

RAPPORT SUR LES POPULATIONS CLÉS



PRISONNIERS



Au cours des dernières décennies, l'affaiblissement des systèmes de justice pénale et le recours à des politiques inefficaces, trop punitives, ont conduit à une détérioration globale des prisons. Cela a provoqué de la surpopulation et a facilité la propagation des maladies infectieuses telles que la TB et sa version multi-résistante (MDR-TB). Les prisons sont intrinsèquement liées aux communautés ; ainsi, la TB et les épidémies de TB-MR dans les prisons ont eu un impact sur les résultats de santé dans les pays pratiquant une politique d'incarcération excessive. L'incapacité des gouvernements à répondre aux besoins des prisons ayant une population importante, le manque de soutien financier et de formation pour le personnel de santé en ces lieux, et diverses comorbidités présentes parmi les détenus atteints de TB, tous ces facteurs font qu'il est difficile d'offrir un traitement contre la TB efficace en prison, que des retards dans le diagnostic sont fréquents, que la propagation rapide de l'infection est facilitée, et que les interruptions de traitement sont fréquemment déclenchées. La question de la TB et de la TB multi-résistante dans les prisons ne peut être abordée sans se focaliser sur les alternatives à l'incarcération, sans promouvoir les droits des détenus et du personnel pénitentiaire, sans fournir un soutien adéquat aux infrastructures de santé dans les prisons, et sans travailler de concert avec les communautés et les prisonniers pour établir des modèles de traitement et de soins anti-TB basés sur le droit.

Plan Mondial pour éliminer la TB et populations clés

Le Plan Mondial pour éliminer la TB présente les objectifs suivants à atteindre d'ici 2020, ou 2025 au plus tard. Le Plan fait référence aux personnes qui sont vulnérables, mal desservies ou à haut risque de contamination par la TB («populations clés») et fournit des modèles pour les formules d'investissement qui permettront aux différents pays d'atteindre les objectifs 90-(90)-90. Le Plan suggère aussi que tous les pays :

Atteindre au moins



Dans le cadre de cette approche, atteindre au moins



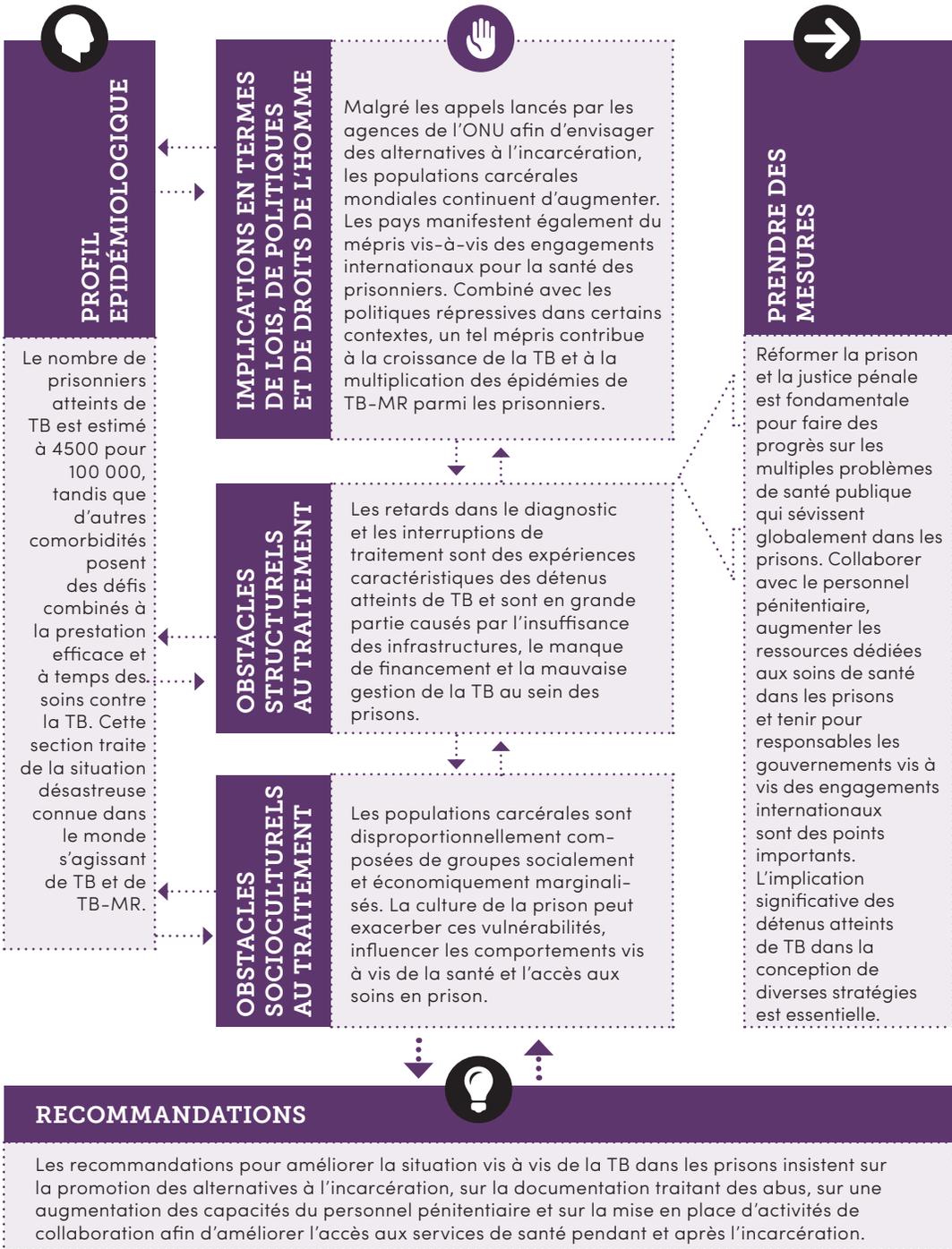
Atteindre un niveau d'au moins



- Identifient leurs populations clés au niveau national et infranational selon les estimations des risques encourus, la taille de la population, des obstacles particuliers liés à l'accès aux soins de la TB et les défis liés au genre ;
- Définissent un objectif opérationnel d'atteindre au moins 90 % des personnes dans les populations clés grâce à l'amélioration de l'accès aux services, au dépistage systématique si nécessaire, à de nouvelles méthodes de dépistage et à l'approvisionnement d'un traitement efficace et abordable pour toutes les personnes dans le besoin ;
- Établissent des rapports sur les progrès accomplis en ce qui concerne la TB en utilisant des données propres à chaque population clé ;
- Assurent la participation active des populations clés dans la conception, la prestation, l'évaluation des services et dans les soins contre la TB, dans un environnement salubre.

Ce guide utilise les recommandations décrites ci-dessus pour discuter des solutions structurelles, opérationnelles, cliniques et juridiques pour traiter la TB chez les détenus, encourager la participation des détenus atteints de TB, et inviter les gouvernements à remplir leurs obligations et à revoir la structure de leurs systèmes de justice pénale.

Qu'y-a-t-il dans ce guide ?





Profil épidémiologique

À l'échelle mondiale et à ce jour, plus de 10,2 millions de personnes sont détenues dans les établissements pénitentiaires, et quatre à six fois ce nombre effectue un passage par les prisons du monde chaque année (1,2). Le surpeuplement est un problème dans la plupart des prisons du monde. Sur 204 pays étudiés par l'Institut de recherche sur les Politiques Pénales, 143 ont signalé une capacité d'exploitation dépassée ou approchée (> 90 %) des capacités ; dans 21 pays, l'occupation des prisons existantes était deux fois supérieure à la capacité nationale globale(3). Le surpeuplement contribue grandement à la propagation de la TB, avec un risque de TB en prison qui est en moyenne 23 fois plus élevé que dans la population générale ; de même, les prisonniers ont 26 fois plus de chance de contracter une infection tuberculeuse latente que la population générale (4). Le VIH - facteur de risque le plus important pour le développement de la TB chez les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse latente - est un problème de santé majeur pour les prisonniers à travers le monde (1,5). Dans une étude menée sur 75 pays connaissant une prévalence du VIH dans les prisons, 20 pays marquaient une prévalence du VIH ayant dépassé 10 % (6). Les taux élevés de VIH, associées à une mauvaise ventilation, à un assainissement déplorable, à une nutrition médiocre et le tout associé à la surpopulation, tout cela facilite la propagation

rapide de la TB parmi les détenus. Le nombre de prisonniers atteints de TB est estimée à 4500 pour 100 000, alors que l'OMS considère qu'une épidémie est déclarée à 250 cas pour 100 000 (7). Dans certaines prisons, les taux de TB observés sont 1000 fois plus élevés que dans la population générale (1). En outre, des taux élevés de MDR-TB ont été signalés parmi les détenus (8), et dans certains pays jusqu'à 50 % de tous les cas de TB recensés en prison démontrent une résistance aux médicaments (9,10). Une revue systématique des données a montré que, dans cinq des six études menées dans des prisons russes, la MDR-TB a été identifiée dans plus de 40 % des cas ; 52,3 % des détenus atteints de TB étaient atteints de TB-MR en Azerbaïdjan et 19,5 % en Thaïlande (1).

