BVS

Cire Nouvelle-Aquitaine

Santé publique France

Bulletin de veille sanitaire — N° 10 / Mars 2017

Bilan 2015 : Tuberculose

Page 1 | Faits marquants 2015 |
Page 2 | Bilan régional de la surveillance épidémiologique de la tuberculose en 2015 |
Page 7 | Investigation de cas groupés de tuberculose à Anglet (64), CLAT 64 Pays-Basque

| Faits marquants |

La France est un pays de faible endémie pour la tuberculose et les données 2015 montrent une poursuite de la baisse du nombre de cas de tuberculose déclarés (taux de 7,1 cas pour 100 000 habitants en 2015). En 2015, les taux de déclaration de la maladie les plus élevés étaient observés à Mayotte, en Guyane et en Ile-de-France, ainsi que dans certaines populations spécifiques: les personnes sans domicile fixe, les personnes incarcérées et les personnes nées à l'étranger (BEH n°7 du 21 mars 2017).

En Nouvelle-Aquitaine, le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés en 2015 était de 286 dont 264 étaient domiciliés dans la région, soit un taux de déclaration de 4,5 cas domiciliés en région pour 100 000 habitants, un des plus faibles en France. Les enfants de moins de 5 ans représentaient 5,2% des cas déclarés, soit un taux de déclaration de 5 / 100 000. Le taux de déclaration des cas TB maladie était deux fois supérieur chez les hommes (6,5 / 100 000) que chez les femmes (3,2 cas / 100 000). Cinq départements avaient un taux de déclaration supérieur à 5/100 000: Pyrénées-Atlantiques, Gironde, Creuse, Vienne, Lot-et-Garonne. Quarante-trois pourcent des cas déclarés en 2015 sont nés à l'étranger, 14% des cas déclarés vivent en collectivité et 5% des cas étaient sans domicile fixe. Certaines populations spécifiques continuent d'être particulièrement touchées par la tuberculose.

La surveillance épidémiologique de la tuberculose est basée sur la déclaration obligatoire des cas qui permet de mettre en œuvre les investigations autour des cas de tuberculose maladie afin d'adopter les mesures de prévention et traiter les éventuels cas identifiés. Ces actions relèvent des missions des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT). La surveillance épidémiologique permet aussi d'analyser les tendances et les caractéristiques des cas afin d'adapter les mesures de contrôle.

Ce Bulletin de veille sanitaire présente le bilan épidémiologique de la tuberculose en Nouvelle-Aquitaine en 2015. En 2ème partie, le CLAT 64 Pays-Basque présente les résultats préliminaires d'une investigation de cas groupés de tuberculose dans un établissement scolaire.

Comment signaler et notifier la tuberculose ?

Les médecins et biologistes qui suspectent ou diagnostiquent une tuberculose doivent la signaler sans délai à **l'ARS (Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire : tel 0809 400 004 Fax : 05 67 76 70 12)** ainsi qu'au CLAT.

La lutte contre la tuberculose dans le monde (Rapport OMS 2016)

L'année 2015 a marqué la date butoir pour les cibles mondiales de la lutte antituberculeuse fixées dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et le passage à de nouveaux objectifs : les objectifs de développement durable (ODD). Une des cibles des ODD consiste à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose. La Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose appelle à réduire de 90 % le nombre de décès par tuberculose et de 80 % le taux d'incidence de la maladie d'ici à 2030, par rapport aux niveaux de 2015.

Les jalons posés pour 2020 de la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose consistent à réduire de 35 % le nombre absolu de décès dus à la tuberculose et de 20% le taux d'incidence de la tuberculose, par rapport aux niveaux de 2015 et à faire en sorte qu'aucune famille ne supporte des coûts catastrophiques liés à la tuberculose.

L'évaluation de l'épidémie de tuberculose révèle que celle-ci est plus importante que précédemment estimée, reflétant les nouvelles données de surveillance et d'enquête provenant de l'Inde. Toutefois, le nombre de décès dus à la tuberculose ainsi que le taux d'incidence de la maladie continuent de baisser à l'échelle mondiale et en Inde.

En 2015, on estimait à 10,4 millions le nombre de nouveaux cas (incidents) de tuberculose dans le monde, dont 5,9 millions (56 %) chez les hommes, 3,5 millions (34 %) chez les femmes et 1 million (10 %) chez les enfants. Les personnes vivant avec le VIH représentaient 1,2 million (11 %) sur l'ensemble des nouveaux cas de tuberculose. La proportion de patients atteints de tuberculose vivant avec le VIH était la plus élevée dans la Région africaine de l'OMS (31 %) et dépassait 50 % en Afrique australe.

En 2015, on estime que 480 000 personnes ont développé une tuberculose multi résistante (MR) et 100 000 autres ont développé une tuberculose résistante à la rifampicine et ces dernières étaient également de nouvelles personnes remplissant les conditions pour un traitement de la tuberculose-MR. L'Inde, la Chine et la Fédération de Russie représentaient 45 % du total de 580 000 cas. Selon les estimations, 1,4 million de décès en 2015 étaient dus à la tuberculose et 0,4 million de décès supplémentaires concernaient les cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Bien que le nombre de décès par tuberculose ait baissé de 22 % entre 2000 et 2015, la tuberculose demeure l'une des 10 principales causes de décès dans le monde en 2015.

Définitions de cas

Pour les tuberculoses maladies :

Cas confirmé :

- maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture. Les mycobactéries du complexe tuberculosis comprennent :

  M. tuberculosis ; M. bovis ; M. africanum ; M. microtti ; M.canetti ; M.caprae ; M. pinnipedii.

Cas probable :

- signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, ET décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

Pour les infections tuberculeuses (primo-infection) chez un enfant de moins de 15 ans :

- IDR à 5U positive sans signes cliniques ni paracliniques (induration >15mm si BCG ou > 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans).

Les données présentées concernent les cas de tuberculose maladies déclarées en Nouvelle-Aquitaine. Les fiches de déclaration obligatoire (DO) sont envoyées à l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine qui les transmet à Santé publique France une fois par an sous forme de fichier électronique anonymisé.

Évolution des déclarations

En 2015, 286 cas de TB maladie ont été déclarés en Nouvelle-Aquitaine, soit une augmentation de 10% par rapport à 2014. Parmi les 286 cas déclarés, 264 étaient domiciliés dans la région. Le taux annuel de déclaration des cas de TB maladie domiciliés en région est inférieur à 5,0 cas / 100 000 depuis 2002 (figure 1) et était de 4,5 cas / 100 000 en 2015. L'augmentation du nombre de cas en 2015 est observée dans tous les départements de la région sauf les départements de la Charente, la Haute-Vienne, les Landes et la Vienne (figure 2).

La répartition des cas de TB déclarés par département est semblable depuis 2010 (figure 2), avec une proportion importante de cas déclarée en Gironde : 33% des cas en 2015.

La Gironde est le département avec le nombre de cas TB le plus élevé (93 cas en 2015), suivi des Pyrénées-Atlantiques (43 cas), de la Vienne (25 cas) et de la Charente-Maritime (24 cas) (carte 1).

Les Pyrénées-Atlantiques est le département avec le taux de déclaration des cas TB le plus élevé (6,4 cas / 100 000), suivi de la Gironde (6,0 cas / 100 000), de la Creuse (5,8 cas / 100 000) et de la Vienne (5,7 cas / 100 000) (carte 1).

