



## Numéro thématique LE POINT SUR LA TUBERCULOSE

### Éditorial

#### La tuberculose reste d'actualité en France

La tuberculose a régressé régulièrement du fait du progrès social et de l'efficacité des traitements. Une recrudescence entre 1991 et 1995 liée à l'émergence du VIH avait donné lieu à une mobilisation des professionnels de santé, des sociétés savantes et des pouvoirs publics. Si maintenant l'incidence permet d'envisager des stratégies ciblées de vaccination par le BCG, des préoccupations sérieuses s'accumulent à nouveau et remettent en cause les perspectives de progrès pour cette maladie fortement liée au statut social.

L'analyse fine de la stagnation actuelle de la tuberculose révèle une dissociation préoccupante de la dynamique de la maladie selon le statut migratoire. Chez les personnes de nationalité française ou nées en France la tuberculose continue de décroître (6 % par an depuis 1997), le principal facteur de risque y étant l'âge >60 ans qui, du fait de l'histoire naturelle de la maladie, est le reflet de contaminations anciennes. Chez les personnes migrantes l'incidence est 13 fois supérieure au reste de la population et augmente de 8 % chaque année depuis 1997 ; les plus touchés y sont les adultes jeunes avec une concentration démesurément élevée en Région parisienne.

La multirésistance touche surtout les migrants (82 %). Bien que limitée (1,4 %), elle a presque doublé en deux ans. On note aussi, au sein d'effectifs certes limités de patients avec une multirésistance, une progression plus rapide chez les migrants adultes jeunes, des formes pulmonaires, des examens microscopiques positifs, et de la résistance aux anti-tuberculeux autres que la rifampicine et l'isoniazide. Sans renforcement ciblé de la détection et de la prise en charge de ces cas, les échecs thérapeutiques et la diffusion des multirésistances risquent d'augmenter.

Les préoccupations tiennent aussi à l'organisation de la lutte antituberculeuse. Les principes en sont connus : détection et traitement précoces, suivi rigoureux et adaptation de la prise en charge thérapeutique et sociale jusque guérison (85 % de guérison à six mois pour l'OMS), dépistage des contacts des cas et prophylaxie et vaccination ciblée des groupes à risque. En comparaison des pays Européens, la surveillance en France ne documente pas les issues de traitement et moins bien la confirmation microbiologique. Un projet piloté par l'InVS et basé sur un logiciel spécifique (TB-info) diffusé dans les services de prise en charge doit permettre de remédier à cette insuffisance mais nécessite l'adhésion des services de prise en charge. En attendant, une expérience pilote parisienne suggère un résultat médiocre (taux d'échec de 20 %).

A l'image de l'action récente du Royaume-Uni, la prise en charge et le suivi des patients doivent être améliorés dans les

populations les plus touchées (migrants, prisons, SDF). Les recommandations de dépistage autour des cas et de prophylaxie des contacts infectés du Conseil supérieur d'hygiène publique de France doivent entrer dans les faits. L'interaction entre les cliniciens, le laboratoire, la Ddass et les services de lutte antituberculeuse (hôpitaux, dispensaires...) revêt pour cela une importance critique. La reprise de la lutte antituberculeuse par les services de l'État ne doit pas ralentir cet indispensable renforcement et des efforts importants restent à faire pour la surveillance. Sans volonté politique forte, mobilisation des acteurs, organisation décentralisée performante avec des moyens adaptés à la situation sociale locale, l'évolution ne pourra pas être favorable dans les groupes les plus touchés. La Région parisienne dispose de tous les ingrédients pour évoluer dans les années à venir vers la situation qu'a connue New York au début des années 90 qui a été depuis maîtrisée au prix d'une mobilisation exceptionnelle.

**Jean-Claude Desenclos,**  
Responsable du Département des maladies infectieuses,  
Institut de veille sanitaire

### SOMMAIRE

Les cas de tuberculose déclarés en France en 2003	p. 66
La Tuberculose à Paris en 2003, situation actuelle et contribution du Service de lutte anti-tuberculeuse	p. 70
Tuberculose chez les sans domicile fixe à Paris : mise en œuvre de la stratégie DOT, Directly Observed Therapy	p. 72
Organisation de la surveillance et de la lutte antituberculeuse dans les prisons	p. 74
La tuberculose à Londres : quelles réponses en terme de contrôle ?	p. 76
La tuberculose multirésistante en France : surveillance et prise en charge, 1992-2002	p. 78
Évaluation des modalités de suivi thérapeutique des patients atteints de tuberculose à l'aide du logiciel TB-info, France, janvier 1996-décembre 2003	p. 81
Perspectives d'évolution de la politique vaccinale BCG en France	p. 83

**Coordination scientifique du numéro :**  
Didier Che, Département des maladies infectieuses,  
Institut de veille sanitaire