TABLEAU 1. COMPARAISON DE LA PRÉVALENCE DE LA TB ENTRE LES POPULATIONS CARCÉRALES ET GÉNÉRALES DE SIX PAYS

Pays	Taux d'occupation de la prison *	Taux de prévalence de la TB en prison	Taux de Prévalence de la TB par Rapport à la Population Générale au Moment de l'Etude (fois plus élevé) **
Fédération russe	94,2 %	5,9 %	200
Brésil	153,9 %	2,6-64,5 %	42-70
Mexique	125,7 %	n/a	1000
Bangladesh	201 %	13,8 %	20
Cameroun	137,7 %	3,5 %	35
Zambie	229,1 %	4 %	10

* Les données de l'Institut de Recherche de Politique Criminelle (Institute for Criminal Policy Research) (3)

** Données extraites d'un examen des études faites par Biadglegne, Rodloff et Sack (1)



Le tableau 1 met en évidence les parallèles entre le surpeuplement et la gravité de la prévalence de la TB dans certains endroits où des données sont disponibles. Les travailleurs du sexe, les gens qui sont poursuivis pour leur orientation sexuelle ou pour leur genre, les personnes qui consomment des drogues, les sans-abri ou les personnes qui sont par ailleurs pauvres et marginalisés, peuvent porter un fardeau d'autres maladies infectieuses disproportionné telles que le VIH et l'hépatite. Dans le même temps, ces populations sont les plus susceptibles d'être incarcérées en raison des politiques punitives et répressives existantes (11–13). Ils sont aussi plus susceptibles d'être incarcérés à plusieurs reprises et de

passer du temps dans les centres de détention provisoire, ce qui augmente leur risque d'exposition à la TB. Les personnes accusées ou reconnues coupables d'infractions liées à la drogue constituent une proportion importante de la population carcérale ou en attente de jugement, et ce dans de nombreux pays (voir le tableau 2). De même, plusieurs rapports, dont un rédigé par le Rapporteur spécial des Nations Unies traitant de l'extrême pauvreté et des Droits de l'Homme, ont souligné que la majorité des gens emprisonnés dans le monde sont aussi ceux qui sont les plus pauvres, qui ont manqué d'accès à des opportunités tout au long de leur vie, et qui sont les plus marginalisés (14–16).

TABLEAU 2. PRISONNIERS DONT LA PRINCIPALE INFRACTION À LA LOI EST EN RELATION AVEC LA DROGUE OU IDENTIFIÉS COMME DES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES *

Pays	% de la population carcérale dont la principale infraction est en relation avec la drogue	% de la population carcérale identifiée comme des personnes qui consomment des drogues
Fédération russe	-	14,8
Lettonie	14,3	17,7
Bolivie	45	-
Argentine	33	64,4
Thaïlande	65	-

* Données extraites du *Rapport sur les Tendances Mondiales en prison (7)*

La présence d'autres comorbidités et d'autres vulnérabilités parmi les prisonniers et les conditions extrêmement pauvres engendrées par la surpopulation en prison dans la plupart des endroits du monde, signifie que les personnes incarcérées sont à très haut risque s'agissant de la transmission de la TB. La TB dans les prisons est également une préoccupation des droits de l'homme et de santé publique. En dépit de multiples obligations et accords internationaux existants, le droit des détenus à prétendre à «l'état de santé physique et mentale optimal» (17–20) est souvent non-protégé. De plus, les efforts pour mettre en relation les détenus libérés avec les services de santé dans la communauté sont limités. Les personnes atteintes de TB qui sont libérés des prisons sans avoir terminé le traitement, ou celles à risque doivent faire face à des priorités concurrentes ; le logement,

l'emploi et d'autres services essentiels peuvent avoir la priorité sur l'accès aux installations traitant la TB. Par exemple, dans les pays d'Europe orientale, 60–70 % des détenus ne consultent pas les installations traitant la TB après leur libération. Les prisons, les détenus et le personnel pénitentiaire sont intrinsèquement liés aux communautés, et la santé des détenus a un impact direct sur la santé de la population générale. Il est prouvé que l'incarcération de masse dans les pays d'Europe de l'Est et en Asie centrale a été associée à une augmentation de la prévalence de la TB dans la population générale (21). Des études ont montré que 8,5 % des cas de TB peuvent être attribués à la transmission des prisons dans les pays à revenu élevé et 6,3 % dans les pays à moyen ou à faible revenu (22). La TB et la TB-MR dans les prisons constituent un défi particulier pour les pays de l'ex-Union sovié-

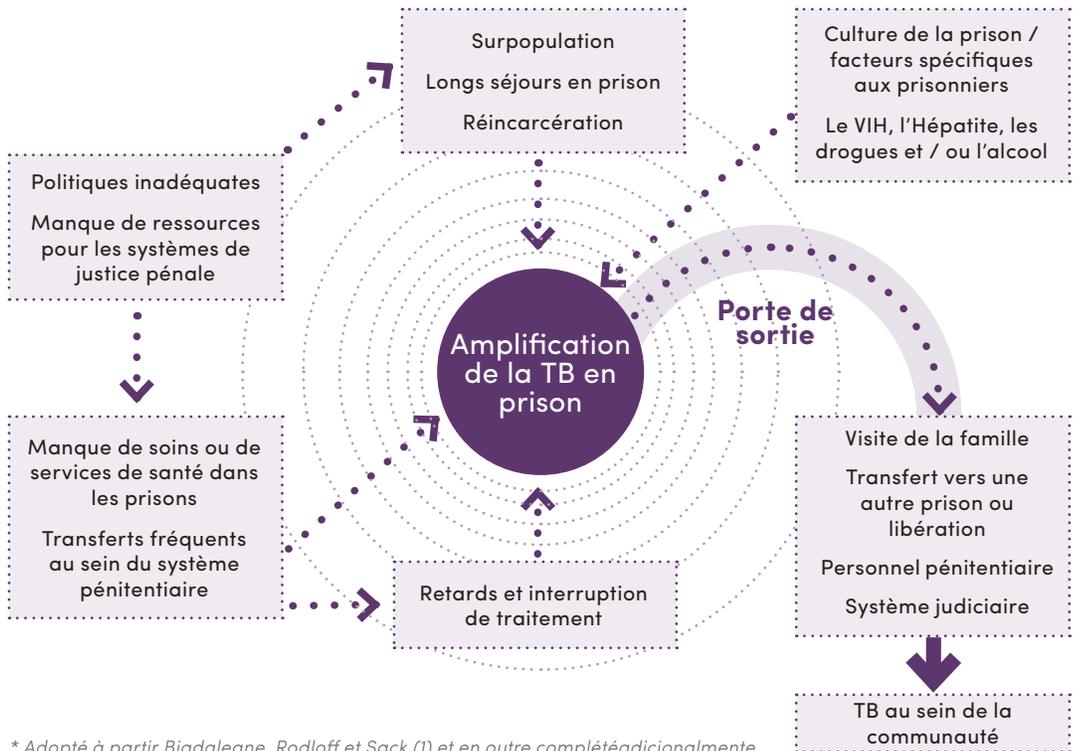


tique, où les populations carcérales comptent parmi les plus importantes du monde (2,4). Des données récentes nous venant de pays d'Afrique sub-saharienne, montrent qu'en plus d'être détenus dans des conditions de surpeuplement qui facilitent la propagation rapide de la TB, les prisonniers sont souvent mal nourris et peuvent également être atteints par le VIH (1,10,23). Alors que de nombreuses études ont été menées dans les prisons en Europe orientale et en Asie centrale, les données sur la TB des prisons dans d'autres régions sont limitées ou inexistantes. Il est clairement impératif de générer des données empiriques de plus haute qualité à partir desquelles façonner une santé

publique et concevoir des stratégies fondées sur le droit, pour résoudre ce problème.

