

# QUI SONT LES « PERDUS DE VUE » DANS LE SUIVI DES CAS DE TUBERCULOSE?

## Une étude qualitative en Ile de France

**Amandine Murat**

**Dr Elisabeth Marc**

Direction de la promotion de la Santé et de la réduction des inégalités

## LES ISSUES DE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES SENSIBLES DÉCLARÉES EN FRANCE, 2008-2014

// TREATMENT OUTCOME OF NON-RESISTANT TUBERCULOSIS CASES REPORTED IN FRANCE, 2008-2014

Jean-Paul Guthmann (jean-paul.guthmann@santepubliquefrance.fr), Delphine Antoine, Daniel Lévy-Bruhl

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 30.11.2017 // Date of submission: 11.30.2017

Les patients ont été classés en fonction de leur situation dans les 12 mois après le début du traitement en se basant sur les définitions européennes. Les tuberculoses identifiées comme multirésistantes (MDR) dans la DO ont été exclues. Des informations sur l'issue de traitement étaient disponibles pour 65% des cas, avec une amélioration des informations renseignées entre 2008 (60%) et 2014 (72%) ( $p < 0,001$ ). Le pourcentage de départements ne fournissant pas d'information était de 9% en 2008 et de 3% en 2014. Pendant cette période, 74,1% des cas de tuberculose, toutes formes cliniques confondues, ont achevé le traitement, cette proportion s'améliorant sensiblement au cours du temps (passant de 73,0% en 2008 à 76,9% en 2014,  $p < 0,001$ ). Chez les cas pulmonaires, la proportion de traitement achevé était de 73,2%, de 70,6% chez les cas pulmonaires à microscopie positive et de 74,0% chez les cas pulmonaires à culture positive. Parmi ces cas, 19,8% avaient une issue potentiellement défavorable, dont 44% étaient des perdus de vue, 25% des patients transférés, 13% des patients toujours en traitement à 12 mois, 9% des décès en lien avec la tuberculose et 9% des cas ayant arrêté et non repris leur traitement. La diminution régulière du nombre de cas avec une issue de traitement non renseignée et la diminution du nombre de départements n'ayant pas fourni d'informations sur les issues de traitement indiquent une meilleure déclaration et peut-être un meilleur suivi des cas. Le pourcentage de patients ayant achevé leur traitement, qui a augmenté sur la période d'étude, suggère une meilleure prise en charge de ces patients.

## Au niveau régional (DO 2014) :

- 77% des cas ont achevé leur traitement
- La proportion de traitement achevé ne différait pas chez les cas extra pulmonaires comparés aux cas pulmonaires
- 10% de perdus de vue (74% des perdus de vue avaient une origine étrangère dont 39% d'Afrique subsaharienne, 21% d'Afrique du Nord et 21% de Chine)
- 2% de décès
- 33% d'issues de traitement non renseignées

# PROBLEMATIQUE

- **Objectif fixé par l'OMS** : 90% de succès thérapeutique
- L'objectif n'est pas atteint.
- Est-ce que les cas chez lesquels l'issue de traitement n'est pas renseignée ont une issue plus souvent défavorable ? (plus fréquemment perdus de vue ou ayant arrêté leur traitement).
- Une amélioration du pourcentage de cas pour lesquels le traitement serait achevé permettrait de diminuer le risque de développer des TM résistantes et de limiter la transmission de la maladie

# METHODES (1)

- **Etude rétrospective observationnelle en Ile de France sur les tuberculoses déclarées en 2015 dont l'issue de traitement (IT) mentionne que le patient est perdu de vue**  
Recueil des IT pour les cas de tuberculoses maladies déclarés en 2015 en sollicitant les cellules départementales de veille et d'alerte sanitaire qui reçoivent les DO et les IT.
- **Critères d'inclusion** : Tuberculoses maladies déclarées la 3<sup>e</sup> semaine de chaque mois en 2015 dont l'issue de traitement mentionne que le patient est perdu de vue
- **Critères d'exclusion** : Patients mineurs
- **Recueil de données à partir du dossier CLAT:**
  - Entretien au lit du malade par IDE du CLAT
  - Compte-rendu d'hospitalisation
  - Compte-rendu de consultation de suivi
- **Objectif de l'étude** : identifier des facteurs d'abandon de traitement

