

La tuberculose dans l'interrégion Est : caractéristiques épidémiologiques 2000-2007 et organisation de la lutte antituberculeuse

Cellule interrégionale d'épidémiologie Est, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Moselle, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Lorraine, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Alsace.



Page 2 | Surveillance épidémiologique et contrôle |
Rappel sur l'organisation de la surveillance et de la lutte antituberculeuse en France

Page 3 | Surveillance épidémiologique |
Caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose déclarés en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine en 2007

Page 9 | Prévention |
Organisation régionale de la lutte antituberculeuse depuis la recentralisation des activités en 2006 en Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne

Page 11 | Prévention |
La lutte antituberculeuse en Lorraine : exemple d'une organisation dynamique régionale

Page 12 | Etude |
Couverture vaccinale par le BCG en Alsace : où en est-on deux ans après la suspension de son caractère universel et obligatoire ?

| Editorial |

Christine Meffre, Coordonnateur scientifique de la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Est

La Cire Est a le plaisir de vous adresser son premier numéro du Bulletin de Veille Sanitaire (BVS) consacré à la thématique spécifique de la tuberculose.

Pourquoi un BVS ?

Dans le contexte 2009 de l'évolution nationale et régionale de la veille sanitaire, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et ses antennes régionales (les Cire) ont convenu de l'intérêt d'un outil de communication homogène dans les régions : le BVS était né ! Sa vocation est d'être un outil de valorisation des données épidémiologiques. Ses destinataires sont multiples : professionnels de santé, décideurs, partenaires de la veille sanitaire, population générale... La contribution des auteurs autres que la Cire est possible et encouragée afin de créer une dynamique régionale de partage d'expériences et d'enrichissement mutuel au service de la santé publique.

Nous avons choisi la tuberculose comme 1er sujet à traiter car si l'incidence de la maladie a considérablement diminué en France depuis 1950, la maladie n'a pas totalement disparu (plus de 5 000 cas notifiés annuellement) et reste un problème majeur dans les grandes zones urbaines et les populations originaires de pays où la prévalence de la maladie est élevée.

La surveillance épidémiologique de la tuberculose maladie repose sur la notification obligatoire des cas et E Jeanmaire *et coll.* nous présentent les caracté-

ristiques épidémiologiques des cas déclarés en 2007, respectivement en Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne. En termes d'incidence, les tendances régionales sont semblables à l'évolution nationale : décroissance régulière de 2000 à 2006 suivie d'une légère remontée en 2007.

Le dispositif législatif de la lutte anti tuberculose (LAT) a connu des évolutions importantes depuis 2004 avec une « recentralisation » de cette mission, c'est-à-dire transfert de la responsabilité de la LAT des Conseils généraux aux services de l'Etat. Toutefois en termes d'organisation, une certaine souplesse a été laissée aux régions et S Alsibai *et coll.* nous décrivent successivement le dispositif mis en place dans chacune d'elles. La région Lorraine a impulsé une dynamique régionale qui est illustrée par l'article de M Perrette *et coll.* La démarche adoptée s'appuie sur une succession d'étapes : structuration, évaluation, définition d'objectifs régionaux et animation du réseau.

Enfin, suite à l'évolution de la stratégie vaccinale par le BCG, la question se pose en région de savoir si la population cible pour la vaccination est bien identifiée et si la couverture vaccinale est suffisante. T El-Mrini propose une approche pour la région Alsace.

Bonne lecture à tous !

Rappel sur l'organisation de la surveillance et de la lutte anti tuberculeuse en France

Eliette Jeanmaire¹, Sophie Alsibaï¹, Quentin Franciosi¹, Christine Meffre¹

¹ Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

La surveillance épidémiologique de la tuberculose maladie et l'organisation de la lutte antituberculeuse ont connu des adaptations constantes au cours des 5 dernières années (Figure 1).

En termes de surveillance, la fiche de déclaration obligatoire a été modifiée à deux reprises :

- En 2003, afin de mieux caractériser les populations exposées au risque de tuberculose et tenir compte des nouvelles recommandations relatives au traitement des infections tuberculeuses latentes ;
- En 2007, afin d'anticiper l'évolution de la politique vaccinale en matière de BCG et permettre la surveillance des issues de traitement. Une nouvelle version du logiciel de saisie des données a été parallèlement mise à disposition des Ddass : le logiciel BK4.

En termes d'organisation, la loi de santé publique d'août 2004 [1] a placé la tuberculose parmi ses priorités et a fixé les objectifs suivants :

- la consolidation de la diminution progressive de l'incidence de la tuberculose maladie ;
- la réduction des disparités géographiques et sociodémographiques ;
- le renforcement de la stratégie de lutte envers les groupes et zones à risque.

La loi de recentralisation des activités de lutte antituberculeuse mise en application le 1^{er} janvier 2006 [2], s'inscrit dans la continuité de ces objectifs en visant à réduire les inégalités territoriales. Le renforcement de la lutte antituberculeuse et les caractéristiques épidémiologiques françaises ont également conduit à la modification de la politique vaccinale par le BCG le 1^{er} juillet 2007 [3].

Le programme national de lutte contre la tuberculose [4] qui encadre les actions de lutte à mener à travers 6 axes pour la période 2007-2009 (Tableau 1) a ainsi été élaboré dans ce contexte de recentralisation et de levée de l'obligation vaccinale par le BCG.

| Tableau 1 |

Les axes du programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009

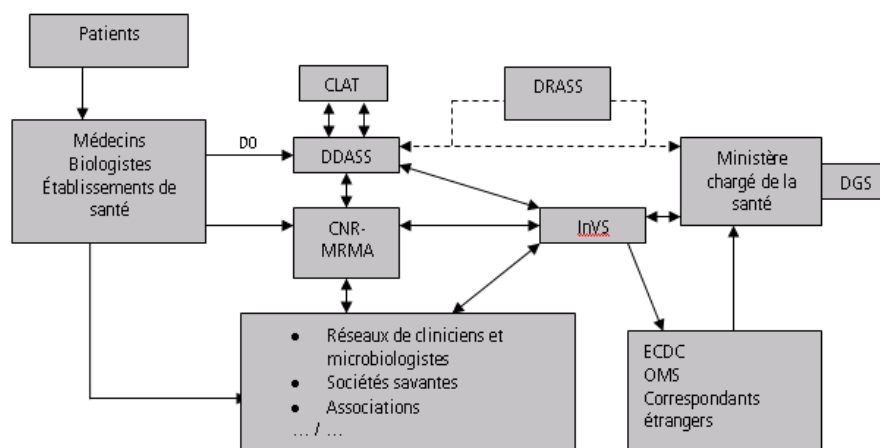
- Axe 1 Assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie**
Sensibiliser et informer sur la tuberculose
Favoriser l'accès aux soins et renforcer la confiance dans le dispositif de soins
Garantir la qualité des soins
Renforcer l'éducation thérapeutique et faciliter l'observance
- Axe 2 Améliorer le dépistage de la tuberculose**
Renforcer le dépistage actif de la tuberculose maladie notamment des formes contagieuses
Systématiser les enquêtes autour des cas
- Axe 3 Optimiser la stratégie vaccinale par le BCG**
- Axe 4 Maintenir la résistance aux antibiotiques à un faible niveau**
Diagnostiquer rapidement les multirésistances
Consolider l'aide à la décision et la disponibilité des traitements des tuberculoses multirésistantes
- Axe 5 Améliorer la surveillance épidémiologique et les connaissances sur les déterminants de la tuberculose**
Améliorer l'exhaustivité et la documentation bactériologique des déclarations
Documenter les issues de traitement
Développer les connaissances complémentaires à la déclaration obligatoire
- Axe 6 Améliorer le pilotage de la lutte antituberculeuse**
Organiser un pilotage régional de la lutte contre la tuberculose
Coordonner les acteurs locaux

Références

- [1] Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique.
- [2] Loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- [3] Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le BCG, 2007.
- [4] Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme de de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. 2007.

| Figure 1 |

Organisation de la surveillance en France et du contrôle de la tuberculose en France



CLAT : Centre de lutte antituberculeuse

CNR-MRMA : Centre national de référence des Mycobactéries et de la résistance des Mycobactéries

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DO : Déclaration obligatoire

DGS : Direction générale de la santé

—> Surveillance

- - - -> Politique de contrôle

Source : D Che *et al.* Tuberculose en France : nouveaux enjeux pour le praticien en 2008. Rev Med Interne. 2009 Feb; 30(2): 142-9

Caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose déclarés en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine en 2007

Eliette Jeanmaire¹, Sophie Alsibai¹, Christine Meffre¹

¹ Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

1/ INTRODUCTION

La tuberculose, dont l'agent responsable est une mycobactérie du complexe *tuberculosis*, est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964.

