

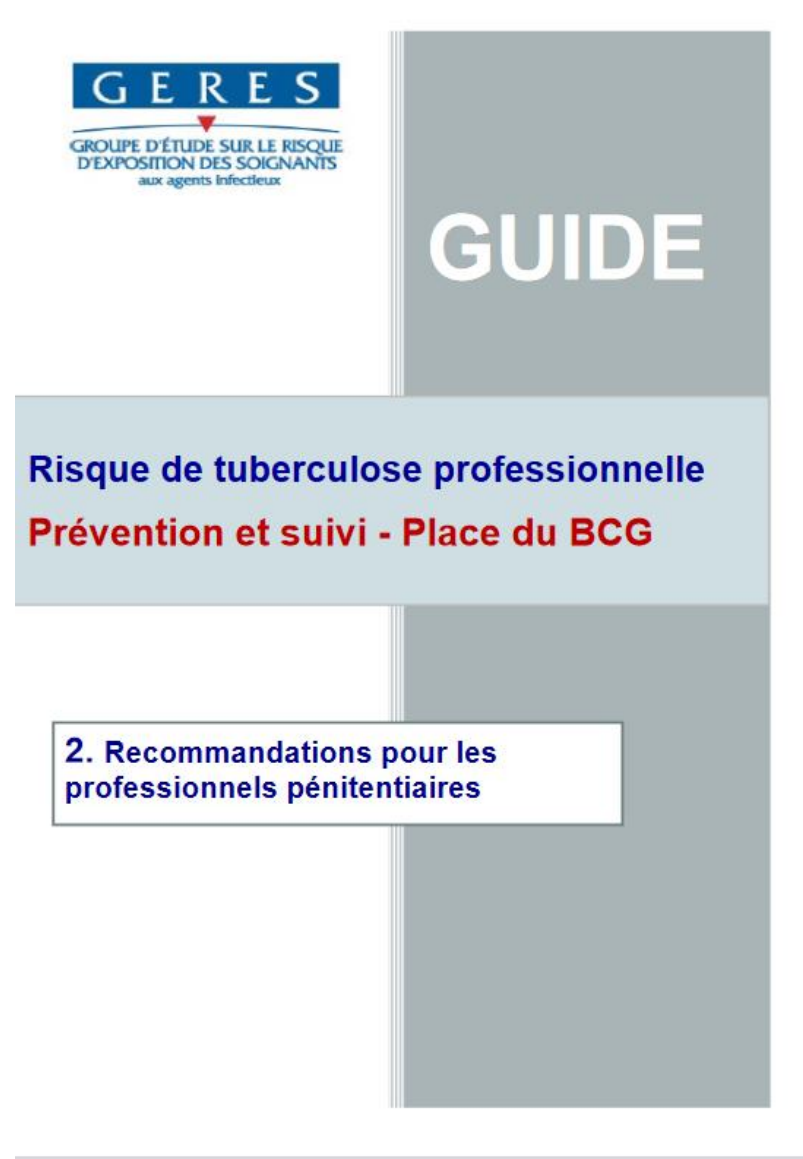
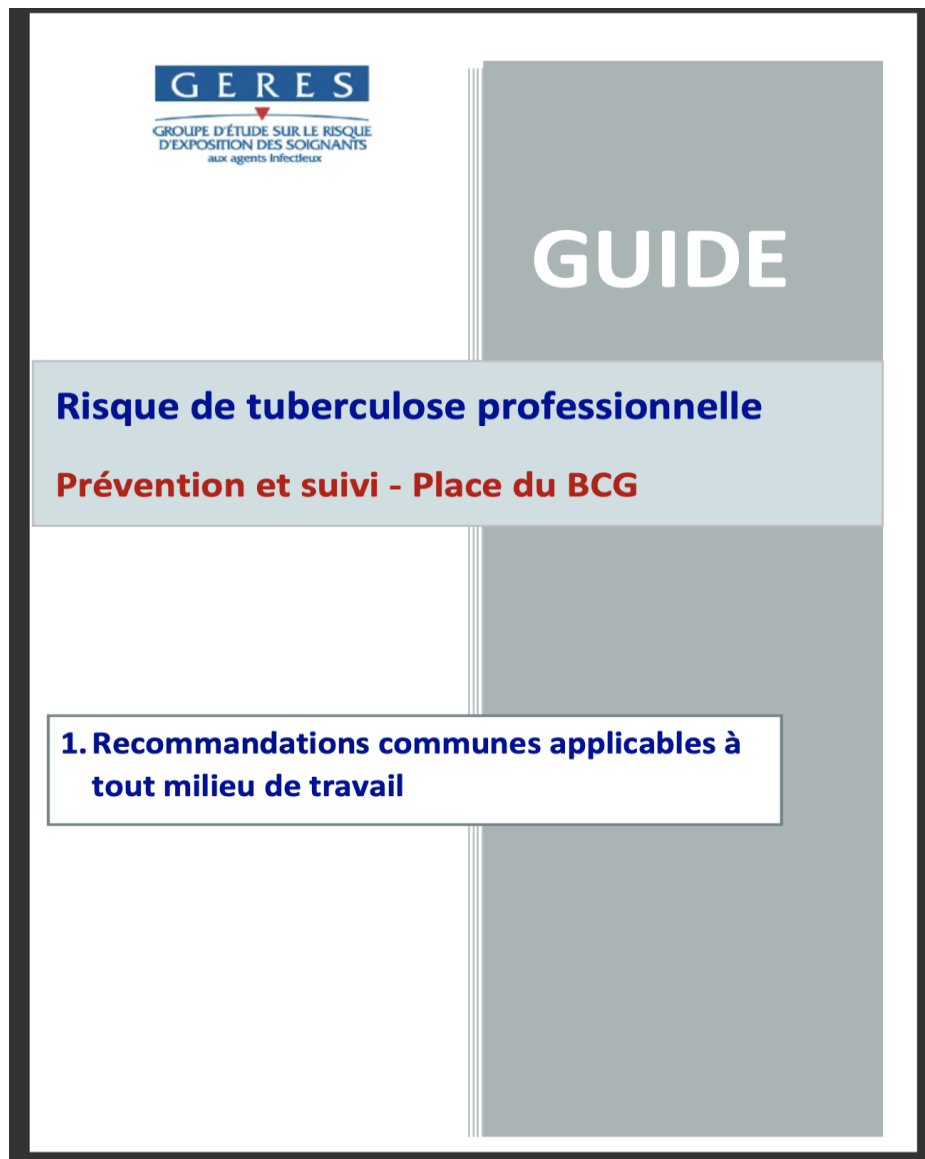
# RISQUE DE TUBERCULOSE PROFESSIONNELLE PRÉVENTION ET SUIVI - PLACE DU BCG

