

# Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose 2012–2017



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
**Office fédéral de la santé publique OFSP**

# Contenu

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Abréviations</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Remerciements</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Résumé</b>   | <b>6</b>  |
| <b>Introduction</b>   | <b>10</b> |
| <b>1 La TB : données factuelles</b>   | <b>12</b> |
| 1.1 Mode de transmission et particularités de la maladie                      | 12        |
| 1.2 Situation épidémiologique   | 13        |
| 1.3 Défis de santé publique   | 14        |
| 1.4 Groupes concernés par la stratégie  | 16        |
| <b>2 Eléments principaux de la stratégie</b>                                  | <b>17</b> |
| <b>3 Objectifs et conditions cadres</b>                                       | <b>18</b> |
| 3.1 Objectif général  | 18        |
| 3.2 Objectifs spécifiques   | 18        |
| 3.3 Conditions cadres : Uniformisation, standardisation et coordination       | 22        |
| <b>4 Mesures par axe d'intervention prioritaire</b>                           | <b>23</b> |
| 4.1 Dépistage et diagnostic   | 23        |
| 4.2 Traitement et mesures d'accompagnement                                    | 24        |
| 4.3 Enquêtes d'entourage  | 26        |
| 4.4 Surveillance épidémiologique  | 27        |
| 4.5 information, Formation et communication                                   | 28        |
| 4.6 Collaboration internationale  | 30        |
| <b>5 Rôles et responsabilités des acteurs principaux</b>                      | <b>32</b> |
| 5.1 OFSP  | 32        |
| 5.2 Autorités sanitaires cantonales   | 33        |
| 5.3 Centre de compétence tuberculose au niveau national                       | 34        |
| 5.4 Ligues pulmonaires ou autres centres de compétence cantonaux ou régionaux | 34        |
| 5.5 Médecins hospitaliers, généralistes et spécialistes                       | 34        |
| 5.6 Laboratoires  | 35        |
| 5.7 Université, académie  | 36        |
| 5.8 Associations faitières  | 36        |
| 5.9 Services à risque accru   | 36        |
| <b>6 Implications financières de la stratégie</b>                             | <b>37</b> |
| <b>Références</b>   | <b>39</b> |
| <b>Glossaire</b>  | <b>40</b> |
| <b>Impressum</b>  | <b>43</b> |

# Abréviations

|        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| DOT    | Directly Observed Treatment         |
| H      | Isoniazide                          |
| IGRA   | Interferon Gamma Release Assay      |
| ITBL   | Infection tuberculeuse latente      |
| MDR-TB | Multidrug-resistant tuberculosis    |
| OFSP   | Office fédéral de la santé publique |
| ODM    | Office fédéral des migrations       |
| OMS    | Organisation mondiale de la Santé   |
| R      | Rifampicine                         |
| TB     | Tuberculose                         |

# Remerciements

L'OFSP remercie les institutions partenaires suivantes d'avoir contribué à l'élaboration de cette stratégie :

- Les médecins cantonaux et cantonaux adjoints, ainsi que l'Association des médecins cantonaux suisses (AMCS),
- La Ligue pulmonaire suisse (LPS) et les Ligues pulmonaires cantonales
- La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- La Fédération des médecins suisses (FMH)
- Les Sociétés suisses d'infectiologie, de médecine tropicale et parasitologie, de pneumologie et de pneumologie pédiatrique
- Office fédéral des migrations (ODM)
- Le Centre antituberculeux (CAT), HUG, Genève
- Le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (CEPCM), Stockholm
- Le Centre national de mycobactériologie (NZM), Zurich
- La Conférence des médecins pénitentiaires suisses
- La Croix-Rouge suisse
- Les Instituts de médecine sociale et préventive (IMSP), Berne et Zurich, et l'Institut tropical et de santé publique suisse, Bâle (Swiss TPH)
- Le Laboratoire central de bactériologie, HUG, Genève
- OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague
- La Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne, et particulièrement les services suivants : le Dispensaire antituberculeux (DAT), l'Unité des populations vulnérables (UPV) et le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire (SMPP)
- Stop TB Partnership (OMS)
- Swiss Lung Foundation
- L'Unité de médecine pénitentiaire des HUG, Genève
- L'Union Internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (L'Union)
- La Zürcher Höhenklinik Wald (ZHW), Faltigberg-Wald, Zurich

## Contexte général

La présente Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la lutte contre la tuberculose ainsi que celles confrontées à la tuberculose de manière ponctuelle. Elle a comme fonctions principales de mieux coordonner les activités de la Confédération et des cantons, d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles et de mettre au clair les priorités de santé publique en jeu et les actions en découlant. Elle a été élaborée de manière participative durant toute l'année 2011 et couvre la période 2012 à 2017.

## Situation actuelle en Suisse

Au niveau épidémiologique, environ 550 cas de tuberculose (TB) sont notifiés chaque année en Suisse. En 2011, 74 % des cas concernaient des personnes nées à l'étranger et/ou de nationalité étrangère. Celles-ci sont le plus souvent jeunes. Ce n'est pas le cas des patients parmi la population autochtones, puisque leur âge médian est de 67 ans.

Cette maladie pose plusieurs **défis de santé publique**. Parmi ceux-ci : un diagnostic difficile (manque de spécificité des symptômes, problèmes d'accès et de communication pour les migrants) ; un traitement long et cher ; une réduction de l'expérience des professionnels de la santé due à une raréfaction des cas ; une observance thérapeutique difficile pour les personnes en situation précaire et des enquêtes d'entourage qui peuvent s'avérer délicates.

## Groupes particulièrement concernés par la stratégie

Les **groupes à risque** sont les personnes issues de la migration originaires de pays à haute prévalence, les personnes à risque accru de développer la maladie en cas d'infection, les personnes à risque accru d'être infectées avec des souches résistantes, ainsi que celles dont l'accès au diagnostic et au traitement est limité pour des raisons socio-économiques.

## Éléments principaux de la stratégie

La stratégie vise un objectif général et quatre objectifs spécifiques et regroupe les mesures en six axes d'intervention prioritaires.

L'**objectif général** de la stratégie porte sur le contrôle de la tuberculose, de sa transmission et de ses conséquences médicales et sociales. La stratégie comporte quatre **objectifs spécifiques**. Le premier concerne les personnes atteintes de tuberculose et consultant le système médical en Suisse, afin qu'elles soient détectées de façon précoce et traitées adéquatement et complètement. Le maintien de l'expertise du corps médical est la clé pour atteindre ces résultats. Le deuxième objectif est de garantir l'accès à l'information, à la détection précoce et au traitement adéquat et complet pour les populations à risque. Les populations particulièrement visées sont les migrants sans statut légal et/ou sans assurance maladie. Le troisième objectif concerne les enquêtes d'entourage autour des cas contagieux. En effet, celles-ci ainsi que la prise en charge des infections tuberculeuses doivent se faire de manière standardisée, uniforme et efficiente. Le quatrième objectif est de faire en sorte que la lutte contre la tuberculose soit efficace, appropriée et économique. Pour ceci, les standards établis doivent être respectés et l'impact des mesures sur l'atteinte des objectifs doit être régulièrement mesuré. Finalement, afin d'améliorer l'efficacité de la lutte contre la TB, trois conditions cadres sont fondamentales et ont été intégrées tout au long de la stratégie : l'uniformisation, la standardisation et la coordination des pratiques et activités.

Les **mesures** ont été regroupées par axes d'interventions prioritaires. On dénombre six axes :

- L'axe **dépistage et diagnostic** inclut principalement l'absence de discrimination dans l'accès au diagnostic, la sensibilisation du personnel des structures apportant un soutien aux populations à risque et le respect des standards décrits dans le manuel de référence national ;
- L'axe **traitement et mesures** d'accompagnement insiste également sur le respect des standards et fixe le cadre de certaines mesures comme le traitement supervisé (DOT), l'isolement, la non-expulsion de personnes en cours de traitement ou l'échange d'information entre institutions ;
- L'axe **enquêtes d'entourage** traite principalement de la prise en charge des frais et du respect des standards ;
- L'axe **surveillance épidémiologique** décrit les responsabilités des différentes institutions concernant les déclarations obligatoires, les données épidémiologiques, le traitement des souches résistantes et les résultats de fin de traitement ;
- L'axe **information, formation et communication** liste différentes recommandations, notamment le développement d'un plan d'action cantonal ou régional, une sensibilisation à la TB, des formations continues et la communication auprès des populations à risque ;
- L'axe **collaboration internationale** met l'accent sur le rôle de l'OFSP lors de déplacements de patients à l'étranger, la contribution de cette institution à l'élaboration des recommandations internationales ainsi qu'à les suivre et la mise à disposition des données épidémiologiques au niveau international.

