

Fonds des Affections Respiratoires - asbl



FARES

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

BELGIQUE - 2004

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. Objectifs 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. Caractéristiques des tuberculoses diagnostiquées chez les détenus
- e. Résultats du traitement

5. Priorités et perspectives

6. Conclusions

Annexe 1 : Organisation du dépistage actif parmi les détenus, Belgique - 2004

Annexe 2 : Taux de couverture du dépistage radiologique réalisé chez les détenus en 2004 et nombre de tuberculoses dépistées activement – Belgique

AVANT-PROPOS

Le dépistage actif de la tuberculose parmi les détenus est organisé en Belgique depuis près de 15 ans. C'est la deuxième 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. En 2004-2005, 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 premiers résultats.

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 de Santé Pénitentiaire (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.

Nous sommes intéressées de connaître vos remarques et suggestions afin de pouvoir améliorer progressivement ce rapport.

Dr An AERTS
Directrice 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 puis en 2005.

Le but recherché lors du dépistage est de diagnostiquer le plus rapidement possible toute tuberculose active afin de la traiter et limiter ainsi la transmission des bacilles tuberculeux dans ce milieu fermé. La radiographie du thorax (RX) a donc été préconisée comme moyen de dépistage.

Le dépistage est ciblé vers les prisonniers nouvellement entrés dans les établissements pénitentiaires. Il est répété annuellement.

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.

Quatre prisons sont équipées d'un appareil radiologique fixe (Lantin, Andenne, Bruges, Anvers central).

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 sollicité dans les prisons où les dimensions de la porte d'entrée empêchent l'accès aux cars provinciaux (Mons et Jamioulx).

Dans chaque prison, la fréquence du passage du MRU est établie sur base du turn over des prisonniers² ; elle est la plus élevée à Forest (2x/mois). En 2004, cette fréquence a été augmentée dans plusieurs prisons en Flandre : jusqu'à 1 fois par mois (Merksplas, Turnhout), 1 fois tous les 2 mois (Audenarde, Hoogstraten, Malines, Wortel et Louvain secondaire). Ypres et Dendermonde ont également été visités plus souvent par le MRU. En Wallonie, les changements de fréquence ont concernés les prisons suivantes : Verviers, Paifve, Namur, Tournai, Jamioulx, Mons, Arlon, St Hubert, Ittre et Nivelles. La modification du nombre de visites n'y atteint pas le niveau de la Flandre étant donné la disponibilité plus restreinte des services itinérants provinciaux.

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.

Le tableau de l'annexe 1 reprend les éléments principaux de l'organisation du dépistage actif dans les prisons belges au cours de l'année 2004.

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 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.

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

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 SSP.

Les cas suspects sont mis au point dans les deux centres médicaux pénitentiaires (Centre Médico-chirurgical de St Gilles et Medisch Centrum de Bruges).

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 SSP et du SCPPT –service central de prévention et de protection au travail-, direction) afin d'établir la stratégie de dépistage des contacts parmi les détenus⁶ et le personnel.

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

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 centres médicaux 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.

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 paragraphe. Les résultats des dépistages des contacts ne sont pas traités ici. En 2004, les résultats du dépistage organisé à St Gilles sont présentés pour la première fois.

A. Nombre de radiographies réalisées au cours du dépistage actif

En 2004, 15.585 radiographies ont été effectuées chez les détenus incarcérés dans les prisons belges. Ce nombre comprend cette année les RX effectuées à la prison de St Gilles. En 2003, le nombre de RX était de 13.547.

Comme le montre le tableau 1, le nombre de RX réalisées à Bruxelles via un **appareil fixe** a augmenté du fait de la prise en compte de St Gilles ; une augmentation de ce nombre a également été observée en Wallonie tandis qu'il est resté relativement stable en Flandre par rapport à 2003. En ce qui concerne les RX effectuées par les MRU, on constate une nette tendance à la hausse en Belgique (plus marquée en Région wallonne : + 767 RX).

