

BCG

Établissement pénitentiaire

Isolement médical

Tuberculose

Circulaire de la DAP n° 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

NOR : JUSK0740069C

Textes source :

Articles D. 381 et D. 384-1 du code de procédure pénale (CPP) ;

Articles L. 3112-1 à L. 3112-3, L. 1423-2 , R. 3112-1 à R. 3112-5, R.1333-55 à R. 1333-74 du code de la santé publique (CSP) ;

Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires ;

Circulaire DGS/DH du 29 octobre 1993 relative à la prévention et à la transmission de la tuberculose dans les lieux de soins ;

Circulaire DGS du 4 mai 1995 relative à l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse ;

Circulaire NOR du 24 novembre 2005 relative au rôle du médecin de prévention au ministère de la justice ;

Circulaire interministérielle N° DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP/2005/27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale ;

Circulaire interministérielle N° DGS/SD5A/SD5C/SD6A/2005/220 du 6 mai 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'Etat des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles ;

Circulaire interministérielle N° DGS/SD5A/SD5C/SD6A/DGCL/2005/342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en œuvre de la recentralisation des activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles et aux orientations pour la négociation des conventions permettant l'exercice de ces activités par les départements.

Le garde des sceaux, ministre de la justice et le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs interrégionaux des services pénitentiaires ; Monsieur le directeur interrégional, chef de la mission des services pénitentiaires de l'outre-mer (DOM et Mayotte) ; (pour diffusion aux établissements pénitentiaires et aux services de médecine de prévention); Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Madame et Messieurs les préfets de région, Directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; Mesdames et Messieurs les préfets de département, directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour diffusion aux établissements de santé signataires des protocoles avec les établissements pénitentiaires)

Parmi les maladies transmissibles, la tuberculose occupe une place particulière, du fait même de son mode de transmission aérien. Dans le milieu pénitentiaire, caractérisé par une population cumulant des facteurs de risque à son égard, cette maladie suscite un certain nombre de questions pratiques de la part des professionnels de terrain – aussi bien pénitentiaires que sanitaires. Cette circulaire est destinée à répondre à ces questions, au moment de la mise en œuvre de la reprise par à l'Etat des compétences en matière de lutte antituberculeuse effective depuis le 1^{er} janvier 2006.

1. Le contexte épidémiologique

1.1. Le contexte général

Dans le monde : maladie infectieuse due au bacille tuberculeux appelé bacille de Koch, la tuberculose est un problème de santé publique majeur dans de nombreux pays, notamment les pays d'Afrique, d'Asie (sauf le Japon) et certains pays d'Europe de l'Est (annexe 1). On estime que le bacille tuberculeux infecte un tiers de l'humanité, cause au moins 8 millions de cas de maladie et 2 millions de décès par an dans le monde.

En France : 6098 nouveaux cas ont été déclarés en 2003 en France dont 5987 en France métropolitaine, ce qui correspond à un taux d'incidence annuel des cas déclarés de 10,2 pour 100 000 habitants en France métropolitaine, (cf. annexe 2).

Cette incidence, proche de la moyenne des pays d'Europe de l'Ouest, stagne depuis une dizaine d'années et cache en réalité de grandes disparités :

- dans la répartition géographique des cas, puisque la région IDF représente à elle seule presque la moitié des cas de tuberculose, Paris ayant une incidence proche de 40/100 000 ;
- mais également disparité dans les populations concernées, puisque par exemple, alors que les taux d'incidence décroissent régulièrement depuis plusieurs années chez les sujets de nationalité française, pour être inférieurs à 6/100 000 en 2003, ils subissent une croissance régulière chez les sujets de nationalité étrangère depuis 1998, pour être de l'ordre de 70/100 000 en 2003.

Les conditions de vie précaires (pauvreté, insalubrité du logement, promiscuité) et la provenance d'un pays de forte endémie tuberculeuse font partie des facteurs de risque de la tuberculose. L'aggravation actuelle de la précarité, ainsi que l'immunodépression liée aux maladies, notamment l'infection par le VIH qui diminue les défenses immunitaires de l'individu, font que la tuberculose demeure un problème d'actualité.

Cette maladie infectieuse peut revêtir diverses formes : pulmonaire dans deux tiers des cas, osseuse, ganglionnaire ou méningée notamment dans les autres cas. Seule la forme respiratoire (pulmonaire, bronchique, ORL, pleurale) de la tuberculose est contagieuse, du fait de la présence du bacille tuberculeux dans l'expectoration, surtout s'il est détectable dès l'examen microscopique direct.

La transmission, essentiellement interhumaine, se fait par voie aérienne. Ce sont les gouttelettes de sécrétions respiratoires servant de support au bacille tuberculeux qui, projetées dans l'air expiré en particulier par la toux d'un malade, restent en suspension et peuvent être inhalées par d'autres sujets. L'inhalation de bacilles tuberculeux entraîne une infection tuberculeuse latente, se traduisant par le virage de l'intradermo-réaction à la tuberculine et nécessitant une surveillance ou un traitement selon les recommandations en vigueur. Dans 90 % des cas, cette infection tuberculeuse latente n'évoluera pas vers une maladie ; dans 10 % des cas chez l'adulte non immunodéprimé, elle évoluera vers une tuberculose maladie, ce risque étant plus fréquent durant les deux années suivant l'infection.

