

MAUX

d'exil

Éditorial

Tuberculose : maladie sociale ?

Dr Olivier Lefebvre,

coordinateur national du pôle médical du Comede

La tuberculose, première cause de mortalité par un agent infectieux dans le monde, représente un problème de santé publique mondial, principalement dans un grand nombre de pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie. Les politiques européennes ont ainsi argué du risque bio-sécuritaire que représente le phénomène migratoire pour mettre en place des dispositifs contraignants de dépistage. En France, pays de faible endémie, si le nombre de nouveaux cas de tuberculose décline inexorablement dans la population générale, la part des personnes nées à l'étranger touchées par la maladie ne fait que croître, confondant souvent le visage de cette affection avec celui de la personne migrante. L'analyse des données épidémiologiques des institutions publiques et des associations de terrain mettent en évidence l'importance des facteurs de vulnérabilité qui favorisent la réactivation et la transmission, principalement intracommunautaire. Les indicateurs sont ainsi révélateurs de la situation de détresse sociale, au regard de l'hébergement, de la protection maladie, de la régularité du séjour, des ressources et de l'interprétariat. Améliorer le dépistage ciblé sur la population migrante et l'accès à la prise en charge des personnes présentant une infection tuberculeuse, maladie ou latente, implique de s'appuyer sur la coordination de nombreux acteurs tant dans le champ médical que psychologique, social, politique et juridique. La pluridisciplinarité, l'accompagnement personnalisé, le développement de « l'aller vers », le recours plus systématique à l'interprétariat et l'amélioration des conditions d'accueil des migrant·e·s primo-arrivant·e·s permettront d'éradiquer cette maladie sociale.



TUBERCULOSE, EXIL ET INÉGALITÉS SOCIALES

Bien loin de la phtisie des auteur·e·s romantiques exilé·e·s dans le XIX^{ème} siècle, la tuberculose frappe, de nos jours encore, les personnes les plus précaires. Pour les quelques 5000 cas ainsi déclarés chaque année en France, le tableau est le plus souvent celui d'une grande détresse sociale. Obstacles à l'obtention d'une protection maladie, absence d'hébergement, isolement social, barrière de la langue... autant de difficultés auxquelles sont confronté·e·s nombre d'exilé·e·s accompagné·e·s par le Comede. Ce numéro revient sur cette maladie bien actuelle qui, avec une approche globale de la prise en charge des populations touchées, pourrait nettement décliner, sinon être éradiquée.

Sommaire

Juillet 2020

- ② VUE D'UNE ANTHROPOLOGUE - **LA TUBERCULOSE COMME MALADIE D'IMMIGRÉ·E·S**
- ④ SAMUSOCIAL DE PARIS - **LA TUBERCULOSE : RÉVÉLATEUR DES PRÉCARITÉS**
- ⑥ SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - **INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES NÉES À L'ÉTRANGER ET RÉSIDANT EN FRANCE : QUELLES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ?**
- ⑧ RÉSEAU NATIONAL DES CENTRES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE - **L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS ET LES CENTRES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN FRANCE**
- ⑪ VUE DU COMEDE - **CUMUL DE FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ET PARCOURS DE SOINS DES PATIENT·E·S DU COMEDE**

La tuberculose comme maladie d'immigré·e·s

Aujourd'hui, dans les discours publics comme dans les textes réglementaires, la tuberculose n'est plus la grande peste blanche qui menace la société française comme dans la première moitié du 20^e siècle. Le déclin épidémiologique de la maladie depuis les années 1950, conjugué à la disponibilité d'un traitement antibiotique puissant, a fait de la tuberculose une maladie sans avenir, une maladie censée avoir disparu.

Aujourd'hui, la tuberculose est surtout associée à l'immigration. D'où vient cette image ?

Janina Kehr, anthropologue, Institut d'anthropologie sociale de l'Université de Berne

« Pour les gens, la tuberculose n'existe plus », m'avait dit un jour un infirmier d'un centre de lutte contre la tuberculose. C'est seulement avec la montée des bactéries résistantes aux antibiotiques et l'arrivée de nouvelles maladies infectieuses mondiales que la tuberculose est redevenue une préoccupation de la santé publique française du début des années 2000.

Au début des années 1990, peu après l'effondrement de l'Union soviétique et le délitement de l'ordre mondial qui s'était cristallisé pendant la Guerre froide, les rapports épidémiologiques sur la possibilité d'une nouvelle crise de la tuberculose, revenant en Europe par l'étranger, ont fait leur apparition. Non seulement les experts en santé publique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) craignaient que la tuberculose ne soit alimentée par l'épidémie croissante de VIH/Sida, mais les médias rapportaient également que les personnes immigrées des pays d'Europe de l'Est et d'Afrique risquaient de réimporter cette vieille maladie de la pauvreté dans les sociétés riches d'Europe occidentale. Alors que la tuberculose était en déclin constant « ici », la tuberculose devenait de plus en plus associée aux immigré·e·s pauvres et aux réfugié·e·s « ailleurs ».

Dans les années 1990, les épidémiologistes européen·ne·s ont alors posé·e·s de nouvelles questions et ont produit de nouvelles données sur l'incidence de la tuberculose, en distinguant systématiquement les populations « indigènes » et « étrangères ». Alors que la « population indigène » semblait de moins en moins



touchée par la maladie, comme le montraient les nouvelles statistiques, les taux d'incidence étaient beaucoup plus élevés pour les étrangers. L'OMS a même développé un dispositif épidémiologique avec de nombreuses études spéciales réalisées en 1989 et 1990. Ces dernières ont démontré que le « réservoir » mondial de tuberculose était situé en Afrique et en Asie.

