

ÉTUDE

LES CAS DE TUBERCULOSE DÉCLARÉS EN FRANCE EN 1998 ET 1999

B. Decludt, C. Campese, Institut de Veille Sanitaire

INTRODUCTION

La tuberculose reste toujours d'actualité avec, d'après les estimations de l'OMS, près de 8 millions de personnes atteintes de tuberculose chaque année et 2 millions de décès (1). Plus de 95 % des personnes atteintes vivent dans les pays en développement. Dans les pays industrialisés, un arrêt de la régression régulière de l'incidence de la maladie au début des années 90 a été observé, reflet des difficultés dans l'organisation de la lutte antituberculeuse et amplifié par l'épidémie d'infection à VIH (2). En France, le taux d'incidence de la tuberculose a de nouveau diminué à partir de 1995 mais le nombre de cas déclarés reste le plus élevé parmi l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire. Le mouvement social des médecins inspecteurs en 1999 et 2000 ayant entraîné un retard important dans l'analyse des maladies à déclaration obligatoire, les données pour les années 1998 et 1999 sont présentées ici.

MODALITÉS DE LA SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE

En France, la tuberculose figure parmi les maladies 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 antituberculeuse. Les fiches de déclaration doivent être saisies, après validation par le médecin inspecteur de santé publique de la DDASS, avec le logiciel BK3 qui permet la recherche de doublons et l'analyse des caractéristiques épidémiologiques des cas au niveau départemental. Un fichier annuel anonymisé est transmis à l'InVS.

Définition de cas

Le critère de déclaration est basé sur la présence d'une tuberculose-maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement antituberculeux (au moins 3 antituberculeux). La tuberculose-infection (« primo-infection sans localisation patente » ou « simple virage des tests tuberculiques ») 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 et de celles du CNR pour la surveillance des infections à mycobactéries et de leur résistance aux antituberculeux. Le réseau du CNRST couvre plus de 80 % des lits du secteur public hospitalier (3) et sa couverture est probablement en augmentation constante du fait de la concentration récente des activités spécialisées de laboratoire. La proportion de cas de tuberculose ayant une culture positive peut être estimée à 70 % d'après les données de la littérature : en 1997, cette proportion était de 71 % en médiane parmi les 12 pays européens dont le critère de confirmation bactériologique de la tuberculose était la culture (4). 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 1997, 6 832 DO ont été reçues pour 5 886 cultures positives au CNR soit une estimation de 10 510 cas de tuberculose. Par cette méthode, l'exhaustivité de la DO serait comprise entre 65 % et 70 %.

RÉSULTATS

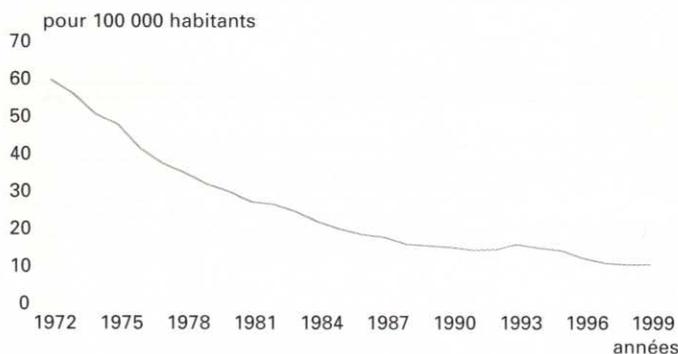
Evolution de l'incidence

En 1998, 6 651 cas de tuberculose ont été déclarés (France métropolitaine : 6 475 cas, départements d'Outre-Mer : 176 cas). En 1999, 6 674 cas de tuberculose ont été déclarés (France métropolitaine : 6 508 cas, départements d'Outre-Mer : 166 cas).

En 1998 et 1999, le taux d'incidence des cas déclarés en France métropolitaine était de 11,1 cas pour 100 000 habitants (fig. 1). Depuis 1997, ce taux est stable (11,4 cas/10⁵ en 1997).

Figure 1

Taux d'incidence de la tuberculose déclarée, France métropolitaine, 1972-1999.



