

DONNÉES RÉTROSPECTIVES DU DÉPISTAGE RADIOLOGIQUE ET DU SUIVI DE LA TUBERCULOSE MALADIE AUPRÈS DE LA POPULATION ÉTRANGÈRE PRIMO-ARRIVANTE, RECUEILLIES PAR LE CENTRE DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE DE L'ISÈRE EN 2018

// RETROSPECTIVE X-RAY SCREENING AND FOLLOW-UP DATA FOR TUBERCULOSIS DISEASE IN NEWLY-ARRIVED MIGRANTS COLLECTED BY THE ISÈRE TUBERCULOSIS CONTROL CENTER IN 2018

Soazic Grard (soazic.grard@isere.fr), Aurélie Barbe, Gaëlle Vareilles, Françoise Larcher, Virginie Brulet

Centre de lutte antituberculeuse de l'Isère, service prévention-santé publique, direction des solidarités du département de l'Isère, Grenoble

Soumis le 16.12.2020 // Date of submission: 12.16.2020

Résumé // Abstract

Introduction – En 2018 le centre de lutte antituberculeuse de l'Isère (Clat 38) a renforcé la stratégie de dépistage et de prise en charge de la tuberculose maladie (TM) auprès de la population étrangère primo-arrivante. Cet article présente les résultats du dépistage radiologique et suivi des TM auprès de cette population en 2018.

Méthode – Cette étude rétrospective concerne les adultes, foyers familiaux ou jeunes mineurs non accompagnés (JMNA), arrivés en France depuis moins de deux ans et ayant eu une radiographie pulmonaire (RP) de dépistage ou diagnostiqués pour une TM en Isère en 2018.

Résultats – En 2018, 1 694 adultes et enfants accompagnés et 1 830 JMNA ont eu une RP de dépistage. Le Clat 38 a dépisté 10 TM au sein de la population d'adultes et d'enfants accompagnés sur un total de 22 TM en Isère dans cette population (*Number Needed to Screen* (NNS) de 169 RP pour une TM) et 15 au sein des JMNA sur un total de 18 (soit un NNS de 143 et une prévalence de 837/100 000 dans cette population). Des interruptions de traitement ont été constatées chez 9 JMNA dont 4 ont été perdus de vue. Les TM dépistées sont majoritairement négatives bactériologiquement.

Discussion et conclusion – L'étude montre une prévalence élevée de la TM, ainsi qu'une pertinence de la RP dans le dépistage de cette population. Une meilleure connaissance de l'évolution des TM bactériologiquement négatives est nécessaire. Des difficultés administratives et sociales liées au statut des JMNA ont rendu difficile l'observance du traitement antituberculeux. Au-delà de l'évolution isolée des pratiques des Clat, les dispositifs institutionnels nationaux et locaux doivent participer à l'amélioration de la prise en charge des patients étrangers primo-arrivants en situation de précarité ayant une TM à travers une meilleure coordination et prise en compte de leur situation sociale (statut administratif, logement, nourriture).

Introduction – In 2018, the Isère department's tuberculosis prevention center (CLAT 38) reinforced its tuberculosis (TB) screening strategy targeting newly arrived migrants. This article details the results of TB screening and cases monitoring of these migrant populations in Isère that year.

Method – The data were retrospectively gathered for non-EU foreign nationals who had been residing in France less than two years, either without visas or residence permits, as well as asylum seekers and self-declared unaccompanied minor migrants (UMMs) in Isère in 2018.

Results – In 2018, 1,694 adults and families and 1,830 UMMs (85% of the UMMs in Isère in 2018) had chest X-rays taken. 10 TB cases were diagnosed this way, out of a total of 22 newly arrived adult migrants diagnosed with TB in 2018 in Isère; the *Number Needed to Screen* (NNS) was 169. Fourteen cases of TB were diagnosed in UMMs, out of a total of 18 who tested positive (i.e., a TB prevalence of 837 out of 100,000 UMMs and an NNS of 143). Interruption of treatment occurred for 9 UMMs; contact was lost with 4 of these. Most of the TB cases were smear and culture negative.