En France, l'épidémiologie de la tuberculose est marquée depuis plusieurs années par une décroissance régulière de l'incidence nationale des cas déclarés (de 11,1 cas déclarés pour 100 000 habitants en 2000 à 8,5 cas déclarés pour 100 000 habitants en 2006) [1]. Parallèlement à cette décroissance régulière de l'incidence, on observe une concentration des cas dans des zones géographiques (les grandes villes notamment) ou dans des groupes de population (personnes originaires des pays endémiques pour la tuberculose, personnes en situation de précarité économique et sociale) [1].

Cet article présente les caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose maladie déclarés en 2007 en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine ainsi que l'analyse des tendances récentes.

2/ MÉTHODES

2.1. / Définition de cas

Les cas de tuberculose maladie sont définis par la présence chez un patient (quel que soit son âge) d'une tuberculose maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement antituberculeux standard (au moins trois antituberculeux) qu'il y ait eu confirmation bactériologique ou non.

2.2. / Signalement et notification des cas

Dans le cadre de la déclaration obligatoire, tout cas de tuberculose maladie doit être signalé sans délai par les médecins et biologistes à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) de leur lieu d'exercice. La Ddass transmet ensuite ce signalement au Centre de lutte antituberculeuse (Clat) départemental qui a pour mission de mener les investigations autour d'un cas et de mettre en place des mesures de contrôle pour éviter la transmission de la maladie. Après le signalement, les déclarants notifient le cas à la Ddass au moyen du formulaire de déclaration obligatoire.

2.3. / Collecte et validation des données

Les données collectées comprennent des informations sociodémographiques, cliniques et bactériologiques ainsi que des informations sur des facteurs de risque connus pour la tuberculose (résidence en collectivité ou absence de domicile fixe). Les Ddass valident ces données, les complètent le cas échéant, les saisissent grâce à un logiciel dédié (logiciel BK4), puis envoient chaque année un fichier informatique anonymisé à l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui réalise une analyse nationale annuelle après compilation et validation de l'ensemble des données. Le fichier national est mis à disposition des 17 Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) pour réalisation d'analyses régionales.

2.4. / Analyse des données

L'analyse a été réalisée par la Cire Est pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007 dans les régions Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine. Les données de population de l'année 2007 n'étant pas disponibles, les incidences ont été calculées avec les estimations 2006 fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Les données du recensement de 1999 ont été utilisées pour les calculs des incidences par lieu de naissance.

Concernant les régions de naissance, il a été convenu de regrouper sous le terme «Europe» l'ensemble des pays de l'Union européenne ainsi que les autres pays d'Europe centrale et de l'Est [2]. L'analyse des données a été réalisée avec les logiciels Stata (version 9, *Intercooled Stata 9*) et Excel 2003. Les comparaisons de données ont été faites à l'aide du test du Chi² ou du test de Fisher et du test de Cochran-Armitage pour l'analyse de tendance, avec une signification statistique au seuil de 5 %.

3/ RÉSULTATS : REGION ALSACE

3.1. / Les cas déclarés en 2007

En 2007, 5 588 cas de tuberculose ont été déclarés en France (soit une incidence de 8,9 cas pour 100 000 habitants, sans les données de la Corse du Sud). En 2007, 126 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Alsace (soit 6,9 cas pour 100 000 habitants). L'incidence des cas de tuberculose maladie est aussi de 6,9 cas pour 100 000 habitants dans chacun des deux départements alsaciens (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Nombre de cas de tuberculose et incidence par département de déclaration, Alsace, 2007

Départements	Nombre de cas déclarés	Incidence des cas déclarés pour 100 000 habitants
Bas-Rhin	75	6.9
Haut-Rhin	51	6.9

3.1.1. / Caractéristiques sociodémographiques

Sexe et âge

Parmi les cas de tuberculose déclarés en 2007 en Alsace et renseignés pour le sexe, 64 (51 %) étaient des hommes et 61 (49 %) étaient des femmes. L'âge médian était de 41 ans (44 ans pour les hommes et 36 ans pour les femmes). Les proportions de cas les plus faibles concernaient les 0-24 ans et les plus de 75 ans (respectivement 18 % et 17 % des cas déclarés). Les adultes jeunes (25-39 ans) représentaient 28 % des cas déclarés et les 40-74 ans comptaient 37 % des cas de tuberculose déclarés.

L'incidence des cas déclarés était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (7,2 pour 100 000 habitants versus 6,6 pour 100 000). Les incidences les plus élevées concernaient les adultes de moins de 40 ans (9,5/100 000) et les personnes de 75 ans et plus (16,4/100 000) (Tableau 2).

Origine géographique

Le pays de naissance était renseigné pour 95 % des cas de tuberculose déclarés. Quarante sept pour cent des cas étaient nés en France, 18 % en Afrique du Nord, 15 % dans un autre pays en Europe, 12 % en Afrique subsaharienne, 8 % en Asie (Tableau 2).

L'incidence chez les personnes nées à l'étranger était 10 fois supérieure à celle des personnes nées en France métropolitaine (36/100 000 habitants versus 3,6/100 000). L'incidence chez les personnes nées en Afrique subsaharienne était la plus élevée (126 cas déclarés pour 100 000 habitants). L'incidence chez les personnes nées en Afrique du nord était de 47,8/100 000 habitants, celle parmi les personnes nées en Asie était de 30/100 000 et de 19,5/100 000 parmi celles nées en Europe (hors France).

Pour l'ensemble des cas nés à l'étranger, l'année d'entrée en France était renseignée. Seulement 9 % d'entre eux étaient arrivés en France depuis moins de 2 ans, 14 % depuis 2 à 4 ans, 16 % depuis 5 à 9 ans et enfin 61 % étaient arrivés en France depuis au moins 10 ans.

Type de résidence

La notion de vie en collectivité était connue pour 89 % des cas de tuberculose déclarés. Douze pour cent d'entre eux (soit 13 cas) vivaient en collectivité dont 31 % (4 cas) dans un centre d'hébergement collectif, 31 % (4 cas) en établissement pour personnes âgées, et 38 % (soit 5 cas) dans une autre structure non précisée (autre qu'un établissement pénitentiaire).

Le nombre de cas déclarés sans domicile fixe était de 4, soit 4 % des cas dont le statut du domicile était connu.

3.1.2. / Caractéristiques cliniques

La localisation de la maladie était connue pour 98 % des cas déclarés. Soixante-neuf pour cent avaient une tuberculose pulmonaire (avec ou sans localisation extra pulmonaire) et 31 % présentaient une tuberculose extra pulmonaire isolée (Tableau 2).

3.2. / Tendances récentes de 2000 à 2007

3.2.1. / Evolution de l'incidence annuelle

Globalement sur la période 2000-2007, l'incidence des cas déclarés de tuberculose maladie tendait à diminuer. Cette tendance était fortement significative ($p < 0,001$). Toutefois, 2 particularités sont à noter sur cette période. La première est l'observation d'un pic en 2003 (176 cas déclarés, soit une incidence de 9,8 cas pour 100 000 habitants) non expliqué par les responsables des centres de lutte présents à cette époque. La deuxième particularité concerne l'année 2007, où le nombre de cas déclarés a augmenté de 17 % par rapport à 2006 : 126 cas en 2007 versus 108 cas en 2006 (Figure 1).

Cette augmentation de l'incidence entre 2006 et 2007 est également observée au niveau national (+ 4 % hors Ile-de-France).

| Tableau 2 |

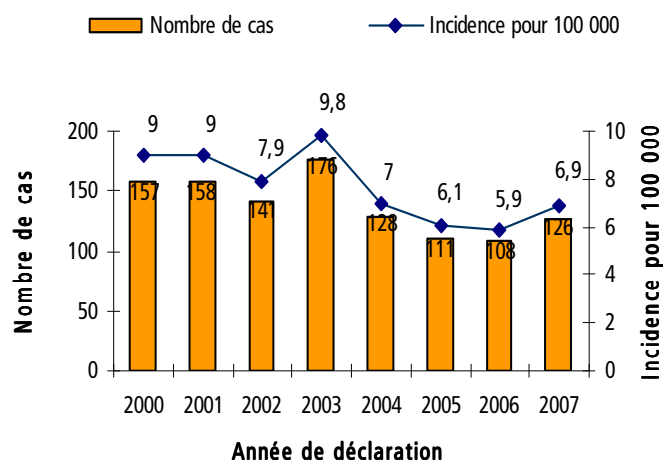
Nombre de cas déclarés de tuberculose et incidence par principales caractéristiques Alsace, 2007

	Nb de cas	Incidence des cas déclarés pour 100 000 habitants
Total	126	6,9
Hommes	64	7,2
Femmes	61	6,6
< 5ans	5	4,6
5 - 14 ans	4	1,8
15 - 24 ans	13	5,4
25 - 39 ans	36	9,5
40 - 59 ans	30	5,9
60 - 74 ans	17	7,5
75 et plus	21	16,4
Nés en France	56	3,6
Nés à l'étranger	67	36
Nés en Europe (hors France)	18	19,5
Nés en Afrique subsaharienne	14	126
Nés en Afrique du Nord	22	47,8
Nés en Asie	10	30
Pulmonaire (avec ou sans localisation extra-pulmonaire)	75 (69 %)	NA
Extra-pulmonaire exclusivement	39 (31 %)	NA

NA : non applicable

| Figure 1 |

Nombre de cas déclarés de tuberculose et incidence pour 100 000 habitants, Alsace, 2000-2007



3.2.2. / Evolution du nombre de cas déclarés selon l'âge

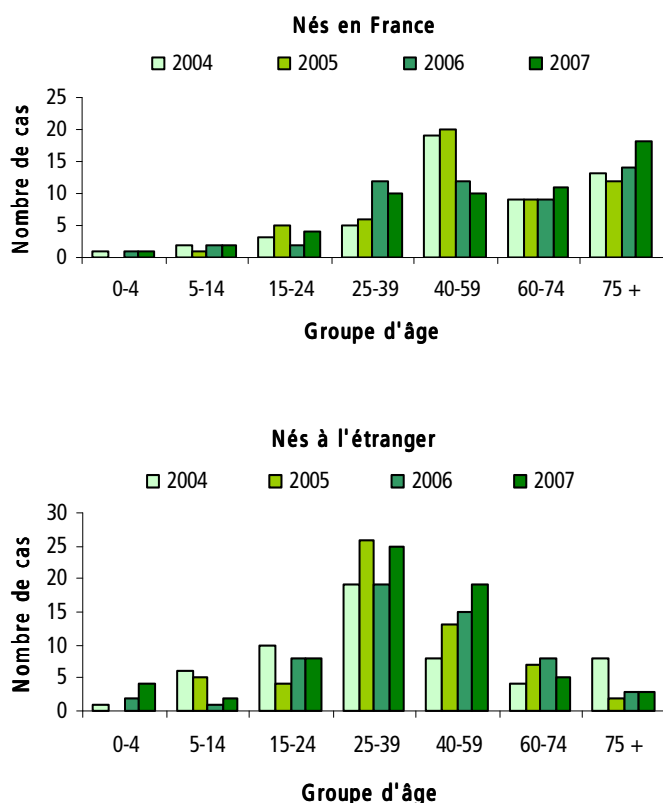
La Figure 2 présente l'évolution du nombre de cas déclarés de tuberculose par groupes d'âge sur les 4 dernières années selon le pays de naissance.

Pour les personnes nées en France, le profil de distribution des cas est plutôt une tendance à l'augmentation du nombre de cas avec l'âge, avec un nombre de cas plus important chez les plus de 75 ans. Cette tendance comporte une exception. En 2004-2005 on observe un nombre élevé de cas déclarés chez les 40-59 ans (environ 20 cas annuels) suivi d'une diminution en 2006-2007.

Chez les personnes nées à l'étranger, on ne retrouve pas cette distribution. Le nombre de cas augmente avec l'âge jusqu'à 25-39 ans (classe d'âge majoritaire) et diminue ensuite. Les pics de déclaration observés chez les 25-39 ans sont également retrouvés au niveau national. En Alsace, le nombre de cas déclarés chez les 40-59 ans tend à augmenter de 2004 à 2007, tandis qu'il baisse chez les plus de 75 ans.

| Figure 2 |

Nombre de cas déclarés de tuberculose par groupes d'âge, Alsace, 2004-2007



4/ RÉSULTATS : REGION CHAMPAGNE-ARDENNE

4.1. / Les cas déclarés en 2007

En 2007, 67 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Champagne-Ardenne, soit une incidence de 5 cas déclarés pour 100 000 habitants. Au niveau départemental, l'incidence la plus élevée était retrouvée en Haute-Marne avec 7 cas déclarés pour 100 000 habitants. Dans les autres départements l'incidence des cas déclarés de tuberculose maladie était respectivement de : 5,2/100 000 dans l'Aube, de 4,6/100 000 dans la Marne et 4,2/100 000 dans les Ardennes (Tableau 3).

| Tableau 3 |

Nombre de cas déclarés de tuberculose et incidence par département de déclaration, Champagne-Ardenne, 2007

Départements	Nombre de cas déclarés	Incidence des cas déclarés pour 100 000 habitants
Ardennes	12	4.2
Aube	16	5.2
Marne	26	4.6
Haute-Marne	13	7.0

4.1.1. / Caractéristiques sociodémographiques

Sexe et âge

Les 67 cas de tuberculose déclarés en 2007 en Champagne-Ardenne étaient répartis en 42 hommes (63 %) et 25 femmes (37 %). L'âge médian était de 55 ans (62 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes). L'incidence était plus élevée chez les hommes (6,4 cas déclarés pour 100 000 habitants) que chez les femmes (3,7 cas/100 000 habitants) (Tableau 4).

On notait une absence de cas déclarés pour la tranche d'âge des 5-14 ans. Les proportions de cas les plus faibles concernaient les moins de 24 ans (7 %) et les 25-40 ans (18 %). Les adultes (40-59 ans) représentaient la proportion la plus élevée des cas déclarés avec 28 %. Les 60-74 ans et les personnes de 75 ans ou plus comptaient respectivement pour 24 % et 22 % des cas de tuberculoses déclarés.

Les incidences les plus élevées concernaient les personnes de 75 ans et plus (13,5 cas pour 100 000 habitants) et la classe des 60-74 ans (9,2 cas /100 000 habitants).

Origine géographique

Le pays de naissance était renseigné pour 63 cas déclarés (94 %). Parmi ces cas, 37 (58 %) étaient nés en France, 12 (19 %) en Afrique du Nord, 6 (10 %) dans un autre pays d'Europe, 6 (10 %) en Afrique subsaharienne et 2 (3 %) en Asie (Tableau 4).

L'incidence chez les personnes nées à l'étranger était 11 fois supérieure à celle des personnes nées en France métropolitaine (31,8/100 000 versus 2,9/100 000). L'incidence la plus élevée était retrouvée chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (110,4 cas/100 000 habitants). L'incidence chez les personnes nées en Afrique du nord était de 43,5/100 000, celle parmi les personnes nées en Asie était de 22,2/100 000 et de 15,6/100 000 parmi celles nées en Europe (hors France).

Pour l'ensemble des cas nés à l'étranger, l'année d'arrivée en France était renseignée. Dix pour cent d'entre eux étaient arrivés en France depuis moins de 2 ans, 6,7 % depuis 2 à 4 ans et 83,3 % depuis au moins 10 ans. Parmi les personnes nées à l'étranger et résidant en France depuis 5 à 9 ans, aucun cas de tuberculose n'a été déclaré.

Type de résidence

La notion de vie en collectivité était connue pour 89 % des cas de tuberculose déclarés. Quatre cas (7 %) vivaient en collectivité dont 2 cas dans un centre d'hébergement collectif et 2 cas en établissement pour personnes âgées dépendantes. Le nombre de cas déclarés sans domicile fixe était de 1, soit 2 % des cas dont le statut du domicile fixe était connu.

| Tableau 4 |

Nombre de cas déclarés de tuberculose et incidence par principales caractéristiques, Champagne-Ardenne, 2007

	Nb de cas	Incidence des cas déclarés /100 000 habitants
Total	67	5
Hommes	42	6,4
Femmes	25	3,7
< 5ans	1	1,2
5 - 14 ans	0	0
15 - 24 ans	4	2,3
25 - 39 ans	12	4,6
40 - 59 ans	19	5,1
60 - 74 ans	16	9,2
75 et plus	15	13,5
Nés en France	37	2,9
Nés à l'étranger	26	31,8
Nés en Europe (hors France)	6	15,6
Nés en Afrique subsaharienne	6	110,4
Nés en Afrique du Nord	12	43,5
Nés en Asie	2	22,2
Pulmonaire (avec ou sans localisation extra-pulmonaire)	49 (74 %)	NA
Extra-pulmonaire exclusivement	17 (26 %)	NA

NA : non applicable

4.1.2. / Caractéristiques cliniques

La localisation de la maladie était connue pour 66 cas (98,5 % des cas déclarés). Parmi ces 66 cas, 49 (74 %) avaient une tuberculose pulmonaire avec ou sans localisation extra pulmonaire et 17 (26 %) présentaient une tuberculose extra pulmonaire isolée (Tableau 4).

4.2. / Tendances récentes de 2000 à 2007

4.2.1. / Evolution de l'incidence annuelle

Entre 2000 et 2001, on observe une augmentation du nombre de cas déclarés de tuberculose (79 en 2000, 96 en 2001), puis une baisse progressive sur la période 2001-2006 et légère remontée du nombre de cas déclarés en 2007 (61 cas déclarés en 2006 et 67 cas en 2007). Si l'on prend en compte l'évolution sur les huit dernières années, de 2000 à 2007, la tendance à la décroissance du nombre de cas de tuberculose déclarés est significative ($p=0,001$). L'incidence de la maladie suit cette même tendance. L'augmentation observée entre 2006 et 2007 (+ 9 %) se retrouve également au niveau national (+ 4 % hors Ile de France) (Figure 3).

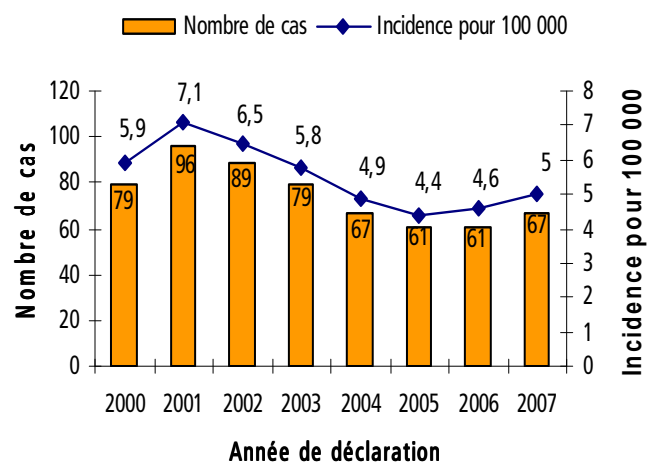
4.2.2. / Evolution du nombre de cas déclarés selon l'âge

Il convient de préciser que le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés annuellement par tranche d'âge en Champagne-Ardenne est faible (entre 1 à 12 cas par classe d'âge selon les années). De plus, quel que soit le pays de naissance des cas, une certaine hétérogénéité est remarquable au sein des différents groupes d'âges en fonction des années (Figure 4).

Pour les personnes nées en France, le profil de distribution des cas est plutôt une tendance à l'augmentation du nombre de cas avec l'âge, avec un nombre de cas plus important chez les plus de 75 ans. Cependant chez les 60-74 ans, on observe une baisse des cas déclarés en 2004 et 2006. La proportion de cas déclarés chez les 75 ans ou plus reste élevée et stable sur les quatre années étudiées. D'autre part, on note la faible proportion de cas (moins de 3 %) chez les moins de 15 ans.

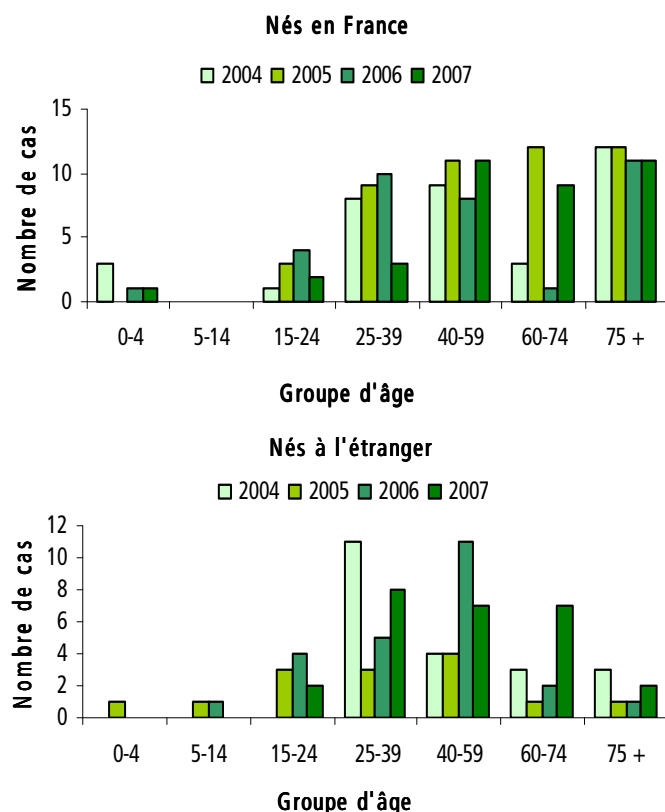
| Figure 3 |

Nombre de cas déclarés de tuberculose et incidence, Champagne-Ardenne, 2000-2007



| Figure 4 |

Nombre de cas déclarés de tuberculose par groupes d'âge, Champagne-Ardenne, 2004-2007



Chez les personnes nées à l'étranger, le profil de distribution des cas est différent : le nombre de cas déclarés est maximal pour les adultes de 25 à 59 ans. Ce pic de déclaration observé chez les 25-39 ans est également retrouvé au niveau national. Il est à noter que le nombre de cas déclarés chez les 75 ans et plus est faible (entre 1 et 3 cas par an).

5/ RÉSULTATS : REGION LORRAINE

5.1. / Les cas déclarés en 2007

En Lorraine, 180 cas de tuberculose ont été déclarés en 2007. Le nombre de cas déclarés le plus important concernait le département de la Meurthe-et-Moselle avec 83 cas. La Moselle comptait 46 cas et les Vosges 35 cas déclarés de tuberculose maladie. C'est dans la Meuse que le nombre de déclarations était le plus faible avec 16 cas.

L'incidence la plus élevée était en Meurthe-et-Moselle (11,4 cas déclarés pour 100 000 habitants) et la plus faible concernait la Moselle (4,4 cas déclarés pour 100 000 habitants) (Tableau 5).

5.1.1. / Caractéristiques sociodémographiques

Sexe et âge

En Lorraine, en 2007, les 180 cas déclarés de tuberculose étaient répartis en 92 hommes (51%) et 88 (49 %) femmes. L'âge médian était de 50 ans (51 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes). La proportion de cas la plus faible concernait les 75 ans ou plus (16 % des cas). Les adultes de 40 à 59 ans représentaient la proportion la plus élevée des cas déclarés (28 %). Les 25-40 ans comptaient pour 22 %. Enfin les 0-24 ans et les 60-74 ans représentaient chacun 17 % des cas déclarés (Tableau 6). L'incidence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (8,1 cas pour 100 000 habitants versus 7,4 cas pour 100 000 habitants). Les incidences plus élevées étaient retrouvées chez les personnes de 75 ans et plus (15,2 cas pour 100 000 habitants) et la classe des 60-74 ans (10,1 cas pour 100 000 habitants).

| Tableau 5 |

Nombre de cas de tuberculose et incidence par département de déclaration, Lorraine, 2007

Départements	Nombre de cas déclarés	Incidence des cas déclarés pour 100 000 habitants
Meurthe et Moselle	83	11.4
Meuse	16	8.3
Moselle	46	4.4
Vosges	35	9.2

Origine géographique

Le pays de naissance était renseigné pour 164 cas déclarés (91 %). Parmi ces cas, 129 (79 %) étaient nés en France, 14 (9 %) en Afrique du Nord, 9 (5%) dans un autre pays d'Europe, 6 (4 %) en Afrique subsaharienne et 5 (3 %) en Asie.

L'incidence chez les personnes nées à l'étranger est près de 3 fois supérieure à celle des personnes nées en France métropolitaine (17,1 cas déclarés pour 100 000 habitants versus 6,1 cas /100 000 habitants). L'incidence chez les personnes nées en Afrique subsaharienne était la plus élevée (80,9 cas déclarés /100 000 habitants) (Tableau 6).

Pour l'ensemble des cas nés à l'étranger, l'année d'arrivée en France était renseignée. Dix pour cent d'entre eux étaient arrivés en France depuis moins de 2 ans. Les personnes ayant déclaré une tuberculose maladie et résidant en France depuis 2 à 4 ans ou depuis 5 à 9 ans représentent respectivement 4% des cas déclarés nés à l'étranger. La majorité (82%) des cas déclarés sont arrivés en France depuis au moins 10 ans.

Type de résidence

La notion de vie en collectivité était connue pour 95 % des cas de tuberculose déclarés. Dix pour cent d'entre eux (17 cas) vivaient en collectivité dont 41 % (7 cas) dans un centre d'hébergement collectif, 23 % (4 cas) en établissement pour personnes âgées, 6 % dans un établissement pénitentiaire. Quatre autres cas (23 %) résidaient dans une autre structure dont la nature n'était pas précisée. Un cas n'était pas renseigné. Le nombre de cas déclarés sans domicile fixe était de 1, soit 0,6 % des cas déclarés dont le statut du domicile fixe était connu.

| Tableau 6 |

Nombre de cas déclarés de tuberculose et incidence par principales caractéristiques, Lorraine, 2007

	Nb de cas	Incidence des cas déclarés /10 ⁵
Total	180	7,7
Hommes	92	8,1
Femmes	88	7,4
< 5ans	5	3,7
5 - 14 ans	9	3,2
15 - 24 ans	17	5,4
25 - 39 ans	40	8,7
40 - 59 ans	50	7,6
60 - 74 ans	31	10,1
75 et plus	28	15,2
Nés en France	129	6,1
Nés à l'étranger	35	17,1
Nés en Europe (hors France)	9	7,3
Nés en Afrique subsaharienne	6	80,9
Nés en Afrique du Nord	14	26,5
Nés en Asie	5	24,8
Pulmonaire (avec ou sans localisation extra-pulmonaire)	127 (72 %)	NA
Extra-pulmonaire exclusivement	50 (28 %)	NA

NA : non applicable

5.1.2. / Caractéristiques cliniques

La localisation de la maladie était connue pour 176 cas (98 % des cas déclarés). Parmi ces 176 cas, 127 (72 %) avaient une tuberculose pulmonaire (avec ou sans localisation extra pulmonaire) et 50 (28 %) présentaient une tuberculose extra pulmonaire isolée (Tableau 6).

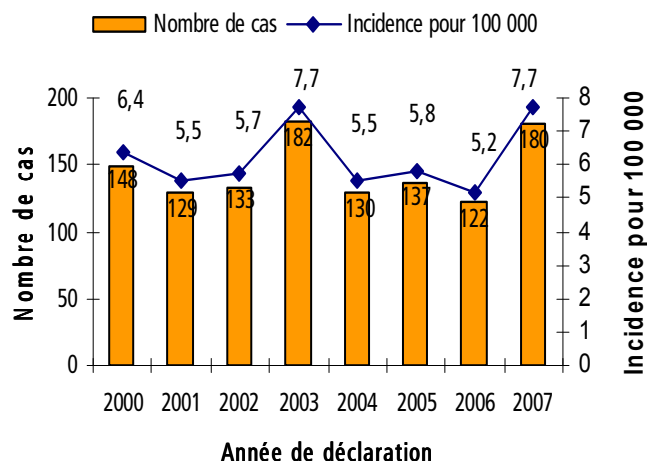
5.2. / Tendances récentes entre 2000 et 2007

5.2.1. / Evolution de l'incidence annuelle

Entre 2000 et 2006, le nombre de cas déclarés de tuberculose maladie est relativement stable en Lorraine, à l'exception d'un pic observé en 2003. Selon les observations des Ddass de la région, ce pic correspond à l'arrivée de migrants originaires de pays à forte prévalence de tuberculose (Irak et Républiques caucasiennes). L'année 2007 est marquée par une augmentation très importante du nombre de cas (122 cas déclarés en 2006 et 180 en 2007) et de l'incidence (5,2 /100 000 habitants en 2006 et 7,7 /100 000 en 2007) soit une hausse de 48 %. Ce rebond d'incidence en 2007 est très largement supérieur à l'augmentation observée dans les 2 autres régions Est comme au niveau national (+ 4 % hors Ile-de-France).

| Figure 5 |

Nombre de cas de tuberculose et incidence, Lorraine, 2000-2007



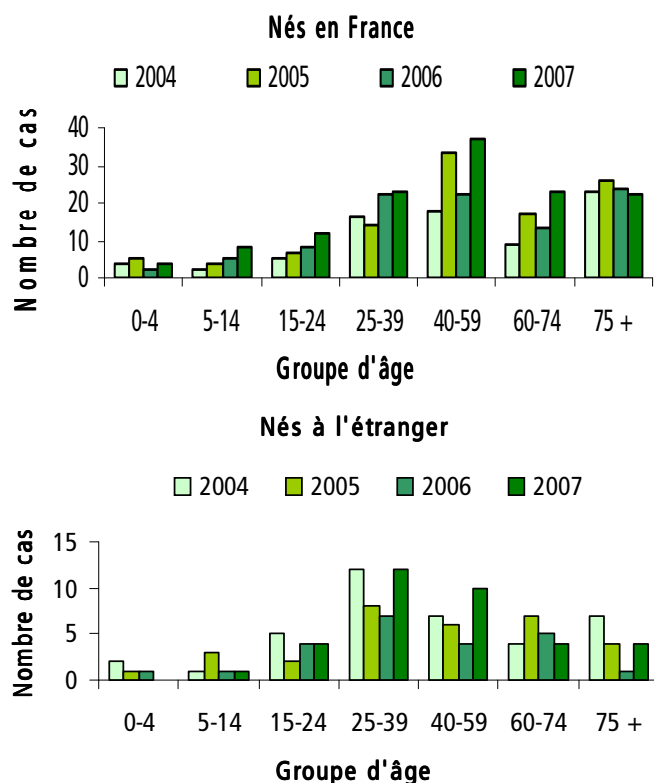
4.2.2. / Evolution du nombre de cas déclarés selon l'âge

Pour les personnes nées en France et pour la période 2004-2007, le nombre de cas déclarés a tendance à croître avec l'âge et au fil du temps avec une cassure observée pour la classe d'âge des 60-74 ans. La classe d'âge majoritairement touchée concerne les 40-59 ans. Le nombre de cas déclarés chez les 75 ans et plus reste plutôt stable et élevé (22 cas en 2007).

Chez les personnes nées à l'étranger, le profil de distribution des cas est différent : augmentation du nombre de cas avec l'âge jusqu'à 25-59 ans (classes d'âge majoritaires) et décroissance ensuite. Cette distribution se retrouve au niveau national avec un pic de déclaration observé chez les 25-39 ans. Pour chaque classe d'âge, une certaine hétérogénéité dans le nombre de cas déclarés est observée selon les années.

| Figure 6 |

Nombre de cas déclarés de tuberculose par groupes d'âge, Lorraine, 2004-2007



6/ DISCUSSION

Après une diminution de l'incidence des cas de tuberculose maladie sur la période 2000-2006, on constate une augmentation de l'incidence en 2007, dans les trois régions de l'inter-région Est (Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine) comme en France [1]. Cette hausse est vraisemblablement le reflet d'une meilleure exhaustivité dans la déclaration elle-même liée à une plus forte sensibilisation à la maladie suite au lancement du programme national de lutte contre la tuberculose et à la révision de la politique BCG. Cette augmentation pourrait aussi être le témoin d'une croissance de l'incidence de la tuberculose. Il faudra donc être attentif à son évolution dans les années à venir.

On observe une plus forte incidence chez des populations à risque qui sont les mêmes dans chacune des trois régions. Il s'agit notamment de personnes en provenance de pays de forte prévalence pour la tuberculose. L'incidence élevée chez les personnes nées à l'étranger s'explique à la fois par la provenance de zones de forte endémicité pour la tuberculose, par des conditions de vie en France souvent plus précaires ainsi que par une plus grande difficulté d'accès aux soins. L'autre population à risque est représentée par les personnes nées en France âgées de 75 ans et plus [1,2].

La région Alsace présente une forte proportion de population d'origine étrangère. Les cas déclarés de tuberculose nés à l'étranger sont plus jeunes (médiane d'âge 37 ans vs 56 ans pour les cas nés en France). Pour les personnes nées en France, comme au niveau national, on retrouve une forte proportion de 75 ans et plus (32 % en 2007).

En Champagne-Ardenne, on remarque une grande variation de la déclaration au sein des groupes d'âge pour les quatre dernières années étudiées. Elle pourrait être en rapport avec le faible effectif de cas déclarés (entre 1 à 12 par année et par groupe d'âge).

La Lorraine partage avec l'Alsace la caractéristique d'être une région frontalière et d'être une zone d'accueil des populations étrangères comme en témoigne le pic de cas déclarés en 2003. Elle présente en 2007 l'incidence la plus élevée de l'inter-région Est (7,7 pour 100 000 versus 6,9 pour 100 000 en Alsace et 5 pour 100 000 en Champagne-Ardenne). L'augmentation d'incidence observée en 2007 en Lorraine pourrait être liée à la restructuration de la lutte antituberculeuse réalisée sur le plan régional depuis 2006.

Faire diminuer l'incidence dans les groupes à risque représente donc un enjeu sanitaire majeur. Dans cette optique, différents moyens de lutte ont été préconisés dans le programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009 [3] :

- exhaustivité des enquêtes autour de chaque cas retrouvé
- prévention / information à destination des populations à risque
- développement de documents d'information en langues étrangères
- organisation dans les Clat permettant un meilleur accompagnement à l'observance du traitement et notification des issus de traitement.

Le suivi des indicateurs issus des déclinaisons régionales de ce programme permettra d'évaluer les progrès réalisés ou les difficultés rencontrées dans la lutte contre la tuberculose.

Références

- [1] Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007. Bull Epidemiol Hebd 2009 ; 12-13 : 106-9.
- [2] Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006. Bull Epidemiol Hebd 2008 ; 10-11 : 69-72
- [3] Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. 2007.

Organisation régionale de la lutte antituberculeuse depuis la recentralisation des activités en 2006 (Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne)

Sophie Alsibai, Cire-Est, InVS, Nancy

La mise en application au 1^{er} juillet 2006 de la recentralisation des actions de santé prévue par la loi du 13 août 2004 (cf. encadré) s'est organisée de manière très diverse suivant les régions. Pour la tuberculose, la diffusion des outils devant guider cette restructuration s'est faite en juin 2007 à la parution du « programme national de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009 » [1] et ce délai a contribué à la disparité des initiatives régionales.

Trois ans après la mise en place de la réforme, cet article propose un point d'étape sur les choix réalisés par chacune des trois régions et sur les Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) actuellement en activité. Pour chaque région, un tableau permettra de comparer ces structures à celles existantes avant 2006 : les Services de lutte antituberculeuse (SLAT). Il synthétisera l'activité des centres sur la base du nombre de déclarations obligatoires (DO), d'intra-dermoréactions (IDR) et, pour 2008, du pourcentage d'enquêtes réalisées autour des cas déclarés.

Textes législatifs répartissant les compétences pour la lutte antituberculeuse

La loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat (dite loi Defferre) transfère aux départements les compétences de lutte contre la tuberculose, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et la vaccination.

La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales replace ces compétences sous la responsabilité de l'Etat. Les Conseils Généraux peuvent, s'ils le souhaitent, garder ces activités de santé et de prévention en passant convention avec l'Etat.

1/ LORRAINE

La Lorraine est la seule région métropolitaine avec la Picardie où les Conseils généraux (CG) de chaque département se sont retirés de la lutte antituberculeuse comme des autres compétences faisant l'objet de la recentralisation. Les stratégies développées et les habilitations accordées depuis lors par les services de l'Etat ont eu pour principaux objectifs d'améliorer l'offre de prestations et de renforcer le maillage territorial existant, principalement par la création de partenariats et la formation de professionnels.

La Lorraine a fait des choix structurants et innovants pour mettre en œuvre la recentralisation qui seront développés dans un article spécifique de ce bulletin. Ses orientations majeures sont la mise en place d'une forte coordination régionale permettant la rencontre des multiples partenaires, l'élaboration de protocoles, procédures et outils harmonisés régionalement, ainsi que le suivi des activités grâce à des rapports annuels automatisés. La région s'est également fixée comme objectif d'atteindre l'exhaustivité des enquêtes autour des cas dans un délai de 3 ans à dater de 2009.

| Tableau 1 |

Structures et indicateurs d'activités des services de lutte antituberculeuse en Lorraine, avant 2006 et pour l'année 2008

Département	Avant 2006			Année 2008				
	Services de lutte antituberculeuse (SLAT)	Nb de DO traitées	Nb d'IDR	Centres de lutte antituberculeuse (CLAT)	ETP**	Nb de DO traitées	Nb d'IDR	Nb enquêtes / Nb de DO
54	Aucune structure	-	-	CHU Nancy CH Briey CH Toul CH Mont St Martin	7,8	100	1553	58 %
55	1 service vaccinal et de lutte antituberculeuse avec 2 antennes (Verdun, Bar le Duc)	10	-	CH Bar le Duc (CLTV)* CH Verdun (CLTV)*	1	5	161	95 %
57	1 SLAT (Metz)	38	570	Centre de santé de Forbach Centre de santé / CMP Metz Pontfroy	3,33	87	1420	95 %
88	2 SLAT (Epinal, Remiremont)	15	-	CH Epinal CH Remiremont	1,5	34	1827	82 %

Source : rapport d'activité régional 2008

* CLTV : Centre de lutte antituberculeuse et de vaccination ; structure et personnel communs

** Equivalents temps pleins des personnels dédiés à la lutte antituberculeuse (hormis le temps de secrétariat : environ 0,5 à 1 ETP par structure)

2/ ALSACE

En Alsace la situation est totalement différente puisque la région bénéficie de la présence du Dr Fraisse, membre du Comité de suivi du programme de lutte national et référent du CLAT du Bas-Rhin où les activités de lutte antituberculeuse étaient déjà très développées avant la recentralisation. Les CG ont ainsi très naturellement conservé la compétence de la lutte antituberculeuse dans les 2 départements.

Dans le Bas-Rhin (67), l'organisation interne des dispensaires antituberculeux (DAT) bénéficiait déjà de nombreuses procédures et conduites à tenir ainsi que de l'informatisation du suivi de l'activité.

Les 5 DAT existant avant 2006 fonctionnaient sous la coordination d'un centre départemental localisé à Strasbourg. Une unité de dépistage mobile était adossée à cette structure. Lors de la recentralisation, aucune réorientation des activités n'a été nécessaire.

Dans le Haut-Rhin (68), un centre créé à Colmar en 2004 coordonnait 6 DAT existant antérieurement. A partir de 2006, le travail conjoint de la Ddass et du CG a permis l'adoption d'orientations communes pour ces équipes précédemment relativement isolées avec notamment la promotion d'actions de prévention et de dépistages ciblés en collectivités.

| Tableau 2 |

Structures et indicateurs d'activités des services de lutte antituberculeuse en Alsace, avant 2006 et pour l'année 2008

Département	Avant 2006			Année 2008				
	Dispensaires antituberculeux (DAT)	Nb de DO traitées	Nb d'IDR	Centres de lutte antituberculeuse (CLAT)	ETP**	Nb de DO traitées	Nb d'IDR	Nb enquêtes / Nb de DO
67 (CG)*	1 centre de coordination (Strasbourg) + 5 DAT (Haguenau, Saverne, Sélestat, + 1 unité de dépistage mobile	111	2981	1 CLAT (Strasbourg) + 5 antennes + 1 unité de dépistage mobile	15	102	4552	100 %
68 (CG)*	+ 1 centre de coordination (Colmar) + 6 DAT (Colmar, Thann, Mulhouse, Guebwiller, Altkirch, St Louis)	66	3017	1 CLAT (Colmar) + 6 antennes	8	47	3632	100 %

Source : rapport d'activité régionale 2008

* CG : Conseil général

** ETP : Equivalents temps plein des personnels dédiés à la lutte antituberculeuse (hormis le temps de secrétariat : 9 secrétaires dans le 67 et 5 secrétaires dans le 68 dont certains temps partiels)

3/ CHAMPAGNE-ARDENNE

En Champagne-Ardenne, chaque département représente pratiquement un cas particulier. Les départements des Ardennes (08) et de l'Aube (10) ont opté pour une recentralisation des activités tandis que la Marne (51) et la Haute-Marne (52) ont passé convention avec le CG pour qu'il assure cette compétence.

Les problèmes de sous effectifs des services déconcentrés ajoutés au renouvellement fréquent des personnels, problèmes récurrents dans la région, ont pour conséquence la quasi absence de pilotage régional voire parfois départemental des activités de lutte et de leur suivi.

| Tableau 3 |

Structures et indicateurs d'activités des services de lutte antituberculeuse en Champagne-Ardenne, avant 2006 et pour l'année 2008

Département	Avant 2006			Année 2008				
	Services de lutte antituberculeuse (SLAT)	Nb de DO traitées	Nb d'IDR	Centres de lutte antituberculeuse (CLAT)	ETP**	Nb de DO traitées	Nb d'IDR	Nb enquêtes / Nb de DO
08	1 Dispensaire (Charleville-Mézières)	16	222	1 CLAT (Charleville-Mézières)	1,25	18	488	60 %
10	1 Centre de prévention de pneumologie (Troyes)	-	-	1 CLAT + Vaccinations (CH Troyes)	1,8	25	311	75 %
51 (CG)*	3 SLAT (CHU Reims, CH Chalons, CH Epernay)	28	-	1 CLAT (Chalons) + 3 antennes (Reims, Chalons, Épernay) + 1 équipe mobile	2,5	36	358	100 %
52 (CG)*	Aucune activité	-	-	1 CLAT (Chaumont)	0,6	5	-	-

Source : interlocuteurs départementaux Clat ou Ddass

* CG : Conseil général

** Equivalents temps plein des personnels dédiés à la lutte antituberculeuse (hormis le temps de secrétariat : environ 0,5 à 1 ETP par structure)

Aucun objectif départemental n'est formalisé, mais l'ensemble des CLAT mentionnent des priorités communes issues du programme national : l'accroissement nécessaire des activités préventives telles que les enquêtes autour des cas, les dépistages ciblés des publics précaires (CHRS, CADA, ...) et l'information des partenaires. Un avantage notoire rapporté quant à la nouvelle organisation des CLAT des Ardennes et de l'Aube est la meilleure identification et reconnaissance de ces centres.

En l'absence de coordination, le personnel des CLAT se tourne vers les autres départements voire les autres régions pour chercher des soutiens : beaucoup ont notamment participé aux formations interrégionales organisées par le Dr Fraisse de Strasbourg. Cette quête engendre toutefois un défaut d'harmonisation des pratiques au sein de la région. A titre d'exemple, la recherche du logiciel destiné au suivi des cas index de tuberculose et de leurs contacts illustre cette situation. Le département de l'Aube a opté pour l'utilisation du logiciel « Damoc » d'Epi-Concept qui lui a été présenté en Ile-de-France, tandis que la Haute-Marne devrait choisir le logiciel « Web suivi tub » de Si-loxane utilisé dans les Ardennes.

4/ CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les années à venir verront s'affirmer la structuration progressive de la lutte antituberculeuse autour des orientations du programme national. Les ren-

contres nationales organisées par la DGS et l'InVS proposant aux Ddass et aux CLAT des retours d'expériences et l'actualisation des connaissances et des réflexions stratégiques, représentent à ce titre un moyen pour renforcer la cohésion du dispositif de lutte nationale et donner de l'élan aux régions.

Cependant, même si l'on constate que dans l'interrégion Est, l'ensemble des structures adhèrent aux priorités du programme national, une coordination régionale forte, offrant des outils communs et des échanges réguliers, reste un soutien indispensable pour les CLAT et donc fondamental pour mener à bien la lutte antituberculeuse en région. L'expérience menée en région lorraine présentée dans le prochain article de ce bulletin permet d'en mesurer l'importance. Par ailleurs, il est intéressant de noter que dans cette région, l'incidence de la déclaration des cas a augmenté de près de 50% entre 2006 et 2007 [2] ce qui pourrait précisément être le reflet d'une meilleure organisation développée depuis la recentralisation et d'un meilleur dépistage des cas.

Références

- [1] Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. 2007.
- [2] Caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose déclarés en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine en 2007. BVS Cire Est. 2009; 1 : 3-8

| Prévention |

La lutte antituberculeuse en Lorraine : exemple d'une organisation dynamique régionale

Michel Perrette¹, Sophie Alsibaï², Sylvaine Gaulard³

¹ Ddass de Moselle, Metz ² Cire Est, InVS, Nancy ³ Drass de Lorraine, Nancy

Au 1^{er} janvier 2006, les quatre Conseils généraux de Lorraine ont décidé de ne pas poursuivre la mission de lutte antituberculeuse. Les services de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) et des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) de Lorraine se sont alors attachés à consolider le maillage territorial des structures.

Une cellule régionale au service des 4 départements a été créée en septembre 2006 pour coordonner les actions de recentralisation. Cette cellule régionale de recentralisation a été source de réflexions et de projets originaux présentés dans cet article.

Habilitation des structures

Au printemps 2006, les Ddass de Meuse, des Vosges et de Moselle ont habilité des Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT). L'une des premières missions de la cellule régionale de recentralisation a été de créer des CLAT en Meurthe-et-Moselle où le dépistage de la tuberculose avait été délaissé depuis 1999. Dix centres ont ainsi été habilités dans la région. Tous, sauf deux centres de santé mosellans, sont adossés à des établissements de santé.

