

Fonds des Affections Respiratoires - asbl



FARES

**EVALUATION DU DEPISTAGE ACTIF DE LA
TUBERCULOSE PARMIS LES DETENUS**

BELGIQUE - 2005

Rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles

Tel. 02/512.29.36 - Fax 02/511.14.17

maryse.wanlin@fares.be

www.fares.be

TABLE DES MATIERES

1. Objectif du dépistage actif

2. Organisation du dépistage actif

3. Organisation du suivi après le dépistage actif

4. Résultats du dépistage actif

- a. Nombre de radiographies réalisées au cours du dépistage actif
- b. Taux de couverture du dépistage actif
- c. Taux de détection de la tuberculose lors du dépistage actif
- d. Efficacité du dépistage actif
- e. Caractéristiques des tuberculoses diagnostiquées chez les détenus
- f. Résultats du traitement antituberculeux

5. Conclusions et perspectives

Annexe 1. Organisation du dépistage actif parmi les détenus, Belgique - 2005

Annexe 2. Taux de couverture du dépistage radiologique réalisé chez les détenus et nombre de tuberculoses dépistées activement, Belgique - 2005

AVANT-PROPOS

Le dépistage actif de la tuberculose parmi les détenus est organisé en Belgique depuis une quinzaine d'années. C'est la troisième année consécutive qu'un rapport global visant à évaluer l'ensemble des activités sur le territoire belge est élaboré. Cette initiative a été réitérée par le FARES et la VRGT car les informations collectées se sont avérées pertinentes pour améliorer l'opérationnalisation du dépistage ainsi que le suivi des patients tuberculeux dépistés. La réactualisation des recommandations relatives à la prise en charge de la tuberculose dans le système pénitentiaire a été la conséquence directe de la prise de connaissance de ces résultats. Elle ont été finalisées en 2006 et seront diffusées en 2007.

La rédaction de ce rapport a été possible grâce à la collaboration de nombreuses personnes et services. Nous tenons à remercier tout particulièrement le Service des Soins de Santé Prisons (Service SSP) avec qui la collaboration a toujours été fructueuse ainsi, que les infirmières et assistantes sociales du FARES et de la VRGT dont le travail sur le terrain est exemplaire. Merci également au personnel des prisons, notamment aux services médicaux, aux « responsables tuberculose » et aux conseillers en prévention qui ont été des relais efficaces au sein des prisons.

Nous tenons aussi à rappeler que le dépistage de la tuberculose chez les détenus est rendu possible grâce au financement des Communautés française et flamande.

Dr Greet VAN KERSSCHAEVER
Directrice Médicale VRGT

Dr Maryse WANLIN
Directrice Médicale FARES

1. OBJECTIF DU DEPISTAGE ACTIF

L'objectif du dépistage actif chez les détenus a été clairement défini dans les recommandations relatives à « La prise en charge de la tuberculose dans le milieu carcéral » éditées en 1998 puis réactualisées en 2000. La priorité est de diagnostiquer le plus rapidement possible toute tuberculose active afin de la traiter et de limiter ainsi la transmission dans un milieu fermé particulièrement propice à la circulation des bacilles tuberculeux. La radiographie du thorax (RX) a donc été préconisée comme moyen de dépistage à l'entrée et annuellement pour les détenus incarcérés pour une période prolongée.

En 2005, c'est encore cette stratégie qui était d'application.

Au cours de l'année 2005, la politique de dépistage dans les prisons a fait l'objet d'une réflexion de la part du Service des Soins de Santé Prisons (Service SSP), du Fonds des Affections Respiratoires (FARES) et de la Vlaamse Vereniging voor Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). Il est prévu de finaliser de nouvelles recommandations en 2006 et de les diffuser en 2007.

2. ORGANISATION DU DEPISTAGE ACTIF

Le dépistage radiologique des détenus est organisé conjointement par le FARES/VRGT, le Service de Santé Pénitentiaire (SSP) et les services médicaux des prisons.

En 2005, cinq prisons étaient équipées d'un appareil radiologique fixe (Lantin, Andenne, Bruges, Anvers central et St Gilles).

