



**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2012 –

**Le dépistage et la surveillance de la  
tuberculose en Bretagne  
de 2005 à aujourd'hui**

– Groupe n°22–

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| – <b>Brigitte ANNE (DS)</b>      | – <b>Violaine EUDIER (DESSMS)</b> |
| – <b>Sarah BONNAURE (IASS)</b>   | – <b>Marilou MATHIOT (DESSMS)</b> |
| – <b>Sylvain D'AGATA (IES)</b>   | – <b>Alice MISSIAEN (IASS)</b>    |
| – <b>Boris DUMAS (IES)</b>       | – <b>Olivier MOULINET (EDH)</b>   |
| – <b>Kamal EL FAROUKI (MISP)</b> | – <b>Guillaume STEPHAN (AAH)</b>  |

***Animateur : Patrick ZYLBERMAN***

---

# Sommaire

---

Liste des sigles utilisés .....	7
<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Descriptif et évolution de la tuberculose .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Description de la pathologie .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Le contexte international .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Evolution historique en France .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 Le contexte national actuel .....</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Le contexte breton .....</b>	<b>5</b>
<b>2 La politique de lutte contre la tuberculose en Bretagne : une stratégie construite autour du dépistage et de la surveillance. ....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 La déclinaison du cadre réglementaire en Bretagne .....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Avant 2005 .....	6
2.1.2 Présentation des dispositifs mis en place .....	7
<b>2.2 La mise en œuvre opérationnelle de la lutte antituberculeuse .....</b>	<b>7</b>
2.2.1 Les recommandations et bonnes pratiques nationales : enquêtes, déclarations obligatoires, traitements .....	7
2.2.2 Des organisations locales adaptées aux besoins des populations en Bretagne .....	8
<b>2.3 Les méthodologies de dépistage et leur évolution .....</b>	<b>10</b>
2.3.1 La mise en œuvre du dépistage suite à l'émission d'une déclaration obligatoire ..	10
2.3.2 Les actions d'amélioration du dépistage .....	15
<b>2.4 La mobilisation des acteurs institutionnels .....</b>	<b>17</b>
2.4.1 Un pilotage par l'ARS plus régulateur que décisionnel .....	17
2.4.2 Les modalités de financement de la LAT .....	17
2.4.3 Les enjeux de la communication autour de la LAT .....	19
2.4.4 Le travail en partenariat .....	19
<b>3 Les perspectives et pistes d'améliorations .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 L'évolution des organisations .....</b>	<b>20</b>
3.1.1 L'avenir du RVH 35 .....	20

3.1.2	Evolution du CLAT Finistère.....	21
<b>3.2</b>	<b>Le dépistage et la surveillance de la tuberculose chez les personnes âgées.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3</b>	<b>La formation des médecins.....</b>	<b>22</b>
<b>3.4</b>	<b>Vers une harmonisation des pratiques en Bretagne ?.....</b>	<b>23</b>
<b>3.5</b>	<b>L'impact futur de la levée d'obligation de la vaccination par le BCG.....</b>	<b>24</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>25</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>27</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Remerciements

---

Nous souhaitons remercier Monsieur Patrick ZYLBERMAN, animateur du groupe pour sa disponibilité et ses conseils méthodologiques. Son expérience nous a permis de définir rapidement le cadre de travail.

L'amorce des premiers contacts téléphoniques a facilité la mise en œuvre de notre travail dans le temps qui nous était imparti.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des personnes rencontrées lors des différents entretiens organisés dans le cadre de ce module interprofessionnel de santé publique pour leur disponibilité, la qualité des échanges et la confiance témoignée : les docteurs Sophie NALET (RVH 35), Bertrand GAGNIERE (CIRE Ouest), Christophe LEROYER (antenne CLAT Brest), Jean-Marc CHAPPLAIN (RVH 35), Rémy BERNARD (antenne CLAT Quimper), et Pierre GUILLAUMOT (ARS Bretagne), et Mesdames Chantal HASCOET, Nolwenn BOURBIGOT, Pascale CAM et Odette MIOSSEC, infirmières des antennes du CLAT Finistère ainsi que Monsieur Didier HUGUENET, infirmier de santé publique (ARS Bretagne).

## Liste des sigles utilisés

AFTAM : Association pour l'accueil et la formation des travailleurs migrants  
ARS : Agence régionale de santé  
CADA : Centre d'accueil des demandeurs d'asile  
CCAS: Centre communal d'action sociale  
CDAS: Centre départemental d'action sociale  
CIDIST : Centre d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles  
CIRE : Cellule de l'institut de veille sanitaire en région  
CLAT : Centre de lutte antituberculeuse  
COALLIA : Coalition pour l'insertion et vers l'autonomie  
CORRSI : Centre de réception et de régulation des signaux  
CSHPF : Conseil supérieur de l'hygiène publique de France  
CVAGS : Cellule de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires  
DDASS: Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DO: Déclaration obligatoire  
IDR : Intradermo réaction à la tuberculine  
ITL : Infection tuberculose latente  
MIG : Mission d'intérêt général  
OFI: Office français de l'immigration  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PMI : Protection maternelle et infantile  
RVH 35: Réseau ville hôpital de l'Ille-et-Vilaine  
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

## Introduction

Un cas de tuberculose intervenu dans le département de Seine-Saint-Denis en 2009 a révélé au grand public la persistance d'une maladie que l'on croyait attachée à un passé révolu. Suite à plusieurs erreurs de diagnostic et d'interprétation de tests anti-tuberculiques, une élève d'un lycée professionnel a été déclarée apte à poursuivre sa scolarité alors qu'elle était porteuse d'une infection tuberculeuse latente en cours d'évolution vers une tuberculose maladie<sup>1</sup>. Cet épisode a mis en exergue les nécessités d'un meilleur dépistage par l'ensemble des acteurs de la lutte antituberculeuse.

En France, la tuberculose n'est pas un problème majeur de santé publique. Cependant, en dépit de l'amélioration des conditions de vie et des progrès médicaux, près de 5180 nouveaux cas de tuberculose en 2010, soit 8,1 cas pour 100 000 habitants ont été dénombrés. Située au quatrième rang national en termes d'incidence avec 8,8 cas pour 100 000 habitants, la Bretagne est particulièrement exposée.

La politique de lutte contre la tuberculose a fait l'objet d'une recentralisation depuis la loi du 13 août 2004.<sup>2</sup> De plus, parallèlement à la levée de l'obligation du vaccin bilié de Calmette et Guérin (BCG) en 2007, le programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009 préconise de renforcer la surveillance et le dépistage des populations à risque.<sup>3</sup> Mise en place par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les agences régionales de santé (ARS) pilotent désormais les stratégies de lutte antituberculeuse mises en œuvre au niveau des départements.

Comment ont évolué ces stratégies de lutte contre la tuberculose en Bretagne depuis la loi de recentralisation ? En quoi ont-elles ici ou là produit des organisations et des dispositifs différents en matière de dépistage et de surveillance au niveau départemental ? Nous dresserons tout d'abord un état des lieux visant à présenter la lutte contre la tuberculose. Nous insisterons sur le contexte international, national et local ainsi que sur l'évolution de cette pathologie. Ensuite nous aborderons la lutte antituberculeuse en

---

<sup>1</sup> Romby A., Investigations croisées autour de cas de tuberculose en lycée, Seine-Saint-Denis, France, 2009-2010, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°39, 25 octobre 2011.

<sup>2</sup> Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales.

<sup>3</sup> Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG

Bretagne du point de vue des politiques mises en œuvre, des stratégies de dépistage et de surveillance ainsi que des pistes d'amélioration envisageables.

## **Méthodologie**

Tout au long du rapport, nous adopterons une approche comparative entre le Finistère et l'Ille-et-Vilaine, deux départements ayant opté pour des organisations différentes. Dans cette perspective, et à partir d'une même grille, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès des principaux acteurs départementaux de la lutte antituberculeuse (le centre de lutte anti tuberculeuse dans le Finistère, le Réseau Ville-Hôpital 35 dans l'Ille-et-Vilaine) et des acteurs régionaux (l'ARS Bretagne et la cellule interrégionale d'épidémiologie de l'ouest). Sur la base de ces échanges, nous avons constitué des comptes rendus synthétiques servant de source d'information à notre analyse. Au regard du peu de littérature disponible sur ce sujet concret, il nous a paru utile de les insérer en appendice du rapport pour le bénéfice éventuel de futurs observateurs, experts et chercheurs.

Nous retiendrons les définitions du Traité de Santé Publique<sup>4</sup>. La surveillance sera ainsi appréhendée comme la démarche d'observation continue des maladies, de leurs distributions et de leurs tendances évolutives par la collecte permanente d'informations.

Le dépistage sera entendu comme une action de prévention secondaire visant à identifier de façon présomptive, à l'aide d'un test ou d'un examen, la personne atteinte d'un problème de santé latent.

---

<sup>4</sup> Bourdillon F., G. Brückner, D. Tabuteau (Sous la dir.), Traité de Santé Publique, 2<sup>ème</sup> édition, Médecine-Sciences Flammarion, 2007.

# 1 Descriptif et évolution de la tuberculose

## 1.1 Description de la pathologie

La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible dont la forme la plus répandue est la forme respiratoire (tuberculose pulmonaire). Les bactéries responsables de la tuberculose chez l'homme sont des mycobactéries regroupant différentes espèces ; la plus courante est *Mycobacterium tuberculosis* (ou bacille de Koch). Le cycle de division bactérienne est long (environ 20 heures), ce qui autorise l'administration du traitement en une prise par jour. Le traitement combine plusieurs antibiotiques (poly-chimiothérapie) afin d'éviter l'émergence de mutants résistants.

La transmission est interhumaine et se fait par voie aérienne à partir d'un patient excréteur de la bactérie (gouttelettes de sécrétions respiratoires lors de toux ou d'expectorations). Chez les sujets contaminés, la primo-infection tuberculeuse est souvent asymptomatique et guérit spontanément dans 90% des cas. Le bacille s'étant néanmoins implanté dans l'alvéole pulmonaire, les patients présentent une infection tuberculeuse latente (ITL). Pour les 10% des cas restants, une infection active va se développer provoquant une maladie évolutive et nécessitant un traitement curatif : c'est la tuberculose maladie. Chez les sujets présentant une infection tuberculeuse latente, une réactivation tardive pourra survenir essentiellement sous l'effet d'une immunodépression (ex : VIH et l'âge) et entraîner une tuberculose maladie. Des conditions socio-économiques défavorables favorisent aussi sa survenue. Non traitée, la tuberculose maladie est mortelle dans la moitié des cas. En France, la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (DO) depuis 1964.

## 1.2 Le contexte international

La tuberculose est un problème de santé majeur à l'échelle du globe. Elle concernait près de 1,5 milliard de personnes en 2008. Elle était responsable de 9 millions de nouveaux cas l'année suivante et de 2 millions de décès.

Les pays en développement sont particulièrement touchés compte-tenu d'un accès aux soins plus restreint, de problèmes de malnutrition et de conditions de vie et de travail insalubres. Par ailleurs l'immunodépression agit comme un facteur de risque dont l'illustration la plus frappante est la recrudescence de l'infection par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) dans certains pays, ce qui majore le nombre de personnes atteintes. Dans les pays occidentaux, certaines habitudes de vie (alcoolisme, tabagisme) et

un milieu social défavorisé (sans-logis, toxicomanes, détenus) sont propices au développement de la tuberculose.

Dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement, la stratégie de lutte contre la tuberculose fixée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) vise à diviser par deux le taux de prévalence de la maladie en 2015 par rapport à 1990 et à freiner l'incidence. Un plan mondial de lutte a été actualisé pour la période 2011/2015 et précise la méthode à suivre.

### **1.3 Evolution historique en France**

La pathologie de la tuberculose a été décrite au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle par Laennec et Broussais. Le mot tuberculose apparaît en 1850 (Virchow) et le premier sanatorium en 1859 (Brehmer) avec une préconisation d'isolement des tuberculeux et de mise au repos au grand air. La tuberculose demeure un fléau et tue un jeune français sur cinq en 1900. L'émergence de stratégies opérationnelles visant à lutter contre la tuberculose a lieu au début du XX<sup>e</sup> siècle avec deux lois promulguées relatives aux dispensaires (15 avril 1916) et aux sanatoriums (7 septembre 1919).

Au lendemain de la seconde guerre mondiale le recul de la tuberculose s'intensifie sous l'effet de l'élévation du niveau de vie des habitants en France et de l'apparition de la poly-chimiothérapie antituberculeuse. La vaccination par le BCG est rendue obligatoire pour certaines catégories de population le 5 janvier 1950 et des centres de vaccination gratuite sont organisés.

A partir des années 1950 (en réalité depuis les années 1920-30)<sup>5</sup>, on observe un recul de la tuberculose, recul qui a pu laisser croire à l'éradication complète de l'infection d'ici la fin du XX<sup>e</sup> siècle. La construction de nouveaux sanatoriums est stoppée en 1955. L'apparition du VIH a néanmoins conduit dans les années 1990 à une recrudescence du nombre de personnes atteintes par la tuberculose. Depuis, la courbe de l'incidence a repris sa décroissance.

---

<sup>5</sup>. MOINE M. Le risque tuberculeux chez l'individu, dans la famille et dans la collectivité [c. 1940-1], Archives nationales, 760148 (ancienne cote Mission Archives du ministère des Affaires sociales : SAN 7788)

## **1.4 Le contexte national actuel**

La lutte contre la tuberculose a été inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004 parmi les 100 objectifs prioritaires de la politique de santé publique. Bien que le taux d'incidence soit en constante diminution (5180 nouveaux cas en 2010 contre 9707 en 1993), de nombreuses disparités épidémiologiques marquent le territoire. En 2010 l'incidence s'élevait au plan national à 8,1 cas pour 100 000 habitants contre 15,8 pour 100 000 en Ile-de-France (et 30,3 en Seine-Saint-Denis)<sup>6</sup>.

Un programme national de lutte contre la tuberculose a été adopté en 2007 afin de consolider le recul de la maladie. En vue de remédier aux inégalités régionales, ce plan définit six axes visant à favoriser l'accès aux soins, dépister les formes contagieuses, cibler les populations vaccinées, limiter la résistance aux antibiotiques, améliorer la surveillance épidémiologique et le pilotage de la lutte.

La levée de l'obligation de vaccination par le BCG marque un tournant dans la stratégie de lutte contre la tuberculose ; il s'agit désormais de cibler davantage les populations à vacciner (enfants provenant de pays à forte endémie, avec antécédents familiaux ou résidant en Guyane et en Ile-de-France).

