

SURVEILLANCE

LES CAS DÉCLARÉS DE TUBERCULOSE EN 1994

S. TCHAKAMIAN*, B. HAURY**

INTRODUCTION

En France, tout cas de tuberculose-maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement par au moins 3 anti-tuberculeux doit être déclaré par les médecins aux D.D.A.S.S. de leur département. Celles-ci transmettent les informations sur les cas de tuberculose à la D.G.S. par 2 voies parallèles : d'une part de façon hebdomadaire par minitel (quatrième page du *B.E.H.*), et, d'autre part, par support informatique (logiciel « BK ») ou, à défaut, par l'intermédiaire des fiches papier de déclaration obligatoire (D.O.). La diffusion de ce logiciel « BK » augmente régulièrement depuis 4 ans et, actuellement, 72 % des départements l'utilisent (65 % en 1993 et 50 % en 1992).

RÉSULTATS

En 1994, 9 093 fiches (support papier ou informatique) ont été retenues après élimination des doublons et se répartissent en 8 868 cas pour la métropole et 225 cas pour les départements d'outre-mer. Parallèlement, 9 911 cas de tuberculose ont été déclarés par minitel (9 679 en France métropolitaine et 232 dans les départements d'outre-mer). Il y a donc eu plus de divergences cette année entre données télématiques et D.O. informatisées qu'en 1993. L'analyse, effectuée sur logiciel Épi-info, a porté sur les 9 093 fiches papier ou informatique.

ÉVOLUTION DES TAUX D'INCIDENCE

Ainsi, après des années de décroissance, en prenant en compte les cas déclarés par minitel, le taux d'incidence est passé de 14,7 cas pour 100 000 habitants en 1991 à 16,8 en 1993 et reste stable en 1994 (16,6 pour 100 000 habitants). Le taux d'incidence de la tuberculose en France est ainsi comparable à celui observé dans les autres pays d'Europe occidentale, bien que certains semblent plus touchés que d'autres (Portugal et Espagne notamment).

Mais ce taux global cache de fortes disparités régionales et départementales (fig. 1). En effet, depuis longtemps, certaines régions sont plus touchées que d'autres par la tuberculose : la région Île-de-France regroupe à elle seule 42,8 % des cas de tuberculose en 1994, alors qu'elle ne représente que 19 % de la population. Son taux d'incidence est ainsi de 37,7 cas pour 100 000 habitants. Viennent ensuite la Corse (16,6 pour 100 000) et la Bretagne (14,7 pour 100 000). À l'opposé, 9 régions ont ou gardent un taux d'incidence inférieur à 10 cas pour 100 habitants. Toutefois, les taux d'incidence de la tuberculose sont très variables d'une année à l'autre. Ainsi, l'augmentation de ces taux ne s'affirme que pour l'Île-de-France (+ 2 %) et la Corse (+ 14 %), et la tendance à la hausse qui semblait se dessiner les années précédentes pour les régions Nord - Pas-de-Calais, Provence - Alpes - Côte d'Azur et Antilles - Réunion - Guyane, ne se confirme pas (fig. 2).

Au niveau départemental, les départements les plus touchés sont toujours la Seine-Saint-Denis (incidence = 58,2 cas pour 100 000), Paris (51,8 pour 100 000), les autres départements des petite et grande couronnes et la Guyane (37,5 pour 100 000). Près de 56 % des départements gardent cependant un taux d'incidence inférieur à 10 cas pour 100 000 habitants.

