

L'organisation de la lutte antituberculeuse et la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose en France

Marie-Claire Paty (marie-claire.paty@sante.gouv.fr)

Direction générale de la santé, Ministère de la santé et des sports, Paris, France

Résumé / Abstract

La lutte contre la tuberculose en France connaît depuis trois ans des évolutions importantes. Celles-ci visent à son renforcement dans un contexte épidémiologique qui a vu, au cours des années, l'incidence de la tuberculose diminuer régulièrement tandis que les disparités s'accroissent. L'État s'est réengagé directement au travers de la recentralisation de cette mission en 2006 et un programme national de lutte contre la tuberculose a été publié en 2007. Cette dynamique a permis la suspension de l'obligation de vaccination des enfants et des adolescents par le BCG en 2007, au profit d'une recommandation de vaccination des enfants à risque. Cet article dresse le portrait actuel de la lutte antituberculeuse en France en rappelant les missions des Centres de lutte antituberculeuse et les grands axes du programme de lutte contre la tuberculose. La mise en œuvre du programme s'accompagne indéniablement d'une implication forte des acteurs de la lutte antituberculeuse et d'une amélioration de la performance du dispositif. Il est toutefois tôt pour juger de son impact sur le long terme. Alors que des défis persistent, notamment l'existence de fortes disparités, la lutte antituberculeuse reste une priorité de santé publique.

Organization of tuberculosis control and implementation of the French tuberculosis control program

The French tuberculosis (TB) control policy has been undergoing changes over the past three years. These changes aim to reinforce TB control in the context of a steadily decreasing incidence that is combined with increasing health inequalities. The State is directly involved, having taken over the responsibility for tuberculosis control from the district councils (Conseils généraux) in 2006, and the national TB control program was launched in 2007. These changes resulted in the suspension of the policy of universal, compulsory BCG vaccination for children, to be replaced with a selective vaccination policy.

This paper describes the current organisation of TB control in France, the tuberculosis centres terms of reference, and the principal recommendations of the TB control program. There is obviously a strong commitment of TB control key actors in implementing the program, in order to improve TB control. Nevertheless, it is too early to assess its long term impact. Tuberculosis control remains a high priority on the public health agenda since many challenges remain, one of the more important being health inequalities.

Mots clés / Key words

Tuberculose, France, lutte antituberculeuse / Tuberculosis, France, TB control policy

La lutte antituberculeuse (LAT) en France a connu récemment plusieurs évolutions importantes, visant à son renforcement, avec la réorganisation du dispositif consécutive à la « recentralisation » de cette mission en 2006, puis la publication du programme de lutte contre la tuberculose en France en 2007. Ce renforcement a permis la suspension de l'obligation de vaccination des enfants par le BCG, par décret du 17 juillet 2007, au profit d'une recommandation de vaccination des enfants les plus exposés à la tuberculose. Ces évolutions sont liées à la diminution progressive, malgré quelques rebonds, de l'incidence de la tuberculose depuis 40 ans et à l'apparition de fortes disparités entre territoires et au sein des groupes de population. Elles prennent en compte l'évolution des connaissances sur l'efficacité des mesures de prévention et celle des techniques biologiques. Enfin, elles signent la conscience qu'ont les pouvoirs publics de l'importance à maintenir une politique et un dispositif efficaces contre cette maladie.

Cet article dresse le portrait de l'organisation actuelle de la LAT, rappelle les grands axes du programme de lutte contre la tuberculose et fait le point sur sa mise en œuvre. L'évaluation de l'impact de la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants avant leur entrée en collectivité fait l'objet d'un article spécifique [1].

L'organisation de la lutte antituberculeuse en France et les missions des Centres de lutte antituberculeuse

