



XXXV<sup>e</sup> Congrès National  
de la Société Française  
d'Hygiène Hospitalière

**Marseille**  
4 AU 6 JUIN 2025

# Prévention et dépistage de la tuberculose chez les professionnels de santé

Rencontre avec l'expert (GERES-SF2H)

Dominique Abiteboul, Sandra Fournier, Olivia Keita-Perse, Elisabeth Rouveix

# DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Intervenants : Dominique Abiteboul, Sandra Fournier, Olivia Keita-Perse, Elisabeth Rouveix

aucun lien d'intérêt



XXXV<sup>°</sup> Congrès National  
de la Société Française  
d'Hygiène Hospitalière

**Marseille**  
4 AU 6 JUIN 2025

# Cas clinique 1

# L'Histoire

- Mme A B, 37 ans
  - Originaire de Côte d'Ivoire
  - En France depuis janvier 2025
  - Vit en Foyer en Seine Saint Denis
- Consulte au SAU pour des signes d'infection urinaire et de la fièvre
- L'interrogatoire retrouve :
  - Antécédent d'infection urinaire il y a 3 ans
  - Dysurie et brûlures mictionnelles depuis 4 jours
  - Fièvre à 39°C depuis 2 jours
  - Depuis 2 mois : asthénie, perte de poids de 3 kg et toux sèche
- L'examen clinique est sans particularité

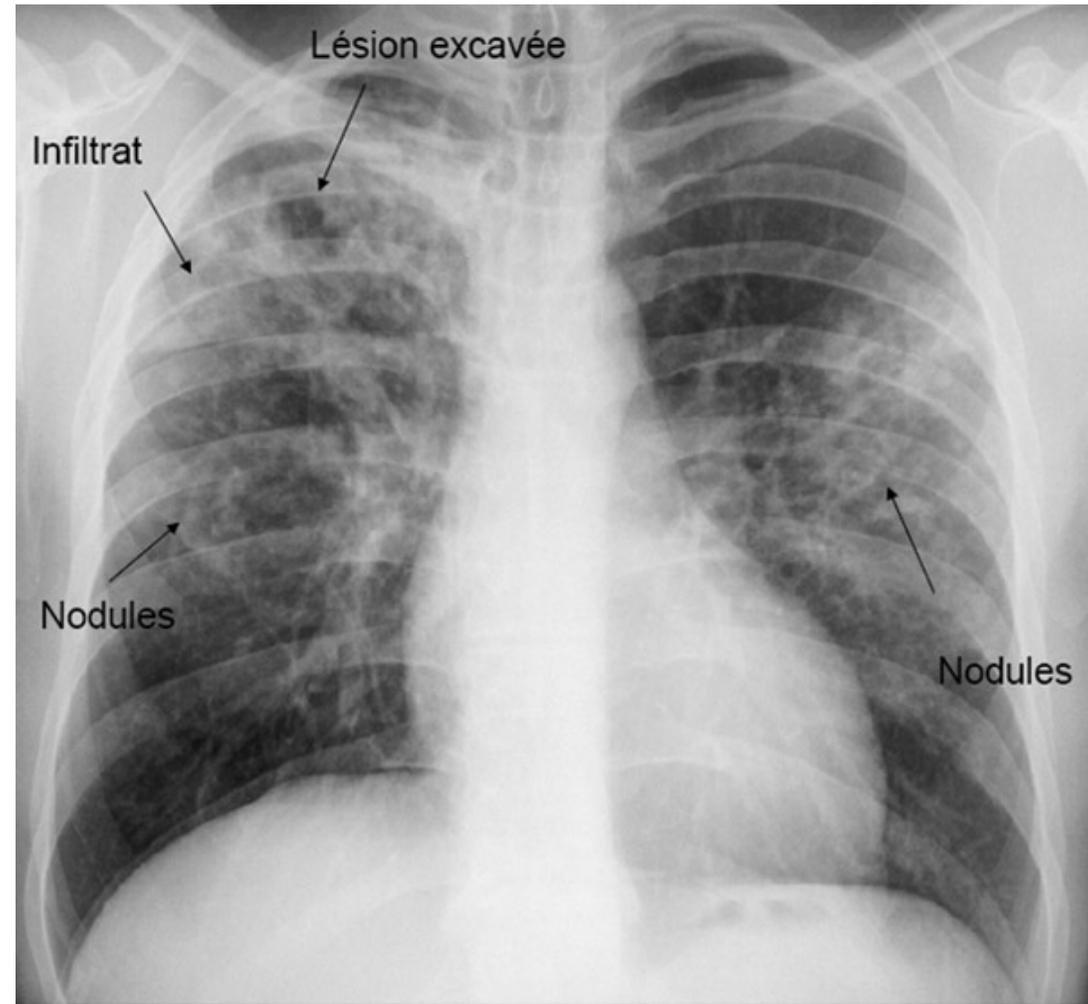
# Outre un ECBU, l'interne prescrit une radiographie pulmonaire. Pour quelle(s) raison(s) ?

1. En raison de la fièvre à 39°C avec toux depuis 2 jours
2. En raison de la perte de poids
3. A titre systématique
4. En raison de la toux trainante

