
RECOMMANDER

DES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE

RAPPORT

**Évaluation des
stratégies de
dépistage et de
repérage précoce
de la tuberculose
pulmonaire**

Résultats de la consultation des
parties prenantes

Validé par le Collège le 13 mars 2025

Sommaire

Abréviations et acronymes	3
1. Contexte, objectifs et méthode	5
2. Parties prenantes sollicitées	10
3. Résultats	11
3.1. Consultation des CLAT (centres de lutte contre la tuberculose)	11
3.2. Consultation de l'ARS IDF (agence régionale de santé de l'Île-de-France)	12
3.3. Consultation de l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration)	14
3.4. Consultation de l'ADSSU (Association des directeurs des services de santé universitaires) et de la DGESIP (direction générale de l'Enseignement supérieur et de la Recherche)	16
3.5. Consultation de l'APSEP (Association des professionnels de santé exerçant en prison)	17
3.6. Consultation des PASS (permanence d'accès aux soins de santé)	19
3.7. Consultation de SPF (Santé publique France)	20
3.8. Consultation du COMEDE	21
3.9. Consultation du Samusocial de Paris	22
3.10. Consultation de MDM (Médecins du monde)	24
3.11. Consultation d'Eurofins Biomnis et de Cerba	26
3.12. Consultation du CNR Myrma (centre national de référence des mycobactéries)	26
3.13. Consultation de la Société française de microbiologie (SFM)	27

Abréviations et acronymes

ADSSU	Association des directeurs des services de santé universitaires
AME	Aide médicale de l'État
APSEP	Association des professionnels de santé exerçant en prison
ARS	Agence régionale de santé
BCG	Bacille de Calmette Guérin
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CASO	Centre d'accès aux soins et d'orientation
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CMP	Centre médico-psychologique
COFRAC	Comité français d'accréditation
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CPGE	Classes préparatoires des grandes écoles
CRA	Centre de rétention administrative
CROUS	Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
CSP	Code de la santé publique
DASEM	Droit au séjour pour raison médicale
DGESCO	Direction générale de l'Enseignement scolaire
DGESIP	Direction générale de l'Enseignement supérieur et de l'Insertion professionnelle
DGS	Direction générale de la santé
DO	Déclaration obligatoire
DOM-TOM	Départements d'outre-mer et territoires d'outre-mer
DSP	Direction des services professionnels
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPSNF	Établissement public de santé national de Fresnes
HAS	Haute Autorité de Santé
IDF	Île-de-France
IDR	Intradermoréaction
IGRA	Test de libération de l'interféron gamma (<i>interferon gamma release assay</i>)
ITL	Infection tuberculeuse latente

LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soins santé
MDM	Médecins du monde
MSF	Médecins sans frontières
MycoMed	Groupe de travail des mycobactériologistes médicaux
MYRMA	Centre national de référence des mycobactéries
NFS	Numération formule sanguine
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
SAU	Service d'accueil des urgences
SFM	Société française de microbiologie
SPF	Santé publique France
SSE	Service de santé étudiants
STS	Sections de techniciens supérieurs
TB	Tuberculose
UCSA	Consultations de soins ambulatoires
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. Contexte, objectifs et méthode

La HAS a été saisie par la Direction générale de la santé pour réévaluer les stratégies de dépistage et de repérage précoce de la tuberculose pulmonaire dans les groupes à risque et élaborer des recommandations en ce sens. L'objectif est de repérer la maladie le plus précocement possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression.

Pour répondre à cette saisine, la HAS a souhaité recueillir le point de vue des parties prenantes impliquées dans le dépistage et le repérage précoce de la tuberculose pulmonaire en France. Ces consultations, d'une durée de deux heures chacune, ont reposé sur l'envoi d'un questionnaire préalable. Elles ont été effectuées entre janvier et mars 2024.

Ces parties prenantes étaient constituées d'institutionnels, d'acteurs prépondérants du dépistage/repérage précoce de la tuberculose, de structures associatives impliquées, ainsi que de laboratoires de biologie médicale publics et privés qui réalisent les examens biologiques de confirmation diagnostique de la tuberculose. Elles avaient pour finalité de recueillir :

- des données descriptives permettant de dresser un état des lieux des pratiques de dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire en France et des acteurs mobilisés dans ce contexte ;
- des données épidémiologiques sur le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire en France ;
- des données portant sur les tests biologiques de dépistage et de confirmation diagnostique de la tuberculose pulmonaire ;
- leur avis sur les difficultés rencontrées et les spécificités de leurs pratiques selon les lieux d'entrée dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire, et la typologie des populations cibles.

Les entretiens ont été réalisés en binôme, chaque consultation a fait l'objet d'un compte-rendu validé par chacune des parties prenantes.

La recommandation de santé publique publiée tient compte des avis des parties prenantes recueillis au cours de ces consultations.

La HAS a été saisie par la Direction générale de la santé pour réévaluer les stratégies de dépistage et de repérage précoce de la tuberculose pulmonaire dans les groupes à risque et élaborer des recommandations en ce sens. Cette demande s'inscrit dans le cadre de la feuille de route tuberculose 2019-2023, émise par le ministère de la Santé et de la Prévention.

- Dans le cadre de ce travail, les stratégies évaluées visent à dépister la tuberculose chez des personnes *a priori* en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptômes apparents (dépistage) ou à repérer précocement les personnes qui n'ont pas été diagnostiquées, même en présence de signes cliniques.
- L'objectif est de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression.

Nous vous sollicitons afin de recueillir :

- des données descriptives nous permettant de dresser un état des lieux des pratiques de dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire en France ;

- votre avis sur les difficultés rencontrées et les spécificités de vos pratiques selon les lieux d'entrée dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire, et la typologie des populations cibles.

Notre questionnaire est composé de deux parties :

- la première partie concerne spécifiquement les données épidémiologiques sur le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire ;
- la deuxième partie concerne les acteurs du dépistage de la tuberculose pulmonaire en France.

Partie 1 du questionnaire

Données épidémiologiques sur le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire en France

Pour toutes les questions, nous souhaitons si possible avoir les données rapportées :

- sur une période avant Covid (2017-2018) ;
- pendant la Covid (2019, 2020) et après Covid (2021, 2022) ;
- au minimum sur 2021 et 2022 ;
- par hommes, par femmes ;
- au minimum tous sexes confondus.

Taux de tuberculoses pulmonaires déclarées et traitées par an

Merci de préciser pour chaque donnée le dénominateur utilisé pour calculer le taux.

Nous nous sommes fondés sur le formulaire Cerfa (n° 13351*03) de déclaration obligatoire pour définir les catégories de personnes ci-après.

- Taux de tuberculoses déclarées chez les personnes migrantes :
 - quels que soient leur date d'arrivée et leur pays d'origine ;
 - chez les personnes migrantes arrivées depuis moins de deux ans ;
 - chez les personnes migrantes arrivées depuis plus de deux ans ;
 - au minimum quelle que soit leur date d'arrivée en France.
- Taux de tuberculoses déclarées chez les personnes incarcérées :
 - à leur arrivée en prison ;
 - au cours de leur séjour en prison ;
 - au minimum quelle que soit la période d'incarcération.
- Taux de tuberculoses déclarées chez les personnes VIH+.
- Taux de tuberculoses déclarées chez les personnes sous traitement immunosuppresseur.
- Taux de tuberculoses déclarées chez les personnes sans domicile fixe.
- Taux de tuberculoses déclarées périnatales (femme enceinte, mère allaitante, nouveau-né, nourrisson < 2 ans).
- Taux de tuberculoses déclarées chez le sujet âgé > 70 ans (notamment dans les EHPAD).
- Taux de tuberculoses déclarées chez l'enfant et l'adolescent (2 ans-17 ans) :
 - tuberculose latente ;
 - tuberculose pulmonaire.

- Taux de tuberculoses chez les personnes non migrantes ayant fait un voyage prolongé (≥ 3 mois) dans un pays à incidence élevée de tuberculose (incidence ≥ 30 cas/100 000 habitants/année).

État des pratiques de dépistage et repérage précoce de la tuberculose pulmonaire en France

Pour chacune des données, merci de préciser si ces données sont rapportées en données brutes ou en pourcentage (en indiquant quel est le dénominateur).

