

# GUIDE

## Risque de tuberculose professionnelle

### Prévention et suivi - Place du BCG

#### 1. Recommandations communes applicables à tout milieu de travail



**Ce guide est destiné aux médecins du travail et de prévention des structures qui étaient concernées par l'obligation vaccinale BCG.**

Il 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.

Il peut également être utile aux responsables de ces structures.

Il est composé d'un noyau commun à tous les milieux de travail portant sur la démarche et les recommandations de base, complété de **6 fiches de synthèse pour chaque secteur d'activité** :

- **Parue** : milieu carcéral
- **A paraître 2020** : santé, urgences, laboratoires, petite enfance, et prise en charge de populations en grande précarité (migrants, SDF...).

**Il a été élaboré grâce au soutien financier de la DGS**

# Sommaire

<b>Contexte .....</b>	<b>5</b>
<b>Rappels sur la tuberculose .....</b>	<b>6</b>
<b>Quels sont les facteurs de risque de contracter la tuberculose en milieu professionnel ? .....</b>	<b>7</b>
<b>Le BCG : Quelle efficacité préventive ? Pourquoi la levée de l'obligation ? .....</b>	<b>7</b>
<b>Quelle stratégie mettre en place face au risque de tuberculose professionnelle ? .....</b>	<b>9</b>
<b>Evaluer le risque.....</b>	<b>9</b>
<b>Quantifier le risque .....</b>	<b>9</b>
<b>Déterminer le type de mesures à mettre en place.....</b>	<b>10</b>
1. La priorité est aux mesures de dépistage et de prévention de la transmission : .....	10
2. La vaccination par le BCG.....	10
3. Un suivi médical .....	10
<b>Références .....</b>	<b>12</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>15</b>
<b>Annexe 1 : Professionnels qui étaient soumis à l'obligation BCG .....</b>	<b>16</b>
<b>Annexe 2 : Eléments à prendre en compte pour l'évaluation du risque .....</b>	<b>17</b>
<b>Annexe 3 : Affiche INRS : quel masque porter ? .....</b>	<b>18</b>
<b>Annexe 4 : Recommandations de dépistage de l'ITL.....</b>	<b>19</b>
<b>Annexe 5 : Questionnaire pour consultation de suivi des professionnels exposés.....</b>	<b>20</b>

## Contexte

Compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, l'obligation de vaccination BCG pour certaines activités et professions, mentionnées aux articles L.3112-1, R.3112-1 C et 2 du Code de la santé publique a été suspendue depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019 (1). La liste des professions qui étaient concernées est présentée **en annexe 1**.

Cela impose néanmoins de renforcer la prévention primaire et secondaire de la tuberculose dans les différents milieux professionnels exposés. **En effet, l'argumentaire pour suspendre l'obligation BCG est en particulier basé sur le fait que l'application des mesures de prévention et le suivi correct des personnels en vue du dépistage et du traitement des tuberculose maladie (TM) et infection tuberculeuse latente (ITL) sont plus efficaces que le vaccin en termes de prévention du risque professionnel (2,3,4)**. Cela implique toutefois que ces mesures soient bien connues et appliquées.

En complément de ces mesures, la Haute autorité de santé (HAS) a proposé la possibilité que le médecin du travail puisse éventuellement proposer la vaccination par le BCG, au cas par cas, en fonction de l'évaluation du risque, pour les professionnels du secteur sanitaire et social non vaccinés antérieurement, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés tels que :

- Les personnels en contacts répétés avec des patients tuberculeux contagieux et tout particulièrement ceux à risque de tuberculose multi résistante ;
- Les personnels de laboratoire travaillant sur le bacille de la tuberculose (*mycobactérium tuberculosis*) : cultures, modèles animaux .... (5).

Cette possibilité est prévue dans le Code du travail (art. R.4426-6) : tout employeur peut recommander une vaccination aux salariés, après avis du médecin du travail, lui-même se référant aux recommandations du calendrier vaccinal.