Une unité mobile radiologique (MRU = Mobile Radiography Unit)¹ se déplace régulièrement dans les autres établissements pénitentiaires. En Régions flamande et bruxelloise, il s'agit du MRU de la VRGT. En Région Wallonne, une collaboration a été établie avec les services itinérants provinciaux (SI) de Namur et de Liège. Le MRU de la VRGT est toutefois sollicité dans les prisons wallonnes où les dimensions de la porte d'entrée empêchent l'accès aux cars provinciaux (Mons, Jamioulx et Huy depuis 2005).

Dans chaque prison, la fréquence du passage du MRU est établie sur base du turn over des prisonniers²; elle reste la plus élevée à Forest (2x/mois) mais pour d'autres établissements pénitentiaires (Berkendael, Merkplas, Turnhout), le dépistage est mensuel. Le tableau de l'annexe 1, permet de visualiser les changements de fréquence opérés en 2005. En général, le nombre de passages du MRU est plus limité en Wallonie par rapport à la Flandre étant donné la disponibilité plus restreinte des services itinérants provinciaux.

Le dépistage n'a pas été réalisé en 2005 à la prison de Tongres qui a fermé définitivement ses portes le premier avril alors qu'il était rétabli à Huy au cours de la même année.

¹ La VRGT possède un MRU équipé d'un appareil digitalisé ainsi qu'une camionnette équipée d'un appareil RX qui peut être transporté dans un local, lors des dépistages. Le SI de Liège est également équipé d'un appareil digitalisé; ce n'est pas encore le cas en 2005 pour le SI de Namur.

² Le turn over peut être apprécié par la durée du séjour moyen des détenus et par le nombre de nouveaux écrous.

Les dates de passage du MRU sont définies en collaboration avec le service médical des prisons et plus particulièrement avec le « responsable tuberculose ». Ce « focal point » est en général un(e) infirmier(e) qui est chargé de coordonner localement l'organisation du dépistage et du suivi en cas de découverte d'une anomalie à la radiographie.

Dans la mesure du possible, la lecture des RX est effectuée par des pneumologues attachés au FARES/VRGT. Les résultats sont centralisés par les deux associations³.

3. ORGANISATION DU SUIVI APRES LE DEPISTAGE ACTIF

Lorsqu'une RX suspecte est découverte à l'occasion du dépistage actif, le FARES/VRGT avertit immédiatement le responsable « tuberculose » de la prison⁴ ainsi que le Service SSP.

Les cas suspects sont mis au point dans les deux centres médico-chirurgicaux (CMC) pénitentiaires (St Gilles et Bruges) qui accueillent des patients tuberculeux.

Si la tuberculose est confirmée⁵, une réunion de concertation est organisée avec les différents services/ personnes concernées (FARES/VRGT, service médical, « responsable tuberculose », conseiller en prévention, représentants du Service SSP et du SCPPT –Service Commun de Prévention et de Protection au Travail, département surveillance de santé-, direction) afin d'établir la stratégie de dépistage des contacts parmi les détenus⁶ et le personnel. L'inspection d'hygiène du ressort peut également être impliquée.

Les patients dont la tuberculose est confirmée sont traités tout d'abord dans un des deux CMC pénitentiaires puis, lorsqu'ils ne sont plus contagieux, par le service médical de la prison qui les a référés.

Les détenus tuberculeux qui quittent la prison avant la fin du traitement peuvent être pris en charge par le système curatif ou éventuellement par le FARES/VRGT. Des informations pratiques leurs sont dispensées à l'occasion de visites du personnel FARES/VRGT dans les CMC de St Gilles et de Bruges. L'objectif est de les aider à se prendre en charge au moment de la sortie. Dans certains cas, des recherches devront être effectuées afin de récupérer des malades perdus de vue.

³ En Wallonie, les MRU de Liège et de Namur protocolent et centralisent les résultats des dépistages effectués dans leur propre province ; ils les transmettent ensuite au FARES.

⁴ En Wallonie, ce contact peut être pris directement par les MRU de Liège et de Namur ou par le service radiologique de la prison.

⁵ Cette procédure est également d'application si la tuberculose a été dépistée, passivement, sur base de symptômes.

⁶ Ce dépistage peut être étendu à d'autres prisons par lesquelles le détenu contagieux aurait transité, si les éléments en possession du groupe de concertation permettent de prendre cette décision.