### Rôles et responsabilités

Les tâches principales de l'OFSP se situent au niveau de la surveillance épidémiologique nationale, de l'élaboration de la présente stratégie et de sa mise en œuvre, de l'élaboration et de la diffusion du manuel de référence national et de l'amélioration de la coordination nationale. Les **autorités sanitaires cantonales** sont responsables de la surveillance épidémiologique et de la coordination des mesures de lutte contre la TB au niveau cantonal, y compris du suivi du traitement. L'OFSP et les cantons peuvent déléguer leurs tâches à des centres de compétence, respectivement nationaux et cantonaux ou régionaux (principalement les **liges pulmonaires**). D'autres acteurs sont également cruciaux dans la lutte contre la tuberculose, particulièrement les médecins hospitaliers, généralistes et spécialistes, les **laboratoires**, les **services à risque** accru (comme les **centres d'accueil** pour requérants d'asile et les **prisons**), les **universités** et les **associations faitières**.

### Implications financières

Au niveau national, les dépenses de l'OFSP pour la lutte contre la tuberculose se sont élevées en 2011 à un peu moins de **900 000 CHF**, si l'on fait abstraction des coûts des mesures sanitaires de frontière. Durant la période 2012–2017, les sommes allouées seront ajustées selon les mesures, rôles et responsabilités établis dans la présente stratégie. Il est estimé en conséquence que la mise en œuvre de la stratégie impliquera une diminution des tâches actuellement assumées par l'OFSP et mandatées à la Ligue pulmonaire suisse et donc une diminution des dépenses qui y sont liées.

Au niveau **cantonal**, les dépenses (sans les coûts de traitement) pour 2011 ont été de presque **1,9 million CHF**, pour un coût moyen par cas de 3244 CHF. Il est estimé que la mise en œuvre de la stratégie aura probablement peu ou pas d'implication financière au niveau cantonal, hormis pour un petit nombre de cantons ayant actuellement un coût moyen par cas de TB relativement bas par rapport à la moyenne nationale.

# Introduction

Le nombre de cas de tuberculose a connu un important recul ces dernières décennies en Suisse. Cependant, une légère augmentation du nombre de cas a été observée ces quatre dernières années, en raison de l'arrivée accrue de personnes en provenance de la Corne de l'Afrique. Malgré cela, l'incidence de la TB reste actuellement faible en Suisse, avec environ 7 cas pour 100 000 habitants et rien ne présage une hausse inquiétante du nombre de nouveaux cas. Pourquoi donc l'OFSP a-t-il mobilisé des efforts dans le développement d'une stratégie ?

Tout d'abord, cette stratégie a – comme toute stratégie nationale – comme premier but de mieux coordonner et piloter les activités que la Confédération et les cantons entreprennent en matière de lutte contre la tuberculose. Ensuite, dans un contexte où les coûts de la santé ne cessent d'augmenter et les ressources restent limitées, une meilleure définition des objectifs nationaux permet d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles, la collaboration entre les différents acteurs, ainsi que la contrôlabilité de l'efficacité de l'action de l'Etat. L'élaboration de la présente stratégie n'a pas été envisagée en vue d'une augmentation du volume des mesures, mais plutôt en vue d'une utilisation plus efficace des ressources. Ainsi, en fonction du domaine d'intervention, l'impact des mesures peut être amélioré en utilisant la même quantité de ressources ou une épargne peut être obtenue sans perte de qualité des mesures. Finalement, pour des raisons historiques, la TB reste une maladie véhiculant une peur exagérée, un lourd stigma et une prise en charge par le système de santé nettement plus verticale que pour d'autres agents pathogènes. Ceci entraîne comme conséquence que des décisions de santé publique peuvent parfois être basées sur des considérations politiques, en plus d'être basées sur des preuves (evidence-based). Il s'avérerait donc nécessaire de mettre au clair les priorités de santé publique en jeu et les actions en découlant.

Sur une base plus opérationnelle, différentes raisons ont poussé l'OFSP à développer une stratégie TB. D'une part, cet office doit ponctuellement prendre des décisions dans le cadre des mesures sanitaires de frontière. Etant donné que celles-ci visent essentiellement la TB, il s'avérerait important qu'une stratégie TB précède

toute décision importante dans le cadre de ces mesures. D'autre part, la division Maladies transmissibles de l'OFSP a connu une réorganisation en 2010 en vue d'améliorer ses processus et son efficacité. Le développement de stratégies de manière méthodique et participative fait donc partie de cette nouvelle organisation. Finalement, cet effort s'inscrit dans le cadre du projet de nouvelle loi sur les épidémies qui prévoit que le Conseil fédéral fixe les stratégies. La loi est actuellement examinée au Parlement.

Cette stratégie s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la lutte contre la tuberculose ainsi que celles confrontées à la tuberculose de manière ponctuelle. Elle vise particulièrement à guider les personnes ayant des tâches de maintien de la santé publique, que ces personnes soient dans le domaine soignant, administratif, ou autre.

La Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose 2012–2017 a été élaborée de manière participative. Sa phase de conception a principalement consisté en une analyse du contexte national, grâce à 24 entretiens approfondis avec des personnes-clés du volet santé publique de la lutte contre la tuberculose en Suisse. De plus, une analyse comparative des stratégies nationales de lutte contre la TB de 10 autres pays de l'OCDE a été effectuée. Durant la phase de développement, deux ateliers de planification stratégique ont eu lieu en juin 2011, avec respectivement 30 et 17 participants. La phase de consolidation a connu plusieurs rounds de révision de l'ébauche de la stratégie. Un pool d'experts a apporté les premières modifications. La deuxième consultation a fait intervenir 55 institutions différentes, dont 32 ont apporté des modifications substantielles.

La division Maladies transmissibles de l'OFSP est reconnaissante de l'accueil favorable que les partenaires ont fait à ce projet et remercie chaleureusement toutes les personnes s'étant impliquées dans ce travail commun. La mise en œuvre de la stratégie bénéficiera grandement de son élaboration participative.

# 1 La TB : données factuelles

## 1.1 Mode de transmission et particularités de la maladie

La tuberculose est une maladie bactérienne transmissible, causée par les espèces pathogènes du complexe du *Mycobacterium tuberculosis*. Elle est transmise principalement **par voie aérienne** (*Mycobacterium tuberculosis*) et plus rarement par ingestion (*Mycobacterium bovis*). Les sources principales de transmission sont les tuberculoses pulmonaires se présentant avec des symptômes respiratoires – avec mise en évidence de l'agent pathogène dans les expectorations – et il faut généralement être en contact rapproché et prolongé (plusieurs heures) avec une personne contagieuse pour contracter l'infection.

Il est important de différencier **l'infection tuberculeuse et la tuberculose (maladie)**. Les personnes ayant une infection tuberculeuse latente (ITBL) n'ont pas de symptômes et pour la plupart ne tomberont pas malade. Par contre, et en particulier si le système immunitaire de ces personnes s'affaiblit, les bactéries peuvent – même plusieurs années après l'infection – se multiplier suffisamment pour entraîner les symptômes typiques de la tuberculose. L'infection entre alors dans sa phase active ou de maladie avérée.

Une particularité de la maladie est que son **traitement** nécessite une combinaison prolongée de **plusieurs médicaments** antituberculeux à prendre sans interruption pendant plusieurs mois. Les traitements inadéquats, incomplets ou interrompus peuvent entraîner une sélection de souches résistantes à un ou plusieurs antituberculeux. Il est donc important de **favoriser l'observance thérapeutique** grâce à, entre autres : la responsabilisation des services de santé publique afin de coordonner la prise en charge ; une relation de confiance soignant/soigné ; une démarche éducative et participative ; une bonne qualité de l'information ; une responsabilisation de la part du soignant ; des incitatifs et facilitateurs, tel que des bons de repas ou des billets de transport public.

