

La lutte contre la tuberculose auprès des personnes sans domicile dans l'Union européenne : plus qu'un vœu pieux

Rob van Hest, docteur en médecine*

Service municipal de santé publique de Rotterdam, Pays Bas

Alistair Story, infirmier diplômé, titulaire d'une maîtrise en hygiène publique*

Agence de protection de la santé, Londres, Royaume-Uni

Introduction

L'évolution épidémiologique de la tuberculose au sein de l'Union européenne se caractérise par la concentration des cas au sein de certains sous-groupes de la population métropolitaine. Les métropoles abritent un nombre particulièrement important d'habitants socialement exclus appartenant aux groupes présentant un risque élevé de contracter la tuberculose, en particulier les immigrés, les personnes sans domicile, les consommateurs de drogues illicites, les alcooliques, les gens à la rue présentant une co-morbidité psychiatrique et les anciens détenus. Certains de ces facteurs de risque se chevauchent souvent et sont particulièrement présents au sein des populations carcérales¹. La prévention de la tuberculose et la lutte contre cette maladie au sein de ces groupes à risque se compliquent à cause de diagnostics tardifs, de transmissions subséquentes et d'une faible assiduité au traitement débouchant sur l'apparition de souches de tuberculose résistantes aux antibiotiques. Une récente étude internationale sur les facteurs de risque pour la transmission de la tuberculose dans les pays où l'incidence de cette maladie est faible identifie l'exclusion liée au logement, la consommation de drogues par voie intraveineuse et l'abus d'alcool en tant que principaux facteurs associés à la transmission incontrôlée de la tuberculose au sein de la population². En 2002 et 2003, un cas de tuberculose notifié sur six à Rotterdam (Pays-Bas) et Londres^{3,4} (Royaume-Uni) concernait une personne sans domicile, un consommateur de drogues illicites ou un (ancien) détenu.

Les personnes sans domicile accèdent difficilement aux soins de santé ou retardent la consultation d'un médecin et leur mode de vie est susceptible de masquer les symptômes de la maladie. Chez ces personnes, la tuberculose évolue plus fréquemment vers des stades plus avancés et contagieux avant d'être diagnostiquée. Les personnes sans domicile partagent couramment des espaces confinés dans des lieux de réunion mal ventilés tels que foyers d'accueil, centres de jour, points de distribution de méthadone et lieux de consommation de drogues supervisés. Le problème se complique encore à cause de leur mauvais état de santé général, qui compromet la réaction immunitaire contre la tuberculose. Ensemble, ces facteurs s'aggravent mutuellement et provoquent d'importantes épidémies de tuberculose frappant les personnes sans domicile. De telles résurgences ont été documentées dans de nombreux pays de l'Union européenne, où des taux extrêmement élevés de tuberculose sont régulièrement constatés (de 500 à 3 000 cas de tuberculose pour 100 000 personnes sans domicile). Cette situation fait de la tuberculose un enjeu paneuropéen^{1,3-15} ainsi qu'un problème pour les futurs Etats membres de l'UE¹⁶.

Il n'y a eu aucun nouveau traitement contre la tuberculose depuis près d'un demi-siècle et, bien que très efficace, le traitement actuel est long et susceptible d'induire des complications liées aux effets secondaires du médicament. Une fois le diagnostic posé, le non-respect du traitement et la perte de contact par défaut de suivi des patients sont fréquents chez les personnes sans domicile. Le manque d'assiduité au traitement entraîne des transmissions subséquentes et provoque l'apparition de souches de la maladie résistantes aux médicaments. La concentration de la tuberculose au sein des publics exclus et fragilisés affecte également le personnel travaillant avec eux et l'ensemble de la population^{5,6}.

Plan d'action-cadre de lutte contre la tuberculose dans l'Union européenne

En février 2008, après consultation de diverses organisations concernées, dont la FEANTSA, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a publié son « Plan d'action-cadre de lutte contre la tuberculose dans l'Union européenne » avançant des orientations et des propositions quant à ce que les Etats membres de l'Union européenne doivent faire pour réduire l'incidence de la tuberculose¹⁷. Le rapport reconnaît qu'outre des difficultés telles que les souches très

résistantes à un ou plusieurs antibiotique et la co-morbidité avec le VIH/sida, la concentration de la tuberculose au sein des publics « difficiles à trouver » et « difficiles à atteindre » constitue un obstacle majeur pour les efforts de lutte contre la tuberculose à travers l'Union européenne. Le rapport indique que « lutter contre la tuberculose au sein des publics fragilisés doit constituer un élément clé de toute stratégie intégrée visant à réduire la tuberculose et, à terme, à l'éliminer ».

