

La tuberculose à Paris en 2003, situation actuelle et contribution du Service de lutte anti tuberculose

Fadi Antoun, Henri-Pierre Mallet

Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé, Paris

INTRODUCTION

Historiquement, la fin de la guerre 1939-1945 a vu les moyens mis en œuvre pour lutter contre la tuberculose s'intensifier. Dans les années 1960, la Préfecture de la Seine comptait 33 dispensaires à Paris dont 16 équipés de moyens radiologiques, 41 dispensaires pour la banlieue, six camions et cinq postes démontables pour le dépistage itinérant. La régression de la tuberculose dans les années 1980 amène la réduction de ces structures. Depuis 1992, Paris ne compte plus que cinq centres médico-sociaux s'occupant de lutte antituberculeuse. Le dépistage itinérant, interrompu, n'a repris qu'en 1994 au sein des foyers de migrants et en 1996 auprès de la population sans domicile fixe [1].

Cependant, après une nette décroissance de l'incidence de la tuberculose à Paris, de plus de 80 cas/10⁵ en 1980 à environ 55 cas/10⁵ en 1985, on assiste à une stagnation de cette incidence autour de 50 cas/10⁵ [2,3]. Enfin, Paris représente de loin le département le plus touché de France puisque l'incidence y est de 4,5 fois supérieure à l'incidence nationale. Avec une population représentant le trentième de la population française, le nombre de cas annuels de tuberculose représente 20 % des cas nationaux.

Face à cette situation, le Service de lutte antituberculeuse (Slat) du département de Paris s'est restructuré. Une cellule tuberculose de coordination, créée en juin 2002, permet maintenant la centralisation des cas déclarés, la facilitation des enquêtes de dépistage et leur évaluation, l'analyse et l'adaptation des stratégies de dépistage ciblé dans les populations à risque, la surveillance épidémiologique locale dans les collectivités et populations à risque. Au sein de la Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé (Dases), cette cellule coordonne l'action des cinq Centres médicaux-sociaux répartis sur le territoire parisien. Leurs missions découlent de la Circulaire de mai 1995 amendée par les dernières recommandations 2003 du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) : enquêtes autour des cas, traitement des tuberculoses et infections tuberculeuses latentes, dépistage ciblé des groupes à risque, vaccination obligatoire par le BCG [4]. Enfin, cette cellule est un lien avec les autres services du département (vaccinations, médecine scolaire, protection maternelle et infantile), les partenaires extérieurs (médecine du travail, associations...) et les institutions.

Depuis juin 2002, un partenariat actif est établi avec l'Assistance publique et, notamment, les médecins référents tuberculose de chaque établissement parisien. Par convention avec le Samusocial, leur équipe mobile de lutte contre la tuberculose a en charge le traitement et le suivi de 20 à 30 cas de tuberculoses par an hébergés en lits infirmiers et bénéficiant d'un traitement administré sous surveillance quotidienne (DOT).

L'objectif de cet article est de montrer en quoi la création de cette cellule, avec deux médecins et quatre secrétaires, contribue à une meilleure analyse de l'épidémiologie locale et des actions menées par le Slat, dans le but d'adapter la stratégie à la situation parisienne.

MÉTHODES

La Cellule tuberculose utilise des outils spécifiques pour le recueil et l'analyse des données épidémiologiques et des résultats des actions du Slat. Une base de données (Excel puis Epi-info) constituée depuis juillet 2002 permet l'enregistrement et l'analyse de tous les cas de tuberculose notifiés ou signalés par les différents médecins déclarants. Des protocoles pour les enquêtes autour des cas et des outils d'évaluation sont utilisés par les Centres médicaux-sociaux. Un recueil prospectif des cas

déclarés en foyers de migrants (radio-dépistage ciblé ou diagnostic à l'hôpital) est réalisé et analysé en continu. Le logiciel TB Info est utilisé pour le suivi des patients traités dans les Centres médicaux-sociaux.

Un cas de tuberculose parisien est défini comme toute personne domiciliée ou résidente à Paris et dont le signalement nous est parvenu à la Cellule en 2003 ou dont la notification par le médecin déclarant a été faite en 2003. Sont incluses les tuberculoses maladie mais également les infections tuberculeuses latentes des enfants de moins de 15 ans. Le signalement est adressé directement par le déclarant au Slat, alors que la notification est retransmise au Slat par la Ddass qui le reçoit en premier lieu.