TABLEAU 1. REPARTITION DES RX EN FONCTION DU TYPE D'APPAREILLAGE ET DES REGIONS, 2003 - 2004

RX	R. wallonne		R. flamande		R. bruxelloise		Belgique	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<i>Appareil fixe</i>	1.969	2.424	3.568	3.271	-	506	5.537	6.201
<i>MRU</i>	2.558	3.325	3.629	3.915	1.823	2.144	8.010	9.384
Total	4.527	5.749	7.197	7.186	1.823	2.650	13.547	15.585

Le nombre de RX effectuées dans chaque prison, en 2004, est repris dans l'annexe 2.

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.

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 2004, le nombre total des détenus concernés par le dépistage était de 26.906 versus 23.941 en 2003 (St Gilles non compris). 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 2004, le taux de couverture global était de 58%. Si on ne tient pas compte de St Gilles, il passe à 63% et est en progression par rapport à 2003 (58%) et à 2002 (52%). Cette amélioration est à mettre en relation avec les efforts consentis pour augmenter la fréquence de passage du MRU dans certaines prisons et pour mieux organiser le dépistage intra-muros lorsqu'il y a un appareil fixe. Par ailleurs, la sensibilisation du personnel des prisons en 2004 a probablement contribué à optimiser la référence des prisonniers au moment du dépistage. Le taux de couverture estimé, reste toutefois insuffisant.

Le tableau 2 illustre l'évolution du taux de couverture par région. En 2004, il était respectivement de 39% à Bruxelles, 63,5% en Flandre et 65% en Wallonie. Si on exclut St Gilles (où la couverture du dépistage est particulièrement basse), il monte à 55% dans la Capitale. Si cette dernière option est retenue, on constate une augmentation progressive du taux de couverture au cours des trois dernières années dans les trois régions du pays.

TABLEAU 2. EVOLUTION DU TAUX DE COUVERTURE DU DEPISTAGE EN BELGIQUE ET DANS LES 3 REGIONS. 2002-2004

	<i>Taux de couverture</i>		
	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
Région bruxelloise	34 %	47%	39% (55%)*
Région flamande	56,8%	60%	63,5%
Région wallonne	52,8%	56,2%	65%
Belgique	52%	58%	58% (63%)*

(*) 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 Marneffe, Paifve, St Hubert, Andenne, Ruisselede, Hoogstraten, Merklplas, Wortel et Louvain central. Avec son taux de 48%, Ittre est toutefois une exception en 2004.

- Les *prisons équipées d'un appareil radiologique fixe* ont un *taux de couverture intermédiaire*. Celui-ci est influencé en partie par le statut de l'établissement pénitentiaire. C'est ainsi que dans les maisons d'arrêt et de peines (Lantin, Bruges) il est respectivement de 69% et de 77%, alors que dans la prison d'arrêt d'Anvers Central, il est de 61%. Andenne qui est une maison de peines a un taux de couverture nettement plus élevé (173% en 2004). Les résultats de St Gilles sont interpellants : cette prison d'arrêt et de courtes peines a un des taux de couverture le plus bas (18%) alors qu'elle est équipée d'un appareil fixe.
- En 2004, les *taux de couverture les plus bas (moins de 50%)* ont été observés dans les prisons suivantes⁷ : Ypres (46%), Dendermonde (49%), Malines (45%), Hasselt (36%), Tongres (43%), Louvain secondaire (25%), Jamioux (46%), Namur (47%), Dinant (12%), Arlon (37%), Ittre (48%). Ces prisons sont visitées régulièrement par le MRU et ont une durée moyenne de séjour comprise entre 2 et 4 mois, à l'exception d'Arlon (5 mois) et d'Ittre (9 mois)⁸.
- 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* (55%) bien que la fréquence du dépistage y soit la plus élevée.

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

En 2004, 30 tuberculoses ont été confirmées⁹ à la suite de l'organisation du dépistage actif dans les prisons (8 en Région bruxelloise, 7 en Région wallonne et 15 en Région flamande). Ceci correspond, pour la Belgique à un taux de détection de 193 patients tuberculeux /100.000 détenus examinés (annexe 2).