Le Plan d'action s'articule autour de quatre principes :

1. *Garantir à chacun des soins rapides et de qualité*, par exemple à travers la création de services conçus en fonction des besoins des publics vulnérables, ce qui exige l'affectation pérenne de moyens proportionnels à la complexité des interventions sur mesure telles que des services mobiles d'administration directe du traitement (*Directly Observed Therapy* « thérapie directement observée »).
2. *Renforcer les capacités des systèmes de santé à travers toute l'Union européenne*. Cela signifie par exemple que les systèmes de santé doivent être accessibles, souples et centrés sur le patient sans obstacles culturels, sociaux ou économiques.
3. *Elaborer de nouveaux outils, entre autres de renforcement des composantes opérationnelles de la lutte contre la tuberculose*, tels que des interventions de santé publique fondées sur des preuves susceptibles de briser, le plus précocement et le plus efficacement possible, la chaîne de la contamination, comme par exemple la recherche active de patients tuberculeux au sein des populations fragilisées.
4. *Construire des partenariats et des collaborations entre pays et acteurs concernés*. Le Plan d'action déclare par exemple que les Institutions européennes peuvent, en collaboration avec divers partenaires, soutenir l'identification, la mise au point et la diffusion de modèles de bonne pratique en termes de lutte contre la tuberculose.

Appliquer ces principes est essentiel à une lutte efficace contre la tuberculose au sein des publics « difficiles à atteindre » (*hard to reach*) partout dans l'Union européenne et la FEANTSA se réjouit des références explicites à cette cause dans le Plan d'action. La publication de ce rapport donne pour la première fois l'occasion de repenser la lutte contre la tuberculose chez les publics fragilisés, dont font partie les personnes sans domicile, dans toute l'Union européenne. Nous y voyons un appel à l'action pour renforcer la lutte contre la tuberculose partout en Europe à travers l'échange d'expériences, la recherche concertée, le travail de plaidoyer et la collaboration.

L'opinion de la FEANTSA

1. La tuberculose est une problématique de santé publique clé pour le 21^e siècle qui exige une collaboration et une action concertées à travers l'Union européenne.
2. Le traitement contre la tuberculose est l'une des interventions sanitaires les plus efficace en termes de coûts^{18,19}.
3. La tuberculose reste très stigmatisante et étroitement corrélée à la pauvreté, au logement de mauvaise qualité et à l'exclusion sociale.
4. Il est impossible de lutter contre la tuberculose sans en aborder les causes sociales.
5. Les publics au sein desquels l'incidence de la maladie est la plus élevée dans l'Union européenne sont précisément ceux qui ont le plus de difficultés à accéder aux services de santé et qui présentent par conséquent le risque le plus élevé de ne pas suivre leur traitement jusqu'à son terme.
6. Les procédures standard de lutte contre la tuberculose, telles que le dépistage des contacts et le traitement auto-administré s'avèrent largement inefficaces auprès des publics « difficiles à atteindre ».
7. Les structures de prise en charge de la tuberculose qui ne prennent pas en compte les besoins des publics urbains difficiles à atteindre créent pour l'avenir un risque accru d'incidence élevée de la tuberculose et de présence de souches résistantes au traitement, rendant de nouveau la maladie impossible à soigner.
8. Il existe un besoin urgent de services de prise en charge de la tuberculose plus accessibles, plus souples et capables d'aller de manière proactive vers les personnes présentant les risques les plus importants.
9. Il est impossible de lutter contre la tuberculose à l'échelle d'une population sans efforts spécifiques de lutte contre la maladie ayant pour cible les publics « difficiles à atteindre ».

