

En revanche, l'OPC 67683 est très actif *in vitro* et semble pouvoir raccourcir la durée du traitement *in vivo*. Une première évaluation chez l'homme n'a pas montré de supériorité de l'OPC 67683 par rapport à l'isoniazide. Un essai dans la tuberculose multirésistante est prévu.

Conclusion

Hormis les molécules présentées dans cette courte revue, il existe de nombreuses molécules en développement pour lesquelles des mises aux points ont été récemment publiées. Parmi elles, certaines appartiennent à des familles existantes (phénothiazines, bêta-lactamines, SQ109 dérivé de l'éthambutol...), d'autres font partie de familles entièrement nouvelles (pyrrole, nouveaux inhibiteurs de la synthèse de la paroi...) [28,29].

Au total, il apparaît qu'après 40 ans sans nouveaux antituberculeux, de nombreuses molécules sont en développement dont certaines déjà en phase 3. Néanmoins, la longueur des essais thérapeutiques dans la tuberculose fait que des modifications du traitement standard, si elles se justifient, n'interviendront pas avant plusieurs années.

Références

[1] Zignol M, Hossaini MS, Wright A, Weezenbeek CL, Nunn P, Watt CJ, et al. Global incidence of multidrug-resistant tuberculosis. *J Infect Dis*. 2006; 194(4):479-85.

[2] Vernon A. Rifamycin antibiotics, with a focus on newer agents. in : Tuberculosis, WN Rom and SM Garay, Eds, 2004, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; pp.759-72.

[3] Benator D, Bhattacharya M, Bozeman L, Burman W, Cantazaro A, Chaisson R, et al. Rifapentine and isoniazid once a week versus rifampicin and isoniazid twice a week for treatment of drug-susceptible pulmonary tuberculosis in HIV-negative patients: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2002; 360(9332):528-34.

[4] Tam CM, Chan SL, Kam KM, Goodall RL, Mitchison DA. Rifapentine and isoniazid in the continuation phase of a 6-month regimen. Final report at 5 years: prognostic value of various measures. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2002; 6(1):3-10.

[5] Vernon A, Burman W, Benator D, Khan A, Bozeman L. Acquired rifamycin mono-resistance in patients with HIV-

related tuberculosis treated with once-weekly rifapentine and isoniazid. *Tuberculosis Trials Consortium. Lancet*. 1999; 353(9167):1843-7.

[6] Weiner M, Burman W, Vernon A, Benator D, Peloquin CA, Khan A, et al. Low isoniazid concentrations and outcome of tuberculosis treatment with once-weekly isoniazid and rifapentine. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003; 167(10):1341-7.

[7] Veziris N, Lounis N, Chauffour A, Truffot-Pernot C, Jarlier V. Efficient intermittent rifapentine-moxifloxacin-containing short-course regimen for treatment of tuberculosis in mice. *Antimicrob Agents Chemother*. 2005; 49(10): 4015-9.

[8] Schechter M, Zajdenverg R, Falco G, Barnes GL, Faulhaber JC, Coberly JS, et al. Weekly rifapentine/isoniazid or daily rifampin/pyrazinamide for latent tuberculosis in household contacts. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006; 173(8):922-6.

[9] Diacon AH, Patientia RF, Venter A, van Helden PD, Smith PJ, McIlleron H, et al. Early bactericidal activity of high-dose rifampin in patients with pulmonary tuberculosis evidenced by positive sputum smears. *Antimicrob Agents Chemother*. 2007;51(8):2994-6.

[10] Tsukamura M, Nakamura E, Yoshii S, Amano H. Therapeutic effect of a new antibacterial substance ofloxacin (DL8280) on pulmonary tuberculosis. *Am Rev Respir Dis*. 1985; 131(3):352-6.

[11] Chan ED, Laurel V, Strand MJ, Chan JF, Huynh ML, Goble M, et al. Treatment and outcome analysis of 205 patients with multidrug-resistant tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004; 169(10):1103-9.

