

G E R E S

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

GUIDE

**A l'usage des services de
prévention et de santé au
travail**

Prévention du risque de tuberculose professionnelle

**Fiche technique n°1 : aide à la prévention
des risques de tuberculose et suivi des
professionnels pénitentiaires**

*Document élaboré grâce au soutien financier de la Direction Générale de la santé
Mise à jour septembre 2024*

Fiche destinée aux services de prévention et de santé au travail en charge des personnels pénitentiaires.

Elle a pour objectif de les aider à évaluer le risque de tuberculose professionnelle afin de proposer une optimisation des stratégies de prévention et de dépistage dans leur établissement.

Elle peut également être utile aux responsables de ces structures

Personnels concernés : personnels de surveillance, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), personnels de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en milieu fermé (établissements pénitentiaires, centres éducatifs fermés).

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

Sommaire

Existe-il un risque de tuberculose dans le contexte carcéral ?4

Données générales4

1. Epidémiologie de la tuberculose chez les personnes détenues.....4
2. Epidémiologie de la tuberculose chez les professionnels pénitentiaires.....5

Évaluation du niveau de risque dans l'établissement.....5

Mesures de prévention collectives et individuelles à mettre en place7

Points clés :7

1. Organisation générale7

Repérage le plus précoce possible des cas de tuberculose7

Mesures de prévention adaptées à mettre en place8

1. Suspicion d'un cas chez une personne détenue :.....8
2. Cas de tuberculose pulmonaire avéré :.....8
3. Enquête autour du cas :.....8

Indications éventuelles du BCG9

Modalités de suivi des personnels exposés au risque 11

Annexe 1. AFFICHE INRS -Quel masque porter ?14

Annexe 2. Proposition d'une aide à l'évaluation du risque de tuberculose chez le personnel en dehors de l'enquête autour d'un cas15

Annexe 3. Proposition de questionnaire pour consultation de suivi des professionnels exposés à la tuberculose.....16

Existe-il un risque de tuberculose dans le contexte carcéral ?

Données générales

1. Epidémiologie de la tuberculose chez les personnes détenues

L'incidence des cas déclarés de tuberculose en milieu carcéral reste plus élevée qu'en milieu libre¹ (cf. tableau ci-dessous). Elle était de 91,3 cas pour 100.000 vs 7,1 en population générale en 2015, et de 44 cas pour 100 000 vs 6,2 cas en population générale en 2022 ².

Prisons	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de cas	61	59	67	54	41	38	31	31
Taux pour 100 000	91,3	86,4	96,7	76,8	58	58	44	44

Même si le nombre de cas a été divisé par 2 entre 2015 et 2022, l'incidence reste sept fois supérieure à celle en population générale. Cela peut s'expliquer en raison :

- Des caractéristiques des publics détenus cumulant divers facteurs de risque : situation de précarité, personnes ayant vécu en squat ou sans domicile fixe, moindre accès à la prévention et aux soins avant l'incarcération, personnes originaires de pays de forte endémie, prévalence du VIH 6 fois plus élevée qu'en milieu libre³.
- Des conditions de vie en détention (promiscuité, surpopulation, confinement) qui favorisent la transmission aérienne du BK.

En 2022, 19% des cas chez les détenus avaient un antécédent de tuberculose maladie, contre 5% pour l'ensemble des cas. Les atteintes pulmonaires représentaient 97% du total des cas déclarés (30 sur 31). Les personnes atteintes étaient majoritairement des hommes (93%), plutôt jeunes (âge médian de 35 ans)⁴.

Les régions les plus concernées étaient l'Île de France (35 % des cas), Occitanie (13%) et Nouvelle-Aquitaine (10%)⁴.