La tuberculose maladie est curable, à condition que le traitement antibiotique prescrit soit effectivement pris en totalité. La contagiosité diminue en quelques semaines après le début du traitement.

La guérison nécessite toutefois la prolongation du traitement pendant au moins six mois. Cette durée de traitement pose des problèmes d'observance et de continuité, surtout pour les personnes vivant dans des conditions précaires.

Les interruptions du traitement peuvent entraîner la résistance de souches de bacilles tuberculeux à plusieurs antibiotiques spécifiques. Bien que cette multi résistance demeure encore très rare actuellement en France, il est essentiel de suivre attentivement et de façon prolongée tous les malades tuberculeux, d'autant que le taux des tuberculoses multi résistantes a presque doublé entre 2001 et 2003 (entre 0,5 et 0,9 % des tuberculoses avant 2001 et 1,4 % en 2002 et 2003).

1.2. Le contexte spécifique

Selon les données de la déclaration obligatoire (DO), 42 cas de tuberculose ont été diagnostiqués en milieu pénitentiaire en 2003, pour une population carcérale estimée la même année à 58 500 personnes détenues en France, ce qui rend compte d'une incidence de l'ordre de 72/100 000, probablement sous-estimée. En avril 1996, des données précises sur la tuberculose en prison avaient été fournies par les résultats d'une enquête épidémiologique menée par les Observatoires régionaux de la santé d'Ile-de-France et Provence -Alpes-Côte d'Azur dans les maisons d'arrêt de ces deux régions. Si l'incidence annuelle de la tuberculose y apparaissait plus élevée que dans la population générale, l'enquête montrait bien que cette situation était principalement due aux caractéristiques de la population pénale constituée de nombreuses personnes :

- en situation précaire, n'ayant guère eu accès aux soins en milieu libre ;
- nées et ou ayant vécu dans des zones de forte endémie tuberculeuse ;
- immunodéprimées (toxicomanes et/ou infectées par le VIH).

Ces personnes appartiennent toujours aux groupes de population les plus exposés à la tuberculose avant même l'incarcération. En outre, la promiscuité fréquente en milieu pénitentiaire favorise la transmission durant la détention.

2. Le contexte réglementaire

Les articles L.1423-2 et L.3112-2 du CSP issus de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, modifiée par l'article 100 de la loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004, prévoient notamment la reprise par l'Etat des compétences, antérieurement dévolues aux conseils généraux, en matière de lutte antituberculeuse.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'Etat doit, soit passer une convention avec le conseil général dès lors que celui-ci est volontaire pour continuer à assurer cette mission pour le compte de l'Etat, soit habiliter une autre structure (établissement de santé ou centre de santé) pour assurer cette mission.

Les circulaires N° DGS/SD5A/SD5C/SD6A/2005/220 du 6 mai 2005 et DGS/DGCL du 18 juillet 2005 relatives à la mise en œuvre du transfert à l'Etat des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles, précisent les modalités d'application de cette reprise de compétences par l'Etat.

L'habilitation des établissements et centres pour les vaccinations et la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles est précisée par voie réglementaire. Leurs missions feront l'objet d'un cahier des charges annexé à la convention ou à l'habilitation.

L'obligation du dépistage de la tuberculose est réaffirmée (art. D. 381 et D. 384-1 du code de procédure pénale).

Le dépistage radiologique doit respecter les principes relatifs à la protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médicales ou médico-légales, comme énoncé par les articles R. 1333-55 à 374 du code de la santé publique.

3. Rappel des principes de la lutte antituberculeuse

Selon les recommandations du conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), ils reposent sur (annexe 3) :

- le dépistage et le traitement précoce des cas, dont le dépistage ciblé dans les populations à risque fait partie ;
- le suivi rigoureux et l'adaptation de la prise en charge thérapeutique et sociale jusqu'à la guérison ;
- l'identification et le dépistage des sujets contact ;
- le traitement des infections tuberculeuses latentes (systématique chez l'enfant, lorsqu'elles sont récentes chez l'adulte) ;
- la vaccination par le vaccin BCG dans certaines indications.

Ces principes s'appliquent évidemment en milieu pénitentiaire.

4. Application de ces principes

A l'entrée : après avoir pratiqué un examen clinique, le médecin de l'UCSA décide s'il y a lieu de prescrire un examen radiologique thoracique chez les entrants en prison provenant de l'état de liberté. Il est particulièrement vigilant au risque d'irradiation répétée, notamment en cas de séjours multiples en prison, entrecoupés de courtes périodes de liberté.

L'organisation du dépistage de la tuberculose incombe au centre chargé de la lutte anti-tuberculeuse (CLAT). Lorsque la radiographie montre des signes d'infection, le médecin de l'UCSA informe sans délais 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. L'article D. 384-1 du CPP prévoit que cet examen est pratiqué sur place, sauf impossibilité matérielle. Les UCSA des établissements pénitentiaires ayant une capacité théorique de plus de 150 places doivent être équipées d'une installation radiologique permettant la réalisation sur place de la radiographie pour tout entrant venant de l'état de liberté. Dans les autres établissements, le dépistage radiologique thoracique peut se heurter à des difficultés pratiques. Des solutions telles que l'utilisation d'un appareil radiodiagnostic mobile, des extractions vers un établissement de santé doivent être trouvées localement et mises en œuvre avec tous les partenaires concernés.