En France métropolitaine, l'Île de France a un taux d'incidence plus de 2 fois supérieur à la moyenne nationale (26,4/10⁵ en 1999). Toutes les autres régions, sauf l'Alsace (11,6/10⁵ en 1999) et la Bretagne (10,8/10⁵ en 1999), ont des taux d'incidence inférieurs à 10/10⁵ (tab. 1).

Dans les départements d'Outre-Mer, la Réunion présente le taux d'incidence le plus élevé (16,8/10⁵ en 1999). En Guyane, seulement 6 cas ont été déclarés en 1998 et 19 en 1999.

Les taux dans les départements de la région Île de France, restent très élevés, hormis dans les Yvelines et la Seine et Marne (tab. 2). En 1999, 984 personnes ont déclaré une tuberculose à Paris (46,3/10⁵) et 550 (39,1/10⁵) en Seine Saint-Denis.

Répartition par sexe et âge

Le taux d'incidence augmente avec l'âge pour atteindre 28,3 cas pour 100 000 personnes de 75 ans et plus (tab. 3). L'âge médian était de 46 ans et 60 % des cas étaient de sexe masculin.

Tableau 1

Taux d'incidence de la tuberculose déclarée par région, 1996-1999					
	Incidence pour 100 000 habitants				
	1996	1997	1998	1999	Variation 96-99
Alsace	13,3	11,4	10,9	11,6	-5%
Aquitaine	7,1	8,4	6,7	7,7	0%
Auvergne	16,7	5,3	6,5	7,7	-21%
Basse Normandie	6,6	6,5	7,3	6,2	-1%
Bourgogne	8,6	7,5	7,3	7,3	-5%
Bretagne	13,0	12,6	9,8	10,8	-8%
Centre	8,7	8,7	7,3	8,9	-1%
Champagne-Ardenne	9,3	6,8	8,4	8,4	-1%
Corse	6,5	9,6	8,8	5,4	-7%
Franche-Comté	7,3	6,5	4,5	6,2	-9%
Haute Normandie	10,2	7,0	7,0	9,8	-1%
Ile de France	30,6	26,7	27,5	26,4	-4%
Languedoc-Roussillon	6,6	6,7	6,1	5,8	-5%
Limousin	8,4	7,0	7,1	7,7	-2%
Lorraine	7,1	7,1	6,5	8,2	4%
Midi-Pyrénées	6,4	4,9	6,5	5,3	-3%
Nord-Pas de Calais	7,2	6,7	5,8	6,1	-6%
Provence Alpes Côte d'Azur	11,1	10,8	9,7	9,7	-5%
Pays de Loire	7,3	8,0	7,7	5,9	-7%
Picardie	7,8	6,9	6,2	6,7	-6%
Poitou-Charentes	6,4	5,4	5,5	4,4	-11%
Rhône-Alpes	7,0	7,6	6,7	7,2	0%
Total France métropolitaine	12,8	11,5	11,1	11,2	-4%
Guadeloupe	9,3	5,1	9,1	7,0	-3%
Martinique	4,7	5,6	5,9	4,1	-4%
Guyane	36,6	14,7	3,7	11,6	-48%
Réunion	21,5	13,5	18,0	16,8	-4%
Total DOM	15,3	9,4	11,1	10,5	-10%

Tableau 2

Incidence de la tuberculose déclarée dans les départements d'Ile-de-France, 1993-1999								
	Incidence pour 100 000 habitants							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Var 96-99
Ville de Paris	60,6	53,1	57,9	53,2	48,7	50,1	46,3	-4 %
Seine-Saint-Denis	55,3	58,9	52,4	43,5	37,4	37,7	39,1	-5 %
Val-de-Marne	32,3	33,0	26,9	31,4	25,8	27,0	27,2	1 %
Hauts-de-Seine	36,9	38,7	43,1	33,8	25,7	23,9	21,9	-1 %
Val d'Oise	43,2	45,8	30,8	17,5	20,7	15,5	21,4	-14 %
Essonne	19,8	20,0	20,3	17,4	14,5	21,1	15,1	-3 %
Seine-et-Marne	12,8	19,3	16,9	17,0	10,0	12,0	13,4	-4 %
Yvelines	18,0	20,5	14,3	11,8	12,8	15,1	11,5	3 %

