

ENQUÊTE

LES MALADES TUBERCULEUX EN SEINE-SAINT-DENIS ET LEUR PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE (1984)

A. Thébaud-Mony (1), C. Lepetit (2)

LES RÉSULTATS

A. Connaissance des cas

1^o *Source : déclaration obligatoire*

En 1984, l'information sur l'enquête diffusée très largement, les multiples démarches menées auprès des services médicaux et des laboratoires d'analyse ont probablement contribué au fait que peu de malades n'ont pas été signalés par une déclaration auprès des services de la D.D.A.S.S. (5%). De plus les origines des déclarations sont multiples (contrôle médical de la Sécurité sociale, services hospitaliers, dispensaires) et la majorité des malades sont au moins déclarés deux fois.

Par contre, qualitativement, les données portées sur la déclaration sont peu fiables (résultats absents ou erronés pour la bactériologie une fois sur deux, la nationalité une fois sur cinq, l'ancienneté du cas une fois sur cinq, l'identification du médecin déclarant une fois sur trois).

Le nombre de malades déclarés et mis au traitement en 1984 a été de 578.

2^o *Caractéristiques des malades déclarés*

La **diversité des nationalités** (34 nationalités différentes dont 33 % de Français, 15 % d'Algériens, 14 % de Maliens) et la **précarité socio-économique des malades** (surreprésentation des ouvriers et des chômeurs parmi les malades par rapport à la population générale du département, proportion élevée [12 %] de malades non assurés sociaux) sont les principales caractéristiques démographiques et socio-économiques des malades déclarés.

En 1984, une étude prospective socio-épidémiologique a été réalisée en Seine-Saint-Denis, département du nord-est parisien, par les dispensaires départementaux et un groupe de recherche pluridisciplinaire avec le soutien du ministère chargé de la Santé, de la direction de la Prévention et des Actions sociales, et du Comité français contre les maladies respiratoires et la tuberculose. Son objectif était d'observer en pratique de routine les conditions actuelles de prise en charge des malades tuberculeux en référence aux recommandations de la Société française de pneumologie.

Les informations recueillies auprès des structures de soins ayant pris en charge ces malades ont permis d'identifier leurs caractéristiques médicales et sociodémographiques, les traitements reçus, les incidents survenus au cours du traitement, les lieux de soins, la durée des arrêts de travail et les modalités de reprise du travail.

Des entretiens semi-directifs ont par ailleurs été réalisés au début et à la fin du traitement auprès d'un échantillon tiré au sort de 62 malades français ou originaires de pays du Maghreb (Algérie, Maroc) et du Sahel (Sénégal, Mali).

Ces entretiens ont porté sur les thèmes suivants : le récit de la maladie par le malade depuis les premiers symptômes jusqu'à la fin du traitement, sa connaissance de la maladie et du traitement, les conséquences familiales et professionnelles des conditions de prise en charge, la réinsertion familiale, professionnelle et sociale.

L'analyse pluridisciplinaire des données a été faite dans le cadre de l'U. 292 de l'I.N.S.E.R.M.

Concernant la maladie, on note que 84 % des malades ont au moins une localisation respiratoire et que 24 % des malades présentant une localisation pulmonaire ont été traités sans confirmation bactériologique.

Si ce n'est les tuberculoses ganglionnaires hilaires plus fréquentes chez les malades maliens, les caractéristiques médicales des tuberculoses respiratoires ne sont pas significativement différentes selon les nationalités.

B. Filières de soins et traitement des cas de tuberculose respiratoire

Les filières de soins et de traitement ont été étudiées pour les 336 malades, âgés de plus de 15 ans, jamais traités auparavant et présentant une tuberculose exclusivement respiratoire sans résistance connue aux antibiotiques.

1^o *Filières de soins*

• Les **services médicaux** ayant participé au suivi de ces 336 malades sont très diversifiés. Il s'agit de :

- 57 hôpitaux (dont 10 situés en Seine-Saint-Denis);
- 16 cliniques privées (dont 14 situées en Seine-Saint-Denis);
- 42 centres de cure ou sanatorium (dont 13 situés en Île-de-France et aucun en Seine-Saint-Denis);
- 167 médecins libéraux;
- 7 dispensaires d'hygiène sociale.