Il est rappelé que les examens de radioscopie effectués au moyen d'appareils sans intensification d'image ou de technique équivalente (dispositif de radiophotographie comprenant exclusivement un système optique pour réduire la taille de l'image) sont interdits, en application de l'article R. 1333-58 du CSP. L'arrêté du 17 juillet 2003 relatif à la mise hors service des appareils de radioscopie sans intensification d'image précise les modalités de mise hors service de ces appareils.

Toute difficulté rencontrée dans la mise en oeuvre de ce dépistage doit être signalée au préfet.

Ce dépistage à l'entrée est nécessaire, car il permet de détecter immédiatement les sujets potentiellement contagieux et de disposer d'un cliché radiologique thoracique de référence de bonne qualité et accessible, mais il est insuffisant, les cas de tuberculose en prison pouvant se révéler plus tard au cours de la détention.

Au cours de la détention :

La vigilance en matière de prévention de la tuberculose s'impose tout au long de la détention, quels que soient la durée de celle-ci et le type d'établissement, puisque la population carcérale est un « groupe à risque ». Les signes d'appel, comme une toux prolongée et/ou une altération de l'état général, doivent faire penser systématiquement à la tuberculose. La personne doit être orientée vers l'équipe médicale. Il appartient au médecin de L'UCSA, notamment lors de transferts, ou pour des personnes incarcérées depuis longtemps, et/ou pour lesquelles le dernier cliché radiologique a plus de 2 ans, de réévaluer en permanence le bien fondé d'un dépistage et de proposer si besoin un nouveau cliché radiologique thoracique.

5. La démarche médicale

Afin de réduire les risques potentiels de contagion et mettre en place un traitement précoce si nécessaire, il est impératif qu'il existe une bonne coordination entre tous les acteurs concernés, tant internes qu'externes à l'établissement pénitentiaire.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est rarement posé d'emblée. Il est souvent établi en deux temps séparés de plusieurs jours :

- 1° suspicion du diagnostic à l'occasion de signes cliniques ou radiologiques ;
- 2° affirmation du diagnostic, qu'il y ait ou non confirmation bactériologique, avec mise en route immédiate du traitement anti-tuberculeux.

5.1. Conduite à tenir en cas de suspicion de tuberculose

Confirmer le diagnostic : en cas de suspicion de tuberculose pulmonaire, la démarche médicale comporte en premier lieu l'examen clinique avec recherche d'antécédents tuberculeux éventuels.

Cet examen clinique est complété par d'autres examens. Parmi ceux-ci, les plus courants et les plus informatifs sont :

- la radiographie thoracique (en l'absence d'une radiographie récente de bonne qualité) ;
- la recherche du bacille tuberculeux dans l'expectoration (crachats ou tubages gastriques trois jours consécutifs le matin à jeun,) réalisée par examen microscopique direct et culture et éventuellement PCR. Le résultat des examens microscopiques directs est rapide (un à deux jours), mais celui des cultures nécessite trois à quatre semaines (délai pouvant être raccourci avec des techniques de culture en milieu liquide).

Les résultats de ces examens doivent être communiqués en urgence à l'UCSA :

- d'autres examens plus spécialisés, à réaliser en milieu hospitalier, peuvent s'avérer nécessaires (scannographie, fibroscopie,...) ;
- l'intradermo-réaction à la tuberculine avec lecture 72 heures plus tard, sert au diagnostic d'infection tuberculeuse et ne préjuge pas de la maladie. L'examen étant d'interprétation difficile, notamment chez les patients immunodéprimés, il doit être réalisé et lu par un médecin rompu à cette pratique. D'autre part, l'utilisation en routine de techniques plus récentes de diagnostic spécifique de l'infection tuberculeuse, par dosage sanguin de l'interféron gamma, est en cours d'évaluation.

Prendre les mesures de protection (annexe 3)

Dans l'attente des résultats et dans le respect du secret professionnel, le médecin de l'UCSA prescrit et explique au patient les précautions à prendre pour réduire le risque de contamination par voie respiratoire et met en place les mesures de protection des autres personnes contact, en liaison avec le chef d'établissement :

- la personne détenue potentiellement contagieuse doit être seule dans sa cellule. L'affectation en cellule individuelle pour raison médicale est prescrite par le médecin qui en informe la personne détenue; cette mesure est mise en oeuvre par le chef d'établissement. La cellule individuelle est située en détention ordinaire, porte fermée (y compris dans les centres de détention). Les motifs sanitaires ne justifient pas un placement au régime de l'isolement administratif, celui-ci ne pouvant intervenir que pour des raisons de sécurité pénitentiaire ;
- la cellule doit être fréquemment aérée de la personne détenue concernée doit restery compris en établissement pour peine ;
- toute personne qui entre dans la cellule doit mettre un masque de protection respiratoire de type FFP1 au minimum (*cf.* annexe 3 et 3 *bis*) et le porter jusqu'à sa sortie. Ce masque est un masque filtrant des particules de la taille d'un micron. Sa durée d'efficacité ne dépasse pas trois heures en port continu. Il ne doit pas être

