

G E R E S

**GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE
D'EXPOSITION DES SOIGNANTS
aux agents infectieux**

GUIDE

Risque de tuberculose professionnelle

Prévention et suivi - Place du BCG

**4. Recommandations pour les
intervenants auprès des publics migrants
et/ou en situation de précarité**

Fiche spécifique pour les médecins du travail et de prévention en charge des intervenants auprès des publics migrants* et/ou en situation de précarité

Personnels concernés : Les personnes**qui étaient ciblées par l'obligation de vaccination par le BCG étaient celles travaillant dans les « centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les structures contribuant à l'accueil, même temporaire, de personnes en situation de précarité, y compris les cités de transit ou de promotion familiale et les foyers d'hébergement pour travailleurs migrants ».

Ce périmètre a été actualisé en fonction de l'évolution des dispositifs depuis 2004 et des critères de publics accueillis.

Sont ainsi concernées les personnes intervenant dans les dispositifs décrits en **annexe 1**.

Il s'agit d'un champ très large marqué par les spécificités suivantes :

- Diversité des profils des publics accueillis,
- Grande diversité des intervenants (professionnels du travail social, médicalisation très variable, présence d'intervenants anciens usagers, vacataires, bénévoles) et turn-over important,
- Turn-over rapide des populations accueillies.

* Le terme « migrant » a été retenu en référence à la définition « personne née à l'étranger » utilisée dans la déclaration obligatoire. (Santé Publique France).

** Article R3112-2 du CSP

Sommaire

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

Données générales..... 4

1. Tuberculose chez les personnes prises en charge..... 4
2. Epidémiologie de la tuberculose chez les intervenants. 5

Évaluation du niveau de risque dans la structure..... 5

Mesures de prévention collectives et individuelles à mettre en place.....7

Points clés : 7

1. Organisation générale..... 7
2. Repérage le plus précoce possible des cas de tuberculose 8
3. Mesures de prévention collectives et individuelles adaptées à mettre en place .. 8

Indications éventuelles du BCG 11

Modalités de suivi des personnels exposés au risque12

ANNEXES.....16

ANNEXE 1 Dispositifs intervenant pour les publics migrants étrangers 17

ANNEXE 2 Synthèse des données épidémiologiques issues de la DO 18

ANNEXE 3 Enquête auprès du réseau national des CLAT 20

ANNEXE 4 Protocole exposition à un cas de tuberculose au Samusocial 22

Existe-il un risque dans les contextes professionnels concernés ?

Données générales

En 2018, 5 092 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en France, soit un taux de déclaration de 7,6 cas/100 000 habitants.¹

Les taux de déclaration les plus élevés ont été observés en Guyane (25,7/100 000), en Île-de-France (16,1/100 000) et à Mayotte (11,5/100 000). En Ile de France, l'incidence est particulièrement élevée dans certains départements (Seine Saint Denis, Paris et Val de Marne). L'incidence de la tuberculose était significativement plus élevée parmi les populations concernées par cette fiche :

- près de 17 fois plus importante chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France (respectivement 40,1/100 000 et 2,4/100 000) ;
- 249/100 000 dans la population sans domicile fixe.

Parmi ces cas, 82 (1,6%) étaient des cas de tuberculose multi résistante (MDR), un nombre stable comparé aux années précédentes.²

1. Tuberculose chez les personnes prises en charge

▪ Personnes nées à l'étranger

En 2018, parmi les 4 787 cas de tuberculose dont le lieu de naissance était renseigné, 34% étaient nés en France et 66% à l'étranger.

Parmi les personnes nées à l'étranger, 71% provenaient d'Afrique (52% d'Afrique subsaharienne), 13% d'un pays d'Europe, 12% d'Asie et 4% d'Amérique ou d'Océanie. Le taux de déclaration le plus élevé chez les personnes nées à l'étranger était trouvé chez les personnes arrivées en France depuis moins de 2 ans (312/100 000) et il diminuait avec l'allongement de l'ancienneté d'arrivée en France (12/100 000 chez les personnes arrivées depuis 10 ans ou plus), sans jamais atteindre le taux des personnes nées en France.

Entre 2007 et 2016, la proportion de tuberculoses rapportées en Europe (UE/EEA) parmi les personnes nées à l'étranger a augmenté de 13,6% à 32,7%, la majorité de ces migrants internes et externes étant originaires de pays à forte incidence. Cette proportion dépasse 50% dans plusieurs pays européens à faible incidence.

¹ La Tuberculose en France, une maladie des populations les plus vulnérables. BEH n° 10-11 avril 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/tuberculose/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-7-avril-2020-n-10-11-la-tuberculose-en-france-une-maladie-des-populations-les-plus-vulnerables>

² Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA). Résistance aux antituberculeux en France en 2014-2015. Bull. Epidémiol. Hebd. 2017;(7):127-8. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/article/focus-resistance-aux-antituberculeux-en-france-en-2014-2015>

- **Personnes mal logées**

En 2018, le nombre de cas de tuberculose maladie chez les personnes sans domicile fixe (SDF) était de 356 cas (dont la majorité (91%) était née hors de France) pour un nombre de personnes sans domicile estimé à 143 000, soit un taux de déclaration de 249/100 000 dans cette population. Ce taux était en augmentation comparativement à 2016 et 2017.

2. Epidémiologie de la tuberculose chez les intervenants

On manque d'informations sur les effectifs des personnes exerçant dans ces secteurs ainsi que de données sur les cas de tuberculose parmi eux. D'après une référence canadienne³, l'incidence parmi des professionnels en charge de personnes sans domicile fixe à Montréal était proche de celle des soignants. Une analyse de la déclaration obligatoire (Annexe 2) et une enquête auprès des Centre de lutte contre la Tuberculose (CLAT)⁴ (Annexe 3) donnent quelques éléments. En dehors de certains professionnels de santé qui présentent une exposition certaine, d'autres professionnels intervenant auprès des publics en situation de précarité et/ou de migration semblent pouvoir être exposés à la tuberculose sans qu'il soit possible d'estimer précisément ce risque, qui reste faible.

Intégrer la profession de façon plus précise (ou les grandes catégories de professions) dans le formulaire de déclaration obligatoire permettrait de mieux authentifier ces risques.

Évaluation du niveau de risque dans la structure

Il est fondamental de réaliser une évaluation du risque afin de déterminer la stratégie locale de prévention. 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 santé au travail assurant le suivi des personnels sont le plus souvent des services inter-entreprises, rencontrant ainsi des freins à leur implication du fait du turn-over des salariés à suivre et du nombre de structures prises en charge. Certains s'appuient sur une collaboration étroite avec les CLAT pour l'évaluation du risque de tuberculose, dont l'apport est 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 ;
- Le type de dispositif : accueil de jour, dispositifs d'accueil des personnes primo-arrivantes, des demandeurs d'asile, maraudes sur les campements et bidonvilles ;

³ M.A. Isler, P. Rivest, J. Mason, P. Brassard. Screening employees of services for homeless individuals in Montréal for tuberculosis infection. *Journal of Infection and Public Health* (2013) **6**, 209–215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2012.11.010>

⁴ Liste des CLAT disponible sur le site de la Société de Pneumo de Lgue Française (<https://splf.fr/tag/annuaire-des-clat/>)

- Le profil des publics accueillis : personnes primo-arrivantes, demandeurs d'asile, mineurs non accompagnés, personnes vivant sur des campements ou en bidonvilles (promiscuité et difficultés d'accès à l'eau) ;
- Les caractéristiques des postes de travail, les tâches les plus exposantes. En particulier la durée de contact avec les usagers à risque semble plus prolongée lors des interventions sur les terrains et les campements. Les interventions incluent des accompagnements physiques réguliers et prolongés, qui sont souvent assurés par des intervenants de type médiateurs, pouvant eux-mêmes être issus de pays de forte endémie tuberculeuse. L'exercice en centre d'hébergement d'urgence (CHU) ou dans les dispositifs d'accueil des migrants primo-arrivants semble aussi représenter un contexte à risque d'exposition ;
- Le nombre de cas de tuberculose pulmonaire survenus au cours des 3 années précédentes chez des personnes accueillies et le cas échéant chez des personnels. Le critère de 5 cas de tuberculose survenus par an dans l'établissement est un indicateur d'un risque élevé. Il est donc recommandé de s'organiser pour le recueillir. Cet indicateur est toutefois à adapter aux différents contextes (campements et CHU déjà cités), aux caractéristiques de fonctionnement (file active et/ ou flux de passage élevés des publics à risque). Le CLAT 93 retient le critère de plus de 2 cas de tuberculose maladie sur les 6 derniers mois.

