SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE DANS LA RÉGION EUROPE DE L'OMS, 1995-1996

Article paru dans le Bulletin EUROSURVEILLANCE N° 11, Nov. 1998

D. ANTOINE [1], V. SCHWOEBEL [1], J. VEEN [2], M. RAVIGLIONE [3], H. L. RIEDER [4]
et les coordinateurs nationaux pour la surveillance de la tuberculose dans 50 pays * de la Région Europe de l'OMS

INTRODUCTION

Créé en 1996, le projet EuroTB pour la surveillance de la tuberculose (TB) en Europe a pour objectif de recueillir, analyser et diffuser des données sur les cas de tuberculose déclarés dans la Région Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Suite à une étude de faisabilité menée en 1996-1997 portant sur les cas déclarés en 1995 [1], un système régulier de recueil de données a été mis en place. Le projet est piloté conjointement par le Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du SIDA (CESES) à Saint-Maurice, France, et la Royal Netherlands Tuberculosis Association (KNCV) à La Haye, Pays-Bas.

MÉTHODES

Les principes et méthodes adoptés dans ce projet sont ceux recommandés par un groupe de travail mis en place par l'OMS et l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICTMR), et approuvés par des représentants de pays européens [2, 3]. Les cas de tuberculose à déclarer répondent à la définition européenne (voir encadré).

Définition européenne d'un cas de tuberculose à déclarer

Cas certain : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture, dans les pays disposant de laboratoires capables de cultiver les mycobactéries du complexe tuberculosis. Dans les pays où cette culture ne peut être effectuée ou demandée en routine, un patient ayant un frottis d'expectoration positif (bacilles acido-alcoolo-résistant à l'examen microscopique) est également considéré comme un cas confirmé.

Autre cas : un cas vérifiant les deux critères suivants :

1/ appréciation d'un clinicien jugeant que les signes cliniques et/ou radiologiques et/ou les symptômes sont compatibles avec la tuberculose, et 2/ décision d'un clinicien de traiter le patient avec un traitement antituberculeux complet.

Tous les « cas certains » ou « autres cas » incidents sont à déclarer, qu'il s'agisse de nouveaux cas (patients n'ayant jamais eu la tuberculose auparavant) ou de récidives (patients ayant déjà eu un diagnostic de tuberculose).

Les 51 pays de la Région Europe de l'OMS sont invités à participer sur la base du volontariat. Un représentant national est identifié dans chaque pays et est responsable de la qualité des informations fournies. Des données individuelles, anonymes et informatisées sont demandées sur l'âge, le sexe, l'origine géographique, le statut du cas (nouveau ou récidive), la localisation de la maladie, les résultats de la culture et du frottis d'expectoration. Les pays qui ne disposent pas de ces informations fournissent des données agrégées.

Le recueil des données de déclaration de 1996 était assorti d'un questionnaire sur la mise en place des recommandations européennes [2, 3].

RÉSULTATS

En 1996, 315 892 cas de tuberculose ont été déclarés dans les 50 pays participants, soit la totalité des pays de la Région Europe de l'OMS à l'exception de la Turquie. En 1995, 276 811 cas avaient été déclarés dans quarante-six pays [1]. Des différences portant sur la définition des cas ont été observées. Quarante-sept pays ont déclaré tous les cas (nouveaux et récidives), 2 pays (la Grèce et le Kazakhstan) n'ont déclaré que les nouveaux cas et un pays (l'Espagne) n'a déclaré que les nouveaux cas de tuberculose respiratoire. En outre, il existe des différences portant sur la couverture de la notification : vingt et un pays n'incluent pas dans leur notification au moins une catégorie d'étrangers (immigrants en situation régulière, immigrants en situation irrégulière, demandeurs d'asile) et 12 pays n'incluent pas les prisonniers. La définition des cas de récidives inclus dans les déclarations diffère : 20 pays définissent les récidives comme des rechutes, conformément aux recommandations de l'OMS [4], alors que 23 autres utilisent une définition plus large.

Les taux de cas déclarés varient de 0 à Monaco et Saint-Marin à 195 cas pour 100 000 habitants en Géorgie, la médiane étant de 26 (Carte 1). Ce taux est :

– inférieur à 20 pour 100 000 dans 21 pays, situés à l'ouest de l'Europe à l'exception de la République Tchèque et d'Israël

– égal ou supérieur à 20 pour 100 000 dans 29 pays, situés à l'est de l'Europe à l'exception de l'Espagne et du Portugal.