Combien de personnes :

- ont eu un dépistage ou repérage précoce de la tuberculose pulmonaire, quelle que soit la stratégie de dépistage ou repérage précoce ;
- ont eu une radiographie thoracique ;
- ont eu un test IGRA ;
- ont eu une IDR ;
- ont eu un examen de biologie moléculaire ;
- ont eu un autre type d'examen (merci de préciser).

Combien de cas de tuberculose ont été suspectés :

- tuberculose latente ;
- tuberculose active pulmonaire ;
- tuberculose active extrapulmonaire (pleurale, ganglionnaire, neuroméningée, génito-urinaire, ostéoarticulaire, miliaire).

Critères de dépistage

Quels ont été les critères de décision du dépistage de la tuberculose pulmonaire :

- systématique ;
- opportuniste, sur la base :
 - du pays d'origine ;
 - des pays traversés au cours de l'immigration ;
 - du mode de vie (sans domicile fixe, incarcération, cas contact, foyer de migrants, institution (ex. : EHPAD)) ;
 - de signes cliniques d'appels (lesquels ?) ;
 - d'une enquête autour d'un cas ;
 - d'un recours spontané au système de soins ;
 - d'une situation d'errance diagnostique.

Devenir des personnes chez qui une tuberculose pulmonaire a été identifiée

Pour chacune des données, merci de préciser si ces données sont rapportées en données brutes ou en pourcentage (en indiquant quel est le dénominateur).

Combien de personnes ont été traitées :

- en hospitalisation ;
- en ambulatoire.

Évolution vers une tuberculose active

Quelles circonstances ont été identifiées comme déclenchant la tuberculose pulmonaire active :

- personne immunodéprimée (ex. : VIH, traitement immunosuppresseur) ;

- cas contact ;
- réactivation d'une tuberculose ancienne.

Populations échappant au dépistage

Pour chacune des données, merci de préciser si ces données sont rapportées en données brutes ou en pourcentage (en indiquant quel est le dénominateur).

Selon vous, quelles sont les populations qui sont à l'origine de la transmission de la tuberculose en France en termes de populations :

- celles qui ont la probabilité la plus élevée que la tuberculose ne soit pas détectée ;
- celles qui sont perdues de vue en cours de traitement ;
- celles ayant une tuberculose pulmonaire résistante.

Freins au dépistage

Pour vous, quels sont les freins/obstacles identifiés en matière de détection des cas et sources des diagnostics manqués ou tardifs liés :

- aux structures (lesquelles et pourquoi) ;
- aux populations (lesquelles et pourquoi) ;
- aux moyens disponibles en termes d'examen disponibles (lesquels et pourquoi) ;
- aux personnels de santé (lesquels et pourquoi) ;
- autre (merci de préciser de manière détaillée).

Question complémentaire

Selon vous, des données permettent-elles d'argumenter en faveur de différences éventuelles d'expression de la maladie selon le genre ? Ces différences pouvant concerner la tuberculose, le niveau de risque et les obstacles au dépistage/repérage précoce :

- si oui, lesquelles ? ;
- si *a priori* aucune différence de genre : merci d'explicitier votre opinion et les données sur lesquelles elle est fondée.

Partie 2 du questionnaire

Nous souhaitons construire une représentation graphique qui décrit les relations entre les acteurs du dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire en France en 2023.

À cette fin, nous sollicitons votre avis complémentaire sur les points suivants :

- vérifier dans les deux listes ci-après si elles sont complètes ou s'il manque des acteurs ;
- nous préciser, dans le schéma ci-après, si la place du CLAT, que nous avons mis au centre du dispositif, correspond à la réalité ou si certains des intervenants sont amenés à agir en autonomie ;
- vérifier dans ce même schéma si les liens établis entre les acteurs sont appropriés et s'il en manque certains.

Les acteurs du dépistage et du repérage précoce de la tuberculose pulmonaire en France

- CLAT : centres de lutte antituberculeuse¹ (intégrés ou non dans une structure fédérative) ; au moins un par département (liste des CLAT mise à jour)
- Médecins du monde

¹ Depuis 2020, l'ensemble des CLAT sont habilités par les ARS.

- Samusocial de Paris : équipes mobiles de dépistage
- Santé publique France (SPF)
- Médecins du monde : centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO)
- COMEDE (Comité pour la santé des exilés) : assurer auprès des exilés des soins et un soutien médical, psychologique, social et juridique dans les cas où ceux-ci sont inexistantes ou inadéquats
- Service de prévention et des actions sanitaires (SPAS) du conseil département
- Centre départemental de dépistage et de prévention sanitaire (CDDPS)
- Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII)
- Unités sanitaires en milieu pénitentiaire : chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire (à l'exception des centres de semi-liberté [CSL])
- ARS : chargées au niveau opérationnel de mettre en œuvre la politique et la stratégie de lutte contre la tuberculose

Les autres acteurs potentiels du dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire

- Protection maternelle et infantile (PMI)
- Médecine scolaire
- Médecine préventive universitaire : notamment pour les étudiants primo-arrivants hors UE dans le cadre du suivi sanitaire préventif prévu à l'article R. 311-3-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
- Médecine du travail
- Médecine pénitentiaire
- Acteurs médico-sociaux
- Associations
- Médecins libéraux généralistes ou spécialistes (ex. : pédiatres)
- Hôpitaux

2. Parties prenantes sollicitées

Dix-huit parties prenantes ont été sollicitées ; les contributions de 16 d'entre elles ont été apportées. La liste des parties prenantes sollicitées est présentée dans le Tableau 1.

Tableau 1. Liste et calendrier des consultations des parties prenantes

Organisme	Sigle	Date de l'audition
Agences régionales de santé	ARS	Mercredi 10 janvier 2024
Association des directeurs des services de santé universitaires	ADSSU	Lundi 22 janvier 2024
Association des professionnels de santé exerçant en prison	APSEP	Mardi 16 janvier & lundi 26 février 2024
BIOMNIS	-	Jeudi 22 février 2024
Centre de lutte antituberculeuse	CLAT	Jeudi 1 ^{er} février 2024
Centre national de référence	MYRMA	Lundi 22 janvier 2024
Cepheid	-	Vendredi 25 octobre 2024
Cerba	-	Vendredi 23 février 2024
Comité pour la santé des exilés	COMEDE	Jeudi 11 janvier 2024
Direction générale de l'Enseignement scolaire	DGESCO	Absence de réponse
Direction générale de l'Enseignement supérieur et de l'Insertion professionnelle	DGESIP	Vendredi 9 février 2024
Médecins du monde	MDM	Vendredi 2 février 2024
Médecins sans frontières	MSF	Absence de réponse
Office français de l'immigration et de l'intégration	OFII	Vendredi 2 février 2024
Permanence d'accès aux soins de santé	PASS	Jeudi 8 février 2024
Samusocial de Paris	-	Mardi 23 janvier 2024
Santé publique France	SPF	Vendredi 9 février 2024
Société française de microbiologie	SFM	Mardi 30 janvier 2024

3. Résultats

Les comptes-rendus des consultations sont présentés ci-après, partie prenante par partie prenante ; chaque compte-rendu ayant été validé par la partie prenante concernée.

3.1. Consultation des CLAT (centres de lutte contre la tuberculose)

Date de la consultation : 1^{er} février 2024.

Personne consultée : Philippe FRAISSE, médecin référent du CLAT Alsace (67) et pneumologue coordinateur du réseau national des CLAT.

Le représentant des CLAT consulté a précisé les missions des CLAT et leur organisation.

- Les centres de lutte antituberculeuse (CLAT) ont la mission légale de dépistage et de prévention de la tuberculose. Ils s'organisent autour d'une équipe pluridisciplinaire qui coordonne, en lien avec les professionnels compétents du même territoire et les responsables de l'agence régionale de santé, la lutte antituberculeuse sur le territoire d'intervention attribué dans le cadre de son habilitation.
- En application de l'article L. 3112-2 du Code de la santé publique (CSP), dans sa rédaction telle qu'issue de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, la mise en place des CLAT est soumise à une habilitation préalable par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). La gestion d'un CLAT peut être confiée à un organisme relevant d'un département. Une fois l'habilitation accordée, une convention est signée entre le département et le directeur général de l'ARS, précisant les obligations respectives de chacune des deux parties.
- Les différentes missions des CLAT sont les suivantes² : dépistages ciblés des populations à risque ; prise en charge des tuberculoses maladies ; prise en charge des infections tuberculeuses latentes ; consultation de prévention pour les populations éloignées de la prévention et du soin ; enquête autour d'un cas.

