

Tuberculose : la situation épidémiologique nécessite d'adapter la stratégie de contrôle

La tuberculose est historiquement liée à la pauvreté, et son incidence en France a régressé régulièrement du fait du progrès social et de l'efficacité des traitements. Pourtant, des disparités régionales importantes sont observées, comme dans tous les pays où la maladie est globalement peu fréquente : on retrouve des taux élevés dans les grandes villes, là où se concentrent les populations précarisées. La nouvelle donne épidémiologique concernant la tuberculose impose de revoir l'organisation des moyens de lutte, de la politique vaccinale jusqu'au dépistage et au suivi des malades. Différentes actions ont d'ores et déjà été engagées, notamment en Île-de-France, où l'incidence de la maladie est plus de trois fois supérieure à celle du reste du territoire national.

La fin de la Seconde Guerre mondiale a vu les moyens mis en œuvre pour lutter contre la tuberculose s'intensifier ; en particulier dans les années cinquante, avec la mise en place de traitements antituberculeux efficaces ainsi que la création, dans les grandes villes, de dispensaires équipés d'outils radiologiques et d'équipes mobiles pour le dépistage itinérant. La vaccination systématique des enfants par le BCG a été organisée à partir de 1950, et la tuberculose est devenue une maladie à déclaration obligatoire en 1964. Les données de surveillance ont montré une baisse continue de l'incidence au niveau national¹ jusqu'en 1997, où le taux d'incidence de la tuberculose était divisé par six par rapport à la fin des années soixante. Depuis, on observe une diminution plus faible mais constante de l'incidence globale, et les données de 2004 montrent, pour la première fois, un taux inférieur à 10 cas pour 100 000 habitants. La France est considérée comme un pays à faible incidence, mais celle-ci est particulièrement élevée dans certaines populations, notamment

chez les migrants en provenance de pays fortement touchés par la maladie. Ce constat épidémiologique a conduit les experts français à envisager une adaptation de la stratégie pour lutter de façon plus ciblée contre la tuberculose en France : la vaccination systématique de tous les enfants est remise en cause, la mise en place de méthodes de dépistage efficaces en direction des populations exposées est envisagée, ainsi que la surveillance des résultats des traitements antituberculeux. À partir de 2002, des recommandations ont été émises par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) et la Société de pneumologie de langue française. Les Centres de lutte antituberculeuse (Clat) doivent être mis au cœur d'un système regroupant l'ensemble des acteurs : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass), médecins et laboratoires, éducateurs et encadrements des foyers d'hébergement social, office des migrations, etc. La Direction générale de la santé a constitué des groupes de réflexion pour mettre rapidement

en œuvre ces recommandations, à travers un programme national contre la tuberculose (voir l'interview de P Christos Chouaid, page 7).

Une réorganisation engagée depuis plusieurs années

Parallèlement à la réflexion globale sur l'évolution de la stratégie, certains aspects de la surveillance et de la lutte contre la tuberculose ont d'ores et déjà été réorganisés au niveau local et national. Par exemple, à Paris, le département de loin le plus touché, les actions se sont diversifiées : dépistage radiologique dans les foyers de migrants et les centres d'hébergement du Samu social, création d'une équipe mobile dédiée au suivi des personnes tuberculeuses sans domicile fixe, coordination des actions par les médecins référents des hôpitaux de l'Assistance publique et par une cellule spécifique au sein du Clat. Au niveau national, la lutte contre la tuberculose s'est structurée dès 1998 dans les prisons, où le risque d'être infecté est élevé du fait de la promiscuité et des caractéristiques de la population carcérale : proportion plus élevée de migrants et de marginaux, vieillissement lié à l'allongement des peines, fréquence de l'usage de drogues et de l'infection à VIH. Chaque établissement pénitentiaire est lié à un hôpital de proximité

