

INFORMATION ADMINISTRATIVE

CIRCULAIRE N° 41 DU 4 MAI 1995, RELATIVE À L'ORGANISATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 a considérablement simplifié le dispositif de la lutte antituberculeuse en l'adaptant aux conditions actuelles. Ainsi, l'organisation en secteurs a disparu, les centres spécialisés dans la prise en charge de la maladie ne sont plus identifiés en tant que tels et la référence aux traitements devenus obsolètes a été supprimée. Il ne faudrait pas en déduire pour autant que la lutte antituberculeuse ne constitue plus une priorité de Santé publique, bien au contraire. Parallèlement aux travaux préparatoires à la loi susnommée, dès 1992, devant l'arrêt de la décroissance de la tuberculose, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a constitué plusieurs groupes de travail sur ce thème. S'appuyant sur les propositions d'un groupe d'experts réunis à cet effet, il a formulé un certain nombre de recommandations sur la prévention et la prise en charge de la tuberculose.

Cette circulaire a pour objet de rappeler les grands principes de la lutte antituberculeuse et d'explicitier le nouveau dispositif, suite aux modifications législatives récentes, à la lumière des réflexions du Conseil supérieur d'hygiène.

LE CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La tuberculose est redevenue une maladie d'actualité. Le nombre de cas déclarés de tuberculose en France a cessé de décroître depuis 1991, et a même augmenté depuis 2 ans : en 1993, 17 cas pour 100 000 habitants ont été déclarés (soit 8 % de plus qu'en 1992). L'interprétation de cette évolution est difficile; la médiatisation du phénomène liée à l'augmentation de l'incidence aux États-Unis dès 1985 a pu induire une meilleure déclaration des médecins. La situation observée aux États-Unis est cependant différente de la nôtre, quoi qu'il en soit, en France en 1993, au moins 10 000 personnes ont présenté une tuberculose (B.E.H. n° 44/94) et le nombre réel de cas est sans doute largement supérieur compte tenu de la sous-déclaration (de 30 à 50 % selon les estimations).

Des conditions de vie précaire, une baisse de l'immunité liée à l'âge ou à une maladie, des contacts prolongés et répétés avec un tuberculeux contagieux, un séjour récent et prolongé dans un pays à forte endémie tuberculeuse constituent des facteurs favorisant la survenue d'une tuberculose. Ainsi, l'impact de l'infection par le V.I.H. fréquemment évoqué pour expliquer cette recrudescence, n'est pas seul en cause. L'aggravation des conditions socio-économiques a pu influencer le développement de l'infection dans certains groupes de population déjà précarisés. Le rôle de ces différents facteurs dans l'apparition de la maladie peut expliquer les disparités épidémiologiques au niveau départemental (annexe 1).

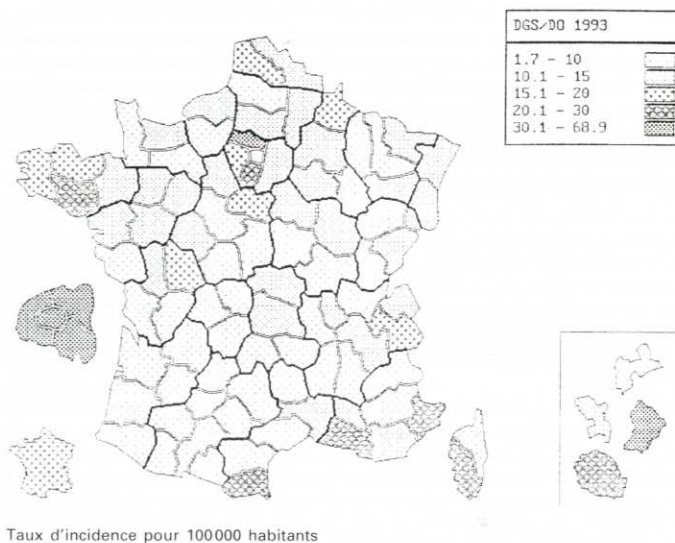
Ceci explique que la surveillance doit être plus soutenue que jamais.