Une évaluation de ce programme national a été faite par le Haut conseil de la santé publique en 2010. Il souligne le peu de déclinaison de ce plan au niveau régional et déplore son manque de visibilité. Les dispositifs existants continuent cependant à impulser une dynamique au sein de leurs territoires.

## **1.5 Le contexte breton**

Avec près de 8,8 cas pour 100 000 habitants en 2009, la Bretagne est la quatrième région française la plus touchée en termes d'incidence loin toutefois derrière la Guyane, l'Ile-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur<sup>7</sup>. Les départements du Finistère et de l'Ille-et-Vilaine sont marqués par des taux d'incidence plus élevés comme le présente la figure 1 ci-après.

---

<sup>6</sup> Antoun F., Fournier A., Quelet S., « Prise en charge de la tuberculose à Paris en 2011 » Actualité et dossier en santé publique (ADSP) mars 2012 – n°78.

<sup>7</sup> Entretien n°3

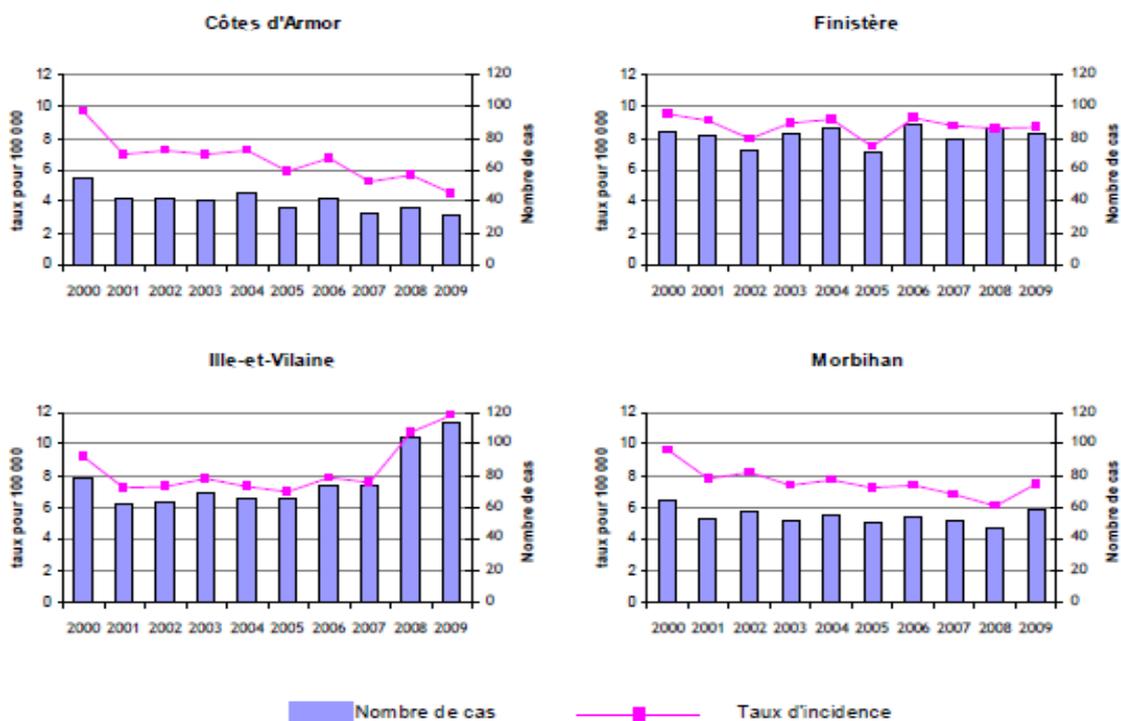


Figure 1 : Evolution de l'incidence de la tuberculose dans les quatre départements bretons, Cire Ouest, oct 2011

Comme pour l'ensemble du pays, les principaux facteurs de risque identifiés en Bretagne sont l'âge (supérieur à 75 ans) et la provenance d'un pays d'endémie.

## 2 La politique de lutte contre la tuberculose en Bretagne : une stratégie construite autour du dépistage et de la surveillance.

### 2.1 La déclinaison du cadre réglementaire en Bretagne

#### 2.1.1 Avant 2005

Suite aux lois de décentralisation de 1983<sup>8</sup>, les conseils généraux ont reçu compétence générale en termes de prévention sanitaire et notamment dans la gestion du dépistage et de la surveillance de la tuberculose. Cependant, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales recentralise (article 71) la lutte contre les grandes maladies (lèpre, cancer, tuberculose, infections sexuellement transmissibles).

La circulaire interministérielle n°2005-342 du 18 juillet 2005 précise les conditions permettant au département de conserver, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, certaines

<sup>8</sup> Loi du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

compétences touchant à la prévention sanitaire. Seul le conseil général du Morbihan a conclu une convention en ce sens en Bretagne, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ayant récupéré ces prérogatives dans les autres départements.

### **2.1.2 Présentation des dispositifs mis en place**

Le plan de lutte contre la tuberculose préconise en 2007 la mise en œuvre d'un pilotage régional.

Les articles L.3112-2 et L.3112-3 du code de la santé publique imposent la signature d'une convention avec l'ARS et l'habilitation par celle-ci de centres de lutte antituberculeuse (CLAT) départementaux. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, seuls peuvent être habilités comme CLAT les établissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public ainsi que les centres de santé lorsqu'ils sont gérés par des organismes à but non lucratif (art. L3112-7 CSP).

Dans le Finistère, le CLAT se charge d'assurer l'ensemble de la coordination de la lutte contre la tuberculose sous la responsabilité de la DDASS puis de l'ARS en 2010.

En Ile-et-Vilaine, le RVH 35 (Réseau Ville Hôpital), association loi 1901, a signé une convention avec la DDASS puis avec l'ARS Bretagne<sup>9</sup>. Il a ainsi été habilité dans un premier temps à assurer le suivi des traitements antituberculeux ; le pilotage de la prévention et du dépistage restant pour leur part placés sous l'égide de la DDASS. Dans un deuxième temps, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, les missions du RVH 35 ont été élargies à la coordination de l'ensemble du réseau de lutte antituberculeuse et au traitement des enquêtes suite à la réception des déclarations obligatoires transmises par l'ARS.

## **2.2 La mise en œuvre opérationnelle de la lutte antituberculeuse**

### **2.2.1 Les recommandations et bonnes pratiques nationales : enquêtes, déclarations obligatoires, traitements**

D'après les recommandations émises par le conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) en 2006, l'enquête autour d'un cas a pour objectif de dépister et d'organiser la prise en charge des cas de tuberculose<sup>10</sup>. Le dépistage varie selon qu'il s'agit de tuberculoses maladies ou d'ITL ne présentant pas de signes cliniques.

---

<sup>9</sup> Entretien n°1

<sup>10</sup> Voir « *enquête autour d'un cas. Recommandations pratiques du groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (2004-2006) – 24 mars 2006* ».

La tuberculose maladie fait l'objet d'une déclaration obligatoire de la part du médecin traitant qui adresse un formulaire *ad hoc* à l'ARS. Celle-ci retourne le formulaire complété au CLAT du département. A ce stade le médecin référent décide de convoquer la personne potentiellement infectée pour lui proposer de suivre un traitement curatif.

Les ITL se retrouvent principalement chez les personnes immunodéprimées et chez les personnes en lien avec des professionnels de santé exposés à la tuberculose. Elles concernent également les sujets contacts que l'on cherche à identifier dans le cadre des enquêtes autour d'un cas de maladie. On détermine ces sujets contacts en fonction de la période de contact (avoir été en contact avec le cas trois mois avant le diagnostic), de la durée de contact (avoir été en contact pendant 8 heures avec le cas) et de la proximité de contact (distance de deux à trois mètres). L'administration d'un traitement préventif visant à éviter le développement de la maladie peut leur être proposée.

## **2.2.2 Des organisations locales adaptées aux besoins des populations en Bretagne**

### **A) Un réseau associatif centré prioritairement sur les populations de migrants en Ile-et-Vilaine**

A l'image du dispositif mis en œuvre dans la région parisienne, l'Ile-et-Vilaine a choisi de se concentrer sur le dépistage et le suivi des populations migrantes particulièrement touchées par la tuberculose. En 2009, le taux d'incidence de la tuberculose en Ile-et-Vilaine était de 110 pour 100 000 habitants chez les personnes nées à l'étranger contre 8,8 chez les personnes nées en France<sup>11</sup>.

La ville de Rennes, porte d'entrée principale de l'immigration en Bretagne, est dotée de nombreuses structures d'accueil ou d'insertion et dispose d'un tissu associatif dynamique. Ainsi, les collaborations étroites entre travailleurs sociaux et structures de lutte antituberculeuse (LAT) contribuent à maintenir un lien durable avec ces populations, souvent itinérantes et confrontées à la précarité<sup>12</sup>.

Le RVH 35 participe directement au dépistage des migrants primo-arrivants en proposant systématiquement la réalisation de radiographies pulmonaires ou d'intradermo réaction (IDR) à chaque patient vu en consultation au centre médico-social Louis Guilloux

---

<sup>11</sup> Entretien n°3

<sup>12</sup> Entretien n°1

à Rennes. Cet établissement récemment habilité centre de santé a pour objectif de faciliter l'accès aux soins du public migrant en situation de précarité et de vulnérabilité par une double prise en charge médicale et sociale<sup>13</sup>.

On peut toutefois regretter l'insuffisante prise en compte de la population âgée surtout présente dans les zones rurales, ainsi que l'absence de structure dédiée à la LAT au sud du département.

Du point de vue organisationnel, le statut associatif du RVH 35, par sa flexibilité et sa réactivité, permet une mise en réseau des acteurs. Cet aspect se remarque particulièrement s'agissant des services sociaux. Néanmoins la répartition des missions n'est pas toujours formalisée ce qui peut entraîner des difficultés au niveau de la répartition des crédits et de l'implication des pneumologues de ville.<sup>14</sup>

B) En Finistère, une organisation hospitalière d'expertise au service d'une population disséminée sur un territoire à dominance rurale.

Le dispositif repose sur un centre de lutte antituberculeuse couvrant l'ensemble du département à partir de trois antennes coordonnées implantées dans les hôpitaux de Brest, de Quimper et de Morlaix. Ces antennes de terrain garantissent une bonne accessibilité et une meilleure réactivité sur un territoire qui se caractérise par sa forte étendue et par sa ruralité. Cette couverture permet d'assurer un suivi efficace des personnes peu mobiles (personnes précaires, personnes âgées) dont la proportion est significative dans le département. En effet, les plus de 60 ans constituent 25% de la population finistérienne<sup>15</sup>.

Les antennes du CLAT sont intégrées aux centres hospitaliers selon une logique de proximité et de centralisation des services. Par exemple les antennes de Brest et de Quimper, adossées aux services de pneumologie, permettent une prise en charge globale<sup>16</sup>. Cela abolit notamment la distinction entre maladies respiratoires et infectieuses conformément aux préconisations de l'OMS<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup> Entretien n°1

<sup>14</sup> Entretien n°1

<sup>15</sup> Sources INSEE 1<sup>er</sup> janvier 2010.

<sup>16</sup> Entretien n°5 et n°6

<sup>17</sup> GARD est une composante de l'action de l'OMS visant à endiguer les maladies chroniques. Il s'agit d'une alliance à laquelle participe volontairement des organisations nationales et internationales, des institutions et des organismes qui collaborent dans un but commun d'améliorer la santé pulmonaire au niveau mondial. [www.who.int/gard/fr/index.html](http://www.who.int/gard/fr/index.html)

L'antenne du CLAT de Quimper prend en compte les populations immigrées grâce à un partenariat avec le centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), qui procède à la réalisation de radiographies pulmonaires dès l'arrivée d'une famille immigrée et informe le CLAT des cas suspectés de tuberculose. Pour les populations immigrées en situation irrégulière, les associations au droit d'asile alertent le CLAT dès qu'il y a suspicion d'un cas.

Par ailleurs, cette organisation poursuit un objectif d'harmonisation des pratiques dans l'ensemble du département. A cette fin, les antennes du CLAT organisent des réunions trimestrielles<sup>18</sup>, construisent un programme commun d'éducation partagé et utilisent un logiciel commun (DAMOC) qui sert à assurer le recensement et la traçabilité des cas. Lors de ces rencontres, des échanges se construisent autour de la prise en charge des patients et via les outils supports communs.

Ce modèle est un gage d'efficacité car il concentre les moyens et facilite le transfert d'informations.

Toutefois, des réunions ont été envisagées avec les autres départements mais le suivi reste éclaté sur la région, et la communication entre les acteurs impliqués dans la lutte contre la tuberculose demeure insuffisante.

## **2.3 Les méthodologies de dépistage et leur évolution**

### **2.3.1 La mise en œuvre du dépistage suite à l'émission d'une déclaration obligatoire**

#### **A) La chaîne d'actions autour d'un cas en Ille-et-Vilaine et dans le Finistère :**

Ces chaînes d'action nous ont été présentées lors de nos entretiens menés avec le Dr Sophie Nalet, coordonnatrice du pôle tuberculose du RVH 35, avec le Dr Christophe Leroyer médecin référent pneumologue du CLAT de Brest, et avec les infirmières (Chantal Hascoet et Nolwenn Bourbigot) de l'antenne du CLAT de Quimper.

Le diagnostic de la tuberculose est effectué par un médecin de ville (médecin généraliste, pneumologue), par un praticien hospitalier ou par les services de santé au travail. Les actes de diagnostic et d'interprétation des résultats étant techniques, ceux-ci peuvent varier en fonction des acteurs, de leur formation et de leurs expériences respectives.

---

<sup>18</sup> Entretien n°6

Les cas de tuberculose maladie et les ITL chez les enfants de moins de 15 ans doivent être déclarés à l'ARS. Cependant, certains cas sont diagnostiqués, mais ne sont pas toujours adressés à l'autorité sanitaire.

En Ile-et-Vilaine, l'ARS transmet ensuite la déclaration obligatoire (DO) au RVH 35, tandis que dans le Finistère, elle est transmise à l'antenne du CLAT responsable du secteur dans lequel est situé le domicile du cas. Dans le Finistère, le CLAT contacte tout d'abord le médecin déclarant par téléphone.

Une enquête est réalisée auprès du cas index par l'infirmière du RVH 35 pour l'Ile-et-Vilaine et par le pneumologue du CLAT pour le Finistère. Cette enquête permet d'évaluer la contagiosité, d'identifier et de rechercher des sujets contacts potentiels, selon une procédure standardisée, s'inspirant des recommandations du CSHPF.

