

Prison 02/06/98

Annexe

XII

130

**DEPISTAGE ET SURVEILLANCE DE LA
TUBERCULOSE DANS LES ETABLISSEMENTS
PENITENTIAIRES**

1998

Ces recommandations ont été élaborées par le Comité Scientifique de l'Oeuvre Nationale Belge de Défense contre la Tuberculose et les Affections Respiratoires (ONBDT). Le travail préparatoire a été réalisé par un groupe de travail restreint.

Membres du groupe de travail restreint: Dr. C. GOSSET, Prof. J. PRIGNOT, Prof. W. SCHANDEVYL, Dr. M. TOPPET, Dr. M. UYDEBROUCK, Dr. A. VAN den EECKHOUT, Prof. P. VERMEIRE, Dr. J.M. VERSTRAETEN, Dr. M. WANLIN.

Autres Membres du Comité Scientifique: Prof. P. BARTSCH, Dr. Y BONDUELLE, Prof. K. DE BOECK, Prof. M. DEMEDTS, Dr. R. PELEMAN, Dr. Y. ROBIENCE, Prof. R. SERGYSELS.

Nous remercions le Dr. VAN MOL, Médecin directeur du service Médical de la Direction Générale de l'Administration des Etablissements pénitentiaires, pour ses avis constructifs.

Pour tout complément d'information, s'adresser au Dr. M. WANLIN, Directeur médical de la FARES, rue de la Concorde 56 à 1050 Bruxelles (02/512.29.36).

Prière de mentionner la source si vous utilisez ces recommandations dans le cadre de publications

Bruxelles 1997

1. Justification

2. Directives pratiques pour la surveillance de la tuberculose

2.1. Chez les détenus

2.1.1. Dépistage systématique de tout entrant

2.1.2. Suivi des détenus dans les établissements à séjour prolongé

2.1.3. Dépistage chez les détenus après contact avec un patient atteint de tuberculose contagieuse

2.1.4. Suivi du détenu atteint d'une tuberculose active

2.1.5. Suivi du détenu sous chimiothérapie préventive

2.2. Chez le personnel

2.3. Chez les autres sujets-contact d'une source de contamination

3. Mesures générales d'hygiène préventive

3.1. Justification

3.2. Règles

3.2.1. Hygiène de la toux et recueil de l'expectoration

3.2.2. Aération régulière

3.2.3. Exposition abondante à la lumière du jour

3.2.4. Mesures de nettoyage et de désinfection

4. Tâches du responsable de la surveillance de la tuberculose

ADDENDUM I

1. Diagnostic de la tuberculose

1.1. Examen bactériologique

1.2. Techniques de biologie moléculaire

1.3. Examen anatomopathologique

2. Chimiothérapie préventive

2.1. Indications

2.2. Schéma thérapeutique

2.3. Dosage et durée

2.4. Suivi

2.5. Comportement alternatif

3. Traitement de la tuberculose pulmonaire active

3.1. Isolement de tout patient atteint ou suspect de tuberculose pulmonaire active

3.2. Examens préalables au traitement

3.3. Schémas de traitement

3.4. Dosage

3.5. Effets collatéraux des médicaments antituberculeux

3.6. Suivi du patient atteint de tuberculose active

4. Déclaration de la tuberculose

ADDENDUM II

Recommandations concernant l'intradermoréaction à la tuberculine (Test de Mantoux)

- Matériel
- Administration
- Lecture
- Interprétation
- Remarques

ADDENDUM III

Recommandations concernant les masques

ANNEXES

1. Envoi des déclarations de tuberculose : adresses des Inspections d'Hygiène
- 2 .Adresses des Unités de Secteur de la FARES

1. Justification

Les détenus constituent un « groupe à risque » élevé de tuberculose, en raison sans doute de la mauvaise situation socio-économique de beaucoup d'entre eux qui sont souvent des sujets marginaux ou des allochtones provenant de pays où la prévalence de la tuberculose est élevée.

Par ailleurs, certains détenus sont séropositifs pour le VIH (en moyenne 1%)¹, et/ou sont des drogués par voie intraveineuse (15%)¹. Chez les personnes infectées par le VIH et par le bacille tuberculeux, le risque annuel de développer une tuberculose active est de 8 à 10%, alors que chez les sujets contaminés uniquement par le bacille de Koch, il n'est que de 10% pour toute leur vie. En cas de double infection, on observe donc une évolution plus rapide vers une tuberculose-maladie, plus souvent de forme disséminée.

Les drogués par voie intraveineuse, même s'ils sont séronégatifs pour le VIH, encourrent pour des raisons jusqu'ici mal précisées, un risque accru de développer la tuberculose.

Les conditions de séjour dans les institutions pénitentiaires augmentent enfin le risque de transmission de la maladie (surpopulation fréquente, cellules dépourvues d'éclairage naturel et d'aération).

Les mesures suivantes sont dès lors absolument nécessaires dans les établissements pénitentiaires:

- Un dépistage systématique de la tuberculose est indispensable, tant pour les détenus que pour le personnel ou les collaborateurs volontaires. Un diagnostic précoce et un traitement adéquat sont les meilleurs moyens d'éviter des contaminations dans l'entourage.
- Quand un malade est dépisté, un examen approfondi de tous les sujets-contact s'impose, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution.
- Un suivi soigneux du traitement est également important. En effet, quand les médicaments sont pris irrégulièrement, on risque de voir apparaître une résistance bactérienne, et en cas d'interruption prématurée du traitement, la persistance de la contagiosité et le danger d'une rechute.

¹ « Tuberculosis, HIV, Hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison » S.Todts, Arch Public Health. 1997, 55; 87-97.

2. Directives pratiques pour la surveillance de la tuberculose

Dans chaque établissement pénitentiaire, le Médecin en Chef doit désigner un responsable de la surveillance de la tuberculose; ses charges sont décrites plus loin (p. 14 et 15). Ce sera de préférence un(e) infirmier(e) informé(e) en la matière par la FARES.

2.1. Chez les détenus

2.1.1. *Dépistage systématique de tout entrant*

A l'arrivée dans un établissement pénitentiaire chaque détenu en provenance de l'extérieur est inscrit sur la liste relative au dépistage de la tuberculose et est automatiquement appelé lors de la séance suivante de dépistage. En cas de refus, le responsable de la surveillance de la tuberculose au sein de la prison, doit convoquer le détenu au service médical afin de connaître les raisons qui l'ont poussé à refuser le dépistage et de lui expliquer clairement l'importance de celui-ci.

Pour des raisons d'ordre pratique, c'est au cliché thoracique qu'on recourra pour le dépistage². Pour cet examen, les femmes enceintes doivent toujours porter un tablier de plomb, quel que soit le stade de leur grossesse ; chez elles la radiographie peut éventuellement être remplacée par un test tuberculitique.

En pratique, seules les prisons d'Anvers, Lantin, St. Gilles, Bruges et Andenne disposent d'un équipement radiographique. Provisoirement, pour les autres prisons, l'on fait appel à un service mobile, qui assure le dépistage radiophotographique quelques fois par an, à un rythme inspiré par le turn-over des prisonniers.

Chaque cliché radiographique de petit format, suggestif d'une tuberculose active doit être contrôlé par une radiographie de grand format et si la suspicion persiste, l'intéressé doit être référé par le médecin de la prison à un spécialiste (Centre médical de St Gilles (CMC) ou de Bruges (CPB) pour un examen clinique et bactériologique complémentaire et pour l'instauration éventuelle d'un traitement (voir addendum I).

Lorsque le cliché révèle des signes de tuberculose inactive et lorsque l'anamnèse ne mentionne aucun traitement antérieur ou un traitement inadéquat, il faut

² Il n'est pas possible de recourir à un test tuberculitique systématique. En effet, il est apparu lors d'une enquête réalisée à la prison d'Anvers et dans 13 prisons de la Communauté française, que la lecture du résultat du test tuberculitique n'avait pu avoir lieu que dans environ la moitié des cas.

également référer l'intéressé au spécialiste pour l'instauration éventuelle d'une chimiothérapie antituberculeuse préventive (voir addendum I).

Le résultat des examens complémentaires doit être communiqué à la FARES.

Quand un cas de tuberculose active est diagnostiqué, le Responsable de la surveillance de la tuberculose dans la prison où le diagnostic a été posé, doit en faire part au Service Médical Central. Par ailleurs, il doit convoquer le plus rapidement possible une réunion de concertation à laquelle doivent participer le directeur de l'établissement pénitentiaire, le médecin en chef, le médecin du travail, l'infirmière de la FARES, le responsable du Comité de Sécurité, d'Hygiène et d'Embellissement des lieux de travail afin d'organiser le dépistage des contacts du cas-index dépisté.

2.1.2. Suivi des détenus dans les institutions à séjour prolongé.

Un contrôle radiologique annuel est nécessaire. Il faut y recourir également lorsqu'apparaissent des signes ou symptômes suggestifs d'une tuberculose pulmonaire (toux productive de longue durée, sueurs nocturnes, amaigrissement, fatigabilité excessive).

2.1.3. Dépistage chez les détenus après contact avec un patient atteint de tuberculose contagieuse.

a) La méthode la plus adéquate pour le dépistage de l'infection tuberculeuse est le test tuberculinique, puisque des lésions ne sont décelées au cliché thoracique que chez 5% seulement des sujets infectés. De plus, une chimiothérapie préventive peut être instaurée chez les infectés non-malades, ce qui réduit chez eux de 70 à 80%, le risque de développer ultérieurement la maladie.

– **Le test tuberculinique peut être remplacé par un cliché thoracique** dans les cas suivants:

- * personnes qui peuvent fournir la preuve d'un test tuberculinique positif ou d'une tuberculose antérieure;
- * personnes nées avant 1950 et les étrangers en provenance de pays à haute prévalence, chez qui le test tuberculinique a beaucoup de chances d'être positif avant le contact, et n'a donc pas de valeur pour la sélection des sujets à radiographier
- * lorsque pour des raisons pratiques (par exemple, turn-over important), la réalisation ou la lecture du test tuberculinique est difficile.

– Pour la technique et l'interprétation du test tuberculinique: voir directives dans l'addendum II.

En fonction du résultat du test tuberculinique, les règles suivantes doivent être suivies:

- ◆ Si *le test tuberculinique est positif* chez le sujet-contact, il y a lieu de faire un cliché thoracique:
 - * Si le cliché décèle des signes de tuberculose active, il faut référer l'intéressé au spécialiste pour examen bactériologique et traitement.
 - * Si l'on décèle des lésions résiduelles de tuberculose et si, antérieurement, aucune chimiothérapie (ou une chimiothérapie inadéquate) n'a été entreprise, il faut également référer l'intéressé à un spécialiste pour instaurer si nécessaire une chimiothérapie préventive.
 - * S'il n'y a pas de signes de tuberculose active, une chimiothérapie préventive est indiquée, même s'il ne s'agit pas d'un virage.