chargé d'y implanter une unité de consultation et soins ambulatoires, ayant une mission de prévention en collaboration avec les Clat, de prise en charge et de continuité des soins. Mais le personnel et les moyens matériels manquent souvent pour faire respecter le dépistage radiologique, pourtant obligatoire lors de l'incarcération, ou pour assurer l'isolement des malades suffisamment longtemps. La surveillance des patients traités est en cours d'organisation sur l'ensemble du territoire national et permettra d'obtenir des données. Ce suivi est aujourd'hui devenu plus facile grâce au logiciel TB-info, mis au point par l'Institut de veille sanitaire en collaboration avec l'association TB Info et des équipes hospitalières d'Île-de-France, et proposé maintenant à l'ensemble des hôpitaux. Le suivi est nécessaire pendant toute la durée du traitement : il permet d'éviter la diffusion de la tuberculose par des malades insuffisamment traités et le développement de souches bacillaires multirésistantes. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé souligne l'importance d'obtenir la preuve d'un succès thérapeutique chez 85 % des patients tuberculeux contagieux traités. Pour améliorer le dépistage et mieux maîtriser la diffusion de la maladie, les critères de déclaration obligatoire (DO) ont évolué début 2003 : les médecins doivent aujourd'hui signaler sans délai

à la Ddass, non seulement les cas de tuberculose, mais aussi les infections tuberculeuses latentes des enfants de moins de 15 ans². Ces signalements sont ensuite transmis aux Clat qui réalisent les investigations nécessaires autour des cas (recherche de la personne à l'origine de la contamination, dépistage d'éventuels malades dans l'entourage du cas déclaré et du contaminateur détecté) et mettent en place toutes les mesures nécessaires pour contrôler la transmission de la maladie. Afin de mieux décrire la situation épidémiologique et les populations à risque, les informations recueillies par la fiche de déclaration obligatoire des cas de tuberculose ont été complétées avec les notions de sans domicile fixe, de refus de traitement, de profession à caractère sanitaire ou social, ainsi que l'année d'arrivée en France pour les sujets nés à l'étranger.

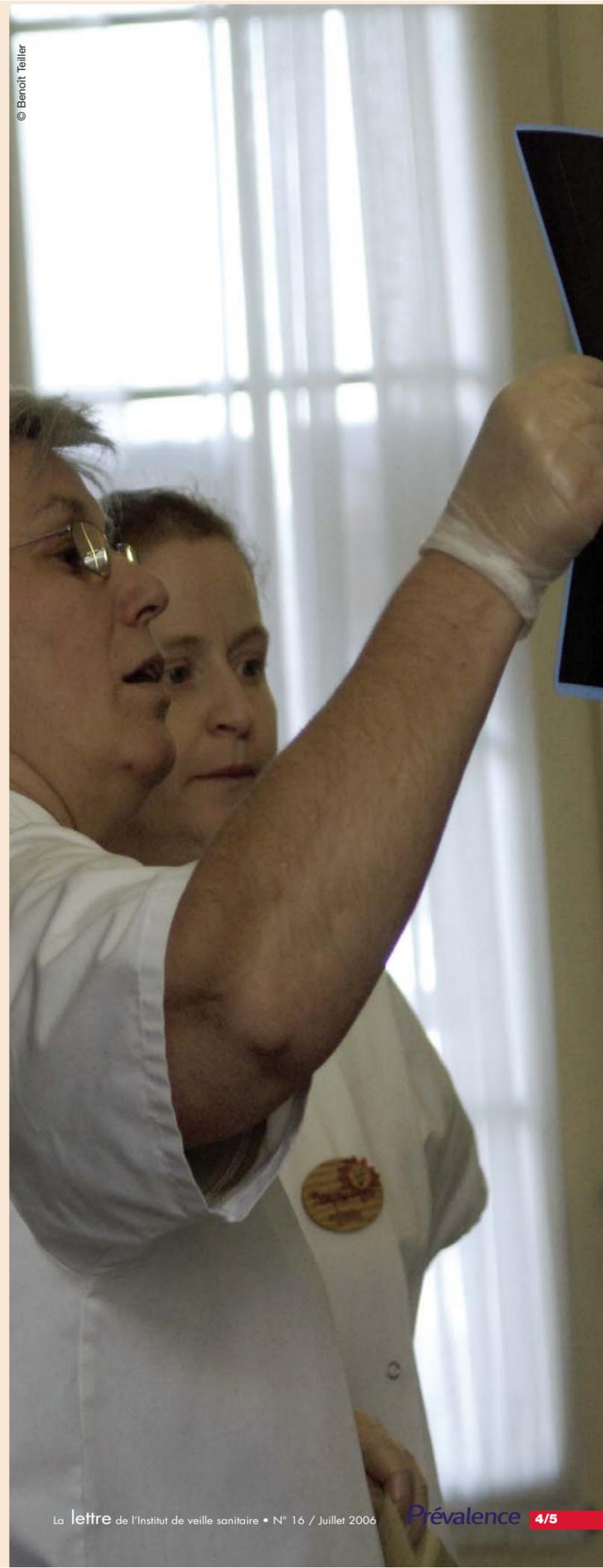
Une situation épidémiologique contrastée

La dernière analyse des données de DO porte sur 2004 et montre une diminution globale de l'incidence (- 3 %), avec un taux moyen en France métropolitaine de 9,2 pour 100 000 habitants (6,5 hors Île-de-France). Les deux régions les plus touchées sont l'Île-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur, ainsi que le département de Guyane (voir tableau ci-contre). Les incidences les plus élevées ont été observées à Paris (742 cas) et en Seine-Saint-Denis (396 cas).

Taux d'incidence les plus élevés de la tuberculose maladie déclarée en 2004 pour 100 000 habitants

France métropolitaine	9,2
Île-de-France	20,8
- Paris	34,9
- Seine-Saint-Denis	28,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9,9
Département d'outre-mer	8,9
- Guyane	32,5

Source : BEH 18/2006



Tuberculose :

la situation épidémiologique nécessite d'adapter la stratégie de contrôle

Ce qu'il faut savoir sur la tuberculose

Le mode de contamination par le bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*) est l'inhalation des bactéries en suspens dans l'air. Dans la plupart des cas, une immunité spécifique se développe et le patient reste asymptomatique : c'est l'infection tuberculeuse latente (anciennement primo-infection). Lorsque la multiplication bacillaire est, ou devient, mal contrôlée, la tuberculose apparaît. Des formes extra-pulmonaires graves sont possibles (80 méningites tuberculeuses déclarées en 2004), mais les formes pulmonaires sont les plus fréquentes (71,5 % en 2004). Les enfants sont contaminés par des adultes qui présentent la forme pulmonaire de la maladie. Le risque de passage du stade infectieux à la maladie est d'autant plus important que l'enfant est plus jeune ; le risque de développer une forme grave est particulièrement élevé chez le nourrisson. L'efficacité du BCG est estimée à 80 % pour les formes graves extra-pulmonaires de l'enfant et à 55 % pour les formes pulmonaires, au cours des 10 à 15 ans qui suivent la vaccination.

Plusieurs indicateurs attirent l'attention : l'incidence parmi les sujets de nationalité française ne diminue plus autant que les années précédentes, et celle qui a été observée chez les personnes de nationalité étrangère (47 %), notamment en provenance d'Afrique subsaharienne, augmente. Ces tendances ne touchent pas seulement l'Île-de-France, mais s'étendent à toutes les régions métropolitaines. Chez les personnes de nationalité française ou nées en France, le principal facteur de risque est l'âge supérieur à 60 ans qui, du fait de l'histoire naturelle de la maladie, est le reflet de contaminations anciennes. Chez les personnes migrantes, l'incidence augmente de 8 % chaque année depuis 1997 ; les plus touchés sont les adultes jeunes et les zones urbaines. Plusieurs études ont montré que la maladie apparaissait au cours des premières années après l'arrivée d'un pays

à forte prévalence. La multirésistance de la tuberculose touche aussi les migrants. Bien que limitée (2 %), elle a presque doublé en deux ans, ce qui renforce la nécessité d'un dépistage ciblé et d'une prise en charge efficace de ces cas, afin d'éviter la diffusion de souches difficiles à éradiquer.