# METHODES (2)

- **Données sociodémographiques** : âge, sexe, origine géographique (pays de naissance et date d'arrivée en France), barrière linguistique, couverture sociale, type de logement, catégorie socioprofessionnelle
- **Données évaluant les principales addictions** : tabagisme, alcoolisme, toxicomanie
- **Parcours patient en amont de l'hospitalisation**
- **Type de tuberculose** : localisation, contagiosité, données cliniques et paracliniques
- **Comorbidités**
- **Notification et signalement**
- **Déroulement de l'entretien du malade avec l'IDE du CLAT** : entretien au lit du malade ou téléphonique? Adhésion à l'enquête? Ressenti de la maladie?
- **Organisation du suivi du patient à la sortie d'hospitalisation**

# RESULTATS

## 1916 TM déclarés en 2015 en IDF

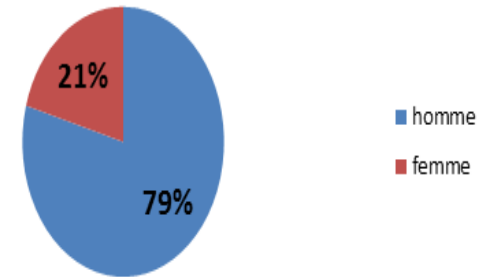
Nombre d'issues de traitement renseignées	1341	70 %
Nombre de traitement achevé à 12 mois	770	57 %
Nombre de patient perdu de vue durant le traitement	157	11.5%
Nombre de patient décédé durant le traitement	33	2.5 %
Nombre d'issues de traitement non renseignées	575	30 %

- **38 Tuberculoses maladies déclarées la 3<sup>e</sup> semaine de chaque mois en 2015 dont l'issue de traitement mentionne que le patient est perdu de vue**
- **Les dossiers des CLAT 95 et 91 (n=5) n'ont pas pu être analysés.**
- **4 dossiers ont été exclus de l'étude** après l'analyse du dossier qui spécifiait soit que le traitement était achevé soit que la date de DO ne correspondait finalement pas aux critères d'échantillonnage.
- **29 dossiers ont donc été analysés.**

# Données sociodémographiques (1)

➤ 23 patients sont des hommes, 6 sont des femmes (sex ratio H/F) = 3,8)

➤ L'âge moyen est de 41 ans (extrêmes : 21 ans- 77 ans).



➤ **Pays de naissance** (renseigné dans 96% des cas (28/29))

Quatre patients (14%) sont nés en France,

Six patients (21%) sont originaires d'Afrique du Nord (4 sont nés en Algérie et 2 au Maroc).

Huit (28%) originaires d'Afrique subsaharienne (4 du Congo, 2 du Mali, 1 du Cameroun, 1 de Mauritanie).

Trois patients sont nés en Europe de l'Est (2 de Roumanie, 1 de Georgie, 1 de Bulgarie),

Deux sont originaires d'Inde.

Quatre patients sont originaires d'autres pays.

➤ **Date d'arrivée en France** (n=25):(renseignée dans 88% des cas (22/25))

9/22 patients (41%) sont arrivés en France depuis moins de 5 ans

5/22 patients (23%) sont arrivés en France depuis moins de 2 ans

5/22 soit 23% des patients sont en France depuis 5 à 15 ans,

Deux patients (9%) depuis 15 à 25 ans

Six patients(27%) depuis plus de 25 ans



# Données sociodémographiques (2)

➤ **Barrière linguistique? ( renseignée dans 90% des cas (26/29))**

**Barrière linguistique pour 4 patients/26 (15%)**

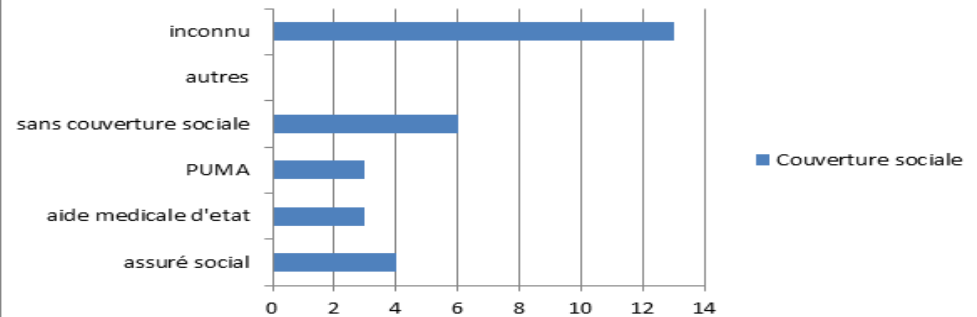
➤ **Couverture sociale (renseignée dans 55% des cas (16/29))**

Quatre patients sur 16 (25%)  
sont assurés sociaux

**six (37%) sont sans couverture sociale.**

Trois patients ont la PUMA et trois l'AME.

