



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**« TUBERCULOSE EN MILIEU CARCERAL :
QUELLES LIMITES ET PERSPECTIVES DU
DISPOSITIF ACTUEL DE PREVENTION ET DE
PRISE EN CHARGE »**

– Groupe n° 21 –

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| – ASTIER Magdeleine (D3S) | – KMIECIAK Morgane (AAH) |
| – BERTHET Cindy (AAH) | – LANFRANCHI Sorya (DH) |
| – BOURGEAIS Mélodie (D3S) | – LASSALLE Laurie (DH) |
| – CASTEL Laurence (DS) | – LE BORGNE Chloé (IES) |
| – CHICHE Michèle (DS) | – MATTEODO Elodie (AAH) |
| – FELTZINGER Sarah (D3S) | – VEYRIE Alice (DH) |

Animatrice Christine Barbier

Remerciements

Nous remercions vivement l'animatrice de notre groupe, Madame Christine BARBIER, pour les informations et conseils précieux qu'elle nous a donnés.

Les éléments bibliographiques et contacts transmis nous ont permis d'amorcer rapidement le travail.

Nous tenons à remercier également tous les professionnels rencontrés à l'occasion des différents entretiens dans le cadre de ce module interprofessionnel. La qualité de nos échanges avec eux, leur disponibilité et leur engagement professionnel ont rendu ce travail très enrichissant.

Sommaire

Introduction.....	-1-
PARTIE 1- La tuberculose, le milieu carcéral : une interaction santé justice indispensable	-3-
1 La tuberculose : une maladie contagieuse à dépister	- 3 -
1.1 Définition.....	- 3 -
1.2 Dépistage	- 3 -
1.3 Traitement.....	- 3 -
2 Le milieu carcéral : un secteur singulier et organisé	- 4 -
2.1 L'organisation pénitentiaire.....	- 4 -
2.2 La population carcérale	- 4 -
2.3 Les surveillants pénitentiaires	- 5 -
3 La prise en charge sanitaire des détenus : soins ambulatoires et hospitaliers	- 5 -
3.1 Les unités sanitaires ambulatoires	- 5 -
3.2 Les unités d'hospitalisation	- 6 -
4 Les acteurs sanitaires institutionnels impliqués dans la lutte anti tuberculeuse	- 6 -
4.1 La Direction Générale de l'Offre de Soins et la Direction Générale de la Santé -	6 -
4.2 Les Agences Régionales de Santé	- 7 -
4.3 Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse	- 7 -
5 Le dispositif de prévention et de prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral..	- 8 -
5.1 Les principes de la lutte contre la tuberculose.....	- 8 -
5.2 Procédure en cas de suspicion de tuberculose	- 8 -
5.3 Procédure en cas de confirmation de tuberculose	- 9 -
5.4 Le traitement de la tuberculose ou des ITL	- 9 -
PARTIE 2- Identification des difficultés rencontrées par les professionnels lors de la prise en soins d'un patient tuberculeux en milieu carcéral	- 10 -

1	Les difficultés relatives à la prévention et à la lutte contre la tuberculose à l'entrée du détenu en centre pénitentiaire	- 10 -
1.1	Le constat d'une faible connaissance des statistiques et des facteurs de risques épidémiologiques.....	- 10 -
1.2	Le dépistage de la tuberculose des détenus à l'entrée en centre pénitentiaire : un impératif aux multiples contraintes	- 11 -
1.3	Un volet préventif de sensibilisation et d'éducation des détenus à renforcer ...	- 12 -
2	La complexité de la prise en charge des cas de tuberculose maladie au cours de l'incarcération.....	- 12 -
2.1	Les difficultés liées à la mise en isolement des personnes détenues malades ou suspectées de l'être pendant la période d'incarcération	- 12 -
2.2	La complexité de l'enquête autour d'un cas menée par le CLAT dans le contexte de la détention.....	- 13 -
2.3	Une communication parfois difficile entre personnel hospitalier et patients détenus.....	- 13 -
3	La difficile continuité des soins du patient à la sortie de prison.....	- 14 -
3.1	Une non anticipation des sorties préjudiciable pour la continuité des soins	- 14 -
3.2	Un risque accru de mauvaise observance du traitement au moment de la libération du détenu-patient.....	- 15 -
3.3	La coordination entre le personnel justice et santé au moment de la continuité des soins limitée par le secret médical	- 16 -
3.4	Le manque de données de déclaration de fin de traitement, pourtant obligatoire-	- 16 -

PARTIE 3 – Les perspectives d'amélioration de la stratégie de dépistage et de soins de la tuberculose en milieu carcéral..... - 17 -

1	La mise en place de formations : un levier d'amélioration de la prise en charge de la tuberculose.....	- 17 -
2	Placer la personne détenue au cœur du dispositif de soins à l'instar de tout patient....	- 18 -

3	Assurer une coordination entre les professionnels du milieu carcéral et affirmer le rôle des médecins de prévention	- 19 -
4	Equiper les locaux pour assurer une meilleure prévention et prise en charge	- 20 -
5	Promouvoir l'attractivité du milieu carcéral.....	- 21 -
6	Faire évoluer la stratégie de dépistage et de prise en soins de la tuberculose	- 21 -
7	Amélioration du niveau de prise en charge par l'Assurance Maladie	- 22 -
8	La valorisation de l'éducation à la santé.....	- 23 -
	Conclusion.....	-24-
	Bibliographie	- 26 -
	Liste des annexes	- 29 -

Liste des sigles utilisés

ARS :	Agence Régionale de Santé
BCG :	Vaccin Billié de Calmette et Guérin
BK :	Bacille de Koch
CLAT :	Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPU :	Commission Pluridisciplinaire Unique
DAP :	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DGS :	Direction Générale de la Santé
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DISP :	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
ENAP :	Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire
EPNSF :	Etablissement Public National de Santé de Fresnes
IDR :	Intradermocréation
ITL:	Infection Tuberculeuse Latente
MDO:	Maladie à Déclaration Obligatoire
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
SMPR:	Service Médico-Psychologique Régional
SPIP:	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
UHSA:	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI:	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
USMP :	Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
VIH:	Virus de l'Immunodéficience Humain

Introduction

La tuberculose constitue, à l'échelle mondiale, un problème majeur de santé publique. Il s'agit de la quatrième cause de mortalité dans le monde. Selon le rapport de l'OMS relatif à la lutte contre la tuberculose¹, on comptait en 2015 10,4 millions de nouveaux cas de tuberculose dans le monde. Certaines régions du monde sont davantage touchées telles que l'Asie avec 61% de nouveaux cas, suivie de l'Afrique avec 26% de nouveaux cas. Exceptées les formes extra-pulmonaires, la tuberculose est une maladie contagieuse qui se transmet par voie aérienne. Les déplacements de population (flux migratoires et touristiques notamment) ont largement contribué ces quarante dernières années à la dissémination de la maladie sur la planète.

Selon Santé Publique France, on compte en 2015 4 741 cas sur le territoire national, soit 7,1 cas pour 100 000 habitants. La tuberculose touche majoritairement les hommes (15 hommes pour 10 femmes)². En outre, il existe de nombreuses disparités géographiques et sociodémographiques face à la maladie. Certaines régions, comme l'Île de France qui concentre des populations originaires de pays à forte endémie, sont plus touchées. De même, les personnes en situation de précarité ou les personnes âgées sont des populations à risque. Enfin, les personnes souffrant de déficit immunitaire, telles que celles atteintes du Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH), ont un risque beaucoup plus élevé de développer la maladie.

La population carcérale concentre ces facteurs de risque : personnes en situation précaire ou d'origine étrangère et prédominance masculine. Calculée à partir des données de déclaration obligatoire, l'incidence de cette pathologie est dix fois plus élevée chez les personnes incarcérées que l'incidence moyenne nationale³. De plus, le milieu carcéral est particulièrement propice au développement de la tuberculose. Les établissements

¹ WHO, Global tuberculosis report, 2016

² Direction générale de la santé, Dépistage de la tuberculose en milieu carcéral, Novembre 2014

³ FIGONI J, ANTOINE D, CHE D, juin 2011, « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009 », Bull Epidemiol HEBD, n°22, p258

pénitentiaires sont des lieux de vie en collectivité, confrontés à un phénomène de surpopulation, où la promiscuité et le confinement favorisent la contamination.

L'organisation actuelle de la prise en charge sanitaire des personnes détenues résulte de la loi du 18 janvier 1994⁴, qui pose le principe d'équivalence avec le milieu libre selon lequel les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que le reste de la population. Depuis cette loi, la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues revient au Ministère de la Santé et non plus au Ministère de la Justice et l'organisation des soins au service public hospitalier. De plus, toutes les personnes détenues, même en situation irrégulière, sont affiliées au régime général de l'Assurance maladie.

Les politiques publiques mises en place ces dernières années ont fait de la lutte contre la tuberculose en milieu carcéral un véritable enjeu de santé publique. En 2007, le programme national de lutte contre la tuberculose⁵ prévoyait un renforcement du dépistage dans les groupes à risque, notamment en milieu carcéral. Cependant, le rapport de la Cour des comptes de 2014⁶ sur la santé des personnes détenues montre que de nombreux obstacles à une prise en charge globale demeurent. Ainsi, il apparaît pertinent de s'interroger sur les limites et perspectives d'amélioration du dispositif actuel de prévention et de prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral.

Le dispositif actuel de prévention et de prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral repose sur une indispensable interaction santé-justice (I) mais se confronte à certaines difficultés lors de la prise en soins d'un patient tuberculeux (II) et pourrait donc être renforcé (III).

La méthodologie du groupe de travail est décrite en annexe.

