

Les cas de tuberculose déclarés en France en 2000

B. Decludt, C. Campese, Institut de veille sanitaire

INTRODUCTION

En France, la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (DO) depuis 1964. La surveillance au niveau national permet de suivre les tendances de la maladie et l'évolution des groupes à risque. Au niveau départemental, elle permet d'adapter les actions de lutte anti-tuberculeuse. Les fiches de déclaration sont saisies dans chaque département, après validation, par le médecin inspecteur de santé publique de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS), avec le logiciel BK3 qui permet la recherche de doublons et l'analyse des caractéristiques épidémiologiques des cas. Un fichier annuel anonymisé est ensuite transmis à l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Les Centres nationaux de référence (CNR) pour la tuberculose sont également une source d'information sur l'épidémiologie de la tuberculose en France. Le CNR des mycobactéries, basé à l'Institut Pasteur, réalise l'expertise et le typage de souches et participe à la surveillance épidémiologique. Le CNR pour la surveillance des infections à mycobactéries et de leur résistance aux antituberculeux, basé à l'hôpital Pitié Salpêtrière, coordonne la surveillance de la tuberculose multirésistante depuis 1992 et la surveillance de la résistance aux antituberculeux de première ligne à travers le groupe Azay Mycobactéries depuis 1995.

DÉFINITION DE CAS

Le critère de déclaration de la DO est basé sur la présence d'une tuberculose-maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement anti-tuberculeux (au moins trois antituberculeux). La tuberculose-infection (« primo-infection sans localisation patente « ou » simple virage des tests tuberculiniques ») et les infections dues aux mycobactéries atypiques ne doivent pas être déclarées.

EXHAUSTIVITÉ DE LA DÉCLARATION

Une estimation de l'exhaustivité de la DO peut être faite à partir de la comparaison des données de la DO à celles du CNR pour la surveillance des infections à mycobactéries et de leur résistance aux antituberculeux (CNR-SIM). Le réseau du CNR-SIM couvre plus de 80 % des lits du secteur public hospitalier. La proportion de cas de tuberculose ayant une culture positive peut être estimée à 70 % d'après les données de la littérature. En divisant le nombre de cultures positives fournies par le CNR par ces deux facteurs correcteurs (0,80 x 0,70), on obtient un nombre total de cas supérieur à celui de la DO. En 1998, 5 742 cultures positives ont été identifiées au CNR-SIM, soit une estimation de 10 253 cas de tuberculose. Sur cette base, les 6 651 DO reçues correspondent à une exhaustivité de la DO de 65 %.

RÉSULTATS

Evolution de l'incidence

En 2000, 6 714 cas de tuberculose ont été déclarés (France métropolitaine : 6 539 cas ; départements d'outre-mer : 175 cas). Le taux d'incidence des cas déclarés en France métropolitaine était de 11,2 cas pour 100 000 habitants (figure 1). Depuis 1997, ce taux est stable (tableau 1).

Tableau 1

Incidence des cas déclarés de tuberculose, France métropolitaine, 1992-2000										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Nombre de cas	8 605	9 433	8 868	8 483	7 432	6 683	6 475	6 508	6 539	
Incidence /100 000	15,0	16,4	15,4	14,7	12,8	11,4	11,1	11,1	11,2	

En France métropolitaine, l'Île-de-France a un taux d'incidence plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale (28,8/10⁵) et en augmentation par rapport à 1997 (26,7/10⁵). Toutes les autres régions ont des taux d'incidence inférieurs à 10/10⁵ (tableau 2).

Les taux dans les départements de la région Île-de-France restent très élevés, hormis dans les Yvelines et la Seine-et-Marne (tableau 3). En 2000, 1 060 personnes ont déclaré une tuberculose à Paris (49,9/10⁵) et 499 (36,1/10⁵) en Seine-Saint-Denis. Le taux d'incidence est en hausse par rapport à 1999 à Paris alors qu'il atteint son niveau le plus bas jamais observé en Seine-Saint-Denis.