**Couverture sociale des patients perdus de vue**



➤ **Situation professionnelle (renseignée dans 66% des cas (19/29))**

Cinq patients sont salariés

Trois sont travailleurs non déclarés

Trois sans revenu.

Deux patients sont retraités et 2 sont étudiants.

# Données sociodémographiques (3)

- **Situation familiale (renseignée dans 90% des cas(26/29))**

Dix patients sur 26 (38%) sont célibataires

**dix (38%) ont des enfants (dont deux familles monoparentales)**

six (23%) vivent en couple

- **Conditions d'habitat (renseignées dans 90% des cas (26/29)).**

Sept patients (27%) ont un **logement individuel**

**12 (46%) vivent chez une tierce personne**

Quatre vivent dans un hébergement collectif

Trois sont sans domicile fixe.

- **Adresse de résidence/adresse administrative (renseignée dans 93% des cas (27/29))**

**8 patients/27 (30%) ont une adresse administrative différente.**

# Parcours de soin du patient perdu de vue en amont du diagnostic

## ➤ Parcours de soin avant le diagnostic de tuberculose

L'existence ou non d'un médecin traitant était notée dans 52% des dossiers (15/29)

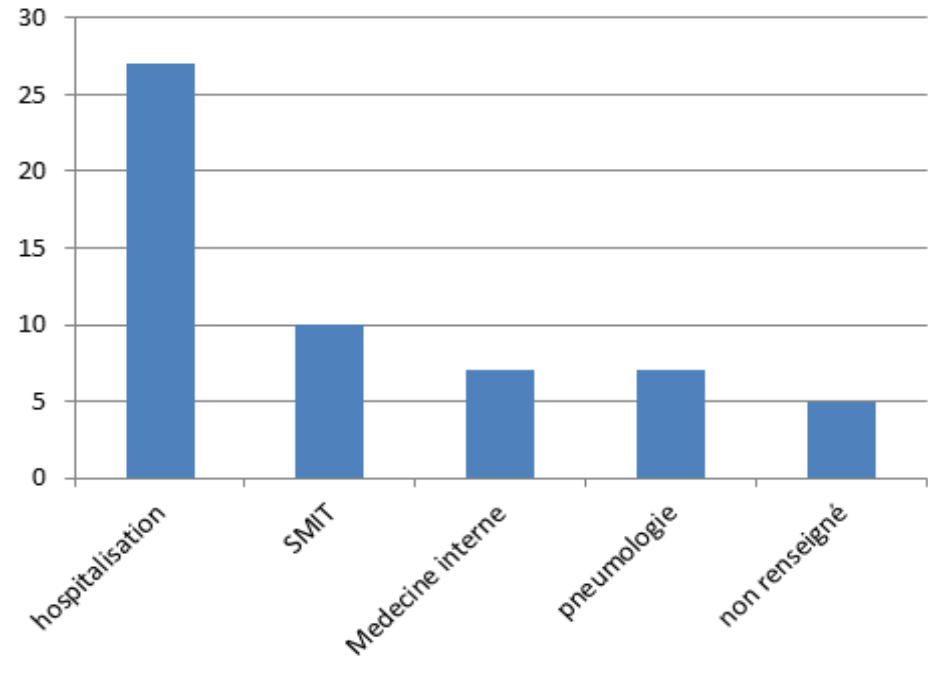
**9 patients/15 (60%) ont déclaré avoir un médecin traitant.**

Le lieu de la première consultation était renseigné dans 79% des dossiers (23/29)

**69% des cas ont eu leur première consultation médicale à l'hôpital et 55 % ont consulté directement aux urgences**

## ➤ Service d'hospitalisation

**27 patients ont été hospitalisés /29**



# Données cliniques et paracliniques

## ➤ Localisation de la tuberculose

Tuberculose pulmonaire pour 26 des cas/29 (90%) (quatre associés à une atteinte extra respiratoire )

