



**EHESP**

---

**MISP**

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **Septembre 2011**

---

**Dépistage et prise en charge de la tuberculose en milieu  
carcéral : Pertinence des dispositifs actuels dans les  
maisons d'arrêt en Midi-Pyrénées**

---

**Axel WIEGANDT**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes que j'ai rencontrées pour la qualité de leur accueil, leur disponibilité et l'intérêt qu'elles ont porté à cette étude.

Je remercie tout particulièrement les docteurs Jean LEGRUSSE et Anne GUINARD pour leur aide et conseils.

Je tiens également à remercier Marie-Elisabeth COSSON et le docteur Isabelle JAMET pour leurs précieux conseils et leur soutien méthodologique ainsi que les docteurs Christine BARBIER, Armelle SAUTEGEAU et Anne-Marie NAVEL pour leur relecture attentive et critique de ce travail.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Commande et méthode</b> .....	<b>5</b>
1.1 La commande.....	5
La question principale et les objectifs de l'étude .....	6
1.2 La méthode.....	6
<b>2 Le dépistage de la tuberculose en milieu carcéral</b> .....	<b>9</b>
2.1 Les prisons : lieux à haut risque de tuberculose .....	9
2.1.1 Les données épidémiologiques internationales et françaises.....	9
2.1.2 Le nombre de cas de tuberculose parmi les personnes détenues en Midi-Pyrénées .....	10
2.2 Les principaux acteurs du dépistage de la tuberculose en maison d'arrêt : le CLAT et l'UCSA .....	12
2.2.1 Les missions respectives du CLAT et de l'UCSA.....	12
2.2.2 Les modalités de dépistage : une collaboration étroite entre le CLAT et l'UCSA est nécessaire pour en garantir l'efficacité.....	14
2.3 Le dépistage de la tuberculose : des stratégies qui varient en fonction du contexte local .....	17
2.3.1 Les outils diagnostiques et les stratégies de dépistage.....	17
2.3.2 Les résultats du dépistage .....	23
2.3.3 La nécessité d'un dépistage de suivi .....	24
<b>3 La prise en charge de la tuberculose</b> .....	<b>27</b>
3.1 La qualité de la prise en charge évaluée par les issues du traitement antituberculeux.....	27
3.1.1 Les issues de traitement antituberculeux chez les personnes détenues .....	27
3.1.2 Les issues de traitement parmi les personnes détenues en Midi-Pyrénées .....	27
3.2 Les modalités de la prise en charge et de la continuité des soins .....	28
3.2.1 La prise en charge de la tuberculose : les textes et la pratique.....	28
3.2.2 Une sortie de prison pas toujours bien anticipée et préparée.....	29
3.3 La continuité des soins après la sortie : un relais aléatoire entre l'UCSA et le CLAT .....	31
3.3.1 Les acteurs clés impliqués dans l'organisation de la continuité des soins.....	31
3.3.2 La consultation mensuelle du médecin du CLAT de Haute-Garonne à la maison d'arrêt : une initiative intéressante pour préparer la sortie .....	31
<b>4 Analyse et préconisations</b> .....	<b>33</b>

4.1	Analyse des principaux résultats .....	33
4.1.1	La pertinence des dispositifs .....	33
4.1.2	La cohérence du dispositif.....	34
4.1.3	La reproductibilité du dispositif .....	35
4.2	L'analyse réflexive.....	35
4.3	Les préconisations .....	37
<b>Conclusion.....</b>		<b>39</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>41</b>
<b>Liste des annexes .....</b>		<b>I</b>
<b>Annexe 1 : Grille d'entretien médecin UCSA.....</b>		<b>II</b>
<b>Annexe 2 : Grille d'entretien médecin CLAT .....</b>		<b>III</b>
<b>Annexe 3 : Liste des personnes enquêtées .....</b>		<b>IV</b>
<b>Annexe 4 : Rétro planning des actions effectuées dans le cadre du projet de mémoire.....</b>		<b>V</b>
<b>Annexe 5 : Epidémiologie de la tuberculose dans le monde .....</b>		<b>VI</b>
<b>Annexe 6 : Epidémiologie de la tuberculose en France .....</b>		<b>VII</b>
<b>Annexe 7: Rappel sur la tuberculose.....</b>		<b>VIII</b>
<b>Annexe 8 : Chiffres de la population pénale au 1er septembre 2011 .....</b>		<b>IX</b>
<b>Annexe 9 : Carte des établissements pénitentiaires, direction interrégionale de Toulouse .....</b>		<b>X</b>
<b>Annexe 10 : Les effectifs en ETP des CLAT et des UCSA en Midi-Pyrénées.....</b>		<b>XI</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ALD :	Affection de Longue Durée
AME :	Aide Médicale d'État
ARS :	Agence Régionale de Santé
BDSP :	Banque de Données en Santé Publique
CD :	Centre de Détention
CDC :	Centers for Disease Control and Prevention
CIRE :	Cellule de l'Institut de Veille Sanitaire en Région
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CLAT :	Centre de Lutte Antituberculeuse
CP :	Centre Pénitentiaire
CPP :	Code de Procédure Pénale
CSHPF :	Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
CSP :	Code de la Santé Publique
DAP :	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DGS :	Direction Générale de la Santé
DISP :	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
DO :	Déclaration Obligatoire
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DT :	Délégation Territoriale
ETP :	Équivalent Temps Plein
HAS :	Haute Autorité de Santé
HCSP :	Haut Conseil de la Santé Publique
IDR :	Intradermo-réaction à la Tuberculine
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
LAT :	Lutte Antituberculeuse
MA :	Maison d'Arrêt
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MSF :	Médecins Sans Frontières
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORS :	Observatoire Régional de la Santé
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSRS :	Plan Stratégique Régional de Santé

QA :	Quartier des Arrivants
RAP :	Rapport d'Activité et de Performance
RPE :	Règlement Pénitentiaire Européen
SPIP :	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROS :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP :	Schéma Régional de Prévention
TB :	Tuberculose
UCSA :	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UHSI :	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Introduction

En France, l'incidence de la tuberculose maladie en milieu carcéral, calculée à partir des données de déclaration obligatoire (DO), est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2009, elle était de 91,6 pour 100 000 personnes détenues versus 8,2 pour 100 000 habitants d'incidence nationale<sup>1</sup>). Les personnes incarcérées cumulent plusieurs facteurs de risque pour la tuberculose et ce, avant même leur entrée en prison où sont concentrées les individus de faible statut socio-économique. De nombreuses études en population générale ont montré que la pauvreté était un facteur de risque de la tuberculose<sup>2</sup>. Les personnes originaires de pays où la tuberculose est endémique ou à incidence élevée sont également surreprésentées dans la population carcérale qui compte deux fois plus de migrants que la population générale<sup>3</sup>. Cette population a, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération<sup>4</sup>.

Les personnes immunodéprimées, plus fragiles et plus à risque de développer la tuberculose maladie<sup>5</sup>, sont également surreprésentées. Une enquête récente de prévalence de l'hépatite C et du VIH chez les personnes détenues en France<sup>6</sup> montre une prévalence du VIH élevée à 2% et une prévalence de personnes sous traitement de substitution aux opiacés à 8%. Enfin, la promiscuité et le confinement à l'intérieur des prisons sont des facteurs de risque favorisant la transmission de l'infection.

La lutte antituberculeuse en France a connu récemment plusieurs évolutions importantes, visant à son renforcement. En application de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, l'État a repris, au 1er janvier 2006, les compétences en matière de lutte antituberculeuse, antérieurement dévolues aux Conseils généraux. De plus, a été publié le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) en France en 2007<sup>7</sup>. Ces évolutions sont liées à la diminution progressive, malgré quelques rebonds, de l'incidence de la tuberculose depuis 40 ans et à l'apparition de fortes disparités entre territoires et au sein des groupes de population. Un axe fort du PNLT est ainsi le renforcement du dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque, notamment en milieu carcéral.

---

<sup>1</sup> FIGONI J., ANTOINE D., CHE D., juin 2011, « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009 », *Bull Epidemiol Hebd*, n° 22, p. 258.

<sup>2</sup> ELENDRER F., BENTHAM G., LANGFORD I., 1998, Tuberculosis mortality in England and Wales during 1982-1992: its association with poverty, ethnicity and AIDS. *Social Sciences & Medicine* 46, pp. 673-681.

<sup>3</sup> GUERIN G., La population carcérale. *ADSP*, 44, p. 23.

<sup>4</sup> MOUQUET M.C., mars 2005, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». *Etudes et résultats* ; n° 386 ; disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>

<sup>5</sup> CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2006, Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: recommendations from CDC. *Morbidity and mortality weekly report*, 55p.

<sup>6</sup> Données non publiées de l'enquête Prevacar 2010. Source : DGS, Ministère de la Santé.

<sup>7</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009 : Comité National d'Élaboration du PNLT. Juillet 2007.

En milieu pénitentiaire, le Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) est chargé d'organiser le dépistage de la tuberculose chez tous les entrants provenant de l'état de liberté, tel que prévu dans le Code de la procédure pénale (Art. D.384-1) et est responsable de l'investigation autour des cas.

**La circulaire interministérielle du 26 juin 2007<sup>8</sup>** réaffirme l'obligation du dépistage de la tuberculose ainsi que l'obligation de respecter les principes relatifs à la protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médicales ou médico-légales comme énoncé par les articles R. 1333-55 à R. 1333-74 du code de la santé publique. Le médecin de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), après examen clinique avec anamnèse, décide de l'opportunité de prescrire une radiographie thoracique ou non, ceci afin d'éviter les irradiations répétées, notamment en cas de séjours multiples en prison. La radiographie, si elle est réalisée, doit l'être dans les délais les plus brefs et interprétée au plus tard dans les 8 jours suivant l'incarcération.

**Le décret n°2010-1635 du 23 décembre 2010<sup>9</sup>** portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale a été pris dans un but de mise en cohérence avec le contenu de la circulaire.

**L'évaluation du PNLT 2007-2009**, réalisée par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en juin 2010<sup>10</sup>, suggère par ailleurs que de nombreux points restent à éclaircir en matière de dépistage : implication hétérogène des CLAT au prorata de leurs moyens, grande variété des pratiques en fonction du contexte épidémiologique et des moyens disponibles, données de rendement très disparates.

Le rapport d'évaluation du PNLT insiste ainsi sur la nécessité d'une capitalisation des expériences qui permettrait sans doute d'être plus efficace et efficient en matière de dépistage dans le futur.

La lutte antituberculeuse repose, par ailleurs, sur un suivi rigoureux et l'adaptation de la prise en charge thérapeutique et sociale jusqu'à la guérison des cas dépistés. Ce suivi représente un véritable défi en milieu carcéral et l'organisation de la continuité des soins à la sortie de prison en est l'enjeu majeur.

En matière de dépistage actif de la tuberculose, la situation en région Midi-Pyrénées n'est pas différente de celle observée dans les autres régions. Il existe une forte disparité en matière de pratiques et de résultats du dépistage de la tuberculose en milieu carcéral d'un département à l'autre.

---

<sup>8</sup> MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire interministérielle DGS/MC1/DHOS/O2/DAP/DAGE/RI n°2007-272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire.

<sup>9</sup> MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS. Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale [en ligne]. Journal officiel, n°0300 du 28 décembre 2010, page 22796. [visité le 12.05.2011], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023304857&dateTexte=&categorieLien=id>

<sup>10</sup> HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2010, *Évaluation du programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009*, p. 40.



Cette disparité n'est pas atténuée par le fait que, suite à la recentralisation, la mise en œuvre des missions de lutte antituberculeuse ait été confiée par l'État à des structures habilitées à cet effet dans quatre départements (Ariège, Haute-Garonne, Tarn et Tarn-et-Garonne), tandis que les conseils généraux ont gardé l'exercice de ces missions dans les quatre autres départements (Aveyron, Gers, Hautes-Pyrénées et Lot).

Il existe peu de données épidémiologiques concernant la fréquence de la tuberculose en milieu carcéral en France. En Midi-Pyrénées, selon les données de la DO, 27 cas de tuberculose (dont 25 en Haute-Garonne) ont été diagnostiqués en maison d'arrêt entre 2006 et 2010. Ainsi, si le taux de déclaration des cas de tuberculose en Midi-Pyrénées de **6,4 cas pour 100 000 habitants** en 2009<sup>11</sup>, était inférieur au taux national (8,2 pour 100 000 en 2009), cette incidence faible cache des disparités géographiques et sociodémographiques importantes. En Haute-Garonne particulièrement, le taux de déclaration de la tuberculose était supérieur aux taux régional et national à 8,5 pour 100 000 habitants en 2009 avec une concentration des cas dans des groupes à risque, notamment **une prévalence de la tuberculose très élevée à 292 pour 100 000** dans la population des personnes détenues de la maison d'arrêt de Toulouse/Seysse<sup>12</sup>. Cette prévalence est particulièrement élevée, supérieure à celle retrouvée dans les maisons d'arrêt d'Ile-de-France qui était de 106,9 cas pour 100 000 personnes détenues en 2005<sup>13</sup>.

Dans ce travail, nous nous sommes interrogés sur les modalités optimales de dépistage et de prise en charge de la tuberculose dans les maisons d'arrêt de Midi-Pyrénées.

Nous avons cherché à comprendre comment s'organisait concrètement le dépistage de la tuberculose et sa prise en charge dans les maisons d'arrêt de Midi-Pyrénées (1). Nos interrogations ont porté sur les points de blocage.

Il apparaît ainsi qu'un certain nombre de moments critiques peuvent être observés dans le parcours du patient atteint de tuberculose, de la phase de dépistage (2) dont les stratégies peuvent varier notablement d'une maison d'arrêt à l'autre, à la phase de prise en charge (3) dont l'enjeu principal est de préparer au mieux la sortie pour garantir la continuité des soins.

Nous terminerons par une analyse des résultats et une série de propositions visant à améliorer l'organisation du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose en maison d'arrêt (4).

---

<sup>11</sup> CIRE MIDI-PYRÉNÉES, 2011, Bulletin de veille sanitaire, n°3, pp. 6.

<sup>12</sup> Au cours de l'année 2009, 1655 personnes ont été dépistées et 6 cas de tuberculose maladie ont été diagnostiqués à Toulouse/Seysse (source : CLAT Haute-Garonne). Pour le calcul de la prévalence la somme des cas de tuberculose diagnostiqués avant ou à l'entrée et pendant l'incarcération a été rapportée à la somme des entrants sur la période.

<sup>13</sup> COCHET A., ISNARD H., 2008, « Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile de France. Enquête prospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006 ». *Bull Epidemiol Hebd*, n° 2, p. 12.

# 1 Commande et méthode

## 1.1 La commande

La suggestion de réaliser un travail sur le dépistage de la tuberculose en milieu carcéral émanait initialement d'un médecin pneumologue, responsable du CLAT de Haute-Garonne. Il s'interrogeait sur la réalité des chiffres de la tuberculose parmi les détenus, estimant qu'il y avait peu de données en France sur cette question d'une part, et que d'autre part les données existantes semblaient largement sous-estimer l'ampleur du problème. Par ailleurs, il se demandait comment était réalisé le dépistage de la tuberculose dans les autres départements de la région et, plus largement, quels étaient les pratiques au niveau international en la matière.

Des échanges ultérieurs avec le médecin inspecteur de santé publique (MISP) responsable de la sous-direction de la promotion de la santé à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées, ainsi qu'avec le MISP en charge de la tuberculose et de la santé des personnes détenues à la délégation territoriale de Haute-Garonne (DT31) ont été l'occasion de confirmer la pertinence du traitement de ce dossier par un MISP pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, pendant toute la période de mise en place de l'ARS, la lutte antituberculeuse au niveau régional en général et la situation en milieu carcéral n'avaient pas été suivies et il était opportun de faire un point. Ensuite le sujet est sensible car un dépistage de qualité et une bonne communication entre les acteurs de l'UCSA, du CLAT et de l'ARS sont primordiales afin d'éviter la déclaration d'un cas de tuberculose chez une personne détenue après son incarcération au regard de la complexité de la gestion d'une telle situation.