## 1.2 Situation épidémiologique

Globalement, l'incidence estimée de la tuberculose recule d'environ 1,3 % par année depuis 2002 (OMS, 2011). Cette régression est cependant beaucoup plus lente dans certains pays d'Asie, d'Afrique et d'Europe de l'Est.

En Suisse, l'incidence de la tuberculose a diminué jusqu'à 2007 et a connu une faible augmentation ces quatre dernières années. Elle reste néanmoins faible (578 cas notifiés en Suisse en 2011). La majorité des cas rapportés concernent des personnes originaires de pays à haute et moyenne endémie. Ainsi, en 2011, 74 % des cas concernaient des personnes nées à l'étranger et/ou de nationalité étrangère. Les requérants d'asile et les réfugiés – dont la plupart sont en Suisse depuis plusieurs années – ont représenté 22 % des cas de tuberculose, soit 127 personnes. La tuberculose survient le plus souvent chez des personnes jeunes et migrantes. Néanmoins, ceci ne provoque pas une augmentation de l'incidence dans la population autochtone, car le nombre de cas secondaires causés est faible. Dans la population autochtone, nous observons une augmentation progressive de l'âge médian des patients chez lesquels on détecte une tuberculose, qui est de 67 ans actuellement. Il s'agit de personnes infectées dans leur jeunesse (infection latente), à une époque où la maladie avait encore une forte prévalence en Suisse.

A l'avenir, on peut s'attendre à ce que le nombre de cas dans la population née en Suisse continue à diminuer. Il n'est par contre pas possible de prévoir l'évolution du nombre de cas survenant chez des personnes nées hors de Suisse, ni l'importation de souches de tuberculose résistantes. Ces souches résistantes, voire multirésistantes (MDR-TB), définies comme résistantes au moins à l'isoniazide (H) et la rifampicine (R), nécessitent des médicaments supplémentaires, un traitement prolongé, cher, avec un risque élevé d'effets secondaires et de décès. Il y a en moyenne par année sept cas de tuberculose multirésistante diagnostiqués en Suisse.

### 1.3 Défis de santé publique

Plusieurs facteurs font que la tuberculose demeure un problème de santé publique. Il y a d'une part sa transmissibilité de personne à personne par voie aérienne. D'autre part, elle comporte un risque de conséquences médicales graves et donc à coût élevé. En effet, le coût direct d'une TB ordinaire (sensible aux médicaments) est d'environ 18 000 CHF, tandis que celui d'une TB multirésistante avoisine les 100 000 CHF<sup>1</sup>. Finalement, le risque de développement et de propagation de résistances aux médicaments – favorisé par une inadéquation du traitement prescrit ou une observance thérapeutique insuffisante – reste considérable.

Le contrôle et la prévention de la tuberculose posent plusieurs défis :

- Le **diagnostic précoce de la tuberculose est souvent difficile** du fait du manque de spécificité des signes et symptômes. Le développement caractéristiquement lent, parfois même sournois, de la tuberculose contribue à la difficulté de son dépistage.
- La raréfaction des cas en Suisse s'accompagne d'une **réduction de la sensibilité et de l'expérience** des médecins et autres professionnels de la santé en la matière.
- Dans les pays à haut revenu, les personnes touchées sont principalement des **migrants venant de pays à moyenne et haute prévalence**, ce qui pose des problèmes d'accès à la détection précoce et au traitement adéquat et complet. Ceci est dû en majeure partie à un problème de langue et de culture différente, une situation sociale et économique précaire, une absence de statut légal et d'assurance maladie et une grande mobilité. La tuberculose porte souvent un stigma très négatif dans le pays d'origine, ce qui peut retarder le recours à une aide spécialisée en raison d'une honte injustifiée.

- Le **traitement** nécessite une combinaison de plusieurs antibiotiques pendant **plusieurs mois** et une bonne observance thérapeutique. A défaut, la maladie peut ne pas guérir, récidiver et/ou devenir **résistante au traitement**. Lorsque la tuberculose est résistante aux traitements habituels, la prise en charge devient difficile, avec davantage de médicaments, plus chers, pour des durées plus longues, comprenant un potentiel élevé d'effets secondaires et dont la disponibilité n'est pas toujours assurée.
- L'**observance thérapeutique** pose un défi, particulièrement pour les personnes en situation précaire. Afin d'assurer l'observance thérapeutique, un **traitement sous observation directe** (Directly Observed Treatment ou DOT) est recommandé selon les standards internationaux : le malade prend son traitement en présence d'un professionnel de santé ou socio-sanitaire. Il est important que ce professionnel établisse un bon rapport interpersonnel avec le patient.
- Lorsqu'un cas de tuberculose contagieuse est diagnostiqué, son entourage est investigué, afin d'identifier d'autres cas ou des personnes récemment infectées à risque de développer des manifestations cliniques. Ces **enquêtes d'entourage** peuvent s'avérer délicates, demandant des connaissances et une expérience spécifiques. Elles doivent de plus être conduites selon les recommandations nationales<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Le coût d'une TB ordinaire est en moyenne de 17 914 CHF, comprenant 16 002 CHF (89 %) de coûts d'hospitalisation, 640 CHF (4 %) de prestations médicales, 717 CHF (4 %) de prestations techniques et laboratoire et 555 CHF (3 %) de médicaments (source : OFS 2011 et valeurs calculées dans le logiciel TARMED, communication J-P Zellweger, 2012). Le coût d'une TB multirésistante est en moyenne de CHF 95 572, comprenant des coûts d'hospitalisation et de médicaments de 90 400 CHF (95 %, dispersion 22 000– 391 000 CHF), 3022 CHF (3 %) de prestations médicales, 2150 CHF (2 %) de prestations techniques et laboratoires (source : Gimmi et al., 2003 et communications G Ebersbach, J-P Janssens, L Nicod et J-P Zellweger, janvier 2012).

<sup>2</sup> L'observance du traitement de l'ITBL est souvent insatisfaisante (Langenskiold et al, 2008 ; Bodenmann et al, 2009). En conséquence, les enquêtes d'entourage doivent se limiter aux personnes exposées présentant un risque élevé de progression de la maladie (proches parents, en particulier les enfants et les sujets immunodéprimés).



## 2 Eléments principaux de la stratégie

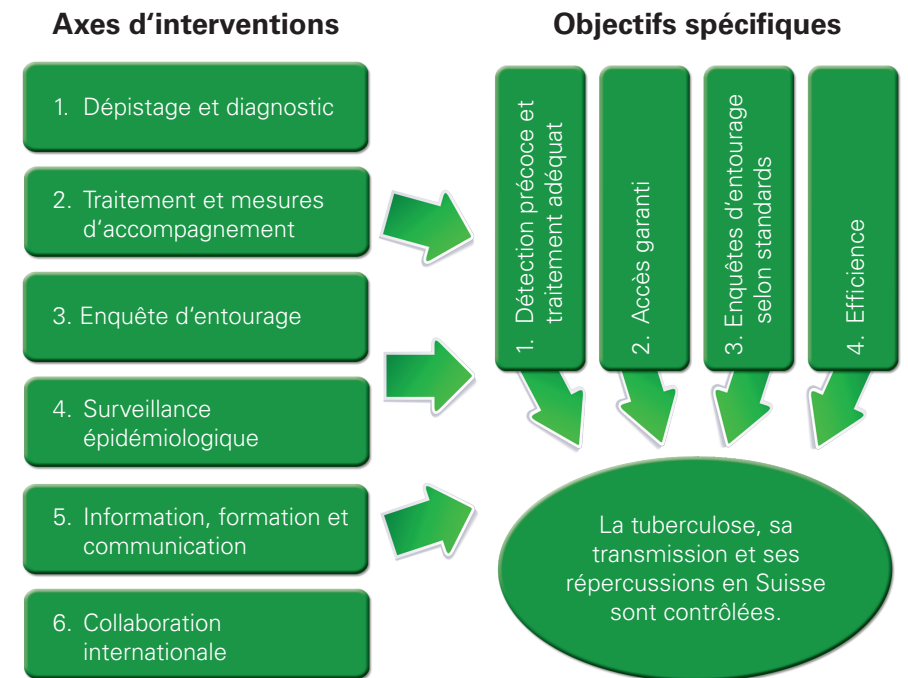
### 1.4 Groupes concernés par la stratégie

Les groupes à risque incluent les personnes originaires de pays à haute prévalence, les personnes à risque accru de développer la maladie en cas d'infection, les personnes à risque accru d'être infectées avec des souches résistantes, ainsi que celles dont l'accès au diagnostic et au traitement est limité pour des raisons socio-économiques. La présente stratégie met l'accent sur la prise en charge de ces dernières et plus particulièrement :

- Les personnes qui n'ont pas de couverture d'assurance maladie,
- Les personnes qui séjournent en Suisse sans statut légal et qui ont donc peur de se faire expulser si elles consultent les structures de santé,
- Les personnes qui n'ont pas une bonne compréhension de la langue officielle de leur canton de résidence ou qui ont une approche culturelle au corps et à la maladie différente de celle véhiculée par le système de santé en Suisse,
- Les personnes instables, au niveau du domicile ou personnel (toxicomanie et autres dépendances, troubles de la personnalité), et sans réseau social.

