

LES ACTIVITÉS DE MAÎTRISE DE LA TUBERCULOSE MENÉES PAR LES CENTRES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE. BILAN EN 2016 ET PERSPECTIVES

// TUBERCULOSIS CONTROL ACTIVITIES CONDUCTED BY TUBERCULOSIS CONTROL CENTERS IN FRANCE. ASSESSMENT FOR 2016 AND WAYS FORWARD

Grégory Lailier (gregory.lailier@sante.gouv.fr), Thierry Comolet, Elise Riva, Jean-Christophe Comboroure

Direction générale de la santé, ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, France

Soumis le 13.12.2017 // Date of submission: 12.13.2017

Résumé // Abstract

Introduction – En France, la lutte antituberculeuse relève de la compétence de l'État et s'articule autour des Centres de lutte antituberculeuse (Clat). Une enquête nationale annuelle menée par la Direction générale de la santé (DGS) évalue les activités et performances des Clat. L'objectif de l'étude était de dresser un bilan des activités des Clat en 2016 et de certaines évolutions notées depuis 2010.

Matériel et méthodes – Il existait en 2016 en France 100 Clat, entités administratives regroupant 162 sites physiques de lutte antituberculeuse. Les Clat rendent compte de leur travail chaque année dans un rapport d'activité et de performance (RAP) défini par arrêté ministériel. La DGS organise chaque année une enquête dématérialisée, dans laquelle des indicateurs d'activité et de performance sont recueillis.

Résultats – Entre 2010 et 2016, le nombre de RAP reçus est passé de 102 à 123. Le nombre de consultations dans les Clat est passé de 80 684 à 141 881, et le nombre d'enquêtes autour d'un cas de tuberculose maladie est passé de 3 926 à 4 626. Sur 47 882 personnes dépistées en 2016 pour contagion, 297 présentaient une tuberculose maladie et 4 396 une infection tuberculeuse latente (NNS – *Number Needed to Screen* – respectifs de 161 et 11). Les 78 132 dépistages réalisés en 2016 en dehors d'un comptage ont permis d'identifier 265 tuberculoses maladie (NNS = 295).

Conclusion – Les Clat assurent un volume élevé de consultations spécialisées et de dépistages de la tuberculose. Ces résultats contribueront à la réflexion sur l'amélioration de l'ensemble du dispositif de maîtrise de la tuberculose en France, en cohérence avec les objectifs la stratégie nationale de santé.

Introduction – In France, tuberculosis control is under the State's responsibility and based on Tuberculosis Control Centers (CLAT). An annual survey conducted by the General Directorate for Health (DGS) assesses the CLAT main duties and performance. This study aimed to give an overview of the activities of the CLAT in 2016 compared with 2010.

Materials and methods – In 2016, there were 100 TB Control Centers in France spread around 162 physical locations. Each center has to produce an activity report about their organization and their achievements, as defined by a ministerial ruling. An online survey is conducted annually by the French Ministry of Health to collect activity and performance indicators.

Results – Between 2010 and 2016, the number of reports increased from 102 to 123. The number of medical consultations increased from 80,684 to 141,881, and the number of investigations around a TB case increased from 3,926 to 4,626. On 47,882 screened people in 2016, 297 had an active TB disease, and 4,396 had a latent TB infection (respective NNS – *Number Needed to Screen*: 161 and 11 respectively). On 78,132 screened people in 2016 from a population at risk in 2016, 265 had an active TB disease (NNS = 295).

Conclusion – The CLAT scheme provides a large number of medical consultations and screenings of TB. These results will contribute to the reflection on the improvement of the TB control programme in France, in line with the French National Health Strategy.

Mots-clés : Tuberculose, Lutte antituberculeuse, France

// **Keywords**: Tuberculosis, Tuberculosis control, France

Introduction

En France, la lutte antituberculeuse relève de la compétence de l'État depuis le 1^{er} janvier 2006. Elle s'articule autour des Centres de lutte antituberculeuse (Clat), dispositif public assurant les enquêtes autour des cas, le suivi et l'éducation

thérapeutique des patients, certains traitements et la vaccination par le BCG.

Dans chaque département, l'administration sanitaire charge un « maître d'œuvre » de mettre en place les actions de lutte contre la tuberculose : c'est le Clat. Il en existe 100 pour 101 départements,

les départements des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes ayant un Clat commun. Un maître d'œuvre départemental tel qu'un Conseil départemental ou une association peut déployer un ou plusieurs sites physiques, selon la géographie du département, l'historique du dispositif ou l'importance locale de la maladie. Ces sites opérateurs, au nombre de 162 en France, qui sont des services hospitalier ou des centres de santé, sont également parfois appelés « Clat ».

