

Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile-de-France. Enquête prospective, 1^{er} juillet 2005-30 juin 2006

Amandine Cochet (a.cochet@invs.sante.fr)^{1,2}, Hubert Isnard¹

1 / Cellule Interrégionale d'épidémiologie d'Ile-de-France, Paris, France 2 / Programme de formation à l'épidémiologie de terrain (Profet), Institut de veille Sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction – Depuis 1995, aucune donnée sur la prévalence de la tuberculose en prison n'a été publiée en France et aucune évaluation du dépistage systématique à l'entrée n'a été réalisée. La présente étude contribue à une meilleure connaissance de cette maladie, son dépistage et son traitement dans les maisons d'arrêt d'Ile-de-France.

Matériel-Méthodes – Une étude prospective a été menée dans les neuf maisons d'arrêt d'Ile-de-France du 1^{er} juillet 2005 au 30 juin 2006.

Résultats – Sur les 22 450 personnes incarcérées sur cette période, 26 cas de tuberculose ont été identifiés. La prévalence de la tuberculose dans ces établissements est de 106,9 pour 100 000 détenus. Cette prévalence a diminué de plus de moitié en 10 ans. Le diagnostic et le traitement des malades tuberculeux en prison se font selon les bonnes pratiques cliniques. Par contre, la plupart des patients sont perdus de vue après leur libération. Le dépistage systématique par radiographie pulmonaire réalisé chez toute personne arrivant de liberté souffre de nombreuses anomalies, le taux de dépistage variant de 58 % à 99 % selon les maisons d'arrêt. Seule une moitié des détenus a bénéficié d'un dépistage réalisé dans les délais prévus par la réglementation.

Discussion-Conclusion – Une articulation plus étroite entre équipes de soins à l'intérieur des prisons et équipes de lutte contre la tuberculose en population générale, se traduisant en particulier par une consultation médicale et sociale de ces dernières auprès des détenus tuberculeux, devrait permettre d'améliorer le dépistage autour de chaque cas et le suivi à la sortie de prison.

Tuberculosis in prisons in the Paris area, A prospective study: 1 July 2005-30 June 2006

Introduction – Since 1995, no data on tuberculosis prevalence in prison have been published in France, and no evaluation on the systematic screening for tuberculosis was performed. This study contributes to increase this disease knowledge, its treatment and its screening in prisons in the Ile-de-France region.

Material-Methods – A prospective study was carried out from 1 July 2005 to 30 June 2006 in the nine prisons in the Paris area for persons on probation or serving short-term sentences.

Results – A total of 26 cases of tuberculosis were recorded among the 22,450 inmates admitted during the period. The overall prevalence of tuberculosis found with new arrivals was estimated at 106.9 for 100,000 detainees. This prevalence was divided by two in 10 years. The management of the disease was satisfactory while detainees were in custody, but it was very difficult to monitor the cases and treatment compliance once the prisoners were released. Organisation for screening was often problematic; the mean coverage rate ranged from 58% to 99% in the different centres. Only half of the screened inmates were tested and given the results in the time frame set by regulations.

Discussion-Conclusion – Appropriate strategies must be developed jointly with the medical teams in the prisons and anti-TB centres in order to improve the screening around cases and the follow-up of each patient once released.

Mots clés / Key words

Tuberculose, prison, prévalence, traitement, dépistage / Tuberculosis, prison, prevalence, treatment, screening

Introduction

Devant un taux de tuberculose élevé en Ile-de-France [1] et en l'absence de données épidémiologiques récentes sur cette pathologie en milieu carcéral, la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) d'Ile-de-France a réalisé une étude visant à caractériser les cas de tuberculose en maisons d'arrêt, leur prise en charge, la prévention des cas secondaires et à mesurer la fréquence de la tuberculose dans la population carcérale des maisons d'arrêt franciliennes. Un second volet de l'étude concernait l'évaluation du dépistage obligatoire par radiographie pulmonaire réalisé pour tous les entrants venant de liberté, ainsi que le délai entre l'entrée en maison d'arrêt et l'interprétation du cliché radiologique, celui-ci ne devant pas excéder huit jours [2].

