

I Surveillance de la tuberculose en Basse-Normandie et en Haute-Normandie I

Arnaud MATHIEU, Stéphane EROUART (Cire Normandie). Relecteur : Delphine ANTOINE (InVS - Département des maladies infectieuses)

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 vont 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 immuno-déprimées.

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 lorsqu'elle est traitée correctement.

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964. Cette surveillance permet notamment de suivre l'évolution de la tuberculose en France et en région(s) dans la population générale.

La France est considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population et dans certaines zones géographiques. La maladie touche principalement les sujets âgés, les populations en situation de précarité (SDF, personnes vivant en collectivité...) et les migrants en provenance de régions comme l'Afrique subsaharienne où les prévalences de la tuberculose et de l'infection à VIH sont élevées. On trouve également des taux de déclaration plus élevés en Ile-de-France et en Guyane comparés aux autres régions françaises.

Cet article présente l'analyse de la DO de tuberculose maladie en régions Basse-Normandie et Haute-Normandie pour 2010.

Méthodes

Les données analysées sous issues de la DO des cas de tuberculose maladie pour l'année 2010. Un cas est défini soit par la présence d'une mycobactérie du complexe *tuberculosis* prouvée par la culture, soit par la présence de signes cliniques ou radiologiques compatibles avec la maladie, associés à une décision de mise sous traitement antituberculeux, avec ou sans confirmation microbiologique.

Les données de population utilisées sont issues du recensement de population 2009 de l'Insee.

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN FRANCE¹

En France, le taux de déclaration de tuberculose maladie déclarés était de 5 187 cas en 2010, soit 8,1 cas pour 100 000 habitants. L'incidence de la tuberculose a baissé régulièrement depuis 1972, à l'exception du début des années 1990 et semble se stabiliser dans les années récentes. La proportion de cas de tuberculose déclarés avec une souche multirésistance MDR (résistance à au moins l'isoniazide et la rifampicine) était de 1,7% en 2010 (données DO).

EN BASSE-NORMANDIE

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

En 2010, 83 cas de tuberculose maladie ont été déclarés dans la région de Basse-Normandie. Le taux de déclaration était de 5,6 cas de tuberculose maladie pour 100 000 habitants (tab.1).

Pour la période 2000-2010, on observe une légère diminution des taux de déclaration annuels. Cependant, à partir de 2007, on observe une tendance à l'augmentation de ces taux pour les départements du Calvados et de la Manche, tendance qui se répercute sur le taux régional (fig.1).

EN HAUTE-NORMANDIE

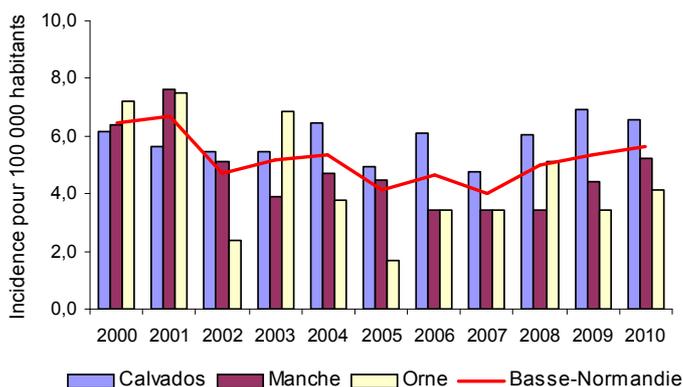
SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

En 2010, 102 cas de tuberculose maladie ont été déclarés dans la région de Haute-Normandie. Le taux de déclaration était de 5,5 cas de tuberculose maladie pour 100 000 habitants (tab.2).

Entre 2000 et 2010, le taux de déclaration a globalement diminué, passant de 8,2 à 5,5 cas de tuberculose maladie pour 100 000 habitants. La même tendance s'observe pour les deux départements de la région sur la même période (fig.2).

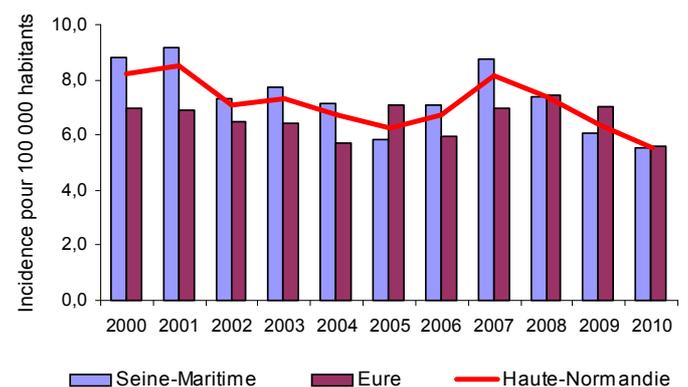
I Figure 1 I

Evolution annuelle du taux de déclaration de la tuberculose en Basse-Normandie de 2000 à 2010