(1) I.N.S.E.R.M. U. 292, hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre Cedex.
(2) S.P.A.S. Seine-Saint-Denis, B.P. 193, 124, rue Carnot, 93003 Bobigny Cedex.

Plus du tiers des malades a commencé son traitement dans une structure de soins située en dehors du département.

• Les filières de soins suivies par les malades sont de trois grands types, chacune d'elles impliquant plusieurs médecins différents :

- 33,5 % des malades ont été hospitalisés puis suivis en traitement ambulatoire;
- 45 % ont séjourné en sanatorium après avoir été ou non hospitalisés;
- 21,5 % ont été entièrement suivis en traitement ambulatoire.

Selon l'analyse statistique multivariate, le fait de bénéficier d'une couverture sociale, d'être Algérien ou Malien, d'être au chômage et d'avoir un examen bactériologique initial positif à la microscopie sont les facteurs pronostiques les plus discriminants quant à la prescription d'un séjour sanatorial.

Ne bénéficier d'aucune couverture sociale, être de sexe féminin, être actif non chômeur, présenter une tuberculose pulmonaire avec des lésions radiologiques minimales et des examens bactériologiques initiaux négatifs à la microscopie sont les facteurs pronostiques les plus discriminants quant à la prescription d'un traitement entièrement ambulatoire.

• La durée moyenne des séjours en institutions a été de 28 jours pour l'hôpital dont 9 jours avant tout traitement et de 4 mois pour les séjours en sanatorium, succédant à 1 mois d'hospitalisation pour 122 malades hospitalisés au début de leur traitement.

2^o Le traitement

La chimiothérapie

Parmi les 255 malades (soit 76 %) ayant suivi régulièrement leur traitement jusqu'à terme, sans problème de toxicité ou d'intolérance, 61 % ont reçu le régime R.H.E./R.H. (*) et 15 % le régime R.H.E.Z./R.H., c'est-à-dire les régimes recommandés par la S.P.L.F.

La durée de traitement

En moyenne, la durée de traitement a été de 10,5 mois (avec deux pics de fréquence à 9 mois et à 12 mois), que le pyrazinamide ait ou non été prescrit au cours de la phase initiale.

Pour 85 % des malades, le traitement a comporté une phase intensive associant trois ou quatre médicaments d'une durée moyenne de 4,2 mois, puis une phase d'entretien associant deux médicaments.

Les résultats du traitement

La proportion de malades considérés comme guéris par leur médecin est de 85 % globalement et de 78 % parmi les malades ayant un examen bactériologique positif à la microscopie.

On compte 16 malades décédés dont 5 décès sont imputables à la tuberculose, et 23 malades perdus de vue en cours de traitement.

Un dernier groupe de malades est constitué de ceux qui ne peuvent être considérés comme guéris après traitement. Il s'agit de 13 malades présentant une pathologie associée (en particulier silicotique).

C. Coût social et économique

1^o Le coût social

Il s'agit des conséquences pour le malade de la maladie et de sa prise en charge.

Ce coût est directement lié à la durée du séjour en institution et de l'arrêt de travail.

Il se traduit, pour les malades actifs, par des pertes de salaires, des pertes d'emploi ou de qualification et, pour les malades chômeurs, par une difficulté accrue pour trouver un nouvel emploi, la santé étant un critère de sélection lors des visites médicales d'embauche.

Pour les malades sans activité professionnelle (mères de famille, retraités), la mise en institution peut briser l'autonomie personnelle et familiale.

2^o Le coût économique

Il comporte :

1. La perte de productivité évaluée en nombre de journées de travail perdues (en moyenne 165 par malade ayant séjourné en sanatorium et 100 jours pour les autres).

2. Le coût pour la Sécurité sociale des filières de soins et du traitement.

Pour le malade ayant effectué un séjour en sanatorium, le coût moyen varie entre 79 000 F et 188 000 F.

Pour le malade hospitalisé puis suivi en traitement ambulatoire, il varie entre 42 000 F et 59 000 F.

Quant au malade suivi entièrement à domicile, le coût moyen est de 9 500 F.