L'évaluation des activités et des performances des Clat, menée annuellement par la Direction générale de la santé (DGS) par une enquête nationale, apporte des informations uniques sur les activités de ces centres et les résultats obtenus. Ces données permettent de préciser le rôle de ce réseau dans le parcours de soins et ouvrent des pistes pour adapter la stratégie de maîtrise de la tuberculose aux besoins actuels. L'objectif de l'étude présentée ici est de dresser un bilan des activités des Clat en 2016 et de certaines évolutions notées depuis 2010.

Matériel et méthode

Les Clat doivent rendre compte de leur travail chaque année dans un rapport d'activité et de performance (RAP) défini par arrêté ministériel¹. Le RAP comporte quatre parties relatives, respectivement, à l'organisation, aux activités, aux partenariats établis et aux budgets pour l'année précédente. Outre la DGS, les Agences régionales de santé (ARS) utilisent ces données pour l'évaluation et le dialogue de gestion des Clat placés sous leur responsabilité par habilitation ou conventionnement.

La DGS organise chaque année une enquête *via* une plateforme dématérialisée afin de recueillir tous les RAP. Habituellement, chaque Clat départemental (maître d'œuvre) transmet un seul rapport départemental agrégé. Cependant, dans certains départements, plusieurs sites opérateurs produisent et transmettent leur rapport lors de l'enquête nationale. C'est pourquoi l'enquête annuelle dématérialisée rassemble davantage de rapports qu'il n'y a de départements, alors même que certains départements n'ont pas participé.

Les questionnaires de l'enquête sont créés, diffusés et renseignés au moyen du logiciel SOLEN®. Ils permettent la constitution d'une base de données exploitée principalement sous le logiciel Microsoft Excel®. Depuis 2010, la DGS effectue une synthèse de ces activités et en extrait un document de rétro-information comprenant les principaux indicateurs suivis systématiquement, ainsi que d'autres analyses variables selon les années. Seule l'exploitation des deux premières parties du questionnaire (organisation et activités des Clat) fait l'objet du présent article, qui présente les données de 2016 recueillies en 2017. Les variables représentant les indicateurs de performance pertinents sont comparées aux résultats de 2010 afin de donner un aperçu de leur évolution.

Les variables recueillies au plan national, toutes quantitatives, sont décrites par leur somme en 2016 comparée au même indicateur en 2010. Étant donné la grande hétérogénéité des Clat en termes de structures et d'activité, il a été choisi de ne pas effectuer de moyenne des variables par Clat. Le rendement des dépistages effectués est objectivé par le nombre moyen de personnes à dépister pour découvrir un cas de tuberculose (NNS : *Number Needed to Screen*), défini comme l'inverse de la prévalence au sein de la population dépistée ; nous appliquons cet indicateur aux tuberculoses maladie (TM) et aux infections tuberculeuses latentes (ITL).

Résultats

Taux de réponses à l'enquête

Alors que le nombre de sites Clat est resté quasi constant entre 2010 et 2016, le nombre de RAP reçus est passé de 102 à 123. En analysant par département répondeur, 82% des départements ont envoyé au moins un RAP en 2015 vs 53% en 2010. En tenant compte des cas notifiés, les départements répondants représentaient 89% des notifications annuelles de tuberculose en France en 2016.

Moyens humains et matériels

Au total, le dispositif des Clat employait 468 équivalents temps plein (ETP) en 2016 : 181 infirmiers, 139 secrétaires, 95 médecins, 20,5 manipulateurs radio et 15 assistants de service social ; 89 Clat (72,4%) déclaraient employer 1 médecin ou moins en ETP. L'activité de l'ensemble du dispositif représentait 1 195,5 demi-journées d'ouverture par semaine pour une médiane de 10 demi-journées d'ouverture hebdomadaire par Clat, contre 8 en 2010. En revanche, 23 Clat (16,9%) ouvraient moins de 6 demi-journées par semaine, seuls 7 (5,7%) étaient ouverts le samedi et 56 (40,1%) étaient ouverts après 17h. Une installation de radiologie fixe était disponible dans 44 Clat (35,7%), et 5 (4,1%) disposaient d'une installation mobile de radiologie (camion de radiographie ou autre installation mobile).