Figure 1

Taux d'incidence de la tuberculose déclarée, France métropolitaine, 1972-2000

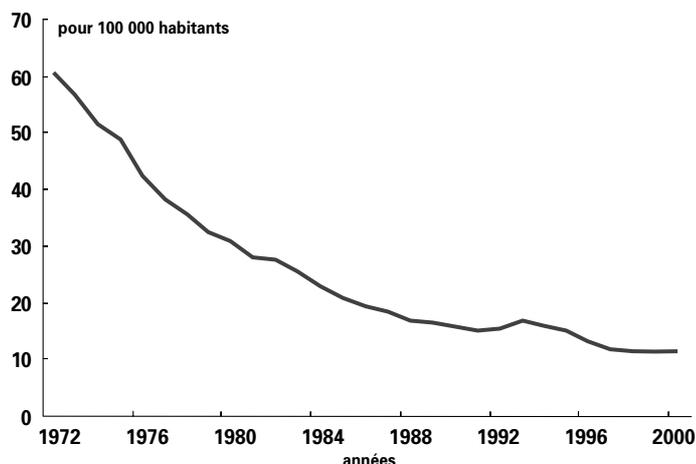


Tableau 2

Taux d'incidence de la tuberculose déclarée par région, 1993-2000

	Incidence pour 100 000 habitants			
	1993	1997	2000	Variation moyenne annuelle 1997-2000
Alsace	13,9	11,4	9,1	-7 %
Aquitaine	7,8	8,4	5,5	-13 %
Auvergne	9,9	5,3	8,3	+16 %
Basse Normandie	7,9	6,5	6,4	-1 %
Bourgogne	10,4	7,5	7,5	+0 %
Bretagne	16,4	12,6	9,7	-8 %
Centre	10,9	8,7	7,0	-7 %
Champagne-Ardennes	11,9	6,8	5,9	-5 %
Corse	14,5	9,6	8,1	-6 %
Franche-Comté	9,0	6,5	6,3	-1 %
Haute Normandie	10,5	7,0	8,1	+5 %
Île de France	37,4	26,7	28,8	+3 %
Languedoc-Roussillon	10,0	6,7	7,7	+5 %
Limousin	8,7	7,0	4,6	-13 %
Lorraine	10,1	7,1	6,4	-4 %
Midi-Pyrénées	7,1	4,9	5,5	+4 %
Nord-Pas de Calais	13,8	6,7	5,5	-7 %
Provence Alpes Côte d'Azur	16,6	10,8	9,9	-3 %
Pays de Loire	11,8	8,0	5,9	-10 %
Picardie	9,7	6,9	6,1	-4 %
Poitou-Charentes	9,8	5,4	5,7	+2 %
Rhône-Alpes	11,4	7,6	7,3	-1 %
Total France métropolitaine	16,4	11,5	11,2	-1 %
Guadeloupe	7,2	5,1	3,6	-12 %
Martinique	10,6	5,6	2,9	-20 %
Guyane	68,8	14,7	39,4	+39 %
Réunion	21,5	13,5	12,3	-3 %
Total DOM	18,8	9,4	10,5	+4 %

Tableau 3

Incidence de la tuberculose déclarée dans les départements d'Île-de-France, 1993-2000

	Incidence pour 100 000 habitants							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ville de Paris	60,6	53,1	57,9	53,2	48,7	50,1	46,3	49,9
Seine-Saint-Denis	55,3	58,9	52,4	43,5	37,4	37,7	39,1	36,1
Val-de-Marne	32,3	33,0	26,9	31,4	25,8	27,0	27,2	23,7
Hauts-de-Seine	36,9	38,7	43,1	33,8	25,7	23,9	21,9	31,1
Val-d'Oise	43,2	45,8	30,8	17,5	20,7	15,5	21,4	27,1
Essonne	19,8	20,0	20,3	17,4	14,5	21,1	15,1	21,5
Seine-et-Marne	12,8	19,3	16,9	17,0	10,0	12,0	13,4	12,5
Yvelines	18,0	20,5	14,3	11,8	12,8	15,1	11,5	12,5

Dans les départements d'outre-mer (DOM), la Guyane présentait en 2000 le taux d'incidence le plus élevé (39,4/10⁵) avec 62 cas déclarés en 2000 alors que seuls 19 cas avaient été déclarés en 1999. A la Réunion, l'incidence était semblable à celle de la métropole. Dans les autres DOM, l'incidence était inférieure à quatre cas pour 100 000 habitants.

