

Tuberculose et pauvreté

X. Emmanuelli¹, J. Grosset²

La *Revue des Maladies Respiratoires* est l'héritière d'une lignée plus que centenaire de journaux d'abord consacrés à la phthisiologie. À ce titre, se doit de rester au premier plan de l'information dans ce domaine. Elle est aussi l'organe officiel d'une société savante consacrée à la pneumologie, discipline « sociale » s'il en est, de part les rapports intimes et fréquents entre maladies respiratoires et pauvreté. Cet éditorial s'inscrit donc parfaitement dans une culture dont la *Revue* se veut continuateur. Merci aux auteurs d'y avoir consacré de leur temps.

C'est un lieu commun de dire que la misère fait le lit de la tuberculose. Mais il est moins commun d'essayer de mesurer l'ampleur des relations entre misère et tuberculose pour contribuer à en réduire les conséquences. Pour les lecteurs de la *Revue des Maladies Respiratoires*, il n'est pas nécessaire de préciser ce qu'est la tuberculose. En revanche, il convient de donner de la misère ou de la pauvreté, dont tout un chacun saisit le sens et voit quotidiennement les effets dans la rue, une appréciation qui ne soit pas trop subjective. Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement [1], la pauvreté peut être humaine et/ou monétaire. La pauvreté humaine prend en compte plusieurs facteurs comme l'analphabétisme, la malnutrition, l'espérance de vie réduite, le nonaccès aux sources d'énergie, à l'eau potable, à l'assainissement, à l'éducation, à la communication, etc. Elle est très fréquente, surtout dans les pays en développement. La pauvreté monétaire, loin d'être limitée à ces derniers, est, comme on va le voir, étonnamment présente dans les pays industrialisés. Elle est dite générale lorsque le sujet n'a pas les revenus suffisants pour subvenir à la fois à ses besoins alimentaires et non alimentaires tels que l'habillement, le logement, le chauffage. Elle est dite extrême lorsque le sujet n'a pas les revenus suffisants pour subvenir à ses besoins alimentaires essentiels. Croisés avec d'autres indicateurs comme le logement, l'emploi et la santé, les indicateurs de type monétaire donnent une idée précise de la pauvreté dans les pays industrialisés comme la France.

R. Lenoir, Secrétaire d'Etat à l'Action Economique et Sociale, a pour la première fois, en 1974, attiré officiellement l'attention sur les exclus, c'est-à-dire à l'époque, la population des handicapés physiques et mentaux et des inadaptés sociaux qu'il a estimée à un français sur dix [2]. Vingt ans plus tard, la notion de « nouvelle pauvreté » apparaît en France. Les rap-

¹ Samu Social de Paris, Paris, France.

² Center for Tuberculosis Research, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA.

Tirés à part : J. Grosset, Center for Tuberculosis Research, Johns Hopkins University School of Medicine, 424 N. Bond Street, Baltimore MD 21231-1001, USA.
jacques_grosset@yahoo.com

Réception version princeps à la *Revue* : 04.10.2002.

Acceptation définitive : 18.11.2002.

Publié par anticipation sur www.splf.org/rmr/ le 20.12.2002.

ports du CREDOC et du Conseil Economique et Social [3, 4], parus en 1995, donnent des informations précises sur la pauvreté en France : les revenus de 5 millions de personnes se situent en dessous du seuil de pauvreté défini par l'INSEE, soit 3 300 FF de 1994. Le rapport 2000-2001 de l'Observatoire National de la Pauvreté confirme cette donnée [5]. Le nombre des personnes en situation de pauvreté extrême ou de grande exclusion, les sans-domicile-fixe ou SDF, personnes qui ont perdu tout lien social et ne demandent plus rien au système, est estimé à 400 000. Les chiffres correspondant sont de 430 000 au Royaume Uni, 900 000 en Allemagne et 5 millions aux Etats-Unis [1].

Les données concernant la tuberculose sont plus nombreuses, plus précises et surtout mieux connues des lecteurs de la *Revue des Maladies Respiratoires* que celles qui concernent la pauvreté [6]. Rappelons quand même que l'incidence moyenne de la tuberculose est de l'ordre de 200 pour 100 000 habitants dans les pays en développement [7] où vivent 85 % des êtres humains [8]. Elle est en moyenne de 23 pour 100 000 habitants dans les pays industrialisés, soit 10 fois plus faible [9]. Elle est maintenant proche de 10 pour 100 000 habitants en France, soit 20 fois plus faible [10]. Toutefois, dans toutes les grandes villes des pays industrialisés, l'incidence de la tuberculose est bien supérieure à l'incidence moyenne de l'ensemble du pays. Par exemple, en 1999, elle était de 7 pour 100 000 habitants dans l'ensemble des Etats-Unis et de 18,2 pour 100 000 dans la ville de San Francisco [11] ; elle était de 11 pour 100 000 habitants dans l'ensemble de la France et de 46 pour 100 000 dans la ville de Paris [10]. Dans les grandes villes des pays industrialisés, les immigrants récents, clandestins ou non, et les SDF contribuent fortement à la forte incidence de la tuberculose. C'est ainsi, toujours en 1999, que l'incidence de la tuberculose était estimée chez les SDF à 270 pour 100 000 à San Francisco [11] et à 240 pour 100 000 à Paris [12].

Les SDF sont non seulement beaucoup plus souvent atteints par la tuberculose mais aussi beaucoup plus difficiles à traiter régulièrement. Sans intervention particulière, en moyenne 50 % d'entre eux sont perdus de vue au cours de leur traitement [13]. L'incidence de la tuberculose et la fréquence des abandons du traitement sont très similaires chez les SDF des mégapoles des pays industrialisés et chez de nombreux sujets des pays en développement qui ont en commun nombre de facteurs de risque. Comme la grande presse s'en est fait l'écho il y a peu à Paris [14, 15]¹, beaucoup d'immigrés récents et beaucoup de SDF des pays industrialisés vivent ou survivent dans des conditions de promiscuité, d'hygiène, et de nutrition qui sont similaires à celles de beaucoup de sujets de pays en développement. Comme eux, ils ne bénéficient, de fait sinon de droit, ni d'un accès facile aux moyens diagnostiques, ni du suivi nécessaire au traitement régulier et à la guérison de la tuberculose. Les autorités sanitaires, politiques et médicales

des pays industrialisés oublient très souvent, tout comme celles des pays en développement, qu'il est de leur responsabilité de créer, de maintenir et d'adapter les conditions nécessaires à la réussite complète du traitement antituberculeux, pour tout malade.

La situation des SDF des pays industrialisés diffère cependant sur un point essentiel de celle des populations des pays en développement : les pays industrialisés ont les moyens d'apporter aux SDF atteints de tuberculose les soins dont ils ont besoin. Malheureusement les structures officielles de lutte antituberculeuse des pays industrialisés n'offrent souvent aux malades que le choix entre le traitement hospitalier ou en centre de cure, et le traitement ambulatoire avec auto-administration des antibiotiques. Ces moyens de traitement ne sont pas adaptés au traitement de la tuberculose chez les SDF, dont, comme cela a été dit plus haut, l'une des caractéristiques est non seulement d'avoir perdu tout lien social mais encore de ne plus rien demander au système, notamment en terme de soins. Ils ne peuvent donc ni tolérer les contraintes des séjours relativement prolongés dans les établissements de soins et ni assumer la responsabilité de leur traitement.

Il nous faut donc créer ou recréer des structures de santé adaptées au nombre limité (une centaine à Paris pour environ mille cas de tuberculose annuels) et aux besoins réels des victimes de la précarité et de la grande exclusion dans un esprit d'« Assistance Publique ». Ces besoins sont connus : un hébergement adapté [13] et l'application, stricte dans son principe mais souple et diverse dans ses modalités de mise en œuvre, du traitement directement observé [16]. Par traitement directement observé (DOT, de l'anglais « Directly Observed Treatment »), il faut entendre la prise réellement supervisée de tous les antibiotiques du début à la fin du traitement et en aucun cas une forme plus ou moins déguisée de traitement auto-administré. Lorsque les malades ne sont pas hébergés, des agents de santé mobiles doivent assurer la prise du traitement sur le territoire de vie des malades et ne pas attendre passivement et souvent sans succès qu'ils veuillent bien se présenter pour prendre leur traitement [13]. Le traitement directement observé des malades non hébergés exige donc une organisation spécifique. C'est pourquoi il est souvent préféré d'offrir aux malades un hébergement dans des structures adaptées [17]. Quelle que soit la solution ou les solutions consécutives adoptées, il faut évaluer leur validité. Aucune ne réclame des moyens considérables mais seulement la volonté de relever le défi. Il n'est pas acceptable que l'incidence de la tuberculose à Paris [10] soit encore de 46 pour 100 000 dans l'indifférence quasi générale alors qu'elle était de cet ordre de grandeur en 1992 à New York [13] lorsque les responsables de cette ville ont décidé de mettre en œuvre les grands moyens pour éteindre l'épidémie et y ont réussi [13]. Il n'est nul besoin d'avoir un esprit novateur pour considérer que les structures médicales doivent s'adapter aux besoins des différentes catégories de malades et non pas l'inverse. La politique sanitaire requise est

¹ Voir Info-Respiration 2003, n° 53, 11 (en ligne via : <http://www.splf.org>)

simple. Il reste à l'appliquer à Paris et dans les autres grandes villes avec constance et flexibilité partout où elle est nécessaire, comme cela a été fait ailleurs avec succès [13, 17].

Références

- 1 Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport du PNUD sur la Pauvreté, Genève 2000. Vaincre la Pauvreté humaine, page 20.
- 2 Lenoir R : Les Exclus. Un Français sur dix. Edition Seuil 1989 ; pages 27-37.
- 3 Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie-Enquête 1995.
- 4 Conseil Economique et Social. « La Grande Pauvreté ». Evolution des politiques publiques de lutte contre la Grande Pauvreté. 1995 ; pages 11-15.
- 5 Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion. Rapport 2001-2002.
- 6 Murray JF : La tuberculose dans le monde : situation et perspectives en 2001. *Rev Mal Respir* 2001 ; 18 : 479-84
- 7 World Health Organization. Global Tuberculosis Programme. WHO Global Report. Geneva: WHO, 2001.
- 8 World Health Organization. World Health Report. 2000, WHO, Geneva.
- 9 Dolin PJ, Raviglione MC, Kochi A : Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull WHO* 1994 ; 72 : 213-20.
- 10 Decludt B, Campese C : Les cas de tuberculose déclarés en France en 1998 et 1999. *Bull Epidemiol Hebdo* 2001 ; 10 : 41-3.
- 11 Moss AR, Hahn JA, Tulskey JP, Daley CL, Small PM, Hopewell PC : Tuberculosis in the homeless. A prospective study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000 ; 162 : 460-4.
- 12 SAMU Social de Paris. Rapport d'activité, Exercice 2000.
- 13 Fujiwara PI, Larkin C, Frieden TR : Directly observed therapy in New York city. History, implementation, results, and challenges. *Clin Chest Med* 1997 ; 18 : 135-48.
- 14 Debievre A : Un foyer de tuberculose à Paris. Le journal du dimanche N° 2896, 30 juin 2002.
- 15 Bissuel B, Nau JY : Trente-cinq cas de tuberculose découverts dans un foyer pour travailleurs migrants à Paris. *Journal Le Monde* 2 juillet 2002.
- 16 World Health Organization. Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programs. WHO/TB/97.220. Second Edition. Genève : OMS ; 1997.
- 17 LoBue PA, Cass R, Lobo D, Moser K, Cantanzaro A : Development of housing programs to aid in the treatment of tuberculosis in homeless individuals. *Chest* 1999 ; 115 : 218-23.