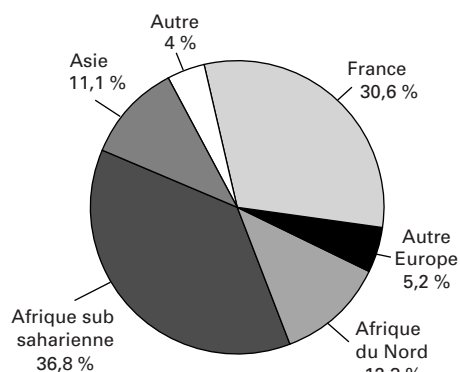
RÉSULTATS

Épidémiologie

En 2003, la Cellule a enregistré 1 130 cas de tuberculose et 64 cas d'infections tuberculeuses latentes chez des enfants de moins de 15 ans. Les sujets de sexe masculin représentaient 69 % des cas. La classe d'âge des 25-39 ans était la plus touchée. Parmi les cas de tuberculose, la médiane d'âge était de 35,4 ans, et de 9,9 parmi les infections tuberculeuses latentes des moins de 15 ans. Sur 996 sujets dont le pays de naissance était connu (83,4 %), seulement 30,6 % des cas étaient nés en France et plus de la moitié dans des pays à forte prévalence (dont 36,8 % en Afrique subsaharienne et 11 % en Asie) (figure 1).

Figure 1

Pays de naissance des cas de tuberculose, Paris 2003



La répartition par arrondissement du domicile montre une concentration des cas dans les arrondissements de l'Est parisien (figure 2). Les incidences les plus élevées approchent le taux de 100/10⁵ dans les arrondissements du 10^e, 18^e, 19^e et 20^e.

La cellule s'est attachée à recueillir l'information la plus précise possible concernant le mode de vie et l'habitat (figure 3). Ainsi, 88 cas (7,4 %) ont été identifiés comme sans domicile fixe et 92 cas (7,7 %) vivaient dans un foyer pour travailleurs migrants. La grande majorité des cas (64,6 %) ont été déclarés par les hôpitaux de l'AP-HP. La Caisse primaire d'assurance maladie a déclaré 161 cas (13,5 %) en 2003, uniquement durant le premier semestre. Les centres médico-sociaux des Slat de Paris ont déclaré 120 cas (10 %) en 2003 dont 40 infections tuberculeuses latentes chez des moins de 15 ans, en majorité pris en charge dans ces mêmes structures. Parmi l'AP-HP, trois hôpitaux ont déclaré plus de 100 cas résidant à Paris dans l'année 2003 (Bichat, Saint-Louis, Pitié-Salpêtrière), et trois autres entre 50 et 100 cas (Tenon, Saint-Antoine, Lariboisière).

Figure 2

Taux d'incidence de la tuberculose par arrondissement, Paris, 2003

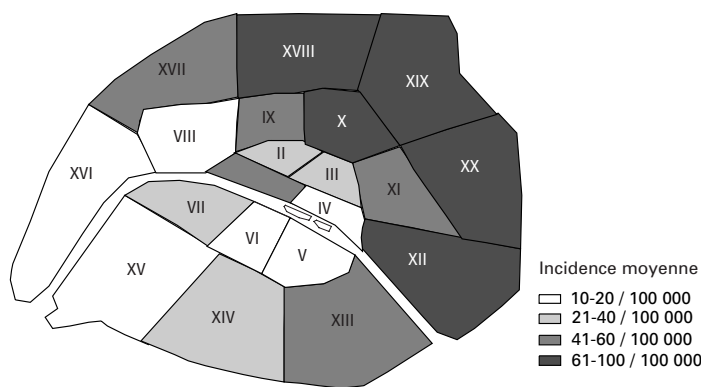
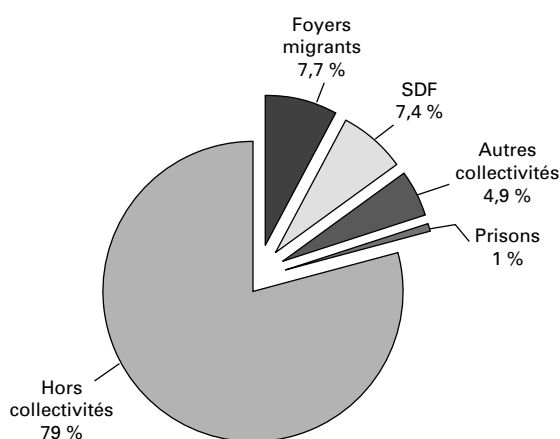


Figure 3

Types d'habitat des cas de tuberculose, Paris 2003



Actions du Slat

Enquêtes autour des cas de tuberculose

En 2003, pour les 1 194 cas déclarés, près de 400 enquêtes ont été confiées au Slat par les médecins déclarants. L'existence de protocoles a permis une meilleure prise en charge initiale de ces enquêtes. Le délai de transmission des déclarations a été réduit de 70 jours à 15 jours en moyenne, grâce à une meilleure coordination de la Cellule et des médecins référents hospitaliers. Cependant, près de la moitié des enquêtes n'aboutissent pas encore totalement, pour de nombreuses raisons : impossibilité de contacter le patient ou d'obtenir les renseignements sur l'entourage, résultats inconnus des dépistages réalisés en dehors des Slat, sujets contacts non coopérants...

Les résultats du suivi à trois mois des sujets contacts examinés dans les Centres médicaux-sociaux montrent un nombre croissant de tuberculoses secondaires diagnostiquées (12 cas en 2003 vs 5 en 2002) mais aussi d'infections latentes pour lesquelles un traitement est maintenant proposé (27 cas en 2003 vs 4 en 2002).

Dans le cadre des enquêtes autour des cas, les Centres médicaux-sociaux sont amenés à examiner en plus des sujets contacts des cas parisiens les entours professionnels de cas domiciliés hors Paris.

Au total, c'est ainsi près de 3 500 personnes en 2003 qui ont bénéficié d'une consultation, d'un test cutané et d'une radiographie pulmonaire.

Dépistage radiologique ciblé

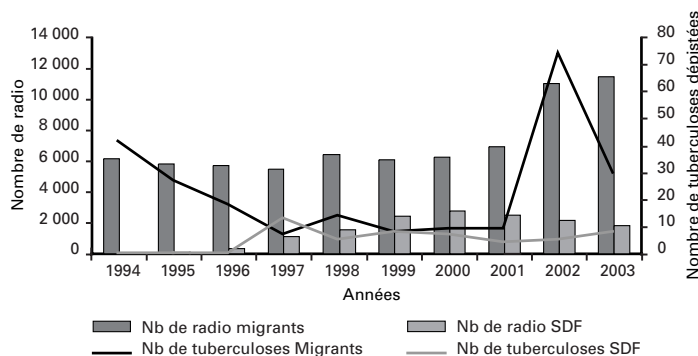
Des dépistages réguliers par radiographie sont programmés auprès des populations à risque, en collaboration avec les organismes en charge des établissements accueillant ces personnes : foyers de travailleurs migrants, centres d'héber-

gement ou d'accueil pour personnes sans domicile fixe, établissement pénitentiaire. Ce dépistage est actuellement réalisé par une équipe mobile, équipée de deux cabines démontables installées durant un à trois jours dans les sites [1]. Les séances sont organisées une à deux fois par an dans une trentaine de foyers de travailleurs migrants et une quinzaine de centres d'hébergement ou d'accueil. Elles sont plus fréquentes dans les centres d'hébergement d'urgence, et même hebdomadaires (six mois par an) dans le plus important de ces centres. A la prison de la Santé, le dépistage est assuré quotidiennement pour les nouveaux détenus, avec une cabine installée en permanence.

Depuis la reprise du dépistage en 1994, le nombre annuel de clichés pulmonaires est globalement en augmentation, ainsi que le nombre de cas de tuberculose dépistés. En 2003, plus de 15 000 radiographies ont été réalisées pour 44 tuberculoses dépistées (figure 4).