La tuberculose multi résistante (MDR) constitue une préoccupation supplémentaire et un point de vigilance. En France, cette forme de tuberculose, souvent transmise en milieu carcéral dans les pays de l'ex URSS, touche avant tout des personnes ayant déjà été traitées pour tuberculose, les sujets au contact de malades avec une tuberculose multi résistante, ou celles provenant de

¹ Épidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015. BEH n°7/2017 p.115 -128 <http://rfg35.org/wp-content/uploads/2017/12/BEH-N%C2%B07-21-mars-2017.pdf>

² Guthmann JP, Viriot D. L'épidémiologie de la tuberculose en France à l'ère de la pandémie de Covid-19. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(6-7):108-15. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024_6-7_1.html

³ Prévalence de l'infection par le VIH et le virus du VHC chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar DGS/Invs 2010. BEH 35-36 du 5 novembre 2013

⁴ Guthmann JP, données Santé Publique France, transmises non publiées

pays de forte incidence. Cependant, aucun des cas notifiés chez les détenus en 2022 n'était atteint de tuberculose MDR.⁵

2. Epidémiologie de la tuberculose chez les professionnels pénitentiaires

On manque de données sur l'incidence de la tuberculose parmi les professionnels du milieu pénitentiaire.

Les cas de tuberculose maladie et d'infection tuberculeuse latente (ITL), déclarés en maladie professionnelle recensés dans les rapports d'activité des médecins de prévention sont présentés dans le tableau ci-dessous (à l'exception de deux régions dont les données étaient indisponibles) : soit une moyenne estimée de 2016 à 2018 de 2 cas par an pour un effectif moyen d'environ 20 350 surveillants⁶, ce qui représente une incidence estimée inférieure à 10 cas pour 100 000.

Afin d'évaluer l'impact des mesures de prévention et de la suppression de l'obligation vaccinale, il est fortement recommandé de réaliser un suivi national systématique des données de MP et ITL.

	2016	2017	2018	2020	2022
Tuberculoses déclarées MP	2	3	1	1	0
Infections tuberculeuses latentes	5	8	3	2	1
Enquêtes autour d'un cas	2	8	4	5	6

Évaluation du niveau de risque dans l'établissement

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 de prévention, le médecin responsable de l'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et le chef de l'établissement pénitentiaire qui en a la responsabilité (Art. L 4121-1 à L 4121-3 du code du travail). L'importance de cette étape est rappelée dans la circulaire du 26 juin 2007.

Cette évaluation se base sur :

- Le contexte épidémiologique local (territoire de forte incidence, Mayotte, Guyane, Ile de France.)⁷

⁵ Données Santé publique France non publiées

⁶ L'effectif total de surveillants est d'environ 30 000 (source Chiffres clés de l'Administration Pénitentiaire)

⁷ Guthmann JP, Viriot D. L'épidémiologie de la tuberculose en France à l'ère de la pandémie de Covid-19. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(6-7):108-15. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024_6-7_1.html

- Les critères de la circulaire en vigueur⁸.
- Le type d'établissement pénitentiaire : les maisons d'arrêt apparaissent comme les plus à risque, compte tenu du flux d'entrants, du profil des personnes arrivant de l'état de liberté, de la surpopulation, ainsi que les établissements pour mineurs ; en revanche semblent à moindre risque les centres pour peines (centres de détention et maisons centrales) qui accueillent des personnes ayant déjà séjourné en maisons d'arrêt, donc dépistées à l'entrée, les personnes y bénéficient d'un encellulement individuel.
- Les caractéristiques des postes de travail, les tâches les plus exposantes⁹ : notamment agent en contact direct permanent avec les entrants, particulièrement avant la réalisation de leur dépistage, agent affecté à la fouille, au vestiaire ; en revanche, le personnel pénitentiaire affecté dans les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ou unités d'hospitalisation a peu de contact direct et prolongé avec les détenus.
- Le délai entre l'arrivée d'une personne détenue et le résultat de la radiographie pulmonaire (qui peut être variable en fonction des organisations locales).
- Le nombre de cas de tuberculose pulmonaire contagieuse survenus au cours des 3 années précédentes chez des personnes détenues et le cas échéant chez des personnels pénitentiaires. Le critère de 5 cas de tuberculoses survenus par an chez les détenus dans l'établissement (ou le quartier lorsqu'il s'agit d'un établissement ayant plusieurs secteurs) est un indicateur d'un risque élevé.