Matériel-méthodes

Une enquête¹ prospective a été réalisée du 1^{er} juillet 2005 au 30 juin 2006, dans les neuf maisons d'arrêt de la région Ile-de-France. La population d'étude était constituée de l'ensemble des détenus entrants, en provenance de liberté ou d'une autre maison d'arrêt. Pour chaque personne atteinte d'une tuber-

culose acceptant de participer à l'enquête, les médecins des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) renseignaient un questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques, la prise en charge de la maladie pendant l'incarcération et les mesures de prévention des cas secondaires mises en œuvre autour des cas bacillaires.

Pour le calcul de la prévalence dans la population entrante en prison, la somme des cas entrés avec un diagnostic de tuberculose ou dépistés à l'entrée a été rapportée à la somme des entrants sur la période, en provenance de liberté et des transferts². Pour l'évaluation du dépistage, un questionnaire sur l'organisation générale de celui-ci a été complété par entretien téléphonique auprès des médecins responsables du dépistage dans chacune des maisons d'arrêt et une estimation de l'exhaustivité et des délais de dépistage a été réalisée à partir de quatre échantillons trimestriels de 65 détenus par maison d'arrêt.

Résultats

Les patients tuberculeux

Sur les 22 450 personnes incarcérées entre le 1^{er} juillet 2005 et le 30 juin 2006 dans l'une des

9 maisons d'arrêt d'Ile-de-France, 26 cas de tuberculose ont été identifiés et 25 ont accepté de participer à l'étude. Sur ces 26 cas, 16 (61 %) ont été dépistés à l'entrée en maison d'arrêt, 8 (31 %) sont arrivés en prison avec un diagnostic de tuberculose déjà établi et 2 (7 %) ont été diagnostiqués au cours de leur incarcération, sans notion de contact avec un détenu tuberculeux. La prévalence de la tuberculose dans la population entrante en maison d'arrêt en Ile-de-France est ainsi de 106,9 cas de tuberculose pour 100 000 sur la période d'étude avec d'importantes disparités entre maisons d'arrêt (tableau 1).

Les cas sont majoritairement des hommes, jeunes, souvent nés hors de France et en situation précaire avant l'incarcération. Leurs principales caractéristiques sociodémographiques sont détaillées dans le tableau 2.

Plus des 2/3 des cas (n = 17) présentaient une tuberculose pulmonaire isolée, 1/4 (n = 6) une tuberculose pulmonaire associée et 2 personnes présentaient une tuberculose extra-pulmonaire. Des

¹ Rapport disponible sur www.invs.sante.fr

² Source : ministère de la Justice

Tableau 1 Nombre d'entrants sur la période d'étude, nombre de cas et prévalence dans la population entrante par maison d'arrêt, Ile-de-France, 1^{er} juillet 2005-30 juin 2006
Table 1 Number of inmates incarcerated during the period, number of cases and prevalence of tuberculosis by centre, Paris area, 1 July 2005-30 June 2006

Maison d'arrêt	Nb entrants	Nb cas prévalents	Prévalence / 100 000
Paris-La Santé	1 737	4	230,3
Fleury-Mérogis	8 359	16	191,4
Chauconin-Meaux	1 215	1	82,3
Fresnes	4 531	3	66,2
Bois-d'Arcy	1 407	0	0,0
Nanterre	1 739	0	0,0
Osny-Cergy	1 402	0	0,0
Versailles	313	0	0,0
Villepinte	1 747	0	0,0
Total	22 450	24	106,9

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des patients tuberculeux et de la population carcérale en Ile-de-France, 1^{er} juillet 2005-30 juin 2006 / **Table 2** Characteristics of the tuberculosis cases and inmates in the short-term prisons in the Paris area, 1 July 2005-30 June 2006

	Patients tuberculeux		Population carcérale
	Nombre	%*	%
Sexe (n=26)			
Hommes	25	96	95,5
Femmes	1	4	4,5
Âge (n=26)			
< 21 ans	3	12	12
21-24 ans	3	12	19
25-29 ns	2	8	19
30-39 ans	13	50	26
40-49 ans	4	15	15
> 50 ans	1	4	9
Pays de naissance (n=25)			
Afrique subsaharienne	9	36	10
Europe de l'Est	6	24	6
France métropolitaine	5	20	63
Maghreb	4	16	10
Asie	1	4	3
Autres	0	0	8
Niveau d'études (n=23)			
Non scolarisé ou niveau primaire	11	48	38
Niveau secondaire ou supérieur	12	52	62
Domicile fixe avant incarcération (n=23)			
Oui	12	52	
Non	11	48	
Première incarcération (n=25)			
Non	16	64	
Oui	9	36	
Provenance (n=25)			
Liberté	21	84	
Transfert	4	16	