Le nombre de tuberculeux dépistés activement a augmenté par rapport au deux années précédentes. En 2002, 14 cas avaient été découverts et 18 en 2003 ce qui correspondait respectivement à des taux de détection de 116/100.000 et de 133/100.000.

Ces taux de détection élevés, démontrent que les détenus constituent une population à haut risque de tuberculose¹⁰ parmi laquelle un dépistage actif se justifie. L'augmentation progressive du nombre de cas détectés peut être due à une meilleure organisation du dépistage mais elle peut également signifier qu'il y a une concentration croissante de sujets à risque de tuberculose parmi la population carcérale.

Toutes les tuberculoses diagnostiquées parmi les prisonniers¹¹ doivent être déclarées au médecin inspecteur concerné. Elles sont donc répertoriées dans le registre de la tuberculose. L'analyse de ce dernier, met en évidence qu'en 2002, 21 patients tuberculeux ayant le statut de prisonnier ont été déclarés en Belgique et 17 en 2003. Les tuberculeux dépistés activement au cours de ces 2 années étant respectivement au nombre de 14 et de 18, ceux-ci représentent 67% du total des détenus atteints de tuberculose en 2002 et 106% en 2003¹².

En 2004, 30 patients ont été dépistés activement alors que 29 étaient répertoriés dans le registre comme prisonniers, ce qui voudrait dire que le dépistage actif a une efficacité de 103%. Comme en 2003, la sous-notification dans le registre pourrait être due à la méconnaissance du statut de prisonnier au moment de la déclaration.

⁷ Huy n'a pas été visitée en 2003 et 2004 car les dimensions du nouveau MRU digitalisé de la province de Liège ne lui permettent plus d'accéder à l'intérieur de la prison.

⁸ Lorsque, parallèlement au dépistage radiologique, un test tuberculitique est réalisé chez les nouveaux entrants, le taux de couverture du dépistage « global » est plus élevé. C'est le cas notamment à Nivelles.

⁹ En Communauté française, en 2004, 5 détenus suspects de tuberculose ont été perdus de vue avant la mise au point.

¹⁰ 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

¹¹ Au cours d'un dépistage actif ou de contacts ou à la suite d'un dépistage passif

¹² Ce dernier résultat est interpellant et résulte très probablement d'une sous-déclaration des tuberculoses détectées dans le milieu carcéral (voir rapport 2002-2003).

D. Caractéristiques des détenus atteints de tuberculose

Les résultats présentés dans le tableau 3 concernent les détenus atteints de tuberculose déclarés dans le registre en 2002, 2003 et 2004.

TABLEAU 3. PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES DETENUS TUBERCULEUX ENREGISTRES EN 2002- 2004

Année	Sexe		Age		Nationalité		Localisation TBC		Ex. direct + (Pulm.)	Culture + (Pulm.)	Total
	M	F	≤ 40	> 40	Belges	Non Belges	Pulm.	N. Pulm.			
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
Total	66	1	54 (81%)	13 (19%)	15 (22%)	52 (78%)	63 (94%)	4 (6%)	23 (37%)	50 (79%)	67

La plupart (98,5%) des 67 prisonniers tuberculeux déclarés dans les registres 2002 à 2004, sont des hommes. Les tuberculoses sont localisées essentiellement au niveau pulmonaire (94%). Parmi celles-ci, 37% sont positives à l'examen direct des expectorations (et donc hautement contagieuses) et 79% ont été confirmées par la culture. Aucune tuberculose multirésistante (c-à-d résistante au moins aux deux antibiotiques majeurs du traitement, l'isoniazide et la rifampicine) n'a été diagnostiquée au cours de ces trois années.