Figure 1. - Incidence régionale de la tuberculose en 1994

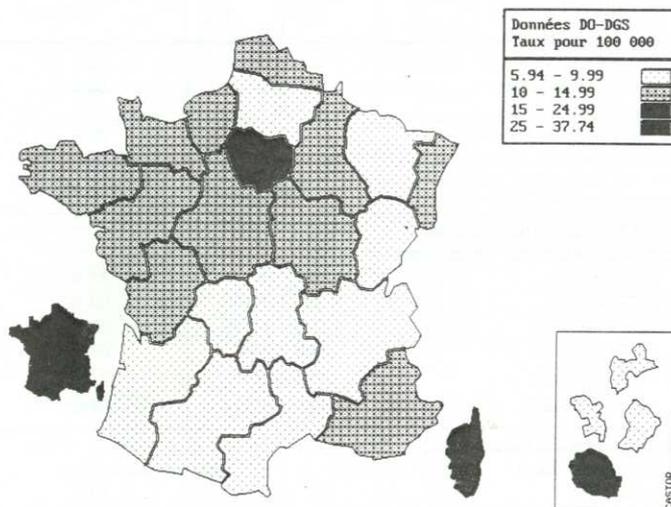
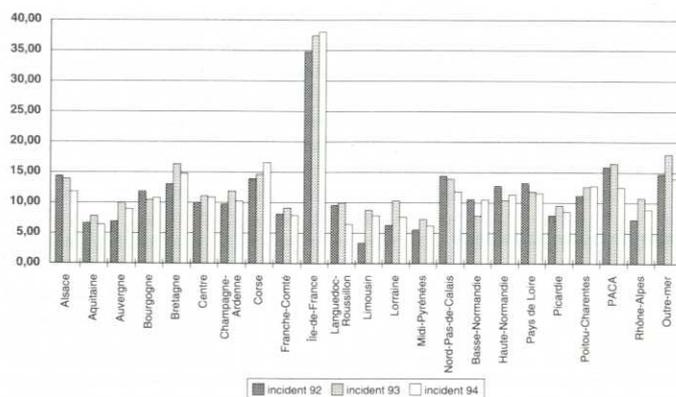


Figure 2. - Évolution des taux d'incidence régionaux de la tuberculose entre 1992 et 1994



* Interne de Santé publique, D.G.S.

** Médecin inspecteur de Santé publique, D.G.S.

Données D.O./D.G.S.

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES CAS

Les caractéristiques des sujets atteints de tuberculose sont identiques depuis 1990 et la légère baisse de l'incidence enregistrée en 1994 est homogène quant au sexe, à l'âge et à la nationalité des sujets (tabl. 1) [1] [2].

Tableau 1. - Principales caractéristiques des 9 093 cas de tuberculose déclarés en France en 1994

	Effectifs France entière		Incidence France entière*
		%	
Âge :			
< 5 ans	194	2,1	5,1
5-14 ans	266	2,9	3,3
15-19 ans	235	2,6	6,0
20-39 ans	3 117	34,3	17,5
40-59 ans	2 463	27,1	17,2
60-74 ans	1 529	16,8	18,7
> 75 ans	1 289	14,2	36,0
Total	9 093	100,0	15,2
Sexe :			
masculin	5 635	62,0	19,4
féminin	3 458	38,0	11,3
Nationalité :			
française	5 779	63,6	10,3
étrangère	2 377	26,1	63,4
inconnue	937	10,3	-
Localisation :			
			%
pulmonaire isolée	5 873		64,6
méningée isolée	73		0,8
extra-pulmonaire isolée	2 311		25,4
multiple	836		9,2
Total	9 093		100,00
B.A.A.R. + au direct dans les formes pulmonaires selon l'âge :			
< 5 ans	64 / 201		31,8
5-39 ans	1 357 / 2 136		63,5
40-59 ans	1 038 / 1 595		65,1
60-74 ans	659 / 944		69,8
> 75 ans	567 / 838		67,7
Total	3 685 / 5 714		64,5
Antécédents de tuberculose traitée selon l'âge :			
< 60 ans	479 / 4 684		10,2
> 60 ans	457 / 2 044		22,4
Total	936 / 6 728		13,9

(*) Incidence pour 100 000 habitants.

Répartition par sexe et âge

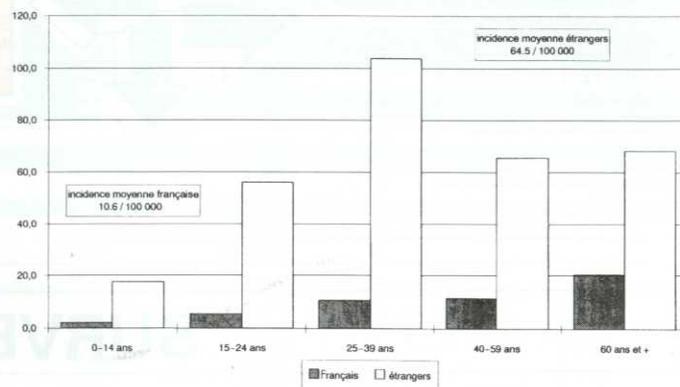
La tuberculose est plus fréquente chez les hommes (19,4 cas pour 100 000) que chez les femmes (11,3), et augmente avec l'âge : quel que soit le sexe, la classe d'âge des plus de 75 ans est la plus touchée (36 cas pour 100 000), suivie par les 60-74 ans (18,7) et les 20-39 ans (17,5 cas).

