

Date de publication : 22.03.2024

ÉDITION HAUTS-DE-FRANCE

Surveillance de la tuberculose dans les Hauts-de-France

Données arrêtées au 30/12/2022

Édito

Dans son rapport sur la tuberculose dans le monde publié en 2022, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait que 10,6 millions de personnes ont développé une maladie tuberculeuse en 2021, soit une augmentation de 4,5 % par rapport à 2020, et qu'1,6 millions en sont décédées.

Ce bulletin de surveillance dresse un premier bilan régional, post-crise de la Covid-19, des caractéristiques évolutives de la tuberculose dans les Hauts-de-France.

En France, comme dans la plupart des pays à haut niveau sanitaire et socio-économique, un tournant épidémiologique de la tuberculose a été observé depuis les années 2000. Il témoigne de la diminution continue du risque d'exposition au bacille de la tuberculose sur notre territoire, à mettre au crédit de l'amélioration des conditions socio-économiques et des politiques de lutte antituberculeuse. Dans le même temps, les résultats de la surveillance soulignent la persistance d'un risque élevé au sein des communautés les plus vulnérables et dans de nombreux pays, du fait des conflits de longue durée, crises économiques et sanitaires qui ont mis à mal les politiques de santé, dont la lutte antituberculeuse.

C'est pourquoi, il est important de rappeler que le maintien d'une solidarité internationale effective est essentiel au contrôle global de la tuberculose. Dans le même temps, sur notre territoire, les stratégies d'« aller vers » pour « ramener vers », qui ont fait leur preuve pendant la pandémie de Covid-19, sont aussi les clés de la prise en charge précoce et adaptée des cas de tuberculose¹, de la prévention du *continuum* de transmission et de l'apparition de résistances aux traitements de 1^{ère} ligne. Ces objectifs figuraient dans la feuille de route tuberculose 2019-2023 du Ministère de la santé et des solidarités dont la mise en œuvre a été perturbée par la crise sanitaire de la Covid-19. Pour autant, les données de surveillance présentées dans ce bulletin, montrent une adaptation récente des stratégies et pratiques de dépistage et de diagnostic aux enjeux de l'élimination de la tuberculose qui mérite d'être souligné et encouragé.

¹ Mano Q, Navoizat O, Limonet A, Holi-Jamovski F, Heuzé G, Deniau J, et al. La tuberculose maladie dans les Bouches-du-Rhône de 2018 à 2021 : caractéristiques des cas et étude des délais diagnostiques avant et pendant la pandémie de Covid-19. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024; (6-7) : 131-40.

Télédéclaration

- Dans les Hauts-de-France, la télédéclaration de la tuberculose (via l'application e-DO) reste faible et inférieure au taux national de dématérialisation de la déclaration.

Evolution de l'incidence de la tuberculose

- Une diminution importante du taux de déclaration (-22%) a été enregistrée en 2021, probablement en grande partie liée à la crise sanitaire. Cette diminution a été compensée par une nouvelle progression du taux régional en 2022
- Le taux de déclaration de tuberculose maladie continue de globalement diminuer sur les 10 dernières années dans la région comme au niveau national. Le taux régional était en 2022 inférieur au taux enregistrés au cours des années précédant la pandémie.
- A l'échelle infra régionale, les taux de déclaration les plus élevés sont observés dans les départements du Nord (5,1 cas/ 10⁵ habitants) et de l'Oise (6,0 cas/10⁵).
- L'incidence de la tuberculose est deux fois plus élevée chez les hommes.
- Elle est en diminution continue au-delà de 40 ans et la moitié des cas déclarés ces cinq dernières années concerne des adultes jeunes avec une forte progression du nombre des nouveaux cas diagnostiqués chez des jeunes de 15 à 24 ans.
- Depuis 2017, les cas de tuberculose maladie déclarés concernent majoritairement des personnes en situation de grande vulnérabilité, arrivées récemment de zones ou pays de forte endémicité tuberculeuse.

Principales caractéristiques clinico-épidémiologiques de la tuberculose

- Les cas de tuberculose pulmonaire, isolée ou associée à des localisations extra pulmonaires, restent très majoritaires (80 %) et bacillifères donc contagieux (baar positif ou examen microscopique positif) dans la moitié des cas.
- La fréquence des localisations sévères (méningo-encéphalite ou miliaire) reste faible (<5% des cas) et stable ces dernières années.
- Les centres d'hébergement collectifs constituent les communautés de vie les plus à risque et concentrent la grande majorité des cas de tuberculose et d'infection tuberculeuse latente diagnostiqués et pris en charge ces dernières années.

Multirésistance

- La fréquence des cas de tuberculose multi-résistante (MDR) aux deux principaux antituberculeux de première ligne (isoniazide et rifampicine) reste faible et stable en France et dans les Hauts-de-France.

Issues de traitement

- En termes d'indicateurs de performance de la lutte antituberculeuse (LAT), l'information sur l'issue du traitement reste insuffisante (seul un cas renseigné sur 2).
- La complétude du traitement (> 80 % depuis 2018 à l'échelle régionale) est supérieure aux autres pays de la zone Europe (73%) et se rapproche de l'objectif de succès thérapeutique fixé par l'OMS (85 %).

Infections tuberculeuses latentes (ITL)

- Le nombre d'ITL déclarées dans les Hauts-de-France a progressé en 2022.
- Les ITL dépistées et prises en charge étaient notamment des jeunes de 15 ans et plus, arrivés en France depuis moins de 2 ans et vivant dans des centres d'hébergement collectif.

Surveillance de la tuberculose



La déclaration de la tuberculose a été intégrée au dispositif « e-DO » depuis juillet 2019 dans les Agences Régionales de Santé (ARS) et poursuit son déploiement et son développement depuis 2022, afin de rendre l'application accessible à tous les acteurs de la surveillance (déclarant, ARS, CLAT, ...). Conformément aux exigences réglementaires sur la conservation et la transmission de données médicales individuelles, l'authentification des biologistes et cliniciens repose sur les cartes de professionnels de santé (CPx) : CPS pour un déclarant titulaire (clinicien, biologiste) et CPE pour une personne autorisée à saisir pour le compte d'un déclarant. L'authentification des déclarants via le dispositif CPx garantit un haut niveau de sécurité de l'application e-DO (Espace CPS. Accessible sur: <http://www.e-do.fr/>).

Plus efficient, plus réactif et sécurisé, ce nouveau dispositif dématérialisé de télédéclaration (e-DO) a plusieurs objectifs :

- simplifier le processus de notification ;
- améliorer la qualité et les délais de transmission ;
- réduire la charge de traitement manuel des fiches-papier en ARS ;
- optimiser les échanges entre les acteurs de la déclaration et intervenants dans la lutte antituberculeuse ;
- garantir la traçabilité des déclarations ;
- maintenir un haut niveau de sécurité.

La télé-déclaration réduit les délais de mise à disposition des informations et permet de suivre en temps quasi-réel les cas de tuberculose, infections tuberculeuses latentes et issues de traitement, déclarés par les professionnels de santé *via* l'application e-DO.