⁸ Circulaire DAP 2007-PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20070003_0000_0006.pdf

⁹ Bouvet E, Abiteboul D, Antoun F et al. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France (synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (2002-2003). Rev Mal Respir, 2003, 20 (cahier 2, n° 6). <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-TC96/tc96.pdf&ved=2ahUKEwj4mtOg9taIAxVJRKQEHesYBfkQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw2z0udgH6717yoxIK8EsOn6>

Mesures de prévention collectives et individuelles à mettre en place

Les recommandations officielles (circulaire de 2007 et guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des Personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) de 2019¹⁰) ont été reprises et complétées en fonction des expériences de terrain et des difficultés concrètes constatées.

Points clés :

1. Organisation générale

Une bonne coordination et coopération de tous les acteurs concernés est indispensable. Médecin de Prévention, directeur de l'établissement pénitentiaire, Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), USMP, Centre de lutte contre la Tuberculose (CLAT).

Il est fortement recommandé d'élaborer un protocole « Gestion du risque Tuberculeux » permettant d'identifier les rôles respectifs, les personnes à contacter dans chaque service et les procédures d'information, comme le souligne la circulaire de 2007.

Il convient de s'assurer de la disponibilité des masques (FFP2 pour les personnes exposées, masque chirurgical pour la personne en cas de suspicion), en lien avec le bureau de gestion de la détention (BGD). (Cf. **annexe 1**, donnée en exemple, extrapolable hors milieu hospitalier)

Il est également recommandé d'organiser des sessions de formation/sensibilisation des personnels pénitentiaires. Il existe en effet fréquemment des réactions de crainte de la part des personnels, dues à une connaissance insuffisante des risques de transmission. De telles formations ont été organisées par exemple par la Direction Interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Rennes avec Médecins du Monde sur les différents risques infectieux.

Repérage le plus précoce possible des cas de tuberculose

Un encellulement individuel est préconisé pour les entrants dans l'attente de la réalisation du dépistage.

La circulaire du 26 juin 2007¹¹ préconise un dépistage obligatoire à l'entrée pour les personnes détenues venant de l'état de liberté, il est réalisé par le médecin de l'USMP, basé sur un examen clinique à la suite duquel est prescrit, s'il y a lieu, un examen radiologique, en coordination avec le CLAT. Le cliché radiologique thoracique doit être réalisé dans les délais les plus brefs et interprété, au plus tard, dans les huit jours suivant l'incarcération.

En cours d'incarcération, il est réalisé devant l'existence de signes cliniques évocateurs.

¹⁰ Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice .
https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf pages 241 à 244

¹¹ Circulaire DAP 2007-PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20070003_0000_0006.pdf

Mesures de prévention adaptées à mettre en place¹²

1. Suspicion d'un cas chez une personne détenue :

- Démarche médicale pour confirmer le diagnostic.
- Information rapide du médecin de prévention par le médecin de l'USMP (directement ou via le chef d'établissement),
- Isolement présomptif (affectation en cellule individuelle, port de masque chirurgical par le patient s'il est en présence d'autres personnes et lors de déplacements, limitation des déplacements, aménagements des cadres de visites).
- Mesures de protection des personnes contacts mises en place par l'USMP en coordination avec le CLAT en lien avec le chef de l'établissement pénitentiaire et le médecin de prévention et dans le respect du secret professionnel. Pour les personnes entrant dans la cellule, en charge des fouilles, aux parloirs port de masque (FFP 2).
- Aération de 2 heures des espaces confinés (cellule, véhicule de transport, parloir) dans lesquels le détenu a séjourné.

