



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé

et de l'Action humanitaire

Direction générale de la Santé

Les cas de tuberculose déclarés en France ...	247.
La déclaration de la tuberculose	249.
Contamination d'un fibroscope bronchique ...	250.
Prévention de la transmission de la tuberculose ..	251.
Évolution de la tuberculose en Seine-Saint-Denis ..	253.
Évaluation du système de surveillance de la tuberculose en Seine-Maritime	254.

N° 53/1992

4 janvier 1993

ENQUÊTE

LES CAS DE TUBERCULOSE DÉCLARÉS EN FRANCE EN 1991

Tous les départements ont effectué des déclarations de tuberculose en 1991. Le logiciel « B.K. » diffusé en janvier 1990, qui permet l'enregistrement des cas au niveau départemental puis l'étude de leurs caractéristiques épidémiologiques, a été utilisé dans 33 départements. Au total, pour 15 départements, aucune information (fiche enquête ou disquette enregistrée avec le logiciel « B.K. ») sur les déclarations de tuberculose n'a été transmise à la D.G.S. en 1991. L'analyse des cas de tuberculose porte d'une part sur le nombre de déclarations sur l'ensemble du territoire français et d'autre part sur les données recueillies grâce au logiciel.

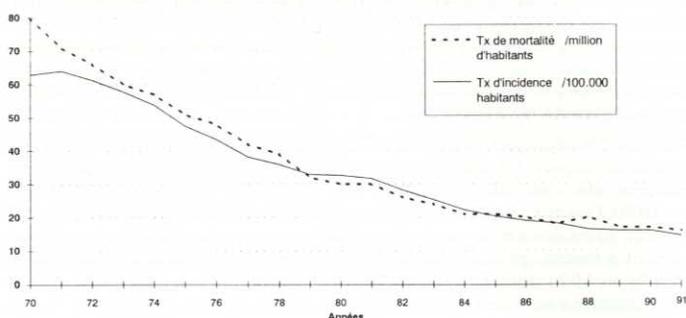
Le critère de déclaration de la tuberculose est le suivant : maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement anti-tuberculeux (au moins 3 anti-tuberculeux). La primo-infection sans localisation patente (simple virage des tests tuberculiniques) ne doit pas être déclarée.

I. BILAN DES CAS DÉCLARÉS DE TUBERCULOSE

En 1991, 8 510 cas de tuberculose ont été déclarés en France métropolitaine, 136 cas en France d'outre-mer. Par rapport à l'année précédente, où 9 030 cas de tuberculose avaient été enregistrés, cela représente une baisse de 6 %.

Le taux de morbidité est de 15 pour 100 000 habitants, alors qu'il restait stable à 16 pour 100 000 habitants depuis 1987 (fig. 1). La tuberculose, d'après les statistiques provisoires de décès, a été responsable de 898 décès en 1991, ce qui représente un taux de mortalité de 16 pour 1 million d'habitants (17 en 1989) et un taux de létalité de 10 %.

Figure 1. — Mortalité et morbidité par tuberculose (1970-1991)

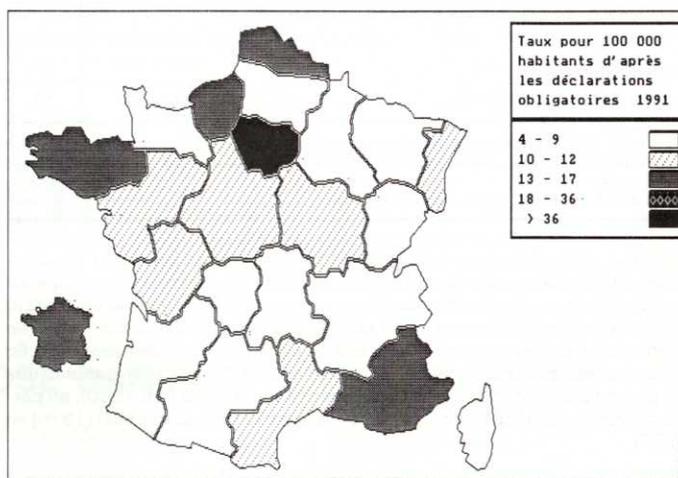


Les disparités régionales persistent en 1991 (fig. 2); notamment les différences entre la région parisienne et la province se sont creusées. La région Île-de-France représente à elle seule 43 % des déclarations obligatoires, ce qui correspond à une incidence de 37 pour 100 000 habitants. Les incidences dans les autres régions sont bien moins élevées. Dans 4 régions, cependant, la tuberculose reste très présente, ce sont les régions Provence - Alpes - Côte d'Azur, Haute-Normandie, Bretagne et Nord - Pas-de-Calais, avec respectivement pour incidences 17, 15, 13 et 13 pour 100 000 habitants.