- réutilisé, même après un seul usage; il doit être considéré comme un déchet d'activité de soins et traité comme tel. C'est l'administration pénitentiaire qui a la charge financière de ce moyen de protection pour ses personnels et pour les personnes placées sous main de justice, et qui le met à la disposition des personnes concernées ;
- afin de réduire les contacts avec d'autres personnes, les déplacements de la personne détenue potentiellement contagieuse doivent être limités, tant à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur. Ces déplacements nécessitent alors le port d'un masque anti-projections par la personne détenue (dit masque « chirurgical ») ; dans ce cas, les personnes qui l'accompagnent peuvent s'en dispenser puisque, habituellement, et en dehors d'un milieu confiné, le port simultané d'un masque par la personne potentiellement contagieuse et l'entourage ne s'impose pas. Dans ces conditions, la personne détenue peut donc se rendre dans le local des douches collectives (à condition qu'elle y soit seule et que ce local soit aéré après son passage). Les promenades ne lui sont pas interdites. Elles sont, si possible individuelles, à défaut, le port du masque par la personne détenue est obligatoire ;
 - les visites ne doivent pas être supprimées, mais aménagées : la personne détenue est invitée à signaler elle-même à ses visiteurs son risque potentiel de contagion et à les recevoir en portant son masque anti projections (dit masque « chirurgical »). Les personnels effectuant les fouilles à l'occasion de ces parloirs, doivent être équipés de masque de type FFP1. Après la fouille la personne détenue est dotée d'un nouveau masque anti projection ;
 - de façon générale, après un séjour d'une personne suspecte de tuberculose dans un espace confiné (cellule, véhicule de transport, parloir...), seule s'impose une aération de deux heures du local. Il n'y a pas de risque de transmission liée à la contamination des surfaces et des locaux, même si la contagiosité était ultérieurement confirmée. Il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre une désinfection de ces locaux.

5.2. Conduite à tenir en cas de diagnostic de tuberculose respiratoire (pulmonaire, bronchique, ORL, pleurale) confirmé

Le diagnostic de tuberculose respiratoire est établi lorsque les arguments de présomption sont suffisants pour décider la mise en route d'un traitement anti-tuberculeux ou lorsque la recherche du bacille tuberculeux est positive, dès l'examen microscopique direct ou après la culture. Toute tuberculose avec localisation respiratoire doit être considérée comme contagieuse.

Ce diagnostic implique une triple démarche à mener de façon concomitante, vis-à-vis du malade lui-même, des autorités, et de son entourage.

5.2.1. Signalement immédiat et déclaration obligatoire (art. D. 31-136 du CSP)

La tuberculose maladie fait partie des maladies à signalement immédiat et déclaration obligatoire. (Modèle de fiche de déclaration obligatoire accessible sur le site www.invs.sante.fr)

Le médecin ou biologiste qui a posé le diagnostic :

- signale le cas le plus rapidement possible par tout moyen à sa disposition (téléphone, télécopie, email, etc..) au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS et s'assure que le responsable du centre de lutte antituberculeuse du département (CLAT), chargé d'organiser le dépistage des sujets contacts, est prévenu dans les mêmes délais ;
- notifie le cas au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS dont il dépend, à l'aide du formulaire anonyme de déclaration en cochant l'item « milieu pénitentiaire ».

5.2.2. Prise en charge du malade

Les personnes atteintes d'une tuberculose contagieuse doivent être hospitalisées. Cette hospitalisation a lieu si possible dans l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) desservant l'établissement pénitentiaire. A défaut, elle se fait dans le centre hospitalier de proximité.

A l'issue de l'hospitalisation, le médecin de l'UCSA veille au suivi du traitement ; celui-ci consiste en une association d'antibiotiques anti-tuberculeux, à prendre à jeun par voie orale. Pour éviter toute interruption thérapeutique, la coopération du patient doit être acquise. Si nécessaire, la prise quotidienne des médicaments anti-tuberculeux se fait en présence d'une infirmière.

5.2.3. Prise en charge de l'entourage du cas index

Un volet fondamental de la prévention de la dissémination de la tuberculose est l'enquête autour d'un cas. Elle est d'autant plus importante en milieu pénitentiaire que la population incarcérée est réceptive à la tuberculose du fait même de ses caractéristiques (cf. paragraphe 1.2) et de la promiscuité due aux conditions de détention.

Le médecin qui a posé le diagnostic avertit le centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT). Dans tous les cas, le médecin de l'UCSA s'assure que le CLAT a été informé.

Le médecin du CLAT coordonne la démarche d'investigation et de prise en charge des sujets contact avec le médecin de l'UCSA, les médecins de prévention et du travail, les médecins de famille, et l'équipe hospitalière le cas échéant.

Cette démarche a deux objectifs :

- repérer ou éviter l'apparition de cas secondaires (d'infection latente et de tuberculose) ;
- repérer la source d'infection éventuelle (dans la famille, dans le cercle de vie, chez les codétenus(es), chez les personnels).

Elle doit systématiquement passer en revue les contacts du parcours de la personne détenue durant sa période de contagiosité (classiquement les trois mois précédant le diagnostic), notamment lors des circonstances suivantes :

- l'arrestation ;
- la garde à vue dans des lieux confinés ;
- le transfert en véhicule fermé ;
- l'arrivée en prison : salles d'attente confinées, cellules « arrivants » ;
- la vie en prison : cellules, lieux de vie communs (ateliers, salles de classe...), parloirs ;
- l'entourage dans d'autres établissements pénitentiaires ;
- les procédures judiciaires (confrontation, procès) ;
- l'entourage (famille, amis...) avant l'incarcération, dans la limite des trois mois précédant le diagnostic.