Le référent santé des personnes détenues de l'ARS Midi-Pyrénées avait récemment reçu une demande de clarification par le département insertion et probation, section action sanitaire, de la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) de Toulouse sur la question des modalités du dépistage systématique et de la gestion des cas de tuberculose en maison d'arrêt. Enfin, il était utile de réaliser un état des lieux dans le contexte de l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) sur la santé des personnes détenues et du Schéma Régional de Prévention (SRP), ainsi que dans le cadre des appels à projets de prévention et promotion de la santé en milieu carcéral.

## La question principale et les objectifs de l'étude

### A) Le questionnaire

La question principale posée pour cette étude peut être formulée ainsi :

Les modalités de dépistage et de prise en charge des cas de tuberculose, y compris de la continuité du traitement après la sortie, dans les maisons d'arrêt en Midi-Pyrénées sont-elles optimales?

### B) Les objectifs

Les objectifs poursuivis dans le cadre de cette étude sont de réaliser un état des lieux des dispositifs existants pour dépister la tuberculose à l'entrée en maison d'arrêt et pour sa prise en charge et de faire des propositions pour améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose en maison d'arrêt et pour garantir la continuité du traitement après la sortie.

Nous avons plus particulièrement voulu étudier **la pertinence** des dispositifs en place en nous interrogeant sur le degré d'adéquation entre les besoins de la personne détenue et les actions conduites. Il s'agissait ici de prendre en compte notamment la sécurité et l'efficacité des dispositifs.

Nous avons également cherché à étudier la **cohérence** des dispositifs : comment les actions des intervenants internes et externes s'organisent-elles ? Il s'agissait ici d'étudier en particulier les rôles respectifs du CLAT et de l'UCSA, leur complémentarité et leur coordination.

Finalement, nous avons cherché à savoir comment **optimiser** les actions ; nous avons cherché à repérer les actions pertinentes et à voir s'il était possible de les reproduire au niveau régional.

## 1.2 La méthode

Cette étude porte sur les sept maisons d'arrêt de la région Midi-Pyrénées<sup>14</sup> et sur la période 2006-2010. Il a été décidé de cibler les maisons d'arrêt car c'est à leur niveau que le dépistage revêt toute son importance compte tenu du turnover important et d'une durée moyenne de séjour inférieure à 6 mois dans ces établissements<sup>15</sup>. La période 2006-2010 a été choisie car cette période est relativement mieux documentée que la période antérieure et qu'elle coïncide avec la recentralisation de la mission de lutte antituberculeuse. Ont été exclus du champ de cette étude, toutes les problématiques liées à l'organisation des enquêtes autour d'un cas en milieu carcéral ainsi que celles de la

---

<sup>14</sup>Il y a une maison d'arrêt dans chaque département de Midi-Pyrénées sauf dans le Gers.

<sup>15</sup>Les maisons d'arrêt sont pour les prévenus (détenus en attente de jugement) et les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an.

surveillance du personnel, professionnels de santé et personnel pénitentiaire, par rapport au risque lié à la tuberculose.

La méthodologie employée associe plusieurs types de recueils de données : recherche bibliographique, études des documents administratifs, études des statistiques transmises par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et la Cellule de l'Institut de Veille Sanitaire en Région (CIRE), étude des Rapports d'Activités et de Performance (RAP) des CLAT, entretiens semi directifs avec des professionnels à l'aide de questionnaires (cf. annexes 1 et 2).

Pour analyser le problème de santé au niveau régional, les publications les plus accessibles et les plus pertinentes sont celles de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) et de la CIRE. Les autres données sont obtenues par la recherche bibliographique (Banque de Données en Santé Publique, Google et PubMed), par une consultation des bases de données nationales et enfin complétées par des entretiens avec des spécialistes.

## 2 Le dépistage de la tuberculose en milieu carcéral

Le dépistage de la tuberculose à l'entrée en maison d'arrêt est un important enjeu de santé publique au vu de l'incidence élevée de cette pathologie en milieu carcéral. L'UCSA et le CLAT sont responsables de cette activité et une collaboration de qualité est primordiale pour un dépistage efficace. Les outils diagnostiques de la tuberculose sont associés sous la forme de combinaisons variées aboutissant à des stratégies de dépistage différentes et choisies en fonction du contexte épidémiologique et des moyens existants.

### 2.1 Les prisons : lieux à haut risque de tuberculose

L'incidence élevée de la tuberculose en milieu carcéral est bien documentée au niveau international. En France, par contre, il existe peu d'études et de données récentes sur le sujet. À noter que dans la littérature, les auteurs présentent les données relatives à la tuberculose en milieu carcéral soit sous la forme de taux d'incidence, soit de prévalence ou encore de taux de déclaration<sup>16</sup>. Il a été décidé de n'utiliser que la prévalence pour présenter les données de Midi-Pyrénées. En effet, compte tenu du fait que la majorité des cas sont dépistés à l'entrée et que la durée de séjour est très courte, un calcul de prévalence, voire de la prévalence à l'entrée, semble le plus approprié et permet la comparaison des résultats. Pour le calcul de l'incidence, tous les cas dépistés à l'entrée devraient être exclus ainsi que ceux au cours des premiers mois d'incarcération (en fonction de la durée d'incubation de la maladie qui n'est pas facile à déterminer pour la tuberculose). Par ailleurs, pour calculer une incidence exprimée en nombre de cas par personne année ou personne mois, il serait nécessaire de connaître la durée exacte de séjour (durée d'exposition) de chaque personne détenue et cette donnée est difficile à obtenir.

#### 2.1.1 Les données épidémiologiques internationales et françaises

Les personnes détenues constituent une population particulièrement vulnérable, présentant globalement un état sanitaire dégradé.

En ce qui concerne la tuberculose en milieu carcéral, au niveau international, une enquête réalisée dans la région européenne de l'OMS a montré un taux médian de déclaration de

---

<sup>16</sup> Le taux de prévalence correspond au nombre **total** de cas à un moment donné sans distinction de l'ancienneté et le taux d'incidence au nombre de **nouveaux cas** pendant une période donnée sur l'ensemble de la population exposée.

la tuberculose de 232 pour 100 000 personnes détenues<sup>17</sup>. Le taux médian de détection de la tuberculose à l'entrée en prison était de 393 pour 100 000 dans cette enquête<sup>18</sup>.

En France, il manque des études épidémiologiques récentes. Une enquête prospective menée dans dix maisons d'arrêt de la région parisienne en 1994-1995 a montré un taux d'incidence estimé à 215 cas pour 100 000 personnes détenues<sup>19</sup>. Une enquête prospective menée dans les maisons d'arrêt d'Île de France de juillet 2005 à juin 2006 a montré une prévalence estimée à 106,9 pour 100 000 personnes entrantes<sup>20</sup>. Afin de pouvoir comparer les résultats, les mêmes indicateurs que ceux de l'étude de 1994-1995 avaient été calculés et il avait été constaté que la prévalence avait été divisée par 2,5. Une série d'hypothèses avaient été formulées pour expliquer cette baisse importante à 10 années d'intervalle.

Dans le récent bulletin épidémiologique de l'InVS sur le nombre de cas de tuberculose en France en 2009, on peut lire que 57 cas de tuberculose ont été notifiés en établissement pénitentiaire ce qui correspond à un taux de déclaration estimé à 91,6 pour 100 000 personnes détenues<sup>21</sup>.

### **2.1.2 Le nombre de cas de tuberculose parmi les personnes détenues en Midi-Pyrénées**

Parmi les personnes incarcérées entre 2006 et 2010 en maison d'arrêt de Midi-Pyrénées, 27 cas de tuberculose ont été identifiés selon les données de la déclaration obligatoire. Sur ces cas, 24 ont été dépistés à l'entrée en maison d'arrêt, un cas est arrivé en maison d'arrêt avec un diagnostic de tuberculose déjà établi, deux cas ont été diagnostiqués au cours de leur incarcération. Le tableau 1 présente le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués entre 2006 et 2010 par maison d'arrêt en Midi-Pyrénées.

---

<sup>17</sup> AERTS A., HAUER B., WANLIN M. et al, 2006, «Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons» *Int J Tuberc Lung Dis* 10(11): 1215-1223.

<sup>18</sup> Le taux de détection est le rapport entre le nombre de cas diagnostiqués et le total des personnes dépistées durant la période : c'est un indicateur du « rendement » ou de la « rentabilité » du dépistage..

<sup>19</sup> HANAU-BERCOT B., GREMY I., RASKINE L. et al., 2000, « A one year prospective study (1994-1995) for a first evaluation of tuberculosis transmission in French prisons ». *Int J Tuberc Lung Dis* 4(9) :853-859.

<sup>20</sup> COCHET A., ISNARD H., 2008, « Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile de France. Enquête prospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006 ». *Bull Epidemiol Hebd*, n° 2, pp. 12-14.

<sup>21</sup> FIGONI J., ANTOINE D., CHE D., juin 2011, « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009 », *Bull Epidemiol Hebd*, n° 22, pp. 258-60.

**Tableau 1 : Nombre de cas de tuberculose dépistés dans les maisons d'arrêt en Midi-Pyrénées 2006-2010**

Maison d'arrêt	Nombre de places	Nombre entrants (2010)	Nombre de cas de TB (2006-2010)
Albi	138	298	0
Cahors	59	142	0
Foix	58	221	1
Montauban	64	288	0
Rodez	50	202	1
Tarbes	63	236	0
Toulouse/Seysse	705	2268	25
Total	1137	3655	27

Source : DISP Toulouse et CIRE Midi-Pyrénées, déclaration obligatoire de tuberculose

Les données sur le nombre d'entrants par an et par maison d'arrêt n'étant pas toutes disponibles, seul le taux de prévalence en 2010 a été calculé (nombre total de cas de tuberculose dépistés à l'entrée ou diagnostiqués avant ou pendant l'incarcération sur le nombre total d'entrants en 2010). En 2010, il y a eu 8 cas de tuberculose déclarés en maison d'arrêt dans la région, tous les 8 ont été diagnostiqués dans le cadre du dépistage à la maison d'arrêt de Seysse. Le taux de prévalence de la tuberculose dans les 7 maisons d'arrêt de la région Midi-Pyrénées était de 218 pour 100 000 personnes détenues en 2010. Le taux de prévalence de la tuberculose à la maison d'arrêt de Toulouse/Seysse était très élevé à **352 pour 100 000 personnes détenues** en 2010. Ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux estimés au niveau national, ainsi que ceux retrouvés dans les maisons d'arrêt d'Île de France. Par ailleurs, les dénominateurs ayant été estimés à partir du nombre d'entrants et ne tenant pas compte des taux de couverture de dépistage (dépistage non exhaustif), il est possible que ces fréquences soient sous-estimées.

Les cas sont majoritairement des hommes, jeunes, souvent nés hors de France et en situation précaire avant l'incarcération. Parmi les cas pour qui l'information était disponible, 78% étaient nés à l'étranger, dont 33% au Maghreb.

La confirmation bactériologique a été obtenue dans 12 des prélèvements, par culture et/ou examen microscopique positifs. Trois personnes détenues présentaient des antécédents de tuberculose maladie et 12 ont bénéficié d'un dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Compte tenu de la prévalence élevée de l'infection à VIH chez les personnes détenues confirmée par la récente enquête Prevacar<sup>22</sup> et du fait que l'infection à VIH est un facteur de risque majeur pour développer la tuberculose, cette proportion de cas qui ont bénéficié d'un test VIH est largement insuffisante. Deux cas présentaient une résistance aux antibiotiques dont un était multi résistant (résistance à l'isoniazide et à la rifampicine).

<sup>22</sup> Données non publiées. Enquête Prevacar, 2010 (source : DGS, Ministère de la Santé).

Le tableau 2 présente le nombre de cas de tuberculose par type ; il n'y a eu qu'un cas à microscopie positive, donc très contagieux, dépisté sur la période 2006-2010. Il faut toutefois se rappeler que même les cas à microscopie négative mais à culture positive sont potentiellement contagieux et nécessitent le déclenchement d'une enquête en milieu pénitentiaire s'ils étaient dépistés après l'incarcération.

**Tableau 2 : Type de tuberculose diagnostiquée en maison d'arrêt en Midi-Pyrénées 2006-2010**

Type de tuberculose	N	%
Tuberculose pulmonaire à microscopie positive	1	3,7
Tuberculose pulmonaire à microscopie négative mais culture positive	11	40,7
Tuberculose pulmonaire à microscopie et culture négatives	14	51,8
Tuberculose extra pulmonaire	1	3,7

Source : CIRE Midi-Pyrénées, déclaration obligatoire de tuberculose

A noter que la proportion de cas à microscopie positive est très inférieure à celle en population générale<sup>23</sup>. Cela montre bien que le dépistage actif, où ce sont les services de santé qui recherchent une pathologie de manière active chez des personnes sans attendre que ceux-ci ne se présentent spontanément, permet le diagnostic de davantage de cas peu sévères, voire asymptomatiques (qui sont souvent à microscopie et à culture négatives).

## 2.2 Les principaux acteurs du dépistage de la tuberculose en maison d'arrêt : le CLAT et l'UCSA

Les CLAT et les UCSA ont des missions bien spécifiques et définies par les textes dans le cadre du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose.

### 2.2.1 Les missions respectives du CLAT et de l'UCSA

En ce qui concerne les CLAT, ils jouent un rôle central dans le dispositif de lutte antituberculeuse. Ils sont présents dans tous les départements et coordonnent la lutte antituberculeuse au niveau départemental. Ils réalisent les consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale. Ils réalisent le dépistage avec enquêtes dans l'entourage des cas et des **actions ciblées de dépistage auprès des publics précaires**. Ils interviennent également dans les actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques avec information, communication. Ils participent enfin à l'évaluation et la surveillance épidémiologique

<sup>23</sup> 53% des cas de tuberculose pulmonaire déclarés en France en 2009 étaient à microscopie positive.



Depuis la recentralisation de la lutte antituberculeuse, l'État a habilité certaines structures pour exercer cette mission tandis que certains conseils généraux ont gardé l'exercice de ces missions. Les effectifs et la structure de rattachement, conseil général ou structure habilitée par l'État, des CLAT de Midi-Pyrénées sont détaillés dans le tableau en annexe 10.

Il est important de préciser qu'en région Midi-Pyrénées les structures habilitées par l'État remplissent toutes l'ensemble des trois missions : centre de vaccination, de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et de lutte antituberculeuse<sup>24</sup>. Le personnel de ces structures est mutualisé et les ETP affectés à chaque mission ne sont que des estimations.

Pendant longtemps, la prise en charge sanitaire des détenus a été confiée à l'administration pénitentiaire. Elle s'est considérablement modifiée avec la loi de 1994, qui transfère les compétences sanitaires du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé.

Depuis **la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale**, les personnes détenues sont intégrées au système de santé de droit commun. L'organisation et la mise en œuvre de leur prise en charge sanitaire ont été transférées de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Chaque établissement pénitentiaire est rattaché à un établissement de santé de proximité chargé d'implanter une UCSA en milieu pénitentiaire.

**Les missions des UCSA** s'organisent autour de quatre grands axes qui sont : les soins en milieu pénitentiaire qui comprennent l'ensemble des prestations de médecine générale (visites et consultations médicales, notamment **la visite médicale d'entrée** qui permet d'établir le bilan de santé de la personne incarcérée), l'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé de proximité pour des consultations ou examens nécessitant le recours à son plateau technique, ainsi que pour des hospitalisations urgentes ou d'une durée inférieure à 48 heures, **la préparation du suivi sanitaire à la sortie, en liaison avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire** et enfin la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et l'élaboration, en accord avec les partenaires concernés, d'un programme annuel et pluriannuel de prévention et d'éducation pour la santé.

Le tableau en annexe 10 détaille les effectifs des UCSA de Midi-Pyrénées en équivalent temps plein (données de 2006).