---

2. Recommandations pour les  
professionnels pénitentiaires  
(2020)

# Contexte - Méthodologie

- **Guide élaboré avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS)**
  - suite à la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG
  - composé d'un guide commun aux différents milieux de travail et de volets spécifiques à chaque secteur professionnel
  - destiné aux médecins du travail des structures qui étaient concernées par l'obligation vaccinale BCG
  - également utile pour les responsables de structure
- **Objectifs :**
  - Aider à l'évaluation du risque de tuberculose, afin de poser les éventuelles indications d'une vaccination BCG
  - Proposer une optimisation des stratégies de prévention et de dépistage dans leur établissement.
- **Méthode de travail :**
  - Mise en place d'un groupe de travail
  - Revue bibliographique et recueil de données auprès d'intervenants de terrain



**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)

# Risque de tuberculose dans le contexte carcéral ? (1)

*Source : santé publique France*

## ➤ Epidémiologie de la tuberculose (TM) chez les personnes détenues

- Hommes, atteintes pulmonaires, IDF et PACA
- **Incidence plus élevée** (x 11 à 14) qu'en milieu libre en raison de :
  - **Caractéristiques des publics** :
    - Précarité
    - SDF
    - Moindre accès à la prévention et soins
    - Originaire pays endémie
    - VIH X 6 (Prévacar 2010)
  - **Conditions de vie en détention** : transmission BK plus facile
- MDR : aucune en 2018 en milieu pénitentiaire mais vigilance +++

### Données épidémiologiques dans la population prise en charge :<sup>4</sup>

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 libre<sup>5</sup>.

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

## Risque de tuberculose dans le contexte carcéral? (2)

*Source Ministère de la Justice (données partielles 2 régions manquantes)*

- Epidémiologie de la TM chez les **professionnels pénitentiaires**
- 2016 à 2018 :
  - 2 cas de TB/an
  - pour un effectif moyen de 20 350 surveillants,
  - ce qui représente une **incidence estimée <à 10 cas pour 100 000**

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

# 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**
- Les acteurs qui doivent communiquer entre eux à cet effet:
  - Médecin du travail des personnels pénitentiaires
  - Médecin responsable de l'Unité Sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), responsable de la prise en charge sanitaire des personnes détenues
  - Chef d'établissement pénitentiaire

# Évaluation du niveau de risque dans l'établissement basée sur

- L'épidémiologie locale de la TB (Mayotte, Guyane, IDF..)
- Les critères de la 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](http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20070003_0000_0006.pdf)

- Le type d'établissement pénitentiaire :
  - Les plus à risque :
    - maisons d'arrêt (flux d'entrants élevé, profil des personnes, surpopulation),
    - établissements pour mineurs
  - A moindre risque
    - centres de détention et maisons centrales (accueil des personnes ayant déjà séjourné en maisons d'arrêt, donc dépistées à l'entrée, et encellulement individuel).



