

## | Contexte |

La tuberculose est une maladie due à un bacille (mycobactérie du complexe *Tuberculosis*) qui atteint le plus souvent les poumons et qui est transmissible par voie aérienne. Après avoir été en contact avec un cas contagieux, certaines personnes vont être infectées et une partie d'entre-elles va secondairement développer la maladie. La personne avec une infection tuberculeuse ne présente pas de signes cliniques et n'est pas contagieuse. Le risque de développer une tuberculose maladie à la suite d'une infection tuberculeuse est plus important chez les enfants et les personnes immunodéprimées.

Plusieurs signes cliniques combinés amènent à suspecter un cas de tuberculose pulmonaire, notamment : toux persistante, fièvre persistante et sueurs nocturnes, perte de poids, fatigue, émissions de sang lors de la toux. La tuberculose est curable avec un traitement correctement suivi.

La tuberculose reste au plan mondial une cause importante de morbidité et de mortalité avec de fortes disparités géographiques et populationnelles. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 1,3 millions de décès ont été estimés en 2012. Cette maladie est l'une des trois principales causes de décès chez les femmes âgées de 14 à 44 ans dans le monde.

En 2011, le plus grand nombre de nouveaux cas de tuberculose a été enregistré en Asie, qui totalise 60% des nouveaux cas à l'échelle mondiale. Toutefois, l'Afrique subsaharienne compte la plus grande proportion de nouveaux cas par habitant, avec plus de 255 cas pour 100 000 habitants en 2012.

La France est aujourd'hui un pays considéré à faible incidence de tuberculose, mais de fortes disparités subsistent. Certaines zones géographiques comme l'Île-de-France et la Guyane française, les grandes villes et certains groupes de population (sujets âgés, sujets en situation de précarité et migrants en provenance de régions comme l'Afrique subsaharienne) sont plus touchés et nécessitent des mesures de lutte antituberculeuse adaptées aux populations les plus exposées.

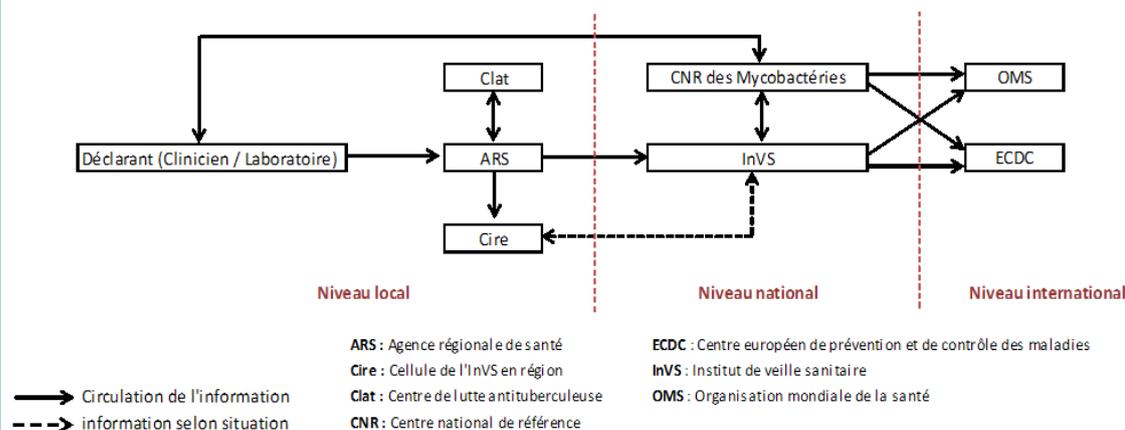
La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (MDO) depuis 1964. Ce document présente les données issues du recueil de la DO ainsi que les données de résistance qui sont issues du CNR des Mycobactéries. Les données démographiques sont issues de l'Insee (estimations localisées de population, mise à jour janvier 2013).

## | La surveillance des cas de tuberculose |

La surveillance des cas de tuberculose permet selon l'échelon auquel elle est mise en œuvre de répondre à deux objectifs :

- **Au niveau local**, elle permet d'initier les actions de lutte antituberculeuse auprès des malades et de leur contacts. Le signalement des cas permet aussi d'identifier des regroupements de cas (cluster) et de faire des hypothèses sur un cas source commun (figure 1). La mise en place de mesures de santé publique adaptées contribuant à l'identification et au traitement précoce des cas permet de limiter la diffusion de la maladie.
- **Au niveau national**, la surveillance permet d'identifier les facteurs de risque de tuberculose et la résistance aux antituberculeux. En cela, elle contribue à la politique de lutte antituberculeuse en permettant de cibler les actions sur les groupes les plus à risque et apporte des indicateurs pour l'évaluation des mesures de prévention et de contrôle mises en place.

| Figure 1 | Organisation de la surveillance épidémiologique de la tuberculose en France, 2013



## | Situation épidémiologique en France - 2011 |

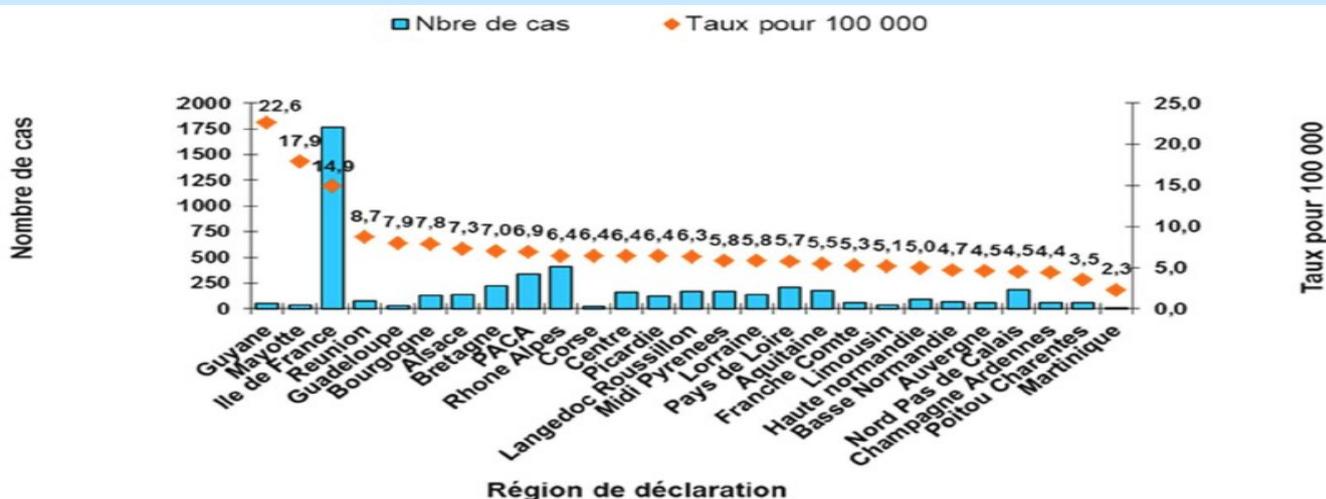
En France, le taux de déclaration de tuberculose maladie était de 4991 en 2011, soit 7,7 cas pour 100 000 habitants. L'incidence de la tuberculose a baissé régulièrement depuis 1972, à l'exception du début des années 1990 et s'est stabilisée dans les années 2000. Les incidences sont inférieures à 10 / 100 000 habitants dans la plupart des régions exceptées la Guyane française, Mayotte et l'Île-de-France (figure 2).

En 2011, 74 % des tuberculoses maladies étaient pulmonaires (associées ou non à d'autre localisation). Parmi les cas déclarés, 54 % étaient des personnes nées à l'étranger (majoritairement en Afrique subsaharienne). Parmi les cas pour lesquelles la variable était renseignée, 15 % résidaient en collectivité et 4,6 % étaient des personnes sans domicile fixe.