Les fortes prévalence et incidence de la TB et de la TB-MR dans les prisons provient d'une multitude de facteurs, tels que la surpopulation, les infrastructures de santé inadéquates, les retards dans le traitement, et les interruptions fréquentes de ce dernier en raison de la mobilité de la population carcérale et du manque de suivi après la libération (1,8). Ces facteurs sont à leur tour le résultat d'autres facteurs et conditions allant de pair, comme indiqué dans la figure 1 et tout au long de ce guide.

IMAGE 1. FACTEURS QUI NOURRISSENT LES ÉPIDÉMIES DE TB EN PRISON *



* Adopté à partir Biadglegne, Rodloff et Sack (1) et en outre complété adiciónalmente



Implications en termes de Lois, de Politiques et de Droits de l'Homme

Emprisonnement excessif

Les taux d'incarcération dans le monde ont connu une croissance constante au cours de la dernière décennie (2). Cependant, cette augmentation n'a pas été reflétée dans les taux de crimes graves, qui sont en déclin (24). Les experts attribuent la croissance de la population dans les prisons aux philosophies répressives qui guident de nombreux décideurs politiques. Ces politiques sont fondées sur la demande de peines plus sévères en réponse à la violence (24), mais il est en train d'apparaître que le recours à l'incarcération n'a que peu d'impact pour réduire ou pour prévenir les crimes violents (7). Les politiques axées sur la poursuite et l'emprisonnement des petits délinquants en relation avec la drogue, sur la criminalisation des individus en fonction de leur orientation sexuelle et sur l'identité de genre ont été contestées par de multiples parties prenantes mondiales (7,25–27). Pourtant ces politiques demeurent, ainsi que d'autres qui ciblent ceux qui sont déjà marginalisés. En outre, les systèmes de justice pénale sont sous financés et mal réglementés, ce qui contribue à des retards dans la détermination de la peine et à faire enfler cette dernière pour des délinquants non violents (7). Environ un tiers des 10,2 millions de la population carcérale du monde est en détention provisoire, avec un temps d'attente pour jugement d'un maximum de quatre ans (7,15). Les coûts financiers et sociaux associés à l'emprisonnement sont énormes, et les gouvernements sont de plus en plus en prise avec la surpopulation carcérale, la surcharge budgétaire, la baisse de la santé des détenus, et le déséquilibre dans le rapport existant entre prisonnier et personnel.

Il existe de nombreux autres impacts négatifs sociaux, économiques et culturels avec l'incarcération de masse, et les organisations de la société civile et les organismes des Nations Unies, y compris l'Agence des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) (28) et l'Office des Nations Unies du Haut Commissariat aux Droits de l'Homme (HCDH) (29), ont appelé les pays à

rechercher des alternatives à l'emprisonnement. Compte tenu des coûts que les prisons imposent aux sociétés, l'argument économique pourrait être au centre de la poursuite de recherche de ces alternatives, tout en accordant une attention particulière au fardeau de la TB et de la TB-MR sur les prisonniers, à la santé de la population en général, et aux budgets nationaux.

Santé des détenus : un statut quo consternant

En 1993, le rapport mondial sur les prisons de Human Right Watch (30) a noté que la majorité des prisonniers du monde ont été «confiné dans des conditions insalubres et dans la corruption, sans nourriture adéquate ni soins médicaux, avec peu d'activité ou rien à faire, et dans des circonstances où la violence des autres détenus, des gardiens voire des deux est une menace constante ». Une décennie plus tard, le rapport du Département d'Etat US 2013 sur les conditions internationales pénitentiaires (31) a déclaré : «La majorité des systèmes pénitentiaires dans le monde ne respecte pas l'ensemble des règles minima dictées par les Nations Unies s'agissant du traitement des détenus. Dans certains pays, les obligations et normes internationales pertinentes sont délibérément ignorées.» Le rapport a mis en évidence des problèmes universels qui menacent la santé et la vie des populations carcérales : la surpopulation, le manque d'hygiène et / ou d'installations médicales, et le refus de soins (31). La réapparition de la TB et la propagation rapide de la TB-MR dans les prisons à travers le monde a récemment amené plusieurs organes des droits de l'homme à exprimer leur vive préoccupation devant l'état des prisons du monde et à se demander si la santé des détenus est conforme aux normes internationales des droits de l'homme (32). Le fait que ces normes ne soient pas respectées est l'un des principaux moteurs de l'épidémie de TB dans les prisons et les communautés du monde entier.



En plus de la TB et du VIH, les prisonniers sont en proie à une variété de maladies, y compris l'hépatite virale et des problèmes de santé mentale. Des études ont estimé que, globalement, la prévalence de l'hépatite C chez les détenus est de 26 %, avec la plus forte prévalence chez les détenus d'Asie centrale et d'Australasie (33). Des disparités dans les taux de maladie mentale chez les détenus ont également été observées, avec des taux de suicide jusqu'à 10 fois plus élevé chez les détenus que dans la population générale (11). Cette situation critique est elle aussi provoquée par les mauvaises politiques décrites ci-dessus et résultat du manque de ressources pour maintenir l'accès à des services de santé adéquats dans les prisons. Le droit à la santé pour les prisonniers est protégé par une série d'obligations internationales, notamment par le Pacte International Relatif aux Droits Civils et Politiques (34), le Pacte International Relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels (17), et la résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur les principes de base du traitement des détenus (20) et de règles minima pour le traitement des détenus (19). Un compte rendu du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale a également souligné les obligations des pays vis à vis de la santé des détenus (35). À moins que les gouvernements prennent ces obligations au sérieux, il sera extrêmement difficile de mettre un terme à l'épidémie de TB dans les lieux de détention.

Afin d'aider les gouvernements et les parties prenantes de la société civile à concevoir des politiques pour fournir des soins de santé aux prisonniers, l'OMS et l'ONUDC ont développé les principes suivants de bonne gouvernance pour la santé en prison (de «bonne gouvernance pour la santé en prison au 21e siècle. Une note d'orientation sur l'organisation de la santé en prison», 2013) (36) :

- Les prisonniers ont les mêmes droits à la santé et au bien-être que n'importe qui d'autre.
- Les prisonniers viennent principalement de segments socialement défavorisés de la communauté et portent un fardeau plus éle-

vé de maladies transmissibles et non transmissibles que la population générale.

- Les prisons représentent des paramètres avec des risques de maladie élevés. Du fait de l'échange constant entre leurs habitants et les communautés en dehors, les prisons présentent un défi complexe et difficile pour la santé publique, en particulier en ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles telles que le VIH ou la TB.
- Les États ont un devoir spécial et souverain de soins pour les prisonniers. Ils sont responsables de toutes les déficiences de santé évitables, causées aux prisonniers par des mesures de soins de santé inadéquates ou des conditions de détention inadéquates en ce qui concerne l'hygiène, la restauration, l'espace, le chauffage, l'éclairage, la ventilation, l'activité physique et les contacts sociaux.
- Les services de santé pénitentiaires devraient avoir des normes professionnelles, éthiques et techniques équivalentes à celles applicables à des services de santé publique dans la collectivité.
- Les services de santé pénitentiaires devraient être exclusivement dédiés aux soins pour les prisonniers et ne doivent jamais être impliqués dans la répression de ces derniers.
- Les services de santé pénitentiaires devraient être totalement indépendants des administrations pénitentiaires et pourtant assurer une liaison efficace avec eux.
- Les services de santé pénitentiaires devraient être intégrés dans les politiques et les systèmes de santé nationaux, y compris en ce qui concerne la formation et le perfectionnement professionnel du personnel de soins de santé.