Pour répondre aux phénomènes migratoires qui étaient de plus en plus perçus comme un risque biosécuritaire en nouveau contexte de santé publique globale, des mesures de surveillance et d'intervention ciblée auprès des personnes ayant migré en Europe en provenance de pays d'Afrique, d'Asie et d'Europe de l'Est ont été mises en place ou renforcées. De plus, la maladie a repris un certain poids politique dans le contexte occidental à

cause d'une série d'épidémies locales très médiatisées à Londres et à New York à la fin des années 1980. La tuberculose est devenue une maladie de connexion et de migration mondiales. À ce moment-là, le visage public de la maladie s'est racialisé aussi en France. Dans le nouveau régime de biosécurité mondiale qui émergeait, la tuberculose est devenue une maladie des immigré·e·s.

Qu'en est-il d'être malade et de se faire soigner de la tuberculose quand on est un·e immigré·e précaire ? Le récit d'Aka, un homme exilé en France depuis la Côte d'Ivoire sans titre de séjour, fournit une perspective importante sur la maladie et les trajectoires de soin associés.

« Je suis loin de ma famille, ils sont tous très loin. Moi je suis seul ici et j'allais mourir. C'est très difficile. C'était la première fois de ma vie que j'étais à l'hôpital. Là, c'est ma deuxième hospitalisation. Je suis revenu parce que la fièvre m'a fait peur. C'est fatiguant. Et les douleurs. La première fois, j'ai attendu que ça passe. J'habitais dans un squat. Il faisait froid. Il n'y avait pas de fenêtre. Je suis resté deux semaines chez moi, sans manger, sans bouger. J'avais très mal et beaucoup de fièvre. Puis ça n'allait plus. Les pompiers sont venus et m'ont amené ici, aux urgences. J'ai eu une opération un jour après, ils ont enlevé de l'eau autour du cœur. Les médecins m'ont dit : « Si vous étiez resté encore chez vous deux jours de plus, vous seriez mort ».

Aka vivait sans titre de séjour et sans couverture sociale dans un squat en Seine-Saint-Denis et travaillait comme vendeur de fruits et légumes pour gagner sa vie.

À une question sur les circonstances dans lesquelles il avait appris sa tuberculose, il m'a répondu : « *Que c'est la tuberculose, ça ne m'a rien fait personnellement. Depuis que j'ai dix ans, j'ai traversé des moments difficiles, c'est comme la mort, quand ça arrive, ça arrive.* » Au-delà d'expériences très personnelles de la maladie, qui diffèrent de personne à personne, le récit d'Aka montre que dans des vies d'exilé·e·s, caractérisées par de multiples précarités - économiques, juridiques, sociales - la tuberculose, paraît presque comme une évidence. Ce qui importe tout autant que la tuberculose, ce sont les conditions matérielles de la vie dans lesquelles s'inscrivent les traitements ou leur

absence. Ils déterminent les trajectoires de soin, bien plus que les « représentations » de la maladie. Le récit d'Aka montre alors comment sa situation sociale et politique - l'absence de logement stable et salubre, l'absence de titre de séjour - a en grande partie conduit non seulement au retard dans l'accès au soin et, par conséquent, à sa prise en charge tardive, mais aussi à une forme très sévère de cette maladie. Bien que les BK (bacilles de Koch) soient une condition sine qua non pour la tuberculose, les causes de la maladie et les formes qu'elle peut prendre sont dues aussi bien aux facteurs sociaux et politiques que biologiques.

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc - 94270 Le Kremlin Bicêtre

Tél. : 01 45 21 39 32

Fax : 01 45 21 38 41

Mél : contact@comede.org

Site : www.comede.org

RÉALISATION : Parimage

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :

Arnaud Veïsse

RÉDACTEUR EN CHEF :

Mathieu Humez

NUMÉRO COORDONNÉ PAR :

Olivier Lefebvre

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

NOUVEAU : Santé, social, droit... rendez-vous sur le site Internet du Comede pour découvrir notre offre de formations.

Comede Formations

2020

Comité pour la santé des exilé·e·s

La tuberculose : révélateur des précarités

Révélatrice d'inégalités sociales de santé, la tuberculose touche les personnes sans domicile stable avec une incidence 32 fois supérieure à la moyenne de la population générale en France en 2018¹. Au-delà de l'enjeu de santé publique, l'Équipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT) du Samusocial de Paris accompagne depuis 20 ans des patient·e·s – usager·e·s précaires à Paris et en petite couronne.

Pierre Kreitmann, infirmier,

Olga Simonenko, travailleuse sociale,

Marie Wicky-Thisse, médecin généraliste - Équipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT) du Samusocial de Paris

Depuis la création de l'EMLT, le nombre d'accompagnements s'est multiplié, les profils se sont diversifiés. L'approche est d'*aller-vers* les personnes, de façon pluridisciplinaire, pour accompagner sur la voie de l'observance par une double alliance thérapeutique au niveau médical et social². L'équipe offre un fil conducteur dans l'itinéraire de soins complexe des personnes, dans un parcours institutionnel jonché d'embûches. Durant ce temps en suspens, de fatigue et de douleur, l'équipe est interface, traductrice, lien. L'objectif est d'accompagner les personnes jusqu'à la guérison de la tuberculose mais aussi d'aider à trouver de nouvelles ressources, à élaborer de nouveaux projets et dessiner de nouvelles perspectives.

Des facteurs influencent les renoncements aux soins parmi lesquels la méconnaissance, les incompréhensions et les difficultés d'accessibilité des services de santé, des institutions et des démarches de recours aux droits³. Nous observons que l'entrée dans un itinéraire de soins et de droits par un diagnostic de tuberculose est souvent révélatrice d'autres pathologies : diabète, VIH, hépatites, pathologies psychiatriques etc.