Réalisation d'un audit

A l'automne 2007, afin d'évaluer le dispositif de recentralisation et mieux définir sa stratégie, le Conseil d'Administration du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) a souhaité qu'un audit externe soit réalisé par un prestataire privé. Les recommandations du rapport rendu en mars 2008 ont porté sur la nécessité de réaliser une analyse des besoins comme préalable à la conception d'un véritable programme régional de santé, intégrant une évaluation continue du programme. Le document préconisait également la redéfinition des missions de la cellule de recentralisation et la révision des outils utilisés.

Animation du réseau

La cellule de recentralisation était constituée d'une équipe interdépartementale composée d'un Médecin inspecteur de santé publique, d'une infirmière et d'une secrétaire. De mars 2007 à mai 2008, elle a animé plusieurs réunions régionales associant les acteurs des centres habilités, des partenaires institu-

tionnels et des représentants des quatre Ddass. Ces rencontres, rompant l'isolement des différents acteurs, ont été largement appréciées des participants. Elles ont permis de faire connaître les missions de chacun, de diffuser une information commune à l'ensemble des acteurs et de développer des partenariats jusqu'alors inexistantes.

Elaboration d'un programme régional de lutte antituberculeuse

Suite à cette restitution, un groupe de travail régional, piloté par la Directrice adjointe de la Drass, a été chargé de proposer les stratégies à mettre en œuvre dans le cadre des politiques de santé recentralisées. A partir des six axes du programme national de lutte antituberculeuse 2007-2009 (Cf p.2) et du recueil des données épidémiologiques de la région, un programme régional décliné en objectifs régionaux et actions spécifiques a été élaboré. Des experts pneumologues, pédiatres, médecins des services de prévention universitaire et acteurs des CLAT ont été associés à cette démarche.

Déclinaisons régionales prioritaires du programme national

- Exhaustivité des enquêtes autour d'un cas : à atteindre dans un délai de 3 ans
- Elaboration de protocoles régionaux : protocole de dépistage commun à tous les CLAT, conduite à tenir pour les professionnels de santé
- Information des professionnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), des Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), des chantiers d'insertion, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ...
- Sensibilisation à la vaccination par le BCG (équipes de maternité, pédiatres, ...) et formation à la technique du BCG intradermique par les équipes des CLAT
- Sensibilisation des professionnels de santé, hospitaliers comme libéraux, à la lutte antituberculeuse
- Diffusion d'une plaquette d'information pour le public en plusieurs langues

Élaboration d'outils

Les réunions régionales se sont poursuivies avec une recherche d'harmonisation des pratiques et des outils (plaquette d'information, protocolisation des prises en charge,...). Un sous-groupe « administratif » a notamment élaboré plusieurs outils d'aide à la gestion des structures et à leur pilotage régional (cf. encadré ci-contre).

Évaluation du dispositif

La 1^{ère} étape de l'évaluation a consisté à analyser les rapports d'activité de 2007 et 2008 des structures existantes. Elle a permis de repérer certaines insuffisances vis-à-vis des recommandations nationales. Elle sera complétée par une visite sur site pour évaluer le fonctionnement de chaque centre. Une analyse des rapports coût / activité a également été réalisée pour chaque structure et des ajustements seront proposés.

Conclusion

En Lorraine, la reprise en main par l'Etat des actions recentralisées, notamment de la tuberculose, a ainsi permis, grâce à la mise en place d'une équipe régionale et interdépartementale fortement investie, l'émergence d'une dyna-

mique favorisant les échanges professionnels entre les acteurs des quatre départements. Cette dynamique conjuguée à la meilleure répartition des structures sur l'ensemble du territoire représentent des éléments essentiels pour l'amélioration de la lutte antituberculeuse dans la région.

Outils administratifs mis à disposition des CLAT et des Ddass

- Fiche de procédure budgétaire
- Budget-type automatisé sous Excel®, téléchargeable à partir du site internet de la DRASS
- Rapport d'activité-type semestriel et annuel formaté sous une application informatique commune (SOLEN) et permettant une saisie via internet
- Dossier type de demande ou de renouvellement d'habilitation
- Grille-type de visite sur site avant habilitation
- Arrêtés type d'habilitation des structures hospitalières et extra-hospitalières
- convention type annuelle d'objectifs et de moyens

| Étude |

Couverture vaccinale par le BCG en Alsace : où en est-on deux ans après la suspension de son caractère universel et obligatoire ?

Tariq El-Mrini, Drass d'Alsace, Strasbourg

La suspension de l'obligation de la vaccination par le BCG pour les enfants et les adolescents est effective en France depuis le décret du 19 juillet 2007. La vaccination par le BCG reste cependant indiquée pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans s'ils répondent à au moins un critère de risque (Cf. encadré ci-contre).

Il n'existe pas actuellement de base de données sanitaire permettant d'évaluer le nombre d'enfants relevant d'une indication vaccinale par le BCG. Si on ne se réfère qu'au facteur d'immigration, les données disponibles montrent qu'environ 10 % de la population alsacienne est née à l'étranger dont notamment en Allemagne, pays à faible risque de tuberculose. Cependant, les enfants de nationalité française ayant au moins un parent d'origine étrangère ne sont pas connus des statistiques, de même que les enfants français devant séjourner au moins un mois en zone d'endémie.

De ce fait, pour les enfants nés depuis juillet 2007, faute de dénominateur, la couverture vaccinale par le BCG n'est pas connue et il n'existe pas de méthode simple pour l'estimer. L'ensemble des outils actuellement disponibles pour la mesure de la couverture vaccinale (certificats de santé des 9^{ème} et 24^{ème} mois, enquête triennale au niveau scolaire) ne permettent pas ce calcul du fait de la modification du dénominateur. La complexité de la définition de la population cible et la modification du mode de vaccination (arrêt de la multipuncture remplacée par un vaccin intradermique en format multidose) font craindre, à terme, une mauvaise couverture vaccinale de la population à risque.

Critères définissant un risque élevé d'exposition à la tuberculose chez les enfants de moins de 15 ans

- enfants nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse
- enfants dont au moins un des parents est originaire de l'un de ces pays
- enfants devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays
- enfants ayant des antécédents familiaux de tuberculose
- enfants résidant en Ile-de-France ou en Guyane
- enfants dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment ceux qui vivent dans des conditions de logement défavorables

En attendant la modification du carnet de santé de l'enfant qui mentionnera s'il existe chez l'enfant une recommandation de vaccination par le BCG, plusieurs études de mesure de la couverture vaccinale nationale sont en cours en France qui permettront en outre de fournir des estimations pour l'Ile de France et en dehors de l'Ile de France.

Un groupe de travail réunissant la Drass, la Cire Est et divers partenaires régionaux va se mettre en place en Alsace pour réfléchir à différentes stratégies de mesure de la couverture vaccinale par le BCG à un niveau régional ou infra régional, l'objectif sous-jacent étant d'atteindre la couverture vaccinale optimale de la population à risque.

Remerciements :

Aux personnels des CLAT et des services déconcentrés de l'Etat dont l'aimable collaboration et les éléments fournis ont permis la rédaction de ce bulletin.

| Retrouvez ce numéro sur : <http://www.lorraine.sante.gouv.fr/cire/cire.html> |

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS — Rédactrice en chef : Christine Meffre, coordinatrice scientifique de la Cire Est

Comité de rédaction : Sophie Alsibai, Stéphanie Amyclas, Virginie Bier, Quentin Franciosi, Eliette Jeanmaire, Claire Janin, Christine Meffre, Sophie Ragué, Frédérique Villier

Diffusion : Drass Lorraine—Immeuble « Les Thiers » - 4 rue Piroux—54036 Nancy Cedex—Tél. : 03.83.39.29.43- Fax : 03.83.39.28.95

Drass Alsace— 14 rue du Maréchal Juin - Cité Administrative Gaujot—67084 Strasbourg Cedex

Mail : DR54-CIRE@sante.gouv.fr

<http://www.invs.sante.fr> ou <http://www.lorraine.sante.gouv.fr/cire/cire.html>