La stratégie comprend un objectif général, quatre objectifs spécifiques et six axes d'interventions prioritaires.

La figure 1 permet d'en visualiser les points principaux.



# 3 Objectifs et conditions cadres

## 3.1 Objectif général

La tuberculose, sa transmission et ses répercussions en Suisse sont contrôlées.

Plus des deux tiers des cas de tuberculose en Suisse sont détectés chez les migrants. Etant donné qu'il n'est pas possible, ou que très peu, d'influencer directement le développement de la tuberculose parmi les migrants entrant en Suisse, l'objectif général porte sur la prévention de la transmission de la tuberculose et ses conséquences médicales et sociales. Le but principal est donc de contrôler sa transmission en Suisse.

### Résultat attendu :

Le nombre de nouveaux cas survenant chez les personnes originaires de Suisse (nationalité et lieu de naissance) de moins de 18 ans est en constante diminution.

## 3.2 Objectifs spécifiques

### 3.2.1 Détection précoce et traitement adéquat

Les personnes avec une tuberculose consultant le système médical en Suisse sont détectées de façon précoce et traitées adéquatement et complètement.

Cet objectif traite spécifiquement de la détection passive des cas de maladie avérée, c'est-à-dire du diagnostic chez des individus qui ont spontanément recours au système de santé.

Ces activités sont prioritaires et impliquent le maintien ou l'amélioration de l'expertise du corps médical en terme de diagnostic et de traitement.

### Résultats attendus :

Le pourcentage des patients à tuberculose pulmonaire confirmée ayant un résultat de traitement défavorable (échec ou abandon) ou pour lesquels il n'y a pas d'information sur le résultat du traitement suite à un transfert pour un suivi de traitement ailleurs est inférieur à 10 %.

L'existence des recommandations de santé publique, diagnostiques et thérapeutiques est connue. Les recommandations sont utilisées.

### Résultats attendus (indicateurs secondaires) :

Le délai de diagnostic lié au personnel de santé (provider delay), mesuré par le délai entre la première consultation et le début du traitement, est réduit.

Au minimum 75 % des patients ayant une tuberculose multi-résistante sont traités avec succès (guérison documentée ou traitement terminé).

### 3.2.2 Accès garanti

L'accès à l'information, à la détection précoce et au traitement adéquat et complet pour les populations à risque, en particulier les migrants sans statut légal et/ou sans assurance maladie, est garanti.

Les groupes à risque nécessitent une attention particulière, pour des raisons de santé publique et d'équité (égalité des chances) :

- Différentes mesures doivent être considérées afin d'améliorer l'accès à l'information – particulièrement lors des consultations – pour les migrants, comme par exemple un interprétariat communautaire<sup>3</sup> et une médiation interculturelle de qualité. Sont très importantes dans ce contexte la sensibilisation, la formation de base et la formation continue du personnel spécialisé concernant les questions de migration (comme les compétences transculturelles).

<sup>3</sup> Se référer à la Stratégie Migration et santé de l'OFSP.

- L'accès à la détection précoce est d'autant plus important pour ces personnes – migrantes ou à conditions économiques précaires – qu'elles vivent souvent nombreuses dans un espace restreint et ont donc une plus grande probabilité de transmettre les bactéries. Afin de prévenir les retards de diagnostic, les professionnels en contact avec les personnes à risque sont à sensibiliser et à informer sur la tuberculose. De plus, la confiance dans le dispositif de soins, particulièrement au niveau de sa confidentialité, contribue à améliorer son utilisation.
- Finalement, l'accès à un traitement complet est difficile à garantir pour les patients socialement (migrants sans statut légal, etc.), personnellement (polytoxicomanie, troubles de la personnalité, etc.) instables ou dont le lieu de résidence change souvent. Les structures de santé publique et les structures de soins doivent s'adapter afin de garantir une prise en charge appropriée de ces populations, comme par exemple à travers un traitement supervisé (DOT) approprié, des garanties de confidentialité ou un accompagnement psychosocial.

#### Résultats attendus :

Le délai de diagnostic lié aux patients (patient delay) est réduit. Afin d'évaluer les barrières dues à des déterminants sociaux, le délai de diagnostic est analysé en fonction du statut de résidence du patient, de son affiliation à une assurance maladie, du canton de résidence, de son pays d'origine, de son âge et de son sexe.

Les résultats de traitement sont analysés selon les mêmes paramètres que ci-dessus et ne montrent pas de différence significative entre les différents groupes.

### 3.2.3 Enquêtes d'entourage selon standards

Les enquêtes d'entourage autour des cas contagieux et la prise en charge des infections tuberculeuses se font de manière standardisée, uniforme et efficiente.

Lors des enquêtes d'entourage, les infections tuberculeuses sont recherchées autour des cas contagieux et particulièrement parmi les proches parents. Il arrive qu'on découvre un autre cas de tuberculose active. Cependant, la plupart du temps, l'enquête d'entourage permet d'identifier des infections latentes nécessitant un traitement.

Des standards sont définis au niveau national dans le Manuel de la tuberculose (LPS et OFSP, 2011) et il est important de respecter ces standards dans le choix des personnes de contact à tester. L'enquête doit se focaliser sur les personnes à risque élevé d'avoir été infectées et de progresser vers la maladie, c'est-à-dire celles qui ont récemment été en contact de manière suffisamment prolongée, en particulier les enfants et les personnes immunodéprimées. Les autorités sanitaires cantonales mandatent les services compétents au niveau cantonal ou régional afin qu'ils exécutent et coordonnent les enquêtes d'entourage.

#### Résultats attendus :

Tous les cantons ont un processus permettant d'assurer que les enquêtes d'entourage ciblent les personnes définies selon le Manuel de la tuberculose.

Tous les cantons assurent le financement des tests de dépistage dans le cadre des enquêtes d'entourage qui sont effectuées selon le Manuel de la tuberculose, hors dépistage sur le lieu de travail.

## 4 Mesures par axe d'intervention prioritaire

### 3.2.4 Efficience

La lutte contre la tuberculose en Suisse est efficace, appropriée et économique.

Afin d'améliorer constamment l'efficacité et l'efficience de la lutte contre la tuberculose, le présent document et le plan d'action qui en découlera décrivent les données nécessaires qui permettront un suivi permanent de l'impact des mesures sur l'atteinte des objectifs.

Les termes efficience et économique sont utilisés ici pour qualifier des interventions ou mesures ayant un bon rendement, c'est-à-dire qui aboutissent à de bons résultats avec un bon rapport coût-bénéfice. Le respect des standards ainsi établis est la principale mesure permettant d'améliorer l'efficience.

#### Résultat attendu :

Suite à l'analyse des indicateurs des objectifs 3.2.1 à 3.2.3, l'impact des mesures décrites dans le plan d'action national a été évalué durant la période 2012–2017 et certaines mesures ont été adaptées si nécessaire, ceci afin de rendre les interventions plus efficaces et appropriées.

### 3.3 Conditions cadres : Uniformisation, standardisation et coordination

Afin d'améliorer l'efficacité, l'efficience et l'équité des mesures de lutte contre la tuberculose, l'uniformisation, la standardisation et la coordination des pratiques et activités (tout en considérant bien sûr les différences socioculturelles des patients) sont fondamentales. Ces trois conditions cadres ont donc été intégrées – lorsque nécessaire – dans les mesures listées dans le chapitre suivant.