Figure 4

Radiodépistage de la tuberculose et cas dépistés, Paris, 1994-2003

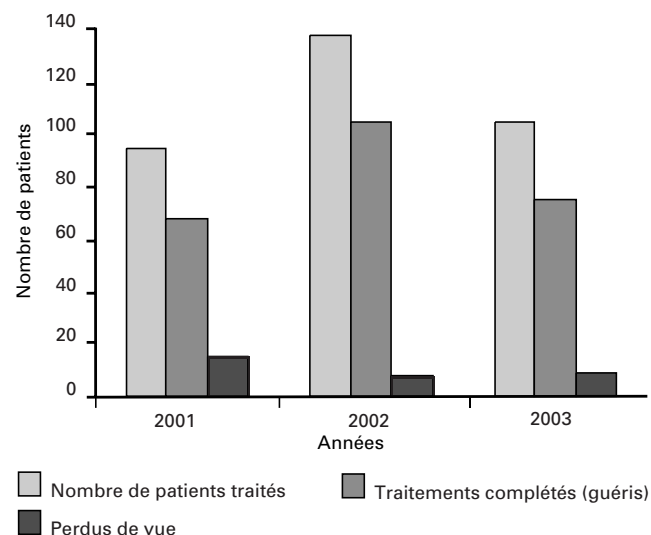


Traitement des tuberculoses dans les Centres médicaux-sociaux

Les Centres médicaux-sociaux assurent également une mission de traitement de la tuberculose avec un suivi spécialisé clinique et biologique et une délivrance gratuite des médicaments. Ce service s'adresse en particulier aux personnes les plus démunies. Le logiciel TB Info apporte une aide au suivi des patients [6]. Ainsi, en 2003, 104 patients ont débuté un traitement pour tuberculose maladie, 72 % l'ont terminé, 8 % ont été perdus de vue, les autres cas ayant été transférés (figure 5).

Figure 5

Traitement des tuberculoses adultes dans les Centres médicaux-sociaux, Paris, 2001-2003



Ces malades étaient pour 87 % des hommes, nés à l'étranger dans 84 % des cas, 36 % ne disposaient d'aucune couverture sociale et 40 % habitaient en collectivité.

Une consultation spécialisée tuberculose de l'enfant est ouverte depuis mai 2000 au CMS Edison. Les enfants de 5 à 15 ans sont vus dans le cadre du dépistage autour des cas d'une part, et d'autre part, pour le bilan de suspicions d'infections latentes adressées par les services partenaires (médecine scolaire, service des vaccinations...). En 2003, 520 consultations ont été réalisées, 69 enfants ont été diagnostiqués et traités pour une infection tuberculeuse latente et 8 autres pour une tuberculose maladie.

DISCUSSION

La tuberculose fait donc de la résistance à Paris. Son déclin y est lent et le poids relatif des cas parisiens devient plus important par rapport à l'ensemble des cas nationaux. Ce phénomène est à l'image de ce qui se passe dans la plupart des capitales des pays développés, en Europe ou en Amérique du Nord. Bruxelles, Londres, Copenhague et New York ont une incidence de la tuberculose trois à quatre fois supérieure à l'incidence nationale. Les causes qui expliquent cette résistance sont bien connues : surdensité urbaine favorisant la transmission, concentration des populations à risque (personnes en situation de précarité, sans domicile fixe, toxicomanes, migrants, VIH ...).

Les enquêtes autour d'un cas sont véritablement l'arme maîtresse de la stratégie de lutte antituberculeuse dans les pays développés. A Paris, cette stratégie s'est structurée depuis 2002 avec notamment la création de la Cellule tuberculose, la nomination de médecins référents dans les hôpitaux de l'Assistance publique, le raccourcissement considérable des délais d'enquêtes, la meilleure exhaustivité des notifications et la réalisation de signalements immédiats, l'utilisation de protocoles pour la réalisation de ces enquêtes. En théorie, de 1 à 3 % des sujets contacts présenteraient une tuberculose maladie et de 20 à 30 % une infection latente justifiant un traitement [8]. Les 12 tuberculoses maladie et 27 infections diagnostiquées lors des enquêtes en 2003 représentent respectivement 0,7 % et 1,4 % des sujets contacts examinés. Ce rendement encore faible reflète les difficultés de réaliser l'identification correcte des sujets contacts étroits et de les suivre, et surtout de diagnostiquer les infections. Les nouvelles recommandations du CSHPF concernant l'importance du dépistage et du traitement des infections latentes doivent contribuer à l'amélioration de ces résultats, de même que la meilleure structuration du Service.

La population précaire dans Paris est évaluée à environ 20 000 personnes SDF, bien que ce chiffre soit controversé. Le nombre de cas de tuberculose chez des sans domicile fixe à Paris en 2003 était de 88, soit une incidence approximative de 400/10⁵. Leur diagnostic a été réalisé pour 8 cas par le radio-dépistage, l'ensemble des autres cas ayant été détectés par un dépistage passif, essentiellement dans les hôpitaux parisiens. La stratégie de détection précoce des cas chez les sans domicile fixe peut inclure le dépistage systématique ciblé à condition que celui-ci puisse être étendu à un nombre plus important de sans domicile fixe, impliquant des moyens importants en personnels et en appareils de dépistage. Il ne peut cependant résumer la stratégie qui doit s'appuyer sur une sensibilisation importante des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, pour qu'un bilan puisse être effectué dès les premiers signes de maladie [7].

