

**Circulaire DGS/SP 2/VS 2/DAP n° 98-538 du 21 août 1998
relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention,
dépistage, continuité du traitement et formation des personnels**

(Texte non paru au journal officiel)

Signatures :

Le secrétaire d'Etat à la santé,
Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :
Le directeur général de la santé,
Professeur J. MENARD

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de l'administration pénitentiaire,
G. AZIBERT

Références :

Code de procédure pénale ;
Code de la santé publique ;
Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire ;
Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale : titre
1er, chapitre 1er relatif à la lutte contre la tuberculose, chapitre II relatif aux soins en milieu
pénitentiaire et à la protection sociale des détenus ;
Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les
établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des
détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de
l'administration pénitentiaire ;
Décret n° 95-43 du 10 janvier 1995 d'application de l'article L. 220 du code de la santé
publique relatif à la lutte antituberculeuse ;
Décret n° 96-775 du 5 septembre 1996 relatif à la vaccination par le BCG ;
Arrêté du 5 septembre 1996 relatif à la pratique de la vaccination par le BCG et aux tests
tuberculitiques ;
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/DH/DSS du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des
détenus et guide méthodologique ;
Circulaire DGS du 4 mai 1995 relative à l'organisation de la lutte antituberculeuse ;
Circulaire NOR JUSG9760028C du 25 mars 1997 relative à la médecine de prévention au
ministère de la justice.
Texte abrogé : circulaire DAP du 12 juillet 1996 relative à la prévention de la tuberculose
chez le personnel pénitentiaire.

Date d'application : immédiate.

La garde des sceaux, ministre de la justice, le secrétaire d'Etat à la santé à 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) ; Messieurs les directeurs régionaux des services pénitentiaires (pour diffusion aux établissements pénitentiaires en gestion déléguée, ainsi qu'aux services de médecine de prévention).

Parmi les maladies transmissibles, la tuberculose occupe une place particulière, du fait même de son mode de transmission. 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.

I. - LE CONTEXTE

Infection due au bacille tuberculeux appelé bacille de Koch, la tuberculose reste un problème de santé publique dans de nombreux pays, y compris en France où près de 8 000 nouveaux cas ont été déclarés en 1996, ce qui correspond à un taux d'incidence annuel des cas déclarés de 14,6 pour 100 000 habitants.

Des conditions de vie précaires (pauvreté, insalubrité du logement, promiscuité) font partie des facteurs de risque de la tuberculose. L'aggravation actuelle de la précarité, ainsi que l'infection par le VIH qui diminue les défenses immunitaires de l'individu, font de la tuberculose un problème d'actualité.

Cette maladie infectieuse peut revêtir diverses formes : pulmonaire dans deux tiers des cas, osseuse, ganglionnaire ou méningée. Seule la forme pulmonaire de la tuberculose est contagieuse, lorsque le bacille tuberculeux est présent dans l'expectoration, surtout s'il est détectable dès l'examen microscopique direct. La transmission, essentiellement inter-humaine, se fait par voie aérienne directe. Ce sont les gouttelettes de salive servant de support au bacille tuberculeux que projetées dans l'air expiré en particulier par la toux d'un malade, peuvent être inhalées par d'autres sujets. Cette inhalation de bacilles tuberculeux peut entraîner une primo-infection tuberculeuse, se traduisant par le virage de l'intradermo-réaction à la tuberculine, et ne nécessitant souvent qu'une surveillance médicale. Dans 90 % des cas, cette primo-infection n'évoluera pas vers une maladie ; dans 10 % des cas, 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 médicamenteux prescrit soit effectivement pris. Dès que le traitement est commencé, il est efficace sur le bacille. La guérison nécessite la prolongation du traitement pendant au moins six mois. Cette durée de traitement pose des problèmes de continuité, surtout pour les personnes vivant dans des conditions précaires. Or, les interruptions du traitement peuvent entraîner la résistance de souches de bacilles tuberculeux à plusieurs antibiotiques spécifiques ; bien que cette multirésistance soit actuellement très rare en France, il est essentiel de suivre attentivement et de façon prolongée tous les malades tuberculeux.