Modèles de lutte contre la tuberculose

La tuberculose n'est pas seulement une affection médicale : elle possède également d'importantes racines et composantes sociales²⁰. La recherche disponible jusqu'ici suggère qu'il est impossible de lutter efficacement contre la tuberculose chez les publics fragilisés tels que les personnes sans domicile en recourant à une approche exclusivement hospitalière et biomédicale. La prise en charge hospitalière de la tuberculose doit s'accompagner d'initiatives spécifiques de santé publique de proximité adaptées aux besoins des publics fragilisés, dont les personnes sans domicile. La réussite du modèle néerlandais de lutte contre la tuberculose en donne un exemple important. La lutte contre la tuberculose s'y organise en collaboration étroite entre les services hospitaliers et des dispensaires de proximité spécialisés dans la prise en charge de la tuberculose. Ces structures sont complétées par deux anciens sanatoriums qui interviennent désormais en tant que centres tertiaires de traitement hospitalier de la tuberculose destinés aux patients présentant des besoins médicaux ou psychosociaux complexes et dont les médecins-conseils proposent un service téléphonique quotidien d'expertise-conseil aux professionnels de la tuberculose ainsi qu'au personnel médical spécialisé dans ce domaine. Les hôpitaux se concentrent sur les soins hospitaliers et cliniques tandis que les cliniques spécialisées dans le domaine de la tuberculose interviennent par l'intermédiaire d'un réseau de structures locales de prise en charge sanitaire et sociale afin, d'une part, d'assurer le traçage des contacts, les traitements préventifs, les soins ambulatoires et de dispenser la thérapie directement observée (DOT). D'autre part, elles permettent de rechercher activement les patients contaminés parmi les personnes sans domicile et autres publics vulnérables à travers des interventions appropriées et ciblées telles que le dépistage mobile par radiographie numérique^{3,5}. Les cliniques de santé publique sont également chargées de la surveillance épidémiologique et des enquêtes sur les foyers d'infection. Aux Pays-Bas, médecins spécialisés dans la lutte contre la tuberculose, personnel infirmier spécialisé (intervenant aussi fréquemment en tant que travailleurs sociaux) et assistants médicaux travaillent sous le même toit, faisant du dispensaire spécialisé un guichet unique de lutte contre la tuberculose intégrant tous les tests de dépistage de base (test cutané à la tuberculine, radiographie des poumons et examen microscopique des frottis) et les dispositifs de traitement. Ce modèle est particulièrement utile pour les publics confrontés à l'exclusion sociale qui ont souvent besoin d'une gestion intensive par référent et de l'administration directe de la thérapie afin d'éviter toute perte de contact et défaut de suivi. Les Pays-Bas possèdent l'un des taux de tuberculose les plus bas de l'Union européenne, et ce malgré une forte concentration de personnes sans domicile et de consommateurs de drogues illicites dans des grandes villes comme Amsterdam et Rotterdam, où les publics vulnérables sont régulièrement dépistés avec succès^{3,20}. Le Plan d'action prévoit que les Institutions européennes peuvent, en coopération avec divers partenaires, soutenir l'identification, la mise au point et la diffusion de modèles de bonnes pratiques de lutte contre la tuberculose. Le modèle néerlandais ne constitue que l'un exemple parmi d'autres susceptibles d'application bénéfique dans d'autres pays de l'Union européenne.

Echanges et recherche

Il est urgent d'étoffer le socle de connaissances concernant les stratégies optimales de diagnostic et de traitement efficace à l'intention des publics « difficiles à atteindre » dans l'Union européenne. Divers pays possèdent une certaine expérience en la matière – souvent issue de projets pilotes – mais il faut en faire davantage pour traduire cette expertise en politiques et pratiques efficaces. A cet égard, l'Union européenne a clairement un rôle à jouer en termes d'apport de valeur ajoutée, d'abord en favorisant l'échange et l'apprentissage mutuel dans ce domaine, ensuite en soutenant la diffusion des « bonnes pratiques » et enfin en aidant les Etats membres à faire progresser leurs stratégies de lutte contre la tuberculose. Il faudrait lancer un programme d'échanges, mettre au point des supports pédagogiques et organiser des stages destinés au personnel pluridisciplinaire (médical, infirmier, social) de santé publique intervenant dans la lutte contre la tuberculose et auprès des personnes sans domicile et des consommateurs de substances illicites de l'Union européenne. La tuberculose parmi les personnes sans domicile et les consommateurs de drogues illicites, surtout dans le cadre urbain, devrait être l'une des priorités de la recherche fondamentale, appliquée et opérationnelle à l'échelle européenne. L'Union européenne peut, par exemple, aider à identifier des domaines d'action spécifiques, soutenus par des organismes ou des mécanismes bilatéraux et multilatéraux relevant ou non de son autorité, promouvoir le dépistage précoce des publics fragilisés et veiller à ce que les traitements soient disponibles, accessibles, abordables, appropriés et, surtout, qu'ils soient administrés avec succès.

Action de l'Union européenne

La tuberculose ne connaît pas les frontières internationales. Du fait de la mobilité accrue des populations, la responsabilité de la lutte contre la tuberculose incombe désormais solidairement à tous les Etats membres de l'Union européenne. La contamination incontrôlée des publics « difficiles à atteindre » associée à la menace émergente d'une souche de la maladie résistante au traitement pose un défi de santé publique majeur, particulièrement dans les centres urbains de l'Europe entière. Il est impossible de lutter efficacement contre la tuberculose dans l'Union européenne sans dispositif spécifique de dépistage et de traitement systématique des publics vulnérables. L'Union européenne a un rôle évident à jouer en termes de protection de la santé de ses citoyens contre la tuberculose. La FEANTSA espère que le « Plan d'action-cadre de lutte contre la tuberculose dans l'Union européenne » ne se résumera pas à un vœu pieux et se traduira par de véritables actions, en particulier concernant l'un de ses éléments clés, c'est-à-dire la lutte contre la tuberculose au sein des publics fragilisés. Nous appelons à la collaboration entre organismes partenaires de tous les Etats membres avec l'appui de l'Union européenne en vue non seulement de fournir le leadership et l'orientation stratégique nécessaires, mais aussi les données requises pour informer les politiques et les pratiques, ainsi que pour plaider la cause et accompagner les personnes les plus exposées à la tuberculose aujourd'hui.