La Charente et les Deux-Sèvres sont les deux départements les moins touchés par la tuberculose, en termes de nombre absolu de cas TB déclarés et de taux de notification (carte 1).

La Nouvelle Aquitaine figure parmi les régions avec le taux de déclaration de tuberculose maladie le plus faible en France (carte 2).

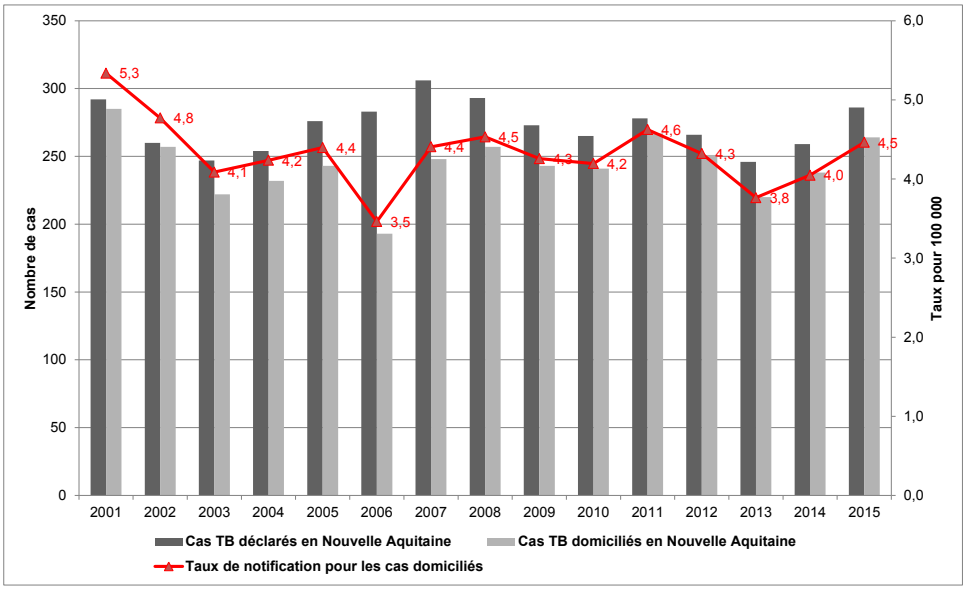


Figure 1. Notification des cas de TB maladie (nombre et taux / 100 000) en Nouvelle Aquitaine, 2001-2015.

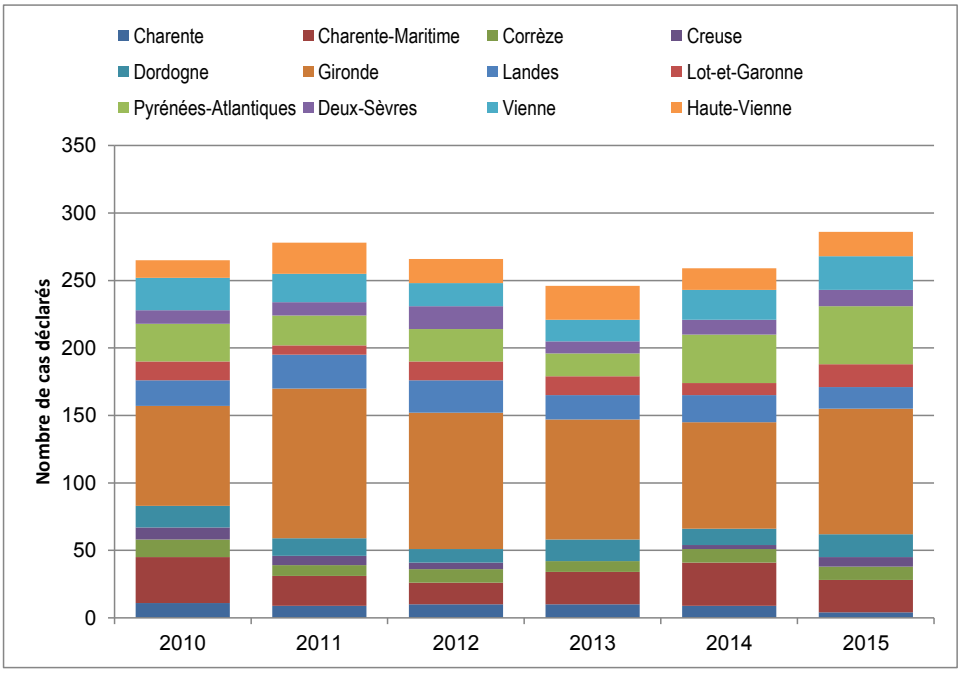
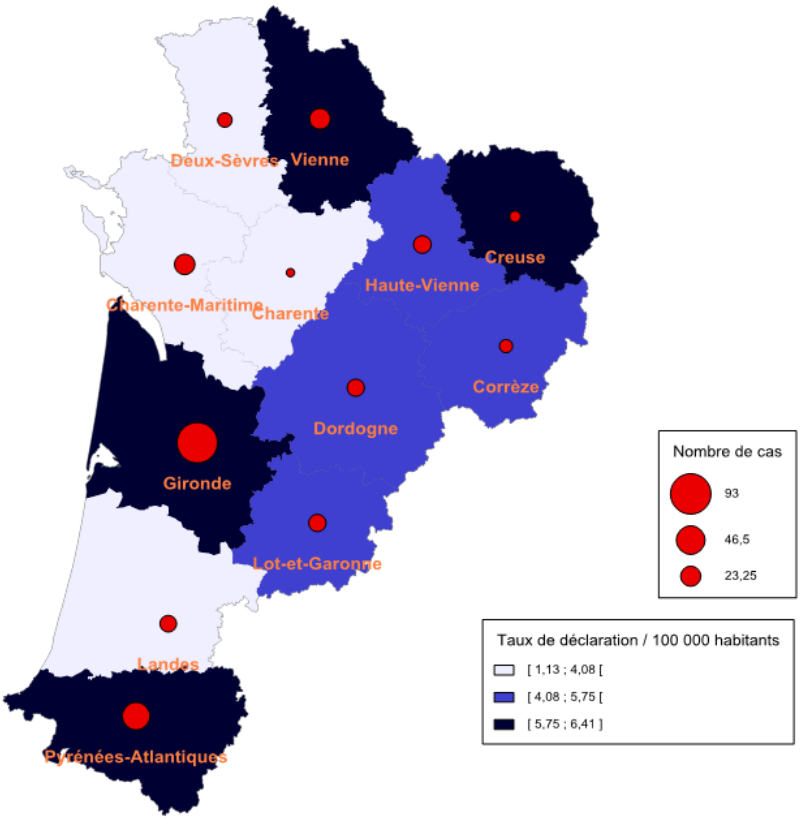


Figure 2. Nombre de cas de TB maladie déclarés par département en Nouvelle-Aquitaine, 2010-2015.