L'annonce de ce diagnostic est un choc. La maladie fragilise davantage la situation sociale des personnes vivant sans sécurité. Elle isole les malades, les pertes sont alors multiples : moyens de subsistance, hébergement, communication avec les proches. L'auto et l'hétéro-stigmatisation ne viennent que renforcer la dégringolade et exacerber l'exclusion.

« J'ai beaucoup de « mots » dans le ventre », échange avec M. B., rencontré en chambre d'isolement, hospitalisé pour tuberculose péritonéale.

Isolées, les personnes ont besoin du lien pour exister et comprendre. Souvent grâce à l'interprétariat, nous offrons un espace d'échange où la parole circule : déposer le passé, établir le présent, projeter le futur. La rencontre est l'occasion pour le malade de se confier, pour le soignant de créer un lien, se proposant comme personne-ressource. L'objectif en santé publique est l'observance thérapeutique, assurant la guérison et évitant la propagation de l'infection.

La réalité de la maladie pour la personne malade de tuberculose est plus intime. Elle confie douleurs, drames de vie, angoisse de la maladie et de la situation administrative, les illusions du futur, la souffrance de l'injustice face au déni de la

dignité humaine. Nous recueillons la parole, déconstruisons les illusions, informons sur les droits et les soins.

Être disponible, *aller-vers*, adapter nos pratiques aux besoins et ressources de chaque patient, travailler à une reprise de confiance en soi et à une autonomisation dans les démarches tout en *allant-avec* si nécessaire et en veillant à l'effectivité des soins, font partie de nos pratiques. Le partenariat est aussi précieux pour une mise à l'abri adaptée en Lits Halte Soins Santé (LHSS), Centre d'Hébergement d'Urgence, hôtel social, dispositifs de l'asile, pour une ouverture de droits, une orientation en soins médico-psychologiques pour les patients souffrant souvent de syndrome de stress post traumatique, pour une demande de domiciliation administrative etc. Cela passe aussi par la mise à disposition de moyens de communication (du crédit téléphonique ou un GSM) afin de rester



© Samusocial de Paris



en lien avec les soignants et les proches, de titres de transports, ou d'aides alimentaires.

La sortie de l'hôpital est un moment clé, qui met en jeu toutes les dimensions de l'observance thérapeutique⁴, là où le traitement était précédemment délivré en *Directly Observed Therapy (DOT)* dans le cadre à la fois contraignant et sécurisant de l'hôpital. Le/la patiente pourra projeter sa sortie avec le soutien d'un-e aidant-e, un peu comme le filet qui peut rattraper le/la trapéziste.

La prise en charge de ces patient-e-s est sensible aux changements de politique migratoire, aux souffrances de l'hôpital en pénurie de moyens, aux saturations des établissements médico-sociaux et des dispositifs pour relais en fin de suivi. Elle questionne l'accessibilité et l'empathie de la structuration même de nos institutions et de celle de chacun de ses acteurs. La guérison de la tuberculose marque la fin de l'accompagnement par l'EMLT et de ses bénéficiaires. Parfois ce temps de répit aura permis, pour le/la patiente, au-delà de guérir médicalement, de se consolider.

La structure de la prise en charge de la santé des personnes en situation de précarité, et notamment de ceux qui empruntent un itinéraire de soins du fait de la tuberculose, ne semble pas être un chemin protocolaire ou un flux linéaire vers un état de bien-être.

On peut imaginer plutôt une structure polymorphe, en rhizome, où chaque aspect, discipline, problématique et situation ne se succèdent pas mais se tricotent, se

contrebalancent, le but étant un état d'équilibre.

Les problématiques rencontrées relèvent bien souvent des besoins les plus élémentaires de l'être humain.

L'accompagnement que l'on peut proposer dans ce contexte semble devoir se placer en équilibre dans « l'ensemble hétérogène de situations instables »⁵ que constitue la précarité.

Remerciements :

Aux membres de l'EMLT : Solène Bodénès, Tatiana Gaye, Stéphanie Giron, Aurélie Jaros, Audrey Lemoine, Pauline Louaisil, Anne-Laure Muset, Christelle Saussey, Blandine Soumbou, Armelle Pasquet, aux patients et à tous les partenaires impliqués dans leur prise en charge.

Références

- 1 - Guthmann JP, Laporal S, Lévy-Bruhl D. La tuberculose maladie en France en 2018. Faible incidence nationale, forte incidence dans certains territoires et groupes de population. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020;(10-11):196-203.
- 2 - Wicky-Thisse M, Bodénès S, Pasquet A. Favoriser l'observance thérapeutique des patients en situation de grande précarité atteints de tuberculose-maladie : l'expérience de l'Équipe mobile de lutte contre la tuberculose du Samusocial de Paris. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020;(10-11):218-23. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_5.html
- 3 - Hélène Revil. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les dimensions multiples de l'accessibilité sanitaire. *Regards*, EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale, 2018, De l'accès aux soins à l'accès aux services, pp.29-41.
- 4 - Eduardo Sabaté. « Setting the scene », dans *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*, Switzerland, World Health Organization, 2003, 211 p
- 5 - Chauvin P, Parizot I. Précarité. In: *Santé publique : l'état des savoirs [Internet]*. La Découverte. p. 279-90. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/255180118_Precarite

Incidence de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger et résidant en France : quelles données épidémiologiques ?

Avec une incidence décroissante depuis des décennies et un taux de déclaration annuel de 7,6 cas pour 100 000 habitants en 2018¹, la France est un pays de faible endémie tuberculeuse. Cependant, la tuberculose affecte plus particulièrement, comme dans la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest², certains groupes dits « à risque », notamment les personnes nées dans un pays de forte endémie tuberculeuse qui réactiveront leur infection et développeront la maladie le plus souvent dans les deux ans après leur arrivée en France¹. Nous décrivons dans cet article les principales caractéristiques socio-démographiques des cas de tuberculose nés hors de France et déclarés en 2018.