2. Cas de tuberculose pulmonaire avéré :

- Prise en charge du cas index ; en hospitalisation.
- Mesures de protection : cf. ci-dessus (masques et aération des locaux) dans l'attente éventuelle d'une place en hospitalisation.

3. Enquête autour du cas :

Elle est organisée par le CLAT¹³ en coordination avec l'unité sanitaire et avec les services de médecine de prévention de l'établissement pénitentiaire, de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et de l'établissement de santé. L'aide de la direction de l'établissement pénitentiaire et de la PJJ est essentielle pour l'identification de tous les contacts. L'appui de l'Agence régionale de santé (ARS) peut s'avérer utile.

¹² Guide pour la mise en œuvre des mesures préventives autour d'un cas de tuberculose à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis. CLAT 91-CHSF-Conseil Départemental de l'Essonne.

¹³ [Rapport du HCSP enquête autour d'un cas 2013](#). Pages 49 à 52.

- **Il faut :**
 - Organiser rapidement une réunion d'information pour les personnels (médecin du travail en lien avec la direction) : il s'agit d'informer le plus largement possible en précisant que l'enquête ne concernera que les sujets contacts.
 - Lister les personnes ayant eu des contacts proches et répétés¹⁴, à établir en collaboration entre le directeur et le médecin de prévention qui doit prendre en compte l'état de santé des agents (immunodépression par exemple).
 - Informer les agents sur les modalités du dépistage en veillant à faciliter leur adhésion : le dépistage est réalisé sur le temps de travail de l'agent ou sur le temps de repos, dans ce cas les heures doivent lui être comptées¹⁵.
 - Mettre en place le suivi des sujets contacts : il est nécessaire d'insister sur l'importance du suivi à 3 mois.
- **Les mêmes procédures s'appliquent en cas de tuberculose chez un personnel pénitentiaire.**

Continuité des soins à la sortie du détenu : elle est fondamentale pour une durée de traitement optimale et la prévention des résistances, en coordination avec le Service Pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).

Indications éventuelles du BCG

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

Le calendrier vaccinal 2024¹⁶ souligne que le BCG pourrait néanmoins être recommandé, au cas par cas, au personnel à haut risque, non antérieurement vacciné et ayant un test immunologique de référence négatif, et ce après évaluation du risque par le médecin du travail (cf. annexe 2 : aide à l'évaluation)¹⁷.

En établissement pénitentiaire, la balance bénéfique / risque n'est pas en faveur du BCG. Même si l'incidence de la tuberculose est élevée chez les personnes incarcérées, en 2022 il apparaît qu'il n'y a pas d'indication spécifique du BCG pour le personnel pénitentiaire, même dans les départements et régions les plus concernées (IDF, outre-mer...). En effet, en plus des raisons ayant amené à la suspension de l'obligation vaccinale BCG :

- Les cas de tuberculose professionnelle sont rares (fréquence inférieure à 10 pour 100 000),
- Le temps de contact des personnels avec un éventuel détenu BK+ est faible,

¹⁴ La définitions 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>

¹⁵ Source DAP, bureau EX1

¹⁶ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

¹⁷ [Rapport du HCSP enquête autour d'un cas 2013.](#)

- Les mesures de prévention existent (cf. circulaire de 2007),
- On note actuellement moins de 5 cas par an et par secteurs dans les établissements pénitentiaires, sans cas recensés de MDR parmi les cas survenus chez les personnes incarcérées.

La promotion et la facilitation de l'application des mesures de prévention et le dépistage des cas d'ITL chez les professionnels exposés à un cas de tuberculose contagieuse sont préférables à la vaccination par le BCG des professionnels.