Adhérer à ces principes et éliminer certaines des politiques punitives qui ciblent les délinquants de bas niveau, peut aider à résoudre certains des obstacles structurels et socioculturels décrits ci-dessous.

Obstacles Structurels au diagnostic et au traitement



Manque de ressources et infrastructures vétustes

Comme détaillé ci-dessus, les prisons sont noitamment surpeuplées et manquent de ressources adéquates pour ce qui est de la santé (37). Ce problème est universel et rencontré dans les pays à haut, moyen et faible revenu. Dans les pays à faible et moyen revenu, ce manque de ressources, pourrait cependant être si drastique que même les besoins de base des prisonniers ne peuvent pas être satisfaits, ce qui a un impact important sur les résultats de santé des individus (37). Etant donné que la TB se transmet par l'air, certaines mesures élémentaires pour le contrôle de la TB à l'intérieur des prisons comprennent notamment une bonne circulation de l'air, ce qui pourrait être obtenu grâce à une meilleure ventilation (11). Cependant, même des mesures telles que l'ouverture de fenêtres et l'installation de ventilateurs d'échappement pourraient être difficiles à mettre en œuvre dans les milieux à faibles ressources et l'installation de dispositifs d'irra-

diation germicides aux ultraviolets pourrait être complètement hors de budget. Les rapports de certaines prisons ont décrit des installations surpeuplées où les prisonniers sont enfermés dans des cellules 23 heures par jour ; ce qui augmente les possibilités de transmission de la TB et rend la circulation de l'air compliquée - tout cela est dû à un manque de personnel et de ressources pour gérer une population carcérale si nombreuse (38). Le manque de ressources se traduit aussi par de mauvaises infrastructures de soins de santé dans les prisons, par un manque de formation et de préparation des travailleurs de la santé pour faire face aux crises sanitaires telles que la TB et la TB-MR, par la détérioration du ratio entre prisonniers / personnel, ce qui conduit à une mauvaise cohésion parmi la population carcérale, et de nombreux autres problèmes qui peuvent empêcher le dépistage efficace et la prestation de traitement de la TB centrée sur le patient (11,39,40).

Retard de diagnostic et logistique de traitement et de logement

S'occuper de la TB en prison nécessite entre autres choses un dépistage agressif. Le dépistage nécessite des effectifs accrus, une meilleure capacité du personnel médical de la prison et des efforts engagés par les autorités pénitentiaires pour empêcher la propagation de la TB dans les prisons. L'OMS recommande deux approches pour le dépistage dans les prisons : active et passive (11). Le dépistage actif doit se produire à la fois à l'admission des détenus en prison puis tout au long de la période d'emprisonnement, au cours de laquelle les populations carcérales devraient régulièrement subir un dépistage de la TB. À l'admission du prisonnier en prison, un examen médical respec-

tueux de l'individu incarcéré doit être effectué et comprend un dépistage de la TB au moyen de questionnaires, d'une radio des poumons, d'un test cutané à la tuberculine (TCT) et d'un test de libération d'interféron gamma (IGRA), voire une combinaison de ces méthodes (11,41). L'utilisation de la radiographie portable et à prix abordable a prouvé son efficacité pour la détection rapide de la TB et sa prévention dans d'autres environnements à ressources limitées (42). Dans les milieux à faibles ressources et à forte prévalence du VIH, les chercheurs ont également constaté qu'un faible indice de masse corporelle, que l'infection au VIH, et que les douleurs thoraciques sont des indicateurs fiables de la

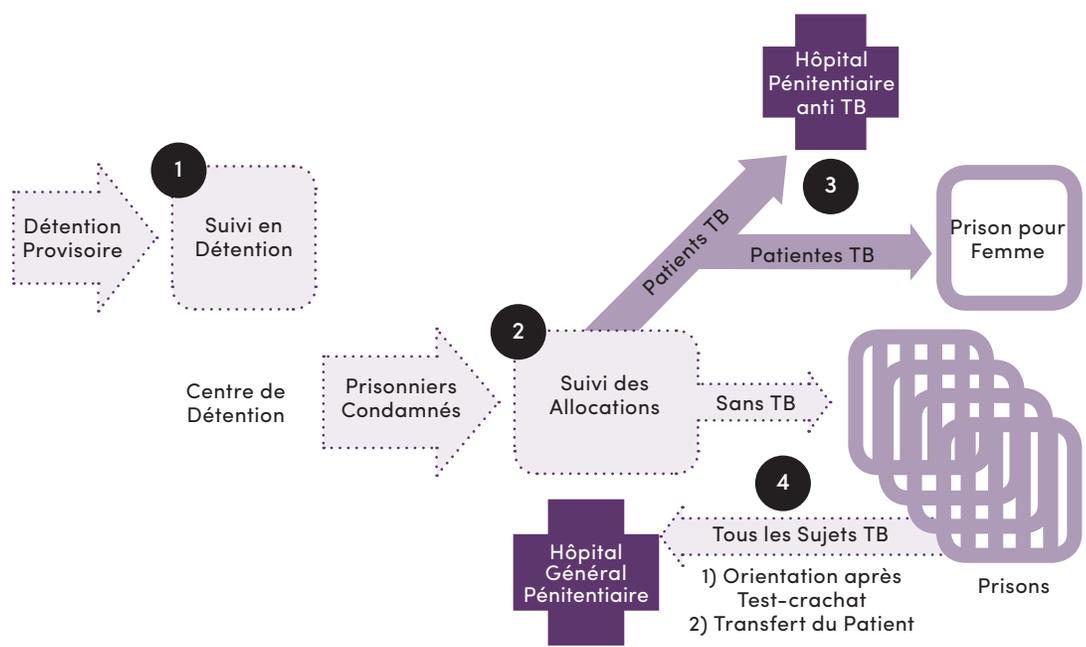


TB dans la population carcérale (43). Tout cela ainsi que d'autres méthodes créatives doit être testé pour les situations où les recommandations de l'OMS ne sont pas facilement mises en œuvre. En outre, les nouvelles technologies doivent être développées de toute urgence pour améliorer et simplifier les diagnostics.

L'OMS et d'autres organismes (11,44) recommandent également que, dès l'admission, les détenus suspectés de TB soient séparés de la population carcérale générale et en particulier des prisonniers qui vivent avec le VIH. Cette séparation temporaire protège à la fois les prisonniers possiblement atteints de TB, pour qui le traitement peut être entamé et la population

carcérale générale de contracter la TB auprès de leurs pairs. Une telle stratégie permet aux autorités pénitentiaires de remplir leur obligation de protéger la santé de tous les prisonniers (11). Une étude récente en Mongolie a démontré que le dépistage initial et la séparation des prisonniers atteints de TB ont eu un impact significatif sur la courbe de la TB en prison ; sur une période de neuf ans, le pays a réduit le taux de TB en prison de plus de moitié grâce au processus de dépistage et d'isolement, et à la réorientation des prisonniers atteints de TB dans les hôpitaux du milieu carcéral (45) (Voir aussi la figure 2). Toutefois, il convient de noter qu'un tel modèle nécessite des ressources qui ne sont pas toujours disponibles.

FIGURE 2. SUIVRE LE DÉPISTAGE ET LA RÉORIENTATION DES PRISONNIERS ATTEINTS DE TB À TRAVERS LE SYSTÈME PÉNITENTIAIRE DE LA MONGOLIE (Voir Yanjindulam P, Oyuntsetseg P, Sarantsetseg B, Ganzaya S, Amgalan B, Narantuya J, et al. (22) pour l'article complet)



Cette séparation, évidemment ne doit pas s'apparenter à un isolement prolongé ; les prisonniers soumis à un test de la TB ne doivent pas passer du temps en isolement (39) et ne devraient pas subir de discrimination indue en raison de leur état de santé. Cependant, les contraintes existantes rendent souvent difficile la mise en œuvre de cette étape simple. Trouver de l'espace supplémentaire est compliqué dans des environnements pénitentiaires surpeuplés, et les établissements correctionnels séparent les prisonniers par la nature de leurs crimes et non pas par les directives de la santé publique. Garder les personnes atteintes de TB séparés pendant leur incarcération nécessite un engagement fort des autorités de santé pénitentiaires et des prisons. L'examen initial et la discussion avec les prisonniers à l'admission peuvent également aider à établir s'ils ont obtenu et observé un traitement contre la TB dans la communauté et s'ils doivent donc le poursuivre. Ainsi, le renforcement des liens entre la prison et les installations de santé communautaires sont nécessaires (40). Ne pas suivre ces étapes simples peut souvent entraîner des retards dans le diagnostic de la TB, ce qui peut parfois conduire à des épidémies massives dans la population carcérale générale (46).