La plupart des tuberculoses ont été observées chez des détenus âgés de 40 ans ou moins (81%) et 78% d'entre-elles ont été diagnostiquées chez des sujets de nationalité étrangère. L'origine des 52 patients non belges est la suivante : 18 proviennent d'Europe Centrale et de l'Est, 20 d'Afrique du Nord, 4 d'Afrique sub-saharienne, 5 d'Asie, 4 d'Europe de l'Ouest et 1 d'Amérique Centrale. Parmi les détenus tuberculeux, la proportion d'allochtones a augmenté au cours de ces trois dernières années ; elle est passée de 57% en 2002 à 90% en 2004. Ce phénomène est également observé parmi l'ensemble des tuberculeux déclarés en Belgique au cours des 10 dernières années, la proportion d'étrangers y a augmenté de 18% en 1991 à 53% en 2003.

E. Résultats du traitement

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.

Les résultats présentés dans le tableau 4, concernent le suivi à un an des détenus atteints de tuberculose pulmonaire (confirmée par la culture et/ou l'examen microscopique direct) et déclarés dans les registres 2002 et 2003.

**TABLEAU 4. RESULTATS DU TRAITEMENT DES TUBERCULOSES PULMONAIRES CONFIRMÉES
BACTERIOLOGIQUEMENT, DEPISTÉES DANS LE MILIEU CARCÉRAL EN 2002 ET 2003**

<i>Résultat du traitement</i>	2002		2003		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Guérison avec ou sans confirmation bactériologique	11	(52)	4	(40)	15	(48)
Abandon	4	(19)	3	(30)	7	(23)
Décédé avant la fin du traitement	1	(5)	-		1	(3)
Toujours en traitement après un an (12 mois prévus initialement)	1	(5)	-		1	(3)
Pas d'information sur le suivi	4	(19)	3	(30)	7	(23)
TOTAL	21	(100)	10	(100)	31	(100)

Globalement, sur les 31 détenus éligibles pour le suivi, le traitement de la tuberculose s'est soldé par une guérison (avec ou sans preuves bactériologiques) dans seulement une petite moitié des cas (48%). La proportion de perdus de vue est importante (23%) ; parmi ceux-ci, 3 détenus ont dû quitter le pays. Un seul patient est décédé d'une autre pathologie que la tuberculose. Notons que dans près d'un quart des cas (23%), nous ne disposons pas d'information sur le suivi.

5. PRIORITES ET PERSPECTIVES

Une réflexion sur l'optimisation du contrôle de la tuberculose dans les prisons a débuté en 2004. Un groupe de travail a été créé afin de réactualiser les recommandations de 2000. Il regroupe des représentants du FARES/VRGT, du service médical du travail de l'Etat, du Service de Santé pénitentiaire et du secteur médical des prisons.

Les nouvelles recommandations définiront les priorités en matière de tuberculose pour le court et le moyen terme. Elles s'intégreront dans la stratégie de contrôle et d'élimination de la tuberculose prônée en Belgique et dans les pays européens depuis 2002 et dont les deux objectifs majeurs pour faire régresser la tuberculose sont les suivants :

- limiter la transmission de la maladie en dépistant dès que possible les sources de contamination en les traitant jusqu'à guérison ;
- limiter le réservoir des personnes infectées qui peuvent être à l'origine de tuberculose dans le futur. Dans ce cas, un traitement préventif doit être instauré pour diminuer le risque qu'une personne infectée ne développe ultérieurement la maladie.

Pour atteindre ces objectifs dans le milieu carcéral, des mesures devront être mises en place ou être optimisées ; les principales sont les suivantes:

1. Diagnostiquer le plus rapidement possible les patients tuberculeux et les mettre sans délai sous traitement.

Au niveau opérationnel, cela implique :

- Une consultation systématique chez le médecin dès l'arrivée dans la prison ou en présence de symptômes évocateurs de la maladie.
- La reconnaissance de ces symptômes par le médecin dont l'expertise doit être renforcée dans le cadre d'une formation continuée.
- La référence rapide de tout cas suspect vers un hôpital pénitentiaire pour mise au point et instauration d'un éventuel traitement.
- La prise correcte des médicaments par le malade grâce à une supervision du traitement (l'objectif étant d'améliorer les résultats du traitement).
- La continuation du traitement à l'extérieur si le malade est remis en liberté.