LA SURVEILLANCE

La surveillance est de la responsabilité de l'État. Elle consiste en la déclaration obligatoire au médecin inspecteur de Santé publique (M.I.S.P.) de la D.D.A.S.S. de tout nouveau cas de tuberculose (dû à *Mycobacterium tuberculosis*, *africanum* ou *bovis* traité par au moins 3 antituberculeux). Ce dernier transmet les éléments épidémiologiques concernant le département au médecin du Conseil général.

Les résultats de l'analyse de ces données au niveau national sont publiés régulièrement par la Direction générale de la Santé dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Les formulaires de déclaration ont été récemment modifiés et comportent des renseignements complémentaires, en particulier sur la confirmation bactériologique par la culture.

Figure 1. - Cas de tuberculose déclarés



Bien que différée par rapport au moment où le diagnostic est évoqué, cette déclaration doit être aussi précoce que possible afin de permettre l'investigation dans l'entourage du cas; il est donc possible qu'au moment de la déclaration le médecin ne dispose pas des résultats de la culture. Le M.I.S.P. devra alors contacter le médecin déclarant quelques semaines plus tard pour les indiquer sur la fiche.

Ce dispositif de surveillance qui fait l'objet d'un suivi très attentif des services ministériels a été complété par d'autres dispositifs destinés, en particulier, à apprécier l'évolution de la multirésistance du BK aux antibiotiques.

Une surveillance de qualité permet d'organiser au mieux un dépistage précoce et efficace. Celui-ci a été confié aux services de lutte antituberculeuse des départements.

LES MISSIONS DES SERVICES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE

L'article L. 218 du code de la Santé publique a confié au service départemental de lutte antituberculeuse la prophylaxie individuelle, familiale et collective de la maladie. Le dépistage des cas et la prévention de la maladie relèvent donc de ce service. En outre, l'article L. 220 du même code a confié aux dispensaires antituberculeux le suivi médical et la délivrance gratuite des médicaments antituberculeux.

Le dépistage

Dépistage orienté

Plusieurs études ont montré l'inefficacité du dépistage radiologique systématique en population générale. Compte tenu des données épidémiologiques et des facteurs de risque, il est donc préférable de développer un

dépistage dans les collectivités accueillant des catégories de personnes plus susceptibles que d'autres de développer une tuberculose : prisons, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, foyers de migrants.

Le dépistage de la tuberculose dans la population carcérale est prévu dans le cadre de la circulaire n° 45/DGS/DH/DSS du 8 décembre 1994 organisant les soins en milieu pénitentiaire. Une nouvelle rédaction de l'article D394 du code pénal précisera les modalités de ce dépistage en insistant sur la nécessité de pratiquer une radiologie pulmonaire chez toute personne entrant en prison.

La surveillance des établissements pour personnes âgées, toxicomanes, immunodéprimées ou de toute structure prenant en charge des sujets à risque sera être envisagée au cas par cas, en liaison avec les responsables de ces établissements. Il pourra être envisagé de n'intervenir qu'en cas de survenue d'un cas de tuberculose si la surveillance médicale est organisée par ailleurs.

Dépistage autour d'un cas de tuberculose

Pour éviter la contamination d'autres sujets, il est indispensable de dépister le plus précocement possible les personnes ayant été en contact avec un tuberculeux. Tout cas de tuberculose doit donc faire l'objet d'une investigation soignée dans l'entourage. En milieu familial, le service de lutte antituberculeuse intervient à la demande du médecin hospitalier ou du médecin généraliste ou parfois du médecin pénitentiaire, s'il s'agit d'un détenu. En collectivité, le médecin du service de lutte antituberculeuse gère l'enquête en liaison avec le médecin de l'établissement, le médecin de santé scolaire, de P.M.I. ou du travail selon les cas. Un protocole d'investigation a été élaboré par un des groupes de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, il est joint en annexe II (1). Il vous appartient de diffuser l'information sur ce dispositif auprès des établissements concernés.