Jean-Paul Guthmann, épidémiologiste, Direction des maladies infectieuses de Santé publique France

Matériel & méthodes

Les données sont issues de la déclaration obligatoire (DO) de la tuberculose, dispositif mis en place en 1964. La fiche de DO est adressée par le déclarant à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de sa région, qui la saisit sur un outil informatique. Un fichier national est créé et validé chaque année par Santé publique France au cours d'un processus où sont complétées et corrigées certaines informations et éliminés les doublons. La fiche de déclaration renseigne sur le pays de naissance du cas et l'année d'arrivée en France.

Le groupement par zones géographiques et l'utilisation des données du recensement de l'Insee 2015 permet une estimation du taux d'incidence annuel par continent de naissance. Les comparaisons de proportions ont été faites par le test du chi².

Résultats

La proportion de cas de tuberculose nés à l'étranger était de 41% en 2000 et de 52% en 2010. En 2018, parmi les 4787 (94%) cas de tuberculose dont le lieu de naissance est renseigné, 66% sont nés à l'étranger et ont le plus souvent (67%) une tuberculose pulmonaire. Cette proportion de cas nés à l'étranger varie selon les régions de France métropolitaine, allant de 43% en Bretagne à 77% en Île-de-France. Au sein de cette dernière région, cette proportion est la plus élevée dans le Val-de-Marne (84%), à Paris (83%) et en Seine-Saint-Denis (79%). Les personnes nées à l'étranger sont fortement représentées chez les cas sans domicile fixe (sdf), passant de 63% en 2008 à 78% en 2012 et 91% en 2018 ($p < 0,01$). Les cas nés à l'étranger sont plus jeunes (âge médian : 34 ans versus 51 ans) et plus fréquemment de sexe masculin

(71% versus 59 %, $p < 0,01$) que les cas nés en France. Les cas multirésistants (résistants à l'isoniazide et à la rifampicine) confirmés par le Centre National de Référence des Mycobactéries (CNR-MyRMA) représentaient 2,2% et 0,5% des cas chez les personnes nées à l'étranger et en France, respectivement ($p < 0,01$). Parmi les personnes nées à l'étranger dont l'issue de traitement était renseignée (72%, données 2016), 78% avaient achevé leur traitement et étaient considérées comme guéries, mais cette proportion était plus faible lorsque l'arrivée en France datait de moins de 2 ans (74%) que lorsqu'elle était plus ancienne (82% chez les personnes en France depuis deux ans ou plus, $p < 0,01$).

En 2018, 70% des cas de tuberculose nés à l'étranger sont originaires d'Afrique (52% d'Afrique subsaharienne et 19% d'Afrique du Nord), 13% d'un pays d'Europe,

12% d'Asie et 4% d'Amérique ou d'Océanie. Le taux de déclaration est près de 17 fois plus élevé chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France (respectivement 40,1/100 000 et 2,4/100 000) (figure 1). Les taux de déclaration les plus élevés concernent les personnes nées en Afrique subsaharienne (150/100 000) et les personnes arrivées en France depuis moins de 2 ans (312/100 000), diminuant ensuite avec l'allongement de l'ancienneté de l'entrée en France (12/100 000 chez les personnes arrivées depuis 10 ans ou plus).

Discussion

Même si avec environ 5000 cas déclarés chaque année la tuberculose peut être considérée comme une maladie rare en France, elle affecte particulièrement certains groupes de la population dans lesquels la maladie constitue un vrai enjeu



de santé publique. L'un de ces groupes est précisément la population de personnes nées dans un pays de forte endémie tuberculeuse. L'analyse par Santé publique France des données recueillies par tout un réseau d'acteurs de la lutte antituberculeuse (médecins et biologistes déclarants, personnel des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT), des ARS...) permet de décrire la maladie chez les personnes nées à l'étranger, et donc de suivre les tendances dans le temps et les variations de fréquence territoriales. Nos résultats soulignent encore une fois la nécessité de focaliser la lutte antituberculeuse sur ce groupe de la population en renforçant les actions de dépistage et de prise en charge précoce, un élément qui devrait contribuer à atteindre les objectifs définis dans la Feuille de route tuberculose 2019-2023³.

Cette forte incidence, notamment chez les personnes arrivées en France depuis peu de temps, peut s'expliquer par la réactivation d'une infection tuberculeuse acquise dans le pays d'origine, favorisée par le parcours migratoire et souvent par des conditions de vie dans le pays d'accueil⁴. Les territoires aux incidences les plus hautes sont ceux dans lesquels les conditions de logement sont souvent difficiles et les taux de pauvreté élevés, comme en Seine-Saint-Denis⁵. Les données de la DO montrant des incidences de tuberculose en hausse chez les personnes nées hors de France (et en baisse chez les personnes nées en France, non présentées dans cet article) sont en accord avec les données de la littérature indiquant que les

