

Tuberculose: impact de la stratégie DOT chez les SDF

Carole Lardoux ⁽¹⁾, Thierry Kern ⁽²⁾, Anne Laporte ⁽¹⁾
Henri-Pierre Mallet ⁽³⁾, Homa Keshtmand ⁽³⁾

⁽¹⁾ Observatoire du SamusocialdeParis, ⁽²⁾ SamusocialdeParis, ⁽³⁾ Dases

Contexte

L'incidence de la tuberculose dans les pays industrialisés diminue depuis plusieurs années. Cependant elle reste élevée dans les capitales du fait de 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.

Ainsi en France, le taux est de 10,6 pour 100 000 contre 48,4 pour 100 000 à Paris.

Concernant la population de sans domicile à Paris, on l'estime entre 300 et 1000 cas pour 100 000.

Entre juin 1999 et mai 2000, un dépistage radiologique systématique de la tuberculose, 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), a permis de détecter 37 cas de tuberculose. Le taux de perdus de vue voisin de 50% pour ces patients, a conduit à formaliser les principes et les modalités d'action d'une équipe dédiée à cette tâche. Fin 2000, une Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT) a été mise en place.

Présentation de l'EMLT

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 est composée d'un médecin généraliste, de deux infirmières, d'une assistante sociale, d'un chauffeur et d'une secrétaire. L'équipe dispose de quelques lits de soins infirmiers et de places en centres d'hébergement d'urgence dépendant du Samu social de Paris.

Les personnes sans domicile hébergées dans les centres d'urgence et/ou vivant dans la rue à Paris sont la population cible de cette action.

Description du programme de lutte contre la tuberculose de l'EMLT

Il comprend :

- une prise en charge « centrée sur le patient » adaptée à ses choix en matière d'hébergement. Le patient est vu plusieurs fois par semaine de façon à établir une relation de confiance. La qualité des liens établis ainsi que les mesures incitatives: prise en charge sociale, distribution de tickets de métro, assouplissement du règlement intérieur, limitent le risque de rupture thérapeutique.

- une équipe mobile

La mobilité est un gage d'autonomie et d'efficacité.

La disponibilité d'un véhicule permet d'assurer l'accompagnement des patients en consultation pour le suivi de leur tuberculose : visite chez le pneumologue référent, examens para-cliniques et dans leurs démarches pour le suivi social.

Elle permet aussi de rechercher dans la rue les patients fugueurs et les convaincre de reprendre le traitement. Par ailleurs, 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.

Enfin cette mobilité permet de rencontrer les cas suspects de tuberculose signalées par les équipes mobiles de nuit du samu social pour les accompagner pour un radio-dépistage ou un recueil de crachats pour examen bactériologique en cas de refus de prise en charge.

- un travail en réseau

Celui-ci est constitué par les services hospitaliers, les sanatoriums, différentes associations oeuvrant pour les sans-domicile et la Cellule Tuberculose de la DASES.

Les objectifs du travail en réseau sont une meilleure adaptation de la prise en charge de cette population et la réduction du nombre de perdus de vue.

- un dossier patient informatisé : TB-info SSP

Le logiciel TB-info pour le suivi des patients sous traitement anti-tuberculeux, a été adapté aux particularités de prise de charge des sans domicile, représentées notamment par les interruptions de traitement.

Méthodologie

De façon à évaluer l'action menée par l'EMLT, nous avons réalisé une étude dont l'objectif est d'analyser les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des cas de tuberculose maladie chez les sans domiciles pris en charge par l'EMLT et les patients suivis dans les 5 CMS du Centre de Lutte Antituberculeux de Paris, selon leur mode d'habitat.

La méthode est une analyse rétrospective à partir des données saisies dans le logiciel TB-Info, utilisé aussi pour le suivi des patients traités dans les CMS.

Après élimination de 16 doublons entre les 2 bases, nous obtenons :

- 99 patients tuberculeux mis sous traitement entre mai 2002 et mars 2005 pour l'EMLT,

- 96 patients tuberculeux mis sous traitement entre janvier 2004 et mars 2005 pour les CMS.

Les différences de date d'inclusion sont liées à la disponibilité de l'information sur l'habitat pour les cas des CMS.