2. **Organiser un dépistage parmi les détenus** qui sont considérés comme une groupe à haut risque de tuberculose selon les règles suivantes :
 - un examen radiologique systématique doit être réalisé le plus rapidement possible à l'arrivée des détenus, idéalement dans les 48 heures
 - un dépistage périodique annuel par test tuberculinique doit être réalisé chez les détenus qui sont incarcérés pour une période de plus de 3 mois. Un traitement préventif doit être instauré chez les tuberculino-positifs afin de limiter le risque qu'ils ne développent ultérieurement une tuberculose et ne soient une source de contamination dans le futur.

3. **Contrôler les micro-épidémies autour des patients tuberculeux contagieux.**
Cela implique que :
 - tout cas suspect doit être isolé dans une cellule spécialement aménagée en attendant son transfert vers l'hôpital pénitentiaire ; celui-ci doit être organisé dans les meilleurs délais.
 - des mesures de protection du personnel doivent être prises (par exemple, porter un masque adapté).
 - le dépistage des détenus et du personnel doit être organisé selon les modalités définies dans les nouvelles recommandations après concertation entre les différents responsables concernés (FARES/VRGT, SCPPT, SSP, direction, service médical, responsable tuberculose et conseiller en prévention).

4. **Organiser un dépistage périodique parmi le personnel pénitentiaire** qui est exposé à un risque de contamination par le bacille tuberculeux .
Le dépistage périodique 2 fois/an par test tuberculinique est recommandé.

L'opérationnalisation optimale de ces recommandations implique toutefois certains pré-requis en termes de :

- *Personnel* médical, paramédical, de coordination ; il doit être suffisant pour permettre une bonne organisation du dépistage et de son suivi parmi les détenus et le personnel
- *Matériel* : RX fixe dans les prisons où le turn-over est important ou Unité Mobile Radiologique supplémentaire pour augmenter la fréquence de passage du car dans les prisons où seule cette alternative est envisageable.
- *Informatisation* : le programme EPICURE doit permettre d'identifier les détenus qui doivent subir un dépistage et de centraliser toute l'information nécessaire à un meilleur contrôle de la tuberculose en prison.
- *Collaboration et communication renforcées* entre les différents services pénitentiaires et avec les partenaires travaillant au sein ou en dehors des prisons.
- *Information* : les personnes impliquées dans la stratégie de contrôle doivent être mises au courant des procédures et de leur rôle. Les personnes concernées (détenus et personnel) doivent être informées afin d'améliorer leur compréhension de la maladie et des mesures qui sont prises à leur encontre.
- *Evaluation* : celle-ci doit permettre d'adapter régulièrement la stratégie ; elle requiert la collecte d'informations fiables et pertinentes notamment en matière de population carcérale.

6. CONCLUSION

Les résultats du dépistage actif organisé dans les établissements pénitentiaires le confirment : les prisonniers constituent bien un *groupe à haut risque de tuberculose* dans notre pays. Le taux de détection de la tuberculose est plus élevé en 2004 (193/100.000) qu'au cours des deux années précédentes (respectivement 116/100.000 en 2002 et 133/100.000 en 2003). Cela peut signifier que le dépistage est plus performant mais aussi que la proportion de personnes à risque de tuberculose augmente progressivement parmi la population carcérale.

Le dépistage actif mis en place en Belgique parmi les détenus est donc tout à fait justifié pour limiter la transmission des bacilles tuberculeux dans le milieu carcéral. A côté du diagnostic précoce des malades tuberculeux symptomatiques (dépistage passif), il constitue un des éléments importants de la stratégie de contrôle et d'élimination de la tuberculose dans un pays à basse incidence comme le nôtre.

