

GUIDE

Risque de tuberculose professionnelle

Prévention et suivi - Place du BCG

6. Recommandations pour les professionnels travaillant au contact de jeunes enfants

Fiche spécifique pour les médecins du travail

Personnels concernés : professionnels travaillant au contact de jeunes enfants (moins de 6 ans) en établissements d'accueil pour jeunes enfants (EAJE) (crèches, haltes jeux, accueil périscolaire...), en école maternelle ou à domicile (assistantes maternelles, garde d'enfants à domicile), hors structures de soins ou médico-sociales.¹

La liste des personnes² qui étaient ciblées par l'obligation de vaccination par le BCG est présentée **en annexe 1**.

Il s'agit d'un secteur marqué par les spécificités suivantes :

- **Risque particulier lié à la tuberculose non pour le professionnel mais pour les enfants si un professionnel venait à les contaminer**
- Grande diversité des intervenants concernés : établissements publics (municipaux et départementaux), associatifs ou privés, intervenants à domicile
- Absence de recommandations standardisées pour le suivi de ces personnels : déficit de suivi lorsque travail à domicile

Cette fiche ne prend en compte que les spécificités du risque dans le secteur de la petite enfance et renvoie pour les éléments communs de prévention et de suivi aux recommandations [du guide commun à l'ensemble des milieux professionnels](#)

Elaborée grâce au soutien financier de la DGS

Sommaire

Existe-il un risque dans les contextes professionnels concernés ? 4

Données générales 4

Epidémiologie de la tuberculose chez les enfants pris en charge 4

Epidémiologie de la tuberculose chez les professionnels de la petite enfance 5

Évaluation du niveau de risque lié à la tuberculose dans les différentes structures
concernées..... 6

Mesures de prévention collectives et individuelles à mettre en place 7

Points clés : 7

Organisation générale 7

Repérage le plus précoce possible des cas de tuberculose..... 8

Mesures de prévention adaptées à mettre en place 8

En cas de suspicion de tuberculose chez un enfant..... 8

En cas de tuberculose pulmonaire avérée chez un professionnel..... 9

Indications éventuelles du BCG 10

Modalités de suivi des personnels exposés au risque 11

ANNEXES..... 14

Annexe 1 - Liste des professionnels qui étaient soumis à l'obligation de vaccination par
le BCG avant 2019 15

Annexe 2 - Liste des pays de haute endémie 16

Annexe 3 - Un exemple de modalités de dépistages effectué par le CLAT 75 19

Existe-il un risque dans les contextes professionnels concernés ?

Données générales

Epidémiologie de la tuberculose chez les enfants pris en charge

- Dans les pays à faible incidence comme la France, la tuberculose pédiatrique est devenue rare. En 2020, sur 4 606 cas de tuberculose (6,8/100 000), 89 cas ont été déclarés chez les moins de 5 ans (2,4/100 000). Le nombre de formes graves de l'enfant (méningées ou miliaires) est stable (9 cas en 2020 et 10 en 2019). La modification de la politique vaccinale BCG en 2007 et la pénurie de vaccin des 6 dernières années n'ont pas impacté l'épidémiologie de la tuberculose de l'enfant (Santé Publique France).¹
- Comme chez l'adulte, il existe des disparités territoriales avec un cas sur trois survenus en Ile de France.
- La tuberculose chez l'enfant peut être grave et rapidement évolutive. Jusqu'à l'âge de 5 ans, l'enfant infecté a un risque augmenté d'évolution vers la maladie. Ce risque est surtout majeur avant 2 ans (**cf. tableau**).
- La grande majorité des cas de tuberculose (TM) de l'enfant sont identifiés au cours d'un dépistage dans l'entourage d'un adulte atteint de TM contagieuse, et une optimisation de ces dépistages pourraient potentiellement prévenir jusqu'à 50% des cas de TB-maladie de l'enfant ²
- Il n'a pas été noté de cas de tuberculose multirésistante chez des enfants de moins de 15 ans en 2021. 4 cas ont été déclarés en 2020 chez des enfants âgés respectivement de 4, 9, 12 et 13 ans, dont 3 d'entre eux nés en pays de forte endémie tuberculeuse³.
- Dans les structures d'accueil des jeunes enfants, la proximité et la durée des contacts entre les enfants et les professionnels, la densité d'occupation des locaux, un renouvellement de l'air parfois insuffisant sont des facteurs favorisant la transmission d'un professionnel atteint de TM à un enfant.

¹ Tuberculose en France : chiffres et résultats clés 2020 <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/tuberculose-en-france-les-chiffres-2020>

² Delacourt C La tuberculose pédiatrique en 2020 : quelles actualités ? Perfectionnement en pédiatrie. [Volume 3, Issue 1](#), March 2020, Pages 46-51
<https://doi.org/10.1016/j.perped.2020.01.026>

³ La déclaration obligatoire intègre les cas tuberculeux MDR validés par le centre national de référence (CNR) depuis 2020. Le recul est estimé insuffisant (J. P Guthmann. Santé Publique France)

Tableau : Risque de tuberculose après infection chez des enfants immunocompétents (Source : HCSP 2013)⁴

| Age à la primo infection | Risque de maladie pulmonaire ou de maladie lymphatique médiastinale % | Risque de tuberculose méningée ou disséminée % |
|--------------------------|---|--|
| < 12 mois | 30-40 | 10-20 |
| 12-24 mois | 10-20 | 2-5 |
| 2-4 ans | 5 | 0,5 |
| 5-10ans | 2 | <0,5 |
| >10 ans | 10-20 | <0,5 |

Epidémiologie de la tuberculose chez les professionnels de la petite enfance

On manque d'informations sur les effectifs des personnes exerçant dans les secteurs accueillant de jeunes enfants ainsi que de données sur les cas de tuberculose parmi eux.