Répartition par sexe et âge

Le taux d'incidence augmente avec l'âge pour atteindre 22,9 cas pour 100 000 personnes de 75 ans et plus (tableau 4). L'âge médian était de 45 ans et 62 % des cas étaient de sexe masculin.

Tableau 4

	1997		2000		Variation moyenne annuelle 1997-2000
	N *	Incidence /10 ⁵	N	Incidence /10 ⁵	
0-4	152	4,3	131	4,4	+1 %
5-14	148	1,9	170	2,3	+6 %
15-24	558	7,0	705	9,2	+9 %
25-39	1 755	13,5	1 729	13,6	+0 %
40-59	1 862	12,9	1 772	11,7	-3 %
60-74	1 126	14,1	999	12,5	-4 %
>= 75 ans	1 082	28,1	1 033	22,9	-7 %
Total	6 683	11,4	6 539	11,2	-1 %

En Ile-de-France, l'âge médian était de 38 ans et 64 % des cas étaient de sexe masculin. L'incidence y était de 39 cas pour 100 000 personnes âgées de 25 à 39 ans versus 13,6 pour l'ensemble de la France métropolitaine.

Répartition par nationalité et pays de naissance

La nationalité était renseignée pour 84 % des cas en 2000. Les personnes de nationalité étrangère représentaient 31 % des cas de tuberculose déclarés alors qu'elles ne représentent que 6 % de la population totale.

En France métropolitaine, le taux d'incidence était de 6,8 cas pour 100 000 personnes de nationalité française et de 53 cas pour 100 000 personnes de nationalité étrangère (tableau 5). Les personnes de nationalité étrangère de 25 à 39 ans étaient les plus touchées avec un taux d'incidence de 79 cas pour 100 000. Le taux d'incidence chez les enfants de moins de 15 ans de nationalité étrangère était huit fois supérieur à celui observé chez les enfants de nationalité française (12,8/10⁵ versus 1,6/10⁵). Entre 1997 et 2000, le taux annuel moyen de variation a été de -5 % chez les personnes de nationalité française et de +6 % chez celles de nationalité étrangère.

Tableau 5

Age	Nationalité française				Nationalité étrangère			
	1997		2000		1997		2000	
	n	Incidence/10 ⁵	n	Incidence/10 ⁵	n	Incidence/10 ⁵	n	Incidence/10 ⁵
0-14 ans	175	1,7	157	1,6	51	6,8	57	12,8
15-24 ans	290	3,6	334	4,6	186	36,5	243	67,5
25-39 ans	857	7,2	734	6,2	667	69,6	687	78,6
40-59 ans	1 157	9,4	1 003	7,1	444	46,5	486	46,3
>= 60 ans	1 812	16,6	1 550	13,0	236	58,1	255	47,6
Total	4 291	8,1	3 778	6,8	1 584	44,2	1 728	53,0

*âge et nationalité connus

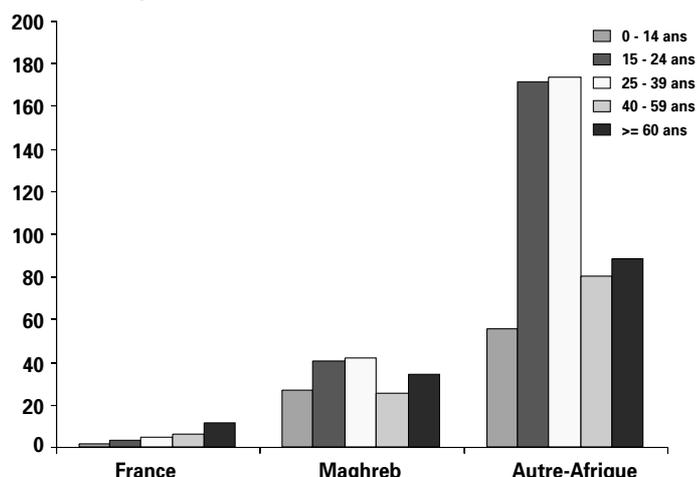
Les taux d'incidence les plus élevés chez les personnes de nationalité étrangère sont observés en Ile-de-France (88,8/10⁵) avec un taux de 117/10⁵ à Paris, 87/10⁵ en Seine-Saint-Denis, 57/10⁵ dans le Val-de-Marne et 55/10⁵ dans le Val-d'Oise. Dans les autres départements d'Ile-de-France et du reste de la France, ce taux variait entre 11 et 49 cas pour 100 000 selon les départements. En Ile-de-France, l'incidence chez les personnes de nationalité étrangère de 25 à 39 ans atteint 132 cas pour 100 000, soit près du double de celle observée au niveau national.