[12] Gandhi NR, Moll A, Sturm AW, Pawinski R, Govender T, Laloo U, et al. Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet*. 2006; 368(9547):1575-80.

[13] Tuberculosis Research Centre (Indian Council of Medical Research), Chennai. Shortening short course chemotherapy: a randomised clinical trial for treatment of smear positive pulmonary tuberculosis with regimens using ofloxacin in the intensive phase. *Indian J Tuberculosis*. 2002; 49:27-38.

[14] Nuernberger EL, Yoshimatsu T, Tyagi S, O'Brien RJ, Vernon AN, Chaisson RE, et al. Moxifloxacin-containing regimen greatly reduces time to culture conversion in murine tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004; 169(3):421-6.

[15] Gosling RD, Uiso LO, Sam NE, Bongard E, Kanduma EG, Nyindo M, et al. The bactericidal activity of moxifloxacin in patients with pulmonary tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003; 168(11):1342-5.

[16] Burman WJ, Goldberg S, Johnson JL, Muzanye G, Engle M, Mosher AW, et al. Moxifloxacin versus ethambutol in the first 2 months of treatment for pulmonary tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006. 174(3):p.331-8.

[17] Alcalá L, Ruiz-Serrano MJ, Perez-Fernandez Turegano C, Garcia De Viedma D, Diaz-Infantes M, Marin-Arriola M, et al. In vitro activities of linezolid against clinical isolates of *Mycobacterium tuberculosis* that are susceptible or resistant to first-line antituberculous drugs. *Antimicrob Agents Chemother*. 2003; 47(1):416-7.

[18] Gee T, Ellis R, Marshall G, Andrews J, Ashby J, Wise R. Pharmacokinetics and tissue penetration of linezolid following multiple oral doses. *Antimicrob Agents Chemother*. 2001; 45(6):1843-6.

[19] Cynamon MH, Klemens SP, Sharpe CA, Chase S. Activities of several novel oxazolidinones against *Mycobacterium tuberculosis* in a murine model. *Antimicrob Agents Chemother*. 1999; 43(5):1189-91.

[20] Fortún J, Martín-Dávila P, Navas E, Pérez-Eliás MJ, Cobo J, Tato M, et al. Linezolid for the treatment of multidrug-resistant tuberculosis. *J Antimicrob Chemother*. 2005; 56(1):180-5.

[21] Vera-Cabrera L, Castro-Garza J, Rendon A, Ocampo-Candiani J, Welsh O, Choi SH, et al. In vitro susceptibility of *Mycobacterium tuberculosis* clinical isolates to garenoxacin and DA-7867. *Antimicrob Agents Chemother*. 2005; 49(10): 4351-3.

[22] Andries K, Verhasselt P, Guillemont J, Göhlmann HW, Neefs JM, Winkler H, et al. A diarylquinoline drug active on the ATP synthase of *Mycobacterium tuberculosis*. *Science*. 2005; 307(5707):223-7.

[23] Veziris N, et al. R207910 containing regimens display high sterilizing activity in the murine model of tuberculosis. in: 47th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2007, Chicago.

[24] Veziris N, et al. R207910 is very active when administered once-a-week in murine tuberculosis. in: 45th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2005, Washington DC.

[25] Mc Neeley, DF. Update on TMC207: Recent advances in development. in: 37th Union World Conference on Lung Health, 2006, Paris.

[26] Stover CK, Warrenner P, VanDevanter DR, Sherman DR, Arain TM, Langhorne MH, et al. A small-molecule nitroimidazopyran drug candidate for the treatment of tuberculosis. *Nature*. 2000; 405(6789):962-6.

[27] Matsumoto M, Hashizume H, Tomishige T, Kawasaki M, Tsubouchi H, Sasaki H, et al. OPC-67683, a nitro-dihydro-imidazoaxazole derivative with promising action against tuberculosis *in vitro* and in mice. *PLoS Med*. 2006; 3(11):e466.

[28] Spigelman, MK. New tuberculosis therapeutics: a growing pipeline. *J Infect Dis*. 2007; 196 Suppl 1:S28-34.