I Figure 2 I

Evolution annuelle du taux de déclaration de la tuberculose en Haute-Normandie de 2000 à 2010



CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES CAS

En 2010, en Basse-Normandie, les hommes représentaient 56% des cas déclarés (n=57/102). Le taux de déclaration était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (tab.1). On note une tendance inversée pour l'Orne où les hommes représentaient 25% des cas déclarés (n=3/12). En région, l'âge médian des cas de tuberculose était de 55 ans (40 ans dans le Calvados, 75,5 ans dans la Manche et 54,5 ans dans l'Orne). Les taux de déclaration de la tuberculose étaient les plus élevés chez les plus de 75 ans (tab.1).

En 2010, les personnes nées en France représentaient 74% des cas de tuberculose déclarés, (n=54/80).

En 2010, 17% des 77 personnes pour lesquelles la variable était renseignée vivaient en collectivité. Sept personnes vivaient dans un établissement hébergeant des personnes âgées, trois dans un centre d'hébergement collectif et deux dans une autre collectivité.

En 2010, en Haute-Normandie, les hommes représentaient 58% des cas déclarés (n=58/99). Le taux de déclaration était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (tab.2). En région, l'âge médian des cas de tuberculose était de 53,5 ans (57 ans dans l'Eure et 50 ans en Seine-Maritime). Les taux de déclaration de la tuberculose étaient les plus élevés chez les plus de 75 ans (tab.2).

En 2010, les personnes nées en France représentaient 57% des cas de tuberculose déclarés, (n=53/93).

En 2010, 13% des 83 personnes pour lesquelles la variable était renseignée vivaient en collectivité. Quatre personnes vivaient dans un centre d'hébergement collectif, trois dans un établissement hébergeant des personnes âgées, une dans un établissement pénitentiaire et trois dans une autre collectivité.

Tableau 1 |

Nombre de cas déclarés et taux de déclaration de tuberculose par principales caractéristiques, Basse-Normandie, 2010

	Nombre de cas	Taux pour 100 000
Total	83	5,6
Sexe		
Hommes	46	6,5
Femmes	37	4,9
Age		
< 5 ans	4	4,6
5-14 ans	3	1,7
15-24 ans	3	1,7
25-39 ans	20	7,6
40-59 ans	16	4,0
60-74 ans	8	3,9
75 ans et plus	29	20,6
Pays de naissance		
Nés en France	59	
Nés à l'étranger	21	
Département de déclaration		
Calvados	45	6,6
Manche	26	5,2
Orne	12	4,1

Tableau 2 |

Nombre de cas déclarés et taux de déclaration de tuberculose par principales caractéristiques, Haute-Normandie, 2010

	Nombre de cas	Taux pour 100 000
Total	102	5,5
Sexe		
Hommes	57	6,5
Femmes	42	4,4
Age		
< 5 ans	1	0,9
5-14 ans	0	0,0
15-24 ans	12	4,9
25-39 ans	25	7,1
40-59 ans	22	4,4
60-74 ans	20	8,9
75 ans et plus	22	15,8
Pays de naissance		
Nés en France	53	
Nés à l'étranger	40	
Département de déclaration		
Eure	33	5,6
Seine-Maritime	69	5,5

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES CAS

Parmi les cas déclarés en 2010, 74% (n=61/82) a présenté une tuberculose pulmonaire (associée ou non à une autre localisation) et 26% (n=21/82) une tuberculose extra-pulmonaire uniquement. La localisation n'a pas été renseignée pour un cas déclaré.

Les sujets avec un antécédent de tuberculose traitée par antituberculeux représentaient 13% (n=6/47) des cas déclarés en 2010.

Parmi les cas déclarés en 2010, 68% (n=69/102) a présenté une tuberculose pulmonaire (associée ou non à une autre localisation) et 32% (n=33/102) une tuberculose extra-pulmonaire uniquement.

Les sujets avec un antécédent de tuberculose traitée par antituberculeux représentaient 4% (n=3/71) des cas déclarés en 2010.

RÉSULTATS BACTÉRIOLOGIQUES ET RÉSISTANCE

Le résultat de culture était renseigné pour 36 cas et était positif pour 34 d'entre eux (94%).

Sur les 28 cas de tuberculose pulmonaire dont le résultat d'examen direct sur prélèvement respiratoire était renseigné, 26 étaient positifs (93%).

La proportion de tuberculoses multi-résistantes (résistance à au moins l'isoniazide et à la rifampicine) était de 0% (n=0/13).

