

p.305 Lettre à l'éditeur à propos de l'article « Tuberculose résistante en Seine-Saint-Denis : étude du dépistage autour des cas »

p.307 Enquête nationale sur le diagnostic des infections à *Yersinia* entéropathogènes en France métropolitaine en 2003
National survey on diagnosis of enteropathogenic Yersinia infections in metropolitan France, 2003

p.312 Errata « Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2010 » BEH n° 21-22, 1^{er} juin

p.312 Cours international d'épidémiologie appliquée (IDEA) 2010

Lettre à l'éditeur à propos de l'article « Tuberculose résistante en Seine-Saint-Denis : étude du dépistage autour des cas »

Dr Christophe Debeugny

Chef du Service de la prévention et des actions sanitaires, Centre de lutte anti-tuberculeuse de Seine-Saint-Denis

Le BEH a publié dans son n° 23 du 15 juin 2010 un article intitulé « Tuberculose résistante en Seine-Saint-Denis : étude du dépistage autour des cas ». Cet article appelle de notre part les remarques suivantes :

Des problèmes méthodologiques de représentativité et de temporalité

Cet article a été publié en juin 2010 pour une enquête réalisée entre 2000 et 2005, alors que le plan national de lutte contre la tuberculose a été publié en 2007 et que les recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) l'ont été en 2006. Le titre de l'article ne cite pas la période, qui est ancienne pour une activité dont les procédures ont significativement évolué ; le titre laisse donc entendre que l'analyse est actuelle et peut être généralisée sur l'ensemble du circuit de dépistage, alors qu'elle ne concerne que quinze cas sur une période passée.

La méthodologie ne précise pas sur quelles bases ont été recueillis ces quinze cas index ; cela fait-il référence à l'exhaustivité des résistances sur ces trois établissements ou sur l'ensemble des établissements du département ? Qu'en est-il des autres établissements ? N'ont-ils pas eu de tuberculose multirésistante (TBMR) ou ont-ils été écartés de

l'étude en raison de la complexité des situations ? Le Centre national de référence (CNR) est cité, mais n'est pas signataire de l'article.

Cette étude n'a concerné que le dépistage autour de quelques cas de TBMR. Ces derniers ne représentent qu'une toute petite partie de l'ensemble des dépistages. On ne peut pas conclure sur la qualité du dépistage en général à partir d'une analyse concernant un petit sous-ensemble pour lequel on ne dispose pas, au demeurant, d'éléments sur sa représentativité.

Le fait que les auteurs écrivent au présent suggère un dysfonctionnement actuel du dépistage. Les auteurs n'ont pas cherché à savoir comment le Service de la prévention et des actions sanitaires (SPAS), centre de lutte anti-tuberculeuse (Clat) de Seine-Saint-Denis, fonctionne actuellement et dans quelle mesure il a pu améliorer le dispositif de dépistage. Il s'agit d'une enquête rétrospective sur la période 2000-2005. Elle paraît en 2010 et ne reflète pas l'investissement du SPAS en termes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques. Dans l'introduction et tout au long de l'article, on passe de généralités sur le dépistage en France au cas de la Seine-Saint-Denis et au regard spécifique porté sur les TBMR dans trois établissements du département. Ces observations et le cadre de l'étude

ne permettent pas une analyse élargie et représentative sur les circuits de dépistage et encore moins un jugement sur le fonctionnement actuel du dépistage.

Le fait qu'une étude scientifique porte sur une période révolue n'est pas en soi critiquable. À condition cependant que les auteurs soient suffisamment vigilants sur la rédaction pour ne pas prêter à confusion. Ce n'est manifestement pas le cas en l'espèce, en particulier dans le résumé qui commence par une phrase particulièrement trompeuse à la fois sur la temporalité et le périmètre de l'étude : « La stratégie d'enquête et de dépistage autour des cas de tuberculose *semble être mal appliquée en France.* » Le résumé affirme également que « l'étude montre les carences *actuelles* du dépistage des SC » (c'est nous qui soulignons).

Des assertions erronées

Plusieurs assertions des auteurs dans l'article sont erronées :

– Page 250 « *des recommandations pratiques préconisent que le dépistage soit initié par toute personne (biologiste ou clinicien) ayant connaissance d'un cas de tuberculose.* » Ce qui est préconisé, dans les recommandations du CSHPF publiées en 2006, c'est le signalement (SIT) aux autorités compétentes pour réalisation de l'enquête et du

dépistage des sujets contacts (SC) identifiés. L'enquête et les dépistages des SC doivent rester du ressort et de l'expertise du Clat. En l'occurrence en Seine-Saint-Denis et depuis 1987, l'autorité compétente reconnue par l'État est le SPAS.