[29] Ballell L, Field RA, Duncan K, Young RJ. New small-molecule synthetic antimycobacterials. *Antimicrob Agents Chemother*. 2005; 49(6):2153-63.

Une enquête autour d'un cas de tuberculose contagieuse en milieu scolaire

François Blanc-Jouvan (f.blanc-jouvang@cg38.fr)¹, Brigitte Lalonde¹, Ariane Luneau¹, Marie Angèle Sparano², Michèle Fayard², Simone Boussoles², Sylvie Belle-Mery³, Patrick Benoît⁴, Françoise Larcher¹, Christian Briand¹, François-Paul Debionne⁵, Marie-Reine Mallaret⁶, Marie-Françoise Girard-Blanc¹

1 / Centre de lutte antituberculeuse, Conseil général de l'Isère, Grenoble, France 2 / Service de santé scolaire, Grenoble, France 3 / Service promotion de la santé des élèves de l'Inspection académique de l'Isère, Grenoble, France 4 / Ddass de l'Isère, Grenoble, France 5 / Santé publique et environnementale, Grenoble, France 6 / Unité d'hygiène hospitalière, CHU de Grenoble, France

Résumé / Abstract

Introduction – La découverte d'une tuberculose contagieuse dans une collectivité conduit à la réalisation d'une enquête qui peut parfois, par le nombre de personnes à informer et de cas contact à investiguer, nécessiter la constitution d'une cellule de crise et d'un groupe de travail élargi.

Matériel et méthode – Un cas de tuberculose laryngée a été mis en évidence chez une personne travaillant dans deux écoles, et en contact régulier avec plus de 200 enfants et 45 adultes. Après une information aux parents des enfants et aux adultes exposés, les bilans (intradermoréaction et radiographie pulmonaire) ont été réalisés en juin 2007 et septembre 2007.

Résultats – 194 des 208 enfants ainsi que 30 des 45 adultes devant bénéficier d'un dépistage ont bénéficié d'un bilan complet. Peu d'infections tuberculeuses latentes (11 enfants et 1 adulte) et aucun cas de tuberculose maladie n'ont été mis en évidence.

Discussion-Conclusion – La liste des personnes en contact avec le cas a vraisemblablement été trop large, mais il a semblé difficile d'être plus

Investigation about a case of contagious tuberculosis in a school

Introduction – A case of contagious tuberculosis in a specific population requires to be investigated and a specific crisis unit, with an extended working group, needs sometimes to be created due to the high number of persons to inform and contact cases.

Material and method – A case of laryngeal tuberculosis was found in a person working in two schools, interacting with more than 200 children and 45 adults. Information was reported to the concerned parents and adults, and tuberculin skin test and chest radiography were conducted in June and September 2007.

Results – 194 of the 208 children and 30 of the 45 listed adults had complete investigation results. Only 11 children and 1 adult were found to be infected, but there was no case of tuberculosis.

limitatif compte tenu du public concerné. Cette enquête a pu être menée à bien grâce à la collaboration de plusieurs services des structures concernées et aux réunions de concertation régulières. La mise en place et la réalisation de cette enquête ont été riches en enseignements.

Discussion and conclusion – *The extent of potential contact was found to be too high, but this could not be avoided due to the nature of the concerned population. This study was successful thanks to the collaboration of many services from different structures and to the regular meetings. Design and outcomes of this study led to very valuable information.*

Mots clés / Key words

Tuberculose laryngée, école primaire, investigation, intradermoréaction / *Laryngeal tuberculosis, primary school, investigation, tuberculin test*

Introduction

La systématisation des enquêtes autour des cas de tuberculose est l'une des recommandations du programme de lutte contre la tuberculose en France [1]. La recherche de cas de tuberculose maladie et d'infections tuberculeuses latentes (ITL) parmi des contacts d'un malade contagieux est une des actions majeures de la lutte antituberculeuse. Cette recherche doit être systématique, mais certaines données ponctuelles indiquent que ces recommandations sont peu appliquées. Une étude menée en 2003 en France auprès des 100 Centres de lutte antituberculeuse (Clat) montrait que moins de 15 % des centres réalisaient systématiquement toutes les enquêtes autour d'un cas et que les pratiques différaient fortement d'un département à l'autre [2]. Les modalités des investigations ont depuis été reprises dans un rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) de mars 2006 [3]. Dans ce contexte, nous détaillons et analysons un travail récent piloté par le Clat de l'Isère en collaboration avec les services médicaux et non médicaux concernés, en essayant d'identifier les points clés à prendre en compte pour garantir l'efficacité des investigations.