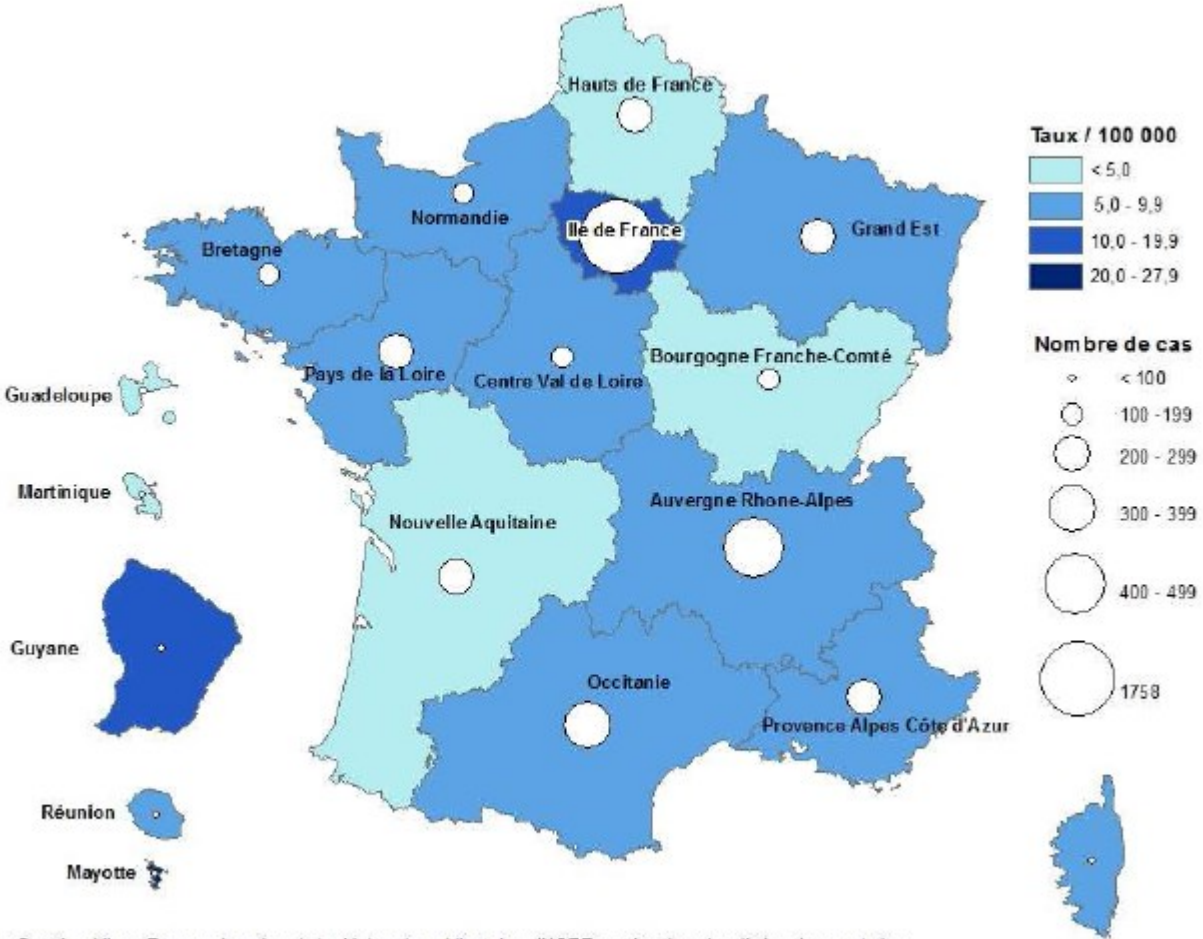
Carte 1. Notification des cas de TB maladie (nombre et taux / 100 000) par département, Nouvelle Aquitaine, 2015.

Localisation	Taux de déclaration / 100 000	Nombre de cas déclarés
Dep16	1,1	4
Dep79	3,2	12
Dep17	3,7	24
Dep40	4,0	16
Dep24	4,1	17
Dep19	4,1	10
Dep87	4,8	18
Dep47	5,1	17
Dep86	5,7	25
Dep23	5,8	7
Dep33	6,0	93
Dep64	6,4	43
Région NA	4,8	286



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

Carte 2. Taux de déclaration de tuberculose maladie par région, France, 2015.



Source Santé publique France : données de la déclaration obligatoire - INSEE : estimations localisées de population
Date de création de la carte : février 2017

Au total, 10% des cas (16 sur les 154 pour lesquels l'information était renseignée) avaient des antécédents de tuberculose traitée par antituberculeux.

Caractéristiques sociodémographiques

En 2015, le ratio homme / femme des cas de TB maladie déclarés en Nouvelle-Aquitaine est de 1,9.

Le taux de déclaration des cas TB maladie est deux fois supérieur chez les hommes (6,5 / 100 000) que chez les femmes (3,2 cas / 100 000) (tableau 1).

La majorité des cas de TB maladie sont des adultes et 36,4% ont entre 25 et 44 ans (tableau 2). Les personnes de 65 ans et plus représentent 21,3% des cas et les enfants de moins de 15 ans 6,9% des cas TB déclarés.

Les tranches d'âge avec le taux de notification le plus élevé (supérieur à 5 cas pour 100 000) sont : les enfants de moins de 5 ans, les jeunes adultes de 20 à 44 ans, les 50 à 54 ans et les 80 ans et plus (figure 3).

La majorité des cas TB déclarés en 2015 est née en France mais la proportion des cas TB nés à l'étranger est importante (43% des cas) (tableau 3).

Parmi les 248 cas TB pour lesquels l'information était renseignée, 34 (13,7%) vivent en collectivité, dont 11 dans un centre d'hébergement collectif, 7 dans un établissement pour personnes âgées et 1 dans un établissement pénitentiaire (tableau 4).

Parmi les 246 cas TB pour lesquels l'information était renseignée, 13 (5%) étaient des personnes sans domicile fixe.

Parmi les 252 cas pour lesquels l'information était renseignée, 19 (8%) cas avaient une profession à caractère sanitaire et social.

Chez les enfants de moins de 15 ans diagnostiqués avec une TB maladie (N=20), 4 avaient des antécédents familiaux de TB.

Tableau 1. Ratio homme/femme et taux de notification par sexe, Nouvelle Aquitaine, 2015

Ratio hommes/femmes	1,9
Taux de déclaration chez les hommes / 100 000	6,5
Taux de déclaration chez les femmes / 100 000	3,2

Tableau 2. Répartition (%) des cas par classes d'âge, Nouvelle Aquitaine, 2015

Classe d'âge	N	%
Moins de 5 ans	15	5,2%
5 à 14 ans	5	1,7%
15 à 24 ans	35	12,2%
25 à 44 ans	104	36,4%
45 à 64 ans	66	23,1%
65 ans et plus	61	21,3%

Tableau 3. Répartition (%) des cas par lieu de naissance, Nouvelle Aquitaine, 2015

Lieu de naissance	%
France *(n=155)*	57%
Etranger *(n=117)*	43%

Tableau 4. Type de résidence (%) des cas TB déclarés vivant en collectivité, Nouvelle Aquitaine, 2015

Type de résidence	N	%
En collectivité	**34**	**13,7% ***
Centre d'hébergement collectif	11	4,4%
Etablissement hébergeant des personnes âgées	7	2,8%
Etablissement pénitentiaire	1	0,4%
Sans information	29	10%
** Parmi les cas information renseignée (248)*		