- ◆ Lorsque *le test tuberculinique du sujet-contact est négatif* ou douteux, il y a lieu de contrôler le test tuberculinique deux mois plus tard.
 - * Si le test de contrôle après deux mois reste négatif ou douteux, il n'y a pas lieu de recourir à un examen complémentaire.
 - * Si le test de contrôle après deux mois s'avère positif (virage tuberculinique), il faut faire systématiquement un cliché thoracique. En cas de suspicion de tuberculose active, un examen complémentaire s'impose. Si le cliché thoracique est normal, il faut instaurer une chimiothérapie préventive.

Remarque:

Chez les enfants de moins de cinq ans, qui ont été en contact avec une source de contamination, il faut instaurer d'emblée une chimiothérapie préventive, pour autant qu'ils n'aient pas de signes de tuberculose active. La chimiothérapie préventive ne sera interrompue après deux mois que si le test tuberculinique reste négatif, si aucun signe clinique ou radiologique suggestif de tuberculose n'est présent et si le contact avec la source de contamination est supprimé par écartement ou encore si le contaminateur a une expectoration négative et est compliant à l'égard du traitement.

b) L'examen des contacts est conduit selon le principe des cercles concentriques
où 3 cercles sont progressivement examinés :

Premier cercle: contacts étroits, c'est-à-dire les sujets qui vivent ou travaillent avec la source de contamination ou ont des contacts physiques fréquents et étroits avec elle;

Deuxième cercle: contacts réguliers, mais moins fréquents, en milieu fermé;

Troisième cercle : contacts sporadiques.

La manière de mener le dépistage sera discutée lors de la réunion organisée par le Responsable de la surveillance de la tuberculose (cfr 2.1.1.)

De manière générale, les sujets-contact du premier cercle doivent toujours être examinés en premier lieu. La décision de recourir à un examen dans les 2ème et 3ème cercle dépend de la contagiosité du patient et des résultats du dépistage dans le premier cercle.

Le risque statistique de contamination par contact avec un sujet dont l'examen direct des crachats est positif est de l'ordre de 20% dans le premier cercle, de 4% dans le deuxième et de 0,3% dans le troisième.

- * Lorsque le patient (sujet-index) a une expectoration positive à l'examen direct, il y a lieu d'examiner systématiquement le deuxième cercle ; le troisième ne le sera que si des contaminations ou des maladies ont été décelées dans le deuxième.
- * Lorsque l'expectoration du sujet index est négative à l'examen direct, les risques de transmission sont beaucoup plus faibles: le deuxième cercle n'est examiné que si l'on a observé des contaminations ou des maladies dans le premier cercle.
- * Chez les patients atteints de tuberculose extra-pulmonaire, qui ne sont pratiquement jamais contagieux, il n'y a pas lieu de recourir à un examen des contacts sauf si le groupe de concertation réuni à l'initiative du Responsable de la surveillance de la tuberculose estime que la recherche de contaminateur(s) potentiel(s) est nécessaire.

2.1.4. Suivi du détenu atteint de tuberculose active.

- Pendant la phase intensive du traitement (au moins deux mois), le patient sera de préférence suivi dans un service spécialisé. Toutefois, pendant la phase de

consolidation (au moins pendant 4 mois), lorsque le patient est revenu dans l'établissement pénitentiaire, le suivi de l'observance thérapeutique reste très important. C'est la raison pour laquelle la médication doit toujours être administrée et absorbée sous contrôle visuel direct du responsable. Celui-ci doit également surveiller l'apparition éventuelle d'effets collatéraux et prévenir le médecin en cas de nécessité. Les contrôles bactériologiques et radiologiques signalés en 3.6- addendum I sont indispensables.

104

- L'infirmière de la FARES doit être avertie de tout cas de tuberculose active dépisté au sein des prisons de manière à pouvoir rencontrer chaque patient afin de le sensibiliser à l'importance de prendre correctement son traitement et de l'informer des possibilités de suivi après sa remise en liberté.

2.1.5. *Suivi du détenu sous chimiothérapie préventive.*

Dans ce cas également, l'administration directement supervisée de la médication et la surveillance de l'apparition d'effets collatéraux éventuels sont nécessaires.

2.2. Chez le personnel³

Un dépistage annuel de la tuberculose est obligatoire pour le personnel des établissements pénitentiaires. Pour des raisons pratiques, on recourt à une radiographie du thorax.

L'on pratique en outre un test tuberculinique chez les membres du personnel qui ont été récemment en contact avec une source de contamination (patient atteint de tuberculose laryngée ou broncho-pulmonaire contagieuse) à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. En cas d'antécédents de test tuberculinique positif ou de tuberculose, une radiographie du thorax est recommandée au lieu du test tuberculinique.

2.3. Chez les autres sujets-contact d'une source de contamination

Lorsqu'une source de contamination (détenu ou membre du personnel) a été découverte dans l'établissement pénitentiaire, les co-détenus et le personnel mais aussi tous les autres sujets-contact doivent être examinés (collaborateurs volontaires, visiteurs et membres de la famille).

Le responsable de la surveillance de la tuberculose doit prévenir ces derniers qu'ils doivent se soumettre à un examen dans le secteur curatif ou, sans frais, dans les dispensaires de la FARES (adresses en annexe2).

³Le Service Médical du Travail du Ministère de la Santé publique est responsable du personnel (Dr. THEUWIS). L'organisation du dépistage est confiée à la Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé (FARES) - cfr. adresses en annexe 2.

3. Mesures générales d'hygiène préventive

3.1. Justification

La transmission du bacille tuberculeux est quasi exclusivement aérogène.

Les patients atteints de tuberculose pulmonaire ouverte (cavitaire) ou encore de tuberculose laryngée ou bronchique constituent la source principale de contamination.

Chez ces patients, les gouttelettes liquidiennes générées par la toux, l'éternuement, la parole ou le rire peuvent contenir des bacilles tuberculeux. Les grosses gouttes sédimentent dans le voisinage et les bacilles qu'elles contiennent meurent après quelques heures sous l'influence de la lumière solaire. Les plus petites gouttelettes peuvent rester longtemps en suspension dans l'air et se transformer, par évaporation, en « noyaux de gouttelettes », d'un diamètre de 2-5 micromètres, qui en cas d'inhalation par les sujets-contact, peuvent atteindre les alvéoles pulmonaires.

Le danger de transmission est le plus grand en cas de quintes de toux survenant chez les patients dont l'examen direct des expectorations est positif pour les mycobactéries. Il est beaucoup plus limité lorsque la présence de bacilles n'est révélée qu'à la culture.

La plupart des contaminations surviennent avant que le diagnostic de tuberculose ne soit porté, c'est-à-dire, pendant les semaines (voire les mois) qui précèdent l'instauration du traitement. En cas de chimiothérapie correcte, les quintes de toux disparaissent le plus souvent après 2 à 3 semaines. Il en résulte une (quasi) disparition du risque de contamination pour les sujets-contact, même si, de temps en temps, quelques bacilles peuvent encore être mis en évidence à l'examen direct ou à la culture des expectorations, tubage gastrique ou aspiration bronchique du cas-index. Toutefois, chez les patients atteints de lésions pulmonaires très étendues et/ou porteurs de germes (poly) résistants, la phase de contagiosité peut perdurer davantage, car les quintes de toux se prolongent et l'expectoration peut souvent contenir des bacilles vivants pendant des mois.

Le risque de transmission dépend en outre, de l'intensité et de la fréquence des contacts avec la source de contamination : il est évidemment d'autant plus élevé que les contacts sont plus étroits et plus prolongés.

Les patients atteints de formes exclusivement extra-pulmonaires de tuberculose ne sont pratiquement jamais contagieux.

L'infection par voie digestive exige l'ingestion de grandes quantités de bacilles, résultant par exemple de la consommation de lait cru provenant de vaches atteintes de mammite

tuberculeuse due à *M. bovis*. Le contrôle obligatoire du cheptel bovin et la pasteurisation du lait ont fait quasiment disparaître cette modalité de transmission dans nos régions.

Le bacille tuberculeux peut finalement pénétrer dans l'organisme par voie transcutanée, par suite de piqûres accidentelles ou de blessures au moyen de matériel infecté. Un nodule verruqueux se développe à l'endroit d'inoculation. Le contact des mains avec des objets contaminés (crachoirs, mouchoirs sales, sondes, pansements ou instruments) ne comporte aucun risque d'infection cutanée lorsque la peau ne comporte pas d'érosions ou de petites blessures.

3.2. Règles

Les mesures suivantes entrent en ligne de compte pour réduire la concentration bacillaire dans l'air contaminé par le patient, ce qui n'assure pourtant qu'une protection partielle.

3.2.1. Hygiène de la toux et recueil de l'expectoration

L'hygiène de la toux est une mesure simple, peu coûteuse et très efficace pour prévenir la transmission de *M.tuberculosis*. Le patient doit se couvrir la bouche et le nez avec un mouchoir en papier pendant la toux ou l'éternuement pour capter ainsi les gouttelettes de sécrétion et éviter la formation d'aérosols. Après usage unique, les mouchoirs en papier sont déposés dans un sac en plastique à évacuer quotidiennement. L'expectoration est recueillie dans des récipients jetables qui doivent, eux aussi, être remplacés chaque jour et incinérés.

3.2.2. Aération régulière

L'arrivée d'air frais dilue de façon importante la concentration bacillaire dans la cellule.

Si les installations sont équipées d'un conditionnement d'air, l'air doit être expulsé vers l'extérieur ou passer par des filtres HEPA. Le contrôle de l'installation doit être effectué régulièrement.

Des filtres HEPA portables peuvent être utilisés.

3.2.3. Exposition abondante à la lumière du jour

Les rayons solaires directs tuent les bacilles après quelques heures, la lumière diffuse du jour après quelques jours. Les germes présents sur les objets peuvent

survivre de façon prolongée, à l'état de dessiccation et dans l'obscurité; ils n'occasionnent toutefois aucun risque de contamination, parce qu'ils sont présents à faible concentration et ne sont pas inhalés.

Remarque

Les rayons UV, en particulier ceux du spectre UV-C, ne sont bactéricides pour le bacille de Koch pour autant que l'irradiation soit directe et que le mode d'emploi des lampes soit respecté. Les lampes à UV doivent être orientées vers le bas, rester allumées pour une période prolongée, être régulièrement dépoussiérées et contrôlées sans quoi la sécurité qu'elles assurent n'est qu'un leurre. Comme une exposition directe des yeux et de la peau aux UV peut y provoquer des lésions, les lampes ne peuvent être allumées que dans des locaux non occupés, par exemple la nuit.

3.2.4. Mesures de nettoyage et de désinfection

- * Une désinfection spécifique des locaux (murs, sols et mobilier) où un tuberculeux a séjourné est superflue pour autant qu'une bonne aération ait été assurée. Lorsque celle-ci n'a pas été possible, il faut employer un désinfectant tuberculicide (par exemple l'eau de Javel à 5% pendant 60 minutes). Comme ces produits sont le plus souvent caustiques, il faut éviter leur contact avec la peau et l'inhalation de leurs vapeurs.
- * Le nettoyage et la désinfection du matériel de soins (pannes, urinals) doivent être soigneux et de préférence automatiques.
- * Le nettoyage courant des couverts et des objets appartenant à un patient tuberculeux est suffisant.

