

L'instruction mise en ligne fin mars à destination des ARS et des directions d'établissement de santé évoque pour sa part une centaine de nouveaux cas annuels observés en France mais une incidence en forte recrudescence dans le monde : plus d'un million de personnes seraient atteintes. Raison pour laquelle, il importe avant tout d'améliorer la rapidité du dépistage puis de rester attentif aux cas d'abandon de traitement. Ce travail échoit en l'occurrence aux Centres de lutte contre la tuberculose (Clat). Le Ministère insiste également auprès des ARS pour qu'elles veillent à assurer plus précocement le diagnostic, à améliorer l'exhaustivité des notifications de cas de tuberculose et observer un suivi prolongé d'au moins deux ans des personnes infectées par leur contact avec un malade.

Il s'agit enfin, d'anticiper le parcours de soins et de le faire respecter. À ce titre, les ARS doivent tenir à jour une liste d'hôpitaux MCO aptes à prendre en charge ces patients durant la phase initiale de leur traitement (mise en œuvre des précautions « air » chez ces patients, réalisation des tests diagnostic puis de suivi. À charge entre autres pour les ARS de veiller à ce que les équipes soignantes qui prennent en charge ces malades et initient ou modifient leurs traitements disposent d'une réelle expertise de ce type de situation dans une approche nécessairement pluridisciplinaire.

Ces structures se doivent en outre d'afficher des protocoles spécifiques d'hygiène respiratoire (masques de protection individuelle pour les patients et personnels). Objectif : assurer un strict respect des précautions « air », notamment vis-à-vis de malades ayant une vulnérabilité accrue à la tuberculose, comme par exemple les immunodéprimés. Une fois cette phase initiale achevée, la phase dite d'"entretien du traitement" ne doit en revanche plus se dérouler dans un service MCO car la contagiosité est alors contrôlée et le traitement stabilisé mais devra toujours permettre, par exemple dans un service de soins de suite, un accompagnement efficace des malades et la garantie d'une adhésion au traitement et à sa continuité absolue, tout en réduisant l'impact des effets secondaires.

** La multirésistance (MDR-TB) entraîne une résistance aux deux antituberculeux majeurs du traitement de première ligne que sont l'isoniazide (INH) et la rifampicine (RMP). Outre ces deux résistances, l'ultrarésistance en rajoute deux supplémentaires : les deux antituberculeux majeurs du traitement de 2^{ème} ligne que sont les aminosides (amika, kana ou capréo) et les fluoroquinolones (FQ).*

Pour en savoir plus :

[Instruction n° DGS/SP2/DGOS/PF2/2017/61 du 22 février 2017 relative aux lignes directrices de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose résistante et multi-résistante.](#)

[SF2H. Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique \(RPC\). 2013. 60 pages](#)