En ce qui concerne le milieu hospitalier, je vous rappelle que la circulaire du 29 octobre 1993 a décrit les précautions particulières à observer pour éviter les contaminations secondaires tant vis-à-vis d'autres patients réceptifs que vis-à-vis du personnel. Ces précautions doivent être prises le plus tôt possible après l'admission, dès suspicion du diagnostic de tuberculose contagieuse et non pas seulement lorsqu'elle est confirmée.

Vaccination et contrôles tuberculiques

La vaccination par le B.C.G. est également du ressort des services départementaux. Un décret pris en application de l'article L. 215 du code de la Santé publique définira la liste des personnes soumises à la vaccination obligatoire par le B.C.G. (essentiellement les enfants jusqu'à la fin de leur scolarité, les personnes s'occupant d'enfants et les professionnels particulièrement exposés à une contamination). En attendant sa publication, qui devrait avoir lieu dans les prochains mois, les dispositions de l'ancien article L. 215 restent applicables.

Ces vaccinations peuvent être réalisées soit chez le médecin traitant, soit dans le cadre des structures départementales (dispensaires antituberculeux, centres de vaccination), en milieu scolaire (après accord des parents), ou dans tout autre lieu de soins après un contrôle tuberculique. Les modalités et le rythme de ces contrôles seront fixés par arrêté ministériel. L'intradermo-réaction reste la méthode de référence, la périodicité des tests fait encore l'objet de discussions au sein du comité d'experts.

Suivi médical et délivrance gratuite des antituberculeux

Les modalités d'application de l'article L. 220 du code de Santé publique permettant le suivi médical et la délivrance gratuite d'antibiotiques antituberculeux par les dispensaires ont été précisées dans le décret n° 95-43 du 10 janvier 1995. Cette possibilité a été instituée pour permettre un meilleur accès aux soins des personnes en situation de précarité et éviter ainsi la mauvaise observance du traitement qui peut être à l'origine de résistances aux antibiotiques du bacille de la tuberculose. Elle s'inscrit dans le cadre plus général des mesures préconisées par les circulaires des 17 septembre 1993 et du 21 mars 1995 qui visent à améliorer l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Je vous invite à passer des conventions avec les services des conseils généraux et l'assurance-maladie pour faciliter l'application de ces mesures. Ce type de conventions est prévu par l'article L. 182-1 du code de la Sécurité sociale et le décret n° 93-648 du 26 mars 1993 relatif à l'aide médicale et à l'assurance personnelle et modifiant le code de la Sécurité sociale.

L'organisation de la lutte antituberculeuse

L'organisation du dispositif doit tenir compte des nécessités locales. On ne s'étonnera donc pas que cette organisation diffère selon les départements. Cependant, il est indispensable que chaque département, quelle que soit l'incidence de la tuberculose, puisse offrir gratuitement dépistage de la tuberculose, suivi médical, délivrance des médicaments et vaccination par le B.C.G., qui constituent ses missions. Le présent chapitre développe les recommandations du Conseil supérieur d'hygiène en ce domaine.

Les dispensaires

Les dispensaires sont les centres de coordination des diverses interventions du service de lutte antituberculeuse : certains sont spécialisés, d'autres sont des centres préventifs polyvalents avec un abord plus global de la santé. Plusieurs départements ont développé des consultations hospitalières et cette solution permet d'avoir sur place un plateau technique performant. Pour cette raison, pour les quelques départements qui ne disposent pas de dispensaires, il semble mieux adapté d'avoir recours à des conventions avec l'hôpital qu'à des consultations en secteur libéral.