- Les données de la déclaration obligatoire (DO) montrent, en 2019, parmi 321 cas déclarés chez des professionnels à caractère sanitaire ou social (soit 8% des 4021 DO, pour lesquelles cette information était spécifiée), 66 travaillaient au contact d'enfants de moins de 15 ans. En 2020, ils étaient 57 parmi 286 cas (JP Guthmann⁵ 2022). Il est difficile de rapporter ces cas à un effectif du fait de la diversité des personnes et des statuts concernés.
- Des données qualitatives⁶ recueillies auprès des professionnels de terrain de CLAT (Centre de Lutte Antituberculeuse) confirment l'existence de cas chez des professionnels gardant des enfants en mode collectif ou à domicile. Une partie des cas est survenue chez des personnes originaires de pays de forte endémie.
- Concernant les tuberculoses reconnues en Maladies professionnelles dans le secteur concerné : aucune statistique n'est disponible. Néanmoins, la probabilité qu'un personnel soit contaminé par un enfant est très faible vu l'incidence de la tuberculose en France chez le jeune enfant et sa faible contagiosité. L'hypothèse la plus probable serait qu'un professionnel de la petite enfance soit contaminé par un collègue atteint de TM. La revue de la littérature sur les infections professionnelles selon les métiers objectivent un risque accru pour un professionnel de contracter de nombreux pathogènes (VRS, gastro-entérites, grippe, CMV...) mais pas de tuberculose⁷.

⁴ Rapport du HCSP-2013 : Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=391#:~:text=Avec%20une%20incidence%20de%20,une%20ma%C3%A9trise%20de%20l'end%C3%A9mie.>

⁵ JP Guthmann – Santé Publique France : données issues de la DO non publiées

⁶ Le CLAT 75 a recensé sur la période 2010-2022, 33 cas dont 20 chez des personnes gardant les enfants à domicile (professionnels ou non), 7 auxiliaires de puériculture, 4 animateurs (centre aéré, centre de loisir), 1 agent territorial spécialisé des écoles maternelles (ATSEM), 1 enseignant. Dans 15 cas, la recherche de BK était positive à l'examen direct (dont un cas de MDR en 2018), 22 après culture (3 données manquantes), la présence de caverne à la radiographie était notée dans 15 cas (3 données manquantes)

Le CLAT 93 a recensé, sur la période 2018-2022 4 cas chez des professionnels de la petite enfance : 1 auxiliaire de puériculture, 1 personnel de crèche, 1 assistante maternelle, 1 garde à domicile (non agréée). 3 étaient nés en pays d'endémie et une née en France de parents originaires de pays d'endémie. Aucun de ces cas n'était bacillifère et aucun cas secondaire n'a été dépisté par le CLAT.

Le CLAT 66 a recensé 2 cas sur la période 2011-2022 dont une assistante maternelle agréée et un enseignant de maternelle

⁷ Haagsma J et al. Infectious disease risks associated with occupational exposure: a systematic review of the literature Occup Environ Med 2012;69:140e146. doi:10.1136/oemed-2011-100068

En revanche, des transmissions de la tuberculose d'un professionnel de crèche à des enfants ont été décrits⁸. En Suède⁹, un professionnel souffrant d'une tuberculose cavitaire a été à l'origine de 17 cas de tuberculose primaire avec signes radiologiques et cliniques, 1 cas de tuberculose miliaire et 15 ITL parmi 53 enfants fréquentant régulièrement la crèche où travaillait de professionnel.

En conclusion, les données manquent quant à la fréquence des tuberculoses chez les professionnels de la petite enfance : intégrer de façon plus précise la notion de travail au contact d'enfants de moins de 6 ans dans le formulaire de déclaration obligatoire (DO) permettrait de mieux authentifier ces risques. Cette notion pourrait également être mentionné dans les rapports d'activité des CLAT.

Évaluation du niveau de risque lié à la tuberculose dans les différentes structures concernées.

Même si les cas de tuberculose sont rares parmi ces professionnels, leurs conséquences pour les jeunes enfants peuvent être graves, rendant nécessaire de réaliser une évaluation du risque potentiel de survenue de cas de tuberculose chez les professionnels afin de déterminer la stratégie locale de prévention en l'adaptant au contexte.

Cette étape repose sur une bonne communication entre le médecin du travail et le directeur de la structure qui en a la responsabilité (Art. L 4121-1 à L 4121-3 du code du travail).

