

Tuberculose chez les sans domicile fixe à Paris : mise en œuvre de la stratégie DOT, Directly Observed Therapy

Thierry Kern, Carole Lardoux, Suzanne Tartière, Xavier Emmanuelli, Anne Laporte

Samusocial de Paris

INTRODUCTION

Paris est la ville ayant le taux d'incidence de la tuberculose le plus élevé en France en 2002, 54,1 cas pour 100 000, soit 5 fois le taux national [1]. Des taux élevés sont retrouvés dans les grandes agglomérations de nombreux pays de l'Ouest de l'Europe où l'incidence de la tuberculose est faible [2]. Ces taux élevés s'expliquent par la concentration de personnes à risque de tuberculose : les migrants en provenance de pays à forte prévalence, les personnes infectées par le VIH, les personnes sans domicile fixe.

Entre juin 1999 et mai 2000, un dépistage radiologique systématique de la tuberculose a été réalisé dans les centres d'hébergement du Samusocial de Paris avec l'aide de la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases). Il a porté sur 663 personnes et permis de détecter 9 tuberculoses contagieuses (1,4 %). Par ailleurs, durant la même période 28 cas de tuberculose ont été diagnostiqués chez des personnes présentant des symptômes [3]. Les difficultés de prise en charge thérapeutique de ces 37 patients (taux d'échec voisin de 50 %), ont conduit à formaliser les principes et les modalités d'action d'une équipe dédiée à cette tâche. Fin 2000, une équipe mobile de lutte contre la tuberculose (EMLT) a été mise en place avec pour objectif le suivi thérapeutique des personnes sans domicile dans le cadre d'un travail en réseau [3].

PRINCIPES ET MODALITÉS D'ACTION DE L'ÉQUIPE MOBILE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le principe central sur lequel repose l'activité de l'EMLT est la mise à l'abri des sans domiciles tuberculeux et la délivrance quotidienne* et supervisée du traitement (DOT) jusqu'à son terme. L'EMLT, composée d'un médecin généraliste, de deux infirmières, d'une assistante sociale, d'un chauffeur et d'une secrétaire, dispose d'un certain nombre de lits de soins infirmiers et de places en centres d'hébergement d'urgence dépendant du Samusocial de Paris.

La population cible de cette action se limite aux personnes sans domicile hébergées dans les centres d'urgence** et/ou vivant dans la rue à Paris. Ses caractéristiques sont : une proportion importante d'hommes (85 %), un lieu de naissance à l'étranger pour 50 %, une prévalence importante des addictions (surtout de l'alcool) et de troubles psychiatriques, rendant difficile l'observance aux traitements, et un recours aux soins tardifs. Leurs conditions de vie représentent aussi un obstacle à l'observance du fait des vols, de la perte régulière de leurs effets et de l'absence de priorité accordée à la santé.

Composantes du programme

Une prise en charge « centrée sur le patient »

L'EMLT est sollicitée par les hôpitaux (la plupart du temps) pour la prise en charge de patients sans domicile sortant de la phase d'isolement. Des possibilités d'hébergement sont proposées au patient et la prise en charge sera adaptée à ses choix. Une fois pris en charge, le patient est vu plusieurs fois par semaine (entretiens, soutien psychologique) par un des membres de l'EMLT de façon à établir une relation de confiance. La qualité des liens établis limite le risque de rupture thérapeutique.

Les mesures incitatives, en dehors de l'hébergement, du vestiaire et de la nourriture, sont la prise en charge sociale (recouvrement des droits), l'offre de tickets de métro et un assouplissement du règlement intérieur des centres (horaires de sorties élargis...) ce qui n'est pas sans poser de problèmes aux autres hébergés.

Une équipe mobile

La mobilité est un gage d'autonomie et d'efficacité de l'EMLT. La disponibilité d'un véhicule permet d'assurer l'accompagnement des patients en consultation pour le suivi de leur tuberculose (pneumologue référent, examens para-cliniques, ...) et dans leurs démarches pour le suivi social (recouvrement des droits...).

*La DOT est effectuée 7 jours sur 7 ou 5 jours sur 7 (patients dans la rue) pendant six mois (traitement standard).

**Hébergements de courte durée, 1 à 7 jours.

La mobilité est nécessaire pour rechercher dans la rue les patients fugueurs qui ont été signalés par les hôpitaux, les sanatoriums ou les centres d'hébergement et les convaincre de reprendre le traitement sous la forme la plus adaptée à leur situation. La recherche active menée par l'EMLT est facilitée par le système de traçabilité des patients organisé à partir de la base de données du numéro d'urgence 115. Celle-ci enregistre nominativement les demandes d'hébergement et les orientations des personnes et les territoires de vie de celles rencontrées par les équipes mobiles de nuit du Samusocial.

De même, grâce à des formations dispensées régulièrement par l'EMLT, les équipes des centres d'hébergement et les équipes mobiles de nuit du samu social signalent à l'EMLT des cas suspects de tuberculose. Ces personnes seront systématiquement rencontrées par l'EMLT (accompagnement pour un radio-dépistage ou recueil de crachats pour examen bactériologique en cas de refus de prise en charge).