A l'échelle nationale, le taux de télé-déclaration de la tuberculose, en progression continue depuis le 2ème trimestre 2022, atteint 56% au 4ème trimestre 2023 (figure1). Dans les Hauts-de France, la mise en œuvre de la télé-déclaration reste très en-deçà du taux national et sans réelle progression depuis 2022 (figure 2).

Figure 1. Evolution de la part des télé-déclarations via e-DO des tuberculose maladie, ITL et issues de traitement, France, 16/04/2022 au 31/12/2023 (N=18240)

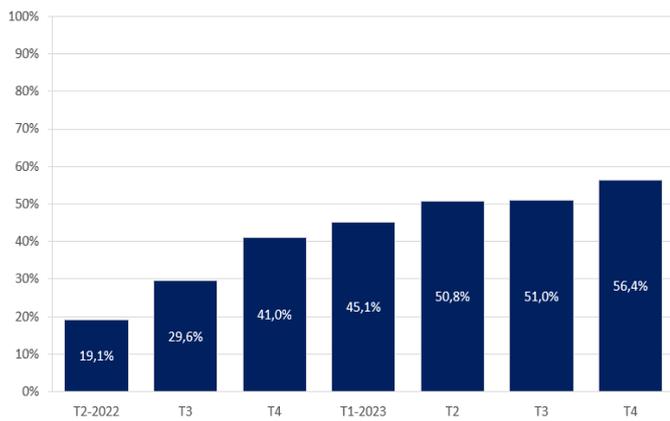
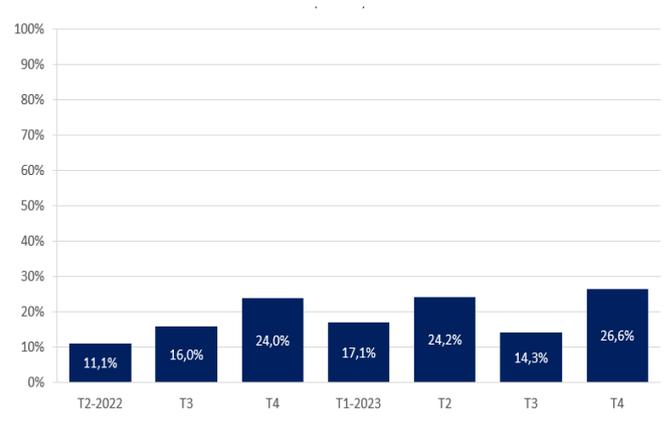


Figure 2. Evolution de la part des télé-déclarations *via* e-DO des tuberculose maladie, ITL et issues de traitement, Hauts-de-France, 16/04/2022 au 31/12/2023 (N=851)



Source : e-DO, traitement Santé publique France

Tuberculose maladie

Evolution du taux de déclaration de la tuberculose maladie, 2010-2022 (source : déclaration obligatoire)

Globalement en diminution depuis 2010, le taux de de déclaration a fortement diminué depuis 2019 en France et dans les territoires métropolitains. L'infléchissement important (-22%) enregistré à partir de 2020 coïncide avec la crise sanitaire de la Covid-19. Une tendance similaire à la tendance nationale a été enregistrée en 2021 dans les **Hauts-de-France** (-22%), rapidement compensée en 2022 par une ré-augmentation du taux de déclaration (+15%) (figures 3, 4, 5).

Figure 3 : Evolution annuelle des taux de tuberculose- maladie standardisés pour 100 000 habitants en France métropolitaine, Métropole hors Ile-de-France et dans les Hauts-de-France, 2010-2022

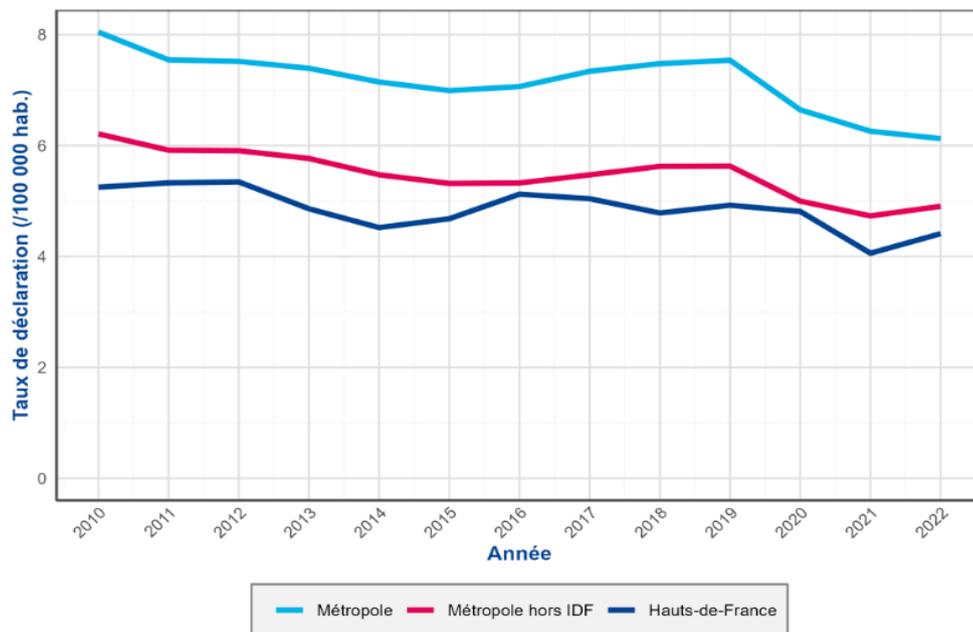
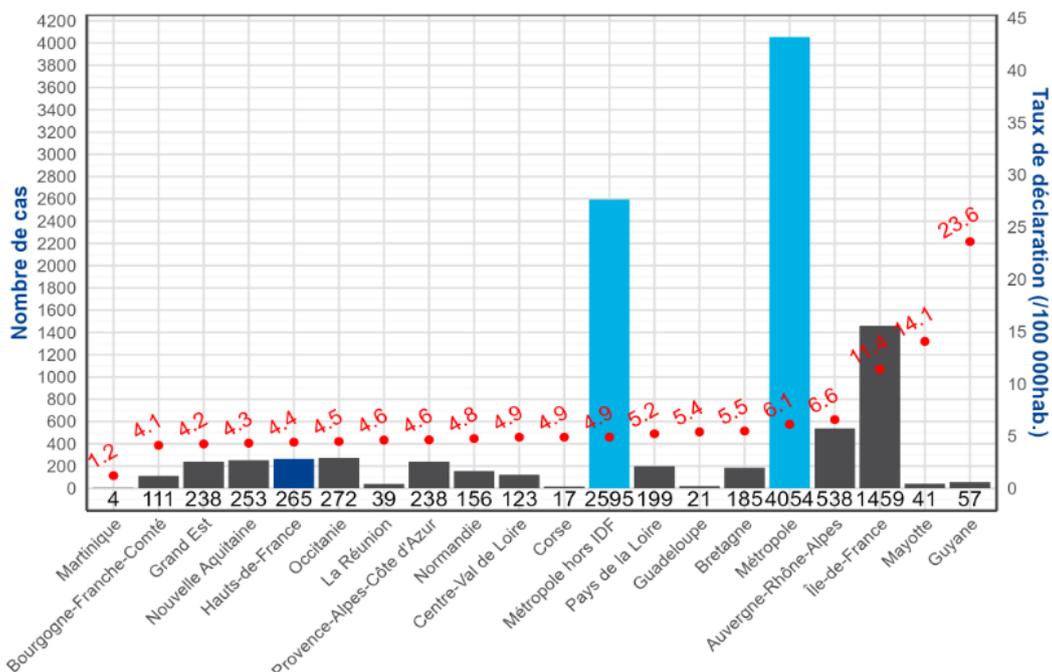