4. RESULTATS DU DEPISTAGE ACTIF

Seuls les résultats des examens radiologiques effectués chez les détenus à l'entrée et annuellement sont pris en compte dans ce chapitre. Les résultats des dépistages des contacts ne sont pas traités ici. Les intradermo-réactions réalisées en première instance à la place de la RX ne sont pas comptabilisées ; il s'agit d'une stratégie marginale qui ne touche que quelques prisons francophones (cfr annexe 1).

A. Nombre de radiographies réalisées au cours du dépistage actif

En 2005, 15.268 radiographies ont été effectuées chez les détenus incarcérés dans les prisons belges. En 2004, ce nombre était de 15.585. Depuis 2 ans les RX réalisées à la prison de St Gilles sont prises en compte.

Globalement, il y a donc peu de différence entre les deux dernières années malgré des variations importantes du nombre de RX effectuées dans chaque région. Les résultats exposés au tableau 1, mettent bien en évidence que la diminution importante du nombre de RX en Wallonie a été compensée par l'augmentation quasi équivalente des RX en Flandre ; la situation à Bruxelles étant restée stable. Les variations ont concerné aussi bien le nombre de RX réalisées via un appareil fixe ou via les MRU.

TABLEAU 1. REPARTITION DES RX EN FONCTION DU TYPE D'APPAREILLAGE ET DES REGIONS, 2004 – 2005

<i>RX</i>	<i>R. wallonne</i>		<i>R. flamande</i>		<i>R. bruxelloise</i>		<i>Belgique</i>	
	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
<i>Appareil fixe</i>	2.424	1.957	3.271	3.812	506	518	6.201	6.287
<i>MRU</i>	3.325	2.690	3.915	4.254	2.144	2.037	9.384	8.981
<i>Total</i>	5.749	4.647	7.186	8.066	2.650	2.555	15.585	15.268

Le nombre de RX effectuées dans chaque prison, en 2005, est repris dans l'annexe 2.

B. Taux de couverture du dépistage actif

La collecte des données telle qu'elle est organisée à l'heure actuelle ne permet pas de faire la distinction entre les résultats du dépistage réalisé chez les détenus venant de l'extérieur et celui ciblant les prisonniers incarcérés pour une durée prolongée. Par conséquent, il est impossible de calculer séparément les taux de couverture.

En 2005, le nombre total des détenus concernés par le dépistage était de 23.374 versus 26.906 en 2004. Ce nombre représente les détenus répertoriés au premier janvier auquel on a ajouté les nouveaux écrous ; il s'agit donc d'une approximation du nombre total des prisonniers ayant réellement transité par le système carcéral au cours de cette année. **La plus grande prudence est donc requise dans l'interprétation des taux de couverture du dépistage dans les prisons (dont certains sont supérieurs à 100 %). Les résultats présentés ci-dessous ne sont qu'une approche de la situation réelle.**

En 2005, le taux global de couverture radiologique était de 65%. Une progression est observée par rapport aux années précédentes (cfr tableau 2). Cette amélioration est à mettre en relation avec les efforts consentis à tous niveaux. Le taux de couverture estimé, reste toutefois insuffisant. Même s'il

s'agit d'un phénomène marginal, il ne faut pas perdre de vue que dans quelques prisons francophones le dépistage radiologique a été remplacé par une intradermo-réaction à l'entrée (annexe 1) ; la couverture de ce dépistage n'a pas été calculée.

Le tableau 2 illustre l'évolution du taux de couverture par région. En 2005, il était respectivement de 57% à Bruxelles, 75% en Flandre et 57% en Wallonie. On constate une réelle progression en Flandre. La comparaison avec les années antérieures est plus difficile à Bruxelles, St Gilles ayant été pris en compte pour la première fois en 2004 ; une tendance à la hausse se dégage toutefois. En Wallonie, par contre la baisse du taux de couverture radiologique est bien claire par rapport à l'année précédente. Le passage à l'intradermo-réaction systématique à l'entrée à la prison de Mons est un élément explicatif, mais pas le seul.