L'enquête autour d'un cas concerne également les personnels. Elle est alors effectuée, en tenant compte du protocole visé au paragraphe 6.1, en concertation étroite avec les médecins de prévention compétents pour les personnels concernés (justice, police, santé, éducation nationale..) et les médecins des services de médecine du travail, compétents pour les personnels du secteur privé.

A cet effet, en collaboration avec le chef d'établissement, il est procédé au recensement des agents et intervenants ayant été en contact étroit, prolongé et/ou répété avec la personne malade. Les risques de contagion encourus sont évalués et le suivi médical adapté à chaque situation est mis en oeuvre.

Elle peut donc concerner :

- les personnels (personnels judiciaires, personnels pénitentiaires, personnels médicaux, personnel de l'éducation nationale...);
- les policiers ou gendarmes ;
- les visiteurs de prison ;
- les intervenants ;
- la population pénale ;
- les proches (en particulier les enfants).

Un document listant les personnes contact est élaboré par le médecin du CLAT du département où se trouve l'établissement pénitentiaire, en collaboration avec le médecin de l'UCSA.

La définition des sujets contact nécessitant d'être investigués et/ou suivis, est du ressort du médecin du CLAT, et dépend de trois critères :

- la contagiosité du cas index ;
- le type de contact ;
- le risque d'évolution vers la tuberculose maladie du sujet contact.

Le risque de contamination réel doit être analysé et gradué en fonction de ces trois critères, sachant qu'en théorie, il existe autour d'un cas de tuberculose contagieuse un risque d'exposition pour toute personne ayant partagé la même pièce ou, à l'air libre, un même espace défini par la distance d'une conversation, et ceci, quelle que soit la durée de ce contact avec la personne malade, étant entendu que ce risque est d'autant plus grand que cette durée est longue.

5.2.4. Continuité des soins et médecins concernés

La tuberculose est une maladie pour laquelle la continuité des soins et le suivi des sujets contacts sont fondamentaux.

Pour le malade lui-même :

Le traitement de la tuberculose dure au moins six mois. La plupart des personnes détenues ayant commencé un traitement anti-tuberculeux en prison, sont libérées avant la fin de ce traitement. A la libération du patient le médecin de l'UCSA prévient le CLAT et s'assure que le malade a en sa possession :

- la copie ou un résumé des principaux éléments de son dossier médical ;
- la quantité de médicaments nécessaire à la poursuite du traitement pendant dix jours ;

- une ordonnance permettant la poursuite à l'extérieur du traitement en cours ;
- un rendez-vous pour une consultation de suivi auprès du CLAT ou d'un médecin de son choix ;
- l'adresse des CLAT qui pourront lui délivrer des médicaments à titre gratuit.

Par ailleurs il appartient à l'administration pénitentiaire (SPIP) de s'assurer de l'ouverture de ses droits sociaux dans le cadre de la préparation de sa sortie.

Pour les sujets contact :

Le suivi de tous les malades et des sujets contact nécessite également une coordination.

Elle est réalisée par le médecin du CLAT, et mobilise les médecins des UCSA, des DDASS ou des services des conseils généraux, des centres de PMI, du travail (police, justice, hôpital, éducation nationale pour les personnels et pour la personne détenue, médecin de son lieu de travail.), les médecins de famille et les médecins scolaires (Etat et département).

6. Suivi médical des agents de l'administration pénitentiaire en médecine de prévention

Le médecin de prévention est chargé de suivre les agents de l'administration pénitentiaire en contact avec la population pénale au moins une fois par an. Il intervient dans le champ de la prévention médicale individuelle et collective.

6.1. L'évaluation du risque

Dans chaque établissement le médecin de prévention établit un protocole, écrit en collaboration avec l'UCSA, le CLAT, le chef d'établissement et le directeur des services d'insertion et de probation (DSPIP), des différentes conduites à tenir en cas de suspicion de tuberculose ou de cas de tuberculose avéré.

L'évaluation du risque tuberculeux par le médecin de prévention va lui permettre de déterminer les modalités de la surveillance médicale, en particulier la fréquence et le type d'examen complémentaires.

L'analyse précise des postes de travail est indispensable pour affiner ce risque. En particulier, le médecin de prévention doit être informé de l'affectation des agents par l'administration, du roulement des postes de travail, ainsi que des tâches effectuées par les agents.

L'évaluation du risque se base notamment sur les paramètres suivants :

- le type d'établissement pénitentiaire (maison d'arrêt, maison centrale, centre de détention, centre de semi liberté, etc.) ;
- les caractéristiques des postes de travail (agent en contact direct permanent avec les entrants en détention, agent affecté à la fouille, équipement de protection individuelle mis à disposition, turnover des postes de travail, etc.) ;
- le délai entre l'arrivée d'une personne détenue et le résultat de sa radiographie thoracique ;
- le nombre de cas bacillifères survenus au cours de l'année précédente dans l'établissement.

6.2. La surveillance médicale

Lors de l'arrivée d'un agent (y compris stagiaire) au sein d'un premier établissement pénitentiaire :

L'administration adresse cet agent au service de médecine de prévention. Le médecin de prévention prescrit une radiographie thoracique de face, ainsi qu'un test tuberculinique de référence (devant le plus souvent être réalisé à l'extérieur de l'établissement). Les résultats de ces examens complémentaires sont consignés dans le dossier médical de l'agent.