En milieu pénitentiaire, cette pathologie n'est pas récente, mais en avril 1996 des données précises sur la tuberculose en prison ont 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 1. Si l'incidence annuelle de la tuberculose y apparaît plus élevée que dans la population générale, l'enquête montre bien que cette situation est 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 ayant vécu dans des zones de forte endémie tuberculeuse ;
- immuno-déprimées (toxicomanes et/ou infectées par le VIH).

Ces personnes appartiennent 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.

II. - PRÉVENTION

La prévention de la tuberculose est l'une des priorités sanitaires en prison.

Sur le plan individuel, la vaccination par le BCG est recommandée chez les jeunes adultes vivant en collectivité, car elle renforce les défenses immunitaires contre la tuberculose ; mais elle est déconseillée en cas de déficit immunitaire, par exemple, chez les personnes infectées par le VIH. Elle est obligatoire pour les personnels soignants des établissements de santé ainsi que pour les personnels des établissements pénitentiaires, conformément aux dispositions du décret n° 96-775 du 5 septembre 1996 relatif à la vaccination par le BCG et elle est réalisée selon les modalités- définies par l'arrêté du 5 septembre 1996.

Sur le plan collectif, la prévention de la tuberculose repose :

- d'une part, sur le respect des normes d'environnement, notamment le cubage et l'aération des locaux, et sur l'amélioration des conditions d'hygiène dans les établissements pénitentiaires, comme dans tous les lieux de vie ;
- d'autre part, sur la réduction des risques de transmission par le dépistage et le traitement des cas le plus précocement possible.

III. - DÉPISTAGE

Les autorités sanitaires ont fait le choix d'un dépistage radiologique de la tuberculose. Cette mesure concerne tous les entrants en prison venant de l'état de liberté, sauf cas individuels appréciés par le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire. La responsabilité de ce dépistage incombe aux services chargés de la lutte antituberculeuse. Ces services passent convention avec les établissements de santé signataires des protocoles ou les groupements privés assurant les soins en milieu pénitentiaire, soit pour définir leurs modalités d'intervention, soit pour confier la réalisation de cette mission à l'établissement de santé ou au groupement privé. Dans tous les cas, le financement de ce dépistage reste à la charge des services de lutte contre la tuberculose.

Le cliché radiologique pulmonaire est réalisé dans les délais les plus brefs et Interprété, au plus tard, dans les huit jours suivant l'incarcération. Les établissements pénitentiaires

hébergeant plus de 150 détenus doivent être équipés d'une installation radiologique permettant sa réalisation sur place pour tout entrant de l'état de liberté. Dans les autres établissements, le dépistage radiologique pulmonaire peut se heurter à des difficultés pratiques. Des solutions telles que camion radiophotographique, appareil radio mobile, extractions vers l'hôpital..., doivent être recherchées localement avec tous les partenaires concernés. Toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de ce dépistage devra être signalée à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, afin de mettre en œuvre des mesures appropriées. Ce dépistage systématique à l'entrée est nécessaire, car il permet de détecter immédiatement les sujets contagieux et de disposer d'un cliché radiologique pulmonaire de référence, mais il est insuffisant : la plupart des cas de tuberculose en prison se révèlent plus tard au cours de la détention. C'est donc la vigilance qui s'impose tout au long de la détention, quels que soient sa durée et le type d'établissement. Les signes d'appel ; comme une toux prolongée et/ou une altération de l'état général, doivent faire penser systématiquement à la tuberculose et orienter la personne vers l'équipe médicale.

IV. - CONDUITE À TENIR

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 antituberculeux.

1 En cas de suspicion de tuberculose pulmonaire

1.1. La démarche médicale

En cas de suspicion de tuberculose pulmonaire, la démarche médicale comporte, bien sûr, l'examen clinique avec recherche d'antécédents tuberculeux. Afin de réduire les risques potentiels de contagion et de mettre en place un traitement précoce si nécessaire, une bonne coordination entre tous les services concernés tant internes qu'externes à l'établissement pénitentiaire, permettra d'obtenir en urgence les résultats des examens complémentaires. Parmi ceux-ci, les plus courants et les plus informatifs sont :

- l'intradermo-réaction à la tuberculine, avec lecture 72 heures plus tard (d'interprétation difficile chez les sujets immuno-déprimés) ;
- la radiographie pulmonaire ;
- la recherche du bacille tuberculeux dans l'expectoration (crachats ou tubages gastriques trois jours consécutifs le matin à jeun) ; elle est réalisée par examen microscopique direct et culture. Le résultat des examens microscopiques directs est rapide (un à deux jours), mais celui des cultures nécessite trois à quatre semaines.