TABLEAU 2. EVOLUTION DU TAUX DE COUVERTURE DU DEPISTAGE EN BELGIQUE ET DANS LES 3 REGIONS. 2002-2005

	2002	2003	2004	2005
Région bruxelloise	34 %	47%	39% (55%)*	57%
Région flamande	56,8%	60%	63,5%	75%
Région wallonne	52,8%	56,2%	65%	57%
Belgique	52%	58%	58% (63%)*	65%

(*) St Gilles non compris comme en 2002 et 2003 ; dans ce cas le taux de couverture est plus élevé

De fortes variations sont observées entre les prisons ; elles peuvent être expliquées par des différences de contexte :

- maison de peines ou d'arrêt ;
- présence d'un appareil fixe versus passage périodique du MRU ;
- mobilisation de la prison (direction, gardiens, responsable tuberculose) pour organiser le dépistage de manière optimale.

L'analyse du tableau de l'annexe 2, permet de faire les constats suivants :

- En général, des *taux de couverture plus élevés* sont observés dans les maisons de peines où le turn over est le plus bas. C'est le cas à Ittre, Marneffe, Paifve, St Hubert, Andenne, Ruiselede, Hoogstraten, Merkplas, Wortel et Louvain central.
- Les prisons équipées d'un appareil radiologique fixe ont un *taux de couverture intermédiaire* : St Gilles (78%), Bruges (77%), Lantin (74%). Il est plus *élevé* dans deux établissements de peine : Andenne (92%) et Ittre (84%).
- *Les taux de couverture les plus bas (moins de 50%)* ont été observés dans les prisons suivantes : Namur (49%), Arlon (42%), Ypres (40%), Jamioulx (38%) et Dinant (23%). En 2005, Verviers (48%) est venu s'ajouter à cette liste. Ces établissements pénitentiaires sont visités régulièrement par le MRU et ont une durée moyenne de séjour comprise entre 2 et 4 mois, à l'exception d'Arlon et de Verviers (5 mois). D'autres prisons sont sorties de ce groupe en 2005 ; il s'agit de : Hasselt (cfr commentaires ci-dessous), Louvain secondaire, Malines et Dendermonde. Mons est un cas particulier car son faible taux de couverture radiologique (16%) doit être mis en rapport avec l'instauration d'une politique de test tuberculinique à l'entrée. A Huy (38%), le dépistage a de nouveau été organisé en 2005, mais le MRU de la VRGT n'a pu se déplacer qu'une seule fois au cours de l'année.
- La prison de Hasselt a un taux de couverture assez interpellant (287%). Cette situation résulte très probablement du fait que les détenus de la prison de Tongres y ont été transférés du premier janvier au premier avril 2005 afin d'y subir le dépistage radiologique et que cette population supplémentaire n'a pas été comptabilisée dans le dénominateur.

- La prison d'arrêt de Forest/Berkendael, où la durée moyenne de séjour est une des plus basses (3 mois), a un *taux de couverture relativement faible* (53%) bien que la fréquence du dépistage y soit la plus élevée.

C. Taux de détection de la tuberculose lors du dépistage actif

En 2005, 12 tuberculoses ont été confirmées à la suite de l'organisation du dépistage actif dans les prisons. Ceci correspond, pour la Belgique, à un taux de détection de 79 patients tuberculeux /100.000 détenus examinés. La Flandre où un plus grand nombre de détenus tuberculeux a été dépisté, atteint toutefois un taux de détection de l'ordre de 112/100.000.

Le nombre de tuberculeux dépistés activement en 2005 ainsi que le taux de détection sont les plus bas enregistrés en Belgique depuis 4 ans comme le montre le tableau 3.

<i>Années</i>	<i>Nombre de TBC détectées activement</i>	<i>Nombre de RX réalisées</i>	<i>Taux de détection annuel /100.000</i>
2002	14	12.116	116
2003	18	13.547	133
2004	30	15.585	193
2005	12	15.268	79
Total	74	56.516	En moyenne : 131

Malgré une nette diminution en 2005, le taux de détection reste au-delà de la limite de 50/100.000 démontrant que la population concernée par le dépistage a un risque majoré de développer la tuberculose⁷ et qu'il est donc justifié de conserver une attitude pro-active. Un taux de détection dont la moyenne annuelle est élevée (131/100.000) est un argument complémentaire pour recommander un dépistage actif parmi les prisonniers.

Le tableau de l'[annexe 2](#) permet de visualiser quelles ont été les prisons concernées, en 2005, par la découverte d'un ou de plusieurs cas de tuberculose via le dépistage actif. Le plus grand nombre de cas a été dépisté en Flandre (n=9), alors qu'à Bruxelles (n=2) et en Wallonie (n=1) une nette diminution était observée par rapport à l'année précédente.