En pratique, on peut préconiser une collaboration entre le CLAT et le médecin du travail afin de :

- Disposer d'un listing régulièrement actualisé des structures concernées avec les coordonnées des responsables à contacter pour évaluer le niveau de risque : profil des publics accueillis, turn-over, sur-occupation, pièces communes, nombre d'intervenants, descriptif du poste de travail, temps de contact ;
- **Visiter le centre pour visualiser les locaux, les conditions de vie et d'hébergement, les interactions entre intervenants et résidents ou usagers...**

Mesures de prévention collectives et individuelles à mettre en place

Des recommandations spécifiques existent, notamment à l'initiative de certaines associations ou dispositifs. A titre d'exemple, celles élaborées par le SAMU social figurent en annexe 4.

Points clés :

1. Organisation générale

Une bonne coordination et coopération de tous les acteurs concernés est indispensable : médecin du travail, directeur de la structure, CLAT, éventuel référent santé au sein de la structure.

Il est fortement recommandé d'élaborer un protocole « Gestion du risque de tuberculose ».

Il convient de s'assurer de la disponibilité des masques en lien avec le directeur de la structure et les responsables des dispositifs :

- masque chirurgical pour la personne en cas de suspicion,
- masques FFP2 systématiquement pour les intervenants exposés en cas de suspicion.

Il est également recommandé d'informer les intervenants, en incluant les bénévoles, le cas échéant. 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 existants⁵ 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 est également important d'évoquer ces questions à l'embauche dans la structure.

Lorsque des bénévoles interviennent dans les dispositifs, il est fondamental que le directeur et les responsables les connaissent et qu'ils bénéficient des mêmes informations et dépistage que les salariés.

⁵ Soins et accompagnement des Migrants/étrangers en situation précaire. Guide du COMEDE. <https://www.comede.org/guide-comede/>

2. Repérage le plus précoce possible des cas de tuberculose

Le dépistage chez les publics concernés est coordonné localement par les CLAT.

Certains contextes (nombre de cas, profil de dispositif et de publics) justifient des dépistages ciblés. Ainsi, certains CLAT établissent un système de veille et proposent un dépistage actif à l'ensemble de personnes accueillies en fonction de l'évolution des données. Certains organisent, en lien avec le responsable de la structure, une orientation systématique vers le CLAT pour le dépistage tuberculose de toute personne intégrant la structure et appartenant à des populations cibles.

3. Mesures de prévention collectives et individuelles adaptées à mettre en place

En cas de suspicion d'un cas de tuberculose maladie chez une personne accueillie :

Les modalités d'orientation pour une prise en charge rapide : Les interlocuteurs à contacter ou lieux d'orientation pour la prise en charge en fonction de la gravité (médecin généraliste, consultation médicale dédiée (infectiologie et pneumologie), PASS, Service d'accueil des urgences (SAU) ou consultation CLAT) et les modes de transport (pompiers ou ambulance vers les urgences avec port de masque chirurgical par le patient et FFP2 par les accompagnants si forte suspicion de contagiosité) doivent avoir été prévues en amont.

Les mesures suivantes seront prises :

- Port d'un masque chirurgical systématique par le cas suspect dès la mise en évidence de signes évocateurs, distanciation physique et aération de l'environnement,
- Information du CLAT de cette suspicion si le patient a été orienté vers une autre structure pour sa prise en charge,
- Vérification par le CLAT de la confirmation ou non de la tuberculose,
- Information du médecin du travail dès confirmation du diagnostic,
- Mesures de protection (port du masque) des personnes contacts en coordination avec le CLAT et en lien avec le directeur de l'établissement et le médecin du travail, dans le respect du secret professionnel,
- Aération de 2 heures des espaces confinés (par exemple chambres des personnes qui ont été hospitalisées).

En cas de tuberculose pulmonaire avéré :

- Prise en charge du cas index le plus rapidement possible en hospitalisation

Enquête autour du cas :

Elle est organisée par le CLAT⁶ en coordination avec le directeur de la structure, le personnel, les usagers et le médecin du travail.

⁶ [Rapport du HCSP enquête autour d'un cas 2013](#). Pages 42 à 44.

L'implication de la direction et des personnels est fondamentale pour :

- faciliter l'identification des sujets contact,
- favoriser la compréhension des publics et leur adhésion,
- organiser au mieux les conditions d'intervention du CLAT.

Les difficultés fréquemment rencontrées pour les enquêtes dans ces contextes ont été bien documentées⁷ :

- Difficulté d'identifier les sujets contacts,
- Rendement hétérogène des enquêtes,
- Faisabilité parfois limitée des tests (IDR ou IGRA) et de la radio pulmonaire, nécessitant des moyens en personnel se rendant sur le site et une organisation adéquate pour réalisation des tests (IDR/IGRA), des radios pulmonaires (camion radio), et pour l'IDR une lecture à 48/72 heures,
- Risque d'interruption du traitement des ITL mises en évidence.

D'après les remontées de terrain, ces enquêtes sont également complexes du fait du contexte de l'utilisateur, l'absence de téléphone, la non maîtrise de la langue (justifiant le recours à l'interprétariat professionnel, voir encadré), les problèmes de santé mentale, la crainte des expulsions pour les personnes en situation irrégulière (d'où la nécessité de rassurer sur l'indépendance professionnelle des intervenants et le positionnement différent par rapport à d'autres démarches comme celles réalisées auprès de l'OFII), la crainte de la perte d'emploi en cas de maladie dépistée et celle de l'éviction du foyer des « co-résidents », souvent en situation irrégulière.

Les intervenants insistent sur l'intérêt des fonctions des médiateurs en santé et la nécessité de s'appuyer sur des « leaders d'opinion » dans les communautés.

Interprétariat professionnel

Face à une personne maîtrisant peu ou pas la langue française, la présence d'un interprète professionnel est préférable à celle des accompagnants, d'interprètes informels ou de proches (familles, voisins), dont les compétences linguistiques ne sont pas connues et compte tenu des risques pour l'utilisateur (respect de sa vie privée, droit à la confidentialité, secret professionnel). La Haute Autorité de Santé a publié en 2017 un référentiel de bonnes pratiques⁸ indiquant que :

"seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient, et du secret médical".

A titre d'exemple, ISM Interprétariat propose parmi d'autres des services rapides et sans rendez-vous d'interprétariat par téléphone dans près de 200 langues et dialectes différents⁹, ainsi qu'une fiche pratique de conseils.¹⁰

⁷ Rapport du HCSP enquête autour d'un cas 2013. Page 42

⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante, p. 22

⁹ <https://ism-interpretariat.fr/carte-des-langues/>

¹⁰ <https://ism-interpretariat.fr/wp-content/uploads/2015/06/Fiche-pratique-Interpr%C3%A9tariat-par-t%C3%A9l%C3%A9phone.pdf>

Les recommandations distinguent 2 situations¹¹ :

- Cas où une enquête classique peut être effectuée (hébergement identifié ou relativement stable).
- Cas où une enquête classique est difficile à réaliser (personnes sans domicile fixe hébergées en CHRS pour des séjours de courte durée (durée de séjour de moins de trois mois), en Centre d'hébergement d'urgence (CHU) ou fréquentant les structures d'accueil de jour ; personnes sans domicile fixe vivant sans abri (rue, par exemple) pour lesquelles aucune personne ou groupe référent n'est identifié.