Description du signalement

Le Clat de l'Isère est averti début juin 2007 d'un prélèvement positif pour *Mycobacterium tuberculosis* chez une femme de 48 ans, suivie en ambulatoire dans les suites d'une greffe de rein et se plaignant depuis plusieurs semaines d'une dysphagie haute. Une lésion tuberculeuse laryngée est évoquée lors d'une consultation chez un médecin ORL, qui organise une hospitalisation immédiate en isolement au CHU de Grenoble. La radiographie pulmonaire est normale et le prélèvement d'expectoration confirme la suspicion clinique.

Méthode d'investigation

Un des médecins du Clat se rend immédiatement auprès du cas pour établir la liste de ses contacts familiaux, professionnels (activités dans une cantine d'une école et une garderie d'une autre école de la ville, garde d'enfant chez des particuliers) et soignants, devant faire l'objet d'un dépistage selon les recommandations [3,4]. Parallèlement, une cellule de crise est constituée avec les médecins du Clat, le médecin inspecteur de santé publique de la Ddass, les médecins scolaires, les médecins du travail de la ville et du rectorat, le médecin en charge de la santé publique à la ville de Grenoble, la directrice des services des cantines scolaires.

Une visite à la cantine permet d'établir précisément la liste des contacts (le cas y servait les repas et surveillait les enfants scolarisés en primaire). Simultanément, des réunions d'information sont organisées dans le courant de la semaine pour le personnel de la cantine et les enseignants de la première école, le personnel de la garderie et les enseignants de la deuxième école, et pour les

parents de chacun des établissements. Ces moments d'information ont tous été préparés par le Clat en concertation avec les directeurs des écoles et la cellule de crise. La conseillère municipale en charge de l'éducation et un inspecteur d'académie ont également été associés aux réunions. Il y est donné une information générale sur la tuberculose (infection latente et maladie), sur l'opportunité et la place des examens à faire pratiquer (intradermoréaction (IDR) et radiographie pulmonaire initiales puis à trois mois), les démarches à respecter (autorisations parentales, carnets de santé à fournir), les modalités proposées en cas de positivité des examens. Les parents sont informés des dates retenues pour ces investigations et les réponses sont apportées à leurs nombreuses questions. Une attention toute particulière est apportée au respect de la confidentialité quant à l'identité du cas source. Dans cette investigation, les critères d'infection tuberculeuse latente sont les suivants : IDR ≥ 10 mm chez les enfants et ≥ 15 mm pour les adultes, ou augmentation de plus de 10 mm par rapport à une IDR de référence, avec une radiographie pulmonaire normale. Un traitement préventif est proposé pour toutes les ITL (mot au médecin traitant ou prescription du Clat).

Une cellule spéciale est créée pour les relations avec la presse (médecin inspecteur de la Ddass et chef de service du Clat).