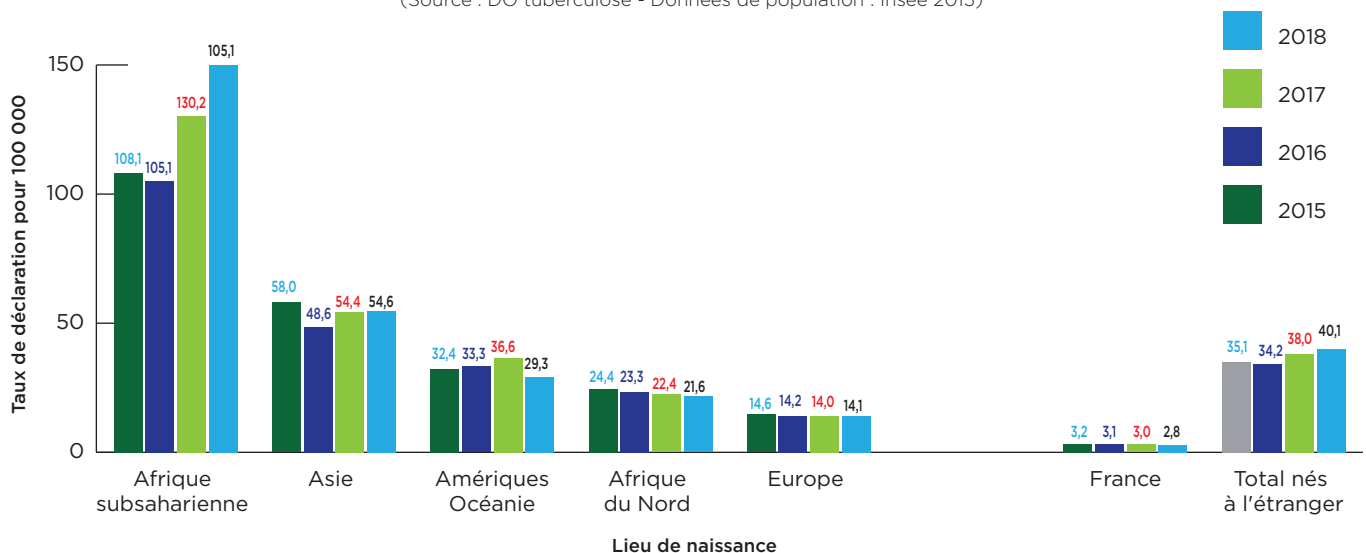
cas de tuberculose chez les migrants sont principalement à l'origine d'une transmission au sein de leur communauté, et n'influencent pas de manière significative la situation en termes de risque de tuberculose pour les populations nées dans le pays d'accueil^{4,6}. Les flux migratoires sont en augmentation dans le monde et en Europe⁷, région du monde où la part représentée par les populations étrangères dans l'épidémiologie de la tuberculose est en augmentation². Dans ce contexte, la détection précoce des cas, un accès facile au système de soins et un traitement rapide, efficace et complet dans ce groupe de la population devraient être considérés comme des facteurs essentiels de diminution de l'incidence de la tuberculose dans ces populations à risque.

Remerciements :

Aux médecins et biologistes déclarants et les personnels des CLAT et des ARS qui contribuent à l'amélioration de la qualité des données de surveillance de la tuberculose. Au Professeur Jérôme Robert (CNR MyRMA) pour les données sur les tuberculoses MDR. À Stella Laporal (SpFrance) pour sa contribution à l'analyse des données et à Daniel Lévy-Bruhl et Didier Che (SpFrance) pour leur relecture attentive du manuscrit.

Taux de déclaration de tuberculose par lieu de naissance, France, 2015-2018

(Source : DO tuberculose - Données de population : Insee 2015)



Références

- 1 - Guthmann J, Laporal S, Lévy-Bruhl D. Épidémiologie de la tuberculose maladie en France en 2018. Faible incidence nationale, forte incidence dans certains territoires et groupes de la population. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(10-11):196-203. Accessible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_1.html
- 2 - WHO Regional Office for Europe/European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2019 - 2017 data [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Accessible sur : www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2019.
- 3 - Ministère des solidarités et de la santé. La feuille de route tuberculose 2019-2023. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019. 23 p. [cited 04/10/2019]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/feuille-de-route-tuberculose-2019-2023>
- 4 - Lonnoth K MZ, Erkens C, Bruchfeld J, Nathavitharana RR, van der Werf MJ, Lange C. Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(6):624-36.
- 5 - Castro A, Rolland C, Silue Y, Mangin F. Incidence de la tuberculose 2013-2018 : en quoi la Seine-Saint-Denis se distingue-t-elle ? Bull Epidemiol Hebd. 2020;(10-11):224-231. Accessible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_6.html
- 6 - Sandgren A SMS, Sotgiu G, et al. Tuberculosis transmission between foreign- and native-born populations in the EU/EEA: a systematic review. Eur Respir J. 2014;43:1159-71.
- 7 - OCDE. International Migration Outlook 2016. Paris: OCDE; 2016. 432 p. Accessible sur : http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2016-en

L'organisation du système de soins et les centres de lutte antituberculeuse

Dans le meilleur des mondes, la tuberculose pourrait être éradiquée. En réalité il s'agit d'une maladie sociale à composante médicale. En France, plus de la moitié des tuberculoses sont déclarées chez des personnes nées à l'étranger ou en précarité notamment sans domicile. Le dépistage de la tuberculose est effectué par les CLAT au mieux grâce aux unités d'imagerie mobiles.

Philippe Fraïsse, Réseau national des Centres de lutte antituberculeuse et CLAT du Bas-Rhin

La lutte contre la tuberculose (LAT) est structurée en France en fonction des missions fixées par la loi (le code de la santé publique, le code de l'entrée du séjour des étrangers et des demandeurs d'asile, le code du travail, le code de procédure pénale), du programme national de lutte antituberculeuse, de la feuille de route tuberculose 2019-2023 et de recommandations. Elle fait appel à plusieurs acteurs qui doivent se coordonner : les services hospitaliers publics et privés, les Centres de lutte antituberculeuse (CLAT), les structures d'accueil des réfugié-e-s, demandeur-e-s d'asile ou étrangère-e-s voulant s'établir en France, diverses organisations non-gouvernementales (ONG). Certains dépendent du Ministère des solidarités et de la santé (*via* les Agences régionales de santé), d'autres du Ministère de l'intérieur ou du Ministère des affaires étrangères.