Les services de prévention et de santé au travail (SPST) assurant le suivi des personnels sont le plus souvent des services inter-entreprises, qui, compte tenu du nombre de structures prises en charge, peuvent rencontrer des difficultés dans le repérage du risque de tuberculose. Une collaboration étroite avec les CLAT, est un apport essentiel dans ce contexte.

Cette évaluation se base sur :

- Le contexte épidémiologique local, en particulier les régions de forte incidence : Ile-de-France, Guyane, Mayotte.¹⁰
- Le profil des enfants accueillis : issus de familles vivant dans des conditions de promiscuité, de précarité ou primo-arrivantes de pays de forte endémie tuberculeuse (cf. annexe 2) ; critères d'âge <2 ans et d'immunodépression, ; statut vaccinal BCG.
- Le profil des professionnels eux-mêmes pouvant être issus de pays de forte endémie tuberculeuse (cf. annexe 2) , ou dans une situation d'immunodépression.
- La configuration des locaux : taille, densité d'occupation de la pièce, qualité de la ventilation, du renouvellement de l'air.
- La survenue de cas de tuberculose pulmonaire chez les personnels ou les enfants accueillis.

⁸ Garcia-Prats AJ, Zimri K, Mramba Z, Schaaf HS, Hesselning AC. Children exposed to multidrug-resistant tuberculosis at a home-based day care centre: a contact investigation Int J Tuberc Lung Dis 2014 Nov;18(11):1292-8. doi: 10.5588/ijtld.13.0872.

⁹ Gillman A, Berggren I [Sten-Erik Bergström](#), [Hedwig Wahlgren](#), [Rutger Bennet](#). Primary tuberculosis infection in 35 children at a Swedish day care center. °Pediatr Infect Dis J 2008 Dec;27(12):1078-82.. doi: 10.1097/INF.0b013e31817e83f4.

¹⁰ Cf note 3 Données SPF

Mesures de prévention collectives et individuelles à mettre en place

Points clés :

Organisation générale

Une bonne coordination et coopération de tous les acteurs concernés est indispensable : médecin du travail, pédiatre, médecin de crèche ou de PMI, médecin scolaire, CLAT, référent santé « accueil inclusif »¹¹ et responsable ou référent technique de la structure.

Il est recommandé d'informer les professionnels. Cette information peut concerner spécifiquement la tuberculose ou être intégrée à des actions plus globales sur les risques infectieux et la santé. Il est recommandé de s'inspirer de documents existants et d'organiser des sessions de formation à l'occasion d'une enquête ou de façon plus systématique (la formation et l'information des partenaires sur le dépistage relevant des missions obligatoires des CLAT). Il est notamment important d'informer sur les symptômes évocateurs de tuberculose et la conduite à tenir en cas de suspicion (modalités d'orientation pour prise en charge rapide, modalités d'accompagnement). Il peut être utile, en dehors de tout contexte d'enquête autour d'un cas de faire connaître les coordonnées et les missions du CLAT dont dépend la structure.

Il convient de s'assurer :

- du respect des exigences en terme de taille de locaux et de ventilation.¹²
- de la disponibilité de masques chirurgicaux en lien avec le directeur et le gestionnaire de la structure. Le port du masque doit être promu pour tout professionnel présentant des symptômes d'infection respiratoire haute ou basse. Néanmoins, le port éventuel d'un masque chirurgical ne modifie pas les indications de dépistage autour d'un cas.

¹¹ Article R 2324-39 du CSP.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043998784#:~:text=Le%20r%C3%A9f%C3%A9rent%20E2%80%9C%20Sant%C3%A9%20et%20Accueil,de%20pr%C3%A9vention%20et%20de%20handicap.

¹² Arrêté du 31 août 2021 relatif au référentiel national relatif aux exigences applicables aux établissements d'accueil de la petite enfance (dont locaux) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044025618>

Repérage le plus précoce possible des cas de tuberculose.

⇒ *Chez un enfant*

En France, le nombre de cas de TM pédiatriques est faible, exposant à un risque de méconnaissance des signes évocateurs de la maladie et des examens utiles au diagnostic. En outre, les signes sont peu spécifiques (fièvre, toux, fatigue), pouvant entraîner un retard de diagnostic.

Le diagnostic peut être difficile, car la preuve microbiologique n'est obtenue que dans une minorité de cas¹³. Tout retard au diagnostic expose l'enfant à de graves complications.

Il est également essentiel de dépister les ITL qui, chez l'enfant, doivent systématiquement être traitées. En pratique le diagnostic est fait dans un contexte d'enquête autour d'un cas adulte (famille en particulier)

⇒ *Chez un professionnel*

Les professionnels doivent faire l'objet d'un suivi régulier notamment en cas de facteurs de risque dépistés à l'embauche (cf. suivi paragraphe 4). Ils doivent être informés des symptômes évocateurs de tuberculose (toux depuis plus de 3 semaines, amaigrissement, fatigue, sueurs nocturnes, fièvre) justifiant de consulter rapidement afin de réaliser une radiographie de thorax.