En région parisienne, l'incidence augmente de 33 à 37 pour 100 000 habitants entre 1987-1988 et 1991 alors qu'elle décroît dans des régions habituellement à forte incidence (de 20 à 17 en Provence - Alpes - Côte d'Azur, de 23 à 13 dans le Nord - Pas-de-Calais). En particulier, en Seine-Saint-

Denis, l'incidence de la tuberculose est passée de 43 en 1990 à 46 pour 100 000 habitants en 1991 (d'après le fichier départemental des déclarations obligatoires).

Figure 2. — Répartition régionale du taux d'incidence de la tuberculose en 1991



II. CARACTÉRISTIQUES DES CAS DE TUBERCULOSE

L'analyse des caractéristiques des cas de tuberculose porte sur les départements ayant utilisé le logiciel « B.K. » diffusé par la D.G.S. en 1990.

Les 33 départements (fig. 3) ayant enregistré et transmis leurs déclarations avec le logiciel « B.K. », sont composés de 32 départements métropolitains et de la Martinique, soit 41 % de la population française. Ces départements ont notifié 4 181 cas, soit la moitié de l'ensemble des déclarations pour l'année 1991. Les principales caractéristiques pour l'ensemble de ces départements sont présentées dans le tableau 1.

Figure 3. — Départements ayant utilisé le logiciel B.K. en 1991

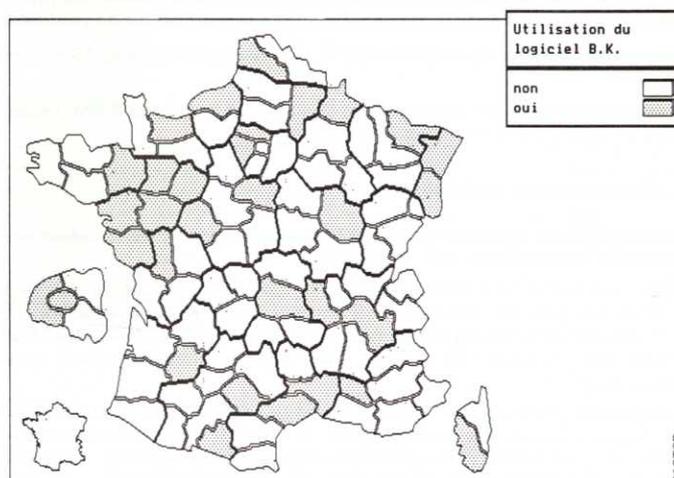


Tableau 1. — Principales caractéristiques des 4 181 cas de tuberculose déclarés dans les 33 départements ayant utilisé le logiciel B.K.

	Effectifs	%
Âge :		
— < 5 ans	105	3
— 5-14 ans	114	3
— 15-39 ans	1 675	40
— 40-64 ans	1 359	33
— ≥ 65 ans	928	22
Sexe :		
— masculin	2 660	64
— féminin	1 521	36
Nationalité :		
— française	2 600	62
— étrangère	1 209	29
— inconnue	372	9
Localisation :		
— pulmonaire (1)	3 236	77
— méningée	52	1
— autres	893	21
Fréquence de B.A.A.R. (2) à l'examen direct dans les localisations pulmonaires selon l'âge :		
— < 5 ans	12/74	16
— 5-14 ans	14/70	20
— 15-39 ans	725/1 298	56
— 40-64 ans	638/1 076	59
— ≥ 65 ans	446/739	60
Total	1 835/3 257	56
Antécédents de tuberculose traitée selon l'âge :		
— < 40 ans	113/1 894	6
— ≥ 40 ans	333/2 287	14
Total	446/4 181	11

(1) Ces 3 236 cas correspondent à une localisation pulmonaire non associée à une localisation méningée : dans 21 cas il existe une localisation à la fois pulmonaire et méningée.

(2) B.A.A.R. : bacilles acido-alcool-résistants.

En 1990, ce logiciel avait été utilisé dans 30 départements dont 26 communs aux 2 années, pour lesquels il a été possible d'effectuer une comparaison des résultats. Sur les 26 départements ayant utilisé le logiciel en 1990 et 1991, le nombre de cas est resté stable; 3 671 en 1991 contre 3 689 en 1990. La répartition par classes d'âge et par sexe s'est peu modifiée. En revanche, les étrangers malades (au nombre de 1 111) représentent une proportion plus importante que l'année précédente (1 037 en 1990), en particulier ceux originaires d'Afrique (765 malades [21 %] contre 680 [18 %] en 1990).