### 4.1 Dépistage et diagnostic

Les cantons veillent à ce que **l'accès<sup>4</sup> au diagnostic sans discrimination due à l'appartenance à un groupe social soit garanti** (par exemple avec interprétariat communautaire), afin d'éviter les **retards de diagnostic liés au patient** (patient delay). Pour ceci, des solutions adaptées pour les personnes sans statut légal de résidence sont élaborées en collaboration avec les organisations actives dans le domaine.

Les médecins de premier recours, en particulier ceux qui ont un grand nombre de personnes appartenant à des populations à risque parmi leurs patients, sont sensibilisés à la tuberculose, afin de réduire **les retards de diagnostic liés au personnel de santé** (provider delay). De plus, le personnel des structures apportant un soutien à des populations migrantes ou en situation précarisée est sensibilisé à la tuberculose et sait en reconnaître les signes d'appel.

Le diagnostic final est basé sur l'analyse bactériologique, en **respectant les standards** décrits dans le manuel de référence national.

Les autorités compétentes de la Confédération et les cantons sont responsables de fournir un accès équitable et non-discriminatoire à la détection précoce et au diagnostic pour toutes les personnes relevant de leur juridiction et sous leur garde, en particulier pour les **demandeurs d'asile**. L'OFSP soutient l'ODM et les cantons de manière consultative concernant les exigences techniques et juridiques permettant de fournir en suffisance des soins médicaux de base aux personnes relevant du domaine de l'asile.

<sup>4</sup> Selon l'art. 3 de la LAMal, « Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. (...) Il [le Conseil fédéral] peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui : a. exercent un activité en Suisse ou y séjournent habituellement. (...) »

Afin de garantir des **diagnostics de laboratoires de haute qualité**, l'OFSP mandate le centre national de référence en mycobactériologie afin qu'il propose aux autres laboratoires de diagnostic microbiologique un standard de qualité pour la microscopie, la détermination de l'espèce dans le complexe du *Mycobacterium tuberculosis* et de la résistance.

#### 4.2 Traitement et mesures d'accompagnement

Le **traitement est standardisé** en suivant les recommandations internationales et est décrit dans le **manuel de référence national**. Les autorités sanitaires cantonales, directement ou par le biais d'un centre de compétence cantonal, s'assurent du respect des procédures de mise en œuvre et de suivi du traitement jusqu'à sa conclusion.

Le centre national de référence en mycobactériologie propose des standards de tests de résistance. En collaboration avec le centre national de compétence tuberculose, il donne des conseils pour le traitement des mycobactéries résistantes.

Les autorités sanitaires cantonales s'assurent que les **risques d'abandon de traitement** soient évalués et qu'un traitement supervisé (DOT) ou autre modalité de traitement en découlant si nécessaire soit mis sur pied. La disponibilité d'un centre de compétence cantonal ou régional permet d'assurer la disponibilité et la coordination de personnel de santé adéquatement formé pour prendre en charge ce type de suivi, sur mandat de l'autorité sanitaire compétente.

Un patient peut être isolé en milieu hospitalier si la surveillance médicale et le confinement à domicile s'avèrent insuffisants pour empêcher efficacement la propagation de la maladie (par exemple logement dans un foyer pour requérants d'asile ou présence de personnes immunosupprimées dans l'entourage social). Le médecin cantonal est compétent pour ordonner cet isolement.

Lors de **transfert d'un patient** vers un autre lieu, la continuité des traitements est assurée par le médecin traitant, sous la responsabilité des autorités sanitaires cantonales, avec l'aide de l'OFSP pour les transferts à l'étranger. Ceci est effectué grâce à l'échange d'information entre les institutions, les autorités sanitaires cantonales, celles des pays et les autorités migratoires.

Pour les personnes relevant de l'asile, l'OFSP cherche à maintenir des accords avec l'ODM, afin que ces personnes en cours de traitement **ne soient pas expulsées avant la fin du traitement** (OFSP et ODM, 2009). Ces accords comprennent également les personnes se trouvant en prison. Ils ne comprennent par contre pas les personnes qui ont atteint durant leur traitement le délai de renvoi selon le traité de Dublin<sup>5</sup>. Dans ces cas, l'ODM s'assure qu'un médecin dans le pays de renvoi se déclare prêt à prendre en charge le suivi du traitement.

Des **mesures d'accompagnement** (enablers and incentives), comme par exemple un système d'outreach (chercher à atteindre les personnes sur leur lieu de vie plutôt que d'attendre qu'elles viennent pour le suivi de leur traitement) et la prise en charge des coûts de transport ou l'octroi de bons d'alimentation/repas, permettraient une meilleure observance du traitement par les populations les plus défavorisées ou les plus à risque d'abandon du traitement. Les cantons devraient également prévoir des solutions appropriées pour la prise en charge des migrants sans statut légal.

<sup>5</sup> Il s'agit là des requérants d'asile ayant déjà été enregistrés dans un autre pays de l'Espace Schengen.

### 4.3 Enquêtes d'entourage

Les autorités sanitaires cantonales s'assurent que les enquêtes d'entourage sont effectuées selon les **standards du manuel de référence national**. Elles organisent les enquêtes autour des cas contagieux selon les recommandations nationales et en incluant la pratique de terrain active (outreach). Les investigations chez les enfants de moins de cinq ans doivent être effectuées par des pédiatres spécialement formés (pneumologues pédiatriques ou infectiologues pédiatriques).

Selon le manuel de référence national, les enquêtes d'entourage doivent se limiter aux personnes exposées présentant un **risque élevé de progression vers la maladie** et chez lesquelles la progression peut être évitée par un traitement préventif. En fonction de la contagiosité, le cercle d'exposés à investiguer peut être plus ou moins élargi. Dans les cantons où la moyenne des personnes investiguées par cas de tuberculose est **considérablement faible ou élevée par rapport à la moyenne nationale**, les autorités sanitaires cantonales en recherchent les causes.

Les frais des enquêtes d'entourage sont pris en charge **par le canton** lorsque effectuées de manière standardisée selon l'algorithme du Manuel de la tuberculose et sur son mandat, et tant qu'aucune autre partie n'est responsable de la prise en charge de ces frais.

Un traitement préventif doit être recommandé aux personnes infectées. Les informations fournies comportent l'histoire naturelle de l'infection tuberculeuse, ainsi que le mode, la durée et les effets secondaires du traitement préventif. Le traitement peut débuter lorsque la personne infectée a consenti à suivre un traitement complet.

Après la mise en évidence d'une infection tuberculeuse latente (ITBL), l'assurance maladie prend en charge les frais d'investigations médicales, de dépistage (afin d'exclure une tuberculose active) et de traitement lorsqu'il ne s'agit pas d'une contamination professionnelle.

### 4.4 Surveillance épidémiologique

La tuberculose est une maladie à **déclaration obligatoire** par les laboratoires (directement à l'OFSP et aux médecins cantonaux) et par les médecins (aux médecins cantonaux). Le médecin cantonal reçoit les déclarations, en vérifie le contenu afin de les compléter et d'initier des mesures nécessaires pour assurer le traitement, puis les transmet à l'OFSP. Il incombe en effet au médecin cantonal de demander les informations complètes au médecin traitant et aux laboratoires lorsque les déclarations sont incomplètement renseignées.

Sur la base des formulaires de déclaration obligatoire reçus, l'OFSP **récolte, centralise, maintient à jour et publie les données épidémiologiques**. Il évalue la situation épidémiologique et réagit si nécessaire. Les données cantonales sont mises à disposition des cantons par l'OFSP.

Le centre national de référence en mycobactériologie examine toutes les souches qui sont résistantes à la rifampicine. Il **identifie les cas groupés** (génotypage ciblé) de souches de **mycobactéries multirésistantes**, afin de monitorer la transmission et d'améliorer la prise en charge.

Les **résultats de fin de traitement** (voir Glossaire) sont récoltés de manière continue sous la responsabilité des cantons, afin de déterminer l'efficacité des efforts nationaux de lutte contre la tuberculose.