Tableau 3

Taux d'incidence de la tuberculose par classe d'âge. France métropolitaine, 1998-1999.				
	1998		1999	
	N *	Incidence /10 ⁵	N **	Incidence /10 ⁵
0-4	159	4,5	140	3,9
5-14	168	2,2	160	2,1
15-24	589	7,4	626	7,9
25-39	1 612	12,4	1 575	12,1
40-59	1 806	12,5	1 845	12,8
60-74	1 088	13,6	1 056	13,2
>= 75 ans	1 025	26,6	1 089	28,3
Total	6 447	11,0	6 491	11,1

* inconnu = 28, ** inconnu = 17

Répartition par nationalité

En France métropolitaine, le taux d'incidence était de 7,3 cas pour 100 000 personnes de nationalité française en 1999 (7,4/10⁵ en 1998) et de 45,8 cas pour 100 000 personnes de nationalité étrangère (44,2/10⁵ en 1998) (tab. 4). Les personnes de nationalité étrangère de 25 à 39 ans et de plus de 60 ans étaient les plus touchées avec un taux d'incidence de 62 cas pour 100 000 (fig. 3). Chez les enfants, le taux d'incidence chez les enfants de nationalité étrangère est 7 fois supérieur à celui observé chez les enfants de nationalité française (9,6/10⁵ versus 1,4/10⁵).

Tableau 4

Taux d'incidence de la tuberculose selon l'âge* et la nationalité*. France métropolitaine. 1998-1999

Age	Nationalité française				Nationalité étrangère			
	1998		1999		1998		1999	
	n	Incidence/10 ⁵	n	Incidence/10 ⁵	n	Incidence/10 ⁵	n	Incidence/10 ⁵
0-14 ans	165	1,6	140	1,4	75	9,9	73	9,6
15-24 ans	307	3,8	304	3,8	191	37,3	205	40,0
25-39 ans	767	6,4	716	6,0	596	62,1	595	62,0
40-59 ans	1 057	8,6	1 046	8,5	475	49,6	520	54,3
>= 60 ans	1 641	15,1	1 685	15,5	252	61,7	253	61,9
Total	3 937	7,4	3 891	7,3	1 589	44,2	1 646	45,8

*âge et nationalité connus

Le pays de naissance était connu pour 76 % des cas en 1999 (1998 : 75 %), 62 % étaient nés en France (1998 : 65 %), 14 % en Afrique du Nord (1998 : 12 %), 11 % en Afrique sub-saharienne (1998 : 10 %). Par département, les taux d'incidence les plus élevés chez les personnes de nationalité étrangère sont observés en Ile de France (77/10⁵) avec un taux de 119/10⁵ à Paris, 103/10⁵ en Seine Saint-Denis, 73/10⁵ dans le Val de Marne et 75/10⁵ dans le Val d'Oise. Dans les autres départements d'Ile de France et du reste de la France, le taux varie entre 9 et 58 cas pour 100 000 selon les départements. Entre 1996 et 1999, le taux de décroissance annuelle a été de 5 % chez les personnes de nationalité française et de 2 % chez celles de nationalité étrangère.

Taux de mortalité

Les dernières statistiques de décès disponibles auprès du SC8 de l'Inserm concernent l'année 1997. Au total, 692 décès, avec la tuberculose pour cause principale du décès, ont été notifiés soit 12 décès par million d'habitants. La proportion de cas de tuberculose décédés parmi l'ensemble des cas déclarés était de 10 %. Le taux de mortalité était de 66 par million d'habitants en 1972 avec également 10 % des cas décédés.

Formes cliniques

Les formes pulmonaires isolées ou associées sont prédominantes (78 % et 74 % en 1998 et 1999) (tab. 5). En 1998 et 1999, respectivement 97 et 105 méningites tuberculeuses (1,5 % des cas), ont été déclarées dont 5 chez des enfants de moins de 5 ans (2 cas en 1998 et 3 en 1999). Un seul de ces 5 enfants était vacciné par le BCG sans information sur les contrôles tuberculocliniques post-vaccinaux.