⁴ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

⁵ Docteur Marie-Claire PATY, « Programme national de lutte contre la tuberculose : Journée nationale d'information sur la lutte antituberculeuse », Paris, 29 mai 2007

⁶ Cour des Comptes, « La santé des personnes détenues, des progrès encore indispensables », 2014

PARTIE 1 - La tuberculose, le milieu carcéral : une interaction santé justice indispensable

1 La tuberculose : une maladie contagieuse à dépister

1.1 Définition

La tuberculose est une maladie contagieuse, due au Bacille de Koch (BK). Cet agent infectieux se transmet par voie aérienne, via des gouttelettes contenant les bactéries et expectorées notamment par la toux des malades. Toutefois, dans 90% des cas⁷, les personnes infectées, porteuses de la bactérie, ne présentent aucun symptôme et ne sont pas contagieuses. Il s'agit alors d'Infection Tuberculeuse Latente (ITL). La tuberculose est une Maladie à Déclaration Obligatoire (MDO) auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui informe Santé Publique France afin de réaliser un suivi épidémiologique et assurer la veille sanitaire. Les ITL sont déclarées uniquement pour les enfants de moins de 15 ans.

1.2 Dépistage

Le dépistage de la tuberculose consiste en un examen clinique et un interrogatoire (grille de dépistage), mené par un médecin, pouvant être complétés par une radiographie pulmonaire. Cette dernière est alors associée à un examen bactériologique des expectorations consistant en une analyse microscopique et en une mise en culture pour déceler le BK. Les ITL peuvent être détectées par intradermoréaction (IDR) ou bien par mesure immunologique.

1.3 Traitement

Avec le consentement de la personne, la tuberculose maladie est traitée par des antibiotiques pendant 6 mois. Il est important de bien respecter le traitement sur la durée pour que le patient ne développe pas une tuberculose multi-résistante, qui impliquerait un traitement plus long. En complément, des mesures d'hygiène et d'isolement sont mises en place pendant la période de contagiosité.

⁷ Donnée chiffrée issue d'entretien avec un médecin inspecteur de santé publique, Direction Générale de la Santé, mai 2017

2 Le milieu carcéral : un secteur singulier et organisé

2.1 L'organisation pénitentiaire

- **La Direction de l'Administration Pénitentiaire**

Placée depuis 1911 sous l'autorité du garde des Sceaux, ministre de la Justice, la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) est l'une des cinq directions du ministère de la Justice. La DAP assure une mission de surveillance des personnes placées en détention par l'autorité judiciaire, ainsi qu'une mission de prévention de la récidive. Elle gère les établissements pénitentiaires avec différents régimes de détention, les 103 Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) qui assurent et contrôlent le suivi des personnes placées sous-main de justice, qu'elles soient en milieu ouvert ou fermé. La DAP gère également l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP), qui forme notamment les surveillants pénitentiaires.

- **Les lieux de détention**

Au 1^{er} janvier 2016, la France compte 187 établissements pénitentiaires sur le territoire national, pour un équivalent de 58 561 places. L'offre pénitentiaire se compose de différents établissements aux statuts divers et accueillant des publics catégorisés⁸.

2.2 La population carcérale

Le nombre de personnes détenues en milieu fermé en France n'a cessé de croître au cours des dix dernières années passant de 60 403 en 2007 à 70 230 au 1^{er} avril 2017, soit une augmentation de plus de 16%. A ce chiffre s'ajoutent 170 000 détenus en milieu ouvert pris en charge par les SPIP.

En 2007, la densité carcérale (taux d'occupation) en France s'élevait à 115,4 pour 100 places, soit un sureffectif de 15,4%. Ce sureffectif n'a cessé d'augmenter au cours des dix dernières années jusqu'à avoisiner, au 1^{er} avril 2017, les 20%. La surpopulation concerne essentiellement les maisons d'arrêt⁹.

⁸ Annexe 4

⁹ www.justice.gouv.fr, Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France, 2017

Il existe cependant de nombreuses disparités selon les territoires. Ainsi, les établissements pénitentiaires d'Ile de France souffrent particulièrement du sureffectif carcéral avec une densité carcérale proche de 200% en maison d'arrêt¹⁰, ce qui explique les chiffres plus élevés de cas de tuberculose du fait de la promiscuité des personnes détenues (les personnes détenues cohabitent à 2 ou 3 par cellule)¹¹.

2.3 Les surveillants pénitentiaires

En 2017, l'administration pénitentiaire compte 39 000 agents dont 29 000 surveillants. Au cours de la formation des surveillants, assurée par l'ENAP, les élèves bénéficient d'une sensibilisation aux problématiques sanitaires, notamment celle de la tuberculose. Cette sensibilisation est réalisée en fin de cursus par le médecin de prévention de l'école. Les surveillants sont également formés à l'observation et à la détection d'un état de fragilité chez la personne détenue (signalement sur logiciel ou lors de la Commission Pluridisciplinaire Unique hebdomadaire, CPU).

Depuis 2008, chaque élève surveillant bénéficie d'un test de détection de la tuberculose latente et d'un entretien sur la maladie avec le médecin de prévention de l'ENAP. A chaque sortie de promotion, la fiche de synthèse de l'élève avec les résultats du test tuberculique est adressée à la Direction des Ressources Humaines et au médecin de prévention de la primo-affectation. Par la suite, le suivi médical des surveillants sera assuré par les médecins de prévention de leur établissement d'affectation.

3 La prise en charge sanitaire des détenus : soins ambulatoires et hospitaliers

3.1 Les unités sanitaires ambulatoires

L'organisation sanitaire en milieu carcéral dépend depuis 1994 du ministère en charge de la santé¹². Au sein de chaque établissement, des Unités Sanitaires en Milieu

¹⁰ Programme régional de santé 1, ARS Ile de France, 2013-2018

¹¹ Donnée issue d'entretien avec le médecin de l'USMP d'une maison d'arrêt, Ile de France, 2017

¹² Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale confiant au service publique hospitalier la prise en charge sanitaire des personnes détenues

Pénitentiaire (USMP) ont été mises en place. Ce sont des unités hospitalières déportées dans la structure pénitentiaire et qui assurent les soins ambulatoires (consultation, distribution de médicaments) ainsi que des missions d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient. Elles sont rattachées à un pôle de l'établissement de santé de référence et gérées par un médecin référent qui devient alors l'interlocuteur de l'administration pénitentiaire.

Dans ce cadre, chaque établissement pénitentiaire met en place une commission santé composée de représentants des équipes soignantes et du personnel pénitentiaire. Elle favorise la coordination et l'information réciproque des professionnels des différents services ainsi que leur mobilisation sur les actions de prévention et de promotion de la santé.

3.2 Les unités d'hospitalisation

Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, la personne détenue peut être transférée au centre hospitalier de référence, dans une chambre sécurisée. Un service d'escorte, composé de policiers ou de gendarmes, surveillants pénitentiaires, voire société privée¹³, assure ce transfert. La durée d'hospitalisation ne peut excéder 48 heures. Au-delà, le patient détenu sera transféré au sein de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) à laquelle est rattachée l'établissement pénitentiaire au nombre de huit en France, soit 170 lits¹⁴. Il existe également un Etablissement Public National de Santé à Fresnes (EPNSF). Il s'agit d'un hôpital au sein de l'établissement pénitentiaire de Fresnes, disposant de 80 lits dont 15 lits de médecine pouvant accueillir des personnes atteintes de tuberculose.

4 Les acteurs sanitaires institutionnels impliqués dans la lutte anti tuberculeuse

4.1 La Direction Générale de l'Offre de Soins et la Direction Générale de la Santé

Au niveau du ministère de la santé, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) est en charge du pilotage national de l'organisation des UHSI et de l'allocation de

¹³ Donnée issue d'entretien avec le médecin de l'USMP, maison d'arrêt, Ile de France, 2017

¹⁴ Accès aux soins en milieu carcéral, C Barbier, 2016

ressources pour la prise en charge des personnes détenues. Elle travaille également au renforcement des moyens des unités sanitaires et accompagne financièrement les expérimentations locales en lien avec les « référents santé des personnes détenues » des ARS. En parallèle, à la Direction Générale de la Santé (DGS), le bureau « santé des populations et politique vaccinale » gère la thématique de santé des populations vulnérables notamment les personnes sous-main de justice.

Il existe également un Comité interministériel de coordination de la santé qui réunit les directeurs d'administration centrale du ministère de la Justice et du ministère chargé de la Santé. Ce comité est en charge de toute question d'ordre général se rapportant à la prévention, à l'organisation des soins, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale, ainsi qu'aux conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires.

4.2 Les Agences Régionales de Santé

Au niveau régional, l'ARS est chargée d'évaluer les besoins et de définir l'offre de soins en milieu pénitentiaire. Ceux-ci sont intégrés dans les Schémas Régionaux de Santé (SRS). Il existe également une instance de coordination à cet échelon territorial, la commission régionale santé-justice, qui veille à la mise en œuvre des orientations fixées par le Comité interministériel.

4.3 Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse

Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) coordonne la lutte antituberculeuse au niveau départemental. Il réalise les consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale. Il effectue le dépistage avec enquête dans l'entourage des cas et des actions ciblées de dépistage auprès des publics précaires. Il intervient également dans les actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risque. Il met en place des formations de prévention et d'information à destination des professionnels. Il participe enfin à l'évaluation et à la surveillance épidémiologique.

5 Le dispositif de prévention et de prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral

5.1 Les principes de la lutte contre la tuberculose

La circulaire de 2007¹⁵ fixe les principes de la lutte antituberculeuse qui consiste à :

- un dépistage et un traitement précoce ;
- un suivi jusqu'à la guérison ;
- une identification des sujets contacts ;
- une vaccination par le BCG dans certaines indications.

L'application de ces principes se traduit par un examen clinique réalisé par le médecin de l'USMP qui déterminera ensuite s'il y a lieu de prescrire une radiographie pulmonaire, qui n'est plus obligatoire depuis 2007¹⁶. Si la radiographie est jugée nécessaire, elle doit l'être dans les plus brefs délais, de préférence sur place lorsque l'établissement est équipé de matériel radiographique. Elle doit être interprétée, au plus tard, dans les huit jours de l'incarcération¹⁷. En cas d'incarcération longue, l'intérêt de la radiographie pulmonaire est réévalué par le médecin de l'USMP au-delà de deux ans.