Le dispositif français a plus de cent ans puisque c'est en 1901 qu'Albert Calmette inaugurerait le premier dispensaire antituberculeux. Dès son origine, ce dispositif mettait en œuvre des actions d'information du public et de dépistage et visait à faciliter l'accès à la prévention et aux soins. Des dispensaires antituberculeux étaient présents dans tous les départements. La lutte antituberculeuse intégrait des mesures sociales et mobilisait le secteur associatif. La vaccination par le BCG, découverte en 1921, a été rendue obligatoire en 1950 et la tuberculose a été mise à déclaration obligatoire en 1964. En 1983, les lois de décentralisation ont confié la LAT aux Conseils généraux. La politique de LAT s'est régulièrement adaptée aux modifications de l'épidémiologie de la tuberculose. Ainsi, au début des années 1990, devant une augmentation de l'incidence et l'émergence des résistances aux anti-tuberculeux, de nouvelles recommandations ont été élaborées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) et les missions des dispensaires antituberculeux ont été revues, intégrant notamment la possibilité de délivrance gratuite des traitements.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, en application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, la responsabilité de la LAT dans les centres de lutte antituberculeuse (CLAT)

ne relève plus des Conseils généraux mais de l'État. Cette recentralisation vise à une organisation plus cohérente sur l'ensemble du territoire et à la diminution des disparités de prise en charge [2]. Les Conseils généraux qui le souhaitent ont toutefois pu continuer à exercer cette compétence au travers de conventions avec les services de l'État (Directions départementales des affaires sanitaires et sociales - Ddass). Dans le cas contraire, de nouvelles structures, souvent hospitalières, ont été habilitées par les Ddass en tant que CLAT. En 2008, l'État a repris cette compétence dans 55 départements.

Au cœur du dispositif de prévention de la tuberculose, les CLAT ont pour missions principales la réalisation des enquêtes autour des cas de tuberculose, le dépistage dans les populations exposées et la mise en place d'actions d'information du public et des professionnels. Ils sont garants de l'accès de tous à la prévention et aux soins au travers de la gratuité de leurs prestations (dépistage, soins, suivi médical, délivrance des médicaments, vaccination). Ils doivent développer des partenariats avec les acteurs du champ sanitaire et social amenés à intervenir dans le domaine de la tuberculose, tels que les professionnels des établissements de santé, les gestionnaires de structures d'hébergement, le milieu pénitentiaire et le secteur associatif, la liste de ces nombreux partenaires ne pouvant être exhaustive. Un rapport d'activité, uniforme sur le territoire, doit être adressé chaque année par les CLAT aux Ddass.

Le programme de lutte contre la tuberculose en France, un outil structurant

Le programme de lutte contre la tuberculose [3], lancé par la ministre de la Santé en juillet 2007, a accompagné la décision de suspension de l'obligation de vaccination des enfants par le BCG et la mise en place de la recentralisation. Ses objectifs généraux sont ceux de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 : consolider la diminution de l'incidence de la tuberculose maladie et réduire les disparités. Le programme se veut un outil structurant, organisé en six axes (Encadré) et décline les grands principes de la lutte antituberculeuse dans la réalité française.

Les six axes du programme de lutte contre la tuberculose en France

- Axe 1.** Assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie
- Axe 2.** Améliorer le dépistage de la tuberculose
- Axe 3.** Optimiser la stratégie vaccinale par le BCG
- Axe 4.** Maintenir la résistance aux antibiotiques à un faible niveau
- Axe 5.** Améliorer la surveillance épidémiologique et les connaissances sur les déterminants de la tuberculose
- Axe 6.** Améliorer le pilotage de la lutte antituberculeuse

Le programme rappelle d'abord l'exigence d'un diagnostic précoce et de traitements adaptés et menés à leur terme pour tous les patients tuberculeux. Cette exigence ne saurait être obtenue sans la garantie d'accès à la prévention et aux soins pour tous. Il prévoit des actions d'information des populations les plus exposées et des personnes travaillant auprès d'elles. Des formations et la mise à disposition de documents synthétiques sont proposées à destination des professionnels de santé, maintenant rarement confrontés à cette maladie. L'accent est mis sur la prévention de la transmission dans les collectivités, notamment en établissements de santé. Le programme prévoit que les stratégies de dépistage de la tuberculose maladie soient actualisées et mieux définies. Il vise à la systématisation des enquêtes autour d'un cas, qui, notamment dans des pays à faible incidence, constituent un pivot de la LAT. Il rappelle qu'il existe un consensus pour proposer un traitement aux personnes présentant une infection tuberculeuse latente (ITL) pour lesquelles le risque de développer une tuberculose maladie est plus élevé. Il s'agit des ITL récentes (moins de deux ans) de l'adulte, notamment diagnostiquées au cours d'une enquête autour d'un cas, et des ITL, quelle que soit leur ancienneté, diagnostiquées chez les enfants de moins de 15 ans et chez les personnes immunodéprimées.

La place des techniques biologiques récentes doit être précisée, qu'il s'agisse du dosage de la production d'interféron pour le diagnostic des ITL ou du diagnostic moléculaire des résistances à la rifampicine et aux autres antituberculeux.

Enfin, le renforcement du pilotage de la LAT est basé sur l'amélioration de la surveillance et des connaissances épidémiologiques, la mise en place d'une coordination à l'échelon régional, le développement de partenariats et d'une approche intersectorielle ainsi que d'un dispositif d'évaluation.

La mise en œuvre du programme

Au niveau national, la déclaration des issues de traitement, outil majeur d'évaluation de la politique de lutte antituberculeuse, a été mise en place par l'Institut de veille sanitaire (InVs) dès janvier 2007 et des documents d'information sur le BCG ont été élaborés et diffusés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) [4] et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) [5]. Un document de l'Inpes sur le dépistage de la tuberculose est en cours de publication. La Haute autorité de santé (HAS) a pris en compte les éléments du programme dans le guide des actes et prestations des affections logue durée (ALD) relatif à la tuberculose [6] et publié un guide pour les patients [7]. Elle avait, en parallèle à l'élaboration du programme, évalué dans le cadre d'une demande d'inscription à la nomenclature des actes, les tests de production d'interféron [8]. Des actions de formation professionnelle ont été mises en œuvre, en plus de celles qui existaient, parmi lesquelles une formation sur la tuberculose en établissement de soins, organisée par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) et un diplôme interuniversitaire (DIU) sur la tuberculose a été créé à l'initiative de cliniciens.

De nombreuses initiatives marquent le développement d'un échelon régional à la LAT, qu'il s'agisse de l'élaboration d'un plan régional de lutte contre la tuberculose en Île-de-France ou de réunions de coordination régionale organisées dans plusieurs régions.

En termes d'évaluation, les rapports d'activités des CLAT, adressés et analysés par les Ddass, puis synthétisés au niveau régional par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), permettent peu à peu de disposer de données sur les pratiques de terrain. Leur mise en place datant de 2007, leur analyse manque de recul et d'exhaustivité, mais il s'agit d'un outil qui permettra d'orienter tant les politiques locales que la politique nationale de lutte antituberculeuse. Les premiers éléments recueillis permettent d'ores et déjà d'estimer que la pratique des enquêtes autour d'un cas est beaucoup plus systématique qu'elle ne l'était dans les années précédentes.

Pour autant, diverses actions doivent encore être complétées ou mises en œuvre et des données complémentaires doivent être récoltées et analysées. Le comité de suivi du programme de lutte contre la tuberculose en France, mis en place en avril 2008, a pour mission d'accompagner et évaluer la mise en œuvre du programme et, le cas échéant, de proposer des mesures additionnelles ou correctives. Ce comité a organisé ses travaux en trois groupes s'attachant (i) à la réduction des disparités aux travers des actions visant plus spécifiquement les populations les plus exposées, (ii) à la mise en place des bonnes pratiques de lutte antituberculeuse pour maintenir la

baisse d'incidence et (iii) à la tuberculose de l'enfant et au suivi de l'impact de la modification de la politique vaccinale par le BCG. Il travaille par exemple à mieux définir les stratégies de dépistage de la tuberculose maladie. Il étudie les éléments qui participeront à l'évaluation de la politique de LAT, tels que la connaissance des délais de recours aux soins, au diagnostic et à la mise en place des traitements ainsi que l'analyse du risque de transmission nosocomiale de la tuberculose. Des travaux d'expertise sont prévus, notamment sur l'utilisation des tests de production d'interféron.

Le futur et les défis de la LAT en France

Des défis persistent néanmoins. Il s'agit, en premier lieu, de la réduction des disparités et des inégalités qui impose d'atteindre les groupes de population les plus éloignés du système de soins et de garantir leur accès à la prévention et aux soins. La capacité du dispositif à s'adapter à des situations très diverses est un impératif. La LAT en milieu rural et peu peuplé ne peut être organisée strictement sur le même mode qu'en milieu urbain à forte incidence, et les disparités, certes régionales, existent aussi à l'échelle du département et de la ville. Dans un autre domaine, la prise en charge de patients réticents aux soins est une situation complexe qui, bien qu'exceptionnelle, nécessite le plus souvent l'élaboration de solutions originales qui mobilisent de nombreuses ressources. Elle n'en est pas moins indispensable. Sur ces points, l'apport d'expériences locales et innovantes ne saurait être négligé. La difficulté d'approvisionnement de certains médicaments de seconde ligne pour quelques tuberculoses multi-résistantes nécessite que soient trouvées des solutions pérennes. Il va de soi que le suivi de l'impact des modifications de la politique vaccinale par le BCG reste une priorité. La LAT en France nécessite donc une attention maintenue et l'implication de l'ensemble de ses acteurs. La mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose et les leçons issues de son évaluation sont des éléments fondamentaux de cette politique, alors que les données épidémiologiques présentées dans ce numéro confirment la nécessité d'une vigilance constante face à cette maladie qui reste une priorité de santé publique.

Références

- [1] Guthmann JP, Fonteneau L, Antoine D, Cohen R, Lévy-Bruhl D, Che D. Couverture vaccinale BCG et épidémiologie de la tuberculose chez l'enfant : où en est-on un an après la levée de l'obligation vaccinale en France? Bull Epidemiol Hebd. 2009; 12-13:113-6.
- [2] Rousseau-Giral AC, Schmieder E. La prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles, du sida et de la tuberculose. Inspection générale des affaires sociales. Rapport 2002-153. Janvier 2003.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000677/index.shtml> (accédé 10/02/2009).
- [3] Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme 2007-2009 de lutte contre la tuberculose en France. Juillet 2007.
http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/tuberculose/prog_tuberculose_2007_2009.pdf (accédé 10/02/2009).
- [4] Afssaps. Mon enfant a été vacciné par le BCG. Le bon usage des produits de santé. Octobre 2007
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/5388355e1929839b71bee1de125c6138.pdf (accédé 10/02/2009).

[5] Inpes. Repères pour votre pratique : Point sur la vaccination. La tuberculose (1/2). www.inpes.fr (accédé 10/02/2009).

[6] HAS. ALD n° 29 - Liste des actes et prestations sur la tuberculose active. Avril 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/actualisationlap_tuberculose__web_.pdf (accédé 10/02/2009).

[7] HAS. ALD n° 29 - Guide patient sur la tuberculose. Octobre 2007. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_586422/les-guides-patients-ald (accédé 10/02/2009).

[8] HAS. Test de détection de la production d'interferon gamma pour le diagnostic des infections tuberculeuses. Décembre 2006. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_490559/test-de-detection-de-la-production-difng-interferon-gamma-pour-le-diagnostic-des-infections-tuberculeuses (accédé 10/02/2009).

La prise en charge des populations vulnérables infectées par la tuberculose et le VIH

Olivier Bouchaud (olivier.bouchaud@avc.aphp.fr)

Hôpital Avicenne - Université Paris 13 et IMEA - Fondation Internationale Léon MBa, Bobigny, France

Résumé / Abstract

La vulnérabilité des patients infectés par le VIH faisant une tuberculose n'est pas seulement le fait d'une précarité socio-économique. D'autres facteurs comme l'insécurité administrative, affective, psychologique, linguistique ou culturelle jouent un rôle sous-estimé. Les migrants, particulièrement concernés par cette co-infection, mais également d'autres populations dont la santé n'est souvent plus une priorité en souffrent particulièrement. Cette vulnérabilité, aggravée pour les « sans-papiers » par la crainte de l'expulsion et par des pratiques administratives très contraignantes et pas toujours en adéquation avec la loi, concourt à éloigner les patients du soin, le recours médical étant alors tardif à des stades très évolués du déficit immunitaire et/ou de la tuberculose. Les réponses à ces difficultés doivent être plurielles et devraient s'appuyer sur une nécessaire complémentarité entre professionnels socio-sanitaires, institutions et support associatif. La prise de conscience par les professionnels de la réalité de ces difficultés sous toutes leurs formes est l'étape première, une capacité d'écoute et du temps disponible étant indispensables. Par ailleurs, la mise en place de structures d'accompagnement telles que la médiation, notamment culturelle, et le travail en équipe multidisciplinaire est une voie d'avenir, tout comme la mise en place d'équipes « hors les murs » pour aller au devant de ceux qui ont peur ou n'ont plus la force d'aller vers l'hôpital. Au-delà de l'enjeu individuel, il y a un vrai problème de santé publique car tous les facteurs sont réunis pour la diffusion de souches tuberculeuses multi-résistantes.

Health care of vulnerable populations infected with TB and HIV

Vulnerability of HIV patients suffering from tuberculosis, mainly immigrants, is not only due to socio-economic factors. Others like administrative, psychological, cultural or language insecurity are under-estimated. Migrants, particularly affected by this co-infection, and other populations whose health is no more a priority, are those mostly concerned. Vulnerability, together with the fear of being arrested by the police for undocumented people, lead patients to not attend health structures on time. As a result, immune deficiency and/or tuberculosis develop without appropriate care leading patients to attend hospitals only at a late stage. The answers to these difficulties must be versatile and based on complementarity between social and health professionals, institutions and support organizations. The first step is to raise awareness among professionals on the reality of these difficulties, listening and giving time being essential. Furthermore, the establishment of support structures such as mediation, including cultural and multidisciplinary team work is a way of moving forward, as is the establishment of teams "on the field" to go towards those who are afraid or have no courage to go to the hospital. Beyond the individual issue lies a real public health problem as all the factors are united for the spread of multi-resistant TB strains.

Mots clés / Key words

Tuberculose, infection par le VIH, vulnérabilité, précarité, migrants, médiation culturelle / Tuberculosis, HIV infection, vulnerability, immigrant, cultural mediation

Le duo maudit, comme il est usuel de désigner dans les pays en développement la co-infection VIH et tuberculose, est très illustratif d'un point de vue épidémiologique et clinique de leur interaction réciproque. Ce duo est en fait doublement maudit dans les pays industrialisés, y compris en France, car la conjonction des facteurs épidémiologiques des deux infections (sur lesquels nous ne reviendrons pas ici) engendre une vulnérabilité particulière du fait de facteurs de précarité qui ne se limitent pas aux difficultés économiques. L'objectif de cet article est de sensibiliser les soignants à la réalité de ce problème et de ses déterminants, et de proposer quelques pistes pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Qui sont les personnes en situation de vulnérabilité concernées par la co-infection VIH-tuberculose ?

On pense ici en premier lieu aux migrants, tout particulièrement ceux originaires d'un pays africain, qui ont longtemps été les oubliés des

campagnes de lutte contre le VIH et qui seront le sujet principal de ce texte, mais cela concerne également, même si c'est dans une moindre mesure, les usagers de drogue et les personnes que les aléas de la vie ont conduit à une situation de grande précarité économique et sociale qui a souvent fait le lit de la double infection [1]. Parmi les migrants, les personnes sans papiers, soit d'arrivée récente par des itinéraires « illégaux » réalisés souvent dans des conditions difficiles voire confinant à la barbarie, soit installés en France depuis plusieurs années, sont particulièrement concernés. Sans entrer dans le détail de données statistiques mal connues, les personnes sans papiers représentent une proportion croissante des migrants vivant dans les pays riches du fait notamment du frein à l'immigration légale. Ils seraient 11,6 millions aux États-Unis, 5 à 6 millions en Europe (soit 5 à 30 % des migrants selon les pays) et au moins 100 000 en France [2]. Lorsque les données sont disponibles, la part des tuberculoses diagnostiquées en Europe dans cette population est très variable,

allant de 7 % (Pays-Bas) à 90 % (Malte), sachant que le risque d'exprimer une tuberculose maladie est plus important dans les premières années de la migration, ce risque étant majoré par une séro-positivité VIH (souvent non connue) [2]. Cette population est caractérisée par des conditions de vie et notamment de logement souvent catastrophiques, favorisant la transmission secondaire, et des difficultés d'accès aux soins liées à la crainte d'être identifié et à une méconnaissance de ses droits. Ces conditions de vie précaires sont également souvent le lot des usagers de drogue désocialisés et des personnes vivant en grande précarité sociale et économique.

De quelle vulnérabilité parle-t-on et avec quelles conséquences ?

Les causes de la vulnérabilité sont plurielles, le plus souvent associées et ne se limitent pas, en tout cas en ce qui concerne les déterminants de santé, à la seule dimension de la précarité économique.