Tableau 5

localisation de la tuberculose*. France entière. 1998-99

	1998		1999	
	n	%	n	%
extra-pulmonaire	1 646	25 %	1 760	27 %
pulmonaire isolée	4 236	64 %	4 091	62 %
pulmonaire et extra-pulmonaire	689	11 %	989	11 %
Total	6 571	100 %	6 840	100 %

* localisation connue

Bactériologie

Le résultat de l'examen microscopique dans les localisations pulmonaires, marqueur de la contagiosité de la maladie manquait dans 14 % des cas en 1998 et 13 % en 1999. Le résultat de l'examen microscopique était positif pour 63 % des cas renseignés. Parmi l'ensemble des cas, le résultat de la culture, disponible pour 34 % des cas en 1998 et 1999, était positif pour 73 % d'entre eux.

Tuberculose et infection par le VIH

En 1999, le statut sérologique est connu respectivement pour 38 % des cas déclarés (37 % en France métropolitaine, 52 % dans les DOM). La proportion de sujets infectés par le VIH parmi l'ensemble des cas de tuberculose est de 4 % (3,9 % en métropole, 13 % dans les DOM) (tabl.6). Elle était de 10 % en 1995. Parmi les cas renseignés, la proportion de sujets infectés par le VIH est de 10 % en 1999 (23 % en 1995). La fréquence de la coinfection par le VIH qui était de 31 % des cas de méningite tuberculeuse déclarés en 1995 était de 9 % en 1999.

Tableau 6

Statut sérologique VIH chez les cas de tuberculose déclarés. France entière. 1998-1999

		1998				1999							
		Effectif		sérologie connue		sérologie positive*		Effectif		sérologie connue		sérologie positive*	
		N	n	%	n	%	N	n	%	n	%	n	%
Age	0-14 ans	333	57	17,1 %	3	0,9 %	311	56	18,0 %	4	1,3 %		
	15-24 ans	603	288	47,8 %	14	2,3 %	641	298	46,5 %	12	1,9 %		
	25-39 ans	1 660	834	50,2 %	158	9,5 %	1 618	859	53,1 %	147	9,1 %		
	40-59 ans	1 858	755	40,6 %	93	5,0 %	1 895	790	41,7 %	89	4,7 %		
	>=60 ans	2 169	454	20,9 %	12	0,6 %	2 192	507	23,1 %	11	0,5 %		
Sexe	inconnu	28	8	28,6 %	2	7,1 %	17	3	17,7 %	1	5,9 %		
	masculin	3 962	1 602	40,4 %	211	5,3 %	3 947	1 639	41,5 %	197	5,0 %		
	féminin	2 658	784	29,5 %	71	2,7 %	2 689	866	32,2 %	66	2,5 %		
Nationalité	inconnu	31	10	32,3 %	0	0,0 %	38	8	21,1 %	1	2,6 %		
	française	4 103	1 421	34,6 %	143	3,5 %	4 041	1 442	35,7 %	119	2,9 %		
	étrangère	1 607	804	50,0 %	122	7,6 %	1 669	897	53,7 %	131	7,8 %		
	inconnue	941	171	18,2 %	17	1,8 %	964	174	18,0 %	14	1,5 %		
Ensemble des cas		6 651	2 396	36,0 %	282	4,2 %	6 674	2 513	37,7 %	264	4,0 %		

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

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

Parmi les 402 enfants de moins de 15 ans atteints de tuberculose en 1998 et 1999 dont le statut vaccinal est connu (58 %), 64 % étaient vaccinés par le BCG. Parmi les 5 cas de méningite tuberculeuse chez des enfants de moins de 5 ans en 1998 et 1999, un seul enfant était vacciné.