Activité annuelle de lutte antituberculeuse

Entre 2010 et 2016, le nombre total de consultations médicales rapportées par les Clat est passé de 80 684 à 143 758 ; 1 498 ont nécessité un recours à un interprète professionnel, 44 Clat (38%) proposant ce service. Le nombre de cas de tuberculose signalés aux Clat est passé de 5 512 à 5 483. Le nombre total d'enquêtes initiées en 2016 pour un cas index de TM résidant dans le même département était de 4 860 contre 3 926 en 2010, pour une médiane de 16 enquêtes par Clat. Il faut toutefois noter que 6 Clat n'ont mené aucune enquête et que 43 (35%) en ont mené moins de 10. Ces enquêtes d'entourage ont permis d'identifier 62 205 sujets contacts en 2016, dont 47 882 (79%) ont pu bénéficier d'un dépistage. Ces dépistages ont eux-mêmes permis de découvrir 310 TM et 4 515 ITL (dont 3 110 (68%) ont été mises sous traitement), soit un NNS moyen de 158,3

pour la TM et de 10,8 pour l'ITL. Selon les milieux dans lesquels l'enquête auprès des contacts a été menée, le NNS pour la TM était, en 2016, de 103 en milieu familial ou privé (vs 113 en 2010), de 274 en milieu professionnel (vs 1 037 en 2010), de 766 en hébergement collectif (vs 271 en 2010), de 116 en milieu carcéral (vs 348 en 2010), de 271 en milieu scolaire (vs 727 en 2010) et de 1 596 en milieu hospitalier (vs 1 601 en 2010).

En 2016, 79 057 personnes ont fait l'objet d'un dépistage ciblé, en dehors de tout contact mais en raison de leur appartenance à un groupe jugé exposé, ce qui a permis de découvrir 248 nouveaux cas de TM (NNS global=319). Selon les populations exposées, le NNS était de 186 chez les migrants récents, 231 chez les personnes en situation de précarité, 818 chez les détenus et 3 509 chez les professionnels exposés.

Le nombre d'enquêtes initiées à la recherche d'un contaminateur autour d'un cas d'ITL chez un mineur de moins de 15 ans était de 326 en 2016 (vs 194 en 2010). Ces enquêtes ont conduit au dépistage de 916 individus ce qui a permis de dépister 2 TM.

Les Clat ont suivi au total 7 430 patients en 2016, dont 1 727 pour une TM et 6 345 pour une ITL. Par ailleurs, les Clat ont effectué en 2016, au cours de leurs missions de dépistage, 37 143 intradermoréactions à la tuberculine, 22 816 tests IGRA, 115 159 radiographies de thorax et 2 312 examens à visée bactériologique. Enfin, ils ont réalisé dans le cadre de leurs missions de prévention 21 767 vaccinations BCG en 2016 contre 7 315 en 2010.

Discussion et perspectives

L'analyse des données d'activité transmises chaque année par les Clat *via* les RAP informe précisément et rapidement sur leur fonctionnement (défini par le décret du 19 décembre 2005) et leur impact sur la lutte antituberculeuse. L'exhaustivité croissante du recueil de ces données et leur cohérence au cours des cinq dernières années sont en faveur d'une bonne qualité des informations obtenues, et ce malgré certaines difficultés de remplissage et la compréhension non univoque de quelques items – points méritant d'être améliorés. Toutefois, étant donné la grande hétérogénéité des Clat répondeurs, et notamment des 38 nouveaux répondeurs entre 2010 et 2016, il est difficile de déterminer si les tendances observées sont imputables à l'amélioration de l'exhaustivité du recueil ou à une augmentation significative des activités.

Au total, les Clat, présents sur tout le territoire, assurent un volume élevé de consultations spécialisées, de vaccinations BCG, d'actions de communication et surtout de dépistages de la tuberculose. Ces RAP constituent donc un outil particulièrement précieux pour les Clat eux-mêmes, les ARS et le ministère chargé de la Santé. Les enquêtes autour des cas et les dépistages ciblés représentent la plus forte valeur ajoutée spécifique des Clat depuis

leur création, de par leur connaissance des publics vulnérables et d'accès difficile².

D'autre part, ces rapports mettent en évidence la grande variété de taille et de typologie des Clat, reflet de la répartition hétérogène de la tuberculose en France aujourd'hui³. Certains Clat ont des activités assez limitées en volume et en diversité, posant la question d'un seuil critique pertinent et de la nécessité de collaborations et de complémentarités pour éviter la dilution de l'expertise et maintenir la qualité des interventions spécifiques.

En matière de traitement des personnes atteintes de tuberculose, les Clat jouent un rôle notable, mais minoritaire et très lié à leur éventuelle implantation intra-hospitalière (environ 50% des Clat sont dans un centre hospitalier). Leur part dans la prise en charge globale et l'accompagnement des patients tuberculeux reste donc limitée par rapport à leur potentiel. La documentation des issues des traitements, pourtant à notification obligatoire, est restée insuffisante en France depuis leur mise à la DO en 2007⁴. Les données actualisées présentées dans ce numéro⁵ soulignent les faiblesses dans leur recueil et leur notification. La coordination de la prise en charge des malades tuberculeux (fonction du *case manager* des anglo-saxons⁶), insuffisante comme discuté dans cet article, pourrait fortement bénéficier de l'expertise des Clat.