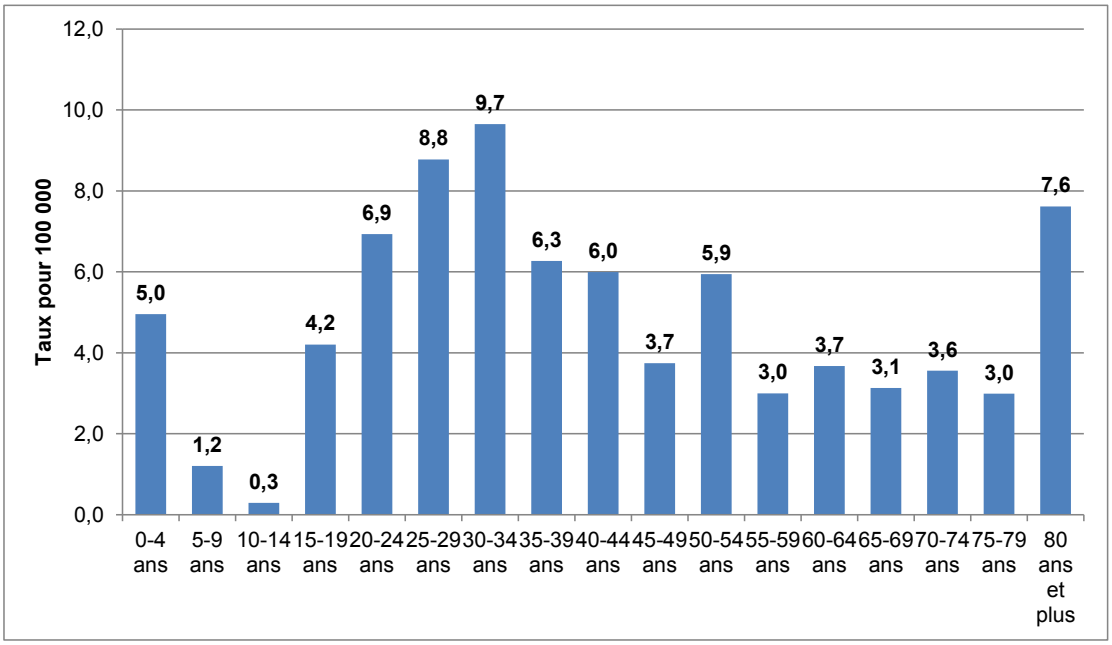


Figure 3. Taux de notification (pour 100 000) des cas TB maladie par classe d'âge, Nouvelle Aquitaine, 2015

Age et lieu de naissance

Les cas âgés de 80 ans sont plus souvent nés en France que les cas de moins de 80 ans (p value <0,001, test de Chi2). La répartition des cas TB déclarés en 2015 par classes d'âge et par lieu de naissance montre cette concentration de cas nés à l'étranger chez les jeunes adultes de 20-39 ans (figure 4). Parmi les cas TB nés en France, 26% ont 70 ans ou plus, alors que cette tranche d'âge ne comporte que 7% des cas TB nés à l'étranger . Chez les enfants de moins de 15 ans : les cas TB dans cette tranche d'âge représentent 14% des cas nés à l'étranger et 10% des cas nés en France.

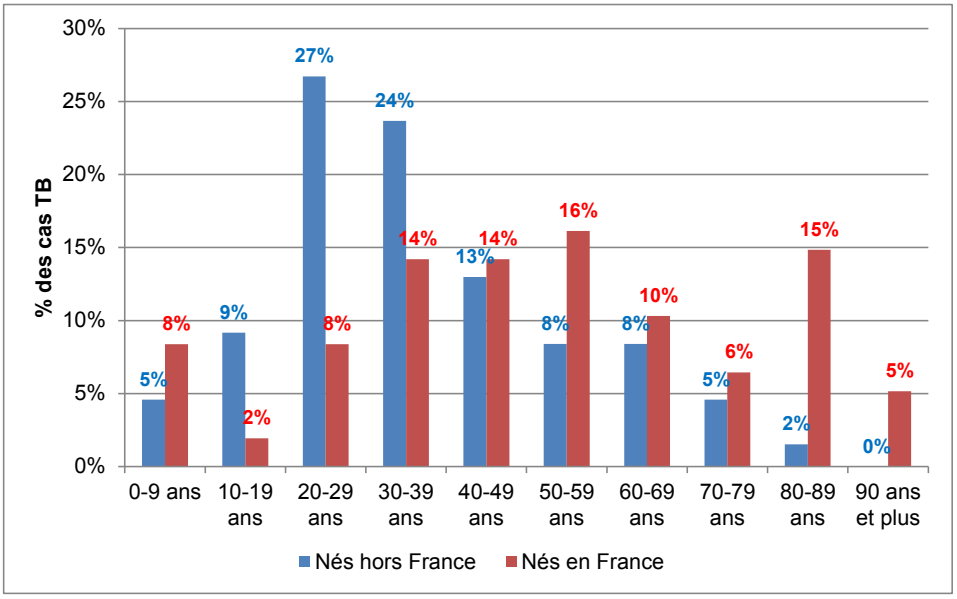


Figure 4. Répartition (%) des cas TB maladie par classe d'âge et par lieu de naissance, Nouvelle Aquitaine, 2015

Caractéristiques cliniques

Parmi les 286 cas de TB maladie déclarés en 2015, 221 (77,3%) avaient une forme pulmonaire et 64 (22,4%) une forme exclusivement extra-pulmonaire) (figure 5). Parmi les 221 formes pulmonaires (avec ou sans localisation extra-pulmonaire), 120 avaient une microscopie positive et 65 une culture positive et microscopie négative. En 2015, 7 formes méningées et 10 formes miliaires ont été diagnostiquées (associées ou non à d'autres localisations).

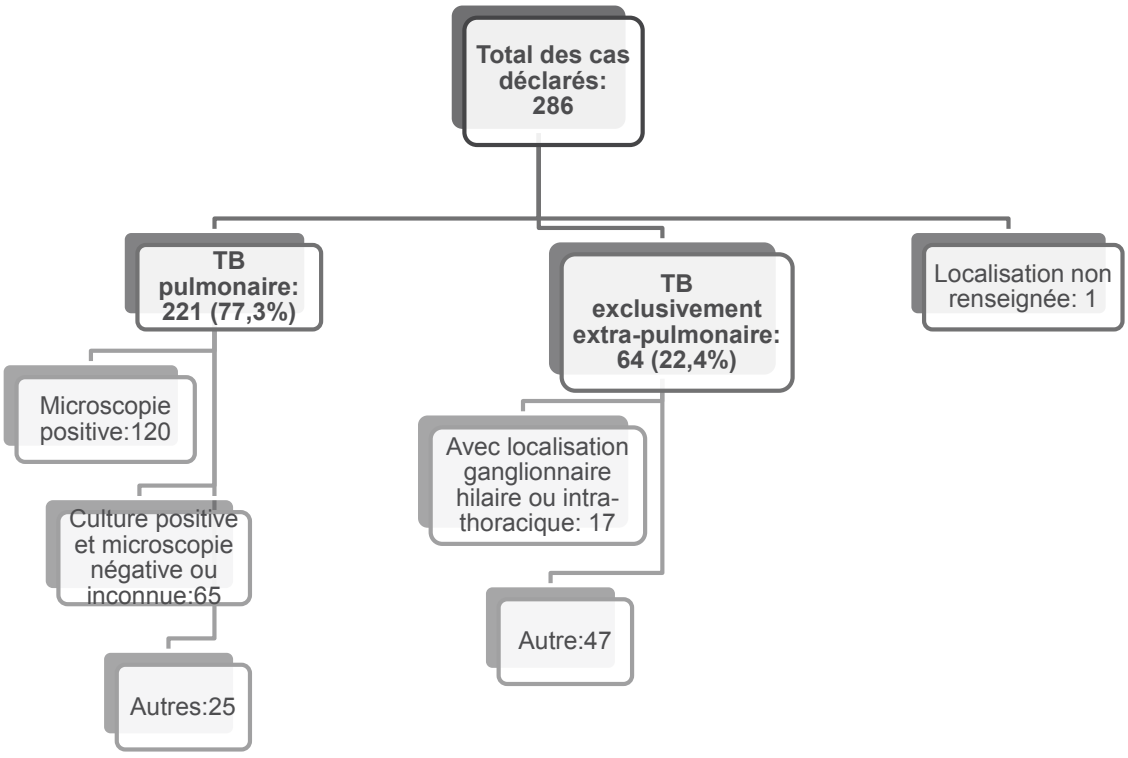


Figure 5. Localisation de la maladie des cas TB déclarés en Nouvelle Aquitaine, 2015.

