

## La tuberculose en Languedoc Roussillon

# Page 2

Epidémiologie de la tuberculose en Languedoc-Roussillon

# Page 7

Actualités du dépistage ciblé d'après le plan national de lutte contre la tuberculose

# Page 8

Dépistage avancé : l'expérience des Pyrénées-Orientales

# Page 13

Dépistage en bidonville à Montpellier : actions coordonnées et médiation sanitaire

# Page 16

Dépistage des migrants mineurs isolés à Montpellier

# Page 20

La vaccination BCG : mise en place du réseau de lutte dans les Pyrénées-Orientales

### | Editorial

#### Dr Cyril Rousseau, Cire Languedoc-Roussillon, InVS

En Languedoc Roussillon, le taux de déclaration de la tuberculose maladie s'établit à 6,5 pour 100 000 habitants en 2013 comparable à celui de Midi-Pyrénées et à la moyenne des autres régions métropolitaines hors Ile de France.

Des différences existent cependant entre territoires, et entre groupes de populations touchées, avec des variations d'incidence importantes. Les populations les plus défavorisées (SDF...), migrants, en fonction de l'ancienneté de leur arrivée en France, payent le plus « lourd tribut » à cette maladie à forte composante sociale.

Pour autant, la tuberculose se fraye aussi un chemin parmi les populations nées en France, au gré de conditions sociales précaires, bénéficiant aussi d'un statut de maladie rare difficile à évoquer et à dépister.

C'est pourquoi nous avons souhaité constituer un numéro spécial du Bulletin de veille sanitaire avec les acteurs de la lutte anti-tuberculeuse (LAT), dont l'une des missions premières est « d'aller vers » les publics particulièrement concernés afin de promouvoir dépistage et vaccination BCG lorsque c'est opportun.

Après une présentation des données épidémiologiques et de l'actualité du dépistage ciblé selon le plan national

tuberculose, ce travail a été l'occasion pour les équipes impliquées de partager leur expérience et permet de livrer une expérience originale par bien des aspects, sur des questions d'actualité : qui dépister prioritairement ? Comment mettre en place le dépistage avancé ? Quelle politique spécifique et quels moyens pour promouvoir le dépistage dans les bidonvilles qui jouxtent certaines de nos agglomérations ? A l'heure où de nouvelles migrations se font jour, comment mieux dépister des jeunes mineurs récemment entrés sur le territoire, tout en conservant une approche respectueuse des parcours de chacun, en accompagnant les personnes dans une démarche de promotion de la santé.

Il s'agit, avec l'ensemble des professionnels de santé, d'assurer et de renforcer la prévention notamment par la promotion de la vaccination ciblée, un dépistage prioritaire auprès des plus exposés, tout en garantissant une prise en charge accessible et de qualité. Une attention particulière devra aussi permettre de se préparer à répondre à des situations critiques « épidémiologiques » comme les tuberculoses multi-résistantes.

# I Epidémiologie de la tuberculose en Languedoc Roussillon I

Cyril Rousseau, Médecin épidémiologiste, Cire Languedoc-Roussillon, InVS, Montpellier

## I Critères de signalement et de notification I

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (DO) depuis 1964, dont la surveillance s'appuie sur tous les médecins et biologistes, tenus de déclarer l'ensemble des cas de tuberculose maladie.

Les cas à déclarer comprennent les cas avec des signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose et s'accompagnant d'une décision de traitement

antituberculeux standard, que ces cas soient confirmés par la mise en évidence d'une mycobactérie du complexe *tuberculosis* à la culture (cas confirmés) ou non (cas probables).

Les formes pulmonaires comprennent les atteintes du parenchyme pulmonaire, de l'arbre trachéo-bronchique et du larynx.

## I Matériel et méthodes I

La surveillance nationale, pilotée par l'InVS, est un point d'appui important pour le déploiement du programme national de lutte contre la tuberculose [1] qui guide les priorités régionales des Agences régionales de la santé en ce domaine.

### Source de données

Les données présentées concernent les cas de tuberculose maladie déclarés en Languedoc-Roussillon des années 2001 à 2013, via la déclaration obligatoire. Les DO sont collectées et gérées par les Agences régionales de santé (ARS) puis transmises une fois par an à l'Institut de veille sanitaire (InVS) sous forme d'un fichier électronique anonymisé. Des données sur les issues de traitement sont collectées dans l'année qui suit la mise en route du traitement ou le diagnostic et ne sont pas présentées ici.

### Données de population et taux

Les données de population utilisées pour calculer les taux sont les estimations localisées de population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au 1er janvier de chaque année,

telles que publiées le 13 janvier 2015. Pour les données par lieu de naissance ou par ancienneté d'arrivée en France, ce sont les données du recensement de 2009 qui sont utilisées.

La dénomination taux de déclaration est utilisée au lieu de taux d'incidence en raison de la sous-déclaration des cas. Une étude de l'exhaustivité effectuée en 2010 grâce à une comparaison aux données du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), estimait l'exhaustivité nationale de la DO de tuberculose à 73,3%, sans préjuger des variations locales [2].

### Analyse

Les cas de tuberculose maladie ont été analysés par lieu de déclaration, caractéristiques sociodémographiques, cliniques et bactériologiques, et contexte de diagnostic. Les pourcentages présentés sont calculés parmi les cas pour lesquels l'information était renseignée, sauf indication contraire.

Une standardisation directe des taux de déclaration sur la population de la région à partir des estimations démographiques de l'Insee par année d'âge, sexe et département a été effectuée pour l'année 2013.

## I Résultats de la surveillance épidémiologique I

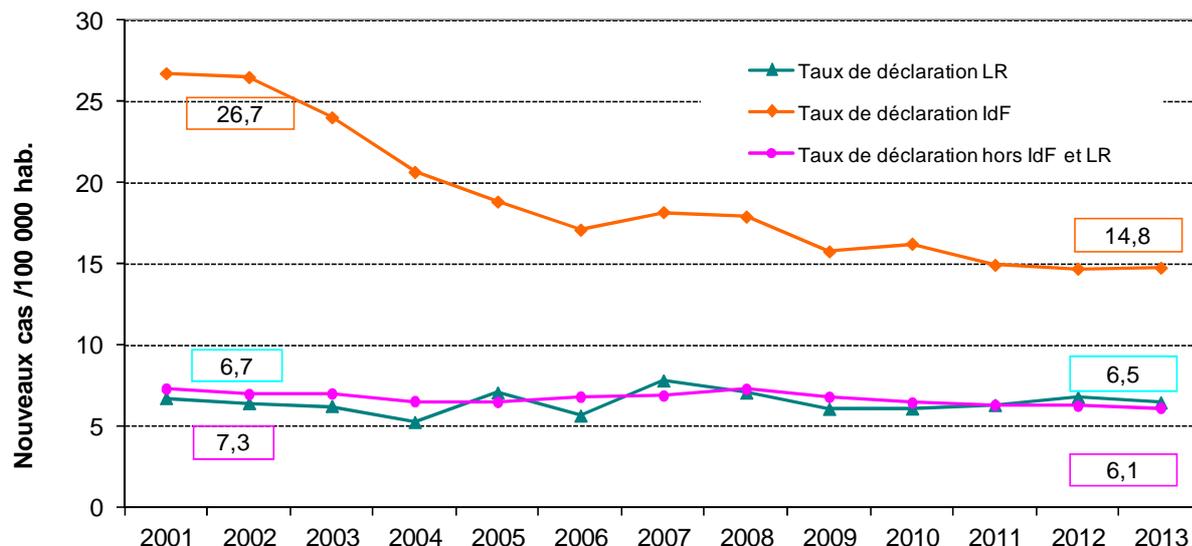
### Une incidence annuelle stable et comparable à la moyenne des régions métropolitaines (hors Ile-de-France)

En 2013, 176 cas de tuberculose ont été déclarés en Languedoc-Roussillon, soit un taux de déclaration de 6,5 pour 100 000 habitants, stable depuis les années 2000. Ce taux est très proche de celui des autres régions métropolitaines hors Ile de France (**figure 1 page 3**).

Dans cette dernière région, les taux se stabilisent à un niveau 2 fois plus important qu'en Languedoc-Roussillon.

Enfin, pour comparaison, en Midi-Pyrénées, les taux de déclaration pour 2013 étaient comparables à ceux du Languedoc-Roussillon, s'établissant à 6,2 pour 100 000 habitants avec 185 cas.

**Figure 1** : Evolution des taux de déclaration, Tuberculose, Languedoc-Roussillon et autres régions, 2001-2013, (source : InVS)



## I Evolution des taux de déclaration par département I

Les effectifs de tuberculose maladie déclarées et taux de déclaration par département de déclaration ont été repris entre 2001 et 2013 (**tableau 1**). De façon synthétique, les taux des Pyrénées-Orientales sont constamment en tête, suivis de ceux du Gard, puis de l'Hérault, de l'Aude et la Lozère. Des variations de structure d'âge des départements, comme des variations de l'exhaustivité locale de la déclaration, peuvent expliquer des différences entre départements.

La standardisation directe des taux de déclaration de tuberculose de chaque département sur la population de la région en 2013, permet d'obtenir des taux à structure d'âge et de sexe équivalent, et donc de comparer ces taux (**figure 2 page 4**).

**Tableau 1** : Cas incidents de tuberculose et taux de déclaration, Languedoc-Roussillon, 2001-2013, (source : InVS)

Année	Aude		Gard		Hérault		Lozère		P-O	
	effectif	taux								
2000	16	5,2	32	5,1	74	8,3	3	4,1	52	13,3
2001	18	5,7	37	5,8	63	6,9	4	5,4	36	9,0
2002	18	5,6	31	4,8	59	6,3	4	5,3	41	10,1
2003	12	3,7	32	4,9	68	7,1	6	7,9	33	8,0
2004	9	2,7	38	5,7	55	5,7	5	6,5	22	5,3
2005	15	4,5	38	5,6	88	8,9	3	3,9	32	7,5
2006	10	2,9	26	3,8	68	6,8	3	3,9	36	8,2
2007	18	5,2	55	8,0	78	7,7	2	2,6	47	10,7
2008	18	5,2	41	5,9	76	7,5	4	5,2	43	9,7
2009	13	3,7	38	5,5	44	4,3	3	3,9	60	13,5
2010	20	5,7	44	6,3	58	5,6	1	1,3	37	8,3
2011	14	3,9	44	6,1	57	5,4	3	3,9	50	11,0
2012	15	4,1	57	7,9	71	6,7	4	5,1	36	7,9
2013	23	6,3	38	5,2	75	6,9	1	1,3	39	8,4

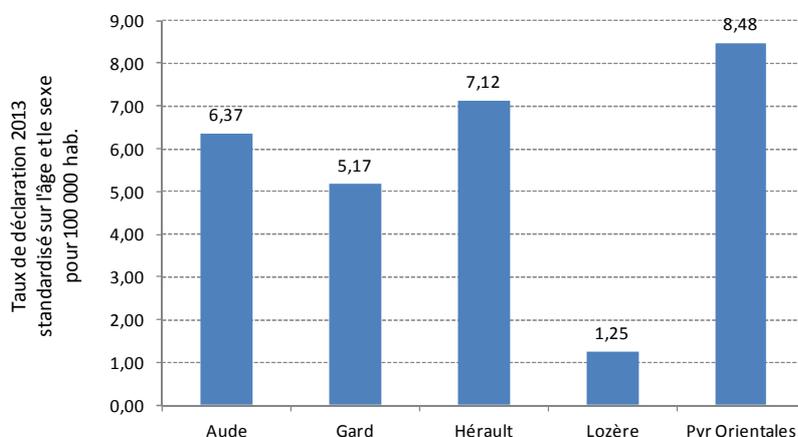
## I Evolution des taux de déclaration par département (Suite) I

### Standardisation des taux départementaux

Les différences inter départementales de taux de déclaration de tuberculose observées avant standardisation persistent de façon similaire en calculant les taux standardisés. et ne peuvent donc pas être imputées aux différences de structure d'âge des départements.

Des facteurs comme la proportion de populations vulnérables, la qualité de la déclaration, peuvent expliquer des taux plus élevés dans le Pyrénées-Orientales par exemple. Le déclaration de tuberculose reste un évènement rare dans un département rural et peu dense comme la Lozère.

