

Enquête autour d'un cas de tuberculose respiratoire chez un patient sans précautions AIR à son arrivée - 09/12/2024

- Prendre contact avec le CLAT ([lien 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).
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 **débuter un traitement antituberculeux**.Aucune enquête n'est nécessaire si le cas a été placé d'emblée en PCA.
- Informier**
 - le service de prévention et de santé au travail (SPST) et l'équipe de prévention du risque infectieux (EPRI) de l'hôpital
 - la direction, le chef de service et le cadre du ou des services concernés, l'EPRI du siège de l'AP-HP si situation complexe
 - constituer un groupe opérationnel en charge de l'organisation de l'enquête dans l'hôpital : praticien et cadre responsables de l'unité, EPRI, microbiologiste, médecin ou IDE du SPST et le CLAT. Identifier un coordonnateur local de l'enquête.
- Recueillir des informations précises sur le cas**
 - lieux fréquentés dans l'hôpital : unités de soins, chambre double, consultations, salles de rééducation...
 - 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 :
 - de la période de contagiosité théorique : de 3 mois avant, à au moins 14 jours après le début du traitement antituberculeux
 - 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...)...
 - de la nature des contacts : proximité, confinement, manœuvres à risque (kiné, fibro...) sans port de masque FFP2 par la personne contact
 - 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**
 - consultation + radiographie thoracique le plus rapidement possible à la recherche d'une tuberculose maladie (TM)
 - 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
 - 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...)
 - patients informés par courrier émanant du Chef de service, indiquant les coordonnées du CLAT
 - courrier d'information aux médecins traitants des patients
 - le SPST organise le dépistage des professionnels contacts (liste transmise par le coordonnateur de l'enquête)
 - organiser sur demande une réunion d'information pour les membres du personnel et les représentants de la FSL.
- Faire le bilan, en lien avec le SPST**, du nombre de contacts et de ceux effectivement vus (patients et professionnels) et du nombre d'ITL et TM dépistées, et le transmettre à l'EPRI du siège, au CLAT, au CPias.

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

Rédaction : Sandra Fournier, Valérie Souyri, Service Prévention du risque infectieux, DQ2P
Relecture : Équipes de prévention du risque infectieux de l'AP-HP, SPST central, CPias, CLAT, ARS