



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## LETTRE À LA RÉDACTION

### Entre loi et recommandations : quel positionnement pour la lutte contre la tuberculose ?



*Between law and recommendations: What position for the struggle against tuberculosis?*

Les pays à hauts revenus et faible incidence de la tuberculose mettent en place des politiques de santé publique comportant plusieurs volets d'intervention, en premier lieu le diagnostic et le traitement précoce de la tuberculose pulmonaire, afin de limiter la durée et l'intensité de la contagiosité. Parallèlement sont développées des stratégies pour l'identification des sujets récemment contaminés et non malades, dits « sujets contacts », afin de proposer des traitements préventifs ou une surveillance spécifique. En France, le plan national de lutte antituberculeuse exhorte les centres de lutte antituberculeuse (CLAT) à systématiser les enquêtes autour des cas pour dépister les sujets contacts [1]. Les procédures d'identification de ces personnes par les CLAT se heurtent à des questionnements déontologiques sur l'accord du sujet malade et le secret partagé. Comment les praticiens en charge de la lutte antituberculeuse peuvent-ils répondre aux impératifs de santé publique, tout en respectant un cadre déontologique ?

Les médecins ou les biologistes ayant identifié un cas de tuberculose maladie ont l'obligation de le notifier auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) et/ou du CLAT de leur département ; les médecins des CLAT ont délégation des médecins des ARS. Pour les cas a priori contagieux, un signalement diligent du déclarant est préconisé par téléphone ou fax pour que soient préparées au plus tôt des interventions de dépistage de l'entourage. La contagiosité du cas index est évaluée sur des critères à la fois cliniques, bactériologiques et radiologiques. Quand la maladie est contagieuse, le CLAT réalise une enquête qui consiste à identifier les sujets contacts pour les inviter à un dépistage quand l'exposition est significative. Pour la mise en œuvre des investigations, le déclarant est tenu de fournir toute information nécessaire, notamment l'identité et l'adresse du patient. Ces informations peuvent être transmises à d'autres intervenants lorsque leur contribution est jugée indispensable. Dans le cadre de la loi, le refus du patient n'est pas opposable aux mesures décidées [2].

Les recommandations françaises de 2013, en cohérence avec les droits des patients et le Code de déontologie médicale, se distancient de la loi : « L'accord éclairé du patient pour l'identification des sujets contacts doit être obtenu »

[3]. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), concernant des zones du monde à plus forte incidence, stipulent aussi que le consentement du cas index doit être respecté [4].

Quelle position doit adopter un médecin de CLAT lorsqu'il apprend, par un canal autre que l'entretien avec le cas index, une information telle que son lieu de travail, alors que le patient est opposé à toute levée du secret médical vis-à-vis de ses référents professionnels, susceptibles d'être contactés pour inventorier les sujets contacts ? Il est à noter que les recommandations de dépistage systématique de l'entourage, à l'exception des enfants de moins de 5 ans et des personnes infectées par le VIH, s'appuient sur de très faibles niveaux de preuve pour les sujets contacts ne vivant pas sous le même toit [4]. Il est admis dans les pratiques des CLAT que lorsque des enfants sont concernés, toute mesure de dépistage doit être prise en passant outre l'accord du cas index. En dehors de cette situation, combien de cas index refusent l'enquête ? Combien voient des investigations pratiquées à leur insu ?

Des enquêtes et interventions menées sans partenariat avec la personne malade sont propres à engendrer pour elle des événements indésirables dans le champ social, la tuberculose restant une maladie stigmatisant ceux qui en sont atteints. Certes les CLAT ont une mission auprès des collectivités et communautés d'information sur cette maladie. Mais comment dédramatiser une maladie pour laquelle sont mis en œuvre des moyens étendus et systématiques au sein d'une communauté, dans un contexte d'alerte et de collaboration avec différentes institutions perçues comme « non neutres » par les patients ?

La loi certes prévaut sur les recommandations. Néanmoins, les CLAT, placés au milieu d'orientations contradictoires, ont une éthique à construire. Des décisions graduées pour gérer les risques de façon proportionnelle sont à prendre indépendamment des pressions voire des conflits d'intérêt. Des procédés sont à trouver pour amener au dépistage les personnes pour qui la prévention est efficace, tout en garantissant pour tous les sujets contacts la plus stricte confidentialité. Les CLAT doivent savoir se recentrer pour choisir avec sobriété leurs contributeurs, professionnels ou bénévoles, en les avertissant du secret professionnel auquel ils doivent se soumettre ; toute personne apportant sa contribution à l'enquête, à quel titre que ce soit, est soumise au secret professionnel [2]. Même s'ils sont fortement investis, les contributeurs doivent être avertis qu'ils ne seront destinataires d'aucun résultat des interventions, seule l'ARS sera informé des résultats à l'échelle des groupes dépistés. Quant à l'information du malade tubercu-

leux sur les procédures spécifiques de santé publique, elle est à dispenser avec attention et respect en rassurant de manière proactive la personne sur ses propres droits, et sur les mesures de confidentialité mises en œuvre.

L'exercice médical dans les CLAT est exposé à des dérives. Même si les cas de tuberculose deviennent rares, le nombre important de contributeurs, leur diversité, justifient que soient posées quelques questions. Dans le champ des recommandations et des procédures, ne doit-on pas introduire une autre vigilance, celle qui préserve les droits des patients ? Cette précaution apparaît nécessaire autour de patients pour les moins rendus vulnérables par leur maladie et devenus objets d'alertes. Les CLAT ont une responsabilité dans le choix et l'encadrement des intervenants dont les représentations de la tuberculose sont difficiles à modifier dans l'urgence. Quels que soient leurs contenus techniques, les interventions de lutte antituberculeuse se retrouvent aux frontières des différents droits, celui de la personne et celui de la santé publique.

### Remerciements

L'auteur remercie pour son éclairage Safia Bouabdallah, Maître de conférence au centre de recherche critique sur le droit, université Jean-Monnet, Saint-Étienne, France.

### Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

- [1] Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007–2009; 2007 [Accédé le 2 mai 2015] [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/prog\\_tuberculose\\_2007\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/prog_tuberculose_2007_2009.pdf).
- [2] Code de la santé publique. Article R3113-4 modifié par décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 - art. 86.
- [3] Haut Conseil de la santé publique. Enquête autour d'un cas de tuberculose—recommandations pratiques; 2013 [Accédé le 2 mai 2015] <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=391>.
- [4] World Health Organization. Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries; 2012 [Accédé le 2 mai 2015] <http://www.apps.who.int/iris/handle/10665/77741>.

É. Rivollier

*Centre de lutte antituberculeuse de la Loire,  
centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne,  
42055 Saint-Étienne cedex 2, France*

Adresse e-mail :

[elisabeth.rivollier@chu-st-etienne.fr](mailto:elisabeth.rivollier@chu-st-etienne.fr)

Reçu le 7 mai 2015 ;

accepté le 20 octobre 2015

Disponible sur Internet le 27 janvier 2016

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2016.01.002>

0761-8425/© 2016 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.