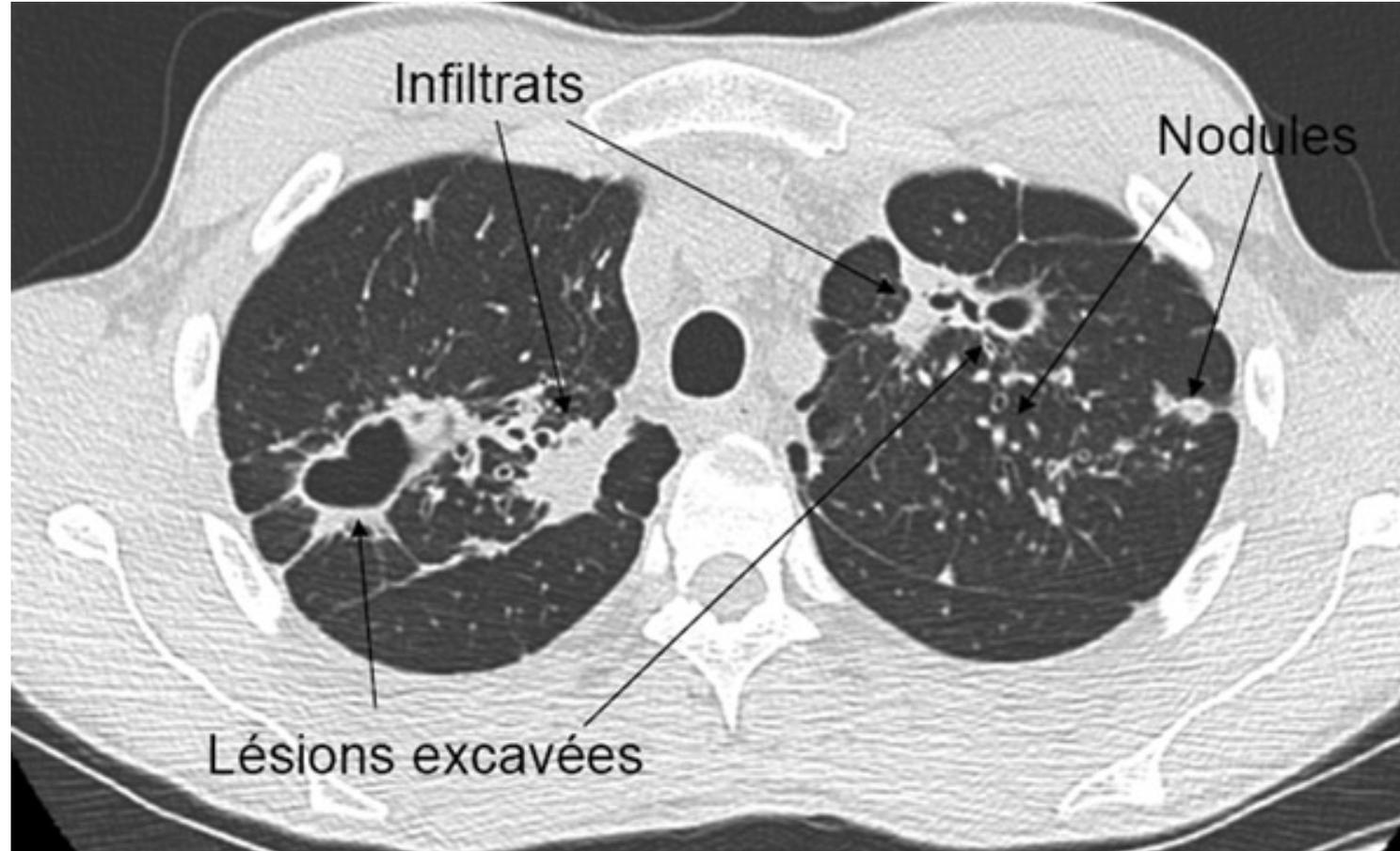
# Outre un ECBU, l'interne prescrit une radiographie pulmonaire. Pour quelle(s) raison(s) ?

1. En raison de la fièvre à 39°C depuis 2 jours avec toux
2. En raison de la perte de poids
3. A titre systématique
4. En raison de la toux trainante

La Rx pulmonaire montre un infiltrat réticulonodulaire du lobe supérieur droit et gauche, au sein duquel il existe une petite excavation à droite



# Le TDM thoracique confirme d'importantes lésions du parenchyme pulmonaire



# L'interne évoque une tuberculose

## Sur quels arguments ?

1. L'image radiologique
2. L'interrogatoire
3. L'origine géographique de la patiente
4. Une infection urinaire associée à la lésion pulmonaire

# L'interne évoque une tuberculose

## Sur quels arguments ?

### 1. L'image radiologique

- lobes sup et excavation ++

### 2. L'interrogatoire

- perte de poids, asthénie, toux trainante

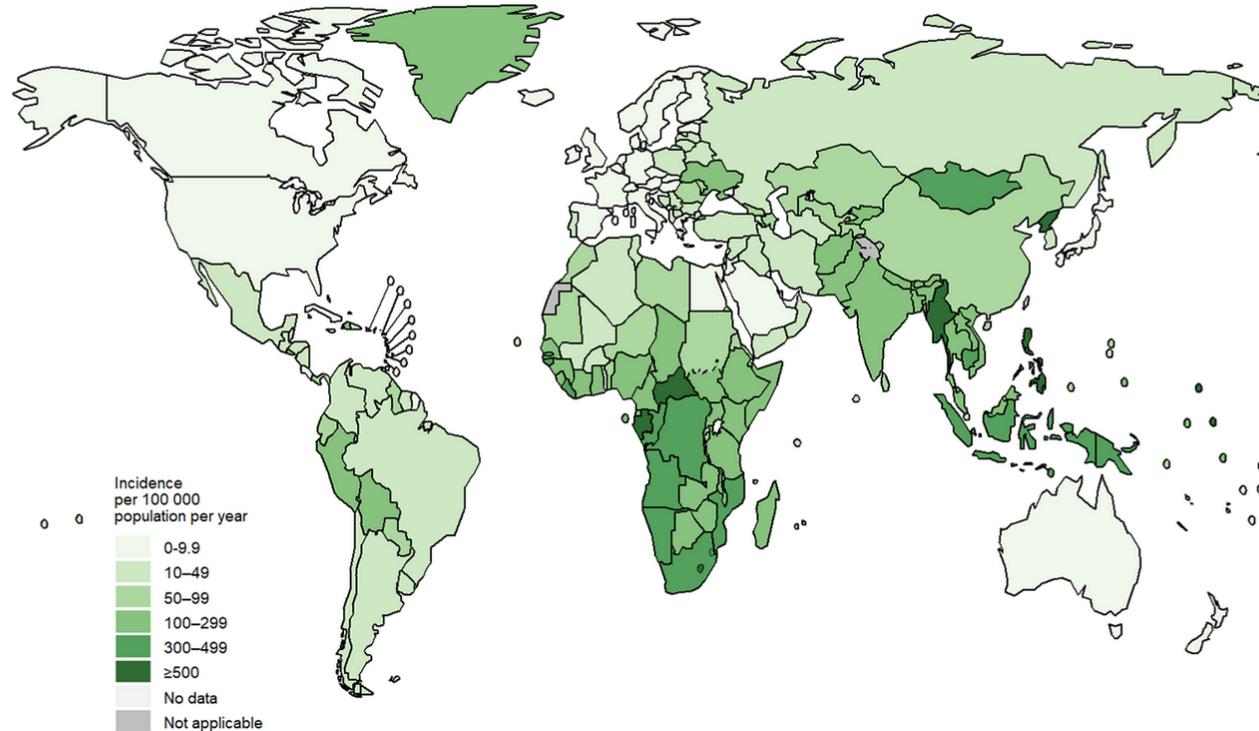
### 3. L'origine géographique de la patiente

