



EUR/TB/FS09
3 septembre 2007

La tuberculose dans les grandes villes

Position du problème

Dans le monde entier, la lutte contre la tuberculose dans les grandes villes pose des problèmes, car les facteurs de risque connus de cette maladie sont plus fréquents dans le milieu urbain. Dans les grandes villes d'Europe occidentale, l'incidence de la tuberculose en 2005 allait de 20-25 pour 100 000 habitants (Barcelone, Milan) à 35-45 pour 100 000 habitants (Paris, Londres), alors que les taux nationaux allaient de 8-15 pour 100 000.

Dans plusieurs pays européens, une tendance à la stabilité ou à la hausse de l'incidence de la tuberculose dans les grandes villes contraste avec la baisse observée dans le reste du pays. Il a été possible de trouver des solutions précises au problème de la lutte contre la tuberculose dans les grandes villes d'Europe en échangeant des informations d'expérience grâce à un réseau de villes d'Europe occidentale récemment créé.

Les données disponibles

- Toutes les grandes villes ont des taux de tuberculose plus élevés que le reste du pays, en raison de la fréquence plus grande de certains facteurs de risque : mauvaise qualité de logement ou surpeuplement, co-infection avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), présence d'immigrés provenant de pays où la tuberculose est très répandue (il s'agit souvent d'immigrés clandestins qui n'ont pas un bon accès aux soins de santé), population âgée, sans-abri et population mobile, et soutien social insuffisant.
- Les prisons, dans lesquelles la tuberculose est relativement répandue, sont souvent situées dans les grandes villes, et, après leur libération, les détenus s'intègrent à la population de ces villes et retournent parfois en prison, ce qui provoque inévitablement une propagation de la tuberculose-infection et de la tuberculose-maladie entre ces deux milieux.
- Plusieurs facteurs peuvent empêcher de lutter efficacement contre la tuberculose dans les grandes villes : 1) une absence de volonté politique et de coordination aux niveaux national et régional ; 2) un manque de données fiables sur les populations qui doivent bénéficier des programmes ; 3) l'influence de facteurs socioéconomiques sur lesquels les programmes ne peuvent agir directement ; 4) la crainte d'une stigmatisation parmi les patients ; et 5) des idées fausses concernant la tuberculose dans l'ensemble de la population.
- Dans les grandes villes, il est plus fréquent qu'ailleurs que les traitements ne donnent pas de résultats satisfaisants et qu'une résistance aux médicaments s'installe. À Milan, par exemple, plus de 90 % des immigrés légaux mènent à bien leur traitement (comme c'est le cas dans la population locale), tandis que, parmi les immigrés clandestins, le taux d'achèvement du traitement n'est que de 78 %. La tuberculose multirésistante est plus fréquente chez les immigrés nés à l'étranger sans papier (2,6 %) que parmi les immigrés légaux (1,4 %) ou les patients nés dans le pays (0,9 %). La pharmacorésistance réduit également l'efficacité du traitement préventif contre la tuberculose.

La politique à mener

Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose doivent privilégier l'action dans les grandes villes. Il faut désigner une autorité sanitaire (c'est-à-dire un groupe de travail qui rassemble des personnes possédant diverses compétences) et la charger de la lutte contre la tuberculose dans la zone municipale ou métropolitaine.

La mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose¹ doit avoir lieu dans toutes les grandes villes européennes, et comprendre notamment la création de laboratoires comportant un système d'assurance qualité pour la réalisation d'examen de sensibilité aux médicaments antituberculeux, la réalisation d'un traitement sous observation directe et le suivi des résultats des traitements.

Il faudrait créer un réseau qui rassemble l'ensemble des personnes et organismes qui, effectivement et potentiellement, donnent des soins contre la tuberculose, y compris tous les organismes publics et privés, les organisations non gouvernementales qui s'occupent d'immigrés et de réfugiés, et les associations.

Les services de diagnostic et de traitement de la tuberculose devraient être offerts aux immigrés légaux et clandestins et à tous les groupes socialement défavorisés qui se trouvent habituellement dans les villes principales. En outre, ces services devraient être sensibles aux particularités culturelles et utiliser les services de médiateurs culturels, des documents éducatifs traduits dans les langues utilisées par les immigrés, etc.

Il faudrait organiser un dépistage de la tuberculose dans les populations qui courent un risque particulièrement élevé de contracter la tuberculose-maladie dans la ville ou la zone métropolitaine.

Texte rédigé par Luigi Codecasa et Giovanbattista Migliori.

¹ *Stratégie Halte à la tuberculose*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.37 ; http://www.who.int/tb/features_archive/stop_tb_strategy/en/index.html, consulté le 23 juillet 2007).