Mesures de prévention adaptées à mettre en place

En cas de suspicion de tuberculose chez un enfant

- Information du CLAT de cette suspicion et vérification par le CLAT de la confirmation ou non du diagnostic de tuberculose
- Eviction de la collectivité pendant au moins les 15 premiers jours de traitement, même si tuberculose respiratoire avec examen microscopique (EM) négatif
- Rechercher très rapidement l'adulte contaminateur
Cette recherche doit être effectuée en priorité dans la famille. Il est également nécessaire de dépister toutes les personnes vivant dans le même domicile.
Si le contaminateur n'est pas retrouvé dans l'entourage familial de l'enfant, la recherche sera étendue à son lieu d'accueil (EAJE, domicile de l'assistante maternelle, école...). Il faut rappeler que l'enfant est exceptionnellement contagieux et que cette recherche s'adresse avant tout au personnel adulte ayant été en contact avec l'enfant même de

¹³ Cf note 4 Delacourt

façon temporaire dans l'année précédente (ne pas oublier les stagiaires, bénévoles, intervenants extérieurs). Il convient d'avertir le médecin du travail qui convoquera les personnes concernées pour consultation médicale et radiographie pulmonaire. Si le SPST ne peut assurer ce dépistage, c'est le CLAT qui s'en chargera.

En cas de tuberculose pulmonaire avérée chez un professionnel

- Prise en charge rapide et éviction systématique du cas index dès que le diagnostic est suspecté.
- Enquête autour du cas :
 - Du fait du risque majoré de TM chez le jeune enfant, l'initiation du dépistage doit être très rapide, idéalement dans les deux semaines suivant le diagnostic du cas index. Tout enfant exposé à une tuberculose de localisation respiratoire doit bénéficier d'un dépistage, même lorsque les examens microscopiques des expectorations de la personne contaminante sont négatifs. Il est recommandé de mettre systématiquement sous prophylaxie les enfants âgés de moins de 2 ans¹⁴.

L'enquête est organisée par le CLAT en liaison avec les différents interlocuteurs selon la collectivité concernée, dans le respect de la confidentialité :

- Etablissements d'accueil du jeune enfant : : directeur et gestionnaire de la structure, médecin de crèche ou de PMI, médecin du travail,
- Domicile de l'assistante maternelle : médecin de PMI, médecin du travail (lorsque la mise en œuvre sera effective- horizon 2025).
- Ecoles maternelles : directeur d'école, médecin scolaire ou de PMI, directeur de centre de loisirs, responsables de garderie ou de cantine, médecin du travail, éventuellement le médecin conseiller du directeur académique du département
- Il est préférable d'organiser ce dépistage sur site.

Dans tous les cas, il faut :

- Organiser une séance d'information sur les lieux, destinée aux familles et aux personnels concernés, en coordination avec les médecins référents et en respectant la confidentialité en collaboration entre le responsable de la structure, le médecin du travail et le CLAT. Un courrier d'information peut également être envoyé aux parents et personnels non concernés dans la structure pour éviter les craintes injustifiées.
- En milieu scolaire, le médecin scolaire accompagne le CLAT pour la recherche des sujets contacts et les réunions avec les parents

¹⁴ [Rapport du HCSP enquête autour d'un cas 2013](#). Page 27

- Informer les personnels sur les modalités du dépistage en veillant à faciliter leur adhésion : le dépistage est réalisé sur le temps de travail de la personne ou sur le temps de repos, dans ce cas les heures doivent lui être comptées.
- Mettre en place le suivi des sujets contacts : il est nécessaire d'insister sur l'importance du suivi.

⇒ **Pour le détail de la conduite à tenir autour d'un cas se référer aux recommandations du HCSP ¹⁵.**

Indications éventuelles du BCG

L'obligation de vaccination par le BCG a été suspendue pour les professionnels concernés (cf. détail des arguments sur lesquels a reposé cette décision dans le guide commun)¹⁶.

Le cas des personnes travaillant au contact d'enfants est particulier : en effet, la vaccination par le BCG a dans ce cas pour objectif essentiel de protéger les enfants pris en charge. On constate l'absence de données démontrant l'utilité du BCG, à visée altruiste, chez ces personnels pour prévenir la transmission aux enfants dont ils ont la charge.

Le calendrier vaccinal¹⁷ souligne que le BCG pourrait néanmoins être recommandé, au cas par cas, au personnel très exposés après évaluation du risque par le médecin du travail (cf. aide à l'évaluation en annexe 2 du guide commun)¹⁸.

Les professionnels de la petite enfance n'étant pas des professionnels à haut risque, il n'y a pas d'indication au BCG pour eux et il en est de même pour les étudiants.

Il est préférable d'assurer la détection précoce et la prise en charge des cas suspects de tuberculose maladie et de dépister rapidement les cas d'ITL chez les enfants et les professionnels exposés à un cas de tuberculose contagieuse.

