

Endémicité tuberculeuse dans la population scolaire à Genève¹

O. Jeanneret et H.S. Varonier

Article soumis le 15 juillet 1970

Résumé

Il est actuellement bien établi qu'en matière d'épidémiologie de la tuberculose, c'est l'endémicité, c'est-à-dire le nombre de cas infectés dans une population, qui rend le mieux compte de la diffusion de l'infection. L'étude des variations de l'index tuberculinique en fonction de l'âge et du temps est actuellement le meilleur moyen de l'apprécier.

A Genève, l'évolution de l'index tuberculinique a pu être suivie depuis près de 20 ans dans la population scolaire et mise en évidence par le pourcentage cumulé des tests tuberculiniques positifs.

La morbidité de la tuberculose reste encore trop élevée dans notre pays malgré les progrès qui ont pu être apportés à nos moyens de dépistage et malgré les succès d'ordre thérapeutique.

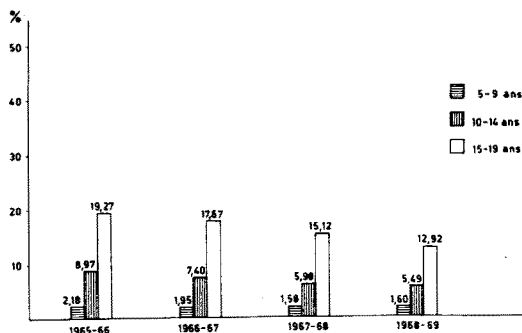
Il reste donc de toute importance d'évaluer systématiquement et le plus soigneusement possible son endémicité, c'est-à-dire le nombre de cas infectés dans notre population. Cette étude de l'endémicité tuberculeuse rend, en effet, le mieux compte de la diffusion de l'infection. Elle révèle un phénomène dit de l'iceberg, soit, dans ce cas, la très faible proportion de malades par rapport au grand nombre de cas infectés.

Cette endémicité se mesure par l'index tuberculinique ou proportion de sujets tuberculino-positifs (ayant donc développé une allergie tuberculinique, soit un virage ou conversion de leur test) dans une population donnée. L'étude des variations de l'index ou indice tuberculinique en fonction de l'âge et du temps est actuellement le meilleur moyen d'apprécier l'endémicité de la tuberculose. L'épreuve tuberculinique joue donc un rôle important dans la réalisation du programme de lutte antituberculeuse, qu'il s'agisse d'enquêtes visant à évaluer la prévalence et l'incidence de l'infection, du dé-

pistage systématique des cas d'infections récentes, ou de la vaccination par le BCG.

Il nous a paru intéressant de montrer l'évolution de l'index tuberculinique telle que nous avons pu la suivre dans la population scolaire genevoise. La fig. No 1 présente les index tuberculiniques en fonction de l'âge, tels qu'il se présentent au cours de ces quatre dernières années. On peut constater tout d'abord l'augmentation de l'index avec l'âge, ce qui est bien connu: plus la classe d'âge considérée est avancée, plus il y a naturellement de chances que l'index tuberculinique soit élevé, car les occasions de primo-infection sont de plus en plus nombreuses. Mais la constatation la plus remarquable est bien celle de la diminution constante, année après année, de l'index, ceci pour toutes les classes d'âge considérées. Cette diminution est particulièrement sensible parmi les plus jeunes enfants, soit ici de 5 à 14 ans; elle s'est d'ailleurs déjà amorcée à la fin de la décade précédente.

Cette tendance évolutive est particulièrement bien mise en évidence si elle est évaluée selon une méthode épidémiologique longitudinale grâce au pourcentage cumulé



Index tuberculinique en fonction de l'âge
Service de Santé de la Jeunesse
Genève 1965-69

¹ Travail de l'Institut de médecine sociale et préventive et du Service de santé de la jeunesse, à Genève.

Fig. 1

tif des tests tuberculiques positifs. Il s'agit donc de connaître, en suivant ainsi des « cohortes » d'enfants du même âge, le nombre de nouveaux positifs s'ajoutant chaque année à chaque classe d'âge. Lorsqu'on représente graphiquement les résultats, on porte en abscisse l'âge et en ordonnée l'index tuberculique. Les courbes ainsi obtenues sont représentées sur la *fig. No 2*. Chaque trait correspond donc à une cohorte différente selon les années de naissance des individus testés. L'étude de ce graphique confirme la diminution dite « séculaire » de l'index tuberculique dans les différentes classes d'âge et en particulier un taux extrêmement faible actuellement chez nos plus jeunes élèves.

Lors de la lecture des tests tuberculiques (la limite de « positivité » est fixée arbitrairement à ≥ 6 mm de diamètre de l'induration),

nous avons été frappés par l'observation de plus en plus fréquente de réactions de petites dimensions avec un diamètre de 5 à 10 mm d'indurations en général faibles. Ces réactions peuvent être d'origine traumatique et dues à l'injection en tant que telle; on a pu les observer par l'injection du diluant employé seul. Mais les imperfections techniques de l'épreuve de la tuberculine ne semblent pas être les seules en cause pour expliquer ce phénomène. Des indices de plus en plus nombreux incitent à penser que ces faibles sensibilités tuberculiques peuvent être dues à une infection par des *mycobactéries atypiques* et avoir donc un caractère non spécifique pour la tuberculose. L'étude des variations ultérieures de l'allergie tuberculique chez un même individu présentant initialement une réaction faible, nous paraît être un des critères le plus valable pour juger de cette spécificité; et, dans le doute, nous recommandons toujours un complément d'investigations radiologique et biologique.

Bibliographie

- Anderson U. M.: Routine Tuberculin Testing in Infants and Young Children. *Am J. Of Diseases of Children* 111, 31-34 (1966).
- Bleiker M. A.: An investigation into specific and non-specific tuberculin sensitivity in school children in eighteen countries. *Bull. Internat. Union against Tuberculosis* 41, 265-274 (1968).
- Ochs Ch. W.: Tuberculin Conversion, *JAMA* 200, 95-98 (1967).
- OMS: L'épreuve tuberculique standard de l'OMS. WHO/TB/Techn. Guide 3, 23 p. (1963).
- Press P.: Quelques aspects de l'évolution épidémiologique de la tuberculose en Suisse au cours des dix dernières années (1951-1961). *Praxis* 34, 857-861 (1962).

Adresse des auteurs:

Prof. Olivier Jeanneret et Dr Hubert S. Varonier, PD, 11, Glacis-de-Rive, CH-1211 Genève 3.

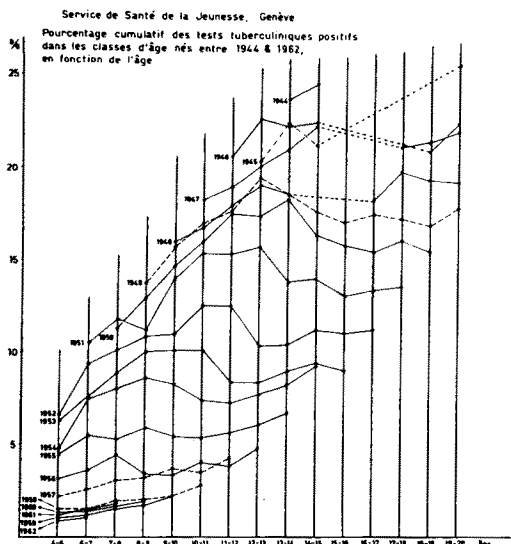


Fig. 2