Par ailleurs, il est utile de mentionner la création de huit **unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)** en août 2000 représentant 170 lits d'hospitalisation de court séjour. Celles-ci, implantées au sein de centres hospitaliers universitaires permettent l'accueil de toute personne détenue devant bénéficier de soins en milieu hospitalier.

---

<sup>24</sup> Excepté en Haute-Garonne où l'Hôpital Joseph Ducuing n'est en charge que de la vaccination et de la lutte antituberculeuse.

L'UHSI pour les personnes détenues des régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon est implantée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse.

## **2.2.2 Les modalités de dépistage : une collaboration étroite entre le CLAT et l'UCSA est nécessaire pour en garantir l'efficacité**

A) Le cadre législatif et réglementaire du dépistage :

### **Les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF)**

<sup>25</sup> consacrent un chapitre entier aux spécificités de l'enquête dans le contexte de privation de liberté, notamment les contacts au sein de la communauté pénitentiaire, qui incluent non seulement les codétenus mais aussi les personnels policiers, judiciaires et pénitentiaires (rôle de la médecine du travail ou médecine de prévention), le secteur de soins (UCSA, avec possibilité d'infection nosocomiale), et les contacts avec le milieu libre (intervenants, visiteurs, professeurs...).

Les points forts retenus par le CSHPF sont que la lutte antituberculeuse (LAT) en milieu carcéral vise les mêmes objectifs que la LAT en population générale, que le dépistage à l'admission, réglementaire, est non seulement radiographique mais clinique et doit être **répété** en cas de peine supérieure à un an et que toute suspicion de tuberculose transmissible implique un traitement présomptif qui sera interrompu si le diagnostic de tuberculose est écarté. Par ailleurs le cas doit être immédiatement signalé puis déclaré, de manière à permettre les investigations des sujets contact et **le suivi du malade et des sujets contact doit être rigoureux, selon des protocoles communs entre les acteurs. Enfin, la continuité des soins du malade et du suivi des sujets contact doit être assurée après la libération** et le programme de suivi demande une coordination interinstitutionnelle par le CLAT.

**Le guide méthodologique<sup>26</sup> (en cours de réactualisation)** relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues décrit les modalités du dépistage obligatoire de la tuberculose pour toutes les personnes arrivant de l'état de liberté et la conduite à tenir en cas de découverte, par l'équipe médicale, d'un cas de tuberculose pulmonaire contagieuse.

**La circulaire interministérielle du 26 juin 2007<sup>27</sup>** rappelle et précise les orientations relatives à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire en termes de prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels. L'obligation du dépistage

---

<sup>25</sup> CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE DE FRANCE, 2006, *Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations du groupe de travail du CSHPF*. 85 p. Disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete\\_autour\\_d\\_un\\_cas\\_de\\_tuberculose\\_Recommandations\\_pratiques.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_autour_d_un_cas_de_tuberculose_Recommandations_pratiques.pdf)

<sup>26</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues [en ligne], Septembre 2004. [visité le 14.05.2011], disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_methodologique\\_relatif\\_a\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_sanitaire\\_des\\_personnes\\_detenues.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf)

<sup>27</sup> Circulaire interministérielle du 26 juin 2007 op. cit.

de la tuberculose y est réaffirmée (Art. D. 381 et D. 384-1 du code de procédure pénale) ainsi que l'obligation de respecter les principes relatifs à la protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médicales ou médico-légales comme énoncé par les articles R. 1333-55 à R. 1333-74 du code de la santé publique. L'organisation du dépistage incombe au CLAT. L'examen radiologique doit être prescrit par le médecin de l'UCSA, après examen clinique avec anamnèse visant à éviter les irradiations répétées, notamment en cas de séjours multiples en prison. Il doit être réalisé dans les délais les plus brefs et interprété au plus tard dans les 8 jours suivant l'incarcération.

L'Article D384-1 du code de la procédure pénale, modifié par le décret n°2010-1635 du 23 décembre 2010 – art. 29 prévoit que :

*« La prophylaxie de la tuberculose prévue par le code de la santé publique est assurée dans les établissements pénitentiaires par les services compétents prévus à cet effet. Le dépistage de la tuberculose est réalisé chez tous les entrants provenant de l'état de liberté par un examen clinique effectué dans les délais les plus brefs à compter de la date d'incarcération. Cette mesure s'applique également aux personnes détenues présentes qui n'auraient jamais bénéficié, ni lors de leur entrée en détention, ni au cours de leur incarcération, d'un dépistage clinique de la tuberculose. Cet examen systématique est pratiqué sur place, sauf impossibilité matérielle. **Au vu des résultats de cet examen, le médecin de l'unité de consultations et de soins ambulatoires prescrit, si nécessaire, un examen radiologique.** »*

En résumé, les textes et recommandations préconisent que l'UCSA effectue le dépistage de la tuberculose en pratique, tandis que le CLAT est responsable de son organisation.

Toute suspicion de tuberculose doit être signalée au CLAT par le médecin de l'UCSA. Une collaboration étroite entre ces deux acteurs essentiels est donc nécessaire.

#### B) Les rôles de l'UCSA et du CLAT : la réalité du terrain

Sur le terrain, on s'aperçoit que ce qui est prévu dans la circulaire interministérielle de 2007 : **« L'organisation du dépistage de la tuberculose incombe au CLAT. »** n'est pas interprété de la même manière. Pour certains, cela veut dire que le CLAT prend le dépistage à son compte, pour d'autres seulement que le CLAT doit être tenu informé des résultats du dépistage et alerté lorsqu'un cas est considéré comme suspect.

Lors de nos entretiens, il est apparu très vite que la place occupée respectivement par l'UCSA et le CLAT dans le cadre du dépistage de la tuberculose variait d'un département à l'autre. A Foix, le problème ne se pose même pas car le médecin a la double fonction : médecin de l'UCSA et également médecin du CLAT. A Montauban où le médecin de l'UCSA et le médecin du CLAT travaillent dans un même bâtiment et collaborent étroitement, c'est l'UCSA qui prend en charge le dépistage. *Médecin UCSA : « Cela*

*n'aurait pas de sens de faire venir l'équipe du CLAT pour le dépistage. Par contre, en cas d'enquête on fait appel à eux. »* La situation est proche à Tarbes et à Albi.

À Toulouse/Seysses par contre, ainsi qu'à Rodez, le dépistage est entièrement réalisé par l'équipe du CLAT. Dans ces deux départements, le médecin responsable du CLAT est un **pneumologue**, cela est peut être une explication à leur implication plus grande. À Cahors c'est également un pneumologue qui, dans le cadre d'une vacation, se charge de recevoir les entrants et d'interpréter les clichés thoraciques.

Le fait que le CLAT soit resté de la compétence du conseil général (Rodez, Tarbes, Cahors) ou soit une structure habilitée pas l'État (Toulouse/Seysses, Montauban, Albi et Foix) ne semble pas être un facteur d'explication.

A ce sujet, voilà ce qu'on peut lire dans le « guide pratique » de la recentralisation<sup>28</sup> :

*« Deux cas de figure sont possibles :*

- *1<sup>er</sup> cas : le CLAT est autonome et il fait lui-même les radiographies avec son matériel; les radiographies sont prescrites et lues par le médecin du CLAT. L'UCSA n'intervient pas.*
- *2<sup>ème</sup> cas (sans doute le plus fréquent) : le CLAT fait réaliser la prescription, l'acte de radiologie et l'interprétation par l'UCSA (ou plus précisément par l'établissement de santé auquel l'UCSA est rattaché). Il s'agit alors d'une prestation de service de l'hôpital pour le CLAT, ce qui nécessite une convention précisant les engagements des uns et des autres et les conditions financières de la prestation.»*

Le tableau 3 décrit la répartition des rôles entre le CLAT et l'UCSA dans le cadre du dépistage de la tuberculose. On peut voir que le CLAT est plus ou moins interventionniste en fonction des départements.

**Tableau 3 : Rôles respectifs du CLAT et de l'UCSA en Midi-Pyrénées en 2011**

	<b>Rôle de l'UCSA</b>	<b>Rôle du CLAT</b>
Albi, Foix, Tarbes	Visite médicale d'entrée, radio systématique	N'intervient pas
Cahors	Visite médicale d'entrée	Examen médical, radio systématique
Montauban	Visite médicale d'entrée, IDR systématique, radio	N'intervient pas
Rodez	Visite médicale d'entrée	Examen médical, IDR systématique et radio
Toulouse/Seysses	Visite médicale d'entrée	Radio systématique

Il est important que le CLAT et que l'UCSA interviennent de manière coordonnée et complémentaire, à eux de convenir des meilleures modalités en fonction du contexte local.

<sup>28</sup> Vade Mecum version Décembre 2007. Recentralisation, prévention et prise en charge de la tuberculose en France p17 (seule la version 2006 est disponible sur le site internet du Ministère de la Santé).

## 2.3 Le dépistage de la tuberculose : des stratégies qui varient en fonction du contexte local

Le dépistage de la tuberculose se base essentiellement sur le trépied : examen clinique, intradermo-réaction (IDR) et radiographie pulmonaire. L'association de ces différents outils sous forme de stratégies est déterminée par le contexte et les moyens localement disponibles.

### 2.3.1 Les outils diagnostiques et les stratégies de dépistage

#### A) L'importance de l'examen clinique

Le symptôme le plus courant de la tuberculose pulmonaire est la toux persistante et productive, souvent accompagnée de symptômes généraux tels que la fièvre, des sueurs nocturnes et une perte de poids.

Bien que la plupart des patients atteints de tuberculose pulmonaire toussent, la toux n'est pas spécifique à la tuberculose ; on peut l'observer dans une large gamme d'affections des voies respiratoires, notamment les infections aiguës, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Toutefois, tousser pendant une telle période a servi traditionnellement de critère pour définir les cas suspects de tuberculose. Ceci est utilisé dans la plupart des directives nationales et internationales, en particulier dans les régions où la prévalence de la tuberculose est élevée<sup>29</sup>. Le médecin de l'UCSA reçoit les personnes détenues dans le cadre de la visite médicale d'entrée et il est donc le plus à même de rechercher des signes évocateurs d'une tuberculose. À Rodez toutefois, ainsi qu'à Cahors, les personnes détenues (en principe tous) sont également vus par un médecin pneumologue. Cela augmente certainement la sensibilité et la spécificité de ce type de dépistage clinique. Mais cela peut aussi être considéré comme une duplication et une utilisation du temps médical peu efficiente.

#### B) L'intradermo-réaction à la tuberculine

En principe, les textes ne prévoient pas la réalisation de l'IDR dans le cadre du dépistage de la tuberculose à l'entrée en maison d'arrêt. **Il faut rappeler ici que l'indication première de l'IDR est le diagnostic de la tuberculose infection et non de la tuberculose maladie**<sup>30</sup>. Toutefois, elle est toujours réalisée dans un grand nombre de maisons d'arrêt en Midi-Pyrénées. *Médecin UCSA* : « *L'IDR c'est un confort supplémentaire, pourquoi s'en priver ?* » Beaucoup d'interlocuteurs mettent en avant le fait que l'examen est facile à réaliser, qu'ils l'ont toujours fait et que cela leur permet de disposer d'une valeur de référence. *Médecin UCSA* : « *Ce serait aberrant d'arrêter les*

<sup>29</sup> Coalition antituberculeuse pour l'assistance technique. *Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose (SITT)*. La Haye: Coalition antituberculeuse pour l'assistance technique, 2006.

<sup>30</sup> On appelle **tuberculose-infection** latente les primo-infections sans localisation ou expression clinique patente (simple virage de l'IDR).

*IDR, on a les moyens et ça leur prend 5 minutes de plus ! L'IDR sert de référence, quand il y a un contage on est content d'avoir une IDR de référence.»* Dans certains contextes, comme à Rodez notamment, l'IDR sert à faire un premier tri. Seules les personnes avec un résultat d'IDR très positif, bénéficient d'une radiographie thoracique. A contrario, le médecin du CLAT de Haute-Garonne a arrêté de réaliser les IDR en accord avec le MISP en charge du dossier santé des personnes détenues à l'ARS. Cela a permis de dégager du temps infirmier ainsi que du temps médical.

L'IDR est parfois utilisée par les professionnels de santé comme un support au diagnostic de la tuberculose. Son interprétation est souvent très délicate car un test négatif n'exclut pas totalement une tuberculose et un test positif peut ne pas être dû à la tuberculose. L'administration et l'interprétation de l'IDR demandent une bonne technique. **Une réaction significative au test indique la présence d'une infection mais ne dit pas si le patient a développé la maladie.** De nombreux patients qui ont une immunosuppression avancée liée au VIH, n'auront aucune réaction à l'IDR même s'ils ont développé la maladie. Nous savons que la sensibilité et la spécificité de l'IDR sont peu satisfaisantes<sup>31</sup>. Par ailleurs, certains individus peuvent être infectés sans présenter une IDR positive<sup>32</sup>. Chez les personnes qui ont été en contact avec un cas de tuberculose contagieuse depuis moins de 8 semaines, l'IDR peut être encore négative.

Les indications de l'IDR en France ont été définies par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France<sup>33</sup> et sont la vérification de l'absence de tuberculose avant une primo-vaccination (sauf chez les nourrissons de moins de trois mois), l'enquête autour d'un cas de tuberculose, l'aide ponctuelle au diagnostic de tuberculose et comme test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions à caractère sanitaire ou social, exposés à la tuberculose (énumérés dans les articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du Code de la santé publique).

C) La radiographie pulmonaire : outil diagnostique incontournable mais à la mise en œuvre difficile

Les anomalies visibles sur le cliché thoracique sont le meilleur signe prédictif d'une tuberculose et leur extension est corrélée au résultat des examens bactériologiques des expectorations<sup>34</sup>. Des infiltrats unilatéraux des lobes supérieurs ou des segments apicaux du lobe inférieur, surtout s'ils comportent des cavernes, ou une image miliaire sont évocateurs d'une tuberculose. Un cliché radiologique normal s'observe rarement en cas

---

<sup>31</sup> American Thoracic Society, Centers for Disease Control and Prevention. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161(4 Pt 2):S221– S247.

<sup>32</sup> ANDERSON S.T., WILLIAMS A.J., BROWN J.R. et al. Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* Undetected by Tuberculin Skin Testing. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173(9):1038 –1042.

<sup>33</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Circulaire DGS/SD5C n° 2004-373 du 11 octobre 2004 relative à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG, et à la pratique des tests tuberculiques.

<sup>34</sup> RIEDER H.L.1999, *Epidemiologic basis of tuberculosis control*. 1ère éd., Paris: International Union against Tuberculosis and Lung Disease, 162p.

de tuberculose confirmée, en pratique seulement dans la tuberculose infection et chez les sujets immunodéficients.

La radiographie est donc un moyen sensible mais peu spécifique pour dépister la tuberculose. Elle est utile pour identifier les personnes qui devront bénéficier d'investigations complémentaires (en particulier examen bactériologique des crachats d'expectoration). La fiabilité du diagnostic radiologique de la tuberculose a été mise en doute, d'une part en raison de l'aspect non spécifique des lésions radiologiques, d'autre part en raison de la mauvaise reproductibilité de la lecture entre divers observateurs et même en cas de relecture par le même observateur<sup>35</sup>. De nouvelles analyses ont cependant montré que l'interprétation du cliché thoracique était fiable et permettait la détection de la tuberculose avec un degré élevé de certitude<sup>36</sup>, mais que **l'aspect radiologique ne permet pas de distinguer les cas de tuberculose en activité bactériologique des cas anciens, inactifs ou déjà traités.**

Si les médecins de CLAT et d'UCSA interrogés s'accordent pour dire que le dépistage à l'aide de la radiographie pulmonaire est efficace, ils font aussi observer qu'il n'est pas toujours facile à mettre en œuvre, tout particulièrement dans les petites maisons d'arrêt.