**Figure 2 :** Taux de déclaration de tuberculose maladie standardisé sur âge et sexe par département, Languedoc-Roussillon, 2013, (source : InVS)



## I Caractéristiques des patients I

En Languedoc-Roussillon, les patients étaient majoritairement masculin (sex ratio de 1,6), avaient un profil d'âge comparable à la moyenne nationale et à celui des patients de Midi-Pyrénées en 2011 [3]. Les patients âgés de plus de 60 ans représentaient 27% des cas, comme au niveau national en 2013 (26%), tandis que ceux âgés de 75 ans et plus représentaient 15% contre 14% au niveau national. Pour comparaison, les cas de tuberculose en région Midi-Pyrénées étaient un peu plus âgés avec respectivement 30% et 19% pour les plus de 60 et les plus de 75 ans.

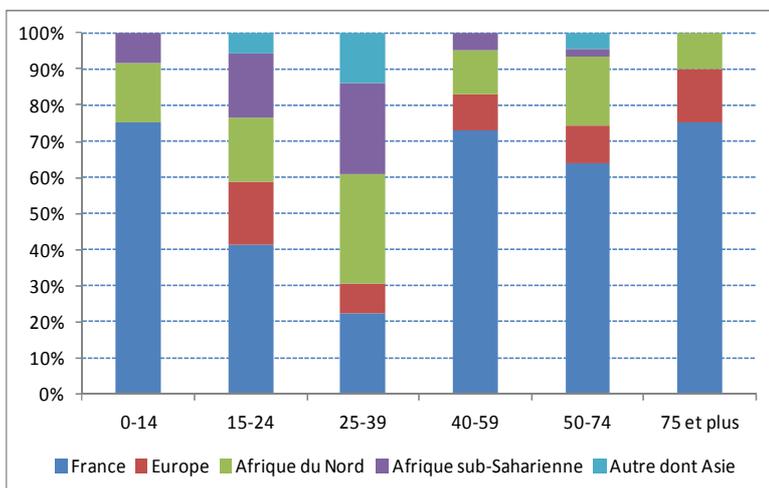
En 2013 en Languedoc-Roussillon, 7 enfants de 0 à 4 ans et 7 enfants de 5 à 14 ans ont fait l'objet d'une déclaration, représentant 8% des déclarations (5,1% au niveau national). Parmi les 14 enfants de moins de 14 ans déclarés en 2014, 10 avaient moins de 8 ans (nés depuis la fin de l'obligation vaccinale). Parmi ceux-ci, 8

étaient éligibles à la vaccination et parmi ceux-ci 3 n'étaient pas vaccinés, et auraient donc pu être évités.

Des localisations méningées tuberculeuses isolées ou associées concernaient 2 enfants de moins de 5 ans en 2013, non vaccinés, dont un éligible à la vaccination (antécédent familial de tuberculose). Une miliaire tuberculeuse concernait aussi un enfant de moins de 5 ans, éligible mais non vacciné par le BCG (parent originaire de zone d'endémie et antécédent familial).

En 2013, lorsque le pays de naissance était connu (89%), près de la moitié des cas (48%) étaient nés à l'étranger. Les principales origines des personnes nées à l'étranger étaient l'Afrique du Nord (43%), l'Afrique sub-saharienne (18%), le continent européen (26%) et les autres régions du monde (11%). Comme observé au niveau national, les profils d'âge sont étroitement associés au pays de naissance, traduisant les caractéristiques démographiques des migrants.

**Figure 3 :** Répartition des cas de tuberculose par pays ou continent de naissance, Languedoc-Roussillon, 2013, (source : InVS)



### Vie en collectivité

Le fait de vivre en collectivité était signalé pour 8,6% des patients en 2013 en Languedoc-Roussillon (dont 28% en centre d'hébergement collectif, 14% en EHPAD et 14% dans un établissement pénitentiaire).

La proportion des personnes sans domicile fixe s'établissait en 2013 à 4,8% en Languedoc-Roussillon, comparable à celle du niveau national, et proche de celle observée en Midi-Pyrénées en 2013 (7%). Ces données doivent être observées avec prudence compte-tenu d'effectifs limités. Dans tous les cas, ceci correspond à une incidence élevée dans cette population de taille limitée.

## I Caractéristiques cliniques et microbiologiques I

La majorité des cas déclarés en 2013 étaient des formes pulmonaires (isolées ou associées à une localisation extra-pulmonaire) soit 84% ce qui est supérieur à la proportion observée au niveau national (72%).

Au total, 45% des cas étaient confirmés avec une culture positive pour une mycobactérie du complexe tuberculosis (le résultat de la culture n'était pas connu dans 55% des cas). 46% des cas pulmonaires étaient bacillifères c'est-à-dire avec des bacilles acido-alcool-résistants retrouvés à l'examen direct microscopique du prélèvement respiratoire. Par rapport aux résultats nationaux globaux et à ceux de Midi-Pyrénées pour 2013, les chiffres sont comparables.

Bien que les données de déclaration obligatoire soient très incomplètes, une résistance à l'isoniazide et à la rifampicine était connue chez 3 patients en 2013 parmi 25 dont le résultat de culture était disponible.

### Contexte du diagnostic

L'information sur le contexte diagnostic est collectée depuis 2007. En 2013, cette donnée était renseignée pour 95% des cas. Parmi les 167 patients pour lesquels

la donnée était disponible, 75% avaient été diagnostiqués dans le cadre d'un recours au système de santé, 11% dans le cadre d'une enquête autour de cas, 5% dans le cadre d'un dépistage et 8% d'autres situations.

La fréquence de diagnostic de la tuberculose via l'enquête autour d'un cas ou un dépistage spécifique était de 42% pour les 0-19 ans (8/19) et de 33% pour les âges supérieurs à 30 ans. Pour ces dernières tranches d'âge, le recours au système de santé est le moyen prédominant du diagnostic (67%).

Comme au niveau national, la notion d'un antécédent de tuberculose traitée existe chez 7% des patients en 2013 témoignant d'un véritable risque d'émergence de formes résistantes, même si ces dernières restent sporadiques actuellement dans la région. Par ailleurs, ces données d'antécédent de traitement n'existent pas au moment de la déclaration dans 18% des cas. Une meilleure complétude de cette donnée serait utile au niveau régional pour le déroulement des enquêtes autour des cas, comme pour l'interprétation des données.

## I Discussion - conclusion I

Le taux de déclaration de la tuberculose maladie est stable en Languedoc-Roussillon et comparable à la moyenne des autres régions métropolitaines hors Ile de France dont la région Midi-Pyrénées. Une analyse de l'exhaustivité permettrait dans le cadre de la nouvelle région d'estimer la réalité de l'incidence de cette maladie de façon plus précise.

Des différences existent entre territoires, et groupes de population touchés, avec des variations d'incidence importantes. Les différences territoriales ne sont pas expliquées par les différences de structure d'âge des populations. Les populations les plus défavorisées (SDF...), les migrants, en fonction de l'ancienneté de leur arrivée en France, payent le plus lourd tribut à cette maladie à forte composante sociale.

Les formes pédiatriques représentent 4% des tuberculoses en région L-R en 2013 ce qui est un peu plus que la proportion au niveau national, et un tiers de

ces enfants, bien qu'éligibles au BCG, n'étaient pas vaccinés.

Si les formes multi-résistantes (MDR en particulier) restent rares en région L-R, la fréquence de patients déjà traités au moment de leur diagnostic (7%) doit inciter à la vigilance et à l'amélioration du recueil de l'antécédent de tuberculose traitée.

Le diagnostic de la tuberculose reste dominé par le recours au système de santé par l'utilisateur, hormis les circonstances particulières du dépistage, notamment chez les plus jeunes.

Ceci donne tout son sens aux objectifs de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose de 2015 « **Atteindre, traiter, guérir toutes les personnes ayant une tuberculose** ».

## I Références I

1. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007. 72 p. <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-de-lutte-contre-la-tuberculose-2007-2009,3921.html>
2. Girard D, Antoine D, Che D, Epidemiology of pulmonary tuberculosis in France. Can the hospital discharge database be a reliable source of information?, Médecine et maladies infectieuses, Vol 44 - N° 11-12 - décembre 2014, 509-514, Doi : 10.1016/j.medmal.2014.10.002
3. Bulletin de veille sanitaire « La tuberculose en Midi Pyrénées », 2013, Cire Midi Pyrénées, 16 p., <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Midi-Pyrenees/Bulletin-de-veille-sanitaire-Midi-Pyrenees.-N-7-fevrier-2013>

Dr Julien Crouzet, Centre de lutte anti-tuberculeuse, territoires de Nîmes et Bagnols-sur-Cèze

## Contexte

Selon l'**Organisation mondiale de la santé (OMS)**, près du tiers de la population mondiale est infectée par un des microorganismes responsables de la tuberculose [1], le *Mycobacterium tuberculosis*. Même si les personnes infectées (tuberculose latente) n'ont aucun symptôme de tuberculose et ne sont pas contagieuses, elles sont exposées au risque de développer une tuberculose active et devenir contagieuses. L'OMS estime à plus de 9 millions, le nombre de nouveaux cas de tuberculose-maladie à travers le monde en 2013 avec un nombre de décès observé chez 1,7 million de personnes. C'est principalement en Asie et en Afrique subsaharienne que l'incidence est la plus élevée, dépassant dans certains pays 300 cas pour 100 000 habitants. Dans les pays d'Europe de l'Ouest, la morbidité et la mortalité dues à la tuberculose ont considérablement baissé et leurs taux sont aujourd'hui considérés comme faibles. En France, le taux de déclaration de tuberculose maladie s'établit à 7,5 cas pour 100 000 habitants [2].

Même si la France rapporte un nombre annuel de cas de tuberculose maladie en légère baisse depuis quelques années, il faut encore se préoccuper de cette maladie. En effet, la tuberculose reste encore trop fréquente pour ne pas poser problème et trop rare pour en conserver facilement l'expertise exposant à des retards diagnostiques. De plus, ces chiffres réjouissants nous cachent une réalité moins reluisante : la tuberculose ne frappe pas au hasard, choisissant sa cible dans les groupes à risque élevé d'infection avec un fort environnement bacillaire (entourage de patients contagieux, relation avec les pays de haute incidence, vie en collectivité) ou de progression de l'infection vers la maladie (âges extrêmes de la vie, dénutrition, maladie ou traitement fragilisant).

## Des populations à risque

Des taux d'incidence de tuberculose plus élevés ont été observés dans des populations précises [1]. Plusieurs facteurs de risque sont suggérés (tableau 1). On retrouve la notion d'immunodépression et de l'âge ou bien de l'exposition à risque en milieu de soins. Mais les principaux facteurs de risque identifiés et à cibler en priorité sont les conditions socio-économiques défavorables (précarité associée à la vie en collectivité) et la notion de migration d'un pays endémique de tuberculose.

### Migrants—populations nées à l'étranger

Le terme "migrant" n'a pas de définition consensuelle car trop souvent utilisé pour faire un tri entre les personnes qui quittent leur pays selon les causes supposées de leur départ (causes économiques versus causes politiques). Selon l'UNESCO, il s'agit de "toute personne vivant de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel elle n'est pas née et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays".

**Tableau 1** : Incidence de la tuberculose en France en 2013 selon les caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques des cas de tuberculose	Incidence pour 100 000
<b>Age</b>	
25-44 ans	11,4
> 65 ans	9,3
<b>Selon la région en France</b>	3—24
<b>Personnes migrantes (ancienneté d'arrivée)</b>	
Depuis < 2 ans	209,3
Depuis 2 - 4 ans	57,3
Depuis 5 - 9 ans	26,5
Depuis >10 ans	13,2
<b>Milieu carcéral</b>	91,6
<b>Sans domicile fixe</b>	176,7
<b>Professionnels de santé</b>	20

Dans la littérature scientifique, Hans Rieder et al. distinguent plusieurs groupes parmi les migrants [3] :

- **immigré légal** : personne née dans un autre pays et vivant légalement de façon permanente ou temporaire dans le pays d'accueil (source ministère de l'intérieur : 205393 en 2013, incluant travailleurs migrants (17800), étudiant (62815), famille (93174), humanitaire (17916) [4].

- **demandeur d'asile** : personne qui a quitté son pays d'origine et souhaite obtenir le statut de réfugié (sources OFPRA : 11428 accords pour 66251 demandes en 2013) [4].