Outre le recensement du nombre de cas de TM chez les personnes incarcérées, il serait utile de que les cas de tuberculoses déclarés en Maladie Professionnelle soit recensés localement par les médecins afin de pouvoir être centralisés au niveau du médecin coordonnateur national du Ministère de la Justice. L'existence de nombreux cas professionnels tout comme l'augmentation de l'incidence des cas de tuberculoses multi résistantes pourrait amener à reconsidérer ces recommandations.

Modalités de suivi des personnels exposés au risque

A l'embauche	<p>Comme souligné dans la partie commune du guide, il est important de disposer d'un test immunologique de référence (IGRA ou à défaut IDR) pour les professionnels susceptibles d'être ensuite en contact avec des détenus atteints de tuberculose. Une radiographie de thorax est prescrite si le test est positif ou en cas de signes d'appel.</p> <p>Les surveillants et CPIP formés à l'Ecole Normale de l'administration pénitentiaire (ENAP) bénéficient d'un tel dépistage dès leur entrée¹⁸. Les personnels de la PJJ sont formés à l'Ecole nationale PJJ. Un IGRA de référence n'est pas réalisé systématiquement mais en fonction de l'évaluation du médecin du travail.</p>
Le suivi en cours d'activité	<p>En dehors des enquêtes autour d'un cas (cf. supra), une surveillance médicale est nécessaire : elle 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 ou d'ITL chez les professionnels. <p>La fréquence des visites préconisée actuellement par la circulaire de 2007 est annuelle mais le décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié qui guide cette surveillance médicale est en cours de modification : est prévue une latitude plus grande donnée au médecin de prévention, comme aux autres médecins du travail, quant à la fréquence des visites et leurs modalités en fonction du niveau de risque.</p>

Comme souligné dans la partie commune du guide, ces visites devraient intervenir tous les deux ans avec repérage des facteurs de risque individuels et professionnels nécessitant la prescription d'examens complémentaires : tests immunologiques voire radiographie de thorax (cf. proposition de fiche de suivi en annexe 5 du guide commun).

¹⁸ Un dépistage (radiologique/IDR) a été mis en place jusqu'en 2012, puis par tests IGRA. Cette pratique est particulièrement intéressante car elle permet de disposer d'une situation de référence. D'après l'étude réalisée par le Dr Catherine Augé sur les promotions de surveillants à l'ENAP, la prévalence des ITL s'établit à 1 % avant 2012, à 3 % à partir de 2012, elle est variable en fonction des caractéristiques personnelles facteurs de risque : métier antérieur (police, militaire et origine géographique (DOM)). Elle est inférieure à la prévalence nationale (8 à 10 %).

Points à retenir

- La France est globalement un pays de faible endémicité de la tuberculose mais avec d'importantes disparités tant régionales que populationnelles. Ainsi la prévalence de la tuberculose est élevée en Guyane, à Mayotte, et en Ile de France. La prévalence de la tuberculose chez les personnes détenues est plus élevée que dans la population générale et l'incidence est 7 fois supérieure.
- On manque de données sur l'incidence de la tuberculose parmi les professionnels du milieu pénitentiaire, mais celle-ci semble faible.
- La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire pour aucun professionnel depuis 2019.
- Une éventuelle indication de vaccination par le BCG peut être posée après évaluation du risque chez un professionnel (type de contact avec les usagers, facteur de risque épidémiologique et/ou populationnel chez les usagers..) : En établissement pénitentiaire, la balance bénéfice / risque n'est pas en faveur de la vaccination BCG des professionnels.
- Seules les tuberculoses maladies respiratoires sont contagieuses. Elles sont dépistées par la radiographie pulmonaire.
- Le port du masque doit être promu auprès des professionnels à risque d'acquisition de la TB, dès lors qu'un cas est suspecté chez un détenu.
- L'infection tuberculeuse latente des professionnels doit être dépistée, par test immunologique (IGRA ou à défaut IDR) afin de les traiter et éviter une progression vers la TM.
- En cas de survenue d'un cas de TM chez un professionnel, le CLAT doit intervenir pour réaliser l'enquête autour du cas en collaboration avec le service de santé de prévention et de santé au travail.