Médecin de CLAT : « *C'est cher de faire la radio sur place. Il faut des gros volumes pour rentabiliser.* »

L'installation d'un appareil radiographique en prison signifie qu'il faut une pièce blindée, cette difficulté peut parfois être surmontée dans les prisons anciennes où les murs sont très épais.

L'efficacité de la radiographie comme outil de dépistage dépend beaucoup de certaines variables dans ses modalités de mise en œuvre rapidement décrites ci-après.

#### a) *La fréquence des radiographies*

La fréquence des venues du manipulateur en radiologie pour la prise des radiographies varie selon les maisons d'arrêt. Elle est en général d'une fois tous les 15 jours. Sauf à Cahors et Foix, où elle est d'une fois par semaine et à Toulouse/Seysses où elle est de deux fois par semaine. Ces variations sont évidemment liées à la taille de la maison d'arrêt et au nombre hebdomadaire d'entrants. A Toulouse/Seysses, qui accueille en moyenne une vingtaine de nouveaux entrants par semaine, il semble que la fréquence de deux fois par semaine est le minimum. *Médecin CLAT* : « *A Toulouse, la fréquence des radiographies de deux fois par semaine est le minimum ou sinon il y a un risque de perdus de vue.* »

A Toulouse/Seysses, un quartier des arrivants (QA) a été mis en place afin de se conformer aux règles pénitentiaires européennes (RPE), cela a permis de séparer les

---

<sup>35</sup> TOMAN K., 1976, "Mass radiography in tuberculosis control". WHO Chronicle, n° 30, pp. 51– 57.

<sup>36</sup> ZELLWEGER J.P., HEINZER R., TOURAY M. et al., 2006, "Intra-observer and overall agreement in the Radiological assessment of tuberculosis, Int J Tuberc Lung Dis 2006; n°10, pp. 1123 – 6.

entrants des autres personnes détenues tant que le dépistage de la tuberculose n'a pas été réalisé. C'est aussi pour ne pas engorger ce quartier arrivants, où les entrants ne peuvent pas rester plus de quelques jours, que la fréquence de deux passages du manipulateur en radiologie a été décidée.

Les autres maisons d'arrêt sont beaucoup plus petites, elles n'ont pas de QA mais une cellule entrants, et il semble être très difficile matériellement d'organiser un dépistage hebdomadaire. La difficulté semble résider davantage dans la disponibilité et la nécessité de faire se déplacer le manipulateur en radiologie de l'hôpital plutôt que dans la présence ou non de l'appareil de radiographie sur place. Par contre, il semble toujours possible, en cas d'urgence, de faire se déplacer le manipulateur.

*Médecin UCSA : « Le rythme d'une fois tous les 15 jours n'est peut-être pas approprié. Mais on peut faire venir le manipulateur en radiologie en cas d'urgence. »*

Il est clair qu'au rythme d'une fois tous les 15 jours, il y a un risque d'introduire un cas de tuberculose passé inaperçu lors de l'examen clinique à l'intérieur de la maison d'arrêt. Le tableau 4 décrit le lieu, la méthode et la fréquence du dépistage par radiographie pulmonaire.

**Tableau 4. Modalités du dépistage par radiographie pulmonaire dans les maisons d'arrêt en Midi-Pyrénées**

Maison d'arrêt (MA)	Lieu de dépistage	Méthode utilisée	Fréquence du dépistage	Responsable
Albi	Local de la MA	Radiographie pulmonaire systématique	2 fois par mois	UCSA
Cahors	Centre Médico-social	Radiographie pulmonaire systématique	1 fois par semaine	CLAT
Foix	Local de la MA	Radiographie pulmonaire systématique	1 fois par semaine	UCSA
Montauban	Local de la MA et Centre Hospitalier si radiographie	IDR et extraction pour Radiographie pulmonaire si IDR > 14 mm	2 fois par mois	UCSA
Rodez	Local de la MA et Centre Médico-Social si radiographie	IDR et extraction pour Radiographie pulmonaire si IDR > 14 mm	2 fois par mois	CLAT
Tarbes	Local de la MA	Radiographie pulmonaire numérisée systématique	2 fois par mois	UCSA
Toulouse/Seysses	Local de la MA	Radiographie pulmonaire numérisée systématique	2 fois par semaine	CLAT



Une fréquence de passage d'une fois tous les 15 jours peut probablement être considérée comme acceptable **aussi longtemps qu'il y a possibilité de mobiliser le manipulateur en radiologie rapidement** lorsqu'il y a un cas cliniquement suspect.

*b) Un circuit de l'interprétation souvent complexe*

Il apparaît clairement que dans certaines maisons d'arrêt, le circuit de l'interprétation est complexe et long. *Médecin UCSA* : « *Sur les délais d'interprétation de la radio, nous ne sommes pas bons.* »

Le cliché est souvent réalisé pendant des plages horaires qui ne correspondent pas à des temps de présence du médecin de l'UCSA. Celui-ci ne les voit pas pour cette raison, mais aussi parce qu'il ne s'estime pas compétent pour les lire. Les clichés partent ainsi grossir la pile des clichés qui attendent leur interprétation au service de radiologie. Cette interprétation peut prendre quelques jours, voire une semaine. Ces clichés ne sont pas identifiés comme des clichés pris chez des sujets à risque de tuberculose dans le cadre d'un dépistage en milieu carcéral et se retrouvent sur la pile des clichés à interpréter avec le tout-venant.

La lecture et l'interprétation immédiate des clichés se font uniquement sur les sites où le médecin du CLAT est pneumologue (Rodez et Toulouse/Seysses) ou où le CLAT a contractualisé avec un pneumologue (Cahors).

Le tableau 5 détaille les délais de l'interprétation ainsi que la spécialité du médecin en charge de l'interprétation par maison d'arrêt.

**Tableau 5. Délais et origine de l'interprétation des clichés radiologiques par maison d'arrêt en Midi-Pyrénées**

Maison d'arrêt	Interprétation des clichés	Spécialité de la personne chargée de l'interprétation
Albi	Au cours de la semaine suivant la radio	Radiologue (Centre Hospitalier)
Cahors	Immédiate après la radio	Pneumologue (CLAT)
Foix	Dans les 48h suivant la radio	Radiologue (Centre Hospitalier)
Montauban	Au cours de la semaine suivant la radio	Radiologue (Centre Hospitalier)
Rodez	Immédiate après la radio	Pneumologue (Centre médico-social)
Tarbes	Au cours de la semaine suivant la radio	Radiologue (Centre Hospitalier)
Toulouse/Seysses	Immédiate après la radio	Pneumologue (CLAT)

*c) La radiographie standard versus la radiographie numérisée*

Certaines maisons d'arrêt (Toulouse/Seysses, Tarbes) disposent d'un appareil de radiographie numérisé, d'autres seulement d'un appareil de radiographie standard.

**La télétransmission du cliché et l'interprétation à distance par le médecin pneumologue permet d'accélérer la vitesse de réponse du spécialiste, d'éviter le transfert du patient et le déplacement du radiologue et ainsi d'économiser du temps médical.**

*Médecin CLAT : « Il faudrait un système de télétransmission des images radiologiques dans toutes les maisons d'arrêt. Pour cela, il faut un appareil numérique et adhérer à télémédecine Midi-Pyrénées. L'interprétation pourrait se faire de manière centralisée pour les maisons d'arrêt intéressées. »*

A ce sujet, le plan d'actions stratégiques 2010-2014 : « Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice » <sup>37</sup> prévoit de mettre en place un plan de développement de la télémédecine.

A ces variables qui peuvent influencer sur l'efficacité et la précocité du dépistage, il faut ajouter un certain nombre d'autres déterminants. Ces déterminants sont liés également à la qualité de la collaboration de l'UCSA avec le SPIP et le pénitencier, à la possibilité d'organiser des extractions facilement pour faire passer des radiographies, enfin aux difficultés liées à l'organisation du dépistage parmi les personnes détenues qui bénéficient d'un aménagement de peine.

#### *d) Le taux de couverture du dépistage*

Malgré les réels efforts déployés par l'ensemble des acteurs, le taux de couverture du dépistage reste faible pour ce qui concerne la radiographie thoracique. A Rodez et Montauban, cela s'explique facilement puisque seuls les IDR positives (supérieure ou égale à 15 mm) ont une radiographie thoracique. Dans les autres maisons d'arrêt, l'objectif avait été, jusque-là, de réaliser une radiographie systématique à tous les entrants. Cet objectif est loin d'être atteint, la principale contrainte étant l'absence d'appareil de radiographie dans les locaux de la maison d'arrêt (Cahors, Rodez et Montauban) et donc la nécessité d'une extraction qui nécessite la mobilisation du personnel pénitencier, voire une escorte par la gendarmerie.

Même lorsque la maison d'arrêt est équipée d'un appareil radiographique, la radiographie est loin d'être systématique.

Le CLAT de Haute-Garonne dispose de statistiques très précises sur l'activité de dépistage par radiographie thoracique. Ainsi, en 2008, **76%** des entrants ont eu une radio thoracique (1468 radios réalisés, 1932 entrants). En 2009, 61,7% des entrants ont eu une radiographie (2052 entrants physiques, 1264 radios faites, 788 radios non faites dont 55%

---

<sup>37</sup> MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. MINISTERE DE LA JUSTICE. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_actions\\_strategiques\\_detenus.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf)

pour raison médicale<sup>38</sup>). La radiographie thoracique n'a pas été faite chez 355 entrants (17,3%).

On voit ici qu'en dépit d'une fréquence de la radiographie de deux fois par semaine et d'un suivi très rigoureux, plus de 17% des entrants (hors raison médicale) n'ont pas de radiographie pulmonaire à l'entrée.

Le médecin du CLAT estime ainsi qu'il passe ainsi à côté d'une tuberculose contagieuse tous les 18 mois et qu'il serait donc nécessaire d'améliorer encore la couverture du dépistage radiologique.

### **2.3.2 Les résultats du dépistage**

On peut constater que durant la période 2006-2010, le dépistage a permis le diagnostic d'un nombre élevé de cas de tuberculose en Haute-Garonne et relativement faible dans les autres départements.

Sur une période de 5 ans, un total de 25 cas de tuberculose ont ainsi été diagnostiqués à la maison d'arrêt de Seysses, donc une moyenne de 5 nouveaux cas par an.

Il est à noter toutefois, qu'une proportion importante de ces cas n'est pas confirmée par la bactériologie. Le médecin du CLAT admet lui-même que son « seuil » diagnostique est bas et qu'il lui arrive d'initier un traitement uniquement sur des images radiographiques de séquelles de tuberculose dont il n'est pas sûr si elles sont toujours actives ou pas<sup>39</sup>. Ces cas ne sont cependant pas déclarés au MISP dans un premier temps et ne le sont que secondairement une fois que le médecin s'est assuré de l'évolutivité des lésions au scanner de contrôle et qu'il décide de mener le traitement à son terme.

Pourtant le nombre de cas dépistés reste élevé même si on ne prend que les cas à bactériologie positive. Les données collectées par le médecin du CLAT sont éclairantes à ce sujet : entre 2005 et 2009, un total de 13 cas évolutifs démontrés ont été dépistés (5 cas à microscopie positive et 8 cas à culture positive) sur un total de 6979 radiographies « entrants », ce qui donne un taux de détection toujours très élevé à **186/100 000** de cas de tuberculose à bactériologie positive dépistés parmi les entrants en maison d'arrêt de Toulouse/Seysses sur la période 2005-2009. Comment expliquer ce nombre de cas dépistés plus élevé au niveau de la Haute-Garonne par rapport aux autres départements ?

Ces différences sont évidemment d'abord liées à la taille de l'établissement, Toulouse/Seysses recevant dix fois plus d'entrants que chacune des autres maisons d'arrêt. Ces différences sont aussi à mettre en relation avec les caractéristiques des populations incarcérées dans ces maisons d'arrêt. Certaines maisons d'arrêt accueillent

---

<sup>38</sup> La raison médicale est en général une contre-indication car la dernière radiographie thoracique datait de moins de un an.

<sup>39</sup> Le traitement préventif sur des images de séquelles d'une tuberculose non traitée de manière adéquate est recommandé par le groupe de travail « Tuberculose et Migrants » dans le document « Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France » disponible sur internet [http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r\\_mt\\_070605\\_tubermigrants.pdf](http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r_mt_070605_tubermigrants.pdf)

une proportion plus importante de personnes plus à risque de développer la maladie, en particulier de personnes détenues originaires de pays où la prévalence de la tuberculose est plus importante. En 2010, 27% des personnes détenues à la maison d'arrêt de Seysses étaient de nationalité étrangère contre 22% au niveau de la DISP de Toulouse et 17,8% au niveau national<sup>40</sup>.

Il est également possible que les différentes stratégies de dépistage, les moyens matériels (disponibilité d'un scanner, qualité des appareils de radiographie...) et humains (disponibilité et motivation des équipes médicales) variables d'une maison d'arrêt à l'autre, aient une influence sur la capacité à diagnostiquer un cas de tuberculose.

On ne peut exclure la possibilité que les personnes détenues avec des pathologies lourdes soient plus volontiers orientées vers Seysses/Toulouse par le pénitencier en raison de la présence d'un UHSI à Toulouse :

*Médecin UCSA : « Officiellement nous accueillons le tout-venant, toutefois, suite à l'ouverture de l'UHSI, les cas les plus lourds sont envoyés à Toulouse par la pénitencier. »*

Si cela était vérifié, cela poserait question car l'administration pénitencier n'a pas accès aux dossiers médicaux et ne connaît pas, du moins en théorie, les pathologies des personnes détenues.

En conclusion, il est utile de rappeler que le dépistage, dont la finalité de santé publique est de diagnostiquer et de traiter le plus précocement possible tout cas de tuberculose afin d'interrompre la chaîne de transmission, a aussi pour but en milieu carcéral de détecter des cas suspects de tuberculose AVANT qu'ils aient eu des contacts au sein de la maison d'arrêt pour éviter les enquêtes autour d'un cas forcément complexes à organiser en milieu carcéral. Ce but n'est finalement pas atteint par le dépistage par radiographie thoracique tel qu'il est organisé actuellement sauf à la maison d'arrêt de Toulouse/Seysses.

### **2.3.3 La nécessité d'un dépistage de suivi**

Le turnover est important et la durée moyenne de séjour courte en maison d'arrêt. Un certain nombre de détenus y séjournent tout de même pendant plus d'une année et la question se pose alors du suivi.

Ce suivi est recommandé et nécessaire : durant la période 2006-2010, il y a eu 2 cas de tuberculose acquises en prison, un cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive en 2006 et une tuberculose pulmonaire à culture positive en 2008. Le cas de 2006 avait eu un certain retentissement médiatique, le détenu s'étant plaint d'avoir contracté la tuberculose en prison. Ce détenu avait pourtant bénéficié d'un dépistage à son entrée et avait présenté une radiographie pulmonaire sans particularité et d'un résultat d'IDR

---

<sup>40</sup> Données communiquées par la DISP Toulouse.

négatif. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour ce cas : possibilité d'une contamination auprès d'un détenu non dépisté avant sa sortie ou contamination au parloir. En pratique, un dépistage radiographique de suivi après un an a été mis en place uniquement à la maison d'arrêt de Toulouse/Seysse.

### **3 La prise en charge de la tuberculose**

Le dépistage n'a de sens que si une offre de soins de qualité est accessible aux personnes détenues chez qui le dépistage révèle une tuberculose active. Or, les issues de traitement documentées chez les personnes détenues sont très défavorables. Cette prise en charge de qualité au sein de la maison d'arrêt doit aussi préparer la sortie afin de garantir la continuité des soins après la libération.

#### **3.1 La qualité de la prise en charge évaluée par les issues du traitement antituberculeux**

##### **3.1.1 Les issues de traitement antituberculeux chez les personnes détenues**

Aux États-Unis une étude rétrospective<sup>41</sup> sur la période 1993-2003 a comparé les caractéristiques des cas de tuberculose en population générale et chez les personnes détenues. Les personnes détenues atteintes de tuberculose avaient un risque significativement plus élevé de ne pas terminer le traitement par rapport à des patients non détenues.