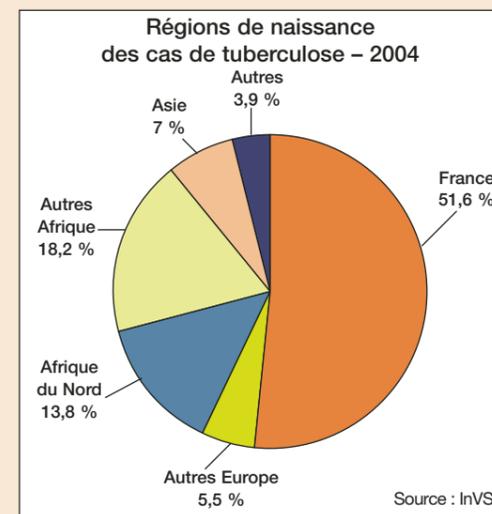
Un plan national de lutte puis le changement de politique vaccinale

La situation épidémiologique en France est conforme à celle qui a été observée dans les autres pays d'Europe de l'Ouest et remet en cause la pertinence de notre politique vaccinale par le BCG. L'attitude adoptée est très variable selon les pays, allant de l'absence d'obligation vaccinale (depuis 2000 en Allemagne), jusqu'à la vaccination généralisée de tous les enfants à la naissance ou avant l'entrée en collectivité ; une dizaine de pays

préconisent la vaccination ciblée, pour les groupes à risque uniquement. En France, la vaccination par le BCG est obligatoire pour les professions à caractère sanitaire et social et chez l'enfant à l'entrée en collectivité, donc au plus tard à l'âge de 6 ans ; elle est recommandée dès 1 mois pour les enfants à risque. Compte tenu de l'évolution de l'épidémiologie de la maladie et des effets indésirables du BCG³, la vaccination de tous les enfants est maintenant remise en cause. La tuberculose de l'enfant, exceptionnellement contagieuse, est presque toujours due à une contamination à partir d'un adulte. En d'autres termes, la première mesure de prévention de la maladie chez l'enfant est le dépistage et le traitement précoce des tuberculoses de l'adulte. Le comité technique des vaccinations du CSHPF a donc émis de nouvelles recommandations fin septembre 2005 : la vaccination sera ciblée sur les enfants à risque élevé et pratiquée dès les premiers jours de vie. Mais, préalablement à cette modification radicale de la stratégie vaccinale, la priorité absolue est d'élaborer un programme national de lutte contre la tuberculose : le dépistage et le traitement doivent être réorganisés sur l'ensemble du territoire et renforcés dans les zones les plus atteintes. Ensuite, la mise en œuvre de ce programme et son impact sur l'épidémiologie de

la tuberculose devront être évalués. Au cours de cette période intermédiaire précédant l'abrogation de la vaccination systématique, il est recommandé de vacciner les enfants à risque⁴ dès les premières semaines de vie⁵ et de retarder celle des enfants à faible risque au-delà de l'âge de 6 mois, de façon à pouvoir diagnostiquer un éventuel déficit immunitaire congénital, et éviter des complications post-vaccinales. La lutte contre la tuberculose sera plus efficace en France seulement après la mise en œuvre de ces différentes actions car elle répondra pleinement à la situation épidémiologique actuelle.

(1) Mis à part une recrudescence entre 1991 et 1995, liée à l'émergence du VIH et qui avait donné lieu à une mobilisation importante.
(2) Tests tuberculocinqs (IDR) positifs en l'absence de toute vaccination préalable par le BCG, sans autres manifestations de tuberculose.
(3) Rares et estimés chaque année en France à 300 adénites suppurées et 12 infections généralisées, le plus souvent liées à un déficit immunitaire congénital dont le diagnostic pourrait être fait avant l'âge de 6 mois.
(4) Leur nombre est estimé à 12 % de l'ensemble des enfants, soit environ 100 000 par cohorte annuelle de naissances.
(5) Sauf en cas de doute sur une contamination mère - enfant par le VIH, qui nécessite un délai supérieur pour être écartée.



Pour en savoir plus

- Che D., Bitar D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004. Bull Epidemiol Hebd 2006; 18:121-124.
- Avis du comité technique des vaccinations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, relatif à la vaccination par le BCG et au renforcement des moyens de la lutte antituberculeuse en France. Séance du 30 septembre 2005.
- Tuberculose. Place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie, novembre 2004. Expertise collective de l'Inserm. Disponible sur : <<http://www.inserm.fr>> .
- Surveillance de la tuberculose en France : <www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose>.
- Surveillance de la tuberculose en Europe (EuroTB) : <www.eurotb.org>.