Tuberculose extrapulmonaire isolée (3 patients)

## ➤ Contagiosité et sensibilité de la souche

Pour les 26 cas de tuberculoses pulmonaires,

Examen direct + chez 12 patients (46%) (sensibilité des souches : 1 MDR, 1 résistante à l'INH , 7 sensibles, 3 non renseignées),

Examen direct négatif et culture + chez 10 patients (38%) ( une résistante à l'INH, 7 sensibles et 2 NR)

Les prélèvements étaient négatifs en culture dans 4 cas

18 dossiers/29 (62%) renseignaient l'existence ou non de caverne à la radio ou au TDM.

Sur ces 18 patients, un tiers présentaient une caverne à la radio de thorax et 8 (44%) au scanner

## ➤ Symptomatologie :

Toux dans 62% des cas.

Amaigrissement dans 62% des cas

7% des patients avaient eu au moins un épisode d'hémoptysie..

Plusieurs symptômes étaient associés dans 72% des cas

Début de la toux/la date du diagnostic ( renseigné dans 19 dossiers/29 (65%) ):

Toux depuis plus de 3 mois au moment du diagnostic chez 7 patients sur 19 (37%)

# Comorbidité et antécédents

## ➤ **Co morbidité et les antécédents médicaux (renseignés dans 15 dossiers/29 (52%))**

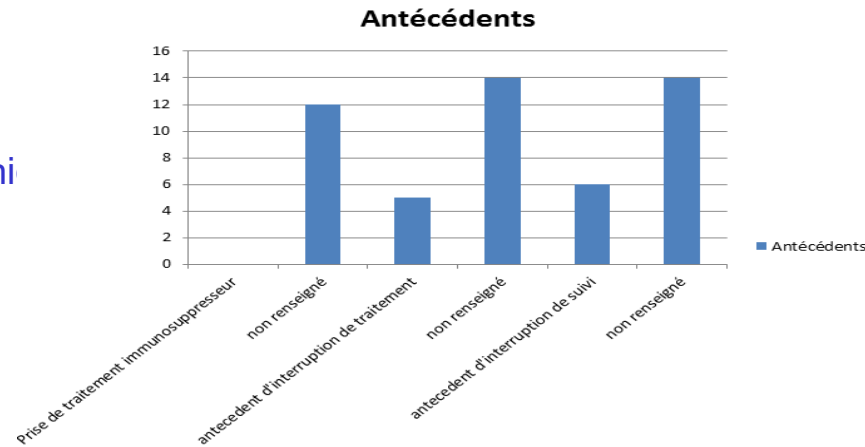
5 patients VIH,

3 patients diabétiques

2 patients en insuffisance rénale

5 patients atteints d'une autre pathologie chronique

Pas de traitement immunosuppresseur.



**Cinq patients ont un antécédent d'interruption de traitement (2 patients ayant un antécédent de tuberculose et 3 patients VIH).** Un patient a eu des effets secondaires en cours traitement antituberculeux.

## ➤ **Conduites addictives**

**La consommation de tabac (renseignée dans 66% des cas) est présente chez 63% des patients .**

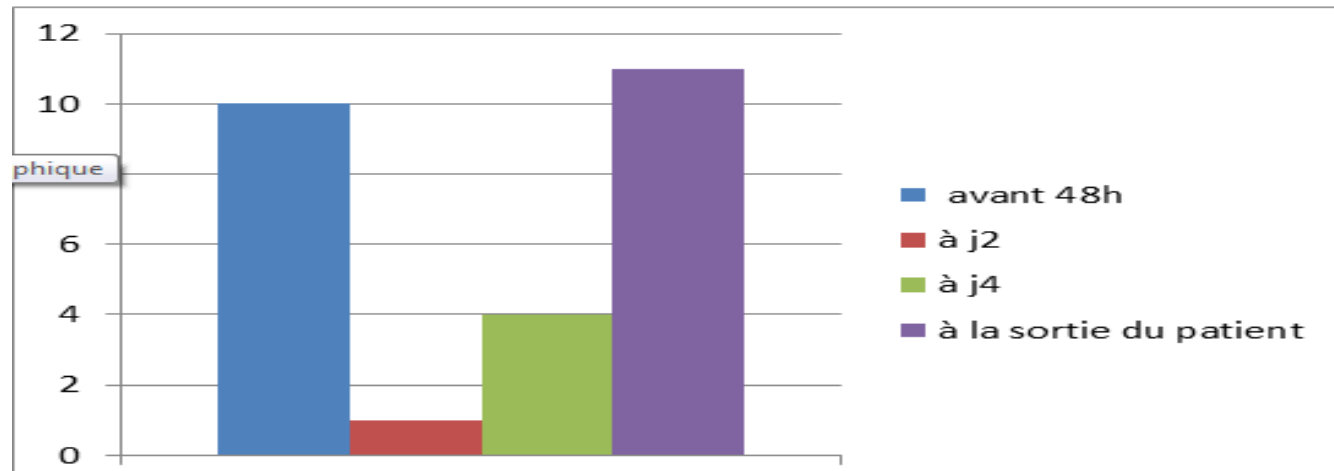
**Six patients/17 (35%) déclarent consommer de l'alcool**