Une étude en Russie basée sur un questionnaire montre que 26% seulement des personnes détenues traitées pour tuberculose ont continué le traitement après la sortie<sup>42</sup>. Les freins à une bonne observance étaient l'existence d'une addiction, l'absence d'emploi et de logement, l'existence d'une infection à VIH et l'existence d'une hépatite.

Une étude en Espagne en 1995 a montré que 97% des personnes qui ont terminé leur traitement en détention ont bien pris leur traitement contre seulement 79% des personnes détenues libérées avant la fin du traitement<sup>43</sup>.

Dans l'étude réalisée en région Île de France, sur 18 personnes libérées en cours de traitement, l'UCSA n'a eu un retour sur l'issue du traitement que pour sept personnes<sup>44</sup>.

##### **3.1.2 Les issues de traitement parmi les personnes détenues en Midi-Pyrénées**

Les résultats du traitement sont très peu satisfaisants avec une forte proportion de patients (48,5%) dont l'issue de traitement est inconnue ou qui sont codés comme « perdus de vue ». Il aurait été intéressant de déterminer précisément les facteurs de risque d'une issue de traitement défavorable parmi ces personnes.

---

<sup>41</sup> MAC NEIL J.R., LOBATO M.N., MOORE M. An unanswered health disparity: tuberculosis among correctional inmates, 1993 through 2003. *Am J Public Health*. 2005 Oct;95(10):1800-5.

<sup>42</sup> FRY R.S., et al. Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St. Petersburg, Russia. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005 Sep;9(9):1027-33.

<sup>43</sup> MARCO A., CAYLA J.A., SERRA M. M, et al. Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release. *Study Group of Adherence to Tuberculosis Treatment of Prisoners. Eur Respir J*. 1998 Oct;12(4):967-71.

<sup>44</sup> COCHET A., ISNARD H., 2008, « Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile de France. Enquête prospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006 ». *Bull Epidemiol Hebd*, n° 2, pp. 12-14.

## 3.2 Les modalités de la prise en charge et de la continuité des soins

C'est essentiellement à la maison d'arrêt de Toulouse/Seysse que des cas de tuberculose sont dépistés et pris en charge régulièrement. Les informations collectées et synthétisées dans le texte qui suit se rapportent donc essentiellement à l'expérience et la pratique de l'UCSA et du CLAT de Haute-Garonne.

### 3.2.1 La prise en charge de la tuberculose : les textes et la pratique

**La circulaire interministérielle du 26 juin 2007**<sup>45</sup> prévoit que les personnes atteintes d'une tuberculose contagieuse doivent être hospitalisées. Cette hospitalisation a lieu si possible dans l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) desservant l'établissement pénitentiaire. A défaut, elle se fait dans le centre hospitalier de proximité. A l'issue de l'hospitalisation, le médecin de l'UCSA veille au suivi du traitement. Pour éviter toute interruption thérapeutique, la coopération du patient doit être acquise. Si nécessaire, la prise quotidienne du traitement antituberculeux se fait en présence de l'infirmière. Le traitement de la tuberculose dure au moins 6 mois. La plupart des personnes détenues ayant commencé un traitement antituberculeux sont libérées avant la fin de ce traitement.

Le *traitement standard de la tuberculose maladie* recommandé en France chez l'adulte, est le traitement quotidien en deux phases comprenant durant la première phase de 2 mois l'association de 4 antibiotiques : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol, puis durant la deuxième phase de 4 mois l'association isoniazide et rifampicine<sup>46</sup>

Un guide de la HAS<sup>47</sup> décrit les conditions nécessaires pour favoriser l'observance du traitement : il s'agit de s'assurer que les conditions de prise en charge financière du traitement sont mises en place (affection de longue durée, couverture maladie universelle, aide médicale d'état, etc.). Il faut identifier régulièrement les obstacles à l'observance (personnels, familiaux, administratifs, financiers, etc.) et mettre en place les actions d'accompagnement social (démarches administratives, travail, logement, allocations, etc.) et médical (prise en charge d'une addiction, d'une pathologie psychiatrique, etc.). Il est également recommandé de mettre en place des actions d'éducation pour la santé par les cliniciens, les équipes soignantes et les associations de patients afin de promouvoir l'acceptabilité et l'adhésion au traitement et de signaler aux CLAT les patients non observants ou suspectés de mauvaise observance.

---

<sup>45</sup> Circulaire interministérielle du 26 juin 2007 op. cit.

<sup>46</sup> SOCIÉTÉ DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE, 2004, « Recommandations sur la prise en charge de la tuberculose en France. » Conférence d'experts, texte court. Disponible sur internet : <http://www.sp2a.fr/pdf/documents/recommandations-prise-en-charge-tuberculose-france.pdf>

<sup>47</sup> HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, janvier 2007, « Guide affection de longue durée. Tuberculose active ». [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-029\\_tuberculose-guide\\_edite\\_sans\\_lap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-029_tuberculose-guide_edite_sans_lap.pdf)

En pratique, en Midi-Pyrénées, toutes les personnes détenues suspectes de tuberculose sont hospitalisées en UHSI dans le but de confirmer le diagnostic avec des examens complémentaires et d'initier le traitement et de s'assurer que celui-ci est bien toléré.

Il n'y a, en général, pas de difficultés pour hospitaliser en UHSI le soir même ou, au plus tard le lendemain du dépistage du cas suspect.

L'hospitalisation a un double objectif : confirmer le diagnostic par le recueil des crachats d'expectoration et initier le traitement et en évaluer la tolérance. Par ailleurs, c'est l'occasion d'un premier contact entre le patient et l'infirmière du CLAT qui vient le rencontrer dans le cadre de l'enquête autour d'un cas mais aussi pour lui donner toutes les informations nécessaires sur la maladie et le traitement.

Les principaux problèmes rencontrés autour de l'hospitalisation sont le refus assez fréquent du patient d'y séjourner et son retour prématuré en maison d'arrêt contre avis médical.

### **3.2.2 Une sortie de prison pas toujours bien anticipée et préparée**

La sortie est souvent un moment critique avec un risque majeur de rupture thérapeutique. Concernant le volet économique de l'accès aux soins, c'est-à-dire la prise en charge des traitements par la sécurité sociale, l'absence d'affiliation à une caisse de sécurité sociale et donc l'impossibilité de détenir une carte vitale conduit souvent la personne à devoir tout financer elle-même.

**La circulaire interministérielle du 26 juin 2007**<sup>48</sup> prévoit qu'à la libération du patient, le médecin de l'UCSA prévient le CLAT et s'assure que le malade a en sa possession la copie ou un résumé des principaux éléments de son dossier médical, la quantité de médicaments nécessaires à la poursuite de son traitement pendant 10 jours, une ordonnance permettant la poursuite à l'extérieur du traitement en cours, un rendez-vous pour une consultation de suivi auprès du CLAT ou d'un médecin de son choix et l'adresse des CLAT qui pourront lui délivrer des médicaments à titre gratuit.

Par ailleurs, il appartient à l'administration pénitentiaire (SPIP), de s'assurer de l'ouverture de ses droits sociaux dans le cadre de la préparation de sa sortie.

#### A) Les freins à l'anticipation de la sortie

La qualité de la prise en charge après la sortie définitive est d'autant plus fragile que la détention a été courte. En cas de détention relativement longue, les différents intervenants rencontrent moins de difficultés à organiser l'immatriculation au régime général et à anticiper la libération. Par ailleurs, dès lors qu'une personne est incarcérée pour une courte peine ou lorsqu'il s'agit de détention provisoire, les sorties de détention

---

<sup>48</sup> Circulaire interministérielle du 26 juin 2007 op. cit.



ne sont pas forcément programmées. Ainsi, l'anticipation de celle-ci par les équipes de l'UCSA est rendue matériellement impossible.

La visite médicale devant être organisée dans le mois précédant la sortie de la personne (obligatoire uniquement pour les personnes condamnées) ne peut donc pas avoir lieu.

#### B) L'ouverture des droits

D'une manière générale, la continuité de la couverture sociale des personnes détenues après leur sortie définitive exige une collaboration active des services pénitentiaires (SPIP notamment) et des caisses primaires. Il apparaît pourtant qu'en fonction des contextes locaux, le dialogue de ces institutions ne soit pas toujours de bonne qualité.

Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014<sup>49</sup> suggère dans ce cadre un certain nombre de solutions pour améliorer la couverture sociale des personnes sortantes de prison. En premier lieu, il s'agirait de généraliser les conventions qui peuvent aujourd'hui exister de manière ponctuelle entre les caisses primaires, les établissements pénitentiaires et les établissements de santé, par le biais d'une convention-type qui serait obligatoire.

En second lieu, il devrait être exigé que chaque caisse et que chaque établissement pénitentiaire désigne en son sein un référent sur la question des droits sociaux, afin d'améliorer les échanges et par conséquent les délais d'ouverture de droits.

La situation des personnes de **nationalité étrangère en situation irrégulière** comporte également des risques de rupture de droits. Si ces personnes sont elles aussi affiliées au régime général pendant leur incarcération – et ce par exception au principe général qui le leur interdit à l'extérieur de la prison –, elles n'en bénéficient que pour elles-mêmes durant leur détention. Mais surtout, à l'inverse des autres sortants de prison, elles ne bénéficient pas du mécanisme de maintien temporaire de leurs droits après leur libération ; il est donc d'autant plus important dans leur cas d'anticiper la sortie de détention et de leur donner les moyens de faire, dès l'incarcération, une demande d'aide médicale d'État (AME) en vue de leur libération.

La reconnaissance en **affection de longue durée** (ALD) est également rarement faite pendant l'incarcération. De nombreuses personnes détenues ne déclarent aucun médecin référent et la caisse n'accepte pas le médecin de l'UCSA comme médecin référent. En Haute-Garonne, le médecin du CLAT avait l'habitude de pré remplir la demande d'ALD pour ensuite la faire signer par le médecin de ville référent ce qui n'aboutissait pas souvent. Il a appris récemment qu'il était autorisé à signer lui-même la demande d'ALD

---

<sup>49</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_actions\\_strategiques\\_detenus.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf)

mais que celle-ci ne serait valable que pendant 6 mois. En effet, dans certains cas et à titre dérogatoire, notamment lorsque le diagnostic est fait à l'hôpital ou dans un contexte d'urgence, un médecin autre que le médecin traitant peut établir le protocole de soins. La prise en charge à 100% peut alors être ouverte pour une durée de 6 mois, éventuellement renouvelable<sup>50</sup>.

### **3.3 La continuité des soins après la sortie : un relais aléatoire entre l'UCSA et le CLAT**

Afin de garantir la continuité des soins à la sortie, comme au moment du dépistage, une collaboration étroite entre UCSA et CLAT est primordiale.

#### **3.3.1 Les acteurs clés impliqués dans l'organisation de la continuité des soins**

Les acteurs clés impliqués dans la préparation de la sortie sont principalement le SPIP, l'UCSA et le CLAT.

En Midi-Pyrénées, c'est le médecin de l'UCSA qui informe le CLAT de la sortie, rédige l'ordonnance, prépare un traitement de 10 jours pour la personne détenue sous traitement antituberculeux et sortante. Le SPIP s'occupe de l'ouverture des droits sociaux. Cependant, du fait d'un manque de moyens et de la réorientation des missions du SPIP depuis 2008<sup>51</sup>, cette mission du SPIP n'est pas toujours assurée.

#### **3.3.2 La consultation mensuelle du médecin du CLAT de Haute-Garonne à la maison d'arrêt : une initiative intéressante pour préparer la sortie**

Le médecin du CLAT de Haute-Garonne, en accord avec le médecin de l'UCSA, a mis en place une consultation mensuelle en maison d'arrêt où il se rend pour voir toutes les personnes détenues qui sont traitées pour tuberculose afin de préparer avec eux la sortie. Ces contacts répétés se sont révélés très utiles afin de construire une relation de confiance, de rappeler l'importance de la bonne observance afin d'éviter la rechute. Par ailleurs, le médecin du CLAT insiste sur la GRATUITÉ des consultations et des médicaments dans le CLAT. L'instauration de ces consultations a ainsi permis de faire baisser le nombre de perdus de vue parmi les personnes détenues après leur sortie en 2011.

En Haute-Garonne, le CLAT contacte régulièrement le SPIP pour obtenir les adresses des personnes détenues traitées pour tuberculose sortantes. Cette collaboration se passe bien, toutefois de nombreuses adresses s'avèrent fausses et ne permettent pas de localiser et contacter la personne détenue après la sortie. Il serait toutefois préférable

---

<sup>50</sup> Information trouvée sur le site internet de l'Assurance maladie :

[http://www.ameli.fr/fileadm/user\\_upload/documents/MEMOALD\\_-\\_HOPITAL.pdf](http://www.ameli.fr/fileadm/user_upload/documents/MEMOALD_-_HOPITAL.pdf) consulté le 7 juillet 2011.

<sup>51</sup> MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS. Circulaire de la DAP n°113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

d'obtenir cette information par le biais de l'UCSA, un contact direct entre le CLAT et le SPIP ne permet en effet pas de garantir le secret médical.

## 4 Analyse et préconisations

### 4.1 Analyse des principaux résultats

Notre étude montre que les pratiques sont hétérogènes d'une maison d'arrêt à l'autre et pas toujours conformes aux textes, particulièrement en matière de dépistage. La majorité des maisons d'arrêt continuent à mettre en place un dépistage par radiographie systématique des entrants alors que la circulaire de 2007, confirmée par le décret du 23 décembre 2010, ne va pas dans ce sens. Nous allons réaliser une brève analyse critique des principaux résultats de notre étude selon les critères de pertinence, de cohérence et de reproductibilité qui avaient été présentés plus haut.

#### 4.1.1 La pertinence des dispositifs

Au vu du profil particulier des personnes détenues et des risques élevés de transmission de la tuberculose en milieu carcéral, le dépistage de la tuberculose et sa prise en charge répondent à un vrai besoin. Dans ce contexte particulier, la réalisation du dépistage VIH apparaît comme une priorité chez les personnes détenues tuberculeuses. Il est regrettable que ce test ne soit pas proposé et réalisé d'une manière plus systématique.

L'analyse de la pertinence des stratégies de dépistage montre que **l'anamnèse et l'examen clinique** peuvent à eux seuls déjà orienter le médecin et lui faire suspecter une tuberculose. Néanmoins, il sera certainement nécessaire de définir des critères communs pour suspecter une tuberculose et motiver la prescription d'une radiographie pulmonaire par le médecin de l'UCSA qui est un généraliste et pas un spécialiste de la tuberculose..

La **radiographie** est un outil indispensable et coût-efficace<sup>52</sup> pour un dépistage de qualité. La radiographie systématique est la stratégie de dépistage recommandé par l'OMS lorsque les moyens le permettent<sup>53</sup>. Toutefois, son utilisation systématique, parfois non encadrée, peut constituer un risque pour la sécurité des personnes détenues en matière de radioprotection. L'introduction de la radiographie numérisée est un progrès réel à ce titre, elle permet d'utiliser une dose de rayons X inférieur à la dose nécessaire pour le même examen en conventionnel. En maison d'arrêt de Toulouse/Seysse, tous les acteurs plaident pour le maintien de la radiographie systématique. A Toulouse/Seysse l'appareil utilisée est numérique et la radiographie de dépistage est réalisé par le manipulateur en radiologie du CLAT, diplômé d'état et bénéficiant de la formation continue en radioprotection dispensée à l'Hôpital Joseph Ducuing. Par ailleurs, le médecin de l'UCSA, après avoir procédé à l'examen obligatoire de tous les nouveaux entrants, indique au CLAT les personnes qui auraient eu ou déclarées avoir eu une radio

<sup>52</sup> JONES T.F., SCHAFFNER W., 2001, « Miniature chest radiograph screening for tuberculosis in jails A cost-effectiveness analysis.

<sup>53</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, TB control in prisons. A manual for program managers. WHO/CDS/TB/2001-281. p.108.

thoracique datant de moins d'un an à compter de la date prévue pour le dépistage. La dose patient est aussi marqué sur chacun des compte-rendu de radiographie. L'ensemble de ces éléments constituent tout de même des garanties fortes pour assurer la sécurité des personnes détenues et incitent à poursuivre la politique menée des radiographies systématiques en raison du nombre élevé de cas de tuberculose dépistés.

L'usage de l'**IDR**, dont les avantages et les inconvénients ont été rappelés plus haut, n'a guère sa place dans une démarche diagnostique de tuberculose. Par ailleurs, son utilisation n'est pas recommandée par les textes. En dépit de son intérêt pour disposer d'une valeur de référence et pour identifier des personnes à risque, elle est lourde à organiser, elle requiert du temps médical et du temps infirmier et nécessite deux déplacements de la personne détenue (pour l'injection et ensuite pour la lecture) ce qui est loin d'être facile à organiser en milieu carcéral. Il est donc préférable d'abandonner cet outil, cela permet par ailleurs de dégager du temps médical et du temps infirmier.

**Le suivi** : le dépistage à l'entrée ne peut se concevoir sans un dépistage annuel destiné aux personnes dont la durée de séjour en maison d'arrêt excède une année. Le dépistage de suivi est important, même s'il ne s'adresse qu'à un nombre réduit de personnes, la maison d'arrêt étant un lieu où la durée moyenne de séjour est faible. Cette population doit être prise en compte, ce n'est le cas actuellement qu'à Toulouse/Seysse où un dépistage de suivi a été mis en place.

La **prise en charge** de la tuberculose semble être de bonne qualité pendant la détention. Au moment de la sortie, on se heurte au problème de la continuité des soins. Ce problème est d'autant plus important que, dans le cas de la tuberculose, une rupture thérapeutique peut favoriser l'émergence de souches multi résistantes. L'offre actuellement disponible ne permet pas, pour l'instant, de garantir une continuité des soins à la sortie et des issues de traitement favorables. Il serait intéressant de chercher à caractériser les cas de tuberculose parmi les personnes détenues avec une issue de traitement défavorable<sup>54</sup> afin de définir des actions pour prévenir ces situations.

#### **4.1.2 La cohérence du dispositif**

Pour ce qui est du rôle précis du CLAT et de l'UCSA, principaux acteurs du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral, il n'est pas toujours facile de comprendre en quoi leur fonctionnement est coordonné et complémentaire. Dans certains cas, notamment à Toulouse/Seysse, le CLAT prend en charge l'entièreté du dépistage et une grande partie de la prise en charge. Cela rend le dispositif extrêmement efficace en termes de « rentabilité de dépistage » et de diagnostic précoce de cas de tuberculose mais peut constituer un frein à la prise en charge et l'organisation de la continuité des soins où l'UCSA doit jouer tout son rôle, ce qu'il aura éventuellement du mal à faire s'il n'a

---

<sup>54</sup> Nous entendons ici par issue de traitement défavorable tous les cas où le patient a été perdu de vue pendant le traitement (et l'est toujours 12 mois après le début du traitement).

pas été suffisamment impliqué en amont. Les textes à ce propos sont ambigus : le CLAT doit-il assurer le dépistage ou simplement en être le garant ?

Cette ambiguïté se traduit au niveau des rapports d'activité et de performance (RAP) des CLAT. Dans leurs rapports 2010, les CLAT de Tarbes, Albi et Montauban qui n'interviennent pas directement dans le dépistage en maison d'arrêt, ne renseignent pas la partie consacrée au dépistage en milieu carcéral. Cela pose un vrai problème car le MISF qui reçoit ce rapport ne sait pas si le dépistage est réalisé ou non et ne dispose d'aucune données sur cette activité. Les CLAT, même s'ils n'interviennent pas directement, sont les garants de ce dépistage et devraient recueillir les données de cette activité, les analyser et les inclure dans les rapports d'activité.

Par ailleurs, le RAP, dans son format actuel, ne prévoit aucune information sur le mode de dépistage, le nombre de cas suspects, ou encore le nombre d'entrants qui permettrait de calculer une couverture du dépistage. Il serait aussi intéressant de pouvoir distinguer le dépistage des entrants des activités de dépistage dans le cadre du suivi.

#### **4.1.3 La reproductibilité du dispositif**

L'organisation à la maison d'arrêt de Toulouse/Seysses offre un certain de garanties : existence d'un quartier arrivants, radiographies numériques réalisées par un manipulateur en radiologie formé, télétransmission des images et interprétation rapide par un médecin pneumologue, hospitalisation rapide en UHSI et prise en charge de qualité pendant la période de détention. La préparation de la sortie s'améliore également grâce notamment aux consultations mensuelles du médecin pneumologue du CLAT. Enfin, le système d'information et l'application informatique utilisée par le CLAT de Haute-Garonne permet une bonne gestion des cas et le calcul d'indicateurs pertinents pour évaluer l'activité.

Ce modèle n'est probablement pas entièrement reproductible aux autres maisons d'arrêt qui sont plus petites, ne disposent pas des mêmes moyens et dont le contexte épidémiologique est différent. Cependant, il pourrait y avoir une mutualisation utile de certains moyens, notamment de l'application informatique pour la gestion des cas et de l'utilisation de la télétransmission pour l'interprétation des radiographies avec éventuellement une interprétation régionalisée.

## **4.2 L'analyse réflexive**

Ce travail comporte un certain nombre de limites. Pour ce qui concerne la partie épidémiologique de recueil et d'analyse des données, les difficultés ont été nombreuses. Il a été difficile d'obtenir des informations sur certains des patients, en particulier ceux dépistés et traités dans les maisons d'arrêt autres que celle de Toulouse/Seysses. Les données sur le nombre de dépistages et de radiographies réalisés par maison d'arrêt et par an étaient manquantes également, excepté pour ce qui concerne la maison d'arrêt de

Toulouse/Seysses. Par suite, il n'était pas possible de calculer les taux de couverture du dépistage radiologique. Il a été difficile de définir le mode de calcul et d'expression des indicateurs pertinents : taux de couverture du dépistage, rendement du dépistage, incidence ou taux de déclaration de la tuberculose, prévalence de la tuberculose. Des échanges avec les épidémiologistes de la CIRE Midi-Pyrénées ont permis d'éclaircir certains points.

Une autre difficulté a été que l'auteur n'a pas eu connaissance au début de son travail du décret du 23 décembre 2010 qui supprime l'obligation de la radiographie systématique dans le cadre du dépistage. Cela a nécessité de redéfinir la commande initiale et les questions évaluatives qui étaient initialement très centrées sur la manière d'améliorer l'accès à la radiographie des personnes détenues entrantes. Assurer une veille juridique et s'informer de l'ensemble des textes publiés qui ont trait à son champ de compétence est par conséquent un devoir important du MISP.

Par ailleurs, les entretiens n'ont été réalisés qu'avec des médecins UCSA et CLAT. Il aurait été également important de recueillir les points de vue de l'utilisateur (personne détenue ou anciennement détenue atteinte de tuberculose), il aurait été intéressant aussi d'échanger avec d'autres catégories de personnels UCSA et CLAT, en particulier les infirmières, et de rencontrer le personnel du SPIP.

Il a été toutefois possible de réparer ces oublis et de réaliser des entretiens avec d'autres personnels des CLAT et UCSA, ainsi que de rencontrer une personne à la DISP Toulouse.

Il a été aussi difficile de recueillir des informations sur la prise en charge et sur la continuité des soins car de nombreuses maisons d'arrêt n'avaient pas d'expérience récente d'un cas de tuberculose.

La problématique du genre n'a également pas été abordée, il aurait été intéressant d'étudier les spécificités du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose de personnes détenues du sexe féminin. Seule la maison d'arrêt de Toulouse/Seysses comporte un quartier femmes.

Ce dossier a été très intéressant à traiter car il fait découvrir des logiques institutionnelles différentes et autonomes ; la justice, la santé, le social qui doivent concourir pour un objectif commun.

Dans le cadre de ce travail, deux compétences ont été particulièrement mobilisées. Tout d'abord celle de l'analyse de l'état de santé d'une population ; il a été nécessaire de réaliser une synthèse et une analyse critique de données sur la santé des personnes détenues, de réfléchir au choix des indicateurs les plus pertinents. Nous avons utilisé des comparaisons nationales et internationales pour argumenter notre analyse. La deuxième compétence est celle de l'évaluation de dispositifs ; nous avons dû clarifier la commande, élaborer un questionnaire, identifier des critères évaluatifs. Enfin, nous avons

également mobilisé la compétence en conception, mise en œuvre et pilotage d'un dispositif d'actions : analyse sur le sens de l'activité entreprise, le jeu d'acteurs, les difficultés et aménagements au cours de la démarche.

### 4.3 Les préconisations

Nous allons distinguer les préconisations pour le niveau national de celles pour le niveau régional et local.

Pour le niveau **national**, il nous semble important de lever les ambiguïtés autour des rôles respectifs de l'UCSA et du CLAT en matière de dépistage et de clarifier les textes à ce sujet.

Il serait également opportun de réaliser un état des lieux des modalités de dépistage actuellement en cours dans les maisons d'arrêt en fonction de leur taille. Une étude médico-économique sur l'efficacité des différentes modalités de dépistage serait utile.

Par ailleurs, les rapports d'activité et de performance des CLAT devraient comporter plus de variables autour des activités de dépistage en milieu carcéral (couverture, initial ou suivi...). Le guide méthodologique en cours de réactualisation répondra peut-être à certaines questions que les acteurs se posent sur le terrain.

Pour améliorer la pertinence des dispositifs de dépistage et de prise en charge de la tuberculose tout d'abord, nous recommandons que le dépistage du VIH soit proposé **systematiquement** aux détenus infectés ou atteints de tuberculose si leur statut VIH n'est pas connu.

Au **niveau régional et local**, il sera utile de réfléchir au contenu de la formation et de la sensibilisation des professionnels de l'UCSA et du personnel des établissements pénitentiaires afin d'encourager le dépistage passif. La stratégie basée sur la clinique seule suivie d'une prescription d'examen radiographique au cas par cas, pour être efficace, implique une sensibilisation régulière des médecins de l'UCSA à la tuberculose et à ses signes, ainsi que du personnel pénitentiaire et des personnes détenues en général. Un dépistage de suivi s'adressant aux personnes détenues depuis un an devrait être instauré.

Une réflexion régionale sera utile dans le but de proposer des formes **de mutualisation** de moyens entre les départements : utilisation de la même application informatique pour la gestion des cas et des enquêtes, adhésion à télémédecine Midi-Pyrénées et télétransmission des images de radiographie.



Il sera également intéressant d'étudier les caractéristiques sociodémographiques des personnes détenues dont les issues de traitement antituberculeux sont défavorables afin de définir des actions pour améliorer la prise en charge et l'observance du patient.

Une collaboration étroite est requise entre les services médicaux et administratifs des institutions carcérales, ainsi qu'entre les centres hospitaliers et les CLAT; ce partenariat doit être optimisé car encore trop de malades sont perdus de vue après leur sortie ou après leur transfert dans une autre prison.

Les modalités du dépistage devront être rediscutées afin de se conformer aux textes. Toutefois, une uniformisation des modalités de dépistage ne serait pas opportune car celles-ci dépendent de divers facteurs; la taille de la maison d'arrêt, la prévalence de la tuberculose maladie, la prévalence d'autres facteurs de risque au sein de la population des entrants (infection à VIH en particulier). La définition du type de dépistage (nature, fréquence...) devrait se faire après une **évaluation des risques**. Celle-ci devrait se faire régulièrement, annuellement, en collaboration avec le CLAT, l'UCSA et l'ARS. Un établissement serait à faible risque s'il n'y a pas eu de cas de tuberculose contagieuse au cours des années précédentes, la proportion de personnes détenues avec des facteurs de risque de la tuberculose (VIH, toxicomanie intraveineuse...) est faible, la proportion parmi les personnes détenues de migrants de pays à forte prévalence de la tuberculose est faible.

Un établissement serait à risque élevé si, à l'inverse, des cas de tuberculose contagieuse y sont régulièrement diagnostiqués et si la proportion de personnes détenues avec des facteurs de risque de la tuberculose y est élevée. La maison d'arrêt de Toulouse/Seysses a clairement été classée dans cette deuxième catégorie et le service de l'UCSA est considéré comme à haut risque de tuberculose avec un programme de surveillance annuelle de l'ensemble des professionnels de santé.

## Conclusion

Les personnes détenues doivent avoir un accès à une prévention et à des soins de qualité équivalente à celle de l'ensemble de la population. Les maisons d'arrêt accueillent des personnes en situation de grande fragilité qui cumulent les facteurs de risque. Elles se situent par ailleurs au carrefour de logiques institutionnelles autonomes, la justice et la santé, qui doivent concourir pour garantir l'accès aux soins et la continuité des soins.

La lutte antituberculeuse en milieu carcéral est illustrative de ce défi, elle est un véritable enjeu de santé publique car la prison ne doit pas être un lieu de transmission de la tuberculose, ni d'acquisition de germes multi résistants. Des foyers toujours actifs de tuberculose, voire de tuberculose multi-résistantes, en milieu carcéral représenteraient un risque majeur pour l'ensemble de la population.

La lutte antituberculeuse en milieu carcéral repose sur un dépistage précoce et efficace et sur une prise en charge de qualité incluant l'organisation de la continuité des soins après la sortie. Cette organisation ne peut fonctionner que si la collaboration entre les deux acteurs clés, l'UCSA et le CLAT, est étroite et permanente avec une définition des rôles et missions de chacun dans un but de complémentarité.

L'étude du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose dans les maisons d'arrêt en Midi-Pyrénées montre que les organisations et les stratégies de dépistage sont hétérogènes, définies davantage en fonction du contexte et des moyens disponibles au niveau local que de leur rapport coût-efficacité.

Un travail d'harmonisation, de mise en conformité par rapport aux textes et d'optimisation des dispositifs reste à faire, il pourra être impulsé par l'ARS.

---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Circulaire de la DAP n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation. [visité le 08/07/2011] disponible sur internet : [http://www.textes.justice.gouv.fr/art\\_pix/boj\\_20080002\\_0000\\_0004.pdf](http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20080002_0000_0004.pdf)

Loi n°87-432 du 22 juin 1987, relative au service public pénitentiaire [visité le 08.07.2011], disponible sur internet:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006071199&dateTexte=20110709>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Journal officiel, n°15 du 19 janvier 1994, 960.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Circulaire n°27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale [visité le 09.07.2011], disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_27\\_100105.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_27_100105.pdf)

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire DGS/DAP n°98/538 du 21 août relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire, modifiée par la circulaire DGS/MC1/DHOS du 26 juin 2007. [visité le 08.07.2011], disponible sur internet : <http://www.sante-prison.com/web/images/library/File/circulaire%20BK%20mil%20penit.pdf>

### Ouvrages

COALITION ANTITUBERCULEUSE POUR L'ASSISTANCE TECHNIQUE, 2006, Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose (SITT). La Haye.

DIRECTION DES RECHERCHES, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2005, La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et résultats : N°386,.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 1997, Bilan de la mise en œuvre des protocoles conclus entre les établissements de santé et pénitentiaires dans le cadre de la réforme instituée par la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, 52 p. (non publié).

GROUPE DE TRAVAIL DU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE, 2006, Enquête autour d'un cas de tuberculose : recommandations pratiques, 87 p.

HAUT COMITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE, 1993, La santé en milieu carcéral. Rennes : Ed. ENSP, 127 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2003, « État des lieux de la télé imagerie en France et perspectives de développement. Rapport d'étape Ministère de la Santé et ANAES ».

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Janvier 2007, « Guide affection de longue durée. Tuberculose active », 14 p.