Deux situations peuvent alors se présenter :

D'une part, s'il y a peu de sujets contacts, une convocation est envoyée à ces derniers par courrier afin de réaliser le dépistage (une première consultation à J-0 pour réaliser une IDR et une radiographie, une autre à six mois selon le même procédé, et une dernière à 18 mois pour une radiographie uniquement). Ces consultations s'effectuent auprès des services de lutte antituberculeuse (SLAT) ou d'un médecin de ville en Ile-et-Vilaine et auprès de l'antenne CLAT territorialement compétente dans le Finistère. Suite à cette consultation, un traitement préventif peut être administré, sur décision du pneumologue du CLAT, ce qui permet une unicité de la chaîne de décision ; tandis qu'une validation par un pneumologue est nécessaire en Ile-et-Vilaine.

D'autre part, si les sujets contacts sont nombreux (cas dans une école, une entreprise, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un établissement pénitentiaire, etc.), un dépistage collectif est réalisé *in situ* par le RVH 35, et aussi souvent que possible par les CLAT. A défaut, celui-ci est organisé au sein du CLAT. Ce mode de dépistage comprend d'abord une réunion d'information afin de rassurer le public, suivie d'une IDR ou d'un test *Quantiféron*<sup>19</sup> ainsi que d'une radiographie effectuée à l'aide d'un camion de radiologie mobile. Suite à cette opération,

---

<sup>19</sup> Prélèvement sanguin dosant l'interféron Gamma, produit en réponse immunitaire contre *M. Tuberculosis*.

un traitement préventif peut être administré, selon la procédure décisionnelle décrite précédemment.

A noter qu'en milieu hospitalier, le dépistage est organisé par le service de santé au travail.

Après cette phase d'enquête, un accompagnement à la bonne observance (ABO) peut être réalisé pendant la durée du traitement pour les cas index (6 à 9 mois) et les patients traités pour une ITL (3 mois).

En Ille-et-Vilaine, l'accompagnement peut être adapté en fonction des situations, grâce au travail avec les partenaires du RVH 35 (travailleur social, infirmière à domicile, centre d'accueil des demandeurs d'asile...). L'ABO est facilitée par l'existence d'un pôle interprétariat au sein du réseau<sup>20</sup>.

Dans le Finistère, les infirmières mettent en avant de nombreux points forts dans la qualité du suivi des patients. Un numéro de téléphone portable unique (celui de l'équipe infirmière de Quimper) est transmis aux sujets contacts, l'accessibilité rapide à une information claire est ainsi garantie. Le CLAT de Quimper a recours à une liste de bénévoles interprètes établie au sein de l'hôpital pour faciliter la transmission des informations. De même, l'adaptabilité de l'organisation de travail de l'antenne CLAT de Quimper permet à son équipe de se rendre au plus près des sujets à suivre : bateau de pêche, club sportif.

L'interface ville-hôpital en Ille-et-Vilaine met davantage l'accent sur l'accès à la santé des personnes exclues du système de soins par leur situation de grande précarité. Le système finistérien insiste, lui, sur la disponibilité de sa structure garantissant un suivi sanitaire de qualité.

Au terme de l'enquête, les résultats d'analyse microbiologique sont transmis par les structures de terrain à l'ARS, dans le cadre de sa mission de surveillance.

Ces différentes étapes<sup>21</sup> font l'objet d'une évaluation sur la base d'indicateurs d'activité des antennes CLAT ou du RVH 35 : taux de recherche (nombre de sujets contacts identifiés / nombre total de sujets contacts) ; taux d'exploration (nombre de sujets

---

<sup>20</sup> Entretien n°1

<sup>21</sup> Logigramme en annexe pages XII et XIII.

contacts dépistés / nombre de sujets contacts identifiés) ; et le taux d'ITL (nombre d'ITL diagnostiquées / nombre de sujets contacts dépistés). Le logiciel DAMOC est utilisé pour la gestion de ces indicateurs. Le Dr Bertrand Gagnière estime qu'un dépistage est bien réalisé si le taux d'exploration est supérieur à 90% et que le taux d'ITL est compris entre 20 et 30%. C'est toute la question du rapport coût/efficacité qui est en jeu et qui reste à définir par l'ARS.

Le nombre de cas totaux restant peu élevé, les fluctuations peuvent être importantes d'une année sur l'autre sans toutefois illustrer une réactivation de la maladie : 34 déclarations obligatoires dans le sud-Finistère en 2009, 45 en 2010 et 26 en 2011<sup>22</sup>.

#### B) Les difficultés liées aux spécificités de la tuberculose

Deux obstacles principaux, liés à la tuberculose, ont été relevés : la précarité sociale, facteur de risque principal de la maladie et un manque de consensus sur les suites à donner aux diagnostics d'ITL. En effet, selon le Dr Gagnière (Cire Ouest), les personnes en situation de précarité sont davantage présentes en milieu rural dans la région Bretagne. Ce constat nécessite dès lors, l'adaptation du maillage territorial des lieux de dépistage.

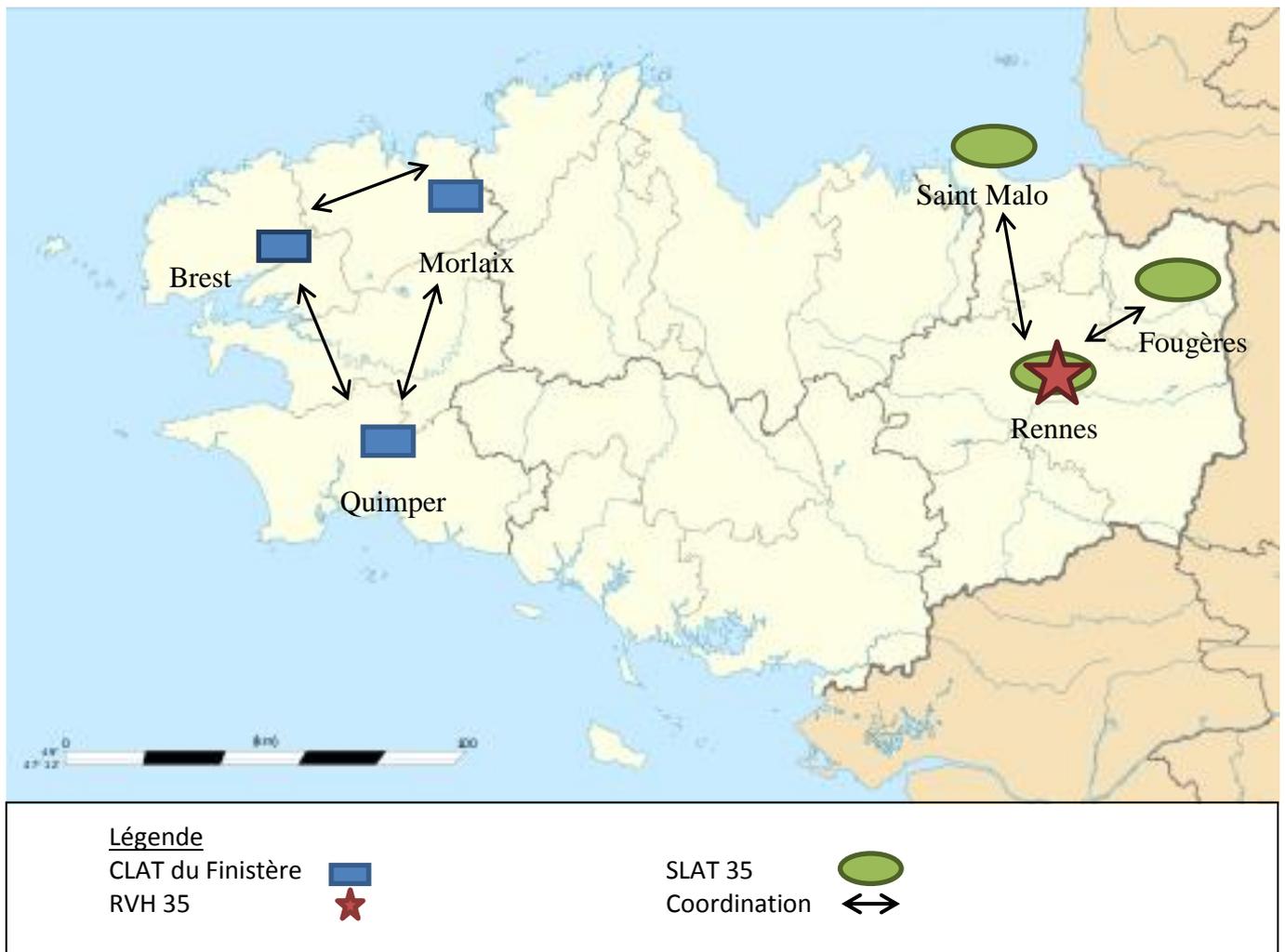
On observe une bonne répartition des antennes du CLAT dans le Finistère (figure 2 ci-après). De plus des conventions ont été signées entre le CLAT de Quimper et les hôpitaux de Pont-l'Abbé, Quimperlé, Carhaix, Douarnenez pour permettre au CLAT de disposer de bureaux médicaux lors des entretiens d'enquête et d'imagerie médicale pour les dépistages<sup>23</sup>.

A l'inverse, le sud et l'est du département de l'Ille-et-Vilaine sont dépourvus de SLAT comme présenté dans la figure 2 ci-dessous. Cette situation s'explique en partie par les choix initiaux de prise en charge de la tuberculose chez les migrants.

---

<sup>22</sup> Entretien n°6

<sup>23</sup> Entretien n°7



**Figure 1 : Implantation des structures de Lutte antituberculeuse en Ile-et-Vilaine et dans le Finistère**

Par ailleurs, l'absence de directives harmonisées peut compliquer la tâche des pneumologues concernant les suites à donner aux ITL. Bien que seulement 10% d'entre-elles risquent de devenir tuberculose maladie, les médecins sont incités à prescrire un traitement préventif. Toutefois, les contraintes de ce traitement (durée, effets secondaires conséquents) posent toujours question en termes d'éthique et de responsabilité du praticien. Si les personnes immunodéprimées sont systématiquement traitées, une hétérogénéité des pratiques persiste pour le reste des cas. A ce titre, le Dr Bernard du CLAT de Quimper rappelle l'intérêt d'évoquer la balance bénéfice/risque dans le traitement de l'ITL. C'est pourquoi il est nécessaire d'individualiser la thérapeutique en fonction des facteurs de risque.

### 2.3.2 Les actions d'amélioration du dépistage

#### A) La sensibilisation des publics cibles

Le RVH 35, grâce à son statut associatif et aux relations qu'il entretient avec les partenaires extrahospitaliers, a organisé deux actions de dépistage préventif avec deux associations d'aides aux sans-papiers et aux sans-abris dans l'agglomération de Rennes. Ces actions avaient pour objectif d'identifier de nouveaux cas de tuberculose ou d'ITL parmi une population en situation de précarité. Si les résultats des dépistages n'ont pas été très concluants, l'impact sur l'information de ce public n'est pas négligeable. De nouvelles actions de sensibilisation sont programmées à partir de juin 2012<sup>24</sup>.

Le CLAT du Finistère organise régulièrement des actions d'information auprès du public (en faculté, établissements pénitenciers etc.). Le terme de dépistage préventif n'apparaît pas comme pertinent auprès des intervenants du CLAT, qui préfèrent la notion de dépistage collectif suite à la survenue de la maladie chez un cas index. Le travail se concentre autour de l'information et du travail d'enquête auprès du public et des personnes contacts. Le ciblage du dépistage reste le leitmotiv de cette stratégie<sup>25</sup>.

#### B) La recherche de cas de tuberculose non déclarés

Les professionnels de la LAT travaillent aussi sur l'amélioration du taux de déclaration des tuberculoses, à travers « une chasse à la DO ».

La stratégie adoptée dans le Finistère repose sur la sensibilisation des praticiens à la réalisation des diagnostics et à la transmission des DO à l'ARS.

En Ille-et-Vilaine, le RVH 35 utilise les diagnostics d'expectoration réalisés par les laboratoires d'analyses biologiques et la distribution des traitements antituberculeux par les pharmacies, dans le but de récupérer les cas non déclarés (37 cas de 2007 à 2010)<sup>26</sup>. Cette recherche active contribue à augmenter sensiblement le taux de déclaration des cas en Bretagne.

---

<sup>24</sup> Entretien n°1

<sup>25</sup> Entretien n°6

<sup>26</sup> Réseau Ville-Hôpital 35, Rapport d'activité 2010

		<b>Ille-et-Vilaine</b>	<b>Finistère</b>
<b>Structure porteuse de la LAT</b>		Evolution régulière du mode d'organisation	Antériorité de la structure, permettant d'être reconnue sur le territoire
<b>Dépistage des population à risque</b>	Migrants et précaires	Présence d'un pôle migrant et interprétariat au sein du RVH Dépistage systématique Liens forts avec les services sociaux, médico-sociaux et le monde associatif (interface ville hospital)	CLAT averti si diagnostic d'une anomalie à la radio pulmonaire Convention avec l'AFTAM et le CADA
	Personnes Agées	Cible secondaire Projet de collaboration avec les EHPAD (dépistage à l'admission)	Organisation du CLAT adaptée à la prise en charge des personnes en milieu rural
	Populations Carcérales	Collaboration avec les UCSA. Possibilité de réaliser des dépistages collectifs Dépistage systématique à l'entrée	
<b>Maillage territorial</b>		Le sud et l'est du département sont dépourvus de structures spécifiques de dépistage	Bonne répartition géographique du CLAT et de ses antennes.
<b>ITL</b>	Interprétation des résultats de dépistage	C'est la même infirmière et le même médecin qui réalisent l'acte de dépistage en collectivité (diminution de la variabilité d'interprétation)	Antennes indépendantes mais variabilité de l'interprétation des résultats réduite du fait d'une bonne communication entre les acteurs
	Suite à donner aux ITL	Le médecin du RVH est un médecin généraliste, sa décision sur l'administration d'un traitement doit être validé par un pneumologue	Le pneumologue du CLAT (ou de l'antenne) prend la décision de traitement : unicité de la chaîne de décision
<b>Suivi des cas</b>		Accompagnement à la bonne observance du traitement adapté à chaque cas	Partage du logiciel DAMOC entre les antennes du CLAT permettant le suivi du patient
<b>Financements de la LAT</b>		Complexité de la répartition des financements entre le RVH et les SLAT	Dotation adaptée permettant une action efficace
<b>Formation/sensibilisation</b>		Manque d'implication des pneumologues libéraux	Implication de tous les pneumologues au sein du CLAT dans le sud Finistère
		Actions de communication de sensibilisation auprès des populations à risque en partenariat avec le monde associatif	Réunions d'information réalisées par le personnel du CLAT dans les facultés
		Actions de sensibilisation et de formation auprès des médecins libéraux (pneumologues et généralistes)	

**Tableau 1: Synthèse des spécificités des organisations de la LAT en Ille-et-Vilaine et dans le Finistère**

## **2.4 La mobilisation des acteurs institutionnels.**

### **2.4.1 Un pilotage par l'ARS plus régulateur que décisionnel**

Le pilotage de l'ARS en matière de lutte antituberculeuse se concentre autour de trois missions principales que sont le circuit de transmission des DO, l'allocation du financement et l'évaluation des dispositifs. Malgré une volonté affichée d'harmonisation entre les quatre départements de Bretagne, l'agence affirme la nécessité de conserver une stratégie de dépistage adaptée à chaque population cible. En dépit des tentatives de mise en commun d'outils qu'elle a déjà initiées, sa méthode de gouvernance reste centrée sur la régulation de la politique antituberculeuse.