- **étranger/immigré sans papier** : personne née dans un autre pays et vivant en situation irrégulière dans le pays d'accueil (absence ou expiration d'un visa, rejet d'une demande d'asile). On a observé, en 2013, la réalisation de 27081 éloignements d'étrangers en situations irrégulières [4].

En 2013, les personnes nées à l'étranger représentaient 56% des cas rapportés de tuberculose active et connaissaient un taux d'incidence de tuberculose 10 fois supérieur à celui des personnes nées en France [2]. Les déterminants sociaux de la santé, comme la pauvreté contribuent à augmenter le risque de contracter la tuberculose latente ou de développer la tuberculose active. De plus, leurs conditions de vie souvent précaires font en sorte que pour elles, le traitement de la tuberculose n'est pas nécessairement prioritaire et favorisent également la transmission de l'infection à leur entourage.

Enfin, dans plusieurs pays d'origine des migrants, la résistance aux antituberculeux est une situation préoccupante. Il faut donc porter une grande attention à l'évolution du nombre de cas de tuberculose résistants à un ou plusieurs antituberculeux sur notre territoire.

## Populations précaires

Il faut dissocier précarité, pauvreté et exclusion. Ce sont trois situations différentes mais qui peuvent s'imbriquer les unes dans les autres. La précarité peut entraîner la pauvreté qui peut mener à l'exclusion.

Selon le rapport Grande pauvreté et précarité économique et sociale rendu en 1987 au Conseil économique et social français par Joseph Wresinski, « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.* ». Les sécurités dont il est question sont le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social,... il est important de noter qu'il y a une idée de réversibilité dans la précarité.

L'incidence de la tuberculose en situation de précarité est majeure et le cumul possible de facteurs de risque amplifie ce risque.

## La précarité peut cumuler de nombreux facteurs favorisant le risque tuberculeux :

- **Retard diagnostic** : image corporelle, perception de la santé, accès aux soins.
- **Regroupement de personnes à risque** : logement confiné, insalubre, foyers d'accueil, incarcération, éventuelle origine de pays de haute incidence.
- **Risques de progression** : alcool, tabac, toxicomanie, dénutrition, immunodépression. Observance et suivi de traitement aléatoires.

La vie en collectivité apparaît à risque car observée chez 14% des cas de tuberculose déclarés en 2013 [2]. En effet, les locaux surpeuplés et mal ventilés peuvent accroître l'exposition à la tuberculose, et la mauvaise alimentation peut augmenter le risque des personnes atteintes de tuberculose latente de développer la tuberculose active. Ces facteurs peuvent être aggravés dans les collectivités éloignées et isolées en raison de l'accès limité ou retardé aux services de soins de santé (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale -CHRS -, établissements pénitentiaires).

En 2013, 5,4 % des cas signalés de tuberculose active concernaient la population sans domicile fixe. Le taux d'incidence de la tuberculose active chez les SDF était près de 30 fois plus élevé que chez la population non SDF. De nombreuses études ont mis en évidence un lien entre la survenue de cas de tuberculose et les conditions socio-économiques défavorables.

## Dépistage dans la population cible

Depuis 1995, les recommandations nationales ont défini la notion de dépistage orienté afin de développer le

dépistage dans les collectivités accueillant des catégories de personnes plus susceptibles de développer une tuberculose (prisons, CHRS, foyers de migrants) [5].

En 2005, le groupe de travail « tuberculose et migrants » du CSHPF ajoute des recommandations [6] sur le dépistage des migrants provenant de zones d'endémie. Il est proposé un suivi radiologique annuel pendant les 2 ans suivant l'arrivée sur le territoire, un dépistage puis traitement des ITL chez les migrants de moins de 15 ans, puis un dépistage radiologique à l'embauche des personnes en contact d'enfant de moins de 15 ans originaire de zones d'endémie et en France depuis moins de 15 ans [6].

Depuis 2007, le programme national de lutte antituberculeuse propose **d'étendre le dépistage de la tuberculose à l'ensemble des groupes où l'incidence est supérieure à la population générale.** Enfin, il est proposé **une vaccination BCG ciblée mais non obligatoire.**

La tuberculose est ainsi reconnue comme problématique prioritaire chez les personnes vivant dans la précarité et notamment chez les migrants et plusieurs freins au dépistage ont été identifiés [2] :

**La précarité des conditions de logement et la difficulté d'accès aux soins et de droit au séjour.** Des solutions existent : mise à disposition de solutions d'hébergement, faciliter leurs inscriptions dans le système de santé.

**L'information de l'entourage en vue d'un dépistage peut poser problème.** Cette population déjà précaire d'un point de vue administratif et financier, s'expose au moment de l'annonce de la maladie à un rejet et un isolement social aggravant encore sa situation. Les associations travaillant avec ces populations pourraient davantage servir de relais et de soutien à cette annonce afin d'éviter des situations d'exclusion.

**Le travail de l'enquête et du dépistage** peut être rendu **difficile** à mener chez les migrants récemment arrivés en France **par la fréquence du problème de la barrière de langue.** L'utilisation de l'interprétariat professionnel par l'ensemble des acteurs de la lutte antituberculeuse, apparaît essentielle pour l'efficacité de l'action.

### Deux options de dépistage sont possibles : recherche de maladie et/ou d'infection tuberculeuse.

**La recherche de maladie tuberculeuse repose sur le cliché pulmonaire de face**, elle interrompt la contagiosité en raccourcissant sa durée, diminue gravité, nombre et durée d'hospitalisation et le nombre de sujets contacts à explorer.

**Ce cliché peut être systématique et légal** : contexte d'incarcération parfois, centres d'accueil de demandeurs d'asile, visite médicale de l'Office Français d'Immigration et d'Intégration, visite d'embauche des professionnels du secteur sanitaire et médico-social .

**Ce cliché peut être systématique et organisé** (dépistage anticipé) : foyers d'accueil / foyers d'hébergement de personnes en difficultés.

**Ce cliché peut être demandé devant une toux** de plus de 3 semaines (bruit de fond des 3 millions de bronchitiques chroniques tabagiques en France) nécessitant une formation d'alerte de l'entourage des sujets à risque : leader d'opinion de la communauté concernée, professionnels médicaux, sociaux ou administratifs.

**La recherche d'infection tuberculeuse d'amont par test intradermique tuberculique ou sanguin de libération d'interféron**, conduit au traitement antibiotique préventif ou à la surveillance radiologique/clinique suivant le risque de maladie (terrain immunodéprimé, immigration récente, contagé récent...) et le couple observance/tolérance estimé.

Elle est indiquée chez les enfants migrants de moins de 15 ans et lors des enquêtes autour d'un cas de tuberculose maladie.

### EN CONCLUSION

La tuberculose est une maladie à composante sociale puisqu'elle frappe de façon importante différentes couches de la population dont les plus vulnérables. Les taux disproportionnellement élevés de tuberculose active dans ces groupes reflètent des inégalités importantes sur le plan de la santé entre différents groupes de la population. Des approches de promotion de la santé et de prévention des maladies sont essentielles pour s'attaquer à ces inégalités mais doivent être adaptées selon le type de population cible.

Les CLAT (centres de lutte antituberculeuse) ont un rôle fondamental de dépistage, formation et information dans ce domaine cependant, la lutte antituberculeuse spécifique en milieu de précarité nécessite une approche décentralisée, un travail en réseau et s'appuie sur différents acteurs médico-socio-administratifs.

### Références

1. World Health Organization. Global tuberculosis report. 2014. Geneva: WHO.171 p. [http://www.who.int/tub/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tub/publications/global_report/en/)
2. Aït Belghiti F, Antoine D. L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015 ;(9-10) :164-71. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015\\_9-10\\_3.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_3.html)
3. Reider HL *et al.* Tuberculosis control in Europe and international migration. Eur Respir J 1994 ; 7 :1545-53.
4. Statistiques de l'immigration, de l'asile et de l'accès à la nationalité française. Calendrier de diffusion des données statistiques annuelles en 2015.
5. Circulaire n°41 du 4 Mai 1995 relative à l'organisation de la lutte antituberculeuse en France.
6. Rapport du groupe de travail " Tuberculose et migrants" : Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France (07 juin 2005).

## I Dépistage avancé de la tuberculose : l'expérience des Pyrénées Orientales I

Dr Laurence Mathé, Centre de lutte anti-tuberculeuse 66, Centre hospitalier de Perpignan

### Une mission prioritaire

Conformément aux recommandations, le CLAT établi, en mission prioritaire, le dépistage avancé des cas de tuberculose maladie considérant que le diagnostic des patients ayant recours aux soins était du ressort de la médecine libérale et hospitalière. En effet, à ce jour, le dépistage et la prévention de la tuberculose sont deux missions **exclusivement** imputées aux CLAT.

Le CLAT des PO s'est implanté au Centre Hospitalier de Perpignan fin 2006 suite à la recentralisation des actions de santé du Conseil Général, la réflexion sur la création d'un réseau de dépistage de la tuberculose dans les groupes de population à risque a été immédiate avec l'appui et l'expertise de la DDASS.

La première étape a été l'identification des groupes à

risque et la déclinaison des priorités des actions de dépistage en fonction des moyens du CLAT et du paysage départemental.

Les publics ciblés ont été à l'identique de ceux identifiés sur le plan national (précarité, migrants de pays d'endémie tuberculeuse) avec cependant trois particularités départementales qui sont la présence de la communauté des gens du voyage, la forte proportion de personnes en précarité et de personnes âgées.

La particularité « géographique » du département a dû être prise en compte et a facilité les actions du CLAT dans un département où les populations ciblées sont regroupées en grande partie autour de Perpignan dans la plaine du Roussillon.

.../...

Sur le plan de la santé publique, le département était également, doté d'un réseau d'accès aux soins et de prévention pour les populations ciblées, structuré et dynamique.

Concernant les moyens du CLAT, un véhicule était indispensable, une infirmière a été positionnée à 50% de son temps sur cette mission durant deux ans, et le médecin de l'équipe était à 0,5 ETP. Les outils de formation comme un ordinateur portable et un vidéo projecteur ont été acquis facilement dès le départ.

### Stratégie de mise en place

Au vu de ces éléments préliminaires, la stratégie de mise en place du réseau a été d'orienter les actions en fonction de certaines priorités :

- **Seules les populations fréquentant régulièrement des structures d'aide diverses ou habitant des lieux de vie collectifs** ont été prises en compte en premier lieu. Cela concernait celles qui avaient recours à des associations ou établissements pour une aide au logement, à l'alimentation ou aux soins que ce soit dans l'urgence ou non.  
Ainsi, a été établie la liste des lieux dans le Département en distinguant ceux dans lesquels médecins et infirmiers étaient présents regroupés en « structures médico-sociales » (14 structures), ceux dans lesquels il n'y avait pas d'infirmier ou ponctuellement, regroupés en « Centres d'Hébergement ou de réinsertion Sociale (CHRS) et assimilés » (12 structures), ceux dont le dépistage est réglementé (3 structures) et ceux dont le public utilise les services dans l'urgence regroupés en « accueil d'urgence » (4 structures) de jour ou de nuit.  
Les stratégies de dépistage ont été différentes en fonction de la qualification des référents : médicaux, para-médicaux, sociaux, éducatifs...
- **Le CLAT ne réaliserait pas lui-même les dépistages mais s'appuierait sur des REFERENTS formés au sein des structures** qui proposeraient et orienteraient eux-mêmes les personnes vers des centres de radiologie au plus près des lieux de vie.
- **Les Directions des structures ont été impliquées activement** et informées sur la Lutte Anti-Tuberculeuse (LAT). Les référents ont bénéficié d'une FORMATION INITIALE, actualisée, et formalisée par une convention ou une procédure.
- **Des outils permettant le dépistage ont été créés** et présentés aux référents.

### L'évolution du réseau de 2007 à 2014

**2007 à 2008** : Il s'est avéré, lors des premiers bilans, que les personnes ayant le plus accès au dépistage étaient celles issues des structures où un soignant était présent.

Toutes les autres structures (voir ci-dessus) avaient majoritairement des refus par les usagers dans la

réalisation du dépistage malgré la mise en place des mêmes outils et des mêmes formations par le CLAT. Les lieux d'accueil d'urgence n'ont pu proposer le dépistage pour des raisons de manque de temps du personnel notamment pour l'accompagnement à la radiographie et de manque de disponibilité des usagers.