Quelques points particuliers ont été développés pour les départements ayant utilisé le logiciel en 1991 (tabl. 1).

a. Tuberculose chez les enfants de moins de 15 ans

219 cas chez des enfants de moins de 15 ans ont été déclarés (5 % de l'ensemble des cas) avec 105 cas chez les moins de 5 ans.

Parmi ces 219 enfants, 69 (31 %) sont étrangers; originaires principalement d'Afrique (84 % des étrangers).

76 enfants (35 %) avaient un statut vaccinal inconnu. 61 enfants (28 %) n'avaient pas été vaccinés par le B.C.G.; 70 % d'entre eux avaient moins de 5 ans. 82 enfants (37 %) avaient été vaccinés; cependant la technique vaccinale et la réalisation ou non d'un contrôle post-vaccinal n'étant pas précisées, il est difficile d'en tirer des conclusions en terme d'efficacité vaccinale.

Parmi les 56 sujets non vaccinés dont la nationalité est connue, 73 % sont français.

2 cas de méningite ont été rapportés, l'un chez un enfant de 3 ans, l'autre chez un enfant de 8 ans, tous 2 vaccinés.

b. Tuberculose et nationalité

Les étrangers, au nombre de 1 209 (27 % des cas déclarés) sont surtout originaires d'Afrique (68 % des étrangers).

L'âge varie en fonction de la nationalité; la tuberculose survenant plus tard pour les Français, 32 % des Français ont plus de 65 ans contre seulement 5 % des étrangers. Chez les étrangers, 61 % des cas surviennent entre 15 et 39 ans, alors que pour les Français, 29 % des cas surviennent dans cette classe d'âge.

446 patients (11 %) avaient des antécédents de tuberculose, et étaient principalement de nationalité française (73 % des cas); la fréquence des antécédents de tuberculose augmentant avec l'âge, cette observation concorde avec les différences d'âge observées suivant la nationalité.

La localisation varie également suivant l'origine des sujets; les localisations autres que pulmonaire et méningée sont plus fréquentes chez les étrangers (25 % des localisations contre 19 % chez les Français) sans qu'il y ait de lien avec la présence du V.I.H.

c. Méningites tuberculeuses

52 cas (1 %) de méningite ont eu lieu, dont 21 associés à une localisation pulmonaire. Dans 20 cas (38 %), il s'agissait de sujets jeunes entre 15 et 39 ans. Cependant pour cette tranche d'âge, 8 sujets soit 40 % des formes méningées, étaient séropositifs pour le V.I.H.

d. Tuberculose et infection à V.I.H.

Le statut sérologique V.I.H. est connu dans 37 % des cas (tabl. 2), plus souvent pour les hommes, entre 15 et 44 ans (58 % des sérologies) et pour les étrangers.

Tableau 2. — Statut virologique V.I.H. des cas de tuberculose déclarés selon l'âge, le sexe et la nationalité

	Effectifs	Statut sérologique connu		Sérologie positive	
		Nombre	%	Nombre	%
Âge :					
— < 15 ans	219	44	20	2	1
— 15-24 ans	394	164	42	19	5
— 25-34 ans	885	417	47	111	13
— 35-44 ans	747	321	43	66	9
— ≥ 45 ans	1 936	602	31	56	3
Sexe :					
— masculin	2 660	1 069	40	209	8
— féminin	1 521	479	31	45	3
Nationalité :					
— française	2 600	969	37	153	6
— étrangère	1 209	517	43	96	8
— inconnue	372	62	17	5	1
Ensemble des cas	4 181	1 548	37	254	6

Le nombre de séropositifs pour le V.I.H. est de 254 pour l'ensemble des 33 départements, soit 16 % (254 sur 1 548) des tuberculeux pour lesquels la sérologie avait été demandée.

La proportion de malades tuberculeux (testés ou non) ayant une sérologie V.I.H. positive est donc de 6 % (254 sur 4 181). Cependant, il existe des différences importantes entre les départements; ainsi ce taux dépasse les 10 % dans 2 départements (Paris et la Martinique) alors que dans les autres départements, il est le plus souvent inférieur à 6 %. Les disparités peuvent s'observer également au sein d'une même région, notamment en Ile-de-France, où ce pourcentage est de 12 à Paris, de 7 dans les Yvelines, de 5 dans les Hauts-de-Seine et de 1 dans le Val-d'Oise.