Pas de toxicomanie (donnée renseignée dans 55% des cas)

# Notification et signalement

## 26 signalements au CLAT/29 ( 90%)

- 10 dans les 48h après le début du traitement
- **11(42%) à la sortie du patient.**
- Trois déclarations obligatoires ont été réalisées par un interne.



# Entretien du malade avec IDE du CLAT

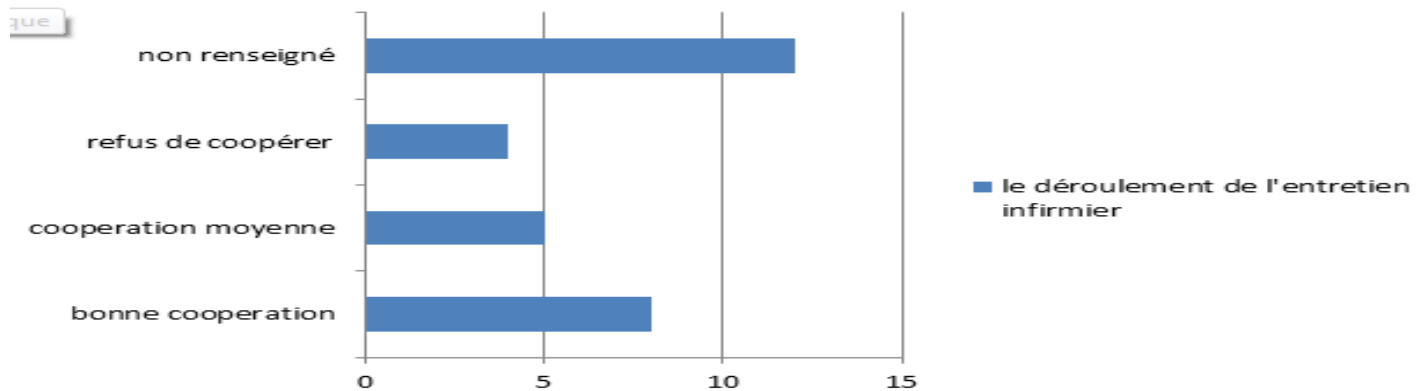
- Entretien au lit du malade? ( renseigné dans 58% des cas (17/29) )

11 entretiens/17 (65%) ont eu lieu au lit du malade durant leur hospitalisation

6/17 (35%) patients ont bénéficié d'un entretien téléphonique.

- Coopération du patient lors de l'entretien et vécu de la maladie

## le déroulement de l'entretien infirmier



Déni de la maladie ( données manquantes dans 72% des dossiers ) : 4 patients/8

Sentiment de peur d'être stigmatisé pour le patient (données manquantes dans 79% des dossiers) : 4 patients/7

Traitement perçu comme contraignant ( 4 dossiers) : 3 patients/4

# Modalités de sortie d'hospitalisation et suivi du patient

- **17 dossiers CLAT (59%) comportaient un compte rendu d'hospitalisation :**
  - ❑ 13 (76%) comptes rendus d'hospitalisation mentionnaient les dates de consultation de suivi.
  - ❑ Seuls 3 compte rendus hospitaliers signalent que l'éducation thérapeutique a été réalisée durant la période d'hospitalisation
- Un seul dossier CLAT comportait un compte rendu de consultation.
- Six dossiers sur 17 (35%) mentionnent les modalités de suivi du patient dans l'entretien infirmier du CLAT
- Le suivi conjoint CLAT-hôpital ou CLAT-EMLT est mentionné pour 6 patients.
- **Sur 17 dossiers contenant l'information, 12 patients perdus de vue (72%) ont été signalés au CLAT qui avait tenté de recontacter le patient pour 11 d'entre eux**