HYEST J.-J., CABANEL G.P., 2000, Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. Paris : Sénat, 775 p.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES JUDICIAIRES, 2001, L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation, Paris : Inspection générale des affaires sociales, 196 p.

LA LIGUE PULMONAIRE SUISSE, 2007, Manuel de la Tuberculose. 80 p.

MERMAZ L., FLOCH J., 2000, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises. Paris : Assemblée nationale, 893 p.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, 2001, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation par l'Inspection Générale des Affaires sociales et Inspection Générale des Services Judiciaires.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 2008, Circulaire de la DAP n°113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2005, Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France, disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r\\_mt\\_070605\\_tubermigrants.pdf](http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r_mt_070605_tubermigrants.pdf)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE, 2005, Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (2002-2003) [visité le 08.07.2011], disponible sur internet : [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/tuberculose\\_030205/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/tuberculose_030205/index.html)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_actions\\_strategiques\\_detenus.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf)

MOUQUET M.-C., DUMONT M., BONNEVIE M.-C./ éd 1999, La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque. Paris : Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des statistiques, 10 p.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITIONS, 2006, Tuberculosis: clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control. London: Royal College of Physicians, 215 p.

RIEDER H.L., 1999, Epidemiologic basis of tuberculosis control, 1 ed. Paris: International Union against Tuberculosis and Lung Disease.

UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LES MALADIES RESPIRATOIRES, 2010, Prise en charge de la tuberculose. Guide des éléments essentiels pour une bonne pratique.

VADE MECUM, 2007, Recentralisation, prévention et prise en charge de la tuberculose en France.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, Literature Review on Tuberculosis in Prisons [visité le 08.07.2011], disponible sur le site: [http://www.who.int/tb/challenges/prisons/tb\\_in\\_prisons\\_lit\\_review\\_10feb08.pdf](http://www.who.int/tb/challenges/prisons/tb_in_prisons_lit_review_10feb08.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, TB control in prisons. A manual for program managers. WHO/CDS/TB/2001-281

## Articles de périodiques

AMERICAN THORACIC SOCIETY, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2000, «Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection». American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine; vol.161:S221–S247.

ANDERSON S.T., WILLIAMS A.J., BROWN J.R. et al, 2006, «Transmission of Mycobacterium tuberculosis Undetected by Tuberculin Skin Testing». American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, vol.9, n° 173, pp.1038-1042.

AERTS A., HAUER B., WANLIN M. et al, 2006, «Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons » International Journal of Tuberculosis and Lung Disease vol.11 n°10, pp. 1215-1223.

CASSAN F., TOULEMON L., KENSEY A., avril 2000, « L'histoire familiale des détenus», Insee Première, n°706, 4 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION., 2005, «Guidelines for the investigation of contacts of persons with infectious tuberculosis: recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC». Morbidity and Mortality Weekly Report, n° 54, pp.1-48.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2006, «Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional and Detention Facilities: Recommendations from CDC». Morbidity and Mortality Weekly Report, n° 55, pp.1-44.

COCHET A., ISNARD H., 2008, « Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Île de France. Enquête prospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006 ». Bulletin Epidemiologic Hebdomadaire, n° 2, pp. 12-14.

EDWARDS L.B., ACQUAVIVA F.A., LIVESAY V.T, 1973, « Identification of tuberculous infected. Dual tests and density of reaction». American Review of Respiratory Disease; n°108, pp.1334-1339.

FIGONI J., ANTOINE D., CHE D., juin 2011, « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009 », Bulletin Epidemiologic Hebdomadaire, n° 22, pp. 258-60.

FRY R.S., et al., septembre 2005, « Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St. Petersburg, Russia ». International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, vol. 9, n°9, pp.1027-1033.

GRAHAM S., DAS G.K., HIDVEGI R.J., HANSON R., KOSIUK J., AL Z.K. et al., 2002 «Chest radiograph abnormalities associated with tuberculosis: reproducibility and yield of active cases». International Journal of Tuberculosis Lung Disease, vol. 2, n° 6, pp.137-142.

GUERIN G., 2003, « La population carcérale », ADSP, 44, pp. 21-25.

HANAU-BERCOT B., GREMY I., RASKINE L. et al., 2000, « A one year prospective study (1994-1995) for a first evaluation of tuberculosis transmission in French prisons ». International Journal of Tuberculosis Lung Disease vol.9, N°4 pp. 853-859.

JONES T.F., SCHAFFNER W., 2001, « Miniature chest radiograph screening for tuberculosis in jails A cost-effectiveness analysis.

MAC NEIL J.R., LOBATO M.N., MOORE M. octobre 2005, « An unanswered health disparity: tuberculosis among correctional inmates, 1993 through 2003 ». American Journal of Public Health, vol. 10, n°.95, pp.1800-1805.

MARCO A., CAYLA J.A., SERRA M. et al., octobre 1998, « Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme prisoners before and after release, Study Group of Adherence to Tuberculosis Treatment of Prisoners ». European Respiratory Journal, vol..4, n° 12, pp. 967-71.

MENZIES D., 1999, «Interpretation of repeated tuberculin tests. Boosting, conversion, and reversion ». American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine; vol. 1 n°159, pp.15-21.

MENZIES D., MADHUKAR P., COMSTOCK G., 2007, «Meta-analysis: New Tests for the Diagnosis of Latent Tuberculosis Infection: Areas of Uncertainty and Recommendations for Research », Annals of Internal Medicine, n°.146, pp.340-354.

SOCIÉTÉ DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE, 2004, « Recommandations sur la prise en charge de la tuberculose en France. » Conférence d'experts, texte court.

Rev Mal Respir, n° 21 pp. 414-20. Disponible sur internet :  
<http://www.sp2a.fr/pdf/documents/recommandations-prise-en-charge-tuberculose-france.pdf>

TOMAN K., 1976, «Mass radiography in tuberculosis control». Chronicle of the World Health Organization, n° 30, pp. 51-57.

WILCKE J.T., KOK-JENSEN A, 1997 « Diagnostic strategy for pulmonary tuberculosis in a low-incidence country: results of chest X-ray and sputum cultured for Mycobacterium tuberculosis». Respiratory Medicine, vol 5.n° 91, pp. 281-285.

ZELLWEGER J.P., HEINZER R., TOURAY M. et al., 2006, « Intra-observer and overall agreement in the Radiological assessment of tuberculosis», International Journal of Tuberculosis Lung Disease, n°10, pp.1123-1126.

### **Mémoire**

DESCAMPS C., 1999, Le dépistage des maladies transmissibles en milieu carcéral. Proposition d'une méthodologie d'évaluation, Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique, EHESP Rennes, 68 p.

ORTMANS C., 2005, Dépistage du sida et des hépatites : pertinence et efficacité des dispositifs actuels en maisons d'arrêt. Mémoire de l'école nationale de santé publique, ENS Rennes, 57 p.

Module Interprofessionnel, 2011, Garantir la continuité des soins après la sortie de prison. L'exemple de la prise en charge des addictions. Groupe 19.

### **Adresses électroniques**

Ministère de la Santé

<http://www.sante.gouv.fr>

Ministère de la Justice

<http://www.justice.gouv.fr>

Collège des soignants intervenant en prison

<http://www.penitenciaire.com>

Observatoire international des prisons

<http://www.oip.org>



---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : Grille d'entretien médecin responsable de l'UCSA
- Annexe 2 : Grille d'entretien médecin responsable du CLAT
- Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées
- Annexe 4 : Rétro planning des actions effectuées dans le cadre du projet de mémoire
- Annexe 5 : Epidémiologie de la tuberculose dans le monde
- Annexe 6 : Epidémiologie de la tuberculose en France
- Annexe 7 : Rappel sur la tuberculose
- Annexe 8 : Chiffres de la population pénale au 1er juin 2011
- Annexe 9 : Carte des établissements pénitentiaires, direction interrégionale de  
Toulouse
- Annexe 10 : Effectifs des CLAT et des UCSA en Midi-Pyrénées

# **Annexe 1 : Grille d'entretien médecin UCSA**

*Salutations et remerciements*

*Présentation personnelle*

*Présentation du cadre du mémoire*

*Présentation du sujet de l'étude et de ses objectifs*

*Anonymisation des entretiens*

Pouvez-vous me présenter la maison d'arrêt ? Nombre de détenus, profil ?

Pouvez-vous me présenter l'UCSA ? Personnel ? A quel service êtes-vous rattaché ?

Moyens financiers et humains ?

Pouvez-vous me décrire le dispositif de dépistage de la tuberculose ? Quel est votre rôle dans ce dispositif ?

Comment est organisé le suivi du traitement à la sortie ?

Comment est organisée la permanence des soins ?

Consultation de pneumologie assurée sur place ?

Existe-t-il un dépistage de suivi ou uniquement à l'entrée ?

Le dépistage d'entrée n'est-il réalisé que pour les personnes venant du milieu libre ?

Locaux et fonctionnement de l'UCSA

Que pensez-vous de la couverture du dépistage ? D'après vous quels sont les freins au dépistage chez les détenus ? Y a-t-il des moyens pour lever ces freins ?

Comment se passent les relations avec le personnel pénitentiaire ? Avec le personnel du CLAT ?

D'après vous quels moyens pourraient être mis en œuvre pour améliorer l'accès au dépistage en maison d'arrêt ?

## **Annexe 2 : Grille d'entretien médecin CLAT**

*Salutations et remerciements*

*Présentation personnelle*

*Présentation du cadre du mémoire*

*Présentation du sujet de l'étude et de ses objectifs*

*Anonymisation des entretiens*

Pouvez-vous me présenter le CLAT ? Personnel ? A quel service êtes-vous rattaché ?

Moyens financiers et humains ?

Pouvez-vous me décrire le dispositif de dépistage de la tuberculose en maison d'arrêt ?

Quel est votre rôle dans ce dispositif ?

Comment est organisé le suivi du traitement à la sortie ?

Consultation de pneumologie assurée sur place ?

Existe-t-il un dépistage de suivi ou uniquement à l'entrée ?

Le dépistage d'entrée n'est-il réalisé que pour les personnes venant du milieu libre ?

Que pensez-vous de la couverture du dépistage ? D'après vous quels sont les freins au dépistage chez les détenus ? Y a-t-il des moyens pour lever ces freins ?

Comment se passent les relations avec le personnel pénitentiaire ? Avec le personnel de l'UCSA ?

D'après vous quels moyens pourraient être mis en œuvre pour améliorer l'accès au dépistage en maison d'arrêt ?

### **Annexe 3 : Liste des personnes enquêtées**

- Docteur Jean LEGRUSSE, médecin CLAT de Haute Garonne
- Docteur Anthony BLANC, médecin UCSA Seysses/Toulouse
- Docteur Maurice TARTULIER, médecin CLAT du Lot
- Docteur Jean-Bernard SOLIGNAC, médecin UCSA de Cahors
- Docteur Michel CAVAILLON, médecin UCSA de Rodez
- Docteur Brigitte BOUTOT, médecin CLAT de l'Aveyron
- Docteur Jacques ATHANASE, médecin UCSA de Tarbes
- Docteur Marcelle LEFEBVRE, médecin CLAT des Hautes Pyrénées
- Docteur Marie BIBOULET, médecin CLAT et UCSA de l'Ariège
- Docteur Emmanuelle THORES, médecin CLAT du Tarn et Garonne
- Docteur Jérôme HEYSCH DE LA BORDE, médecin UCSA de Montauban
- Docteur Alain SANCHEZ, médecin CLAT du Tarn
- Docteur Anne STRATEMAN, médecin UCSA d'Albi

## **Annexe 4 : Rétro planning des actions effectuées dans le cadre du projet de mémoire**

Choix du dossier lors du premier temps de stage (novembre 2010) : « Prise en compte des inégalités sociales de santé dans l'élaboration du schéma régional de prévention ».

Lundi 17 janvier : présentation du projet initial de mémoire, considéré comme trop ambitieux et décision de l'abandonner

Février 2011 : choix du dossier définitif lors du deuxième temps de stage : « Dispositif de dépistage de la tuberculose en milieu carcéral. »

Vendredi 11 mars 2011 : présentation du nouveau dossier lors du 1<sup>er</sup> regroupement à Paris

Mars : travail sur les objectifs et la méthodologie

Participation à la réunion du réseau des CLAT de Midi-Pyrénées le 17 mars à Albi.

Participation à la journée nationale d'information sur la tuberculose le 23 mars à Paris organisée par l'InVS, la DGS et le CNR.

Avril 2011 : planning des déplacements et entretiens avec les responsables CLAT et UCSA de Midi-Pyrénées

Mai 2011 : écriture de la version 0 du mémoire

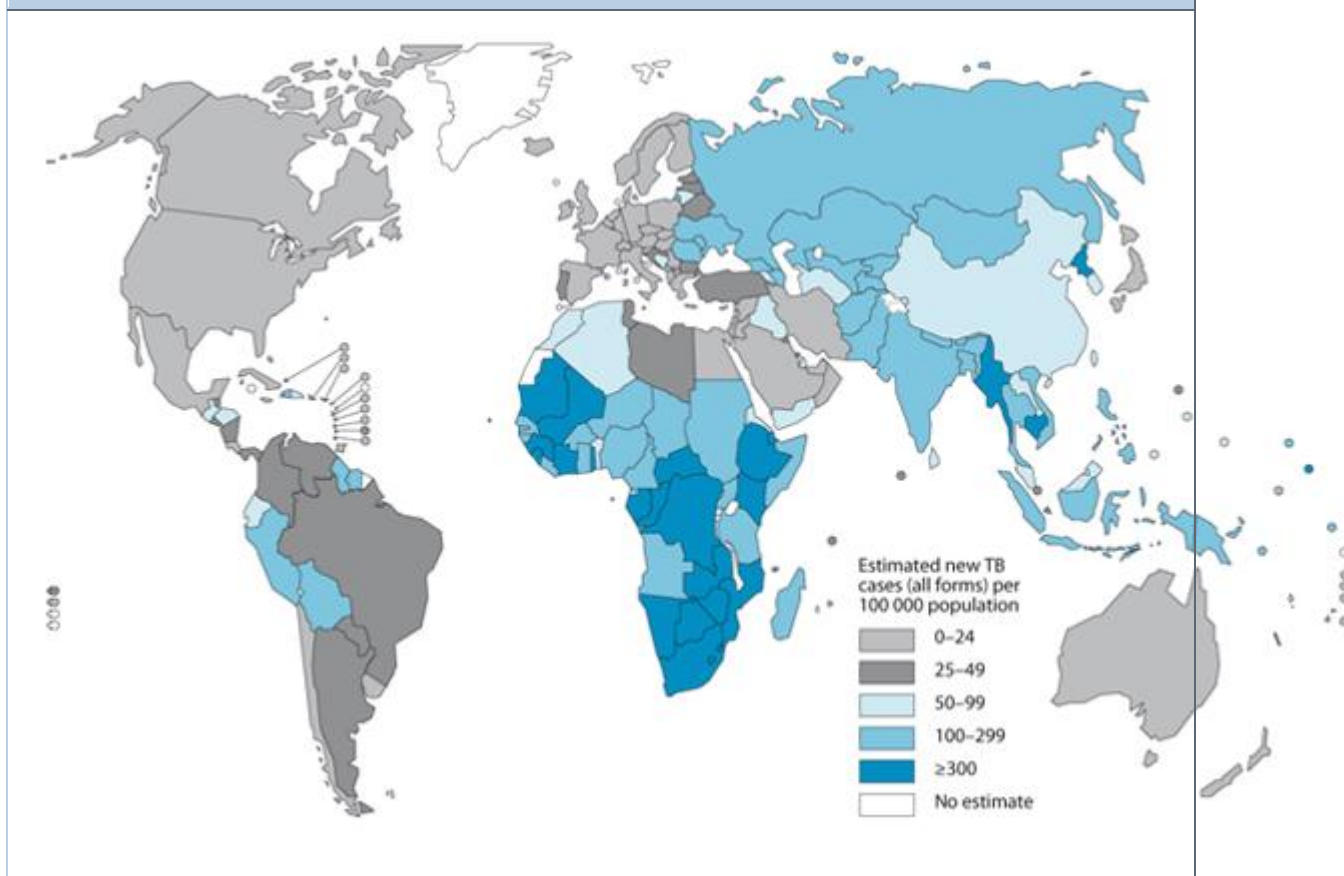
9 Juin 2011 : discussion de la version 0 avec les conseillers en méthodologie lors du 2<sup>ième</sup> regroupement à Paris

11 Juillet 2011 : remise de la version définitive

## Annexe 5 : Epidémiologie de la tuberculose dans le monde

L'Organisation mondiale de la santé a estimé entre 8,9 à 9,9 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose maladie en 2009, soit 137 cas pour 100 000 habitants et à environ 1,3 millions le nombre de personnes qui en sont décédées. C'est dans la région de l'Asie du Sud, (notamment en Inde et en Chine) que le nombre de nouveaux cas est le plus important mais c'est en Afrique subsaharienne que les taux d'incidence estimés sont les plus élevés, en raison notamment de l'impact de la prévalence importante de l'infection à VIH. En 2009, l'OMS estimait la proportion d'infection à VIH parmi le nombre de nouveaux cas de tuberculose à environ 11 à 13% au plan mondial. Les tuberculoses multi-résistantes (résistance à au moins l'isoniazide et la rifampicine qui sont les deux antituberculeux majeurs), concerneraient, d'après les estimations de l'OMS, environ 440 000 de cas de tuberculose, soit environ 5 % de l'ensemble des cas incidents de tuberculose. Les pays avec le plus de cas de tuberculose multi-résistante sont l'Inde, la Chine, la fédération de Russies, l'Afrique du Sud et le Bangladesh. La tuberculose multi-résistante compromet la lutte anti tuberculeuse compte-tenu des options thérapeutiques restreintes et de la nécessité de traitements longs et coûteux.

Figure 2 - Taux d'incidence estime de la tuberculose, 2009, OMS



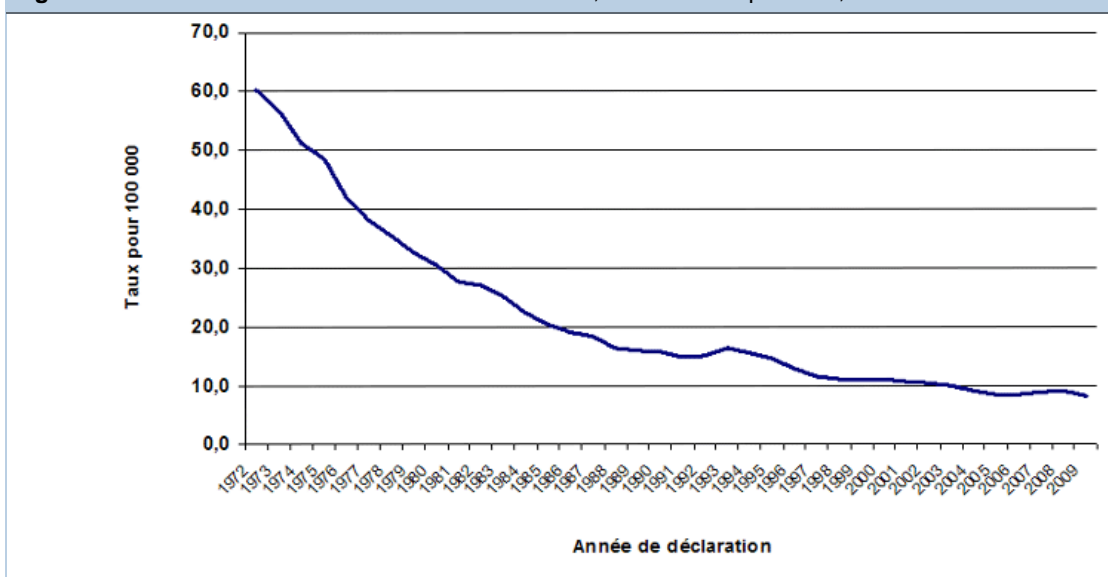
Source : Organisation mondiale de la santé, page 6 Global tuberculosis control : WHO report 2010. "WHO /HTM /TB /2010.7".

Disponible sur : [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2010/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html)

## Annexe 6 : Epidémiologie de la tuberculose en France

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964 en France. En France, le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés était de 5 276 cas en 2009, soit 8,2 cas pour 100 000. L'incidence de la tuberculose a baissé régulièrement depuis 1972, à l'exception du début des années 1990 et semble se stabiliser dans les années récentes (1). La proportion de cas de tuberculose déclarés avec une souche multi-résistante TB-MR (résistance à au moins l'isoniazide et la rifampicine) était de 1,7% en 2008 (2). La France est considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population et dans certaines zones géographiques. La maladie touche principalement les sujets âgés, les populations en situation de précarité (SDF, personnes vivant en collectivité...) et les migrants en provenance de régions comme l'Afrique subsaharienne où les prévalences de la tuberculose et de l'infection à VIH sont élevées. On trouve également des taux de déclaration plus élevés en Ile-de-France et en Guyane comparés aux autres régions françaises.

**Figure 1** - Taux de déclaration de tuberculose maladie, France Métropolitaine, 1972 - 2009



Source : site internet de l'InVS interrogé le 10 juillet 2011

[http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/diapo\\_tb\\_francais\\_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/diapo_tb_francais_2009.pdf)

## **Annexe 7: Rappel sur la tuberculose**

### **Evolution naturelle de l'infection tuberculeuse**

Après l'introduction du bacille tuberculeux dans l'organisme, plusieurs évolutions sont possibles :

1. Absence d'infection (succès des défenses innées), surtout si la contamination n'est pas massive ou répétée.
2. Evolution d'un seul tenant vers la maladie tuberculeuse (primo-infection tuberculeuse patente ou tuberculose de primo-infection).
3. Phase d'infection latente plus ou moins prolongée puis progression vers la tuberculose maladie.
4. Phase d'infection latente indéfinie (bacilles quiescents) sans progression ultérieure vers la tuberculose.
5. Phase d'infection latente suivie de l'élimination des bacilles tuberculeux.

Les évolutions 3 à 4 sont les plus fréquentes chez l'adulte, la situation 2 est fréquente chez l'enfant, l'adolescent ou les personnes immunodéprimées. Leurs proportions respectives dépendent de facteurs favorisant la progression de l'infection latente vers la tuberculose maladie (contamination massive, âges extrêmes, immunodépression, dénutrition, certaines pathologies et peut-être virulence de la souche bactérienne).

### **Risque de progression de l'infection tuberculeuse latente vers la maladie**

Après une infection par le bacille tuberculeux, 10% des adultes non immunodéprimés développeront une tuberculose maladie dans leur vie dont au moins la moitié dans les deux ans suivant la contamination.

Ce risque est plus élevé chez les enfants (45 % chez les enfants de moins d'un an, 25 % chez ceux de moins de 5 ans et 10 à 15 % chez les adolescents dans les deux ans suivant la contamination) ainsi que chez les adultes immunodéprimés (30% dans l'année suivant l'infection par le BK chez les patients atteints d'infection à VIH).

Parmi les 10% de personnes qui développeront une tuberculose maladie, le risque diminue avec le temps.



## **Annexe 8 : Chiffres de la population pénale au 1er septembre 2011**

Au 1<sup>er</sup> septembre 2011, 63 602 personnes étaient incarcérées en France, ce qui représente une hausse de 4,6 % par rapport au mois de septembre 2010 (60 789). Au 1<sup>er</sup> août 2011, il y avait 64 053 personnes incarcérées, ce qui représente une baisse mensuelle de 0,7 %.

Le nombre de personnes prévenues s'élève à 16 056 pour 47 546 personnes condamnées, soit 25,2 % des personnes incarcérées (contre 25,1 % au 1<sup>er</sup> août 2011). Au 1<sup>er</sup> septembre 2010, on dénombrait 15 226 prévenus, soit une hausse de 5,5 % par rapport à l'année précédente.

Les mineurs détenus sont 661 au 1<sup>er</sup> septembre 2011, ce qui représente une baisse de 11,5 % par rapport au mois précédent (747 au 1<sup>er</sup> août 2011). Les mineurs détenus représentent 1 % des personnes incarcérées.

Au 1<sup>er</sup> septembre 2011, 9 805 personnes bénéficient d'un aménagement de peine sous écrou, soit 17,6 % de l'ensemble des personnes écrouées condamnées. Les aménagements de peine ont progressé de 26,8 % en un an (7 730 au 1<sup>er</sup> septembre 2010) et de 53,6 % en deux ans (6 383 au 1<sup>er</sup> septembre 2009).

Il y a ainsi 973 personnes bénéficiant d'une mesure de placement à l'extérieur (981 au 1<sup>er</sup> septembre 2010), 1 781 d'une mesure de semi-liberté (1 551 au 1<sup>er</sup> septembre 2010) et 7 051 d'un placement sous surveillance électronique (5 198 au 1<sup>er</sup> septembre 2010).

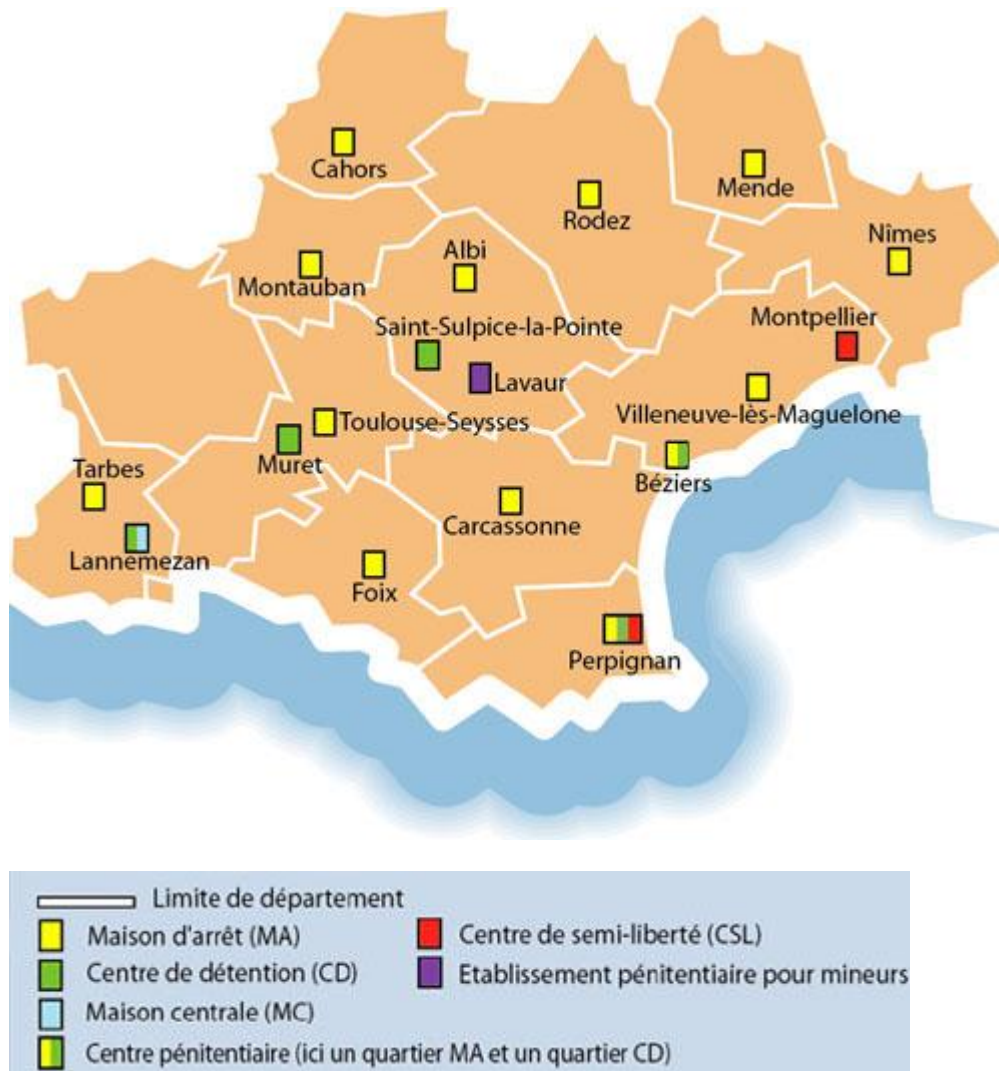
Par ailleurs, au 1<sup>er</sup> septembre 2011, 513 personnes sont placées sous surveillance électronique de fin de peine (SEFIP), soit une hausse de 8,5 % par rapport au mois précédent (473 au 1<sup>er</sup> août 2011).

Au 1<sup>er</sup> septembre 2011, le parc pénitentiaire compte 56 556 places opérationnelles, grâce aux ouvertures des nouveaux établissements entre 2008 et 2011 - Mont-de-Marsan, Saint-Denis de la Réunion, Roanne, Lyon-Corbas, Nancy-Maxéville, Poitiers-Vivonne, Béziers, Le Mans, Bourg-en-Bresse, Rennes-Vezin, Le Havre et Lille-Annœullin. Cela représente, en trois ans, une hausse de 11,1 % de la capacité opérationnelle du parc pénitentiaire (50 881 places au 1<sup>er</sup> septembre 2008).

(source : site internet Ministère de la Justice interrogé le 10 septembre 2011

<http://www.presse.justice.gouv.fr/archives-communiqués-10095/archives-des-communiqués-de-2011-12159/chiffres-de-la-population-pénale-au-1er-septembre-2011-22836.html>)

## Annexe 9 : Carte des établissements pénitentiaires, direction interrégionale de Toulouse



Source : site internet Ministère de la Justice interrogé le 10 Juillet 2011 : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/etablissements-penitentiaires-10113/direction-interrégionale-de-toulouse-10128/>

## Annexe 10 : Les effectifs en ETP des CLAT et des UCSA en Midi-Pyrénées

### Effectifs des CLAT de Midi-Pyrénées en ETP

Département	Structure	ETP Médecin	ETP Infirmier	ETP Secrétaire	ETP Assistant social	ETP Manipulateur radiologie	Total ETP
Ariège	CHIVA Foix-Pamiers	0,20	0,20				0,40
Aveyron	Conseil Général - Rodez	0,40	0,40	0,40			1,20
Haute-Garonne	HJD Toulouse	1,40	3,10	2,10	0,17	1,50	8,27
Gers	Conseil Général - Auch	0,40	0,66	0,53			1,59
Lot	Conseil Général - Cahors	0,20	0,10				0,30
Hautes-Pyrénées	Conseil Général - Tarbes	0,60	0,80	0,50			1,90
Tarn	CH Albi	0,20	0,20	0,20		0,20	0,80
	CHIC Castres-Mazamet	0,10	0,30	0,10			0,50
Tarn-et-Garonne	CH Montauban	0,70	1,30	0,50	0,10		2,60
Région		<b>4,20</b>	<b>7,06</b>	<b>4,33</b>	<b>0,27</b>	<b>1,70</b>	<b>17,56</b>

Source : Rapports d'activités et de performance des CLAT (2009)

### Effectif des UCSA (en équivalent temps plein) en Midi-Pyrénées

	Albi	Cahors	Foix	Montauban	Rodez	Tarbes	Toulouse/Seysse
Médecin	0,4	0,35	0,6	0,5	0,3	0,5	1,3
Médecin spécialiste (hors psychiatre)	0,025	0,05	0	0	0,05	0,05	0,85
Pharmacien	0,1	0	0	0,1	0,05	0	0,5
Préparateur en pharmacie	0	0	0	0	0	0	0,5
Cadre de santé	0	0	0	0	0	0	0,5
Infirmier	3,4	1	1,8	2	1,9	2,75	12,6

Secrétaire médicale	1	0,75	0,5	0,5	0,25	0,75	2
Manipulateur électro-radio	0	0	0	0	0	0,05	0,2

Source : Rapports d'activités des UCSA (données de 2006 partiellement actualisées)