Pour les intervenants, il faut :

- Organiser rapidement avec le CLAT une réunion d'information pour les personnels et les responsables du dispositif en associant le médecin du travail si possible : il s'agit d'informer le plus largement possible en précisant que l'enquête ne concernera que les sujets contacts. Cette réunion peut avoir lieu sur place (ou en visioconférence) à destination des personnels et des usagers, avec un traducteur si nécessaire, ce qui permet à la fois de circonscrire le périmètre à suivre, d'expliquer la tuberculose et de mettre au point éventuellement un futur protocole de coopération avec la structure.
- Privilégier les actions d'aller-vers (dépistage sur site afin d'optimiser l'adhésion au dépistage).
- Lister les personnes ayant eu des contacts proches et répétés¹² avec le cas index en collaboration entre le directeur, le médecin du travail et le CLAT : prendre en compte l'état de santé des personnes (immunodépression par exemple) et ne pas oublier les bénévoles.
- 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 (radio du thorax réalisée initialement puis test IGRA (ou IDR) 8 à 12 semaines après et pas de suivi au-delà si négatif).¹³
- Les recommandations sont à renforcer en cas de tuberculose multi résistante (suivi de 2 ans particulièrement important dans ces situations où un traitement préventif est rarement possible en cas d'ITL).

Les mêmes procédures d'enquête et de protection du personnel et des usagers s'appliquent en cas de tuberculose chez un personnel ou un bénévole.

L'appui de l'Agence régionale de la santé (ARS) peut s'avérer utile, en particulier dans les situations complexes (cas groupés, impact médiatique, situation exceptionnelle).

¹¹ [Rapport du HCSP enquête autour d'un cas 2013](#). Page 44 DRIS (dépistage radiologique itinérant systématique), sans se préoccuper du dépistage des ITL .

¹² La définition des critères de sélection des sujets contact figure dans le guide "enquête autour d'un cas" du HCSP : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=391>

¹³ [Rapport du HCSP enquête autour d'un cas 2013](#). Page 22

Continuité des soins du cas index : une durée de traitement optimale et une bonne observance du traitement sont fondamentales pour garantir la non-contagiosité du cas index, prévenir la survenue des résistances et assurer la guérison de la personne malade.

La feuille de route tuberculose 2019-2023¹⁴ impose au CLAT de participer à la coordination du parcours de soins des patients après leur sortie de l'hôpital ou en ville, et de délivrer sans frais leur traitement aux personnes n'ayant pas encore de couverture sociale.

Ce suivi et ses modalités (fréquence des consultations, DOT...) sera organisé en lien avec le médecin déclarant pour éviter toute rupture de traitement qui serait source de rechute, de contamination potentielle et à risque d'émergence de résistance.

Indications éventuelles du BCG

L'obligation de vaccination par le BCG a été suspendue pour les professionnels des dispositifs concernés (cf. **détail des arguments sur lesquels a reposé cette décision dans le guide commun**)¹⁵.

Le calendrier vaccinal 2020 souligne que le BCG pourrait néanmoins être recommandé, au cas par cas, au personnel à haut risque après évaluation du risque par le médecin du travail (cf. aide à l'évaluation **en annexe 3 du guide commun**)¹⁶.

Le manque de données permettant d'évaluer le niveau de risque de ces professionnels rend difficile l'élaboration d'une recommandation. D'après les professionnels contactés et même si l'incidence de la tuberculose est élevée parmi les populations prises en charge, les cas de tuberculoses maladies semblent peu fréquents parmi les intervenants de ces structures.

Dans certaines situations particulières : dispositifs très exposants impliquant des contacts longs sans protection possible, et avec recensement de cas fréquents de tuberculoses, en particulier multi-résistantes, une indication au cas par cas du BCG par le médecin du travail pourrait être envisagée.

Il est préférable d'optimiser l'application des mesures de prévention, 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 professionnels exposés à un cas de tuberculose contagieuse.

¹⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/feuille-de-route-tuberculose-2019-2023>

¹⁵ 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>

¹⁶ Idem. Cf Note 17

Modalités de suivi des personnels exposés au risque

La plupart des dispositifs font appel à des services inter-entreprises de santé au travail (SIST). Le turn-over des personnels des structures considérées rend difficile l'exhaustivité de la visite d'embauche ainsi qu'un suivi suffisamment régulier. Les bénévoles, nombreux dans ce type de structure, n'ont aucun suivi médical.

<p>A l'embauche :</p>	<p>Comme souligné dans la partie commune du guide, il est important de disposer d'un test immunologique de référence (IGRA ou IDR) pour ces professionnels susceptibles d'être en contact avec des personnes atteintes de tuberculose. Le HCSP¹⁷ a souligné, en 2019, l'importance toute particulière de ces tests pour les professionnels venant de pays de forte endémie. Les personnes ressources du groupe de travail ont souligné les freins à l'utilisation des tests IGRA, malgré leur simplicité d'utilisation dans ce type de population.</p> <p>En effet, leur coût est trop élevé pour les SIST. Ce point avait déjà été mis en exergue lors des recommandations du HCSP en 2019 concernant ces tests. Il recommandait : <i>"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"</i>.</p> <p>Une radiographie de thorax n'est prescrite que si le test (IGRA ou IDR) est positif ou en cas de signes d'appel.</p> <p>A l'occasion de la visite d'embauche, il est essentiel de donner une information sur la tuberculose et les moyens de s'en protéger : rappel en particulier des bonnes pratiques de prévention, notamment du port du masque.</p>
<p>Le suivi en cours d'activité :</p>	<p>En dehors des enquêtes autour d'un cas (cf. supra), un suivi médical renforcé des professionnels et bénévoles est nécessaire. Il a pour objet :</p> <ul style="list-style-type: none">- 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. <p>Comme souligné dans la partie commune du guide, ces visites devraient intervenir tous les deux ans dès lors que l'évaluation a identifié un risque d'exposition à la tuberculose 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).</p> <p>On sera plus particulièrement vigilant à respecter cette fréquence pour les intervenants susceptibles d'être particulièrement exposés cités plus haut (§ 1.2 : évaluation du niveau de risque dans la structure). Dans ces contextes, si des dépistages ciblés sont organisés par le CLAT, il peut être intéressant de proposer également un dépistage à certains intervenants.</p>

¹⁷ Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance. 2019. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=731>

Membres du groupe de travail

Animation du groupe

- **Dominique Abiteboul** - Médecin du travail, conseiller médical à l'INRS, membre du GERES GERES, Paris
- **Christine Barbier** - Médecin de santé publique, retraitée, a exercé à la Direction générale de la santé (DGS), référente santé des personnes sous-main de justice, bureau santé des populations de 2010 à 2015, prestataire GERES
- **Elisabeth Rouveix** – PU PH, Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré, AP-HP - Présidente du GERES
- **Nicolas Vignier**, praticien hospitalier, infectiologue, Centre d'Investigation Clinique Antilles Guyane, INSERM CIC 1424, Centre hospitalier de Cayenne, Groupe hospitalier Sud Ile-de-France, Université Sorbonne Paris Nord & Équipe de recherche en épidémiologie sociale, Sorbonne Université, IPLESP, INSERM UMR 1136

Membres du groupe

Représentants de CLAT de départements très concernés

- **Dr Elisabeth Marc**, conseillère médicale Tuberculose à l'ARS IDF également responsable du CLAT 94, (ARS-IDF/DSP/BRITDIR):
elisabeth.marc@ars.sante.fr; elisabeth.marc@chicreteil.fr
- **Dr Cécile Charlois**, médecin responsable du CLAT Paris. Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé. PARIS cecile.charlois@paris.fr
- **Dr Laura Reques**, Cheffe du bureau de maladies infectieuses. Service de la prévention et des actions sanitaires (SPAS). Direction de la Prévention et de l'action sociale (DPAS). Département de Seine-Saint-Denis
lreques@seinesaintdenis.fr