Le pays de naissance, meilleur indicateur de la provenance d'un pays d'endémie tuberculeuse que la nationalité, était connu pour 80 % des cas. Plus de la moitié des cas (59 %) étaient nés en France, 14 % en Afrique du Nord, 13,5 % en Afrique sub-saharienne, 6,5 % en Asie, 3,6 % dans un autre pays européen et 3,4 % sur le continent américain. L'incidence chez les personnes nées en France était de 6,9 pour

100 000 habitants. Cette incidence atteint 31,9 pour 100 000 personnes nées en Afrique du Nord et 125,3 pour 100 000 personnes nées en Afrique sub-saharienne. La répartition par âge indique que ce sont principalement les adultes jeunes d'Afrique sub-saharienne qui sont touchés (figure 2).

Figure 2

Taux d'incidence de la tuberculose par classes d'âge selon le pays de naissance, France métropolitaine, 2000



Résidence en collectivité

L'information concernant la résidence en collectivité n'était pas renseignée dans 19 % des cas. Pour 11,5 % des cas, une résidence en collectivité a été signalée, principalement résidence pour personnes âgées (3,1 %), foyer de travailleur (2,3 %) et centre d'hébergement social (1,6 %). Cinquante sept cas séjournaient dans un établissement pénitentiaire. La notion de sans-domicile fixe n'est actuellement pas recueillie dans la DO.

Taux de mortalité

Les dernières statistiques de décès disponibles auprès du service d'information sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm concernent l'année 1998. Au total, 725 décès, ayant pour cause principale du décès la tuberculose, ont été notifiés soit 12,6 décès par million d'habitants.

Formes cliniques

Les formes pulmonaires isolées ou associées étaient prédominantes avec 73 % des cas. Une localisation extrapulmonaire isolée a été retrouvée pour 27 % des cas. En 2000, 112 méningites tuberculeuses (1,6 % des cas), ont été déclarées dont trois chez des enfants de moins de cinq ans. Deux de ces enfants étaient vaccinés par le BCG sans information sur les contrôles tuberculiques post-vaccinaux.

Bactériologie

Le résultat de l'examen microscopique dans les localisations pulmonaires, marqueur de la contagiosité de la maladie manquait dans 10 % des cas. Le résultat de l'examen microscopique était positif pour 61 % des cas renseignés. Parmi l'ensemble des cas, le résultat de la culture, disponible pour 38 %, était positif pour 74 % d'entre eux. Au total, 57 % des cas étaient bactériologiquement confirmés par le résultat de l'examen microscopique et/ou de la culture.

Antécédents de tuberculose traitée

Parmi les 6 714 cas, un antécédent de tuberculose traitée a été noté pour 596 cas (9 %). Un pourcentage similaire est retrouvé dans la surveillance de la résistance aux antituberculeux réalisée par le CNR (CNR-SIM, communication personnelle).

Tuberculose et infection par le VIH

En 2000, le statut sérologique était connu pour 39 % des cas déclarés (38 % en France métropolitaine, 49 % en Ile-de-France, 65,7 % dans les DOM). La proportion de sujets infectés par le VIH parmi l'ensemble des cas de tuberculose était de 4,9 % (4,6 % en métropole, 6,7 % en Ile-de-France, 14,8 % dans les DOM) (tableau 6). Elle était de 4,7 % en 1997.

Parmi les cas renseignés, la proportion de sujets infectés par le VIH était de 12,4 % en 2000 (12,6 % en 1997).