En outre, il est rappelé que la vaccination BCG reste recommandée pour les enfants à risque élevé de tuberculose¹⁹ qu'ils soient accueillis ou non en collectivité, y compris chez les assistantes maternelles

¹⁵ Cf. Note 16

¹⁶ Guide Risque de tuberculose professionnelle Prévention et suivi - Place du BCG 1. Recommandations communes applicables à tout milieu de travail

<https://www.geres.org/wp-content/uploads/2020/07/Guide-commun-Tuberculose-BCG--DERNIERE-VERSION-30-JUIN-2020-1.pdf>

¹⁷ Calendrier vaccinal : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2022_mis_a_jour_juin_2022_v2.pdf

¹⁸ Cf. Note 15

¹⁹ Les enfants considérés comme à risque élevé de tuberculose sont listés dans le calendrier vaccinal : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

Modalités de suivi des personnels exposés au risque

Contrairement aux salariés des EAJE, les assistantes maternelles, salariées par des particuliers employeurs, ne bénéficiaient pas jusqu'à l'Ordonnance du 19 mai 2021 d'un suivi en santé au travail.²⁰ Celui-ci doit se mettre en place d'ici au 1^{er} janvier 2025.

Actuellement, la seule exigence est l'établissement d'un certificat médical dans le cadre de leur demande d'agrément. En effet, elles doivent être agréées par le Président du Conseil Départemental après évaluation par le service de PMI qui vérifie qu'elles disposent d'un certificat médical établi par leur médecin traitant²¹ attestant de l'absence de contre-indications médicales à l'accueil de jeunes enfants et notamment de signes évocateurs de tuberculose.²² Cet agrément est valable 5 ans, renouvelable pour 5 ans ou 10 ans.

A l'embauche :

Comme souligné dans la partie commune du guide, il est important de disposer d'un test immunologique de référence (IGRA ou IDR). Le risque pour un professionnel de contracter la tuberculose au contact des enfants étant très faible, ce test a pour principal objectif de s'assurer de l'absence d'infection tuberculeuse. Une positivité du test immunologique (IGRA ou IDR) implique alors la réalisation systématique d'une radiographie de thorax. Il en sera de même en cas de signes cliniques évocateurs d'une tuberculose maladie.

Le HCSP²³ a souligné, en 2019, l'importance toute particulière de ces tests pour les professionnels originaires de pays de forte endémie, notamment ceux en contact avec de jeunes enfants. Soulignons les freins à l'utilisation des tests IGRA, malgré leur simplicité d'utilisation. En effet, leur coût est trop élevé pour les Services Interentreprises de Santé au Travail (SIST). Ce point avait déjà été mis en exergue par le HCSP en 2019 : concernant ces tests : *"d'harmoniser les coûts des tests IGRA dans le cadre des enquêtes d'entourage et de la médecine du travail au prix de remboursement de la sécurité sociale"*.

A l'occasion de la visite d'embauche, il est essentiel de donner une information sur la tuberculose et le risque potentiel pour les enfants, ainsi que sur la nécessité de porter un masque en cas de signes d'infection respiratoire. Pour les assistantes maternelles, en l'absence de visite d'embauche déjà réalisée, l'information doit être délivrée par le service de PMI et rappelée lors de leur formation obligatoire avant l'accueil d'un premier enfant., en incluant quelques informations sur le rôle du CLAT

²⁰ L'Ordonnance du 19 mai 2021 et la Loi du 2 août 2021 a instauré un suivi médical de l'état de santé des assistants maternels et les gardes d'enfants à domicile (Art. L. 4625-2 du Code du travail) https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043893865/2022-03-31
Entrée en vigueur depuis le 31 mars 2022

²¹ Article R421-3 du code de l'action sociale et des familles : « Passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs et dont le contenu est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la famille »

²² Arrêté 28 octobre 1992 fixant les conditions de l'examen médical obligatoire en vue de l'agrément des assistants maternels et des assistantes maternelles.

²³ Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance. 2019.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=731>

Le suivi en cours d'activité :

En dehors des enquêtes autour d'un cas (cf. supra), un suivi renforcé de ces professionnels est nécessaire. Il a pour objet :

- D'informer sur le risque de tuberculose et les moyens de s'en protéger,
- De dépister des cas de tuberculose maladie ou d'ITL chez les professionnels.

Comme souligné dans la partie commune du guide, ces visites devraient intervenir tous les deux ans avec repérage des risques individuels et professionnels, nécessitant éventuellement la prescription d'examens complémentaires :

- tests immunologiques (IGRA ou IDR),
- voire radiographie du thorax (cf. proposition de fiche de suivi en annexe 5 du guide commun).

Points à retenir :

- **La tuberculose de l'enfant est rare en France (moins de 100 cas par an, surtout en Ile de France et chez des enfants issus de pays d'endémie ou leurs parents)**
- **Le problème principal qui peut se poser est celui du risque de transmission de la tuberculose d'un personnel aux enfants ou aux autres personnels**
- **Seules les tuberculoses maladie respiratoires sont contagieuses**
- **La vaccination BCG n'est plus obligatoire chez les professionnels de la petite enfance**
- **Le port du masque chirurgical doit être promu pour les personnels ayant des signes respiratoires**
- **Le suivi des professionnels devrait intervenir tous les deux ans avec repérage des facteurs de risques de tuberculose, nécessitant éventuellement la prescription de tests immunologiques (IGRA ou IDR), voire radiographie du thorax, en cas de suspicion de TM**
- **En cas de survenue de TM chez un personnel ou un enfant, il faut avertir le CLAT en vue de l'enquête autour du cas**

