

# La lutte contre la tuberculose en France

**La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a entièrement refondu les dispositions du code de la santé publique concernant la lutte contre la tuberculose, abrogeant notamment de nombreux articles qui avaient fondé le dispositif spécialisé mis en place dans les années 50. Seules deux structures spécifiques sont encore prévues : les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination, et l'obligation vaccinale est maintenue mais revue. Mais la lutte contre la tuberculose comporte également d'autres aspects (surveillance, ...) et repose sur d'autres structures (hôpital, ...).**

**L**es modalités de la surveillance de la prévention et de la prise en charge se sont adaptées depuis 40 ans à l'évolution des données épidémiologiques et des moyens thérapeutiques.

## Surveillance

Pour évaluer l'incidence de la tuberculose en France la DGS dispose de la déclaration obligatoire (DO) que doivent effectuer les médecins qui ont porté le diagnostic de tuberculose chez un patient.

Cette déclaration est faite sur un formulaire anonyme où sont demandées certaines informations concernant le cas : âge, sexe, nationalité, date du diagnostic, lieu de domicile, initiales du nom et prénom, localisation de l'infection, présence de bacille tuberculeux à l'examen direct des crachats ou à la culture, les notions de tuberculose antérieure, de vaccination par le BCG et le résultat de la sérologie VIH.

La déclaration doit être faite à la

DDASS du département de domicile du patient. Chaque semaine les DDASS transmettent par voie télématique (minitel) le nombre de cas de tuberculose déclarés. Ce nombre est reporté sur la 4<sup>e</sup> page du *BEH* chaque semaine. Ultérieurement, l'analyse des formulaires de DO permet de valider les cas et d'éliminer les éventuels doublons. Cette source d'information exhaustive par définition est dépendante de l'adhésion des médecins praticiens.

En outre, la notification par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) des cas pour lesquels une demande de prise en charge à 100 % a été demandée (la tuberculose fait partie des affections de longue durée ou ALD), permet de compléter la déclaration faite par les médecins praticiens.

En 1992, les médecins hospitaliers ont été à l'origine de la majorité des déclarations (53 %), les médecins conseils des CPAM de 23 %.

Les données de mortalité par tubercu-

lose en France sont gérées par l'Inserm à partir de l'analyse des certificats de décès.

À l'examen direct et/ou à la culture, 70 à 80 % des cas de tuberculose sont bactériologiquement positifs. Une information concernant les cas bactériologiquement prouvés est théoriquement disponible auprès des laboratoires d'analyse médicale qui ne sont pas tenus à la déclaration obligatoire. Un nombre relativement restreint de laboratoires, essentiellement hospitaliers, reçoivent les prélèvements positifs. Une enquête annuelle auprès de ces laboratoires pourrait permettre d'obtenir une information sur les cas bactériologiquement prouvés en même temps que de surveiller la fréquence de la multirésistance des bacilles de la tuberculose en France.

## Les moyens de la prévention

La vaccination par le BCG est obligatoire « à des âges déterminés et en fonction du milieu de vie, des risques que font encourir certaines activités » (nouvel article L 215 du Code de la santé publique). Jusqu'à la loi du 18 janvier 1994, l'article L 215 définissait les catégories de personnes soumises à cette obligation (enfants de moins de 6 ans, avant l'entrée à l'école, étudiants, fonctionnaires, militaires et surtout personnels des établissements hospitaliers et personnels travaillant en milieu insalubre ou qui manipulent des denrées alimentaires) et l'article L 216 précisait que cette obligation s'appliquait

jusqu'à 25 ans. Mais le nouvel article L 215 renvoie à un décret les modalités d'application de cette obligation vaccinale (âge, population...). Ce décret n'est pas encore pris. Cette obligation concerne les parents : « les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle de mineurs sont tenues personnellement à l'exécution de cette obligation » (art. L 215 nouveau).

Les tests cutanés tuberculiques sont destinés à mesurer l'allergie à la tuberculine.

Le dépistage des sujets infectés par le bacille tuberculeux ou atteints de maladie tuberculeuse repose sur les tests tuberculiques et la radiographie pulmonaire. L'évolution de la politique de lutte contre la tuberculose s'oriente vers un dépistage

ciblé vers des sujets particulièrement à risque ou exposés.

L'investigation à conduire autour d'un cas n'est pas prévue par des textes réglementaires. Elle fait l'objet de recommandations émises par un groupe de travail du groupe DGS (cf. encadré page 4). Il existe malheureusement souvent un défaut de coordination entre les services du Conseil général, la DDASS, les structures hospitalières et la médecine libérale, ce qui se traduit par une difficulté à mettre en œuvre une prévention et un dépistage efficaces des cas secondaires et une prophylaxie.