Le taux d'incidence de la tuberculose chez les enfants est de 3,9 cas pour 100 000, et l'augmentation enregistrée l'année précédente chez les enfants de 5 à 15 ans ne s'est pas confirmée.

Répartition par nationalité

Les taux d'incidence de la tuberculose par nationalité sont de 10,6 cas pour 100 000 pour les français contre 64,5 cas pour 100 000 chez les étrangers. Les étrangers atteints de tuberculose en 1994 (2 377 cas, soit 26,1 % des cas) sont surtout originaires du Maghreb (35,3 %), d'Afrique sub-saharienne (30,7 %) et d'Asie (12,3 %). Dans cette population, comme en 1993, la tranche d'âge des 25-39 ans est la plus touchée avec un taux d'incidence de près de 104 cas pour 100 000 (fig. 3).

Figure 3. - Taux d'incidence de la tuberculose en 1994 par âge et par nationalité



Données D.O./D.G.S.

Formes cliniques

La tuberculose pulmonaire isolée reste la forme prédominante avec 64,6 % des cas déclarés. Malheureusement, l'indication sur la présence de B.A.A.R. (bacilles acido-alcoolo-résistants) à l'examen direct dans les localisations pulmonaires, marqueur important de la contagiosité de la maladie, manque dans près de 15 % des cas. Les B.A.A.R. ont toutefois été isolés à l'examen direct chez plus de 60 % des adultes. Chez l'enfant, ils ne sont retrouvés que près d'une fois sur 3.

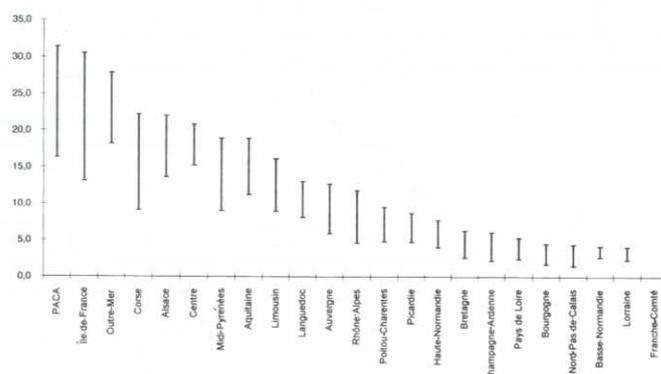
178 cas de méningite (près de 2 % des cas) ont été déclarés en 1994, dont 73 isolés et 105 associés à une forme pulmonaire et/ou à une autre localisation. Comme en 1993, 9 cas de méningite sont survenus chez des enfants, dont 3 cas parmi les moins de 5 ans. Les antécédents vaccinaux étaient connus pour 8 de ces enfants et 5 d'entre-eux (1 parmi les moins de 5 ans) avaient reçu une vaccination antérieure par le B.C.G.

Les autres localisations le plus souvent citées sont les localisations ganglionnaires autres que hilaires (10,4 %) et les localisations pleurales (6,8 %).

Tuberculose et V.I.H.

Le statut sérologique est connu dans 50,5 % des cas contre 40,7 % en 1993 ; cette information est en progression constante depuis 1990. À la suite d'un problème de codage du résultat sérologique, l'analyse des caractéristiques des patients tuberculeux séropositifs pour le V.I.H. n'a pu être faite que pour 82 des 99 départements français. Dans ces 82 départements, la recherche des anticorps anti-V.I.H. est surtout réalisée chez les personnes de 15 à 39 ans (56,7 % de cette tranche d'âge), et plutôt chez les hommes (49,1 % contre 41,2 % pour les femmes) et les étrangers (53,2 % contre 47,3 % pour les Français). Le nombre de tuberculeux séropositifs pour le V.I.H. est de 730, soit 21,5 % des cas pour lesquels la sérologie est connue (tabl. 2). Calculée sur l'ensemble des cas déclarés, la proportion de tuberculeux séropositifs pour le V.I.H. est de 9,9 % contre 6,7 % en 1993. La répartition par classe d'âge des séropositifs pour le V.I.H. n'est pas homogène : comme pour les années précédentes, les 25-44 ans représentent la majorité des cas (67 %). Toutefois, on note une augmentation plus importante de la co-infection chez les moins de 24 ans et les plus de 45 ans. Les hommes sont plus touchés que les femmes : 24,5 % sont séropositifs (parmi ceux dont le statut sérologique est connu), contre 15,8 pour les femmes. La séroprévalence chez les hommes rapportée à l'ensemble de la population masculine est de 12 % ; elle n'est que de 6,5 chez les femmes.