---

**Le GERES a élaboré ce guide, destiné aux médecins du travail et de prévention, pour les aider à évaluer le risque afin de poser les éventuelles indications d'une vaccination BCG et de proposer une optimisation des stratégies de prévention et de dépistage dans leur établissement.**

---

# Rappels sur la tuberculose

*Mycobacterium tuberculosis* (Bacille de Koch ou BK), est le principal agent responsable de la tuberculose. Il se transmet par voie aérienne (aérosols émis par une personne atteinte de tuberculose pulmonaire contagieuse). Après une contamination par *M. Tuberculosis*, l'infection tuberculeuse restera silencieuse dans la majorité des cas : on parle d'infection tuberculeuse latente (ITL). Elle ne s'accompagne pas de symptômes et la personne infectée n'est pas contagieuse.

L'ITL a pour conséquence une réaction positive au test cutané

à la tuberculine (IDR) ou un résultat positif au test de libération de l'interféron gamma (IGRA).

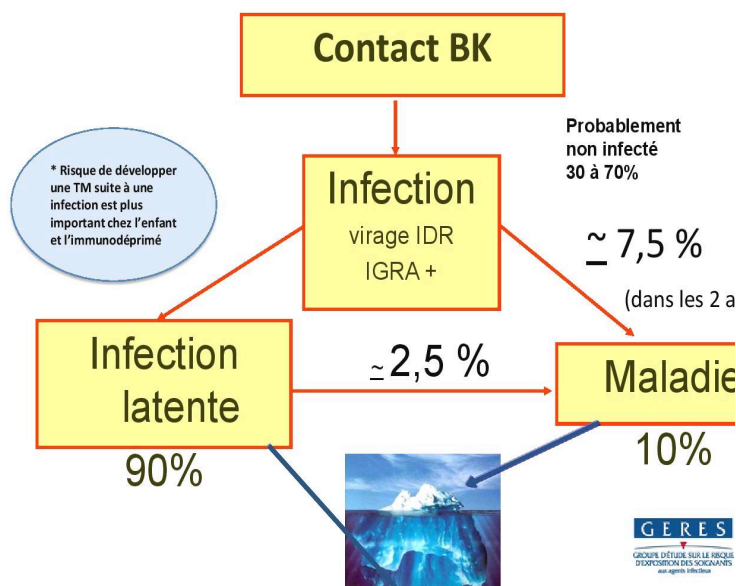
En l'absence de déficit immunitaire, seules 10% environ des personnes infectées développeront une tuberculose maladie (TM), avec un net sur-risque au cours des 2 années qui suivent l'infection. La personne est alors, en général, symptomatique et le bacille peut être isolé dans les prélèvements biologiques (expectoration, ponction...).

Les symptômes évocateurs d'une tuberculose pulmonaire sont une toux évoluant depuis plus de 3 semaines, notamment dans un contexte de contagie, une fièvre ou plus souvent une fièvre persistante avec sueurs nocturnes, asthénie et amaigrissement (**cf. schéma ci-dessus**).

La France, où la morbidité et la mortalité dues à la tuberculose ont considérablement diminué, est considérée comme un pays de faible endémie (7,6 cas de tuberculose pour 100 000 habitants et 5,4 cas pour 100 000 pour la forme pulmonaire en 2018) mais avec des variations importantes :

- selon les régions : les taux les plus importants concernent l'Île de France (16,1/10<sup>5</sup>) et la Guyane (25,7/10<sup>5</sup>) en 2018 ;
- et selon les pays d'origine des personnes : les taux de déclaration en 2018 sont de 2,8/10<sup>5</sup> chez les personnes nées en France et de 40,1/10<sup>5</sup> chez celles nées à l'étranger, atteignant plus de 150/10<sup>5</sup> chez les personnes nées en Afrique Sub-saharienne (6).

