

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.

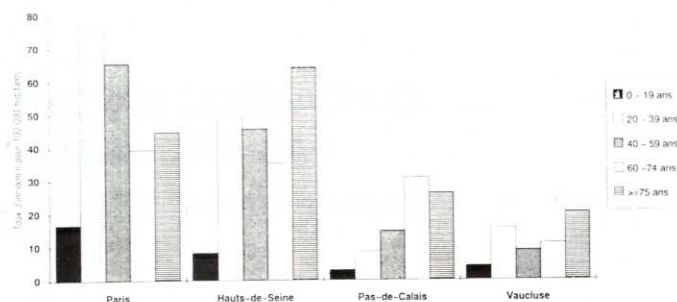
Tableau 3. — Sources de déclaration des cas de tuberculose en 1991

| 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.