Un travail en réseau

Le réseau est constitué des services hospitaliers, des sanatoriums, de différentes associations œuvrant pour les sans domicile et de la cellule tuberculose de la Dases.

Les objectifs du travail en réseau sont une meilleure adaptation de la prise en charge de cette population, la réduction du nombre de perdus de vue et l'amélioration de la qualité des données de surveillance de la tuberculose chez les sans domicile. D'autre part, l'EMLT bénéficie des autres services du Samusocial de Paris, la base de données sur les usagers du numéro d'urgence 115, permettant de retrouver des perdus de vue, de même qu'elle s'appuie sur le travail de maraude des équipes mobiles d'aide (EMA) pour rechercher un patient en rupture de traitement, voire effectuer une DOT à la rue (situation rare).

Un dossier patient informatisé : TB-info SSP

Le logiciel TB-info pour le suivi des patients sous traitement anti-tuberculeux, diffusé par l'InVS et utilisé dans le cadre d'un réseau, a été adapté aux particularités de prise en charge des sans domicile, représentées par les interruptions de traitement [4]. Il permet d'optimiser le suivi des patients. Il permettra aussi de montrer l'efficacité du travail spécifique mené par l'EMLT grâce à la réduction au cours du temps du nombre de perdus de vue et au raccourcissement de la durée de prise en charge, reflet d'une diminution des interruptions.

QUELQUES RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DOT

La file active de l'EMLT, d'avril 2002 à décembre 2004, se compose de 78 patients. Plus de la moitié des patients a été orientée par l'hôpital (41 %) ou le sanatorium (15,4 %) ; les autres modes d'entrée sont essentiellement les centres d'hébergements (18,0 %), les équipes mobiles (15,4 %) et l'EMLT directement (7,8 %). L'EMLT a initié le traitement dans les cas de refus d'hospitalisation (16,7 %).

Parmi les 78 patients, 19 (25,5 %) sont toujours en cours de traitement fin décembre 2004 et le traitement est terminé pour 59 (75,5 %).

Parmi les 59 patients :

- 43 (73 %) ont bénéficié d'un traitement complet et 21 sont en suivi post-thérapeutique ;
- 10 (17 %) ont été transférés (9 dans un sanatorium, 1 en maison de retraite) ;
- 1 (1,5 %) est décédé pour un motif autre que la tuberculose ;
- 3 (5 %) ont interrompu leur traitement (2 à cinq mois et 1 à quatre mois) ;
- 2 (3,5 %) ont été perdus de vue.

Concernant les 43 patients ayant eu un traitement complet (dont 10 avaient une cavité et 3 une résistance (dont 1 multirésistance), 19 (44 %) avaient une durée prévue de traitement standard. Pour les autres, la durée prévue de traitement variait de 72 à 150 jours en phase 1 et de 180 à 594 jours en phase 2, du fait de la gravité de l'infection, de résistance, d'allergie au Pirazinamide ou de problème de compliance.

L'analyse des interruptions de traitement montre que 25,5 % ont interrompu au moins une fois leur traitement en phase 1, la médiane du nombre d'interruptions est de 3 (maximum 7) et ces interruptions n'ont jamais nécessité une reprise du traitement depuis le début [5] (tableau 1). En phase 2, 39,5 % ont interrompu au moins une fois leur traitement, le nombre médian d'interruptions était de 6 (maximum 19), sans nécessité de prolongation de traitement [5] (tableau 1).

La durée de prise en charge des patients a été de six mois pour un quart d'entre eux, de sept à neuf mois pour un tiers, de 10 à 12 mois pour un quart et pour les 3 derniers patients elle était de 15, 16 et 26 mois.

Tableau 1

Distribution du nombre d'interruptions et du nombre total de jours d'interruption selon la phase du traitement, Paris, avril 2002-décembre 2004

	Phase 1 (N = 13)		Phase 2 (N = 17)	
	Nb interruptions	Nb total de jours	Nb interruptions	Nb total de jours
Médiane	3	11	6	10
[Min ; Max]	[1 - 7]	[1 - 41]	[1 - 19]	[1 - 46]

DISCUSSION - CONCLUSION

Après quatre ans de prise en charge de SDF atteints de tuberculose à Paris, les résultats obtenus par l'EMLT démontrent l'intérêt de la stratégie DOT par rapport à une approche classique auprès de patients difficiles à traiter. Seuls 2 patients ont été perdus de vue et la moitié d'entre eux ont pu être traités en neuf mois. Cependant, le traitement sous surveillance directe ne constitue qu'un des éléments, la motivation de l'équipe et l'adaptation aux besoins du patient, les mesures incitatives, le travail en réseau et la mobilité de l'équipe sont indispensables à l'efficacité de cette stratégie, comme l'a montré une évaluation de différents programmes [6].