Discussion and conclusion – This study found a high prevalence of TB in these populations, particularly in UMMs. Chest X-rays are a highly efficient method of TB screening for newly arrived migrant populations. How smear and culture negative TB evolves without treatment is mostly unknown; more data are needed to guide clinicians. Treatment interruptions in UMM patients were closely tied to the administrative difficulties they experienced. On their own, the improvements being made in TB screening and monitoring practices are insufficient. A coordinated institutional response at the local and national level which effectively tackles food and housing insecurity, as well as the administrative difficulties faced by newly arrived migrant TB patients, is essential.

Mots-clés : Tuberculose maladie, Migrants, Dépistage radiologique, Observance médicamenteuse, Centre de lutte antituberculeuse

// **Keywords**: Tuberculosis disease, Migrants, X-ray screening, Medication compliance, Tuberculosis control center

Introduction

En 2018, l'incidence moyenne de la tuberculose en France métropolitaine était de 7,7 cas pour 100 000 habitants¹. L'Isère avait un taux de 7,6 cas pour 100 000 habitants cette même année. Ce taux masque de grandes disparités avec des incidences plus élevées chez les personnes nées à l'étranger et arrivées en France depuis moins de deux ans, notamment au sein de la population exilée^{1,2}. Les données épidémiologiques au sein de cette population, sont complexes à collecter du fait des difficultés d'accès aux soins, de l'errance liée à leur statut administratif³⁻⁶. La mise en œuvre de la lutte antituberculeuse, incluant le dépistage et la prise en charge de la tuberculose chez les personnes étrangères primo-arrivantes, est assurée en France par les centres de lutte antituberculeuses (Clat) et relève de la compétence de l'État. L'organisation de la lutte antituberculeuse n'est pas uniforme sur le territoire du fait de la grande variété de taille et d'organisation des Clat⁵ et des réglementations qui s'appliquent aux migrants selon leur situation administrative après leur arrivée en France.

De même qu'au niveau national⁷, le nombre de personnes migrantes primo-arrivantes, et plus particulièrement celui des mineurs non accompagnés, a augmenté en Isère entre 2016 et 2018. Le Clat 38 (géré par le Conseil départemental de l'Isère) a alors renforcé le dispositif de dépistage et de suivi des tuberculoses maladies (TM) au sein de cette population. Le service a adapté son activité. D'une part, les actions en direction des populations étrangères primo-arrivantes en situation de précarité ont été renforcées. D'autre part, les horaires et conditions d'accueil ont été modifiées : mise en place de plages de radiographie pulmonaire (RP) sans rendez-vous avec un rendu immédiat par un médecin lors d'une consultation (examen médical si nécessaire). Jusqu'en octobre 2018, le dispositif d'accueil des jeunes migrants non accompagnés (JMNA) au sein du Conseil départemental de l'Isère incluait une prise en charge systématique à leur arrivée ainsi qu'un hébergement avant l'évaluation de leur âge. Le lien avec l'association d'accueil a permis de proposer à chaque JMNA la réalisation d'une RP entre le moment d'arrivée et celui de l'évaluation de son âge.

Pour les adultes isolés et les enfants accompagnés, le dépistage leur était proposé par divers organismes (plate-forme de demandeurs d'asiles, structures d'hébergements, permanences d'accès aux soins, associations caritatives, ...) et lors de déplacements de l'unité de radiologie mobile au sein d'établissements d'hébergement pour personnes en situation de précarité.

Dans la perspective de recommandations à venir sur le dépistage des populations à risque de tuberculose⁸ et de la redéfinition du rôle et des missions des Clat actuellement en discussion, cet article présente les résultats de la lutte antituberculeuse (dépistage ciblé des TM respiratoires et suivi des TM) réalisée par le Clat 38 auprès de la population de personnes étrangères primo-arrivantes en situation de précarité.

Méthode

Cette étude est une analyse rétrospective des dossiers médicaux.

Population cible

La population incluse dans l'étude comprend les personnes étrangères primo-arrivantes en situation de précarité, éligibles au dépistage des TM respiratoires ainsi que celles porteuses de TM du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 en Isère (diagnostiquées ou non par le Clat 38).