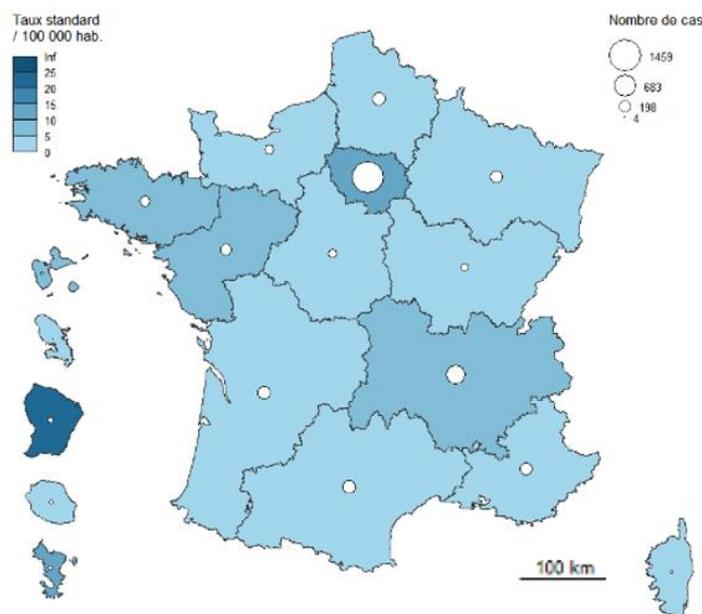
Figure 4 : Nombre de cas de tuberculose maladie et taux standardisés de déclaration par région de résidence, France, 2022



Source : DO tuberculose. Traitement Santé publique France

En France métropolitaine, avec un peu plus de 4000 cas déclarés en 2022, le taux moyen de déclaration était de l'ordre de 6 cas pour 100 000 habitants. Il est hétérogène sur le territoire national avec 4 régions dont 2 outre-mer (Guyane et Mayotte) et 2 métropolitaines (Ile de France et Auvergne-Rhône-Alpes) où les taux de tuberculose sont supérieurs au taux moyen national.

Figure 5 : Nombre de cas et taux standardisés de tuberculose maladie par région de résidence, France, 2022



Source : données MDO. Fond de carte : ADMIN express. Traitement : Santé publique France.

Avec 265 cas de tuberculose et un taux régional de déclaration de 4,4 cas pour 100 000 habitants, les Hauts-de-France font partie des régions où le taux de tuberculose maladie est parmi les plus faibles (fig. 3). A l'instar de la situation nationale, le taux moyen régional masque des disparités territoriales, avec des taux plus élevés dans les départements du Nord et surtout de l'Oise, voisin de l'Ile-de-France qui est la première région métropolitaine en termes d'incidence. Les taux de tuberculose les plus faibles sont observés dans les 3 départements ruraux et moins densément peuplés de l'Aisne, du Pas-de-Calais et de la Somme (figure 6, tableau 1).

Dans les 5 départements, les taux sont globalement stables sur la période d'analyse (2017 à 2022), même si les faibles effectifs annuels de cas de tuberculose dans certains départements peuvent être à l'origine d'importantes fluctuations d'une année sur l'autre (figure 7).

Tableau 1 : Evolution du nombre de cas de tuberculose maladie déclarés, taux bruts et standardisés de tuberculose par département de résidence, Hauts-de-France, 2022 versus 2017-2021

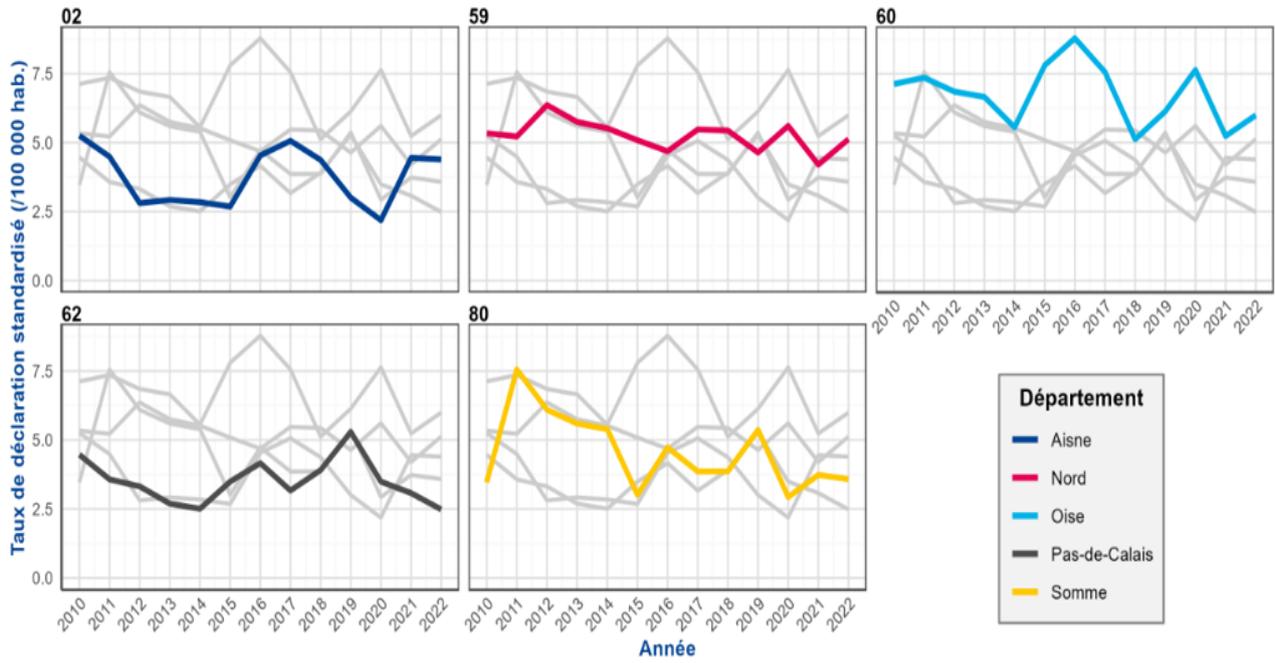
Département	Nombre cumulé de cas	2017-2021		2022		
		Taux moyens bruts	Taux moyens standardisés	Nombre de cas	Taux bruts	Taux standardisés
Aisne	101	3,8	3,8	23	4,4	4,4
Nord	668	5,1	5,1	137	5,2	5,1
Oise	258	6,2	6,3	49	5,9	6
Pas-de-Calais	274	3,7	3,8	36	2,5	2,6
Somme	112	3,9	3,9	20	3,5	3,6
Hauts-de-France	1413	4,7	4,7	265	4,4	4,4

Figure 6 : Taux standardisés de tuberculose selon le département de résidence, Hauts-de-France, 2022



Source : Do tuberculose. Traitement Santé publique France

Figure 7 : Taux standardisés annuels de tuberculose maladie pour 100 000 habitants, selon le département de résidence des cas, Hauts-de-France, 2010-2022.