Au-delà de la surveillance épidémiologique, d'autres études peuvent s'avérer nécessaires afin d'évaluer l'évolution des caractéristiques sociales des cas de tuberculose en Suisse. Celles-ci peuvent concerner par exemple le délai de diagnostic dû au patient (patient delay) ou le rapport coût-efficacité de différentes mesures de santé publique contre la tuberculose.

#### 4.5 Information, formation et communication

Il est recommandé que les cantons, ou des groupes de cantons d'une région, élaborent **un plan d'action** en suivant la stratégie et les recommandations nationales. Le plan d'action a comme fonctions principales de brièvement décrire le dispositif cantonal de lutte contre la tuberculose et de clairement définir les rôles et responsabilités ainsi que les conditions de financement dans le canton. Ce document permettra non seulement de canaliser les efforts vers des objectifs communs et prioritaires, mais aussi une meilleure coordination intercantonale et nationale. Sur la base de ces documents, un fichier récapitulatif des prises en charge cantonales est produit et diffusé par l'OFSP, permettant d'améliorer la coordination nationale et la prise en charge supracantonale. La stratégie ne doit cependant pas conduire à une surcharge administrative pour les autorités responsables. Au contraire, les plans d'action peuvent servir avant tout à faciliter un processus d'optimisation des mesures.

L'OFSP est responsable de produire, diffuser et maintenir à jour les procédures de santé publique liées à la tuberculose dans un « **Manuel de la tuberculose** ». En établissant les standards (unité de doctrine), ce manuel de référence national favorise une prise en charge uniforme à travers le pays, adapté non seulement aux recommandations internationales, mais également au contexte national. La production et la diffusion de ce manuel peut être mandaté.

Les fournisseurs de soins de base et les spécialistes bénéficient **de la sensibilisation à la tuberculose et de formations continues**. Les sociétés suisses d'infectiologie, de médecine tropicale et parasitologie, de pneumologie et de pneumologie pédiatrique sont responsables de la formation continue des spécialistes. Les cantons et l'OFSP sont responsables de la sensibilisation auprès des fournisseurs de soins de base, au moyen par exemple de fiches d'information (fact sheets), d'articles dans le Bulletin de l'OFSP ou autres moyens de communication. La sensibilisation et la formation continue de ces fournisseurs de soins s'opèrent de la manière la plus efficiente possible, c'est-à-dire de manière ciblée auprès des fournisseurs de soins servant une grande proportion de patients à risque <sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Pour les services à risque accru, voir le guide de la Suva (Jost M et al, 2010) pp. 33, 34, 61 et 62 et Glossaire.

Les structures visant à dépister la maladie et à traiter les migrants s'assurent les moyens afin de **communiquer** adéquatement avec les personnes de différentes langues, cultures et milieux sociaux. Dans la mesure du possible, un interprétariat communautaire de qualité devrait être assuré, ainsi qu'une médiation interculturelle. De plus, il est recommandé que les cantons prévoient des stratégies d'information auprès de groupes ciblés tels que les prisonniers, les requérants d'asile, ou autres. La remise d'information complémentaire, synthétique, adaptée, dans différentes langues et sur format papier est également recommandée, afin de faciliter l'information et un accès équitable au traitement. Pour ceci, les cantons collaborent avec les organisations actives dans le domaine carcéral et de la migration.

L'OFSP facilite l'échange entre les professionnels de la santé, afin d'assurer le traitement adéquat des cas de MDR-TB <sup>7</sup>.

#### **4.6 Collaboration internationale**

L'OFSP a un rôle majeur en ce qui concerne les contacts internationaux dans le cadre du règlement sanitaire international (RSI). En effet, il soutient les autorités cantonales dans la prise de contact avec les autorités étrangères lors de déplacement à l'étranger de personnes sous traitement ou suspectes de TB. Si nécessaire, il facilite aussi les contacts lors des enquêtes d'entourage avec composante internationale.

<sup>7</sup> Cette plateforme est disponible ici : <http://www.tbinfo.ch/de/login-cug/loginlogout.html>

L'OFSP contribue au développement de consensus parmi les pays à faible incidence (comme par exemple l'uniformisation des données épidémiologiques et des standards des mesures à prendre). Il harmonise ses activités de lutte contre la tuberculose avec les recommandations, directives et critères de qualité des organisations internationales, notamment celles issues de l'OMS.

L'OFSP coopère avec les institutions nationales et internationales, dont l'OMS, par exemple au niveau de la mise à disposition des données épidémiologiques et l'élaboration de recommandations internationales.



# 5 Rôles et responsabilités des acteurs principaux

## 5.1 OFSP

Surveillance épidémiologique : sur la base des formulaires de déclaration reçus des médecins et des laboratoires et des informations additionnelles fournies par les cantons, l'OFSP récolte, centralise, analyse, maintient à jour et publie les données épidémiologiques. Il réagit en fonction de la situation épidémiologique. La collecte et l'exploitation des données relatives aux enquêtes d'entourage, aux traitements supervisés (DOT) et aux résultats de traitement peuvent être déléguées au centre de compétence national.

Il garantit que les informations sur le médecin traitant, le suivi et le résultat du traitement puissent être saisis dans le système de déclaration obligatoire.

Leadership : le Chef du département fédéral de l'intérieur (DFI) fixe la stratégie nationale et l'OFSP coordonne son développement et sa mise en œuvre. Ce dernier est également en charge de l'évaluation de la stratégie et de son adaptation si nécessaire.

Uniformisation et communication : l'OFSP se charge ou mandate l'élaboration et la diffusion d'un manuel de référence national contenant les standards, principalement en matière de dépistage, diagnostic, procédure de déclaration, traitement et enquêtes d'entourage.

Coordination : sur la base de l'élaboration de plans d'action cantonaux ou régionaux, l'OFSP est responsable de la production et de la dissémination d'un fichier récapitulatif des prises en charge cantonales, permettant d'améliorer la coordination nationale et la prise en charge intercantonale.

## 5.2 Autorités sanitaires cantonales

Le médecin cantonal (MC) est responsable de la collecte des données pour la surveillance épidémiologique (coordination, vérification et transmission des déclarations à l'OFSP) ; de l'investigation de liens possibles entre cas, de la coordination des mesures de lutte contre la tuberculose (mesures de traitement comme la DOT, enquêtes d'entourage, etc.) et de s'assurer que cela soit fait conformément aux standards. Il ou elle assure la formation continue du personnel en charge des mesures de lutte contre la tuberculose (DOT, enquêtes d'entourage).

Le MC est responsable du suivi du traitement : il ou elle prend les mesures d'autorité individuelles pour le diagnostic et l'isolement et doit assurer que le traitement est suivi de manière correcte, par observation directe (DOT) si nécessaire. Le respect des plans de traitement est délégué aux médecins traitants, tandis que les autorités sanitaires cantonales assurent que le traitement soit poursuivi jusqu'à sa fin et récoltent les résultats du traitement. Le médecin cantonal adopte en cas de besoin et à l'encontre d'individus ou d'institutions des décrets sur l'application de mesures coercitives adaptées.

Il ou elle peut déléguer ces tâches à des institutions spécialisées comme les ligues pulmonaires cantonales ou autres centres de compétence.

Le MC assure que la formation des médecins des centres d'accueil cantonaux pour requérants d'asile est adéquate en ce qui concerne le dépistage et le traitement de la tuberculose, ainsi que les compétences transculturelles et, si besoin, il ou elle mandate des tiers pour donner cette formation. Le MC peut désigner un ou plusieurs pneumologues et infectiologues de référence. Il ou elle prévoit également des stratégies d'information auprès du personnel de ces institutions. La remise d'information complémentaire, synthétique, adaptée et sur format papier aux patients et aux contacts lors des enquêtes d'entourage est également recommandée.

Le service sanitaire cantonal décide de l'accès aux soins et le canton (services sociaux inclus) couvre les dépenses de traitement lorsque le patient ou la communauté ne peuvent pas l'assumer. Il s'assure que les frais de dépistage dans le cadre des enquêtes d'entourage sont pris en charge par le canton, lorsqu'aucune autre partie n'est prioritairement responsable de la prise en charge de ces frais.