Tableau 6

Statut sérologique VIH chez les cas de tuberculose déclarés, France entière, 1997-2000

		1997				2000							
		Effectif		sérologie connue		sérologie positive*		Effectif		sérologie connue		sérologie positive*	
		N	n	%	n	%	N	n	%	n	%		
Age	0-14 ans	287	41	14,3 %	5	1,7 %	305	45	14,7 %	1	0,3 %		
	15-24 ans	570	282	49,5 %	12	2,1 %	721	348	48,2 %	15	2,1 %		
	25-39 ans	1 789	943	52,7 %	182	10,2 %	1 777	972	54,6 %	184	10,3 %		
	40-59 ans	1 894	735	38,8 %	104	5,5 %	1 840	759	41,2 %	117	6,3 %		
	>=60 ans	2 216	521	23,5 %	15	0,7 %	2 071	496	23,9 %	10	0,5 %		
Sexe	masculin	4 097	1 641	40,1 %	237	5,8 %	4 123	1 727	41,8 %	220	5,3 %		
	féminin	2 712	873	32,2 %	81	3,0 %	2 562	880	34,3 %	105	4,1 %		
	inconnu	23	8	34,8 %	0	0,0 %	29	13	44,8 %	2	6,8 %		
Nationalité	française	4 408	1 564	35,5 %	181	4,1 %	3 906	1 396	35,7 %	124	3,1 %		
	étrangère	1 613	807	50,0 %	121	7,5 %	1 773	1 034	58,3 %	169	9,5 %		
	inconnue	811	151	18,6 %	16	2,0 %	1 035	346	33,4 %	34	3,2 %		
Ensemble des cas		6 756	2 522	37,3 %	318	4,7 %	6 714	2 620	39,0 %	327	4,8 %		

* pourcentage de sérologies positives calculé sur l'ensemble des cas

Vaccination par le BCG chez les enfants de moins de 15 ans

Parmi les 301 enfants de moins de 15 ans atteints de tuberculose dont le statut vaccinal était connu (60 %), 68,5 % étaient vaccinés par le BCG. Cette proportion est compatible avec une très bonne efficacité de la vaccination, de par la couverture vaccinale élevée des enfants en France. De plus, ni la technique vaccinale, ni les résultats des contrôles post-vaccinaux ne sont connus.

Délai de déclaration

Les cas ont été déclarés en moyenne 29 jours (0-575 jours) après la mise en route du traitement avec une médiane à 9,5 jours.

Origine des déclarations et intervention des services de lutte antituberculeuse (LAT)

La majorité des déclarations a été faite par un médecin hospitalier (66 %). Les médecins conseils ont déclaré 16 % des cas. L'intervention des services de LAT a été demandée dans 32,6 % de l'ensemble des cas et dans 43,4 % des cas pulmonaires bacillifères.

DISCUSSION

Depuis 1997, l'incidence moyenne de la tuberculose calculée à partir de la DO semble faible mais stagne depuis 4 ans et les réalités régionales sont très contrastées. La situation épidémiologique de la tuberculose est principalement inquiétante en Ile-de-France où l'incidence est plus du double de l'incidence moyenne nationale. Chez les personnes provenant de pays d'endémie tuberculeuse, on constate une variation moyenne annuelle de l'incidence entre 1997 et 2000 de +6 % alors que ce taux est de -5 % chez les nationaux. A Paris l'incidence atteint 50 cas pour 100 000 habitants soit 4,5 fois l'incidence nationale. Ce chiffre est semblable à celui retrouvé dans la ville de New York en 1991 qui a été attribué à une dégradation des conditions socio-économiques dans certaines populations, à l'épidémie de Sida mais également à une politique de lutte antituberculeuse désorganisée [1]. La prise de conscience de ce problème avait motivé un renforcement important du programme de lutte antituberculeuse et a permis de diminuer de 60 % le nombre de cas entre 1992 et 1998 dans la ville de New York [2].

Cependant, la stabilité de l'incidence depuis 1997 au niveau national et l'augmentation au niveau de la ville de Paris pourrait également s'expliquer par une meilleure exhaustivité de la déclaration.

En Guyane, le nombre de cas déclarés a plus que triplé entre 1999 et 2000 à la suite d'une relance active du système de surveillance de la tuberculose.

Les données épidémiologiques devraient permettre de mieux cerner les caractéristiques actuelles de la tuberculose en France et de repérer les populations les plus exposés au risque tuberculeux. Cependant, bien que cette maladie soit à déclaration obligatoire, seuls 65 % des cas sont déclarés. L'incidence réelle serait donc plus proche de 17 cas pour 100 000 habitants que de 11 cas pour 100 000.