Source : DO Tuberculose.
 Traitement : Santé publique France.

Principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas de tuberculose maladie déclarés dans les Hauts-de-France

Le sexe-ratio homme/femme des cas de tuberculose maladie reste majoritairement masculin de 15 à 75 ans (figure 8) avec, sur la période 2017-2022, des taux de tuberculose deux fois supérieurs chez les hommes (6,1 cas pour 100 000 hommes) par rapport aux femmes (3,1 cas pour 100 000 femmes).

Depuis 2017, une prédominance durable du taux de tuberculose maladie est observée chez les hommes jeunes âgés de 15 à 24 ans, chez qui l'incidence est près de trois fois plus élevée que le taux régional, tous âges et tous sexes confondus. Cette tendance épidémiologique chez les 15-24 ans diffère des autres classes d'âge pour lesquelles les taux sont globalement stables chez les moins de 15 ans et les 25-64 ans voire en diminution continue chez les plus de 65 ans. Le rattrapage du taux de tuberculose observé en 2022 est principalement porté par les 15-24 ans (figure 9).

Figure 8 : Taux de tuberculose maladie par classe d'âge et sexe, Hauts-de-France, 2017-2022

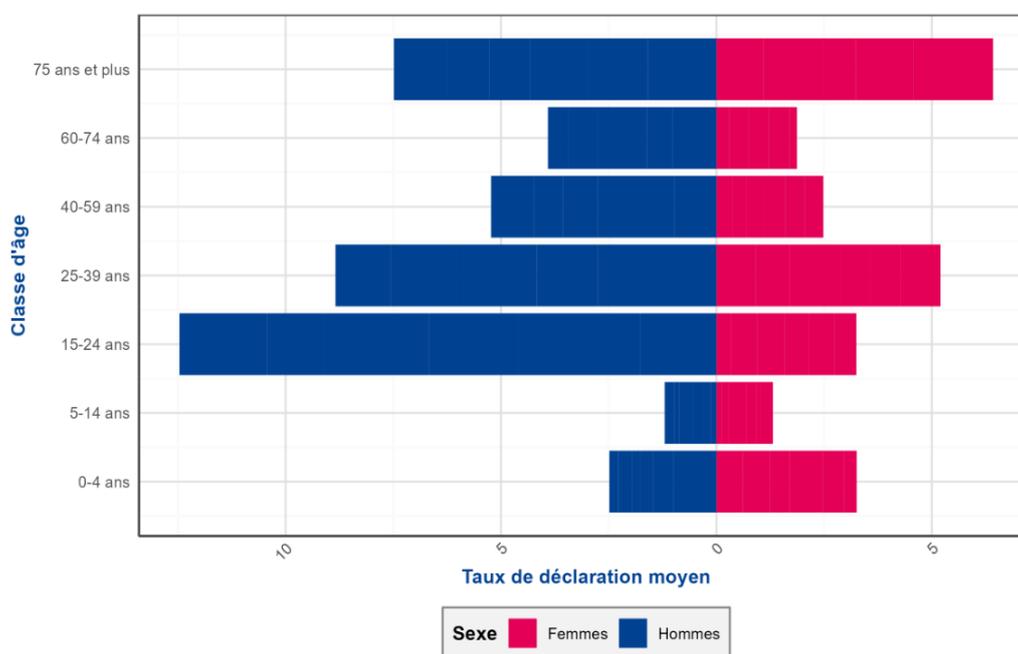
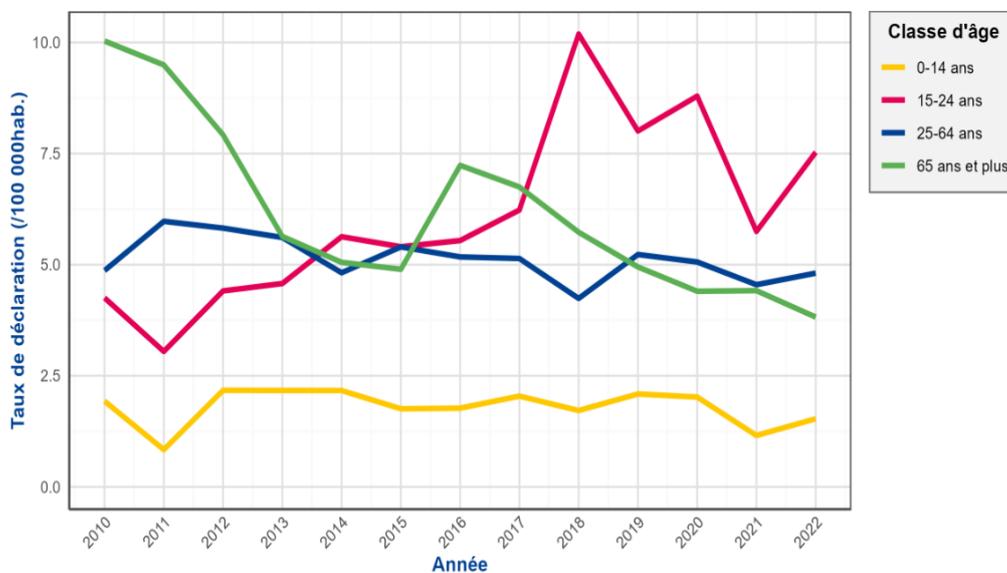
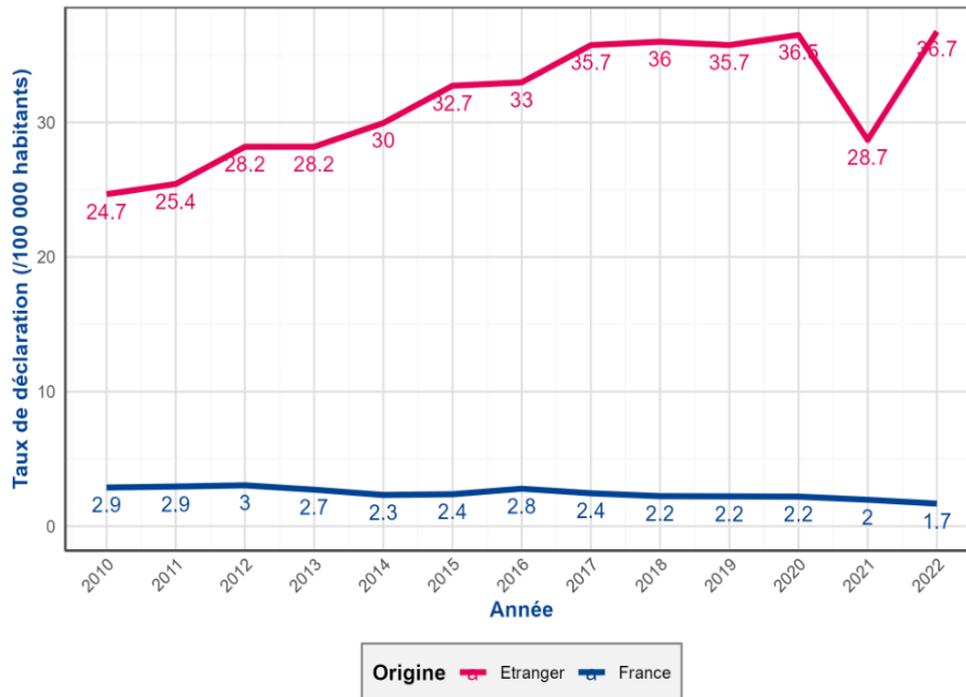