5.2 Procédure en cas de suspicion de tuberculose

En cas de suspicion de la tuberculose, la démarche médicale consiste en une radiographie pulmonaire systématique, un examen bactériologique des expectorations, des mesures de protection expliquées au détenu et aux personnes « contact », telles que l'affectation en cellule individuelle avec porte fermée qui est prescrite par le médecin, le port d'un masque FFP2 pour toute personne entrant dans la cellule, la limitation des déplacements avec port du masque, du détenu potentiellement contagieux

¹⁵ Circulaire DGS/DGOS/DAP 2007- PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement, formation des personnels.

¹⁶ La circulaire DGS/SP2/VS2/DAP n°98538 du 21 août 1998 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu carcéral précisait que « 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 [...] »

¹⁷ Guide méthodologique – Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice (Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales et de la santé), 2012

5.3 Procédure en cas de confirmation de tuberculose

Une fois le diagnostic confirmé, la démarche comprend :

- la déclaration obligatoire, effectuée par le médecin qui pose le diagnostic, est transmise le plus rapidement possible au médecin de l'ARS qui avertira ensuite le CLAT ;
- l'hospitalisation de la personne contagieuse, en UHSI si possible, sinon dans le centre hospitalier de référence en cellule sécurisée en attendant son transfert en UHSI. A l'issue de la période contagieuse (environ deux à trois semaines), le patient retourne en milieu carcéral où le médecin de l'USMP prend en charge la poursuite du traitement (levée des mesures d'isolement, contrôle radiologique et consultation à trois mois).
- Une phase d'investigation et de prise en charge des sujets « contact » coordonnée par une équipe pluridisciplinaire (médecin du CLAT avec le médecin de l'USMP, médecins de prévention des services pénitentiaires, médecins du travail des services sanitaires, médecins de famille et l'équipe hospitalière). Elle consiste à identifier toutes les personnes susceptibles d'avoir été en contact avec le patient au cours des trois derniers mois. Le médecin du CLAT évalue et hiérarchise ensuite, selon des critères bien définis, le risque individuel de chaque sujet contact vis-à-vis de l'infection et de la maladie tuberculeuse.

5.4 Le traitement de la tuberculose ou des ITL

Lorsque la sortie du détenu survient avant le terme du traitement, le médecin de l'USMP prévient le CLAT qui s'assure de la continuité des soins (délivrance de médicaments à titre gratuit, consultations de suivi) et le SPIP qui se charge de l'ouverture des droits sociaux.

Lorsqu'une ITL est détectée, la personne se voit proposer un traitement de trois mois si le contact avec le bacille remonte à moins de deux mois. Si la personne refuse le traitement, elle est suivie par le CLAT tous les 6 mois durant deux ans. Au bout de deux mois après le contact avec le cas index, un test est à nouveau réalisé (IDR ou test immunologique).

Selon l'avis du Conseil supérieur public de France, une déclaration « Issues de traitement de la tuberculose » est obligatoire.

PARTIE 2- Identification des difficultés rencontrées par les professionnels lors de la prise en soins d'un patient tuberculeux en milieu carcéral

La dispensation des soins en milieu carcéral est complexe. Plusieurs raisons sont généralement invoquées au premier rang desquelles le manque de personnel à la fois pénitentiaire (un nombre de surveillants insuffisant, des équipes d'escortes chargées d'assurer les extractions jusqu'à l'hôpital très sollicitées, un turn-over important des personnels) et soignants (accès limité à certaines spécialités...). Ceci est d'autant plus préjudiciable au regard de la surpopulation carcérale que connaît actuellement la France.

Au-delà de ce problème d'accès aux soins en milieu carcéral, il conviendra d'analyser dans cette partie davantage les difficultés rencontrées par les professionnels dans la prise en soins des patients tuberculeux à toutes les étapes de son parcours, à savoir de son entrée en détention à sa libération.

1 Les difficultés relatives à la prévention et à la lutte contre la tuberculose à l'entrée du détenu en centre pénitentiaire

1.1 Le constat d'une faible connaissance des statistiques et des facteurs de risques épidémiologiques

Une bonne connaissance des statistiques quant aux cas de tuberculose en milieu carcéral semble être un préalable nécessaire à une lutte efficace contre cette maladie infectieuse. Pourtant, un manque de statistiques se dessine lié à l'absence de remontée des chiffres épidémiologiques ou des enquêtes de prévalence de l'ARS.

En outre, si une meilleure connaissance des facteurs de risques s'observe, elle a pour pendant le risque d'aboutir à un nouveau type de discrimination. En effet, les populations en situation de précarité et les migrants venant de pays à forte endémie sont les plus susceptibles de la développer, et le nombre de cas augmente régulièrement dans ces populations. On note par exemple une incidence seize fois plus élevée chez les sujets de 24-39 ans en provenance notamment d'Asie, d'Afrique et d'Europe de l'Est en

comparaison avec les personnes de nationalité française du même âge. De cette analyse objective découle le risque d'une stigmatisation des « populations à risques » en termes géographiques.

De plus, cette stigmatisation peut se révéler particulièrement problématique dans les cas non avérés. Ces derniers peuvent entraîner une sur réaction du personnel pénitentiaire, manifestant de l'inquiétude. Le climat social de la prison peut alors influencer sur le bon déroulement de l'enquête. C'est ainsi que, si le dépistage de masse n'est médicalement pas nécessaire, il pourra être malgré tout réalisé, sous la pression de l'administration pénitentiaire qui souhaite apaiser les relations avec les organisations syndicales.

1.2 Le dépistage de la tuberculose des détenus à l'entrée en centre pénitentiaire : un impératif aux multiples contraintes

La question de la réalisation systématique ou non d'une radiographie pulmonaire chez un détenu entrant apparaît particulièrement complexe. Si le radio dépistage systématique de la tuberculose n'est plus une obligation depuis 2007, dans les faits, il continue d'être réalisé de manière automatique dans les centres pénitentiaires d'Ile-de-France. Plusieurs explications sont avancées telles que le gain économique réalisé ou la réduction de l'anxiété du personnel pénitentiaire.

Un tel usage de la radiologie implique cependant de disposer des moyens logistiques suffisants et d'une coordination entre les acteurs satisfaisante. Or, force est de constater une hétérogénéité quant aux délais d'interprétation des radiographies pulmonaires. Celle-ci se fait en lien avec des praticiens hospitaliers exerçant dans les centres hospitaliers de rattachement. Si dans certains cas, les retours d'interprétation se font dans des délais convenables, un manque d'implication clinique des professionnels de santé dans l'activité de l'USMP s'observe parfois. Ainsi, face à des délais d'imagerie (IRM et Tomodensitométrie (scanner)) très longs dans l'hôpital de référence, il peut s'avérer nécessaire de faire appel à l'imagerie privée.

Par ailleurs, la diffusion de la bonne pratique clinique est en partie tributaire d'une bonne communication. Pourtant, la réforme concernant la disparition du caractère obligatoire des radiographies pulmonaires systématiques semble avoir fait l'objet d'une

communication insuffisante. Cette mesure a été mal perçue et a entraîné une certaine confusion chez les professionnels concernant la démarche à suivre. La preuve étant que cette confusion a quasiment mis fin aux remboursements par le CLAT des radiographies effectuées dans un USMP, au motif que celles-ci n'étaient plus obligatoires.

1.3 Un volet préventif de sensibilisation et d'éducation des détenus à renforcer

La surpopulation carcérale des maisons d'arrêt (allant de 160 à 200% en Île-de-France et dans les départements et régions d'outre-mer) empêche de manière structurelle d'effectuer une prévention et un dépistage optimal. Le manque de moyens humains et logistiques peut être problématique. Tous les médecins ne disposent pas, par exemple d'une grille de dépistage, et n'ont pas toujours le temps de poser les questions nécessaires. De ce fait, le temps dévolu à la sensibilisation et à l'éducation des détenus se retrouve très réduit. Il semble pourtant central de faire comprendre au patient l'intérêt d'avoir une bonne observance du traitement et de lui donner les éléments de compréhension nécessaires à sa bonne prise en soins.

2 La complexité de la prise en charge des cas de tuberculose maladie au cours de l'incarcération

2.1 Les difficultés liées à la mise en isolement des personnes détenues malades ou suspectées de l'être pendant la période d'incarcération

La prise en charge de patients détenus tuberculeux nécessite une implication forte du personnel pénitentiaire et des moyens matériels suffisants.

Lorsqu'un cas de tuberculose est suspecté, la personne détenue est placée en isolement, dans une cellule individuelle et séparée des codétenus pour la douche et la promenade afin d'éviter tout risque de contamination. Par la suite, une organisation des transports d'escorte des personnes malades ou suspectées de l'être est nécessaire pour le transfert du détenu vers les établissements de santé. Cette organisation logistique est conséquente, non seulement pour le personnel pénitentiaire mais également pour le personnel hospitalier, d'où le recours occasionnel à des sociétés de transport privées.

La prise en charge des cas de tuberculose résistante ou multi résistante est encore plus complexe dans la mesure où la période d'isolement est susceptible d'être de longue durée.

L'isolement pour suspicion de tuberculose est levé à l'issue d'un délai de 15 jours si le résultat de l'examen microscopique des expectorations est négatif, bien que la mise en culture puisse durer jusqu'à 42 jours. Si le résultat devient positif au-delà des 15 jours, il convient alors de remettre le patient en isolement ou éventuellement de rappeler un détenu déjà libéré pour l'informer de la nécessité d'un traitement. Cette levée de l'isolement implique la mise en contact d'une personne contagieuse avec d'autres individus. De plus, l'isolement de plusieurs semaines s'avère particulièrement difficile à mettre en œuvre.

Enfin, le transfert de personnes pour lesquelles on suspecte une tuberculose pose un problème global. L'isolement n'est pas toujours respecté, notamment pour les cas de suspicion de tuberculose ce qui entraîne des tensions avec le personnel accompagnant. La question de la disponibilité des véhicules et des escortes demeurent également problématique, notamment dans un contexte d'état d'urgence.