L'organisation des investigations

Le directeur et les enseignants ont récupéré les autorisations parentales et les services municipaux ont assuré le transport des enfants de la cantine en bus jusqu'au Clat, encadrés par les animateurs et enseignants. Le personnel du Clat ainsi que trois infirmières et trois médecins de PMI ont été mobilisés pour effectuer et lire les IDR. Pour la garderie, les enfants, plus jeunes, ont été dirigés vers un centre de radiologie voisin de l'école (avec facturation des clichés au Clat), et les IDR ont été faites et lues sur place par le personnel du service. Les radiographies des adultes ont été réalisées au Clat. Une synthèse de toutes les données a été faite dans un premier temps en interne, puis avec les médecins de la cellule de crise. Pour les enfants, les résultats des IDR ont été notés sur les carnets de santé ; pour les adultes, les résultats des IDR ont été donnés personnellement par oral (et inscrits sur les éventuels carnets de santé ou sur une fiche de vaccination) en même temps qu'était rendue la radiographie. Les médecins scolaires se sont chargés de restituer les clichés radiologiques aux parents et de les prévenir en cas d'ITL ou d'une tuberculose maladie. Toutes ces démarches ont été accomplies dans le respect des obligations de confidentialité. Les personnes ou enfants dont les résultats étaient anormaux ont été orientés avec un mot d'information, selon leur choix, soit vers leur médecin généraliste, soit vers le Clat. Un retour d'information a été demandé pour les personnes consultant

leur médecin avec un formulaire type, une enveloppe T, et pour les enfants infectés, un formulaire de la déclaration obligatoire.

En même temps qu'ont été transmises les données des examens, les adresses pour l'envoi du rappel du bilan à trois mois ont été recueillies compte-tenu des changements possibles liés à la période de vacances scolaires (déménagement, changement d'établissement, non-renouvellement de contrat pour certains animateurs...). Un courrier a été envoyé à toutes les personnes exposées début septembre par les services de médecine scolaire ou professionnelle en cause (par les médecins du rectorat pour les enfants en 6^{ème}, le médecin de santé scolaire responsable pour les enfants ayant changé d'établissement). Les courriers ont été envoyés, pour les personnes qui ne se sont pas présentées aux examens et pour lesquelles nous n'avons pas reçu de résultats, par chacune des structures concernées. Ces relances ont été également téléphoniques lorsque cela était possible.

Résultats

Les contacts

En prenant en compte la période de trois mois précédant le diagnostic et des huit heures de temps cumulé dans la même pièce, ont été retenus comme contacts étroits de la patiente tous les enfants (186) fréquentant la cantine des écoles primaires (quel que soit le nombre de jours de fréquentation), tout le personnel de restauration et les animateurs soit 30 adultes (compte-tenu de l'exiguïté des locaux), tous les enfants fréquentant la garderie (22) ainsi que les 15 adultes participant à cette activité, les membres de la famille chez qui la patiente était intervenue (2 adultes, 1 enfant), son conjoint et ses 4 enfants.

En milieu hospitalier, 12 patients et 4 membres du personnel ont bénéficié d'une proposition de suivi en raison d'un contact avec le cas source en mars 2007. Le médecin ORL a également été averti par courrier des investigations à faire.

Réunions d'information

Tous les membres du personnel ont assisté aux réunions, ainsi que de nombreux parents (150 pour les 186 enfants de la cantine et 50 pour les 112 enfants de l'école dont 22 étaient concernés par la garderie).

Bilans cliniques

Concernant l'école, 182 des 186 enfants (98 %) en contact avec le cas et 21 membres du personnel sur 30 (70 %) ont bénéficié d'un bilan initial complet. Au total, 4 enfants (2 %) et un adulte (5 %) répondaient aux critères d'ITL. Parmi les 182 enfants, 172 enfants (94 %) avaient un antécédent de vaccination par le BCG, ainsi que tous les adultes vus en consultation.

Concernant la garderie, 21 des 22 enfants (95 %) et 13 des 15 (87 %) membres du personnel ont

bénéficié d'un bilan initial complet sans aucune ITL décelée (tableau). Parmi ces 21 enfants, 19 (90 %) avaient un antécédent de vaccination par le BCG ainsi que tous les adultes vus en consultation.

Très peu d'IDR de référence ont été retrouvées : 19 des 182 enfants et 4 des 21 adultes pour l'école 1, aucun des 21 enfants et 7 des 13 adultes pour l'école 2. Vingt-neuf Monotests® positifs et 2 réactions IDR notées en croix ont été retrouvés sur les carnets de santé et se sont révélées inutiles à titre d'information.