**2009 : suite aux constats précédents**, le CLAT a initié le projet de la location d'une Unité de Radiologie Mobile (URM) afin de proposer le dépistage aux personnes identifiées à risque qui n'y avait pas accès. La DDASS puis l'ARS a soutenu ce projet. Les structures partenaires que fréquentaient ces publics étaient très impliquées dans la démarche avec l'URM car elle arrivait deux ans après l'essai par le biais des référents et des bons de radio.

Photo : Unité radiologique mobile



En plus des lieux d'accueil d'urgence et des lieux sans soignant ou ponctuellement, le CLAT a initié des dépistages HORS STRUCTURES avec l'URM : squats, aires de stationnement des gens du voyage, places publiques des quartiers à risque...

.../...

**2010** : Les partenaires identifient tous le CLAT désormais comme étant **le référent de la Lutte Anti Tuberculeuse** dans le département. Les formations ont été réalisées annuellement depuis 4 ans, et les contacts sont réguliers afin de maintenir le réseau.

**En 2012, un assistant social a renforcé l'équipe et enrichi les partenariats avec les acteurs sociaux.** Des outils de recueil de données ont été mis en place dans les structures pour une évaluation des actions.

**2011 à 2014** : Le réseau associatif rejoint la LAT (restaurants du cœur, secours populaire, banques alimentaires...) essentiellement pour des formations car le partenariat est resté à ce jour, encore peu efficient. L'URM est très efficiente par contre aux restaurants du cœur lors des jours de distribution. Les Maisons Sociales de Proximité rejoignent également le réseau par le biais des travailleurs sociaux formés aux objectifs de la LAT.

## Les outils

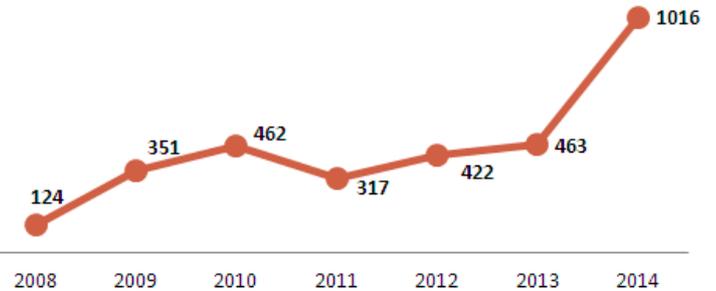
- Bons de radiographies pulmonaires (à destination des référents des structures)
- Convention avec des centres de radiologie privés dans le département : gratuité de l'examen pour le dépisté, proximité de son lieu de vie.
- Flyer d'information pour tout public traduit en Anglais, Arabe, Portugais, Russe et Espagnol. .
- Tableau de recueil de données logiciel Excel, menu déroulant rempli par les référents (figure 1)
- Recueil de données du dépistages avec l'URM.

## Résultats de 2008 à 2014

### Dépistage par les référents et l'unité mobile

Une augmentation constante du nombre de personnes ayant accès au dépistage depuis la création du réseau est constatée. Ce schéma ne prend pas en compte le dépistage réglementé. L'augmentation de 2014 est due au développement important des actions avec l'URM qui est montée en puissance après une phase de mise en place de 2009 à 2012 (figure 2).

**Figure 2** : nombre de dépistages effectués par les référents et l'unité mobile, CLAT des P-O, 2008-2014



### Dépistage par les référents dans les structures

Grâce aux outils mis en place il est possible d'évaluer la proportion de personnes dépistées dans les structures partenaires, et ainsi, prioriser les actions. On note également l'évolution au fil des années. (figure 3, page suivante).

- Dans les Lits Halte Soins Santé (LHSS) le dépistage est proche de l'objectif fixé de 100%.
- Dans les 4 CHRS où l'on a recueilli les données, la moyenne des usagers dépistée est de 20% seulement... ce qui donne une grande marge d'amélioration, alors que de grandes disparités existent entre les structures.

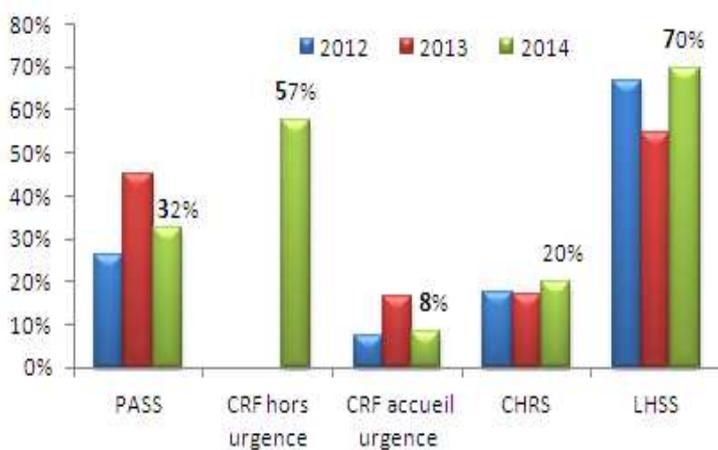
**Figure 1** : copie d'écran tableau recueil des référents

Identité	ADULTE DEPISTAGE TUBERCULOSE MALADIE				Enfants < 15 ans	
	Dit avoir fait la RP dans les 12 derniers mois : Oui/Non Lieu * : menu déroulant (format informatique) ou mettre le n° (format papier)	Radio Proposée par le référent de la structure	Radio refusée	RP réalisée <u>A remplir par le CLAT</u>	Recherche ITL	Orientation BCG

## I Dépistage avancé de la tuberculose : l'expérience des Pyrénées Orientales I

- En accueil d'urgence de la Croix Rouge Française (CRF), 60% des usagers vus par le référent du CLAT ont bénéficié d'un dépistage. Mais ce référent ne voit que 25% des usagers de la structure d'urgence.
- En dehors de l'urgence, les 3 autres structures de la CRF dépistent 57% de leurs usagers. La PASS, dans l'enceinte de l'hôpital également, dépiste 30% de ses usagers. Un des objectifs 2015 est d'atteindre 50% de dépistage dans cette structure qui reçoit tous niveaux de précarité et toutes origines de migrants de pays d'endémie tuberculeuse.

**Figure 3 :** Proportion d'usagers dépistés sur la file active de la structure 2012 à 2014



**Abréviations :**

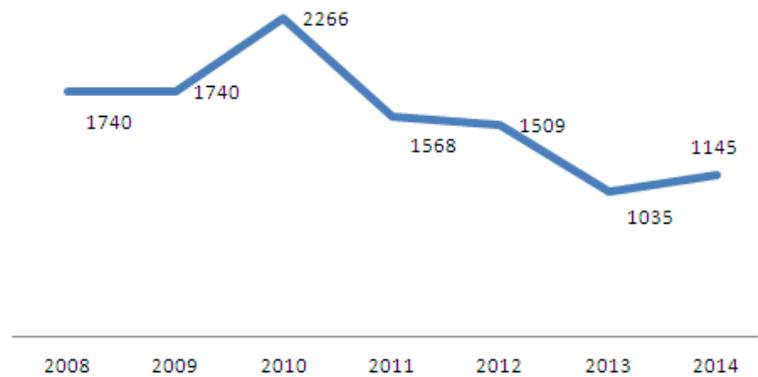
PASS : permanence d'accès aux soins  
 CRF : Croix Rouge Française  
 CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale  
 LHSS : lits halte soins santé

### Dépistage réglementé : UCSA, Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile, Office Français d'intégration et de l'Immigration (OFII).

Malgré un dépistage encadré par la réglementation de ces structures, le CLAT maintient un partenariat actif par une mise à jour annuelle des connaissances en matière de LAT et par un rendu annuel du rapport d'activité du CLAT.

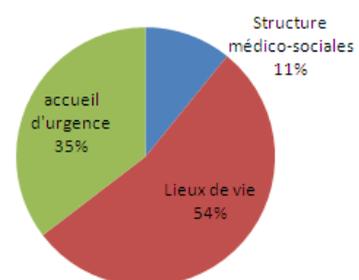
Une baisse régulière du nombre de personnes dépistées de façon réglementaire par les UCSA, CADA et l'OFII, imputable majoritairement à l'OFII depuis 2010 (figure 4).

**Figure 4:** Dépistage réglementé, sujets dépistés par UCSA, CADA et OFII, P-O, 2008-2014



### Dépistage par l'Unité de radiographies mobile

**Figure 5 :** Répartition des lieux de dépistage par l'unité de radiologie mobile, 2009-2014



L'objectif du dépistage par l'unité radiologique mobile qui est de dépister les populations hors structure est donc atteint avec 90% des actions de dépistage dans des lieux de vie ou des accueils d'urgence.

Les opérations sont préparées deux mois avant par un staff hebdomadaire qui regroupe toute l'équipe du CLAT ainsi qu'un référent de l'Equipe Mobile des Hépatites (EMH) qui réalise les dépistages conjointement à ceux du CLAT.

Ainsi, nous optimisons l'opération qui est conséquente en matière logistique et de communication et offrons au public une diversité de dépistages.

## Nombre de tuberculoses diagnostiquées par le réseau CLAT depuis 2008

Au total, depuis 2008 et 2009 pour la PASS, 49 patients ont bénéficié d'un DIAGNOSTIC de la tuberculose maladie par le biais du réseau CLAT. Ces patients sont pour la grande majorité peu ou pas contagieux du fait du stade précoce de la maladie, ce qui interrompt la chaîne de transmission. L'accompagnement dans l'observance thérapeutique individualisée a été réalisé pour tous ces patients.

L'incidence de la tuberculose la plus élevée se retrouve dans le groupe dépisté par les référents du CLAT (tableau 1) bien devant celle des enquêtes autour d'un cas. Et dans ce groupe, on relève que, dans le public de la PASS, l'incidence est de plus de 15 fois l'incidence nationale (124 contre 7,5/100 000).

Avec l'URM, c'est EXCLUSIVEMENT dans les lieux de vie que des patients ont été diagnostiqués. L'incidence est d'environ 7 fois le niveau national.

Il est possible d'estimer l'incidence de la tuberculose en fonction des modalités de dépistage retenues entre 2008 et 2014 dans les Pyrénées-Orientales (ci-dessous).

## Conclusion

Au vu de ces résultats, il nous semble important de poursuivre nos efforts dans le sens du dépistage avancé et d'en faire une priorité pour le CLAT au même titre que les enquêtes autour d'un cas qui se situent dans les mêmes incidences de diagnostic de la tuberculose. Cette mission nécessite un travail de fond avec les délégations territoriales des ARS afin d'en déterminer une stratégie commune de dépistage ciblé, ainsi qu'une stratégie de couverture territoriale adaptée aux besoins.

Les équipes des CLAT doivent sortir hors des murs hospitaliers pour construire un partenariat avec les professionnels qui œuvrent auprès des publics à risque de tuberculose. Le dépistage est également très efficace hors des structures d'aide, et dans les lieux de vie avec l'unité de radiologie mobile.

Les deux modalités sont complémentaires, et la formation par le CLAT des référents du réseau est incontournable ainsi que sa mise à jour.

**Tableau 1** : effectif dépisté et incidence cumulée de la tuberculose modalité selon la modalité retenue de 2008 à 2014 (Pyrénées-Orientales)

Modalités de dépistage de la tuberculose maladie	Effectif dépisté (n)	Tuberculoses diagnostiquées (n)	Incidence cumulée de 2008 à 2014 / 100 000 personnes dépistées
<b>Par référents du CLAT</b>	<b>1773</b>	<b>12</b>	<b>97</b>
<i>dont la PASS</i>	<i>806</i>	<i>7</i>	<i>124</i>
<b>Par les enquêtes autour d'un cas</b>	<b>3578</b>	<b>20</b>	<b>80</b>
<b>Par unité mobile (camion)</b>	<b>1482</b>	<b>4</b>	<b>45</b>
<i>dont lieux de vie</i>	<i>711</i>	<i>4</i>	<i>84</i>
<b>Par un dépistage réglementé</b>	<b>11003</b>	<b>13</b>	<b>17</b>
Total		<b>49</b>	

# I La tuberculose en bidonvilles autour de Montpellier : vers le développement d'actions coordonnées s'appuyant sur la médiation sanitaire I

Dr C Corbeau, Dr JP Marty, A Sagnat, L Belet, V. Andrieu, I. Minotti, IDE, L. Caumette, S. Boulouys, Assistant Médico-Administratif, Centre de lutte anti-tuberculeuse, CHU Montpellier

Dr L Vauclare, Dr J Policar, Dr A Alauzen, H Vallières, puéricultrice, Conseil Départemental Hérault

M Mercier, S Radenez, D Granier Turpin, D Simon, Médecins du Monde

**Cet article relate l'expérience du dépistage par le CLAT de Montpellier entre 2007 et 2015 en lien étroit avec les services de protection maternelle et infantile (PMI) et Médecins du Monde (Mdm).**

## Introduction

Les bidonvilles rassemblent des populations migrantes d'Europe de l'est (essentiellement de la communauté Rom qui est celle concernée par l'action), avec aller retours fréquents en pays de forte endémie, vivant dans des conditions de vie très précaires.