Contexte du diagnostic

La majorité des déclarations de TB maladie en 2015 a été réalisée par un médecin hospitalier (79% des déclarations). Les autres déclarants sont les CLAT (7%), les pneumologues libéraux (5%) et les biologistes hospitaliers (6%) (figure 6). D'autres types de déclarants contribuent à hauteur de 1% des déclarations. La seule évolution notable dans la distribution des déclarants est la baisse de la proportion des déclarations par les pneumologues en 2014 et 2015 par rapport à 2012 et 2013 (figure 6).

En 2015, 5% des cas TB déclarés ont été diagnostiqués dans le care d'une action de dépistage et 9% dans le cadre d'une enquête autour d'un cas TB. Les cas TB ayant recours au système de soins de façon spontanée représentaient 71% des cas déclarés. Il n'y a pas eu de changement notable dans la distribution des contextes de diagnostic des cas de TB maladie depuis 2011 (figure 7).

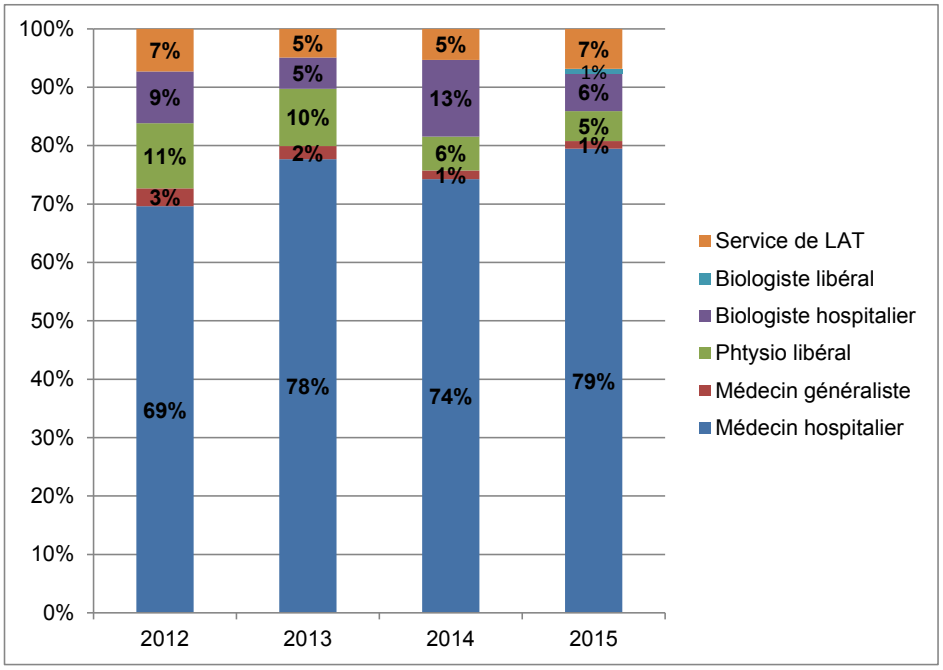


Figure 6. Type de médecin déclarant les cas TB en Nouvelle Aquitaine, 2012-2015

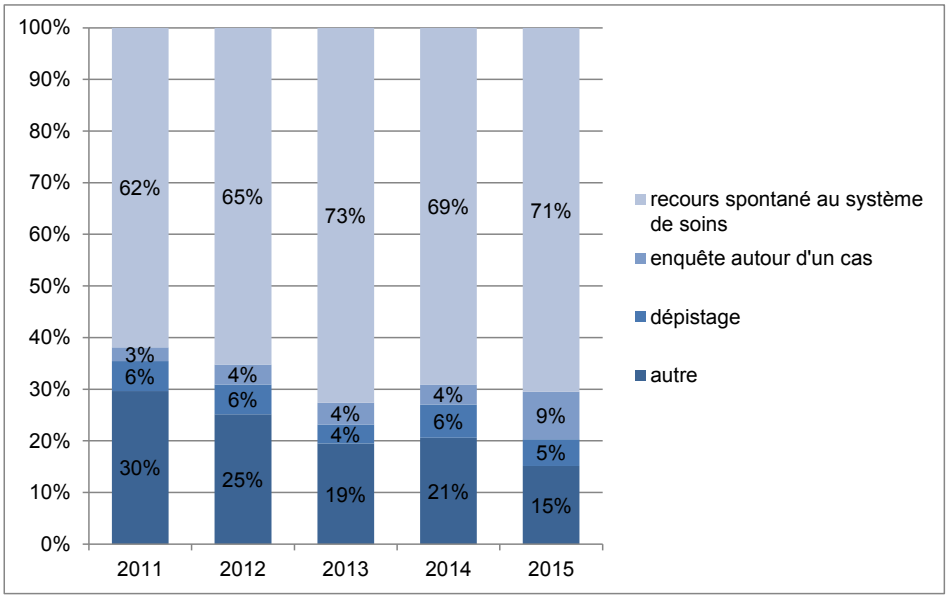


Figure 7. Contexte de diagnostic pour les cas TB en Nouvelle Aquitaine en 2015

Localisation	Nb de cas déclarés par dép. de déclaration	Nb de cas declarés par dep. de domicile	Ecart entre cas déclarés et domiciliés	Taux de déclaration / 100 000	Taux d'incidence / 100 000
Charente	4	4	0	1,1	1,1
Charente-Maritime	24	23	1	3,7	3,6
Corrèze	10	10	0	4,1	4,1
Creuse	7	6	1	5,8	5,0
Dordogne	17	16	1	4,1	3,8
Gironde	93	86	7	6,0	5,6
Landes	16	16	0	4,0	4,0
Lot-et-Garonne	17	13	4	5,1	3,9
Pyrénées-Atlantiques	43	41	2	6,4	6,1
Deux-Sèvres	12	12	0	3,2	3,2
Vienne	25	24	1	5,7	5,5
Haute-Vienne	18	13	5	4,8	3,5
Région NA	286	264	22	4,8	4,5

Dépistage autour de cas groupés de tuberculose à Anglet (64)

Cécilia Nocent[1], Marie-Piere Bellegarde[2] , Marie-Laure Andres[1], Sophie Pueyo[1], Myriam Dasté[1], Béatrice Jacquet[1], Audrey Diribarne[1], Karine Cherbuis[2]
[1] CLAT 64 Pays basque [2] Education nationale