## Histoire naturelle de la tuberculose\* : tuberculose infection et tuberculose maladie



**Rappelons que la TM est une maladie à déclaration obligatoire. Elle est d'autre part reconnue comme maladie professionnelle lorsqu'elle survient chez un professionnel exposé (Tableau n° 40 du Régime général de la Sécurité sociale).**

# Quels sont les facteurs de risque de contracter la tuberculose en milieu professionnel ?

Le risque pour une personne d'être infectée par *M. Tuberculosis* dépend d'abord de l'incidence de la maladie dans la communauté (de vie et/ou de travail) qui varie comme on l'a vu ci-dessus.

**Au contact d'une personne atteinte de tuberculose pulmonaire (TP) le risque d'être infecté dépend :**

- de la contagiosité du cas source : existence et intensité de la toux, présence ou non de lésion(s) excavée(s) (caverne pulmonaire), importance de l'inoculum (examen direct positif ; nombre de BAAR par champ, par lame) ;
- des caractéristiques de l'exposition : confinement, proximité et durée du contact ; en milieu de soins ou laboratoires, réalisation de manœuvres générant des aérosols ;
- de l'existence ou non de mesures barrières.

**Les caractéristiques du sujet contact** vont influencer sur le risque de progression vers la maladie après l'infection. Le risque de passage à la TM en cas d'infection est beaucoup plus élevé pour les immunodéprimés et les enfants.

## Le BCG : Quelle efficacité préventive ? Pourquoi la levée de l'obligation ?

L'efficacité du BCG, en primovaccination chez l'enfant, dans la prévention de la tuberculose respiratoire est estimée à environ 50%. La durée de la protection vaccinale chez les personnes vaccinées dans l'enfance est mal connue mais elle diminue avec l'âge. En cas de primovaccination à l'âge adulte, les données d'efficacité du BCG sont très peu nombreuses et montrent une protection très variable, de 0 à 60% (2,3).

Rappelons qu'il n'y a pas d'indication à revacciner un sujet ayant déjà été vacciné antérieurement.

Bien que le vaccin BCG intradermique présente un profil de sécurité d'emploi satisfaisant, des effets indésirables loco-régionaux gênants sont régulièrement signalés, surtout chez l'enfant de moins d'un an et chez l'adulte. La vaccination par le BCG comporte en outre l'inconvénient de positiver l>IDR rendant la surveillance plus difficile.

Cette difficulté peut être contournée par l'utilisation des tests de détection de la production d'Interféron gamma (tests IGRA) pour le dépistage de l'ITL chez des personnes vaccinées, notamment lors des enquêtes autour d'un cas (8-10).

Compte tenu de cette efficacité incomplète et de ses inconvénients, le taux d'incidence en dessous duquel la vaccination par le BCG n'est plus recommandée en population générale par l'OMS est de 10 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants par an, ce qui est le cas en France depuis plusieurs années. Cela a justifié la suspension de l'obligation du BCG chez l'enfant, remplacée par une recommandation de ne vacciner que les enfants à risque.

Il en est de même depuis avril 2019 pour les professionnels exposés (voir les détails de l'argumentaire du [rapport du HCSP de mars 2010](#) , des [avis du HCSP de mars 2017](#) et de [l'HAS de novembre 2018](#)) (2-4).

La France imposait encore une obligation vaccinale par le BCG pour des professionnels à la différence de 27 pays européens et l'Amérique du Nord. Seuls quelques-uns d'entre eux recommandent la vaccination par le BCG des personnels très exposés :

- services de soins accueillant de nombreux patients tuberculeux, notamment atteints de tuberculose multirésistante ;
- laboratoires travaillant en routine sur des cultures de *M. tuberculosis* ;
- professionnels travaillant dans des lieux où l'incidence de la tuberculose est élevée et où ne peuvent être mises en place des mesures techniques de prévention suffisantes.

C'est le choix qui a également été fait en France depuis la levée de l'obligation vaccinale chez les professionnels (5). Chaque situation professionnelle doit être examinée au cas par cas par le médecin du travail afin de recommander éventuellement le BCG, en collaboration avec l'employeur (se reporter aux spécificités dans chacune des fiches par secteurs d'activité).