Membres du groupe de travail

Groupe de travail et de relecteurs

Coordination

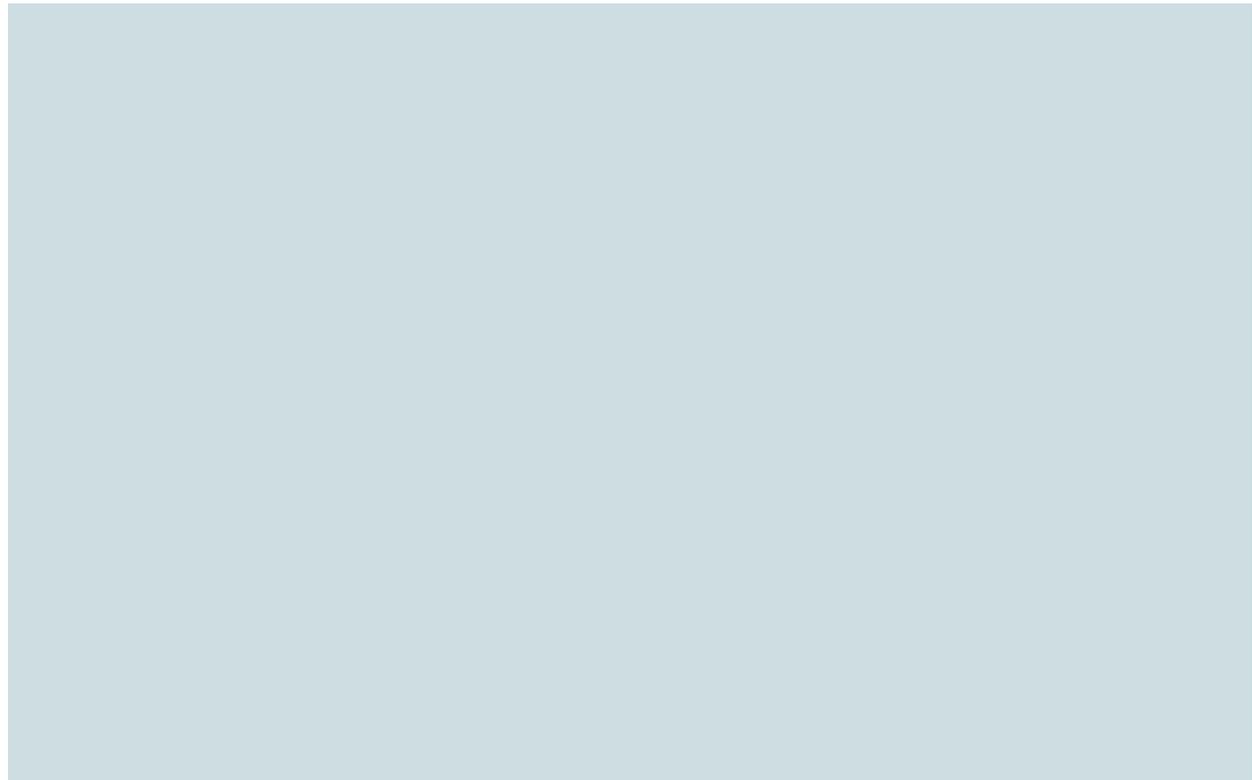
- **Dominique Abiteboul** - Médecin du travail, conseiller médical à l'INRS, membre du GERES
- **Christine Barbier**, médecin de santé publique, retraitée ; a exercé à la DGS, référente santé des personnes sous-main de justice à la Direction générale de la santé (DGS), bureau santé des populations de 2010 à 2015, prestataire GERES.