Origine des déclarations et intervention des services de lutte antituberculeuse

La majorité des déclarations ont été faite par un médecin hospitalier (66 %). Les médecins conseils ont déclarés 15 % des cas. L'intervention des services départementaux de lutte anti-tuberculeuse a été demandée dans 31 % des cas.

CONCLUSION

Après l'arrêt du déclin historique de l'incidence de la tuberculose au début des années 90 puis le retour au taux de décroissance annuelle de 7 %, le taux d'incidence des cas de tuberculose déclara-

és en France est resté stable (11,4 à 11,1/10⁵) entre 1997 et 1999 avec une décroissance annuelle de seulement 4 % entre 1996 et 1999. Les informations fournies par la DO ne reflètent qu'une partie de la réalité de la tuberculose et on peut estimer, avec une exhaustivité de la DO à 65 %, qu'environ 11 000 nouveaux cas de tuberculose surviennent chaque année en France. Mais, par exemple, en Guyane la sous-déclaration semble beaucoup plus importante au vu du très faible nombre de cas déclarés. La confirmation bactériologique des cas, basée sur le résultat de la culture, n'est disponible que pour un tiers des cas. Il est nécessaire d'améliorer le recueil de cette information essentielle au niveau des DDASS en rappelant le médecin déclarant et en prenant en compte le délai d'obtention de la culture.

Comme l'analyse de la DO l'avait fait apparaître les années précédentes, les personnes âgées de plus de 75 ans, les adultes jeunes de sexe masculin et les personnes de nationalité étrangère sont les plus exposés à la tuberculose. L'incidence de la tuberculose est très hétérogène selon les caractéristiques socio-démographiques des populations, tout particulièrement en Ile de France où le taux d'incidence est toujours plus du double de la moyenne nationale. La connaissance par les autorités sanitaires des résultats de traitement permettrait de disposer d'un indicateur de la qualité du programme de contrôle de la maladie conformément aux recommandations européennes (5) et d'adapter la prise en charge des malades tuberculeux.

Les taux d'incidence très élevés de la tuberculose observés chez les personnes de nationalité étrangère dans certains départements d'Ile de France sont préoccupants. Aux Etats-Unis et au Royaume Uni, le même type de situation est observé (6,7). Seules des programmes ciblés sur ces populations associant dépistage, prise en charge médicale et sociale adéquate et suivi des malades permettront de réduire l'incidence de la tuberculose. Les populations en grande précarité pour lesquelles les taux d'incidence de la tuberculose ne peuvent être calculés à partir de la DO doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière.

Sur la base de ce constat, seule une stratégie active basée sur l'épidémiologie locale de la maladie, prenant en compte les spécificités socio-démographiques, associée à des moyens ciblés permettra dorénavant de faire diminuer la morbidité tuberculeuse en France.

RÉFÉRENCES

1. Dye C, Scheele S, Dolin P et al. Global burden of tuberculosis, estimated incidence, prevalence, and mortality by country. JAMA 1999 ; 282 : 677-86.
2. Brudney K, Dobkin J. Resurgent tuberculosis in New York City. Human immunodeficiency virus, homelessness, and the decline of tuberculosis control programs. Am Rev Respir Dis. 1991 Oct ; 144 (4) : 745-9.
3. Schwoebel V, Hubert B, Grosset J. Tuberculous meningitis in France in 1990 : characteristics and impact of BCG vaccination. Tubercle Lung Dis. 1994 ; (75) pp. 44-48
4. EuroTB (CESES/KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 1997. Saint-Maurice : CESES, 1999
5. Veen J, Raviglione M, Rieder HL, et al. Standardized tuberculosis treatment outcome monitoring 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 (IUATLD) for uniform reporting by cohort analysis of treatment outcome in tuberculosis patients. Eur Respir 1998 ; 12 : 505-10.
6. CDC. Progress toward the elimination of tuberculosis - United States, 1998. MMWR 1999 ; 48 : 732-6.
7. Tocque K, Doherty MJ, Bellis MA, Spence DP, Williams CS, Davies PD. Tuberculosis notifications in England: the relative effects of deprivation and immigration. Int J Tuberc Lung Dis. 1998 Mar ; 2(3) : 213-8.