

TUBERCULOSE

SOMMAIRE

Points clés [p.1 Sources de données & Sigles](#) [p.2 Dispositif e-DO tuberculose](#) [p.3 Évolution de la tuberculose maladie](#) [p.4 Niveau national](#) [p.4 Niveau régional](#) [p.4 Niveau départemental](#) [p.5 Caractéristiques des cas de tuberculose maladie](#) [p.6 Caractéristiques sociodémographiques](#) [p.6 Caractéristiques clinico-biologiques](#) [p.10 Pour en savoir plus & Remerciements](#) [p.13](#)

ÉDITO

Ce Bulletin contient des informations indispensables au pilotage et aux acteurs de terrain de la tuberculose dans notre région, avec un point de satisfaction et quelques signes d'alerte.

Notre région se situe nettement au-dessous de la moyenne d'incidence nationale, et le nombre des cas à bacilles multirésistants reste faible. C'est le fruit d'une action permanente de prévention ou dépistage dévolue aux Centres de lutte antituberculeuse (CLAT), et à tous les acteurs du diagnostic et du traitement des tuberculoses. Toutefois une analyse complémentaire et une adéquation stratégique seront nécessaires pour contrer certains chiffres alarmants.

Les issues de traitement des tuberculoses sont insuffisamment rapportées, dans 65% des cas seulement (71% en France en 2014), or elles sont un critère d'efficacité du système de santé. Leur déclaration par le CLAT est une des solutions (99% connues en 2015 dans le Bas-Rhin, 98% déclarées par le CLAT), avec une amélioration de l'exhaustivité avec la télé déclaration. On devrait peu s'alarmer si le taux de « traitements achevés » se situe à 78% et n'atteint pas la barre des 85%, car les issues de traitements problématiques sont essentiellement les perdus de vue et les décès. Avec au moins 85% de traitements des tuberculoses à bacilles multirésistants achevés selon les critères spécifiques du HCSP, la Marne et les Ardennes seront des exemples à suivre.

Les disparités d'incidence selon les départements sont flagrantes, démontrant qu'une adaptation fine selon l'épidémiologie locale est plus pertinente qu'un « moyennage » opéré sur une grande région ; le rôle des grandes villes ou du statut économique de la population peut être ici invoqué. Les personnes atteintes sont préférentiellement des adultes jeunes ou vivant en collectivité, dont les contacts sociaux ou professionnels justifient pleinement des enquêtes d'entourage ouvertes au milieu du travail ou au dépistage de populations difficiles à atteindre comme dans certains foyers d'hébergement social ; une unité mobile de dépistage trouvant ici tout son sens.

Corrélativement à l'épidémiologie, la question du dépistage des personnes migrantes primo-arrivantes est très actuelle puisqu'une instruction relative au parcours migrants vient d'être diffusée le 8 juin 2018 par la Direction Générale de la Santé (DGS).

Enfin une dynamique est en cours. L'analyse des déterminants épidémiologiques de la tuberculose en maillage fin dans notre région et de leur évolution seront facilitées par la télé déclaration de la tuberculose. Celle des infections latentes chez les enfants et certains adultes, en amont, est en phase de redéfinition à la suite de l'avis du HCSP rendu prochainement sur saisine de la DGS. La HAS travaille parallèlement sur le dépistage de la tuberculose maladie. La feuille de route sur la prévention de la tuberculose publiée par la DGS le 27 mars 2019 à l'occasion de la Journée nationale tuberculose donne un nouveau souffle au Programme national de lutte antituberculeuse.

Dr Philippe Fraisse,

CLAT Bas-Rhin, Groupe pour l'enseignement et la recherche en pneumo-infectiologie de la SPLF - Réseau des CLATs.