L'application du régime thérapeutique de 6 mois R.H.Z./R.H. permettrait de ramener ce coût à 5 500 F par malade.

COMMENTAIRES

La déclaration obligatoire a constitué un outil irremplaçable pour la constitution de la cohorte de cette étude qui montre qu'en 1984, malgré les progrès de la thérapeutique, la tuberculose reste un indicateur d'inégalité sociale.

Avec un taux non négligeable mais relativement faible de perdus de vue, sans doute en partie lié au caractère prospectif de l'enquête, on peut constater que la majorité des malades guérit. Cependant, le prix de cette guérison pour les malades eux-mêmes et la

collectivité apparaît beaucoup plus élevé que ce que permettent aujourd'hui les progrès de la chimiothérapie antituberculeuse.

Les résultats de l'étude font apparaître deux logiques contradictoires dans les filières de soins des malades tuberculeux.

La première est une logique institutionnelle qui perpétue les formes anciennes de prise en charge sanitaire. Elle concerne essentiellement les malades d'origine étrangère qui cependant bénéficient de conditions socio-économiques leur assurant le bénéfice d'une couverture sociale permanente. Mais paradoxalement, ces formes de prise en charge mettent en cause leur niveau de revenu et parfois même leur emploi.

La seconde est une logique sociale d'adaptation de la prise en charge aux besoins des malades, dans le cadre de structures diversifiées, publiques ou privées. Deux groupes de malades entrent particulièrement dans cette logique. Ils sont aux deux extrêmes de l'échelle sociale de la population d'étude. Le premier groupe est constitué par les malades dépourvus de couverture sociale, ceux qui ont les conditions socio-économiques les plus défavorisées. Un traitement ambulatoire gratuit leur est assuré au dispensaire d'hygiène sociale. Le deuxième groupe est celui des femmes françaises d'un niveau socioculturel élevé, suivies par leur médecin traitant en traitement ambulatoire et sans arrêt de travail pour les moins atteintes.

C'est à partir de l'analyse des résultats de cette étude, largement diffusés auprès des professionnels de la santé du département, que les responsables de la lutte antituberculeuse en Seine-Saint-Denis ont redéfini leurs stratégies d'action pour les années à venir, sur la base d'une meilleure adaptation des structures de soins existantes aux besoins des malades.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient le professeur Grossset, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, le docteur Burin, Mesdames Brachet, Savre, N'Goala, Decarli, du Service central de la Tuberculose, les docteurs Bodez, Delcourt et Rollin, le docteur Margue, de la D.D.A.S.S., les services du contrôle médical de la Sécurité sociale de la Seine-Saint-Denis, le professeur Ait Khaled et le professeur Chaulet à Alger, le professeur Fox et le docteur Darbysire à Londres, qui ont apporté leur expérience et leur aide technique tout au long de cette recherche, ainsi que tous les médecins et malades qui ont permis par leur coopération de mener à bien cette étude.

Cette étude a bénéficié du financement des fonds spéciaux des comités départementaux contre la tuberculose et les maladies respiratoires.

(*) R = Rifampicine, H = Isoniazide, E = Ethambutol, Z = Pyrazinamide.

SITUATION EN FRANCE

MISE AU POINT SUR L'ÉPIDÉMIE D'INFECTIONS À *Salmonella enteritidis*

L'augmentation des infections par *Salmonella enteritidis* en France, déjà signalée dans des B.E.H. précédents (40/1987, 44/1987, 26/1988) continue à être observée par le Centre national de référence des salmonelles (figure jointe). Le nombre de souches reçues par le C.N.R. en août 1988 (240 souches) est deux fois plus élevé qu'en août 1987 (126 souches) et 3,3 fois plus élevé qu'en août 1986. Au début du mois de septembre, on note une aggravation sensible du phénomène. Rappelons à ce propos que, d'une part, le C.N.R. ne reçoit pas l'ensemble des souches isolées en France (il s'agit donc d'un échantillon de souche non exhaustif) et que, d'autre part, les isolements de salmonelles ne sont pratiqués que dans une proportion faible de cas d'infection, estimée entre 1 et 5 % [1]. L'incidence réelle des infections à *Salmonella enteritidis* en août 1988 se situerait plutôt entre 5 000 et 20 000 cas.