### **2.4.2 Les modalités de financement de la LAT**

#### **A) Une répartition différenciée des crédits par l'ARS**

La lutte antituberculeuse fait l'objet d'un financement spécifique par le biais de crédits « prévention » attribués par le ministère de la Santé. Ils se répartissent entre le conseil général du Morbihan et l'ARS Bretagne qui distribue les financements vers les autres départements ayant adopté une politique recentralisée.

Dans l'Ille-et-Vilaine, ces crédits de prévention sont répartis au sein du réseau, entre le RVH 35 et les hôpitaux de Rennes, Saint-Malo et Fougères. Plus précisément, les crédits alloués au RVH 35 sont destinés aux salaires des quatre employés, à la location des camions de radiologie et aux remboursements des dépistages effectués à l'hôpital. Selon le RVH 35, ces crédits évolueraient à la baisse. En cas de suractivité et dans des circonstances exceptionnelles, des crédits supplémentaires ont toutefois pu être accordés au RVH 35 : il s'agissait d'un financement ONDAM hospitalier (crédits d'aide à la contractualisation).

Dans le Finistère, l'enveloppe est attribuée au CLAT du CHU de Brest qui la répartit sur les trois antennes de Brest, Quimper et Morlaix. Elle correspond à une allocation reconduite annuellement et non indexée aux fluctuations de l'activité de dépistage, ce que déplore le CLAT de Brest<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Entretien n°4

La répartition au sein du Finistère se fait de manière équitable en fonction de la population du bassin desservi par les antennes.<sup>28</sup> Le CLAT de Quimper utilise cette enveloppe pour financer les frais de personnel, la location des locaux, les consommables, les remboursements de radiologie et le transport du personnel vers les populations et vice-versa. De l'avis du CLAT de Quimper, le budget alloué est suffisant, malgré quelques dépassements compensés par le budget hospitalier. Selon l'avis du référent du CLAT Brest, les moyens sont liés à une prise en charge intégrale du suivi des patients diagnostiqués. Pour sa part, le responsable du CLAT de Quimper, explique cette situation par une réattribution des budgets effectuée en 2005 des conseils généraux vers l'Etat. En effet, le conseil général du Finistère aurait retourné intégralement son budget à l'Etat qui l'aurait ensuite reversé au CLAT, contrairement au conseil général de l'Ille-et-Vilaine qui l'aurait en partie conservé.

Entre les deux départements, les différences d'allocation de moyens financiers par l'ARS seraient ainsi liées à l'historique des organisations de la lutte antituberculeuse.

#### B) Les incohérences relevées dans le circuit de financement

De manière générale, la prise en charge du dépistage de la tuberculose se fait à partir des crédits attribués à ces différentes structures, le patient n'ayant à faire aucune avance de frais médicaux. Pourtant, certains dysfonctionnements ont été relevés par le CLAT de Quimper et le RVH 35. En Ille-et-Vilaine, du fait d'un maillage territorial par le réseau insuffisant, les patients se font parfois dépister par des médecins généralistes. Ils peuvent être amenés à faire l'avance des frais de dépistage et se font ensuite rembourser par l'assurance maladie<sup>29</sup>.

Dans une moindre mesure, cette situation se rencontre aussi à Quimper<sup>30</sup>. De plus, à titre exceptionnel, l'antenne CLAT de Quimper peut prendre en charge le traitement de patients en grande précarité, se substituant ainsi à l'assurance maladie. Selon les membres de cette antenne, les frontières de la prise en charge de la tuberculose sont parfois poreuses, le CLAT fournissant les traitements antituberculeux sur ses fonds propres aux personnes en situation de grande pauvreté au lieu que celles-ci se fassent rembourser par l'assurance-maladie. A l'inverse, la médecine du travail prend en charge financièrement le dépistage des salariés alors que cette prérogative relève normalement du CLAT.

---

<sup>28</sup> Entretien n°7

<sup>29</sup> Entretien n°1

<sup>30</sup> Entretien n°6

### **2.4.3 Les enjeux de la communication autour de la LAT**

En termes de communication, les antennes du CLAT Finistère bénéficient d'une assise importante dans le département, liée au vivier d'experts (médecins pneumologues) qui les constituent. De même, ils dispensent de nombreuses formations auprès des médecins coordonnateurs en EHPAD, des médecins de ville, gériatres, infirmières scolaires, ce qui renforce la reconnaissance des CLAT sur le territoire.<sup>31</sup>

En Ile-et-Vilaine, l'organisation en réseau et la souplesse du fonctionnement associatif permettent une bonne intégration dans le tissu associatif du territoire. Pourtant, la structure associative peut être une faiblesse dans les rapports avec certains médecins libéraux n'observant pas les bonnes pratiques. Le RVH 35 ne dispose pas de l'autorité réglementaire de l'ARS, qui est alors sollicitée<sup>32</sup>, contrairement aux CLAT, délégués reconnus réglementairement<sup>33</sup> par l'Etat. C'est pourquoi, à terme, le RVH 35 pourrait se transformer en CLAT, dans un souci d'harmonisation et de conformité à la réglementation.

### **2.4.4 Le travail en partenariat**

Les relations avec les services sociaux et médicaux sont différentes d'un département à l'autre.

L'organisation en réseau de l'Ile-et-Vilaine permet d'associer les acteurs médicaux et sociaux au travers de conventions ou de partenariats informels. Le RVH 35, tête de réseau bénéficie d'un maillage associatif local et gère efficacement le dépistage des populations migrantes et sans domicile fixe grâce à des partenariats avec les différents acteurs (médecins, assistants sociaux, centre communal d'action sociale, conseil général, pneumologues des établissements de santé, office français de l'immigration et de l'intégration et EHPAD). La constitution d'un pôle migrant et interprétariat au sein du RVH 35 est un avantage indéniable pour regrouper et détecter les populations à risque. Le pôle tuberculose du RVH 35 organise des réunions mensuelles pour évoquer les difficultés rencontrées par les principaux acteurs, comme le suivi des DO, l'accès au dépistage des populations, mais aussi l'harmonisation des pratiques. Or, les SLAT des centres hospitaliers de Fougères et de Saint-Malo, bien qu'invités, n'y participent pas toujours.

---

<sup>31</sup> Entretien n°7

<sup>32</sup> Entretien n°1

<sup>33</sup> Décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 relatif à l'habilitation des établissements et organisme pour la vaccination et la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles.

Le CIDIST (Centre d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles) dispose d'une convention avec l'antenne du CLAT de Brest pour renforcer les dépistages.

La convention liant le CLAT et l'AFTAM (désormais COALLIA) n'a pu être reconduite, faute de moyens. Cet accord visait à systématiser les radiographies pulmonaires lors de l'arrivée des populations de migrant. Le partenariat se poursuit de façon informelle.<sup>34</sup>

Concernant Quimper, des conventions sont signées avec les différents centres hospitaliers pour le dépistage par les radiographies pulmonaires et le prêt d'un local pour les consultations CLAT. Cette démarche permet de se déplacer au plus près du lieu de vie du patient.<sup>35</sup>

### **3 Les perspectives et pistes d'améliorations**

#### **3.1 L'évolution des organisations**

##### **3.1.1 L'avenir du RVH 35**

L'organisation en Ile-et-Vilaine ne respecte pas certaines dispositions du code de la santé publique<sup>36</sup>. Le RVH 35 souhaite cependant conserver l'organisation en réseau développée depuis plusieurs années. Dans un premier temps, l'association a demandé et a obtenu l'habilitation du centre médico-social Louis Guilloux en centre de santé. Une demande d'habilitation en CLAT a ensuite été présentée à l'ARS en mars 2011, qui n'a pas officiellement statué à ce jour<sup>37</sup>. Le CLAT s'appuierait sur les deux structures déjà largement impliquées :

- Le pôle tuberculose du RVH 35 poursuivrait les missions déjà définies : enquête autour des cas, actions communautaires et interface ville-hôpital.
- Le service de pneumologie du CHU de Rennes deviendrait le service de référence de la LAT dans le département et assurerait le rôle déjà prévu de dispensaire.

---

<sup>34</sup> Entretien n°4

<sup>35</sup> Entretien n°7

<sup>36</sup> Articles L.3111-1, L.3111-8, L.3112-1, D.3111-22, D.3111-23

<sup>37</sup> Entretien n°5

Le siège et l'animation du CLAT reviendrait au RVH 35.

C'est autour de ce dispositif ville-hôpital que les différents partenaires s'agrègeront en fonction des actions entreprises (type d'action, localisation ou envergure).

Ainsi l'animation du CLAT par le RVH 35 pourrait s'appuyer sur un centre de référence du CHU : le service de pneumologie. Autour des acteurs de terrain, le CLAT bénéficierait de la participation de la Cire Ouest afin de développer l'outil épidémiologique essentiel à la définition des stratégies de la LAT et de la présence d'un représentant de la Délégation Territoriale de l'ARS.

### **3.1.2 Evolution du CLAT Finistère**

Concernant l'antenne du CLAT de Brest, il n'est pas envisagé de modifier la teneur du dispositif, simplement de renforcer sa notoriété.

Pour l'antenne du CLAT de Quimper, plusieurs pistes de réflexion ont été évoquées<sup>38</sup>. Au-delà d'un accès au système de soins par des secteurs cloisonnés, il serait envisageable de ne créer qu'un seul pôle de santé publique regroupant la nutrition, le réseau VIH, les conduites addictives... Une fongibilité des budgets actuellement fléchés est souhaitée afin de les regrouper dans une enveloppe globale *Santé Publique*. Le projet est déjà engagé, les locaux sont disponibles. Une des missions de ce pôle consisterait à développer la prévention.

### **3.2 Le dépistage et la surveillance de la tuberculose chez les personnes âgées**

Au cours des années 1930-1940, les populations vivant en Bretagne (principalement dans le Finistère) étaient frappés par des situations de grande pauvreté. Les familles souvent nombreuses étaient confrontées à la transmission de la tuberculose entre les enfants d'une même fratrie. De plus, l'alcoolisme a constitué un facteur de risque supplémentaire. Cette situation a généré un réservoir important de population potentiellement susceptible de développer la maladie. Ce phénomène tend à disparaître au fur et à mesure des années.

Cela dit, l'incidence de la tuberculose chez les personnes âgées reste relativement élevée. Ces dernières sont en effet immunodéprimées et des infections latentes peuvent se transformer en tuberculose maladie. Certaines personnes âgées peuvent rester malades

---

<sup>38</sup> Entretien n°7

pendant plusieurs semaines avant d'être diagnostiquées, multipliant les risques de contagion, notamment lorsqu'elles sont en institution<sup>39</sup>.

On note une augmentation du nombre de cas chez les personnes âgées de plus de 60 ans en Ille-et-Vilaine<sup>40</sup> (34,5% des cas en 2009, 42% en 2010). Dès lors, la place de la population âgée devient une préoccupation de l'équipe du pôle tuberculose du RVH 35, qui souhaite se focaliser sur la population âgée en EHPAD. La stratégie du RVH 35 en matière de dépistage semble toutefois laisser de côté une partie des cas, les personnes âgées atteintes de la tuberculose demeurant pour beaucoup à leur domicile (seules 16,7% des cas vivaient en EHPAD en 2009). En Ille-et-Vilaine, la répartition géographique des services de lutte antituberculeuse ne semble pas faciliter une surveillance optimale de ces populations rurales. La volonté de se concentrer sur les personnes en établissement est justifiée par la mission du RVH 35 de limiter au maximum la contagion de la maladie et donc de se concentrer sur les cas susceptibles d'exposer un nombre important de personnes<sup>41</sup>.

Des réflexions sont en cours, en Ille-et-Vilaine, pour un dépistage systématique des résidents dès l'entrée en EHPAD, mais les techniques classiques ne peuvent pas toujours être utilisées, notamment l'IDR (fragilité de la peau – beaucoup de faux positifs). Le test sanguin *Quantiféron* est onéreux (80 à 100 € par test) et ne peut pas être utilisé à grande échelle.

L'absence de consensus et de recommandations nationales au niveau du dépistage ainsi que la méconnaissance de la pathologie par certains praticiens freinent la lutte contre la tuberculose chez la personne âgée.

### **3.3 La formation des médecins**

L'épisode de Seine-Saint-Denis souligne la nécessité de la formation du personnel médical car ils sont les acteurs de premier recours du système de soins (risque d'erreur de diagnostic).

Or, il a été noté une articulation difficile des organes de lutte contre la tuberculose avec certains médecins libéraux qui connaissent peu la pathologie, ainsi qu'avec certains

---

<sup>39</sup> Entretien n°1

<sup>40</sup> Réseau Ville-Hôpital 35, Rapport d'activité 2010

<sup>41</sup> Entretien n°5

établissements de santé privés de l'Ille-et-Vilaine<sup>42</sup>. La lutte contre la tuberculose passe par une sensibilisation des praticiens libéraux, des médecins du travail, des médecins scolaires, des médecins coordonnateurs des EHPAD au diagnostic de la tuberculose, notamment à l'interprétation correcte des résultats de l'IDR. Les formations organisées sur ce thème par le pôle Tuberculose du RVH 35 n'ont pas rencontré de succès, seuls neuf praticiens y ont assisté en 2010<sup>43</sup>. A l'inverse, dans le Finistère, les rencontres prévues autour du dépistage et de la surveillance de la tuberculose ont connu un vif succès : près de trente-cinq praticiens ont participé à la dernière réunion en 2011<sup>44</sup>.

### **3.4 Vers une harmonisation des pratiques en Bretagne ?**

Au-delà des organisations différentes selon les départements, une harmonisation est souhaitée par l'ARS au niveau de la gestion des DO et des indicateurs d'activités des organes de lutte contre la tuberculose. Un logiciel utilisé par les équipes de lutte contre la tuberculose (DAMOC) permet un suivi des cas et des sujets contacts, ainsi que l'édition des rapports d'activité. En lien avec la base SOLEN (base de données pilotée par la direction générale de la santé alimentée par les données d'activité des CLAT)<sup>45</sup>, il devrait faciliter la comparaison des données départementales, permettant à l'ARS de définir des clefs de répartition des moyens. La qualité de ce logiciel étant diversement appréciée selon les utilisateurs, la Cire Ouest travaille actuellement sur une version plus réactive<sup>46</sup>.

Bien que le nombre de cas annuels soit difficile à prévoir, il serait également intéressant que soient définis au niveau régional, voire national des objectifs en matière de dépistage et de surveillance, au-delà des simples recommandations. Il conviendrait d'après la CIRE ouest que ces objectifs soient modulables en fonction du type de populations à risque de chaque département et non calqués sur les données nationales influencées par la région parisienne.

Le responsable du CLAT de Quimper déplore, quant à lui, l'absence d'indicateur national ciblé sur les populations de 20-40 ans. Ces statistiques permettraient de mieux illustrer l'efficacité de la lutte antituberculeuse en excluant les personnes âgées et les

---

<sup>42</sup> Entretien n°1

<sup>43</sup> Réseau Ville-Hôpital 35, Rapport d'activité 2010

<sup>44</sup> Entretien n°7

<sup>45</sup> Instruction DGS/RI1-2 no 2011-60 du 15 février 2011 relative à la remontée des rapports d'activité et de performance des centres chargés des actions de prévention des maladies transmissibles dont la compétence a été transférée à l'État par la loi du 13 août 2004 modifiée relative aux libertés et responsabilités locales

<sup>46</sup> Entretien n°5

populations de migrants. Par ailleurs, l'utilisation de la biologie moléculaire est une piste qui pourrait servir de support dans la surveillance de la population.

### **3.5 L'impact futur de la levée d'obligation de la vaccination par le BCG.**

D'après les professionnels rencontrés, la levée de l'obligation de la vaccination BCG en 2007 n'a pas encore produit d'effets notables. Certains estiment que la vaccination BCG rend le dépistage plus difficile car elle interfère avec le diagnostic d'une tuberculose maladie ou d'une ITL. En revanche, il semble que la forte recommandation de vaccination des enfants à risque ne soit pas suivie d'effets. L'absence de définition claire des populations à risque, adaptée aux réalités démographiques, pourrait expliquer l'arrêt de la vaccination. Le risque serait que les financements consacrés à la surveillance des enfants à risque diminuent car ils ne sont pas clairement identifiés. On n'a pas observé pour l'instant une augmentation statistiquement significative du nombre de cas pédiatriques. Certains praticiens, notamment de la protection maternelle et infantile (PMI), estiment qu'il pourrait y avoir un effet à plus long terme (« bombe à retardement »), lorsqu'une génération d'enfants non vaccinés atteindra l'âge adulte<sup>47</sup>.

D'après le Dr Bernard du CLAT de Quimper<sup>48</sup>, la lutte contre la tuberculose ne doit pas se focaliser sur la vaccination par le BCG. Il rappelle à ce titre que la décroissance de la maladie est à mettre en relation avec l'amélioration des conditions d'hygiène et de vie durant la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle mais également avec la détection à un stade précoce via les radiographies pulmonaires.

---

<sup>47</sup> Entretien n°1

<sup>48</sup> Entretien n°7

## **Conclusion**

Le travail d'enquête comparative entre les stratégies de lutte antituberculeuse en Ile-et-Vilaine et dans le Finistère révèle deux organisations distinctes. La première s'articule autour d'un réseau associatif centré sur les populations migrantes, la seconde s'appuie sur une expertise médicale hospitalière au service d'une population à risque répartie sur un vaste territoire. Ces dispositifs tendent à apporter une réponse adaptée aux besoins de santé de chaque département.

Les choix opérés par les départements en 2005 constituent aujourd'hui un obstacle à une stratégie régionale unifiée de la lutte antituberculeuse. En effet, les politiques départementales gagneraient à être décloisonnées par un pilotage de l'ARS plus prononcé. La communication entre les différents acteurs départementaux et l'utilisation de méthodes et de supports communs permettraient de mesurer plus précisément l'efficacité des stratégies utilisées.

Les différences entre les politiques de lutte antituberculeuse doivent être mises en parallèle avec le contexte national de santé publique. La levée d'obligation de vaccination par le BCG s'est faite sur la perspective d'une décroissance continue de la maladie dans les années à venir. Ce pari reste risqué au vu du contexte économique actuel et du caractère social de la tuberculose : l'exemple de la résurgence de la tuberculose aux Etats-Unis, au tournant des années 1980 et 1990, alors que les moyens alloués au dépistage et à la surveillance de la maladie s'étaient considérablement réduits, en est l'illustration.

A ce stade, il n'est pas possible de mesurer les effets de la levée de l'obligation vaccinale. Un recul supplémentaire sera nécessaire pour évaluer avec plus de rigueur la pertinence des mesures du plan de lutte contre la tuberculose de 2007.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages et documents d'archives

- ✓ Bourdillon F., G. Brücker, D. Tabuteau (Sous la dir.), Traité de Santé Publique, 2<sup>ème</sup> édition, Médecine-Sciences Flammarion, 2007, chapitre 53.
- ✓ Pilly E., Manuel des maladies infectieuses et tropicales, 21<sup>ème</sup> édition, 2007.
- ✓ Moine M., Le risque tuberculeux chez l'individu, dans la famille et dans la collectivité [c. 1940-1], Archives nationales, 760148 (ancienne cote Mission Archives du ministère des Affaires sociales : SAN 7788).
- ✓ INSERM, Expertise Collective, Tuberculose, Place de la vaccination dans la maîtrise de la Maladie, Les Editions INSERM, 2004.

### Périodiques

- ✓ Bouchet H., « Histoire et évolution de la tuberculose », Revue du praticien, 15 septembre 1996, tome 46, fascicule 14, pp 1701-1703.
- ✓ Antoun F., Fournier A., Quelet S., « Prise en charge de la tuberculose à Paris en 2011 » Actualité et dossier en santé publique (ADSP) mars 2012 – n°78.
- ✓ Gagnière B., « La lutte anti tuberculeuse en Bretagne », Bulletin de veille sanitaire, n°5, octobre 2011.
- ✓ Gagnière B., Le Goff-Mevel D., Marquis M., Guillois-Bécel Y., Mari C., Le Goas A., Salomon J., « Epidémiologie de la tuberculose en Bretagne : les cas déclarés entre 2000 et 2007 », Médecine et maladies infectieuses, n°41, 2011.
- ✓ Romby A., Investigations croisées autour de cas de tuberculose en lycée, Seine-Saint-Denis, France, 2009-2010, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°39, 25 octobre 2011.

### Rapports et documents institutionnels

- ✓ Programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009, La Documentation française, 2007.
- ✓ Haut conseil de la santé publique, Evaluation du programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009, 2010.
- ✓ OMS, Plan mondial Halte à la tuberculose 2011 – 2015.
- ✓ Société française de santé publique, Levée de l'obligation vaccinale par le BCG chez les enfants, Synthèse & recommandations de l'audition publique, novembre-décembre 2006.
- ✓ CSHPF, Enquête autour d'un cas. Recommandations pratiques du groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (2004-2006), 24 mars 2006.
- ✓ INPES, Dépistage et Diagnostic précoce de la tuberculose, plaquette d'information, janvier 2009.
- ✓ Réseau Ville-Hôpital 35, Rapport d'activité 2009.
- ✓ Réseau Ville-Hôpital 35, Rapport d'activité 2010.
- ✓ CLAT du Finistère, L'organisation de la LAT dans le Finistère, novembre 2010.

### Textes législatifs et réglementaires

- ✓ Code de la santé publique
- ✓ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- ✓ Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.

- ✓ Décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 relatif à l'habilitation des établissements et organismes pour les vaccinations et la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles.
- ✓ Circulaire interministérielle DGS/ DGCL n° 2005-342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en œuvre de la recentralisation des activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles et aux orientations pour la négociation des conventions permettant l'exercice de ces activités par les départements.

#### **Sites Internet**

- ✓ Ministère de la santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- ✓ Réseau Ville Hôpital 35 : [www.reseauvillehopital35.org](http://www.reseauvillehopital35.org)
- ✓ Agence régionale de santé de Bretagne : [www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)
- ✓ Institut de veille sanitaire : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)
- ✓ Institut national statistique et des études économiques : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

---

## Liste des annexes

---

<b>Annexe n°1 : Grille d'entretien .....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe n°2 : Résumés des entretiens .....</b>	<b>IV</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Entretien n°1 - Dr Sophie Nalet, coordonnatrice du pôle tuberculose du Réseau Ville Hôpital d'Ille-et-Vilaine, jeudi 3 mai 2012</li><li>- Entretien n°2 - Didier Huguenet, infirmier de santé publique à l'ARS Bretagne en charge de la coordination de la LAT en Ile et Vilaine et Dr Pierre Guillaumot, médecin inspecteur de santé publique, responsable du pôle régional de veille sanitaire de la Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) de l'ARS, jeudi 3 mai 2012</li><li>- Entretien n°3 - Dr Bertrand Gagnière, médecin épidémiologiste à la CIRE Ouest, vendredi 4 mai 2012</li><li>- Entretien n°4 - Dr Christophe Leroyer, responsable du CLAT de Brest, vendredi 4 mai 2012</li><li>- Entretien n°5 - Dr Jean-Marc CHAPPLAIN, praticien hospitalier, président du Réseau Ville Hôpital 35, mercredi 9 mai 2012</li><li>- Entretien n°6 - Chantal HASCOET et Nolwenn BOURBIGOT, infirmières au CLAT de Quimper, jeudi 10 mai 2012</li><li>- Entretien n°7 Dr Rémy BERNARD, pneumologue responsable de l'antenne du CLAT de Quimper, jeudi 10 mai</li></ul>	
<b>Annexe n°3 : Organisation du dépistage dans l'Ille-et-Vilaine .....</b>	<b>XIV</b>
<b>Annexe n°4 : Organisation du dépistage dans le Finistère .....</b>	<b>XV</b>
<b>Annexe n°5 : Modèle de convention de financement 2012 .....</b>	<b>XVI</b>
<b>Annexe n°6 : Fiche de déclaration obligatoire.....</b>	<b>XXIV</b>

# Annexe n°1 : Grille d'entretien

## Le dépistage et la surveillance de la tuberculose en Bretagne

### Guide d'entretien

(Présentation des enquêteurs, du cadre de l'étude et de ses objectifs)

Date de l'enquête :

Structure :

Fonction :

Nombre d'années d'exercice dans la structure :

#### **Questions inaugurales:**

Qu'entendez-vous par dépistage et surveillance ?

Quel est votre rôle au sein du dispositif ?

#### **Thèmes à aborder :**

##### **1. Pratiques de la structure**

- 1.1 Quels sont les domaines dans lesquels vous intervenez (prise en charge, investigations et enquêtes, dépistage, information, surveillance,...) et comment intervenez-vous ?
- 1.2 J'aimerais que vous me parliez des différents acteurs avec lesquels vous travaillez. Comment cela se passe-t-il ?
- 1.3 Les partenariats sont-ils formalisés ? Si oui, comment (conventions, protocoles,...) ?

##### **2. Organisation**

- 2.1 D'où proviennent vos financements ? Comment ont-ils évolué ?
- 2.2 Y-a-t-il des différences d'organisation dans la région (départementale,...)? Si oui, lesquelles ? Pourquoi ?
- 2.3 Comment ont évolué les stratégies de dépistage dans la région/le département ? (essayer de faire apparaître les évolutions en fonction des dispositifs réglementaires : loi de santé publique de 2004, levée obligation BCG en 2007, plan national de lutte contre la tuberculose)
- 2.4 En quoi la tuberculose en Bretagne constitue-t-elle une spécificité en termes de surveillance et de dépistage ?

2.5 Qu'est-ce que vous pouvez me dire au sujet de la relation entre services sociaux et médicaux ? Comment sont identifiées ces populations à risque ?

### **3. Bilan**

3.1 Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans le cadre du dépistage ?  
Quelles sont vos principales réussites ?

3.2 Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans le cadre de la surveillance ?  
Quelles sont vos principales réussites ?

3.3 Comment avez-vous vécu la levée d'obligation du BCG en 2007 ? Cela a-t-il modifié votre stratégie ? Où en est-on actuellement en 2012 ? (faire émerger ressenti de la personne par rapport à son travail et ses missions)

### **4. Propositions**

4.1 Qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'améliorer le dépistage et la surveillance de la tuberculose en Bretagne ?

### **5. Que pensez-vous de ce qui est pratiqué dans les autres départements ?**

## **Annexe n°2 : Résumés des entretiens**

### **Entretien n°1**

**Dr Sophie Nalet, coordonnatrice du pôle tuberculose du Réseau Ville Hôpital d'Ille-et-Vilaine, jeudi 3 mai 2012**

Le Réseau Ville Hôpital 35 est une association loi 1901, créée en 1993 pour servir d'interface entre l'hôpital et la médecine de ville dans la prise en charge des patients VIH+. Depuis plusieurs années, le champ d'intervention du RVH 35 s'est élargi et il est aujourd'hui constitué de 5 pôles d'activité : la prise en charge médico-sociale des migrants (au sein du centre médico-social Louis Guilloux), la lutte antituberculeuse (depuis 2007), les appartements de coordination thérapeutique, le pôle VIH, le pôle interprétariat. Le Dr Nalet gère le pôle Tuberculose, qui emploie également une secrétaire, une infirmière et un travailleur social. Le pôle ne gérait au départ que le suivi de traitement, la DDASS conservant le dépistage et la surveillance épidémiologique. Depuis le 1er janvier 2010, le RVH 35 est chargé par l'agence régionale de santé de la veille sanitaire de la tuberculose et de la coordination du réseau de lutte antituberculeuse (RLAT) dans le département d'Ille-et-Vilaine. L'agence conserve un rôle de financeur et de recours en cas de difficultés. Des discussions avec l'ARS sont en cours pour la création en Ille et Vilaine d'un centre de lutte antituberculeuse, rattaché au centre médico-social Louis Guilloux qui deviendrait un centre de santé.