En septembre, 177 des 182 enfants (97 %) de l'école ont bénéficié de leur deuxième bilan complet, 18 membres du personnel ont été revus pour leurs radiographies pulmonaires et 14 ont eu une nouvelle IDR (pas de nouvelle IDR réalisée si la première IDR était > 10 mm). Au total, 7 ITL ont été trouvées parmi les enfants, et une parmi les adultes. Concernant la garderie, 17 des 22 enfants ont bénéficié d'un bilan complet à trois mois, 12 membres du personnel ont été revus pour leurs radios et 8 ont eu une nouvelle IDR ; aucune ITL n'a été décelée (tableau).

Tous les enfants de l'école présentant une ITL étaient scolarisés en grandes sections (10 en CM1-CM2 et 1 en CE2) ; classes surveillées plus étroitement par la patiente compte-tenu de leur agitation pendant les repas à la cantine.

Aucune information complémentaire concernant les adultes et enfants n'ayant pas répondu aux relances par courrier et téléphone n'a pu être recueillie.

Les 12 patients du CHU identifiés comme cas contacts ont bénéficié par le Clin d'un suivi durant l'été (radiographie pulmonaire et Ellispot®). Un patient est décédé de cause intercurrente et aucune anomalie n'a été décelée chez les autres. Ce bilan sera complété en mars 2008 par sécurité (patients immunodéprimés). Parmi les 4 membres du personnel ayant bénéficié d'une proposition de suivi, un seul a réalisé un bilan complet ; ce bilan était normal.

Discussion

Le faible nombre d'infections dépistées et l'absence, à ce jour, de tuberculose maladie secondaire est surprenant par rapport aux normes habituelles [3,5,6]. Les contacts proches et répétés entre le cas index et les enfants à la cantine étaient probablement plus limités que ce qui nous a été rapporté et vraisemblablement absents à la garderie (très grand local). La ventilation de la salle de préparation des repas a vraisemblablement joué un rôle protecteur pour le personnel. Il nous a semblé, même rétrospectivement, difficile de faire des listes plus restrictives dans ce contexte d'enfants jeunes, de parents anxieux et de membres du personnel très proches les uns des autres.

Les nombreuses collaborations mises en place par le Clat ont permis de mener ce travail dans des conditions optimales. Les liens avec le laboratoire de bactériologie du CHU de Grenoble ont facilité un partage des informations en temps réel pour tous les prélèvements positifs, avec les coordonnées du médecin prescripteur qui a pu être ainsi

Tableau Résultats des bilans cliniques, France, juin et septembre 2007
Table Results of clinical check-ups, France, June and September 2007

Les contacts	Effectifs	Cas contact retenus	Bilan juin 2007			Bilan septembre 2007						
			Cas testés		Infections latentes	Tuberculoses maladie	Cas testés		Infections latentes	Tuberculoses maladie		
			N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
Sa propre famille	5	5	5	0	0	5	0	0	0			
Enfants école cantine	380	186	182	98	4	2	0	177	95	7	4	0
Personnel cantine	30	30	21	70	1	5	0	18	60	0	0	
Enfants garderie	22	22	21	95	0	0	0	17	77	0	0	
Personnel garderie	15	15	13	87	0	0	0	12	85	0	0	
Famille garde enfant	3	3	3	0	0	0	3	0	0	0		

* Les pourcentages sont rapportés aux nombres de cas contact retenus.

contacté rapidement. Dans le cas présent, ceci a contribué à engager le dépistage dans un délai très bref, avant la période de vacances scolaires imminente, d'organiser des réunions d'information avec les personnes concernées, et éviter ainsi la circulation d'informations erronées.

La concertation avec les équipes de médecine scolaire et du travail a permis de définir le rôle de chaque structure et la tenue de réunions de synthèse régulières a contribué à l'articulation entre elles.

L'aide des services de PMI a rendu possible la réalisation rapide des IDR en bénéficiant de personnel qualifié supplémentaire.