Entre 1995 et 1996, le taux de déclaration a baissé dans 18 pays, est resté stable dans 5 et a augmenté dans 24. Douze pays, dont dix républiques de l'ex-URSS (Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Estonie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, Fédération de Russie) ont vu leur taux de déclaration augmenter de plus de 10 %.

En 1996, les taux de déclaration par âge et sexe varient en fonction du taux global du pays. Dans les pays où le taux de déclaration est inférieur à 20 pour 100 000, les taux les plus élevés ont été notés chez les patients âgés de 65 ans et plus. Dans les pays où le taux de déclaration est égal ou supérieur à 20 pour 100 000, les taux les plus importants ont été observés chez les hommes de 35 à 54 ans et les femmes de 25 à 34 ans. Les taux de déclaration sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, l'écart étant plus important dans les pays où le taux global est plus élevé.

Vingt-trois pays (21 en 1995) ont fourni des données sur l'origine géographique, dont dix-huit pays prennent comme référence le lieu de naissance (selon les recommandations) et 8 la nationalité ; la France, le Luxembourg et la Suisse ayant fourni les deux types d'information. Les patients d'origine étrangère représentent de 30 à 49 % des cas dans 5 pays (Belgique, Islande, Malte, Pays-Bas et Norvège) et 50 % ou plus dans 6 pays (Andorre, Danemark, Israël, Luxembourg, Suède et Suisse). En 1996, quinze pays ont fourni des données sur le continent d'origine des patients (12 en 1995) : 27 % des patients étrangers sont originaires d'Europe, 26 % d'Asie et 39 % d'Afrique. Cette répartition est similaire à celle observée en 1995 [1].

Vingt-quatre pays ont fourni des informations détaillées sur la localisation principale et secondaire de la maladie, ou ont classé les cas en tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire. La tuberculose pulmonaire représente 77 % des cas.

Les données individuelles sur les résultats de culture ont été fournies par dix-huit pays en 1996 (17 en 1995). Une culture a été déclarée réalisée dans 80 % des cas en médiane et positive pour 54 % des cas en médiane (avec un écart de 20 à 88 %). Dans les 14 pays ayant fourni ces données en 1995 et 1996, la valeur médiane de la proportion de cas ayant une culture positive est restée stable (59 % en 1995 et 60 % en 1996). Quinze pays ont fourni des données individuelles sur les résultats des frottis d'expectoration pour les cas de tuberculose pulmonaire (13 en 1995). Cet examen a été déclaré réalisé pour 89 % des cas pulmonaires en médiane et positif pour 37 % des cas en médiane (avec un écart de 14 à 57 %).