Le dépistage passif devrait être enclenché dès que le prisonnier remplit son formulaire de référence- avec l'unité de santé de la prison et un test généralisé de tous les prisonniers des centres de santé de la prison qui pourraient présenter un diagnostic positif de la TB (11). Cette méthodologie est cependant difficile à mettre en application car il repose sur l'auto-évaluation des symptômes par les prisonniers. Alors que les prisonniers pourraient être désireux de signaler leurs problèmes de santé, leur capacité à le faire dépend parfois de leur position dans la hiérarchie de la prison. Le sérieux avec lequel leurs préoccupations sont prises en compte peut aussi dépendre du professionnalisme et de l'attitude du personnel de santé en prison (11). Il est clair qu'aucune approche ne peut réussir sans la participation des membres du personnel pénitentiaire et des détenus eux-mêmes.

Interruptions de traitement

Comme mentionné, les populations qui sont sensibles à la TB courent également un risque plus élevé d'emprisonnement. Au moment de l'arrestation et de la détention, certaines personnes qui sont sur le point d'être incarcérées ont déjà été traitées pour la TB dans la communauté. De même, tout en recevant un traitement en prison, une série de mesures punitives et / ou des mesures logistiques, telles que l'isolement, les transferts entre les prisons et d'autres pratiques, pourraient interférer avec le traitement (1,11,22,39). Si un individu atteint de TB consomme également des drogues, il est essentiel de lui fournir un traitement de substitution, afin d'assurer l'observance. Cependant, un tel traitement est souvent indisponible dans les prisons (13). Interruptions et inobservance sont aussi parfois le résultat de la culture en prison (voir ci-dessous les facteurs socioculturels). Néanmoins, la logistique en prison, la négligence et le manque d'engagement pour améliorer les conditions et les soins par les autorités et le personnel pénitentiaires ont préséance sur ces autres facteurs (1). Quand les gens atteints de TB sont libérés des prisons, leur régime de traitement peut également être interrompu et peut même ne pas être disponibles dans les communautés où ils vivent (39). Les anciens prisonniers pourraient ne pas vouloir poursuivre le traitement pour toute une série de raisons ; cependant, les mettre en relation avec les autorités sanitaires et les organisations de la société civile de soutien dans la communauté est crucial pour faciliter la poursuite du traitement et sa réussite.

Obstacles socioculturels au traitement



Autres comorbidités

Les personnes atteintes de la TB dans les prisons présentent souvent toute une variété d'autres comorbidités, y compris l'hépatite virale et le VIH (4). Cela pose des défis à la fois pour le personnel de santé pénitentiaire et pour les détenus atteints de TB. Les autorités sanitaires de la prison ont besoin de prendre des décisions fortes en ce qui concerne le tri des traitements, alors que les prisonniers atteints de TB et d'autres comorbidités sont confrontés à des effets et des interactions secondaires durables vis-à-vis de divers médicaments (39). Ces défis ne peuvent pas être négligés, et un soutien adéquat doit être prévu pour les détenus atteints de TB et qui présentent également avec d'autres maladies.



Culture et hiérarchie en prison

Bien que peu de rapports de recherche aient abordé ces questions, il est évident que la culture brutale de nombreuses prisons conduit les prisonniers à se livrer à certains comportements qui pourraient interférer même avec le plus efficace des programmes de lutte contre la TB. Considérant que les interventions de lutte contre la TB sont déjà fragiles dans la

plupart des prisons, la culture et la hiérarchie y régnant pourraient nuire sérieusement à ces activités. L'existence de marchés souterrains dans les prisons a été bien documentée. Les médicaments antituberculeux pourraient intégrer ce marché lorsque les prisonniers en cours de traitement commencent à se sentir mieux, et / ou lorsque les circonstances ou leur po-

sition au sein de la hiérarchie de la prison les amènera à vendre ou à échanger leurs médicaments (22,39). Des rapports informels et empiriques ont également mis en évidence le mode de fonctionnement des hiérarchies de la prison, à l'intérieur desquelles les prisonniers "supérieurs" pourraient faire office de gardiens pour l'accès aux services médicaux et autres, et pourraient utiliser cet accès pour contraindre les prisonniers considérés de standing inférieur (39,47). Dans certaines prisons où les programmes de lutte contre la TB sont mieux financés, et où les prisonniers atteints de TB reçoivent une alimentation supplémentaire

ou sont relogés dans des hôpitaux-prisons traitant la TB, certains détenus pourraient essayer de feindre les symptômes de la TB et échanger leurs expectorations pour assurer un diagnostic positif en vue d'être transférés vers ces endroits apparemment plus attrayants (39,40). Ces phénomènes doivent être pris en compte, et les organismes doivent promouvoir une observation étroite de la prise de médicament et de l'éducation parmi les prisonniers s'agissant des dangers d'un traitement inachevé ; en effet, il est possible de développer une résistance en cas de traitement à tort, ou répété.

Les femmes en prison

Jusqu'à 6,5 % des prisonniers du monde sont des femmes, et ce chiffre représente une augmentation de cinq fois la population carcérale de femmes, au cours des 15 dernières années (7). Les plus hauts niveaux d'emprisonnement de femmes ont été observés en Europe de l'Est et en Asie centrale, tandis que les chiffres sont supérieurs à la moyenne en Amérique latine et en Asie du Sud-est et de l'Est (7). Selon la Division des Nations Unies pour la promotion de la femme, les minorités raciales, y compris les femmes autochtones «représentent le secteur croissant le plus vite parmi la population carcérale» (48). Une recherche a montré que les femmes détenues ont connu de multiples formes d'oppression, d'abus, la pauvreté et la marginalisation (7). En outre, la majorité des femmes détenues a commis des crimes non violents, motivés par l'amélioration de leur situation financière (7). Il a également été démontré que la grande majorité de ces femmes qui ont commis des crimes violents ont elles-mêmes été victimes de violence extrême, ou bien elles ont commis ces crimes en réponse à des abus systématiques et à la violence domestique (49,50). Une forte proportion des femmes de toutes les régions, et en particulier en Europe de l'Est et en Asie centrale, sont incarcérées pour des infractions non violentes en relation

avec la drogue (7). Considérant que la majorité des femmes en prison sont des mères (48) et seul pilier de famille, l'incarcération excessive des femmes impose un fardeau social supplémentaire et conduit à briser des foyers. Les données sur la TB parmi les femmes détenues sont insuffisantes. Toutefois, une étude menée au Brésil a révélé que le temps passé en prison augmente le risque de contracter la TB pour les femmes (51). Il est également prouvé que la santé des femmes détenues est souvent ignorée à cause de la faiblesse des infrastructures pénitentiaires (52). Par exemple, en Zambie, on rapporte un taux de dépistage de la TB auprès des femmes détenues inférieur à celui de leurs homologues masculins, et un mépris général pour leurs besoins en matière de santé (53,54). Ces expériences sont pensées pour être menées de manière commune pour toutes les femmes détenues du monde (7). Les alternatives aux services d'incarcération et sexospécifiques sont soulignées dans les Règles des Nations Unies pour le traitement des femmes en prison (UN RTWP) et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes (Règles de Bangkok) (55). Ces règles doivent être respectées lors de l'examen des politiques ciblant les délinquantes et de la mise au point des services pour les femmes détenues.