2.2 La complexité de l'enquête autour d'un cas menée par le CLAT dans le contexte de la détention

La prise en charge du patient détenu et l'enquête relative à l'identification des personnes contact impliquent l'intervention de divers acteurs : personnel pénitentiaire, personnel hospitalier, escortes, équipes du CLAT... Or, les problèmes de coordination entre ces multiples intervenants engendrent bien souvent des délais relativement longs pour l'enquête ou pour l'initiation du traitement. Le *Conseil supérieur d'hygiène publique de France* note également que l'enquête se heurte à certains obstacles : difficultés pour obtenir des renseignements de personnes en situation irrégulière, barrières culturelles et linguistiques avec les personnes détenues, mauvaise traçabilité des personnes contact (transferts de personnes détenues entre établissements, sortie de détention, circulation des professionnels sur plusieurs sites...).

La non convergence des systèmes d'information complique par ailleurs un peu plus la bonne coordination des différentes parties prenantes lors de l'enquête, entraînant une perte de temps et d'informations.

2.3 Une communication parfois difficile entre personnel hospitalier et patients détenus

Le premier obstacle à la communication avec le patient est souvent linguistique, bien que les unités sanitaires et les hôpitaux aient accès à des services d'interprétariat. La

barrière de la langue entre soignants et soigné, ainsi que le niveau d'éducation des patients détenus concernés, rendent difficile la bonne compréhension par le patient de sa pathologie et donc l'acceptation des soins. A cette difficulté s'ajoute, dans certains établissements, le stigmate de la mise en isolement de la personne malade face aux codétenus.

Ces difficultés sont susceptibles de compromettre l'adhésion au traitement par le patient, malgré les efforts du personnel soignant de l'établissement qui veille à la bonne prise du traitement médicamenteux et à son éducation thérapeutique. Aussi, dans certains cas, se pose la question du refus de soins. Le personnel hospitalier s'efforce de convaincre le patient et l'informe des conséquences de sa décision (pour lui-même mais également pour les personnes qui l'entourent) mais demeure dans l'obligation de respecter sa volonté si celui-ci persiste dans son refus¹⁸.

3 La difficile continuité des soins du patient à la sortie de prison

3.1 Une non anticipation des sorties préjudiciable pour la continuité des soins

Une difficulté majeure réside dans la non anticipation des sorties des détenus dont la date n'est pas connue à l'avance, ni par l'USMP, ni par le CLAT du département. Cela s'explique par des raisons structurelles telles que la libération des prévenus à la barre au cours d'une audience, mais également à des raisons relevant davantage de l'organisation pénitentiaire et d'un manque de communication entre le personnel justice et santé.

Si des améliorations sont aujourd'hui constatées par les professionnels de terrain, avec par exemple, la mise en place d'outils tels qu'un tableau prévisionnel des sorties à échéance de deux semaines, la marge de manœuvre reste importante.

Cette non anticipation des sorties porte préjudice à la possibilité d'organiser, en amont, le suivi du traitement d'un patient tuberculeux et de faire le lien avec le milieu libre. En effet, le médecin de l'USMP est certes en mesure de délivrer une ordonnance mais manque de temps pour élaborer une fiche de liaison et contacter un médecin traitant qui jouerait, dans l'idéal, ce rôle de relais entre milieu carcéral et milieu libre.

¹⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La solution qui consisterait à créer un dossier médical partagé pour faciliter le transfert de ces informations et la fluidité du parcours du patient n'est pas envisageable en l'espèce, en ce qu'elle se heurte à la confidentialité des données personnelles liées au passé carcéral du patient. De plus, dans la plupart des cas, la couverture sociale des détenus est toujours bloquée à leur sortie.

3.2 Un risque accru de mauvaise observance du traitement au moment de la libération du détenu-patient

Il apparaît primordial de poursuivre la prise du traitement pour les patients sortis de prison dans la mesure où, d'une part, elle constitue le socle de la lutte contre la maladie et d'autre part, que la non observance du traitement d'une tuberculose dite « standard » est lourde de conséquences. En effet, cette dernière peut générer une tuberculose résistante secondaire dont la prise en charge s'avère plus complexe et plus onéreuse.

Le problème se pose pour les détenus ayant débuté un traitement lors de leur incarcération et qui sont libérés, alors que le traitement est toujours en cours. Le suivi rigoureux du protocole médical (prise de traitement à jeun par exemple) en milieu libre s'avère particulièrement difficile. En effet, les détenus sont souvent issus d'un milieu social précaire, avec un niveau d'éducation faible, notamment en santé, ce qui ne facilite pas la bonne prise du traitement. Leur adhésion est, par conséquent, activement recherchée par les médecins.

Pour ce faire, le CLAT propose alors un protocole de soins individualisé en adaptant la fréquence des visites médicales au profil du patient et à sa capacité à prendre correctement son traitement ; la bonne ou mauvaise observance se vérifiant aisément au moyen de signes cliniques tels que la coloration des urines. La distribution des médicaments au compte-gouttes est alors un moyen pour les professionnels de santé de créer un lien de confiance avec l'ancien détenu dont dépendra en grande partie la qualité du suivi du patient. D'autres stratégies sont également mises en place par les médecins et infirmiers qui usent de pédagogie. Ils s'appuient par exemple sur la famille ou l'entourage de l'ancien détenu, avec cette idée constante d'adapter la prise en charge à cette population particulière.

3.3 La coordination entre le personnel justice et santé au moment de la continuité des soins limitée par le secret médical

La coordination entre le personnel relevant de la justice et de la santé permet d'assurer une continuité dans le suivi du patient lors de son passage du milieu carcéral au milieu libre. Toutefois, le périmètre de cette collaboration est un véritable enjeu qui soulève de nombreuses interrogations. Les professionnels soignant du CLAT s'interrogent par exemple sur la possibilité d'avertir ou non le SPIP lorsqu'un détenu en milieu ouvert qui, bien que ne pointant pas auprès de l'administration pénitentiaire, honore ses RDV médicaux. Le milieu carcéral rend en effet plus délicat le maintien d'une position stricte sur le secret professionnel.

3.4 Le manque de données de déclaration de fin de traitement, pourtant obligatoire

A la suite de recommandations communautaires publiées en 1998¹⁹, les pays de l'Union Européenne ont mis en place des systèmes de surveillance des issues de traitements antituberculeux. En France, la surveillance du résultat du traitement de la tuberculose est introduite en 2007. Selon Antoine et Che (2013), un tiers des fins de traitement ne sont pourtant pas déclarées en France en 2009. Ce problème est spécifique à la France dans la mesure où la plupart des pays européens et en voie de développement obtiennent de meilleurs résultats (l'objectif fixé par l'OMS de 85% de taux de déclaration n'est toutefois que rarement atteint). Afin de faciliter cette démarche, des plateformes de déclaration en ligne des fins de traitement ont été instaurées.

¹⁹ ANTOINE D et CHE D, « Eurosurveillance, la surveillance des issues de traitement dans les cas de tuberculose pulmonaire déclarés en France en 2009 », 2013

PARTIE 3 – Les perspectives d’amélioration de la stratégie de dépistage et de soins de la tuberculose en milieu carcéral

Le but de cette partie est de proposer des pistes d’améliorations aux difficultés rencontrées par les professionnels du milieu carcéral (santé et justice) tout en généralisant les bonnes pratiques existantes. Certaines initiatives identifiées sur le terrain peuvent être transposables au domaine de la prévention de la tuberculose.

1 La mise en place de formations : un levier d’amélioration de la prise en charge de la tuberculose

Afin de diminuer les psychoses et craintes que peuvent avoir les surveillants, il semble opportun d’organiser des sessions de formation afin de sensibiliser les surveillants aux problèmes de santé auxquels les personnes détenues peuvent être confrontés. Ces journées de formation seraient assurées par les médecins de l’hôpital référent, en charge de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de la tuberculose. La présence du médecin de prévention serait également conseillée car il reste la personne ressource auprès des surveillants.

Concernant le contenu de ces formations, il est indispensable qu’elles soient adaptées à un public de surveillants pénitentiaires. Elles doivent prendre en considération leur expérience du terrain, les rassurer sur leur pratique quotidienne et ne pas se réduire exclusivement à une présentation théorique. Seront impérativement expliqués les risques réels de la tuberculose afin de démystifier la maladie. Le risque est avéré uniquement après un contact de 8 heures cumulées dans un espace de 8 m². Des réponses seront également apportées à toutes les questions soulevées par le personnel.

Les médecins devront expliquer les procédures à suivre en cas de suspicion de tuberculose, (personnes ressources à contacter, comportements à adopter pour le détenu, pour le surveillant tel que le port d’un masque, conformément aux recommandations du Haut Conseil pour la Santé Publique).

L'intérêt de la mise en place de ces formations reste l'amélioration de la communication interne de l'établissement, le niveau de connaissance et la réduction des risques. Il est toutefois important que leur fréquence soit relativement soutenue du fait du turn over important au sein des structures. Ces journées de formation commencent à se mettre en place, notamment dans les établissements pénitentiaires de Nantes. Ces formations peuvent s'accompagner de réunions d'informations, lors d'entretiens médicaux individuels, ou encore lettre d'informations²⁰.

2 Placer la personne détenue au cœur du dispositif de soins à l'instar de tout patient

Il est nécessaire de placer le détenu au cœur de son parcours de santé pour une meilleure adhésion aux traitements médicaux et pour le responsabiliser.

La démarche communautaire de l'association médecins du monde au sein des établissements pénitentiaires de Nantes est, à cet égard particulièrement intéressante, permettant une très forte implication des détenus à plusieurs niveaux :

- Des groupes de travail sous forme d'ateliers collectifs avec les détenus sont organisés. Ils permettent de faire émerger les problèmes de santé et de trouver des personnes ressources qui s'investissent.