- Afrique subsaharienne

### 4. Une infection urinaire associée à la lésion pulmonaire

# Epidémiologie de la tuberculose dans le monde : plus de 10 millions de cas en 2023

Estimated TB incidence rates, 2023



**La prévalence de la TB en Afrique et Asie est élevée et estimée entre 120 à 1150 cas pour 100 000 habitants. Parmi les affirmations suivantes lesquelles sont exactes ?**

1. On considère que les pays à faible taux d'incidence sont ceux où il y a moins de 10 cas/100 000habitants/an
2. La France est globalement un pays à faible taux d'incidence
3. L'incidence est identique quelles que soient les régions en France
4. Dans certaines populations en France l'incidence annuelle est supérieure à 10 Cas/100 000 habitants

La prévalence de la TB en Afrique et Asie est élevée et estimée entre 120 à 1150 cas pour 100 000 habitants.

Parmi les affirmations suivantes lesquelles sont exactes ?

1. On considère que les pays à faible taux d'incidence sont ceux où il y a moins de 10 cas/100 000 habitants/an
2. La France est globalement un pays à faible taux d'incidence
  - Incidence en France est entre 6 et 7 cas/100 000
3. L'incidence est identique quelles que soient les régions en France
  - Disparités selon les régions+++ : Mayotte ( 13/100 000) , Guyane ( 19/100 000 ), IDF : 12/100 000)
4. Dans certaines populations en France l'incidence annuelle est supérieure à 10 CAS/100 000
  - SDF : 63/100 000
  - Milieu carcéral : 44/100 000
  - Nées à l'étranger : 32/100 000 (245/100 000 si leur arrivée < 2 ans)

# On décide une hospitalisation: Quelles mesures immédiates mettre en œuvre ?

1. On place la patiente en chambre seule
2. On met immédiatement en place des précautions respiratoires renforcées (anciennement « air »)
3. On attend les résultats de l'examen microbiologique des prélèvements respiratoires pour mettre en place les PC respiratoires
4. Quand cette patiente sortira de sa chambre elle portera un APR FFP2
5. On pourra lever les PC respiratoires de cette patiente au bout de 14 jours d'hospitalisation

# Quelles mesures immédiates ?

1. On place la patiente en chambre seule
2. On met immédiatement en place des précautions respiratoires renforcées (anciennement « air »)

**La mise en PC respiratoire doit être effective dès la SUSPICION d'une TP**

3. On attend les résultats de l'examen microbiologique des prélèvements respiratoires pour mettre en place les PC respiratoires
4. Quand cette patiente sortira de sa chambre elle portera un APR FFP2

**Nouvelles recommandations : pour limiter l'émission à la source**

5. On pourra lever les PC respiratoires de cette patiente au bout de 14 jours d'hospitalisation

# Points particuliers des PC respiratoires

- APR type FFP2 pour le patient
  - Contrôle de l'émission « à la source »
- Importance de la ventilation

Tableau I - Synthèse des différentes mesures de prévention à mettre en place pour les différents niveaux de Précautions complémentaires respiratoires.

	Précautions complémentaires respiratoires		
	simples	renforcées	maximales
Type de chambre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chambre individuelle avec ouverture possible de fenêtre, porte fermée.</li> <li>- Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chambre individuelle avec ouverture possible de fenêtre, porte fermée.</li> <li>- Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient est hospitalisé en chambre individuelle, porte fermée.</li> <li>- Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.</li> </ul>
Sorties de la chambre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encadrées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitées au strict nécessaire (réalisation d'un examen complémentaire indispensable par exemple, en évitant l'attente en présence d'autres patients).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitées au strict nécessaire (réalisation d'un examen complémentaire indispensable par exemple, en évitant l'attente en présence d'autres patients).</li> </ul>
Masque patient (fonction de la criticité du pathogène, indépendamment du type de soin prodigué)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masque à usage médical dès l'entrée dans l'hôpital, au service des urgences, en consultation, lorsqu'il sort de sa chambre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- APR FFP2*, ou à défaut un masque à usage médical lorsqu'il sort de sa chambre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient porte un APR FFP2* lorsqu'il sort de sa chambre.</li> </ul>
Masque professionnel/visiteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masque à usage médical avant l'entrée à retirer après la sortie de la chambre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- APR FFP2 avant l'entrée et retiré après la sortie de la chambre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- APR FFP2 avant l'entrée et retiré après la sortie de la chambre.</li> </ul>
Visites		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitées et strictement encadrées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitées et strictement encadrées.</li> </ul>
Ventilation de la chambre		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimum de renouvellement horaire de 6 V/h sans recyclage, ou aérée régulièrement** par ouverture des fenêtres porte fermée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimum de renouvellement horaire de 6 V/h sans recyclage.</li> <li>- Chambre à pression négative ou avec une amélioration de la ventilation par des mesures palliatives (ex... renouvellement d'air plus performant, ventilation additionnelle/ suppléante: système mobile).</li> <li>- Taux maximaux de CO<sub>2</sub> de 800 ppm en occupation.</li> </ul>

\* S'il est en capacité de le supporter et de respecter les contraintes liées au masque

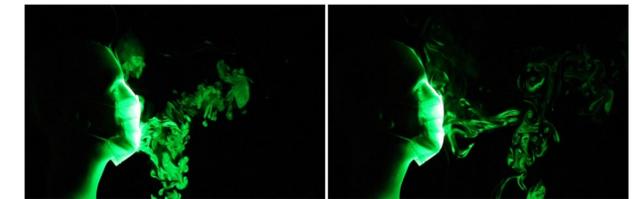
\*\* A titre d'exemple, le HCSP recommande d'aérer 15 minutes toutes les 2 heures par ouverture des fenêtres. Un capteur de CO<sub>2</sub> peut être utilisé pour définir un planning d'aération (durée et fréquence d'ouverture des fenêtres).