Les personnes étrangères primo-arrivantes en situation de précarité sont définies par les deux catégories suivantes au sein de cet article :

- adultes isolés et enfants accompagnés arrivés en France depuis moins de deux ans, provenant de pays tiers (hors UE), sans visa, sans titre de séjour ou demandeurs d'asile déclarant avoir plus de 18 ans, pouvant être accompagnés d'enfants¹ ;
- jeunes migrants non accompagnés (JMNA), déclarant un âge de moins de 18 ans, qu'ils aient été reconnus ou non comme mineurs par l'Aide sociale à l'enfance.

Définitions

- La situation de précarité est définie comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. »⁹ Pour les patients de cette étude, il s'agit de situations administratives instables (en attente d'une réponse de demande d'asile, en situation irrégulière,..) ayant pour conséquence un accès au logement et à l'alimentation instable.
- Le traitement est considéré comme achevé lorsque le patient a pris au moins 80% d'un traitement antituberculeux complet.
- Le traitement est considéré comme arrêté lorsque le patient a pris moins de 80% d'un traitement antituberculeux complet.
- L'interruption de traitement correspond à l'arrêt du traitement déclaré par le patient. Le traitement interrompu peut avoir été achevé (reprise du traitement après l'interruption, ou interruption après que plus de 80% du traitement ait été pris par le patient).
- Les formes bactériologiquement négatives sont celles pour lesquelles la microscopie (BAAR), la PCR et la culture sont négatives.

Diagnostic des TM respiratoires

Un scanner thoracique était réalisé de façon systématique devant toute suspicion de TM respiratoire (atteinte pulmonaire, ganglionnaire intrathoracique ou pleurale).

Le diagnostic de TM respiratoire était posé en cas de bactériologie positive sur des prélèvements respiratoires. En cas de bactériologie négative, les critères suivants ont permis le diagnostic :

- images scannographiques évocatrices (localisation, association de nodules et de micronodules dont certains présentent des cavités...) identifiées par le radiologue et le médecin du Clat ;
- évolution favorable des images scannographiques sous traitement antituberculeux (évaluation réalisée à deux mois de la mise sous traitement antituberculeux par un scanner thoracique) ;
- la notion de contagé tuberculeux était également évocatrice (bien que non suffisante pour affirmer le diagnostic), mais en pratique peu retrouvée à l'interrogatoire.

Collecte et analyse des données

Les données ont été collectées à partir des déclarations obligatoires de tuberculose et du dossier médical informatique du patient par les médecins du Clat 38 dans un tableur Excel anonymisé. Les données suivantes ont été répertoriées : l'âge des patients, le pays d'origine, la date d'arrivée en France, les conditions d'hébergement et la situation administrative (demandeur d'asile ou non), les caractéristiques bactériologiques et anatomiques de la TM, l'introduction d'un traitement antituberculeux, la date de début du traitement, d'interruption du traitement, de fin du traitement, de perdu de vue. Des informations sur les actions menées auprès des associations et les dépistages par l'unité mobile ont également été utilisées.

Les adultes isolés et les enfants accompagnés d'une part, et les JMNA d'autre part font l'objet d'une prise en charge administrative et sociale différente. De ce fait, leurs modes d'entrées dans la filière de dépistage sont distincts. Les données concernant les deux populations ont donc été collectées et analysées séparément.

Indicateurs utilisés

Le *Number Needed to Screen* (NNS) correspond au nombre de RP à réaliser pour dépister un cas de TM respiratoire. Pour les JMNA, le nombre total d'arrivées en Isère en 2018 était connu et a permis de déterminer le taux de prévalence des TM. Celui-ci n'a pas été calculé pour les adultes isolés et les enfants accompagnés du fait de l'absence de données concernant le nombre total d'arrivées.

Résultats

Résultats du dépistage radiologique pour l'année 2018

Le Clat 38 a effectué 3 524 RP auprès de la population cible de cet article, 1 694 auprès des adultes isolés et enfants accompagnés et 1 830 auprès des JMNA. Il existe une augmentation de 43% du nombre de RP réalisées auprès de la population cible entre 2016 et 2018. Au total, 26 TM ont été dépistées par le Clat 38, dont 25 TM respiratoires.

Résultat du dépistage radiologique au sein de la population d'adultes isolés et d'enfants accompagnés

Le Clat 38 a diagnostiqué 10 TM respiratoires sur un total de 22 TM déclarées au sein de cette population en Isère en 2018. Le NNS était de 169.