INTRODUCTION

En Mai 2016, le centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) 64 Pays basque enregistrait une déclaration obligatoire (DO) de tuberculose pulmonaire chez un jeune homme de 21 ans, résidant dans les Pyrénées Atlantiques. Il s'agissait d'un jeune homme sous traitement immunosuppresseur, qui présentait une symptomatologie de pneumopathie traînante pour laquelle il avait reçu plusieurs lignes d'antibiotioques. Une tomodensitométrie pulmonaire retrouvait des images pseudo-tumorales disséminées dans les 2 champs pulmonaires. Plusieurs examens cytobactériologiques avec recherche de bacille de Koch étaient négatives. Le diagnostic a été affirmé grâce à une PCR et une culture positive pour Mycobacterium Tuberculosis réalisée sur le lavage bronchiolo-alvéolaire. Une enquête de dépistage était déclenchée immédiatement, auprès de ses proches et du lycée où il était demi-pensionnaire au cours de l'année scolaire 2015-2016.
Au cours des mois d'août et septembre 2016, trois nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés, le premier au CLAT 64 de Pau (Béarn), le second au CLAT 40 (Landes) et le troisième au CLAT 64 Pays basque, situé au centre hospitalier de la côte basque (CHCB). Le travail en réseau des professionnels de ces différents centres de lutte anti-tuberculeuse a permis de mettre en évidence que ces quatre cas étaient tous scolarisés dans le même lycée à Anglet (64). Les dépistages parmi la famille et les proches de tous ces cas ont été menés par le CLAT 64 Pays basque au cours des mois de juillet à octobre 2106. Ce premier cercle comprenait également 163 élèves, professeurs et personnels du lycée des classes ayant été en contact avec ces 4 cas. Au vu des résultats de ce premier dépistage, décision a été prise de dépister le deuxième cercle autour de ces élèves, soit près de 1900 élèves, professeurs et personnels du lycée.

PATIENTS ET METHODES

Sélection des personnes à dépister :
Les recommandations lors de découverte de cas de tuberculose bacillifère soulignent la nécessité de dépister le premier cercle autour des cas, soit les personnes les plus proches, puis, au vu des résultats, les personnes moins proches ou deuxième cercle. Dans le cas de tuberculoses groupées au sein d'une communauté d'adolescents, il convient d'être très prudent puisque leur âge leur confère une certaine fragilité et une augmentation du risque de progression vers la maladie tuberculeuse, comme les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées, les personnes immunodéprimées.
Nous avons donc dépisté d'abord le premier cercle, soit les classes des élèves atteints de tuberculose, ainsi que les classes ayant des cours communs, les enseignants et les personnels ayant pu être en contact avec eux. Des taux d'infection tuberculeuse latente très élevés et la découverte de deux tuberculoses maladie nous ont décidé à élargir le dépistage au deuxième cercle, soit les 1900 personnes du lycée, qu'ils soient élèves, enseignant ou personnel du lycée, ainsi que 645 anciens élèves.

Prise de décisions et communications au public :
Des réunions régulières entre les acteurs de terrain (le CLAT, la direction du CHCB, les personnels de l'éducation nationale, la direction du lycée) et les instances de santé publique (l'ARS, la DGS) ont pu être organisées en audioconférence afin de prendre des décisions collégiales et d'organiser ces dépistages de grande envergure. Les décisions ont été prises en s'appuyant sur les résultats des premiers dépistages analysés par le CLAT. La communication de la présence de tuberculoses au lycée et de l'organisation du dépistage aux parents d'élèves, élèves, enseignants et personnels a été organisée par le CLAT en début de dépistage, par deux premières réunions d'information publiques (professeurs, personnels, élèves, parents d'élève). Puis lors de l'élargissement du dépistage, la communication a été orchestrée par l'ARS, via plusieurs modes différents. Le site d'information du lycée qui sert de porte-voix à la direction de l'établissement a servi pour informer les parents et élèves de l'organisation du dépistage, la presse locale a été support de quelques articles, deux réunions publiques ont été organisées.
La coordination des actions de terrain a été confiée au CLAT 64 Pays basque, qui a géré les personnels médicaux, paramédicaux et secrétaires détachés sur place pour le dépistage, coordonné le circuit les élèves pendant le dépistage au lycée, géré les relations avec les manipulateurs de radiologie médicale et radiologues qui ont assuré les clichés et leur lecture, géré les relations avec le laboratoire de biologie qui dose l'interféron, organisé le recueil des données médicales (fabrication et distribution de dossiers médicaux à remplir par les élèves avec leurs parents avant la consultation), analysé les résultats de tous ces examens, convoqué les personnes avec résultats anormaux, envoyé les par courrier les résultats normaux. Les résultats agrégés et anonymisés des analyses ont été envoyés à tous les partenaires participants et discutés en réunion.

Méthode de dépistage :
Comme le recommande le haut conseil de la santé publique (HCSP), le premier cercle a été dépisté par une consultation médicale, une radiographie thoracique, et un test tuberculinique par intra-dermo réaction. Si ce dernier mesurait 15 mm ou plus (avec un antécédent de vaccination par BCG), un test de détection de l'interferon gamma était réalisé (test quantiferon®). Toutes les radiographies thoraciques ont été interprétées par des radiologues du CHCB. Les personnes qui présentaient une anomalie à l'un ou l'autre de ces examens étaient immédiatement prévenues par téléphone, celles qui avaient un bilan totalement négatif ont reçu un bilan par courrier plus tard. Une trentaine de scanners a été réalisée pour vérifier des images anormales à la radiographie thoracique. Le service de radiologie de l'hôpital (manipulateurs radio, radiologues) a aménagé des créneaux horaires pour faciliter l'accès rapide au scanner afin de limiter les délais d'attente.
Lors du dépistage du deuxième cercle, le test de détection de l'interferon gamma a été réalisé d'emblée afin de faciliter la logistique.
Le diagnostic d'infections tuberculeuses latentes (ITL) récente était posé sur un test de détection de l'interferon gamma positif, après élimination d'une primo-infection tuberculeuse au cours des années précédentes. Dès le diagnostic posé, les patients étaient convoqués au CLAT pour bénéficier d'une consultation d'information. Il leur était proposé de prendre un traitement par Rifampicine et Isoniazide (Rifinaf®) pendant 3 mois, dans l'objectif de diminuer le risque de passage au stade de tuberculose maladie. Ce traitement était encadré médicalement et biologiquement, par le CLAT ou le médecin traitant selon les cas. Dans les rares cas de refus de traitement, une surveillance radiographique et médicale à 1 an et à 2 ans était mise en place au CLAT.

Circuit de dépistage :
Premier cercle : Familles, proches et 163 élèves professeurs et personnels du lycée
Les familles et proches étaient convoqués au CLAT et leur dépistage était entièrement réalisé au CHCB.
Pour les personnes contact du lycée, les élèves étaient amenés par l'infirmière du lycée aidée de surveillants et de professeurs, par groupes de 10 de la même classe. Leurs déplacements (4 kilomètres en bus) étaient encadrés, ainsi que leur parcours de

soins à l'hôpital. Une radiographie pulmonaire était réalisée à leur arrivée, puis ils se rendaient au CLAT où ils étaient enregistrés par une secrétaire, rencontraient l'un des médecins pour une consultation, puis l'infirmière pour la prise de sang.

