



## Où en est la tuberculose en France ? Peut-on modifier la politique vaccinale ?

L'incidence de la tuberculose en France est en forte régression sauf dans les populations venant de pays à forte prévalence. Cette situation épidémiologique justifie-t-elle le maintien d'une politique de vaccination et de revaccination systématique de la population<sup>1</sup> ? Un numéro thématique du BEH synthétise les données récentes sur cette question au vu des cas déclarés durant l'année 2001.

**Epidémiologie**<sup>2</sup> : Seule la tuberculose-maladie recevant une trithérapie fait actuellement l'objet d'une déclaration obligatoire suivie d'une enquête épidémiologique. L'exhaustivité de cette déclaration a été estimée à 65% en 1998. La tuberculose-infection, primo-infection ou simple virage tuberculinique, n'a pas actuellement à être déclarée.

Le taux d'incidence pour 100.000 habitants (TI) est passé de 60 cas en 1972 à 10 en 1998, globalement stable depuis. Il est de 10,8 en 2001 pour la métropole, soit 6.296 cas. Il est très variable selon les régions. L'Île de France a un TI 4 fois supérieur à la moyenne nationale, Paris et le 93 étant les départements les plus touchés (TI à 48,4 et 36,6).

Il augmente avec l'âge sur l'ensemble de la France, atteignant 22 au-delà de 75 ans. Mais en Île de France il atteint 36,8 pour les 25-39 ans.

La nationalité étrangère fait passer globalement le TI de 6,2 à 57,2 (risque x 9) ; en Île de France il est à 91 (151 à Paris), et dans la tranche 25 à 39 ans à 86,6; en cumulant ces 3 facteurs (nationalité, domicile, âge) il atteint 135,7. Plus que la nationalité, le pays de naissance est le meilleur indicateur du risque : TI à 5,3 pour la France, 33,4 pour le Maghreb, 128,9 pour l'Afrique subsaharienne.

Les formes pulmonaires (73% des cas) ont un examen direct positif dans 62% des cas, mais ces données de culture manquent dans 60% des cas. Les antécédents de tuberculose traités étaient de 9,3%. La proportion de sujets infectés par le VIH était de 5,6% (pour 41% des cas où ce statut était connu). Une tuberculose a été déclarée chez 278 enfants de moins de 15 ans ; leur statut vaccinal était connu pour 60%, 77% étaient vaccinés. 100 cas de méningite tuberculeuse ont été déclarés (1,5%) dont 3 enfants de moins de 5 ans, 1 étant vacciné.

**Politique vaccinale**<sup>3</sup> : Bien des incertitudes existent sur l'efficacité et l'impact épidémiologique du BCG.

Pour la revaccination les données sont rares. Quelques études (Finlande, Hong-Kong) ne trouvent pas de bénéfice aux revaccinations. L'OMS en 1995

concluait que la revaccination n'était pas recommandée, aucune donnée ne confirmant son utilité.

Pour la primo-vaccination, trois méta-analyses ont confirmé son efficacité dans la prévention des méningites et miliaries de l'enfant (protection entre 64% et 86%), plus incertaine pour les formes pulmonaires. Les interruptions de primo-vaccination dans plusieurs pays, notamment en Suède, ont été suivies d'une augmentation, limitée, de l'incidence de tuberculose chez l'enfant. Mais cette augmentation concernait essentiellement les enfants issus de famille venant de pays à forte prévalence.

En France, selon les calculs et les hypothèses, entre 10 et 250 cas annuels de tuberculose sont évités par le BCG. L'arrêt de la revaccination ne semble pas poser de problèmes. Par contre l'arrêt de la primo-vaccination entraînerait des cas additionnels, spécialement chez les enfants vivant dans des environnements à risque. Mais seraient évités quelques cas annuels de BCGites généralisées. La solution est recherchée en associant la vaccination systématique dans les régions à fort TI et la vaccination des populations à risque dans l'ensemble du pays. Mais la définition de ces populations pose des problèmes opérationnels, sociologiques, éthiques et politiques.

Pour les adultes (professions à risque), l'intérêt d'une revaccination n'étant pas prouvé, il serait plutôt préconisé une meilleure observance des mesures de précaution et un suivi clinique et tuberculinique (IDR d'interprétation facilitée en l'absence de BCG récent). Les sujets non vaccinés avec test négatif le seraient.

**Politique des tests tuberculiques et de déclaration**<sup>3</sup> : avec l'arrêt de la revaccination, les tests post-vaccinaux seraient supprimés, d'autant que deux grandes enquêtes, anglaise et française, ont prouvé qu'il n'existe aucun lien entre allergie post-vaccinale et protection clinique. L'IDR serait maintenue lors de l'investigation des cas, en particulier chez l'enfant migrant à risque, quelque soit le statut vaccinal. Et la déclaration obligatoire concernera aussi les primo-infections des moins de 15 ans.

**En pratique**, retenons les fortes disparités régionales d'incidence, liées aux migrants provenant des pays à forte endémie. La suppression, imminente, de la revaccination et des tests tuberculiques systématiques, et celle, en cours d'évaluation, de la primo-vaccination systématique devront prendre en compte les risques majorés de certaines populations. Les économies réalisées devraient permettre de moderniser les structures de prévention, et de mener des interventions de terrain avec dépistage actif de proximité dès qu'un cas est diagnostiqué.

1. Bouvet E. Lutte contre la tuberculose : faut-il changer de politique ? BEH 2003 ; (10-11) : 53.

2. Cailhol J, et al. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2001. BEH 2003 ; (10-11) : 54-7.

3. Lévy-Bruhl D, et al. BCG et tests tuberculiques : évolutions de la politique vaccinale française. BEH 2003 ; (10-11) : 61-3.

**Mots-clé** : tuberculose, vaccination, BCG, migrant, politique de santé.