La majorité des patients étaient des hommes (9 sur 10), originaires d'Afrique subsaharienne. Les caractéristiques de la population sont présentées dans le tableau 1. Un enfant accompagné a été diagnostiqué d'une TM respiratoire. À noter qu'une TM extra-respiratoire a été diagnostiquée par un médecin du Clat lors d'une consultation de rendu de la RP (non incluse dans les données concernant les TM respiratoires).

Les 10 patients ont eu une endoscopie bronchique. Les résultats de microscopie, PCR et culture sur les prélèvements respiratoires étaient négatifs pour 8 patients sur 10, aucune souche résistante n'a été mise en évidence. Les données sont détaillées dans le tableau 2.

Tableau 1

Caractéristiques de la population des 10 adultes et enfants accompagnés ayant une TM en Isère dépistée par le Clat 38 en 2018

	Adultes et enfants accompagnés ayant une TM dépistée par le Clat 38	
Homme	9	
Femme	1	
Âge médian (min-max)	25 (6-71)	
Pays d'origine		
	Afghanistan	1
	Guinée	3
	Mali	1
	République démocratique du Congo	3
	Roumanie	1
	Sénégal	1

TM : tuberculose maladie ; Clat 38 : Centre de lutte antituberculeuse de l'Isère.

Tableau 2

Localisation et résultats bactériologiques des 10 TM dépistées par le Clat 38 chez les patients adultes et enfants accompagnés en Isère en 2018

	Adultes et enfants accompagnés ayant une TM dépistée par le Clat 38
TM respiratoire	10
dont atteinte pulmonaire pure	8
dont atteinte pleurale	1
associée à d'autres atteintes d'organes	1
Résultats des prélèvements respiratoires	
BAAR+, PCR+, Culture+	1
BAAR-, PCR+, Culture+	1
BAAR-, PCR-, Culture-	8

TM : tuberculose maladie ; Clat 38 : Centre de lutte antituberculeuse de l'Isère.

Résultat du dépistage radiologique au sein de la population des JMNA

En Isère en 2018, 1 830 JMNA ont bénéficié d'une RP, soit 85% des 2 150 JMNA arrivés et identifiés. Le Clat a diagnostiqué 15 TM respiratoires sur un total de 18 en Isère. Le NNS était de 143. La prévalence de TM était de 837/100 000 (18 nouveaux cas de TM sur une population totale de 2 150 JMNA).

L'âge médian des patients était de 16 ans, la majorité était des hommes originaires de Guinée Conakry. Les caractéristiques de la population sont présentées dans le tableau 3.

Les caractéristiques des 15 TM respiratoires dépistées par le Clat chez les JMNA en 2018 en Isère sont détaillées dans le tableau 4. Un patient présentait une atteinte diffuse : parenchyme pulmonaire, médiastin, rachis dorsal.

Tableau 3

Caractéristiques de la population des 15 jeunes mineurs non accompagnés ayant une TM dépistée par le Clat 38 en 2018

	JMNA ayant une TM dépistée par le Clat 38	
Homme	14	
Femme	1	
Âge médian (min-max)	16 (15-17)	
Absence de logement fixe le jour du diagnostic	9	
Pays d'origine	Côte d'Ivoire	1
	Guinée	11
	Mali	1
	Sierra Léone	1
	Soudan	1

JMNA : jeune mineur non accompagné ; TM : tuberculose maladie ; Clat 38 : Centre de lutte antituberculeuse de l'Isère.

Tableau 4

Localisation et résultats bactériologiques des 15 TM dépistées par le Clat 38 chez les jeunes mineurs non accompagnés en 2018

	JMNA ayant une TM dépistée par le CLAT 38
Atteinte respiratoire	15
dont pleurale	3
dont multiples atteintes	2
Nombre de patients ayant eu un prélèvement respiratoire	14
BAAR+	1
BAAR- PCR+	3
BAAR- PCR- Culture+	1
BAAR- PCR- Culture-	9
Détection de résistance sur l'antibiogramme	0

TM : tuberculose maladie ; Clat 38 : Centre de lutte antituberculeuse de l'Isère.

