

## Dispositifs de prise en charge en Seine-Saint-Denis

Depuis les lois de décentralisation de 1983, prévention et dépistage de la tuberculose sont de la compétence des conseils généraux. En Seine-Saint-Denis, où une recrudescence de la tuberculose était constatée à la fin des années 1980, le Conseil général a impulsé un programme de prise en charge globale des malades et de la maladie. Ainsi, la stratégie inclut non seulement un volet médical (prise en charge sanitaire, traitement et surveillance épidémiologique), mais aussi un accompagnement social, prenant en compte les personnes dans leur environnement socioculturel, ainsi qu'un partenariat avec tous les acteurs impliqués. L'accessibilité des centres de proximités a été facilitée : 6 centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaires (CDDPS) sont ouverts au public, à des horaires étendus (possibilité de consultation jusqu'à 20 heures), avec des consultations gratuites, une possibilité d'interprétariat et la présence d'assistantes sociales. La vaccination est proposée dans 300 points ; il existe des conventions entre hôpitaux et CSSPS et des médecins référents (en pneumologie) dans les hôpitaux. L'Inspection académique et des associations (foyers de migrants) sont aussi impliquées ; les malades sont informés et les programmes d'éducation à la santé insistent sur la prévention de la maladie.

Chez l'enfant, le risque de passage de l'infection à la maladie tuberculeuse est beaucoup plus important que chez l'adulte. L'enfant est toujours contaminé par un adulte. Devant un cas de tuberculose chez un enfant, il faut donc rechercher une tuberculose dans l'entourage de l'enfant et engager une démarche diagnostique. Le risque de passage de l'infection à la maladie chez l'enfant est de 45 % dans les douze premiers mois de vie, de 25 % jusqu'à 5 ans et 10 à 15 % à l'adolescence.

### Démarche de prise en charge de la tuberculose en Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, le taux d'incidence de la tuberculose est supérieur à celui de la France et de la région Île-de-France : 34,2 pour 100 000 en 1998 contre 11,1 pour la France et 27,5 pour la région Île-de-France. Parmi les 561 cas déclarés en 1998, 38 concernaient des moins de 15 ans, soit une incidence de 12,9 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

Une enquête prospective par questionnaire a été réalisée dans les cinq services de pédiatrie des hôpitaux du département et dans quatre centres de

dépistage et de prévention du département. Les enfants enquêtés devaient être âgés de moins de 15 ans, être hospitalisés ou vus en consultation et mis sous au moins un antituberculeux entre septembre 1996 et décembre 1997.

Parmi les 92 sujets inclus dans l'enquête, 42 % étaient âgés de moins de 5 ans et 20 % étaient nés dans un pays étranger ; 90 % des sujets avaient eu au moins une vaccination par le BCG ; 90 % avaient eu leur première vaccination avant l'âge de 1 an. La multipuncture était la technique la plus souvent utilisée pour la première vaccination. Pour 27 % des enfants, il y avait un antécédent de tuberculose dans la famille.

Tous les sujets ont eu une radiographie thoracique, elle était anormale dans 23 % des cas ; 27 % ont eu une tomodensitométrie thoracique et 14 % une endoscopie bronchique. Parmi les sujets examinés, 90 % ont eu un prélèvement bactériologique (dont 80 % par tubage gastrique) : aucun ne s'est révélé positif à l'examen microscopique. En revanche 5 cultures et une PCR ont donné des résultats positifs. Les trois quarts des sujets avaient une intradermoréaction à la tuberculine (IDR) positive supérieure ou égale à 15 mm.

Au moment de l'enquête, 22,8 % des sujets ont été diagnostiqués maladie tuberculeuse, 58,7 % infection tuberculeuse, 2,2 % en suspicion de tuberculose et 16,3 % en chimioprophylaxie.

Le dépistage dans l'entourage a été fait pour près de 90 % des sujets. Dans 60 % des cas, un contaminateur a été identifié et il s'agissait le plus souvent d'un membre de la famille vivant au domicile. Le contaminant était bacillifère 6 fois sur 10.

Parmi les 92 cas inclus dans l'enquête, 35 figuraient dans la liste des déclarations obligatoires (DO) enregistrées pendant la durée de l'enquête. Au regard des critères de déclaration en vigueur jusqu'en 2003, les maladies tuberculeuses apparaissent plutôt bien déclarées (parmi les 21 cas diagnostiqués lors de l'enquête, 19 avaient donné lieu à une DO), mais près de 50 % des cas déclarés ne remplissent pas les critères de déclaration en vigueur en 1996-1997 (maladie tuberculeuse ayant conduit à la mise en route d'un traitement impliquant au moins trois antituberculeux).

De l'enquête ressortent les résultats suivants :

- le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant est difficile. En effet, sur l'ensemble des sujets diagnostiqués, seulement 35 % ont consulté en raison de signes évocateurs, et près de 4 fois sur 10 l'examen clinique n'a montré aucune symptomatologie ;
- la couverture vaccinale dans le département est bonne puisque 90 % des sujets avaient reçu au moins un BCG ; la vaccination est précoce puisque 90 % des sujets étaient vaccinés avant l'âge de 1 an, généralement par multipuncture. On peut considérer que 60 % des sujets de l'enquête se sont bien soumis à l'obligation vaccinale, c'est-à-dire à la vaccination et aux contrôles tuberculiques ;

- la radiographie thoracique reste l'examen de référence. Tous les sujets en ont eu une et l'image était anormale chez près des trois quarts des patients atteints de maladie tuberculeuse. Pour certains auteurs, le scanner devrait être systématique chez l'enfant de moins de 4 ans mais n'est pas indiqué chez les plus de 4 ans quand l'image radiologique est normale. Dans l'enquête, le scanner a permis de mettre en évidence de nouvelles lésions dans la moitié des cas où la radiographie thoracique était anormale. De plus, une endoscopie bronchique est habituellement recommandée dès que la radiographie thoracique est anormale ;
- le dépistage est bien fait dans le département car 65 % des enfants ont été vus dans le cadre d'un dépistage dans l'entourage d'un cas de tuberculose et pour 70 % des enfants vus pour un autre motif, le dépistage a également été fait. Dans le département, la fréquence élevée du dépistage autour d'un cas index est probablement due aux actions menées pour sensibiliser les professionnels de santé ;
- les maladies tuberculeuses sont plutôt bien déclarées. En revanche, dans sa forme actuelle la DO n'est pas adaptée à la surveillance de la tuberculose chez l'enfant.

Un des objectifs du travail mené en Seine-Saint-Denis était d'élaborer un outil facilitant le diagnostic chez l'enfant : un guide d'aide à la décision, car le diagnostic de tuberculose de l'enfant est difficile.

Ce guide concerne la démarche diagnostique chez l'adulte et chez l'enfant, la démarche thérapeutique, le dépistage (pour quoi faire ? pour qui ? comment ?) et les conduites à tenir dans l'entourage familial ou collectif d'un cas de tuberculose pulmonaire à bacilles acido-alcool-résistants au direct ou culture positive.

**En conclusion**, malgré une incidence nationale faible la tuberculose reste problématique en Seine-Saint-Denis. Cependant, la mise en place d'un réseau de lutte antituberculeuse associant les personnels de santé et les personnels administratifs concernés a permis de mieux connaître l'épidémiologie de la tuberculose de l'enfant, de mieux surveiller la maladie et de développer les actions nécessaires à la recherche du contaminateur. L'expérience acquise en Seine-Saint-Denis permet de préciser comment doit se faire l'organisation médico-sociale et administrative pour améliorer la prise en charge.

L'organisation doit s'opérer à différents niveaux :

- amélioration du signalement et de la notification de la tuberculose, en favorisant la mise en place de médecins référents dans les centres hospitaliers prenant en charge un grand nombre de patients tuberculeux ; mise en place de procédures écrites sur les modalités pratiques du signalement immédiat et de la notification ;
- amélioration de la coordination de la lutte antituberculeuse au niveau local en mettant en place une coordination départementale afin de mieux

connaître les caractéristiques de l'ensemble des cas index et en rendant systématique la recherche dans l'entourage des cas index selon un protocole établi ;

- amélioration de la prise en charge des populations spécifiques : sans domicile fixe, migrants, détenus, usagers de drogues ;
- amélioration du suivi et du recueil d'information sur le devenir des patients avec la mise en place d'une déclaration de fin de traitement selon les mêmes modalités que la DO, une observation directe du traitement dans les populations à risque de mauvaise observance et le développement d'un système permettant d'avoir une meilleure connaissance des personnes ayant une mauvaise observance et qui changent de région.

**Zinna Bessa**

*Médecin responsable du programme « prévention de la tuberculose »,  
SPAS Conseil Général de Seine-Saint-Denis, Bobigny (jusqu'en septembre 2002)*

*Bureau santé des populations, précarité et exclusion,  
Direction générale de la santé, Paris*