Figure 9 : Evolution des taux de tuberculose maladie par classe d'âge, Hauts-de-France, 2010-2022



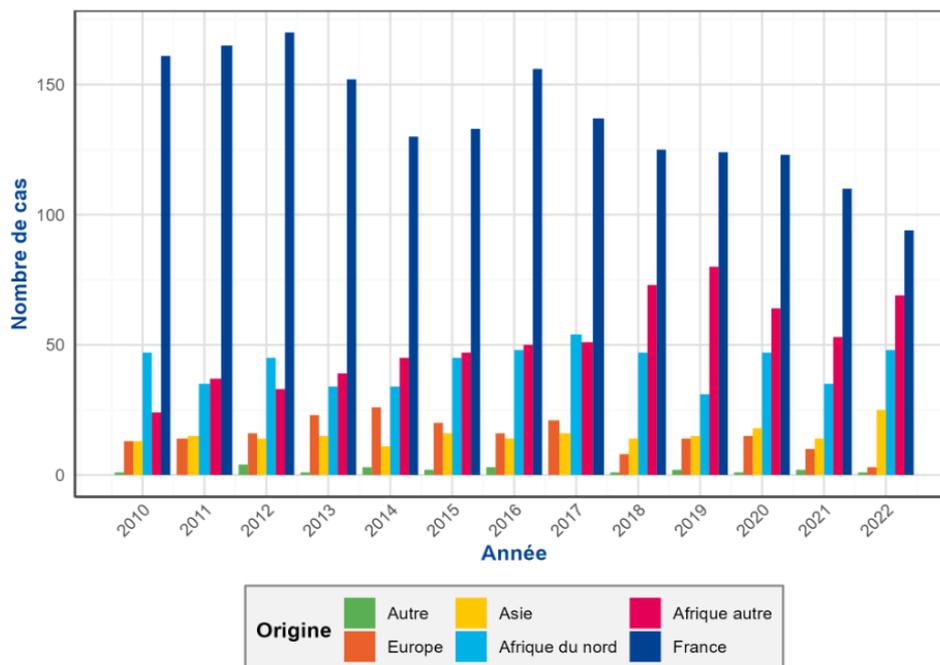
Dans les Hauts-de-France, à l'instar de la situation nationale, le taux de tuberculose maladie continue de diminuer chez les personnes nées en France (1,7 cas / 100 000 habitants en 2022) et il progresse chez les personnes nées à l'étranger (36,7 cas / 100 000 habitants en 2022) (figure 10). Le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger est, depuis 2017, devenu supérieur au nombre de cas autochtones.

Figure 10 : Evolution des taux annuels de tuberculose maladie selon l'origine de naissance, Hauts-de-France, 2010-2022



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Figure 11 : Evolution du nombre de cas de tuberculose maladie selon la zone OMS de naissance, Hauts-de-France, 2010-2022



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Près de 80% des cas de tuberculose maladie, diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger, sont originaires du continent africain, dont près de la moitié (47%) de pays d'Afrique subsaharienne et un tiers (33%) d'Afrique du Nord (figure 11 et tableau 2).

Tableau 2 : Principales caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose maladie déclarés dans les Hauts-de-France, 2017-2021 vs 2022

	2017-2021 (N=1 413)			2022 (N=265)		
	N	%*	Taux moyen annuel /100 000 hab.	N	%*	Taux/100 000 hab.
Sexe						
Femme	461	33%	3,2	92	32 %	3,2
Homme	950	67%	6,1	199	68 %	6,4
Age						
Moins de 5 ans	56	4%	3,1	5	2%	1,5
5 à 14 ans	48	3%	1,2	12	5%	1,5
15 à 24 ans	296	21%	7,8	59	22%	7,7
25 à 39 ans	392	28%	7,1	72	27%	6,7
40 à 59 ans	293	21%	3,8	65	25%	4,2
60 à 74 ans	154	11%	3,2	22	8%	2,2
75 ans et plus	174	12%	7,3	30	11%	6
Lieu de naissance						
France	619	47%	2,3	90	39%	1,7
Etranger	687	53%	34,2	149	61%	37,5
Europe UE	68	10%	9,9	3	2%	2,1
Afrique du Nord	214	31%	27,6	49	33%	31
Afrique subsaharienne	321	47%	109,5	70	47%	123,9
Asie	77	11%	48,1	26	17%	82,5
Autre	6	<1%	16,9	1	<1%	9,4
Ancienneté sur le territoire français chez les personnes nées à l'étranger						
Moins de 2 ans	167	31%	-	39	32%	-
2-5 ans	164	31%	-	36	20%	-
6-9 ans	60	11%	-	16	13%	-
10 ans et plus	142	27%	-	30	25%	-
Non renseigné	154		-	27		-
Type de résidence						
Vie en collectivité	265	21%	-	40	17%	-
Centre d'hébergement collectif	154	61%	-	23	64%	-
Etablissement pour personnes âgées	13	5%	-	3	8%	-
Etablissement pénitentiaire	11	4%	-	2	6%	-
Autre	76	30%	-	8	22%	-
Sans domicile fixe	65	5%	-	6	6%	-
Profession sanitaire ou sociale						
Oui	91	8%	-	13	7%	-

* pourcentage parmi les cas ayant une information renseignée

Sur la période d'étude, le diagnostic de la tuberculose maladie était porté, dans les 5 ans suivant l'arrivée en France, chez plus de la moitié des cas pour lesquels l'ancienneté d'arrivée était renseignée, ce qui témoigne du risque élevé de réactivation d'une infection tuberculeuse et de maladie suite à l'exposition récente précédant l'arrivée en France. Ce risque de réactivation diminue avec l'ancienneté d'arrivée (tableau 2).

Les cas de tuberculose diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger, sont aussi plus jeunes que ceux nés en France (âge médian = 29 ans *versus* 46 ans).

Dans les autres groupes à risque, le nombre et la proportion de cas diagnostiqués chez des personnes SDF ou des professionnels du champ sanitaire et social restent faibles (<10 %) et stables sur la période d'étude.

Dans les établissements pour personnes âgées ou les établissements pénitentiaires, la proportion de cas déclarés reste faible et sans évolution notable sur la période d'étude 2017-2022 (<5%). En revanche, c'est dans les centres d'hébergement collectif accueillant des personnes en situation de précarité et de défaveur sociale que la part des cas diagnostiqués reste majoritaire, témoignant de l'importante vulnérabilité des personnes qui y sont accueillies (personnes migrantes, sans domicile ou en situation de précarité...) (tableau 2).

Sur le plan clinique, la localisation de la tuberculose était majoritairement pulmonaire (81%), isolée (54%) ou associée à une localisation extra pulmonaire (27%). La moitié des cas (49%) avec une tuberculose pulmonaire était bacillifère. En 2022, cette proportion était légèrement supérieure chez les cas nés à l'étranger (63% *versus* 50% en moyenne sur la période 2017 à 2021).

La présence de localisations tuberculeuses extra pulmonaires, témoignant de la diffusion hémotogène des bacilles tuberculeux, était plus fréquente chez les cas nés à l'étranger (56% *versus* 35%).

Enfin, la fréquence des localisations graves (méningo-encéphalite tuberculeuse ou tuberculose miliaire) reste faible (4% des cas) et sans évolution notable en particulier chez les moins de 15 ans depuis les nouvelles recommandations vaccinales par le BCG instaurées en 2007.

Chez les plus de 15 ans, le recours spontané aux soins reste la principale modalité du diagnostic de la maladie tuberculeuse alors que, chez l'enfant (<15 ans), l'enquête autour d'un cas de tuberculose est la principale circonstance de découverte la maladie tuberculeuse. Les modalités du diagnostic ont peu évolué ces dernières années (figures 12 et 13).

Figure 12 : Contexte diagnostique des cas de tuberculose maladie dans les Hauts-de-France selon la classe d'âge, 2017-2022

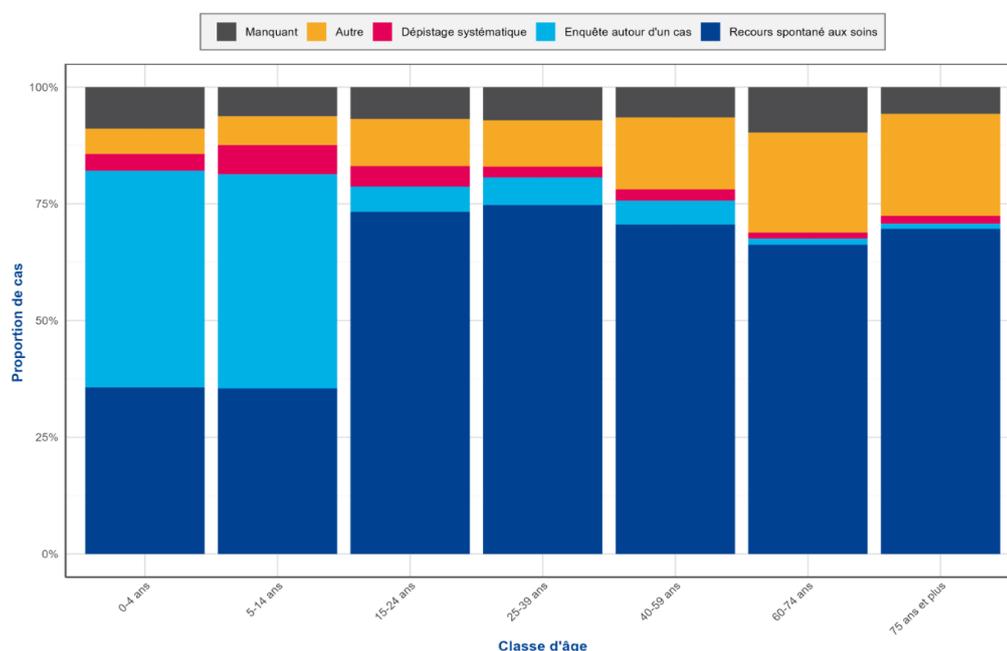
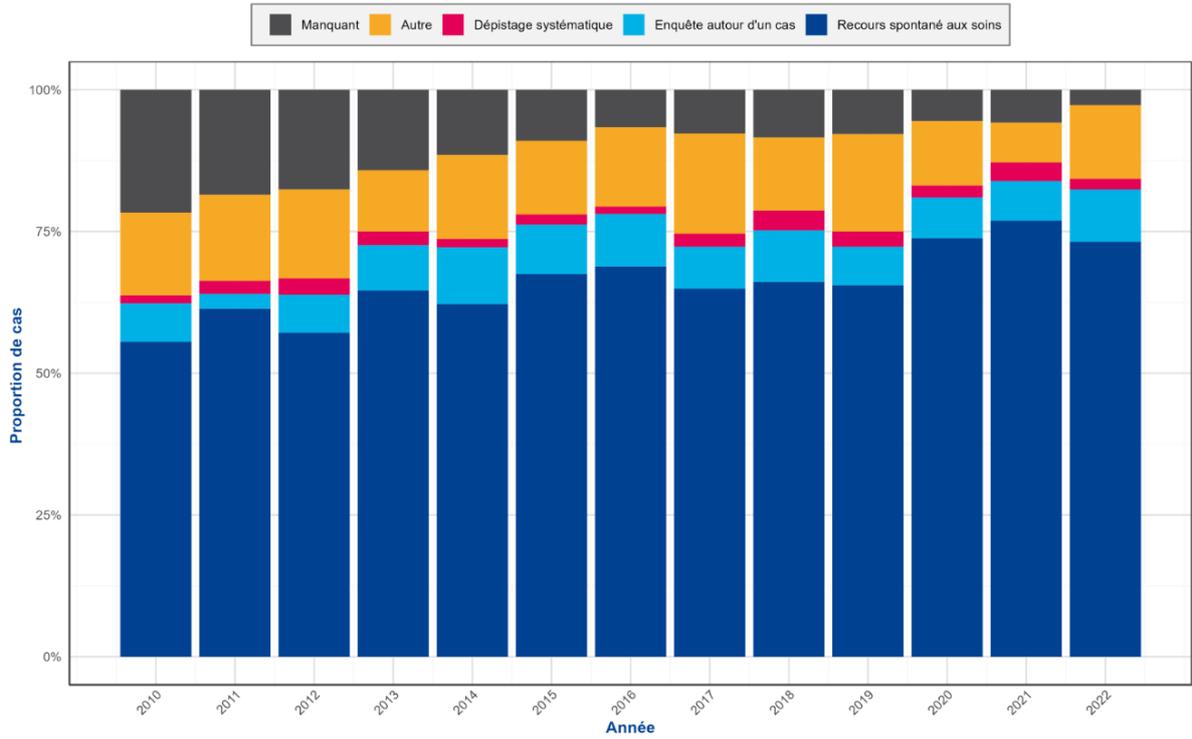


Figure 13 : Evolution du contexte du diagnostic des cas de tuberculose maladie dans les Hauts-de-France de 2010 à 2022



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Tuberculose multi résistante (source : CNR-MyRMA)

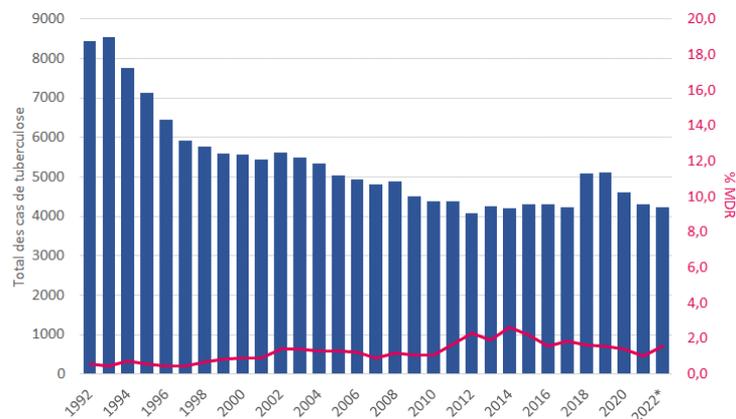
En France, la surveillance des mycobactéries et de leurs résistances aux antituberculeux est réalisée par le Centre National de Référence des Mycobactéries et de la résistance aux antituberculeux (CNR-MyRMA) et s'appuie sur un réseau de 180 laboratoires et la DO. La multi résistance (MDR) est définie comme la résistance de *M.tuberculosis* à au moins l'isoniazide (INH) et la rifampicine (RIF), 2 antituberculeux de 1^{ère} ligne.