4. Tâches du responsable de la surveillance de la tuberculose

Un responsable de la surveillance de la tuberculose, de préférence un(e) infirmier(e) doit être désigné dans chaque établissement pénitentiaire par le Médecin en Chef.

Ses tâches sont les suivantes:

- * Inscrire tout nouveau détenu en provenance de l'extérieur sur la liste relative au dépistage de la tuberculose et veiller à ce qu'il se présente lors de la prochaine séance de dépistage. Convoquer au Service Médical tous les détenus qui refusent de se soumettre au dépistage afin d'en examiner les raisons et de les sensibiliser à l'importance de celui-ci.
- * S'assurer que tous les détenus en séjour pénitentiaire prolongé subissent annuellement un dépistage de la tuberculose.
- * S'assurer qu'une radiographie grand format a été réalisée en présence d'anomalies sur le petit cliché et en transmettre le résultat à la FARES même si la tuberculose n'a pas été confirmée.
- * Prendre les mesures pratiques pour la référer tout détenu présentant une suspicion de tuberculose. En cas de mise au point à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire ou de transfert dans un centre médical aucune mesure sanitaire spéciale ne doit être prise sauf si le protocole de la radiographie met en évidence une forte suspicion de tuberculose contagieuse (caverne). Dans ce cas, le détenu doit être transféré individuellement en ambulance. Les convoyeurs doivent porter un masque adéquat et le véhicule doit être bien aéré après le transport.
- * Quand un diagnostic de tuberculose active a été posé :
 - avertir immédiatement le Service Médical Central
 - convoquer le plus rapidement possible une réunion avec le directeur, le médecin en chef, le médecin du travail, l'infirmière de la FARES et le responsable du Comité de Sécurité et d'Hygiène et d'embellissement des lieux de travail afin de mettre sur pied le dépistage des contacts
 - veiller à la bonne application des décisions prises lors de cette concertation.
 - mettre en contact le détenu tuberculeux et l'infirmière de la FARES afin que celle-ci puisse lui fournir des informations sur la maladie, le traitement, la contagiosité et le suivi même en dehors de l'établissement pénitentiaire ;
 - s'assurer que les contrôles radiologiques et bactériologiques nécessaires ont été réalisés.
- * Aussi bien en cas de traitement préventif que curatif, assurer le traitement directement supervisé et surveiller l'apparition éventuelle d'effets collatéraux.

- * Prévenir la FARES lorsqu'un patient quitte l'institution pénitentiaire avant l'achèvement du traitement.
- * Veiller à ce que toutes les mesures d'hygiène requises soient respectées.
- * Si des membres de la famille du cas-index ou des bénévoles sont impliqués dans le dépistage des contacts, les informer de la possibilité de consulter leur médecin traitant ou de se rendre gratuitement dans un dispensaire de la FARES.
- * Rétroinformer le Service Médical de la prison (Médecin en Chef et infirmier(e)s) de tout problème ou de toute initiative/activité réalisée dans le cadre de la surveillance de la tuberculose, afin qu'en cas d'absence, son remplacement soit assuré de manière efficace.
- * Prévenir le Service Médical de la prison en cas d'absence pour qu'il puisse veiller à son remplacement.

100

ADDENDUM I

190

1. Diagnostic de la tuberculose

1.1. Examen bactériologique

Un diagnostic de certitude de la tuberculose est acquis que par la mise en évidence de bacilles tuberculeux dans les échantillons biologiques ou les produits pathologiques (expectorations, sécrétion bronchique, contenu gastrique à jeun, urine, selles, liquide pleural, péritonéal, crachats ou céphalo-rachidien ou encore biopsie tissulaire).

Un examen microscopique positif après coloration selon Ziehl-Neelsen ou à l'auramine n'est pas suffisant. En effet, l'aspect microscopique des mycobactéries non tuberculeuses (atypiques) est semblable à celui du bacille tuberculeux. L'examen microscopique n'est donc pas spécifique à 100%. Il est encore moins sensible : en effet, la présence d'au moins 10^4 bactéries par ml de produit pathologique est nécessaire pour donner un résultat positif sur un étalement correct. Comme la quantité de bactéries dans les lésions tuberculeuses à la phase initiale d'activité est souvent limitée, il y a lieu, en cas de suspicion de tuberculose pulmonaire, de recourir à trois examens successifs de l'expectoration matinale. Le résultat donne une orientation quant à la contagiosité.

Chaque examen microscopique pour recherche des bacilles tuberculeux doit être complété par une culture. Il faut trois à six semaines pour en obtenir le résultat avec les techniques classiques et 2 à 3 semaines seulement avec la technique radiométrique (BACTEC).

La culture est plus sensible que l'examen direct puisqu'elle peut être positive en présence de 100 fois moins de bacilles que celui-ci. D'autre part, elle permet, grâce aux techniques d'identification, de distinguer entre bacilles tuberculeux et mycobactéries non-tuberculeuses. En outre, la culture permet la recherche de la résistance des germes à l'égard des principaux médicaments antituberculeux. La détermination de la sensibilité est indiquée chez tout détenu dont la culture est positive, mais elle est indispensable dans les cas suivants:

- 1) lorsqu'il s'agit de patients provenant de pays où la résistance bacillaire est fréquente (Asie du Sud-Est, Afrique subsaharienne, Maroc, Amérique Centrale ou Latine).
- 2) lorsque le patient a déjà été traité antérieurement par chimiothérapie antituberculeuse

3) lorsqu' après deux mois de traitement, l'expectoration reste positive à l'examen direct et/ou encore si la situation clinique ou radiologique du patient ne s'améliore pas après ce délai.

1.2. Techniques de biologie moléculaire

Ces techniques sont pleines de promesses, mais n'appartiennent pas encore aux examens de routine. Provisoirement, la culture reste le « gold standard » du diagnostic.

1.3. Examen anatomopathologique

Le diagnostic de tuberculose est souvent porté sur la présence de granulomes épithélioïdes avec nécrose et ramollissement dans une ou plusieurs biopsies. Ces constatations plaident fortement en faveur d'une étiologie tuberculeuse. D'autres infections granulomateuses peuvent toutefois donner des images similaires, mais sans nécrose. Ici aussi, strictement parlant, la mise en évidence de bacilles tuberculeux dans les biopsies est indispensable pour affirmer avec une certitude absolue le diagnostic de tuberculose.

2. Chimiothérapie préventive

2.1. Indications

- Virages des réactions tuberculiniques⁴ (quel que soit l'âge)
- Enfants tuberculino-positifs, jusqu'à l'âge de 5 ans
- Enfants tuberculino-négatifs de moins de 5 ans qui ont eu un contact récent avec une source de contamination
- Sujets tuberculino-positifs ayant été récemment au contact d'une source de contamination
- Sujets tuberculino-positifs et séropositifs pour le VIH et /ou drogués par voie IV
- Sujets porteurs de lésions résiduelles d'une tuberculose active qui n'ont jamais été traités auparavant ou qui ont subi une chimiothérapie inadéquate.

⁴ Cfr. définition addendum II.

2.2. Schéma thérapeutique

Pour la chimiothérapie préventive, il suffit le plus souvent d'administrer un seul médicament (isoniazide). L'administration de 2 médicaments (isoniazide et rifampicine) est toutefois indiquée dans les cas suivants:

- enfants de moins d'un an;
- sujets porteurs de lésions résiduelles d'une tuberculose active qui n'ont jamais subi de chimiothérapie antérieure ou qui ont subi un traitement inadéquat;

Les sujets contaminés par une source porteuse de bacilles résistants à l'isoniazide doivent être traités avec de la rifampicine.

2.3. Dosage et durée

- Pour l'isoniazide une dose de 5mg/kg/j (max 300 mg) est recommandée. Chez les enfants une dose de 10mg/kg/j est parfois conseillée.
- La durée du traitement est d'au moins 6 mois.
- Pour les enfants de moins de 5 ans, certains conseillent 9 mois de chimiothérapie préventive et pour les sujets séropositifs pour le VIH, 12 mois.

2.4. Suivi

- Il y a lieu de contrôler les tests de la fonction hépatique avant de commencer le traitement chez les sujets suspects d'atteinte hépatique active, ainsi que chez les alcooliques.
- Vu la toxicité hépatique de l'isoniazide, il y a lieu de contrôler la biologie hépatique lorsque surviennent des symptômes d'atteinte hépatique aiguë. Le traitement doit être interrompu lorsque les transaminases sont franchement augmentées (5 fois la valeur normale), même en l'absence de symptômes cliniques.

2.5. Comportement alternatif

Lorsque la chimiothérapie préventive ne peut pas être administrée (vu l'atteinte hépatique ou une suspicion de non-observance thérapeutique), il y a lieu de pratiquer un contrôle radiologique annuel du thorax pendant 3 ans au moins.

3. Traitement de la tuberculose pulmonaire active

173

3.1. Isolement de tout patient atteint ou suspect de tuberculose pulmonaire active

La première mesure qui s'impose est l'isolement immédiat de tout patient atteint de tuberculose contagieuse, qu'elle soit pulmonaire, bronchique ou laryngée. Même si la contagiosité n'est pas encore confirmée par l'examen bactériologique mais est suggérée par des données cliniques ou radiologiques, il est recommandé d'installer le patient dans une chambre isolée. On demandera immédiatement, chez chaque patient, un examen microscopique direct de l'expectoration⁵ matinale 3 jours successifs.

Si ces examens sont tous négatifs, on peut suspendre l'isolement, sauf si le patient manifeste encore des signes cliniques ou radiologiques évidents de tuberculose pulmonaire active dont il n'est pas possible d'exclure une contagiosité potentielle, par exemple en cas de toux opiniâtre.

Chez les patients dont l'expectoration est positive, la concentration de bacilles tuberculeux dans l'expectoration devra être suivie de près pendant les premières semaines du traitement par l'intermédiaire d'un examen microscopique semi-quantitatif, régulièrement répété, de préférence deux fois par semaine. La diminution rapide de la concentration bacillaire dans l'expectoration, qui est souvent perceptible dès la première semaine du traitement, est un signe de sensibilité des germes qui se manifeste longtemps avant que les déterminations de sensibilité réalisées sur les cultures ne la confirment. Dans la plupart des cas, l'examen microscopique de l'expectoration devient négatif, après quelques semaines d'une chimiothérapie correctement conduite. Dès que l'examen direct de l'expectoration ne montre plus de germes lors de trois prélèvements successifs à un jour d'intervalle, le patient peut être ramené dans une chambre à plusieurs lits.

Dans la plupart des cas de tuberculose pulmonaire, bronchique ou laryngée, deux à trois semaines d'isolement seront suffisantes. Dans les cas étendus, avec cavernes bilatérales et surtout en présence de bacilles résistants, la disparition du

⁵ S'il n'y a pas d'expectoration spontanée, l'on peut induire celle-ci par aérosolisation d'une solution saline hypertonique de 5 à 10% ou recourir à une aspiration bronchique ou encore à un tubage gastrique à jeun.

risque de contamination peut demander de nombreuses semaines, voire même plusieurs mois.