APR: Appareil de protection respiratoire; FFP2: Filtering Face Piece (masque de protection)



(a)

(b)



(a)

(b)

(c)

(d)

# Mesures de prévention pour les différents niveaux de précautions complémentaires respiratoires

	Renforcées	Maximales
Type de chambre	Chambre individuelle porte fermée.	
Sorties de la chambre	Encadrées et limitées au strict nécessaire (réalisation d'un examen complémentaire indispensable par exemple, en évitant l'attente en présence d'autres patients)	
Masque patient	Dans sa chambre : Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.	
	Lorsqu'il sort de sa chambre :	
	Le patient porte un APR FFP2*, ou à défaut un masque à usage médical.	Le patient porte une APR FFP2*
Masque professionnel/ visiteur	Le professionnel/le visiteur porte un APR FFP2 avant l'entrée et le retire après la sortie de la chambre	
Visites	Limitées et strictement encadrées	
Ventilation de la chambre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimum de renouvellement horaire de 6 V/h sans recyclage, ou aérée régulièrement** par ouverture des fenêtres porte fermée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimum de renouvellement horaire de 6 V/h sans recyclage.</li> <li>Chambre à pression négative ou avec une amélioration de la ventilation par des mesures palliatives (ex. : renouvellement d'air plus performant, ventilation additionnelle/ suppléante : système mobile).</li> <li>Taux maximaux de CO<sub>2</sub> de 800 ppm en occupation.</li> </ul>

# Confirmation du diagnostic

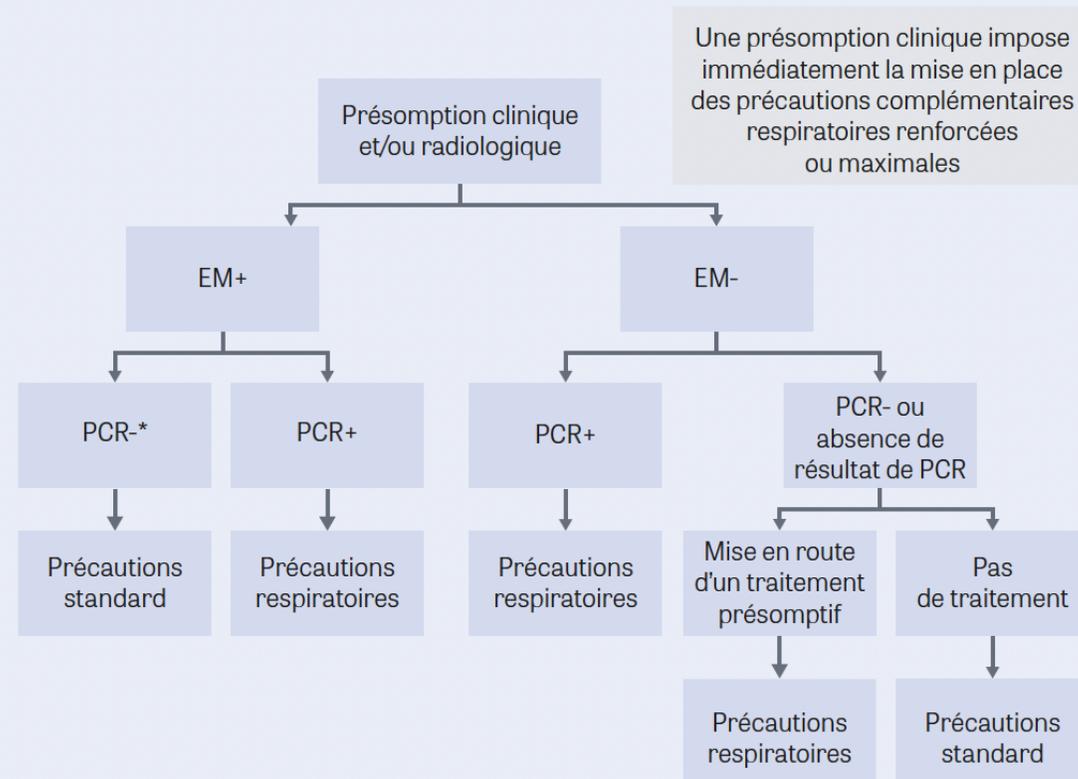
1. Le diagnostic peut être fait immédiatement grâce à l'examen microbiologique des crachats (présence de BAAR à l'examen microbiologique)
2. Si l'EM (examen microbiologique) des prélèvements respiratoires est négatif, la patiente n'a pas de tuberculose
3. La PCR positive sur un prélèvement respiratoire entraîne systématiquement la mise en place des PC respiratoires
4. La mise en culture des prélèvements respiratoires n'est pas systématique car le résultat est obtenu trop tard

# Confirmation du diagnostic

1. Le diagnostic peut être fait immédiatement grâce à l'examen microbiologique des crachats (présence de BAAR à l'examen microbiologique)
2. Si l'examen microbiologique (EM) des prélèvements respiratoires est négatif, la patiente n'a pas de tuberculose  
**Importance de la culture**
3. La PCR positive sur un prélèvement respiratoire entraîne systématiquement la mise en place des PC respiratoires  
**Spécificité 98,8% et VPP 95,8% de la PCR. Attention moindre VPN, notamment si probabilité de diagnostic est élevée +++** (Park JH. *Int J Tuberc Lung Dis* 2021)
4. La mise en culture des prélèvements respiratoires n'est pas systématique car délai de positivation est trop long (3-6 sem)

# Mise en place des PC respiratoires

Figure 2 – Arbre décisionnel de la mise en place de Précautions complémentaires respiratoires devant une présomption clinique et/ou radiologique, selon les résultats des examens complémentaires.



EM : examen microscopique ; PCR : *Polymerase chain reaction* (réaction en chaîne par polymérase).

NB : quand les résultats microbiologiques résultent de prélèvements non respiratoires, « seules » les Précautions standard s'appliquent.