Prendre des mesures

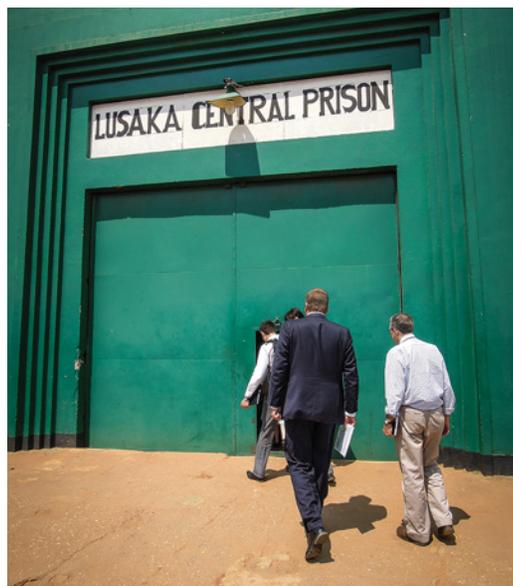


Plaider pour une réforme pénitentiaire et l'amélioration des conditions en leur sein

Il est clair que, sans amélioration globale des conditions de détention à l'échelle mondiale et sans révision des codes pénaux stricts qui envoient des délinquants non violents en prison, la question de la TB dans les lieux de détention va persister. ONUDC recommande des alternatives à l'emprisonnement, ce qui commence par l'examen des lois et des politiques de détermination de la peine et résulte en la mise en place de régimes de libération conditionnelle et de surveillance communautaire qui permettront d'effectuer d'importantes économies et d'encourager une meilleure intégration des personnes destinées à l'incarcération parmi les collectivités (28). Ces procédés pourraient aussi aider de manière significative, pour le diagnostic et pour le traitement des personnes atteintes de TB ; ces dernières ne seraient plus entassés dans des espaces surpeuplés et sans ventilation, mais bénéficieraient d'un traitement dans les systèmes de santé communautaires.

Assurer la continuité du traitement

Assurer la continuité du traitement est la clé du succès des programmes de prévention et de contrôle de la TB en prison. Ainsi, il est essentiel de se concentrer sur le renforcement des liens au sein du système pénitentiaire et sur la création de dossiers médicaux qui peuvent accompagner la personne atteinte de TB d'un endroit à un autre. En outre, la connexion des prisonniers libérés à des organismes communautaires est essentielle pour assurer l'observance du traitement et son achèvement. Les organismes communautaires qui travaillent avec les anciens prisonniers et qui fournissent un soutien au traitement peuvent également fournir des services essentiels comme un gîte temporaire et des couverts (56). Les organismes communautaires peuvent également engager des travailleurs de proximité qui ont eux-mêmes connu l'incarcération et qui pourraient de fait mieux comprendre les besoins des détenus nouvellement libérés (40,56,57).



Action en justice

Afin de mieux faire connaître les problèmes liés à la TB en prison, plusieurs anciens prisonniers pris en charge par des groupes plébiscitant les droits de l'homme ont déposé des dossiers par le biais de rouages nationaux et internationaux défendant les droits de l'homme. La victoire juridique d'un ancien prisonnier sur les autorités carcérales d'Afrique du Sud a mis en lumière les conditions terrifiantes qui ont facilité son infection par la TB au cours de son incarcération (58,59). En Russie, les conditions de détention exécrables et le traitement inhumain des prisonniers, ce qui inclue une infection généralisée par la TB, ont été révélés par plusieurs décisions positives prises par la Cour européenne des droits de l'homme (60). Bien que cela ne représente pas toujours un bénéfice direct pour la personne souffrant de TB, ces cas aident à mettre la pression sur les gouvernements et sur les systèmes pénitentiaires afin qu'ils prennent des mesures.

Inclure et valoriser les prisonniers

Comme avec d'autres communautés, inclure et rendre autonomes les prisonniers vis à vis de leurs droits et de leur participation à la prévention et au traitement contre la TB est essentiel au contrôle de la TB en prison. Bien qu'il existe peu d'exemples documentés de programmes réussis impliquant des détenus, au moins deux systèmes pénitentiaires ont rapporté avoir engagé des «travailleurs de la santé incarcérés» comme travailleurs de proximité, et les avoir formés un peu comme les agents de santé communautaires, afin de superviser le traitement dans les prisons (40,61,62). L'éducation des prisonniers et leur implication dans l'élaboration de campagnes d'information sur la santé liées à la TB sont également des méthodologies efficaces et productives (39,63). Les personnes mettant en œuvre ces programmes, cependant, avertissent que les programmes éducatifs et d'autonomisation ne devraient pas pour autant faire oublier les dangers de l'interruption de traitement, de la simulation de la maladie ou d'autres stratégies que les prisonniers pourraient envisager en raison des circonstances de leur environnement (39). Certains systèmes pénitentiaires ont permis aux organisations de la société civile de travailler avec les prisonniers dans les prisons. Ces modèles peuvent être encore plus efficaces, car ils fonctionnent par le biais des réseaux de pairs et peuvent donc favoriser la confiance et une meilleure adhésion parmi les prisonniers.

Formation et promotion de la collaboration avec le personnel de la prison

Fournir éducation et formation pour le personnel pénitentiaire, ainsi que la création d'un personnel dédié à la collaboration avec les prisonniers dans les activités d'implémentation de dépistage de la TB et de l'engagement des prisonniers dans la prestation des services de santé, voilà les clés de la réussite du programme anti TB dans les prisons (11,39,64). En outre, la formation et d'autres activités éducatives pour le personnel pénitentiaire peuvent servir d'incitation / encouragement à faire évoluer des circonstances difficiles en contexte plus facile à gérer et à fournir des passerelles avec d'autres professionnels travaillant en milieu carcéral pour le soutien.



Recommandations



Bien que ces recommandations constituent les grandes lignes d'action pour tout un éventail d'intervenants clés, d'autres, y compris les Agences de l'ONU et les collectifs locaux et mondiaux de travailleurs de la santé, devraient prendre note et évaluer leur potentiel en termes d'amélioration de la prévention, du traitement et des soins anti-TB pour les pauvres des régions rurales. En outre, les partenaires publics et privés devraient prendre note des recommandations qui concernent le développement de nouveaux diagnostics et d'autres technologies qui peuvent accélérer et faciliter la détection et le traitement de la TB dans les prisons.

Société Civile	Organisations de Prisonniers et d'Anciens Prisonniers atteints de TB	Gouvernements	Donateurs/trices
<p>Plaider pour des alternatives à l'incarcération, en particulier pour les délinquants non violents qui pourraient être vulnérables à la TB ; promouvoir l'accès aux décideurs pour les prisonniers et anciens prisonniers ;</p>	<p>Documenter les impacts de l'incarcération sur la vie des prisonniers atteints de TB ; promouvoir l'accès aux décideurs afin de raconter les témoignages des prisonniers ;</p>	<p>Réduire le fardeau économique et de santé publique que fait peser la TB sur la société ; envisager une réforme de la justice pénale et des alternatives à l'incarcération pour les délinquants non violents ;</p>	<p>Financer les programmes, les politiques et les réformes qui visent à proposer des alternatives à l'incarcération ;</p>
<p>Favoriser les relations entre les organisations de la société civile, les collectifs / organisations de prisonniers et les services de santé de la prison ;</p>	<p>Plaider pour un accès aux services de santé pour tous les prisonniers et pour de meilleures interventions en connectant les systèmes de santé carcéraux aux services de santé de la communauté ;</p>	<p>Veiller à ce que les établissements de santé soient entièrement fonctionnels et bien dotés dans toutes les prisons ; développer des modèles rentables pour la prestation des services de santé en prison par la rotation du personnel et l'utilisation d'autres approches créatives ; faciliter la collaboration entre la prison et les autorités sanitaires, avec la participation de la société civile ;</p>	<p>Promouvoir des modèles rentables pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les prisonniers ; fournir un financement initial pour relancer les services de santé carcéraux et les programmes anti-TB ;</p>