### **5.3 Centre de compétence tuberculose au niveau national**

Le centre de compétence national soutient les rôles et responsabilités de l'OFSP dans la lutte contre la tuberculose en Suisse. Il peut également être mandaté par les cantons pour des tâches spécifiques, telles que la formation continue du personnel de santé dans les services à risque. Les tâches sont précisées dans un mandat.

### **5.4 Ligues pulmonaires ou autres centres de compétence cantonaux ou régionaux**

Les centres de compétence cantonaux ou régionaux sont le plus souvent les Ligues pulmonaires cantonales. Ces centres reçoivent des mandats des médecins cantonaux.

### **5.5 Médecins hospitaliers, généralistes et spécialistes**

Il est de la responsabilité des médecins de poser un diagnostic correct et rapide et de référer un patient si nécessaire. Pour cela, ils suivent les standards du manuel de référence national et interagissent avec tous les autres échelons et acteurs nécessaires.

Ils s'assurent que le malade suit le traitement prescrit jusqu'à sa guérison. En cas de problème du suivi et de la prise du traitement (arrêt, disparition du patient), ils tentent, dans la mesure de leurs possibilités et si nécessaire en coopération avec les autorités cantonales responsables politiquement de l'observance des traitements et avec les institutions mandatées par ces dernières (comme les ligues cantonales) de localiser le patient et de réinstaurer le traitement.

Ils vérifient la partie clinique de la guérison de la tuberculose en effectuant ou en faisant effectuer les examens de contrôle des cas contagieux. Ils informent le médecin cantonal du résultat du traitement.

Les médecins sont responsables de compléter et de transmettre les déclarations initiales, complémentaires et de fin de traitement au médecin cantonal.

Les médecins spécialisés, principalement en hôpital, fournissent des informations aux médecins de premier recours. Ils assurent la continuation du traitement en ambulatoire avant la fin de l'hospitalisation en contactant les partenaires impliqués (médecins de premier recours, ligue pulmonaire cantonale, si besoin le médecin cantonal).

### **5.6 Laboratoires**

Les laboratoires assurent le diagnostic des cas de tuberculose et analysent le profil de résistance des souches. Dans le cas où ceci n'est pas possible, ils envoient le matériel pour ces analyses à des laboratoires à compétences plus étendues. Ils ont l'obligation de déclarer les résultats des analyses aux autorités de santé. Ils envoient les souches résistantes à la rifampicine au centre national de référence en mycobactériologie.

Le centre national de référence en mycobactériologie reçoit toutes les souches résistantes à la rifampicine et réalise un typage moléculaire (empreinte ADN), sur mandat de l'OFSP. Sur demande des cantons, il fait des typages additionnels en cas de suspicion de cas groupés. Il appuie les autres laboratoires en leur proposant un cercle de qualité pour la microscopie et la détermination de l'espèce dans le complexe du *Mycobacterium tuberculosis* et de la résistance. Finalement, en cas de tuberculose résistante, il procède à la détermination standardisée de la sensibilité aux médicaments de première et seconde ligne.

### 5.7 Université, académie

Les facultés de médecine et les écoles de soignants enseignent la tuberculose aux étudiants durant leur cursus académique.

### 5.8 Associations faitières

Les sociétés suisses d'infectiologie, de médecine tropicale et parasitologie, de pneumologie et de pneumologie pédiatrique sont responsables de la formation continue adéquate des spécialistes concernant la tuberculose.

### 5.9 Services à risque accru (centres d'accueil pour requérants d'asile, prisons, etc.)

Les services à risque sensibilisent leur personnel à la tuberculose, ses symptômes et les mesures à prendre pour éviter sa transmission.

Les structures visant à dépister la maladie et à traiter des migrants s'assurent les moyens afin de communiquer adéquatement avec les personnes de différentes langues, cultures et milieux sociaux. Dans la mesure du possible, un interprétariat communautaire de qualité devrait être assuré, ainsi qu'une médiation interculturelle.

Lors de transferts de patients, la continuité des traitements est assurée grâce à l'échange d'informations entre les institutions, les autorités sanitaires cantonales, celles des pays et les autorités migratoires.

En 2011, **les dépenses de l'OFSP** pour la tuberculose se sont élevées à **886 800 CHF**. Cette somme a été constituée par l'octroi de divers mandats pour une somme de 665 000 CHF, ainsi que par 221 800 CHF de ressources en personnel nécessaires à l'accomplissement des tâches permanentes en matière de tuberculose au sein de l'OFSP (1,4 poste). Notons par ailleurs que l'activité principale actuelle des mesures sanitaires de frontière reste dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et que les dépenses actuelles de l'OFSP pour ces dernières s'élèvent à 850 000 CHF.

Durant la période de mise en œuvre de la stratégie (2012–2017), il est attendu que les coûts de surveillance épidémiologique restent stables, ainsi que ceux alloués au centre national de référence en mycobactériologie. Concernant le contrat de l'OFSP avec la Ligue pulmonaire suisse, les sommes allouées seront ajustées selon les mesures et les rôles et responsabilités établis dans la stratégie et l'on peut s'attendre à une diminution de ces sommes durant la période concernée. Enfin, les dépenses de l'OFSP dépendront également du maintien ou non des mesures sanitaires de frontière dans sa forme actuelle. En effet, le processus d'élaboration stratégique a démontré un décalage entre la priorité relativement basse de cette activité et son poids financier élevé. Cette question est traitée dans un autre papier stratégique – actuellement en cours d'élaboration – concernant les mesures sanitaires de frontière.

**Au niveau des cantons**, les dépenses allouées à la lutte contre la tuberculose se sont élevées en 2011 à environ **1 875 000 CHF**, pour un coût moyen de 3244 CHF par cas. Ces estimations sont basées d'une part sur les calculs fournis par dix cantons dans le cadre d'une enquête nationale en décembre 2011 et d'autre part sur ceux communiqués par la Ligue pulmonaire suisse en tenant compte des tests et des heures de travail exécutés en 2009 et 2010 par les ligues cantonales.

# Références

Lors de l'enquête nationale précitée, il a également été demandé aux cantons d'estimer l'évolution de leurs dépenses annuelles de 2012 à 2017 pour la mise en œuvre de la stratégie. Six cantons ont livré des données complètes. Parmi ces six cantons, cinq cantons – couvrant 48 % des cas en Suisse – ont estimé que la mise en œuvre de la stratégie impliquerait une augmentation de leurs dépenses d'en moyenne 1,77 % (dispersion - 8 % à + 33 %) pour la période 2012–2014 et une diminution de 1,21 % (dispersion - 8 % à + 19 %) pour la période 2015–2017. L'augmentation dans quatre cantons serait principalement due à l'élaboration d'un plan d'action cantonal et la diminution serait due aux frais d'une étude terminée en 2011. Le sixième canton ayant livré des données complètes estime que la mise en œuvre de la stratégie impliquerait une augmentation de ses dépenses d'un facteur de 8.

Globalement, il est donc à prévoir qu'il n'y aura pas d'augmentation substantielle des dépenses de la part des cantons et que ces derniers adapteront leurs dépenses selon le budget disponible, ce qui tendrait plutôt vers une stabilité. Néanmoins, quelques cantons ayant actuellement un coût moyen par cas relativement bas par rapport à la moyenne nationale se verront probablement confrontés au besoin de devoir augmenter leurs investissements dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie.

Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, Favrat B, de Tribolet F, Masserey E, Zellweger JP. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *BMC Infect Dis*, 2009; 9:34.

Dara M, Kluge H, Consolidated Action Plan to Prevent and Combat M/ XDR-TB in WHO European Region 2011–2015, WHO Regional Office for Europe, Octobre 2011. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/147832/wd15E\\_TB\\_ActionPlan\\_111388.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/147832/wd15E_TB_ActionPlan_111388.pdf)

Gimmi R, Pfyffer GE, Brändli O. Tuberculose multirésistante – guérissable en Suisse. *Forum Medical Suisse*, 2003, 4 :90–90. [http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf\\_f/2003/2003-04/2003-04-283.PDF](http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2003/2003-04/2003-04-283.PDF)

Jost M, Ruegger M, Zellweger JP, Shang H, Cartier B, Gutzwiller A. Tuberculose dans le cadre professionnel. Risques et prévention. 3ème éd., SuvaPro, mai 2010. [http://www.tbinfo.ch/uploads/media/TB\\_am\\_Arbeitsplatz\\_2010\\_franz.pdf](http://www.tbinfo.ch/uploads/media/TB_am_Arbeitsplatz_2010_franz.pdf)

Langenskiold E, Herrmann FR, Luong BL, Rochat T, Janssens JP. Contact tracing for tuberculosis and treatment for latent infection in a low incidence country. *SwissMed Wkly*, 2008;138(5–6):78–84.