Membres du groupe de travail (Version initiale 2020)


- **Dominique Abiteboul** - Médecin du travail, Présidente du GERES, Paris.
- **Catherine Auge** - Médecin de prévention à l'École Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP).
- **Irène Aboudaram** - Direction Santé et Plaidoyer, pole Expertises Thématiques et Plaidoyer, Direction des opérations France, Pole appui et Politiques Publiques, Médecins du Monde.
- **Christine Barbier** - Médecin de santé publique,
- **Béatrice Carton** - PH, CH Versailles, responsable des USMP de Bois d'Arcy et de Versailles, présidente de l'association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP).
- **Dr Françoise Constantin** - Médecin de prévention, coordinatrice région Nouvelle Aquitaine
- **Elisabeth Heude** - PH, CHI Meulan-Les Mureaux, responsable du centre de lutte antituberculeuse (CLAT) des Yvelines
- **Hélène Marmin** - Adjointe au chef de bureau, bureau de la gestion de la détention (SP2), Sous-direction de la Sécurité Pénitentiaire, régimes de détention et pratiques professionnelles, DAP
- **Anne Marie Pavois** - Infirmière de prévention, Fleury Mérogis
- **Anaïs Rivard** - Référente nationale Santé, département des politiques sociales et des partenariats, sous-direction de l'Insertion et de la Probation, DAP
- **Elisabeth Rouveix**, Médecin, médecine interne, Vice - Présidente du GERES
- **Ghislaine Rozenfarb** - Adjointe au chef de bureau, bureau de l'organisation des services et de la qualité de vie au travail (EX1), Sous-direction de l'expertise, Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), représentant **Tatiana Aci**, adjointe du bureau chargée du dossier
- **Dr Nadine Tran Quy**, médecin coordonnateur national, Ministère de la Justice, Secrétariat général, Service des ressources humaines, Bureau de la santé et de la qualité de vie au travail

Remerciements pour les données transmises :

- **Dr Jean Paul Guthmann**. Santé Publique France Médecin épidémiologiste, Coordinateur du Programme Tuberculose. Direction des maladies infectieuses. Santé Publique France
- **Dr Philippe Fraisse**. Médecin, Coordonnateur du Réseau national des Centres de lutte antituberculeuse. Responsable santé publique

Annexe 1. AFFICHE INRS - Quel masque porter ?

Infections à transmission respiratoire
Quel masque porter ?



Patient

Le patient suspect ou atteint d'une infection à transmission respiratoire « air » ou « gouttelettes » porte un masque chirurgical dès l'entrée à l'hôpital

« gouttelettes »

Si le patient est suspect ou atteint d'une infection à transmission « gouttelettes »
Exemples : coqueluche, méningite à méningocoque, grippe saisonnière

« air »

Si le patient est suspect ou atteint d'une infection à transmission « air »
Exemples : tuberculose, varicelle, rougeole

Soignant **Visiteurs**

Le soignant et les visiteurs portent un masque chirurgical* pour entrer dans sa chambre

Soignant **Visiteurs**

Le soignant et les visiteurs portent un masque de protection respiratoire pour entrer dans sa chambre

Patient

Le patient suspect ou atteint d'une infection à transmission respiratoire « air » ou « gouttelettes » porte un masque chirurgical pour tout déplacement hors de sa chambre

*Sauf recommandations spécifiques concernant par exemple des agents émergents ou un geste à risque spécifique (exemple : fibroscopie bronchique).

Bonnes pratiques d'utilisation

- > Consulter la notice d'emploi fournie par le fabricant.
- > Ajuster le masque. Pour le masque de protection respiratoire, l'étanchéité doit être évaluée à chaque utilisation (*fit-check*) car la protection en dépend.
- > Une fois en place, ne pas manipuler le masque.
- > Après avoir enlevé et jeté le masque, réaliser une friction hydroalcoolique des mains.

Annexe 2. Proposition d'une aide à l'évaluation du risque de tuberculose chez le personnel en dehors de l'enquête autour d'un cas

Proposition d'une aide à l'évaluation du risque de tuberculose chez le personnel en dehors de l'enquête autour d'un cas

Éléments à prendre en compte par le médecin du travail ou de prévention

1) Dans la structure :

- *L'épidémiologie de la tuberculose dans la population prise en charge par les professionnels :*
 - Incidence de la TM dans la population avec laquelle les professionnels sont en contact (risque élevé si ≥ 5 cas de TB par an dans l'unité où travaille la personne)
 - Origine géographique de la population prise en charge (Afrique sub-Saharienne...)
- *L'incidence des cas de TM chez le personnel concerné*
- *La possibilité d'application des mesures de prévention*

2) Pour chacun des professionnels exposés :

- *La nature et la fréquence des contacts exposants*
 - Fréquence des contacts (à titre indicatif, la durée de contact cumulée avec un cas de TM contagieuse faisant craindre une transmission est estimée, en moyenne, à 8 heures)
 - Proximité des contacts (contact étroit = séjour dans un même espace limité («bulle» de 2 mètres de diamètre) au quotidien (même bureau, chambre dans foyer ou hôpital, cellule)
- *L'existence de facteurs de risque individuels d'évolution vers la tuberculose maladie en cas d'ITL*
 - Recherche d'immunodépression (greffe, VIH, chimiothérapie, traitement anti-TNF...)
 - Maladie pulmonaire chronique
- *La probabilité d'avoir une ITL antérieure (ce qui augmente le risque de TM)*
 - Personne originaire d'un pays à forte endémie (> 100 TM / 100 00 habitants)

Annexe 3. Proposition de questionnaire pour consultation de suivi des professionnels exposés à la tuberculose

Proposition de questionnaire pour consultation de suivi des professionnels exposés à la tuberculose	
1. Evènements médicaux depuis la dernière visite	
1.1 Situation d'immunodépression ?	
▪ Maladie chronique ? (cancer...)	OUI /__/ NON /__/
Si OUI, laquelle	
▪ Traitement (corticoïde, immunosupresseurs)	OUI /__/ NON /__/
Si OUI, lequel	
→ Si immunodépression, prescription test IGRA	
1.2 Symptômes ?	OUI /__/ NON /__/
Si OUI lesquels ? (Cochez la /les case.s)	<input type="checkbox"/> Toux trainante <input type="checkbox"/> Fièvre ou fébricule persistante <input type="checkbox"/> Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes <input type="checkbox"/> Fatigue inexplicquée <input type="checkbox"/> Amaigrissement <input type="checkbox"/> Autre :
→ Si présence de symptôme : prescription RX de thorax	
2. Recherche de situations d'exposition potentielle depuis la dernière visite	
1.1 Avez-vous changé de poste ?	OUI /__/ NON /__/
Si OUI, poste actuel :	
▪ Poste exposé :	OUI /__/ NON /__/
2.2 Séjour prolongé en pays de forte endémie	OUI /__/ NON /__/
- Nature de séjour (missions, tourisme ;..) :	
- Pays :	
Durée :	
3. Connaissance des moyens de protection	
OUI /__/ NON /__/	
→ Si NON, remise d'informations : plaquette « Tuberculose » délivrée à l'embauche par exemple	

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
Faculté de Médecine - Site Bichat - Université Paris Cité 16, rue Henri Huchard 75890 PARIS Cedex 18
Site internet : www.geres.org - E-mail : secretariat@geres.org
SIRET : 382 426 005 00023 - Code APE : 7220Z – TVA Intracommunautaire : FR 51 382 426 005
Organisme formateur N° 11920741192