Société Civile	Organisations de Prisonniers et d'Anciens Prisonniers atteints de TB	Gouvernements	Donateurs/trices
<p>Poursuivre les litiges stratégiques afin de tenir les gouvernements pour responsables dans les violations d'engagements perpétrés à l'encontre des prisonniers et qui ont un impact sur leur santé ;</p>	<p>Documenter les violations des droits des prisonniers et tenir les gouvernements pour responsables vis-à-vis des obligations internationales ; travailler avec des groupes de défense des droits de l'homme et des collectifs juridiques pour porter telle ou telle affaire devant la justice en cas de négligence ;</p>	<p>Adhérer aux obligations internationales en matière de santé des détenus ;</p>	<p>Soutenir et promouvoir la documentation informant sur les violations dans les prisons et travailler aux côtés de la société civile pour faire pression sur les gouvernements afin qu'ils se conforment aux obligations internationales ; soutenir les programmes en conformité avec les directives internationales ;</p>
<p>Promouvoir un financement adéquat pour les soins de santé en prison ; utiliser les pénuries de ressources pour plaider en faveur des alternatives à l'emprisonnement ;</p>	<p>Plaider pour une amélioration à l'échelle du système, des soins médicaux et anti-TB en prison ;</p>	<p>Veiller à ce que des ressources suffisantes soient consacrées au traitement de la TB dans les prisons, que le personnel soit suffisamment formé, équipé et encadré, et qu'il existe des systèmes en place pour dépister les prisonniers et pour assurer la continuité de leur traitement ;</p>	<p>Aider les gouvernements à concevoir des plans durables pour fournir un traitement de la TB dans les prisons, et promouvoir des modèles de diagnostic et de traitement qui maintiennent la continuité et sont efficaces ;</p>
<p>Plaider pour l'accès des organisations de la société civile afin de travailler avec les prisonniers ;</p>	<p>Travailler au niveau de la communauté pour créer des filets de sécurité pour les personnes libérées de prison, qui pourraient avoir besoin d'un traitement d'appoint ; défendre l'accès aux prisons, où le soutien par les pairs pour les détenus atteints de TB est essentiel ;</p>	<p>Travailler avec la société civile pour assurer leur participation aux programmes carcéraux anti TB et créer des liens avec un traitement d'appoint au sein de la communauté pour les prisonniers libérés ;</p>	<p>Soutenir et diffuser les résultats des programmes qui valorisent effectivement les prisonniers et qui impliquent la société civile dans la conception et la mise en œuvre des programmes carcéraux et d'après libération pour ce qui est du traitement anti TB ;</p>
<p>Promouvoir la recherche indépendante pour encourager la documentation des conditions carcérales.</p>	<p>Soutenir la recherche en termes de santé parmi les détenus afin d'améliorer la compréhension quant à la façon d'accroître l'efficacité des interventions.</p>	<p>Encourager la collaboration multiseCTORielle pour mener des recherches sur les conditions sanitaires carcérales et produire des données qui peuvent être partagées entre les secteurs.</p>	<p>Financer la recherche pouvant produire des données pour améliorer les interventions.</p>



Références

1. Biadglegne F, Rodloff AC, Sack U. Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic. *Epidemiol Infect.* 2015;143(5):887–900.
2. Walmsey R. World prison population list (10th edition). London: International Centre for Prison Studies; 2013 (http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_10.pdf, visité le 25 octobre 2015).
3. World prison data. London: Institute for Criminal Policy Research (http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level?field_region_taxonomy_tid=All, visité le 19 février 2016).
4. Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS.* 2012;7(4):345–53.
5. The gap report 2014: prisoners. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/Prisoners>, visité le 21 février 2016).
6. Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV, Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(1):32–41.
7. Global prison trends 2015. London: Penal Reform International; 2015 (<http://www.penalreform.org/resource/global-prison-trends-2015/>, visité le 25 octobre 2015).
8. Tuberculosis in prisons. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en/, visité le 23 octobre 2015).
9. 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.
10. O’Grady J, Hoelscher M, Atun R, Bates M, Mwaba P, Kapata N, et al. Tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa – the need for improved health services, surveillance and control. *Tuberculosis.* 2011;91(2):173–8.
11. Prisons and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf, visité le 25 octobre 2015).
12. Moscow Declaration on Prison Health as Part of Public Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health-partnership-for-health-in-the-criminal-justice-system/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>, visité le 25 octobre 2015).
13. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet.* 2010;376(9738):355–66.
14. Extreme poverty and human right: report of the Secretary-General. New York: United Nations General Assembly; 2011.
15. Presumption of guilt: the global overuse of pretrial detention. New York: Open Society Justice Initiative; 2014 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/presumption-guilt-global-overuse-pretrial-detention>, visité le 19 février 2016).
16. Human development report for Latin America 2013–2014. New York: United Nations Development Programme (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hdr/human-development-report-for-latin-america-2013-2014.html>, visité le 20 février 2016).
17. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 1966 (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, visité le 12 octobre 2015).
18. International Covenant on Civil and Political Rights. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 1976 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>, visité le 12 octobre 2015).
19. Standard minimum rules for the treatment of prisoners. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 1955 (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b36e8.html>, visité le 20 février 2016).
20. Basic Principles for the Treatment of Prisoners: resolution adopted by the General Assembly 28 March 1991, A/RES/45/111. New York: UN General Assembly; 1991 (<http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm>, visité le 25 octobre 2015).
21. Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proc Natl Acad Sci.* 2008;105(36):13280–5.

22. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med.* 2010;7(12):e1000381.
23. Alexander J. Death and disease in Zimbabwe's prisons. *Lancet.* 2009;373(9668):995–6.
24. Walmsley R. Global incarceration and prison trends. *Forum on Crime and Society.* 2003;3(1-2):65–78 (http://www.unodc.org/pdf/crime/forum/forum3_Art3.pdf, visité le 25 octobre 2015).
25. Laws criminalizing homosexuality are incompatible with international human rights standards and fuel homophobia. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2011 (<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Homophobia.aspx>, visité le 25 octobre 2015).
26. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights and health. New York: United Nations Development Programme; 2012 (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>, visité le 13 octobre 2015).
27. Taking control: pathways to drug policies that work. Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy; 2014 (<http://www.gcdpsummary2014.com/>, visité le 16 octobre 2015).
28. Criminal justice reform. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (<http://www.unodc.org/unodc/en/justice-and-prison-reform/criminaljusticereform.html#prisonreform>, visité le 25 octobre 2015).
29. Human rights implications of over-incarceration and overcrowding. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/RuleOfLaw/Pages/OverIncarceration.aspx>, visité le 25 octobre 2015).
30. The Human Rights Watch global report on prisons. New York: Human Rights Watch; 1993 (<https://www.hrw.org/report/1993/06/01/human-rights-watch-global-report-prisons>, visité le 25 octobre 2015).
31. Report on international prison conditions. Washington, DC: U.S. Department of State; 2013 (<http://www.state.gov/j/drl/rls/209944.htm>, visité le 25 octobre 2015).
32. Lines R. The right to health of prisoners in international human rights law. *Int J Prison Health.* 2008;4(1):3–53.
33. Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, Zaller ND, Jarlais DD, Hagan H, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatol.* 2013;58(4):1215–24.
34. International Covenant on Civil and Political Rights/Resolution 2200A (XXI) du 16 Décembre 1966. New York: UN General Assembly; 1966 (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b3aa0.html>, visité le 25 octobre 2015).
35. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2010 (A/HRC/14/20/Add.4) (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.Add4.pdf>, visité le 26 octobre 2015).
36. Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.-a-policy-brief-on-the-organization-of-prison-health-2013>, visité le 21 février 2016).
37. Lack of resources for prisons is having a severe impact on the lives of millions of detainees. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2014 (<https://www.icrc.org/en/document/annual-conference-international-corrections-and-prisons-association-icpa>, visité le 25 octobre 2015).
38. Wood R. Tuberculosis transmission in South African prisons. Cape Town: Desmond Tutu HIV Centre, Institute of Infectious Disease and Molecular Medicine; 2012 (http://tac.org.za/sites/default/files/campaigns/file-uploads/Durban%20Prisons%20June%202012%20_%20Robin%20Wod.pdf, visité le 25 octobre 2015).
39. Reyes H. Pitfalls of TB management in prisons, revisited. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2007 (<https://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/other/tuberculosis-article-220307.htm>, visité le 25 octobre 2015).
40. Gegia M, Kalandadze I, Madzgharashvili M, Furin J. Developing a human rights-based program for tuberculosis control in Georgian prisons. *Health Hum Rights.* 2011;13(2):E73–81.
41. Reid SE, Topp SM, Turnbull ER, Hatwiinda S, Harris JB, Maggard KR, et al. Tuberculosis and HIV control in sub-Saharan African prisons: "thinking outside the prison cell." *J Infect Dis.* 2012;205(Suppl 2):S265–73.
42. Churchyard GJ, Fielding K, Roux S, Corbett EL, Chaisson RE, De Cock KM, et al. Twelve-monthly versus six-monthly radiological screening for active case-finding of tuberculosis: a randomised controlled trial. *Thorax.* 2011;66(2):134–9.