Un livret d'accueil pour les arrivants créé par les détenus de la maison d'arrêt de Nantes pour pallier le manque d'information est un exemple de ce qui peut en émerger, tout comme la création du « petit journal concernant notre santé ». Aussi, une autre initiative, « L'écho d'Arcy », journal rédigé par des détenus, sensibilise leurs pairs sur des sujets de santé publique (amiante...) ²¹.

- La mise en place de groupes plus restreints (5 à 6 détenus) sur des thématiques précises telles que le risque suicidaire permettent de mener une réflexion collective sur des moyens d'action. Les équipes médicales et l'administration pénitentiaire peuvent intervenir.

²⁰ Annexe 5

²¹ Annexe 6

- La création d'un conseil de vie et de la détention pour favoriser la démocratie participative en détention. Cette instance permettrait d'impliquer les détenus dans leurs conditions de vie et de détention.

3 Assurer une coordination entre les professionnels du milieu carcéral et affirmer le rôle des médecins de prévention

Les différents acteurs du milieu carcéral apparaissent cloisonnés. Une meilleure coordination semble donc essentielle pour une bonne prise en soins de la personne détenue, de son arrivée à sa sortie. Quelques pistes peuvent être envisagées telles que :

- Des réunions associant tous les acteurs volontaires de la tuberculose (équipe des unités sanitaires, CLAT, équipes médicales de l'hôpital référent, les SPIP et les médecins de prévention). De telles réunions sont organisées dans une maison d'arrêt de l'Ile de France qu'il est possible de prendre comme référence. Le but serait de les pérenniser;
- Les commissions de santé et les commissions interministérielles sont à développer davantage avec au minimum une réunion annuelle;
- Mieux anticiper la sortie des détenus afin d'éviter les « perdus-de-vue » post incarcération. Une concertation avec le SPIP, le CLAT, l'administration pénitentiaire et l'USMP avant chaque sortie permettrait de laisser le temps aux soignants du CLAT de communiquer avec les patients détenus et d'assurer la consultation obligatoire de sortie par le médecin de l'USMP, ce qui n'est pas toujours le cas ;
- Une « consultation relais » pourrait être envisagée de façon systématique à la sortie avec un médecin de ville afin d'assurer une coordination milieu carcéral-milieu ordinaire et un suivi du dossier du patient;
- Une concertation avec les organismes compétents est également à prévoir pour l'anticipation de la demande d'affiliation au régime général de sécurité sociale pour qu'il n'y ait pas de rupture de prise en charge à la sortie.

Il serait également pertinent qu'au sein de chaque établissement, l'équipe de direction assure la communication des protocoles institutionnels et des fiches réflexes relatives à la

tuberculose²². Cette communication doit être permanente et renforcée lors de l'arrivée de nouveaux agents.

Un projet de circulaire s'adressant aux ARS est actuellement en cours. Il a notamment pour vocation d'améliorer les liens entre les différents acteurs intervenant dans le milieu carcéral via des lignes directrices répondant à des interrogations telles que faut-il vacciner les professionnels..., et la réédition du guide méthodologique pour combler le besoin d'informations des acteurs de terrain.

Les médecins de prévention tiennent un rôle majeur dans la prévention des risques de santé et dans la prise en charge individuelle des surveillants. Ils doivent veiller à une qualité de vie au travail satisfaisante et s'assurer que les nouveaux arrivants bénéficient d'un accompagnement adapté (remise et explications des fiches réflexes, documents institutionnels...). Il serait donc opportun de les impliquer davantage au sein de l'établissement et d'affirmer leur rôle essentiel.

4 Equiper les locaux pour assurer une meilleure prévention et prise en charge

Pour une prise en charge sécurisée d'un cas de tuberculose, il est préconisé de disposer d'une cellule vide 24h/24h pour prévenir l'éventualité d'une suspicion de tuberculose. Cette mesure apparaît nécessaire mais difficile à mettre en œuvre, notamment dans les petites structures et au regard de la surpopulation carcérale. En effet, ce type de cellule est réservé au risque suicidaire des personnes détenues.

Un médecin d'un établissement public de santé national d'Ile de France préconise de mettre en place un système d'évacuation d'air plus performant, des cellules avec des sas et des chambres à pression négative. Actuellement, aucune structure de soins pénitentiaire n'en est dotée ce qui peut poser problème pour le traitement d'une tuberculose multi résistante.

²² Annexe 7

5 Promouvoir l'attractivité du milieu carcéral

Les structures pénitentiaires souffrent d'un manque de personnels notamment dans les équipes des USMP. Il serait donc pertinent d'améliorer l'attractivité de la profession d'infirmier par des primes spécifiques ou des formations présentant le travail en milieu carcéral et ses particularités dès la formation initiale. De ce fait, les préjugés en seraient affaiblis.

La loi de finances de 2017 met l'accent sur l'amélioration des conditions de travail des personnels et prévoit de compenser les sorties (départs en retraite) et permettre la création d'emplois. Au sénateur Hugues PORTELLI²³ d'observer toutefois que cette mesure « ne suffira pas à résoudre le problème chronique du manque d'effectifs ».

De plus, une meilleure reconnaissance et une revalorisation des conditions de travail des professions en milieu carcéral seraient source de motivation de la part des agents.

6 Faire évoluer la stratégie de dépistage et de prise en soins de la tuberculose

Le maintien de la radiographie du thorax systématique à chaque arrivée d'un détenu semble impératif pour plusieurs raisons :

- Pallier les cas de tuberculose sans symptôme (L'étude menée à Toulouse en date du 1 janvier 2006 au 31 décembre 2013 signale que pour 15 000 entrants, 35 tuberculoses maladie diagnostiquées soit une incidence cumulée moyenne de 232 pour 100 000 entrants pour 54% de cas asymptomatiques²⁴), et globalement endiguer les risques de contagion et de dissémination de la maladie.
- La systématisation de la radiographie présente un avantage économique en ce que les conséquences induites par un diagnostic de tuberculose passé inaperçu est plus onéreux que le coût des radiographies préventives (21 euros par radiographie).

²³ Avis n° 146 (2016-2017) de M. Hugues PORTELLI, fait au nom de la commission des lois, déposé le 24/11/2016

²⁴ Donnée issue de l'entretien avec le médecin du CLAT 94

- L'exposition aux rayons ionisants est négligeable dans la mesure où cette dernière équivaut seulement à 8 jours d'exposition solaire.

Il est également primordial de maintenir un délai court d'interprétation des radiographies pulmonaires pour une prise en charge rapide et éviter les contaminations des personnes contact.

Une discussion est en cours au niveau national concernant la modification de la circulaire de 2007. Il est prévu que le médecin examine cliniquement le patient/détenu et, suite à cet examen il peut ne pas proposer de clichés radiologiques. Le paradigme serait donc inversé pour une incitation plus forte des dépistages et traitements précoces de la tuberculose asymptomatique.

7 Amélioration du niveau de prise en charge par l'Assurance Maladie

Aussi, la prise en charge du test immunologique (QuantiFERON®) par l'assurance maladie (non pris en compte actuellement dans la nomenclature des actes biologiques) permettrait un dépistage plus rapide et moins coûteux de la tuberculose. Cette mesure serait particulièrement favorable pour les établissements de moins de 400 détenus n'ayant pas de matériel de radiologie et effectuant donc très peu de dépistage de la tuberculose.

Selon un médecin d'un établissement public de santé national d'Ile de France, il semble pertinent que des tests GeneXpert (qui permettent de détecter la tuberculose en moins de deux heures) soient pratiqués directement si la radiographie est anormale. Les USMP des établissements pénitentiaires seraient équipées de l'appareil nécessaire pour favoriser une prise en charge plus rapide. Pour réduire les risques de contagion, il est opportun que les patients puissent expectorer dans un récipient jà usage unique, et donc que les structures en soient équipées. Si le GeneXpert favorise une prise en charge plus rapide, il ne remplace pas la mise en culture et l'examen microscopique toujours nécessaires pour identifier les résistances, mais l'obstacle principal reste le coût.

8 La valorisation de l'éducation à la santé

L'observance du traitement par le détenu favoriserait une meilleure continuité des soins à la sortie. En effet, le traitement n'est pas modulable et dure obligatoirement 6 mois. Il est donc indispensable que le détenu y adhère. C'est toute l'importance de faire comprendre au patient en début de traitement la nécessité de suivre ce dernier jusqu'au bout et de créer avec lui une alliance thérapeutique. C'est un enjeu à la fois individuel et collectif pour la réussite du traitement.

Cette attitude responsable relève de ce que l'on dénomme « éducation à la santé » et qu'il est primordial de développer. Le CLAT doit mettre en place un système de rappel et de suivis.

Il est important que le traitement de la maladie soit étendu aux tuberculoses latentes, comme le recommande l'OMS et non pas aux seules tuberculoses avérées. Cette recommandation fut transposée dans la législation française mais n'est pas appliquée. Le coût élevé expliquerait cette non application.

Enfin, la valorisation tarifaire des actes en télémédecine permettrait d'avoir un avis d'un médecin spécialiste rapidement pour accélérer la prise en charge médicale des détenus. Cela aurait un impact économique certain non négligeable. En effet, le coût moyen d'une extraction (transfert MA à l'hôpital) est de 500€ avec une borne haute de 1 500€ pour les détenus les plus dangereux²⁵.

²⁵ Donnée issue de l'entretien avec un médecin de l'USMP de la maison d'arrêt du Mans

CONCLUSION

Le sujet qu'il nous a été proposé d'étudier n'est pas une thématique nouvelle. Toutefois, la lutte contre la tuberculose en milieu carcéral reste une problématique fondamentale au regard notamment du contexte actuel. En effet, la surpopulation carcérale que connaît la France depuis quelques années renforce le risque associé à la tuberculose du fait d'une part, de la promiscuité des détenus et d'autre part, des difficultés organisationnelles dans la mise en place d'une stratégie de prévention et de prise en charge sanitaire. A ces contraintes s'ajoute une prédominance de l'aspect sécuritaire pour les professionnels pénitentiaires sur la dimension sanitaire, du fait de l'état d'urgence et de l'évolution du profil des détenus. Par conséquent, l'équivalence des soins entre milieu libre et milieu carcéral n'est donc pas totalement acquise. Bien que « *l'hôpital entre dans la prison* »²⁶, des inégalités demeurent tant au niveau de l'accès aux soins pour les personnes détenues (permanence, équipement) que de la formation des professionnels. Le milieu carcéral ne bénéficie donc pas, au même rythme que l'hôpital, de l'amélioration du système de santé. D'autant plus que des disparités territoriales demeurent dans l'application des politiques nationales santé/justice.