* Le total peut dépasser 100 % pour des raisons d'arrondis

prélèvements bronchiques ont été réalisés chez les 18 personnes pour qui la tuberculose a été diagnostiquée en prison. La confirmation bactériologique de tuberculose a été obtenue dans 55 % des prélèvements, par culture et/ou examen direct positifs. Cinq prélèvements se sont révélés positifs par examen direct, soit 28 % de formes de tuberculose dite bacillaire, particulièrement contagieuse.

Quatre détenus (16 %) présentaient des antécédents de tuberculose maladie et 3 (14 %) des antécédents d'infection au VIH. Quatre cas présentaient une résistance aux antibiotiques dont un était multirésistant (résistant à l'isoniazide et à la rifampicine).

La majorité des cas a bénéficié du traitement standard par quadrithérapie avec isoniazide, rifampicine, éthambutol et pyrazinamide ; les patients résistants ont reçu un traitement adapté. Quatre détenus atteints de tuberculose ont été libérés avant la mise en place du traitement. Les modalités de remise des comprimés étaient adaptées à l'adhésion du patient au traitement avec une remise quotidienne dans 30 % des cas, tous les 3 jours dans 25 % des cas et tous les 7 jours dans 45 % des cas.

Sur les 25 patients ayant accepté de participer à l'étude, plus de 70 % (n = 18) avaient été libérés en cours de traitement ou alors que le traitement n'avait pas encore été commencé. Parmi ces derniers, 2 avaient été libérés en cours de bilan, avant le résultat de la culture et la confirmation du diagnostic de tuberculose (tableau 3).

Tableau 3 Complétude des traitements et situation des cas au 30 juin 2006, région Ile-de-France / **Table 3** Treatment observance and tuberculosis cases situations by 30 June 2006, Paris area

Nombre de cas	Traitement	Situation du détenu
3	Terminé	Libéré
4	En cours	Incarcéré ou hospitalisé
14	En cours	Libéré
4	Non commencé	Libéré

Sur les 18 personnes libérées en cours de traitement ou avant la mise en place de celui-ci et adressées pour 16 d'entre elles à un centre de santé, le service médical de la maison d'arrêt a eu connaissance du devenir pour 7 personnes : 1 est bien suivie, 1 est décédée et 5 ne sont pas allées consulter à l'endroit prévu. Pour les 9 autres personnes, il n'y a eu aucun retour d'information. Deux personnes ont été libérées prématurément sans que l'équipe médicale ait été prévenue et donc sans médicaments et sans recommandations pour un suivi à l'extérieur. Au total, seul le devenir de deux patients sur dix-huit est connu après libération.

Les mesures de prévention autour des cas bacillaires (isolement du patient, port de masque) et le dépistage des co-détenus et des détenus contact ont été mis en œuvre systématiquement : 28 détenus ont ainsi été dépistés autour des cas et seule une personne a présenté des signes évocateurs d'infection tuberculeuse latente (IDR > 25 mm) et a été mise sous traitement préventif. La médecine

hospitalière, la médecine du travail pénitentiaire et les centres de lutte antituberculeuse (CLAT) ont été prévenus de la découverte des cas de tuberculose bacillaire ; aucun dépistage n'a été réalisé auprès du personnel soignant et pénitentiaire. L'enquête n'a pas vérifié si une évaluation des risques d'exposition avait été faite. Les équipes des UCSA ont eu connaissance des investigations menées par les CLAT en dehors du milieu pénitentiaire, auprès des proches et de la famille, dans deux cas sur cinq.