Membres du groupe et relecteurs

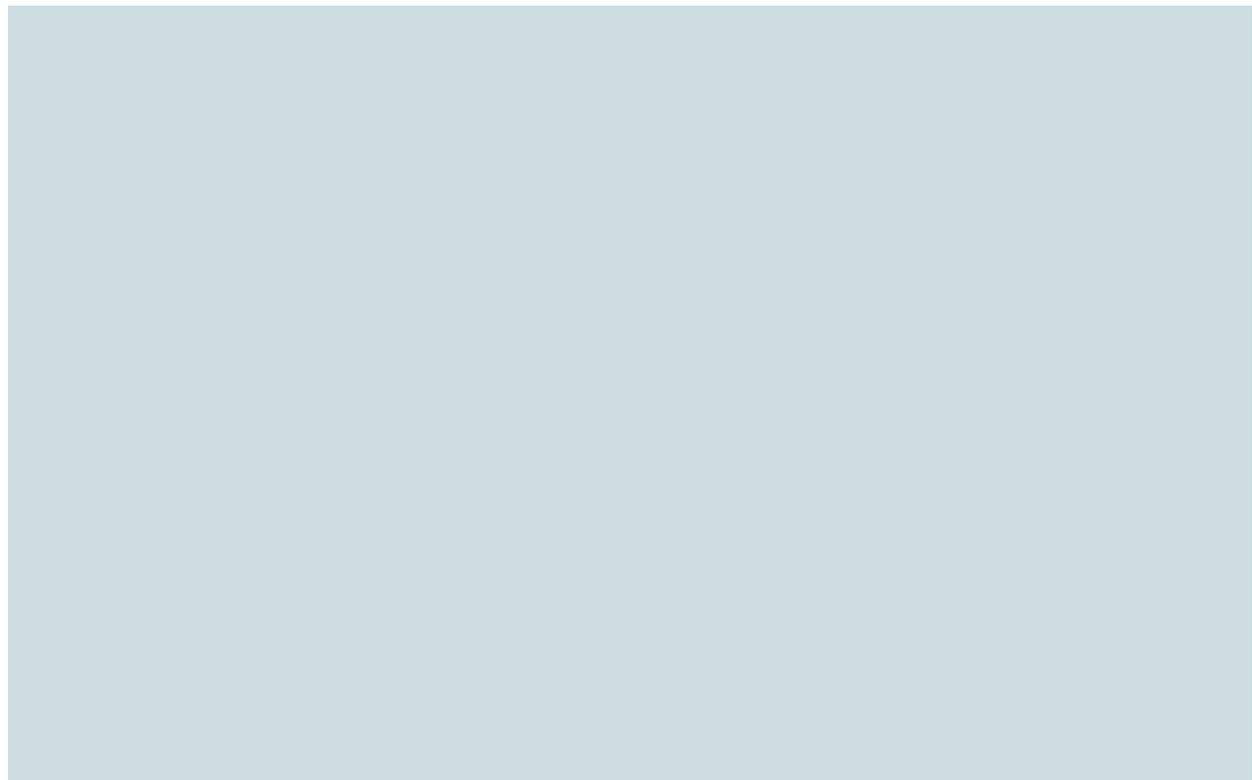
- **Elisabeth Rouveix** - PU PH, Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré, AP-HP - Présidente du GERES
- **Marie-Cécile Bayeux-Dunglas** - Médecin du travail, Institut National de Recherche et de Sécurité, Paris
- **Jean-François Gehanno** - Médecin du travail CHU Rouen - Président d'honneur de la SFMT
- **Catherine Verdun-Esquer** - Médecin du travail, CHU de Bordeaux Hôpital Pellegrin
- **Elisabeth Bouvet** - Présidente de la CTV de l'HAS
- **Joël Gaudelus** - Ancien chef de service de pédiatrie, Hôpital Jean Verdier, Bondy
- **Christophe Delacourt** - Chef de service, Pneumologie et allergologie pédiatriques, Hôpital Necker-Enfants Malades, 75015 Paris
- **Gérard Pellissier** GERES
- **Cécile Charlois** - Médecin, CLAT 75
- **Elisabeth Marc** - Médecin CLAT 94 et ARS IDF
- **Pauline Mathieu, Thomas Huleux et Domitille Luyt**, Médecins CLAT 93
- **Laurence Mathé** - Médecin, CLAT 66
- **Brigitte Moltrecht** - Direction Générale de l'Enseignement Scolaire Ministère Education Nationale
- **Evelyne Wannepain** - Médecin, Syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI)
- **Lydie Gouttefarde**. Chargée de mission petite enfance-modes d'accueil collectif,
- **Arielle Poizat** - Chargée de mission accueil individuel **et Marie Lambert-Muyard** - Cheffe de bureau : Direction Générale de la Cohésion Sociale. Bureau des familles et de la parentalité
- **Cécile Fontanive Olfa Jouini, et Elisabetta.GAROFALO** - Médecins Centre Médical inter-entreprises Europe, Paris
- **Chérifa Cherifi** - Médecin du travail, Efficience Santé au Travail, Paris

Remerciements pour les données transmises :

- **Jean Paul Guthmann**. Santé Publique France Médecin épidémiologiste, Coordinateur du Programme Tuberculose. Direction des maladies infectieuses. Santé Publique France
- **Cécile Charlois** : CLAT 75
- **Pauline Mathieu et Thomas Huleux**, CLAT 93
- **Laurence Mathé**, CLAT 66



ANNEXES



Annexe 1

| |
|---|
| <p>Liste des professionnels qui étaient soumis à l'obligation de vaccination par le BCG avant 2019 (Article R3112-1 et Article R3112-2 du Code de santé publique suspendus depuis le 1^{er} avril 2019)</p> |
| Les étudiants |
| <ul style="list-style-type: none">- Puéricultrices- Auxiliaires de puériculture- Educateurs de jeunes enfants et moniteurs éducateurs |
| Les personnes exerçant une activité professionnelle dans les établissements ou services accueillant des enfants de moins de six ans (mentionnés au A de l'article R. 3112-1) : |
| <ul style="list-style-type: none">- Établissements, services et centres mentionnés à l'article L. 2324-1 (Accueil collectif à caractère éducatif hors du domicile parental, à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels ou des loisirs, public ou privé)- Écoles maternelles- Chez les assistantes maternelles ;- Pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire relevant de l'article L. 2321-1 ;- Établissements mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles<ul style="list-style-type: none">○ Les établissements ou services mettant en œuvre des mesures de prévention au titre de l'article L. 112-3 ou d'aide sociale à l'enfance en application de l'article L. 221-1 et les prestations d'aide sociale à l'enfance mentionnées au chapitre II du titre II du livre II, y compris l'accueil d'urgence des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille ;○ Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;○ Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique |

Annexe 2

Liste des pays de haute endémie (taux d'incidence > 40 cas de tuberculose/100.000 habitants), année 2020

Source : OMS (<http://www.who.int/tb/country/data/download/en/>), traitement Santé publique France

| Pays | Incidence/100.000 |
|---------------------------------------|-------------------|
| Afghanistan | 193 |
| Algeria | 59 |
| Angola | 350 |
| Azerbaïdjan | 58 |
| Bangladesh | 218 |
| Benin | 55 |
| Bhutan | 165 |
| Bolivia (Plurinational State of) | 105 |
| Botswana | 236 |
| Brazil | 45 |
| Brunei Darussalam | 83 |
| Burkina Faso | 46 |
| Burundi | 103 |
| Côte d'Ivoire | 135 |
| Cambodia | 274 |
| Cameroon | 174 |
| Central African Republic | 540 |
| Chad | 144 |
| China | 59 |
| Congo | 379 |
| Democratic People's Republic of Korea | 523 |
| Democratic Republic of the Congo | 319 |
| Djibouti | 224 |
| Dominica | 47 |
| Dominican Republic | 41 |
| Ecuador | 48 |
| El Salvador | 55 |
| Equatorial Guinea | 280 |
| Eritrea | 81 |
| Eswatini | 319 |
| Ethiopia | 132 |
| Fiji | 66 |
| Gabon | 527 |
| Gambia | 157 |
| Georgia | 70 |
| Ghana | 143 |
| Greenland | 150 |
| Guinea | 179 |
| Guinea-Bissau | 361 |
| Guyana | 79 |
| Haiti | 168 |



| | |
|----------------------------------|-----|
| India | 188 |
| Indonesia | 301 |
| Kazakhstan | 69 |
| Kenya | 259 |
| Kiribati | 425 |
| Kyrgyzstan | 105 |
| Lao People's Democratic Republic | 149 |
| Lesotho | 650 |
| Liberia | 314 |
| Libya | 59 |
| Madagascar | 238 |
| Malawi | 141 |
| Malaysia | 92 |
| Mali | 52 |
| Marshall Islands | 483 |
| Mauritania | 87 |
| Micronesia (Federated States of) | 75 |
| Mongolia | 437 |
| Morocco | 98 |
| Mozambique | 368 |
| Myanmar | 308 |
| Namibia | 460 |
| Nauru | 180 |
| Nepal | 235 |
| Nicaragua | 42 |
| Niger | 83 |
| Nigeria | 219 |
| Niue | 48 |
| Northern Mariana Islands | 82 |
| Pakistan | 259 |
| Palau | 64 |
| Papua New Guinea | 441 |
| Paraguay | 48 |
| Peru | 116 |
| Philippines | 539 |
| Republic of Korea | 49 |
| Republic of Moldova | 74 |
| Romania | 64 |
| Russian Federation | 46 |
| Rwanda | 58 |
| Sao Tome and Principe | 118 |
| Senegal | 117 |
| Sierra Leone | 298 |
| Singapore | 46 |
| Solomon Islands | 65 |
| Somalia | 259 |
| South Africa | 554 |
| South Sudan | 232 |
| Sri Lanka | 64 |
| Sudan | 63 |
| Tajikistan | 84 |
| Thailand | 150 |
| Timor-Leste | 508 |
| Tokelau | 85 |

| | |
|------------------------------------|-----|
| Turkmenistan | 47 |
| Tuvalu | 296 |
| Uganda | 196 |
| Ukraine | 73 |
| United Republic of Tanzania | 222 |
| Uzbekistan | 66 |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) | 47 |
| Viet Nam | 176 |
| Yemen | 49 |
| Zambia | 319 |
| Zimbabwe | 193 |

Annexe 3

Un exemple des modalités de dépistages effectués par le CLAT 75 au sein d'une collectivité de nourrissons ou d'enfants

A Paris ; le service de santé scolaire dépend de la Ville pour les écoles primaires et du Rectorat pour le secondaire.

Le CLAT 75 pilote les dépistages au sein des écoles primaires et des centres de loisirs avec la médecin responsable du service de santé scolaire et les 9 médecins d'encadrement du service présents sur le territoire parisien.

Pour les dépistages en crèche, ceux-ci sont assurés par le CLAT en lien avec le médecin responsable du service de PMI de la Ville et les médecins du service. Peuvent être également pris en charge dans ce cadre des agents de l'hôpital Robert Debré, ainsi que des assistantes maternelles.

Des IDR peuvent être réalisés sur site, notamment si le nombre d'enfant est important et difficilement absorbable par les hôpitaux. (Nombre supérieur à 20).

Les enfants de moins de 2 ans sont directement pris en charge et traités par les services hospitaliers pédiatriques de Robert Debré et Trousseau.

Tous les agents employés par la Ville de Paris (animateurs, auxiliaires de puériculture, etc.) sont dépistés par le service de médecine préventive de la Ville.

Dans tous les cas, le CLAT n'a pas observé de transmission de l'enfant à l'adulte.

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^{er} 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 - Email: geres@geres.org

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