Le Professeur Christos Chouaid est pneumologue et référent tuberculose à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Il est aussi membre du comité de pilotage chargé d'élaborer le programme national de lutte contre la tuberculose. À la fois homme de terrain et expert, il nous explique les difficultés à surmonter et les moyens à mettre en œuvre au cours des prochaines années.

Quel est le rôle du référent tuberculose dans les hôpitaux ?

La nécessité d'un médecin référent tuberculose dans les grands établissements hospitaliers avait été soulignée par des experts de la Société de pneumologie de langue française, pour répondre à plusieurs objectifs : servir de référence "historique" pour les soignants plus jeunes et, surtout, faire le lien entre les services hospitaliers et les différents intervenants qui suivront les malades après l'hospitalisation. On revient donc à ce qui se faisait il y a une trentaine d'années, avec des médecins pneumologues qui travaillaient à la fois dans les dispensaires antituberculeux et à l'hôpital. Ces référents ont progressivement disparu dans les années quatre-vingt, avec la diminution importante des cas de tuberculose. Aujourd'hui, le besoin de coordination est à nouveau très important dans les régions où la maladie est plus fréquente. L'Île-de-France regroupe environ la moitié des cas français de tuberculose ; c'est une région très vaste et les intervenants sont multiples. Le rôle de coordination du référent est donc, là encore, plus important, surtout avec les autres établissements de soins.

“ À la fin des années quatre-vingt, on pensait que le problème était réglé. ”

Vous participez à l'élaboration d'un programme national de lutte contre la tuberculose. Quels en seront, à votre avis, les points capitaux ?

Tous les experts ont éprouvé la nécessité d'avoir une "feuille de route" commune. Il fallait établir, avec les pouvoirs publics, un programme national qui associe l'ensemble des acteurs, aussi bien ceux qui s'occupent de prévention et de dépistage, que ceux qui traitent les malades. Compte tenu de la dynamique qui a été mise en place, les différents groupes de réflexion vont très rapidement pouvoir faire des propositions adaptées et cohérentes sur des questions essentielles : la nécessité de poursuivre ou non la vaccination généralisée des enfants par le BCG, les moyens d'améliorer le dépistage dans les populations à risque et d'informer le public. Ce dernier point est important car la tuberculose est soit considérée comme ayant disparu grâce à la vaccination généralisée, soit au contraire diabolisée.

La tuberculose touche essentiellement des populations en situation précaire. Comment améliorer la prise en charge et le suivi des malades ?

Actuellement, l'accès aux soins est possible pour les populations en situation précaire ou illégale sur notre territoire, mais des difficultés apparaissent. D'abord, les nouvelles formalités pour obtenir l'aide médicale d'État et une prise en charge à 100 % en affection de longue durée (ALD) sont très complexes. Le nouveau parcours de soins impose que ce soit le médecin traitant choisi par le malade qui fasse les demandes de prise en charge en ALD, ce qui est complètement impossible dans le cas de la tuberculose pour les sujets précarisés : ils n'ont pas de médecin traitant, ils arrivent aux urgences de l'hôpital et sont pris en charge immédiatement car ils sont infectés et contagieux. La loi prévoit des dérogations et il faut sensibiliser les médecins-conseils pour qu'ils n'aient pas une attitude trop rigide en ce qui concerne la tuberculose. Il faut aussi pouvoir envoyer les personnes tuberculeuses dans les structures adaptées pour les soins de suite, même lorsque les conditions de résidence sur le territoire ne sont pas remplies.

Pensez-vous qu'il est possible d'améliorer encore notre système de surveillance de la tuberculose ?

Oui ! Il est nécessaire de sensibiliser les médecins à l'importance de la déclaration obligatoire de la tuberculose. Notre expérience nous a prouvé qu'il était possible d'améliorer à la fois l'exhaustivité de la déclaration et la qualité des informations recueillies. Nous avons également besoin d'avoir des renseignements sur le suivi des traitements : on ignore le nombre de personnes qui mènent leur traitement antituberculeux à terme. Or, c'est un indicateur pour évaluer la qualité de notre système de soins.