

Enquête autour d'un cas de tuberculose respiratoire chez un professionnel de l'établissement



- **Prendre contact avec le CLAT (coordonnées des CLAT [☞](#))** pour confirmer le diagnostic, recueillir les facteurs de contagiosité et la date de début de contagiosité

NB : Les tuberculoses présumées contagieuses sont les tuberculoses pulmonaires ou ORL avec

- Examen microbiologique (EM) positif et/ou PCR positive sur les prélèvements respiratoires (bronchiques ou ORL) ou,
- Culture positive sur les prélèvements respiratoires ou,
- EM négatif et PCR négative (ou non faite) et suspicion clinique suffisante pour débiter un traitement antituberculeux.

- **Informé localement**

o la médecine du travail (SPST) et l'équipe de prévention du risque infectieux (EPRI/EOH) de votre établissement
o la direction, le chef de service et le cadre du ou des services concernés

o constituer un groupe opérationnel en charge de l'organisation de l'enquête dans l'hôpital : praticien et cadre responsables de l'unité, EOH/EPRI, microbiologiste, médecin ou IDE du SPST et le CLAT. Identifier un coordonnateur local de l'enquête

Et informer le CPias [☞](#)

- **Recueillir des informations précises sur le cas**

o emploi du temps : jours et horaires de présences effectives, unités de soins concernées pendant ces périodes.

o description de l'activité du cas et de la nature de ses contacts avec les patients et les membres du personnel : tâches, type de soins, durée et étroitesse des contacts avec les patients, port de masque...

o description des habitudes du cas dans l'hôpital : lieux des repas, de détente...

- **Établir la liste des patients, professionnels, étudiants et bénévoles considérés « contacts » à risque, en tenant compte :**

o de la période de contagiosité théorique : de 3 mois avant, à au moins 14 jours après le début du traitement antituberculeux
o des facteurs liés à la sensibilité/vulnérabilité des personnes exposées, qui pourraient justifier un traitement prophylactique, à décider au cas par cas : immunodépression, âge < 5 ans, comorbidités (diabète, hémodialyse...)...

o de la nature des contacts : proximité, confinement, manœuvres à risque (kiné, fibro...) sans port de masque FFP2 par la personne contact

o de la durée de contact : le tableau ci-dessous résume les durées cumulées à prendre en compte selon le résultat de l'EM et la présence de cavernes à l'imagerie chez le cas

	Cas = professionnel avec EM+ ou présence de caverne	Cas = professionnel avec EM- culture+, ou traitement présomptif
Le contact est un patient	1 heure	8 heures
Le contact est un professionnel	8 heures	40 heures

Attention, le contact doit être considéré à risque, quelle que soit sa durée, si la personne exposée est :

- immunodéprimée et/ou un enfant de moins de 5 ans
- un soignant qui a réalisé une manœuvre à risque à un cas (intubation, trachéotomie, endoscopie bronchique, kinésithérapie respiratoire, expectoration induite), sans porter un masque FFP2.

- **Organiser le dépistage des sujets contacts à risque (patients et professionnels) en lien avec le CLAT**

o consultation + radiographie thoracique le plus rapidement possible à la recherche d'une tuberculose maladie (TM)
o test immunologique (IDR ou IGRA) **au moins 8 semaines après le dernier contact.**

↳ arrêt du suivi si test négatif ou si une infection tuberculeuse latente (ITL) est diagnostiquée et traitée

o dépistage par l'hôpital des patients encore hospitalisés et dépistage par le CLAT des patients sortis (liste à transmettre)

↳ dépister en priorité les contacts les plus à risque (immunodéprimés, enfants < 5 ans...)

o patients informés par courrier émanant du Chef de service, indiquant les coordonnées du CLAT

o courrier d'information aux médecins traitants des patients

o la médecine du travail organise le dépistage des professionnels contacts (liste transmise par le coordonnateur de l'enquête)

o organiser sur demande, une réunion d'information pour les membres du personnel et les représentants CSE (ex. CHSCT)

- **Faire le bilan**, en lien avec le SPST, du nombre de contacts et de ceux effectivement vus (patients et professionnels), du nombre d'ITL et TM dépistées, et le transmettre, au CLAT, au CPias.