Le contexte diagnostique était renseigné pour 64 des cas. Les cas déclarés suite à un recours spontané au système de santé représentaient 58% des cas renseignés, ceux déclarés lors d'une enquête autour d'un cas 3%, ou d'un dépistage 3%. En 2010, 89% des cas ont été déclarés par un médecin hospitalier, 2% par un médecin libéral, 0% par les Centres de lutte antituberculeuse (Clat), et 8% par d'autres praticiens.

Le résultat d'une culture était renseigné pour 48 cas et était positif pour 41 d'entre eux (85%).

Sur les 33 cas de tuberculose pulmonaire dont le résultat d'examen direct sur prélèvement respiratoire était renseigné, 26 étaient positifs (79%).

Aucun cas de tuberculose multi-résistante (résistance à au moins l'isoniazide et à la rifampicine) n'avait été déclaré.

Le contexte diagnostique était renseigné pour 90 des cas. Les cas déclarés suite à un recours spontané au système de santé représentaient 60% des cas renseignés, ceux déclarés lors d'une enquête autour d'un cas 3%, ou d'un dépistage 4%. En 2010, 80% des cas ont été déclarés par un médecin hospitalier, 0% par un médecin libéral, 10% par les Centres de lutte antituberculeuse (Clat), et 10% par d'autres praticiens.

CONCLUSION

Les données de la déclaration obligatoire de la tuberculose pour les régions de Normandie montrent une situation d'incidence faible pour les deux régions. Depuis 2007, on note une baisse du nombre de cas déclarés en Haute-Normandie et l'on observe une stabilité de ce nombre en Basse-Normandie. Malgré ces résultats encourageants, les besoins de connaissance sur la maladie nécessitent de maintenir une surveillance active des cas.

En effet, les recommandations actuelles^{2,3} 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 la communauté tout en prévenant le développement de la résistance aux médicaments antituberculeux.

I Cas de tuberculose potentiellement contagieuse dans le Calvados en 2011 – exemple d'une coordination réussie de dépistage antituberculeux I

Dr Marie-Anne SALAÜN, Dr Emmanuel BERGOT (Clat 14)

En juin 2011, un médecin d'un Service de santé-travail du Calvados signale un cas de tuberculose pulmonaire chez un salarié dans une collectivité ouverte au public en période saisonnière. Il s'agissait d'une situation critique dans un hôtel restaurant saisonnier de la côte Normande, au sein duquel un salarié a été diagnostiqué malade avec un potentiel de contagiosité non négligeable.

En vue d'effectuer un dépistage, une investigation pilotée par le Centre de lutte antituberculeuse (Clat) du Calvados a été mise en place au travers d'une cellule d'évaluation et de gestion (Cire Normandie, Agence régionale de santé de Basse-Normandie). En effet, en pleine période saisonnière où la charge de travail ne permet pas la désorganisation de l'établissement et où le risque en matière de santé publique doit être évalué de façon précise et efficace, la coordination des acteurs est la garantie de la réduction des risques individuels et collectifs.

Le contexte collectif avec un grand nombre de sujets contacts (n=188) et l'intérêt de proposer un dépistage organisé sur place sans trop perturber les plannings des salariés a amené la cellule d'évaluation et de gestion à collaborer avec la Direction générale et le Service des ressources humaines de l'établissement, la médecine du travail, une équipe mobile de dépistage radio et le laboratoire de microbiologie (fig.3). L'adhésion au dépistage a ainsi été favorisée

ainsi que l'adhésion au suivi recommandé, en particulier la prophylaxie adaptée pour les infections latentes diagnostiquées.

Encart 1 :

Quel est le rôle du Clat ?

Le Clat évalue la situation du cas index et incite au dépistage les contacts significatifs, propose un dépistage gratuit, suit les résultats et recommande la conduite à tenir, centralise les données et pilote la coordination. Il s'entoure des partenaires impliqués, communique et assure le suivi de la démarche.

Pourquoi déclarer les cas de tuberculose ?

La déclaration obligatoire d'un cas de tuberculose présente l'intérêt du suivi épidémiologique mais nécessite aussi en aval une réactivité et une coordination adaptées en fonction des caractéristiques de la maladie et du contexte dans lequel elle est déclarée.

Pourquoi un dépistage autour d'un cas ?

L'un des objectifs du plan national de lutte antituberculeuse est de dépister précocement les maladies évolutives et les infections récentes à risque d'évolution vers la tuberculose maladie. D'où l'intérêt de dépister autour des cas à la recherche de maladies déclarées et d'infections susceptibles de le devenir, pour conduire ces personnes vers le soin curatif, la surveillance radio clinique ou la chimio-prophylaxie et limiter ainsi les risques de contamination.