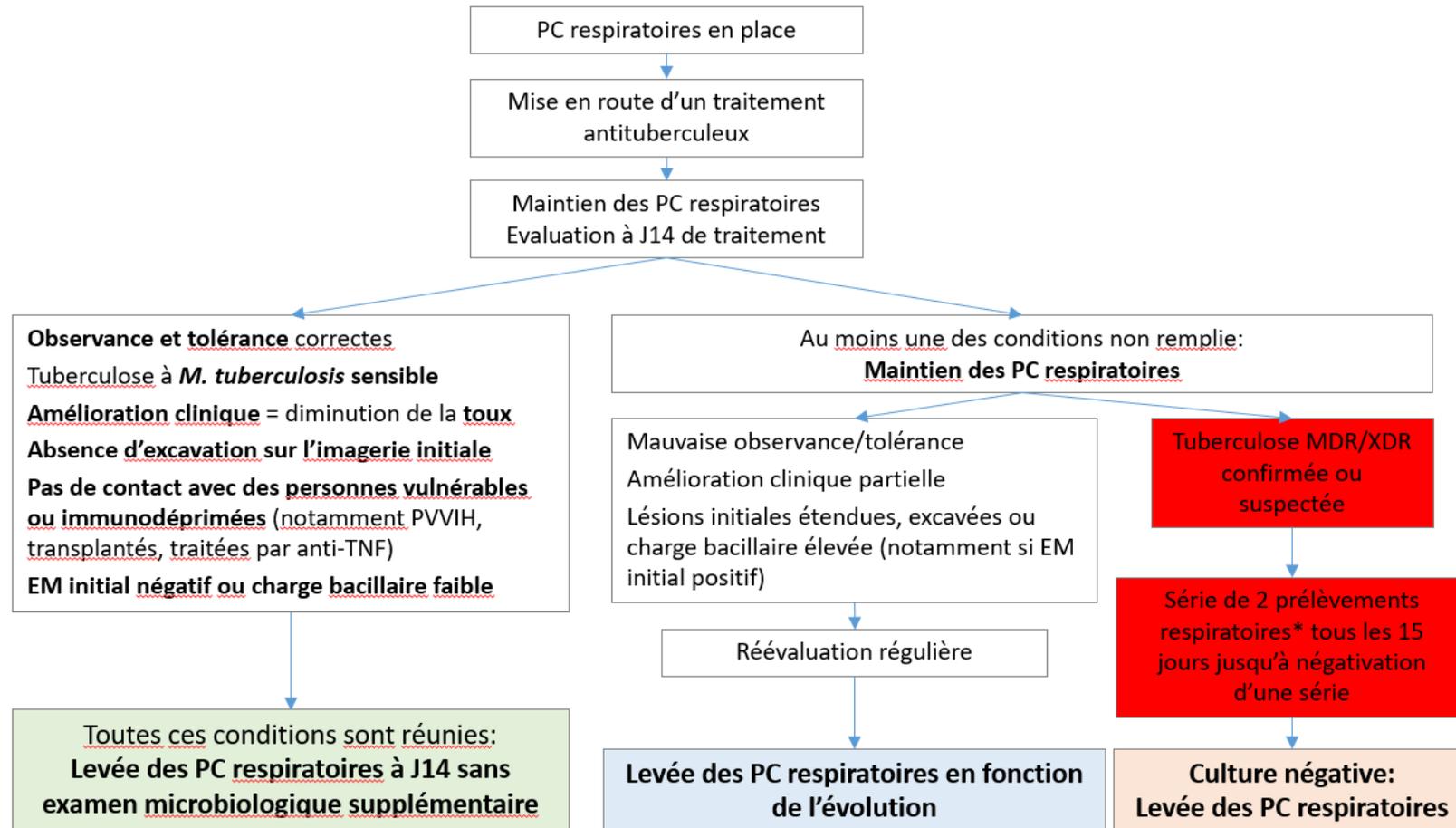
# Durée des précautions respiratoires

1. La patiente sera maintenue en PC respiratoires pendant plus de 14 jours si elle reste hospitalisée
2. La présence d'excavations sur l'imagerie initiale influence la durée des PC respiratoires
3. Le maintien des PC respiratoires au-delà de 30 jours est indiqué chez cette patiente
4. La patiente devra obligatoirement rester au moins 14 jours à l'hôpital
5. Au moment du retour à domicile de cette patiente, la présence d'enfants en bas âge vivant avec elle peut modifier la stratégie

# Durée des précautions respiratoires

1. La patiente sera maintenue en PC respiratoires pendant plus de 14 jours si elle reste hospitalisée  
= nouvelles recommandations (conditions de levée d'isolement)
2. La présence d'excavations sur l'imagerie initiale influence la durée des PC respiratoires
3. Le maintien des PC respiratoires au-delà de 30 jours est indiqué chez cette patiente
4. La patiente devra obligatoirement rester au moins 14 jours à l'hôpital
5. Au moment du retour à domicile de cette patiente, la présence d'enfants en bas âge vivant avec elle peut modifier la stratégie  
Nouvelles recos: tenir compte des personnes vulnérables auprès du patient

# Synthèse de la durée des PC respiratoires





XXXV<sup>°</sup> Congrès National  
de la Société Française  
d'Hygiène Hospitalière

**Marseille**  
4 AU 6 JUIN 2025

# Cas clinique 2

# L'histoire

Le Médecin du Travail de l'Hôpital X est contacté par le CLAT signalant que Mme E. R, 35 ans, IDE dans le service de suppléance, est atteinte de tuberculose.

# Que fait le médecin du travail ?

1. Une Déclaration Obligatoire (e-D0)
2. Une information de l'EPRI ?
3. Se renseigne auprès du CLAT pour recueillir les facteurs de contagiosité et la date de début de contagiosité
4. S'assure de l'éviction de l'IDE de son poste de travail toute la durée du traitement

# Que fait le médecin du travail?

1. Une Déclaration Obligatoire (e-D0)
  2. Une information de l'EPRI
  3. Se renseigne auprès du CLAT pour recueillir les facteurs de contagiosité et la date de début de contagiosité
  4. S'assure de l'éviction de l'IDE de son poste de travail pendant toute la durée du traitement
- DO doit être faite par le médecin en charge de la patiente et a du être faite en même temps que le CLAT était contacté
  - Eviction des services de soins nécessaire au minimum 14 jours
  - Puis durée définie au cas par cas selon tableau initial (absence d'excavation, charge bacillaire faible), évolution des symptômes (toux), observance du traitement, sensibilité du BK, contact avec des immunodéprimés...

# Quels éléments recueillir pour évaluer la contagiosité du cas ?

1. Existe-t-il une atteinte respiratoire ?
2. Existe-t-il une atteinte d'un autre organe ?
3. Quels sont les résultats de l'examen microbiologique des prélèvements respiratoires (bronchiques ou ORL) ?
4. Quels sont les symptômes (toux, intensité, date de début...) ?
5. Un traitement antituberculeux a-t-il été débuté ?

# Quels éléments recueillir pour évaluer la contagiosité du cas ?

1. Existe-t-il une atteinte respiratoire ?
  2. Existe-t-il une atteinte d'un autre organe ?
  3. Quels sont les résultats de l'examen microbiologique des prélèvements respiratoires (bronchiques ou ORL) ?
  4. Quels sont les symptômes (toux, intensité, date de début...) ?
  5. Un traitement antituberculeux a-t-il été débuté ?
- Seule l'atteinte respiratoire (pulmonaire ou ORL) est contagieuse
  - Période de contagiosité : de 3 mois avant, à au moins 14 jours après le début du traitement antituberculeux

# Quels sont les objectifs de l'enquête épidémiologique ?

# Quels sont les objectifs de l'enquête épidémiologique ?

- Identifier le cas source à l'origine de la contamination de l'IDE, en collaboration avec le CLAT : extrahospitalier, professionnel ou patient de l'hôpital => enquête autour de ce cas source
- Identifier des éventuels cas secondaires
  - EPRI, SPST et équipe soignante : Etablir la liste des patients, professionnels, étudiants et bénévoles considérés « contacts » à risque
  - CLAT : contacts extrahospitaliers : familles, ...
- Identifier des personnes contact vulnérables/immunodéprimées qui pourraient justifier d'un traitement prophylactique

# L'IDE a une tuberculose pulmonaire confirmée

*(5 BAAR/champ; considérée comme contagieuse depuis 3 mois)*

## Quelles informations recueillir pour identifier les contacts à risque au sein de l'établissement ?

1. Son emploi du temps
2. Le profil des patients qu'elle a pris en soins
3. La rigueur avec laquelle elle respecte les précautions standard
4. La description de son activité et de la nature de ses contacts avec les patients et les collègues
5. La durée des contacts
6. Les résultats des examens radiologiques

# L'IDE a une tuberculose pulmonaire confirmée (5 BAAR/champ; considérée comme contagieuse depuis 3 mois)

## Quelles informations recueillir pour identifier les contacts à risque au sein de l'établissement ?

1. **Son emploi du temps** : jours et horaires de présences effectives, unités de soins concernées pendant ces périodes
2. **Le profil des patients qu'elle a pris en soins** : enfants < 5 ans, immunodéprimés, comorbidités (diabète, hémodialysés...)
3. La rigueur avec laquelle elle respecte les précautions standard
4. **La description de l'activité du cas et de la nature de ses contacts avec les patients et les collègues** : tâches, type de soins, durée et étroitesse des contacts avec les patients, port de masque, lieux des repas, de détente
5. **La durée des contacts** : durées cumulées
6. **Les résultats des examens radiologiques** : caverne ?

# Durée du contact

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

- **Immunodéprimée, avec comorbidité** (diabète, hémodialyse...) **et/ou un enfant > 5 ans**
- **un soignant qui a réalisé une manœuvre à risque à un cas** (intubation, trachéotomie, endoscopie bronchique, expectoration induite), **sans porter un masque FFP2.**

En dehors de ces situations, la durée de contact à considérer est la suivante (source HCSP 2013)

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

# Modalités du dépistage des professionnels (PS) contacts

1. Envoi d'une ordonnance à tous les professionnels contacts pour faire pratiquer un test IGRA (Quantiféron)
2. Consultation de tous les PS contacts afin de décider les examens les plus appropriés
3. IDR à tous les professionnels contacts
4. Radiographie pulmonaire à tous les professionnels contacts
5. TDM pulmonaire à tous les professionnels contacts

## contacts

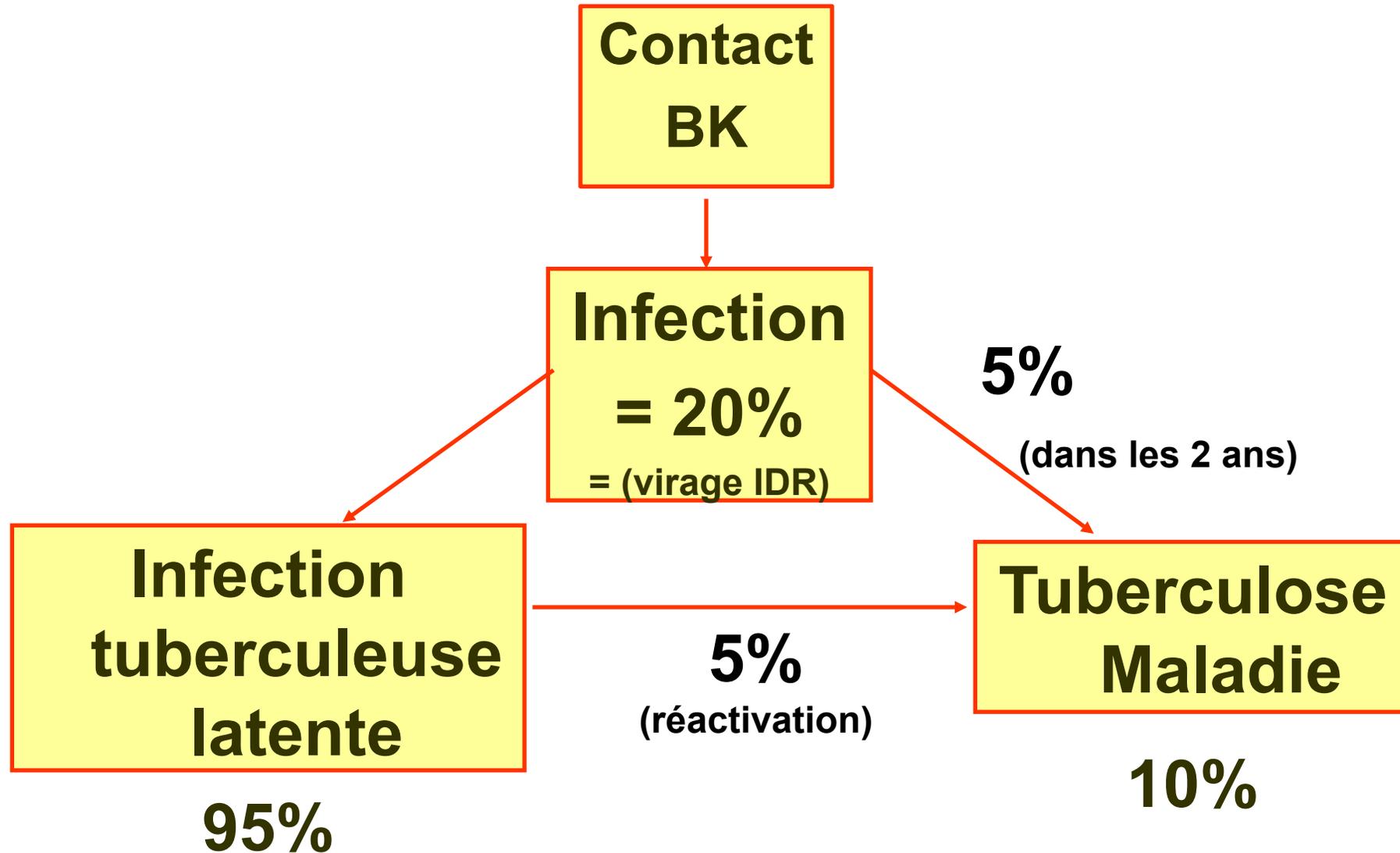
1. Envoi d'une ordonnance à tous les professionnels contacts pour faire pratiquer un test IGRA
  2. Consultation de tous les professionnels contacts afin de décider les examens les plus appropriés
  3. IDR à tous les professionnels contacts
  4. Radiographie pulmonaire à tous les professionnels contacts
  5. TDM pulmonaire à tous les professionnels contacts
- **Le choix des outils de dépistage (test immunitaire : IGRA, IDR et/ou radiographie de thorax) repose sur les caractéristiques de l'exposition et du cas contact : antécédents, présence de facteurs de risque personnels (immunodépression)..**

# Quels sont les objectifs du dépistage des professionnels contacts ?

# Objectifs du dépistage des professionnels contacts

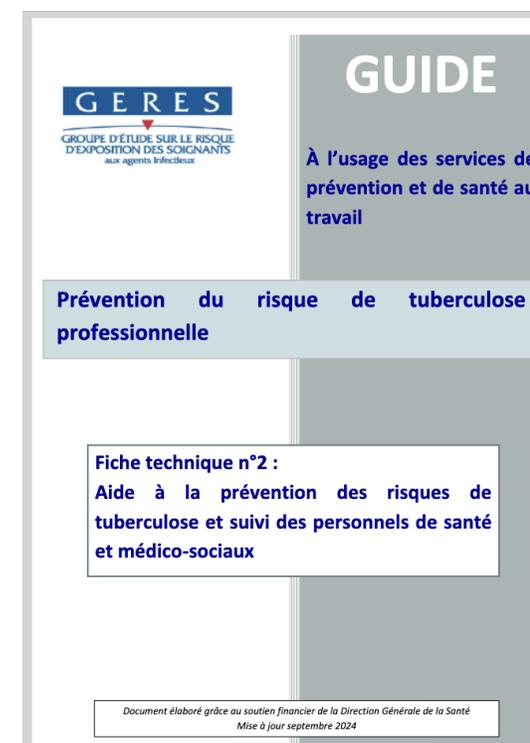
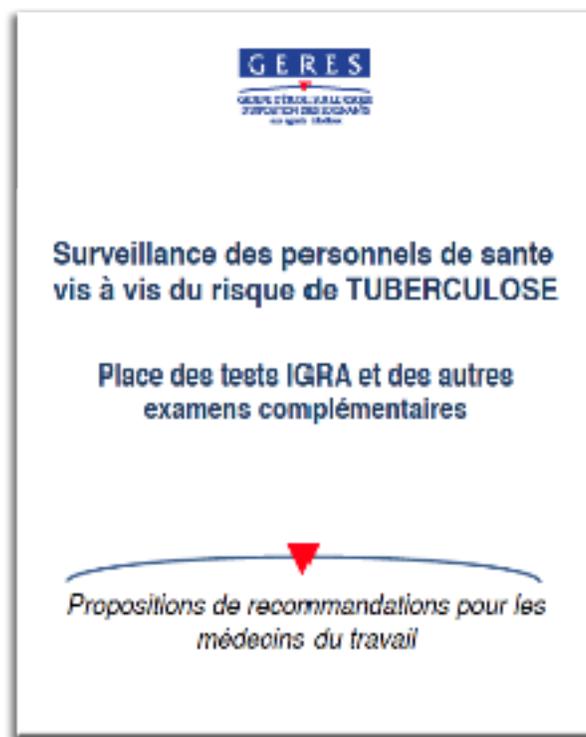
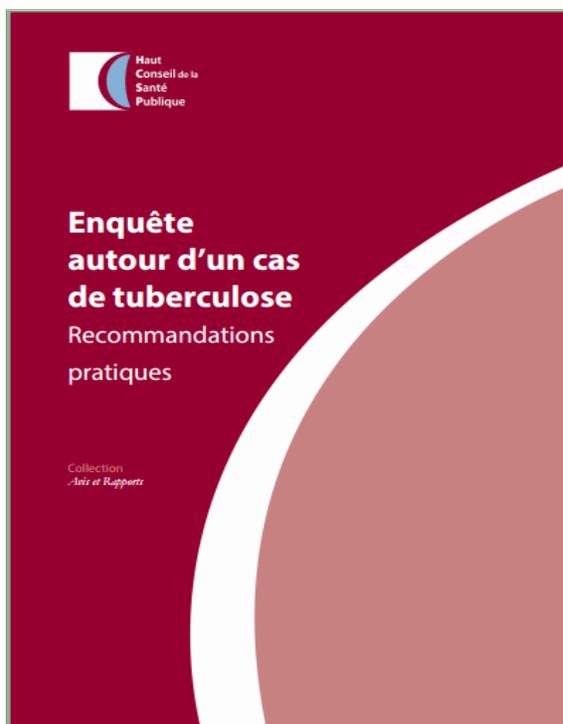
- **Dépister les cas d'infections tuberculeuse latente (ITL)**
  - Pas de signe clinique, pas de contagiosité
  - Diagnostic basé sur tests d'immunité : IDR, IGRA dès 8 à 12 semaines après le contage
  - **En France, recommandations de traitement**
    - Rifampicine et Isoniazide 2 mois) pour diminuer le risque d'évolution vers la tuberculose maladie (réduit le risque de 70 à 80%)
- **Dépister les cas de tuberculose maladie**
  - Symptômes ± lésions radiologiques : apparition dans un délai d'au moins 3 mois
  - Contagieuse
  - **Traitement : 6 mois**
    - Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide + Ethambutol pendant 2 mois puis
    - Rifampicine et isoniazide pendant 4 mois

# Rappel : Tuberculose infection et tuberculose-maladie



# Modalités de dépistage des professionnels contacts

- Modalités décrites dans les [recommandations du HCSP](#) d'octobre 2013
- synthétisées dans le [guide GERES](#) (2017) et rappelées dans la [fiche synthétique « personnels de santé »](#) actualisée en 2024