D'autres examens plus spécialisés, à réaliser en milieu hospitalier, peuvent s'avérer nécessaires.

Dans l'attente des résultats et dans le respect du secret professionnel, le médecin informe immédiatement la direction de l'établissement pénitentiaire du risque éventuel de contagion, afin d'instaurer les mesures de protection des autres détenus et des personnels. Il prescrit et

explique au patient les précautions à prendre pour réduire le risque de contamination par voie respiratoire. Les "précautions respiratoires" concernant les personnels sont prescrites sans délai, en liaison avec le médecin de prévention assurant la surveillance médicale des personnels de l'établissement pénitentiaire.

1.2. Les mesures de "précautions respiratoires" d'intérêt collectif

Le détenu possiblement contagieux doit être seul dans sa cellule. L'affectation en cellule individuelle pour raison médicale est prescrite par le médecin, qui en informe le détenu ; elle est mise en œuvre par le chef d'établissement. Cette cellule individuelle est située en détention ordinaire. Eventuellement, il s'agit d'une des cellules situées à proximité de la structure sanitaire assurant les soins dans l'établissement pénitentiaire, et réservée à l'hébergement momentané des détenus malades dont l'état de santé exige des soins fréquents ou un suivi médical régulier. Les motifs sanitaires ne justifient en aucun cas un placement au quartier d'isolement, celui-ci ne pouvant intervenir que pour des raisons de sécurité pénitentiaire.

La cellule doit être fréquemment aérée, porte fermée.

Toute personne qui entre dans la cellule doit mettre un masque et le porter jusqu'à sa sortie. Ce masque est un masque antiprojections 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 détruit. C'est l'administration pénitentiaire qui a la charge financière de ce moyen de protection, et qui le met à la disposition des personnes concernées.

Afin de réduire les contacts avec d'autres personnes, les déplacements du détenu possiblement contagieux doivent être limités aux seuls déplacements indispensables, tant à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur. Ces déplacements nécessitent alors le port d'un masque antiprojections par le détenu ; dans ce cas, les personnes qui l'accompagnent peuvent s'en dispenser puisque, habituellement, le port simultané de ce masque par la personne possiblement contagieuse et l'entourage ne s'impose pas. Ainsi, muni d'un masque, le détenu peut se rendre dans le local des douches collectives (à condition qu'il y soit seul et que ce local soit aéré après son passage) et dans des conditions fixées par le chef d'établissement, bénéficier des promenades.

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 un masque. A défaut du port de masque, la visite doit se dérouler dans un parloir avec hygiaphone. Après utilisation, ce local doit être aéré pendant deux heures. A défaut de possibilité d'aération, il ne doit pas être utilisé pendant vingt-quatre heures.

De façon générale, après le séjour d'une personne suspecte de tuberculose, seule s'impose une aération de deux heures de la cellule et, le cas échéant, du véhicule de transport. 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.

2. En cas de diagnostic de tuberculose pulmonaire

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est établi lorsque les arguments de présomption sont suffisants pour décider la mise en route d'un traitement antituberculeux ou lorsque la

recherche du bacille tuberculeux est positive, dès l'examen microscopique direct ou après la culture.

La tuberculose-maladie fait partie des maladies à déclaration obligatoire : le médecin qui a posé le diagnostic remplit le formulaire anonyme de déclaration (en cochant l'item " milieu pénitentiaire "). Le médecin responsable de l'équipe médicale adresse cet imprimé au médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

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

2.1. Vis-à-vis du malade

Le médecin apprécie la nécessité d'une hospitalisation en fonction de l'état du patient et de son environnement notamment en cas de forme contagieuse de tuberculose pulmonaire. Lorsque le schéma national d'hospitalisation des détenus sera mis en œuvre, cette hospitalisation, si elle s'avère nécessaire, aura lieu dans l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) desservant l'établissement pénitentiaire. Dans l'attente de l'ouverture de ces unités, c'est, sauf accord local préalablement formalisé, l'établissement de santé de proximité qui doit assurer cette hospitalisation. Lorsque le détenu malade n'est pas hospitalisé, les mesures de précautions respiratoires décrites ci-dessus sont appliquées pendant toute la période prescrite par le médecin. Dans tous les cas, c'est ce dernier qui détermine le moment où le détenu peut reprendre ses activités habituelles et qui en avise le chef d'établissement.