Suite à la réception d'une déclaration de tuberculose, transmise par l'ARS, le pôle effectue une enquête afin de déterminer la liste des cas contacts et les inciter à se faire dépister. En cas de diagnostic au sein d'une collectivité (entreprise, école...), l'équipe y organise une réunion d'information et un dépistage immédiat. Le pôle Tuberculose a également lancé un programme d'accompagnement à la bonne observance. Le RVH 35 a la charge de la coordination du RLAT, qui regroupe le pôle tuberculose et les services de lutte antituberculeuse du CHU de Rennes, du centre hospitalier de Fougères et du centre hospitalier de St Malo. Une réunion mensuelle a pour but de renforcer le réseau et d'évoquer les enquêtes en cours. Il est noté que les SLAT, bien qu'invités, ne participent pas à ces réunions.

L'organisation en réseau et la souplesse du fonctionnement associatif distinguent l'Ille et Vilaine des autres départements en matière de LAT. Le pôle Tuberculose bénéficie du lien avec les praticiens libéraux adhérant au réseau, les médecins des services de santé au travail, les médecins scolaires, universitaires et coordonnateurs dans les EHPAD. La proximité avec le Centre Médical Louis Guilloux facilite l'accès aux populations à risque. Il est également en lien avec les services sociaux (CDAS...) et les associations caritatives (ex : intervenant dans le soutien aux personnes sans domicile fixe...).

La structure associative peut être une faiblesse face aux praticiens libéraux récalcitrants aux bonnes pratiques, car elle ne dispose pas de l'autorité réglementaire de l'ARS ou du caractère institutionnel d'un Centre Hospitalier. La question du financement semble également source de complexité. Le Docteur NALET regrette l'absence de recommandations officielles nationales en matière de dépistage de la tuberculose. Le dépistage chez les personnes âgées, population à risque pose notamment problème du fait de l'absence de consensus sur les méthodes de réalisation et de la méconnaissance de la pathologie par certains médecins. Elle pointe le caractère subjectif et historique de l'allocation des moyens entre les départements et l'inégale implantation du réseau sur le territoire du département, notamment au sud, qui freine également la lutte antituberculeuse.

---

## **Entretien n°2**

**Didier Huguenet, infirmier de santé publique à l'ARS Bretagne en charge de la coordination de la LAT en Ile et Vilaine et Dr Pierre Guillaumot, médecin inspecteur de santé publique, responsable du pôle régional de veille sanitaire de la Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) de l'ARS, jeudi 3 mai 2012**

Pour l'ARS, le dépistage correspond au diagnostic et à la recherche des sujets infectés par la tuberculose, qu'elle soit déclarée ou au stade latente, tandis que la surveillance vise à avoir une vision d'ensemble sur la maladie et sa propagation, à évaluer et à adapter les stratégies le cas échéant.

En Bretagne, l'organisation de la mise en œuvre du dépistage de la tuberculose est différente d'un département à l'autre notamment en raison des différences de populations à risques (personnes âgées, personnes en situation de précarité, migrants, population carcérale, etc.) et des caractéristiques des territoires. Celle-ci diffère également selon les

structures porteuses de la LAT et du dépistage de terrain (CLAT hospitalier concernant le Finistère et les Côtes d'Armor, Réseau associatif en Ile et Vilaine et CLAT dépendant du Conseil Général dans le Morbihan) et de l'organisation préexistante avant la recentralisation à l'Etat de la LAT. Dans les départements de l'Ile et Vilaine, du Finistère et des Côtes d'Armor, la compétence de la LAT a été recentralisée aux DDASS à partir de 2006. Celles-ci pouvaient, selon les cas, assurer dans un premier temps le dépistage de terrain en plus de la coordination départementale de la LAT.

En Ile et Vilaine, de 2006 à 2010, la DDASS a assuré le dépistage de la tuberculose en relation avec le réseau ville-hôpital (RVH 35) et les acteurs du réseau de lutte anti tuberculose (RLAT) ainsi que le pilotage du dispositif. A cette occasion, elle a mis en place les pratiques et outils de dépistage et de surveillance de la tuberculose, en suivant notamment le plan de lutte national et les recommandations du CSHPF. Les deux grands enjeux départementaux de la LAT sont alors le dépistage de l'infection le plus tôt possible en tenant compte des ITL et la bonne observance du traitement par le patient.

Au final, la recentralisation a permis d'améliorer l'efficacité du dépistage en Ile et Vilaine. Les atouts de cette organisation départementale tiennent à une bonne collaboration et coordination entre tous les acteurs. La principale difficulté réside dans l'insuffisante couverture géographique des structures de diagnostic telles que les services de lutte anti tuberculeuse (SLAT) dans le sud du département. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'ARS a cessé de réaliser le dépistage de terrain et a confié l'intégralité des missions opérationnelle de la LAT au RVH 35 qui coordonne le RLAT. Le RHV assure donc les actions d'organisation du dépistage (recherche des sujets contacts et information, dépistage collectif, dépistage préventifs, accompagnement à l'observance des traitements, etc.). Les SLAT continuent également leur mission de diagnostic médical (IDR, radiologie, *Quantiféron*).

L'ARS conserve le rôle de pilotage global du dispositif de la LAT en région (information, coordination et pilotage, allocation des dotations, réception et suivi des déclarations obligatoires et veille sanitaire, relations avec l'INVS, évaluation et orientation des dispositifs). D'une manière globale s'il n'existe pas de différence fondamentale dans les stratégies de dépistage entre les départements, la volonté de l'autorité sanitaire régionale est d'harmoniser les organisations et les pratiques départementales tout en adaptant les structures aux enjeux locaux (populations à risque, contraintes territoriales, etc.). Aujourd'hui, les dotations LAT diffèrent d'un département à l'autre en raison notamment de situations antérieures qui perdurent. L'objectif à terme est de rationaliser la répartition

des crédits régionaux dédiés à la LAT en fonction de critères objectifs afin d'optimiser le rapport coût/efficacité.

---

### **Entretien n°3**

**Dr Bertrand Gagnière, médecin épidémiologiste à la CIRE Ouest, vendredi 4 mai 2012**

La Cire participe à la surveillance de la tuberculose et apporte un appui technique à l'ARS en cas de besoin. Cette surveillance repose notamment sur la production d'indicateurs de suivi (% de sujets contacts explorés autour d'un cas, % d'ITL détectées parmi les sujets contacts explorés, etc.) à partir des données fournies par les acteurs de la LAT (base SOLEN, logiciel DAMOC, etc.). Ces indicateurs ont pour objectif premier d'enrichir les connaissances relatives aux facteurs de risque liés à la tuberculose, et seront éventuellement utilisés prochainement pour aider à déterminer l'allocation des budgets en fonction des enjeux départementaux (population, nombre de DO, nombre de sujets contacts, d'ITL, etc.). La Cire Ouest participe généralement aux réunions d'échange des pratiques, notamment celles organisées par le RVH 35 en Ile et Vilaine.

Les incidences les plus fortes en France sont généralement observées chez les populations âgées, migrantes et/ou en situation précaire. En Bretagne, la migration reste plus faible qu'en Ile de France, et les cas de tuberculose sont observés plus fréquemment en milieu rural, où la précarité sociale est forte (personnes âgées, difficulté de déplacement, arrêt du traitement, etc.). Rennes, point focal d'arrivée des populations migrantes (généralement jeunes) sur la région, constitue l'exception de ce schéma régional. Ainsi, il ne serait pas forcément pertinent de vouloir harmoniser les pratiques de dépistage entre les départements bretons.

En effet, la problématique « migrants » en milieu urbain est bien prise en compte en Ile et Vilaine par le RVH 35 tandis que le maillage territorial du Finistère, reposant sur les CLAT hospitalier est efficace au regard de la population à risque présente (principalement des personnes âgées en milieu rural). De plus l'expérience des équipes et des pneumologues responsables des CLAT du Finistère joue un rôle déterminant dans l'organisation de la LAT dans ce département.

Le principal obstacle à l'amélioration de la LAT reste le manque de moyens, en particulier en Ile et Vilaine où les personnes rurales n'ont qu'un accès réduit au RLAT et dans les

Cotes d'Armor. Le fonctionnement du CG du Morbihan sur cette problématique manque de clarté.

Le plan national de lutte contre la tuberculose a permis en 2007 une dynamisation du dépistage et de la prise en compte des ITL dans la LAT bien qu'il n'y ait pas encore de consensus sur le traitement de celles-ci.

L'augmentation de l'incidence jusqu'en 2010 en Bretagne est liée en partie aux phénomènes de migration en Ile et Vilaine. Toutefois, la Cire a observé que ces cas sont généralement moins contagieux que les personnes nées en France, traduisant une rapidité de la prise en charge de ces cas (la contagiosité augmentant en partie avec la durée de contamination). La levée de la vaccination obligatoire n'a pas eu d'impact visible à ce jour, toutefois une inquiétude persiste chez de nombreux médecins sur l'avenir suite à cette mesure.

---

## **Entretien n°4**

### **Dr Christophe Leroyer, responsable du CLAT de Brest, vendredi 4 mai 2012**

Le CLAT de Brest assure depuis son ouverture en 2007 le dépistage des personnes infectées par la tuberculose, notamment auprès des populations migrantes et vivant en milieu carcéral. Il gère également le suivi des patients tuberculeux (bonne prise de traitement) et procède à des enquêtes. La structure se compose d'un médecin référent pneumologue (le Dr Leroyer), d'une secrétaire et de deux infirmières spécialisées. D'autres acteurs interviennent en fonction du lieu de déclaration du cas : médecin du travail, directeur d'établissement scolaire, CHRS... Cependant, les accords formalisés avec des services sociaux sont insuffisants – celui passé avec l'AFTAM ayant été interrompu faute de financement – ce qui freine quelque peu le dépistage systématique de migrants dès leur arrivée.

Ce CLAT se caractérise par une organisation centralisée des services regroupés au sein du CHU de Brest (pneumologie, CIDIST, centre anti-tabac...). Cette logique de guichet unique s'inscrit en cohérence avec la stratégie GARD de l'OMS (absence de frontière entre maladies chroniques et infectieuses).

Le Finistère comprend trois antennes CLAT (Brest, Quimper, Morlaix) destinées à couvrir l'ensemble du territoire et dont le partenariat se matérialise par des réunions trimestrielles, des enquêtes harmonisées, un programme d'éducation partagé et l'utilisation d'un logiciel commun.

L'hôpital a signé une convention avec l'ARS (CPOM) et reçoit une subvention. Cette enveloppe globale est plus élevée que dans les autres départements bretons en raison de différences d'organisation. Néanmoins, le fait que le financement alloué ne corresponde pas à l'activité réelle n'encourage pas le développement du dépistage.

Un basculement de stratégie a eu lieu en 2006 avec la volonté de traiter les infections tuberculeuses latentes. Certaines difficultés freinent la mise en œuvre de cette politique (toxicité des traitements préventifs, variabilité de la lecture des tests, bonne observance du traitement nécessitant l'adhésion des personnes). Toutefois, le logiciel DAMOC mis en place dans le Finistère et dans les Côtes d'Armor permet déjà un recensement et une traçabilité complète des cas.

Reste à améliorer la synergie entre l'hôpital et la médecine de ville en sensibilisant davantage les médecins généralistes et en renforçant les liens avec les pneumologues libéraux. Le développement de l'approche éducative auprès des patients permettrait en outre d'améliorer l'acceptabilité des traitements préventifs.

---

## **Entretien n°5**

**Dr Jean-Marc CHAPPLAIN, praticien hospitalier, président du Réseau Ville Hôpital 35, mercredi 9 mai 2012**

Le Docteur CHAPPLAIN préside le RVH 35 depuis 2000. L'association a étendu ses activités initialement centrée sur le VIH à la prise en charge médico-sociale des migrants et à la lutte contre la Tuberculose à partir de 2006. Le Pôle Tuberculose du RVH 35 se charge actuellement de la LAT dans le département : enquête autour d'un cas, organisation du dépistage, actions de prévention et coordination du réseau de lutte antituberculeuse.

Chaque département devant être doté d'un CLAT, l'ARS a souhaité faire évoluer l'organisation en Ile et Vilaine. Le RVH 35 en partenariat avec le CHU s'est positionné pour être habilité CLAT en 2011. A cette fin, le centre médico-social Louis Guilloux

rattaché au RVH 35 est devenu centre de santé en 2011. La fonction CLAT serait portée par le RVH 35 et ce dernier s'appuierait sur un centre de référence, à savoir le service pneumologie du CHU de Rennes. Le RVH 35 conserverait ses missions antérieures : enquêtes autour des cas, interface ville-hôpital, dépistage collectifs, accompagnement à la bonne observance (ABO), et ses deux stratégies en matière de politique de prévention : les migrants et les personnes âgées.

Le CHU, en plus de l'activité médicale (réalisation des dépistages, consultations..) aurait une mission de centre de référence (réflexions sur les stratégies de dépistage, formations, recherche..). Le CLAT travaillerait en lien avec des établissements de santé conventionnés du territoire pour réaliser les dépistages. Les conventions actuellement en cours vont donc être revues.

Le Docteur CHAPPLAIN insiste sur le caractère spécifique de la lutte antituberculeuse, qui ne peut être uniquement sanitaire. La force de l'organisation de l'Ille et Vilaine réside donc dans cette organisation en réseau multidisciplinaire ouvert à l'ensemble des acteurs hospitaliers et extrahospitaliers. La coordination du réseau fonctionne notamment grâce à des réunions mensuelles. Le monde associatif permet une approche plus souple et personnalisée, notamment car les personnes précaires, population à risque, n'ont pas les pré-requis pour entrer dans un système trop rigide (logement, langue, conditions de vie, mobilité). Le fait que le pôle soit uniquement dédié à la lutte contre la Tuberculose permet une meilleure utilisation des moyens, évitant qu'ils soient dispersés au sein d'une structure de la taille d'un Centre Hospitalier. Le président du RVH 35 souligne la nécessité d'apprécier les recommandations avec souplesse et d'adapter les procédures en fonction des situations. Il faut éviter d'avoir une approche réglementaire de la lutte antituberculeuse.

L'originalité et le caractère récent de l'organisation en Ille et Vilaine peut être un obstacle dans les relations avec certains partenaires, le RVH 35 devant convaincre de sa pertinence. Le Docteur CHAPPLAIN estime que ces difficultés vont s'estomper avec le temps.

## **Entretien n°6**

**Chantal HASCOET et Nolwenn BOURBIGOT, infirmières au CLAT de Quimper, jeudi 10 mai 2012**

Le CLAT de Quimper est une structure située au sein du Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille, il est composé du médecin pneumologue R. Bernard, de 2 infirmières et d'une secrétaire.

Ce dispositif est ouvert du lundi au vendredi et élargit ses horaires de fonctionnement selon les impératifs liés au dépistage. En effet, les infirmières sont amenées à intervenir à tout moment et sur l'ensemble du territoire du sud-Finistère pour des actions collectives de dépistage : retour de pêche, entreprise.

Le travail d'investigation de l'équipe infirmière de Quimper débute dès la réception d'une déclaration obligatoire faxée par l'ARS. Après une prise de contact avec le médecin déclarant, les infirmières vont nouer une relation de confiance avec le cas-index pour l'accompagner selon son degré d'observance durant les étapes du traitement avec des consultations d'éducation thérapeutique et pour rechercher l'ensemble des sujets contacts. L'efficacité du suivi est liée à la disponibilité des infirmières joignables sur un portable directement, à la coopération des médecins traitants et des infirmiers libéraux s'assurant de la prise des traitements.

Le rôle du CLAT est reconnu sur l'ensemble du territoire du sud-Finistère, les médecins libéraux s'y réfèrent pour initier des dépistages avec la réalisation de radiographies pulmonaires et de prise de sang de même que les médecins des centres hospitaliers du territoire avec lesquels des conventions sont signées.

Le réseau est également opérationnel avec le Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) et les associations d'accueil de population de migrants en situation irrégulière, les relations avec le secteur associatif et les services de soins sont entretenues par les formations dispensées par les infirmières et le médecin du CLAT sur la lutte anti-tuberculose.

Elle n'ont pas identifié de population type atteinte de la tuberculose mais plusieurs facteurs de risques sont mis en évidence tels que l'immunodépression chez les personnes âgées, les cas restent cependant disséminés sur l'ensemble du territoire.

La mise en place d'outils communs entre les antennes CLAT comme le logiciel DAMOC a permis d'améliorer la traçabilité des sujets atteints, des rencontres régulières autour de cas concrets et sur la mise en place de l'éducation thérapeutique ont renforcé la cohésion de la

lutte anti tuberculose sur le département. Cependant, les infirmières regrettent le manque d'harmonisation des pratiques à l'échelon régional, ces différences retardent le suivi de certains patients.

Afin de rendre le dispositif de lutte anti tuberculose plus performant, la mise en place de coopérations interprofessionnelles est envisagée dans le recueil d'information auprès des patients entre les médecins et les infirmières.

---

## **Entretien n°7**

**Dr Rémy BERNARD, pneumologue responsable de l'antenne du CLAT de Quimper, jeudi 10 mai**

Le CLAT de Quimper a été créé en 2007 suite à la recentralisation des politiques de santé publique et au choix fait par le conseil général du Finistère de transférer cette compétence à l'Etat.

La population bretonne a souffert dans les années 1930-1940 d'une grande pauvreté et de mauvaises conditions de vie propice au développement de la tuberculose. Les enfants ayant été en contact à cette période sont aujourd'hui les personnes âgées, qui immunodéprimées, constituent une des principales populations touchée.

En partenariat avec l'ARS, le choix a été fait de constituer 3 antennes de lutte anti tuberculose au sein de centres hospitaliers pour bénéficier de la proximité de l'expertise des pneumologues.

Chaque antenne dispose d'une autonomie suffisante pour envisager ses propres moyens de lutte, le CLAT de Quimper a recours au dépistage par le test au *Quantiféron* alors que le CLAT de Brest priorise l'IDR. Pour autant, un certain nombre d'outil tel que le logiciel DAMOC et la consultation d'éducation thérapeutique sont harmonisés sur le territoire. Le budget est d'ailleurs réparti entre les 3 CLAT de façon équitable selon la population du bassin desservie.

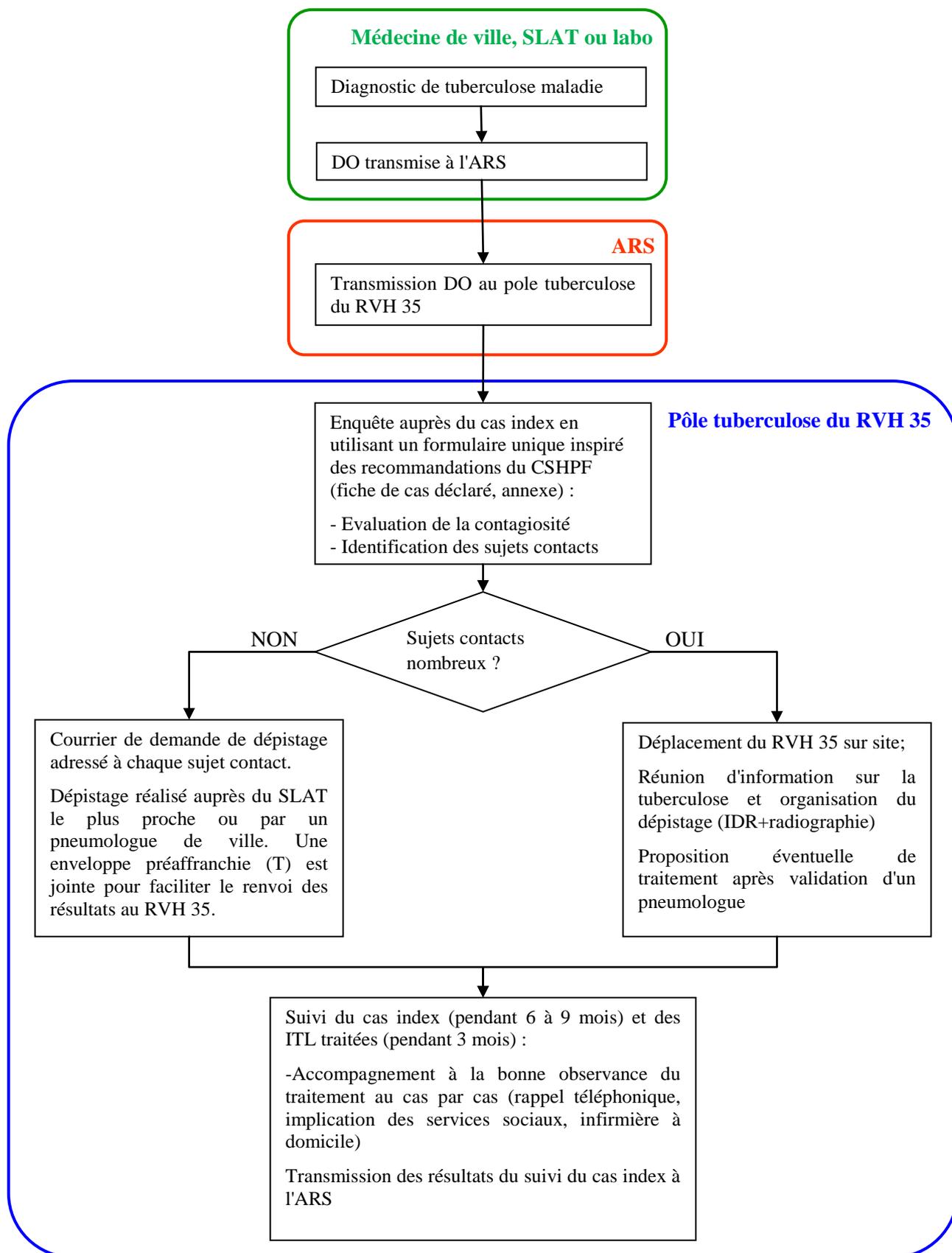
Bien que le CLAT ne soit pas défini réglementairement comme un réseau, il noue des partenariats rapprochés avec les associations et a signé des conventions avec les Centres Hospitaliers pour la mise à disposition des locaux et de l'imagerie en vue du dépistage. En outre, il répond aux besoins des professionnels de santé en termes de formation et bénéficie, à ce titre d'une reconnaissance, sur l'ensemble du sud-Finistère.

Un projet de pôle de santé publique est en cours de réflexion. Il servirait de guichet unique pour l'entrée dans l'accès au soin, il regrouperait ainsi différentes thématiques de prévention comme le réseau VIH, la nutrition, la toxicomanie.

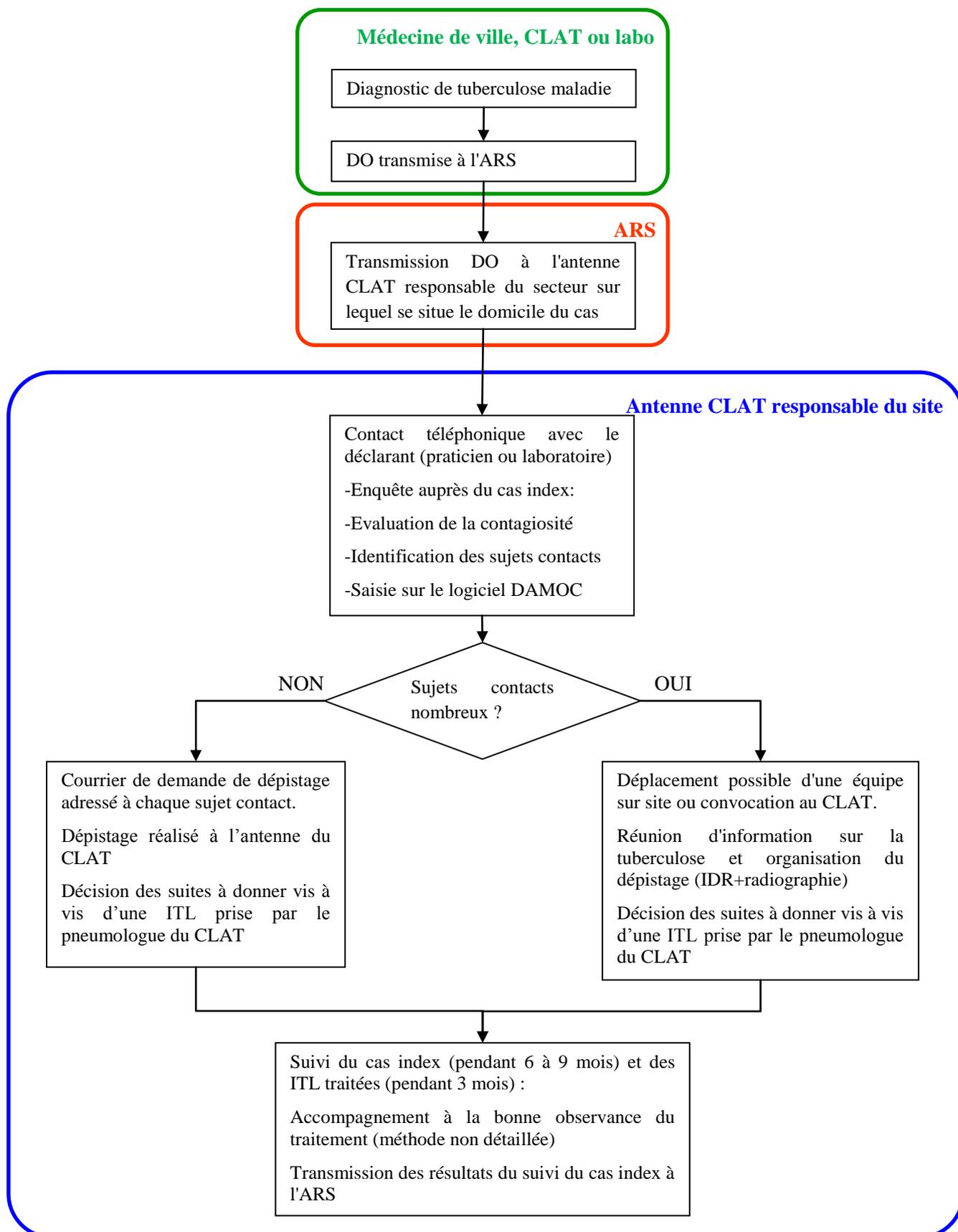
Bien que le nombre de cas soit en constante diminution, la lutte contre la tuberculose gagnerait à être mieux coordonnée par l'ARS et mieux évaluée par des indicateurs nationaux adaptés.

---

## Annexe n°3 : Organisation du dépistage dans l'Ille-et-Vilaine



## Annexe n°4 : Organisation du dépistage dans le Finistère



Direction des services financiers – Agence comptable  
Fabienne MEAL

CONVENTION 2012

RELATIVE AU PROJET .....

**Le service PPS indique un numéro pour chacune des conventions**

**ENTRE**

L'Agence Régionale de Santé de Bretagne  
Représentée par son directeur général, d'une part,

ET

[si association :

L'Association **Nom de l'association**

représentée par **Nom représentant** d'autre part,]

[si recentralisation :

- XVI -

Le Centre Hospitalier **Universitaire** de **Ville**

Représenté par **Monsieur Nom DG**, son directeur général, d'autre part,]

[si dépistage cancer :

L'association **Nom association**

**Adresse association**

représentée par son président, d'autre part,]

VU la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations,

VU la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique,

VU la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

VU le décret 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,

VU le décret du 1<sup>er</sup> avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé,

VU l'arrêté du 11 octobre 2006 relatif au compte rendu financier prévu par l'article 10 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations,

[si recentralisation :

VU la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales,

VU le décret n° 2005-1608 du 19 décembre 2005 relatif à l'habilitation des établissements et organismes pour les vaccinations et la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles,

VU l'arrêté en date du **date signature arrêté** portant habilitation du Centre Hospitalier **nom CH** pour assurer [la lutte contre la tuberculose] [,la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles ][et la réalisation des vaccinations,] ]

[si dépistage cancer :

VU l'instruction DGS/MC3/2010 du 23 décembre 2010 – **vérifier références instruction** relative à la campagne de financement 2011 des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal,]

[si CPER :

VU le contrat de projet Etat-Région 2007/2013 signé le 17 mars 2007,]

[si appel à projet :

VU l'appel à projets promotion de la santé et prévention lancé par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne et le dossier de candidature déposé dans ce cadre par **Nom de l'association/structure]**

[si convention se situe hors appel à projet :

VU la demande de subvention déposée par **Nom de l'association/structure]**

## **PREAMBULE**

Considérant le projet initié et conçu par **l'association/le centre hospitalier** conforme à son objet statutaire.

