

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 débiter un traitement antituberculeux.

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

- Informer

- 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