A Montpellier on estime cette population à entre 600 et 800 habitants répartis en 6 à 8 sites selon les années. Certaines familles ont "résidé " sur 7 sites différents au cours des dernières années.

On y trouve une forte proportion d'enfants en bas âge dont la couverture vaccinale est mal connue (peu de carnets de santé) et le suivi des enfants insuffisant malgré la mise à disposition depuis 2009 d'un bus PMI couvrant actuellement trois des sept sites sur l'agglomération de Montpellier.

Le contact avec le système de santé est parfois vécu avec appréhension, l'expérience au sein de la Roumanie comme en France rend ce contact difficile (méconnaissance du système de santé français, problème de langue en particulier), avec d'avantage un recours aux urgences qu'à une consultation programmée.

## Tuberculose maladie : bilan 2007-2015

Vingt-cinq cas issus des bidonvilles ont été identifiés et traités entre 2007 et 2015 dont 17 cas ont concerné trois familles témoignant d'une circulation et d'une incidence majeure dans les conditions de vie de ces campements.

D'autres cas concernaient des travailleurs saisonniers précaires isolés témoin du "bruit de fond" de l'incidence de la tuberculose en Roumanie, ne touchant pas que la population Rom particulièrement marginalisée.

## 2007-2011 : enquêtes autour des cas

Plusieurs opérations de dépistage ont été organisées dans le cadre d'enquêtes autour de cas depuis les années 2007-2008. L'élément déclencheur était la découverte d'une tuberculose maladie, et une mobilisation conjointe du CLAT, de Médecins du Monde, de la PMI, de la Croix Rouge française, ont permis d'organiser un dépistage qui revêtait plusieurs limites : interruption du suivi et ou du traitement, séjours discontinus, mesures d'éloignement...

## Dépistage ciblé sur les lieux de vie

A partir de 2012 un dépistage ciblé (invitation à venir au CHU effectuer une radiographie thoracique) hors dépistage autour de cas a été initié mais peu suivi.

En 2013, vu la faible réponse aux invitations du CLAT de venir faire une radiographie thoracique de dépistage au CHU il a été suggéré de « sonder » la prévalence de l'infection par la recherche des ITL chez les enfants en allant sur site réaliser des IDR (Tubertest) en lien avec la PMI disposant quand à elle d'un bus.

Le premier bidonville ciblé fut le Zénith 1 où le bus PMI se rendait une fois/mois et où des bénévoles de MDM (professionnel de santé) ou du collectif ROM avaient établi des liens de confiance avec plusieurs familles implantées depuis un certain temps.

Des rencontres, caravane par caravane ou « chalet » ont permis de parler du dépistage prévu et de recueillir des fiches d'information par famille (nom, prénom et dates de naissance des enfants, scolarité éventuelle, maîtrise du Français, état de la couverture sociale...) aucune réticence au dépistage n'a été exprimée.

## I La tuberculose en bidonvilles autour de Montpellier : vers le développement d'actions coordonnées s'appuyant sur la médiation sanitaire I

La communication systématique avec chaque famille a été rendue possible par la présence d'une interprète, la vidéo réalisée par Médecins du Monde et le CHU de Nantes a été présentée à la demande bien qu'elle traite plus de la maladie que du dépistage.

Trois visites sur site dont une la veille du jour J ont ainsi été réalisées. Le jour J les équipes CLAT, MDM et PMI (secrétaire, médecin, interne, puéricultrice et interprète) ont accueilli 13 familles avec le bus PMI, certaines familles ont été réticentes à la pratique du tubertest.

Les tubertest ont été réalisés chez les enfants (toujours de moins de 15 ans) scolarisés en fin de journée.

A J3 nous sommes revenues avec le bus PMI pour la lecture, toutes les familles se sont présentées.

Aucune Infection tuberculeuse latente n'a été dépistée.

Il n'y a pas eu de vaccins proposés à cette étape même si la sensibilisation aux divers vaccins a été reprise par les professionnels de PMI.

**L'opération a été renouvelée sur un autre bidonville**, dépendant d'une autre Agence de la solidarité départementale « Ovalie » et avec le Camion de Médecins du Monde. Ce lieu a été choisi en raison de l'implication d'équipes de MDM sur la santé des femmes.



La procédure fut la même : rencontre de chaque famille avec interprète, réalisation des Tubertest et lecture à J3 avec enregistrement des résultats sur carnet de santé autant que possible et/ou sur les registres PMI. Là encore aucune infection tuberculeuse latente n'a été trouvée mais diverses problématiques de santé des enfants ont été repérées justifiant des liaisons avec le CHU.

Ces résultats portent sur un nombre insuffisant d'enfants (tableau 1 p15) pour être complètement rassurants sur l'absence de prévalence de l'infection chez les enfants mais ne suggèrent pas d'alerte.

Le projet de dépistage de tous les habitants par unité mobile radiologique prévu en 2014 n'a pu être réalisé pour des raisons budgétaires.

Début 2015 un nouveau projet de dépistage a été préparé

en coordination avec l'Agence de la solidarité départementale « Portes de la mer », sur un site où les conditions n'étaient pas réunies pour un passage régulier du bus PMI bien qu'il soit le plus peuplé. Ce lieu a été choisi car un cas de tuberculose y avait été dépisté chez une jeune femme sans que l'entourage ne puisse être correctement identifié et dépisté (la crainte de marginalisation inhibant la communication sur le caractère contagieux de cette maladie).

Le partenariat a permis de nouveau l'information des familles, le repérage préalable de la composition de chacune, des vaccinations effectuées. Une vaccination BCG a été proposée, acceptée par les familles et réalisée pour 10 enfants (dont 9 de 10 ans ou moins) ayant eu une IDR négative en absence de cicatrice ou de notification de BCG préalable. Quatre ITL ont été prises en charge à cette occasion mais deux ont débouché sur une perte de vue ou un refus de traitement.

**Le bilan global de ces actions montre que l'immense majorité des IDR (sur 79 IDR lues, 75 négatives soit 95%, tableau 1 page 15) a été négative (<5mm).**

Comme à chaque fois, le bus PMI se remet à disposition des familles sur un emplacement proche, accessible aux deux terrains et peut ainsi effectuer le suivi post BCG.

Une ou deux visites des familles quelques jours avant et la veille de la présence du bus PMI est nécessaire afin de les informer (ou leur rappeler) du jour de la permanence du bus. Ces visites sont effectuées par les bénévoles de Médecins du Monde et permettent un bon déroulement de la consultation au sein du bus PMI.

### Discussion

#### Un partenariat avant, pendant, après le dépistage

Le dépistage n'est pas possible sans ce partenariat CLAT, PMI, MDM. Chacun a un rôle et une place bien déterminés. Les réunions avant le dépistage permettent de mettre en place avec précision les modalités de l'action, les intervenants sont complémentaires. La présence des interprètes est très importante car les familles doivent être informées des démarches, avoir les réponses et être rassurées. Ce partenariat a permis qu'un interprète puisse être présent à chaque intervention sur le terrain. La poursuite du partenariat après le dépistage permet de mener une évaluation conjointe pour envisager les améliorations à apporter et confirmer les pratiques d'intervention adaptées. Ce partenariat est également essentiel pour le suivi des personnes ayant besoin de soins suite au dépistage. L'aide aux formalités pour l'obtention de l'Aide médicale Etat a été menée de façon très active par Médecins du Monde pendant plusieurs années. Fournir les pièces nécessaires pour constituer la demande (certificat de domiciliation, photo d'identité, photocopie de la carte d'identité) est une étape facile pour les personnes dans la mesure où elles sont accompagnées dans cette démarche. Effectuer de façon systématique les renouvellements tous les ans (en temps et lieu indiqué par un courrier) sans accompagnement s'avère encore difficile pour celles-ci.

# I La tuberculose en bidonvilles autour de Montpellier : vers le développement d'actions coordonnées s'appuyant sur la médiation sanitaire I

**Tableau 1** : Résultat des dépistages des ITL chez les enfants, CLAT 34

Lieu	familles avec enfants n	enfants n	IDR faites	IDR lues	IDR en faveur d'infection	BCG fait n	dates
Zénith 1	7	30	12	12	0	0	sept-13
Bonnier	18	33	15	15	0	0	nov-13
Zénith 2	34	78	65	52	4	10	févr-15
total	59	141	92	79	4	10	

## Pas d'inquiétude notable sur la prévalence de la tuberculose mais mise en évidence d'autres problèmes de santé

A plusieurs reprises, les bénévoles de MdM ont remarqué des personnes ayant besoin de soins (notamment des personnes ayant plus de 50 ans) qui ne vont pas consulter (complexité des démarches de demande d'AME, peur du diagnostic, peur "du médical"...).

## Pertinence d'un dépistage systématique de la tuberculose (unité mobile?)

Divers CLAT organisent un dépistage systématique de la tuberculose maladie auprès de ces populations.

Nous ne le faisons pas pour le moment.

Certains interviennent avec une unité mobile pour le dépistage systématique autour d'un cas avéré, c'est intéressant car on constate les difficultés pour identifier les proches et les convaincre de se rendre au CHU pour une radio.

La mise à disposition d'un camion mobile permettrait de proposer un dépistage systématique progressivement sur l'ensemble des lieux concernés : sqatts, bidonvilles

## Intérêt de la médiation (langue, culture, ...)

Les acteurs de terrains (associations, MDM, PMI, CHU notamment CLAT, PASS) ont fait le constat d'un état de santé très préoccupant des populations Roms migrantes en France, conséquence des conditions de vie très précaires et des nombreuses difficultés rencontrées à l'accès aux soins en France et dans leurs pays d'origine.

La méconnaissance du système de santé, la complexité des démarches pour l'accès à l'AME, le manque d'informations sur les structures de santé, la barrière de la langue, les ruptures de soins, font partir de ces nombreuses difficultés.

Sans médiation, la plupart des personnes ne consulterait pas ou n'amènerait pas les enfants à consulter.

La médiation permet de développer une meilleure connaissance des sites et des familles, ainsi que l'évaluation de leurs besoins.

Les objectifs principaux de la médiation sont l'amélioration des connaissances par le public des

services de santé, l'accompagnement et le suivi au sein de ces structures. Au-delà d'un simple interprète, le médiateur identifié et reconnu par les familles, instaure une confiance mutuelle permettant

la crédibilité des conseils apportés et des orientations données. Le médiateur mobilise également les acteurs de santé et établit des liens avec ces professionnels pour qu'ils connaissent mieux les populations vivant en bidonvilles afin de faire évoluer les représentations et craintes.

L'amélioration du parcours de soin passe par l'apport de connaissances (conditions de vie, antécédents médicaux...) et la transmission des informations.

Les professionnels de santé sont persuadés de la pertinence des actions menées par les bénévoles de Médecins du Monde –médiateurs auprès de populations roms migrants, et ils souhaitent renforcer l'action de la médiation sanitaire, de façon professionnelle, c'est à dire par la création d'un ou deux postes à Montpellier.

Ces médiateurs pourront s'appuyer sur l'expérience d'autres villes où a été développé ce dispositif depuis 2008. Le rôle et le soutien de l'Agence Régionale de Santé en tant que partenaire semble incontournable.

Cette organisation (partenariat et recours à un médiateur) est garante de l'inscription de la prévention, du dépistage et des traitements éventuels dans une action coordonnée à moyen terme.

La problématique du dépistage de la tuberculose et du suivi des personnes vivant en bidonvilles relevant d'explorations complémentaires ou d'un traitement n'est qu'un révélateur de problématiques plus larges. Des solutions mises en œuvre pour la tuberculose pourraient être étendues aux pathologies beaucoup plus fréquentes (en particulier pour les femmes et les enfants) avec les différents partenaires concernés.