Les migrants apparaissent comme une population fortement à risque puisqu'en 2003 les cas de tuberculose survenus chez des personnes nées à l'étranger représentaient 69,4 % des cas dont le pays de naissance est connu. Ce pourcentage est en progression par rapport à 1992 où les personnes de nationalité étrangère représentaient 46 % des cas de tuberculose [3]. Actuellement, des critères nouveaux doivent être utilisés pour mieux appréhender cette population : date d'arrivée en France, pays d'origine, meilleure connaissance démographique. Cette population est très diversifiée ; elle inclut les personnes de

nationalité étrangère vivant depuis très longtemps à Paris, les nouveaux arrivants qui sont nettement plus à risque, les demandeurs d'asile, les personnes vivant dans les foyers de migrants dans des conditions sociales et sanitaires difficiles. Le dépistage systématique ciblé sur les foyers de migrants a permis dans les années 1994-2001 de dépister en moyenne 10 à 12 cas par an, ce qui représente le quart des cas de tuberculose déclarés dans ces foyers. En cas d'épidémie, la rentabilité du dépistage devient plus importante puisqu'en 2002, 72 cas de tuberculose ont été dépistés par radiographie itinérante sur un total de 129 cas dans l'ensemble des foyers de migrants parisiens [9]. Mais la tuberculose dans les foyers est loin de représenter l'ensemble du problème de la tuberculose auprès des migrants. C'est pourquoi la stratégie de dépistage doit essentiellement reposer sur les enquêtes autour d'un cas, une meilleure sensibilisation des professionnels de santé et une éducation de la population concernée [7].

Le nombre important de personnes sans couverture sociale traitées dans les Centres médicaux-sociaux montre les besoins importants en matière de prise en charge pour une large population en situation de précarité. Une offre de soins complémentaire, proposant entre autres un hébergement adapté durant la période de traitement doit être développée à Paris. Le logiciel de suivi peut également participer efficacement à la limitation des perdus de vue. Enfin, l'augmentation des cas déclarés d'ITL chez les enfants témoigne d'une prise en compte grandissante de ces cas et de leur traitement, mais nécessitera une adaptation des soins et la multiplication de consultations spécialisées.

CONCLUSION

La tuberculose dans Paris demeure un problème de santé publique, même si les dernières tendances montrent une certaine accalmie. Le dépistage itinérant ciblé est une stratégie à efficacité relative, mais devient une arme essentielle en cas d'épidémie. Il est à développer au niveau des populations sans domicile fixe. Les enquêtes autour des cas sont reconnues comme l'arme principale à maintenir et à développer. Le Slat de Paris doit donc poursuivre sa restructuration pour assurer l'identification des sujets contacts, leur suivi et leur traitement éventuel.

RÉFÉRENCES

- [1] Antoun F, Ayache B, Bonamy F. et al. Dépistage de la tuberculose dans les foyers de migrants à Paris. BEH 1995; 12:54-5.
- [2] Vacarie, Chevalier. La tuberculose à Paris en 1988. BEH 1988; 50:5.
- [3] Namias J, Gambier J. La tuberculose à Paris en 1992. BEH 1994; 40:187-8.
- [4] Bouvet E, Abiteboul D, Antoun F, Bessa Z, Billy C, Dautzenberg B. et al. Prévention et Prise en charge de la tuberculose en France (synthèse et recommandations du groupe de travail du conseil supérieur d'Hygiène Publique de France 2002-2003). Rev Mal Respir 2003; 20 cahier 2 n° 6.
- [5] Guttierrez MC, Vincent V, Aubert D, Bizet J. et al. Facteurs de risque associés à la transmission de la tuberculose en 1995 en région parisienne. BEH 1997; 40:181-3.
- [6] Bayol-Honnet G, Fain O, Antoun F, Joly V. et al. Un logiciel informatique pour le suivi des patients sous traitement antituberculeux. BEH 2001; 41:199-203.
- [7] Chouaid C, Antoun F, Blanc-Jouvan F, Cormier K, Portel L, Fraisse P. L'organisation médico-sociale et administrative peut-elle améliorer la prise en charge individuelle et collective de la tuberculose en France? (Recommandations de la Société de pneumologie de langue française pour la prise en charge de la tuberculose en France). Rev Mal Respir 2004; cahier 2 n° 3.
- [8] Reichler MR, Reves R, Bur S, Thompson V, Mangura BT, Ford J, Valway SE, Onorato IM. Evaluation of investigations conducted to detect and prevent transmission of tuberculosis. JAMA Feb. 27, 2002; 287-8:991-5.
- [9] Antoun F, Valin N, Chouaid C, Renard M, Dautzenberg B, Lalande V. et al. Épidémie de tuberculose dans un foyer de migrants à Paris en 2002. BEH 2003; 10-11:58-60.