Les différences de date d'inclusion sont liées à la disponibilité de l'information sur l'habitat pour les cas des CMS.

Répartition des cas des CMS selon le mode d'habitat

Les cas de tuberculose des CMS ont été classés en 3 groupes selon leur mode d'habitat :

- les sans-domicile: personnes à la rue, fréquentant les accueils de jour ou les centres d'hébergement,

- les personnes résidant en habitat collectif: foyers de migrants et hôtels sociaux,

- les personnes résidant en habitat non collectif: domicile personnel et hébergement chez un tiers.

Résultats

Les données relatives aux sans domiciles des CMS sont en italiques car elles sont communiquées à titre indicatif compte tenu du faible effectif (13 patients) et les différences significatives sont en gras.

	SDF EMLT (99)	CMS		
		SDF (13)	HC (31)	HNC (52)
% d'hommes	91%	92%	100%	58%
Moyenne d'âge	44,7 ans	<i>41,3 ans</i>	34,8 ans	31,9 ans
Pays de naissance	Etranger 56,5% France : 43,5%	<i>Etranger 100% France : 0%</i>	Etranger 93,5% France : 6,5%	Etranger 84,5% France : 15,5%
% sans couverture sociale	27,5%	<i>55,5%</i>	53,5%	43%

Caractéristiques socio-démographiques

Les sans-domicile de l'EMLT par rapport aux patients ne résidant pas en collectivité sont plus souvent des hommes: 91% versus 58% et ils sont plus âgés: moyenne d'âge de 44,7 ans versus 31,9 ans.

La proportion de patients nés à l'étranger est plus faible chez les patients de l'EMLT (56,5% versus 84,5%). Nos données sont similaires à celles d'une analyse comparative réalisée aux ETATS-UNIS sur les sans domiciles tuberculeux et les autres patients, publiée dans JAMA en août 2005 où les patients sans domicile nés hors des Etats Unis étaient minoritaires (18% versus 43,5%).

Concernant la couverture sociale, seulement 27,5% des sans domicile suivis par l'EMLT (versus 43%) sont sans couverture au moment de la prise en charge. Ceci s'explique par le travail réalisé

en amont de la prise en charge par l'assistante sociale de l'EMLT pour l'ouverture des droits des patients (principalement à la CMU).

Données cliniques

	SDF-EMLT (N=99)	CMS		
		SDF (N=13)	HC (N=31)	HNC (N=52)
Antécédent Tuberculose	9% (9)	7,5% (1)	6,5% (2)	2% (1)
En rupture de traitement	20%	0%	0%	2%
VIH	9% (N = 9)	23% (N = 3)	0%	0%
Localisation - Pulmonaire isolée + associée	89%	100%	84%	92%
-Extra -pulmonaire	11%	0%	16%	8%
Recherche BK crachat +	53,5%	50%	14%	27,5%

Le pourcentage de patients avec un antécédent de tuberculose ne diffère pas significativement selon les groupes. Par contre le pourcentage de patients en rupture de traitement avant leur prise en charge actuelle est plus élevé pour les patients de l'EMLT (20%) que ceux en habitat non collectif (2%).

Concernant l'infection VIH, les patients SDF de l'EMLT ont plus souvent une infection VIH concomitante.

Le site de localisation de la tuberculose, qu'il soit pulmonaire ou extra-pulmonaire, ne diffère pas selon les groupes.

Enfin le résultat positif de la recherche du bacille tuberculeux dans les crachats, à l'examen direct, qui indique une plus forte contagiosité, est significativement plus élevé chez les patients de l'EMLT (53,5% versus 27,5%).

Issues de traitement

Pour l'analyse des issues de traitement, nous avons considéré pour l'EMLT uniquement les 48 patients ayant commencé leur traitement entre le 1er janvier 2004 et le 31 mars 2005, comme les patients des CMS.