Le dépistage

Le dépistage de la tuberculose des détenus des maisons d'arrêt était généralement réalisé dans un local dédié au sein de la maison d'arrêt à l'aide d'un appareil de radiographie standard. Pour deux maisons d'arrêt, les détenus n'étaient pas dépistés sur place mais à l'Etablissement public de santé national de Fresnes. La fréquence du dépistage varie de 1 à 2 fois par semaine dans les quatre plus petits établissements, jusqu'à 6 fois par semaine pour le plus grand, avec des plages horaires très variables.

Le taux de dépistage estimé variait d'une maison d'arrêt à l'autre, de 58 % à 99 %, 5 maisons d'arrêt sur 9 présentant un taux supérieur à 90 %. Sur les 22 450 entrées, le nombre de détenus qui auraient échappé au dépistage a été estimé à 2 561 (taux de dépistage global de 89 %). Seuls 53 % des détenus dépistés (de 96 % à 0 % selon les maisons d'arrêt) ont été dépistés dans les temps (huit jours ou moins entre l'incarcération et le résultat du dépistage).

Dans les maisons d'arrêt présentant les taux de dépistage les plus faibles et les délais les plus longs, un manque de moyens humains et matériels était signalé par les équipes médicales.

Discussion-Conclusion

En comparaison avec l'incidence en population générale (19,7 cas pour 100 000 habitants franciliens en 2005), seul indicateur disponible, la prévalence de la tuberculose dans les maisons d'arrêt d'Ile-de-France (106,9 cas pour 100 000 détenus) témoigne d'une fréquence beaucoup plus élevée de cette maladie dans la population carcérale. Elle est du même ordre que l'incidence observée dans les catégories de la population les plus touchées (personnes âgées de 20 à 24 ans et de nationalité étrangère), soit 122,3 cas pour 100 000 [1]. Par comparaison avec l'étude menée par l'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France sur la période 1994-1995 (254 cas pour 100 000 détenus³), la prévalence a été divisée par deux [3]. Aux États-Unis, une prévalence de 72 cas pour 100 000 détenus a été mesurée en 1998 dans une prison à San Francisco [4].

Les patients tuberculeux, comparés à la population carcérale, sont plus fréquemment originaires de pays endémiques (Afrique, Europe de l'Est) et ont un plus faible niveau d'étude. Ils n'ont un domicile fixe que dans un cas sur deux et sont en situation

³ Chiffre recalculé à partir des données de l'enquête de l'ORS

de récurrence dans deux cas sur trois. Le taux de séropositivité au VIH est de 13 % (n = 3), à comparer avec le taux de 0,6 % d'infection par le VIH renseigné par le personnel des UCSA lors de l'enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire réalisée par la DHOS en juin 2003 [5]. On retrouve ainsi dans la population carcérale française les facteurs de risque favorisant une fréquence élevée de tuberculose. Par contre, l'enquête n'a pas mis en évidence de transmission entre détenus, facteur généralement évoqué comme contribuant à la forte prévalence en milieu carcéral. Seuls deux cas de tuberculose ont été diagnostiqués en cours d'incarcération, sans contact avec d'autres patients tuberculeux, en faveur d'une contamination survenue avant l'incarcération.

La prise en charge de la maladie (diagnostic et traitement) pendant l'incarcération est conforme aux bonnes pratiques cliniques, mais le suivi et la poursuite du traitement après libération se heurtent à de nombreuses difficultés, avec un grand nombre de patients non revus par les centres de santé auxquels ils ont été adressés et ainsi un risque présumé élevé d'arrêt de traitement pouvant favoriser l'émergence de résistance aux antibiotiques.

Les mesures de prévention autour d'un cas (isolement, port de masques) semblent être correctement mises en œuvre. En revanche, l'enquête autour d'un cas index ne semble pas exhaustive et donne des résultats très inférieurs à ceux attendus en termes de nombre d'infections tuberculeuses latentes dépistées.