Les tuberculoses dépistées activement en 2002, 2003 et 2004 représentent 67%, 106% et 103% du total des cas de tuberculose déclarés dans le registre au cours de ces mêmes années; ce qui voudrait dire que *l'efficacité de cette approche est relativement bonne* (voire optimale en 2003 et 2004). Mais nous pensons que ces résultats sont tronqués et résultent probablement d'une sous-déclaration des détenus tuberculeux dans le registre, d'autant que le taux de couverture du dépistage actif est globalement assez faible en Belgique parmi ce groupe à risque: 52% en 2002, 58% en 2003 et 58% en 2004 (63% si on exclut St Gilles).

Malgré le fait que certains résultats présentés dans ce rapport doivent être interprétés avec prudence étant donné le manque de fiabilité des chiffres de population carcérale, un tel document est intéressant pour servir de base de réflexion. C'est d'ailleurs ce qui a été commencé en 2004 et poursuivi en 2005 dans un groupe de travail créé pour élaborer de nouvelles recommandations. Celles-ci seront diffusées en 2006. L'optimisation du contrôle de la tuberculose dans le milieu carcéral demandera toutefois la réalisation de certains pré-requis en termes de moyens mis à disposition (personnel, matériel).

ANNEXES

ANNEXE 1. ORGANISATION DU DEPISTAGE ACTIF PARMIS LES DETENUS, BELGIQUE – 2004

<i>Prisons</i>	<i>Type de prison</i>	<i>Occupation moyenne</i>	<i>Séjour moyen (mois)</i>	<i>Dépistage RX</i>		<i>Dépistage ID*</i>
				<i>Par</i>	<i>Fréquence 2004 (2003)</i>	
Région bruxelloise						
Forest	Arrêt	648	3	MRU VRGT	2 x/mois (24 x)	-
Berkendael					1 x/mois (13 x)	
St Gilles	Arrêt + peines courtes	616	4	RX fixe		-
Province Liège						
Lantin	Arrêt + peines	890	5	RX fixe		-
Verviers	Arrêt + peines	212	5	SI Liège	4 x/an (3 x/an)	-
Paifve	Peines	167	10	SI Liège	2 x/an (3 x/an)	-
Marneffe	Peines	108	8	SI Liège	2 x/an (2 x/an)	
Huy	Arrêt + peines	71	6	SI Liège	0 (0)	-
Province Namur						
Namur	Arrêt + peines	200	4	SI Namur	3 x/an (5 x/an)	-
Andenne	Peines	380	10	RX fixe		-
Dinant	Arrêt + (peines)	51	3	SI Namur	1 x/an (2 x/an)	-
Hainaut						
Tournai	Arrêt + peines	200	5	SI Namur	4 x/an (2 x/an) (pour ID + et long séjour)	+ (entrants)
Jamioulx	Arrêt + peines	400	4	MRU VRGT (appareil transportable)	4 x/an (3 x/an)	-
Mons	Arrêt + peines	380	5	MRU VRGT (appareil transportable)	5 x/an (4 x/an)	+ (entrants) depuis juin
Luxembourg						
Arlon	Arrêt + peines	109	5	SI Namur	2 x/an (3 x/an)	-
St Hubert	Peines	228	6	SI Namur	4 x/an (3 x/an)	-
Brabant Wallon						
Ittre	Peines	420	9	SI Namur	2x/an (5 x/an)	+ si pas RX
Nivelles	Arrêt + peines	198	6	SI Namur	2 x/an (1 x/an) (pour ID + et long séjour)	+ (entrants)