Toutefois, pour réduire la morbidité et la transmission de la tuberculose chez les sans domicile, il reste à augmenter la fréquence du radio-dépistage systématique. L'activité de dépistage actuelle, sous la responsabilité de la Dases, malgré une augmentation en 2004, reste insuffisante. A titre d'exemple, la population prise en charge dans les deux centres d'urgence du Samusocial de Paris en 2004 représente 6 800 personnes, parmi elles 204 (3 %) ont bénéficié d'un radio-dépistage et 5 (2,1 %) cas de tuberculoses contagieuses ont été découvertes. Ainsi le rendement du radio-dépistage dans les centres d'urgence justifie une augmentation de sa fréquence pour passer de 3 % à 80 % de sujets dépistés.

Par ailleurs, le nombre de places en lits infirmiers ou en hébergement social pour prendre le relais de l'hospitalisation est tout à fait insuffisant actuellement, il le sera d'autant plus en cas d'augmentation du dépistage. Le nombre de places nécessaires est pourtant peu élevé, entre 60 et 80.

REMERCIEMENTS

Sanofi-Aventis à l'origine de la mise en place de ce programme et qui le soutient toujours ; à la Dases pour son soutien financier.

Aux membres de l'équipe pour leur dévouement envers les patients.

RÉFÉRENCES

- [1] Che D, Campese C, Decludt B. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2002. BEH 2004; 4:13-6.
- [2] Hayward AC, Darton T, Van-Tam JN, Watson JM, Coker R, Schwoebel V. Epidemiology and control of tuberculosis in western European cities. Int J Tuberc Lung Dis 2003; 7(8):751-7.
- [3] Zunic L, Grosset J, Tartière S, Emmanuelli X. Tuberculose et grande exclusion - rapport d'activité 1999-2000. Observatoire du samusocial de Paris 2000.
- [4] Bayol-Honnet G, Fain O, Joly V et al. Un logiciel informatique pour le suivi des patients sous traitement anti-tuberculeux. Bull Epidemiol Hebd 2001; 41:199-203.
- [5] Prévention et prise en charge de la tuberculose en France - Synthèse des recommandations du groupe de travail du conseil supérieur d'hygiène de France (2002-2003). Rev Mal Respir 2003; 20:7S3-7S106.
- [6] Volmink J, Matchaba P, Garner P. Directly observed therapy and treatment adherence. Lancet 2000; 355:1345-50.

Organisation de la surveillance et de la lutte antituberculeuse dans les prisons

Carole de Picciotto¹, Philippe Fraisse²

¹ Etablissement public de santé national, Fresnes

² Conseil général du Bas-Rhin, Strasbourg

INTRODUCTION

En juillet 2004 il y avait 64 813 détenus en France (source : administration pénitentiaire). Les détenus cumulent plusieurs facteurs de risques personnels et sociaux favorisant la tuberculose avant l'incarcération ; en détention, vie en collectivité et environnement confiné favorisent la transmission aérienne de l'infection tuberculeuse. La fragilité d'un grand nombre augmente le risque d'évolution vers la tuberculose-maladie. La prévalence de la tuberculose est donc logiquement beaucoup plus élevée en prison que dans le milieu libre. Depuis 1994, plusieurs textes législatifs ont permis de structurer la prise en charge médicale des détenus mais elle se heurte à des difficultés d'organisation liées à la multiplicité des intervenants et à une insuffisance de moyens matériels et humains. Pourtant, dépistage et traitement conformes des cas de tuberculose sont les garants d'une évolution favorable, d'une réduction de la contagion y compris en milieu libre et de la prévention de la sélection de résistances aux antituberculeux.

SITUATION EN FRANCE

Les études épidémiologiques récentes en milieu carcéral manquent cruellement. L'incidence de la tuberculose a été évaluée à 215/100 000 dans dix prisons parisiennes en 1994-1995 [1], soit plus de 12 fois l'incidence nationale la même année. Plusieurs raisons expliquent cette situation.

Le risque d'être infecté est élevé du fait des conditions de détention (surpopulation, promiscuité, activités en commun).

La multiplicité des contacts (co-détenus, visiteurs, policiers, personnels judiciaires, pénitentiaires et médicaux, intervenants extérieurs et sociaux, enseignants ou autres, sujets contacts en milieu libre lors des permissions) favorise la dissémination de l'infection.

Certaines populations à risque de tuberculose et/ou à risque élevé de progression vers la maladie y sont sur-représentées [2,5] : le fort taux de migrants, deux fois plus nombreux en prison que dans l'ensemble de la population et venant souvent de pays où la tuberculose est endémique (Maghreb, Afrique subsaharienne) ou à incidence élevée (Europe de l'Est), le vieillissement de la population pénale par allongement des peines et multiplication récente des plaintes contre les abus sexuels, la forte consommation d'alcool ou de tabac (80 % des entrants), l'usage des drogues (32,2 % des entrants), l'immuno-dépression par le VIH et l'éloignement des entrants en détention du système de soins avant l'incarcération [2,3,4] rendent fragile la population carcérale.

PRISE EN CHARGE EN MILIEU CARCÉRAL

La loi n°94-43 du 18.1.1994 et la circulaire DGS/SP du 21.8.1998 ont transféré la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier et ont structuré l'organisation du dépistage de la tuberculose en milieu carcéral. Chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé de proximité chargé d'implanter une unité de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa) en milieu pénitentiaire.