Les autres collaborateurs

Fédérations nationales

- **Fédération Santé Habitat médico-sociaux (ACT, LHSS, LAM...)**
Laurent Thévenin, délégué général, laurent.thevenin@sante-habitat.org
- **Fédération des acteurs de la solidarité (dispositifs sociaux type CHRS, CHU, accueils de jour..)**
Hugo Si Hassen, chargé de mission santé, Fédération des Acteurs de la Solidarité, 76 rue du Faubourg Saint Denis 75 010 Paris. hugo.sihassen@federationsolidarite.org
- **Fédération Addiction (CSAPA, CAARUD)**
Georges Martihno, Délégué général adjoint 104 rue Oberkampf 75011 Paris. A quitté son poste en 2020. g.martihno@federationaddiction.fr
Nathalie Latour infos@federationaddiction.fr
Dr Xavier Aknine, Médecin généraliste Gagny, coordinateur consultation CSAPA Emergences Paris 13 xavier.aknine@free.fr
Dr Luc Perrin, communauté thérapeutique de Barsac l.perrin@ceid-addiction.com

Intervenants de terrain via les CLAT

- **SAMU Social Paris**
Dr Armelle Pasquet Samu Social, Médecin Pole Médical a.pasquet@samusocial-75.fr
Dr Marie Wicky, Médecin Référent EMLT (Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose) medecin.emlt@samusocial-75.fr
- **Médecins du Monde**
Dr Houda Merimi, M.D, M.P.H, Référente Médicale/ Medical Advisor, Pôle Appui & Politiques Publiques, Direction des Opérations France, Médecins du Monde France, houda.merimi@medecinsdumonde.net
- **Emmaüs**
Dr Meryem Belkacemi. Mission Santé - 32, rue des Bourdonnais-75001 Paris - 01 77 37 63 18 - missionsante@emmaus.asso.fr; mbelkacemi@emmaus.asso.fr
Monsieur Bruno Morel Directeur Général bmorel@emmaus.asso.fr
- **CIMADE (association intervenant en Centre de rétention administrative- CRA)**
David Rohi, Pole expulsion. Assurera le lien avec les autres associations intervenant en CRA. davidrohi@lacimade.org

Services de santé au travail suivant les personnels d'Emmaüs et de France Terre d'asile

Dr Muriel Tourneur CMSM Service de santé au travail interentreprises- 336 rue St Honoré 75001 Paris mtourneur@cmsm.fr

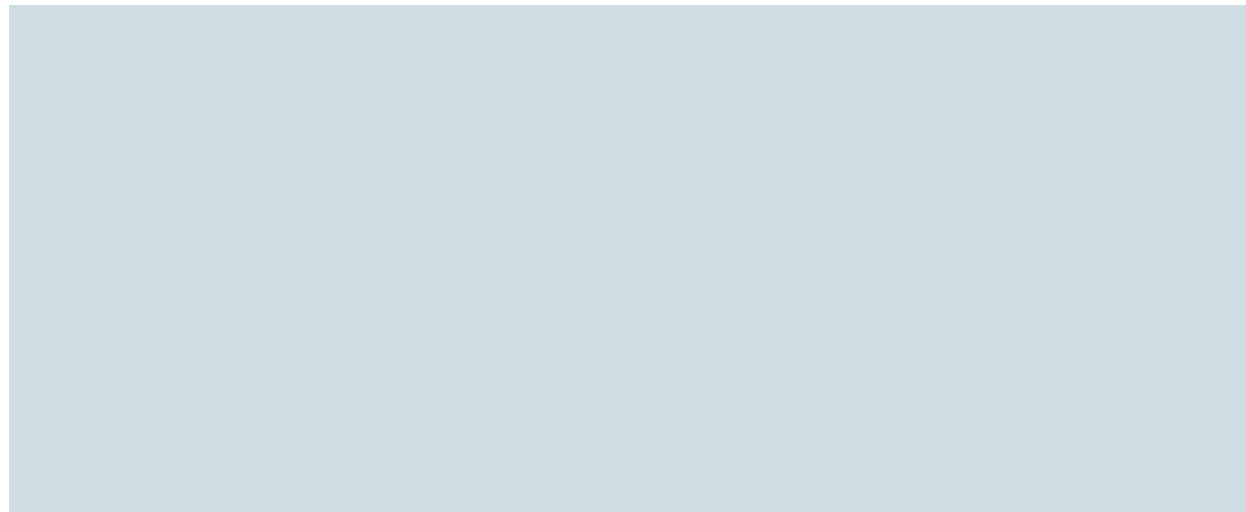
Remerciements

Dr Jean Paul Guthmann. Santé Publique France Médecin épidémiologiste,
Coordinateur du Programme Tuberculose. Direction des maladies infectieuses.
Santé Publique France
jean-paul.guthmann@santepubliquefrance.fr

Dr Philippe Fraisse. Coordonnateur du Réseau national des Centres de lutte
antituberculeuse. Responsable santé publique – Groupe pour la recherche et
l’enseignement en infectiologie de la SPLF. Service de pneumologie. Nouvel
hôpital civil. 67091 Strasbourg Cedex. philippe.fraisse@chru-strasbourg.fr



ANNEXES



Annexe 1

Dispositifs intervenant pour les publics migrants étrangers et/ou en situation de précarité

Dispositifs médico-sociaux accueillant des personnes cumulant des difficultés sociales et des problématiques de santé : Appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits Halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (LAM) : ces structures disposent d'équipes pluridisciplinaires avec notamment présence de médecins et d'infirmiers.

Dispositifs en addictologie : centres de soins et de prévention en addictologie (CSAPA) ; Centres d'accueil et d'accompagnements à la Réduction des risques des Usagers de Drogue (CAARUD) : ces dispositifs disposent également d'équipes pluridisciplinaires avec du temps médical et infirmier, toutefois moindre en CAARUD. Ces équipes intègrent parfois des usagers.

Dispositifs destinés aux publics en situation de précarité qu'ils soient étrangers migrants ou non : ils sont dotés de personnels essentiellement-travailleurs sociaux, ils ne sont pas ou peu médicalisés.

Dispositifs :

- Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), hébergement relativement stable (plus de 3 mois.)
- Centres d'hébergement d'urgence (CHU),
- Accueils de jour : accueils ambulatoires,
- Associations et organisations impliquées dans l'accueil physique, l'aller vers et les maraudes
- Équipe mobile du Samu Social (programme hôtel notamment)
- Consultations municipales ou associatives pour les publics en situation de précarité,
- Équipe mobile tuberculose, travailleurs sociaux et éducateurs du territoire ou des organisations intervenantes,
- Dispositifs mobiles intervenant dans les squats ou auprès des personnes vivant en camp ou en bidonville.
- Ces équipes mobiles peuvent dépendre de diverses institutions (dont Conseils départementaux) ou associations.

Typologie des intervenants :

- Médiateurs en santé, interprètes en santé professionnels, accueillants (notamment bénévoles), travailleurs pairs
- Médecins et soignants libéraux, travaillant en centre de santé ou bénévoles au sein des organisations de solidarité impliqués dans l'accueil sanitaire des migrants primo-arrivants disposant d'une couverture maladie,

Dispositifs spécifiques d'accueil des personnes migrantes :

- Centres d'Accueil et d'Examen des Situations (CAES), Centres d'Hébergement d'Urgence Migrants (CHUM),
- Permanences d'Accueil Demandeurs d'Asile (PADA),
- Guichet Unique d'Accueil des Demandeurs d'Asile (GUDA),
- Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRAHDA) : dispositif d'hébergement
- Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA),
- Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA),
- Structures d'hébergements et d'accompagnement des Mineurs isolés étrangers aussi appelés mineurs non accompagnés (MNA),
- CAMNA (centres d'accueil de Mineurs non accompagnés)
- Foyers de travailleurs migrants
- Centres de rétention administrative (CRA) : ces centres de privation de liberté accueillent des personnes sans titre de séjour en attente d'expulsion. Ces centres relèvent du Ministère chargé de l'Intérieur, les personnels de surveillance sont des policiers de la Police de l'Air aux Frontières (PAF).
- Une unité médicale en CRA (UMCRA), rattachée à un centre hospitalier public y intervient ponctuellement. Des membres d'association interviennent pour le conseil juridique, le soutien et l'accès aux droits et sont potentiellement exposés au risque de transmission de la tuberculose.
Un avis récent du Contrôleur des lieux de privation de liberté¹⁸ recommande l'organisation d'un dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes retenues et renvoie à un travail interministériel (Santé, Intérieur).