# Évaluation du niveau de risque dans l'établissement basée sur

- **Les caractéristiques des postes de travail**
  - **Contact direct permanent avec les entrants** (avant la réalisation de leur dépistage)
  - Agents affectés à la fouille, au vestiaire
  - À l'opposé des personnels affectés dans les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ou unités d'hospitalisation qui ont peu de contact direct et prolongé avec les détenus.
- **Le délai d'obtention du résultat de la radiographie pulmonaire d'entrée**
- Le nombre de cas de TM contagieuse au cours des 3 années précédentes chez des personnes détenues et chez des personnels pénitentiaires : **5 cas** de tuberculose survenus par an chez les détenus dans l'établissement (ou le quartier) est un indicateur d'un risque élevé.

# Mesures de prévention collectives et individuelles (1)

## 1. *Organisation générale*

- **Coordination de tous les acteurs concernés** : médecin du travail, directeur de l'établissement, direction interrégionale des services pénitentiaires, USMP (Unité sanitaire en milieu pénitentiaire), CLAT (Centre de lutte anti-tuberculeux)
- Élaboration d'un protocole « gestion du risque de Tuberculose » (rôle de chacun, personnes contacts et ressources)
- Vérifier la **disponibilité des masques de protection respiratoire** (FFP2) et chirurgicaux
- Organiser des sessions de **formation/sensibilisation** au risque pour les personnels pénitentiaires

# Mesures de prévention collectives et individuelles (2)

## *2. Repérage précoce des cas de tuberculose*

- **Cellule individuelle préconisée** pour chaque entrant (en attendant le dépistage)
- **Dépistage obligatoire de chaque entrant** par le médecin de l'USMP (examen clinique et radio si besoin ) en coordination avec le CLAT, dans les 8 jours maximum suivant l'admission (obligation réglementaire inscrite dans le Code de Procédure Pénale)
- Dépistage renouvelé en cours de séjour s'il existe des signes d'appel

# Mesures de prévention collectives et individuelles (3)

## 3. Mise en place de mesures de prévention adaptées

- Suspicion d'1 cas chez une personne détenue
  - Confirmer le diagnostic (médecin UMSP)
  - Informer le médecin du travail et le chef d'établissement
  - Isolement présomptif du cas suspect (cellule individuelle, masque chir en présence d'1 autre personne, limiter les déplacements, cadrer les visites)
  - Mesures de protection pour les personnes contacts
    - Mise en place par USMP en liaison avec CLAT/Chef d'établissement /médecin du travail)
    - masques FFP2
  - Aération des locaux
  
- En cas de tuberculose pulmonaire avérée
  - Prise en charge en hospitalisation du cas
  - Mesures de protection : cf. ci-dessus (masques et aération des locaux) dans l'attente éventuelle d'une place en hospitalisation

Secret professionnel+++

# Enquête autour d'un cas

- **Organisée par le CLAT en coordination avec :**
  - l'USMP
  - les services de médecine du travail de l'établissement pénitentiaire,
  - de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), le cas échéant,
  - de l'établissement de santé de rattachement de l'USMP
- **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

- **Au sein de l'établissement après la reconnaissance d'un cas**
  - **Organiser rapidement une réunion d'information pour les personnels** (médecin du travail en lien avec la direction)
  - **Lister les personnes ayant eu des contacts proches et répétés** (directeur de l'établissement et médecin du travail).
  - **Informers les agents sur les modalités du dépistage** en veillant à **faciliter leur adhésion**
  - **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
- Le calendrier vaccinal souligne que le BCG pourrait néanmoins être recommandé, **au cas par cas, au personnel à haut risque** après évaluation du risque par le médecin du travail
- **En établissement pénitentiaire, la balance bénéfice / risque n'est pas en faveur du BCG** même dans les départements et régions les plus concernées (IDF, outre-mer...).  
En effet :
  - Les cas de tuberculose professionnelle sont rares (<10 pour 100000)
  - Le temps de contact des personnels avec un éventuel détenu BK+ est faible
  - Les mesures de prévention existent (cf. circulaire de 2007)
  - Moins de 5 cas par an et par secteurs dans les établissements pénitentiaires
  - Absence de MDR parmi les cas survenus chez les personnes incarcérées

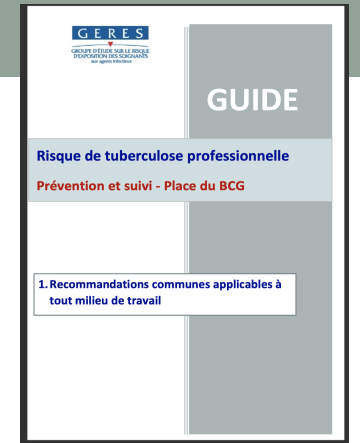
Il est préférable **d'optimiser l'application des mesures de prévention**, d'assurer la **détection précoce** et la **prise en charge des cas suspects de tuberculose maladie** et de **dépister rapidement les cas d'ITL chez les professionnels exposés** à un cas de tuberculose contagieuse..