Les représentations sociales des détenus et des professionnels pénitentiaires liées à la tuberculose et le manque de connaissances de la maladie, impactent négativement la qualité des soins. Pour faire évoluer les mentalités, il apparaît nécessaire de renforcer la sensibilisation à la fois des professionnels par des formations spécifiques mais également des détenus par la promotion de l'éducation à la santé. La coopération entre professionnels justice/santé et la communication avec les détenus sont donc des leviers efficaces pour lutter contre la tuberculose en milieu carcéral. Ce qui sous-tend une revalorisation de ces professionnels de nature à améliorer l'attractivité de ces métiers.

²⁶ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis n° 94 La santé et la médecine en prison – 26 octobre 2006

Ce module interprofessionnel a été, pour le groupe, l'occasion d'aller à la rencontre de professionnels investis dans leur mission et de réinterroger nos représentations du milieu carcéral. Certes, ce sujet nous a amenées à échanger autour de la tuberculose, mais plus globalement nous a interpellées sur le système de santé dans les lieux de détention et notamment sur la conception que la France accorde aux droits des patients lorsqu'ils sont placés sous-main de justice. Enfin, la bientraitance tend à nous rappeler que « *La réflexion éthique qui émane du sens à donner à l'incarcération engage notre société dans son ensemble. Nous sommes tous, en tant que collectivité, et chacun d'entre nous, en tant que citoyen, responsables de la protection de la santé physique et mentale des personnes incarcérées, qu'elles soient mises en examen et prévenues, et comme telles présumées innocentes, ou qu'elles aient été condamnées par la justice au nom du peuple français* »²⁷.

²⁷ Ibid

Bibliographie

Textes

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale confiant au service publique hospitalier la prise en charge sanitaire des personnes détenues
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>

Loi n° 1436 du 24 novembre 2009 (loi pénitentiaire)
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id>

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous-main de justice. Octobre 2012.

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

Circulaire DGS/DGOS/DAP 2007- PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement,

Circulaire interministérielle du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) et au partage d'informations opérationnelles entre professionnel de santé ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Code de procédure pénale Article D. 384. 1
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000023410954&cidTexte=LEGITEXT000006071154>

Documents

Plan d'actions stratégiques 2010/2014 Politique de santé pour les personnes sous-main de justice.

<http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice,1329.html>

Chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2017

Référentiel d'intervention en promotion de la santé en milieu pénitentiaire. INPES 2014
<http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2014/022-referentiel-sante-milieu-penitentiaire.asp>

Enquête autour d'un cas de tuberculose recommandations pratiques. HCSP 2013
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=391>

Tuberculose à bacilles résistants : dépistage et prise en charge. HCSP 2014
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=483>

Rapports OMS. Tuberculosis in prisons <http://www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/prisons-facts/en/>
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137335/1/9789242548907_fre.pdf?ua=1
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>

Rapports

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE). La santé et la médecine en prison 2006
<http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/avis094%20CCNE.pdf>

Delarue JM. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté- Rapport d'activité
<http://www.c.gpl.fr/2013/publication-du-rapport-dactivite-2012-2/>

Rapport IGAS/IGSJ 2011. Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues. V. Marsala, C.Pautrat
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640.pdf>

Cour des Comptes. Rapport public année 2014. La santé des personnes détenues, des progrès encore indispensables
http://www.ccomptes.fr/content/download/64922/1553346/version/2/file/2_4_1_sante_personnes_detenues_Tome_I.pdf

Observatoire international des prisons (OIP). Rapport sur les conditions de détention en France 2011
<http://www.oip.org/index.php/rapports>

Direction générale de la santé. Bureau Santé des populations. Dépistage de la tuberculose en milieu carcéral. Activités des unités sanitaires de 2010 à 2012 d'après les données de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD). Novembre 2014

Publications

Antoine Delphine. Epidémiologie de la tuberculose en 2013. BEH n°9-10 2015
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/9-10/pdf/2015_9-10_3.pdf

Journée mondiale de lutte contre la tuberculose 24 mars 2017 ; BEH n° 7 2017
<http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/7/index.html>

Antoine D, Che D. Treatment outcome monitoring of pulmonary tuberculosis cases notified in France in 2009. Euro Surveill. 2013;18(12).
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20434>

Cochet Amandine, Isnard Hubert. Tuberculose dans les maisons d'arrêt d'Ile de France. Enquête prospective. 2007
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2007/tuberculose_idf/index.html

Godin Blandeau E., Verdot C., Develay (AE) Etat des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. St Maurice Invs 2014 94 p.
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenu-es-en-France-et-a-l-etranger>

Godin Blandeau E., Verdot C., Develay (AE). La santé des personnes détenues une revue de la littérature. BEH 2013 n°35-36 p. 434 -440
http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_1.html

SuzanneG et al

Cost-effectiveness of screening for active cases of tuberculosis in Flanders, Belgium
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5180339/>:

Wiegandt Axel. Dépistage et prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral: pertinence des dispositifs dans les maisons d'arrêt de Midi Pyrénées. Mémoire MISP EHESP 2011

Séminaires du mardi EHESP

Prise en charge sanitaire des personnes détenues: 20 ans après la loi de janvier 1994. Avancées et nouveaux enjeux. 5 mai 2015

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Méthodologie du groupe de travail

ANNEXE 2 : Calendrier des entretiens réalisés par le groupe

ANNEXE 3 : Exemple de grilles d'entretien

ANNEXE 4 : Cartographie des établissements pénitentiaires en France

ANNEXE 5 : Lettre d'information à destination du personnel pénitentiaire et des détenus lors de l'émergence d'un cas de tuberculose

ANNEXE 6 : Journal « Echo d'Arcy » - Exemple d'initiative en faveur de promotion de la santé en milieu carcéral

ANNEXE 7 : Fiche réflexe tuberculose et protocole

ANNEXE 1 : Méthodologie du groupe de travail

Ce module interprofessionnel a débuté par une lecture et une synthèse des éléments bibliographiques sélectionnés par le Docteur Christine Barbier, médecin inspecteur de santé publique experte sur les questions de santé des détenus et responsable du groupe.

Ce cadre de référence nous a permis de formuler la problématique, de déterminer un plan provisoire et d'élaborer les grilles d'entretien²⁸. Nous avons mené une vingtaine d'entretiens, de préférence par binôme, auprès des acteurs recommandés par le Dr Barbier ainsi que des personnes ressources identifiées par les membres du groupe²⁹. Chaque entretien a fait l'objet d'un compte-rendu communiqué à l'ensemble du groupe.

A mi-parcours, nous nous sommes réunies avec le Docteur Barbier afin d'échanger sur les informations recueillies, de préciser la problématique et d'ajuster le plan. Lors de cette rencontre, nous avons décidé, en accord avec le Dr Barbier, de modifier la problématique découlant du sujet tel qu'il était initialement posé. En effet, il est ressorti de nos entretiens que l'information des professionnels de santé et de la justice n'était pas l'unique levier d'action pour améliorer la prévention et la prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral. C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour cette problématique qui nous permettait de rendre compte de la richesse des échanges avec nos interlocuteurs. Nous avons également profité de cette séance de travail pour établir un plan détaillé à partir duquel nous avons pu entreprendre une rédaction commune du rapport.

Nous avons beaucoup apprécié le fait de réaliser des entretiens sur le terrain et de pouvoir ainsi rencontrer les acteurs et nous rendre dans des structures telles que les CLAT ou les unités sanitaires. Toutefois, compte tenu de leurs disponibilités, certaines entrevues ont eu lieu assez tardivement. En conséquence, au commencement de la phase d'écriture nous ne disposions pas encore de tous les éléments d'analyse souhaités. L'introduction progressive d'information complémentaire a complexifié la rédaction.

Notre regret pour ce travail est de ne pas avoir eu l'opportunité d'échanger directement avec des détenus en raison des démarches lourdes à accomplir pour entrer en

²⁸ Annexes 2

²⁹ Annexe 1

contact avec eux. Nous avons cependant préparé un questionnaire dans l'hypothèse où nous parvenions à interroger des personnes sorties de détention.

Le groupe de travail étant composé de douze personnes, des difficultés de coordination sont parfois apparus. Néanmoins, ce module interprofessionnel a été très riche, marqué par l'investissement de chacune et une bonne entente.

La version finale du rapport a été transmise à l'ensemble des professionnels rencontrés afin de recueillir leur avis dans la perspective de la soutenance.

ANNEXE 2 : Calendrier des entretiens réalisés par le groupe

Lundi 8 mai	Mardi 9 mai	Mercredi 10 mai	Jeudi 11 mai	Vendredi 12 mai
	CLAT 72 CLAT 94 ARS Ile de France Maison d'arrêt de Villepinte	DAP EPSNF de Fresnes DISP Fresnes DGS /DGOS	ARS Hauts de France	Réunion Association médecin du monde (Nantes) USMP du Mans ENAP
Lundi 15 mai 2017	Mardi 16 mai 2017	Mercredi 17 mai 2017	Jeudi 18 mai 2017	Vendredi 19 mai 2017
UHSI du CHU Rennes	USMP du CH de Versailles	DISP 35		

ANNEXE 3 : Exemple de grilles d'entretien

Grille entretien CLAT

Questions génériques :

- Pouvez-vous nous exposer dans les grandes lignes les missions principales d'un CLAT ?
- Quelles sont vos fonctions au sein du CLAT ? Quelles missions vous incombent dans ce cadre ?
- Quel type de personnels travaille au sein du CLAT ? Quels sont les effectifs ?
- Avez-vous des statistiques à nous communiquer : nombre de personnes touchées par la tuberculose ; cas de TMB ; nombre de personnes qui ont suivi de manière complète leur traitement ?
- Du fait de l'incidence plus élevée de la tuberculose en IDF par rapport aux autres régions, existe-t-il des dispositifs ou des pratiques spécifiques ?