En conséquence, il semble impératif de renforcer les liens et de développer des stratégies adaptées associant les équipes médicales des UCSA, les centres de lutte antituberculeuse et des travailleurs

sociaux pour améliorer l'enquête autour d'un cas dans et hors l'établissement pénitentiaire (famille, proches), ainsi que la prise en charge médicale des détenus tuberculeux libérés. Une étude récemment publiée sur la tuberculose et son contrôle dans les prisons européennes conduit aux mêmes recommandations [6]. Une consultation de chaque détenu tuberculeux avec un médecin du centre de lutte antituberculeuse (CLAT), éventuellement accompagné d'un travailleur social, pourrait être organisée dans la maison d'arrêt dès le diagnostic. Ce constat fait pour des malades atteints de tuberculose est également valable pour d'autres maladies chroniques nécessitant un traitement long (VIH, VHC...). Comme l'a souligné l'ensemble des professionnels ayant participé à l'étude, il est indispensable pour ces malades de préparer la sortie dans les meilleures conditions possibles et de faire en sorte qu'ils disposent d'une assurance maladie (AME lorsque nécessaire) et d'un logement. L'équipe médicale souhaite, dans la mesure du possible, être avertie au plus tôt de la date de libération du détenu et tenue informée du devenir des patients libérés. La mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures devrait donner lieu à une concertation entre les administrations pénitentiaires et de la santé.

Enfin, en ce qui concerne le dépistage, en cas de difficultés conjoncturelles, des stratégies alternatives pourraient être mises en œuvre à l'exemple de celles recommandées par les Centers for Disease Control and Prevention américains [7], qui préconisent d'identifier les personnes les plus à risque de tuberculose lors d'une visite médicale à l'entrée et de ne réaliser le dépistage que pour ces personnes. Les facteurs de risque mis en évidence dans cette enquête, déjà connus par d'autres travaux, pourraient aider à un éventuel ciblage de cette nature.

Remerciements

A Dorothee Provost, épidémiologiste du Programme de formation à l'épidémiologie de terrain, pour la rédaction du protocole et la préparation de l'étude ;

Aux médecins des Unités de consultations et de soins ambulatoires des maisons d'arrêt qui ont assuré le recueil de l'information et participé à la rédaction du protocole ainsi qu'à la discussion des résultats : Dr Balanger, Dr Coulot, Dr Fac, Dr Haouili, Dr Levasseur, Dr Montuclard, Dr Moreau, Dr Psychos, Dr Seltz ;

Aux médecins des Centres de lutte antituberculeuse qui ont participé à la rédaction du protocole et à la discussion des résultats : Dr Catherine Collet, Dr François Dantoine, Dr Abdon Goudjo, Dr Marie-Noëlle Lassaunière, Dr Henri-Pierre Mallet, Dr Marie-Pierre Ménager, Dr Dolores Mijatovic, Dr Christine Poirier ;

Aux directeurs des maisons d'arrêt qui ont facilité l'enquête au sein des établissements ;

Aux services de l'administration pénitentiaire pour la mise à disposition des résultats d'enquête et la constitution des bases de sondage pour l'enquête sur le dépistage.

Références

[1] Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005. Bull Epidemiol Hebd. 2007; 11:85-89.

[2] Circulaire DGS/DAP du 21 août 1998, relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire.

[3] Observatoires régionaux de santé d'Ile-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur. La tuberculose dans les prisons d'Ile-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Enquête prospective juillet 1994-juin 1995. 1996; 75.

[4] Castle White M, Tulsy JP, Portillo CJ, Menendez E, Cruz E, Goldenson J. Tuberculosis prevalence in an urban jail: 1994 and 1998. Int J Tuberc Lung Dis. 2005; 5(5):400-4.

[5] Direction des hôpitaux et de l'offre de soins. Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire. Résultats de l'enquête de juin 2003. www.sante.gouv.fr/html/dossiers/vih_prison

[6] Aerts A, Hauer B, Wanlin M, Veen J. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. Int J Tuberc Lung Dis. 2006; 10(11):1215-23.

[7] Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: recommendations from CDC. MMWR Recomm Rep. 2006; 55(RR-9):1-44.



PROFET est un programme de formation de deux ans, co-piloté par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'École nationale de la santé publique (ENSP), qui, depuis 2002, accueille chaque année six épidémiologistes stagiaires pour les former par la pratique à l'investigation, la surveillance épidémiologique et l'évaluation des risques sanitaires.

**Appel à candidatures
pour la 7^e promotion du Programme de formation à l'épidémiologie
de terrain PROFET**

Date limite de candidature : 18 avril 2008

**Information et dossier d'inscription sur le site de l'InVS :
<http://www.invs.sante.fr/profet/>**