¹⁸ <https://www.cgjpl.fr/2019/avis-relatif-a-la-prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-etrangeres-au-sein-des-centres-de-retention-administrative/>

Annexe 2

Synthèse des données épidémiologiques issues de la déclaration obligatoire (DO) relatives aux tuberculoses maladies déclarées chez les professionnels et les usagers des structures d'hébergement

Une analyse de la déclaration obligatoire (avec recodage des informations en clair) **a été réalisée pour tenter d'évaluer la fréquence des cas de tuberculose maladie parmi les professionnels et les bénévoles accompagnant les personnes en situation de précarité et les migrants.**

En 2018, il y avait eu au moins 304 cas chez des professionnels (soit 5,97% des 5092 DO, mais 992 fiches ne renseignaient pas clairement cette information qui pourrait donc être sous-estimée). Parmi ces cas, 76 travaillaient dans un établissement de santé, 76 au contact d'enfants de moins de 15 ans et 117 dans une structure « autre » (42 non renseignés)

Sur les 10 dernières années, il y a eu 3 205 cas chez des professionnels à caractère sanitaire ou social (soit 6,43% des 49 819 DO, pour lesquelles cette information était spécifiée) dont :

- # 990 (30,9%) travaillant en établissement de santé
- # 756 (23,6%) travaillant avec enfants de moins de 15 ans
- # 970 (30,3%) « autres » (cette catégorie ne fait pas l'objet d'un recueil en clair du type de professions/structures)
- # 489 (15,3%) non renseignés

On décomptait ainsi de 286 à 350 cas par an chez les professionnels au cours des 10 dernières années, sans pouvoir identifier de manière précise les travailleurs sociaux et les professionnels qui auraient pu être exposés au contact du public migrant et/ou en situation de précarité.

Les informations disponibles sont un peu plus éclairantes quand on regarde les chiffres de la DO concernant les personnes atteintes de tuberculose et résidant en collectivité. Sur les 10 dernières années, elles ont représenté 6 918 cas, soit 13,9% de l'ensemble des 49819 cas (6491 manquantes ou indéterminées) dont :

- # 615 (8,9%) en établissement pénitentiaire
- # 3102 (44,8%) en centre d'hébergement collectif
- # 772 (11,2%) en établissement hébergeant des personnes âgées
- # 2038 (29,4%) dans une autre structure d'hébergement
- # 391 données manquantes

A noter qu'il y avait peut-être une tendance à l'augmentation du nombre de cas en hébergement collectif au cours des deux dernières années (436 et 525 en 2017 et 2018 vs de 233 à 327 cas les 8 années précédentes), ce qui pourrait avoir un lien avec l'augmentation de certains flux migratoires.

Concernant les autres structures d'hébergement, un recodage a été effectué pour les 490 patients déclarés en 2017 et 2018. Les structures correspondantes étaient les suivantes :

	2017 N=250	2018 N=240
Camps, bidonvilles, squat	22 (8,8%)	20 (8,3%)
Centres d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de précarité ou de migration, hôtels	67 (26,8%)	66 (27,5%)
Foyers	17 (6,8%)	13 (5,4%)
Centres de rétention administrative	0	5 (2,1%)
Logements individuels partagés, communautaire ou familial	69 (27,6%)	53 (22,1%)
Hébergement étudiant	19 (7,6%)	20 (8,3%)
Aide sociale à l'enfance	7 (2,8%)	15 (6,3%)
Établissements scolaires	15 (6,0%)	10 (4,2%)
Établissements de santé	20 (8,0%)	19 (7,9%)
Autres (établissements religieux, militaires, pénitentiaires, etc.)	12 (4,8%)	12 (5,0%)

En conclusion, les centres d'hébergements collectifs et les structures accueillant les personnes en situation de précarité et/ou de migration sont souvent confrontés à des cas de tuberculoses maladie. Il est néanmoins impossible, à partir de la DO, de savoir si des professionnels ou des bénévoles y intervenant ont été contaminés. Il serait souhaitable que la profession soit documentée plus précisément dans la DO.

Les personnes résidant en camps, en squat mais aussi celles hébergées par la famille, des amis ou des compatriotes sont aussi fortement représentées, ce qui constitue un enjeu différent.

Remerciements : nous remercions le Dr Jean Paul Guthmann de Santé Publique France pour la mise à disposition des données de la déclaration obligatoire et l'ensemble des soignants déclarants.

Annexe 3

Enquête auprès du réseau national des CLAT

Une enquête en ligne a été réalisée auprès des 118 CLAT français en partenariat avec le réseau national des CLAT en novembre 2020 pour tenter de mieux évaluer la problématique du risque d'exposition à la tuberculose chez les intervenants auprès des publics étrangers et/ou en situation de précarité.

Trente-quatre CLAT (29%) ont répondu à l'enquête. Les répondants étaient le plus souvent un infirmier ou cadre (11/34) ou un médecin du CLAT (23/34). Seul un CLAT (2,9%) a déclaré ne pas être en mesure de répondre à l'enquête et deux n'ont pas complété le questionnaire dans son entièreté.

En tout, 16/31 (51,6%) CLAT ont déclaré avoir pris en charge des cas de tuberculose maladie (TM) parmi des **professionnels ou intervenants** auprès des publics en situation de précarité et/ou migrants.

Pour ces CLAT, le nombre de cas chez ces professionnels/intervenants étaient de 1 (n=5) ou 2 (n=4) au cours des 5 dernières années, les autres n'ayant pas apporté cette précision. Les structures d'appartenance de ces salariés ou bénévoles sont les suivantes : foyer d'hébergement (n=2), Samu social (n=1), structure d'accueil de migrants (n=2), aide au logement (n=1), centre médico-psychologique (n=1), centre de rétention administrative (n=1), police (n=1) et EHPAD ou service hospitalier (n=4, structures ne correspondant pas exactement à la cible de l'enquête donc). Les métiers des personnes concernées sont : accueillant (n=1), bénévole (n=1), secrétaire-administratif (n=2), conseiller logement (n=1), policier (n=1), gardien de nuit (n=1), IDE (n=1), aide soignants (n=3) et médecin (n=1).

En tout, 21/31 (67,7%) des CLAT répondants ont déclaré avoir pris en charge des cas de tuberculose maladie (TM) chez des **usagers/résidents** de structures accompagnant ou hébergeant des publics en situation de précarité et/ou des migrants.

Pour les CLAT répondants, le nombre médian de cas de TM chez ces usagers étaient de 4, IIQ [2-6] en 2019 (16 répondants, 81 cas pour l'ensemble des répondants) et de 16, IIQ [8-28] au cours des 5 dernières années (13 répondants, 237 cas pour l'ensemble). Les profils des usagers répondants étaient le plus souvent des personnes migrantes primo-arrivantes, dont des demandeurs d'asile, des étrangers en situation irrégulière et des mineurs non accompagnés, et d'autres personnes en situation de précarité dont des sans domicile fixe et des détenus. De manière plus ponctuelle, une personne âgée polyopathologique, une personne alcoolo-dépendante, une personne vivant avec le VIH migrante et ancienne usagère de drogue par voie intraveineuse.

Les structures de prise en charge de ces cas de TM appartenaient à la liste suivante (**voir Annexe 1** pour la signification des acronymes) : CHUM, CADA, HUDA, PRADHA, CHRS, Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO), foyers de travailleurs migrants, Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), structures d'hébergement et d'accompagnement pour Mineurs non accompagnés/Mineurs isolés étrangers, structures de l'Aide Sociale à l'Enfance, foyers de jeunes travailleurs, structure éducative à caractère sanitaire et social, Centres d'Hébergement d'Urgence, structure d'accueil des personnes en situation de précarité dont Armée du Salut et Samu Social (115), accueil de jour, Lits halte soin de santé, camps de Roms, squats, famille d'accueil, maison d'arrêt, centre médico-psychologique, centre d'examen de santé.