43. Harris JB, Siyambango M, Levitan EB, Maggard KR, Hatwiinda S, Foster EM, et al. Derivation of a tuberculosis screening rule for sub-Saharan African prisons. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014;18(7):774–80.
44. Cambodia: Improving TB detection and treatment in prisons. New York: Doctors Without Borders; 2012 (<http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/field-news/cambodia-improving-tb-detection-and-treatment-prisons>, visité le 25 octobre 2015).
45. Yanjindulam P, Oyuntsetseg P, Sarantsetseg B, Ganzaya S, Amgalan B, Narantuya J, et al. Reduction of tuberculosis burden among prisoners in Mongolia: review of case notification, 2001–2010. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16(3):327–9.
46. Kato S, Kuwabara K. Lessons learned from tuberculosis outbreak cases. *Kekkaku.* 2014;89(2):77–88.
47. Rafube K, Hausler H, Topp S. Case study: Mr. Karabo Rafube an inmate in correctional services. STOP TB Partnership, Tuberculosis Key Populations Meeting; 2015 Nov 3; Bangkok, Thailand.
48. United Nations Division for the Advancement of Women (DAW), Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). Gender and racial discrimination: report of the expert group meeting; 21–24 November, Zagreb; 2000 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/genrac/report.htm>, visité le 25 octobre 2015).
49. Who are women prisoners? Survey results from Kazakhstan and Kyrgyzstan. London: Penal Reform International; 2014 (<http://www.penalreform.org/resource/women-prisoners-survey-results-kazakhstan-kyrgyzstan/>, visité le 22 février 2016).
50. Who are women prisoners? Survey results from Uganda. London: Penal Reform International; 2014 (<http://www.penalreform.org/resource/who-are-women-prisoners-survey-results-from-uganda/>, visité le 22 février 2016).
51. Ferreira MMC, Ferrazoli L, Palaci M, Salles PS, Medeiros LA, Novoa P, et al. Tuberculosis and HIV infection among female inmates in São Paulo, Brazil: a prospective cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviro.* 1996;13(2):177–83 (http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/1996/10010/Tuberculosis_and_HIV_Infection_Among_Female.9.aspx, visité le 22 février 2016).
52. Vinkeles Melchers NVS, van Elsland SL, Lange JMA, Borgdorff MW, van den Hombergh J. State of affairs of tuberculosis in prison facilities: a systematic review of screening practices and recommendations for best TB control. *PLoS One.* 2013;8(1):e53644.
53. Unjust and unhealthy. New York: Human Rights Watch; 2010 (<https://www.hrw.org/report/2010/04/27/unjust-and-unhealthy/hiv-tb-and-abuse-zambian-prisons>, visité le 22 février 2016).
54. Todrys KW, Amon JJ. Health and human rights of women imprisoned in Zambia. *BMC Int Health Hum Rights.* 2011;11:8.
55. UN Bangkok Rules. London: Penal Reform International (<http://www.penalreform.org/priorities/women-in-the-criminal-justice-system/bangkok-rules-2/>, visité le 22 février 2016).
56. Community-based tuberculosis prevention and care: why – and how – to get involved. An international handbook for nongovernmental organizations and civil society organizations. CORE Group; 2013 (http://www.coregroup.org/storage/TB/Community-Based_TB.pdf, visité le 25 octobre 2015).
57. Kyrgyzstan: MSF treats prisoners struggling with drug-resistant TB. New York: Doctors Without Borders; 2009 (<http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/field-news/kyrgyzstan-msf-treats-prisoners-struggling-drug-resistant-tb>, visité le 26 octobre 2015).
58. Ex prisoner with TB wins case. *Health24.* 17 janvier 2013 (<http://www.health24.com/Medical/Tuberculosis/News/Ex-prisoner-with-TB-wins-case-20130210>, visité le 26 octobre 2015).
59. Stephens J. TB in prisons: what does the Dudley Lee case mean for TB in South Africa? *NSP Review.* 2012;4 (<http://www.nspreview.org/2012/11/02/tb-in-prisons-what-does-the-dudley-lee-case-mean-for-tb-in-south-africa/>, visité le 26 octobre 2015).
60. 2010 report on human rights practices: Russia. Washington DC: U.S. Department Of State; 2011 (<http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/2010/eur/154447.htm>, visité le 26 octobre 2015).
61. Inmates lead the fight against TB in Zambia's prisons. Geneva: Stop TB Partnership; 2011 (http://www.stopTB.org/news/stories/2011/ns11_038.asp, visité le 26 octobre 2015).
62. Maggard S, Hatwiinda S, Phiri W, Morse J, Turnbull E, Topp S, et al. Inmate peer educators are essential to prison-based HIV testing and TB screening in Zambia; 2014 (<http://www.slideserve.com/march/inmate-peer-educators-are-essential-to-prison-based-hiv-testing-and-tb-screening-in-zambia>, visité le 6 March 2016).
63. Mangan JM, Arias MS, Sierra T, Perez M, Medina RL, Yanez R, et al. Evaluating the strengths and weaknesses of tuberculosis educational activities for prisoners in Honduras. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10(10):1152–8.
64. Dara M, Grzemska M, Kimerling ME, Reyes H, Zagorsky A. Guidelines for control of tuberculosis in prisons. The Global Health Bureau, Office of Health, Infectious Disease and Nutrition (HIDN), U.S. Agency for International Development; 2009.

Remerciements

Le Partenariat Halte à la Tuberculose reconnaît avec gratitude la contribution de toutes les personnes ayant été impliquées dans ce document. Nous remercions chacun d'entre eux pour leurs commentaires enthousiastes ainsi que leur soutien et nous espérons mettre en œuvre ce guide ensemble.

Auteurs principaux FG Consulting Group

Partenariat Halte à la Tuberculose Colleen Daniels Jacob Creswell
Caoimhe Smyth James Ayre
Farihah Malik Lucica Ditiu

Collaborateurs - Les participants de l'atelier TB populations clés novembre 2015

Ailed Bencomo Alerm	Maggy Gama
Alberto Colorado	Manita Pandey
Arnold Mafukidze	Marciel Buen
Ashvini Vyas	Marina Smelyanskaya
Austin Obiefuna	Melecio Mayta Ccota
Bishwa Rai	Mo Barry
Blessi Kumar	Moises Uamusse
Brianna Harrison	Nduru Gichamba
Chu Thái Sơn	Nonna Turusbekova
Cristina Brigaste	Patricia Odolo
Dean Lewis	Paul Moses Ndegwa Mutiga
Deepti Chavan	Pilar Ustero
Duncan Moeketse	Prabha Mahesh Shankar
Elchin Mukhtarli	Ramya Ananthakrishnan
Endalkachew Fekaduer	Rhonda Marama
Eva Limachi	Safar Naimov
Harry Hausler	Samuel Boy Kunene
Herve Isambert	Sophie Dilmitis
Imran Zafar	Stacie Stender
James Malar	Steph Topp
John Duncan	Steven John
Karabo Rafube	Thato Mosidi
Kate Thomson	Timur Abdullaev
Kevork Kara -Agopian	Valeriu Istrati
Kibibi Mbwavi	Vũ Manh Trí
Liesl PageShipp	Yana Morenets
Lisa Leenhouts-Martin	Yuki Takemoto
Loyce Maturu	

Layout and Design Miguel Bernal
Cover Nina Saouter

Stop TB Partnership

The Stop TB Partnership
acknowledges with gratitude the financial
and technical support received from
the Global Fund to Fight AIDS, TB & Malaria.

hosted by
 **UNOPS**

 **END
TB**

Chemin de Blandonnet 2,
1241 Vernier
Geneva, Switzerland
www.stoptb.org