Les données du réseau AZAY de surveillance des résistances primaires et secondaires montrent que les cas porteurs de résistance primaire aux 2 principaux antituberculeux de première ligne (rifampicine et isoniazide) sont très rares en France. Leur fréquence est logiquement plus élevée chez les cas déjà ou insuffisamment traités (résistance secondaire) (figure 16. Données actualisées en 2021).

A l'échelle nationale, le taux de tuberculoses multi résistantes déclarées (MDR) reste faible et globalement stable sur les 30 dernières années. Sous réserve de consolidation des données les plus récentes, au total 769 cas de multi résistance ont été répertoriés par le CNR MyRMA sur la période 2013-2022 et le nombre annuel moyen de cas de tuberculose MDR était de 77 [min - max : 43-110]. La progression du taux de multi résistance, observée dans les années 2010, est à considérer en perspective avec la diminution continue du dénominateur constitué par le nombre de cas de tuberculose déclarés (fig.14).

Dans les Hauts-de-France sur les 10 dernières années (2013-2022), 43 cas porteurs de multi résistance ont été déclarés, dont 3 cas en 2023 (figure 15). Le nombre annuel moyen de cas de multi résistance reste faible [min - max : 1-6] et stable dans la région.

Figure 14 : Evolution du nombre total de cas déclarés et du taux de tuberculoses multirésistantes (MDR), France, 1992-2022*.

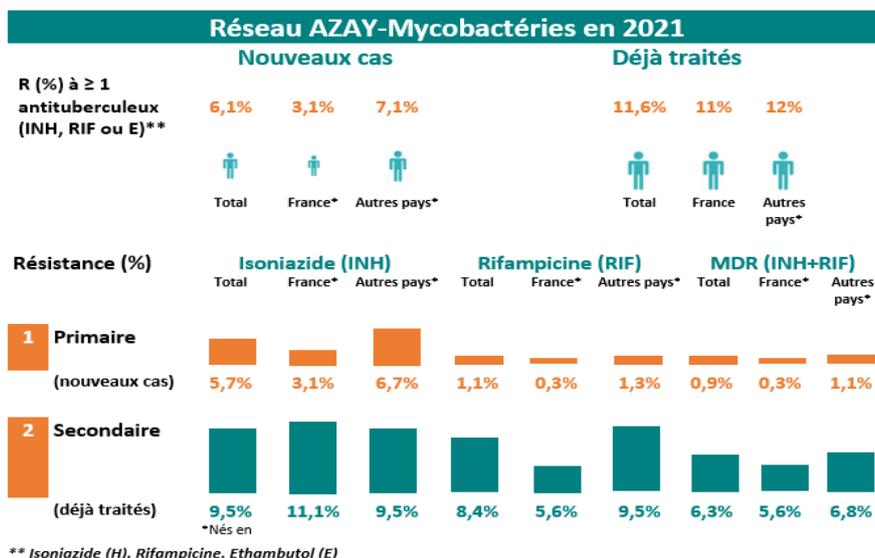


Source : CNR MyRMA, Paris; *Données provisoires non consolidées

Figure 15 : Distribution régionale des cas de tuberculose multirésistante (MDR) recensés par le CNR MyRMA en France en 2022.



Figure 16 : Résistances primaires et secondaires de *Mycobacterium* du complexe *tuberculosis* en France, 2021 (Source : CNR MyRMA, Paris)



Surveillance des issues de traitement

La surveillance des issues de traitement des patients atteints de tuberculose est un élément essentiel de la lutte antituberculeuse. Elle permet de connaître et suivre la proportion des cas qui ont achevé leur traitement et sont considérés guéris et des cas qui n'ont pas complété ou ont interrompu leur traitement qui, s'ils sont contagieux, peuvent continuer à transmettre l'infection dans la communauté.

Dans les Hauts-de-France depuis 2010, l'information sur les issues de traitement n'est renseignée en moyenne que pour la moitié des cas de tuberculose pris en charge. Sur les cas renseignés, les trois quarts (83%) avaient achevé le traitement et étaient considérés comme guéris. La complétude du traitement, à relativiser au regard du niveau faible de l'information, a progressé sur la période d'étude et se rapproche de l'objectif fixé par l'OMS de 85% de succès thérapeutique. Elle est supérieure dans la région au taux de complétude retrouvé dans la zone Europe (figures 16 et 17).

Figure 16 : Evolution des taux d'issue et complétude de traitements antituberculeux. Hauts-de-France (données actualisées à 2021). (Source DO, traitement Santé publique France)

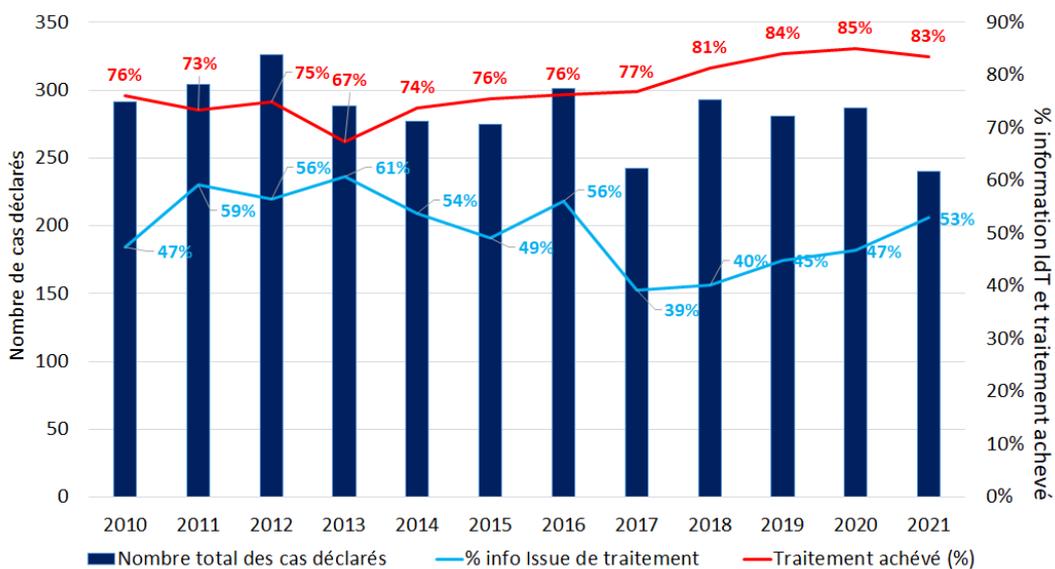
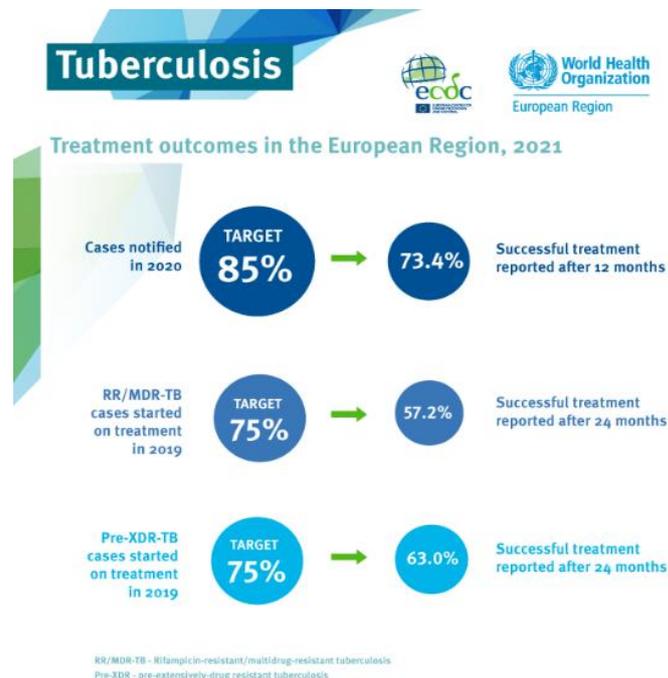