# Points de vigilance

- 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 du travail 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 (1) A l'embauche



## ➤ Interroger à la recherche de:

- antécédents d'ITL et de TM,
- expositions professionnelles ou extraprofessionnelles à risque antérieures,
- terrain dysimmunitaire,
- symptômes

## ➤ Informer sur la tuberculose et les mesures de prévention.

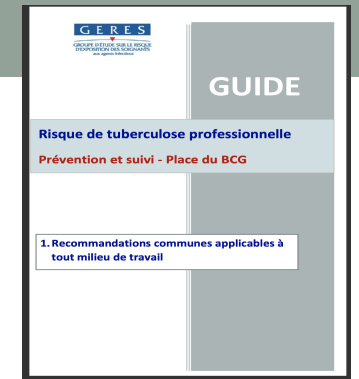
# Modalités de suivi des personnels exposés (2)

## A l'embauche

- Réaliser un **test immunologique de référence**, de préférence IGRA ou à défaut IDR
  - Si on dispose déjà d'un test IGRA négatif ou d'une mensuration d'IDR, il n'y a pas lieu de refaire le test correspondant, sauf en cas de notion de contagé dans l'intervalle.
  - Si infection tuberculeuse ancienne documentée par un test IGRA positif : inutile de le refaire ;
  - de même, pas de nouvelle IDR, si on note une IDR déjà > 15 mm dans les antécédents.
  - **Un test IGRA positif** (ou si IDR : diamètre > 15 mm ou variation > 10 mm ou positivation) doit faire réaliser une radiographie de thorax pour rechercher une TM.
  - Un test immunologique sera également réalisé chez les **professionnels venus de pays de forte endémie (incidence supérieure à 100/10<sup>5</sup>) depuis moins de 5 ans**, période pendant laquelle le risque de développer une tuberculose maladie est maximal - En revanche, si le test est négatif, il n'y plus lieu de faire un BCG sauf cas très particuliers
- Les surveillants et conseillers pénitentiaires d'insertion et de prévention (CPIP) formés à l' Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP) bénéficient d'un test de dépistage à leur entrée.
- Un tel dépistage n'est pas réalisé systématiquement dans le cadre de la formation initiale, mais en fonction de l'évaluation par le médecin du travail.

# Modalités de suivi des professionnels exposés (3)

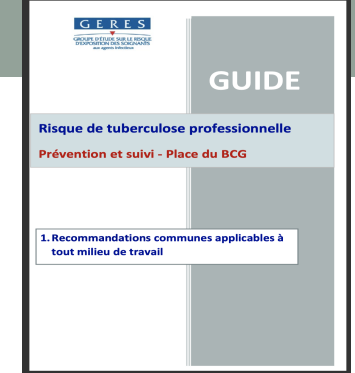
## Le suivi en cours d'activité



- En dehors des enquêtes autour d'en cas (cf. supra), un suivi médical renforcé des professionnels est nécessaire. Il a pour objet :
  - D'informer sur le risque de tuberculose et les moyens de s'en protéger,
  - De dépister des cas de tuberculose maladie ou d'ITL chez les professionnels
- Fréquence des visites médicales pour les agents soumis à une surveillance médicale particulière = tous les 2 ans (décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié en 2020)

# Modalités de suivi des professionnels exposés (4)

## Le suivi en cours d'activité



- Ce suivi repose sur une **surveillance clinique et sur l'interrogatoire**
  - afin d'évaluer les facteurs de risque (expositions professionnelles non repérées, apparition d'une immunodépression, symptômes évocateurs, antécédents, pays d'origine..) pouvant justifier la prescription d'un test IGRA (ou d'une IDR) et/ou d'une radiographie
  - l'utilisation d'un **questionnaire standardisé**, notamment lors d'un entretien infirmier, est recommandé (*cf. exemple en annexe 5 du guide commun*)

## En conclusion

- Le BCG n'est plus obligatoire pour les intervenants mais peut être recommandé au cas par cas par le médecin du travail (situations de forte exposition potentielle)
- Il est préférable d'insister sur l'importance du dépistage et le traitement précoce des cas de tuberculose et de l'application des mesures de prévention
- Dans ce contexte, une collaboration avec les CLAT, en amont de toute enquête autour d'un cas est essentielle
- Les personnels exposés doivent néanmoins 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 du suivi

## 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'École 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