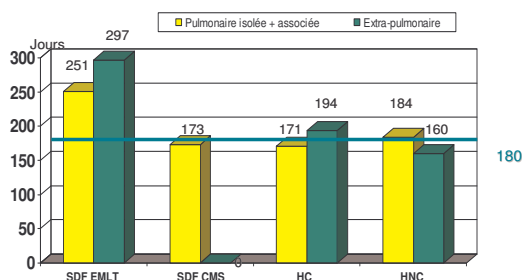
Les issues de traitement	SDF-EMLT (N=48)	CMS		
		SDF (N=13)	HC (N=31)	HNC (N=52)
En cours de traitement	6,5%	0%	6,5%	7,5%
Traitement complet	75%	31%	77,5%	75%
Transfert	14,5%	23%	13%	6%
Perdu de vue	2% (N = 1)	46% (N = 6)	3% (N = 1)	9,5% (N = 5)
Interruptions	0%	0%	0%	2%
Décès non lié à la tuberculose	2%	0%	0%	0%

Les 3/4 des patients ont bénéficié d'un traitement complet et moins de 10% des patients sont encore en cours de traitement à ce jour.

Les autres patients ont été principalement transférés vers des sanatoriums.

La proportion de perdus de vue ne diffère pas significativement entre les patients de l'EMLT et ceux en habitat non collectif.

Durées moyennes de traitement



La durée standard de traitement de la tuberculose est de 180 jours.

La durée moyenne effective de traitement, c'est-à-dire sans tenir compte des jours d'interruptions, pour les patients de l'EMLT ayant eu un traitement complet varie, selon la localisation de la tuberculose, de 251 jours pour les tuberculoses isolées et associées, à 297 jours pour les tuberculoses extra-pulmonaires, soit une moyenne de 9 à 10 mois de traitement.

Les patients des CMS ont une durée moyenne effective de traitement de 6 mois qui correspond à une durée standard, et cela quelque soit la localisation de la tuberculose.

Interruptions de traitement

Nous disposons d'information sur les interruptions de traitement pour les patients de l'EMLT.

41,5% des patients ont eu au moins une interruption de traitement pendant leur prise en charge.

Les interruptions ont concerné:

- 2/3 des patients ayant eu un antécédent de tuberculose traité avec guérison,
- la moitié des patients en interruption de traitement avant leur prise en charge par l'EMLT,
- 36% des patients n'ayant eu aucun antécédent de tuberculose.

Le nombre moyen de jours d'interruption est de 23 jours.

Les interruptions sont de courtes durées : seulement 19,5% des patients ont eu au moins une interruption de traitement supérieure à 5 jours consécutifs.

Aucune interruption de traitement n'a été suffisamment longue pour nécessiter une reprise totale du traitement.

La fugue est la principale raison de l'interruption de traitement (56%). Les contraintes du traitement et les conditions d'hébergement n'ont concerné que 9% des interruptions.

Conclusion

Les patients pris en charge par l'EMLT sont plus lourds que ceux des CMS sur le plan clinique. Ils ont plus souvent un antécédent de tuberculose. Il y a plus de patients contagieux au moment de leur diagnostique, et ils ont plus souvent une infection VIH.

Les facteurs de rupture thérapeutique sont importants: l'alcoolisme concernant 68% des patients et les problèmes psychiatriques, 41,5%, rendent difficile l'observance aux traitements.

Enfin leurs conditions de vie représentent aussi un obstacle à l'observance du fait des vols, de la perte de leurs effets personnels et l'absence de priorité accordée à la santé.

Même si la prise en charge est plus longue pour les patients de l'EMLT (9 mois versus 6 mois pour les patients des CMS), les taux de perdus de vue restent proches et sont faibles en comparaison du taux de perdus de vue de 17% obtenu par le réseau TBInfo qui concerne 956 patients pris en charge en Ile de France entre janvier 96 et décembre 2003, données publiées dans le numéro spécial du BEH sur la tuberculose de mai 2005. Par ailleurs, le taux de perdus de vue a considérablement diminué par rapport à celui que nous avons observé avant la mise en place de la stratégie DOT, de l'ordre de 50%.

Cependant le traitement sous surveillance directe ne constitue qu'un des éléments du programme. La motivation de l'équipe, l'adaptation aux besoins du patient, les mesures incitatives, le travail en réseau, et la mobilité de l'équipe sont des éléments qui concourent à l'efficacité de cette stratégie et sont indispensables.