Figure 17 : Issues de traitement des cas de tuberculose pris en charge dans les pays de la zone Europe. (source : <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-tuberculosis-treatment-outcomes-european-region-2021>)



Caractéristiques épidémiologiques des infections tuberculeuses latentes (ITL) chez les moins de 18 ans

L'infection tuberculeuse latente (ITL) résulte d'une contamination après exposition aux bacilles tuberculeux (BK) disséminés par une personne souffrant de tuberculose respiratoire contagieuse. Dans la majorité des cas, les bacilles inhalés restent à l'état de latence et donnent lieu à ce qu'on appelle une ITL. À ce stade, ils sont sous contrôle et ce n'est que dans 10 % des cas environ (dont plus de la moitié au cours des 2 années suivant la contamination) qu'il peut y avoir évolution clinique vers une tuberculose active. Cette réactivation est nettement plus fréquente chez les personnes vulnérables ou immunodéprimées.

Contrairement à la maladie tuberculeuse active, la prise en charge (diagnostic et traitement) de l'ITL est moins bien intégrée dans la pratique des professionnels de santé du fait que la plupart des évidences sont faibles, comme le soulignait l'ECDC dans son dernier [avis scientifique sur le management de l'ITL dans l'Union Européenne](#). L'approche de ce groupe exposé au bacille de la tuberculose, mais pas encore symptomatique, doit être plus systématique et nécessite la mobilisation ciblée et efficace des moyens de détection et de prévention actuellement disponibles. Éviter que les personnes infectées mais qui n'ont pas encore développé la maladie, ne deviennent malades constitue un enjeu de santé publique et un axe stratégique majeur de l'élimination de la tuberculose. On estime que ce réservoir potentiel de bacilles tuberculeux représente entre un quart et un tiers de la population mondiale.

Dans les Hauts-de-France, le nombre d'ITL déclarées et prises en charge a augmenté en 2022, en particulier chez des jeunes âgés de 15 ans et plus, nés à l'étranger, arrivés depuis moins de 2 ans et vivant en hébergement collectif (tableau 3).

Des recommandations spécifiques concernant le dépistage et la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente sont disponibles : Infections tuberculeuses latentes : [Détection, prise en charge et surveillance \(HCSP, 2019\)](#).

Ce dépistage doit être ciblé en particulier sur deux groupes prioritaires :

- les personnes migrantes de moins de 18 ans provenant de pays où la prévalence de la tuberculose est élevée ;
- les personnes mineures ayant été dans l'entourage d'un malade tuberculeux.

Les tests utilisés pour le dépistage de l'infection tuberculeuse latente, qui permettent de mettre en évidence une empreinte immunologique d'un contact antérieur avec des antigènes de mycobactéries, ont fait l'objet de prises de position des experts et de textes réglementaires. Il s'agit de :

l'Intradermo Réaction à la tuberculine (IDR), test de Mantoux, Tubertest ®)

Les tests IGRA (test sanguin de mesure de la production d'interféron gamma en présence d'antigènes spécifiques de la tuberculose)

Tableau 3 : Principales caractéristiques épidémiologiques des ITL déclarées dans les Hauts-de-France, 2017-2021 vs 2022

	2017-2021 (N=235)		2022 (N=92)	
	N	%*	N	%*
Sexe				
Femme	88	39%	26	28%
Homme	135	61%	66	72%
Age				
0 à 4 ans	72	31%	10	11%
5 à 9 ans	62	26%	9	10%
10 à 14 ans	74	31%	16	17%
15 ans et plus	27	11%	57	62%
Lieu de naissance				
France	136	62%	25	29%
Etranger	82	38%	61	71%
Ancienneté sur le territoire français pour les personnes nées à l'étranger				
Moins de 2 ans	38	47%	43	70%
2-5 ans	3	4%	10	16%
6-9 ans	1	1%	0	0%
Date arrivée inconnue	40	49%	8	13%
Hébergement en collectivité pour les personnes nées à l'étranger				
oui	33	57%	38	77%
non	2	3%	5	10%
inconnu	23	40%	6	12%
Modalités du diagnostic				
Recours spontané aux soins	12	5%	1	1%
Enquête autour d'une cas	148	67%	49	53%
Dépistage systématique	51	23%	36	39%
Autre	11	5%	6	6,5%

* pourcentage parmi les cas avec information renseignée

Pour en savoir plus

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire : numéro spécial sur la tuberculose

BEH N° 6-7 | 19 mars 2024

[Rapport mondial 2023 de l'OMS sur la tuberculose](#)

[CNR Mycobactéries et résistance aux antituberculeux. Rapport d'activité 2023](#)

Santé publique France Hauts-de-France

Romane CARPENTIER

Elise DAUDENS-VAYSSE

Sylvie HAEGHEBAERT (auteur)

Nadège MEUNIER

Valérie PONTIES

Hélène PROUVOST

Karine WYNDELS

Relecteurs

Jean-Paul GUTHMANN, Direction des Maladies infectieuses, Santé publique France

Didier CHE, Direction des régions, Santé publique France

Remerciements à

Au Centre national de référence (CNR) des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux (Laboratoire de Bactériologie-Hygiène CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)

Hauts-de-France : Service de veille sanitaire de l'Agence Régionale de Santé (SVS-ARS), Centres de lutte antituberculeuse (CLAT), médecins et biologistes des établissements de santé et laboratoires de biologie médicale

Au groupe de travail « Tuberculose ». Direction des Maladies infectieuses et Direction des régions, Santé publique France.

A Quiterie Mano (Santé publique France Corse) et Anne Bernadou (Santé publique France Nouvelle-Aquitaine), pour leur appui au traitement des données et la mise à disposition des indicateurs régionaux.

Pour nous citer : Bulletin de surveillance de la tuberculose. Édition régionale Hauts-de-France. Mars 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 16 pages, 2024. Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 25 mars 2024

Contact : hautsdefrance@santepubliquefrance.fr