Concernant l'interaction avec la médecine du travail, 12/21 (57,1%) CLAT répondants déclarent avoir facilement identifié et collaboré avec la médecine du travail pour ces enquêtes, 3 (14,3%) avec difficultés, 5 (23,8%) ne pas avoir pris contact avec la médecine du travail et un CLAT a déclaré que la médecine du travail contactée n'a pas du tout aidé (4,8%). Parmi les précisions apportées par les répondants, il arrive qu'il n'y ait simplement pas de médecine du travail, ou des services de santé au travail (SST) qui préfèrent déléguer l'enquête au CLAT ou ne s'impliquent pas malgré une sollicitation précoce du CLAT. Un CLAT a mis en place des procédures avec les services de médecine du travail ce qui

a facilité les relations. Un CLAT invite les SST aux réunions d'information et les tient informé de l'issue des enquêtes.

A la question selon vous, y-a-t-il une place pour le BCG pour certains professionnels exposés, 6/25 (24%) répondent oui, 12 (48%) non et 7 (28%) ne savent pas. Pour ceux ayant répondu oui, les professionnels qui pourraient être concernés sont les personnes en contact avec un public avec une incidence de la tuberculose >100 / 100 000 dans le pays d'origine, sur leur parcours migratoire ou originaire des pays à forte prévalence de tuberculose multi résistante, ceux rentrant dans les recommandations nationales, les professionnels de santé amenés à prendre en charge des tuberculoses maladie ou à manipuler les souches au laboratoire (bien que sortant du champ de la présente enquête).

Enfin, les CLAT étaient interrogés sur les mesures indiquées en termes de prévention de la tuberculose chez les professionnels salariés ou bénévoles intervenants auprès des publics en situation de précarité et/ou des migrants. Plusieurs mesures sont proposées :

- Port du masque lors d'intervention dans des lieux identifiés comme à risque
- Organiser des séances d'information et de sensibilisation auprès des professionnels en lien avec la médecine du travail sur la tuberculose, la contagiosité et les symptômes
- Vérifier le statut vis-à-vis du BCG
- Avoir une IDR ou un test IGRA de référence à l'embauche/arrivée (position qui semble faire consensus), et recherche d'une ITL tous les 2 ans
- Réalisation d'une radio pulmonaire à l'embauche puis chaque année, ou tous les 2 ans, pour certains. Un CLAT propose de ne pas répéter le dépistage radiologique en l'absence d'exposition avérée. Un autre ne propose pas de dépistage du tout pour les professionnels mais un dépistage à l'arrivée pour les résidents. Un CLAT propose une visite en médecine du travail une fois par an.
- Information régulière des intervenants (proposition une fois par an pour les associations et structures spécifiques comme les centres d'accueil des personnes migrantes, le 115, etc.)
- Lorsqu'un cas survient, dépistage autour du cas et retour sur les résultats de l'enquête
- En cas de symptomatologie évocatrice chez un intervenant ou un usager, radio pulmonaire précoce et consultation précoce
- Instaurer une culture de la vigilance vis-à-vis des symptômes de la tuberculose chez les usagers

Au total, cette étude comporte des limites méthodologiques au regard du taux de réponse des CLAT. Cependant, nous pouvons conclure que les tuberculoses maladies sont fréquentes parmi le public accueilli par les structures d'accompagnement et d'hébergement des publics en situation de précarité et/ou de migration, en particulier parmi les migrants primo-arrivants, les demandeurs d'asile et les mineurs isolés étrangers. Concernant les professionnels ou les bénévoles intervenants dans ces structures, le risque de tuberculose maladie semble bel et bien exister, bien qu'il soit difficile d'affirmer que les cas de TM soient liés au contexte professionnel étant donné le nombre important de travailleurs et bénévoles eux même originaires de pays de forte endémie. La moitié des CLAT ont rapporté en avoir pris en charge parmi ces derniers, avec un nombre de cas relativement limité cependant. Les CLAT sont en première ligne pour la prise en charge et la prévention de ce risque. Une implication plus systématique des services en santé au travail dans l'information, la prévention et les enquêtes autour des cas est souhaitée par les CLAT et semble pertinent d'un point de vue de santé publique mais est loin d'être la norme à ce jour.

Remerciements : nous remercions le Dr Philippe Fraisse président du réseau national des CLAT pour la mise en forme et la diffusion du questionnaire et l'ensemble des CLAT participants

Annexe 4

Protocole exposition à un cas de tuberculose au Samusocial

Samusocial de Paris Code : P/SSP/19/001 Rédaction : Zoë Taylor/ Dr Marie Wicky-Thisse Validation : Dr Armelle Pasquet-Cadre, Dir PMS/ Constance Devillers, DRH	Version n°1 : 12 septembre 2019 INTRA-RH-PMS	SSP Page 1/13
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------

PROTOCOLE SITUATION D'EXPOSITION À UN CAS DE TUBERCULOSE CONTAGIEUSE AU SEIN DU SAMUSOCIAL DE PARIS

Objectifs	Donner les outils pour le signalement d'un cas de tuberculose contagieuse chez un individu au sein du SSP et permettre la prise en charge des personnes qui ont pu être exposées.
Définitions / mots clés	<ul style="list-style-type: none"> - « cas index » : personne atteinte de tuberculose maladie contagieuse. - « sujet contact » : personne ayant eu un contact à risque de transmission avec un cas index.
Domaine d'application	Tous les services du SSP.
Références : <i>N.B. Les recommandations concernant la réalisation d'enquêtes autour d'un cas de tuberculose contagieuse évoluent souvent, d'où la nécessité de réviser périodiquement ce protocole.</i>	1) Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques. Haut Conseil de la Santé Publique ; 25.10.2013, 93p. 2) Surveillance des personnels de santé vis à vis du risque de tuberculose. Proposition de recommandations pour les médecins du travail. Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants; 10.2017, 40p. 3) Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes - Hygiènes Volume XXI n°1, SF2H ; 03.2013, 53p.
Modalités de sensibilisation et de formation à l'objet du protocole	Formation initiale des responsables de site et évaluation annuelle de la connaissance du protocole.
Documents associés	Annexe 1 - Annuaire Annexe 2 - Liste du personnel exposé à un cas de tuberculose contagieuse au sein du SSP et concerné par un dépistage Annexe 3 - Fiche de signalement à l'EMLT d'un patient suspect ou atteint de tuberculose

Samusocial de Paris		SSP
Code : P/ SSP/19/001 Rédaction : Zoë Taylor/ Dr Marie Wicky-Thisse Validation : Dr Armelle Pasquet-Cadre, Dir PMS/ Constance Devillers, DRH	Version n°1 : 12 septembre 2019	Page 2/13
INTRA-RH-PMS		

PARTIE I - OBJECTIFS

L'objectif est de donner les outils pour le signalement d'un cas de tuberculose contagieuse chez un individu au sein du SSP, et de permettre la prise en charge des personnes qui ont pu être exposées.

PARTIE II - DÉFINITIONS DE CAS

I. SUJET CONTAGIEUX : CAS INDEX

- Une personne atteinte de tuberculose-maladie est potentiellement contagieuse si elle présente une tuberculose de forme respiratoire, et des symptômes respiratoires (toux, crachats, crachats de sang).
- Une personne infectée à risque de transmettre la maladie est désignée comme étant un « **cas index** ».
- La transmission est aérienne, et le risque varie selon : l'abondance de bacilles tuberculeux dans les sécrétions respiratoires, la durée de contact, la distance avec la personne, le degré de confinement du lieu, la rigueur d'application des mesures de protection (cf. III. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION), la vulnérabilité individuelle des personnes exposées (degré d'immunodépression).
- La contagion ne se fait pas par contact physique simple avec un usager.