Considérant les orientations générales de l'Agence Régionale de Bretagne dans les domaines de la prévention et la promotion de la santé et notamment l'amélioration de la qualité de la prévention et de la promotion de la santé, le développement de la territorialisation des actions, correspondant au programme 300 : "dépenses liées à la mise en œuvre des politiques territoriales de santé menées au titre de la prévention, de la promotion et de l'éducation pour la santé, de la veille et de la sécurité sanitaire"

[si action en santé environnementale (destination 300-1-19 ou 300-1-20 ou 300-1-21) :

Considérant le plan régional santé environnement 201...-201... (PRSE2) et son action n° action du PRSE2 : "libellé action du PRSE2 visée" ]

Considérant que le programme d'actions ci-après présenté par **l'association/le centre hospitalier** participe de cette politique.

## **ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION**

Cette convention a pour objet de régir la participation financière attribuée par l'Agence Régionale de Bretagne pour contribuer à la

[si recentralisation : recentralisation des actions de santé publique relatives à la lutte contre la tuberculose, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la réalisation des vaccinations,]

[sinon à la réalisation des **X** actions intitulées :

-« ..... ».

-« ..... ».

-« ..... ».

## **ARTICLE 2 : DELAI D'APPLICATION ET DURÉE DE LA CONVENTION**

La présente convention entrera en vigueur à sa date de signature et s'applique à l'activité 2012 de **l'association, du centre hospitalier.....**

Cette convention pourra être modifiée ultérieurement par voie d'avenant, soit par suite de nouvelles dispositions légales, soit par accord entre les deux parties.

### ARTICLE 3 : ACTIONS FINANCEES

[si recentralisation : les actions s'inscrivent dans le cadre de la prévention des risques infectieux (recentralisation).]

[Sinon Ces actions s'inscrivent dans le cadre du plan régional de santé publique Bretagne (pas signé à ce jour) et répondent aux orientations régionales de l'Agence Régionale de Santé Bretagne, qui est de promouvoir le concept de santé globale et contribuer à réduire les inégalités populationnelles et territoriales dans ce domaine.

⇒ **nom de l'action 1 avec n° de dossier de demande de subvention**

<b>Thématique</b>	Cette action s'inscrit dans le cadre de la thématique
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectif 1 détaillé et précis</li> <li>- Objectif n détaillé et précis</li> <li>- [si recentralisation : Paragraphe variable suivant les DT : Il s'agit d'assurer, à titre gratuit pour les usagers, des actions d'information et de conseil, de prévention primaire, de dépistage, de suivi médical, de traitement de formation, et de développement de partenariat avec les professionnels, établissements et organismes qui interviennent dans ces domaines.]</li> </ul>
<b>Modalités d'exécution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalité 1 précise (mentionnant notamment le personnel recruté)</li> <li>- Modalité n précise (mentionnant notamment le personnel recruté)</li> </ul>
<b>Publics</b>	Public cible
<b>Critères d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Critères 1</li> <li>- Critères n</li> </ul>
<b>Montant validé par l'ARS</b>	<p>Le coût de l'action est estimé à <b>montant action</b>€.</p> <p>La subvention de l'ARS Bretagne est fixée à <b>montant de l'action</b> €.(<b>somme en lettres euros</b>) – compte destination : <b>300-XX</b>:</p> <p>[si action en santé environnementale (destination 300-1-19 ou 300-1-20 ou 300-1-21) du plan régional de santé environnement 2010-2013 (PRSE2) ]</p> <p>[si CPER dont <b>X €</b> au titre du contrat de projet Etat-Région 2007-2013.]</p>

⇒ **nom de l'action n avec n° de dossier de demande de subvention**

<b>Thématique</b>	Cette action s'inscrit dans le cadre de la thématique
<b>Objectifs</b>	- Objectif 1 détaillé et précis - Objectif n détaillé et précis
<b>Modalités d'exécution</b>	- Modalité 1 précise (mentionnant notamment le personnel recruté) - Modalité n précise (mentionnant notamment le personnel recruté)
<b>Publics</b>	Public cible
<b>Critères d'évaluation</b>	- Critères 1 - Critères n
<b>Montant validé par l'ARS</b>	Le coût de l'action est estimé à <b>montant action</b> €. La subvention de l'ARS Bretagne est fixée à <b>montant de l'action</b> €.( <b>somme en lettres</b> euros) – compte destination : <b>300-XX</b> [si action en santé environnementale (destination 300-1-19 ou 300-1-20 ou 300-1-21) du plan régional de santé environnement 2010-2013 (PRSE2) ] [si CPER dont <b>X €</b> au titre du contrat de projet Etat-Région 2007-2013.]

#### ARTICLE 4 : SUBVENTION DE L'ARS BRETAGNE

La subvention totale de l'Agence Régionale de Bretagne est fixée à **montant** € (**somme en lettres**) qui représentent **pourcentage** % du coût total des actions estimé à **montant** €.

#### ARTICLE 5 : MODALITÉS DE PAIEMENT

L'Agence Régionale de Santé Bretagne versera :

- [si **dépistage cancer** Conformément à l'instruction DGS/MC3/2010 du 23 décembre 2010 – relative à la campagne de financement 2011 des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, une première délégation de crédits correspondant à 80% de la dotation allouée pour 2010 (hors crédits non reconductibles) s'élevant à , soit **montant du 1<sup>er</sup> versement en année n** € (**somme en lettres**) pour ce premier versement – compte destination 300- XX:
  - o **Montant** € pour le dépistage du cancer du sein
  - o **Montant** € pour le dépistage du cancer colo rectal
- **Sinon** 50% de la subvention annuelle mentionnée dans l'article 4 - **montant total subvention** € en 2012, à la signature de la présente convention, soit **montant du 1er versement en année n** € (**somme en lettres**),] **POURCENTAGE RESTE A DEFINIR**

- XX -

- [si **dépistage cancer** Le solde, dont le versement est subordonné à la production des comptes de l'exercice n-1 (2010) et à leur analyse, permettant de constater la réalisation des objectifs fixés pour l'exercice n-1 (2010) et de procéder à d'éventuels ajustements financiers, sera versé par avenant.
- **Sinon** Le solde sous réserve de l'application de l'article 7 de la présente convention, qui prévoit notamment l'envoi par **nom association/structure** des justificatifs comptables et financiers, dans les six mois suivant le terme de la convention prévu à l'article 3 et leurs vérifications réalisées par l'Agence Régionale de Bretagne,]

[si **recentralisation** : au centre hospitalier **Nom CH sinon** à l'association **nom de l'association nom de l'association/structure**] – **adresse association/structure** (n° siret (n° siret : **siret**) sur le compte :

<i>Code Banque</i>	<i>Code Guichet</i>	<i>N° de Compte</i>	<i>Clé RIB</i>	<i>Domiciliation</i>

Une reprise des excédents pourra être effectuée conformément à l'article 10 de la présente convention.

Le comptable assignataire du paiement est Monsieur l'agent comptable de l'Agence Régionale de santé de Bretagne.

#### **ARTICLE 6 : RESPONSABILITÉ DU PROGRAMME**

Le programme prévu par la présente convention est placé sous la responsabilité

[si **recentralisation** du directeur général du centre hospitalier de **XX**

**Sinon** du président de l'association **nom association**]

En contrepartie de la subvention accordée, celui-ci s'engage :

- à n'utiliser la subvention que pour les dépenses directement liées à l'objet mentionné à l'article 1<sup>er</sup> sans la possibilité de transfert vers une autre association ou structure, quel qu'en soit l'objet,
- à mentionner le soutien financier de l'Agence Régionale de Bretagne sur tous les travaux ou publications se rapportant à l'action de la présente convention.

#### **ARTICLE 7 : EVALUATION ET SUIVI DU PROGRAMME**

Le suivi du programme est placé sous la responsabilité du directeur de l'Agence Régionale de Santé Bretagne.

Pour ce faire, **l'association/le centre hospitalier** tient une comptabilité de l'exercice pour chacune des actions et **elle/il** s'engage à fournir au plus tard dans les six mois suivant la fin de l'exercice :

- pour **l'association/le centre hospitalier** :
  - Le compte rendu financier conforme à l'arrêté du 11 octobre 2006 pris en application de l'article 10 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Ce document est constitué notamment d'un tableau des charges et des produits affectés à la réalisation du programme d'actions subventionnées. Il est accompagné d'un compte rendu quantitatif et qualitatif du programme d'actions,
  - Les comptes annuels et le bilan certifiés, établis avant affectation des résultats,
  - Tout rapport produit par le commissaire aux comptes lorsqu'il a été désigné,
  - le rapport d'activité,
  - [si **dépistage cancer** le fichier Apache daté et signé par le président de l'association.]

- pour chacune des actions subventionnées :
  - [si **recentralisation** le rapport d'activité et de performance prévu par l'arrêté du 28 août 2008 qui devra notamment faire ressortir les conclusions de l'évaluation effectuée
  - **Sinon**, le compte rendu financier conforme à l'arrêté du 11 octobre 2006 précité accompagné d'un compte rendu quantitatif et qualitatif de chacune des actions comprenant les éléments relatifs à la réalisation et à l'évaluation de l'action selon les critères d'évaluation figurant à l'article 2.]

Le directeur général et l'agent comptable de l'Agence Régionale de Santé Bretagne ont la faculté, à tout moment, de faire procéder sur place, à des contrôles et à se faire présenter tous documents utiles pour mener à bien cette mission. Pour faciliter ces opérations, **l'association/le centre hospitalier** s'engage à conserver les pièces justificatives pendant une durée de 5 ans après l'approbation de ses comptes.

Le titulaire de la présente subvention qui, pour une raison quelconque, n'exécuterait pas la mission qui lui est confiée, devra immédiatement en aviser l'Agence Régionale de Santé Bretagne.

#### **ARTICLE 8 : SECRET PROFESSIONNEL**

Le contractant ainsi que toutes les personnes qui auront participé à l'action sont tenus au secret professionnel pour tout ce qui a trait aux renseignements et documents qu'ils auront pu recueillir au cours de leurs travaux.

**[si financement d'une étude, une recherche ou constitution de fichier de données informatiques, alors prévoir un article 8 bis précisant que ces travaux sont propriétés de l'ARS et que l'association/centre hospitalier/structure s'engage à en transmettre les résultats sous forme papier et numérique => à voir ARTICLE 8Bis : PROPRIETE DES TRAVAUX]**

#### **ARTICLE 9 : CLAUSES DE RÉSILIATION**

En cas de non-respect par l'une des parties de l'une de ses obligations résultant de la présente convention, celle-ci pourra être résiliée de plein droit par l'autre partie, sans préjudice de tous autres droits qu'elle pourrait faire valoir, à l'expiration d'un délai de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure de se conformer aux obligations contractuelles et restée infructueuse.

#### **ARTICLE 10 : REPRISES DE SUBVENTIONS**

L'Agence Régionale de Santé Bretagne se réserve la possibilité de récupérer auprès de **Nom de l'association/structure**, tout ou partie de la subvention accordée en cas de non-exécution ou d'exécution partielle du programme ainsi qu'en cas de contribution financière excédant le coût de la mise en œuvre du programme.

#### **ARTICLE 11 : RÈGLEMENT DES LITIGES**

- XXII -

En cas de litige le tribunal compétent sera le tribunal administratif de Rennes.

**ARTICLE 12 : EXECUTION DE LA SUBVENTION**

Le directeur général et l'agent comptable de l'ARS Bretagne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente convention.

Fait à Rennes, le

le Président de l'Association/centre hospitalier

Nom de l'association/centre hospitalier

Le Directeur général  
de l'Agence Régionale de Santé  
Bretagne,

[Si montant de la convention  $\geq$  250 000 € :]

Visa du Contrôleur financier



*Thème n°22, animé par : ZYLBERMAN Patrick ; enseignant chercheur ; département SHS-CS – EHESP*

## **Le dépistage et la surveillance de la tuberculose en Bretagne de 2005 à aujourd'hui**

*ANNE Brigitte (DS), BONNAURE Sarah (IASS), D'AGATA Sylvain (IES), DUMAS Boris (IES), ELFAROUKI Kamal (MISP), EUDIER Violaine (DESSMS), MATHIOT Marilou (DESSMS), MISSIAEN Alice (IASS), MOULINET Olivier (EDH), STEPHAN Guillaume (AAH)*

### **Résumé :**

Depuis la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, la lutte contre la tuberculose est recentralisée à l'Etat. En Bretagne, quatrième rang national en termes d'incidence de la tuberculose, l'Ille-et-Vilaine et le Finistère se distinguent de par leur stratégie et leur dispositif mis en œuvre. L'objectif de cette étude est d'analyser ces deux organisations en matière de dépistage et de surveillance de la tuberculose. Ce travail repose sur la base d'entretiens semi-directifs avec les principaux acteurs locaux.

En Ille-et-Vilaine, les acteurs de la lutte antituberculeuse sont coordonnés par le pôle tuberculose du Réseau Ville Hôpital (association loi 1901), conventionné par l'ARS pour le dépistage dans le département. Grâce à ses divers partenariats (services médicaux et sociaux, etc.), cette organisation permet de prendre en compte efficacement la problématique des populations immigrées face à la tuberculose. Cependant, certains secteurs du département sont dépourvus de structures de dépistage.

A contrario, dans le Finistère, l'organisation de la lutte antituberculeuse adossée aux services de pneumologie des hôpitaux garantit une bonne répartition des experts sur tout le territoire. Ce dispositif est particulièrement bien adapté à la population à risque du département, à savoir les personnes vivant en milieu rural.

Bien que différentes, ces organisations apparaissent adaptées aux populations à risque ciblées dans chacun de ces départements. De plus, les acteurs de la lutte antituberculeuse sur ces deux départements sont particulièrement impliqués et développent des dynamiques constructives avec leurs partenaires.

Toutefois, des difficultés persistent, essentiellement liées à la formation des professionnels de santé, à l'absence de consensus sur les pratiques de dépistage et sur la mise sous traitement des sujets atteints d'ITL. De plus, la levée de l'obligation de vaccination des enfants par le BCG en 2007 suscite des inquiétudes chez un grand nombre de médecins quant à l'évolution de l'incidence de la maladie. Dans ce cadre, les moyens financiers alloués au dépistage et à la surveillance de la tuberculose sont d'autant plus justifiés.

### **Mots clés :**

tuberculose ; surveillance ; dépistage ; Bretagne ;

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*