Certaines données plus qualitatives (actions de promotion de la santé, réponses aux questions ouvertes) ne sont pas présentées ici ; leur interprétation est délicate et leur présence dans ces rapports pourrait être discutée. Enfin, cet outil de recueil pourrait être amélioré. En effet, les RAP ne distinguent pas toujours les activités propres des Clat des activités des services hospitaliers auxquels ceux-ci sont rattachés, ce qui ne permet donc pas de connaître précisément la part des Clat dans les diagnostics, l'administration des traitements et surtout le suivi des traitements et des ITL. Par ailleurs, certains Clat qui ont envoyé leur RAP sous forme papier, toujours nécessaire dans le circuit réglementaire, omettent de renseigner l'enquête dématérialisée.

L'analyse des données des RAP permet de mettre en perspectives les missions des Clat pour optimiser leur adaptation aux modifications épidémiologiques et sociologiques des populations concernées. Tout l'enjeu de l'organisation des Clat sera de pouvoir répondre aux défis de demain en luttant contre les inégalités de santé, en facilitant et en maîtrisant la communication avec les groupes vulnérables et les professionnels, notamment à l'occasion d'investigations de cas groupés, en s'appuyant sur les liens tissés avec les réseaux médico-sociaux. Il s'agira donc de centrer l'organisation sur les patients, plutôt que sur les structures, en développant l'« Aller vers » les malades d'accès difficile (en raison d'obstacles linguistiques, administratifs, ou de facteurs d'exclusion ou de stigmatisation).

Les Clat apparaissent également bien placés, avec leurs équipes pluri-professionnelles, pour optimiser

les parcours de santé⁷ et améliorer le maillage territorial en maximisant les synergies locales avec d'autres acteurs de soins dans les domaines des maladies chroniques (HIV, hépatites), de la lutte anti-tabac, des vaccinations, des conseils aux voyageurs.

En conclusion, cette enquête nationale à laquelle un nombre croissant de Clat participe depuis 2010, permet de donner une image précise des activités menées par leur réseau et de leur contribution à la lutte contre la tuberculose. Son intérêt pour les Clat et les ARS est essentiel en quantifiant notamment l'apport des Clat au dépistage de la tuberculose dans plusieurs populations vulnérables. Ces résultats contribueront à la réflexion sur l'amélioration de l'ensemble du dispositif de maîtrise de la tuberculose en France, en cohérence avec les objectifs la stratégie nationale de santé. ■

Références

[1] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Bulletin officiel santé protection sociale, solidarité n° 1 du 15 février 2013. Arrêté du 11 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 1 décembre 2010 fixant le contenu du rapport d'activité et de performance en application des articles D. 3111-25, D. 3112-9 et D. 3121-41 du code de la santé publique.

[2] European Centre for Disease Prevention and Control. Scientific advice. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations. 37 p. Stockholm: ECDC, 2016. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/TB-guidance-interventions-vulnerable-groups.pdf>

[3] Guthmann JP, Ait Belghiti F, Lévy-Bruhl D. Épidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(7):116-26. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13312

[4] Antoine D., Belghiti F. La surveillance des issues de traitement antituberculeux. Présentation à la réunion du réseau national des CLATs, Créteil, 11 décembre 2014. http://spfl.fr/wp-content/uploads/2015/01/Issues_de_traitement_D_Antoine_11-12-14.pdf

[5] Guthmann JP, Antoine D, Lévy-Bruhl D. Les issues de traitement des tuberculoses sensibles déclarées en France, 2008-2014. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(6-7):95-104. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/6-7/2018_6-7_1.html

[6] Taylor Z, Nolan CM, Blumberg HM; American Thoracic Society; Centers for Disease Control and Prevention; Infectious Diseases Society of America. Controlling tuberculosis in the United States. Recommendations from the American Thoracic Society, CDC, and the Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep.* 2005;54(RR-12):1-81. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2005;54(45):1161.

[7] National Institute for Health Care and Excellence. NICE public health guidance 37. Identifying and managing tuberculosis among hard-to-reach groups. Mars 2012. 93 p. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng33/evidence/appendix-n-ph37-80851860866>

Citer cet article

Lailler G, Comolet T, Riva E, Combroure JC. Les activités de maîtrise de la tuberculose menées par les Centres de lutte antituberculeuse. Bilan en 2016 et perspectives. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(6-7):121-4. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/6-7/2018_6-7_4.html