

GUIDE

Risque de tuberculose professionnelle **Prévention et suivi - Place du BCG**

2. Recommandations pour les professionnels pénitentiaires

Fiche secteur destinée aux médecins de prévention en charge des personnels pénitentiaires.

Il 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).

Elaborée grâce au soutien financier de la DGS

Sommaire

Existe-il un risque de tuberculose dans le contexte carcéral ?5

Données générales.....5

1. Epidémiologie de la tuberculose chez les personnes détenues..... 5
2. Epidémiologie de la tuberculose chez les professionnels pénitentiaires..... 6

Évaluation du niveau de risque dans l'établissement7

Mesures de prévention collectives et individuelles à mettre en place8

Points clés :.....8

1. Organisation générale 8
2. Repérage le plus précoce possible des cas de tuberculose..... 8
3. Mesures de prévention adaptées à mettre en place 9

Indications éventuelles du BCG.....10

Modalités de suivi des personnels exposés au risque12

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

Données générales

1. Epidémiologie de la tuberculose chez les personnes détenues

L'incidence de la tuberculose en milieu carcéral est plus élevée qu'en milieu libre¹ ; 91,3 cas pour 100.000 vs 7,1 en population générale en 2015 (voir encadré) du fait :

- 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 endémie², 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.

Données épidémiologiques dans la population prise en charge :⁴

En 2015, l'incidence de la tuberculose en milieu carcéral est de 91,3 pour 100.000. Les antécédents de tuberculose maladie traitées étaient significativement plus élevés (23,5% vs 9,6%). On note une soixantaine de cas annuels. Sur les 6 dernières années, l'incidence fluctuait autour de 80 cas pour 100.000 habitants, soit environ 11 à 14 fois supérieure à celle du milieu libre⁵.

Année :	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cas :	61	65	61	59	67	54
Taux (pour 100 000)	91,6	97,4	91,3	86,4	96,7	76,8

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://rjg35.org/wp-content/uploads/2017/12/BEH-N%C2%B07-21-mars-2017.pdf>

² Voir chiffres clés Justice

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 L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_3.html

⁵ Données Santé Publique France non publiées.

En 2013, les cas avec atteintes pulmonaires représentaient 87 % du total des cas déclarés (53 sur 61). Les personnes atteintes étaient majoritairement des hommes (94%), plutôt jeunes (âge médian de 31 ans).

Les régions les plus concernées étaient l'Île de France (37 % des cas) et PACA (8 %). En 2018, parmi les 50 cas déclarés, les formes pulmonaires représentaient 93 % du total (50 cas sur 54) et concernaient majoritairement des hommes 51 cas, soit 94 %, avec un âge médian de 30 ans, l'Île de France est fortement concernée avec 52 % des cas⁶.

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 pays de forte incidence.

Le caractère MDR est intégré dans la déclaration obligatoire depuis 2018, aucun cas de MDR chez des détenus n'a été noté parmi les cas déclarés en 2018⁷.

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 prévention⁸ 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 surveillants⁹, 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
Tuberculoses déclarées MP	2	3	1
Infections tuberculeuses latentes	5	8	3
Enquêtes autour d'un cas	2	8	4

⁶ Données Santé Publique France non publiées.

⁷ CNR-MyRMA. Résistance aux antituberculeux en France en 2014-2015. Bull Epidemiol Hebd. 2017; (7):127-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/7/2017_7_2.html.

⁸ Source : Ministère de la justice

⁹ L'effectif total de surveillants est d'environ 30 000 (source Chiffres clés de l'Administration Pénitentiaire)

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 23 juin 2007.

Cette évaluation se base sur :

- Le contexte épidémiologique local (territoire de forte incidence, Mayotte, Guyane, Ile de France)¹⁰.
- Les critères de la circulaire en vigueur¹¹.
- 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 exposantes¹² : 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.