Lors de visites périodiques (annuelles) :

L'interrogatoire systématique recherche des signes cliniques en faveur d'une tuberculose (sueurs, fièvre, amaigrissement, toux traînante.) Un examen clinique est systématiquement effectué. Les examens complémentaires sont prescrits en fonction des risques évalués par le médecin de prévention.

- risque faible (1 cas bacillifère/an ou moins : la prescription systématique d'une radiographie thoracique ainsi que d'une IDR est inutile ;
- risque intermédiaire (entre 2 et 4 cas bacillifères/an) : le médecin de prévention définit dans le cadre du protocole une politique de surveillance médicale en fonction de l'évaluation du risque tuberculeux ;
- risque élevé (5 cas bacillifères/an ou plus) : le médecin de prévention informe l'agent de l'intérêt de la surveillance radiologique et de l>IDR. Une radiographie thoracique peut être proposée tous les deux ans.

Le médecin de prévention pratique ou prescrit une IDR tous les deux ans si l'IDR de référence est inférieure ou égale à 10 mm, tous les 5 ans si l'IDR de référence est supérieure à 10 mm et inférieure ou égale à 14 mm ; au delà de 14 mm ou en cas de modification de plus de 10 mm par rapport à l'IDR de référence, une évaluation médicale est réalisée avec une prise en charge thérapeutique si nécessaire.

Dans tous les cas, le médecin de prévention rappelle aux agents les principaux signes cliniques de tuberculose, l'intérêt et la nécessité de porter une protection respiratoire en cas de partage d'un espace défini par la distance d'une conversation avec une personne détenue ayant une tuberculose bacillifère (ou une suspicion de tuberculose), en l'absence de port de masque anti-projection par cette dernière.

En cas de découverte d'un cas de tuberculose avéré chez une personne détenue :

L'UCSA signale au médecin de prévention les cas de tuberculose bacillifère chez une personne détenue. Le médecin de prévention doit alors évaluer le risque pour l'ensemble des agents en fonction du type d'exposition, de la durée d'exposition.

Il participe à la recherche des sujets contact en collaboration avec le CLAT et le chef d'établissement (seul à connaître les plannings des agents ainsi que leur affectation). Il recense les agents devant subir un dépistage. Ce dépistage est réalisé par le CLAT et comporte une radiographie thoracique ainsi qu'une IDR renouvelée à trois mois.

En cas de découverte de tuberculose ou d'infection tuberculeuse latente chez un agent, le médecin de prévention en informe l'UCSA.

7. Education à la santé, formation

La lutte contre la tuberculose en prison nécessite une vigilance accrue et une sensibilisation particulière des professionnels pénitentiaires et de santé.

Pour les personnels pénitentiaires :

Cette sensibilisation, dispensée par un médecin, est intégrée dans les formations initiales et continues sur le thème des maladies transmissibles. Elle participe à développer une meilleure connaissance en matière d'observation des personnes détenues et en matière de prévention des risques sanitaires.

Pour les personnes détenues :

Le médecin de l'UCSA, coordonnateur des actions d'éducation pour la santé peut organiser en collaboration avec le CLAT des actions collectives d'éducation à la santé en faveur de la population pénale concernant la tuberculose, au même titre que les autres maladies transmissibles (infection par le VIH, maladies sexuellement transmissibles, hépatites....).

Pour les personnels sanitaires :

Il est important de former les personnels sanitaires exerçant en milieu pénitentiaire aux particularités de la prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral.

En conclusion, la prévention et la prise en charge de la tuberculose en prison justifient l'indispensable collaboration entre personnels pénitentiaires et sanitaires tout en préservant la confidentialité des informations médicales due aux patients détenus. La prise en charge de la tuberculose nécessite également une collaboration étroite avec d'autres partenaires en particulier les centres de lutte anti-tuberculeuse et les services de médecine de prévention des personnels, avec pour souci prioritaire, la qualité et la continuité des soins à l'intérieur et à l'extérieur de la détention.

Le directeur général de la santé
PROFESSEUR DIDIER HOUSSIN

Le directeur de l'administration pénitentiaire,
CLAUDE D'HARCOURT

*Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*
ANNIE PODEUR

*Le directeur de l'administration
générale et de l'équipement,*
RÉMY HEITZ

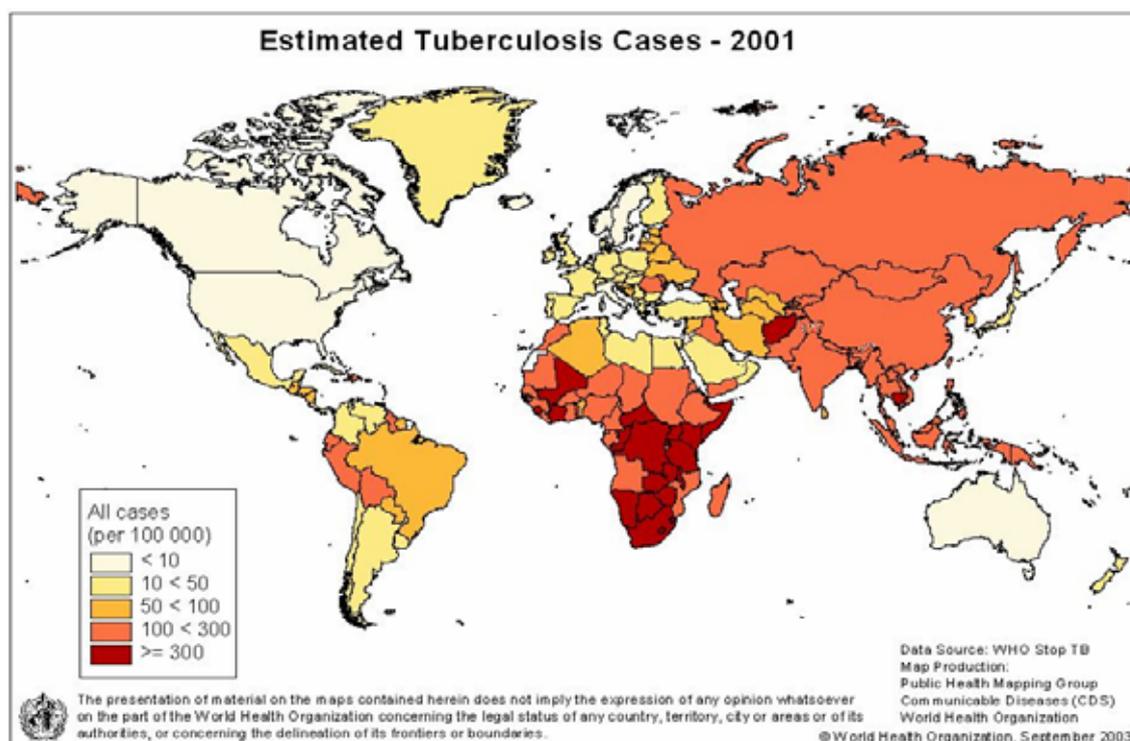
ANNEXE 1

INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE DANS LE MONDE
(SOURCE OMS)

Les zones géographiques à forte incidence tuberculeuse, selon les estimations de l'OMS*, et en tenant compte de certaines imprécisions liées aux difficultés du recueil fiable des données épidémiologiques dans certains pays, sont :

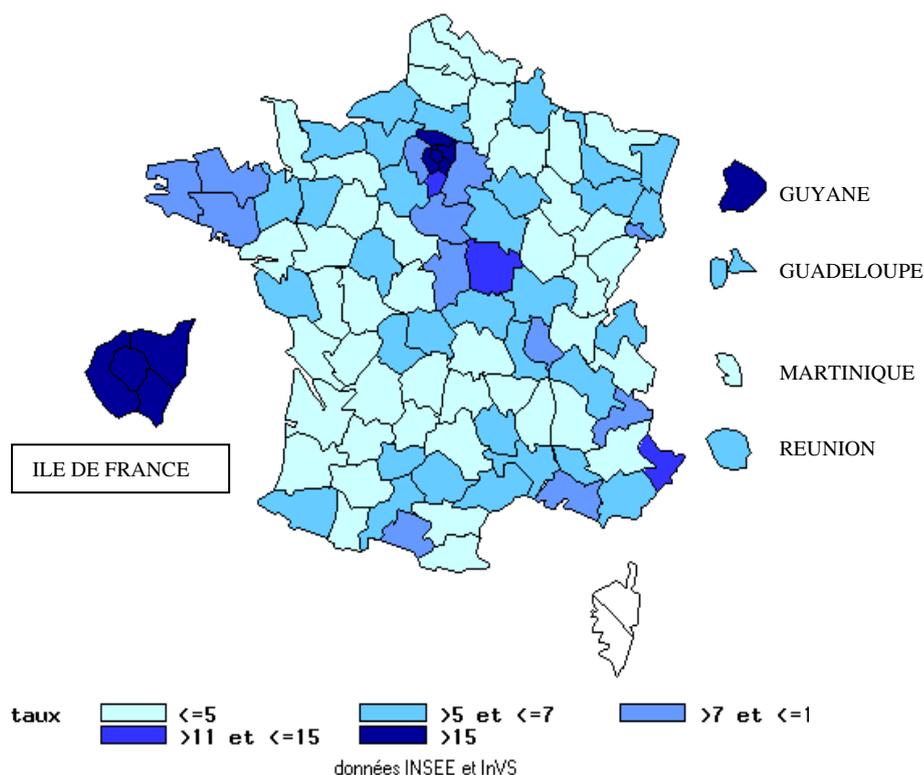
- le continent africain ;
- le continent asiatique à l'exception du Japon ;
- les Amériques centrale et du sud ;
- les pays d'Europe Centrale et de l'Est hors UE (Albanie, Bosnie et Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Macédoine, Roumanie, Serbie et Monténégro) ;
- les pays de l'ancienne Union soviétique y compris les pays baltes (Estonie, Lituanie et Lettonie).

* Données tirées du rapport de l'OMS 2005 « Global Tuberculosis Control, p. 22, Fig. 2 : Estimated TB incidence rates, 2003 ».



ANNEXE II

INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE DECLARÉE PAR DÉPARTEMENT EN FRANCE 2004
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



ANNEXE III

Avis et recommandations du CSHPF en matière de lutte antituberculeuse accessibles sur le site www.sante.gouv.fr (dossier thématique : tuberculose).