## Contact n°1

- **Covoiturage chaque matin avec l'IDE depuis 2 ans**
  - **Dernier contact il y a 15 jours**
  - **Une IDR à l'embauche il y a un an était > 15 mm**
1. On réalise un test IGRA immédiatement vu l'ancienneté et la durée des contacts contaminants
  2. On réalise un test IGRA dans au moins 6 semaines
  3. Il est inutile de réaliser un test IGRA
  4. On demande immédiatement une radiographie de thorax

# Contact n°1

- Covoiturage régulier avec l'IDE depuis 2 ans
- Dernier contact il y a 15 jours
- Une IDR à l'embauche il y a un an était > 15 mm

1. On réalise un test IGRA immédiatement
2. On réalise un test IGRA dans au moins 6 semaines
3. Il est inutile de réaliser un test IGRA
4. On demande immédiatement une radiographie de thorax

- Test déjà positif à l'embauche
- Radio indiquée vu l'ancienneté et la durée des contacts contaminants : si normale sera répétée à 6, 12 et 24 mois

## Contact n°2

- Médecin qui a réalisé il y a 15 jours la fibroscopie ayant permis le diagnostic
  - Portait un masque à usage médical
  - Pas de résultat IDR/IGRA dans le dossier médical
1. On réalise un test IGRA immédiatement
  2. On réalise un test IGRA dans au moins 8 semaines après le contact
  3. On demande immédiatement une radiographie de thorax
  4. Aucun suivi nécessaire car le professionnel contact portait un masque

## Contact n°2

- Médecin qui a réalisé il y a 15 jours la fibroscopie ayant permis le diagnostic
- Portait un masque à usage médical
- Pas de résultat IDR/IGRA dans le dossier médical

1. On réalise un test IGRA immédiatement

2. On réalise un test IGRA dans au moins 8 semaines après le dernier contact

3. On demande immédiatement une radiographie de thorax

4. Aucun suivi nécessaire car le professionnel contact portait un masque
- **Pas de référence à l'embauche : contact suffisamment récent pour réaliser un test IGRA de référence**
  - **Si test IGRA fait à T0 est négatif : possibilité d'objectiver un virage**
  - **Radio inutile vu le contact très récent, sauf si IGRA positif ou symptômes**
  - **Masque à usage médical insuffisant pour cette procédure générant des aérosols, à risque élevé**

# Test IGRA (*Interferon Gamma Release Assay*) et IDR (*Intra Dermo Réaction*)

## IDR (Tubertest®)

- **Injection intradermique Ag = tuberculine**
  - > 200 ag partagés entre *M tuberculosis*, *M Bovis*, **BCG**, *M atypiques*
- **Positivité  $\geq 5$  mm d'induration**
  - Conversion si positivation ou variation  $\geq 10$  mm
  - Reste interprétable même si test de référence positif (sous réserve d'une faible positivité initiale)
- Lecture à 72h : 2 visites (perdus de vue ++)
- Subjectivité lecture
- Manque de spécificité (BCG)
- Augmentation du diamètre d'induration lié à la répétition des IDR

## IGRA (Quantiféron®)

- **Prélèvement veineux**
  - Détection in vitro de la production d'**interferon- $\gamma$**  en réponse à une stimulation par des protéines **spécifiques de *M. tuberculosis***
- **Positivité si  $\geq 0,35$  UI/L**
  - Conversion si positivation
  - Pas de signification d'une variation quantitative entre 2 tests positifs
- Intérêt logistique : 1 seule visite
- Meilleure acceptabilité : moins de perdus de vue
- Méthode standardisée
- Résultat objectif
- Meilleure spécificité chez des professionnels vaccinés par le BCG

## Contact n°3

**A déjeuné une fois avec l'IDE il y a 6 semaines**

**Une IDR négative à l'embauche**

1. On réalise un test IGRA immédiatement
2. On réalise un test IGRA dans au moins 2 semaines
3. On demande immédiatement une radiographie de thorax
4. Aucun suivi n'est nécessaire

## Contact n°3

A déjeuné une fois avec l'IDE il y a 6 semaines  
Une IDR négative à l'embauche

1. On réalise un test IGRA immédiatement
2. On réalise un test IGRA dans au moins 2 semaines
3. On demande immédiatement une radiographie de thorax
4. **Aucun suivi n'est nécessaire**

➤ **Durée du contact trop bref**

## Les professionnels contacts ont tous été vaccinés par le BCG

1. La protection assurée par le BCG chez l'adulte contre le développement d'une TM est estimée à 80%
2. La protection assurée par le BCG chez l'adulte contre le développement d'une TM est estimée < 50%
3. En effet le BCG est obligatoire pour les professionnels de santé

# Les professionnels contacts ont tous été vaccinés par le BCG

- La protection assurée par le BCG chez l'adulte contre le développement d'une tuberculose maladie est estimée à 80%
- La protection assurée par le BCG chez l'adulte contre le développement d'une tuberculose maladie est estimée < 50%
- Le BCG est obligatoire pour les professionnels de santé

➤ **Obligation de vaccination par le BCG suspendue pour les professionnels de santé depuis 2019**

➤ **Toutefois, la vaccination par le BCG peut être « proposée par le médecin du travail, au cas par cas, aux professionnels non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés tels que :**

- **Les personnels en contacts répétés avec des patients tuberculeux et tout particulièrement ceux à risque de tuberculose multi résistante et chez qui les mesures de confinement sont difficiles à appliquer ;**
- **Les personnels de laboratoires travaillant en routine sur le bacille de la tuberculose**

# En conclusion

- Il faut insister sur :
  - l'importance du dépistage et du traitement précoce des cas de tuberculose et de l'application des précautions respiratoires renforcées **dès la suspicion**,
  - **l'efficacité insuffisante du masque à usage médical** pour prévenir la transmission,
  - le **repérage des retards à l'isolement** : importance de l'organisation d'enquêtes autour d'un cas (collaboration EPRI, CLAT, SPST) et des mesures correctives éventuelles à apporter
- Ces mesures ainsi que la diminution de l'incidence des tuberculoses en France ont entraîné une **réduction du risque**
- Néanmoins, les professionnels exposés doivent faire l'objet d'un **suivi renforcé** (tous les 2 ans)
  - Les dépistages systématiques itératifs par radiographie et tests immunologiques doivent être remplacés par une **prescription au cas par cas en fonction des facteurs de risque dépistés** lors de ce suivi





**XXXV<sup>e</sup> Congrès National**  
de la Société Française  
d'Hygiène Hospitalière

**Marseille**  
4 AU 6 JUIN 2025

**Merci pour votre attention**