

# GUIDE

À l'usage des services de  
prévention et de santé au  
travail

**Prévention du risque de tuberculose  
professionnelle**

**Fiche technique n°2 :**

**Aide à la prévention des risques de  
tuberculose et suivi des personnels de santé  
et médico-sociaux**

## **Fiche destinée aux services de prévention et de santé au travail en charge des personnels de santé et médico-sociaux**

Elle a pour objectif de les aider à évaluer le risque de tuberculose professionnelle afin de proposer une optimisation des stratégies de prévention et de dépistage dans leur établissement.

Elle peut également être utile aux responsables de ces structures.

**Personnels concernés : professionnels en contact direct avec les patients : médecins, infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers, auxiliaires de vie, kinésithérapeutes....**

**Cette fiche ne prend en compte que les spécificités du risque en établissement de santé et médico-social et renvoie pour les éléments communs de prévention et de suivi aux recommandations [du guide commun à l'ensemble des milieux professionnels](#)**

# Sommaire

## **EXISTE-IL UN RISQUE DANS LE CONTEXTE DE SOIN ? ..... 4**

### **Données générales .....4**

1. Épidémiologie de la tuberculose chez les personnes prises en charge par les personnels de santé et médico-sociaux.....4
2. Épidémiologie de la tuberculose chez les personnels de santé.....4

### **Évaluation du niveau de risque dans l'établissement.....7**

## **MESURES DE PREVENTION COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES A METTRE EN PLACE ..... 8**

### **Points clés :.....8**

1. Organisation générale .....8
2. Repérage le plus précoce possible des cas de tuberculose .....8
3. Mesures de prévention adaptées à mettre en place.....8

### **Indications éventuelles du BCG .....9**

## **MODALITES DE SUIVI DES PERSONNELS EXPOSES AU RISQUE ..... 11**

## **ANNEXES..... 14**

### **Annexe 1. AFFICHE INRS - Précautions complémentaires « AIR » .....15**

### **Annexe 2. Enquête autour d'un cas de tuberculose : Fiche cas INDEX .....16**

### **Annexe 3. Enquête autour d'un cas de tuberculose : Fiche cas CONTACT .....17**

### **Annexe 4. Proposition de questionnaire pour consultation de suivi .....19**

# Existe-il un risque dans le contexte de soin ?

## Données générales

### 1. Épidémiologie de la tuberculose chez les personnes prises en charge par les personnels de santé et médico-sociaux<sup>1</sup>

La probabilité pour un personnel de santé de prendre en charge un patient atteint de tuberculose pulmonaire contagieuse est en baisse constante en France depuis des décennies. Cependant, les données nationales issues de la déclaration obligatoire cachent une situation hétérogène marquée par d'importantes disparités.

En 2020, 4 606 cas de tuberculose maladie ont été déclarés (6,8 cas/100 000 habitants), soit une baisse significative de 10,4% par rapport à 2019 ( $p < 0,01$ ). La baisse du taux de déclaration, plus faible mais toujours significative, s'est poursuivie en 2021 (6,4 cas/100 000 habitants) et 2022 (6,2 cas/100 000 habitants), en partie due aux mesures d'isolement « Covid ». Les données provisoires montrent une augmentation des cas en 2023 avec 4 728 cas déclarés.

Dans toutes les régions de France excepté trois, le taux de déclaration en 2022 est d'environ 5 cas pour 100 000 habitants. Trois régions rapportent des taux élevés : Guyane (18,9 cas/100 000 habitants), Mayotte (13,2 cas/100 000 habitants) et Île-de-France (11,8 cas/100 000 habitants). L'incidence chez les personnes nées hors de France (31/100 000) est environ 10 fois supérieure à celle des personnes nées en France. La tuberculose affecte plus particulièrement les groupes les plus pauvres de la population, notamment les personnes sans domicile chez qui l'incidence est autour de 61/100 000.

### 2. Épidémiologie de la tuberculose chez les personnels de santé

Le fait que les personnels de santé présentent un risque de tuberculose supérieur à celui de la population résidant dans la même zone géographique a été démontré par une méta analyse regroupant 43 études (Baussano, 2011)<sup>2</sup>.

Cette étude a estimé le risque annuel d'infection tuberculeuse latente chez les soignants des pays à faible incidence de tuberculose à 2,9% (IC 95% 1,8%-8,2%) et l'incidence annuelle des tuberculoses maladies à 67 cas pour 100 000 soignants (IC 95% 40-142).

---

<sup>1</sup> Guthmann JP, Viriot D. L'épidémiologie de la tuberculose en France à l'ère de la pandémie de Covid-19. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(6-7):108-15. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024\\_6-7\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024_6-7_1.html)

<sup>2</sup> Baussano I, Nunn P, Williams B, Pivetta E, Bugiani M, Scano F. Tuberculosis among health care workers. Emerging Infectious Diseases. 2011;17:488-94.

Deux revues de la littérature de Menzies<sup>3</sup> *et al* en 2007 et de Seidler<sup>4</sup> *et al* en 2005 portant sur des études menées entre 1991 et 2005, objectivent également l'existence d'un sur-risque d'infection tuberculeuse et de tuberculose maladie chez les personnels de santé dans des pays à faible incidence comme le nôtre. Ces études concordent pour estimer que le risque de tuberculose est environ deux à trois fois supérieur au risque de la population générale de même âge.

L'intensité du risque varie selon de multiples facteurs, tels que le niveau socio-économique du pays, l'incidence de la maladie dans la communauté, le type de secteur hospitalier, le groupe professionnel des soignants, la mise en place des mesures d'hygiène (Baussano, 2007 ; Menzies & Joshi, 2007)<sup>5</sup>. Il varie également selon le type de gestes réalisés : certains actes ont été identifiés comme à risque de transmission car générateurs d'aérosols à partir des sécrétions bronchiques et de la proximité avec les patients qu'ils entraînent. Parmi eux, on peut citer les endoscopies bronchiques, l'intubation, les aspirations, les autopsies, la mise en place d'aérosols irritants pour le patient tuberculeux (Centers for Diseases Control, 2005)<sup>6</sup>.

En 2017, une méta analyse réalisée par Uden *et al*<sup>7</sup> sur la base de 21 études publiées entre 2006 et 2016 (incluant plus de 30 000 professionnels de santé de 16 pays) avait pour but d'actualiser les données précédentes. Ainsi la prévalence de l'Infection tuberculeuse latente (ITL) chez les personnels de santé était estimé à 37% et l'incidence de la tuberculose maladie (TM) à 97 pour 100 000 cas en moyenne. Le risque de ITL était plus élevé chez le personnel de santé que dans la population générale (OR : 2,27 [IC 95% : 1,61-3,20]), et le risque de survenue de TM active était de 1,99 (IC95% :1,47-2,69) fois plus élevé que dans la population générale, allant de 2,09 (IC95% : 1,39-3,14) dans les pays à revenu faible et intermédiaire à 1,66 (IC95% : 1,13-2,45) dans les pays industrialisés. De même le risque était plus élevé dans les pays de forte endémie de tuberculose et d'infection VIH. Les auteurs concluent que le personnel soignant reste une population à risque accru d'ITL et de TM par rapport à la population générale, malgré une diminution globale de la prévalence de la tuberculose, et insistent sur les mesures de prévention du risque respiratoire en milieu de soin et sur le dépistage des ITL.

Les études recensées sont néanmoins anciennes et on peut s'interroger sur la persistance d'un tel sur-risque en 2024. En effet, les études basées sur l'incidence des infections tuberculeuses évaluée par les « positivations » de l>IDR ou ses variations au cours d'un suivi ont démontré le rôle important des mesures de prévention pour contrebalancer le sur-risque lié au nombre de

---

<sup>3</sup> Menzies D Joshi R, Pai. Risk of tuberculosis infection and disease associated with work in health care settings. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007;11:593–605.

<sup>4</sup> Seidler A, Nienhaus A and Diel R. Review of epidemiological studies on the occupational risk of tuberculosis in low-incidence areas. *Respiration.* 2005; 72:431-46.

<sup>5</sup> Baussano I, Bugiani M, Carosso A, Mairano D, Pia Barocelli A, Tagna M, Cascio V, Piccioni P, Arossa W. Risk of tuberculin conversion among healthcare workers and the adoption of preventive measures. *Occup Environ Med.* 2007;64:161-6.

<sup>6</sup> Centers for Disease Control. Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in Health-care Settings. *MMWR.* 2005;54(RR-17):1-147.

<sup>7</sup> Uden L, Barber E, Ford N, Cooke GS. Risk of Tuberculosis Infection and Disease for Health Care Workers: An Updated Meta-Analysis. *Open Forum Infect Dis.* 2017 Aug 29;4(3):ofx137. doi: 10.1093/ofid/ofx137. PMID: 28875155; PMCID: PMC5575844.

patients tuberculeux dans les services où exercent les professionnels. Plusieurs études américaines ont montré qu'après la mise en œuvre des mesures d'isolement respiratoire, le taux de conversion des tests tuberculiques chez le personnel de santé diminue très nettement (Centers for Diseases Control, 2005). Une étude du CDC<sup>8</sup> montre que l'incidence des cas de tuberculose déclarés nationalement entre 2010 et 2016 chez les personnels de santé ne diffère pas de celle de la population générale.

#### **En France :**

- Les données de la déclaration obligatoire montrent que le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés est relativement stable chez le personnel des établissements de santé, avec un nombre de cas annuel entre 75 et 126 de 2009 à 2019 et une incidence inférieure à 10 cas pour 100 000 personnes dans ce milieu professionnel, chiffre à prendre avec prudence considérant les incertitudes sur le dénominateur (Santé publique France 2020, données non publiées). En 2022, 73 cas de tuberculose ont été déclarés parmi ces personnels.
  
- On peut également approcher l'incidence de la tuberculose chez les personnels de santé en se référant aux déclarations de maladie professionnelle. On dispose de données anciennes concernant les infirmières (IDE) de l'APHP : l'incidence moyenne estimée était de 18,32 pour 100 000 IDE pour la période 2004-2008, ce qui était 2 à 3 fois supérieur à l'incidence chez les femmes nées en France de même classe d'âge.

Elle a chuté nettement pour la période 2008-2012 : 11,69 pour 100 000 IDE, témoignant probablement de l'efficacité de la généralisation des mesures de prévention dont le port du masque de protection respiratoire.

Une enquête a été menée en 2015 auprès des services de médecine du travail du personnel hospitalier :

- 41 établissements ou groupes d'établissements, dont les effectifs varient de 500 à 55 000 personnels non médicaux, ont répondu ;
  
- Au total, 27 cas de tuberculose maladie ont été découverts en 2010, 2011 ou 2012, pour 218 835 personnels non médicaux, soit une incidence annuelle assez faible que l'on peut évaluer à 4,12/100 000. (Gehanno 2016)<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Thitipong Mongkolrattanothai, Lauren A Lambert, Carla A Winston. Tuberculosis among healthcare personnel, United States, 2010-2016. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2019 Jun;40(6):701-704. doi: 10.1017/ice.2019.76. Epub 2019 Apr 23.

<sup>9</sup> Gehanno JF, Abiteboul D. Incidence of tuberculosis among nurses and healthcare assistants in France. *Occup Med (Lond).* 2017 Jan;67(1):58-60. doi: 10.1093/occmed/kqw138. Epub 2016 Sep 30.

# Évaluation du niveau de risque dans l'établissement

Il est fondamental de réaliser une évaluation du risque afin de déterminer la stratégie locale de prévention. Cette étape repose sur une bonne communication entre le médecin du travail, l'équipe opérationnelle d'Hygiène et le chef de l'établissement qui en a la responsabilité (Art. L 4121-1 à L 4121-3 du code du travail)

**Cette évaluation repose sur :**

- Le type de service ;
  
- Les caractéristiques des postes de travail, les tâches les plus exposantes (gestes générant des aérosols : fibroscopies, kinésithérapie respiratoire...) ;
  
- Le nombre de patients ayant une tuberculose contagieuse pris en charge dans le service considéré au cours des 3 dernières années. On considère que le risque d'exposition professionnelle est élevé au-delà de 5 cas pris en charge par an ;
  
- Le nombre de cas de tuberculose maladie survenus chez des soignants au cours des 3 années précédentes dans l'établissement ;
  
- L'application des mesures de prévention : connaissance des moyens de protection, disponibilité des masques et mise en pratique ;
  
- Les notions de retard à l'isolement des cas confirmés et des cas suspects de tuberculose et leur importance dans la structure : délai entre l'admission et la mise en place des précautions « air » (**cf. annexe 1**).

# Mesures de prévention collectives et individuelles à mettre en place

## Points clés :

### 1. Organisation générale

La maîtrise du risque de transmission nosocomiale de la tuberculose fait partie du programme général de lutte contre les infections nosocomiales et doit s'assurer du dépistage précoce des patients ayant une tuberculose et du traitement rapide des patients ayant une tuberculose suspectée ou prouvée.

Une bonne coordination et coopération de tous les acteurs concernés est indispensable : service de prévention et de santé au travail, équipe opérationnelle d'hygiène, direction, Centre de lutte contre la Tuberculose (CLAT).

Il est fortement recommandé d'élaborer un protocole « Gestion du risque de tuberculose ».

**Ce document doit aborder les informations nécessaires à la prévention du risque en milieu de soin ainsi que la conduite à tenir en cas d'exposition avérée de soignants à un cas de tuberculose.** Il permet d'identifier les rôles respectifs de chacun des intervenants, les personnes à contacter et les procédures d'information.

Il convient de s'assurer de la disponibilité des masques (FFP2 pour les professionnels exposés, masque chirurgical pour les patients) et de l'application des mesures de prévention. Il est également recommandé d'organiser des sessions de formation/sensibilisation pour les personnels sur la tuberculose et sa prévention.

### 2. Repérage le plus précoce possible des cas de tuberculose

Un système de repérage rapide des cas de tuberculose contagieuse permettant la mise en place précoce des mesures adaptées (précautions « air ») doit être mis en place dans la structure. Il permet un signalement interne des cas de tuberculose contagieuse n'ayant pas fait l'objet d'un isolement du fait d'une reconnaissance tardive.

### 3. Mesures de prévention adaptées à mettre en place

#### En cas de suspicion d'un cas chez un patient pris en charge :

- Mise en place au moindre doute des mesures de prévention du risque respiratoire détaillées en **annexe 1** (patient en chambre seule, port du masque FFP2 par les soignants entrant dans la chambre, port du masque chirurgical par le patient...)

- Confirmation du diagnostic

### En cas de tuberculose pulmonaire avéré :

- Prise en charge du cas index (traitement rapide... ;
- Vérification du respect des mesures de prévention (précautions « air »)

### Enquête autour du cas :

Sa mise en place implique une collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène et le CLAT. Ses modalités sont décrites en détails dans les recommandations du HCSP d'octobre 2013<sup>10</sup> et synthétisées dans les recommandations du GERES de 2017<sup>11</sup>. Une fiche permettant de documenter le cas index est proposée en **annexe 2** et le suivi du sujet contact en **annexe 3**.

### Un certain nombre d'étapes sont indispensables :

- Disposer d'un système performant et rapide de signalement des retards à l'isolement des patients atteints de tuberculose contagieuse ;
- En cas de signalement, vérifier la contagiosité du cas index : toutes les formes pulmonaires sont considérées comme contagieuses.
- Repérer les sujets contacts : professionnels ayant été en contact avec le patient sans masque de protection ;
- Sélectionner parmi eux les sujets à explorer : en effet, parmi les sujets contact, seuls ceux présentant un risque significatif d'infection et de maladie seront explorés. Ce risque dépend de 3 facteurs : la contagiosité du cas index, les caractéristiques de l'exposition et celles du sujet contact.

## Indications éventuelles du BCG

L'obligation de vaccination par le BCG a été suspendue pour les professionnels de santé et médico-sociaux (cf. **détails des arguments sur lesquels a reposé cette décision dans le guide commun**)<sup>12</sup>.

Le calendrier vaccinal<sup>13</sup> souligne néanmoins qu'une vaccination par le BCG pourrait être recommandée, au cas par cas, au personnel à haut risque après évaluation du risque par le

---

<sup>10</sup> HCSP. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=391>

<sup>11</sup> GERES. Guide : Surveillance des personnels de santé vis à vis du risque de TUBERCULOSE - Place des tests IGRA et des autres examens complémentaires Propositions de recommandations pour les médecins du travail (Actualisation 2017) [https://www.geres.org/wp-content/uploads/2018/01/TBIGRA\\_2017\\_revu01\\_2018.pdf](https://www.geres.org/wp-content/uploads/2018/01/TBIGRA_2017_revu01_2018.pdf)

<sup>12</sup> Guide commun : prévention du risque professionnel de tuberculose. Recommandations communes applicables à tout milieu de travail- [https://www.geres.org/wp-content/uploads/2024/11/Tuberculose\\_-Guide-commun-prevention-suivi-Professionnels-BCG-VF\\_23\\_11\\_-2024.pdf](https://www.geres.org/wp-content/uploads/2024/11/Tuberculose_-Guide-commun-prevention-suivi-Professionnels-BCG-VF_23_11_-2024.pdf)

<sup>13</sup> Calendrier vaccinal 2024 : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

médecin du travail (cf. **aide à l'évaluation en annexe 4 du guide commun**)<sup>14</sup>. En établissement de santé et médico-social, la balance bénéfice / risque n'est en général pas en faveur du BCG. En effet, l'application des précautions « air » a montré leur efficacité et l'incidence de la tuberculose chez les professionnels de santé est proche de celle de la population générale, inférieure à 10/100 000. L'indication du BCG pourrait se discuter en cas de prise en charge en routine de nombreux patients atteints de tuberculose multi-résistante.

---

**La promotion et la facilitation de l'application des mesures de prévention et le dépistage des cas d'ITL chez les professionnels exposés à un cas de tuberculose contagieuse sont préférables à la vaccination par le BCG de ces professionnels.**

---

---

<sup>14</sup> **Annexe 4 du** Guide commun : prévention du risque professionnel de tuberculose. Recommandations communes applicables à tout milieu de travail : [https://www.geres.org/wp-content/uploads/2024/11/Tuberculose\\_-\\_Guide-commun-prevention-suivi-Professionnels-BCG-VF\\_23\\_11\\_-2024.pdf](https://www.geres.org/wp-content/uploads/2024/11/Tuberculose_-_Guide-commun-prevention-suivi-Professionnels-BCG-VF_23_11_-2024.pdf)

## Modalités de suivi des personnels exposés au risque

<b>A l'embauche :</b>	<p>Comme souligné dans la partie commune du guide, il est important de disposer d'un test immunologique de référence (<b>IGRA, à défaut IDR</b>) pour tous les professionnels susceptibles d'être ensuite en contact avec des patients atteints de tuberculose.</p> <p>Une <b>radiographie de thorax n'est prescrite que si le test immunologique est positif ou en cas de signes d'appel.</b></p> <p><b>A l'occasion de la visite d'embauche</b>, il est essentiel de donner une information sur la tuberculose et les moyens de s'en protéger : rappel en particulier des bonnes pratiques de prévention, notamment du port du masque.</p>
<b>Le suivi en cours d'activité :</b>	<p>En dehors des enquêtes autour d'un cas (cf. supra), un suivi médical renforcé est nécessaire ; elle a pour objet :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- d'informer sur le risque de tuberculose et les moyens de s'en protéger,</li><li>- de dépister des cas de tuberculose ou d'ITL chez les professionnels.</li></ul> <p>Comme souligné dans la partie commune du guide, ces <b>visites devraient intervenir tous les deux ans avec repérage des facteurs de risque</b> individuels et professionnels nécessitant la prescription d'examens complémentaires : tests immunologiques voire radiographie de thorax. En effet, ceux-ci ne doivent pas être systématiques<sup>15</sup>. (Cf. proposition de fiche de suivi <b>en annexe 4</b> ).</p>

<sup>15</sup> Lynn E. Sosa et al. Tuberculosis Screening, Testing, and Treatment of U.S. Health Care Personnel: Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC, 2019

MMWR May 17, 2019 / 68(19);439–443 - <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6819a3.htm>

## Points à retenir

- La France est globalement un pays de faible endémicité de la tuberculose mais avec d'importantes disparités tant régionales que populationnelles. Ainsi la prévalence de la tuberculose est élevée en Guyane, à Mayotte et en Ile de France. La prévalence de la tuberculose chez les professionnels de santé est plus élevée que dans la population générale, mais dépend de nombreux facteurs (tels que le niveau socio-économique du territoire, l'incidence de la maladie dans la communauté, le type de secteur hospitalier, le groupe professionnel des soignants, la mise en place des mesures d'hygiène, le type de gestes réalisés (certains actes ont été identifiés comme à risque de transmission car générateurs d'aérosols à partir des sécrétions respiratoires) .
- Le personnel soignant reste donc une population à risque accru d'ITL et de TM par rapport à la population générale, malgré une diminution globale de la prévalence de la tuberculose
- La prévention du risque respiratoire en milieu de soin est primordiale
- La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire pour aucun professionnel depuis 2019.
- Une éventuelle indication de vaccination par le BCG peut être posée après évaluation du risque chez un professionnel (type de contact avec les usagers, facteur de risque épidémiologique et/ou populationnel chez les usagers...) : En établissement de santé et médico-social, la balance bénéfique / risque n'est en général pas en faveur du BCG. En effet, les mesures de prévention ont montré leur efficacité et l'incidence de la tuberculose chez les professionnels de santé est proche de celle de la population générale, inférieure à 10/100 000. L'indication du BCG pourrait se discuter en cas de prise en charge en routine de nombreux patients atteints de tuberculose multi-résistante.
- Seules les tuberculoses maladies respiratoires sont contagieuses. Elles sont dépistées par la radiographie pulmonaire.
- Le port du masque doit être promu auprès des professionnels, dès lors qu'un cas est suspecté chez un patient.
- L'infection tuberculeuse latente des professionnels doit être dépistée, par test immunologique (IGRA ou à défaut IDR) afin de les traiter et éviter une progression vers la TM.
- En cas de survenue d'un cas de TM chez un professionnel, une enquête autour du cas doit être réalisée et une bonne coordination et coopération de tous les acteurs concernés est indispensable : service de prévention et de santé au travail, équipe opérationnelle d'hygiène, direction, Centre de lutte contre la Tuberculose (CLAT).

# Membres du groupe de travail

## (Version initiale 2021)

### Animation du groupe

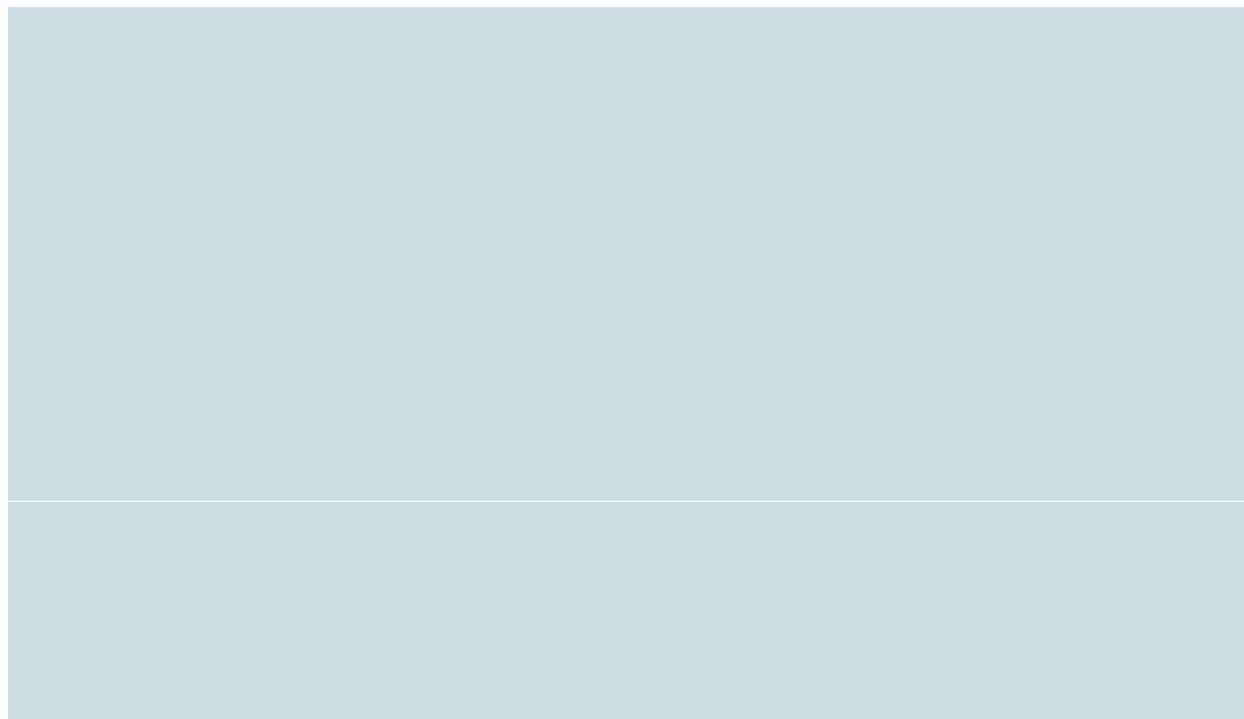
- **Dominique Abiteboul** - Médecin du travail, Présidente du GERES, Paris
- **Elisabeth Rouveix** - Médecin, médecine interne, Vice-Présidente du GERES

### Membres du groupe

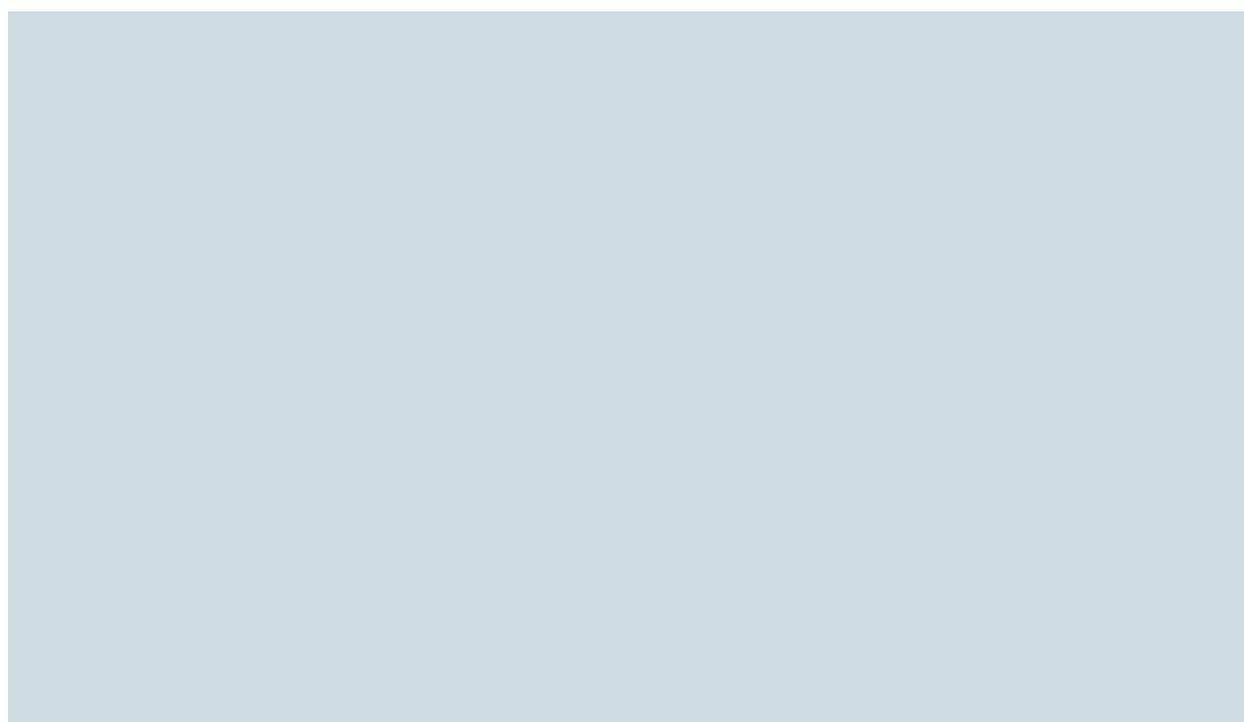
- **Marie-Cécile Bayeux-Dunglas** - Médecin du travail, Institut National de Recherche et de Sécurité
- **Elisabeth Bouvet** - Professeur émérite, Université Paris Cité, Vice-présidente du GERES
- **Jean-François Gehanno** - Médecin du travail CHU Rouen - Président d'honneur de la SFMT
- **Catherine Verdun-Esquer** - Médecin du travail, CHU de Bordeaux - Hôpital Pellegrin

### Remerciements pour les données transmises :

**Jean Paul Guthmann** - Médecin épidémiologiste, Coordinateur du Programme Tuberculose Direction des maladies infectieuses. Santé Publique France



## **ANNEXES**



# Annexe 1. AFFICHE INRS - Précautions complémentaires « AIR »

## Précautions complémentaires « AIR » - AFFICHE INRS

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES INFECTIONS EN MILIEU DE SOINS



PRÉCAUTIONS STANDARD

### PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES « AIR »

PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES « CONTACT »

PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES « GOUTTELETTES »



D'APRÈS LES RECOMMANDATIONS ET AVEC LA PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Les précautions complémentaires « air » sont à appliquer, en complément des précautions standard (PS), pour tout patient suspect ou atteint d'une pathologie transmissible par aérosols telle que tuberculose, rougeole, varicelle...

### LES DIFFÉRENTES MESURES

#### Chambre individuelle

- ▶ **Porte fermée.**
- ▶ Chambre idéalement en pression négative.
- ▶ Ventilation suffisante:
  - Ventilation mécanique avec au minimum 6 renouvellements horaires de l'air, sans recyclage.
  - En l'absence de ventilation mécanique, aération biquotidienne de la chambre (au moins 15 minutes à chaque fois) par ouverture des fenêtres, porte fermée.
- ▶ Interventions dans la chambre regroupées pour limiter les ouvertures de porte.

⚠ Les sorties du patient de sa chambre sont limitées au strict nécessaire.

⚠ Limiter les déplacements aux plateaux techniques (sans qu'il y ait perte de chance).

⚠ Si consultation : ne pas faire séjourner le patient en salle d'attente et diminuer le temps de prise en charge.

À noter : Les gestes générant des aérosols (kinésithérapie respiratoire ou fibroscopie bronchique) doivent être évités dans la mesure du possible.

#### Port de masque

- ▶ **SOIGNANT : port d'un appareil de protection respiratoire (APR) FFP2** adapté à la morphologie du visage avant l'entrée dans la chambre, même si le patient est sorti de la chambre
  - Vérifier son bon ajustement en réalisant un *fit check* à chaque utilisation.
  - Retirer l'APR après être sorti de la chambre, une fois la porte refermée.
  - L'éliminer dans les déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM).
  - Réaliser ensuite une friction hydroalcoolique (FHA).

⚠ Un APR doit être porté également par toute autre personne entrant dans la chambre (visiteur, agent de nettoyage, personnel technique...).

- ▶ **PATIENT : port d'un masque chirurgical**
  - Dès l'entrée à l'hôpital, notamment aux urgences.
  - En consultation.
  - Systématiquement, s'il doit quitter sa chambre.

⚠ Ces mesures seront levées en accord avec le médecin lorsque la période de contagiosité sera jugée terminée.

**En complément, appliquer systématiquement les précautions standard.**

VOIR FICHE PRÉCAUTIONS STANDARD

Respecter tout particulièrement les mesures d'hygiène respiratoire : en particulier, faire porter un masque à toute personne (résident, malade, visiteur, professionnel, intervenant extérieur...) présentant des symptômes de type toux/expectoration.

### EN CAS DE RETARD OU DE NON-RESPECT DANS LA MISE EN PLACE DE CES MESURES POUR UN PATIENT DONT LA CONTAGIOSITÉ A ÉTÉ CONFIRMÉE

- ▶ Rechercher et identifier les sujets contacts du cas (autres patients, personnel...) s'il y a eu un risque d'exposition.
- ▶ Prendre en charge les professionnels exposés (voir base de données Eficatt sur [inrs.fr](http://inrs.fr)).







**SI DECISION DE SUIVI**

***Bilan initial (< 3 semaines du premier jour du contacte)***

Test IGRA (si non connu positif) date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ résultat .....

→ **Si positif** (si négatif pas de radio)

Radiographie date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ résultat .....

Symptômes éventuels : .....

---

***Bilan à 3 mois si dernier IGRA négatif***

Test IGRA date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ résultat .....

Si négatif → STOP SUIVI

→ **Si positif :**

Radiographie date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ résultat .....

Symptômes éventuels : .....

**Orientation :**

Consultation spécialisée oui /\_/\_/ non /\_/\_/ date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Traitement antituberculeux oui /\_/\_/ non /\_/\_/

⇒ **Si oui** lequel.....

Durée : .....

Evènements au cours du traitement : .....

⇒ **Si pas de traitement : suivi à 6, 12 et 18 - 24 mois**

Radiographie date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ résultat .....

Symptômes éventuels : .....

Radiographie date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ résultat .....

Symptômes éventuels : .....

Radiographie date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ résultat .....

Symptômes éventuels : .....

**Commentaires :** .....

.....

## Annexe 4. Proposition de questionnaire pour consultation de suivi

### Proposition de questionnaire pour consultation de suivi des professionnels exposés à la tuberculose

#### 1. Evènements médicaux depuis la dernière visite

##### 1.1 Situation d'immunodépression ?

▪ Maladie chronique ? (cancer...) **OUI /\_\_/ NON /\_\_/**

Si OUI, laquelle .....

▪ Traitement (corticoïde, immunosupresseurs) **OUI /\_\_/ NON /\_\_/**

Si OUI, lequel .....

→ Si immunodépression, prescription test IGRA

##### 1.2 Symptômes ?

**OUI /\_\_/ NON /\_\_/**

Si OUI lesquels ? (Cochez la /les case.s)

- Toux trainante
- Fièvre ou fébricule persistante
- Douleur thoracique
- Sueurs nocturnes
- Fatigue inexpliquée
- Amaigrissement
- Autre : .....

→ Si présence de symptôme : prescription RX de thorax

#### 2. Recherche de situations d'exposition potentielle depuis la dernière visite

##### 1.1 Avez-vous changé de poste ?

**OUI /\_\_/ NON /\_\_/**

Si OUI, poste actuel : .....

▪ Poste exposé : **OUI /\_\_/ NON /\_\_/**

##### 2.2 Séjour prolongé en pays de forte endémie

**OUI /\_\_/ NON /\_\_/**

- Nature de séjour (missions, tourisme ,..) : .....
- Pays : .....
- Durée : .....

#### 3. Connaissance des moyens de protection

**OUI /\_\_/ NON /\_\_/**

→ Si NON, remise d'informations : plaquette « Tuberculose » délivrée à l'embauche par exemple

**GERES (*Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux*)**

Association sans but lucratif déclarée conformément à la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
Faculté de Médecine – Site Bichat – Université Paris Cité 16, rue Henri Huchard 75890 PARIS Cedex 18

Site internet : [www.geres.org](http://www.geres.org) - E-mail : [secretariat@geres.org](mailto:secretariat@geres.org)

SIRET : 382 426 005 00023 - Code APE : 7220Z – TVA Intracommunautaire : FR 51 382 426 005