Les moyens

Les moyens seront adaptés à l'importance du problème dans le département. Ainsi, les services départementaux qui sont équipés d'un laboratoire de bactériologie sont peu nombreux et il ne semble pas utile de les multiplier. Des conventions avec des laboratoires de bactériologie hospitaliers ou de ville peuvent être envisagées dans certains cas. Le dépistage radiologique nécessitera, suivant les flux de consultants, d'avoir une installation radiologique sur place, de passer convention avec l'hôpital ou de disposer d'un camion équipé d'un appareil radiophotographique.

Comme il est indiqué dans la circulaire du 8 décembre 1994, le dépistage obligatoire des détenus à leur entrée en milieu carcéral sera facilité par l'implantation d'une installation radiologique, à la charge de l'établissement hospitalier responsable de l'unité de consultations et de soins ambulatoires, dans les centres de plus de 150 places. Pour les autres maisons d'arrêt, les services de lutte antituberculeuse pourront utiliser un camion ou les installations de l'hôpital le plus proche.

Le nombre de médecins, de personnel paramédical (infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie) et social dépend également de l'épidémiologie départementale de la tuberculose. Il est indispensable que les médecins consultants soient des spécialistes confirmés. Si cela s'avère impossible, le recrutement de généralistes, particulièrement expérimentés ou ayant reçu une formation spécifique dans le domaine de la tuberculose, peut être envisagé pour assurer des consultations dans des dispensaires éloignés de tout centre hospitalier. Lorsque le service n'a pas d'assistant de service social en propre, le recours au service social polyvalent peut être facilité par l'utilisation de centres médico-sociaux communs.

Les modalités d'intervention

Traditionnellement, les services ont surtout développé les consultations médicales, le dépistage radiologique et, parfois, en liaison avec les services départementaux de vaccination, les séances de contrôle tuberculique et de vaccination par le B.C.G. en milieu scolaire.

Il est essentiel d'orienter également l'activité des services vers l'intervention à domicile, pour aider les patients à observer leur traitement, et vers les investigations autour d'un cas qui permettent d'éviter la contamination de l'entourage et de couper ainsi la chaîne de transmission de la maladie. Ces interventions relèvent des médecins du service et d'infirmiers, si possible formés à la Santé publique.

Ces démarches ne peuvent se faire qu'avec l'ensemble du réseau de soins, c'est pourquoi les services départementaux doivent renforcer leurs liens avec les services hospitaliers et le secteur libéral. La loi du 18 janvier 1994 a supprimé l'organisation sectorielle de la lutte contre la tuberculose et les médecins hospitaliers n'ont donc plus la responsabilité de tels secteurs. Toutefois, leur rôle dans le domaine de la tuberculose est essentiel, tant en terme de référence que comme acteurs de soins dans les structures départementales non hospitalières.

Il ne peut y avoir que des avantages à ce que les médecins des D.D.A.S.S. et ceux des services départementaux chargés de la lutte antituberculeuse organisent des réunions d'information communes sur la tuberculose pour instaurer des relations suivies avec les médecins du secteur hospitalier ou libéral. Ce n'est que grâce à une bonne connaissance réciproque des différents professionnels intervenant dans le domaine de la lutte antituberculeuse que chacun pourra y jouer pleinement son rôle et que la recrudescence de la maladie pourra être freinée. Un recueil des recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France concernant la tuberculose sera publié prochainement.

Je souhaite que cette circulaire soit pour vous l'occasion de faire le point sur cette maladie dans le département et de rencontrer les différents partenaires du dispositif de prévention et de soins, y compris les représentants des établissements qui accueillent des personnes en situation de précarité. Le schéma départemental d'accès aux soins des personnes les plus démunies, prévu par la circulaire du 21 mars 1995, devra intégrer un volet concernant la lutte contre la tuberculose. Vous voudrez bien me tenir informé des éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer.

(1) L'annexe II n'est pas publiée ici. Se reporter au B.E.H. n° 9/94.