¹⁰ Plus forte incidence en population générale en DOM dont Mayotte (14), Guyane (32,5), Ile de France (15,8) par rapport 7/au taux d'incidence moyen national (7,4) (chiffres BEH 7/2017, site Santé Publique).

¹¹ Circulaire DAP 2007-PMJ2 du 23 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

¹² Dans les recommandations du CSHPF de 2003, sont considérés comme très exposés les personnes travaillant dans des structures accueillant plus de 5 tuberculeux bacillifères par an : ne visait pas uniquement les structures de soins mais aussi les prisons, foyers pour migrants (voir 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).* Mais pour une même incidence de tuberculose dans une structure, le niveau du risque dépendra également de l'application et de l'applicabilité des mesures de prévention.

Mesures de prévention collectives et individuelles à mettre en place

Les recommandations officielles (circulaire de 2007¹³ et guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des Personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) de 2019¹⁴) 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 (cf. annexe de la circulaire de 2007). **(Cf. exemple de protocole¹⁵)**

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 3 du guide commun)**

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.

2. 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.

¹³ Cf note 11

¹⁴ Ce guide concerne les personnes détenues et de façon indirecte les personnels à leur contact (prévention de la transmission et dépistage précoce des cas secondaires). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf p. 241-244

¹⁵ [Guide pour la mise en œuvre des mesures préventives autour d'un cas de tuberculose à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis](#)

Le dépistage est 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 (Réf. Circ. 2007).

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

3. Mesures de prévention adaptées à mettre en place¹⁶

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.

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.

Enquête autour du cas

Elle est organisée par le CLAT¹⁷ 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ [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 de prévention 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 répétés¹⁸, 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 comptées¹⁹.
- 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 2019 souligne que le BCG pourrait néanmoins être recommandé, au cas par cas, au personnel à haut risque après évaluation du risque par le médecin de prévention (cf. aide à l'évaluation en annexe 2 du guide commun).

En établissement pénitentiaire, la balance bénéfice / risque n'est pas en faveur du BCG. Même si l'incidence de la tuberculose est élevée chez les personnes incarcérées, en 2020 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.

¹⁸ 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>

¹⁹ Source DAP, bureau EX1

- 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.

Il est préférable d'optimiser l'application des mesures de prévention et de dépister rapidement les cas d'ITL chez les professionnels exposés à un cas de tuberculose contagieuse.

Outre le recensement du nombre de cas de TM chez les personnes incarcérées, il serait utile que les cas de TM déclarés en Maladie Professionnelle soient 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 pourraient 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 Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP) bénéficient d'un tel dépistage dès leur entrée²⁰. 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 de prévention.</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).

²⁰ 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 %).

Membres du groupe de travail

Animation du groupe

- **Christine Barbier** - Médecin de santé publique, retraitée ; a exercé à la DGS, chargée du dossier Santé des personnes sous main de justice
- **Elisabeth Rouveix-Nordon**, PUPH, CHU Ambroise Paré, AP-HP - Présidente du GERES

Membres du groupe

- **Dominique Abiteboul** - Médecin du travail, GERES, Paris.
- **Catherine Auge** - Médecin de prévention à l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP).
- **Irène Aboudaram** - Direction Santé et Plaidoyer, pôle Expertises Thématiques et Plaidoyer, Direction des opérations France, Pole appui et Politiques Publiques, Médecins du Monde.
- **Béatrice Carton** - Praticien hospitalier, 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** - Praticien hospitalier, 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
- **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

GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux)

Association sans but lucratif déclarée conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901

UNIVERSITE PARIS DIDEROT PARIS 7 - UFR de Médecine Site Bichat
16, rue Henri Huchard - 75890 PARIS Cedex 18

Site Web : www.geres.org - Email : geres@geres.org

SIRET : 382 426 005 00023 - Code APE : 7220Z – TVA Intracommunautaire : FR 51 382 426 005
Organisme formateur N° 11920741192