La prévention de la transmission de la tuberculose à l'hôpital dépend avant tout de la mise en route du traitement des malades mais repose aussi sur l'isole-

ment des patients contagieux ou suspects de l'être, ce qui demande une révision de l'organisation de l'accueil des patients et des services hospitaliers ainsi que l'adoption de mesures parfois contraignantes (masques de protection respiratoire) ou difficiles à réaliser (chambre seule). Des recommandations précisant les modalités de cette prévention ont été largement diffusées dans les hôpitaux en 1992 et 1993.

## Organisation de la prévention

Elle repose, pour les enfants et le milieu scolaire (vaccination par le BCG, tests tuberculiques, dépistage autour d'un cas) sur les services spécialisés qui les effectuent gratuitement : centres de vaccination et dispensaires antituberculeux qui sont des services du département ou encore PMI dans les écoles maternelles ou service de santé scolaire à partir du primaire... En pratique, les médecins généralistes et les pédiatres assurent un nombre très important de vaccinations par le BCG et de tests cutanés.

En milieu de travail, la prévention et le dépistage de la tuberculose dépendent de la médecine du travail. Certains groupes de professions sont particulièrement concernés car susceptibles d'être en contact avec des malades ou du bacille au laboratoire. C'est pourquoi certaines dispositions sont prévues pour les personnels des établissements de soins : à l'embauche, test cutané à la tuberculine et radiographie de thorax obligatoire ; tous les ans, surveillance médicale annuelle. Celle-ci peut être plus fréquente s'il existe des risques particuliers. Rien n'est prévu pour les personnels de santé du secteur privé. La vaccination par le BCG est obligatoire pour tous les personnels des établissements de santé publics ou privés, avant l'âge de 25 ans. Le rôle du médecin du travail est essentiellement de surveiller les personnels à risque en fonction de l'épidémiologie de la tuberculose dans leur lieu de travail.

En prison, la population carcérale est particulièrement exposée aux risques de transmission et de dissémination de la



## Situation épidémiologique en France

Le nombre annuel de cas de tuberculose a régulièrement diminué en France depuis les années 1950 jusqu'en 1987. La diminution était de l'ordre de 5 % par an, comme dans la majorité des pays développés. Entre 1987 et 1991, l'incidence est restée stable à 15 pour 100 000. Entre 1991 et 1992, le nombre de cas déclarés a augmenté de 6,6 %. Le taux d'incidence nationale, selon les données de déclaration en 1992, est de 15,9 pour 100 000, ce qui correspond à plus de 9 000 cas déclarés.

Les disparités régionales sont très importantes ; en effet, l'incidence estimée en Île-de-France est très élevée (38 pour 100 000 en 1992) ; elle est en nette progression depuis 1990. Cette région, qui comprend 18 % de la population française, représente 43 % des cas déclarés. La différence avec les autres régions est très marquée : les autres régions présentent des taux beaucoup plus faibles, inférieurs à 10,5 pour 100 000 dans la moitié des régions.

L'incidence de la tuberculose augmente avec l'âge et atteint son maximum après 65 ans où elle est de 24,4 pour 100 000. La tranche d'âge 25-44 ans représente 38 % des cas et une incidence de 18,7 pour 100 000, avec un accroissement récent. L'incidence est plus élevée chez l'homme (19,2 cas pour 100 000) que chez la femme (11,1 cas pour 100 000). L'incidence chez l'enfant est globalement faible, estimée à 4,2 pour 100 000.

Les étrangers représentent 25 % des cas déclarés et sont surtout originaires de l'Afrique sub-saharienne (28 % des cas) et du Maghreb (38 % des cas). Les étrangers atteints de tuberculose sont plus jeunes que les Français, et plus souvent atteints de formes extra-pulmonaires.

L'impact de l'infection par le VIH sur l'épidémiologie de la tuberculose en France est encore difficile à évaluer. Les sujets âgés de 25 à 44 ans représentent 66 % des séropositifs connus. Compte tenu du nombre de sujets séropositifs en France, l'incidence de la tuberculose serait donc très élevée dans cette population, de 524 à 677 pour 100 000, donc plus de 30 fois supérieur à celui de la population générale.

tuberculose. Le dépistage et le traitement précoce ainsi que la mise en œuvre de mesures d'isolement des patients en détention doivent être assurés par le système médical du milieu pénitentiaire avec l'aide des services de lutte antituberculeuse du département. La réalisation des mesures : prévention, isolement, radiopulmonaire de dépistage, possibilité d'examen de laboratoire, médecine préventive pour le personnel et suivi médical des détenus après leur sortie, nécessite une réorganisation du système médical pénitentiaire.