Le CLAT a précisé les modalités du dépistage/repérage précoce de la tuberculose dans les populations pour lesquelles il assure une prise en charge.

Le CLAT effectue des dépistages ciblés sur les populations à risque augmenté de tuberculose : migrants primo-arrivants, notamment mineurs non accompagnés, détenus, toxicomanes fréquentant ou non un centre d'aide au sevrage de drogues, personnes vivant en foyer d'hébergement social, professionnels à risque, personnes en contact avec un patient ayant une tuberculose pulmonaire.

- Dans l'objectif d'atteindre les populations les plus concernées par la tuberculose, le centre mène ses activités, dans ou hors les murs, en coordination avec les organismes, notamment les associations, les établissements sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé ainsi qu'avec les autres professionnels (sanitaires, sociaux...) œuvrant sur le territoire d'intervention avec lesquels il conclut des conventions de partenariat.
- Tous les CLAT disposent de coopérateurs communs (OFIL, dispositif national d'accueil, COMEDE, MDM...) et de coopérateurs associatifs spécifiques selon la région et la période. De

² Direction générale de la santé. Instruction n° DGS/SP2/2020/224 du 8 décembre 2020 relative à la mise en place de la réforme des centres de lutte antituberculeuse (CLAT). Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. <https://www.le-gifrance.gouv.fr/circulaire/id/45119>

ce fait, il élabore et met à jour régulièrement le maillage d'amont (« adresseurs ») et d'aval (hôpital, médecins de ville, pneumologues, infectiologues) du dépistage de la tuberculose³.

Le CLAT est également le pivot central de l'enquête autour d'un cas et des dépistages en population à risque (unité mobile).

Les CLAT ont évoqué les limites de leur action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- Le financement des CLAT dépend de leur bilan d'activité de l'année n-1, et le manque de personnel ne permet pas de prendre en charge tous les publics qui leur sont adressés.
- Le manque de personnel disponible dans les organismes « adresseurs » ou le changement fréquent des correspondants au cours du temps dans ces structures accentuent les difficultés de travail en réseau.
- Dans certaines régions, le dépistage est difficile à organiser dans les structures d'accueil du fait de l'éloignement géographique du CLAT.
- Le dépistage par la procédure « aller vers » est très chronophage et les camions de dépistage avec possibilité de radiographie pulmonaire sont coûteux (1,2 à 1,5 million d'euros) alors que le budget moyen d'un CLAT est de 800 000 euros/an.
- Les conventions avec des centres de radiologie sont possibles mais chronophages pour les CLAT qui doivent constituer un réseau et former les professionnels des structures partenaires qui changent régulièrement.
- Concernant les centres de rétention administrative (CRA), il n'est pas prévu réglementairement que les CLAT soient une structure relais des CRA pour le dépistage de la tuberculose.
- Les freins au dépistage/repérage précoce de la tuberculose sont liés : aux difficultés dans la prise en charge de certaines populations mouvantes (sans domicile, migrants...) ; à la crainte d'être extradés en ce qui concerne les exilés ; à la grande précarité sociale (la santé n'est pas toujours leur priorité au regard des difficultés rencontrées) ; aux problèmes de compréhension de la langue française pour les étrangers ; à la méconnaissance des structures de soins (manque d'accessibilité, pas de recours au système de santé ou retard de consultation) ; à des différences culturelles dans la prévention en santé ou à une faible littératie en santé (absence de notion de prévention ; non-compréhension des examens et de leur objectif ; horaires et RDV non respectés dans certaines cultures).

3.2. Consultation de l'ARS IDF (agence régionale de santé de l'Île-de-France)

Date de la consultation : 10 janvier 2024.

Personnes consultées : Clément FERRÉ, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, responsable du département Prévention des pathologies infectieuses et des cancers, ARS IDF ; Élisabeth MARC, conseillère médicale tuberculose à la DSP de l'ARS IDF ; Amandine MURAT, cadre de santé paramédicale, cheffe de projet pilotage de la lutte antituberculeuse ; Sofia HAIAL, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, chargée des programmes de santé de lutte contre la tuberculose.

³ Direction générale de la santé. Instruction n° DGS/SP2/2020/224 du 8 décembre 2020 relative à la mise en place de la réforme des centres de lutte antituberculeuse (CLAT). Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. <https://www.le-gifrance.gouv.fr/circulaire/id/45119>

Les représentants de l'ARS ont précisé leurs attentes concernant le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- Une harmonisation des pratiques et une hiérarchisation des priorités selon les populations cibles et les lieux d'accès à ces populations.
- Une identification des pratiques de dépistage ciblées à préconiser (dépistage hors les murs avec lecture sur site ou différée ; ramener vers le site du CLAT ; conventionnement avec CIM ou toute structure de soin équipée d'un plateau technique radio/scanner accessible).
- Une identification des bonnes pratiques économiques : quel levier de mobilisation du droit commun (facturation CPAM), d'autres budgets (exemple : universités pour dépistage des étudiants étrangers) plutôt qu'utilisation systématique du FIR ?
- Une amélioration du dépistage et de la prise en charge des mineurs non accompagnés, ainsi que des enfants scolarisés primo-arrivants (en dehors des enquêtes cas contact).
- Une amélioration du suivi des personnes identifiées tuberculeuses et traitées afin de limiter le nombre de perdus de vue.

L'ARS a évoqué les limites du dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- Risque de tuberculose davantage lié aux conditions de vie (précarité, éloignement du recours au soin, faible littératie en santé, promiscuité, alimentation) qu'à un profil type de population (migrants par exemple qui, pour une certaine proportion, peuvent provenir de pays à forte incidence et avoir contracté une ITL qui se développe en TM du fait précisément des conditions de vie et d'accueil des populations primo-arrivantes en demande d'asile).
- Variabilité des pratiques selon le type de gestion des CLAT (services hospitaliers assurant des missions de suivi post-dépistage ; conseils départementaux assurant prioritairement une mission « d'aller vers »).
- Les déclarations obligatoires (DO) ne sont pas systématiquement remplies (30 % des TB ne sont pas déclarées) et quand elles sont remplies, elles sont incomplètes en ce qui concerne les différents items du formulaire.
- Réalisation d'une radiographie pulmonaire de dépistage à un temps t, alors que la tuberculose se développe dans les 6 mois à 5 ans qui suivent l'entrée en France (RVS proposés dans les 4 mois qui suivent l'arrivée sur le territoire⁴).
- Des acteurs du dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire et/ou médiateurs (exemple : travailleurs en centre d'hébergement ; membres d'associations communautaires) insuffisamment formés et sensibilisés à la tuberculose. Nécessité de promouvoir le recrutement d'un médiateur en santé dans l'équipe du CLAT pour la sensibilisation des usagers à la tuberculose, l'adhésion au dépistage et leur accompagnement social et dans le parcours patient.
- Nombreux perdus de vue au cours du suivi des personnes dépistées et traitées ; faiblesse des données en la matière recueillies par le système de déclaration obligatoire (voir plus bas).

⁴ Les dispositions de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1999 (arrêté relatif au contrôle médical des étrangers autorisés à séjourner en France – JO n° 159 du 11 juillet 1999) fixent à l'Office de migration internationale la mission de réaliser un examen clinique et une radiographie des poumons à toute personne étrangère entrant en France à titre temporaire ou permanent pour plus de quatre mois. En 2015, puis en 2022, le HCSP précise : le HCSP recommande qu'un « rendez-vous santé » obligatoire au contenu modulable soit maintenu pour les primo-arrivants, dans un délai optimal de 4 mois après l'arrivée, avec un recours systématique à l'interprétariat professionnel pour les personnes non francophones.

3.3. Consultation de l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration)

Date de la consultation : 2 février 2024.

Personne consultée : Christophe GOUEL, médecin généraliste coordinateur des rendez-vous santé des demandeurs d'asile, des séjours en France pour les étrangers malades et des visites médicales des migrants.