Pendant la phase d'isolement, le patient restera en permanence dans sa chambre, équipée d'ailleurs de sanitaires annexes. Tous les examens médicaux qui exigent un déplacement (vers le service de radiologie ou vers les salles d'examen, etc) doivent être reportés, sauf lorsqu'ils sont indiqués d'urgence; dans ce dernier cas, le patient devra porter pendant ses déplacements un masque adéquat⁶ et le personnel du service concerné sera averti de la contagiosité du patient. Le port d'un masque permet de limiter au maximum la contamination de l'air autour du patient. Le masque du patient ne peut pas être muni d'une valve.

Il y a lieu de limiter autant que possible les visites des membres de la famille et de ne les tolérer que pour une durée très brève. Les visites des enfants de moins de 5 ans ne sont pas autorisées. Il est conseillé aux visiteurs de porter un masque adéquat⁶ pour pénétrer dans la chambre, que le patient y soit présent ou non. Pour des raisons de confort, le masque peut être muni d'une valve qui facilite l'expiration. Lorsque le patient est porteur de germes multirésistants, le port d'un masque est absolument nécessaire pour tous ceux qui pénètrent dans la chambre.

Finalement, il faut insister sur le fait que lors de la mise en évidence ou de la suspicion d'une tuberculose contagieuse, chaque patient, même séropositif pour le VIH, doit être soigné en dehors des sections où sont hospitalisés les sujets atteints d'immunodépression, entre autres les non-tuberculeux séropositifs pour le VIH.

⁶ Voir addendum III.

3.2. Examens préalables au traitement

Avant tout traitement, il y a lieu de recourir à un examen de sang pour le contrôle de la sédimentation, de la CRP, du complet hématologique, de la fonction hépatique et rénale, de la bilirubine, des transaminases et de l'acide urique. Il est également utile de rechercher des anticorps VIH parce que la durée du traitement peut éventuellement être prolongée en cas de séropositivité pour le VIH. Un soutien psychologique de l'intéressé doit être prévu si la sérologie s'avère positive.

3.3. Schémas de traitement

- a. Dans tous les cas de tuberculose pulmonaire active, il y a lieu d'instaurer dans ce groupe à risque un traitement comportant une association de 4 médicaments. Pour des raisons pratiques et pour faciliter l'observance thérapeutique, le régime court de 6 mois est à conseiller.

Phase intensive	2 mois	INH ₇ + RMP ₇ + PZA ₇ + EMB ₇
Phase d'entretien	4 mois	INH ₇ + RMP ₇

INH = isoniazide; RMP = rifampicine, PZA = pyrazinamide; EMB = éthambutol

Le chiffre en indice indique le nombre de jours par semaine pendant lesquels la médication doit être absorbée.

Dans ce groupe à risque élevé de polynévrite, il y a lieu d'ajouter systématiquement la pyridoxine au traitement en raison des complications neurologiques liées à l'emploi d'isoniazide : 10 mg par jour sont suffisants, mais pour des raisons pratiques, l'on administre en général 250 mg/semaine.

Dans certains cas particulièrement graves la durée du traitement doit être prolongée.

- b. En cas de grossesse, le pyrazinamide n'est pas administré⁷. Pour cette raison, la durée totale du traitement doit être portée à 9 mois.

Phase intensive	2 mois	INH ₇ + RMP ₇ + EMB ₇
Phase d'entretien	7 mois	INH ₇ + RMP ₇

c. Schéma thérapeutique de l'OMS en cas de première récurrence

2 mois	INH ₇	+ RMP ₇	+ EMB ₇	+ PZA ₇	+ SM ₇
1 mois	INH ₇	+ RMP ₇	+ EMB ₇	+ PZA ₇	
5 mois	INH ₇	+ RMP ₇	+ EMB ₇		

SM = streptomycine

d. Schéma thérapeutique en cas de résistance

Il doit être adapté aux données relatives à la sensibilité de la souche tuberculeuse en cause et est du ressort d'un spécialiste en la matière.

⁷ Les données concernant la tératogénicité du PZA sont insuffisantes.

3.4. Dosage

	Administration quotidienne	Administration intermittente (2 ou 3 jours/semaine) (uniquement dans la phase d'entretien)
isoniazide (INH)	5 mg/kg (300 mg)**	15 mg/kg (900 mg)
rifampicine (RMP)	10 mg/kg (600 mg)	10 mg/kg (600 mg)*
pyrazinamide (PZA)	25 mg/kg	
éthambutol (EMB)	15 mg/kg	

() la dose maximale pour un adulte

* en cas d'administration intermittente de la rifampicine (RMP), on ne peut pas augmenter la dose de ce médicament à cause de l'accroissement de toxicité que cela entraînerait.

** chez les enfants, on administre parfois 10 mg/kg.

3.5. Effets collatéraux des médicaments antituberculeux

Le problème le plus fréquent est la toxicité hépatique potentielle de l'isoniazide, qui est encore accentuée par l'administration de rifampicine. Chez 5 à 10 % des patients, l'on peut observer pendant les premières semaines de l'administration une ascension légère et transitoire du taux de transaminases sériques. Les troubles sévères de la fonction hépatique ne surviennent généralement que chez les alcooliques, chez les patients atteints d'altérations hépatiques préexistantes et chez les sujets âgés. En présence du moindre signe clinique suggestif d'une atteinte hépatique (par exemple de vagues plaintes digestives), il y a lieu de recourir à un dosage des transaminases. Lorsque celles-ci sont élevées au-delà de 5 fois la valeur normale, il y a lieu de cesser immédiatement le traitement. La plupart du temps, les tests reviendront en quelques jours à des valeurs normales, de sorte que le traitement pourra être poursuivi avec les mêmes médicaments. Dans 2 % environ des cas, ceci ne sera pas possible, et il y aura lieu de remplacer les médications hépatotoxiques par d'autres médicaments antituberculeux, tout en évitant toujours une monothérapie.

L'isoniazide :

- Outre les complications hépatiques déjà citées, il peut provoquer une neuropathie périphérique plus particulièrement chez les sujets âgés, les femmes enceintes ou les diabétiques, ainsi que chez les patients atteints d'insuffisance rénale ou de malnutrition ou encore d'alcoolisme. Pour la prévention, on conseille l'administration de pyridoxine (250 mg/semaine); en cas de polynévrite manifeste, il y a lieu de donner 250 mg de pyridoxine par jour.
- L'isoniazide interfère avec le métabolisme de certains anticonvulsivants, ce qui impose parfois la réduction de leur dosage.

La rifampicine :

- Outre les complications hépatiques déjà citées, elle peut donner lieu à une éruption cutanée
- Elle interfère avec le métabolisme de certains médicaments (corticostéroïdes, dérivés de la digitaline, dérivés de la coumarine, phénytoïne, dérivés de la théophylline, diabétiques oraux), de sorte que leur dosage doit souvent être augmenté.
- Elle diminue l'efficacité de la contraception orale. En cas de nécessité, il faudra donc prescrire des produits à dosage élevé ou recourir à d'autres techniques contraceptives.
- Exceptionnellement, en cas d'administration intermittente ou de reprise après interruption, on peut voir survenir de graves réactions d'hypersensibilité sous forme d'un syndrome grippal avec fièvre élevée, anémie hémolytique, purpura thrombocytopénique, choc et insuffisance rénale aiguë. Une interruption immédiate et définitive de la rifampicine s'impose.
- Elle provoque une coloration orange des urines, des faeces et des larmes, qui peut d'ailleurs servir à contrôler l'adhésion des patients à la thérapeutique.

Le pyrazinamide

- Il provoque le plus souvent une élévation asymptomatique de l'acide urique sérique: un traitement antalgique, par exemple à base d'acide acétylsalicylique, n'est indiqué qu'en cas d'apparition d'arthralgies.
- Le pyrazinamide peut être hépatotoxique surtout en cas de traitement prolongé (> 2 mois) et de dosage élevé.
- Il peut parfois provoquer des éruptions cutanées.
- Il faut éviter de l'administrer pendant la grossesse : voir plus haut.

L'éthambutol :

- En cas d'administration prolongée à fortes doses, il peut provoquer des troubles de la vision (en l'occurrence un rétrécissement du champ visuel et des perturbations

de la discrimination des couleurs). Ces anomalies régressent le plus souvent en cas d'interruption précoce de la médication. Il est préférable de ne pas administrer l'éthambutol chez les enfants de moins de 3 ans, vu les difficultés du dépistage de leurs troubles visuels.

- Il est éliminé par voie rénale, de sorte qu'une adaptation du dosage est indispensable en cas d'insuffisance rénale (de préférence espacement des doses).

3.6. Suivi du patient atteint de tuberculose active

- cliché thoracique après 2 et 6 mois
- contrôle bactériologique tous les deux mois.
- surveillance étroite de la prise effective des médicaments (soit traitement directement supervisé, soit décompte des comprimés utilisés, soit contrôle des urines).

4. Déclaration de la tuberculose

En Communauté française, l'A.R. du 1er mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles stipule que tout cas suspect ou avéré de tuberculose doit être obligatoirement déclaré aux autorités compétentes (coordonnées en *annexe 1*). Les doubles des documents sont transmis à la F.A.R.E.S. qui sur base de ces déclarations, établit le cadastre de la tuberculose. L'objectif essentiel de cette déclaration obligatoire vise toutefois une bonne prophylaxie. Dans ce but, l'Inspection d'Hygiène collabore étroitement avec la F.A.R.E.S, dont les infirmières assurent une coordination des examens de dépistage dans l'entourage des tuberculeux. A la demande du médecin traitant, elles peuvent être chargées d'informer le patient et les sujets-contact sur la maladie et son traitement, de pratiquer les tests tuberculiques, et, éventuellement de contrôler personnellement l'observance du traitement par le patient. L'examen radiologique des contacts peut être assuré gratuitement dans les dispensaires de la F.A.R.E.S. Les formulaires de déclaration peuvent être obtenus auprès des Unités de Secteur de la F.A.R.E.S. (coordonnées en *annexe 2*).

ADDENDUM II

180

RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'INTRADERMOREACTION A LA TUBERCULINE (test de Mantoux)

MATERIEL

- Seringue de 1 ml à 100 graduations.
- Aiguille de 16 mm à biseau court (calibre : entre 25 et 27 G). Des seringues à aiguille sertie, en emballage stérile, sont disponibles dans le commerce.
- Tuberculine PPD RT23, 2 unités par 0,1 ml du Statens Serum Institut de Copenhague, conseillée par l'OMS. Les flacons de 1,5 et de 5 ml peuvent être commandés en Belgique via la firme ECONOPHAR. Ils doivent être conservés au frigo à 4°C. Tout flacon ouvert doit être utilisé le plus rapidement possible.