En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques des tuberculeux V.I.H. + :

Le sexe ratio de 4,6 est proche de celui observé pour les cas de SIDA (5,08) en 1991. La classe d'âge la plus représentée est celle de 25 à 34 ans (44 % de ces malades). Les étrangers sont au nombre de 96 (38 % des sujets), dont 40 % sont originaires d'Afrique noire et 31 % d'Afrique du Nord.

Une localisation extrapulmonaire, isolée ou associée à une localisation pulmonaire est retrouvée chez 50 % des sujets séropositifs V.I.H. contre 28 % des sujets séronégatifs et 30 % des sujets dont la sérologie est inconnue. La moitié des séropositifs V.I.H. qui sont atteints de tuberculose, entrent à cette occasion dans la définition du SIDA avéré alors que l'année précédente, il s'agissait de 41 % d'entre eux.

Pour les 26 départements ayant utilisé le logiciel les 2 années, on constate que la sérologie V.I.H. est plus souvent demandée en 1991 que l'année précédente; elle a été effectuée chez 1 245 sujets (34 %) contre 1 138 (31 %) en 1990. Quant à l'évolution de la proportion de malades tuberculeux (testés ou non) ayant une sérologie V.I.H. positive, extrêmement variable d'un département à l'autre, globalement elle ne présente pas de variation importante (6,4 % en 1991 contre 5,9 % en 1990). A Paris, 33 % des sérologies V.I.H. sont positives en 1991 contre 27 % en 1990.

e. Sources de déclaration

Les médecins hospitaliers sont à l'origine de la majorité des déclarations (51 %), puis viennent les médecins-conseils des caisses d'assurance-maladie (29 %) [tabl. 3]. Pour ces derniers, les différences entre départements sont importantes puisque les médecins-conseils n'ont été responsables d'aucune déclaration dans 18 départements, alors que dans 5 départements, principalement en région parisienne (44, 75, 78, 92, 95) ils ont été à l'origine de plus de 40 % des déclarations.

f. Intervention des services de L.A.T.

Le service de L.A.T. est intervenu dans 1/4 des cas. Cette intervention apparaît plus liée à la nationalité qu'à la présence de B.A.A.R. dans l'expectoration ou les tubages; en effet l'intervention des services de L.A.T. est plus souvent

demandée pour les malades étrangers que français (32 % contre 24 %, $p < 0,05$). La motivation de ces demandes est donc plus liée à un facteur social que pathologique.

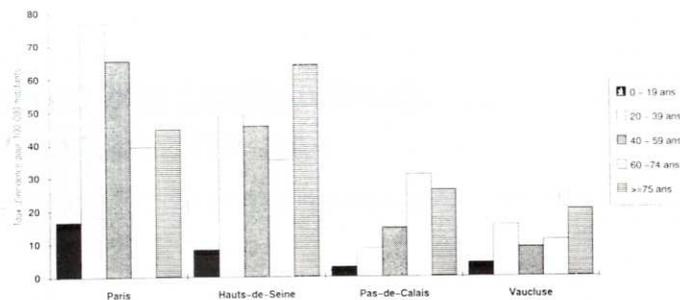
Tableau 3. — Sources de déclaration des cas de tuberculose en 1991

Sources de déclaration	n	%
Médecins généralistes	140	3
Médecins phthisiologistes libéraux	211	5
Médecins hospitaliers	2 124	51
Caissees d'assurance-maladie (médecins-conseils)	1 215	29
Services de L.A.T.	395	9
Autre ou inconnu	96	2

g. Incidences par classes d'âge pour 4 départements

Une analyse plus fine de la situation épidémiologique grâce au logiciel B.K. dans 4 départements (Paris, Hauts-de-Seine, Pas-de-Calais et Vaucluse) montre que les classes d'âge sont très diversement touchées (fig. 4).

En effet, à Paris l'incidence pour la classe d'âge de 20-39 ans est la plus forte (77 pour 100 000 habitants), puis vient celle des 40-59 ans (65 pour 100 000 habitants), alors que les personnes âgées de plus de 74 ans sont relativement moins touchées (45 pour 100 000). Dans les Hauts-de-Seine, la situation est très différente; l'incidence la plus forte est celle des personnes âgées de plus de 74 ans (64 pour 100 000 habitants) alors que pour les classes d'âge 20-39 ans et 40-59 ans elle est respectivement de 46 et de 49 pour 100 000 habitants. La répartition des incidences par classes d'âge est encore différente dans le Pas-de-Calais, où les incidences les plus élevées concernent les sujets de plus de 60 ans, et le Vaucluse où les classes d'âge 20-39 ans et plus de 74 ans sont les plus touchées.