# I Dépistage systématique de l'Infection Tuberculeuse Latente (ITL) auprès des migrants mineurs isolés par le CLAT de Montpellier I

Dr Catherine Corbeau, Dr Jean-Pierre Marty, Adeline Sagnat, Centre de Lutte Anti Tuberculeuse CHU Montpellier  
Dr Edouard Tuillon, Département de Bactériologie Virologie, CHU Montpellier

## Contexte

Chaque année, la France accueille sur son sol plusieurs milliers de jeunes isolés étrangers. Leur nombre est estimé à 8000 en 2013, avec un flux annuel estimé à 4000 en 2014 [1] et une nette progression en 2015. Leur arrivée est concentrée sur quelques territoires notamment l'île de France, Le Nord, la Haute Garonne, le Rhône et les Bouches du Rhône [2]. Cette très forte concentration dans certains départements, s'explique par la géographie (frontière, présence d'un aéroport international), par une tradition d'accueil de certains territoires, par la présence de communautés étrangères et par l'activité de réseaux organisant l'arrivée des jeunes.

Le CLAT de Montpellier reçoit les jeunes accueillis par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ce sont majoritairement des garçons âgés de 16 /17 ans originaires d'Afrique subsaharienne, dont les effectifs sont en hausse.

Les jeunes migrants venant de pays à forte incidence de tuberculose constituent une population particulièrement exposée au risque de tuberculose dans les 2 ans suivant leur arrivée. Le dépistage ciblé dans ce groupe à risque de l'infection tuberculeuse latente (ITL) peut être mis en œuvre par les Centres de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT). En cas de tuberculose latente un traitement prophylactique visant à limiter le risque de réactivation peut être mise en place malgré l'absence de recommandation formelle de traitement pour les migrants de plus de 15 ans.

## Parcours chaotiques

Les jeunes mineurs isolés ont un parcours "chaotique", avec plusieurs pays traversés, souvent la Méditerranée.... Leur accueil en France s'accompagne de la mise en place d'un projet de formation et de bilans de santé incluant le dépistage de la tuberculose de manière prioritaire.

Le protocole établi dans la circulaire « Taubira » du 31 mai 2013 [3] prévoit une prise en charge des mineurs isolés étrangers afin de limiter les disparités entre les départements s'agissant des flux d'arrivée et d'harmoniser les pratiques lors de la période de mise à l'abri, et d'orientation des jeunes.

Ainsi les services d'aide sociale à l'enfance des Conseils départementaux sont-ils sollicités pour accueillir ces mineurs en provenance des départements les plus exposés à de lourdes charges financières liées à l'accueil des mineurs étrangers isolés.

Les CLAT sont amenés à se rapprocher des services de l'ASE pour s'assurer qu'un parcours adéquat soit mis en place à l'arrivée de ces mineurs dans le cadre des recommandations de septembre 2005 du CSHPF sur la prévention de la tuberculose chez les migrants [4].

Le traitement de l'infection tuberculeuse latente des plus de 15 ans est recommandé chez le grand adolescent de 15 à 18 ans et chez l'adulte en cas de facteur de risque d'évolution rapide vers la maladie (dont immunodépression et infection récente) [5]. Dans les autres cas, il est proposé d'évaluer l'indication du traitement au cas par cas [6].

Les directives OMS 2015 pour la prise en charge de l'ITL [7] évoquent spécifiquement les migrants, en provenance de pays où la charge de morbidité tuberculeuse est élevée.

En France, plus de la moitié des cas de tuberculose déclarés en 2013 étaient nés hors de France [8]. Le taux d'incidence déclarée chez les personnes nées à l'étranger est maximum au cours des deux premières années suivant l'arrivée en France puis diminue graduellement tout en restant plus élevé que chez les personnes nées en France [4]. Une attention particulière doit donc être portée sur l'identification précoce et la prise en charge des immigrants récents et pose donc la question de la place du dépistage.

## Organisation du dépistage à Montpellier

Les mineurs isolés étrangers accueillis au Foyer Départemental de l'Enfance et de la Famille (FDEF) bénéficient à leur arrivée d'une consultation médicale permettant une prise en charge globale et une orientation vers des structures spécialisées, par exemple vers le Centre de dépistage anonyme et gratuit CDAG, les consultations du service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHRU de Montpellier. Depuis juin 2013, une orientation systématique vers le CLAT est également proposée. Les rendez vous sont pris par l'infirmière du Foyer de l'Enfance qui accompagne physiquement les jeunes ou s'assure de leur venue depuis leur lieu de vie .

Le CLAT reçoit ces jeunes sur rendez vous pour une **consultation** médicale relevant la date d'arrivée en France, éventuellement la durée du trajet et les pays traversés, les antécédents personnels et familiaux (notion de contagion tuberculeuse), une cicatrice vaccinale du BCG :

- La consultation se fait avec l'aide d'un **interprète** professionnel joint par téléphone (ISM) si besoin
- une **radiographie thoracique** de dépistage de la tuberculose est analysée.
- Un **test immunologique** est pratiqué : test tuberculique (TUBERTEST, Sanofi Pasteur) avec lecture à J3, depuis janvier 2014 le test tuberculique a été remplacé par un test IGRA (Interferon Gamma Release Assay) (QuantiFERON® gold, Qiagen) qui est proposé en première intention afin notamment d'éviter la 2ème visite nécessaire pour la lecture du test tuberculique (mais reste nécessaire pour communiquer le résultat du test quand il est positif).

# I Dépistage systématique de l'Infection Tuberculeuse Latente (ITL) auprès des migrants mineurs isolés par le CLAT de Montpellier I

En cas de test IGRA négatif et de radiographie normale, un courrier est adressé au médecin ou à l'infirmière référente pour notifier la fin de suivi si la date d'arrivée en France remonte à plus de trois mois. En effet le délai de trois mois nécessaire pour la positivation du test [9] permet de penser que les jeunes n'ont pas été contaminés avant leur arrivée en France.

En cas de test IGRA positif une deuxième consultation médicale est organisée. Il est tenu compte de la présence éventuelle d'infections associées (en particulier hépatites B ou C et VIH). Un scanner thoracique non injecté est demandé pour rechercher une tuberculose qui n'aurait pas été mise en évidence par la radiographie du thorax (hors recommandation). Le traitement de l'ITL repose sur une bithérapie izoniazide et rifampicine pendant trois mois, protocole thérapeutique dont l'efficacité a été démontrée [10] et qui est le plus souvent utilisé en France. Le principe du traitement préventif est expliqué ainsi que les conditions de son suivi sur la période de 3 mois.

Pour faire face à un besoin croissant de dépistage de la tuberculose et de suivi thérapeutique chez les mineurs isolés étrangers, le CLAT de Montpellier a mis en place une consultation dédiée à partir de mars 2015.

L'ITL est définie par un quantiféron >0,35 ou IDR>15mm avec une radiographie thoracique norm

## Sur 134 jeunes dépistés, un tiers avaient une ITL et 2 une suspicion de tuberculose (tableau 2)

- **Quatre-vingt-cinq jeunes (63,4%)** avaient une radiographie thoracique n'évoquant pas une tuberculose et un test tuberculinique ou un test IGRA négatif.

- **Quarante-quatre jeunes (32,8%)** avaient un test tuberculinique ou un IGRA positif avec une radiographie thoracique non évocatrice d'une tuberculose et pour 38 un scanner n'évoquant pas le diagnostic de tuberculose active.

**Tableau 1** : Dépistages semestriels dans la population des mineurs isolés au CLAT de Montpellier de juin 2013 à juillet 2015

Jun 2013	Juillet à décembre 2013	Janvier à juin 2014	Juillet à décembre 2014	Janvier à juin 2015	Juillet 2015	Total
2	18	22	36	53	3	134

Avant la mise en route du traitement, un bilan est réalisé (au CLAT ou en ville). Le bilan hépatique est renouvelé une semaine après le début du traitement puis 15 jours après puis une fois par mois. Le suivi médical s'effectue par une consultation mensuelle.

## Résultats

Entre juin 2013 et juillet 2015 (26 mois) **134 jeunes ont été vus en consultation au CLAT de Montpellier à la demande des foyers de l'ASE** (Tableau 1).

Plus de 80% ont été adressés par le FDEF de Montpellier et les centres les accueillant, moins de 20% par le centre Louis Defond dans le Gard qui accueille des jeunes de l'ASE des départements de l'Hérault, du Gard et autres.

Les jeunes dépistés (11 filles et 123 garçons) provenaient de 27 pays. 109 jeunes venaient d'Afrique, majoritairement d'Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale notamment le Mali (23), la Guinée (24), 14 étaient originaires du Maghreb, 21 d'Asie, 3 d'Europe. L'âge déclaré était entre 16 et 18 ans.

Les cas d'infection tuberculose latente provenaient de 12 pays (Guinée (11), Mali (7), Congo (7) Maroc (5), Cote d'Ivoire (4), Cameroun (3), Nigeria (2), Liberia, Egypte, Géorgie, Bangladesh et Angola (1).

- **Trois jeunes (2%)** ont été perdus de vue avant le diagnostic.

- **Deux avaient une imagerie anormale.** Un bilan a été poursuivi dans le temps permettant finalement d'invalider l'hypothèse d'une tuberculose maladie ces cas étant donc reconsidérés comme ITL.

**Tableau 2** : Diagnostics obtenus lors du dépistage

Nombre total d'enfants	Pas d'infection	ITL	Perdus de vue avant diagnostic	Suspicion de tuberculose
134	85	44	3	2
%	63,4%	32,8%	2,2%	1,6%

## Les trois-quarts des ITL (33/44) ont eu une prescription de traitement

Vingt-quatre ont mené à bien ce traitement de trois mois, 5 sont en cours de traitement, et 4 ont un traitement programmé à démarrer à un moment jugé opportun en fonction du parcours du jeune (tableau 3).

### Onze ITL sur 44 (25%) n'ont pas eu de prescription de traitement :

- 4 (9% des ITL) ont été perdus de vue par leur structure d'accueil avant la mise sous traitement.
- 6 sur 44 (13% des ITL) relèvent d'un suivi radiologique.
- 1 ITL ancienne ne justifiait plus de suivi.

Le recours au scanner est une pratique spécifique qui peut être discutée. Ici 40 jeunes ont bénéficié de scanners (30%), 14 étaient anormaux mais aucun n'objectivaient de tuberculose selon les avis concordants du radiologue et du pneumologue.

Tableau 3 : Traitements prescrits suite à ITL

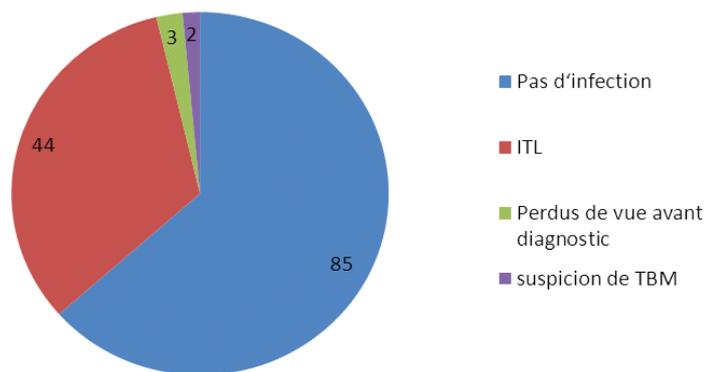
Nombre d'ITL	Traitement prescrit	Traitement mené à bien	Traitement en cours	Traitement prévu
44	33	24	5	4
	75% des ITL	72% des traitements prescrits		

Les résultats de cette étude opérationnelle (malgré un échantillon réduit) montrent :

- **Une fréquence importante d'infection tuberculeuse latente** si l'on compare avec d'autres études et que l'on tient compte d'un âge assez jeune [12]. Aux USA en 2000, la prévalence des ITL chez les immigrés adultes était de 18%. Ici, 1/3 des jeunes ont une IDR à la tuberculine ou un test IGRA positif.
- **La nécessité d'un suivi au cas par cas** pour la décision de mise sous traitement préventif en effet certaines situations ont fait préférer un suivi radiologique sur 2 ans [4]
- **Une observance satisfaisante** dans cette population de mineurs isolés. Ainsi, l'initiation du traitement faisait suite à la prescription chez ¾ des jeunes. Parmi ceux-ci il n'y a eu aucun abandon. On peut souligner le faible nombre de perdus de vue à court terme.

## Discussion

Le dépistage systématique de la tuberculose (maladie ou infection latente) se réalise dans un contexte de faible prévalence de la maladie en France [8]. Les recommandations de dépistage systématique de la



tuberculose latente pour les migrants concernent en France seulement les mineurs de moins de 15 ans. L'utilisation des tests de détection de l'interféron pour ce dépistage avant 15 ans est évoqué afin de limiter les perdus de vue à la lecture.

Concernant le dépistage de l'ITL, les résultats sont très proches de ceux obtenus en région parisienne pour ce même public [11] dont l'algorithme de dépistage est semblable, test IGRA et scanner si ce dernier est positif. Cette stratégie de suivi et de traitement est cependant différente de celle de certains centres en France. En effet il n'existe pas de recommandations officielles en France pour le traitement de l'ITL en l'absence d'immunodépression chez le mineur de plus de 15 ans [5]. Nous avons opté pour la mise sous traitement préventif des jeunes avec ITL. Certains proposent une surveillance radiologique simple, nous proposons un traitement sur les arguments suivants : risque élevé de tuberculose dans les deux ans [4], population mobile difficile à suivre, pratiques identiques dans de nombreux pays à faible incidence dont les USA et sous réserve d'un bilan hépatique normal, de l'acceptation du traitement et d'un suivi. L'observance remarquable suggère le bien fondé de cette stratégie et pourrait éviter des cas de tuberculose maladie.

Nous n'avons bien sûr pas de visibilité de résistance éventuelle chez le patient-source de nos sujets. Le Centre National de Référence des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux consulté a validé cette stratégie de traitement préventif des ITL par une bithérapie 3 mois.

## La surveillance radiologique systématique

est réalisée pour les jeunes avec ITL non traitée. Le suivi des jeunes sans ITL (arrivés en France depuis plus de trois mois à la date du test) n'est pas proposé.

**La prise en compte des dimensions sociales et culturelles ainsi que des problématiques de santé associées** est nécessaire pour obtenir une **bonne observance**. Cet accompagnement social permet l'observance remarquable relevée dans notre population, grâce à un suivi attentionné de l'infirmière du CLAT en lien avec les référents des lieux d'accueil. L'accueil de ces jeunes occasionne des dépistages multiples (VIH, VHC, Bilharziose...) et malgré des réticences aux prises de sang, on constate une bonne adhésion aux traitements de prévention.

**En effet 72% des patients avec ITL ont été traités** et ont complété le traitement. Il nous semble difficile de penser que cette proportion puisse être augmentée, du fait des problématiques associées chez ces jeunes.

La prise en charge des ITL nécessite au moins 6 consultations (1ère consultation, 2de si test positif, 3ème pour démarrer le traitement, 3 consultations de suivi). Il serait envisageable de réduire le nombre de consultations au CLAT en s'assurant auprès des référents des jeunes que les traitements sont pris et les bilans réalisés.

Cette expérience (modalités de dépistage et mise sous traitement préventif) sera suivie dans le temps et devrait être confrontée à d'autres, discutée par des experts pour faire éventuellement évoluer les recommandations concernant ce public de jeunes migrants, actuellement hors recommandations spécifique de traitement malgré une vulnérabilité liée à leur âge, les modalités de migration et la possibilité avérée dans notre expérience locale de mener à bien le traitement préventif.

Si l'analyse du rapport bénéfice /risque reste essentiel pour chaque situation, on pourrait envisager de s'inspirer des recommandations anglaises préconisant le dépistage des migrants entre 16 et 34 ans par test IGRA seul ou IDR en test initial suivi d'un test IGRA si IDR positive [12].

## Remerciements

**D Antoine**, InVS

**P Fraisse**, coordonnateur du réseau des CLAT

## Références

- [1] <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion1779.asp>
- [2] Ministère de la justice base Stat@MIE <http://www.senat.fr/rap/l13-340/l13-3402.html>
- [3] Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers
- [4] HCSP Avis 30 septembre 2005 relatif aux recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France : Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France (07 juin 2005).
- [5] CSHPF Avis du 14 mars 2003 relatif au traitement de la tuberculose-infection
- [6] HCSP Enquête autour d'un cas de tuberculose, recommandations pratiques octobre 2013 (annexe 9) traitement de l'ITL chez enfant et adulte,
- [7] Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente OMS 2015
- [8] Aït Belghiti F, Antoine D. L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013. Bull Epidémiol Hebd. 2015 ;(9-10) :164-71. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015\\_9-10\\_3.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_3.html)
- [9] Eur Respir J. 2011 Jun;37(6):1447-52. Time interval to conversion of interferon-gamma release assay after exposure to tuberculosis. Lee SW1, Oh DK, Lee SH, Kang HY, Lee CT, Yim JJ.
- [10] Ena J, Valls V. Short-course therapy with rifampin plus isoniazid, compared with standard therapy with isoniazid, for latent tuberculosis infection: a meta-analysis. Clin Infect Dis 2005;40:670-6.
- [11] Fréquence et devenir de la Tuberculose Latente dans une population d'adolescents et de jeunes adultes migrants, arrivés en France depuis 2 ans au plus, et ayant un domicile déterminé. Claire Allais et al, Unité Guy Moquet. Hôpital Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris.
- [12] National Institute for Health and Care Excellence. Tuberculosis: Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control. London: NICE; 2011.<http://www.nice.org.uk/guidance/cg117>.

Sophie Lauzier, IDE  
CLAT des Pyrénées-Orientales, Centre Hospitalier de Perpignan

## Introduction

**Comme la plupart des pays d'Amérique du Nord et d'Europe de l'Ouest, la France fait partie des pays à faible incidence de tuberculose.** Depuis juillet 2007, l'obligation vaccinale par le BCG a été suspendue. La politique de vaccination actuelle est basée sur une recommandation forte de vaccination des enfants appartenant à des groupes à risque : Il s'agit des enfants nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse, dont au moins l'un des parents est originaire d'un tel pays, devant y séjourner au moins 1 mois d'affilée, ayant des antécédents familiaux de tuberculose, vivant en Ile-de-France, en Guyane, à Mayotte, ou des enfants se trouvant dans toute situation jugée à risque par le médecin (conditions de logement ou socio-économiques défavorables, ou contact régulier avec des adultes originaires de pays à forte incidence).

Cette politique vaccinale s'accompagne de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la tuberculose [1]. La circulaire du 13 août 2008 précise que le BCG est à réaliser au plus tôt, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie, en s'appuyant sur pédiatres, PMI et maternités.

La tuberculose chez l'enfant de moins de 15 ans représente 5% des cas en France. L'évolution récente [2] met en évidence une stabilité des taux de déclaration des cas de tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans entre 2000 et 2012 avec cependant une évolution inégale, diminuant en Île de France et augmentant hors Île de France. Cette situation nécessite donc une attention particulière, notamment dans le contexte d'une couverture vaccinale BCG insuffisante [3], en particulier hors Île-de-France. Ces modifications restent compatibles avec ce qui était attendu.

## Evaluation suite à la levée de l'obligation vaccinale

Le Département des Pyrénées Orientales, dont l'incidence de tuberculose la plus élevée de la Région Languedoc-Roussillon (8,4 pour 100 000 hab. en 2013), compte 3 maternités, regroupées dans la ville de Perpignan (1 maternité publique, 2 maternités privées).

Une évaluation menée par le CLAT auprès des pédiatres et des médecins généralistes au moment de la levée de l'obligation vaccinale a mis en évidence 3 freins majeurs à la réalisation du nouveau vaccin intradermique BCG SSI (souche danoise), qui remplace le vaccin multipuncture par bague (Monovax®) :

- l'incompréhension de la levée de l'obligation vaccinale
- la nouvelle pratique du vaccin intradermique
- les effets secondaires du vaccin

Au niveau des maternités, plusieurs difficultés pour la réalisation de la vaccination dès la naissance, avant la sortie de la maternité, ont été mises en avant :

- la résistance des pédiatres à vacciner à la sortie de la maternité, justifiée par une balance bénéfices-risques défavorable pour l'enfant (pays de faible endémie tuberculeuse, déficits immunitaires congénitaux)
- la charge de travail des soignants en maternité, l'organisation des services
- le manque de formation du personnel à la réalisation du vaccin intradermique
- la difficulté du repérage de l'éligibilité pour le critère de précarité avec la crainte de la stigmatisation et de la délivrance de l'information aux parents

## Mise en place de la stratégie vaccinale

**Avec l'appui de la Délégation territoriale ARS des Pyrénées Orientales, le CLAT a constitué un réseau BCG dès la levée de l'obligation vaccinale en 2007.** Les axes prioritaires ont été :

- permettre un accès facile et gratuit pour tous à la vaccination BCG
- former les partenaires sur la pratique, les effets secondaires et les nouvelles recommandations
- être centre référent dans la prise en charge des effets indésirables du vaccin
- estimer le pourcentage d'enfants éligibles à la vaccination par rapport au nombre de naissances dans le département
- participer au recueil de données et à l'analyse épidémiologique

**Les partenaires et acteurs de la vaccination BCG ont été identifiés et mobilisés :**

- **Les maternités et les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI)** qui ont un rôle majeur dans le repérage et l'orientation. La PMI contribue largement à la réalisation de la vaccination BCG dans le département
- **Les centres de vaccination**, pour faciliter l'accès gratuit à la vaccination
- **Les acteurs et partenaires impliqués** dans la vaccination et le repérage des enfants éligibles : libéraux généralistes, pédiatres et sages-femmes, association départementale des sages-femmes, réseau précarité-migrants (Infirmiers des centres d'hébergement et réinsertion sociale (CHRS), centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), permanence d'accès aux soins de santé (PASS), institut départemental de l'enfance et adolescence (IDEA), urgences pédiatriques, santé scolaire, crèches.

# I La vaccination BCG : Mise en place du réseau dans les Pyrénées Orientales I

Devant les difficultés rencontrées par les maternités pour la vaccination dès la naissance, la réflexion et les actions mises en place se sont centrées sur :

- des réunions de travail avec les chefs de Services, les cadres sage femmes et cadres de santé des maternités et pédiatrie, pour organiser le circuit de repérage et d'orientation à la vaccination, le recueil des données
- la formation des professionnels des maternités aux recommandations, au repérage et à l'orientation des enfants
- la formation des professionnels des PMI, centres de vaccination et libéraux aux nouvelles recommandations, au repérage et à la réalisation du vaccin intradermique
- l'intégration de la vaccination BCG dans les centres de vaccination préexistants et la mise en place de plages horaires de vaccination sans rendez-vous

Afin de pouvoir suivre l'évolution de l'accès à la vaccination BCG et de la couverture vaccinale dans le département et le CLAT a mis en place :

- des études pour estimer le pourcentage d'enfants nés dans le département éligibles à la vaccination BCG. Deux études ont été conduites en 2012 et 2013 sur le centre hospitalier et une en 2014 à la clinique St Pierre. Chaque étude a été réalisée sur une période d'un mois, par des étudiants infirmiers ou internes en médecine formés au repérage, à l'aide d'une **grille d'aide à la décision** (figures 1 p21 et 2 p22), dont l'utilisation a été validée par l'ARS. Ces études mettent en évidence que 40% des enfants nés dans le département seraient éligibles au BCG, majoritairement sur critères géographiques (80%)

**Figure 1** : Grille d'aide à la décision, vaccination BCG dès la naissance, **partie 1**, CLAT 66

Renseigner à l'aide de croix le ou les critères retenus	Majeur	Mineur
Enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse *		
Enfant dont au moins un des parents est originaire d'un de ces pays		
Enfant amené à voyager régulièrement dans un de ces pays		
Enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose		
Enfant résidant en Ile de France ou en Guyane		
<b>Difficulté d'accès aux soins :</b>		
Absence de Mutuelle		
Découverte tardive de grossesse : après le 3 <sup>ème</sup> mois		
<b>Prestations financières :</b>		
AME		
CMU et CMU c		
RSA		
AAH		
<b>Les conditions de logement :</b>		
Promiscuité : Nombre de personnes sous le même toit		
Vie en collectivité : Foyer d'hébergement, privation de liberté, gens du voyage, etc...		
Habitat précaire : Type d'habitat, (caravane, « casotte », squats...)		

# I La vaccination BCG : Mise en place du réseau dans les Pyrénées Orientales I

**Pour suivre l'évolution de l'accès à la vaccination BCG et la couverture vaccinale dans le département**, le CLAT a aussi mis en place un suivi de l'évolution du nombre d'enfants vaccinés.

**Les données recueillies et analysées** chaque année sont les suivantes :

- Nombre de naissances dans le département
- Estimation du nombre d'enfants éligibles (40% des naissances en moyenne)
- Nombre d'enfants repérés et orientés par les maternités et le service de néo-natalogie
- Nombre d'enfants vaccinés dans le réseau (CLAT, SMIT, COAS, PMI)

**Des outils ont été créés par le CLAT pour faciliter le circuit d'orientation et l'accès à la vaccination :**

- le tampon « BCG recommandé », appliqué dans le carnet de santé de l'enfant
- une plaquette d'orientation avec les lieux de vaccination du département

Ces outils sont distribués à tous les partenaires après une formation délivrée par le CLAT. Leur utilisation est accompagnée de la délivrance d'une information orale aux parents par les professionnels.

- la grille d'aide à la décision pour la vaccination BCG (figure 1 page 21)
- un système de recueil de données. Mis en place au sein des maternités, des PMI et des centres de vaccination, il permet de suivre l'évolution du repérage et de l'orientation des enfants, l'évolution du nombre de vaccins réalisés dans le réseau (figure 2)
- un « **dossier BCG** » : créé au fil du temps, il est constitué des documents INPES sur la vaccination BCG, la plaquette AFSSAPS « mon enfant a été vacciné par le BCG », la plaquette d'orientation avec les différents lieux de vaccination, la grille d'aide à la décision, des photos sur les effets secondaires post-vaccinaux, la circulaire du 13 août 2008, etc. et est remis aux partenaires à l'issue des formations.

**Figure 2 :** Grille d'aide à la décision, vaccination BCG dès la naissance, **partie 2**, CLAT 66

<b>Environnement Familial :</b>		
Parents présentant des problèmes d'addictions		
<b>Demande des parents :</b>		
<b>TOTAL</b>		

Vaccination BCG recommandé si :

- Critère majeur : 1 seul
- Critère mineur : à partir de 3

*\* Afrique, Asie sauf Japon, Amériques centrale et Sud, Europe centrale y compris l'ex URSS, les pays de l'Union Européenne : Bulgarie-Estonie-Hongrie-Lettonie-Lituanie-Pologne-Roumanie-Portugal.*

**Figure 3 :** recueil mensuel auprès des maternités, CLAT 66

FICHE MENSUELLE DE RECUEIL DE DONNEES  
BCG - MATERNITE

**Pour tout enfant éligible à la vaccination :**

Apposer le tampon "BCG recommandé" dans le carnet de santé (page BCG)

Remettre la plaquette d'orientation BCG

**MOIS : .....**                      **2014**                                      **ST PIERRE**

**Nombre d'accouchements :**

# I La vaccination BCG : Mise en place du réseau dans les Pyrénées Orientales I

## Le CLAT est centre de référence pour la gestion des effets secondaires liés à la vaccination

L'injection intradermique chez le nouveau-né et le nourrisson est difficile et doit être bien maîtrisée. Une réaction locale avec induration voire une ulcération au site d'injection et/ou une adénopathie satellite de moins de 1 cm sont des réactions vaccinales attendues après une injection intradermique de BCG.

Les parents sont invités à consulter leur médecin en cas d'induration supérieure à 3 cm, de gêne à la mobilisation, de ganglion axillaire important.

Le CLAT est centre de référence départemental pour tous les effets anormaux et est disponible pour toute question par téléphone ou e-mail.

Les praticiens ont la possibilité d'orienter au CLAT sans délai les enfants présentant des effets secondaires à la vaccination, pour un conseil spécialisé.

Afin de maintenir une dynamique dans le réseau, des réunions annuelles sont organisées avec chaque partenaire pour échanger sur le fonctionnement du réseau, les difficultés rencontrées, former le personnel si nécessaire.

Le CLAT organise chaque année une réunion bilan, réunissant tous les partenaires et l'ARS à la délégation territoriale de l'ARS.

## Résultats sur la période 2009 - 2014

L'investissement des équipes des maternités a été présent à partir du moment où l'on a axé la politique vaccinale sur le repérage et non plus sur la réalisation du BCG en maternité.

Grâce à l'implication de tous et au bon fonctionnement du circuit d'information, les partenaires et acteurs de la vaccination BCG sont bien identifiés

A la maternité du Centre Hospitalier, afin de garantir l'accès à la vaccination des enfants avec les conditions de vie les plus précaires, où issus de familles non francophones, le rendez-vous pour la réalisation du vaccin est donné à la maman avant la sortie de la maternité, auprès du CLAT ou du centre de vaccination du centre hospitalier.

Les craintes par rapport à la stigmatisation en lien avec la précarité ont pu être levées. Les orientations en regard du critère de précarité ont représenté 16,5 % des orientations en 2014, contre 6,5 % en 2012.

Le maintien de la dynamique doit être entretenu par des réunions régulières et un contact entre les différents partenaires.

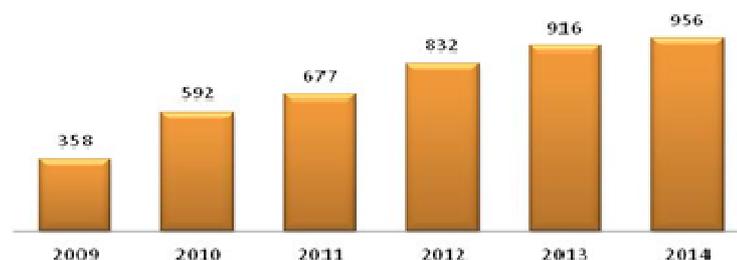
## Réalisation de la vaccination

L'analyse des résultats fournis par les différents membres du réseau montre depuis 2009, une augmentation constante du nombre de BCG réalisés dans les lieux de vaccination gratuits du département : CLAT, centre de

vaccination du service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT), centre de vaccination de la ville (COAS), PMI (figure 4).

On comptabilise en moyenne 4900 naissances par an dans le département (données de 2011 à 2014). En 2014, 956 enfants ont été vaccinés dans le réseau de partenaires du CLAT (hors médecine libérale), soit 20% du total des naissances, contre 40% attendu.

Figure 4 : BCG réalisés dans le département 66 (hors médecine libérale), 2009-2014

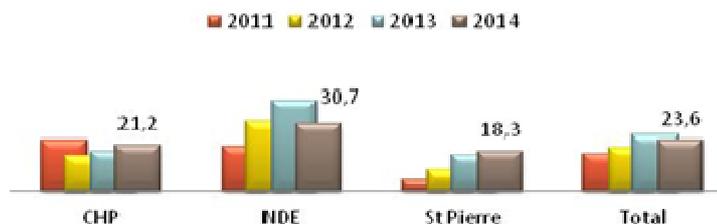


D'après les données de la CPAM concernant le remboursement des vaccins, environ 250 BCG auraient été réalisés dans le secteur libéral, soit 5% de la totalité des BCG entre 2009 et 2014. Ainsi, 25% des enfants nés dans le département en 2014 auraient bénéficié de la vaccination BCG.

## Repérage et orientation

Le repérage et l'orientation des enfants par les maternités a augmenté de 2011 à 2013 (figure 5). Cette figure représente le pourcentage de nouveau-nés bénéficiant d'une orientation par chaque maternité du département après avoir été repérés comme éligibles à la vaccination, sur l'ensemble des enfants nés dans l'établissement, entre les années 2011 et 2014. Ce bilan ne prend pas en compte l'activité des médecins libéraux, non comptabilisée.

Figure 5 : Orientation des enfants par les maternités, pourcentage par rapport aux naissances, 2009-2014



## I La vaccination BCG : Mise en place du réseau dans les Pyrénées Orientales I

En 2014, sur 1130 enfants repérés et orientés par les maternités (n=956), 85% ont été vaccinés (figure 6). Pour 15% des orientations, nous ne pouvons dire s'ils ont été vaccinés dans le secteur libéral ou perdus de vue.

Entre 2010 et 2013, la proportion d'enfants vaccinés de moins de trois mois a été en constante augmentation et elle reste supérieure à 80% en 2013 et 2014. Ceci correspond à la recommandation et permet d'éviter la réalisation d'un test pré-vaccinal. Cette proportion importante d'enfants vaccinés avant l'âge de trois mois est le signe d'une bonne dynamique du réseau.

### Conclusion

Faciliter l'accès à la vaccination BCG fait partie intégrante des missions des CLAT, qui ont pour but d'optimiser la couverture par le BCG pour les populations à risque. Au fil des années de travail de collaboration avec les différents partenaires, le CLAT des Pyrénées Orientales s'est positionné dans le paysage départemental comme étant le référent de la vaccination BCG cette dernière étant un des maillons incontournables de la lutte antituberculeuse.

Grâce à la formation des acteurs de la vaccination à la technique vaccinale par le CLAT, à l'information et la plaquette délivrée aux parents sur les effets attendus du vaccin, les consultations pour la prise en charge d'effets secondaires liés au vaccin sont occasionnelles au CLAT et n'excèdent généralement pas 5 par an.

### Références

- [1] Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007. 72 p. <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-de-lutte-contre-la-tuberculose-2007-2009,3921.html>
- [2] Antoine D et al, Les cas de tuberculose déclarés en France en 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2014;(20):352-9. [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/20/2014\\_20\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/20/2014_20_2.html)
- [3] Guthmann JP, Impact épidémiologique de la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG et mesure de la couverture vaccinale, Bull épidémiol. Hebd. 2012 ;(24-25) :288-90

### I Liens I

[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

### I Remerciements I

Nous remercions tous les membres des CLAT de la région, les partenaires de la lutte anti-tuberculeuse dans chaque territoire, les infirmières et médecins de l'ARS Languedoc-Roussillon, les médecins et les biologistes contribuant à la déclaration : sans leur participation, les données épidémiologiques présentées dans ce bulletin n'existeraient pas.

Remerciements pour leur appui à la production de ce numéro :

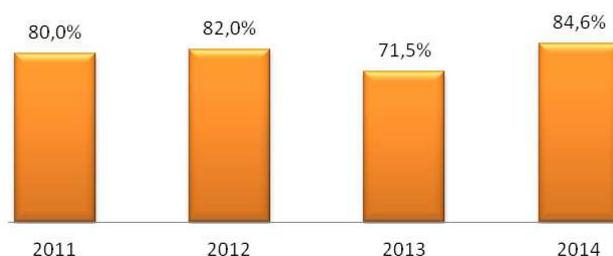
Delphine Antoine (InVS), Anne-Sophie Dormont et Marie-Claude Tordo (ARS)

Afin d'optimiser la couverture vaccinale sur le département, un rapprochement avec les médecins du secteur libéral est nécessaire, pour mieux comprendre leur pratique par rapport à la vaccination BCG et les remobiliser sur la pratique et le geste technique.

Afin d'envisager une meilleure couverture vaccinale sur l'ensemble des territoires de la région, il serait intéressant que les CLAT puissent avoir une meilleure connaissance des programmes existants sur chaque territoire de la région ainsi qu'une meilleure estimation du pourcentage d'enfants éligibles par rapport au nombre de naissances par département.

Afin de limiter au maximum l'apparition de tuberculose chez les moins de 5 ans, la mobilisation autour de la vaccination BCG doit rester forte entre les différents partenaires, pour la vaccination, le repérage et l'orientation des enfants éligibles.

**Figure 6 :** Pourcentage de BCG faits par rapport aux orientations par les maternités



## Cire Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées

Tel : 04 67 07 22 86 - Fax : 04 67 07 22 88 - courriel : [ars-lrmp-dsp-cire@ars.sante.fr](mailto:ars-lrmp-dsp-cire@ars.sante.fr)

Retrouvez ce numéro et les précédents sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>

**Directeur de la publication :** François Bourdillon, directeur général de l'InVS

**Coordination du numéro :** Cyril Rousseau

**Relecture :** Delphine Antoine, Franck Golliot, Jean-Paul Guthmann

**Diffusion :** Cire Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées 28 Parc-Club du Millénaire - 1025, rue Becquerel - 34067 Montpellier Cedex 2