Deuxième cercle, près de 1900 élèves professeurs et personnels

Le dépistage s'est déroulé entièrement au lycée afin de réduire les déplacements des élèves et d'augmenter la participation au dépistage. Les professionnels du lycée (équipe de direction, infirmière et surveillants) ont permis de l'organiser très rapidement. L'éducation nationale, les CLAT de la région proche (Landes, Béarn) et le centre hospitalier de la côte basque ont détaché des médecins, infirmiers et secrétaires pour participer à ce travail. Au total, 4 médecins, 4 infirmiers et 4 secrétaires ont œuvré sur le site du lycée pendant neuf journées au mois de novembre 2016. L'éducation nationale a détaché 3 ou 4 médecins par jour et 3 infirmiers par jour, l'hôpital de Bayonne 4 secrétaires par jour, les CLAT des environs (de Pau et Dax) ont détaché des infirmières. Les élèves, personnels et enseignants du lycée ont pu bénéficier d'une consultation médicale, radiographie thoracique, et dosage de l'interferon γ dans l'enceinte du lycée. Un centre mobile de radiographie numérique a été installé au lycée pendant trois semaines, l'interprétation des radios confiée aux radiologues du CHCB. Les dosages de l'interferon γ ont été réalisés par un laboratoire de biologie privé.

Le circuit des élèves était balisé du secrétariat qui enregistrait les élèves avec leur dossier pré-rempli, au camion radio puis au centre « médical » où ils bénéficiaient d'une consultation et d'une prise de sang. Au total, ces 9 jours ont permis de réaliser environ 1600 consultations, radios et quantiferons.

Les données médicales, comprenant les caractéristiques de vie des personnes, en particulier vie à l'internat, fréquentation de la cantine du foyer du lycée, de clubs sportif, d'activités au sein du lycée ou en dehors, de covoiturage, de transports en commun, les antécédents médicaux (en particulier vaccination et facteurs de vulnérabilité vis-à-vis de la tuberculose, soit immunodépression ou autres), de voyages dans des pays où la tuberculose est endémique, de contact antérieur avec la tuberculose, de signes du tuberculose active étaient renseignées par les élèves avec leurs parents dans un dossier. Le médecin recherchait activement à l'interrogatoire et l'examen clinique des signes de tuberculose active et complétait le dossier à la recherche de facteurs de vulnérabilité. Ces dossiers étaient saisis dans un tableur Excel© par des secrétaires formées.

Anciens élèves du lycée

Par ailleurs, il a été décidé en réunion avec l'ARS d'informer l'ensemble des élèves ayant fréquenté le lycée durant l'année scolaire 2015-2016 du dépistage autour de cas de tuberculoses au sein du lycée. Une proposition de dépistage par le médecin traitant ou par le CLAT le plus proche de chez eux a été faite selon le même modèle de dépistage, à savoir consultation médicale, radiographie thoracique et test immunologique. L'IDR était retenue en première intention, car plus accessible chez le médecin traitant. Une liste de 645 élèves établie par l'établissement a été fournie à l'ARS qui a envoyé un courrier d'information et une fiche permettant de faire parvenir les résultats des dépistages à l'ARS.

RESULTATS :

Premiers cas de tuberculose : Ces 4 premiers cas étaient tous scolarisés au lycée Cantau en 2015-2016, dépistés entre les mois de mai et septembre 2016.

Description des 4 premiers cas de tuberculose diagnostiqués, *CLAT 64 Pays Basque, 8 mars 2017*

Cas	Date DO (département déclaration)		Contexte diagnostic	Contagiosité	Facteurs vulnérabilité	Internat
1	25/05/2016	(CLAT 64 PBasque)	Médecin ville	PCR + sur LBA	Oui	Non
2	01/08/2016	(CLAT 64 Béarn)	Médecin ville	BAAR positif	Oui	Interne
3	31/08/2016	(CLAT 40)	Médecin ville	Culture Positive	Non	Non
4	16/09/2016	(CLAT 64 PBasque)	Médecin ville	PCR + sur LBA	Non	Non

Dépistage du premier cercle :

Le premier cercle de dépistage a concerné, outre les familles et les proches, l'ensemble des élèves de 7 classes, professeurs et personnels en contact avec tous ces cas. Au total, 163 personnes dont 101 élèves et 66 enseignants et personnels de l'établissement. Au cours de ce dépistage du premier cercle, 2 nouvelles tuberculoses ont été diagnostiquées, parmi les internes du lycée, en juillet et octobre 2016, puis une troisième un peu plus tard en décembre.

Description des 3 cas de tuberculose diagnostiqués, *CLAT 64 Pays Basque, 8 mars 2017*

Cas	Date DO (département déclaration)		Contexte diagnostic	Contagiosité	Facteurs vulnérabilité	Internat
5	7/10/2016	(CLAT 64 PBasque)	dépistage	Pas de résultat	Non	Interne
6	20/10/2016	(CLAT 64 PBasque)	dépistage	PCR + sur LBA	Non	Interne
7	26/12/2016	(CLAT 64 PBasque)	dépistage	Culture Positive	Non	Interne

Le dépistage de ce premier cercle a permis d'identifier également 40 infections tuberculeuses latentes (ITL), dont 34 élèves (dont 17 internes) et 6 personnels ou enseignants. Les taux d'ITL relevés était de 26,5% au total, de 37,0% parmi les élèves, 51,5% parmi les internes, 10,1% parmi les enseignants et personnels.

Un total de 6 tuberculoses, dont 4 étaient bacillifères ont donc été découvertes au sein du lycée, dont 3 parmi les internes.

Dépistage du deuxième cercle :

Le deuxième cercle de dépistage a concerné, outre les familles et les proches, l'ensemble des élèves, enseignants et personnels du lycée. Au total, 1813 personnes dont 1545 élèves et 268 enseignants et personnels de l'établissement (dépistage avec quantiferon pour 1634 personnes). Au cours de ce dépistage du deuxième cercle, 6 nouvelles tuberculoses ont été diagnostiquées.

Description des 6 cas de tuberculose diagnostiqués, *CLAT 64 Pays Basque, 8 mars 2017*

Cas	Date DO (département déclaration)		Contexte diagnostic	Contagiosité	Facteurs vulnérabilité	Internat
8	01/12/2016	(CLAT 64 PBasque)	dépistage	Culture positive	Non	Interne
9	05/12/2016	(CLAT 64 PBasque)	dépistage	PCR + sur LBA	Non	Interne
10	07/12/2016	(CLAT 64 PBasque)	dépistage	BAAR +	Non	Interne
11	12/12/2016	(CLAT 64 PBasque)	dépistage	Culture Négative	Non	Externe
12	28/12/2016	(CLAT 64 PBasque)	dépistage	Culture Négative	Non	Externe
13	19/01/2017	(CLAT 64 PBasque)	dépistage	Pas de résultat	Non	Interne

Le dépistage de ce deuxième cercle a permis d'identifier également 132 infections tuberculeuses latentes (ITL), dont 117 élèves (dont 47 internes) et 15 personnels ou enseignants. Les taux d'ITL relevés était de 8,1% au total, de 8,3% parmi les élèves, 12,0% parmi les internes, 6,6% parmi les enseignants et personnels.