ADMINISTRATION

La peau doit être propre et sèche. Après purge de l'aiguille (une aiguille stérile par personne), injecter très exactement 0,1 ml de tuberculine de référence à la partie externe de l'avant-bras. L'injection doit être strictement intradermique, le biseau de l'aiguille étant orienté vers le haut et enfoncé parallèlement à la peau. Si la technique est correcte, une papule pâle de 7 à 8 mm, en peau d'orange, apparaît pendant l'injection puis s'efface assez rapidement. Il est conseillé de ne relâcher la pression sur le cylindre de la seringue qu'après retrait de l'aiguille.
En cas de réaction négative, il n'est pas indiqué de répéter l'injection à une dose supérieure.

Certaines contre-indications temporaires peuvent exister, entre autres en cas d'épisode aigu fébrile d'allure virale ou d'affection cutanée dans la région de l'injection.

LECTURE

Après administration intradermique de 2 unités de tuberculine PPD RT 23, on voit apparaître quelques jours plus tard, chez la plupart des sujets infectés par le bacille tuberculeux (à condition qu'ils ne se situent pas dans la phase anté-allergique*), une induration assez forte d'un diamètre de 10 à 30 mm.

La lecture d'une intradermoréaction doit se faire au plus tôt (et de préférence), 72 heures après l'injection et au plus tard 5 jours après celle-ci. Les réactions qui se développent et disparaissent avant 72 heures (et qui consistent la plupart du temps en une simple rougeur) sont aspécifiques et ne doivent pas être prises en compte.

La lecture doit être très précise : la dimension et le type de l'induration doivent être notés avec soin.

- La *dimension* de l'induration est mesurée à l'aide d'une latte transparente. Lorsqu'aucune réaction n'existe, noter 0 mm. Si les diamètres vertical et horizontal de la zone indurée sont différents, noter la dimension moyenne.

* période de latence après laquelle se développe l'hypersensibilité à la tuberculine; elle dure de 3 à 6 semaines après le premier contact avec le bacille de Koch

- Le *type* d'induration est évalué en palpant légèrement, au doigt, la zone indurée.

On distingue 4 types :

type 1 : consistance très dure (parfois avec phlyctène);

type 2 : consistance dure;

type 3 : consistance intermédiaire entre dure et molle;

type 4 : consistance très molle à peine palpable; le type 4 n'est pas synonyme de rougeur.

Il faut noter « rougeur » ou « érythème » lorsqu'il y a modification de couleur sans induration et que donc rien n'est palpable les yeux fermés.

INTERPRETATION

Le test tuberculique n'est pas totalement spécifique : une induration peut se développer également chez des personnes non infectées par le bacille tuberculeux. De plus, le test n'est pas totalement sensible : il peut s'avérer négatif chez certains sujets infectés et même chez des malades tuberculeux. C'est la raison pour laquelle, dans l'appréciation d'un test tuberculique, il faut tenir compte, d'un certain nombre de facteurs susceptibles de l'influencer et dont les principaux sont : l'âge et l'état immunitaire du sujet, la prévalence de la morbidité tuberculeuse dans le groupe examiné, la prévalence des mycobactéries atypiques dans le milieu ambiant et surtout le fait ou la possibilité pour la personne examinée d'avoir eu récemment des contacts avec une source de contamination. Par ailleurs, le résultat d'une intradermoréaction peut être influencé par la répétition du test (Booster effect) ou par une vaccination récente par le BCG. Une réaction tuberculique nettement positive doit cependant, toujours faire soupçonner une infection tuberculeuse, même après vaccination par le BCG.

En tenant compte de l'influence potentielle des facteurs mentionnés plus haut, les règles suivantes peuvent être formulées pour guider le **choix de la limite entre un test tuberculique positif et négatif** (même après vaccination par le BCG).

1. Induration inférieure à 5 mm

Une intradermoréaction de moins de 5 mm chez une personne en bonne santé, doit être considérée comme *négative*; elle permet donc d'exclure une infection tuberculeuse, sauf dans la phase anté-allergique.

2. Induration de 5 à 9 mm

Dans nos régions, où les mycobactéries non tuberculeuses sont relativement fréquentes dans le milieu naturel, on peut considérer que la majorité des personnes saines dont le test tuberculique se situe entre 5 et 9 mm sont infectées par celles-ci et non par le bacille tuberculeux. Dans ce cas, l'intradermoréaction doit être considérée comme *négative*. Lorsqu'il s'agit de personnes qui ont été récemment en contact étroit avec une source de contamination, le test est considéré comme *douteux*. Enfin, chez les sujets dont la résistance immunitaire est amoindrie comme les séropositifs pour le VIH et les patients atteints du SIDA, une induration de 5 à 9 mm peut être due à une infection tuberculeuse; il est donc prudent de considérer ce résultat comme *positif*.

3. Induration de 10 à 17 mm

Chez les sujets sains nés dans nos régions, une induration supérieure à 10 mm peut être due à une infection causée par des mycobactéries non tuberculeuses. Néanmoins, la probabilité qu'elle soit la conséquence d'une infection tuberculeuse augmente au fur et à mesure que le diamètre de l'induration se rapproche de 17 mm et que sa consistance tend vers le type 1. Dans beaucoup de cas, on considérera donc une intradermoréaction entre 10 et 17 mm comme *douteuse*.

Un test tuberculique de 10 à 17 mm sera toutefois considéré comme *positif* lorsque le risque d'être infecté par le bacille tuberculeux est plus important; c'est le cas notamment :

- * chez les sujets séropositifs pour le VIH (infectés ou malades) ainsi que chez tous les sujets dont la résistance immunitaire est amoindrie par la maladie (notamment les cancers), par des traitements particuliers (fortes doses de corticostéroïdes) ou par la dénutrition;

- * chez les sujets qui ont été récemment en contact avec une source de contamination tuberculeuse ou dont on soupçonne qu'ils auraient pu avoir des contacts avec une ou plusieurs sources potentielles (par exemple, le personnel hospitalier ou de manière générale les travailleurs en contact avec les groupes à risque);
- * dans tous les groupes à risque de tuberculose (allochtones provenant de régions où la prévalence de la tuberculose est élevée, prisonniers, sans-abri, toxicomanes par voie intraveineuse.);
- * Chez les enfants âgés de 5 ans ou moins.

4. Induration égale ou supérieure à 18 mm

Une induration de 18 mm ou davantage correspond pratiquement toujours à une infection tuberculeuse. L'intradermoréaction doit donc être considérée comme *positive* dans ce cas.

REMARQUES

Après toute *réaction douteuse*, il faut pratiquer, de préférence après deux mois, une *intradermoréaction de contrôle* avec la même dose de tuberculine (2U). Si lors du test de contrôle, la réaction est plus importante que lors du premier test, il s'agit de façon quasi certaine d'une infection tuberculeuse. Dans le cas contraire, il s'agit plus vraisemblablement d'une infection par mycobactéries non tuberculeuses. Lorsque la seconde réaction a une intensité égale à la première ou encore si l'intradermoréaction de contrôle ne peut être exécutée pour une raison ou l'autre, il y a lieu de pratiquer par sécurité un cliché thoracique.

VIRAGE OU INFECTION TUBERCULEUSE?

On parle de **virage** lorsqu'au cours d'une période de 2 ans maximum, un test tuberculinique négatif est suivi d'une réaction franchement positive ou lorsqu'un test douteux est suivi d'un test de contrôle dont le diamètre a augmenté de 10 mm ou davantage, et arrive dans la zone de positivité.

On parle d'**infection tuberculeuse** lorsqu'un test tuberculinique positif ne répond pas aux critères de virage.

ADDENDUM III

MASQUES

Pour qu'un masque assure une protection optimale, il ne peut permettre aucune fuite le long du visage, et doit arrêter les particules de 1 à 5 μ .

Le masque à une couche de papier est inefficace. Le masque chirurgical ne s'adapte pas suffisamment sur le visage. Une protection efficace n'est donc possible qu'avec des masques spécifiques.

Pour le patient

Plus l'examen bactériologique direct est fortement positif, plus les fines gouttelettes liquidiennes émises par le patient contiennent des bacilles tuberculeux et plus élevé est le risque de contagion. Le port d'un masque sans valve expiratoire par le malade limite au maximum la contamination de l'air ambiant. Pour des raisons de confort il est cependant impossible d'exiger le port d'un masque de manière continue. Il sera toutefois imposé quand le patient quitte sa chambre.

Pour le personnel et les visiteurs

Dans la chambre, l'air peut être contaminé malgré certaines mesures visant à diminuer la concentration des bacilles; le port d'un masque adéquat y est donc fortement conseillé pour le personnel et les visiteurs, même en l'absence du patient. Le masque doit empêcher l'inspiration d'air contaminé et peut être équipé d'une valve qui facilite l'expiration.

Le port d'un masque efficace est impératif en présence de patients porteurs de germes multirésistants ainsi que dans les locaux où la concentration bacillaire dans l'air peut être particulièrement importante (salles d'autopsie, de bronchoscopie ou de traitement par aérosols). Le masque peut être muni d'une valve expiratoire

Exemples de masques adéquats***Pour le patient, le personnel et les visiteurs***

Hospithera * Technol PCM 2000 orange fluidshield (4 couches)

3M * 1814 HPR

Ces masques non équipés de valve s'adaptent bien au visage et filtrent des particules de 1 à 5 μ .

Uniquement pour le personnel et les visiteurs

Hospithera * Technol PCM 2000 jaune (47717) sans valve.

S'adapte aussi bien sur le visage que le Technol PCM 2000 orange fluidshield mais ne possède que trois couches au lieu de 4. Bon pouvoir filtrant.

* Technol fluidshield procedure mask 47107 sans valve (4 couches; il possède aussi un bon pouvoir filtrant mais permet un peu plus de fuites).

3M * 8825 avec valve (< 8% de fuites, 94% de pouvoir filtrant)

* 8835 avec valve (< 2% de fuites, 98% de pouvoir filtrant)

Moldex-Metric * 2405 avec valve

* 3405 avec valve.

Nota Bene : Des filtres HEPA efficaces pour décontaminer l'air sont disponibles chez HONEYWELL.

6 0 1
5 0 1

ANNEXES

**ENVOI DES DECLARATIONS DE TUBERCULOSE
COORDONNES DES INSPECTIONS D'HYGIENE**

Bruxelles

Docteur L. VAN CALSTER
Médecin Inspecteur
Service de la Santé
Commission Communautaire Commune
Rue du Champs de Mars 25 à 1050 BRUXELLES
Tél. : 02/502.60.01. - Fax : 02/502.59.05.

Hainaut, Brabant Wallon et Luxembourg

Docteur A. MOREAU
Médecin Inspecteur
Ilot Grand Place
Esplanade du Dragon 111 à 7000 MONS
Tél : 065/34.63.56. - Fax : 065/34.70.48.

Liege et Namur

Docteur Y. PIRENNE
Médecin Inspecteur
rue des Ixellois, 7, 2è ét. à 4000 LIEGE
Tél : 04/252.21.80. - Fax : 04/252.79.04.