1° Investigations à conduire autour d'un cas de tuberculose maladie ou de tuberculose infection récente :

- chapitre 10 de « Prévention et prise en charge de la tuberculose en France », Synthèse et recommandations du groupe de travail du CSHPF (2002-2003), accessible sur le site www.sante.gouv.fr (maladies/tuberculose).
- « recommandations pour que l'enquête autour d'un cas de tuberculose aboutisse dans des délais compatibles avec l'efficacité des mesures de lutte antituberculeuse ».

2° Présentation des différents masques d'après le document de l'INRS (site INTERNET de l'INRS) « risques infectieux en milieu de soins – Masques médicaux ou appareils de protection respiratoire jetables : quel matériel choisir ? » et avis du CSHPF du 14 mars 2003 relatif au choix d'un masque de protection contre la tuberculose en milieu de soins (textes joints en annexe 3 bis).

3° Avis du CSHPF relatif à la revaccination par le BCG et modalités de surveillance chez les professionnels exposés à la tuberculose (15 novembre 2002).

4° Avis du CSHPF relatif au traitement de la tuberculose infection (14 mars 2003).

ANNEXE III BIS

Les différents masques d'après le document INRS « risques infectieux en milieu de soins – Masques médicaux ou appareils de protection respiratoire jetables : quel matériel choisir ? » (cf. site www.inrs.fr) :

- le masque médical ou « chirurgical » ou masque de soins est destiné à éviter, lors de l'expiration de celui qui le porte, la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes » ou « aérienne ». Porté par un patient contagieux, il prévient la contamination de son entourage et de son environnement ;
- un appareil de protection respiratoire jetable filtrant contre les particules, communément appelé « masque » de protection respiratoire est destiné à protéger celui qui le porte contre l'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie « aérienne ». Il le protège aussi contre le risque de transmission par voie « gouttelettes ». Il existe trois classes d'appareils de protection respiratoire jetables, par ordre croissant d'efficacité (FFP1, FFP2, FFP3).

Pour l'utilisation de ces masques dans le cas de la tuberculose, voir ci-dessous l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (séance du 14 mars 2003).

AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE SECTION MALADIES TRANSMISSIBLES RELATIF AU CHOIX D'UN MASQUE DE PROTECTION CONTRE LA TUBERCULOSE EN MILIEU DE SOINS (SÉANCE DU 14 MARS 2003)

Considérant :

- que la transmission de la tuberculose en milieu de soins est due, lors d'une tuberculose pulmonaire ou laryngée contagieuse, à l'émission du bacille tuberculeux par le patient et à son inhalation par les personnes à son contact,
- que pour être efficace un masque doit concilier performance et acceptabilité,

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommande, pour le choix des masques de protection respiratoire dans la prévention de la transmission de la tuberculose en milieu de soins :

- pour le malade contagieux lors des contacts avec son entourage, le port d'un masque de soins, dit aussi masque de type chirurgical (s'oppose à l'émission du bacille),
- pour les personnels soignants et les visiteurs au contact du patient contagieux, le port d'un masque de protection respiratoire de type FFP1* au minimum (s'oppose à l'inhalation du bacille),
- pour les personnels soignants, dans certaines situations particulièrement à risque, telles que intubation, expectoration induite, en cas de tuberculose multirésistante et dans toute situation favorisant l'émission ou la transmission du bacille tuberculeux, le port d'un masque de protection respiratoire de type FFP2* (s'oppose à l'inhalation du bacille, avec une meilleure efficacité que le masque FFP1, mais une contrainte de port plus importante).

CET AVIS NE PEUT ETRE DIFFUSE QUE DANS SON INTEGRALITE SANS SUPPRESSION NI AJOUT

..... * FFP pour « pièce faciale filtrante », le numéro correspond au degré d'efficacité de la protection, à condition que l'application sur le visage soit correcte. FFP1 présente une fuite totale inférieure à 20 %, FFP2 une fuite totale inférieure à 8%, pour des particules de 1 micron.

ANNEXE IV

GESTION DU RISQUE TUBERCULEUX
MÉDECINE DE PRÉVENTION/UCSA/CLAT/CHEF D'ÉTABLISSEMENT/DSPIP

ÉLÉMENTS DEVANT FIGURER DANS LE PROTOCOLE CITÉ AU PARAGRAPHE 6.1 DE LA CIRCULAIRE

Coordonnées du ou des médecins de l'UCSA :
nom :
téléphone :
fax :
messagerie :
horaires de présence :

Coordonnées du médecin de prévention :
nom :
téléphone :
fax :
messagerie :
horaires de présence :

Coordonnées du correspondant du CLAT :
nom :
téléphone :
fax :
messagerie :

Coordonnées du chef d'établissement pénitentiaire :
nom :
téléphone :
fax :
messagerie :

Coordonnées du DSIPI :
nom :
téléphone :
fax :
messagerie :

Préciser les modalités selon lesquelles le médecin de l'UCSA, le médecin de prévention et le correspondant du CLAT s'informent mutuellement :

- en cas de suspicion de tuberculose contagieuse ;
- en cas de cas avéré de tuberculose contagieuse.

Indiquer la nature des informations échangées.

Préciser les modalités selon lesquelles le chef d'établissement et le DSIPI sont informés et indiquer la nature des informations à transmettre, dans le respect de la confidentialité médicale.

Préciser les modalités de stockage et de distribution des masques chirurgicaux et des masques FFP1.

Ce protocole tient compte de l'évaluation du risque tuberculeux réalisé au préalable par le médecin de prévention.