En outre, 645 courriers ont été adressés par l'ARS auprès des élèves présents au lycée en 2015-2016 : le dépistage a été réalisé chez 131 élèves, soit 20,8 % des élèves concernés (N=645). Ce dépistage a permis de retrouver 2 cas de tuberculose et 5 cas d'ITL confirmés, plus 5 cas suspects d'ITL, en cours de confirmation par un CLAT (résultats d'ITL non intégrés dans les résultats

globaux).
Le taux d'élèves dépistés tient compte uniquement des retours de questionnaires par les familles ou les médecins et pourrait être augmenté dans les prochaines semaines, si l'ARS relance les familles non-répondantes.

Le génotypage par la technique MIRU-VNTR 24 loci des souches du complexe *Mycobacterium Tuberculosis* des prélèvements des personnes qui ont contracté la tuberculose au lycée sont bactériologiquement reliées d'après le centre national de référence des mycobactéries, ce qui signifie que la source paraît unique pour tous ces élèves. Nous avions également fait analyser la souche d'une élève scolarisée dans un autre lycée qui avait également contracté une tuberculose durant la même période, cette souche n'est pas reliée aux autres, ce qui est plutôt rassurant.

Description des taux d'ITL et du nombre de tuberculoses diagnostiqués lors du dépistage du premier et deuxième cercle, CLAT 64 Pays Basque, 8 mars 2017

	Identifiés	Dépistés (Quantiferon)	TM	ITL	Taux ITL
Premier cercle					
Total	**163**	**151**	**3**	**40**	**26,5%**
Élèves	97	92	3	34	37,0%
(Dont internes)	(34)	(33)	(3)	(17)	51,5%
Personnels/Enseignants	66	57	0	6	10,5%
Deuxième cercle					
Total	**1813**	**1634**	**6**	**132**	**8,1%**
Élèves	1545	1408	6	117	8,3%
(Dont internes)	(413)	(393)	(3)	(47)	12,0%
Personnels/Enseignants	268	226	0	15	6,6%
Total dépistage					
Total	**1976**	**1785**	**9**	**172**	**9,6%**
Élèves	1642	1500	9	151	10,1%
(Dont internes)	(447)	(426)	6	(64)	15,0%
Personnels/Enseignants	334	285	0	21	7,4%

CONCLUSION

Au total, 1785 personnes ont été dépistées totalement, 9 tuberculoses et 172 ITL ont été diagnostiquées dans le cadre du lycée. Les taux d'ITL relevés était de 9,6% au total, de 10,1% parmi les élèves, 15,0% parmi les internes, 7,4% parmi les enseignants et personnels. Des taux d'ITL de plus de 10% ont été repérés dans 28 classes du lycée.

Une proposition de traitement préventif de deux anti-tuberculeux pendant 3 mois a été faite à toutes les personnes ayant une ITL supposée être survenue dans le cadre de cette enquête. Presque tous ont accepté de prendre le traitement et sont suivies par le CLAT ou leur médecin traitant, ceux qui ne veulent pas prendre le traitement bénéficieront d'une consultation et d'une radiographie thoracique à 1 an et à 2 ans du diagnostic d'ITL par le CLAT.

Une nouvelle concertation entre les acteurs de terrain (CLAT, centre hospitalier de la côte basque, éducation nationale) et les instances sanitaires (ARS, DGS) a eu lieu début février 2017. Au vu des taux notifiés, il a été décidé de répéter le dépistage dans ce lycée au cours du premier semestre 2017. Les personnes prioritaires sont tous les élèves des classes où le taux d'ITL est de 10% ou plus, toutes les classes où une tuberculose est survenue, les élèves internes, tous les enseignants et personnels, ce qui correspond à 1018 personnes. Le dépistage sera néanmoins élargi à tous les élèves, personnels et enseignants du lycée, soit 1976 personnes.
En outre, toutes les personnes ayant eu une ITL pourront bénéficier d'une radiographie thoracique lors de ce dépistage.

Vaccination par le BCG

Recommandations du CSHPD du 9 mars 2007

La vaccination par le BCG a pour but principal de protéger les jeunes enfants des formes graves de la tuberculose précoce, méningites tuberculeuses et miliaires en particulier.

La vaccination BCG est fortement recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose, qui répondent au moins à l'un des critères suivants:

- Enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse
- Enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays
- Enfant devant séjourner au moins un mois d'affilé dans l'un de ces pays
- Enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs)
- Enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane
- Enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux.

Consulter l'avis complet du CSHPF du 9 mars 2007 pour plus d'information (contre indications, technique d'injection, effets secondaires)

Liste des centres de lutte Antituberculeuse (CLAT) par département

CLAT 16 - CHARENTE
Conseil Général - Direction de la Solidarité - 8, rue Léonard Jarraud - 16000 Angoulême
Tél : 05 16 09 76 05

CLAT 17 - CHARENTE-MARITIME
PMI- 49, avenue Aristide Briand
17076 La Rochelle cedex 9
Tél : 05.17.83.42.46

CLAT 19 - CORREZE
Centre hospitalier, 10ème étage, Boulevard Dr Verlhac,19100 Brive La Gaillarde
Tél: 05 55 92 66 11

CLAT 23 - CREUSE
Centre Médical MGEN, 4, Les Bains, 23000 Ste Feyre
Tél: 05 55 51 43 81

CLAT 24 -DORDOGNE
Cité Administrative - Bât B - Rue du 26ème RI - CS 70010
24016 PERIGUEUX CEDEX
Tél. 05.53.02.03.92

CLAT 33 - GIRONDE
Maison départementale de la Santé, 2 rue du Moulin Rouge, 33200 Bordeaux
Tél. 05 57 22 46 60

CLAT 40 - LANDES
CH Mont de Marsan, avenue Pierre de Coubertin, 40024 Mont-de-Marsan
Tel. 05 58 05 12 91
CH de Dax-Côte d'Argent, 4 bis rue Labadie 40100 Dax
Tel. 05 58 57 92 60

CLAT 47 - LOT-ET-GARONNE
Centre Médico social Louis Vivent, 26 rue Louis Vivent, 47000 Agen
Tel. 05 53 69 40 41

CLAT 64 - PYRENEES-ATLANTIQUES
CH Pau, 4 Boulevard Hauterive, 64000 Pau
Tel.05 59 92 47 53
CH de la Côte Basque, 13 avenue Jacques Loeb, 64109 Bayonne
Tel. 05 59 44 38 57

CLAT 79 - DEUX-SEVRES
Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres - Rue du Dr Ichon -
79300 Bressuire
Tél : 05 49 68 32 28
Centre Hospitalier- 40, avenue Charles de Gaulle - 79021 Niort Cedex
Tél : 05 49 78 35 97

CLAT 86 - VIENNE
Centre de prévention des maladies respiratoires- CHU de Poitiers - 2, rue de la Milétrie,86021 Poitiers
Tél : 05 49 44 37 60 ou (77)

CLAT 87 - HAUTE-VIENNE
Hôpital de Cluzeau, 23, rue Dominique Larrey, 87042 Limoges cedex
Tél: 05 55 05 86 48

Santé publique France

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur général de Santé publique France

Responsable de la Cire Nouvelle-Aquitaine : Stéphanie Vandentorren

Coordinatrice du numéro: Marie-Eve Raguenaud

Retrouvez-nous sur :
www.santepubliquefrance.fr

Cire Nouvelle Aquitaine
Site Bordeaux :
103 bis rue de Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux cedex
Tel. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95
Site Poitiers :
4 rue Micheline Ostermeyer - 86021 Poitiers cedex
Tel. : 05 49 42 31 87—fax : 05 49 42 31 54

ars-na-cire@ars.sante.fr