---

**A noter que ces recommandations sur la vaccination par le BCG des professionnels n'auront qu'un faible impact jusqu'à ce que la cohorte de jeunes, non vaccinés du fait de la levée de l'obligation vaccinale en population générale en 2007, soit en âge de travailler, sauf dans quelques cas de recrutement de personnes venant de pays où le vaccin n'est pas réalisé.**

---



# Quelle stratégie mettre en place face au risque de tuberculose professionnelle ?

## Evaluer le risque

La première étape de toute stratégie de prévention du risque de tuberculose doit reposer sur une évaluation du risque en concertation avec l'employeur (cf. aide à l'évaluation en **annexe 2**).

### **Il faut rechercher l'existence :**

- de cas de tuberculose ainsi que de cas de tuberculose multirésistante dans la population prise en charge : intérêt de la mise en place d'un signalement systématique des cas repérés, qui nécessite une collaboration étroite avec les CLATs et en milieu de santé avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et le laboratoire ;
- de tuberculoses reconnues comme Maladie Professionnelle (ITL et TM) parmi les professionnels concernés.

**Il faut repérer les tâches les plus exposantes et les mesures de prévention mises en place**, leur applicabilité. Ainsi, pour une même incidence de la tuberculose dans une structure, le niveau du risque dépendra également de l'application et de l'applicabilité des mesures de prévention : par exemple, en milieu de soins, les mesures de protection sont plus faciles à mettre en place que dans d'autres milieux professionnels mais, pour les soignants, la durée et la proximité des contacts sont probablement plus importants que pour les autres professionnels.

## Quantifier le risque

### **A l'issue de cette évaluation, essayer de quantifier le risque :**

Ainsi, dans les recommandations du CSHPF de 2003 concernant la surveillance des professionnels exposés, sont considérés comme à risque élevé les secteurs (un service de soins, un bâtiment, un foyer...), accueillant plus de 5 personnes atteintes de tuberculose contagieuse par an. Ces recommandations ne visaient pas uniquement les professionnels des structures de soins mais aussi des prisons, foyers pour migrants... (11).

Cette quantification du niveau de risque variera selon les spécificités des milieux de travail (cf. évaluation du risque détaillée dans chaque fiche secteur).

# Déterminer le type de mesures à mettre en place

## 1. La priorité est aux mesures de dépistage et de prévention de la transmission

En premier lieu, repérage précoce et orientation rapide pour traitement des cas de tuberculose dans la population prise en charge ; le traitement diminue rapidement la charge bactérienne et la toux, et donc la contagiosité.

Il faut savoir penser à la tuberculose devant certains symptômes (toux, fatigue prolongée, amaigrissement...) et la rechercher dans certaines situations (migrants...). Ce repérage précoce permettra un signalement pour un dépistage rapide des sujets contact, évitant ainsi les cas secondaires.

- Mise en place de mesures techniques collectives (locaux permettant un isolement de la personne atteinte de tuberculose contagieuse dès la suspicion, aération suffisante...) et individuelles : mise à disposition de masques de protection respiratoire (FFP2) quand le port est possible par le professionnel et de masque chirurgical porté par le malade (cf. **annexe 3**). Elles ont fait la preuve de leur efficacité en milieu de soin : 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 soignant diminuait très nettement (8).
- Information des professionnels concernés sur la tuberculose, son mode de transmission, les moyens de s'en protéger en prenant en compte les craintes que cette maladie peut inspirer.
- Formation au port du masque de protection respiratoire quand celui-ci est indiqué.

## 2. La vaccination par le BCG

Compte tenu des arguments développés plus haut, n'a en général plus d'indication pour les professionnels en poste sauf cas particuliers de postes à haut risque (cf. fiches par secteurs d'activité). Elle n'a plus d'indication pour les étudiants des filières antérieurement visées par l'obligation et ne doit plus être demandée à l'inscription.

## 3. Un suivi médical

Un suivi médical visant à dépister et à traiter les ITL et les TM parmi le personnel exposé (vacciné et non vacciné) complète ces mesures. L'identification des professionnels exposés nécessitant ce suivi particulier repose sur l'évaluation du risque réalisée par le médecin du travail ou de prévention en collaboration avec l'employeur (cf. **annexe 2**). Concernant les modalités du suivi médical du personnel exposé, on peut s'inspirer des recommandations émises pour les professionnels de santé et détaillées dans le guide du GERES (8). S'agissant du dépistage de l'ITL, on se basera sur les recommandations du HCSP rappelées en **annexe 4** (9).



## Références

1. [Décret n° 2019-149 du 27 février 2019](#) modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG
2. Avis et [rapport du HCSP de mars 2010](#) : Obligation de vaccination par le BCG des professionnels
3. [Avis du HCSP de mars 2017](#) : Obligation de vaccination par le BCG des professionnels
4. [Avis n° 2018.0049/AC/SEESP du 21 novembre 2018](#) du collège de la Haute Autorité de santé relatif au projet de décret modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG
5. [Calendrier vaccinal](#)
6. Santé Publique France Epidémiologie de la Tuberculose en France : données 2018. [https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/tuberculose/donnees/ - tabs](https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/tuberculose/donnees/)
7. [SF2H Précautions complémentaires Air](#)
8. [Guide GERES actualisation 2017](#)
9. [Avis du HCSP de](#) Mai 2019 : Infections tuberculeuses latentes Détection, prise en charge et surveillance.
10. [Rapport du HCSP du 25 octobre 2013](#). Enquête autour d'un cas de tuberculose
11. Bouvet E, Abiteboul D, Antoun F et al. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France (synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (2002-2003). Rev Mal Respir, 2003, 20 (cahier 2, n° 6).  
[http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cshpf/2003\\_tuberculose\\_CSHPF.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cshpf/2003_tuberculose_CSHPF.pdf)

## Groupe de travail

- **Coordination : Dominique Abiteboul** - GERES, Paris
- **Christine Barbier** - Médecin de santé publique, retraitée ; a exercé à la DGS
- **Marie-Cécile Bayeux-Dunglas** - Médecin du travail, Institut National de Recherche et de Sécurité, Paris
- **Elisabeth Bouvet** – Présidente de la CTV de l’HAS
- **Jean-François Gehanno** - Médecin du travail CHU Rouen - Président d’honneur de la SFMT
- **Gérard Pellissier** - GERES, Paris
- **Elisabeth Rouveix-Nordon**, PUPH, CHU Ambroise Paré, AP-HP - Présidente du GERES
- **Sylvie Touche** - Médecin du travail CHU de Reims
- **Catherine Verdun-Esquer** - Médecin du travail, CHU de Bordeaux - Hôpital Pellegrin

*Remerciements à Jean-Paul Guthmann de Santé Publique France pour sa collaboration*

# Index des abréviations

<b>CLAT :</b>	Centre de Lutte Antituberculeuse
<b>DGS :</b>	<b>Direction Générale de la Santé</b>
<b>HAS :</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HCSP :</b>	Haut Conseil de la Santé Publique
<b>IDR :</b>	Intra Dermo Réaction à la tuberculine
<b>IGRA :</b>	Interferon Gamma Release Assay
<b>ITL :</b>	Infection Tuberculeuse Latente
<b>M Tuberculosis :</b>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
<b>TM :</b>	Tuberculose Maladie
<b>XDR :</b>	Extensively Drug-Resistant : tuberculose ultra résistante



**ANNEXES**



# Annexe 1

## Liste des professionnels qui étaient soumis à l'obligation de vaccination par le BCG (Article R3112-1 et Article R3112-2 du Code de santé publique suspendus depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019)

**1° Les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire et en pharmacie ainsi que les étudiants sages-femmes et les personnes inscrites dans les écoles et établissements préparant aux professions de caractère sanitaire ou social énumérées ci-après :**