– Les auteurs font référence à la procédure de signalement par la Ddass : « *en Seine-Saint-Denis, la Ddass transmet les SIT aux Clat...* ». Ce n'est pas la Ddass qui transmet les SIT au Clat. La grande majorité des SIT arrive directement au SPAS, transmis par les médecins hospitaliers. Dans les textes effectivement, ces SIT doivent être adressés à la Ddass. Cependant, en Seine-Saint-Denis, depuis les origines du programme en 1987 et non depuis 2006, sous l'impulsion du SPAS et en accord et par délégation de la Ddass, les médecins adressent les signalements directement dans le service.

– Il n'y a jamais eu de médecin pneumologue mandaté par la Ddass en charge de l'entretien initial auprès des patients hospitalisés pour tuberculose dans les établissements hospitaliers. Il s'agissait d'un dispositif mis en place par le SPAS avec un référent tuberculose par hôpital, qui a pris fin en 2006 (et non en 2008).

Une autre analyse possible des faits observés

À partir des observations présentées, une autre analyse peut être faite qui pose à nouveau la problématique des cas complexes et difficiles que sont les TBMR mais pour lesquels les conclusions premières sont, effectivement, la nécessité d'une collaboration plus étroite entre les différents acteurs de la lutte antituberculeuse (LAT) et une plus grande vigilance de chacun d'entre eux sur l'entourage de ces cas.

Les auteurs concluent que la procédure du dépistage n'est pas liée à la connaissance de la multirésistance, suggérant par là que cette donnée devrait renforcer la vigilance du Clat.

En réalité, le dépistage autour d'un cas débute le plus souvent sans connaissance de l'antibiogramme qui arrive naturellement plusieurs semaines après le diagnostic. C'est le diagnostic qui conditionne le démarrage de l'enquête ; il est donc logique que l'efficacité du dépistage ne soit pas liée à la connaissance de TBMR. Le dépistage doit être le plus efficace possible quelle que soit la situation. La Ddass a effectivement en charge la récupération des notifications à visée épidémiologique avec le résultat des antibiogrammes, qui peuvent arriver souvent plusieurs semaines après le début de l'enquête. Elles sont alors adressées pour réajuster les traitements des infections tuberculeuses latentes si nécessaire.

Pour les dépistages incomplets, les observations de l'article font état des différentes difficultés que peuvent rencontrer les acteurs de la LAT sur ces cas souvent complexes : fausse identité, fausse adresse, refus de soins, fuite de l'établissement, non-communication de l'entourage. Ces situations sont assez fréquemment rencontrées, rendant très difficile la réalisation du protocole du dépistage des SC, sans rapport avec un dysfonctionnement dans l'organisation du dépistage. Concernant les quatre cas inconnus, on observe l'absence de signalement et de notification de la part des hôpitaux. Ils n'ont pas été signalés au Clat qui ne peut donc pas déclencher l'enquête.

L'analyse des dysfonctionnements fait état des défauts de communication entre les Clat et les acteurs du dépistage. Cette analyse avait été faite dans le service dès 2005 qui, depuis, y a apporté une attention particulière avec l'organisation régulière de rencontres, de journées de formation, de réunions dans les établissements hospitaliers afin que les principaux acteurs soient conscients de ces problématiques. Pour le patient qui a fréquenté douze services hospitaliers ou la patiente restée bacillaire pendant une année, ou pour le service de

pédiatrie qui n'a pas pris contact avec le Clat, il y a là effectivement un dysfonctionnement qui ne se situe pas au niveau des Clat, qui ne peuvent connaître ce qu'on ne leur signale pas.

L'intérêt de cette enquête est de mettre en évidence les difficultés de dépistage autour de certains patients dans cette période, mais le problème reste essentiellement autour des hôpitaux et effectivement dans la communication entre les acteurs.

Des préconisations déjà largement mises en œuvre

La plupart des recommandations proposées en conclusion sont déjà mises en œuvre depuis plusieurs années, notamment :

– l'amélioration des liens entre Clat et services hospitaliers, développée depuis 2005 avec la mise en œuvre des nouvelles recommandations qui ont servi de base à une restructuration du programme départemental de LAT, avec mise en place d'une démarche d'harmonisation de pratiques entre les centres et des rencontres systématiques avec les médecins hospitaliers ;

– pour ce qui concerne les horaires d'ouverture, où il est dit qu'il n'y a pas de consultation en dehors des heures de travail : en réalité il y a dans presque chaque centre (sauf Aulnay-sous-Bois et Noisy-le-Grand) une consultation hebdomadaire jusqu'à 19 h ;

– sur la méthode de convocation par courrier inadaptée : ce problème a été analysé depuis 2005 et les procédures significativement modifiées par le choix de modalités adaptées aux différentes situations rencontrées. Pour les populations instables et précaires, la convocation par courrier est en effet inadaptée mais toutes les procédures classiques le sont dans ce cas. Le dispositif régional en cours de mise en œuvre avec l'équipe mobile en coordination régionale pourra peut-être y répondre.