Une endoscopie bronchique a été réalisée pour 13 patients, un patient a eu uniquement des BK crachats (positifs) et un patient a refusé tout prélèvement respiratoire. Neuf patients avaient des prélèvements respiratoires bactériologiquement négatifs.

La prise en charge des patients a été compliquée par une situation administrative instable : interruption de traitement... Deux cas cliniques illustrent les difficultés rencontrées pour un patient présentant une TB multirésistante et pour une patiente enceinte de trois mois (voir encadré).

Prise en charge des patients ayant une tuberculose maladie, traitement et hébergement

Le suivi du traitement par le Clat 38 impliquait un travail en binôme par les médecins et infirmières du service de façon rapprochée, plusieurs fois par semaine, si la situation le nécessitait.

Au sein des adultes isolés et des enfants accompagnés, 22 TM ont été diagnostiquées en Isère en 2018. Un traitement antituberculeux a été introduit pour les 22 patients et 11 patients ont été suivis pour leur traitement par le Clat 38. Tous ces patients ont achevé leur traitement ; parmi eux, 3 ont présenté des interruptions de traitement. Neuf patients n'étaient pas hébergés en début de traitement. Seul 1 des patients sans logement a présenté une interruption de traitement pendant la période d'absence d'hébergement.

Au sein de la population des JMNA, 18 cas de TM ont été diagnostiqués. Un traitement antituberculeux a été introduit pour les 18 patients, 17 ont été suivis par le Clat 38 pour leur traitement. Neuf patients (tous non reconnus mineurs administrativement) ont présenté des interruptions de traitement. Parmi ces patients, 5 ont achevé leur traitement (dont le patient ayant la TB multirésistante et la patiente enceinte) et 4 ont été perdus de vue après 2 mois de traitement (départ pour d'autres départements).

Sur les 18 patients JMNA, 12 n'ont pas été reconnus mineurs administrativement.

Discussion

Une population particulièrement vulnérable à la tuberculose

Le dispositif d'accueil des JMNA mis en place en Isère en 2018 nous a permis d'avoir un dénominateur fixe et ainsi d'estimer un taux de prévalence de TM au sein de cette population (837 pour 100 000). Ces données sont cohérentes avec celles présentées dans la littérature scientifique¹⁰, le Comede (Comité médical pour les exilés)² et Médecin du Monde¹¹. Ce taux est, comme dans d'autres études, supérieur à ceux des pays d'origine des patients estimés par l'OMS (Organisation mondiale de la santé)¹² (parcours migratoire chaotique précédant l'arrivée en France, conditions de vie précaires lors de l'arrivée en France,...)¹³.

Cas clinique 1

M. S. âgé de 16 ans, originaire de Sierra Léone, a été hospitalisé une semaine après son arrivée en Isère pour une toux fébrile. Le scanner et la fibroscopie bronchique mettent en évidence une tuberculose multi-résistante (microscopie positive). Le patient est pris en charge en hospitalisation pendant quatre mois (multiples effets secondaires conduisant à une hospitalisation prolongée), puis est sortant avec une penta-thérapie antituberculeuse. Un mois après la sortie d'hospitalisation il reçoit une notification de non reconnaissance de minorité. Le patient est hébergé pendant une semaine par sa famille d'accueil puis se retrouve sans hébergement. Le 115, les autorités administratives et sanitaires sont alertés de la situation. Le patient est hébergé ponctuellement la nuit dans des structures d'hébergement d'urgence, certaines nuits sont sans hébergement. Le patient ne prend qu'un seul repas fixe par jour. La prise du traitement devient alors très complexe avec une observance sporadique rapportée par le patient. Le patient est invité à se rendre pendant cette période tous les jours au Clat. Il n'y parvient pas, mais s'y rend au minimum trois fois par semaine.

Après 15 jours sans hébergement le patient est pris en charge dans une unité de lit halte soins santé, ce qui lui permet de finir son traitement.

Cas clinique 2

Mme D. âgée de 16 ans est originaire de Guinée ; 48 heures après son arrivée en Isère une opacité du lobe supérieur droit est mise en évidence sur la RP de dépistage. Une grossesse en début de 3^e mois est également diagnostiquée. La fibroscopie bronchique conduit au diagnostic de tuberculose pulmonaire (microscopie négative, PCR et cultures positives sur l'aspiration bronchique). La patiente est hospitalisée pour l'introduction du traitement.