D. Efficacité du dépistage actif

Il ne suffit pas de mettre en place un dépistage actif parmi une population à risque, il faut également démontrer qu'il est efficace c-à-d qu'il permet de mettre en évidence un nombre suffisant de tuberculoses parmi celles qui ont été déclarées au cours de la même période.

En Belgique, toutes les tuberculoses diagnostiquées parmi les prisonniers⁸ doivent être obligatoirement déclarées au médecin inspecteur concerné. Elles sont donc répertoriées dans le registre de la tuberculose. La comparaison entre ces données et celles collectées à l'occasion du dépistage actif permet d'apprécier l'efficacité de ce dernier. Le tableau 4 reprend ces informations depuis 2002.

⁷ En Belgique, un taux limite de 50/100.000 a été choisi pour définir une population à haut risque de tuberculose chez qui un dépistage actif doit être organisé

⁸ Au cours d'un dépistage actif ou de contacts ou à la suite d'un dépistage passif

TABLEAU 4. EFFICACITE DU DEPISTAGE ACTIF DANS LES PRISONS ENTRE 2002 ET 2005

<i>Années</i>	<i>Nombre de TBC dans le registre</i>	<i>Nombre de TBC détectées activement</i>	<i>Efficacité du dépistage actif</i>
2002	21	14	67%
2003	17	18	106%
2004	29	30	103%
2005	14	12	86%

En 2005, 86% des tuberculoses déclarées en Belgique parmi les prisonniers ont donc été détectées activement ce qui démontre l'efficacité du dépistage mis en place.

Les conclusions de cette comparaison entre résultats provenant de sources différentes doivent toutefois être interprétées en tenant compte de la possibilité de biais. Citons notamment le fait que :

- la déclaration n'est pas toujours faite au cours de la période correspondant au dépistage actif ;
- malgré son caractère obligatoire, une sous-déclaration peut exister ;
- le médecin déclarant peut ne pas mentionner le statut de prisonnier sur la déclaration ;
- un nombre non négligeable de détenus ayant une suspicion de tuberculose sortent de prison avant qu'une mise au point confirmant la maladie ne puisse être faite⁹ ;

Certains de ces biais peuvent expliquer pourquoi il est possible d'avoir plus de tuberculoses dépistées activement que de tuberculoses déclarées.

E. Caractéristiques des tuberculoses diagnostiquées chez les détenus

Les données présentées dans le tableau 5 proviennent du registre annuel de la tuberculose de 2002 à 2005. Elles concernent donc les détenus tuberculeux qui ont été déclarés. Comme nous venons de le voir dans le paragraphe précédent, la plupart de ceux-ci ont été diagnostiqués à l'occasion d'un dépistage actif.

TABLEAU 5. PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES TUBERCULOSES DIAGNOSTIQUEES CHEZ LES DETENUS EN 2002- 2005 (données du registre belge)

<i>Année</i>	<i>Sexe</i>		<i>Age</i>		<i>Nationalité</i>		<i>Localisation TBC</i>		<i>Ex. direct + (Pulm.)</i>	<i>Culture + (Pulm.)</i>	<i>Total N</i>
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>≤ 40</i>	<i>> 40</i>	<i>Belges</i>	<i>Non Belges</i>	<i>Pulm.</i>	<i>N. Pulm.</i>			
2002	21	-	17 (81%)	4 (19%)	9 (43%)	12 (57%)	21 (100%)	-	7 (33%)	19 (91%)	21
2003	16	1	13 (76%)	4 (24%)	3 (18%)	14 (82%)	15 (88%)	2 (12%)	5 (33%)	10 (67%)	17
2004	29	-	24 (83%)	5 (17%)	3 (10%)	26 (90%)	27 (93%)	2 (7%)	11 (41%)	21 (78%)	29
2005	12	2	12 (86%)	2 (14%)	3 (21%)	11 (79%)	12 (86%)	2 (14%)	3 (21%)	10 (71%)	14
Total	78	3	66 (81%)	15 (19%)	18 (22%)	63 (78%)	75 (93%)	6 (7%)	26 (35%)	60 (80%)	81

⁹ En Communauté française, en 2005, 8 détenus suspects de tuberculose ont été perdus de vue avant la mise au point.