N.B. - *Toute personne initialement contagieuse qui a été mise sous traitement, est à nouveau admissible en collectivité lorsque l'hôpital a suspendu les mesures d'isolement : elle n'est plus contagieuse.*

II. SUJET EXPOSÉ

- Toutes les personnes ayant côtoyé le « cas index » ne sont pas exposées au même risque de transmission.
- Toute personne est un « **sujet contact** » si il/elle vérifie toutes les conditions suivantes⁽¹⁾ :
 - Contact **rapproché** à une distance de moins de 2 mètres,
 - Dans un **environnement** confiné,
 - Avec un **sujet contagieux** (sans traitement),
 - Pendant une **durée** d'au moins :
 - 1 à 8 heures pour les soignants ou les animateurs effectuant des soins corporels rapprochés (soins de pansements, aide à la douche...).
 - 8 à 40 heures pour le reste du personnel et les usagers (selon l'abondance de bacilles dans les sécrétions respiratoires).

N.B. *Pour estimer le temps d'exposition, il faut prendre en considération les heures consécutives ou cumulées au cours des 3 derniers mois précédant la découverte de la tuberculose.*

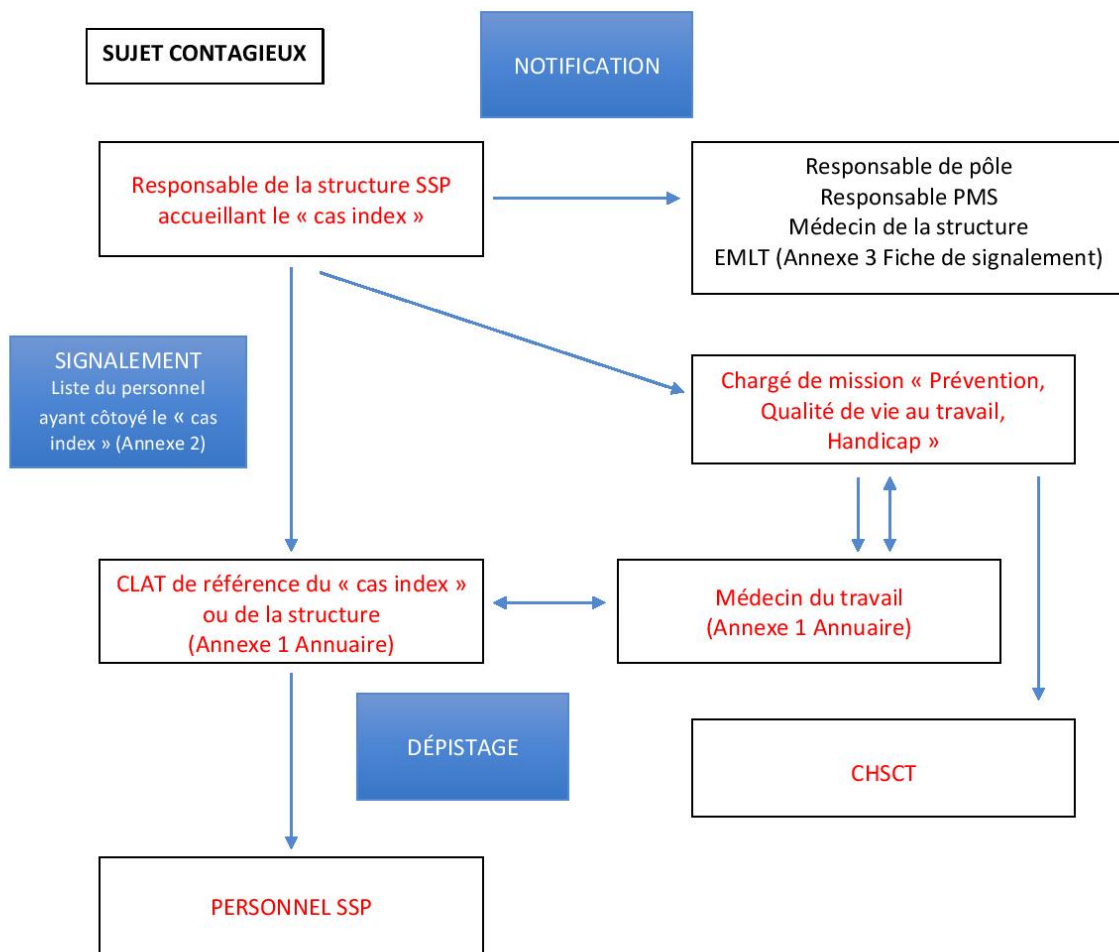
ex. 3 nuits d'exposition pour le voisin de chambre d'un « cas index »

Samusocial de Paris		SSP
Code : P/ SSP/19/001 Rédaction : Zoë Taylor/ Dr Marie Wicky-Thisse Validation : Dr Armelle Pasquet-Cadre, Dir PMS/ Constance Devillers, DRH	Version n°1 : 12 septembre 2019	Page 3/13
INTRA-RH-PMS		

PARTIE III – SCHÉMAS OPÉRATIONNELS

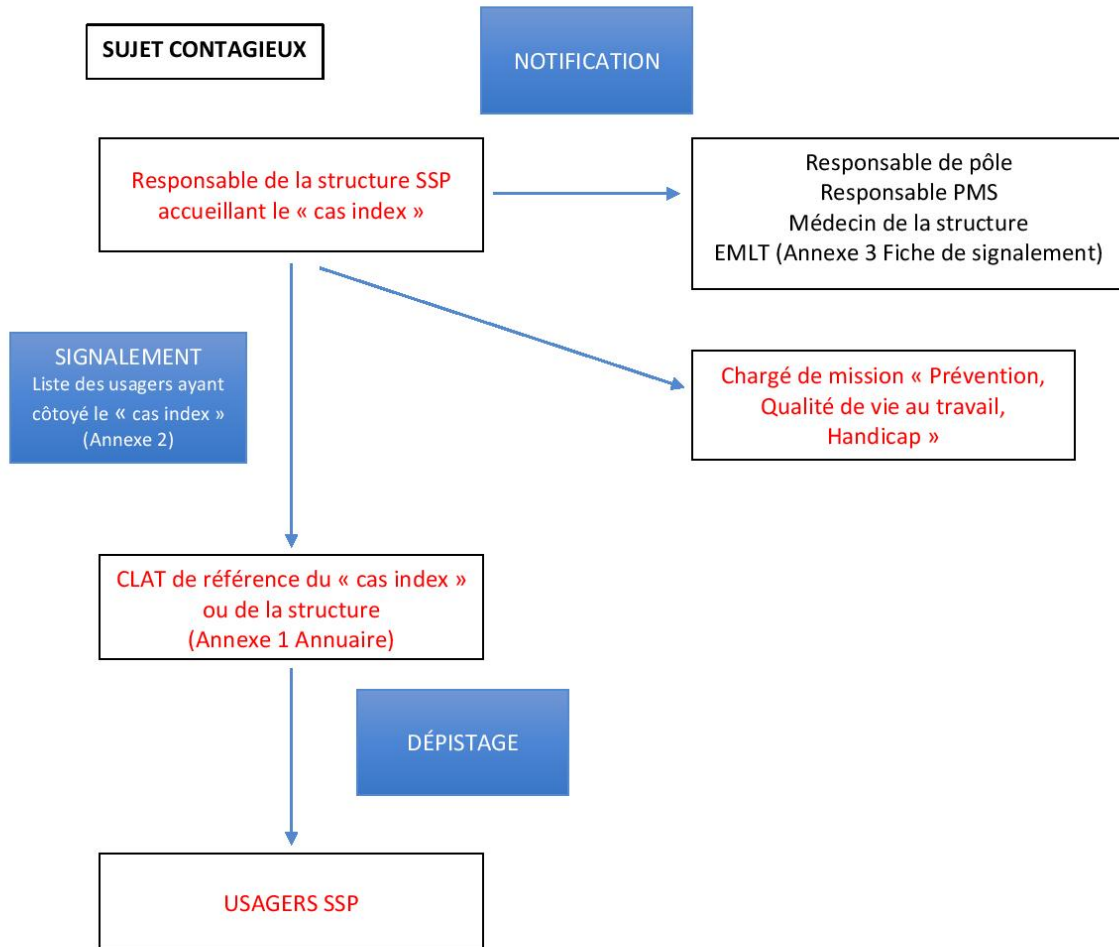
Le patient a-t-il une forme de tuberculose contagieuse ? En cas de doute, vous pouvez faire appel à l'Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT) pour vous aider à le déterminer.