Les classes d'âges, pour lesquelles les taux de tuberculose étaient les plus élevés, étaient les 25-44 ans et les plus de 65 ans avec un âge médian à 43 ans.

D'après le CNR des mycobactéries, la proportion de cas de tuberculose avec une souche multi-résistante MDR (résistante à au moins l'isoniazide et la rifampicine) était de 1,7 % en 2011 (75/4427), dont 8 % (6/75) étaient des souches ultra-résistantes XDR (résistante à n'importe quel fluoroquinolone et au moins un des trois médicaments injectables de deuxième-ligne de type capreomycine, kanamycine et amikacine, en plus de la MDR).

**| Figure 2 | Cas déclarés de tuberculose maladie par région de déclaration, France entière, 2011 (source : InVS - MDO)**



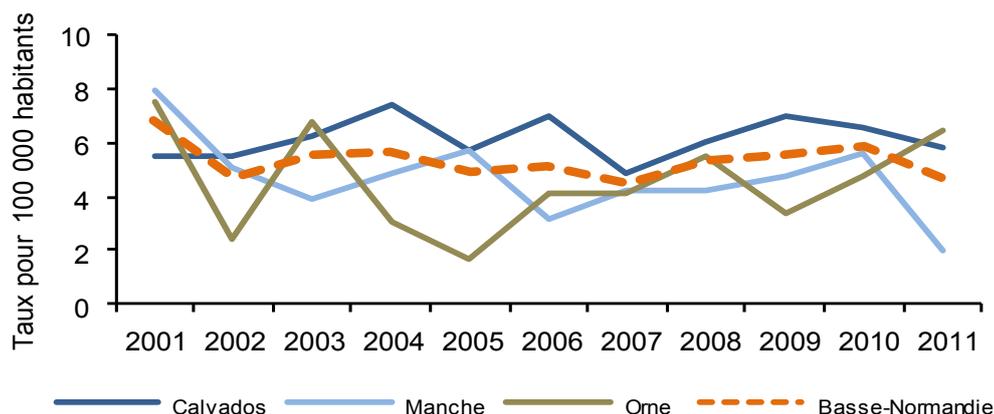
## | Situation épidémiologique en Basse-Normandie |

En 2011, 69 cas de tuberculose maladie (40 dans le Calvados, 19 dans l'Orne et 10 dans la Manche) ont été déclarés dans la région de Basse-Normandie contre 87 en 2010.

En 2011, l'incidence des cas déclarés dans l'Orne a été plus élevée que dans les deux autres départements : respectivement 6,5/100.000 habitants contre 5,8/100.000 dans le Calvados et 2,0/100.000 dans la Manche.

Entre 2001 et 2011, le taux de déclaration a légèrement diminué, passant de 6,8 à 4,7 cas de tuberculose maladie pour 100.000 habitants. Cependant, on note une augmentation de ce taux pour les départements du Calvados et de la Manche de 2007 à 2010, augmentation qui se répercute sur le taux régional (figure 3).

**| Figure 3| Evolution annuelle du taux de déclaration de la tuberculose par département et pour la région de Basse-Normandie de 2001 à 2011 (source : InVS - MDO)**



## | Caractéristiques sociodémographique des cas |

En 2011, en Basse-Normandie, les hommes représentaient 61 % des cas déclarés (42/69). Le taux de déclaration était plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les classes d'âges, pour lesquelles les taux de tuberculose étaient les plus élevés, étaient les 20-29 ans et les plus de 80 ans avec un âge médian à 46 ans (37 ans dans le Calvados, 61 ans dans la Manche et 52 ans dans l'Orne).

En 2011, les personnes nées en France représentaient 64 % des cas de tuberculose déclarés (44/69). Parmi les 10 cas pour lesquelles la variable du type de collectivité était renseignée, 3 personnes vivaient dans un établissement d'hébergement de personnes âgées, 1 dans un centre d'hébergement collectif, 1 dans un établissement pénitentiaire et 5 dans un autre type de collectivité.

## | Caractéristiques cliniques et bactériologiques des cas |

Les sujets avec un antécédent de tuberculose traitée par antituberculeux représentaient 2,9 % (2/69) des cas déclarés en 2011.

Parmi les cas déclarés en 2011, 70 % (48/69) ont présenté une tuberculose pulmonaire (associée ou non à une autre localisation) et 30 % (21/69) une tuberculose extra-pulmonaire uniquement.

Parmi les cas pulmonaires, les cas potentiellement les plus contagieux (résultat d'examen direct positif sur prélèvement respiratoire) représentaient 68 % (28/41). Les cas avec un résultat d'examen direct négatif ou inconnu et un résultat de culture positif sur prélèvement respiratoire représentaient 19 % des cas pulmonaires (9/48).

Les résultats d'antibiogramme pour l'isoniazide et la rifampicine étaient mentionnés pour 14 cas de tuberculose déclarés en 2011. La proportion de tuberculoses multi-résistantes était de 7 % (n=1/14) d'après les données des MDO et du CNR des Mycobactéries (*données non consolidées*).

Le contexte de diagnostic était renseigné pour 88 % des cas (61/69). Les cas déclarés suite à un recours spontané au système de santé représentaient 69 % des cas renseignés (42/61), ceux dépistés lors d'une enquête autour d'un cas 6 % (4/61) ou d'un dépistage systématique 6 % (4/61). Onze personnes ont été diagnostiquées par un autre système non précisé.

En 2011, 72 % des cas ont été déclarés par un médecin hospitalier, 2,9 % par un phthisiologiste libéral, 1,5 % par un biologiste libéral, 1,5 % par les Centre de lutte antituberculeuse (Clat) et 22 % par un autre type de déclarant.

## | Conclusion |

L'analyse des données de la déclaration obligatoire de la tuberculose de 2011 pour la région de Basse-Normandie montre une situation d'incidence faible par rapport aux autres régions françaises. Cependant, malgré cette faible incidence, une stabilisation du nombre de cas déclarés dans la région est observée depuis plusieurs années. Ces résultats montrent que les besoins de connaissances sur la maladie nécessitent de maintenir une surveillance active des cas.

En effet, les recommandations actuelles (Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose 2007 et Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France 2002-2003) relatives à la lutte contre la tuberculose visent principalement à définir la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cas de tuberculose mais elles insistent également sur la nécessité de rechercher les cas secondaires et/ou le cas index et de participer au système de surveillance par la déclaration obligatoire et le signalement des cas.

Ainsi, si l'analyse des déclarations obligatoires permet de (i) caractériser le contexte épidémiologique national, régional voire départemental, (ii) valoriser le travail des professionnels impliqués et (iii) cibler les mesures adéquates, ces résultats ne sont possibles que si la déclaration fournit une information complète.

L'identification rapide des cas de tuberculose maladie et leur prise en charge appropriée restent les éléments les plus importants de la lutte antituberculeuse. Ils permettent de limiter la transmission de l'infection dans une communauté tout en prévenant le développement de la résistance aux médicaments antituberculeux.

### Définitions de cas de la tuberculose maladie utilisées pour la surveillance

**Cas confirmé** : maladie due à une mycobactérie du complexe *Tuberculosis* prouvée par la culture.

**Cas probable** : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

### Recommandations

<http://www.sante.gouv.fr/la-lutte-contre-la-tuberculose-en-france-avis-du-cshpf-textes-reglementaires.html>

### Pour plus d'info...

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Tuberculose>

### **Publications de la Cire Normandie :**

<http://www.invs.sante.fr/regions/index.htm>

Si vous souhaitez être destinataire des **points épidémiologiques** réalisés par la Cire Normandie, merci de nous en informer par courriel :  
[ars-normandie-cire@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-cire@ars.sante.fr)

**InVS Directrice Générale**  
Dr Françoise WEBER

**Rédacteur en chef**  
Arnaud MATHIEU

**Rédaction du Point**  
Mélanie MARTEL