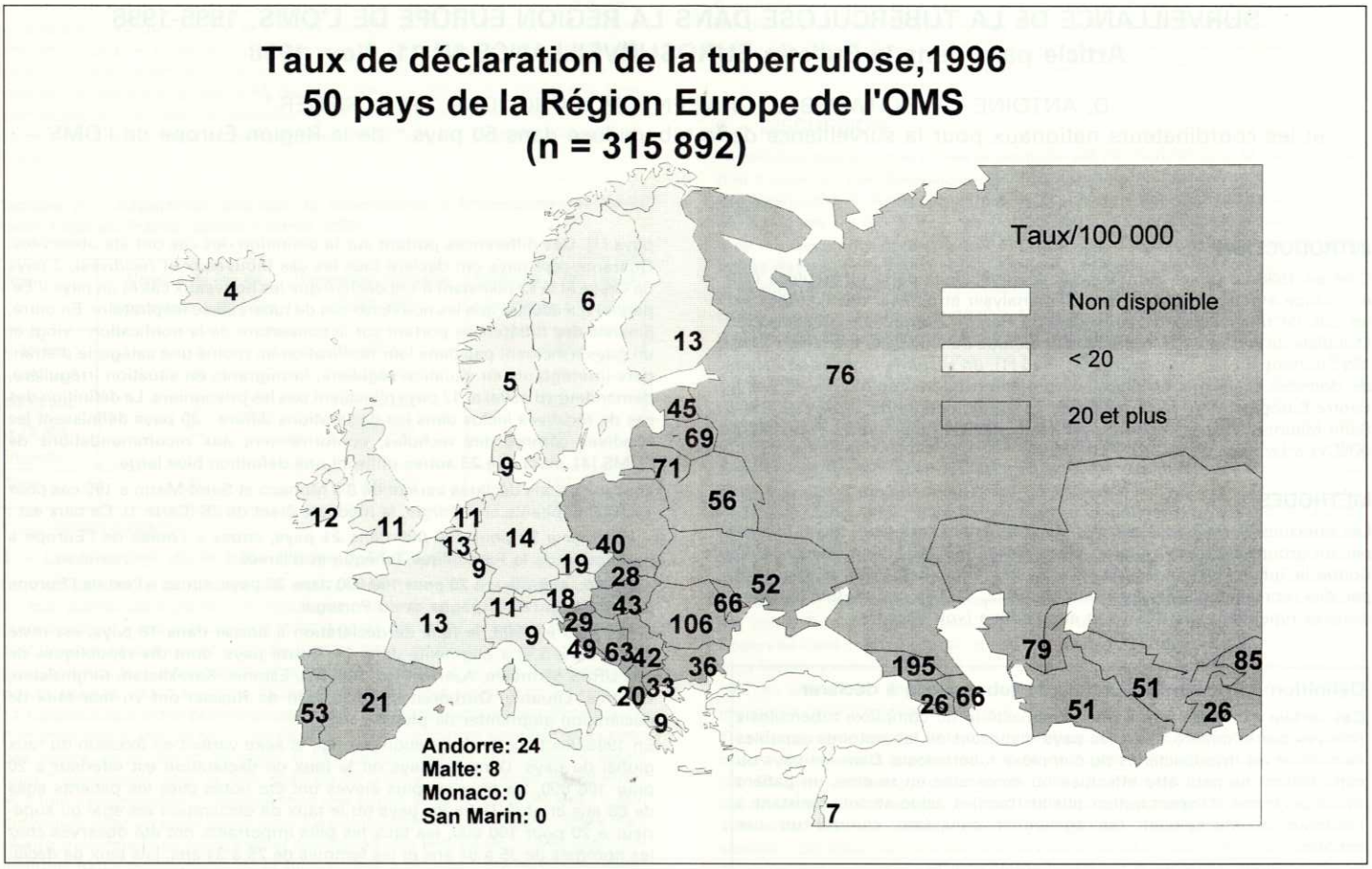
DISCUSSION

Les résultats de ces deux années de surveillance mettent l'accent sur l'hétérogénéité de l'épidémiologie de la tuberculose en Europe. En 1996 comme en 1995, les pays à faible taux de déclaration sont situés, pour la plupart, à l'ouest de l'Europe, alors que la majorité des pays déclarant 20 cas pour 100 000 ou plus sont situés à l'est de l'Europe, à l'exception de l'Espagne et du Portugal. Entre 1995 et 1996, le taux de déclaration a baissé ou s'est stabilisé dans la plupart des pays à faible taux, alors qu'il a augmenté dans de nombreux pays à taux plus élevé. Les augmentations les plus marquantes sont observées dans certaines républiques de l'ex-URSS.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence vu les différences de systèmes de déclaration selon les pays. Ainsi, plusieurs pays excluent systématiquement certains groupes de population, comme les étrangers ou les prisonniers. De même, la définition des cas de récidives inclus dans la décla-

1. Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du SIDA, Saint-Maurice, France.
2. Royal Netherlands Tuberculosis Association, La Haye, Pays-Bas.
3. Unité de Surveillance, Epidémiologie et Santé Respiratoire, Programme Global sur la Tuberculose, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse.
4. Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, Paris, France.

* Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, République Tchèque, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Moldova, Monaco, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume Uni, Fédération de Russie, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine, Yougoslavie.



Les chiffres présentés ici peuvent légèrement différer de ceux de l'OMS, obtenus quelques mois avant ceux de EuroTB, et donc souvent provisoires

ration varie. Il est particulièrement difficile d'interpréter les tendances après seulement deux années d'observation. Toutefois, les changements observés à court terme semblent confirmer les tendances déjà observées à la fin des années quatre-vingt et au début des années quatre-vingt-dix.

