

# La tuberculose à Londres : quelles réponses en termes de contrôle ?

Delphine Antoine<sup>1</sup>, Helen Maguire<sup>2</sup>, Alistair Story<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Health Protection Agency Centre for Infections, Londres

<sup>2</sup> Health Protection Agency, Regional Epidemiology Unit, Londres

## INTRODUCTION

Dans les pays d'Europe de l'Ouest comme dans les autres pays où elle connaît une faible incidence, la tuberculose est principalement un problème des grandes villes [1]. Londres, avec environ 7,1 millions d'habitants, est, comme la plupart des grandes agglomérations, le lieu de contrastes entre richesses économiques, d'une part, et pauvreté et exclusion, d'autre part. Les populations les plus touchées par la tuberculose, comme les personnes sans domicile fixe, les immigrants arrivant de pays à haute incidence de tuberculose et les personnes atteintes d'infection au VIH, sont plus présentes dans les grandes villes que dans les zones moins urbanisées.

Après un déclin depuis plus de deux siècles, l'incidence de la tuberculose a augmenté depuis 1988 en Angleterre et au Pays de Galles. Ce changement s'est accompagné d'une concentration de la maladie dans les zones les plus urbaines, en particulier à Londres. La proportion des cas qui y sont déclarés représente 44 % des cas déclarés en Angleterre et au Pays de Galles en 2002, contre 28 % en 1987. Le taux de déclaration a augmenté à Londres alors qu'il est resté stable dans le reste du pays (figure 1).

Cet article décrit la situation épidémiologique de la tuberculose à Londres ainsi que les efforts faits jusqu'ici pour contrôler la tuberculose dans la ville.

comme étant la résistance à, au moins, l'isoniazide et la rifampicine.

La proportion d'infections au VIH parmi les cas de tuberculose a été calculée après croisement des données de déclaration du VIH avec celles des cas de tuberculose déclarés entre 1998 et 2000 chez des personnes de 15 à 64 ans.

En complément des données de déclaration, une enquête transversale a été réalisée à Londres par les infirmiers spécialisés en tuberculose sur les personnes traitées pour une tuberculose au 1<sup>er</sup> juillet 2003.

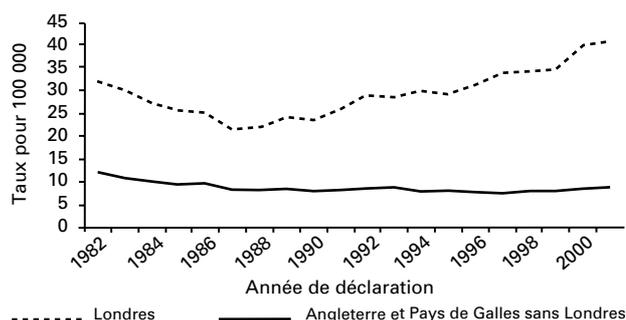
Les groupes d'âge utilisés dans cet article sont : 0 à 19 ans ; 20 à 39 ans ; 40 à 59 ans ; 60 ans et plus.

## LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE À LONDRES

6 794 cas de tuberculose ont été déclarés en 2002 en Angleterre et au Pays de Galles, dont 2 986 (44 %) à Londres. Le taux d'incidence y est environ cinq fois supérieur à celui observé dans le reste du pays (respectivement 40,6 et 8,4) et atteint plus de 40 pour 100 000 habitants dans 11 des 33 arrondissements londoniens (carte).

Figure 1

Taux de tuberculose, Grande-Bretagne, 1982 à 2001



## MÉTHODES

Londres est ici définie comme la zone qui comprend la ville *intra muros* ainsi que sa proche banlieue.

En Angleterre et au Pays-de-Galles, les informations sur les cas de tuberculose sont issues des données de déclaration obligatoire collectées depuis 1913 ainsi que de celles du système de surveillance « *Enhanced Tuberculosis Surveillance* », mis en place en 1999, qui permet la collecte d'informations plus détaillées sur les cas mais aussi la recherche et le retrait de possibles doublons. La surveillance des résultats de traitement 12 mois après le début du traitement anti-tuberculeux a débuté en 2002 sur les cas déclarés en 2001. Un traitement est considéré comme terminé lorsque le médecin juge, une fois le traitement fini, que le patient est guéri.

A Londres, la collecte des informations sur les cas de tuberculose se fait par le biais d'un registre créé en 2002 (*London TB Register*) qui fonctionne par Internet dans chacune des 33 unités de soins spécialisés en tuberculose de la ville.

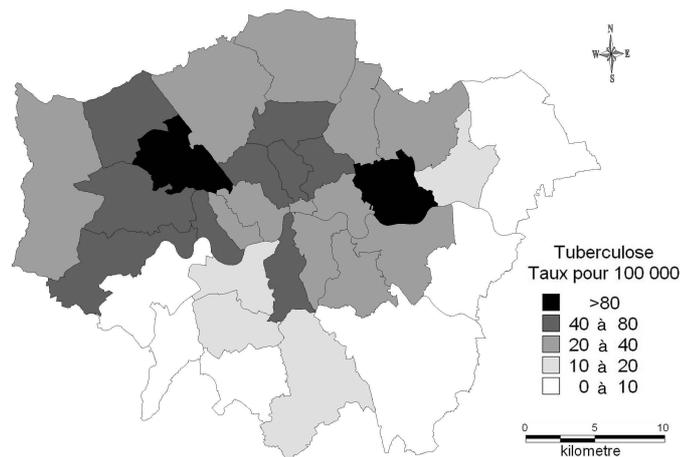
Les cas de tuberculose à déclarer comprennent les cas confirmés par un résultat de culture positif du complexe *mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis* ou *M. africanum*) et les cas non confirmés par la culture mais ayant conduit un médecin à décider de la mise en place d'un traitement anti-tuberculeux complet.

Les résultats de culture et d'antibiogramme sont collectés auprès des laboratoires de référence par le système MycobNet. Ces informations sont ensuite liées aux données de déclaration.

La proportion de cas résistants aux médicaments anti-tuberculeux est calculée parmi les cas de tuberculose ayant un résultat connu d'antibiogramme. La multirésistance est définie

Carte

Taux de tuberculose pour 100 000 par arrondissement, Londres, 2001\*



\* Le taux d'incidence pour l'ensemble de l'Angleterre et Pays de Galles est de 12,7 en 2001

A Londres, l'incidence est plus élevée chez les jeunes adultes (aussi bien chez les hommes que chez les femmes) et chez les hommes âgés. En 2002, le taux de déclaration de la tuberculose est de plus de 50 pour 100 000 chez les personnes de 20 à 39 ans et compris entre 41 et 47 chez les hommes de 40 ans et plus.

En 2002, le taux d'incidence de la tuberculose à Londres est presque 11 fois supérieur chez les personnes nées à l'étranger, qui représentent 80 % des cas déclarés, que chez celles nées au Royaume-Uni (respectivement 111 et 10 pour 100 000). Le taux d'incidence de la tuberculose a augmenté, entre 1998 et 2002, dans tous les groupes d'âge chez les personnes nées au Royaume-Uni, alors que, chez les personnes nées à l'étranger, l'augmentation est principalement observée chez les jeunes adultes de 20 à 39 ans (figure 2).

Les cas de tuberculose confirmés par la culture représentent 62 % des cas déclarés à Londres en 2002. La proportion de cas résistants à l'isoniazide en début de traitement est de 9 % à Londres et les cas multi-résistants représentent moins de 1 % des cas déclarés. Le niveau de multi-résistance reste stable à Londres alors que la proportion de cas résistants à l'isoniazide a augmenté entre 1998 (5,8 %) et 2002 (9 %). L'augmentation de la résistance à l'isoniazide est principalement due à une épidémie de tuberculose résistante à l'isoniazide, identifiée en 1999-2000. Le typage des souches par la méthode RFLP de plus de 190 cas a permis de montrer que les personnes impliquées dans cette épidémie avaient des liens avec des groupes plus

à risque comme les personnes sans domicile fixe, les consommateurs d'héroïne et de crack et les personnes ayant séjourné en prison [2].

A Londres, la proportion de cas de tuberculose, déclarés entre 1998 et 2000, co-infectés par une infection à VIH a été estimée à 5,3 % chez les personnes de 15 à 64 ans.

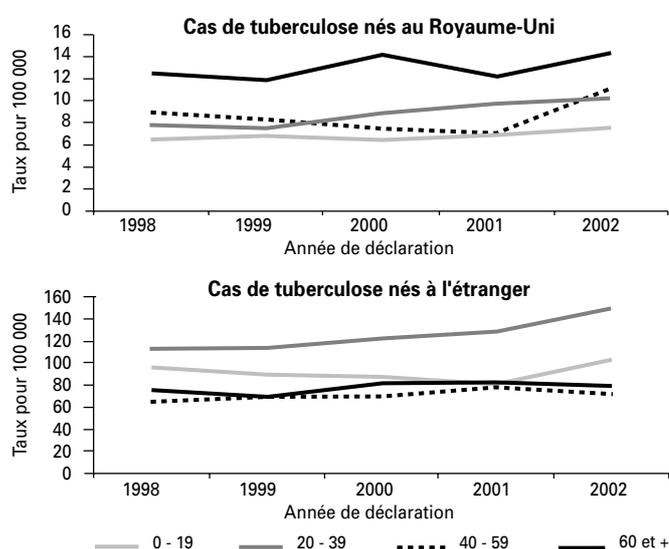
La proportion de cas de tuberculose déclarés en 2002 à Londres ayant complété leur traitement dans les 12 mois est de 82 % (78 % pour l'Angleterre et le Pays de Galles). La proportion de décès est de 6 %, dont 40 % liés à la tuberculose.

Les personnes perdues de vue représentent 4 % des cas et celles encore en traitement au bout de 12 mois représentent 3 %. Dans 1 % des cas, le traitement a été arrêté en raison, par exemple, d'effets secondaires et pour 4 % des cas, l'issue du traitement a été déclarée comme inconnue.

Les résultats de l'enquête transversale sur les patients traités le 1<sup>er</sup> juillet 2003 indiquent des taux de prévalence de la tuberculose de 27 pour 100 000 pour l'ensemble de la population londonienne, de 788 chez les personnes sans domicile fixe, de 550 chez les prisonniers, de 172 chez les usagers de drogues et de 878 chez les personnes atteintes d'une infection au VIH. Chez les immigrants récents, le taux de prévalence est de 149 pour 100 000 ; il est de 92 pour 100 000 chez les réfugiés et les demandeurs d'asile [3].

Figure 2

Taux de tuberculose par groupe d'âge et par lieu de naissance, Londres, 1998-2002



## DISCUSSION

L'incidence de tuberculose n'a cessé d'augmenter à Londres depuis 1987.

Les changements dans la surveillance de la maladie, avec la mise en place du registre de tuberculose, ont probablement contribué à l'augmentation importante de l'incidence dans les années récentes. Toutefois, d'autres indicateurs comme l'augmentation de l'incidence chez les personnes nées dans le pays et des cas résistants à l'isoniazide témoignent d'une détérioration de la situation de la tuberculose dans la ville. La proportion d'infections au VIH de 5,3 % parmi les cas de tuberculose déclarés représente un minimum en raison des limites de la méthode utilisée mais également de possibles sous-déclarations de tuberculose chez des personnes atteintes d'une infection au VIH. Deux études menées pendant la même période dans deux hôpitaux londoniens fournissent une estimation de la proportion de co-infection de 11,4 % et 13 % [4,5].

L'augmentation des cas de tuberculose est liée à de multiples facteurs comme l'impact du VIH, l'augmentation de la mobilité internationale de populations originaires de pays à haute incidence de tuberculose et la précarisation de certaines populations. Des insuffisances possibles dans le contrôle de la tuberculose sont à évoquer, même si la proportion de cas considérés comme guéris est supérieure à Londres comparé au reste du pays.

La prévention et le contrôle de la tuberculose au niveau local s'appuie sur l'unité de soins primaires (*PCT de Primary care trust*), aidée par un médecin consultant en contrôle des maladies infectieuses (*CCDC de Consultant in Communicable Disease Control*). Cette unité dépend du NHS (système de santé

national), qui finance les services de tuberculose dans le cadre d'une enveloppe budgétaire globale allouée localement. Tous les cas doivent être pris en charge par un médecin ou un infirmier spécialisé. Les infirmiers spécialisés ont reçu une formation spécifique sur la tuberculose et sont reconnus comme ayant un rôle central dans sa prévention et son contrôle [6].

Les traitements anti-tuberculeux sont dispensés à Londres par plus de 30 centres, principalement situés dans des hôpitaux de soins aigus. Ces centres ont souvent des pratiques de prise en charge qui diffèrent, avec une accessibilité sur rendez-vous pris directement auprès du centre dans certains alors que dans d'autres centres le patient doit être adressé par un médecin généraliste ou par un spécialiste. La plupart des centres s'efforcent d'affecter à chaque patient une personne, qui sera responsable de sa prise en charge. Cependant, ces efforts se heurtent à un manque d'infirmiers et autres personnels paramédicaux ainsi qu'à des difficultés à identifier des financements locaux pour renforcer les équipes.

Malgré les recommandations d'utiliser la délivrance directement observée des traitements (*DOT de Directly Observed Therapy*) pour les personnes ayant des difficultés à suivre leur traitement anti-tuberculeux, le recours aux programmes DOT est aujourd'hui peu répandu. L'enquête transversale réalisée à Londres, en juillet 2003, a pourtant montré des taux de prévalence particulièrement élevés dans des populations qui ont difficilement accès aux services de soins. Les résultats de cette enquête ont permis, en complément des données de surveillance, de mettre l'accent sur la nécessité de développer la recherche active des cas et l'usage de l'observation directe des traitements afin de renforcer le contrôle de la tuberculose dans les populations les plus touchées. Un programme-pilote d'unités mobiles de dépistage utilisant la radiographie numérique est en train de se mettre en place. Une évaluation de ce programme permettra de mieux connaître l'impact possible de ce type d'unité mobile sur le dépistage de populations comme celles des prisonniers ou des personnes accueillies dans les centres d'hébergement.

En octobre 2004, le Directeur national de la santé a publié un plan d'action (« Stopper la tuberculose en Angleterre ») qui est à l'origine de la formation d'un programme national anti-tuberculeux. Ce plan reconnaît la nécessité de mieux organiser et cibler le contrôle de la maladie dans les endroits où les besoins sont les plus grands et de renforcer la capacité d'identifier les cas le plus tôt possible.

La tuberculose à Londres n'est actuellement pas sous contrôle et les services anti-tuberculeux semblent avoir du mal à s'adapter à l'évolution des besoins des populations les plus touchées. Les services de traitement et de prévention doivent être réorganisés pour mieux répondre aux besoins spécifiques des habitants et des populations les plus à risque afin d'améliorer le contrôle et la situation de la tuberculose à Londres.

## REMERCIEMENTS

Chris Lane du *Health Protection Agency Centre for Infections* pour la réalisation de la carte présentée dans cet article.

## RÉFÉRENCES

- Hayward, A. C., Darton, T., Van Tam, J. N., Watson, J. M., Coker, R., & Schwoebel, V. Epidemiology and control of tuberculosis in Western European cities. *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease* 7[8], pp 751-757. 2003.
- Ruddy MC, Davies AP, Yates MD et al. Outbreak of isoniazid resistant. *Mycobacterium tuberculosis* in north London. *Thorax* 2004; 59: 279-285. Executive summary available at [http://www.hpa.org.uk/london/pubs\\_pdf/iso\\_res%20sum\\_rep\\_final.pdf](http://www.hpa.org.uk/london/pubs_pdf/iso_res%20sum_rep_final.pdf)
- Story A., Roberts W., Hayward A., For the London Tuberculosis Nurses Network. Tuberculosis in London (Abstract). *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 8 [11, Supplement 1]. 2004.
- Frances Bowen E, Rice PS, Cooke NT, Withfield RJ, Rayner CFJ « HIV seroprevalence by anonymous testing in patients with *Mycobacterium tuberculosis* and in tuberculosis contact » *The lancet*, Vol 356: 1488-89, October 28, 2000.
- Melzer M, Warley A, Milburn H, O'Sullivan D, Barker RD, Hutchinson D, Shelton D, Drobniowski F, French G « Tuberculosis and HIV seroprevalence in Lambeth, Southwark and Lewisham, an area of South London » *Respiratory Medicine*, Vol 97: 167-72, 2003.
- Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society. Control and Prevention of tuberculosis in the United Kingdom: Code of Practice 2000. *Thorax* 2000; 55:887-901.

Les données de surveillance présentées sont accessibles sur le site Internet de la Health Protection Agency : [http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/tb/menu.htm](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/tb/menu.htm) pour l'Angleterre et le Pays de Galles et sur <http://www.hpa.org.uk/london/> pour Londres.