Ligue pulmonaire suisse et Office fédéral de la santé publique. Manuel de la tuberculose. Berne, juillet 2011. <http://www.tbinfo.ch/fr/publikationen/handbuch-tuberkulose.html>

Ligue pulmonaire suisse et Office fédéral de la santé publique. Algorithme enquête d'entourage. Complément au «Manuel de la tuberculose ». Berne, juillet 2011. [http://www.tbinfo.ch/uploads/media/Algorithmus\\_UU\\_2011\\_02.pdf](http://www.tbinfo.ch/uploads/media/Algorithmus_UU_2011_02.pdf)

Office fédéral de la santé publique. Stratégie migration et santé (phase II : 2008–2013). Berne, juin 2007. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique et Office fédéral des migrations. Verwaltungsinterne Vereinbarung zwischen BAG und BFM betreffend Zusammenarbeit im Bereich der grensanitätsdienstlichen Massnahmen bei Personen aus dem Asylbereich. Berne, décembre 2009.

Organisation mondiale de la Santé. Treatment of tuberculosis : Guidelines. 4ème édition, WHO/HTM/TB/2009.420, Genève, 2010. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf)

Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. OMS/HTM/TB/2011.16, Genève, 2011. [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/fr/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html)

Raviglione MC, Uplekar MW. WHO's new Stop TB Strategy. *Lancet*, 2006;18;367:952–5.

# Glossaire

|                            |   |                        |  |
|----------------------------|---|------------------------|--|
| Compétence transculturelle | Capacité à communiquer et à interagir en prenant en compte des différences de mentalité et de perception. Il s'agit de promouvoir le développement de cette capacité chez les professionnels de la santé, afin de garantir une prise en charge de haut niveau et des soins de qualité pour les personnes d'origine migrante <sup>8</sup> .  | Patient delay          | Le retard de diagnostic lié au patient (ou patient delay) est la période (en jours) depuis l'apparition des premiers symptômes typiques de la tuberculose jusqu'à la première consultation médicale.   |
| DOT                        | Directly Observed Treatment. Modalité de traitement recommandée par l'OMS chez tous les patients en phase initiale, lors de multirésistance et lorsqu'il existe des problèmes de communication avec le patient. Afin de s'assurer que tous les médicaments soient pris correctement, chaque dose des médicaments est prise sous l'observation d'une tierce personne, de préférence un professionnel de santé.   | Provider delay         | Le retard de diagnostic lié au personnel de santé (ou provider delay) est la période (en jours) depuis la première consultation médicale jusqu'au début du traitement.   |
| DOTS                       | Nom donné à la stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS. Elle est constituée d'un engagement du gouvernement, d'un diagnostic basé principalement sur l'examen microscopique de l'expectoration, des médicaments de bonne qualité et gratuits pour le patient, d'une supervision directe de la thérapie et du suivi de l'efficacité des activités de contrôle. Le nom de la stratégie se réfère à la supervision directe de la thérapie DOT (OMS, 2010). | Résultat du traitement | L'issue du traitement est évaluée selon les catégories requises par l'OMS (adapté pour la Suisse tout en conservant la comparabilité internationale) : <b>1. Guérison</b> (traitement accompli et documenté avec négativation de l'examen bactériologique chez les cas positifs au départ), <b>2. Traitement accompli</b> (traitement accompli sans documentation d'une négativation de l'examen bactériologique), <b>3. Traitement interrompu</b> (interruption du traitement pendant deux mois au moins ou traitement n'ayant pas été mené à terme dans un délai de neuf mois (pour durée prévue de six mois) ou prise des médicaments inférieure à 80% des doses), <b>4. Echec de traitement</b> (persistance ou réapparition de cultures positives pour le M. tuberculosis après ≥5 mois de traitement), <b>5. Décès dû à la tuberculose</b> (avant ou durant le traitement), <b>6. Décès dû à une autre raison</b> (avant ou durant le traitement), <b>7. Transfert</b> (patient transféré vers un autre service et pour lequel le lieu de traitement d'origine ignore le résultat du traitement), <b>8. Autres résultats</b> (p. ex. prolongation du traitement d'un cas de MDR-TB). |
| Enquête d'entourage        | Recherche de personnes qui ont été en contact avec un cas source et qui pourraient être infectées, ou ayant également une tuberculose. L'enquête d'entourage relève au premier chef de la compétence du médecin cantonal, qui peut toutefois déléguer cette tâche à d'autres institutions ou services.  | Services à risques     | 1. Les établissements sanitaires : prenant en charge des patients atteints de tuberculose infectieuse ; incluant des contacts sans protection avec des personnes contagieuses ou des séjours dans des locaux insuffisamment ventilés en même temps que ces patients ; prodiguant des procédures diagnostiques et thérapeutiques aux patients tuberculeux contagieux qui induisent la toux ou la formation d'aérosols infectieux (bronchoscopies, aspirations de sécrétions déclenchant la toux, soins aux patients sous ventilation assistée ou traitements par aérosols, endoscopie et laboratoires de microbiologie).<br>2. Les établissements ayant une forte concentration de populations au sein desquelles la prévalence de la tuberculose est élevée, tels que les centres d'enregistrement et de procédure de la Confédération (CEP) et les centres d'accueil cantonaux pour requérants d'asile, les centres sociaux destinés aux sans-abri, toxicomanes ou alcooliques, les établissements pénitentiaires et les établissements pour personnes âgées.   |
| Multirésistance            | La tuberculose multirésistante (MDR-TB) est une forme particulièrement dangereuse de tuberculose résistante car elle est due à des bacilles résistants au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments de première ligne les plus importants utilisés dans le traitement de la tuberculose.   | Traitement préventif   | Médicaments antituberculeux donnés à une personne ayant une tuberculose latente (indiquée par un test tuberculinique, confirmé chez les adultes par un test IGRA) afin de prévenir le développement de la forme active de la maladie.  |
| Outreach                   | Programmes ou interventions cherchant à atteindre les personnes ayant besoin d'aide ou de conseils plutôt que d'attendre que ces personnes viennent et demandent de l'aide. Dans le contexte du traitement (et des enquêtes d'entourage) de la tuberculose, il s'agit de connaître les circonstances de vie des cas pour mieux adapter les mesures à celles-ci, dans le but d'en assurer le succès.   |                        |  |

<sup>8</sup> Se référer à la Stratégie Migration et santé de l'OFSP.

## Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)  
Editeur : Office fédéral de la santé publique  
Date de publication: avril 2012

Renseignements : Section Stratégies, principes et planification, OFSP, 3003 Berne  
E-Mail : [epi@bag.admin.ch](mailto:epi@bag.admin.ch)  
<http://www.publicationsfederales.admin.ch>

Cette publication est également disponible en allemand.  
Elle peut aussi être téléchargée sous forme de fichier PDF.

Direction du projet : Hans C. Matter, responsable de la Section Stratégies,  
principes et planification (OFSP)  
Responsable du projet et rédaction : Sylvie Olifson (OFSP)  
Equipe de projet : Sylvie Olifson, Ekkehardt Altpeter, Svend Capol,  
Stefan Enggist, Peter Helbling, Philippe Sudre

Pool d'experts externes : Jürg Barben, Patrick Bodenmann, Michel Cheseaux, Jean-Marie Egger,  
Sébastien Gagneux, Jean-Paul Janssens, Jesica Mazza-Stalder, Laurent Nicod, Hans Rieder,  
Hans Wolff, Sonja Zahner, Jean-Pierre Zellweger

Mise en page : 2C Communication, 8127 Forch

Numéro de publication OFSP : OeG 04.12 1000 d 500 f 20EXT1214

OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne  
<http://www.publicationsfederales.admin.ch>  
Numéro de commande : 311.241.f

Reproduction : autorisée avec indication de la source (même sous forme d'extraits)

Imprimé sur papier blanchi sans chlore