Bibliographie

1. Antoine D, Maguire H, Story A. Epidemiology and response to the growing problem of tuberculosis in London. *Euro Surveill* 2006;11:25-8.
2. Fok A, Numata Y, Schulzer M, *et al.* Risk factors for clustering of tuberculosis cases: a systematic review of population-based molecular epidemiology studies. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12:480-92.
3. De Vries G, Van Hest R, Richardus JH. Impact of mobile radiographic screening on tuberculosis among drug users and homeless persons. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:201-7.
4. Story A, Murad S, Roberts W, *et al.* Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax* 2007;62:667-71.
5. De Vries G, Van Hest RA. From contact investigation to tuberculosis screening of drug addicts and homeless persons in Rotterdam. *Eur J Public Health* 2006;16:133-6.
6. Ruddy MC, Davies AP, Yates MD, *et al.* Outbreak of isoniazid resistant tuberculosis in north London. *Thorax*. 2004;59:279-85.
7. Kumar D, Citron KM, Leese J, *et al.* Tuberculosis among the homeless at a temporary shelter in London: report of a chest x ray screening programme. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:629-633.
8. Lemaître N, Sougakoff W, Truffot-Pernot C, *et al.* Use of DNA fingerprinting for primary surveillance of nosocomial tuberculosis in a large urban hospital: detection of outbreaks in homeless people and migrant workers. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998;2:390-6.
9. Diel R, Meywald-Walter K, Gottschalk R, *et al.* Ongoing outbreak of tuberculosis in a low-incidence community: a molecular-epidemiological evaluation. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8:855-61.
10. Ködmön C, Niemann S, Gutierrez MC, *et al.* Molecular clues of a microepidemy among homeless tuberculosis patients in Budapest due to a new and local *Mycobacterium tuberculosis* clade. *Infect Genet Evol* 2007;7:632-5.
11. David B, Oross J, Vecsei M. Homelessness and tuberculosis. Budapest: Soros Foundation, 1998.
12. Laere IRAL van, Buster MCA. [Health problems of homeless people attending outreach primary care surgeries in Amsterdam]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1156-60.
13. Solsona J, Caylà JA, Nadal J, *et al.* Screening for tuberculosis upon admission to shelters and free-meal services. *Eur J Epidemiol* 2001;17:123-8.

14. Romaszko J, Buciński A, Wasiński, R, *et al.* Incidence and risk factors for pulmonary tuberculosis among the poor in the northern region of Poland; *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12: 430-5.
15. Southern A, Premaratne N, English M, *et al.* Tuberculosis among homeless people in London: an effective model of screening and treatment. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:1001-1008.
16. Büyük Y, Uzün I, Eke M, *et al.* Homeless deaths in Istanbul, Turkey. *J Forensic Leg Med* 2008;15:318-21.
17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Framework Action Plan to fight tuberculosis in the European Union. Stockholm: ECDC, 2008.
18. World Bank. Investing in Health. World Development Report 1993. New York: Oxford University Press, 1993.
19. Floyd K. Costs and effectiveness--the impact of economic studies on TB control. *Tuberculosis (Edinb)* 2003;83:187-200.
20. Story A, Van Hest R, Hayward A. Tuberculosis and social exclusion. *BMJ* 2006;333:57-58.
21. Keizer ST, Langendam MW, van Deutekom H, *et al.* [Tuberculosis in HIV-positive and HIV-negative drug users in Amsterdam]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:184-9.

* Rob van Hest est médecin épidémiologiste-conseil spécialisé dans la lutte contre la tuberculose, Service de lutte contre la tuberculose, Service municipal de santé publique de Rotterdam-Rijnmond, Schiedamsedijk 95, 3011 EN Rotterdam, Pays-Bas, vanhestr@ggd.rotterdam.nl

* Alistair Story, Projet Find and Treat (« Trouver et soigner »), Section « tuberculose » du service des maladies respiratoires au Centre des infections de l'Agence de protection de la santé, Londres, Royaume-Uni.

** Pour de plus amples renseignements, voir [Response to the Stakeholder Consultation](#) on the "Proposal for an Action Plan to fight Tuberculosis in the European Union", décembre 2007 (disponible en anglais).

Article publié pour la première fois dans le bulletin ENHW Newsletter, Issue n°6 – Summer 2008, version originale en anglais, voir [page Internet](#).



FEANTSA

European Network of
Homeless Health Workers (ENHW)