Rôle du CLAT à l'entrée en centre pénitentiaire du détenu

- Quel rôle jouez-vous lors de l'entrée du détenu en établissement pénitentiaire ? (Coordination avec le médecin de la prison ?)
- Que pensez-vous, en qualité de médecin, du remplacement d'une radiologie systématique par un examen clinique ?

Rôle du CLAT durant l'incarcération

- Comment prenez-vous en charge les détenus souffrant de tuberculose ?
- Quel est le parcours de soins type d'un détenu atteint de tuberculose (et notamment l'articulation entre la prise en charge au sein de l'US de l'établissement pénitentiaire et à l'hôpital) ?
- De quelle manière effectuez-vous l'enquête ?
- Combien de temps dure en moyenne la période d'isolation d'un détenu atteint de tuberculose ?

Rôle du CLAT à la sortie du centre pénitentiaire

- Comment assurez-vous le suivi des anciens détenus encore sous traitement ?
- Avez-vous mis en place un système de rappel ?
- Comment assurez-vous la distribution gratuite des médicaments ?
- A quels supports et outils avez-vous accès pour assurer ce suivi (notamment concernant les données personnelles et/ou confidentielles des détenus) ?
- Les détenus anciennement traités font-ils toujours l'objet d'un suivi ?

Questions relatives à la coordination avec les autres acteurs (justice, santé, conseil départemental ?)

- Quel est le ressort territorial de votre activité ? (Notamment par rapport à l'action des autres CLAT) ?
- Quels sont vos rapports avec les acteurs issus de la justice et les liens avec les établissements pénitentiaires (SPIP notamment) ?
- Quels sont vos rapports avec les interlocuteurs de l'Etat (ministère et ARS) ?
- Quels sont les rapports entre les médecins du CLAT et les médecins des établissements pénitentiaires ? La communication et la coordination vous semblent-elles suffisantes ?

Rôle du CLAT dans la formation et l'information relatives à la tuberculose

- A l'égard du personnel pénitentiaire ?
- A l'égard des détenus ?

Difficultés rencontrées dans l'exercice de ses missions

- Du fait de la mobilité des détenus et du personnel pénitentiaire, quelles difficultés rencontrez-vous dans l'identification des sujets contacts ? Quelles solutions préconisez-vous ?
- Dans quelle mesure êtes-vous confrontés au refus ou mauvais suivi des soins de la part des détenus ?

- Estimez-vous que les cas de tuberculose qui émergent au sein d'un établissement soient de nature à altérer le bon exercice des missions du personnel pénitentiaire (via les revendications des syndicats notamment) ? Sont-ils selon vous suffisamment informés sur les cas de maladies infectieuses ?
- Avez-vous de contraintes de capacité dans la prise en charge et le suivi des détenus tuberculeux (liste d'attente ? Orientation vers d'autres CLAT ?)

Perspectives d'amélioration (outils, bonnes pratiques)

- Existe-t-il des protocoles de prise en charge de la tuberculose au sein des établissements ?
- Quels outils utilisez-vous (flyers, plaquettes d'information, ateliers) ou aimeriez-vous avoir à disposition ?

1) Grille entretien Ministère de la Santé

Questions génériques :

- Quelles sont vos fonctions au sein du Ministère de la Santé ? Quelles missions vous incombent dans ce cadre ?
- Les différentes directions du Ministère de la Santé collaborent-elles en matière de politique de lutte contre la tuberculose ? Si oui, dans quelle mesure ? Un bureau spécifique est-il chargé des cas de tuberculose en milieu carcéral ?

Questions relatives à la compétence de l'Etat en matière de lutte antituberculeuse :

- Comment s'est organisée la reprise par l'Etat (effective depuis le 1 janvier 2006) des compétences anciennement dévolues aux départements en matière de lutte contre la tuberculose ?
- Cette recentralisation des compétences a-t-elle véritablement permis de diminuer les disparités territoriales ?
- De quelle manière la politique nationale prend-elle en compte les hétérogénéités qui persistent entre les départements ? Notamment en Ile-de-France où l'incidence de la tuberculose est très élevée (36% des cas environ)
- Quels sont les départements qui ont une convention avec l'Etat dans ce cadre ? Pourriez-vous nous citer un (ou plusieurs) département(s) ayant mis en œuvre des outils de lutte contre la tuberculose particulièrement efficaces et qui pourraient éventuellement servir de modèle à l'échelle nationale ?

Questions relatives à la formation et à l'information des détenus :

- Le Ministère de la santé organise-t-il des formations à destination du personnel sanitaire au regard des particularités de la prise en charge des cas de tuberculose en milieu carcéral et à destination du personnel pénitentiaire sur les maladies transmissibles ?
- Le Ministère élabore-t-il des protocoles/procédures à suivre à destination du personnel pénitentiaire en cas d'émergence (ou suspicion) d'un cas de tuberculose ?
- Le Ministère de la santé organise-t-il des actions d'éducation à la santé destinées aux détenus ?

Questions relatives à la collaboration entre les ministères de la Santé et de la Justice :

- Dans quelle mesure les ministères de la Santé et de la Justice collaborent-ils en matière de lutte contre la tuberculose en milieu carcéral ? Avez-vous des exemples précis de projet menés en collaboration ?
- Le comité interministériel est-il un outil efficace de cette collaboration ?
- Que pensez-vous qu'il est possible d'améliorer afin de rendre cette collaboration parfaitement efficace ?
- Quelles sont vos relations avec les ARS dans le cadre de la politique de lutte contre la tuberculose en milieu carcéral ?

Questions relatives à la politique de lutte contre la tuberculose pilotée par le Ministère de la Santé :

- Selon vous, à quoi doit-on le recul du nombre de cas de tuberculose en France ?
- Des leviers spécifiques d'action sont-ils envisagés s'agissant d'une part, de la tuberculose multi résistante, et d'autre part, des infections tuberculeuses latentes ?
- Tenez-vous des statistiques relatives à l'émergence des cas de tuberculose ? Celles-ci sont-elles exhaustives et servent-elles de supports à la politique de lutte contre cette maladie ?
- Le milieu carcéral est-il une priorité dans la politique de lutte contre la tuberculose ? Une stratégie spécifique de lutte contre la tuberculose est-elle déployée par la Ministère au regard du milieu carcéral ?
- A l'heure de l'actualisation du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice, de nouvelles solutions vont-elle être préconisées ? Quelles seront les nouveautés/ changements?
- Que pensez-vous du remplacement de la radiologie systématique à l'admission des détenus par un examen clinique ? Quelles raisons ont motivé ce choix ? Le bilan avantage/coût de cette mesure est-il positif ?

ANNEXE 4 : Cartographie des établissements pénitentiaires en France

Au premier janvier 2016, la France compte **187 établissements pénitentiaires** sur le territoire national, pour un équivalent de 58 561 places, dont :

- 86 maisons d'arrêt recevant les prévenus à savoir les détenus en attente de jugement et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à deux ans lors de leur condamnation définitive.
- 94 établissements pour peine dont :
 - 27 centres de détention accueillant des condamnés à plus de deux ans considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures
 - 50 centres pénitentiaires, établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers à régime de détention différent (maisons d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).
 - 6 maisons centrales recevant les condamnés les plus difficiles.
 - 11 centres de semi-liberté autonomes
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs
- 1 établissement public de santé national à Fresnes relevant du ministère de la Santé



ANNEXE 5 : Lettre d'information à destination du personnel pénitentiaire et des détenus lors de l'émergence d'un cas de tuberculose

Lettre d'information pour tout le personnel et l'ensemble des personnes détenues

Un cas de tuberculose pulmonaire contagieuse a été découvert chez une personne de l'établissement pénitentiaire, avec une contagiosité ayant débuté probablement il y a quelques mois.

La tuberculose est une maladie transmise par le Bacille de Koch (BK). Sa transmission s'effectue quasi exclusivement par l'air soufflé par le malade. Le contact physique ou le partage d'objets de la vie courante (professionnels, alimentaires, ...) est sans danger.

Le plus souvent, la respiration de l'air émis par un malade n'entraîne pas de maladie, mais le risque de contamination augmente avec le temps passé en commun et la proximité des contacts.

Le centre de lutte contre la tuberculose (CLAT) dont dépend l'établissement pénitentiaire, en lien avec l'UCSA et l'administration va déterminer les personnes qui, du fait de leurs contacts proches ou prolongés avec le malade, sont susceptibles d'avoir été contaminées. **Toutes ces personnes seront alors individuellement informées** et il leur sera proposé un examen de dépistage (test tuberculitique ou prise de sang et radiographie des poumons) pour rechercher une éventuelle contamination.

Si vous ne recevez pas de lettre vous proposant un dépistage c'est que vous ne présentez pas de risque significatif d'avoir été contaminé par le malade. Néanmoins, si vous le souhaitez, vous pourrez demander à rencontrer un médecin du CLAT ou de l'UCSA pour en discuter.

(En tête ou pied de page date+ signature et coordonnées CLAT/UCSA)

VIVRE

Comment vivre dans l'univers carcéral ?
Nous avons jugé utile de pointer trois thèmes, essentiels à la (sur)vie.

1. Comment mieux manger en prison ?

Pourquoi le Programme National Nutrition Santé (PNNS)* ne concernerait-il pas les prisons ? Outre le respect des réglementations et des normes d'hygiène, c'est la composition des menus qui a retenu notre attention dans cet article. L'alimentation proposée aux détenus au Centre Pénitentiaire n'est pas satisfaisante du point de vue nutritionnel. Les apports énergétiques sont globalement déficitaires. Les grasses végétales sont très peu représentées. On constate donc un déséquilibre important dans la répartition des nutriments énergétiques. La couverture des Apports Nutritionnels Conseillés (ANC)* en calcium est loin d'être satisfaisante. Les micronutriments (vitamines C et E, caroténoïdes et zing) sont aussi déficitaires.