La collaboration avec le médecin inspecteur de la Ddass qui a pris en charge l'interface avec les médias a permis que les équipes sur le terrain se consacrent entièrement au dépistage.

Les réunions d'information ont été très importantes pour favoriser l'adhésion des personnes au dépistage et répondre aux interrogations. Cependant, différencier l'information selon le public ciblé (par exemple personnels de cantine et enseignants) aurait peut-être permis de mieux faire passer les messages, et de pouvoir laisser libre court aux questions plus facilement. Enfin une diffusion plus large de l'information, sans se restreindre au seul groupe des contacts étroits, semble souhaitable car certaines personnes, non concernées mais travaillant sur place, étaient en attente de renseignements.

Enfin, il faut noter une très faible participation des animateurs de cantine, ces personnes ayant souvent une activité très ponctuelle (une fois par semaine) et d'autres activités prenantes ; il convient d'imaginer des supports leur permettant d'avoir accès aux informations essentielles.

Il est apparu impossible d'associer l'ensemble des médecins traitants des enfants et du personnel, surtout dans les délais dans lesquels ont été réalisées ces investigations, et c'est la raison pour laquelle seuls les médecins des patients ayant une ITL ont été informés.

La collaboration avec le centre hospitalier aurait pu être plus effective car, cette structure ayant été citée comme lieu du diagnostic du cas index dans la presse, certaines familles ont cherché à y obtenir des informations complémentaires par téléphone.

Or le Clin n'ayant pas été associé à la cellule de crise, les démarches d'organisation de l'enquête étaient inconnues de ses membres ; c'est un point important à prendre en compte pour améliorer le dispositif en cas d'épisode similaire.

Conclusions

Seule la mise en commun de moyens humains nous a permis de mener à bien cette enquête concernant une grande cohorte, dont de nombreux enfants, et ce dans des délais relativement courts compte-tenu de la proximité des départs en vacances. Les nombreuses réunions de concertation ont permis d'articuler autour du Clat le déroulement du travail et la diffusion des informations tout en veillant à la confidentialité des données. Cette enquête a été riche en enseignements quant à l'organisation à mettre en place et aux partenaires à mobiliser. L'expérience acquise devra contribuer à l'amélioration constante des actions de lutte antituberculeuse dans le département et au-delà, par un partage permanent avec l'ensemble des acteurs de la lutte antituberculeuse en France.

Remerciements

A toute les personnes du Clat et de la PMI qui ont participé à cette enquête, au service de médecine du travail du CHU, et à Didier Che (Institut de veille sanitaire) pour son aide.

Références

- [1] Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. 2007.
- [2] Fraisse P, Chouaid C, Portel L, Antoun F, Blanc-Jouvan F, Dautenberg B. Tuberculosis control in France - evaluation of practice by a working group of the Société de Pneumologie de Langue Française. Rev Mal Resp. 2005 Feb; 22(1 Pt 1):45-54.
- [3] Groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques. 24 mars 2006.
- [4] Prévention et prise en charge de la tuberculose en France. Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (2002-2003). Rev Mal Resp. 2003; 20(6):753-75106.
- [5] Madhi F, Fuhrman C, Monnet I, Atassi K, Poirier C, Housset B, Delacour T. Transmission of tuberculosis from adults to children in a Paris suburb. Pediatr Pulmonol. 2002; 34(3):159-63.
- [6] Trueba F, Haus-Cheymol R, Koeck J-L, Nombrier Y, Ceyriac A, Boiron S, Le Barbu M, Nicand E. Investigations autour d'un cas de tuberculose d'un soignant. Rev Mal Resp. 2006; 23:339-42.

La publication d'un article dans le BEH 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 citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédacteur en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Amandine Cochet, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Éric Jouglu, Inserm CépIdc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
 N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH rédaction

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
 Tél : 01 55 12 53 25/26
 Fax : 01 55 12 53 35 - Mail : redactionbeh@invs.sante.fr
 Tarifs 2007 : France et international 52 € TTC
 Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Maulde & Renou
 16-18, quai de la Loire - 75019 Paris