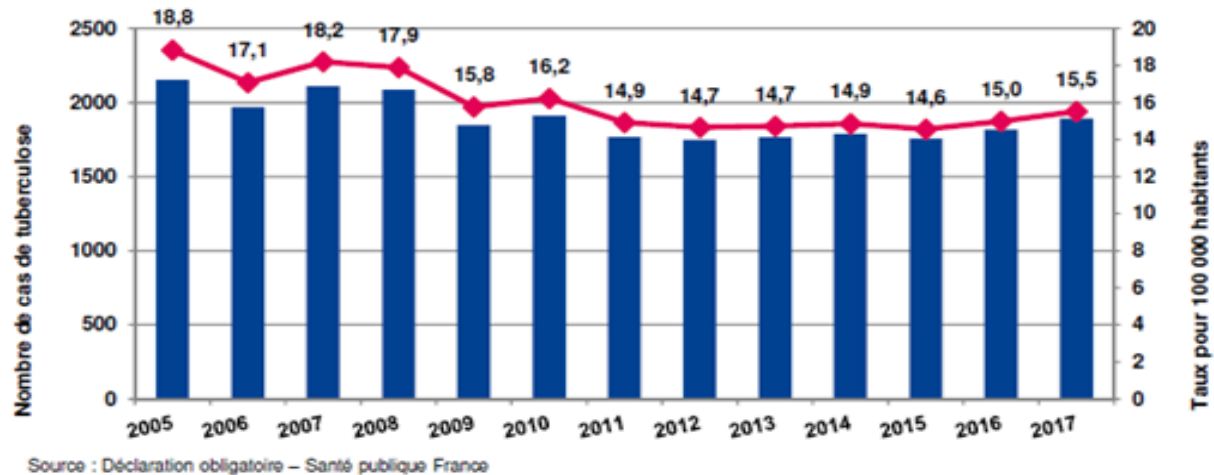


# Principaux résultats de l' étude

- **Barrière linguistique dans seulement 15% des cas**
- **46% vivent chez une tierce personne.**
  
- **Tuberculose pulmonaire dans 90% des cas dont 12(46%) avec examen direct positif (1 souche MDR).**
- **Les comorbidités étaient notées dans 52% des cas (15 patients).**
  - Parmi ces patients, un tiers avaient une co infection VIH dont trois avaient des antécédents d'interruption de traitement.**
  
- **60% des patients perdus de vue ont un médecin traitant**
  
- **Dans 42% des cas, le signalement au CLAT a été réalisé à la sortie d'hospitalisation**
  - ne permettant pas un entretien au lit du malade et engendrant une absence de lien important entre le CLAT et le patient et entre le CLAT et le médecin hospitalier, utile pour le suivi conjoint du patient.**

# DISCUSSION (1)

Figure 1: Evolution du nombre et taux de déclaration des cas de tuberculose, Ile-de-France, 2005-2017

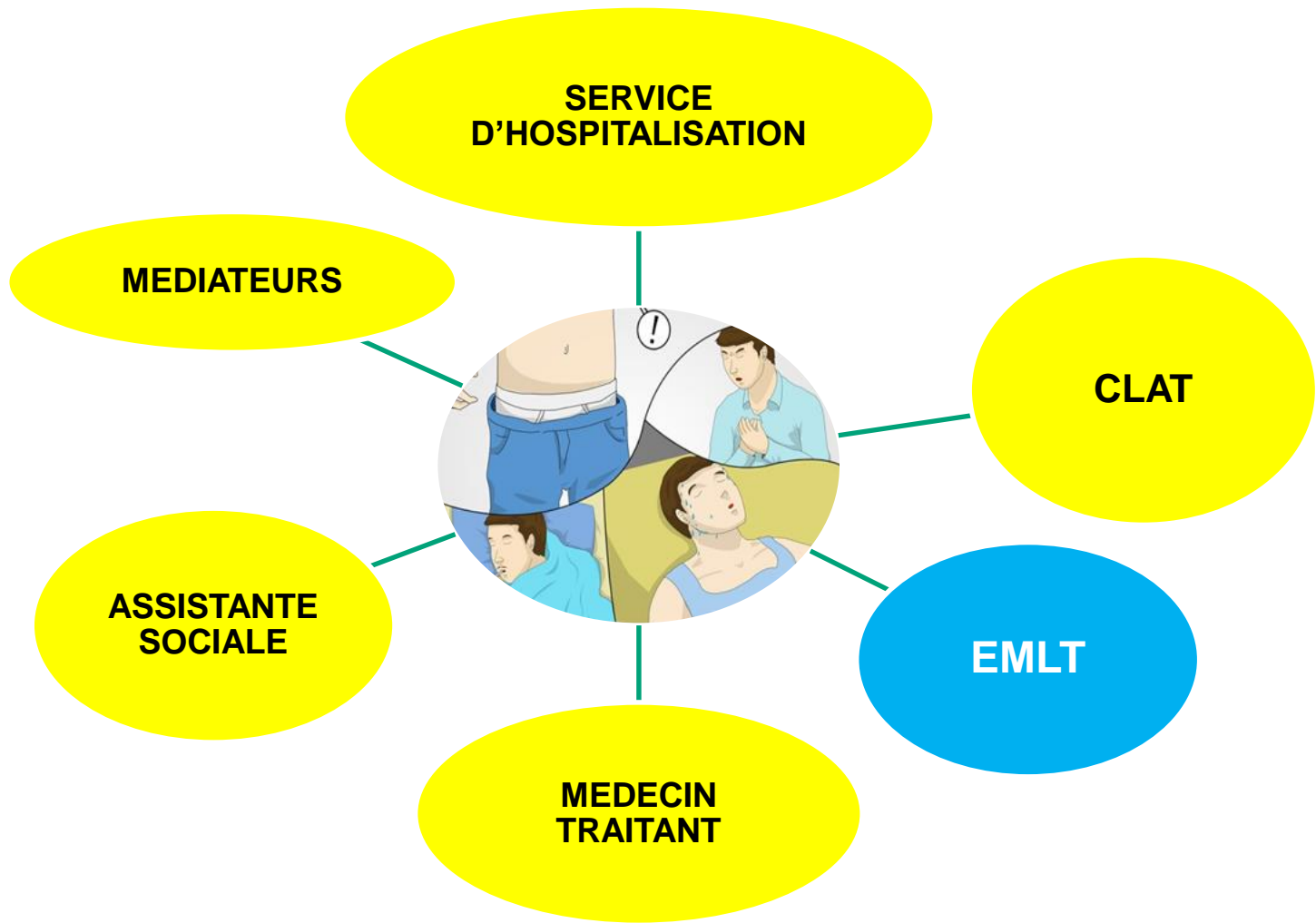


- Multiplicité des hôpitaux et services déclarants en IDF
- Turn-over des médecins, des internes

# DISCUSSION (2)

- **Sensibilisation sur :**
  - le rôle du CLAT et la nécessité du signalement immédiat au CLAT pour réaliser l'entretien au lit du malade
  - recherche des facteurs de vulnérabilité et « d'abandon de traitement »
  - l'organisation du suivi en lien avec les différents acteurs
- **Rémunération des séjours hospitaliers pour tuberculose et ses conséquences:**
  - La rémunération a diminué de 2016 à 2018.
  - Pour une tuberculose de niveau 1 (libellé 04M191) , elle était de de 3301 euros en 2016, 2900 euros en 2017 et 2822 euros en 2018.
  - Sortie précoce d'hospitalisation
  - Nécessité d'augmenter les structures d'aval (LHSS, SSR...)
- **Renforcement du suivi des patients** afin d'augmenter le pourcentage de traitements achevés et atteindre l'objectif OMS de 90%
  - Parcours patient avec coordination des acteurs.
  - Education thérapeutique
  - Place de la santé numérique
  - Risque d'émergence de tuberculoses résistantes





**SERVICE  
D'HOSPITALISATION**

**MEDIATEURS**

**CLAT**

**ASSISTANTE  
SOCIALE**

**EMLT**

**MEDECIN  
TRAITANT**