Les caractéristiques des tuberculoses mises en évidence parmi les 81 prisonniers déclarés entre 2002 et 2005 sont les suivantes :

- 96% sont des hommes ;
- il s'agit majoritairement (81%) de sujets jeunes (≤ 40 ans) ;
- 78% sont de nationalité étrangère. L'origine des 63 patients non-belges est la suivante : 24 proviennent d'Afrique du Nord, 21 d'Europe Centrale et de l'Est, 5 d'Afrique sub-saharienne, 8 d'Asie, 4 d'Europe de l'Ouest et 1 d'Amérique Centrale ;
- la forme pulmonaire est la plus fréquente (93%). Parmi les tuberculoses pulmonaires, 35% sont positives à l'examen direct des expectorations (et donc hautement contagieuses) et 80% ont été confirmées par la culture ;
- aucune tuberculose à bacilles multirésistants (c-à-d résistants au moins aux deux antibiotiques majeurs du traitement, l'isoniazide et la rifampicine) n'a été diagnostiquée au cours de ces quatre années.

F. Résultats du traitement antituberculeux

Un des éléments principaux de la stratégie d'élimination de la tuberculose est de traiter rapidement et adéquatement tout malade diagnostiqué. Il est important que le traitement soit pris de manière complète et continue afin d'obtenir la guérison du patient mais aussi pour limiter le développement de résistances aux médicaments antituberculeux.

Il est donc intéressant de connaître, après une période déterminée, si le traitement s'est soldé par une guérison ou par un échec surtout pour les tuberculoses pulmonaires potentiellement contagieuses.

Les résultats présentés dans le tableau 6, concernent le suivi à un an des détenus atteints de tuberculose pulmonaire (confirmée par la culture et/ou l'examen microscopique direct) déclarés dans le registre au cours des années 2002 à 2004. Pour 7 malades, il n'y a pas d'information disponible sur le suivi ; ils ont donc été exclus des cohortes correspondantes.

TABLEAU 6. RESULTATS DU TRAITEMENT DES TUBERCULOSES PULMONAIRES CONFIRMÉES BACTERIOLOGIQUEMENT, DEPISTÉES DANS LE MILIEU CARCERAL EN 2002 - 2004 (données du registre belge)

	2002		2003		2004		TOTAL	
<i>Résultat du traitement</i>	N	%	N	%	N	%	N	%
Guérison avec ou sans confirmation bactériologique	11	(73)	4	(57)	16	(80)	31	(74)
Abandon	3	(20)	3	(43)	4	(20)	10	(24)
Décédé avant la fin du traitement	1	(7)	-		-		1	(2)
TOTAL	15	(100)	7	(100)	20	(100)	42	(100)
Pas d'information sur le suivi	4		3		-		7	

Le résultat du traitement est donc connu pour 42 patients des trois cohortes. Pour 74% d'entre eux une guérison (avec ou sans preuves bactériologiques) a été obtenue ; cette proportion est la plus importante en 2004 (80%). Un quart des détenus (24%) a été perdu de vue. Un seul patient est décédé d'une autre pathologie que la tuberculose.

5. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

En Belgique, la notion de groupe à haut risque de tuberculose implique un taux de détection de la tuberculose $\geq 50/100.000$. Les résultats du dépistage actif organisé en 2005 confirment à nouveau, que les prisonniers constituent bien un tel groupe. Toutefois, c'est la première fois en quatre ans que le taux de détection chute en dessous de $100/100.000$.

Comme il existe parallèlement une diminution du nombre de cas de tuberculose détectés lors du dépistage actif ($n=12$) et du nombre de détenus tuberculeux déclarés dans le registre 2005 ($n=14$), l'efficacité du dépistage reste bonne (86%). Les réserves formulées lors des précédents rapports quant à l'interprétation de ce résultat restent toutefois valables.

Ces deux éléments d'évaluation permettent de conforter le choix stratégique fait depuis plusieurs années et qui consiste à organiser un dépistage actif parmi les prisonniers.

Une réflexion a été initiée en 2004 par le Service SSP en collaboration avec le FARES et la VRGT, afin d'optimiser ce dépistage et plus globalement d'améliorer le contrôle de la tuberculose dans les prisons. Elle a été poursuivie en 2005 avec le département surveillance de santé du SCPPT. La finalisation des recommandations est prévue en 2006 et sa diffusion en 2007.