Figure 4. - Fréquence de la séropositivité pour le V.I.H. en 1994 parmi les cas de tuberculose selon les régions (fourchettes d'estimation)



Données D.O./D.G.S.

Des fourchettes régionales d'estimation de la fréquence de l'infection par le V.I.H. parmi les cas de tuberculose déclarés peuvent être fournies en prenant comme seuil minimal les cas de séropositivité rapportés à l'ensemble de la population et comme seuil maximal les cas rapportés au nombre de personnes dont on connaît le statut sérologique (fig. 4). Des écarts importants entre les taux indiquent des dépistages orientés chez les personnes à risque. Ainsi, dans certaines régions (Provence - Alpes - Côte d'Azur, Île-de-France, outre-mer, Corse) les dépistages ciblés sont plus fréquents; c'est également dans ces régions que l'on trouve les taux de co-infection les plus élevés.

La localisation de la tuberculose diffère chez les sujets séropositifs et séro-négatifs pour le V.I.H. Les formes méningées semblent plus fréquentes chez les sujets séropositifs : elles touchent 3,6 % des séropositifs (26 cas) contre 2,3 des sujets séro-négatifs. L'atteinte multiple est classique, et 11 des 25 formes septicémiques concernent des sujets coinfectés par le V.I.H. Par contre, la fréquence des formes pulmonaires contagieuses ne semble pas être différente selon le statut sérologique pour le V.I.H.

Tableau 2. - Statut sérologique V.I.H. des cas de tuberculose selon l'âge, le sexe et la nationalité en 1994

	Effectif total	%	Statut sérologique V.I.H. connu		Sérologie V.I.H. positive	
			Nombre	% (1)	Nombre	% (2)
Âge :						
< 15 ans	369	5,0	86	23,3	16	18,6
15-39 ans	2 654	36,1	1 504	56,7	438	29,1
40-59 ans	2012	27,4	987	49,1	213	21,6
60-74 ans	1262	17,2	466	36,9	46	9,9
> 75 ans	1056	14,4	349	33,0	17	4,9
Sexe :						
masculin	4568	62,1	2244	49,1	549	24,5
féminin	2785	37,9	1148	41,4	181	15,8
Nationalité :						
française	4792	65,2	2266	47,3	465	20,5
étrangère	1836	25,0	976	53,2	227	23,3
inconnue	725	9,9	150	20,7	38	25,3
Total	7353	100,0	3392	46,1	730	21,5

(1) Pourcentage calculé en fonction de l'effectif total.

(2) Pourcentage calculé en fonction du nombre de sérologies connues.

Données D.O./D.G.S.

Vaccination par le BCG

Le statut vaccinal est connu pour 3 978 sujets (43,7 % des cas déclarés), parmi lesquels 28,8 % ont été vaccinés par le B.C.G. La couverture vaccinale varie en fonction de l'âge. 41,4 % des enfants de moins de 5 ans, chez qui une tuberculose a été déclarée, sont vaccinés par le B.C.G. (pourcentages rapportés au cas dont le statut vaccinal est connu). Cette couverture augmente ensuite pour être maximale chez les 15-19 ans (68,1 %), puis décroît régulièrement pour ne concerner que 11,5 % des 60-74 ans et 5,9 au-delà de 75 ans.

NOTE DE LA RÉDACTION

C'est la première fois depuis 4 ans que l'on n'observe plus d'augmentation de l'incidence de la tuberculose en France. Cette nouvelle tendance a déjà été signalée aux U.S.A. pour 1994. Elle amorce peut-être une nouvelle tendance vers la décroissance annuelle comme avant 1989; cependant, un biais de déclaration ne peut être exclu.

Cependant, par rapport aux années précédentes, la prévalence de l'infection par le V.I.H. parmi les cas déclarés est en nette augmentation, dépassant 10 % alors que la connaissance du statut sérologique est plus souvent connue; ces résultats sont d'interprétation difficile : soit réelle augmentation de l'incidence de la tuberculose chez les patients infectés par le V.I.H., ce qui paraît peu vraisemblable ou bien dépistage mieux ciblé sur les populations à risque pour l'infection V.I.H. Enfin, on peut discuter la réalité de cette augmentation et s'interroger sur la qualité du diagnostic de tuberculose chez les sujets infectés par le V.I.H. : déclaration de cas de mycobactériose atypique (l'existence de B.A.A.R. au direct conduit rapidement à la mise en route de mesure d'isolement respiratoire dans les établissements hospitaliers, le résultat des cultures et de l'identification bactériologique est tardif, après la sortie du malade, longtemps après la déclaration qui est faite souvent dès la mise en route du traitement). Ceci supposerait que les critères diagnostiques habituellement utilisés dans la tuberculose ne soient pas aussi spécifiques en cas d'infection par le V.I.H.