Le représentant de l'OFII consulté a précisé les missions de l'OFII et son organisation.

L'OFII est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur, dont les missions principales sont les suivantes (L. 121.10 du CESEDA⁵) :

- l'accueil et l'accompagnement des demandeurs d'asile et la gestion de l'allocation pour demandeurs d'asile ;
- la gestion des procédures de l'immigration régulière aux côtés ou pour le compte des préfetures et des postes diplomatiques et consulaires ;
- l'accueil et l'intégration des étrangers autorisés à séjourner durablement en France et signataires à ce titre d'un contrat d'intégration républicaine avec l'État ;
- l'aide au retour et à la réinsertion dans leur pays d'origine des étrangers qui ne bénéficient pas d'un titre de séjour ;
- la visite médicale des étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois ;
- l'émission de l'avis médical dans le cadre de la procédure d'autorisation de séjour pour raisons de santé.

L'OFII déploie un maillage de structures sur tout le territoire et dans les DOM-TOM⁶ :

- 31 directions territoriales, dont 6 en Île-de-France au 31 décembre 2021 ;
- 69 sites de premier accueil implantés sur le territoire, dont 3 en outre-mer.

Les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) constituent le pivot du dispositif national d'accueil (DNA) :

- ils ne font pas partie de l'OFII, mais agissent en tant que prestataires pour l'OFII en ce qui concerne l'offre de logement à destination des demandeurs d'asile ;
- au 31 décembre 2021, le DNA comprenait 391 CADA pour 45 473 places.

L'OFII est également présent dans 22 centres de rétention administrative (CRA) en métropole et dans 3 CRA dans les départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane et Réunion). 61 médiateurs et leurs suppléants (agents OFII) assurent les permanences dans les CRA. Il n'y a pas de présence du service médical de l'OFII au sein des CRA. C'est la compétence de l'UMCRA.

L'OFII a précisé que les modalités du dépistage/repérage précoce de la tuberculose dépendent du statut de la personne étrangère.

Dans le cadre de l'immigration légale :

- la visite médicale (définie par un arrêté cosigné du ministère en charge de la Santé du 11 janvier 2006) est principalement assurée en France au travers des différentes directions territoriales,

⁵ Office français de l'immigration et de l'intégration. Rapport d'activité 2022. Paris: OFII; 2023. https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2023/10/230691_OFII_RA_22_AXE3_BD.pdf

⁶ Office français de l'immigration et de l'intégration. Rapport d'activité 2022. Paris: OFII; 2023. https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2023/10/230691_OFII_RA_22_AXE3_BD.pdf

ainsi que dans les 6 représentations à l'étranger suivantes (Cameroun, Côte d'Ivoire, Maroc, Sénégal, Tunisie et Turquie) ;

- un examen clinique général effectué par un médecin de l'OFII (qui peut s'entourer d'avis de spécialistes et demander des examens complémentaires) et un examen radiographique des poumons sont réalisés (dès l'âge de 10 ans) ;
- en sont dispensés les enfants de moins de 10 ans présentant un certificat de vaccination par le BCG et dont l'examen clinique ne permet pas de suspecter une tuberculose évolutive, toute personne étrangère présentant une radiographie de moins de trois mois et dont l'examen clinique ne permet pas de suspecter une tuberculose évolutive ;
- les enfants de moins de 15 ans venant de pays à forte prévalence de tuberculose bénéficient en plus d'un test à la tuberculine effectué par le CLAT après adressage à cette structure ;
- des conseils et des informations sanitaires adaptées, ainsi que les adresses des structures de soins et de prévention sont dispensés aux bénéficiaires de ces visites médicales ;
- pour toute suspicion de tuberculose, l'usager est adressé au CLAT pour confirmation du diagnostic et, le cas échéant, pour prise en charge, traitement et suivi.

Concernant les demandeurs d'asile :

- des rendez-vous santé leur sont proposés dans les locaux de l'OFII ;
- cette consultation longue (1 heure) n'est pas obligatoire ;
- elle est conduite par un binôme médecin-infirmier ± recours à de l'interprétariat téléphonique ;
- dans ce cadre, un dépistage VIH, VHB, VHC et tuberculose leur est proposé, ainsi qu'un repérage précoce de trouble de la santé mentale et une évaluation de maladies chroniques non transmissibles.

Concernant les mineurs :

- seuls les mineurs accompagnés sont suivis par l'OFII dans le cadre du regroupement familial ou du rendez-vous santé.

L'OFII a évoqué les limites de son action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- Le service médical de l'OFII a l'avantage d'un positionnement précoce avec le passage systématique des demandeurs d'asile à l'OFII à leur arrivée sur le territoire.
- L'OFII n'a pas de retour exhaustif des cas adressés aux CLAT pour confirmation des cas.
- Le service médical de l'OFII n'est pas, en 2024, en capacité d'absorber en totalité le flux des demandeurs d'asile (> 145 000/an avec une projection à 210 000 dans les prochaines années). Un ciblage est à envisager, en complémentarité avec d'autres opérateurs.
- L'IDR ou la radiographie pulmonaire : le délai d'attente des résultats augmente le risque de perdus de vue. Pour les personnes ayant une grande instabilité de logement ou vivant soit en promiscuité, soit en collectivité (ex. : CADA), il faut que les résultats de la radiographie soient immédiats.

3.4. Consultation de l'ADSSU (Association des directeurs des services de santé universitaires) et de la DGESIP (direction générale de l'Enseignement supérieur et de la Recherche)

Date de la consultation : 22 janvier et 9 février 2024.

- Personnes consultées : Laurent GERBAUD, président de l'Association des directeurs des services de santé universitaires (ADSSU), directeur du pôle santé étudiants-santé handicap de l'Université Clermont-Auvergne ; Christine SALOME, chargée de mission santé des étudiants, et Maxime GIGNON, conseiller santé, sous-direction de la réussite et de la vie étudiante, ministère en charge de l'Enseignement supérieur.

Les représentants de l'ADSSU et de la DGESIP consultés ont précisé les missions des services de santé étudiants et leur organisation.

Depuis mars 2023, les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé sont devenus des services de santé étudiants (SSE). Le décret n° 2019-112 du 18 février 2019 avait précisé leurs missions :

- effectuer au moins un examen de santé, intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale, au cours de la scolarité dans l'enseignement supérieur pour tous les étudiants et, de manière prioritaire, auprès des étudiants en situation de handicap, des étudiants étrangers, des étudiants dont le cursus les expose à des risques particuliers et des étudiants soumis à des risques de rupture dans les parcours de soins ;
- apporter des informations sur les bilans de prévention et l'accès aux droits en santé, lors de l'inscription en université, et proposer un service social internet (<https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/envole/>) en collaboration avec le CROUS ;
- favoriser l'accès aux soins, multiplier les actions sur le champ de la prévention et assurer des consultations dans leurs domaines de compétence (médecine générale, gynécologie, psychiatrie, nutrition, addictologie). Ils peuvent également être centre de santé, être médecin traitant des étudiants et effectuer certaines prescriptions, même s'ils ne sont pas centres de santé⁷ ;
- concernant les étudiants étrangers, ce décret attribue leur suivi sanitaire préventif prévu à l'[article L. 313-7 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile](#). En application des dispositions de l'article R. 313-4 du même code, qui dispensent les étudiants étrangers d'examen médical préalable obligatoire, ce décret supprime la possibilité de réaliser l'examen médical obligatoire des étudiants étrangers avec l'OFII.

L'Association des directeurs des services de santé universitaires (ADSSU), créée le 25 mai 1993, rassemble les directeurs et directeurs adjoints des 65 services de santé universitaires.

L'ADSSU et la DGESIP ont précisé les modalités du dépistage/repérage précoce de la tuberculose dans les milieux étudiants.

Les services de santé étudiants sont des structures contraintes par décret mais avec une autonomie organisationnelle dans la déclinaison opérationnelle, notamment du dépistage/repérage précoce de la tuberculose.

- Dans ce cadre, les services de santé étudiants ont signé une convention de partenariat avec les CLAT : tous les examens biologiques et les radiographies sont réalisés dans les CLAT.