Les principaux objectifs à atteindre au cours des années futures portent sur l'amélioration :

- de la couverture du dépistage qui est encore trop faible en 2005 (65%) malgré des efforts consentis à tous niveaux.
- de la collecte des données tant par les prisons que par le FARES et la VRGT afin d'obtenir des données plus fiables. Elle passe par l'utilisation de programmes informatiques mieux adaptés aux exigences d'une bonne évaluation.
- de l'information des directions, du personnel –(para) médical ou pénitentiaire- et des détenus à propos de la tuberculose et de son contrôle.
- du suivi des cas radiologiquement suspects et des malades tuberculeux sous traitement (24% des patients atteints de tuberculose pulmonaire ont été perdus de vue entre 2002 et 2004).

Le dépistage actif constitue au même titre que le diagnostic précoce des malades tuberculeux symptomatiques (dépistage passif) un des éléments importants de la stratégie de contrôle et d'élimination de la tuberculose dans un pays à basse incidence comme le nôtre.

L'optimisation du contrôle de la tuberculose dans les prisons nécessitera toutefois la mise à disposition de moyens suffisants en personnel et matériel. Le problème de la surpopulation carcérale devra également être abordé.

ANNEXES

ANNEXE 1. ORGANISATION DU DEPISTAGE ACTIF PARMIS LES DETENUS, BELGIQUE – 2005

Prisons	Type de prison	Occupation moyenne	Séjour moyen (mois)	Dépistage RX		Dépistage ID*	
				Par	Fréquence (2004)		
Région bruxelloise							
Forest	Arrêt	648	3	MRU VRGT	2 x/mois (22 x) 1 x/mois (12 x)	(2 x/mois : 24 x) (1 x/mois : 13 x)	-
Berkendael							
St Gilles	Arrêt + peines courtes	616	4	RX fixe			-
Province Liège							
Lantin	Arrêt + peines	855	5	RX fixe			-
Verviers	Arrêt + peines	216	5	SI Liège	3 x/an	(4 x/an)	-
Paifve	EDS	162	10	SI Liège	1 x/an	(2 x/an)	-
Marneffe	Peines	121	8	SI Liège	3 x/an	(2 x/an)	-
Huy	Arrêt + peines	75	6	MRU VRGT	1 x/an	(0)	-
Province Namur							
Namur	Arrêt + peines	208	4	SI Namur	5 x/an	(3 x/an)	-
Andenne	Peines	380	10	RX fixe			-
Dinant	Arrêt + (peines)	46	3	SI Namur	2 x/an	(1 x/an)	-
Hainaut							
Tournai	Arrêt + peines	193	5	SI Namur	4 x/an (pour ID + et long séjour)	(4 x/an)	+ (entrants)
Jamioulx	Arrêt + peines	371	4	MRU VRGT	5 x/an	(4 x/an)	-
Mons	Arrêt + peines	351	5	MRU VRGT	4 x/an	(5 x/an)	+ (entrants)
Luxembourg							
Arlon	Arrêt + peines	111	5	SI Namur	2 x/an	(2 x/an)	-
St Hubert	Peines	246	6	SI Namur	4 x/an	(4 x/an)	-
Brabant Wallon							
Ittre	Peines	400	9	SI Namur	4x/an	(2 x/an)	
Nivelles	Arrêt + peines	210	6	SI Namur	2 x/an (pour ID + et long séjour)	(2 x/an)	+ (entrants)