### Professions de caractère sanitaire :

- a) Aides-soignants ;
- b) Ambulanciers ;
- c) Audio-prothésistes ;
- d) Auxiliaires de puériculture ;
- e) Ergothérapeutes ;
- f) Infirmiers et infirmières ;
- g) Manipulateurs d'électro-radiologie médicale ;
- h) Masseurs-kinésithérapeutes ;
- i) Orthophonistes ;
- familiale.
- j) Orthoptistes ;
- k) Pédicures-podologues ;
- l) Psychomotriciens ;
- m) Techniciens d'analyses biologiques

### Professions de caractère social :

- a) Aides médico-psychologiques ;
- b) animateurs socio-éducatifs ;
- c) Assistants de service social ;
- d) Conseillers en économie sociale et familiale ;
- e) Educateurs de jeunes enfants
- f) Educateurs spécialisés
- g) Educateurs techniques spécialisés ;
- h) Moniteurs-éducateurs ;
- i) Techniciens de l'intervention sociale et

**2° Les personnes exerçant une activité professionnelle énumérées ci-après :**

- Les personnes exerçant une activité professionnelle dans les établissements ou services mentionnés au A de l'article R. 3112-1 ainsi que les assistantes maternelles ;
- Les personnes exerçant une activité professionnelle dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale ;
- Les personnels des établissements pénitentiaires, des services de probation et des établissements ou services de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- Le personnel soignant des établissements et services énumérés ci-après ainsi que les personnes, au sein de ces établissements, susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux :
  - a) Etablissements de santé publics et privés, y compris les établissements mentionnés à l'article L. 6141-5 ;
  - b) Hôpitaux des armées et Institution nationale des invalides ;
  - c) Services d'hospitalisation à domicile ;
  - d) Dispensaires ou centres de soins, centres et consultations de protection maternelle et infantile ;
  - e) Etablissements d'hébergement et services pour personnes âgées ;
  - f) Structures prenant en charge des malades porteurs du virus de l'immuno-déficience humaine ou des toxicomanes ;
  - g) Centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
  - h) Structures contribuant à l'accueil, même temporaire, de personnes en situation de précarité, y compris les cités de transit ou de promotion familiale
  - i) Foyers d'hébergement pour travailleurs migrants.

**3° Les sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours**



## Annexe 2

### **Proposition d'une aide à l'évaluation du risque de tuberculose chez le personnel en dehors de l'enquête autour d'un cas**

#### **Eléments à prendre en compte par le médecin du travail ou de prévention**

##### **1) Dans la structure :**

- ***L'épidémiologie de la tuberculose dans la population prise en charge par les professionnels :***
  - Incidence de la TM dans la population avec laquelle les professionnels sont en contact (risque élevé si  $\geq 5$  cas de TB par an dans l'unité où travaille la personne)
  - Origine géographique de la population prise en charge (Afrique sub-saharienne..)
- ***L'incidence des cas de TM chez le personnel concerné***
- ***La possibilité d'application des mesures de prévention***

##### **2) Pour chacun des professionnels exposés :**

- ***La nature et la fréquence des contacts exposants***
  - Fréquence des contacts (à titre indicatif, la durée de contact cumulée avec un cas de TM contagieuse faisant craindre une transmission est estimée, en moyenne, à 8 heures)
  - Proximité des contacts (contact étroit = séjour dans un même espace limité («bulle» de 2 mètres de diamètre) au quotidien (même bureau, chambre dans foyer ou hôpital, cellule)
- ***L'existence de facteurs de risque individuels d'évolution vers la tuberculose maladie en cas d'ITL***
  - Recherche d'immunodépression (greffe, VIH, chimiothérapie, traitement anti TNF...)
  - Maladie pulmonaire chronique
- ***La probabilité d'avoir une ITL antérieure (ce qui augmente le risque de TM)***
  - Personne originaire d'un pays à forte endémie ( $> 100$  TM / 100 00 habitants)

**AFFICHE INRS A-763**

**Infections à transmission respiratoire  
Quel masque porter ?**

**Patient**  
Le patient suspect ou atteint d'une infection à transmission respiratoire « air » ou « gouttelettes » porte un masque chirurgical dès l'entrée à l'hôpital