L'augmentation importante des taux de déclaration dans certains pays, en particulier à l'est de l'Europe, pourrait être liée à la paupérisation de certains groupes de population ainsi qu'au dysfonctionnement des services de santé, eux mêmes conséquences possibles de problèmes socio-économiques et politiques. La détérioration des programmes de lutte anti tuberculeuse a contribué à certaines de ces augmentations récentes et a eu pour autre conséquence les prévalences élevées de multi-résistance aux médicaments anti-tuberculeux signalées récemment dans plusieurs pays d'Europe de l'est [5]. Les migrations en provenance de pays à haute incidence de tuberculose ont aussi influencé la situation épidémiologique, en particulier en Europe occidentale. En outre, si l'impact de l'infection à VIH s'est jusqu'à présent limité à quelques pays [6], il pourrait à l'avenir devenir plus important dans les pays où l'épidémie de VIH se développe rapidement.

Ces résultats témoignent d'une amélioration de la disponibilité des données et d'une plus grande adhésion des pays aux recommandations européennes. La qualité des données varie cependant encore considérablement d'un pays à l'autre, en particulier en ce qui concerne les données bactériologiques. Ces variations peuvent être liées à des différences de pratiques diagnostiques et de modes de déclaration. De fait, dans certains pays, l'accès aux laboratoires équipés pour effectuer les cultures n'est pas généralisé, et la participation des laboratoires au processus de déclaration, bien que recommandée, n'est effective que dans un petit nombre de pays. Cette situation sera vraisemblablement amenée à changer car certains systèmes nationaux sont en cours de modification pour s'adapter aux recommandations européennes.

Face à la détérioration de la situation dans plusieurs pays et à l'hétérogénéité des tendances épidémiologiques observées en Europe, la surveillance de la tuberculose apparaît primordiale. EuroTB va poursuivre la surveillance des déclarations de tuberculose et prévoit de mettre en place une surveillance de la résistance aux anti-tuberculeux.

Note : EuroTB est financé par la Commission des Communautés Européennes (Direction Générale V). Le CESES a été nommé centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance de la tuberculose en Europe.

On trouvera les résultats détaillés dans : Surveillance of tuberculosis in Europe – Report on tuberculosis cases notified in 1996 - Septembre 1998. Ce rapport est disponible sur demande au CESES, Hôpital National de Saint-Maurice, 14 rue du Val d'Osne, 94410 Saint-Maurice, France et sur le site web : LIENHY-PERTEXTE http ://www. ceses. org/eurotb http ://www. ceses. org/eurotb

RÉFÉRENCES

1. Perrocheau A., Schwoebel V., Veen J., National Coordinators for Tuberculosis Surveillance in 46 Countries of the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in the WHO European Region in 1995 : results of the feasibility study. *Eurosurveillance,* 1998 ; 3 : 2-5.
2. Rieder H.L., Watson J.M., Raviglione M.C., Forssbohm M., Migliori G.B., Schwoebel V. et al. Surveillance of tuberculosis in Europe. Recommendations of a working group of the World Health Organization (WHO) and the European Region of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (UATLD) for uniform reporting on tuberculosis cases. *Eur Resp* J 1996 ; 9 : 1097-104.
3. Schwoebel V., Rieder H.L., Watson J.M., Raviglione M.C. for the Working Group for Uniform Reporting on Tuberculosis Cases in Europe. Surveillance of tuberculosis in Europe. Eurosurveillance, 1996 ; 1 : 5-8.
4. WHO. *Treatment of tuberculosis. Guidelines for National Programmes.* World Health Organization, Geneva : World Health Organization 1997. (WHO/TB/97 220).
5. Pablos-Méndez A., Raviglione M.C., Laszlo A., Binkin N., Rieder H.L., Bustreo F. et al. Global surveillance for antituberculosis-drug resistance, 1994-1997. *N Engl J Med* 1998 ; 338 : 1641-49.
6. Schwoebel V., Delmas M.C., Hamers F., Alix J., Brunet J.B., National Coordinators of AIDS Surveillance. Tuberculosis as an AIDS-defining desease in Europe. *Clinical Microbiology and Infection* 1996 ; 1 : 286-8.