De nombreux foyers de cas groupés ont fait l'objet d'investigation par les D.D.A.S.S. et les directions des services vétérinaires pendant les mois de juillet et août. Plus de 30 foyers le plus souvent familiaux ont été recensés.

Les foyers les plus importants sont les suivants :

— en **Seine-et-Marne**, lors d'un repas de mariage réunissant 100 personnes, 80 personnes ont été atteintes dont 23 hospitalisées et une personne décédée. Les aliments incriminés et confirmés bactériologiquement, ont été des **gâteaux à la crème** achetés dans une pâtisserie de Meaux. Les personnes travaillant dans cette pâtisserie ont également présenté une infection à *Salmonella enteritidis* (D^r Ambrosino, D.D.A.S.S. 77);

— dans le **Nord**, un foyer familial (5 personnes) a été lié à la consommation de **mayonnaise**. Les services vétérinaires ont mis en cause la préparation de cette mayonnaise à partir d'œufs fêlés (D^r Lelore, D.S.V. 59);

— dans les **Yvelines**, 9 personnes, dont 2 hospitalisées, ont été atteintes au retour d'un séjour en R.F.A. L'aliment incriminé est une salade composée assaisonnée de **mayonnaise** (D^r Ormsby, D.D.A.S.S. 78);

— dans le **Morbihan**, deux foyers familiaux (10 et 5 personnes) ont été signalés, tous deux liés à la consommation d'**œufs** provenant de l'élevage familial. Dans un de ces élevages, l'examen d'une poule a révélé qu'elle était également contaminée par *Salmonella enteritidis*; une investigation complémentaire est en cours (D^r Tran Quyet Chinh, D.D.A.S.S. 56).

— dans le **Gers**, deux foyers ont été également signalés : 10 cas ont été provoqué par la consommation de gâteaux provenant d'une pâtisserie à Condom. Un deuxième foyer familial (6 cas) a mis en cause une mousse au chocolat confectionnée à partir d'œufs de la ferme. Les poules ont été trouvées porteuses de *Salmonella enteritidis* (D^r Pohlmann, D.D.A.S.S. 32);

— dans la **Haute-Garonne**, lors d'un banquet réunissant 80 personnes, 33 personnes ont été atteintes, dont 2 hospitalisées. L'aliment en cause, bactériologiquement confirmé, a été une **sauce à base d'œufs** accompagnant des asperges. Il n'a pas été possible de retrouver l'élevage éventuellement en cause (D^r Navel, D.D.A.S.S. 31).

Il ressort de ces investigations que les œufs sont le point commun entre ces foyers mais qu'il n'a pas été possible d'établir un lieu plus précis sur leur provenance; la répartition géographique en différents points du territoire n'est pas en faveur d'un problème localisé d'élevage. Ces constatations ne permettent pas de mettre en place une action efficace de prévention.

Le problème de *Salmonella enteritidis* n'est pas particulier à la France :

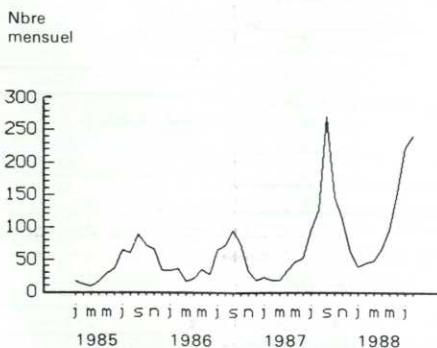
— en **Grande-Bretagne**, ce sérotype est celui le plus fréquemment isolé et les foyers signalés sont associés à la consommation d'œufs crus ou peu cuits [2]. L'identification des élevages d'où proviennent les œufs infectés semble poser les mêmes problèmes qu'en France. Les experts anglais ont recommandé que les consommateurs, particulièrement ceux qui sont les plus vulnérables, évitent de manger des œufs crus ou des aliments non cuits à base d'œufs tels que les préparations familiales de mayonnaise, de mousse ou de crème glacée;

— aux **États-Unis**, l'augmentation de *Salmonella enteritidis* observée depuis 1978 dans le Nord-Est s'étend actuellement à d'autres régions. La liaison entre cette augmentation des infections et la consommation d'œufs est maintenant clairement établie et un programme de contrôle de *Salmonella enteritidis* envisage l'élimination des élevages infectés ou la pasteurisation des produits à base d'œuf [3].

Sans atteindre l'ampleur du problème dans ces deux pays, la **situation en France devient réellement préoccupante**. Une investigation la plus complète possible de tous les foyers d'infections à *Salmonella enteritidis* est nécessaire pour mieux comprendre les mécanismes de cette épidémie. Ces investigations devraient être poursuivies jusqu'à l'identification et l'examen soigneux des élevages d'où proviennent les œufs suspectés. Cette identification est souvent difficile lorsque les œufs sont commercialisés par des grossistes et une attention particulière doit être portée sur les contaminations par des élevages familiaux plus facile à identifier.

Compte tenu des différences observées sur les souches de poules pondeuses entre les pays où sévit cette épidémie, il paraît actuellement important de porter une attention particulière sur la **couleur des œufs** (blancs ou bruns) qui peuvent être mis en cause. Cette information permettra d'orienter les recherches sur des souches plus précises de poules, hypothèse qui peut se révéler intéressante pour contrôler la transmission de l'infection.

B. HUBERT,
Bureau des maladies transmissibles,
D.G.S.



Répartition mensuelle du nombre de souches de *S. enteritidis* identifiées par le C.N.R. de janvier 1985 à août 1988.

RÉFÉRENCES

- [1] R. B. Chalker, M. J. Blaser. **A review of human salmonellosis.** — Magnitude of *Salmonella* infections in the United States. Rev. Infect. Dis. 1988; 10 : 111-124.
- [2] Communicable Disease Report 88/31 et 88/32. Great Britain.
- [3] **Update** : *Salmonella enteritidis* infections and Grade A shell eggs. United States. M.M.W.R. 1988/32 : 490-6.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Sémaine du 5 au 11 septembre 1988

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1985	Typhoides et paratyphoides	SIDA	Méningite à méningoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1985	Typhoides et paratyphoides	SIDA	Méningite à méningoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	935 000		4						LIMOUSIN	19 - Corrèze	242 000							
	68 - Rhin (Haut-)	660 000					2				23 - Creuse	137 000							
	Total	1 596 000		4				2			87 - Vienne (Haute-)	357 000							1
AQUITAINE	24 - Dordogne	380 000								LORRAINE	Total	736 000							1
	33 - Gironde	1 162 000	1	1							54 - Meurt.-et-Mos.	713 000	1						3
	40 - Landes	302 000									55 - Meuse	199 000	1						
	47 - Lot-et-Garonne	302 000									57 - Moselle	1 009 000		2					
	64 - Pyrénées-Atlan.	565 000									88 - Vosges	394 000							
AUVERGNE	Total	2 711 000	1	1						MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 314 000	2	2				3	1
	03 - Allier	366 000				1		1			09 - Ariège	135 000	1						1
	15 - Cantal	161 000									12 - Aveyron	278 000							
	43 - Loire (Haute-)	207 000									31 - Garonne (Hte-)	848 000							
	63 - Puy-de-Dôme	601 000				1					32 - Gers	173 000							
BOURGOGNE	Total	1 335 000				1	1	1		NORD - PAS-DE-CALAIS	46 - Lot	158 000							
	21 - Côte-d'Or	481 000	2								65 - Pyrénées (Htes-)	227 000							
	58 - Nièvre	237 000									81 - Tarn	340 000							
	71 - Saône-et-Loire	571 000	1								82 - Tarn-et-Gar.	194 000							
	89 - Yonne	316 000	1	1							Total	2 352 000	1						1
BRETAGNE	Total	1 605 000	3	2						NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 509 000							5
	22 - Côtes-du-Nord	544 000									62 - Pas-de-Calais	1 421 000							5
	29 - Finistère	839 000				8					Total	3 931 000							10
	35 - Ille-et-Vilaine	771 000				1					14 - Calvados	603 000							
	56 - Morbihan	603 000	1				1	1			50 - Manche	472 000							
CENTRE	Total	2 757 000	1				10	1		NORMANDIE (BASSE-)	61 - Orne	295 000							1
	18 - Cher	322 000									Total	1 370 000							1
	28 - Eure-et-Loir	377 000									27 - Eure	483 000							
	36 - Indre	239 000									76 - Seine-Maritime	1 205 000							3
	37 - Indre-et-Loire	519 000	1				3				Total	1 688 000							3
CHAMPAGNE - ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	301 000								PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	1 026 000							4
	45 - Loiret	558 000	1				4				49 - Maine-et-Loire	697 000							3
	Total	2 317 000	1	1			7				53 - Mayenne	276 000							1
	08 - Ardennes	300 000		1			2				72 - Sarthe	511 000							2
	10 - Aube	292 000					1				85 - Vendée	498 000							10
CORSE	51 - Marne	550 000								NORMANDIE (HAUTE-)	Total	3 007 000							
	52 - Marne (Haute-)	210 000		1							27 - Eure	483 000							
	Total	1 352 000	1	1			3				76 - Seine-Maritime	1 205 000							3
	2 B - Corse (Haute-)	135 000			2		5				Total	1 770 000	1						2
	2 A - Corse-du-Sud	113 000									16 - Charente	342 000							4
FRANCHE-COMTE	Total	248 000			2		5			POITOU - CHARENTES	17 - Charente-Mar.	519 000	1						2
	25 - Doubs	473 000	1				1				79 - Sèvres (Deux-)	344 000							3
	39 - Jura	245 000									86 - Vienne	377 000	1						3
	70 - Saône (Haute-)	237 000									Total	1 582 000	1	1					3
	90 - Terr. de Belfort	134 000		1							04 - Alpes-Hte-Prov.	122 000	1						
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 089 000	1	1			1			PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	05 - Alpes (Hautes-)	107 000							
	75 - Paris (Ville)	2 134 000	13	1			8				06 - Alpes-Marit.	892 000	3						1
	77 - Seine-et-Marne	965 000									13 - B.-du-Rhône	1 739 000	1						
	78 - Yvelines	1 259 000	1				7				83 - Var	748 000							1
	91 - Essonne	1 022 000									84 - Vaucluse	438 000							1
LANGUEDOC - ROUSSILLON	92 - Hauts-de-Seine	1 366 000	2							RHÔNE - ALPES	Total	4 046 000	5	1	2	1			
	93 - Seine-St-Denis	1 331 000				36					01 - Ain	440 000							
	94 - Val-de-Marne	1 184 000	2			9					07 - Ardèche	272 000							
	95 - Val-d'Oise	967 000	1			6					26 - Drôme	403 000		1					
	Total	10 228 000	19			66					38 - Isère	976 000	1						5
FRANCE OUTRE-MER	11 - Aude	285 000								TOTAL DE LA SEMAINE	42 - Loire	739 000							1
	30 - Gard	553 000									69 - Rhône	1 458 000							
	34 - Hérault	738 000	11				3				73 - Savoie	332 000							
	48 - Lozère	74 000									74 - Savoie (Haute-)	519 000							2
	66 - Pyrénées-Orient.	348 000		1		1					Total	5 139 000		2					8
FRANCE OUTRE-MER	Total	1 998 000	11	1		4				FRANCE MÉTROPOLITaine	10	48	6	4	4	143	5		
	971 - Guadeloupe	328 400	3			1					37 premières semaines de 1988	211	1 895	357	169	5	6 518	94	
	972 - Martinique	329 600				2					37 premières semaines de 1987	269	1 196	471	141	66	7 249	70	
	973 - Guyane	73 000																	
	974 - Réunion	516 000																	

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT
 Rédacteur en chef : D' Elisabeth BOUDET
 Rédaction : Drs Jean-Baptiste BRUNET, Bruno HUBERT, Anne LAPORTE, Colette ROURE
 Administration : M. André CHAUVIN

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1 C : 1, place de Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 47 65 25 54
 N° CPP : 2015 AD

Les demandes d'abonnement doivent être faites par courrier
 La publication d'un article dans le B.E.H. n'empêche pas sa publication ailleurs

Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source