**Si le patient est suspect ou atteint d'une infection à transmission « gouttelettes »**  
Exemples : coqueluche, méningite à méningocoque, grippe saisonnière  
Soignant et Visiteurs → Masque chirurgical\*  
Le soignant et les visiteurs portent un masque chirurgical\* pour entrer dans sa chambre

**Si le patient est suspect ou atteint d'une infection à transmission « air »**  
Exemples : tuberculose, varicelle, rougeole  
Soignant et Visiteurs → Masque de protection respiratoire  
Le soignant et les visiteurs portent un masque de protection respiratoire pour entrer dans sa chambre

**Patient**  
Le patient suspect ou atteint d'une infection à transmission respiratoire « air » ou « gouttelettes » porte un masque chirurgical pour tout déplacement hors de sa chambre

\*Sauf recommandations spécifiques concernant par exemple des agents émergents ou un geste à risque spécifique (exemple : fibroscopie bronchique).

**Bonnes pratiques d'utilisation**

- > Consulter la notice d'emploi fournie par le fabricant.
- > Ajuster le masque. Pour le masque de protection respiratoire, l'étanchéité doit être évaluée à chaque utilisation (*fit-check*) car la protection en dépend.
- > Une fois en place, ne pas manipuler le masque.
- > Après avoir enlevé et jeté le masque, réaliser une friction hydroalcoolique des mains.



Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles  
45 boulevard Richard-Lenoir 75011 Paris • www.inrs.fr • © INRS 2013 • Obtenir graphique : InMioem • AZ 763

## Annexe 4

### Dépistage de l'ITL chez les professionnels de santé Recommandations du HCSP de mai 2019 (9)

#### 1. Lors de l'embauche ou de l'affectation d'un professionnel de santé au sein d'un établissement

- Tous les soignants et étudiants des filières de formation en santé doivent bénéficier d'un test de dépistage de l'ITL de référence (en préférant un test IGRA chez les sujets vaccinés par le BCG) ;
- Le dépistage de l'infection tuberculeuse latente et de la tuberculose maladie chez les soignants provenant de pays à forte endémie tuberculeuse (seuil de  $100/10^5$ ) doit être effectué le plus tôt possible (au mieux avant leur prise de fonction) et dans les 5 ans suivant leur arrivée en France ;
- il est rappelé que les migrants de plus de 18 ans et de moins de 40 ans en provenance de pays avec une incidence supérieure à  $100/10^5$ 
  - arrivés en France depuis moins de 5 ans,
  - vivant avec des enfants de moins de 18ans,
  - travaillant dans le domaine de la petite enfance,doivent faire l'objet d'un dépistage d'ITL et être traités si besoin, moins en raison de la fréquence attendue de la maladie (ITL ou tuberculose maladie) que des conséquences d'une tuberculose contagieuse dans cette population.

#### 2. En cours d'activité, comme le HCSP l'a déjà préconisé en 2011

- Ne pas mettre en place un suivi périodique de l'ITL par un test IGRA chez les personnels de santé tout au long de leur parcours professionnel ou lors des changements d'affectations, mais prioriser les soignants travaillant dans des services à risque selon l'avis du médecin du travail ;
- Ce suivi repose sur une surveillance clinique et l'interrogatoire. Il doit comporter une évaluation des comptages ayant pu survenir et la recherche de symptômes évocateurs de TM. Il doit être l'occasion d'un rappel des mesures de prévention. Celles-ci doivent faire l'objet d'une stratégie de prévention et de gestion du risque partagée entre la médecine du travail, l'équipe opérationnelle d'hygiène, le CLIN ou la CME de l'établissement et sa direction.

## Annexe 5

### 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 inexplicée  
 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

UNIVERSITE PARIS DIDEROT PARIS 7 - UFR de Médecine Site Bichat

16, rue Henri Huchard - 75890 PARIS Cedex 18

Site Web : [www.geres.org](http://www.geres.org) - Email : [geres@geres.org](mailto:geres@geres.org)

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

Organisme formateur N° 11920741192