III. COMMENTAIRES

Ce bilan pour l'année 1991 montre que si l'évolution de l'incidence de la tuberculose, notamment en Île-de-France, peut s'expliquer par l'impact de l'infection à V.I.H. elle reste fonction des caractéristiques des populations à risque de tuberculose.

La stabilité du nombre de cas de tuberculose en 1991 est en fait la résultante d'évolutions différentes tant en ce qui concerne la répartition géographique que l'exposition de groupes de population.

Des analyses plus fines de la situation épidémiologique au niveau départemental paraissent souhaitables pour évaluer l'incidence de la tuberculose par tranches d'âge, sexe et nationalité, afin d'adapter au mieux les mesures préventives. Le logiciel B.K. qui permet cette analyse n'a été utilisé en 1991 que par 33 départements, dont certains à forte incidence sont absents, en particulier en Île-de-France et en Provence - Alpes - Côte d'Azur.

ENQUÊTE

LA DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE DANS UN HÔPITAL PARISIEN

B. GUÉRIN *, V. JOLY *, E. VALLÉE **

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (D.O.)

Depuis 1964, la tuberculose figure parmi les maladies à déclaration obligatoire, déclaration dont le but était la réalisation d'une enquête « médico-sociale » dans l'entourage du malade. À partir de 1987, cette mesure a été réorientée vers un objectif de surveillance épidémiologique avec des données permettant une analyse à 2 niveaux : un niveau national permettant de surveiller les groupes à risque et d'évaluer l'impact de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (V.I.H.) et un niveau départemental ayant la charge des actions de lutte contre la tuberculose relevant des conseils généraux depuis la loi de décentralisation.

Les données d'un hôpital parisien

En 1990, les médecins hospitaliers représentaient 52 % des sources de déclaration de tuberculose à Paris. Devant une telle donnée, il nous est apparu important d'évaluer la pratique des médecins hospitaliers dans un C.H.U. parisien vis-à-vis de cette déclaration obligatoire. Cette évaluation a été faite de façon rétrospective à partir des 170 souches de mycobactéries responsables de tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*), isolées au laboratoire de bactériologie de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard entre le 1^{er} juin 1990 et le 15 juin 1991. Ces 170 souches provenaient de 170 patients présentant donc tous une tuberculose active bactériologiquement prouvée et pris en charge par 11 services d'hospitalisation différents (3 services de maladies infectieuses, un service de pneumologie, 2 services de médecine interne et divers autres services de médecine et de chirurgie). Parmi ces 170 patients : 60 patients avaient une sérologie V.I.H. positive (V.I.H.+), 47 patients une sérologie V.I.H. inconnue (V.I.H.?) et 63 patients une sérologie V.I.H. négative (V.I.H.-). 63 prélèvements étaient positifs à l'examen direct (présence de bacilles acido-alcoolo résistants), et 58 d'entre eux concernant soit un crachat, soit un tubage gastrique, soit un prélèvement fibroscopique, témoignaient de la forte contagiosité des patients.

Tous les cas de déclaration obligatoire de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard étant centralisés par les infirmières hygiénistes de l'hôpital, il a été facile d'évaluer la déclaration des cas de tuberculose prouvés bactériologiquement. Cette étude a permis de retrouver que cette déclaration n'avait été effectuée par les médecins hospitaliers que pour 63 patients, ce qui correspond à un taux de déclaration de 37 % et que par ailleurs, ce taux était inégal en fonction du statut sérologique des patients vis-à-vis du V.I.H. : 20 % de déclaration pour les patients V.I.H.+ contre 58,7 % pour les patients V.I.H.- ($p < 0,001$). La demande d'enquête de dépistage par les services de santé départementaux, au sein de l'entourage des patients, n'a été faite que pour 14 d'entre eux. De plus, 47 des 156 patients n'ayant pas bénéficié d'une telle demande étaient fortement contagieux.

CONCLUSION

Une telle étude permet de mettre en évidence le problème de la sous-déclaration de la tuberculose par les médecins hospitaliers et ceci tout particulièrement chez les patients V.I.H.+ , sous-déclaration qui n'est probablement pas compensée par celle effectuée par les médecins-conseils. Ces résultats devraient inciter le corps médical à remettre en question les modalités actuelles de déclaration de la tuberculose, afin d'optimiser la surveillance épidémiologique et de permettre une meilleure évaluation de l'influence du V.I.H. sur cette maladie.

* Service de médecine interne, hôpital Bichat-Claude-Bernard.

** Laboratoire de bactériologie de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard.