

L'analyse des interruptions de traitement montre que 25,5 % ont interrompu au moins une fois leur traitement en phase 1, la médiane du nombre d'interruptions est de 3 (maximum 7) et ces interruptions n'ont jamais nécessité une reprise du traitement depuis le début [5] (tableau 1). En phase 2, 39,5 % ont interrompu au moins une fois leur traitement, le nombre médian d'interruptions était de 6 (maximum 19), sans nécessité de prolongation de traitement [5] (tableau 1).

La durée de prise en charge des patients a été de six mois pour un quart d'entre eux, de sept à neuf mois pour un tiers, de 10 à 12 mois pour un quart et pour les 3 derniers patients elle était de 15, 16 et 26 mois.

Tableau 1

Distribution du nombre d'interruptions et du nombre total de jours d'interruption selon la phase du traitement, Paris, avril 2002-décembre 2004

	Phase 1 (N = 13)		Phase 2 (N = 17)	
	Nb interruptions	Nb total de jours	Nb interruptions	Nb total de jours
Médiane	3	11	6	10
[Min ; Max]	[1 - 7]	[1 - 41]	[1 - 19]	[1 - 46]

DISCUSSION - CONCLUSION

Après quatre ans de prise en charge de SDF atteints de tuberculose à Paris, les résultats obtenus par l'EMLT démontrent l'intérêt de la stratégie DOT par rapport à une approche classique auprès de patients difficiles à traiter. Seuls 2 patients ont été perdus de vue et la moitié d'entre eux ont pu être traités en neuf mois. Cependant, le traitement sous surveillance directe ne constitue qu'un des éléments, la motivation de l'équipe et l'adaptation aux besoins du patient, les mesures incitatives, le travail en réseau et la mobilité de l'équipe sont indispensables à l'efficacité de cette stratégie, comme l'a montré une évaluation de différents programmes [6].

Toutefois, pour réduire la morbidité et la transmission de la tuberculose chez les sans domicile, il reste à augmenter la fréquence du radio-dépistage systématique. L'activité de dépistage actuelle, sous la responsabilité de la Dases, malgré une augmentation en 2004, reste insuffisante. A titre d'exemple, la population prise en charge dans les deux centres d'urgence du Samusocial de Paris en 2004 représente 6 800 personnes, parmi elles 204 (3 %) ont bénéficié d'un radio-dépistage et 5 (2,1 %) cas de tuberculoses contagieuses ont été découvertes. Ainsi le rendement du radio-dépistage dans les centres d'urgence justifie une augmentation de sa fréquence pour passer de 3 % à 80 % de sujets dépistés.

Par ailleurs, le nombre de places en lits infirmiers ou en hébergement social pour prendre le relais de l'hospitalisation est tout à fait insuffisant actuellement, il le sera d'autant plus en cas d'augmentation du dépistage. Le nombre de places nécessaires est pourtant peu élevé, entre 60 et 80.

REMERCIEMENTS

Sanofi-Aventis à l'origine de la mise en place de ce programme et qui le soutient toujours ; à la Dases pour son soutien financier.

Aux membres de l'équipe pour leur dévouement envers les patients.

RÉFÉRENCES

- [1] Che D, Campese C, Decludt B. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2002. BEH 2004; 4:13-6.
- [2] Hayward AC, Darton T, Van-Tam JN, Watson JM, Coker R, Schwoebel V. Epidemiology and control of tuberculosis in western European cities. Int J Tuberc Lung Dis 2003; 7(8):751-7.
- [3] Zunic L, Grosset J, Tartière S, Emmanuelli X. Tuberculose et grande exclusion - rapport d'activité 1999-2000. Observatoire du samusocial de Paris 2000.
- [4] Bayol-Honnet G, Fain O, Joly V et al. Un logiciel informatique pour le suivi des patients sous traitement anti-tuberculeux. Bull Epidemiol Hebd 2001; 41:199-203.
- [5] Prévention et prise en charge de la tuberculose en France - Synthèse des recommandations du groupe de travail du conseil supérieur d'hygiène de France (2002-2003). Rev Mal Respir 2003; 20:7S3-7S106.
- [6] Volmink J, Matchaba P, Garner P. Directly observed therapy and treatment adherence. Lancet 2000; 355:1345-50.

Organisation de la surveillance et de la lutte antituberculeuse dans les prisons

Carole de Picciotto¹, Philippe Fraisse²

¹ Etablissement public de santé national, Fresnes

² Conseil général du Bas-Rhin, Strasbourg

INTRODUCTION

En juillet 2004 il y avait 64 813 détenus en France (source : administration pénitentiaire). Les détenus cumulent plusieurs facteurs de risques personnels et sociaux favorisant la tuberculose avant l'incarcération ; en détention, vie en collectivité et environnement confiné favorisent la transmission aérienne de l'infection tuberculeuse. La fragilité d'un grand nombre augmente le risque d'évolution vers la tuberculose-maladie. La prévalence de la tuberculose est donc logiquement beaucoup plus élevée en prison que dans le milieu libre. Depuis 1994, plusieurs textes législatifs ont permis de structurer la prise en charge médicale des détenus mais elle se heurte à des difficultés d'organisation liées à la multiplicité des intervenants et à une insuffisance de moyens matériels et humains. Pourtant, dépistage et traitement conformes des cas de tuberculose sont les garants d'une évolution favorable, d'une réduction de la contagion y compris en milieu libre et de la prévention de la sélection de résistances aux antituberculeux.

SITUATION EN FRANCE

Les études épidémiologiques récentes en milieu carcéral manquent cruellement. L'incidence de la tuberculose a été évaluée à 215/100 000 dans dix prisons parisiennes en 1994-1995 [1], soit plus de 12 fois l'incidence nationale la même année. Plusieurs raisons expliquent cette situation.

Le risque d'être infecté est élevé du fait des conditions de détention (surpopulation, promiscuité, activités en commun).

La multiplicité des contacts (co-détenus, visiteurs, policiers, personnels judiciaires, pénitentiaires et médicaux, intervenants extérieurs et sociaux, enseignants ou autres, sujets contacts en milieu libre lors des permissions) favorise la dissémination de l'infection.

Certaines populations à risque de tuberculose et/ou à risque élevé de progression vers la maladie y sont sur-représentées [2,5] : le fort taux de migrants, deux fois plus nombreux en prison que dans l'ensemble de la population et venant souvent de pays où la tuberculose est endémique (Maghreb, Afrique subsaharienne) ou à incidence élevée (Europe de l'Est), le vieillissement de la population pénale par allongement des peines et multiplication récente des plaintes contre les abus sexuels, la forte consommation d'alcool ou de tabac (80 % des entrants), l'usage des drogues (32,2 % des entrants), l'immuno-dépression par le VIH et l'éloignement des entrants en détention du système de soins avant l'incarcération [2,3,4] rendent fragile la population carcérale.

PRISE EN CHARGE EN MILIEU CARCÉRAL

La loi n°94-43 du 18.1.1994 et la circulaire DGS/SP du 21.8.1998 ont transféré la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier et ont structuré l'organisation du dépistage de la tuberculose en milieu carcéral. Chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé de proximité chargé d'implanter une unité de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa) en milieu pénitentiaire.

Tableau 1

Entrants en prison : insertion sociale et accès aux soins avant l'incarcération, France, 1997	
	%
Entrants déclarant avant l'incarcération	
Un domicile stable	83,7
Un domicile précaire	10,1
Sans abri	5,0
Impossibilité de communiquer	0,9
Refus de répondre	0,3
Total	100,0
Entrants déclarant avant l'incarcération	
Etre affilié à la Sécurité sociale	71,7
Avoir l'Aide médicale	5,5
Aucune protection sociale	17,5
Ne sait pas	4,0
Impossibilité de communiquer	1,0
Refus de répondre	0,3
Total	100,0
Entrants déclarant avoir eu au moins un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération	
Total*	58,3
dont Consultation ou visite médicale	53,7
Hospitalisation d'au moins 4 jours pour traumatisme	7,3
Autre hospitalisation sauf en psychiatrie	8,9
Suivi régulier ou hospitalisation en psychiatrie	8,8
dont Proportion avec traitement en cours par des psychotropes	5,1

* Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant ayant pu avoir plusieurs contacts avec le système de soins.

Source : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Drees, Bureau État de santé de la Population et DGS, Bureau SP2.

L'Ucsa a une mission de prévention (dépistage de la tuberculose en collaboration avec les Services de la lutte antituberculeuse (Slat) qui doivent signer une convention avec les établissements de santé de proximité ou les groupements privés assurant les soins en milieu pénitentiaire), de prise en charge de la santé des détenus et de continuité des soins (organisation du suivi médical à la sortie de la détention).

Dépistage à l'admission

Suspicion clinique

Le personnel de l'Ucsa voit les entrants et organise un isolement présomptif si nécessaire en attendant la radiographie.

Dépistage radiographique

Le dépistage par la radiographie thoracique dès l'admission est réglementaire en France ; il est effectué aux frais du Conseil général du département.

Dépistage pendant la détention

Le risque de développer une tuberculose en cours d'incarcération est d'autant plus élevé que celle-ci est plus longue [5]. Or la surveillance radiographique au cours de la détention n'est pas obligatoire.

Diagnostic et traitement

Dès suspicion d'une tuberculose, le patient est isolé présomptivement puis orienté vers le service hospitalier de référence de l'Ucsa ou l'unité sécurisée hospitalière inter-régionale pour établir le diagnostic et commencer le traitement. Le transport et l'hospitalisation doivent comporter des mesures d'isolement de type « air ».

Poursuite de l'isolement

Si le diagnostic de tuberculose est écarté, l'isolement est interrompu. Dans le cas contraire, que les résultats des examens directs des prélèvements respiratoires soient positifs ou négatifs, tout diagnostic présomptif de tuberculose respiratoire entraînant la mise en route d'un traitement doit aboutir à un isolement et une déclaration. Les indications d'isolement seront larges du fait des conditions de confinement et des facteurs de risque chez les sujets contacts. L'isolement sera précoce pour réduire la durée d'exposition : celle-ci est un élément déterminant dans le risque de tuberculose secondaire. Au-delà de 400 heures de contact cumulé [6], voire pour des temps d'exposition bien moindre [7], le risque de contagion est aussi élevé que le cas-index soit positif ou négatif au direct. Idéalement l'isolement devrait être poursuivi jusqu'à négativation des cultures (soit quatre à huit semaines après la mise en route du traitement).

Signalement - déclaration

Dès le diagnostic établi, le cas doit être signalé au plus vite à l'autorité sanitaire (Ddass et Slat). La notification écrite suivra dès que possible.

Organisation de la continuité des soins jusqu'à la fin du traitement

L'UCSA a la mission d'organiser la poursuite de la prise en charge si le patient est libéré avant la fin du traitement antituberculeux, il faut donc :

- donner au patient une ordonnance et l'équivalent de quelques jours de traitement ;

- fournir au patient l'adresse du Slat le plus proche de son domicile s'il en a un, et prévenir ce service ; organiser la délivrance du traitement par ce service en l'absence de couverture sociale ;

- s'il n'a pas de domicile, alerter les services sociaux de la prison afin d'essayer de lui trouver un hébergement (foyer d'accueil...) ;

- en cas de reconduite à la frontière et si le traitement antituberculeux n'est pas disponible dans le pays d'origine du détenu, fournir un certificat médical demandant une levée provisoire d'interdiction de séjour en précisant que tout arrêt de traitement pourrait engager à terme le pronostic vital.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES, ACTIONS À ENTREPRENDRE

Faire respecter le dépistage radiographique obligatoire à l'entrée : par manque de personnel ou de moyens matériels, certaines Ucsa ne peuvent organiser le dépistage radiographique pourtant obligatoire à l'entrée en détention.

Étendre la surveillance et le dépistage radiographique pendant la détention : le personnel de l'Ucsa doit être particulièrement vigilant devant tout symptôme respiratoire traînant signalé par un détenu. Une extension de la réglementation rendant obligatoire la surveillance radiographique au-delà de l'admission serait nécessaire (par exemple une fois par an).

Prescrire largement l'isolement présomptif et le prolonger jusqu'à trois à huit semaines si les arguments de tuberculose-maladie sont suffisants pour décider de la mise en route d'un traitement y compris en cas d'examen direct négatif.

Coordonner de manière efficace tous les acteurs médicaux pour la détermination et le suivi des cas-index, afin de garantir une réduction de la contagion y compris en milieu libre.

Collaborer avec les acteurs du milieu carcéral et du milieu libre (Slat) pour recenser les sujets contacts significativement exposés et favoriser leur suivi.

CONCLUSION

La prison est un milieu particulièrement à risque de transmission de l'infection tuberculeuse, et l'incidence des personnes atteintes par la maladie y est particulièrement élevée. Le personnel médical des Ucsa, en coopération avec l'administration pénitentiaire et les Slat, est en première ligne pour relever les défis de la prise en charge de la tuberculose et de limitations de la transmission aérienne de la maladie, garants d'une diminution de la prévalence en milieu carcéral et en milieu libre.

RÉFÉRENCES

- [1] B Hanau-Bercot, I Gremy, L Raskine, J Bizet, MC Gutierrez, S Boyer-Mariotte, A Bregeault, PH Lagrange, MJ Sanson Le Pors. A one-year prospective study (1994-1995) for a first evaluation of tuberculosis transmission in French prisons. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000, 4, 853-9.
- [2] M Fatome, M Vernerey, Lalande, Froment, Valdes-Boulouque. L'organisation des soins aux détenus, rapport d'évaluation. Inspection générale des affaires sociales Juin 2001 (code IGAS 2001054; code IGSJ 200106).
- [3] G Guérin. La population carcérale. ADSP 2003; n° 44:21-5.
- [4] MC Mouquet, M Dumont, MC Bonnevie. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. Etudes et résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de statistiques 1999, n° 4.
- [5] A Aerts, M Habouzit, L Mschiladze, N Malakmadze, N Sadradze, O Menteshashvili, F Portaels, P Sudre. Pulmonary tuberculosis in prisons of the ex-USSR state Georgia: results of a nation-wide prevalence survey among sentenced inmates. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4:1104-10.
- [6] Rose CE et al. Establishing priority during investigation of tuberculosis contacts. *Am Rev Respir Dis* 1979, 119, 603-9.
- [7] Kenyon TA et al. Transmission of multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis during a long airplane flight. *N Engl J Med* 1996; 334:933-8.