Les actions formalisant la LAT suivent au plus près le cycle naturel de cette infection pour le corriger :

- une stratégie d'aval, mise en jeu devant des cas de tuberculose maladie : les dépister (avant les symptômes) ou les détecter précocement (avant le recours spontané de la personne atteinte au système de soins), les diagnostiquer précocement, les traiter correctement (bacilles tuberculeux sensibles ou résistants) ;
- une stratégie d'amont : vacciner par le BCG avant le contact avec une personne contagieuse, restaurer l'immunité des



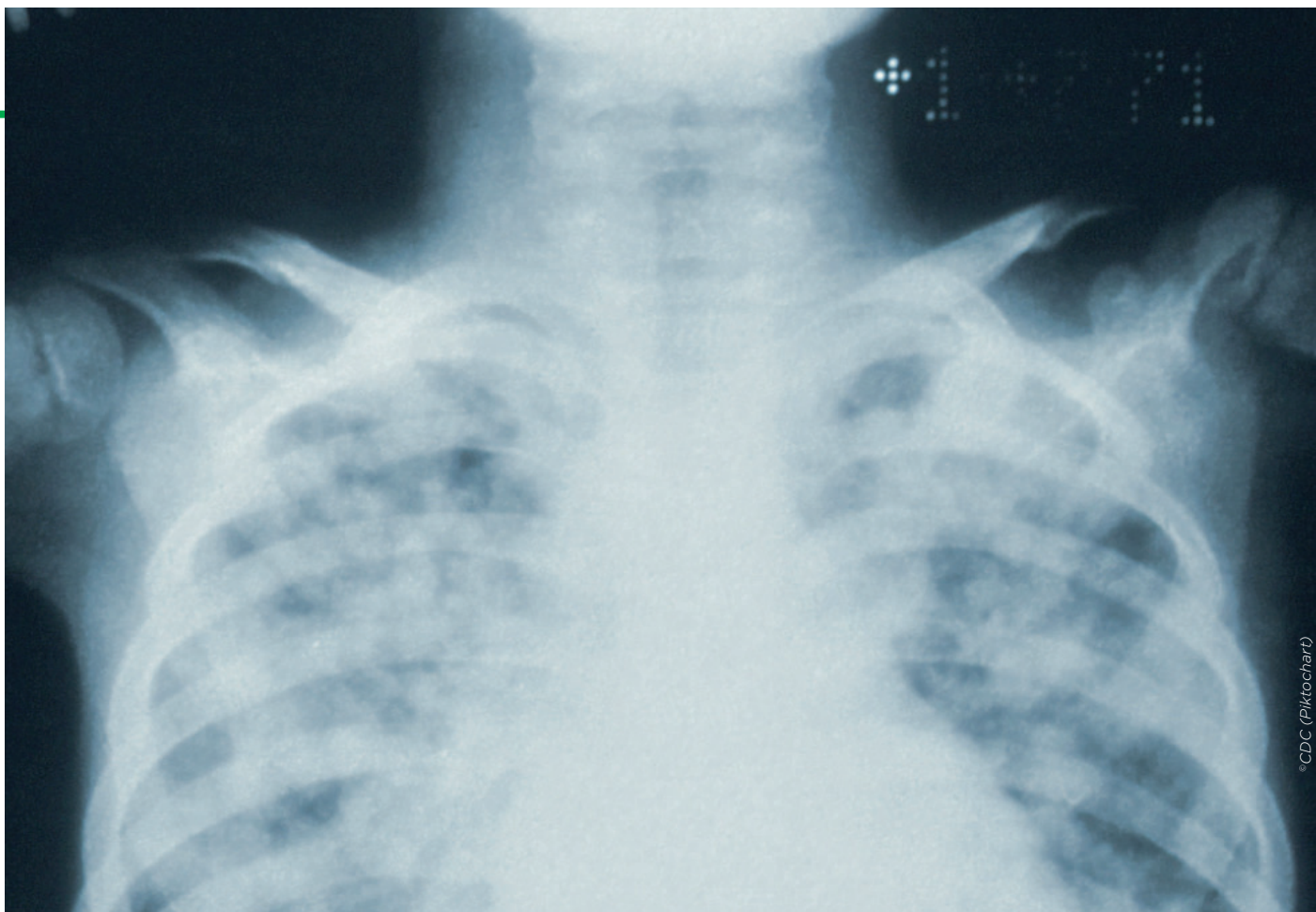
personnes atteintes par le VIH, dépister et traiter les infections tuberculeuses latentes (ITL) avant la maladie (dans l'entourage d'un-e patient-e contagieux-e, avant certains traitements immunosuppresseurs, chez les patient-e-s atteint-e-s par le VIH, avant le BCG chez les enfants âgés d'au moins six ans, dans certaines autres populations cas par cas).

Les trois quarts des tuberculoses sont pulmonaires, le moyen de dépistage recommandé est une radiographie thoracique aux personnes présentant ou pas les symptômes de la maladie (les anomalies radiographiques précèdent les symptômes). Le quart des tuberculoses restantes peuvent être détectées précocement sur symptômes.

La filière du diagnostic et du traitement se situe en général à l'hôpital, soit par recours spontané aux Urgences, soit après recours au médecin traitant. La tuberculose est devenue rare en population générale, de sorte qu'elle peut être méconnue par le/la patient-e ou son/sa médecin. Le délai moyen entre le premier symptôme et le début d'un traitement en France est de l'ordre de trois mois (la moitié imputable au délai du patient, l'autre moitié au délai du système de soins). Un autre problème médical est la méconnaissance des traitements qui peut conduire à l'émergence de résistances.