⁷ <https://franceuniversites.fr/wp-content/uploads/2022/03/Convention-Enseignement-superieur-Sans-les-signatures.pdf>

- Les critères de dépistage sont le pays d'origine : Afrique, Amérique centrale et du Sud, Asie sauf Corée, Japon et Taïwan.
- Un avis médical du SSE permet à l'étudiant un aménagement de son cursus étudiant s'il est porteur de la tuberculose.
- Les établissements hors université (prépa, BTS, écoles privées d'ingénieurs par exemple) ne dépendent pas des services de santé étudiants, excepté si une convention a été établie avec l'école, alors que 40 % des étudiants post-baccalauréat sont en dehors des universités.

L'ADSSU et la DGESIP ont évoqué les limites de leur action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- Les problématiques de santé ne sont pas prioritaires pour les étudiants, *a fortiori* pour les étudiants étrangers. Lorsque le bilan de santé était obligatoire pour les étudiants étrangers, ils ne le refusaient pas. Depuis qu'il repose sur le volontariat, il est de moins en moins réalisé.
- L'arrêt du dépistage organisé par et avec l'OFII a pour résultante la suppression de l'obligation de dépistage pour se réinscrire pour les étudiants étrangers. Les SSE ne réalisent pas de manière systématique un dépistage chez les étudiants étrangers.
- Les universités n'ont aucune information fournie par le ministère de l'Intérieur sur le nombre d'étudiants étrangers, ni aucune liste par établissement de ces étudiants, et n'ont donc aucun moyen de les repérer s'ils ne se signalent pas spontanément.
- Les étudiants des CPGE (classes préparatoires des grandes écoles) et des STS (sections de techniciens supérieurs) n'ont pas accès aux SSE excepté si une convention a été établie avec l'école.
- Des disparités de référencement des étudiants dans les SSE existent car leur lieu de résidence et leur lieu de cursus universitaire peuvent les placer dans des localisations différentes (ceci pour les grandes métropoles comme Lyon ou Paris, notamment).

3.5. Consultation de l'APSEP (Association des professionnels de santé exerçant en prison)

Date de la consultation : 10 janvier et 26 février 2024.

Personnes consultées : Catherine FAC, ancien médecin responsable du centre pénitentiaire de Fresnes (pendant 20 ans), membre de l'APSEP, et Murielle GAIN, médecin responsable au centre pénitentiaire de Fresnes depuis 4 ans.

Les représentants de l'APSEP consultés ont précisé les modalités du dépistage/repérage précoce de la tuberculose en milieu carcéral.

La prophylaxie de la tuberculose prévue par le [Code de la santé publique](#) est assurée dans les établissements pénitentiaires par les services compétents prévus à cet effet⁸ et la circulaire santé et justice⁹ régit le dépistage de la tuberculose dans les centres pénitentiaires.

⁸ Code de procédure pénale, article R. 322-7 – version en vigueur au 13/02/2024.

⁹ Direction de l'administration pénitentiaire. Circulaire de la DAP n° 2007-PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels. Bulletin Officiel Justice 2007;2007/3.

- Le dépistage de la tuberculose est réalisé chez toutes les personnes entrantes¹⁰, non détenues auparavant, par un examen clinique réalisé et interprété dans les délais les plus brefs à compter de la date d'entrée en détention. Cette mesure s'applique également aux personnes détenues présentes qui n'auraient jamais bénéficié, ni lors de leur entrée en détention, ni au cours de leur détention, d'un dépistage clinique de la tuberculose.
- Le médecin de l'unité de consultations de soins ambulatoires (UCSA) décide s'il y a lieu de prescrire un examen radiologique thoracique chez les entrants en prison provenant de l'état de liberté (sauf si le détenu a une radiographie de moins de 2 ans à l'entrée). Il est particulièrement vigilant au risque d'irradiation répétée, notamment en cas de séjours multiples en prison, entrecoupés de courtes périodes de liberté. Au vu des résultats de cet examen, le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire prescrit, si nécessaire, un examen radiologique.
- L'examen radiologique est pratiqué sur place, sauf impossibilité matérielle.

Certains centres pénitentiaires disposent d'un service sécurisé d'hospitalisation comme l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) qui accueille les patients incarcérés traités pour une tuberculose¹¹.

- Le dépistage de l'ITL n'est réalisé que dans le cadre des enquêtes autour d'un cas : par le service de santé du centre pénitentiaire pour les enquêtes en milieu carcéral et par le CLAT pour les enquêtes auprès de la famille ou des personnes externes environnantes ou en cas de nécessité de mise du patient sous traitement immunosuppresseur pour une autre pathologie.

L'APSEP a évoqué les limites de son action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- Beaucoup de cas de tuberculose en prison sont paucisymptomatiques ou ont des signes cliniques aspécifiques. Si aucune radiographie systématique n'est pratiquée à l'entrée en incarcération, le risque est que le diagnostic soit fait tardivement lorsque les signes cliniques deviennent patents.
- D'un point de vue organisationnel :
 - présence du médecin à temps plein ou seulement quelques jours par semaine (selon la taille de l'établissement pénitentiaire) ;
 - lorsqu'un service de radiologie existe (centre pénitentiaire de Fresnes par exemple) mais que, du fait de la pénurie de techniciens en radiologie, il est nécessaire de sous-traiter avec une structure privée externe les radiographies pulmonaires (par exemple, sur le centre pénitentiaire de Fresnes : 1 fois/semaine) ;
 - lorsque l'établissement pénitentiaire ne dispose pas d'un service de radiologie, la radiographie pulmonaire doit être sous-traitée en externe, ce qui nécessite un déplacement des personnes incarcérées sur des distances parfois importantes.
- Le fait de ne pas avoir la possibilité de faire des radiographies pulmonaires tous les jours augmente le risque d'exposition et de transmission de la tuberculose, diminue la qualité de prise en charge et augmente les risques d'échappements au dépistage (les nouveaux arrivants en détention restent en moyenne 5 jours (3 à 7 jours) dans le quartier des nouveaux arrivants).

¹⁰ Les entrants sont principalement en maison d'arrêt alors que les incarcérés en établissements pour peine viennent d'un transfert d'une maison d'arrêt.

¹¹ L'EPSNF est le seul établissement public de santé national possédant la double tutelle santé-justice. Il permet aux détenus d'Île-de-France et nationaux de suivre des soins hospitaliers, tout en accédant à des services pénitentiaires spécifiques
<https://www.epsnf.fr/>

- Certains détenus ont une radiographie pulmonaire normale à l'entrée mais déclarent une tuberculose dans les mois qui suivent (identifiée alors sur signes cliniques). La fréquence du dépistage/repérage précoce est à questionner : le risque de transmission de la tuberculose est augmenté en milieu carcéral du fait des changements réguliers des personnes détenues dans les cellules ou lors des permissions de sortie, les détenus peuvent être contaminés par la famille venue de l'étranger.
- Si la procédure de dépistage/repérage précoce devait être élargie à tous les types de centres pénitentiaires et non aux maisons d'arrêt, la charge de travail pour les services de santé pénitentiaires serait augmentée.
- Les freins et problèmes éthiques en ce qui concerne le dépistage/repérage précoce de la tuberculose sont les suivants :
 - refus de la radiographie pulmonaire augmenté lorsque cet examen est réalisé dans un second temps et non au même moment que la visite médicale d'entrée des détenus ;
 - risque de stigmatisation par le personnel pénitentiaire si tuberculose chez un détenu, d'où l'importance de la confidentialité ;
 - la population carcérale est une population précaire, à laquelle s'ajoutent la faible littératie en santé et parfois la barrière de la langue ;
 - pour l'APSEP, il y a un risque élevé de perte de chance liée au sous-dépistage consécutif au manque de personnels de santé en milieu carcéral.

3.6. Consultation des PASS (permanence d'accès aux soins de santé)

Date de la consultation : 8 février 2024.

Personne consultée : Hélène de Champs LÉGER, médecin coordinatrice des PASS en médecine générale, bucco-dentaire et ophtalmologie et exerçant au PASS de l'Hôtel-Dieu à Paris.

La représentante des PASS consultée a précisé les missions des PASS et leur organisation.

- Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dont le cahier des charges a été publié en 2022¹², sont des structures créées par la loi de 1998 de lutte contre les exclusions qui visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité en leur proposant une évaluation médicale et sociale (ouverture des droits et réorientation vers les autres dispositifs de droit commun)¹³.
- Les PASS sont des unités fonctionnelles hospitalières généralistes ou spécialisées (dentaire, psychiatrique) sous dépendance d'une coordination régionale. Elles comportent une équipe pluridisciplinaire dédiée et formée, composée au minimum d'un médecin, d'un assistant de service social et d'un infirmier, tous deux diplômés d'État.
- Les publics cibles des PASS sont des personnes en situation de précarité, qui ont besoin de soins ambulatoires et qui ne peuvent y accéder¹⁴ en raison de l'absence d'une couverture

¹² Ministère des solidarités et de la santé. Instruction N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS). Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2022. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_du_12_avril_2022_pass.pdf

¹³ Webinaire du 26 mai 2023 à destination des équipes des PASS hospitalières. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/webinaire_pass_du_26_mai_2023.pdf

¹⁴ Webinaire du 26 mai 2023 à destination des équipes des PASS hospitalières. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/webinaire_pass_du_26_mai_2023.pdf

sociale ou de son incomplétude ; parce qu'ils sont dans l'impossibilité d'honorer les frais du reste à charge ; ou pour d'autres raisons : forte désocialisation, difficultés à s'orienter dans le système de santé (personnes allophones, personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, personnes marginalisées et devant être accompagnées dans leur parcours de soins).

Les PASS ont précisé les modalités du dépistage/repérage précoce de la tuberculose dans les populations pour lesquelles elles assurent une prise en charge.

- Le dépistage de la tuberculose est assez systématique dans les PASS mais les pratiques diffèrent selon les structures et le praticien. Les médecins des PASS soit envoient les patients dans les CLAT puis prennent le relais pour le suivi, soit font directement le dépistage s'ils ont les moyens et la structure pour le faire.
- Le critère d'endémie est un critère théorique de dépistage chez l'adulte dans les PASS. Dans la pratique, le dépistage est quasi systématique dès lors que la personne est issue d'un pays non européen de l'Ouest et est arrivée en France depuis moins de 5 ans (certains PASS appliquent la durée de 10 ans).

Les PASS ont évoqué les limites de leur action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- La multiplicité des types de structures d'accueil alourdit la prise en charge des personnes (aucune structure n'offre une polyvalence de dépistage). Il faudrait fléchir de manière plus structurée et claire les structures assurant le dépistage/repérage précoce de la tuberculose (« adresseurs », « effecteurs », personnes en charge du suivi en cours de traitement).
- Le manque de moyens d'accueil des migrants nouveaux arrivants et le manque de personnels de santé augmentent le risque de perte de chance pour les personnes se présentant en PASS.
- Le risque de stigmatisation de la tuberculose favorise le non-suivi de traitement, voire l'absence de dépistage, et augmente le risque de perdus de vue au moment de leur prise en charge, notamment chez les migrants. Il faudrait déstigmatiser la tuberculose et mieux informer : le personnel d'accueil des structures associatives d'hébergement devrait être incité à questionner les problématiques de santé.

3.7. Consultation de SPF (Santé publique France)

Date de la consultation : 9 février 2024.

Personnes consultées : Jean-Paul GUTHMANN, médecin épidémiologiste, coordinateur du programme tuberculose dans la direction des maladies infectieuses à SPF.

Le représentant de SPF consulté a précisé les missions de SPF dans le cadre du dépistage/repérage précoce de la tuberculose.

- SPF assure l'apurement, l'analyse, le calcul d'indicateurs de suivi de la tuberculose, ce qui permet de suivre l'évolution de cette maladie (taux de déclaration) au cours des années et sa distribution géographique et dans différents groupes de la population.
- Les données rapportées dans la déclaration obligatoire (DO) sont transmises par les CLAT à l'ARS dont ils dépendent, puis centralisées par la DGS qui les transmet à SPF pour en faire une analyse nationale.

SPF a évoqué les limites de son action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- Les données de DO ne sont pas exhaustives et une sous-déclaration des cas de tuberculose a été estimée à environ 35 % au début des années 2000 au niveau national¹⁵ : il est plus juste de parler de taux de déclaration plutôt que de taux d'incidence ou alors il faut utiliser la terminologie de taux déclaré d'incidence estimé pour 100 000 habitants¹⁶.

3.8. Consultation du COMEDE

Date de la consultation : 11 janvier 2024.

Personne consultée : Laura WEINICH, médecin généraliste référente tuberculose, au COMEDE depuis 2017.

La représentante du COMEDE consultée a précisé les missions du COMEDE et son organisation.

Le COMEDE est une association indépendante. Les locaux du centre de santé du COMEDE Île-de-France sont situés dans l'hôpital Kremlin-Bicêtre, mais la structure est indépendante de l'AP-HP. Le rapport d'activité 2022 (publié en 2023¹⁷) rapporte que le COMEDE a soigné et accompagné 8 290 personnes, dont 4 646 dans le cadre des permanences téléphoniques, 2 185 au centre de santé et hors les murs et 1 459 dans les autres lieux de soins (Cayenne, Marseille, Paris, Pantin et Saint-Étienne).

La majorité des personnes suivies par le COMEDE sont : sans domicile fixe, ou des personnes migrantes arrivées depuis moins de 2 ans. Sur les 8 290 bénéficiaires accueillis en 2022, 3 380 étaient des femmes, 1 437 des demandeurs d'asile, 706 des enfants mineurs (dont près de la moitié étaient des MNA) et 690 des migrantes âgées.

Le COMEDE a précisé le parcours des personnes exilées se présentant au COMEDE et les modalités du dépistage/repérage précoce de la tuberculose dans les populations pour lesquelles il assure une prise en charge.

Trois niveaux d'évaluation sont réalisés à l'arrivée des personnes exilées au COMEDE.

- *Entretien individuel par un accueillant médico-social* : en dehors des cas d'urgence (orientés aux urgences hospitalières), les critères d'évaluation pour cette étape sont les suivants :
 - 8 critères de vulnérabilité : hébergement (oui/non), personne isolée (oui/non), protection maladie (oui/non), besoin d'interprétariat (oui/non), difficultés (financières), difficultés à se déplacer (oui/non), déficit alimentaire (oui/non), titre de séjour (oui/non) ; médecin traitant (oui/non) ; difficulté d'accès au système de santé (quelle que soit la cause) ; personnes exilées, dont mineurs non accompagnés ; femmes enceintes ; personnes âgées ≥ 60 ans¹⁸ ;
 - des critères de réorientation dans le droit commun sont également pris en compte : si la personne exilée ne présente aucun des critères ci-dessus ou un ou plusieurs critères de

¹⁵ Santé publique France. Tuberculose. Bulletin Santé Publique Ile-de-France 2021;(avril).

¹⁶ Estimation à partir des chiffres de population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour l'année correspondant à l'année de déclaration des cas.

¹⁷ Comité pour la santé des exilé.e.s. Rapport d'activité et d'observation 2023. Le Kremlin-Bicêtre: Comede; 2023. <https://www.comede.org/download/rapport-dactivite-et-dobservation-2023-2/?tmstv=1750227837>.

¹⁸ En ce qui concerne les personnes âgées (≥ 60 ans pour le COMEDE), elles représentaient 5 % des patients suivis au COMEDE en 2022.

vulnérabilité mais peut cependant être intégrée dans le droit commun (PASS, médecine de ville ou hospitalière).

- *Consultation médicale de jour* : en dehors des cas d'urgence (orientés aux urgences hospitalières), les critères d'évaluation pour cette étape sont les suivants :
 - les critères d'évaluation et de sélection pour accéder à la consultation médicale de suivi sont les mêmes que ceux pour accéder à la consultation médicale de jour ;
 - l'évaluation médicale conclut sur la nécessité d'inclusion au dispositif de suivi du COMEDE, ou la réorientation possible dans le droit commun.
- *Consultation médicale de suivi* :
 - le médecin généraliste référent du patient au COMEDE propose : un bilan clinique (entretien, recherche des antécédents de violences, d'addictions + examen clinique) + un bilan biologique adapté selon la clinique et les données épidémiologiques du pays d'origine de la personne (dont NFS, glycémie à jeun, dépistage sérologique hépatite C-VIH-hépatite B- syphilis + parasitologie + Quantiferon¹⁹ chez les sujets ≤ 18 ans) + une radiographie pulmonaire systématique (y compris chez les mineurs et femmes enceintes) ;
 - si l'examen clinique ou l'entretien font suspecter une tuberculose, le médecin généraliste de la consultation adresse le sujet à un CLAT (proche de son lieu de vie), à une consultation hospitalière ou à un service d'urgences.