Les données disponibles pour les cas déclarés en 1994 en France ne permettent pas de trancher entre ces différentes hypothèses. Il faudrait donc réaliser des études complémentaires au niveau de certains sites de déclaration (hôpital, caisses de sécurité sociale) pour s'assurer des diagnostics définitifs des cas déclarés comme tuberculose chez les patients infectés par le V.I.H.

La fréquence des cas avec hémoculture positive pourrait conforter l'hypothèse selon laquelle parmi les cas déclarés de tuberculose chez les sujets V.I.H. + soient inclus un nombre significatif et croissant d'infections à mycobactéries atypiques, qui sont en nette augmentation selon les données du D.M.I. 2.

La majorité des enfants avait reçu une vaccination par le B.C.G. dans les formes méningées et près d'un tiers dans les formes pulmonaires; toutefois, on ne dispose pas d'information sur les contrôles tuberculins post-vaccinaux.

Et, en général, les étrangers sont moins vaccinés que les Français (21,8 % en ont bénéficié contre 41 % des Français), excepté les enfants âgés de moins de 5 ans (61,5 % des enfants étrangers contre 35,3 % des Français).

Origine des déclarations et intervention des services de lutte antituberculeuse

Les médecins hospitaliers sont à l'origine de la majorité (56 %) des déclarations obligatoires de tuberculose, suivis par les médecins conseils de la sécurité sociale (23 %) et les services de lutte antituberculeuse (8 %). Il est intéressant de noter que 85,3 % des déclarations effectuées par les médecins conseils proviennent d'Île-de-France.

L'intervention des services de lutte antituberculeuse a été demandée dans 2 367 cas (26 % des cas). Cette demande semble liée à 2 facteurs essentiels : la présence de B.A.A.R. à l'examen microscopique direct (33 % pour les sujets bacillifères contre 22,4 pour les sujets non bacillifères) et la nationalité du malade (33 % pour les étrangers contre 25,3 % pour les Français).

Discussion

Le taux d'incidence de la tuberculose semble se stabiliser en 1994, mais, du fait de la qualité imparfaite de la D.O. et des variations annuelles non négligeables observées au niveau régional et départemental, un suivi à long terme est indispensable pour pouvoir interpréter correctement ces variations d'incidence. En effet, l'exhaustivité de la déclaration obligatoire des cas de tuberculose pour la France entière se situerait entre 50 et 70 %, probablement plus proche de cette borne supérieure du fait du poids de l'Île-de-France (qui représente, en 1994, près de 43 % des cas déclarés) et de la grande participation des médecins conseils à la déclaration dans cette région [3]. Toutefois, comme l'analyse des D.O. l'avait fait apparaître les années précédentes, plusieurs groupes sont particulièrement exposés à la tuberculose :

- les personnes âgées de plus de 60 ans (taux d'incidence = 23,9 pour 100 000), et surtout au-delà de 75 ans (36 pour 100 000);
- les adultes jeunes de sexe masculin (22,6 pour 100 000);
- les migrants, 6 fois plus touchés par la tuberculose que les Français.

Par ailleurs, en 1994, le statut sérologique des sujets atteints de tuberculose est mieux connu que les années précédentes, et la part des sérologies positives a considérablement augmenté : de 33,5 %, si on se rapporte au nombre de sérologies connues et de 25,4 %, si l'on prend en compte la totalité des cas déclarés. Mais cette augmentation apparente du taux de co-infection par le V.I.H. est sans doute due, d'une part, à l'amélioration de la connaissance du statut sérologique V.I.H. par un meilleur remplissage des fiches de D.O., et, d'autre part, à l'accroissement du nombre de dépistages qui semblent cependant garder un caractère orienté.

RÉFÉRENCES

- [1] B. HURET, B. HAURY ET C. MOYSE. - Les cas de tuberculose déclarés en France en 1992. - B.E.H. 1993; 52 : 243-45.
- [2] B. HAURY, J. SALOMON. - Les cas de tuberculose déclarés en France en 1993. - B.E.H. 1994; 44 : 203-205.
- [3] B. DECLUDT ET COLL. - Évaluation de la qualité de la déclaration obligatoire de la tuberculose dans 16 départements français. - B.E.H. 12/1995 : 203-205.