COORDONNEES DES UNITES DE SECTEUR

Unité centrale

Section des Affections Respiratoires
rue de la Concorde 56 -1050 BRUXELLES
Tél. : 02/512.29.36
Dr. M. WANLIN - M. SPITAEELS - L. de DONNEA

Unité de Secteur de BRUXELLES et du BRABANT WALLON

rue de la Concorde 56 -1050 BRUXELLES
Tél. : 02/512.33.42 ou 511.54.01
Professeur SERGYSELS - Mme NACHEZ, secrétaire, vous orientera vers l'infirmière concernée

Unité de secteur du HAINAUT

HAINAUT CENTRE Esplanade du Dragon 431 -7000 MONS
Tél. : 065/34.03.88
Dr. Y. ROBIENCE - Mme GODARD

rue Chavée 62 -7100 LA LOUVIERE
Tél. : 064/22.30.17
Dr. Y. ROBIENCE - Mme BOURDIAUX

HAINAUT OUEST rue de Cordes 9 -7500 TOURNAI
Tél. : 069/22.66.90
Dr. Y. ROBIENCE - Mme MEURIS

HAINAUT EST boulevard Zoé Drion 1, Espace Gailly - 6000 CHARLEROI
Tél. : 071/31.35.04
Dr. Y. ROBIENCE - Mme THUNUS

Unité de Secteur de LIEGE

rue de l'Hôpital 3
Sart Tilman B 23 -4000 LIEGE
Tél. : 04/366.27.97
Dr. C. GOSSET - Mme JACQMARD

Unité de Secteur du LUXEMBOURG

REGION NORD rue Erène 1 -6900 MARCHE
Tél. : 084/31.66.40
Dr. F. SMEETS - Madame DUMONT

REGION SUD rue Sesselich 161 - 6700 ARLON
Tél. : 063/22.40.76
Dr. F. SMEETS - Mme GOB

Unité de Secteur de NAMUR

rue Château des Balances 3 B -5000 NAMUR
Tél. : 081/72.37.69 - 72.37.43
Dr. DAUMERIE - Mme HAUTOT

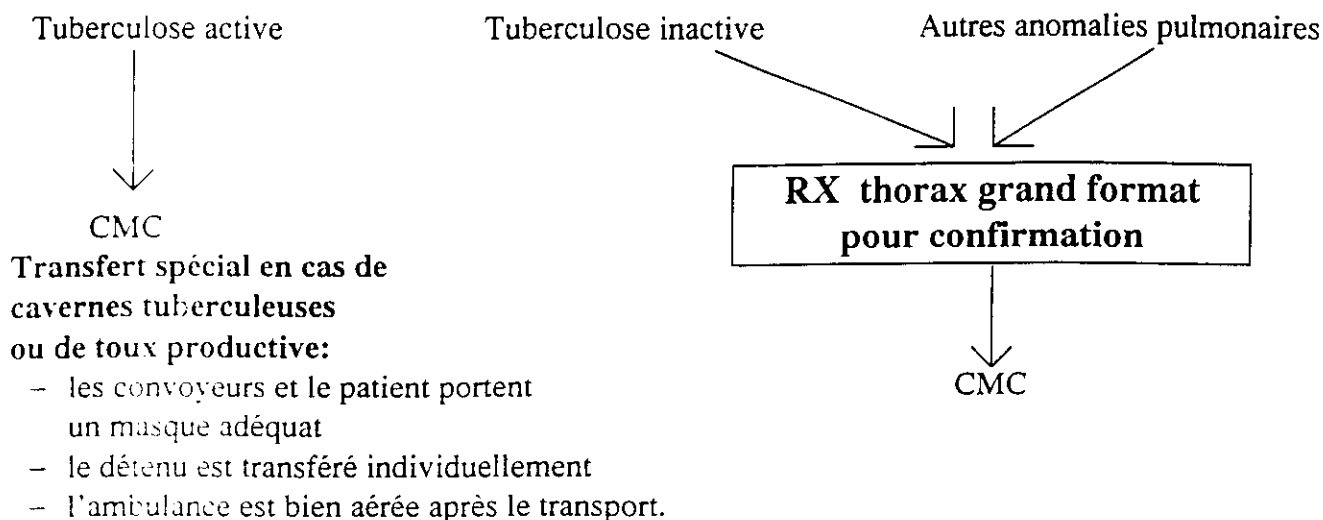
PROCEDURE DE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE DANS LES PRISONS

◊ RX thorax petit format:

- à l'arrivée; si refus, convoquer au service médical
- annuellement
- en cas de toux productive de longue durée, sudations nocturnes, amaigrissement, fatigabilité excessive.

187

◊ Suivi en fonction du résultat de la RX



◊ Au CMC

- * à l'arrivée tout patient suspect de tuberculose pulmonaire active doit être immédiatement isolé
- * lorsque le diagnostic est confirmé:
 - le Service Médical Central doit être averti
 - le responsable de la surveillance de la tuberculose, doit convoquer une réunion avec la direction, le médecin en chef, le médecin du travail, le responsable du Comité de Sécurité et d'Hygiène et l'infirmière de la FARES afin de mettre sur pied le dépistage des contacts
 - le patient doit rester au minimum deux mois; de toute façon jusqu'au moment où il n'est plus contagieux
 - le traitement doit être directement supervisé.

◊ Dans chaque prison en cas de tuberculose confirmée, le responsable doit:

- * convoquer une réunion avec le médecin en chef, la direction, le médecin du travail, le responsable du Comité de Sécurité et d'Hygiène et l'infirmière de la FARES afin d'organiser le dépistage des contacts
- * mettre l'infirmière de la FARES en contact avec le patient afin d'informer correctement celui-ci sur la tuberculose
- * veiller à une administration supervisée du traitement
- * vérifier que les contrôles radiologique et bactériologique nécessaires ont été réalisés
- * vérifier que le dépistage des contacts, du personnel et des bénévoles a été réalisé correctement
- * prévenir l'infirmière de la FARES lorsqu'un patient quitte l'institution avant l'achèvement de son traitement afin que le suivi en dehors de la prison soit assuré.

DEPISTAGE DES CONTACTS D'UN CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE CONTAGIEUSE (CAS INDEX)

188

Principe des cercles concentriques

Le premier cercle est toujours examiné.

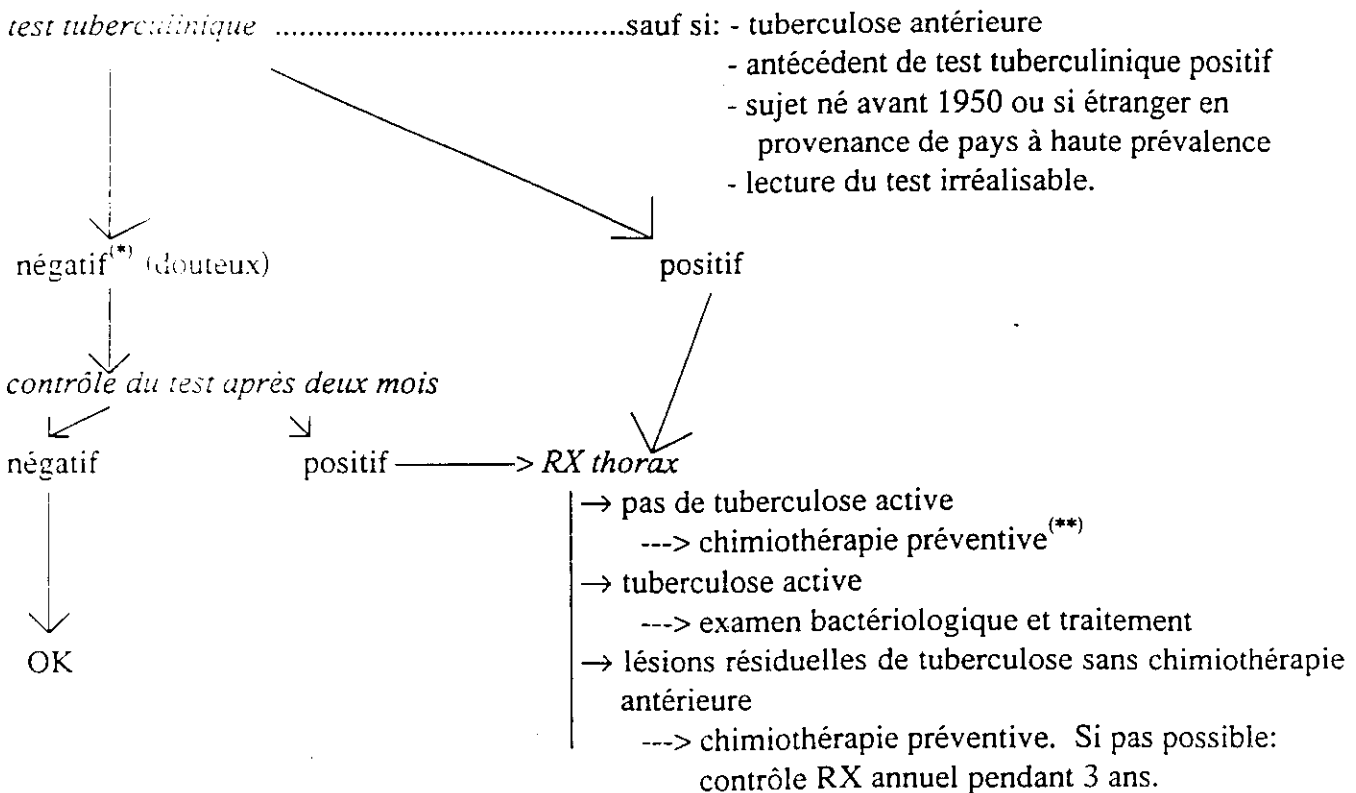
Le deuxième cercle est examiné si: a) l'expectoration du cas index est positive à l'examen direct
b) si des contaminations ou maladies ont été observées dans le premier cercle.

Le troisième cercle est examiné si des contaminations ou des maladies ont été décelées dans le deuxième cercle.

Les personnes (prisonniers ou personnel) appartenant au premier, deuxième ou troisième cercle seront déterminées lors de la réunion organisée par le responsable du dépistage de la tuberculose, avec le Medecin en Chef, le médecin du travail, l'infirmière de la FARES, le responsable du Comité de Sécurité et d'Hygiène et le directeur.

Remarques: si le cas index est atteint de tuberculose extra-pulmonaire: pas d'examen des contacts, sauf si la recherche d'un contaminateur potentiel est estimée nécessaire.

Examen



(*) Chez les enfants de moins de cinq ans:

- instaurer immédiatement une chimiothérapie préventive même en cas de test tuberculinique négatif
- après deux mois si le test tuberculinique est encore négatif, on peut arrêter la chimiothérapie préventive s'il n'y a pas de signes cliniques de tuberculose et si le contact avec la source de contamination est supprimé (ou si la source a une expectoration négative et est compliant à l'égard du traitement).

(**) Toute chimiothérapie préventive instaurée chez un détenu nécessite une supervision directe de l'administration du médicament.

Répartition d'heures valable à partir du 13/10/1998

189

Etablissement	CONSULTATIONS							FONCTION DE MANAGEMENT				
	TOTAL	Nommés Consu I	Contrat d'entreprise				TOTAL	Nommés Consu I	Contrat d'entreprise			
			Consu I	Consu II	Consu III	WE +			WE O	Consu I	Consu II	Consu III
ANDENNE	70	-	40	30	-	1	8	-	6	2	-	
ANTWERPEN	70	40	0	30	-	1	8	6	0	2	-	
ARLON	30	30	0	-	-	1	2	2	0	-	-	
BRUGGE PC	100	25	0	45	30	1	12	8	0	2	2	
DENDERMONDE	30	30	0	-	-	1	2	2	0	-	-	
DINANT	25	25	0	-	-	1	2	2	0	-	-	
FOREST	70	35	0	35	-	1	8	6	0	2	-	
FOREST BERKENDAEL	25	25	0	-	-	1	2	2	0	-	-	
GENT	65	40	0	25	-	1	8	6	0	2	-	
HASSELT	25	25	0	-	-	1	2	2	0	-	-	
HOOGSTRATEN	30	30	0	-	-	-	2	2	0	-	-	
HUY	25	-	25	-	-	1	2	-	2	-	-	
IEPER	25	25	0	-	-	1	2	2	0	-	-	
JAMIOULX	70	40	0	30	-	1	8	6	0	2	-	
LANTIN	105	40	0	40	25	1	12	8	0	2	2	
LEUVEN C	60	-	30	30	-	-	6	-	4	2	-	
LEUVEN H	30	30	0	-	-	1	2	2	0	-	-	
MARNEFFE	30	30	0	-	-	-	2	2	0	-	-	
MECHELEN	30	-	30	-	-	1	2	-	2	-	-	
MERKSPLAS	90	30	0	30	30	1	10	6	0	2	2	
MONS	65	-	40	25	-	1	8	-	6	2	-	
NAMUR	40	40	0	-	-	1	4	4	0	-	-	
NIVELLES	40	40	0	-	-	1	4	4	0	-	-	
OUDENAARDE	30	-	30	-	-	1	2	-	2	-	-	
PAIFVE	30	-	30	-	-	-	2	-	2	-	-	
RUISELEDE	25	-	25	-	-	-	2	-	2	-	-	
SAINT-HUBERT	45	-	45	-	-	-	4	-	4	-	-	
SINT-GILLIS	100	40	0	30	30	1	12	8	0	2	2	
TONGEREN	25	-	25	-	-	1	2	-	2	-	-	
TOURNAI	40	-	40	-	-	1	4	-	4	-	-	
TURNHOUT	30	30	0	-	-	1	2	2	0	-	-	
VERVIERS	40	-	40	-	-	1	4	-	4	-	-	
WORTEL	30	-	30	-	-	-	2	-	2	-	-	
TOTAL	1545	650	895	10	16	154	82	72				

1	2	3	4	5	6	7
Inrichting	Uitgaven	Quotum	Maximale	Quotum	Maximale	Totale
	1996	uren per	uitgave op	uren per	uitgave op	maximale
		maand	jaarbasis	maand	jaarbasis	uitgave
			(consultatie +	tandarts-		(kol. 4+6)
			techn. prest.)	diensthoofd		
Antwerpen	977.463	37	995.004	3	53.784	1.048.788
Brugge	1.304.771	56	1.505.952	4	71.712	1.577.664
Dendermonde	835.734	18	484.056	2	35.856	519.912
Gent	1.020.885	37	995.004	3	53.784	1.048.788
Hasselt	397.380	12	322.704	1	17.928	340.632
Hoogstraten	915.882	18	484.056	2	35.856	519.912
Ieper	373.634	12	322.704	1	17.928	340.632
Leuven Centraal	1.010.395	28	752.976	2	35.856	788.832
Leuven hulp	1.010.730	14	376.488	1	17.928	394.416
Mechelen	431.327	12	322.704	1	17.928	340.632
Merksplas	516.815	37	995.004	3	53.784	1.048.788
Oudenaarde	267.748	14	376.488	1	17.928	394.416
Tongeren	101.501	12	322.704	1	17.928	340.632
Turnhout	640.512	18	484.056	2	35.856	519.912
St. Gillis	2.761.871	37	995.004	3	53.784	1.048.788
Arlon	427.580	14	376.488	1	17.928	394.416
Forest	397.820	37	995.004	3	53.784	1.048.788
Huy	314.736	12	322.704	1	17.928	340.632
Jamioulx	686.530	37	995.004	3	53.784	1.048.788
Lantin	1.040.926	56	1.505.952	4	71.712	1.577.664
Marneffe	482.803	18	484.056	2	35.856	519.912
Mons	375.365	37	995.004	3	53.784	1.048.788
Namur	528.594	14	376.488	1	17.928	394.416
Paifve	328.268	18	484.056	2	35.856	519.912
St. Hubert	360.873	18	484.056	2	35.856	519.912
Tournai	889.937	18	484.056	2	35.856	519.912
Verviers	695.380	18	484.056	2	35.856	519.912
TOTAAL	19.095.460	659	17.721.828	56	1.003.968	18.725.796
Andenne	0	37	995.004	3	53.784	1.048.788
Nivelles	0	18	484.056	2	35.856	519.912
Wortel	0	14	376.488	1	17.928	394.416
Dinant	0	12	322.704	1	17.928	340.632
ALG. TOTAAL	19.095.460	740	19.900.080	63	1.129.464	21.029.544

PRISONS	PSYCHOLOGUES	A.S.	A.A.
Antwerpen	2	1	1
Brugge	5	2	1
Dendermonde	1	1	
Gent	2	1	
Hasselt	½		
Hoogstraten			1
Ieper			
Leuven Centraal	1		1
Leuven Hulp	1		
Mechelen	1		
Merkplas	4	1	1
Oudenaarde	2		1
Ruiselede			
St.Gillis			
Tongeren	½		
Turnhout	1		1
Vorst			
Wortel		1	
Andenne	3		1
Arlon	1		
Dinant			
Forest	3	1	
Huy			
Jamioulx	2	1	1
Lantin	6	1	2
Marneffe			
Mons	1		
Namur	1		
Nivelles			
Paifve	2	1	1
St-Gilles	2	1	
St-Hubert	2	1	1
Tournai	1	1	1
Verviers	1		
Autres	+4 volants +2 stress-team +2 détention réparatrice +2 pour niveau 2+ 1 AS volant 1 AS stress	+ 1 volant	
Total	+56	+15	+14

Autorisations d'engagement de contractuels en vue de répondre à des besoins exceptionnels et temporaires en personnel
(A.R. 2.12.1992)

Personnel des
services psychosociaux externes

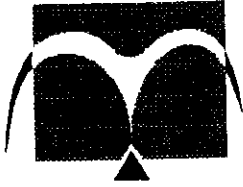
PRISONS	PSYCHOLOGUES	ASSISTANTS SOCIAUX	ASSISTANTS ADMINISTRATIFS
Antwerpen	1	3	1
Brugge	5	6	1
Dendermonde	1	2	1
Gent	2	3	1
Hasselt	1	1	1/2
Hoogstraten	4	3	
leper	1	1	
Leuven Centraal	5	5	
Leuven Hulp	1	3	1
Mechelen	1	1	
Merksplas	4	5	1
Oudenaarde	1	2	1
Ruiselede	1	1	
St.Gillis	3	5	1
Tongeren	1	1	1/2
Turnhout	1	2	
Wortel	1		
Andenne	2	6 + 1 volant	1
Arlon°	1	2	1
Dinant	1	3/5	1
Forest	2	3	1
Huy	1	1	1
Jamioulx	2	5 + 1 volant	1
Lantin°	4	8	1
Marneffe	4	3	
Mons	4	4 + 2*1/2	1
Namur	1 + 4/5 + 2/5	1 + 2*1/2	1/2
Nivelles	1/2	1	
Paifve°	3	2	
St-Hubert°	1	3	
Tournai	1	3	
Verviers°	2 + 1/2	3*1/2 + 2	1
TOTAL	70	90 + 2 A.S. volants	18

° chiffres en date de septembre 98 (équipe)

N.B. : les psychiatres et les infirmiers psychiatriques ne sont pas repris dans le présent tableau dans la mesure où ils n'entrent pas en considération pour les prévisions d'engagements 1999
Pour rappel, un directeur SPS par E.P. fait partie de l'équipe.

07 -11- 1997

1000 Bruxelles,
Rue Evers 2/8
☎ (02) 542.77.83
Fax. (02) 542.78.84



Ministère de la Justice

Administration des
Etablissements Pénitentiaires

STAFF DIRECTEUR
GENERAL

N.r 4/STAFF/FL
V.r

Dossier traité par Francis Lefebvre
Conseiller Adjoint
☎: 02/542.77.88
fax.: 02/542.78.84

Annexe XV

193

Madame, Monsieur le Directeur,

OBJET : Deuxième visite du Comité européen pour la prévention de la torture et des traitements inhumains et dégradants.

Suite aux recommandations déjà émises par le C.P.T lors de la réunion de clôture du 12 septembre 1997, dont le procès-verbal vous a été transmis, j'attire votre attention sur les deux points suivants .

① Conformément à l'article 127 des instructions générales pour les établissements pénitentiaires, tous les détenus ont droit à une promenade quotidienne d'au minimum une heure. Pour les prévenus, le droit minimum à un préau individuel est prévu aux articles 91 et 92 du Règlement général.

Il convient que les détenus placés en cellule de punition puissent bénéficier de ces dispositions.

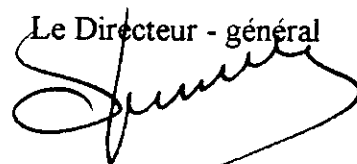
Je vous remercie dès à présent de veiller à ce que les détenus placés en cellule de punition bénéficient d'une heure de préau individuel par jour et de me faire part de vos observations quant à la mise en œuvre de la recommandation du C.P.T. (infrastructure, sécurité)

② LE C.P.T recommande que les mineurs détenus bénéficient de conditions de détention adaptées à leur âge et à leur situation (pg 8 du compte-rendu).

Je vous remercie, dans la mesure du possible , de veiller à l'application de cette recommandation et de me faire part de vos propositions afin d'atteindre l'objectif souhaité par le C.P.T.

POUR LE MINISTRE :

Le Directeur - général



G. VAN BELLE

	1997	1998	1997	1998		1997	1998	1997	1998
Antwerpen	24	24	3	2	Andenne				
Brugge	2	2	1	1	Arlon				
Dendermonde	7	8			Dinant	7	7		
Gent		4	1	1	Forest	1		3	7
Hasselt	2	3			Huy	6	1		
Hoogstraten					Jamioulx	16	9		
leper	3	5			Lantin	37	9	1	
Leuven C					Marneffe				
Leuven H	2	2			Mons	29	9	1	
Mechelen	8	9			Namur	11	3		1
Merksplas					Nivelles				
Oudenaarde	2	2			Paifve				
Ruiselede					Saint Hubert				
Sint-Gillis	173	60			Tournai	4	4		
Tongeren	1	2			Verviers	8	3		
Turnhout									
Wortel					Total	343	166	10	12

Kangat

Session 02/99

Année XVII

1ère Semaine

197

LUNDI 01/02/99	08 - 10	Dossier - Habillement	DIRECTEUR CENTRE
	10 - 12	Motivations	DECONINCK
	13 - 16	Visite de la prison de LANTIN	

MARDI 02/02/99	08 - 12	Organisation - Statuts	COBUT
	13 - 14	Absences, Congés	BARE
	14 - 16	Self Défense	GENDARMERIE

MERCREDI 03/02/99	08 - 10	Aperçu du travail en Maison de Peine et en Maison d'Arrêt	LACROIX HANNON
	10 - 12	Clefs - portier - Service de nuit	BITAR
	13 - 16	Maintien de l'ordre	COBUT

JEUDI 04/02/99	08 - 12	Fouilles + Appels	RENSONNET LACROIX HANNON
	13 - 16	Fouilles + Appels	RENSONNET LACROIX HANNON

VENDREDI 05/02/99	08 - 10	S.S.A.	BARE
	10 - 12	Droit	DIRECTION
	13 - 16	Règles Pénitentiaires Européennes	DE CONINCK

LUNDI 08/02/99	08 - 12	Observation sur niveau + Pratique Fouilles et Appels	LACROIX RENSONNET
	13 - 14	Culte	BITAR
	14 - 16	Approche de la délinquance et des peines	DE CONINCK

MARDI 09/02/99	08 - 12	Entrants - Tâches des agents	BITAR
	13 - 14	Droit	DIRECTION
	14 - 16	Self défense	GENDARMERIE

MERCREDI 10/02/99	08 - 12	Communication - Ecoute	CHAUVIN
	13 - 16	Maladies contagieuses + Premiers soins	NIHON

JEUDI 11/02/99	08 - 12	Rapports + Documents	LEBURTON
	13 - 16	Gestion du stress	REMACLE

VENDREDI 12/02/99	08 - 10	Mouvements	LEBURTON
	10 - 12	Absences - Congés	BARE
	13 - 16	Visite d'une prison	CENTRE

LUNDI 15/02/99		06/14 - 14/22	
		Terrain	

MARDI 16/02/99	08 - 12	Psychologie de la personnalité	WELKENHUYZEN
	13 - 14	Délinquants	LEBURTON
	14 - 16	Self Défense	GENDARMERIE

MERCREDI 17/02/99	08 - 12	Statuts - Discipline du personnel - Evaluation	COBUT
	13 - 16	Drogues	GENDARMERIE

JEUDI 18/02/99	08 - 12	Incidents critiques	LEBURTON
	13 - 16	Droit	Direction

VENDREDI 19/02/99		06/14 - 14/22	
		Terrain	

LUNDI 22/02/99	08 - 10	Services médicaux Garde à l'hôpital - Sports et formations des détenus	LEBURTON
	10 - 12	Droit	DIRECTION
	13 - 15	Premiers soins	NIHON
	15 - 16	Moyens de contrainte + Plan de détention	COBUT

MARDI 23/02/99	08 - 10	Légitime Défense	C ^{dt} ROMPEN
	10 - 12	Self Défense	GENDARMERIE
	13 - 16	Relations Personnelles	CHAUVIN

MERCREDI 24/02/99			
		06/14 - 14/22	
		Terrain	

JEUDI 25/02/99	8-8.30	Cuisines	PAUWELS
	8.30-9.30	Exercices ou séminaire	
	10 - 12	Services prison - Greffe - Syndicat - A.A - S.P.S.	BITAR
	13 - 15	Relations - Visiteurs	LEVAUX
	15 - 16	Aperçu du travail au Quartier Femmes	LEVAUX

VENDREDI 26/02/99			
		Evaluation de la formation	

WEEK 2.

MAANDAG	09.00-10.45	<u>TEST DEEL 1</u>	HOOFDBEWAARDER
	11.00-12.15	ADMINISTRATIE VAN DE P.B.	HOOFDBEWAARDER
	13.15-15.00 15.15-16.45	PERSONELE VEILIGHEID <u>"CEL EN LICHAAMSFUILLE"</u>	HOOFDBEWAARDER
DINSDAG	09.00-10.30	VERBETERING TEST DEEL 1 EN HERHALINGSLESSEN	DIRECTEUR
	10.45-12.15	STRAFRECHT DEEL 1	DIRECTEUR
	13.15-15.00	STRAFRECHT DEEL 1	
	15.15-16.45	STRAFRECHT DEEL 1	
WOENSDAG	09.00-10.30	STRAFRECHT DEEL 2	DIRECTEUR
	10.45-12.15	STRAFRECHT DEEL 2	DIRECTEUR
	14.00-16.45	<u>BEZOEK AAN EEN GEVANGENIS</u>	KWARTIERCHIEF
DONDERDAG	09.00-10.30	BEJEGENING DEEL 1	
	10.45-12.15	(EXTERNE CONTACTEN)	HOOFDBEWAARDER
	13.15-15.30 15.45-16.45	MEDISCHE DIENST MEDISCHE DIENST	VERPLEGER
VRIJDAG	09.00-10.30	BESTUURLIJKE SITUERING	DIRECTEUR
	10.45-12.15	BESTUURLIJKE SITUERING	
	13.15-15.30 15.45-16.45	TUSSENTIJDSE EVALUATIE TUSSENTIJDSE EVALUATIE	HOOFDBEWAARDER

WEEK 3.

MAANDAG	09.00-12.00	<u>BEZOEK AAN DE RECHTBANK</u>	DIRECTEUR
	14.00-15.30	ORGANISATORISCHE VEILIGHEID "APPEL EN BEWEGINGEN"	HOOFDBEWAARDER
	15.45-16.30	ADMINISTRATIE V/D. BEAMBTE "Tucht en Observatierapport"	HOOFDBEWAARDER
DINSdag	09.00-10.30	TEAMWORK	HOOFDBEWAARDER
	10.45-12.15	TEAMWORK	
	13.15-15.00	TEAMWORK	
	15.15-16.45	<u>BEJEGENING DEEL 2</u> (materieel regime)	HOOFDBEWAARDER
WOENSDAG	09.00-10.30	PERSONELE VEILIGHEID	KWARTIERCHEF
	10.45-12.15	<u>"Cel & lichaamsfouille in praktijk"</u>	
	13.15-15.30	COMMUNICATIE EN GEDRAG	PSYCHOLOOG
	15.45-16.45	COMMUNICATIE EN GEDRAG	PSYCHOLOOG
DONDERDAG	09.00-10.30	ORGANISATORISCHE VEILIGHEID	HOOFDBEWAARDER
	10.45-12.15	"NACHTDIENST EN HOSPITAAL"	
	13.15-14.45	BESPREKING ROLLENSPEL	PSYCHOLOOG
	15.15-16.45	BESPREKING ROLLENSPEL	PSYCHOLOOG
VRIJDAG	09.00-10.30	INVLOED VAN DRUGS OP	PSYCHOLOOG
	10.45-12.15	DE HERSENEN	
	13.15-15.30	DRUGS / PRODUCTVERKENNING	CHINITOR
	15.45-16.45	DRUGS / PRODUCTVERKENNING	CHINITOR

WEEK 4.

MAANDAG	09.00-10.30	<u>BEJEGENING DEEL 3 (activiteiten)</u>	HOOFDBEWAARDER
	10.45-12.15	<u>BEJEGENING DEEL 3 (activiteiten)</u>	
	13.15-14.15	INTERCULTURELE COMMUNICATIE	PLAATSELIJK CENTRUM VOOR MIGRANTEN
	14.30-16.45	INTERCULTURELE COMMUNICATIE	
DINSDAG	09.00-10.45	EXTERNE HULPVERLENING	COÖRDINATOR PLAATSELIJK WELZIJNSTEAM
	11.00-12.15	TEST DEEL 2	HOOFDBEWAARDER
	13.15-13.45	TOELICHTING VAN DE CULTURELE DIENST.	P.S.D.
	13.45-15.30 15.45-16.15	PSYCHO-SOCIALE HULPVERLENING EN TOELICHTING OP O.S.G.W.	P.S.D.
WOENSDAG	09.00-10.30	<u>CURSISTEN BRENGEN EIGEN WERKJE</u>	KWARTIERCHEF
	10.45-12.15	<u>CURSISTEN BRENGEN EIGEN WERKJE</u>	
	13.00-15.30 15.45-16.45	KRITISCHE INCIDENTEN (DEWAELE EN DEPREEUW)	HOOFDBEWAARDER
DONDERDAG	09.00-16.45	CURSISTEN BRENGEN EIGEN WERKJE EN MOGELIJKHEID TOT EEN INDIVIDUEEL GESPREK	KWARTIERCHEF HOOFDBEWAARDER
VRIJDAG	09.00-10.30	HERHALINGSLESSEN EN VERBETERING	
	10.45-12.15	VAN TEST DEEL 2	HOOFDBEWAARDER
	13.15-16.45	AFSLUITEN VAN DE SESSIE	VOLLEDIG TEAM

**PENITENTIAIR CENTRUM
VOOR BASISOPLEIDING
"DE BRES"**

**LESSHEMA (C)
MAANDOPLEIDING**

WEEK 1.

MAANDAG	09.00-10.30	ONTHAAL	
	10.45-12.15	RONDLEIDING	HOOFDBEWAARDER
	13.15-15.00	RONDLEIDING	
	15.30-16.45	DOEL EN INHOUD V/D. OPLEIDING	
DINSDAG	09.00-10.30	VIDEO " <u>EEN WEEK OP CEL</u> "	HOOFDBEWAARDER
	10.45-12.15	EN BESPREKING	
	13.15-15.00	DOELSTELLINGEN EN KRITIEKEN	DIRECTEUR
	15.15-16.45	DOELSTELLINGEN EN KRITIEKEN	
WOENSDAG	09.00-10.30	STATUUT DEEL 1 (<u>loopbaan</u>)	DIRECTEUR
	10.45-12.15	STATUUT DEEL 1 (<u>loopbaan</u>)	
	13.15-15.00	STATUUT DEEL 2 (<u>rechten en plichten</u>)	DIRECTEUR
	15.15-16.45	STATUUT DEEL 2 (<u>rechten en plichten</u>)	
DONDERDAG	09.00-10.30	THEORETISCH KADER	HOOFDBEWAARDER
	10.45-12.15	THEORETISCH KADER	
	13.15-15.00	BOUWKUNDIGE EN MATERIËLE	
	15.15-16.45	VEILIGHEID	KWARTIERCHEF
VRIJDAG	09.00-10.30	SITUERING IN DE TIJD	DIRECTEUR
	10.45-11.15	SITUERING IN DE TIJD	
	12.30-16.45	<u>BEZOEK AAN EEN GEVANGENIS</u>	KWARTIERCHEF