PNNS lancé en 2001 : Plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.
Pour le PNNS la nutrition s'entend à l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique.

Comment les détenus perçoivent-ils les repas qu'on leur propose ? Dans le groupe Presse, 13 personnes sur 14 ne prennent dans la Gamelle que le pain, les fruits, les laitages, et parfois les salades. Ainsi, les achats (appelés Cantines) jouent un rôle fondamental dans la vie quotidienne des personnes incarcérées, remplaçant de manière essentielle leur ordinaire. Cela permet d'acheter des produits, dans la limite des références portées au catalogue via une société prestataire.

Toutefois, les produits proposés restent insuffisants. L'Equipe Presse demande que les aliments suivants soient ajoutés : lentilles, carottes, navets, chou (pour les légumes de l'hiver, mais tous les légumes de saison seront appréciés, frais, mais aussi en conserves), thon au naturel (et pas seulement à l'huile), sardines à la tomate. Elle attend aussi des épices, en commençant par du simple poivre, du persil, de la coriandre par exemple. Nos demandes sont modestes, afin d'être satisfaites.

Par ailleurs, plusieurs détenus et leurs familles ont alerté l'OIP de problèmes de gestion qui désorganisent la distribution des Cantines dans l'établissement. Depuis plusieurs mois, les commandes ne sont pas ou que partiellement livrées, les achats sont

débités sur les comptes nominatifs des détenus alors que la livraison n'est pas effectuée, il y a des erreurs de comptabilité, des accumulations de retards dans le traitement des réclamations. Cette situation est particulièrement préoccupante et anxiogène, compte-tenu de l'impact des achats des Cantines sur la vie en détention. A cela s'ajoute le risque de sanctions disciplinaires du fait des tensions inhérentes à ces manquements récurrents. Nous espérons une meilleure gestion.

**ANC : Hommes de 20 à 40 ans : 2700 kcal
de 41 à 60 ans : 2500 kcal**
Répartition : 15 % protéines (1 gramme = 4 kcal)
45 à 50 % glucides (1 gramme = 4 kcal)
35 à 40 % lipides (1 gramme = 9 kcal)

2. Comment se protéger de l'amiante ?

Sa présence est flagrante au plafond de la rotonde à tous les étages. L'UCSA devrait pouvoir nous informer à titre préventif, car nous sommes en danger. Voici ce qu'il faut savoir au sujet de l'amiante :

-La dimension des fibres : plus les fibres sont longues et fines, plus l'organisme a des difficultés à les éliminer, elles sont très dangereuses.

-Le mécanisme toxicologique : les fibres d'amiante (minérales) sont constituées de fibrilles qui se séparent très facilement pour former un nuage de poussières fines souvent invisibles.

-L'affectation : les bronches sont concernées.

-Les cancers : bronches, plèvres, larynx, colorectal, estomac, péricarde, tissu testiculaire.

Il faut donc être vigilant :

A titre préventif opérez votre protection, évitez de stagner trop longtemps sur les paliers de la rotonde. Si vous remarquez des troubles, sollicitez l'UCSA, en espérant avoir un interlocuteur.

3. La vaccination est-elle nécessaire ?

Pour toutes vaccinations, les pays européens n'ont pas la même politique, ni la même culture en la matière. Intérêts économiques et santé font parfois un peu trop bon ménage. Nous ne pouvons pas ignorer les nouvelles données sur la toxicologie et la perméabilité des systèmes immunitaires. La recherche sur la montée spectaculaire des maladies dites auto-immunes et sur l'apparition de virus à résistance accrue n'ont pas encore livré toutes leurs conclusions. Ainsi il est nécessaire de faire un bilan médical sur ses vaccinations.

Ghislain, Patrick, Jacky, Issum.

FICHE REFLEXE TUBERCULOSE

élaborée par le médecin de prévention coordonnateur national du ministère de la justice

La tuberculose est une maladie infectieuse due au bacille de Koch, qui peut revêtir différentes formes (osseuse, méningée, ganglionnaire, pulmonaire) qui ne sont pas toutes contagieuses.

Lorsque le bacille touche le poumon, la tuberculose est souvent contagieuse car la transmission de la maladie se fait directement par voie aérienne d'une personne à une autre, par contact étroit et prolongé avec le malade

▲ la transmission ne se fait pas par les objets ou les vêtements

Le traitement consiste en la prise d'un traitement antibiotique prolongé.

En cas de tuberculose pulmonaire contagieuse chez une personne détenue, il convient de prendre les mesures suivantes :

- faire porter un masque protecteur de type « chirurgical » au malade y compris lors de ses déplacements
- dans la mesure du possible, éviter de s'approcher de lui dans un rayon de moins d'un mètre
- pour les personnes entrant dans la cellule d'une personne détenue contagieuse, porter un masque de protection respiratoire de type FFP1 dont la durée en port continu ne dépasse pas 3 heures
- aérer pendant 2 heures le local dans lequel le malade a séjourné

Parallèlement

Afin de dépister les sujets susceptibles d'avoir été contaminés, l'enquête autour du cas sera effectuée par le médecin du centre de lutte antituberculeux (CLAT) qui coordonnera la démarche d'investigation et de dépistage en collaboration avec :

- le médecin de l'UCSA
- le médecin de prévention
- et le chef d'établissement



Selon le protocole issu de la circulaire de lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire du 26 juin 2007.

De façon plus générale, dès suspicion d'un cas de tuberculose, il est conseillé d'organiser :

- une réunion d'information à l'initiative des chefs de structure en y associant le médecin de prévention, les agents et les représentants du personnel
- un CHSCT S ou CT S exceptionnel



Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires de Paris

Protocoles et conduites à tenir

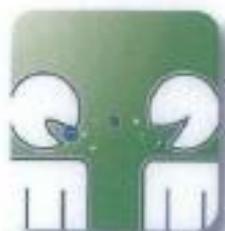
EN CAS DE TUBERCULOSE



1. Examen fait à l'arrivée du détenu



2. Symptômes : le médecin détecte la tuberculose sur les radios des poumons et des examens de laboratoires



3. Mode de contamination : Contact direct d'être humain à un autre



4. Les agents ayant été en contact avec un détenu contagieux font l'objet d'un signalement à la médecine de prévention. Ce qui donnera lieu ou pas à une déclaration d'accident de service



5. Le détenu est placé dans une cellule spécifique, il reçoit des masques chirurgicaux



6. Les médecins et les surveillants sont équipés de gants et masques FFP2 lorsqu'ils sont en contact avec le détenu contagieux



7. Prise d'antituberculeux



9. Les parloirs sont aménagés. Le détenu peut recevoir des visites avec un masque



10. 100% couvert par la Sécurité Sociale

Références : Circulaire NOR JUSK0740069C du 26 juin 2007
Guide HCSP 25 octobre 2013



Pôle SST DISP Paris

« TUBERCULOSE EN MILIEU CARCÉRAL : QUELLES LIMITES ET PERSPECTIVES DU DISPOSITIF ACTUEL DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE

ASTIER Magdeleine (D3S) – BERTHET Cindy (AAH) – BOURGEOIS Mélodie (d3S) – CASTEL Laurence (DS) – CHICHE Michèle (DS) – FELTZINGER Sarah (D3S) – KMIĘCIAK Morgane (AAH) – LANFRANCHI Sorya (DH) – LASSALLE Laurie (DH) – LE BORGNE Chloé (IES) – MATTEODO Elodie (AAH) – VEYRIE Alice (DH)

Résumé : La question de la tuberculose en milieu carcéral semble porter les contours d'un problème intrinsèque et recouper des enjeux de nature différente. La tuberculose, maladie infectieuse contagieuse d'un autre temps, dont l'incidence en milieu carcéral est 10 fois plus élevée que dans la population générale, revêt des risques spécifiques, tant dans sa prévention que dans sa prise en charge auprès des personnes détenues. En outre, le milieu carcéral a pour particularité d'être le siège de la confrontation de deux impératifs : sécurité et santé. Si toutes deux doivent être prises en considération, en pratique la première prime sur la seconde. Dès lors, notre travail de recherche et d'investigation s'est réalisé à la lumière de la ligne directrice suivante : les **limites et perspectives d'amélioration du dispositif actuel de prévention et de prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral**.

Pour ce faire, un travail bibliographique et théorique a constitué un préalable indispensable à une immersion de terrain. Pour mener à bien notre étude, nos pas nous ont menées en Ile-de-France, en Bretagne et ailleurs, auprès d'acteurs tant institutionnels que de terrain. Au travers d'entretiens, ces médecins, administratifs, et personnels pénitentiaires ont contribué à nous apporter un éclairage probant.

Ainsi, après avoir identifié les enjeux de la lutte contre la tuberculose qui résident en particulier dans une **interaction santé-justice indispensable**, nous avons pu recueillir et analyser les **difficultés rencontrées par certains professionnels lors de la prise en soins d'un patient-détenu tuberculeux**. Loin d'être parfaitement homogènes, ces limites se retrouvent néanmoins autour des différents temps de la vie d'une personne détenue en milieu carcéral, de son entrée, à sa prise en charge, jusqu'à sa sortie.

Enfin, un regard externe et totalement neuf sur cette problématique, nous a conduit à recenser des suggestions d'amélioration, des bonnes pratiques ou encore des propositions plus inédites. **Renforcer la formation des personnels pénitentiaires** et sanitaires sur le sujet, **replacer la personne détenue au cœur de son parcours de santé**, assurer une **meilleure coordination entre les professionnels** de divers horizons exerçant en milieu carcéral, ou encore **valoriser l'éducation à la santé** sont autant de points clés auxquels nos investigations nous ont menées.

Mots clés : Milieu carcéral – Tuberculose – Parcours de santé – Prévention – Prise en soins – Coordination – Formation

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs