



**UnaformeC**  
261, rue de Paris  
93556 Montreuil-cedex  
Tél 01 43 63 80 00  
Fax 01 43 63 68 11  
Internet [www.unaformec.org](http://www.unaformec.org)

N° 243 – 30 juin 2003

AGORA formation XXV : J - 103

# Le journal faxé de l'UnaformeC

Vous pouvez désormais consulter ce journal au format acrobat reader (en pdf) sur notre site, à l'adresse suivante : [www.unaformec.org](http://www.unaformec.org)

## EDITO

La stratégie de prise en charge de la tuberculose en France ne peut plus reposer maintenant sur la vaccination généralisée par le BCG, et encore moins sur des contrôles répétés totalement injustifiés des réactions tuberculiques post-vaccinales. L'abandon des revaccinations ne posera sans doute pas de grands problèmes. Celui de la primo-vaccination nécessite un ciblage efficace des populations « à risque », où interfèrent de nombreux facteurs organisationnels, éthiques, sociologiques, et politiques. La tuberculose reste une maladie préoccupante : il faut maintenant changer des stratégies qui ont fait leurs preuves il y a quelques décennies, mais ne sont plus adaptées à notre époque.

## LA TUBERCULOSE EN FRANCE

*Faut-il ou non poursuivre la vaccination systématique par le BCG entre la naissance et 6 ans ? Il apparaît que la France est maintenant proche des valeurs-seuils de l'incidence de la maladie qui permettraient de changer radicalement de politique.*

**Le contexte français :** la politique vaccinale actuelle repose sur la forte contagiosité de la tuberculose en cas d'expectoration positive à l'examen direct. Le risque est considéré comme significatif lorsqu'il y a plus de 5 tuberculeux dans ce cas pour 100000 habitants<sup>1</sup>. Nous sommes actuellement proches de ce seuil. Selon les épidémiologistes, la vaccination permettrait d'éviter entre moins de 10 et 250 cas de tuberculose chaque année. La revaccination aurait un impact pratiquement nul sur l'incidence des méningites et des miliaires tuberculeuses. Comme dans tous les pays industrialisés, la tuberculose à expectoration positive atteint presque exclusivement des populations à risque, notamment issues de l'immigration. Le pays de naissance est le meilleur indicateur : incidence de 5,3 pour 100000 habitants en France, 33,4 pour 100000 au Maghreb, 128,9 pour 100000 en Afrique subsaharienne...

**Quel bénéfice attend-on maintenant de la vaccination par le BCG ?** Le BCG a un pouvoir protecteur vis à vis de la méningite et de la miliaire estimé entre 64 et 86% chez l'enfant<sup>1</sup>. Aucune étude n'a véritablement montré de preuve d'efficacité de la revaccination, et encore moins des vaccinations multiples, ce qui a conduit l'OMS à réfuter cette pratique. En Suède, où l'on a abandonné la primo-vaccination par le BCG, l'incidence de la maladie a un peu augmenté de ce fait, mais essentiellement chez les enfants issus de famille venant de pays à forte prévalence de tuberculose. Le BCG n'aurait donc d'indication actuelle que dans certains milieux à risque.

**Pour l'avenir proche.** « *L'application à toute une population d'une politique de prévention uniforme néglige le fait que cette maladie affecte des populations à risque très bien identifiées... et donne l'illusion que tout est fait pour prévenir la tuberculose en France...* »<sup>2</sup> Il convient donc maintenant d'insister sur les vraies priorités : réserver l'usage de l'IDR à l'investigation diagnostique autour d'un cas avéré de tuberculose, personnel soignant compris, renforcer la surveillance de la maladie et en particulier de ses formes extra-pulmonaires chez l'enfant, maintenir le dépistage de l'infection pour les enfants et adultes migrants en provenance de pays à forte endémie tuberculeuse, quel que soit leur statut vaccinal.

J.P. VALLEE

<sup>1</sup>Lévy-Bruhl D. et al. BCG et tests tuberculiques : évolutions de la politique vaccinale française. BEH 2003; 10-11 : 61-3.

<sup>2</sup>Bouvet E. Lutte contre la tuberculose : faut-il changer de politique ? BEH 2003 ; 10-11 : 53.