I. PROCÉDURE DE DÉPISTAGE CONCERNANT LE PERSONNEL



Samusocial de Paris		SSP
Code : P/ SSP/19/001 Rédaction : Zoë Taylor/ Dr Marie Wicky-Thisse Validation : Dr Armelle Pasquet-Cadre, Dir PMS/ Constance Devillers, DRH	Version n°1 : 12 septembre 2019	Page 4/13
INTRA-RH-PMS		

II. PROCÉDURE DE DÉPISTAGE CONCERNANT LES USAGERS



Samusocial de Paris		SSP
Code : P/ SSP/19/001 Rédaction : Zoë Taylor/ Dr Marie Wicky-Thisse Validation : Dr Armelle Pasquet-Cadre, Dir PMS/ Constance Devillers, DRH	Version n°1 : 12 septembre 2019	Page 5/13
INTRA-RH-PMS		

PARTIE IV - PROCÉDURES

I. SIGNALEMENT DU CAS INDEX

1. Le **personnel d'une structure** reçoit l'information qu'il a été en contact ou qu'un cas de tuberculose contagieuse a séjourné au SSP. Il en informe son Responsable de structure.

2. Le **Responsable de structure** signale le cas aux intervenant suivants :
 - Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT) de référence (*cf. Annexe 1*),
 - Responsable de pôle,
 - Responsable du PMS,
 - Chargé de mission « Prévention, Qualité de vie au travail, Handicap » du SSP,
 - Médecin de la structure (s'il y en a un) et Référent EMLT (*cf. Annexe 3*).

3. Le **CLAT** se chargera d'organiser l'enquête autour de ce cas.

II. ENQUÊTE ET DÉPISTAGES

L'enquête a pour but de vérifier la réalité du risque de transmission : elle permet d'identifier les personnes qui nécessitent d'être dépistées (par des examens complémentaires).

1. Dépistage du personnel

- Le CLAT se met en lien avec le **Médecin du travail référent du site** (*cf. Annexe 1*).
- Le Chargé de mission « Prévention, Qualité de vie au travail, Handicap » du SSP se met en lien avec le **Médecin du travail**.
- Le Responsable de structure dresse une liste des membres du personnel qui ont côtoyé le « cas index » en précisant la durée et le type de contact durant les 3 derniers mois, et la transmet au CLAT (*cf. Annexe 2*).
- Le CLAT établit parmi cette liste, le personnel concerné par l'enquête et qui nécessitera d'être dépisté.

2. Dépistage des usagers

- Il relève exclusivement du rôle des CLAT.
- Le CLAT se met en lien avec le Responsable de structure, pour établir une liste des usagers concernés par l'enquête (personnes exposées durant les 3 mois précédents).

3. Organisation du dépistage

- Il est mené par le CLAT référent du lieu de vie du « cas index ».
- Il se déroule sans urgence au cours des semaines qui suivent (généralement au-delà de 8 semaines).

Samusocial de Paris		SSP
Code : P/ SSP/19/001 Rédaction : Zoë Taylor/ Dr Marie Wicky-Thisse Validation : Dr Armelle Pasquet-Cadre, Dir PMS/ Constance Devillers, DRH	Version n°1 : 12 septembre 2019	Page 6/13
INTRA-RH-PMS		

N.B. Consulter en cas d'apparition de symptômes évocateurs (toux évoluant depuis plus de 3 semaines, amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes).

- Le dépistage peut être groupé (proposé sur site), ou sur convocation individuelle en Centre Médico-Social.
- Des séances d'information à destination du personnel ou des usagers peuvent être organisées par le CLAT de référence ou l'EMLT sur demande du Responsable de structure.
- Le CLAT restitue les résultats du dépistage du personnel au Médecin du travail.
- Le CLAT restitue les résultats du dépistage des usagers au Médecin de la structure et au Référent EMLT.

III. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION

1. Limiter l'exposition en appliquant des mesures de précaution « Air »

- ❖ **Par le sujet** chez qui on a une suspicion de tuberculose contagieuse (cas index potentiel)
 - Port de masque de type « masque chirurgical » dès la suspicion, pour tout déplacement hors de sa chambre, en véhicule, à l'extérieur.
 - Ce type de masque permet d'éviter les projections de gouttelettes de salive ou de sécrétions respiratoires lors de l'expiration d'un malade contagieux. Il diminue le risque de contaminer l'entourage.
- ❖ **Par le personnel ou l'entourage** (cas contacts potentiels)
 - Port d'un Appareil de Protection Respiratoire (APR), masque de type « FFP2 ».
 - Ce type de masque protège celui qui le porte des projections extérieures. Il diminue le risque d'être contaminé.
 - Vérifier le bon ajustement du masque par un « fit-check » à chaque utilisation.
Mettre le masque, obturer brièvement le filtre avec les mains, inspirer lentement et vérifier que le masque tende à s'écraser. S'il est encore possible d'inhaler, c'est que le masque fuit au niveau du joint facial. S'il est impossible d'obtenir l'étanchéité, il convient d'essayer un autre modèle.

Samusocial de Paris		SSP
Code : P/ SSP/19/001 Rédaction : Zoë Taylor/ Dr Marie Wicky-Thisse Validation : Dr Armelle Pasquet-Cadre, Dir PMS/ Constance Devillers, DRH	Version n°1 : 12 septembre 2019	Page 7/13
INTRA-RH-PMS		

2. Réduire le risque lié à l'environnement

- Respecter les mesures d'hygiène. Application de précautions « contact » (friction des mains au soluté hydro-alcoolique, après avoir retiré et éliminé le masque).
- Signaler le cas aux différents intervenants en contact au cours de la prise en charge.
- Organisation
 - Attitude face à un cas suspect dans la rue :
Le risque est minime à l'air libre.
 - Respecter une distance de 2 mètres si possible
 - Ne pas rester en face de l'usager s'il tousse, éternue ou crache
 - Lui demander de mettre sa main devant la bouche lorsqu'il tousse
 - Attitude en cas de transport en véhicule :
 - Port d'un masque chirurgical pour l'usager concerné
 - Rouler les fenêtres ouvertes dans la mesure du possible pour assurer une bonne ventilation de l'habitacle
 - Port d'un masque FFP2 pour tous les membres de l'équipe et les autres usagers à bord si le cas suspect ne porte pas de masque
 - Aménagement du lieu d'hébergement :
 - Privilégier les chambres seules, avec fenêtre, régulièrement ventilées
 - Port d'un masque chirurgical pour l'usager concerné dès qu'il sort de sa chambre
 - Port d'un masque FFP2 pour le personnel, le mettre en place avant l'entrée dans la chambre, l'ôter après la sortie de la chambre

RÉFÉRENCES ET ANNEXES

I. Références

- 1) Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques. Haut Conseil de la Santé Publique ; 25.10.2013, 93p.
- 2) Surveillance des personnels de santé vis à vis du risque de tuberculose. Proposition de recommandations pour les médecins du travail. Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants; 10.2017, 40p.
- 3) Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes - Hygiènes Volume XXI n°1, SF2H ; 03.2013, 53p.

II. Annexes

Annexe 1 - Annuaire

Annexe 2 - Liste du personnel et des usagers exposés à un cas de tuberculose contagieuse au sein du SSP et concernés par un dépistage

Annexe 3 - Fiche de signalement à l'EMLT d'un patient suspect ou atteint de tuberculose

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
Organisme formateur N° 11920741192