Le COMEDE a évoqué les limites de son action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- La durée de suivi des exilés est en moyenne de 9 à 20 mois : dans l'idéal, la radiographie pulmonaire devrait être renouvelée 1 an après le bilan initial.
- Le fait que les procédures administratives ne tiennent pas compte du parcours de santé des exilés en cours génère une perte de chance (exemple : une personne peut être expulsée du territoire national alors que son bilan tuberculose est en cours et ne sera pas correctement prise en charge si le bilan s'avère positif).
- Le dépistage de la tuberculose doit s'inscrire dans une prise en charge globale facilitant l'accès aux soins, l'accès plus rapide à une protection maladie, l'accès à l'interprétariat professionnel en santé, et à une prise en compte des troubles psychiques, affection la plus fréquente chez les personnes exilées.
- Information insuffisante sur l'action du COMEDE, notamment dans les bidonvilles, ce qui nécessite d'augmenter le nombre de médiateurs en santé, en particulier dans ces lieux, pour informer sur les actions du COMEDE.
- L'enjeu majeur est le dépistage/repérage précoce, le suivi post-dépistage et l'accès au traitement ; ceci afin de réduire le nombre de perdus de vue.

3.9. Consultation du Samusocial de Paris

Date de la consultation : 5 février 2024 (en attente de validation).

Personne consultée : Marie WICKY, médecin généraliste référente de l'équipe mobile de lutte contre la tuberculose (EMLT) au Samusocial de Paris.

¹⁹ Le test Quantiferon n'est pris en charge par la Sécurité sociale que jusqu'à 16 ans révolus. De ce fait, pour les mineurs de 16 à 18 ans, le Quantiferon est systématiquement réalisé au centre Edison.

La représentante du Samusocial consultée a précisé les missions du Samusocial et son organisation.

- Les différentes actions de prise en charge par le Samusocial de Paris des personnes en situation de précarité sont assurées par les dispositifs suivants : l'appel au 115, les maraudes de jour (EMEOS), les maraudes de nuit (EMA), l'espace solidarité-insertion, les lits halte soins santé (LHSS), les lits d'accueil médicalisés, le pôle habitat et les hôtels d'hébergement temporaire, l'équipe sociale Agathe et l'Oasis qui est un espace d'hygiène et d'accueil des femmes.
- Concernant spécifiquement la tuberculose, une équipe mobile de lutte contre la tuberculose (EMLT) a été créée en 2000. Elle assure des consultations médicales et paramédicales sans rendez-vous ; des maraudes dans les campements ; des évaluations sanitaires dans le cadre des mises à l'abri lors de l'évacuation de campements par la préfecture ; une gestion dans les hébergements lors de l'arrivée de migrants (Ukraine, Afghanistan) ; des accueils de jour.
- À la demande de l'agence régionale de santé, une mission « migrants » a été développée qui assure des consultations médicales et infirmières, des médiations sanitaires, des bilans et des orientations vers le droit commun.
- Le public cible est constitué de personnes isolées majeures ou mineures non reconnues, qu'elles soient migrantes (en situation régulière ou en situation irrégulière) ou non, vivant dans Paris ou la petite couronne (75, 92, 93, 94) et dont la précarité des conditions de vie peut impacter sur leur prise en charge.

Le Samusocial de Paris a précisé les modalités du dépistage/repérage précoce de la tuberculose dans les populations pour lesquelles il assure une prise en charge.

- Le Samusocial de Paris n'intervient pas directement dans des actions de dépistage, c'est une structure dite « adresseur » en ce qui concerne le dépistage/repérage précoce de la tuberculose. L'EMLT coordonne la prise en charge des personnes sans domicile fixe atteintes par la maladie, tout au long de leur traitement.
- En cas de suspicion de tuberculose, les professionnels médicaux ou sociaux peuvent accompagner les personnes vers les soins : service d'accueil des urgences (SAU) ou consultations d'urgence des services de maladies infectieuses.
- Le CLAT adresse au Samusocial de Paris, après dépistage, les patients qui répondent aux critères de précarité générant des difficultés de compliance au traitement : instabilité du logement, français non ou mal parlé, absence de couverture sociale, méconnaissance du parcours de soins, traitement non suivi. Des signalements pour suspicion de tuberculose peuvent aussi être rapportés au Samusocial de Paris par les structures d'hébergement qui adressent alors les personnes vers un hôpital.
- L'EMLT peut être sollicitée pour réaliser des interventions de sensibilisation à la tuberculose chez les personnes en situation de précarité auprès d'équipes médicales ou sociales.

Le Samusocial de Paris a évoqué les limites de son action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- En dehors des enquêtes autour d'un cas (coordonnées par les CLAT), le diagnostic de tuberculose repose principalement sur l'identification de symptômes au moment d'un recours spontané au système de soins, qui se fait principalement par les urgences, quelquefois par la médecine générale de ville ou les structures associatives, avec fréquemment un long temps d'errance diagnostique, les personnes précaires ou à la rue ne consultant pas car elles sont

souvent en rupture de droits car la complémentaire santé solidaire (C2S)²⁰ doit être renouvelée tous les ans.

- En Île-de-France, un grand nombre d'acteurs sont impliqués dans la prévention et le dépistage de la TB mais il est parfois difficile de s'orienter et de savoir vers quel acteur se diriger.
- Si les résultats de la radiographie pulmonaire sont rendus au patient avec un décalage dans le temps, cela augmente le risque de perdus de vue. D'autant plus que les populations cibles de MDM (migrants précaires, usagers de drogue précaires) sont des populations particulièrement mobiles.
- Concernant le suivi à la sortie des personnes incarcérées en situation de vulnérabilité traitées pour une tuberculose, le manque d'espace-temps dédié, au cours duquel le Samusocial de Paris peut mettre en place une relation de suivi de traitement après la sortie, augmente le risque de non-adhésion à ce dernier.
- Les enquêtes autour d'un cas effectuées chez des personnes précaires ont un impact important sur la vie sociale de la personne en raison :
 - d'une stigmatisation renvoyée par la communauté sociale : la personne peut ainsi perdre son hébergement ou son travail ;
 - d'une auto-stigmatisation de la personne traitée pour une tuberculose, qui même après finalisation de son traitement continue à s'isoler et à limiter ses rapports sociaux ;
 - d'une stigmatisation par le personnel travaillant dans les centres d'accueil et/ou d'hébergement, qui ne sont pas du personnel de santé et qui manquent d'information sur la tuberculose.

3.10. Consultation de MDM (Médecins du monde)

Date de la consultation : 2 février 2024.

Personne consultée : Houda MERIMI, médecin généraliste, spécialiste en santé publique et responsable du pôle qualité des pratiques en santé (France & international), en poste à MDM depuis 2018.

La représentante MDM consultée a précisé les missions de MDM et son organisation.

- Pour réaliser ses missions d'accompagnement, MDM met en place des programmes d'actions de différents types : consultations médicales et sociales, programme migration, droits et santé, programme milieu carcéral, programme « mineurs non accompagnés », programme « accès aux soins en zones rurales et urbaines », programme « PASS de ville ».
- MDM a, entre autres, pour objectif de faciliter l'accès au droit commun, ainsi qu'aux soins des personnes démunies dans le cadre de son accueil dans les centres d'accès aux soins et d'orientation (CASO) : ce sont des structures médico-psychosociales de premier recours de bas seuil sans frais médicaux, et sans prise de rendez-vous.
- Ces CASO permettent aux personnes vulnérables de bénéficier si besoin de consultations en médecine générale, d'une délivrance de médicaments par des professionnels de santé, de soins dentaires (à Montpellier, seulement) ou encore d'un suivi obstétrique et gynécologique,

²⁰ Entré en vigueur en novembre 2019, le dispositif remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). La complémentaire santé solidaire peut être attribuée à toute personne majeure qui bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé par l'Assurance maladie obligatoire en raison de son activité professionnelle ou de sa résidence stable et régulière en France. <https://solidarites.gouv.fr/la-complementaire-sante-solidaire>

de soins infirmiers, d'un accompagnement psychosocial ou de consultations psychologiques et d'activités de prévention (promotion de la santé et/ou dépistage).