Pour en savoir plus : [HCSP 2013](#) , [HCSP 2022](#), [SF2H 2024](#)



Enquête autour d'un cas de tuberculose respiratoire chez un patient sans précautions AIR à son arrivée



- **Prendre contact avec le CLAT** (coordonnées des CLAT) pour confirmer le diagnostic, recueillir les facteurs de contagiosité et la date de début de contagiosité. Vérifier la date de mise en place de précautions complémentaires Air (PCA). **Et informer le CPias**

NB : Les tuberculoses présumées contagieuses sont les tuberculoses pulmonaires ou ORL avec

- Examen microbiologique (EM) positif et/ou PCR positive sur les prélèvements respiratoires (bronchiques ou ORL) ou,
- Culture positive sur les prélèvements respiratoires ou,
- EM négatif et PCR négative (ou non faite) et suspicion clinique suffisante pour débiter un traitement antituberculeux.

Aucune enquête n'est nécessaire si le cas a été placé d'emblée en PCA.

• Informer localement

o la médecine du travail (SPST) et l'équipe de prévention du risque infectieux (EPRI/EOH) de votre établissement
o la direction, le chef de service et le cadre du ou des services concernés

o constituer un groupe opérationnel en charge de l'organisation de l'enquête dans l'hôpital : praticien et cadre responsables de l'unité, EOH/EPRI, microbiologiste, médecin ou IDE du SPST et le CLAT. Identifier un coordonnateur local de l'enquête

• Recueillir des informations précises sur le cas

o lieux fréquentés dans l'hôpital : unités de soins, chambre double, consultations, salles de rééducation...

o description des habitudes du cas dans l'hôpital et de la nature de ses contacts avec d'autres patients et les membres du personnel : lieux des repas, de détente, durée et étroitesse des contacts, port de masque...

• Établir la liste des patients, professionnels, étudiants et bénévoles considérés « contacts » à risque, en tenant compte :

o de la période de contagiosité théorique : de 3 mois avant, à au moins 14 jours après le début du traitement antituberculeux
o des facteurs liés à la sensibilité/vulnérabilité des personnes exposées, qui pourraient justifier un traitement prophylactique, à décider au cas par cas : immunodépression, âge < 5 ans, comorbidités (diabète, hémodialyse...)...

o de la nature des contacts : proximité, confinement, manœuvres à risque (kiné, fibro...) sans port de masque FFP2 par la personne contact

o de la durée de contact : le tableau ci-dessous résume les durées cumulées à prendre en compte selon le résultat de l'EM et la présence de cavernes à l'imagerie chez le cas

	Cas = patient avec EM+ ou présence de caverne	Cas = patient avec EM- culture+, ou traitement présomptif
Le contact est un patient	8 heures	40 heures
Le contact est un professionnel	1 heure	8 heures

Attention, le contact doit être considéré à risque, quelle que soit sa durée, si la personne exposée est :

- un soignant qui a réalisé une manœuvre à risque à un cas (intubation, trachéotomie, endoscopie bronchique, kinésithérapie respiratoire, expectoration induite), sans porter un masque FFP2.
- immunodéprimée et/ou un enfant de moins de 5 ans

• Organiser le dépistage des sujets contacts à risque (patients et professionnels) en lien avec le CLAT

o consultation + radiographie thoracique le plus rapidement possible à la recherche d'une tuberculose maladie (TM)
o test immunologique (IDR ou IGRA) **au moins 8 semaines après le dernier contact.**

↳ arrêt du suivi si test négatif ou si une infection tuberculeuse latente (ITL) est diagnostiquée et traitée

o dépistage par l'hôpital des patients encore hospitalisés et dépistage par le CLAT des patients sortis (liste à transmettre)

↳ dépister en priorité les contacts les plus à risque (immunodéprimés, enfants < 5 ans...)

o patients informés par courrier émanant du Chef de service, indiquant les coordonnées du CLAT

o courrier d'information aux médecins traitants des patients

o la médecine du travail organise le dépistage des professionnels contacts (liste transmise par le coordonnateur de l'enquête)

o sur demande, une réunion d'information pour les membres du personnel et les représentants CSE (ex. CHSCT)

• Faire le bilan, en lien avec le SPST, du nombre de contacts et de ceux effectivement vus (patients et professionnels), du nombre d'ITL et TM dépistées, et le transmettre, au CLAT, au CPias.

Pour en savoir plus : [HCSP 2013](#) , [HCSP 2022](#), [SF2H 2024](#)