Les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination qui sont des services du département ont pour vocation d'assurer la prévention de la tuberculose par des séances d'information, une couverture vaccinale, un suivi par des tests tuberculiques et un dépistage orienté en particulier dans l'entourage d'un cas de tuberculose. La coordination entre les médecins libéraux, l'hôpital et les dispensaires est souvent défaillante et devrait être améliorée ; les dispensaires doivent disposer du personnel suffisant pour assurer un dépistage dans certains lieux à haut risque tels que les foyers d'hébergement ou d'autres milieux défavorisés, afin de rendre possibles des interventions efficaces. Une partie des dispensaires sont en voie de paupérisation, n'assurant que de rares dépistages pour une population marginalisée avec des moyens limités. À Paris, en 1986, il y avait 18 centres, il en restait 6 en 1993 alors que les besoins sont en nette augmentation.

### Lieux de la prise en charge

Actuellement, l'hôpital assure la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la plupart des cas de tuberculose diagnostiqués en France. En effet, l'hôpital dispose du plateau technique qui permet le diagnostic rapide de la tuberculose (bactériologie, radiologie, médecins) et la délivrance rapide du traitement, son contrôle et sa poursuite tout le temps du séjour à l'hôpital.

Les dispensaires devraient pouvoir assurer la poursuite du traitement et déli-

### Le groupe de travail DGS

La modification de l'épidémiologie de la tuberculose dans le monde et l'impact prévisible de l'infection du VIH sur son évolution ont conduit la DGS à entreprendre un vaste travail de mise au point concernant l'organisation et la réglementation de la lutte antituberculeuse en France. Plusieurs sous-groupes de travail ont été mis en place au printemps 1992 pour aborder les divers aspects de ce problème : surveillance, dépistage et prévention, diagnostic et thérapeutique, populations spécifiques : VIH, milieu pénitentiaire, organisation de la lutte antituberculeuse.

La traduction du travail effectué par les différents groupes est diverse : réformes législatives (cf. la refonte du CSP) et réglementaires, projets de loi, recommandations auprès des professionnels, modifications des instruments de surveillance, rapports, diffusion de fascicules d'information et de mise au point pour les malades ou les professionnels.

### Références juridiques

#### Code de la santé publique

- Articles 215 à 220 nouveaux (voir dossier page XXIX)

#### Pour la déclaration obligatoire

- Articles L 11 et L 12 du code de la santé publique
- Décret n° 86-770 du 10 juin 1986 modifié par le décret n° 87-1012 du 11 décembre 1987
- Arrêté du 18 décembre 1989 relatif à l'informatisation des déclarations obligatoires
- Circulaire DGS/PGE/1C n° 21 du 8 janvier 1990 relative à la surveillance de la tuberculose

#### Pour la lutte contre la tuberculose dans les établissements pénitentiaires

- Article D 394 du code de procédure pénale
- Nouvel article L 381-30-6 du code de la Sécurité sociale (introduit par l'article 2 de la loi du 18 janvier 1994).

#### Pour la prévention de la tuberculose dans les lieux de soins

- Circulaire DGS/VS2-DH n° 69 du 29 octobre 1993

vrer les médicaments (disposition de la loi du 18 janvier 1994, cf. *infra*)

Il n'existe plus de structures spécifiques tels que les sanatoriums ou les aëriums destinées à accueillir les malades tuberculeux pendant toute la durée de leur traitement. Ces établissements s'étaient depuis longtemps reconvertis et

la loi du 18 janvier 1994 a abrogé les dispositions qui les prévoyaient. Ainsi la prise en charge médicale de la tuberculose passe dans le domaine commun et si une convalescence en moyen séjour s'avère nécessaire, elle pourra être réalisée dans un établissement de moyen séjour polyvalent.

Les médecins libéraux participent peu au diagnostic, au traitement et au suivi des patients tuberculeux. En effet, dans la majorité des cas, l'hôpital et les dispensaires assurent ces prestations. Leur rôle dans la prise en charge de la maladie est faible. En revanche, l'essentiel de la prévention repose sur eux.

### Difficultés de la prise en charge

En cas d'affiliation à la Sécurité sociale, la tuberculose ouvre les droits à une prise en charge à 100 %. Celle-ci permet la gratuité du diagnostic et du traitement. Cependant, le délai d'obtention du 100 % peut être long, jusqu'à 3 mois.