De plus, les données manquantes sont importantes. Le pays de naissance n'est pas mentionné dans 20 % des cas, la résidence en collectivité dans 19 % des cas et le résultat de la culture dans 62 % des cas. Une culture positive définit un cas de tuberculose confirmé au niveau européen. Le résultat de la culture très mal renseigné dans la DO est une faiblesse certaine du système de surveillance dans le contexte européen et le recueil de cette information devra être amélioré.

Comme dans les autres pays européens, les migrants venus de pays où la tuberculose est plus fréquente constituent les populations les plus à risque de tuberculose maladie : les étrangers ont un risque multiplié par six par rapport aux nationaux. Les enfants et les adultes jeunes d'origine étrangère sont plus touchés que les Français ainsi que les personnes en provenance d'Afrique sub-saharienne. De nombreux pays ont documenté que l'immigration en provenance de pays à forte endémie est en partie responsable de la décroissance lente de l'incidence dans ces pays développés. Mais les situations de précarité économique et sociale sont également en cause et ces différents facteurs sont probablement associés [3-5].

A partir des données de la DO, il n'est pas observé d'augmentation du nombre de cas de tuberculose chez des personnes en provenance des pays de l'Est de l'Europe. Cependant, au vu des taux élevés d'incidence et de résistance relevés dans ces pays par le réseau EuroTB, une vigilance toute particulière est de rigueur [6].

Le décret n° 99-362 du 6 mai 1999 fixant les modalités de transmission des données des maladies à déclaration obligatoire précise que tout cas de maladie doit être notifié par le médecin ou le biologiste qui a constaté l'existence du cas de maladie. Une déclaration par le biologiste des cas de tuberculose bactériologiquement confirmés devrait permettre en particulier d'améliorer le recueil de l'information bactériologique. Mais, afin d'éviter que les cas de tuberculose ne soient pas du tout notifiés par un établissement, il serait préférable que les cas soient signalés par le couple clinicien-biologiste à travers une organisation spécifique dans chaque hôpital. Un investissement au niveau des DDASS pour valider et compléter les DO est également nécessaire afin d'améliorer la qualité des données recueillies.

Par ailleurs, il est précisé que tout cas de tuberculose doit être signalé sans délai aux autorités sanitaires dans un but d'intervention. Cependant l'intervention des services de lutte anti-tuberculeuse n'est demandée que pour moins de la moitié des cas de tuberculose bacillifères déclarés et les délais de déclaration sont parfois importants. Le refus de lever l'anonymat et l'absence d'obligation à se faire soigner montrent la difficulté de concilier la protection individuelle et celle de la collectivité. Une concertation forte entre les DDASS, en charge de la surveillance, les Conseils généraux, responsables de la lutte antituberculeuse, et les cliniciens qui prennent en charge le malade est indispensable.

CONCLUSION

L'incidence de la tuberculose maladie stagne en France depuis 4 ans et aurait même tendance à augmenter en région parisienne du fait de la forte prévalence de l'infection dans la population née à l'étranger, notamment dans un pays d'Afrique sub-saharienne. Face à ce constat préoccupant, il est nécessaire de renforcer la lutte anti-tuberculeuse par l'amélioration de la recherche de cas, de l'observance du traitement, du dépistage et du traitement des infections latentes. Notre système de soins et de santé publique doit s'adapter aux besoins de la population actuellement atteinte de tuberculose que l'épidémiologie de la maladie permet de bien caractériser.

RÉFÉRENCES

- [1] Frieden TR, Fujiwara PI, Washko RM et al. Tuberculosis in New York city: turning the tide. *N Engl J Med* 1995 ;333 :229-33.
- [2] CDC. Progress toward the elimination of tuberculosis - United States 1998. *MMWR* 1999 ;48 :732-6.
- [3] Tocque K, Doherty MJ, Bellis MA et al. Tuberculosis notifications in England : the relative effects of deprivation and immigration. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998 ;2 :213-8.
- [4] Mangtani P, Jolley DJ, Watson JM et al. Socioeconomic deprivation and notification rates for tuberculosis in London during 1982-91. *BMJ* 1995 ;310 :963-6.
- [5] Mitnick C, Furin J, Henry C et al. Tuberculosis among the foreign born in Massachusetts 1982-1994 : a reflection of social and economic disadvantage. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998 ;2 :S32-S40.
- [6] EuroTB (InVS/KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 1998. InVS, February 200, 105 pages