- Les structures d'accueil MDM adaptent leur activité en fonction du nombre de bénévoles vacataires : chaque CASO diffère selon la taille de la ville où il est implanté et selon les priorités des patients.

MDM a précisé les modalités du dépistage/repérage précoce de la tuberculose dans les populations pour lesquelles elle assure une prise en charge.

- MDM ne fait pas de dépistage de la tuberculose mais dans le cadre de ses contacts avec les populations qu'elle suit, elle peut être amenée à identifier un risque de tuberculose.
- En cas de suspicion de tuberculose, orientation vers les structures médico-sociales du territoire (permanences d'accès aux soins de santé (PASS), structures de protection maternelle et infantile (PMI), centres médico-psychologiques (CMP), lits d'accueil médicalisés (LAM), lits halte soins santé (LHSS), etc.).

MDM a évoqué les limites de son action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

- Paris est bien pourvu en structures d'aide aux migrants, mais elles sont peu accessibles car les migrants ne veulent pas prendre les transports en commun soit par manque de moyens financiers, soit par crainte des contrôles policiers.
- Les structures d'accueil MDM adaptent leur activité en fonction du nombre de bénévoles vacataires : chaque CASO diffère selon la taille de la ville où il est implanté et selon les priorités des patients. En effet, la capacité à faire est liée aux conditions d'accès et de prise en charge des personnes en grande précarité ou en situation irrégulière, mais également aux moyens alloués en termes de personnel de santé et de financement.
- Les structures « aller vers » sont très dépendantes des territoires sur lesquels elles sont implantées et varient dans le temps selon leur financement, les acteurs disponibles et les activités développées.
- Pour les populations en situation de précarité suivies par MDM, la santé est considérée comme non prioritaire. Chez les personnes exilées, il peut y avoir un refus des politiques de santé obligatoires par les populations ayant connu dans leur pays d'origine un système autoritariste.
- La coexistence de deux dispositifs (droit commun et personnes n'ayant pas accès au droit) est à l'origine d'une perte de chance en termes de santé pour les personnes précaires hors du droit commun ; notamment pour les migrants n'ayant pas de couverture santé, la nouvelle loi immigration remet en cause l'AME ainsi que le DASEM (droit au séjour pour raison médicale), risquant d'aggraver ce risque de perte de chance.
- La tuberculose est un sujet tabou, source de stigmatisation dans certaines communautés (ex. : ROM) et il y a un risque d'exclusion de la communauté de vie et de l'hébergement (bidonville, squat) pour les personnes ayant la tuberculose.
- Questionnement sur l'accès à la santé en général et au dépistage et au traitement de la tuberculose en particulier pour les personnes en bidonville à Mayotte (la population d'un seul bidonville mahorais dépasse celle de l'ensemble des bidonvilles de l'Hexagone) qui est à la 2^e place sur l'incidence de la tuberculose en France.

3.11. Consultation d'Eurofins Biomnis et de Cerba

Date de la consultation : 22 et 23 février 2024.

Personnes consultées :

- pour les laboratoires Eurofins Biomnis : Alexia BARBRY, docteur en pharmacie et biologiste, secteur immunologique ; Thomas BLANCHOT, biologiste médical spécialisé en microbiologie, secteur infectiologie-biologie médicale ; François CORNU, président d'Eurofins Biomnis ;
- pour les laboratoires Cerba : Sabine TROMBERT, microbiologiste depuis 23 ans chez Cerba, spécialiste de la tuberculose.

Les représentants d'Eurofins Biomnis et de Cerba consultés ont précisé les modalités de leur implication dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose.

- Ces laboratoires participent, au même titre que les laboratoires hospitaliers publics ou privés, aux tests de dépistage/repérage précoce de la tuberculose. Ce sont donc des prestataires de services qui analysent les échantillons qui leur sont adressés par des laboratoires prescripteurs ou préleveurs.
- Il n'existe pas de répartition territoriale théorique entre Cerba et Eurofins Biomnis : l'activité dépend des liens contractuels établis par ces laboratoires avec les structures de santé des différentes régions.
- Ces laboratoires sont accrédités COFRAC concernant la culture, l'antibiogramme, les tests moléculaires et laboratoire P2/P3 pour la culture de mycobactéries.

Les laboratoires Eurofins Biomnis et Cerba ont évoqué les limites de leur action dans le dépistage/repérage précoce de la tuberculose pulmonaire.

Les tests sur expectoration bronchopulmonaire nécessitent des expectorations de qualité satisfaisante et doivent être réalisés avec des professionnels de santé qualifiés et formés. En effet, ces examens sur expectoration ont des limites liées à la qualité du prélèvement, au milieu de culture, à la température et au temps d'incubation.

3.12. Consultation du CNR Myrma (centre national de référence des mycobactéries)

Date de la consultation : 22 janvier 2024.

Personne consultée : Nicolas VEZIRIS, expert clinico-biologique sur les mycobactéries, responsable du département de bactériologie des hôpitaux Saint-Antoine, Tenon, Trousseau, Rothschild et ayant une activité de conseil pour la prise en charge des infections complexes à mycobactéries pour le centre national de référence des mycobactéries (CNR Myrma).

Le représentant du CNR Myrma consulté a précisé les missions du CNR et son organisation.

- Le CNR Myrma a une activité centrée sur les cas de tuberculose bactériologiquement documentés avec l'analyse des souches et des multirésistances. Les laboratoires du CNR Myrma sont des laboratoires de recours pour le typage, la confirmation ou l'infirmerie de la tuberculose transmissible.
- Ils participent également aux enquêtes autour d'un cas (sujet ITL+ ayant eu un contact avec un malade ayant une tuberculose multirésistante) et alertent en cas d'identification génomique de cas de tuberculose reliés non connus auparavant.

3.13. Consultation de la Société française de microbiologie (SFM)

Date de consultation : 30 janvier 2024.

Personnes consultées : Philippe LANOTTE, pharmacien biologiste, PU-PH, responsable de l'unité de bactériologie-hôpital Bretonneau du CHU de Tours, responsable du secteur des mycobactéries pour le CHU de Tours et responsable du groupe de travail des mycobactériologistes médicaux (MycoMed) de la Société française de microbiologie (SFM) ; Oana DUMITRESCU, médecin biologiste MCU-PH, responsable du laboratoire des mycobactéries des hospices civils de Lyon HCL (Auvergne-Rhône-Alpes, AuRA).

Les représentants de la SFM consultés ont précisé leurs missions et leur organisation.

La SFM regroupe des microbiologistes de France et des pays francophones, travaillant dans les différents domaines de la microbiologie médicale, industrielle et environnementale. Elle assure l'information et la formation sur la microbiologie (avis, webinaires, congrès) et coordonne le groupe de travail MycoMed qui a pour objectifs :

- l'amélioration de la démarche diagnostique ;
- l'initiation d'études clinico-biologiques sur les infections à mycobactéries ;
- l'harmonisation des pratiques du laboratoire.

Les avis et référentiels publiés par la SFM sont les documents de référence pour les microbiologistes, en particulier à travers le RéMIC (référentiel de microbiologie).

La SFM a précisé ses attentes en ce qui concerne le dépistage/repérage précoce de la tuberculose.

- Harmoniser les pratiques de dépistage/repérage précoce de la tuberculose et préciser les structures référentes et leur rôle respectif.
- La recommandation actuelle pour le diagnostic de la tuberculose est l'examen microscopique direct suivi de la culture de mycobactéries du complexe *M. tuberculosis*.
- La recommandation OMS actuelle positionne les tests PCR ou LAMP en remplacement de la microscopie, du fait de leur sensibilité supérieure : les conditions d'utilisation doivent être précisées.
- Un travail de recherche d'un nouveau corrélat microbiologique de la contagiosité devrait être conduit afin de pouvoir proposer des nouveaux indicateurs pour permettre aux CLAT de définir les périmètres des enquêtes autour d'un cas (ces périmètres sont actuellement définis en fonction des résultats de la microscopie).

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