Mais on sait qu'une petite partie de la population résidant en France n'est pas couverte par l'assurance maladie, sans compter les étrangers en

situation irrégulière. Or, c'est plus particulièrement dans cette population marginalisée ou clandestine que l'on trouve le plus de cas de tuberculose. L'admission à l'aide médicale, le bénéfice d'une carte-santé, peut dans certains cas résoudre le problème (cf. dossier de ce numéro) mais les procédures sont souvent longues. En

cas d'urgence les hôpitaux sont dans tous les cas tenus d'admettre un patient même sans prise en charge (circulaire n° 33/93 du 17 septembre 1993).

Ce sont ces difficultés d'accès aux soins pour les plus démunis qui ont amené certaines associations caritatives à ouvrir des dispensaires pour la prise en charge des tuberculeux en particulier. Ces mêmes difficultés ont motivé l'adoption de la nouvelle disposition législative concernant les dispensaires antituberculeux : sous réserve d'une habilitation, ces dispensaires pourront « assurer, à titre gratuit, le suivi médical et la délivrance de médicaments antituberculeux prescrits par un médecin » (art. L 220 nouveau du CSP). Mais le décret d'application de cet article n'est pas encore pris.

Il reste beaucoup de difficultés qui ralentissent la prise en charge, allongent les délais de traitement ; les traitements peuvent être interrompus, le suivi n'est pas toujours assuré. Plus grave, devant la difficulté à obtenir une prise en charge, certains patients risquent de renoncer à se faire traiter, notamment les étrangers dont la situation en France n'est pas régularisée.

## Problèmes à résoudre

Si le dispositif de lutte contre la tuberculose en France existe, il est encore vétuste et peu adapté à la situation actuelle. De nombreux problèmes restent à résoudre :


- la mise en place d'un système de surveillance qui permette d'évaluer des tendances et d'identifier des groupes à risque ;
- l'accès au traitement rapide pour tous les patients selon une procédure simplifiée ;
- la gratuité du traitement ;
- l'organisation efficace d'un dépistage ciblé des cas secondaires et des primo-infections ;
- la définition d'une meilleure prévention et particulièrement la bonne utilisation de l'arme vaccinale qu'est le BCG.

### D<sup>r</sup> Elisabeth Bouvet

Médecin des hôpitaux,  
groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard

# Les unions professionnelles

**Le mois d'avril 1994 a vu se dérouler les premières élections des représentants des médecins libéraux aux unions régionales. La définition législative des missions de ces unions est ambitieuse. Leur efficacité dépendra de leurs moyens et surtout de leur reconnaissance.**

 est le 26 avril que s'achevait le scrutin permettant aux cent dix mille médecins libéraux et conventionnés de désigner pour la première fois leurs représentants aux « unions régionales de médecins exerçant à titre libéral ».

La création de telles structures a été proposée pour la première fois en 1990 par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Cette idée avait été reprise par Bruno Durieux, à l'époque ministre de la Santé, qui y voyait l'équivalent de l'institution de chambres des métiers spécifiques.

Les unions régionales dans leur forme actuelle ont été définies par la loi n° 93-8, Titre II, du 4 janvier 1993, dite « loi Teulade ».

## Composition

Elles regroupent dans chaque région les médecins exerçant à titre libéral sous le régime de la ou des conventions nationales.

Chaque union est administrée à l'échelon régional par une assemblée composée à parité égale d'élus d'un collège des médecins généralistes et d'un collège des médecins spécialistes. Les unions sont des organismes de droit privé mais qui

exercent des missions d'ordre public. Le nombre d'élus à l'assemblée d'une union régionale varie de dix à quatre-vingts en fonction du nombre des médecins représentés (de cinq cents à dix mille). Les mandats sont de six ans renouvelables. Les candidatures étaient présentées, par collège, par les syndicats représentatifs ou par des organisations ayant une représentativité régionale.

## Missions

La définition des missions pouvant être confiées à ces unions a évolué avec le temps. S'inspirant à l'origine de l'exemple allemand, il avait été envisagé qu'elles assurent des responsabilités disciplinaires, avec pouvoir de sanctions, vis-à-vis des médecins ne respectant pas des critères conventionnels d'activité. Cette

### Références juridiques

- Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993, titre II, articles 5 à 10 (JO du 5 janvier 1993)
- Décret n° 93-1302 du 14 décembre 1993 (JO du 15 décembre 1993), reproduit page 39