L'équipe médicale s'assure de la prise régulière du traitement ; celui-ci consiste en une association d'antibiotiques antituberculeux, à prendre à jeun par voie orale. Pour éviter toute interruption thérapeutique, la coopération du patient doit être acquise ; si besoin, la prise quotidienne des médicaments antituberculeux se fait en présence d'une infirmière.

Du fait de la durée moyenne de séjour dans les maisons d'arrêt, la plupart des détenus ayant commencé, en prisons, un traitement antituberculeux sont libérés avant la fin de ce traitement. Il est donc capital qu'un relais extérieur soit organisé (médecin-traitant, consultation hospitalière de pneumologie, dispensaire antituberculeux où les médicaments peuvent être délivrés gratuitement) et que la personne libérée dispose de médicaments en quantité suffisante jusqu'à l'intervention de celui-ci. La poursuite du traitement antituberculeux en milieu libre - pris en charge à 100 % par l'assurance maladie - nécessite la continuité de la couverture sociale (matérialisée notamment par la possession de la carte de sécurité sociale confirmant l'ouverture des droits), ainsi que des conditions de vie correctes ; c'est à dire l'importance de la collaboration entre l'équipe médicale et le service d'insertion et de probation pour la préparation de la sortie.

2.2. Vis-à-vis de l'entourage

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 rappelées ci-dessus (cf. partie 1) et de la promiscuité due aux conditions de détention. Cette enquête autour d'un cas est réalisée par les services de lutte antituberculeuse, avertis par le médecin qui a posé le diagnostic et qui contribue à l'évaluation de la contagiosité du malade, variable en fait selon les cas. Elle est indispensable pour éviter l'apparition de cas secondaires.

Elle concerne les détenus ayant partagé récemment la même cellule que la personne atteinte de tuberculose pulmonaire contagieuse (y compris ceux d'autres établissements pénitentiaires, si le détenu a été récemment transféré), les détenus ayant eu des contacts réguliers dans le cadre d'activités communes dans des locaux fermés (ateliers, salles de classe...) et l'entourage familial, ainsi que les personnes ayant eu des contacts réguliers à l'extérieur si l'incantation est récente. Cette enquête, souvent difficile, nécessite l'établissement de liaisons entre les différents médecins.

L'enquête autour d'un cas concerne également les personnels. Elle est alors effectuée, en concertation étroite, par :

- le médecin de prévention de l'établissement pénitentiaire, à l'égard des personnels pénitentiaires ;
- le médecin de prévention de l'établissement de santé, à l'égard des personnels hospitaliers ;
- le médecin des services de médecine du travail à l'égard des personnels des entreprises privées intervenant en milieu pénitentiaire.

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 œuvre.

V. - ÉDUCATION À LA SANTÉ, FORMATION

La lutte contre la tuberculose en prison nécessite, comme en milieu libre, la sensibilisation de tous :

- pour les détenus : cette maladie est abordée dans les actions d'éducation à la santé, au même titre que les autres maladies transmissibles (infection par le VIH, maladies sexuellement transmissibles, hépatites...) ;
- pour les personnels pénitentiaires : elle est intégrée dans les formations initiales et continues sur le thème des maladies transmissibles ;
- pour les personnels sanitaires : la tuberculose fait partie intégrante des formations spécifiques à la prise en charge sanitaire des détenus.

La prévention et la prise en charge de la tuberculose en prison illustrent bien l'indispensable collaboration entre personnels pénitentiaires et sanitaires, équipes médicales intervenant dans l'établissement pénitentiaire et services de prévention (services de lutte antituberculeuse, médecine de prévention des personnels), services sanitaires et services sociaux, à l'intérieur comme à l'extérieur de la prison, dans un souci prioritaire de continuité.

Vous voudrez bien tenir informés nos services respectifs des éventuelles difficultés que vous rencontreriez malgré cette mise au point.