Les patient-e-s contagieux/contagieuses sont soumis-e-s à des précautions complémentaires air (isolement respiratoire) pendant les premières semaines de leur traitement. La prise en charge des frais hospitaliers dépend du régime général (ou agricole ou artisanal) avec demande d'affection de longue durée, de l'employeur en cas de maladie professionnelle, de la Protection universelle maladie (et CMU complémentaire), de l'Aide médicale d'État, de l'application du dispositif des Soins urgents et vitaux aux personnes étrangères malades, de la délivrance sans frais des médicaments par les CLAT ou les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

La vaccination par le BCG est recommandée chez des enfants ayant un risque de rencontrer un-e patient-e atteint-e de tuberculose contagieuse et chez les soignant-e-s exposé-e-s à des cas multirésistants ou fréquemment lors de



© CDC (Piktochart)

Services du Comede

www.comede.org - 01 45 21 39 32

■ LES PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES NATIONALES

Permanence téléphonique sociojuridique

☎ 01 45 21 63 12,

du lundi au vendredi, 9h30-12h30

Permanence téléphonique médicale

☎ 01 45 21 38 93,

du lundi au vendredi, de 14h30 à 17h30

et le mardi de 9h30 à 12h30

Permanence téléphonique santé mentale

☎ 01 45 21 39 31,

mardi et jeudi, 14h30-17h30

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et annulation

par mail à contact@comede.org

■ GUIDE COMEDE, LIVRETS BILINGUES

Diffusion gratuite par Santé publique France

12 rue du Val d'Osne 94415

Saint-Maurice Cedex

ou par fax : 01 41 79 67 67

ou par mail : edif@santepubliquefrance.fr

Pour une commande supérieure à dix exemplaires, confirmer par téléphone : 01 71 80 16 62

■ CENTRE DE FORMATION DU COMEDE

☎ 01 45 21 39 32

■ CENTRE DE SANTÉ À BICÊTRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et sociojuridiques, du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30, le jeudi de 13h30 à 17h30

Contact (si déjà suivi par le Comede) :

☎ 01 45 21 38 40

Pour un premier rendez-vous, se présenter directement aux heures d'ouverture.

■ COMEDE LOIRE (42)

Consultations psychothérapeutiques

Permanence d'accueil uniquement sur rendez-vous

Pour prendre rendez-vous : 07 69 38 43 52

■ COMEDE EN RÉGION PACA (13)

Permanences téléphoniques régionales dédiées aux professionnels de la région PACA

Sociojuridique : mardi 9h30-12h30

au 04 84 89 08 61

Médicale : mardi 9h30-12h30

au 04 84 89 08 62

Permanence d'accueil uniquement sur rendez-vous,

jeudi 9h30-12h30

Pour prendre rendez-vous : permanence.

marseille@comede.org

■ COMEDE GUYANE (973)

Permanence téléphonique régionale dédiée aux professionnels

☎ 06 94 20 53 01, mardi de 9h à 12h

RÉSEAU NATIONAL DES CENTRES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE

leur travail. Elle est effectuée dans un CLAT, une PMI ou un centre de vaccination car le vaccin n'est plus disponible en officine de ville.

Le dépistage de la tuberculose est du ressort des CLAT, chargé des suivis d'entourage et du dépistage radiographique de la tuberculose dans les différentes populations. Le dépistage des ITL est majoritairement effectué par les CLAT, sans frais pour les sujets dépistés.

L'incidence de la tuberculose dépend des compétences et des moyens à disposition, et de la capacité des bénéficiaires à comprendre (diagnostic éducatif) et à mettre en pratique les étapes du dépistage et du traitement (facteurs de vulnérabilité).

Parmi les 10 millions de nouveaux cas de tuberculose dans le monde, 95% surviennent dans des pays en développement ou émergents, et 98% des 1,6 millions de décès.

Les ITL sont recherchées chez les sujets en contact de patient·e·s contagieux·e·s et les mineur·e·s migrant·e·s primo-arrivant·e·s. Une entente avec la Plateforme d'accueil des demandeur·e·s d'asile, l'Office français d'intégration et d'immigration, l'Aide sociale à l'enfance des Conseils départementaux, l'Éducation nationale (médecine de santé scolaire), les services de médecine préventive universitaires, les Protections maternelles et infantiles, les foyers d'hébergement sociaux, l'administration pénitentiaire et la police aux frontières, les ONG (Médecins du Monde, Comede, Ordre de Malte...) est nécessaire.

En amont d'une migration, le dépistage et le traitement consentis des tuberculoses dans le pays d'origine avant l'arrivée en France des personnes migrantes est en cours de développement.



© Bill Oxford (Piktochart)

Cumul de facteurs de vulnérabilité et parcours de soins

Comme l'illustrent les deux situations présentées, le cumul des facteurs de vulnérabilité pour la santé par les personnes exilé.e.s, notamment les obstacles à l'obtention de l'assurance maladie, le faible recours à l'interprétariat en santé, l'absence d'hébergement et l'isolement social sont autant de freins à un accès au dépistage et à la prise en charge de la tuberculose. La lutte contre la tuberculose devrait s'inscrire dans une approche globale de la prise en charge de la santé des personnes exilées, tenant compte du contexte psychique, social et juridique de l'exil.

Laura Weinich, médecin référente au Centre de santé du Comede à Bicêtre

De la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'un accompagnement personnalisé.

Madame A., 29 ans, a quitté la Somalie en 2016 fuyant la menace de groupes armés. Durant son trajet, elle passe 12 mois en prison en Libye durant lesquels elle subit des violences physiques et sexuelles. Elle parvient en Italie où elle reste un an dans la rue sans accès aux soins. Son état général et psychique s'altère jusqu'à devenir critique à son arrivée en France en juillet 2018. Elle est hébergée dans un hôtel du Samu Social dans le nord de Paris et rencontre un collectif citoyen qui l'oriente vers le Comede.

En consultation, elle présente un syndrome psychotraumatique et dépressif sévère. Elle est adressée à un CMP (centre médico-psychologique) pour une prise en charge psychiatrique avec interprète en somali.

Physiquement, elle présente un amaigrissement et une toux dans un contexte de violence et grande précarité depuis deux ans. La radiographie de thorax du bilan de santé proposé révèle une image suspecte de tuberculose.

Elle est alors adressée au CLAT et en maladies infectieuses, qui confirmera le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Elle est ensuite suivie par l'EMLT, l'équipe mobile de lutte antituberculeuse du SAMU Social qui permet de l'accompagner dans sa bonne observance médicamenteuse et ses rendez-vous médicaux.



VUE DU COMEDE

Demandeuse d'asile, Mme A. est placée en procédure Dublin car elle est passée par l'Italie. Au vu de son état de santé fortement dégradé et des soins entrepris, un recours contre le retour en Italie est réexaminé au Tribunal Administratif avec l'appui de plusieurs certificats médicaux. Mme A. est finalement placée en « procédure normale », et débute donc ses démarches en France.

Madame A. parle uniquement le somali et était pour des raisons psychiques incapable de mener à bien ses démarches administratives et en santé.

Toutes les structures qui accompagnent madame ont fait appel à l'interprétariat professionnel : le collectif citoyen, le Comede, le CMP, le service des maladies infectieuses, l'EMLT. Sans interprétariat, les liens de confiance créés et les orientations spécialisées multiples de sa prise en charge n'auraient pu se faire.

Une errance diagnostic et administrative

Monsieur B, 27 ans, originaire du Soudan, a fui la guerre au Darfour. Il a été pris en charge au Comede pour un syndrome psychotraumatique sévère.

Comme de nombreuses personnes demandeuses d'asile, monsieur est dans une situation sociale et administrative difficile : en procédure Dublin, il est sans domicile sur les campements de La Chapelle.

Devant la sévérité de son état de santé psychologique, nous tentons de prévenir la préfecture de la nécessité de ne pas interrompre les soins entrepris, et donc de ne pas expulser monsieur B. en Italie.

Nous perdons la trace de monsieur après plusieurs mois de prise en charge.

Il revient au Comede trois mois plus tard. Un compte rendu hospitalier parisien nous informe de l'hospitalisation de monsieur pour une suspicion de tuberculose. Durant cette hospitalisation, il est convoqué par la préfecture.

Il reçoit pour s'y rendre une permission médicale de sortie, et lui sont remis « au cas où », des papiers médicaux traduits en Italien stipulant la nécessité de poursuivre les explorations d'une éventuelle tuberculose en Italie. Monsieur sera placé en détention à la suite de sa convocation et considéré comme « sortant contre avis médical » en hospitalisation.

Il reviendra au Comede après avoir été expulsé en Italie, sans y avoir bénéficié de prise en charge médicale, et pris un bus pour revenir en France.

Après deux mois d'errance dans une situation de santé potentiellement grave pour lui-même et contagieuse pour autrui, il vit de nouveau dans la rue à La Chapelle, considéré comme « en fuite » dans la procédure Dublin qui l'oblige à attendre 18 mois pour déposer à nouveau une demande d'asile, sans aucune ressource financière.

Monsieur a refusé d'être réhospitalisé dans le service initial car, faute d'interprète, la première hospitalisation avait généré beaucoup d'angoisse, et il a conservé la peur d'être renvoyé en préfecture de cet hôpital. Les explorations seront poursuivies autrement.

Prévalence et détresse sociale

On retrouve 53 cas confirmés de tuberculose maladie parmi les 11 968 patient·e·s ayant eu un bilan de santé au Comede à l'hôpital Bicêtre entre 2009 et 2018, soit un taux de prévalence global de 4 pour 1000. Ce taux situe la tuberculose au 12^e rang des maladies graves les plus fréquentes au Comede, 50 fois moins que les psychotraumatismes, 20 fois moins que les maladies cardiovasculaires ou l'infection par le VHB, 4 fois moins que l'infection par le VHC ou par le VIH.

Ces personnes atteintes de la tuberculose sont plus souvent en situation de détresse sociale que les autres patients du Comede. La situation est particulièrement préoccupante sur le plan de l'hébergement, dont 32% sont dépourvus alors que 61% disposent d'un hébergement précaire. La quasi-totalité des malades ont des ressources financières inférieures au plafond de la CMUc (97%) et se trouvent en situation précaire sur le plan du séjour (91%). Principal obstacle à l'accès aux soins, l'absence de protection maladie est constatée chez plus des trois quarts des personnes (77%).

EN 2019, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR DES DONS DE PARTICULIERS, ET :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et les hôpitaux de Bicêtre et d'Avicenne
- Le ministère des Solidarités et de la Santé, Direction Générale de la Santé (DGS)
- Le ministère de l'Intérieur, Direction générale des étrangers en France, Direction de l'asile et Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (DAAEN)
- Le ministère de l'Éducation nationale, Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA)
- Le ministère du Logement et de l'Habitat durable, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le ministère de la Cohésion des Territoires, Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)
- L'Agence nationale de santé publique - Santé publique France
- Le Sénat et l'Assemblée nationale, réserve parlementaire 2017 (cf. site du Comede)
- Le Fonds européen, Fonds asile, migration et intégration (FAMI)
- L'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la Direction territoriale du Val-de-Marne
- L'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (FAMI)
- L'Agence régionale de santé de Guyane
- La Ville et le Département de Paris, Direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES)
- La Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale Ile-de-France (DRJSCS)
- Le Conseil régional d'Île-de-France
- Le Conseil Départemental du Val-de-Marne, la Direction départementale interministérielle de la Cohésion Sociale du Val-de-Marne
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF)
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne
- La Ville du Kremlin Bicêtre
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, le Fonds Inkermann, la Fondation RAJA, la Fondation Abbé Pierre, la Fondation Sanofi Espoir, la Fondation Barreau de Paris Solidarité
- Aides, Médecins sans frontières