ANNEXE 1. ORGANISATION DU DEPISTAGE ACTIF PARMIS LES DETENUS, BELGIQUE – 2004

<i>Prisons</i>	<i>Type de prison</i>	<i>Occupation moyenne</i>	<i>Séjour moyen (mois)</i>	<i>Dépistage RX</i>		<i>Dépistage ID*</i>
				<i>Par</i>	<i>Fréquence 2004 (2003)</i>	
Flandre Orientale						
Ypres	Arrêt + peines	95	3	MRU VRGT	4 x/an (3 x/an)	-
Ruiselede	Peines	51	7	MRU VRGT	2 x/an (2 x/an)	-
Bruges	Arrêt + peines	722	5	Appareil fixe		Section femmes
Flandre Occidentale						
Dendermonde	Arrêt + peines	196	4	MRU VRGT	Toutes les 6 sem. (5 x/an)	-
Gand	Arrêt + peines	354	3	MRU VRGT	Toutes les 6 sem. (6 sem.)	-
Audenarde	Arrêt + peines	143	7	MRU VRGT	4 → 6 x/an (3 x/an)	-
Province Anvers						
Anvers central	Arrêt	586	3	Appareil fixe	1 x/semaine (1 x/sem.)	-
Hoogstraten	Peines	151	8	MRU VRGT	4 → 6 x/an (2 x/an)	-
Malines	Arrêt + peines	97	3	MRU VRGT	5 → 6 x/an (3 x/an)	-
Merkplas	Peines (semi ouvert)	670	6	MRU VRGT	9 x/an (5-6 x/an) → 1 x mois	-
Turnhout	Arrêt + peines	132	4	MRU VRGT	9 x/an (6 x/an) → 1 x/mois	-
Wortel	Peines	146	3	MRU VRGT	4 → 6 x/an (3 x/an)	-
Limbourg						
Hasselt	Arrêt + peines	96	2	MRU VRGT	3 x/an (3 x/an)	-
Tongres	Arrêt	71	2	MRU VRGT	3 x/an (3 x/an)	-
Brabant flamand						
Louvain central	Peines	296	8	MRU VRGT	2 x/an (2 x/an)	-
Louvain secondaire	Arrêt + (peines)	168	3	MRU VRGT	4 → 6 x/an (4 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 EN 2004 ET NOMBRE DE TUBERCULOSES DEPISTEES ACTIVEMENT - BELGIQUE**

	<i>Population au 01/01/04</i>	<i>Nouveaux écrous</i>	<i>Total des détenus</i>	<i>Nb de RX réalisées</i>	<i>Taux de couverture (%)</i>	<i>Nb de tuberculoses Dépistées</i>
Région bruxelloise						
Forest	599	3.319	3.918	2.144	55	8 (Forest)
Berkendael						
St Gilles	583	2.256	2.839	506	18	
Province de Liège						
Lantin	860	1.404	2.264	1.554	69	4
Verviers	206	302	508	287	56	1
Paifve	159	3	162	167	103	
Marneffe	116	0	116	149	128	
Huy	75	111	186	0	0	
Province de Namur						
Namur	197	540	737	344	47	
Andenne	383	120	503	870	173	
Dinant	42	148	190	22	12	
Hainaut						
Tournai	187	286	473	316	67	
Jamioulx	378	804	1.182	540	46	1
Mons	326	582	908	556	61	1
Luxembourg						
Arlon	125	159	284	105	37	
St Hubert	216	0	216	239	111	
Brabant Wallon						
Ittre	409	274	683	329	48	
Nivelles	223	194	417	271	65	
Flandre Orientale						
Ypres	95	308	403	187	46	
Ruiselede	51	1	52	88	169	
Bruges	722	909	1.631	1.248	77	4
Flandre Occidentale						
Dendermonde	196	548	744	365	49	2
Gand	354	877	1.231	775	63	
Audenarde	143	127	270	210	78	1
Province Anvers						
Anvers central	586	2.742	3.328	2.023	61	6
Hoogstraten	151	0	151	232	154	
Malines	97	285	382	172	45	
Merkplas	670	6	676	557	82	1
Turnhout	132	327	459	246	54	
Wortel	146	0	146	270	185	
Limbourg						
Hasselt	96	435	531	190	36	
Tongres	71	360	431	184	43	1
Brabant Flamand						
Louvain central	296	0	296	290	98	
Louvain sec.	168	421	589	149	25	
TOTAL	9.058	17.848	26.906	15.585	58	30



Communauté Française de Belgique