Un mois et demi après le début du traitement, la patiente reçoit une notification de non reconnaissance de minorité. Elle est alors hébergée pendant 10 jours par sa famille d'accueil bénévolement. Le 115 est alerté de la situation, des solutions d'hébergement temporaires et ponctuelles sont proposés à la patiente, certaines nuits sont sans hébergement. La prise des repas est limitée à un repas fixe par jour. La patiente rapporte alors des interruptions de traitement à plusieurs reprises, elle se rend en consultation au minimum trois fois par semaine au Clat. Une solution pérenne est trouvée après un mois sans hébergement fixe. Au vu d'une cytolysse hépatique, le traitement est arrêté après cinq mois de traitement antituberculeux complet.

Place de la RP dans le dépistage des patients étrangers primo-arrivants en situation de précarité

Du point de vue de la littérature scientifique, la RP apparaît comme un moyen rentable de dépistage de la TM respiratoire chez les patients étrangers primo-arrivants en situation de précarité et provenant de pays à forte endémie tuberculeuse¹⁴⁻¹⁷. Mais les pratiques de dépistage de la TM ne sont pas homogènes d'un pays à l'autre¹⁸. Un dépistage basé uniquement sur la recherche de facteurs de risques ou de symptômes cliniques paraît trop peu discriminant chez les patients issus de pays à forte endémie tuberculeuse, ou dans une population à haut risque de TM¹⁷. La réalisation de la RP dans notre centre est suivie par une consultation médicale de rendu de résultat. Cette consultation est l'occasion de sensibiliser les patients à la problématique de la tuberculose et permet également de diminuer le nombre de patients perdus de vue (patients ne revenant pas à une consultation de résultat donnée à un autre moment).

Pour le dépistage de la tuberculose, les NNS rapportés dans la littérature scientifique sont très variables selon l'origine des populations migrantes (de 94 pour les patients d'origine Somalienne à 3 000 pour des patients d'origine Syrienne)^{16,19,20}. Dans notre étude, le NNS était de 169 pour les adultes isolés et

enfants accompagnés, et de 143 pour les JMNA, ce qui souligne la pertinence du dépistage radiologique dans cette population.

L'organisation du dépistage radiologique est complexe, notamment car il doit concerner aussi bien les personnes en situation régulière qu'irrégulière sur le plan administratif. Le travail en réseau mené par le Clat 38 (réunions d'informations auprès des associations et des partenaires, travail avec les administrations), l'« aller vers », l'accueil adapté, souple, sans rendez-vous, la possibilité d'un accès illimité à l'interprétariat médicalisé téléphonique ont permis de proposer un accès facilité au dépistage de la TM à ces populations.

Caractéristiques des formes de TM dépistées

Au sein de notre étude, 50% des TM dépistées par le biais de la RP sont bactériologiquement négatives chez des patients peu ou pas symptomatiques. Il existe peu d'études rapportant le devenir de ces tuberculoses. Une étude menée au Laos en 2012 retrouve une positivité de l'examen direct dans 8,5% des cas à deux ans²¹. En 2002, une étude anglaise a évalué l'impact sanitaire de la mise en place d'un traitement antituberculeux dans ce contexte²². Elle rapporte un bénéfice du traitement antituberculeux du fait du peu d'effets secondaires et du peu de risques de résistance dans cette situation.

Des recommandations américaines (CDC, ATS, IDSA) préconisent pour ce type de tuberculose un traitement antituberculeux de 4 mois²³.

Il reste donc une interrogation sur l'évolution naturelle de ces TM : aggravation du fait de conditions de vie précaires conduisant au risque de dissémination ou guérison « spontanée » avec des séquelles résiduelles ? La réalisation d'études complémentaires est nécessaire pour guider au mieux la prise en charge de ces patients.

Suivi du traitement antituberculeux suite au dépistage d'une TM

Pour les JMNA, l'observance du traitement s'avère particulièrement compliquée, avec un taux d'interruption du traitement de 50%.

La réalisation du dépistage des TM doit être impérativement suivie d'une prise en charge médicale et sociale pour introduire le traitement et s'assurer de son observance. Or, la population des JMNA non reconnus administrativement mineurs est particulièrement vulnérable (absence de soutiens familiaux, obstacles culturels et linguistiques, jeune âge, absence de cadre légal à leur situation administrative – considérés ni mineurs, ni majeurs –, absence de logement et de ressource). L'ensemble de ces patients a eu des périodes sans hébergement, le dispositif d'hébergement d'urgence étant saturé. Le Clat 38 a été en difficulté pour soutenir ces patients sur le plan social et administratif, non seulement du fait de l'absence d'assistante sociale au sein du Clat, mais également du fait du cloisonnement entre le travail médical et socio/administratif : absence d'interlocuteur identifié au niveau local comme au niveau national, renvoi de la problématique d'une instance à l'autre sans solution proposée... Cette situation a rendu complexe le suivi des patients et compromis l'observance du traitement, la problématique sociale/administrative des patients prenant le pas sur leur problématique médicale.

Limites de cette étude

Cette étude rétrospective a nécessité un retour sur les dossiers entraînant un risque de biais dans la collecte des données.

Malgré notre connaissance du taux de JMNA arrivés en 2018, notre étude porte sur un petit échantillon de patients porteurs d'une TM, ce qui limite la portée de nos résultats.

Le dépistage par RP a révélé un nombre conséquent de séquelles de tuberculose (non connues et non traitées antérieurement). Le recueil de données, insuffisant, n'a pas permis d'évaluer le nombre exact de séquelles, ni de donner une description de leur prise en charge.

Enfin la stratégie de dépistage ne peut pas être exhaustive et des patients appartenant à la population cible ont nécessairement échappé à la proposition d'un dépistage radiologique.

Conclusion

Le Clat est un acteur indispensable dans la prévention et le traitement de la TM auprès des populations les plus vulnérables. Le dépistage de la TM par RP auprès des personnes étrangères primo-arrivantes en situation de précarité est pertinent au vu des NNS (169 pour les adultes et enfants accompagnés et 143 pour les JMNA), mais également au vu des formes de TM dépistées peu parlantes sur le plan clinique.

Cette étude porte sur une population de 2 150 JMNA arrivés en 2018 et confirme un taux de prévalence de TM élevé au sein de cette population (837/100 000). Un nombre important de patients perdus de vue ou de ruptures partielles en cours de traitement ont également été mis en évidence (50% au sein des JMNA).

La prise en charge des patients porteurs d'une TM nécessite une continuité quel que soit le statut administratif des patients, au risque d'être confronté à des échecs de traitement ou à l'apparition de souches résistantes. La sectorisation et la segmentation des questions sociales et médicales est particulièrement préjudiciable au sein de cette population. En l'absence de dispositifs institutionnels nationaux et locaux permettant de répondre à l'insécurité alimentaire, à l'absence d'hébergement et à la précarité administrative des personnes primo-arrivantes présentant une TM, il est à craindre que la dissémination de la tuberculose se poursuive au sein de cette population après son arrivée en France. ■

Remerciements

Les auteurs remercient le Dr Guthmann, le Dr Blanc Jouvan et le Dr Mittaine, Françoise Leclerc du Sablon, Marie-Aleth Grand et Benjamin de Vulpillières pour leur relecture attentive et leurs conseils, le service des solidarités du département de l'Isère, l'ensemble du personnel du Clat 38.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Guthmann JP, Laporal S, Lévy-Bruhl D. La tuberculose maladie en France en 2018. Faible incidence nationale, forte incidence dans certains territoires et groupes de population. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020;(10-11):196-203. http://beh.sante publiquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_1.html
- [2] Rustico J, Weinich L, Veisse A, Lefebvre O, Tambourindeguy M. Tuberculose chez les personnes exilées : une prévalence élevée et un parcours de santé marqué par de nombreuses difficultés. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020;(10-11):203-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_2.html
- [3] Saleri N, Centis R, D'Ambrosio L, Matteelli A, Migliori GB. Tuberculose et migrants. *La lettre du Pneumologue.* 2018; 21(6):367-72.
- [4] Dhavan P, Dias HM, Creswell J, Weil D. An overview of tuberculosis and migration. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017;21(6):610-23.
- [5] Guthmann JP, Ait Belghiti F, Lévy-Bruhl D. Épidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(7):116-26. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/7/2017_7_1.html

- [6] Hourdet A, Rénier M, Van de Steeg F, Rieutord G, de Champs Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020;(27):531-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_2.html
- [7] Ministère de l'Intérieur. Chiffres clés. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>
- [8] Ministère des Solidarités et de la Santé. La feuille de route tuberculose 2019-2023. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/feuille-de-route-tuberculose-2019-2023>
- [9] Joseph Wresinski. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social. Paris: CES; 1987. 113 p. <https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>
- [10] Proença R, Mattos Souza F, Lisboa Bastos M, Caetano R, Braga JU, Faerstein E, *et al.* Active and latent tuberculosis in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2020;20(1):838.
- [11] Rieutord G, de Champs Léger H, Caubarrere I, Corp E, Blacher J. Évaluation du dépistage de la tuberculose-maladie chez les étrangers en situation précaire dans un centre de santé de Médecins du Monde à Paris en 2012. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;(29):533-41. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/29/2015_29_2.html
- [12] World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: WHO; 2019. 297 p. <https://www.who.int/publications/i/item/global-tuberculosis-report-2019>
- [13] Lönroth K, Mor Z, Erkens C, Bruchfeld J, Nathavitharana RR, van der Werf MJ, *et al.* Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: Epidemiology and intervention entry points. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017;21(6):624-37.
- [14] Aldridge RW, Zenner D, White PJ, Williamson EJ, Muzyamba MC, Dhavan P, *et al.* Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: A population-based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. *Lancet.* 2016; 388(10059):2510-8.
- [15] Kim H-Y, Zishiri V, Page-Shipp L, Makgopa S, Churchyard GJ, Dowdy D, *et al.* Symptom and digital chest X-ray TB screening in South African prisons: Yield and cost-effectiveness. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2020;24(3):295-302.
- [16] World Health Organization. Rapid communication on the systematic screening for tuberculosis Geneva: WHO; 2020. 6 p. <https://www.who.int/publications/i/item/rapid-communication-on-the-systematic-screening-for-tuberculosis>
- [17] Mathez C, Bangala Y, Bady P, Zellweger JP. Active screening for pulmonary tuberculosis by chest x-ray among immigrants at the Swiss border. *Swiss Med Wkly.* 2007;137(45-46): 649-54.
- [18] Rendon A, Centis R, Zellweger JP, Solovic I, Torres-Duque CA, Robalo Cordeiro C, *et al.* Migration, TB control and elimination: Whom to screen and treat. *Pulmonology.* 2018;24(2):99-105.
- [19] Räisänen PE, Soini H, Tiittala P, Snellman O, Ruutu P, Nuorti JP, *et al.* Tuberculosis screening of asylum seekers in Finland, 2015-2016. *BMC Public Health.* 2020;20(1):969.
- [20] Bozorgmehr K, Razum O, Saure D, Joggerst B, Szecsenyi J, Stock C. Yield of active screening for tuberculosis among asylum seekers in Germany: A systematic review and meta-analysis. *Euro Surveill.* 2017;22(12):pii=30491. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.12.30491>
- [21] Okada K, Onozaki I, Yamada N, Yoshiyama T, Miura T, Saint S, *et al.* Epidemiological impact of mass tuberculosis screening: A 2-year follow-up after a national prevalence survey. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16(12):1619-24.
- [22] Ormerod LP, Green RM, Horsfield N. Outcome of the treatment of culture negative tuberculosis (respiratory and non-respiratory): Blackburn 1996-2000. *J Infect.* 2002;45(2):88-9.
- [23] Nahid P, Dorman SE, Alipanah N, Barry PM, Brozek JL, Cattamanchi A, *et al.* Official American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines: Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis. *Clin Infect Dis.* 2016;63(7):e147-e95.

Citer cet article

Grard S, Barbe A, Vareilles G, Larcher F, Brulet V. Données rétrospectives du dépistage radiologique et du suivi de la tuberculose maladie auprès de la population étrangère primo-arrivante, recueillies par le Centre de lutte antituberculeuse de l'Isère en 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2021;(12):208-14. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/12/2021_12_1.html