (demande faite depuis début décembre, matériel non encore disponible au 25/01/2017) -Acquérir des masques FFP2 avec medium filtrant pour des indications précises : patients atteint de tuberculose à multirésistante, chirurgien exposé à patient tuberculeux en per-opératoire. -Acquérir un dispositif type saison pédagogique fit-test (demandé janvier 2017)

	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates	Actions pour arbitrage institutionnel
5 Soignant concerné	immunodépression de la grossesse, ses pratiques sont rigoureuses, formation continue en hygiène : hygiène de base; dernier contact avec un cas multi-résistant : octobre 2015 (MR SHI) = a fait les nuits en octobre 2015, était en congés maternité du 23/02/2016 au 22/08/2016 IDR négative en médecine du travail fin 2013, pas de visite jusqu'en octobre 2016		des agents - Formation systématique des nouveaux arrivants au bon usage des équipements de protection : à organiser sur site et à une périodicité définie (2 fois/an) -Etablir la liste des soignants exposés à une tuberculose multi-résistante, à noter dans leur dossier	effectifs de soignants pour leur permettre l'accès aux formations, notamment pour les services à risque.

	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates	Actions pour arbitrage institutionnel
5 Environnement	Locaux vétustes, projet de restructuration en cours : utilisation de Plasmairs dans l'attente, modalités d'utilisation des Plasmairs définies (protocole), changement des filtres après un patient tuberculeux fait par le CDS, maintenance des Plasmairs à vérifier pour réarmer l'alarme, connaissance du protocole (marche forcée lors des soins à risque...), VMC parfois bloquée par le patient à vérifier, ouverture périodique des fenêtres faite, portes fermées saufs parfois par ambulanciers ou ASH		-Protocole de bon usage des Plasmairs existant à s'approprier (Fiches techniques à créer ?) -Check list environnement de la chambre à créer ex : Plasmair fonctionnel ?, VMC fonctionnelle ?, ouverture périodique des fenêtres ?, porte fermée ?.	

	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates	Actions pour arbitrage institutionnel
6.1] Patients	Patients atteints de tuberculose : 1 patient en permanence, jusqu'à 6 ou 7 en été 2016, durée de séjour très prolongée pour les tuberculoses multi-résistantes, tuberculoses multi-résistantes : 8 patients depuis 2011/7 depuis 2012, mesures spécifiques à maintenir jusqu'à 2 séries d'ECBC à culture négative. Patients à haut risque de transmission, éducation ?, consignes compréhensives Mouvements du patient pour la douche ...		-éducation du patient +++ : dépliant en différentes langues expliquant les mesures à respecter -contrat avec le patient à élaborer et à faire respecter - Réorganisation du secteur « isolé » : maintien du SAS donnant accès au service fermé, organiser les déplacements du patient vers la douche commune de ce secteur, ...	Limiter à 2 l'effectif des patients accueillis pour tuberculose multi-résistante, transfert dans un autre centre hospitalier en tenant compte des difficultés prévisibles pour assurer le transfert (prise en charge, protection des personnes accompagnantes) -acquisition d'une WEBCAM pour permettre au personnel de surveiller le secteur « isolé »

	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates	Actions pour arbitrage institutionnel
6.2] Patients	Déplacements du patient à l'extérieur Population difficile, ne respecte pas forcément les consignes d'isolement Les soins délivrés à ces patients sont particulièrement longs : temps du soin + temps de traduction		-Modifier le circuit d'accès de l'interne de garde de sa chambre vers le service, lorsqu'un cas de patient atteint de tuberculose multirésistante est présent dans le secteur isolé -Instaurer le plus précocement possible le traitement adapté aux cas de tuberculoses multirésistantes (en accord avec l'OMS alors que le CNR préconise d'attendre l'antibiogramme)	

	ANALYSE DES CAUSES / TUBERCULOSE NOSOCOMIALE	Référentiels	Plan d'action	Plan d'action
	Description de l'existant		Actions immédiates	Actions pour arbitrage institutionnel
7 Tâches	Description des tâches à risque : outre les actes invasifs, faits avec le masque FFP2, des situations à risque particulier sont possibles : urgences –ex : Mr US en 2013 qui à 2 ou 3 reprises quittait sa chambre, appel du réanimateur du DAR X n'avait pas ce patient en charge. Transport des patients aux examens : les ambulanciers viennent chercher les patients en précautions air parfois sans prévenir et laissent la porte de la chambre ouverte, de même les agents de nettoyage non habitués au service constamment déplacés et non formés au risque		Former/ Informer des ambulanciers - Fidéliser les agents de nettoyage et les former au risque infectieux et au bon usage des équipements de protection - Organiser une formation aux situations d'urgence en cas de risque infectieux (« protéger, alerter, secourir »)	Agents de nettoyage dédiés

Les 5 groupes de travail :

**Groupe tutorat,
Groupe environnement,
Groupe secteur isolé,
Groupe éducation du patient,
Groupe urgences**

<p>Enquête sur l'utilisation des « masques FFP2 » dans la prise en charge des tuberculoses pulmonaires réalisée par l'Unité d'Hygiène Hospitalière et Veille Infectieuse du CHU de Montpellier</p> <ul style="list-style-type: none"> 58 réponses, plutôt de CHU Environ combien de cas de tuberculose prenez-vous en charge par an (en hospitalisation complète) majoritairement >15 cas/an Combien de cas de tuberculose MDR/XDR ? majoritairement <3/an Avez-vous un dispositif spécifique de traitement de l'air pour les chambres ? majoritairement non si oui , plutôt chambre à pression négative Avez-vous une politique de formation systématique des nouveaux soignants à la prévention du risque tuberculeux ? majoritairement non Combien de différents types de FFP2 sont mis à disposition ? Majoritairement 1 Comment sont-ils choisis ? Loi du marché Pratiquez-vous des tests d'étanchéité ? Majoritairement non Si oui, lesquels ? « Fit test » (en réalité « Fit check »= vérification manuelle par aspiration après occlusion de la surface filtrante)

Fit test Qu'ez aquo?

<https://www.youtube.com/watch?v=XLlJMeLEJew&t=77s>

La vérification de l'étanchéité des appareils de protection respiratoire (=masques FFP2) est recommandée.

L'objectif est d'identifier et de fournir à chaque soignant le masque FFP2 approprié pour sa protection optimale.

Méthode

Un fit test (essai d'ajustement) spécifique est fait à l'aide du dispositif 3 M FT-10, mis à disposition du service d'hygiène par le fabricant
Les tests ont été organisés avec l'équipe d'hygiène et le cadre de santé du service des MIT, ils sont réalisés selon le mode d'emploi du dispositif : la sensibilité du soignant à l'aérosol test est dans un 1^{er} temps définie, puis l'étanchéité de différents masques testée

Les masques testés sont en 1^{er} les masques disponibles dans le service : masque **FFP2 CA diffusion**, masque actuellement au marché, masque Kolmi (masque précédemment disponible au CHU : fin de stock) puis différents masques fournis en échantillons par la conseillère hôtelière. Parmi ceux-ci, seuls les masques disponibles en plusieurs exemplaires ont été testés : 3M VFlex 1802, 3M VFlex 1802S, 1862 AURA FFP2



Résultats des Fit tests

MIT		
Modèle de masque	Étanchéité parfaite	%
3M Aura	17	35%
Vflex 5	15	31%
Ca diffusion	7	15%
Vflex	4	8,30%
2 masques	4	8,30%
aucun	1	2%
n personnes testées	48	

Pour chaque personne, le 1^{er} masque testé était le masque disponible au CHU CA diffusion, puis le masque Vflex ou Aura. Lorsqu'aucun de ces masques ne convenait, 2 masques superposés permettaient d'obtenir l'étanchéité. Dans un cas (barbe), aucun masque ne convenait.

Avec le temps, des retombées positives

- Fit test au CHU de Montpellier
 - Mise à disposition des plusieurs modèles de masques dont l'étanchéité a pu être vérifiée
 - Projet d'extension des FIT test dans la filière de pneumologie
 - information faite le 27 avril 2017 (réunion de correspondants médicaux)
- Et ailleurs?
 - Enquête SPILF sur les pratiques autour des appareils de protection respiratoire
- Information faite en congrès de la Sf2h le 9/06/2017 (session actualités-Pr B. Grandbastien) → incitation à la réalisation des fit tests.

En conclusion

Pour obtenir une bonne étanchéité au visage des masques FFP2, des modèles et des tailles différentes de masques **sont à mettre à disposition.**

La demande en a été faite auprès de la direction des achats.

Une fois ces tests terminés en MIT, la même démarche sera à mettre en œuvre pour les équipes du CLAT, de pneumologie et d'endoscopie bronchique.

A l'avenir, les étudiants accueillis dans le service des MIT devront être testés : les étudiants en médecine par les CCA, les étudiants IDE par le cadre de santé.

Enseignements concernant les mesures d'hygiène

- Il est nécessaire de faire évoluer les recommandations nationales (société savantes d'hygiène et d'infectiologie) et de développer l'usage des FIT TEST dans les hôpitaux.
- Il n'existe aucun précédent européen, les FIT TEST tels que pratiqués récemment au CHU ne sont pas pratiqués dans les hôpitaux français et l'achat des masques est limité dans les marchés publics aux références UNIHA.
- Modalités de remontées d'information au niveau national : une fois la synthèse par l'hygiène de l'ensemble des constatations liés à la réalisation des fit Test sur le personnel, une communication sera faite à la fois au niveau scientifique mais également auprès de la DGOS.

Enseignements concernant le dépistage

Collaboration indispensable entre

- CLAT (familles, amis, bébé nageurs en lien avec pédiatres),
- Service hygiène, cliniciens (suivi des co-hospitalisés, en particulier les immunodéprimés) **déclaration d'infection nosocomiale si argumentée**
- Médecine du travail (agents en poste au cours des dernières années) -> Les professionnels du MIT sont les plus concernés par des ITL **déclaration de maladie professionnelle si argumentée**
- Relances et Suivi prévu sur deux ans

Plus jamais ça !

Merci de votre attention