ANNEXE 1. ORGANISATION DU DEPISTAGE ACTIF PARMIS LES DETENUS, BELGIQUE – 2005

Prisons	Type de prison	Occupation moyenne	Séjour moyen (mois)	Dépistage RX		Dépistage ID*
				Par	Fréquence (2004)	
Flandre Orientale						
Ypres	Arrêt + peines	103	3	MRU VRGT	4 x/an (4 x/an)	-
Ruisefede	Peines	50	7	MRU VRGT	2 x/an (2 x/an)	-
Bruges	Arrêt + peines	709	5	Appareil fixe		Section femmes
Flandre Occidentale						
Dendermonde	Arrêt + peines	187	4	MRU VRGT	8 x/an (6 sem.)	-
Gand	Arrêt + peines	324	3	MRU VRGT	8 x/an (6 sem.)	-
Audenarde	Arrêt + peines	144	7	MRU VRGT	6 x/an (6 x/an)	-
Province Anvers						
Anvers central	Arrêt	621	3	Appareil fixe	Lecture VRGT 1 x/semaine	-
Hoogstraten	Peines	134	8	MRU VRGT	4 x/an (6 x/an)	-
Malines	Arrêt + peines	87	3	MRU VRGT	6 x/an (6 x/an)	-
Merkplas	Peines (semi ouvert)	666	6	MRU VRGT	12 x/an (12 x/an)	-
Turnhout	Arrêt + peines	138	4	MRU VRGT	12 x/an (12 x/an)	-
Wortel	Peines	142	3	MRU VRGT	4 x/an (6 x/an)	-
Limbourg						
Hasselt	Arrêt + peines	80	2	MRU VRGT	6 x/an (3 x/an)	-
Tongres	Arrêt	Fermé le 1/4/05		MRU VRGT	- (3 x/an)	-
Brabant flamand						
Louvain central	Peines	307	8	MRU VRGT	2 x/an (2 x/an)	-
Louvain secondaire	Arrêt + (peines)	171	3	MRU VRGT	6 x/an (6 x/an)	-

* En vue de toucher un maximum de nouveaux entrants, quelques prisons ont développé au cours des dernières années, un programme de dépistage par intradermo-réaction (ID) parallèlement au dépistage par radiographies. Il s'agit de projets « pilotes » initiés et gérés par le service médical de ces établissements pénitentiaires. La prison de Mons a également pris cette option à partir de juin 2004.

**ANNEXE 2. TAUX DE COUVERTURE DU DEPISTAGE RADIOLOGIQUE REALISE CHEZ LES
DETENUS ET NOMBRE DE TUBERCULOSES DEPISTEEES ACTIVEMENT, BELGIQUE – 2005**

	<i>Population au 01/01/05</i>	<i>Nouveaux écrous</i>	<i>Total des détenus</i>	<i>RX réalisées N</i>	<i>Taux de couverture (%)</i>	<i>TBC dépi­stées act. N</i>
Région bruxelloise						
Forest Berkendael	613	3.237	3.850	2.037	53 (55)*	2 (Forest et Berkendael)
St Gilles	591	72	663	518	78 (18)	
Province de Liège						
Lantin	806	1.372	2.178	1.621	74 (69)	1
Verviers	191	270	461	219	48 (56)	
Paifve	163	6	169	148	88 (103)	
Marneffe	111	0	111	84	76 (128)	
Huy	67	106	173	66	38 (-)	
Province de Namur						
Namur	207	559	766	377	49 (47)	
Andenne	366	0	366	336	92 (173)	
Dinant	41	162	203	47	23 (12)	
Hainaut						
Tournai	193	242	435	241	55 (67)	
Jamioulx	379	786	1.165	440	38 (46)	
Mons	337	557	894	139	16 (61)	
Luxembourg						
Arlon	106	133	239	101	42 (37)	
St Hubert	214	0	214	287	134 (111)	
Brabant Wallon						
Ittre	384	0	384	321	84 (48)	
Nivelles	198	215	413	220	53 (65)	
Flandre Orientale						
Ypres	103	309	412	164	40 (46)	
Ruiselede	50	0	50	95	190 (169)	
Bruges	709	905	1.614	1.246	77 (77)	
Flandre Occidentale						
Dendermonde	187	683	870	517	59 (49)	
Gand	324	904	1.228	726	59 (63)	1
Audenarde	144	121	265	174	66 (78)	
Province Anvers						
Anvers central	621	2.782	3.403	2.566	75 (61)	4
Hoogstraten	134	0	134	117	87 (154)	
Malines	87	278	365	199	55 (45)	
Merkplas	666	1	667	632	95 (82)	2
Turnhout	138	334	472	264	56 (54)	
Wortel	142	0	142	233	164 (185)	
Limbourg						
Hasselt	80	101	181	520	287 (36)	2
Brabant Flamand						
Louvain central	307	0	307	292	95 (98)	
Louvain sec.	171	409	580	321	55 (25)	
TOTAL	8.830	14. 544	23.374	15.268	65 (58)	12

(*) Taux de couverture 2004



Communauté Française de Belgique