POINTS CLÉS

- Le **nombre de cas de tuberculose maladie déclarés était de 282** en 2017, un nombre inférieur de 15% à celui de 2016 (330) et équivalent à celui de 2015 (284). En 2015, **47 décès liés à la tuberculose** ont été enregistrés.
- Le **taux de déclaration était de 5,1 cas pour 100 000 habitants en 2017**, en baisse de 14% par rapport à 2016 (5,9) mais stable par rapport à 2015 (5,1). **Les taux de déclaration les plus élevés** étaient observés dans la **Marne** et le **Bas-Rhin**, avec respectivement 8,5 et 6,7 cas pour 100 000 habitants.
- En 2017, **le taux de déclaration était deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes**, avec respectivement 7,0 et 3,3 cas pour 100 000 habitants.
- Entre 2016 et 2017, la **proportion des cas vivant en hébergement collectif a augmenté** (+47%), ainsi que le nombre de cas sans domicile fixe (13 cas contre 5 en 2016).
- Le pourcentage de cas déclarés sur la période 2010–2014 avec un traitement achevé à 12 mois après le diagnostic était de 78%, et **n'atteignait donc pas l'objectif cible de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 85%**.
- Parmi les cas déclarés sur la période 2010–2014 et après 12 mois de traitement, **5% étaient perdus de vue**.

SOURCES DE DONNÉES

Les données présentées dans ce bulletin portent sur les cas de **tuberculose maladie** déclarés dans la région Grand Est, que les patients soient domiciliés ou non dans la région. Le recueil de ces données repose sur la **déclaration obligatoire (DO)**, en vigueur depuis 1964. Les données recueillies dans le cadre de la DO comprennent l'âge, le sexe, le pays de naissance, le fait d'être sans domicile fixe ou d'être hébergé en collectivité, l'exercice d'une profession à caractère sanitaire ou social, le contexte diagnostique, la localisation tuberculeuse, et les résultats de microscopie, de culture et d'antibiogramme pour l'isoniazide et la rifampicine. Depuis 2007, les cas de tuberculose maladie doivent également faire l'objet d'une **déclaration d'issue de traitement** qui permet de suivre le devenir des cas à 12 mois.

Dans le cadre de la DO de tuberculose maladie, un cas confirmé est défini comme une personne ayant une maladie due à une mycobactérie du complexe *tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microtti*, *M. canetti*, *M. caprae* ou *M. pinnipedii*) prouvée par la culture. Un cas probable est défini comme une personne présentant des signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose maladie, et pour laquelle un traitement antituberculeux standard a été prescrit. Tout clinicien ou biologiste qui suspecte ou diagnostique un cas de tuberculose maladie doit le déclarer à l'Agence régionale de santé (ARS).

Les informations recueillies par l'ARS sont partagées avec le Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) qui met en œuvre des mesures de suivi individuel et de prévention collective. Ces informations sont également saisies dans le logiciel BK4 et sont transmises une fois par an à Santé publique France sous la forme d'un fichier électronique anonymisé. Après validation des données, Santé publique France effectue une analyse épidémiologique afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales, et transmet une base nationale consolidée à l'ECDC et à l'OMS.

Par ailleurs, les **données de résistance aux antituberculeux** proviennent des laboratoires de biologie médicale et du Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA). Les **données de mortalité** (codes CIM-10 A15–A19 et B90) sont issues du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Enfin, les données de population ont été fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

L'**infection tuberculeuse latente** chez l'enfant de moins de 15 ans doit faire l'objet d'une DO depuis 2003. Elle n'est pas abordée dans ce bulletin.

SIGLES

BCG : Vaccin bilité de Calmette et Guérin

CIM : Classification internationale des maladies

ECDC : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

OMS : Organisation mondiale de la santé

CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

DGS : Direction Générale de la Santé

DISPOSITIF E-DO TUBERCULOSE

Santé publique France a initié la modernisation du dispositif des 34 maladies à déclaration obligatoire avec la télé-déclaration par le biais d'une application web : e-DO (www.e-do.fr). Après une phase pilote, e-DO a été rendue disponible pour l'ensemble du territoire français en avril 2016 pour l'infection par le VIH/SIDA. En 2020, l'application sera effective pour la tuberculose. Elle permettra aux cliniciens et biologistes de déclarer en ligne les cas de tuberculose.

Plus efficient, plus réactif et plus sécurisé, le nouveau dispositif de la DO a plusieurs objectifs :

- Simplifier le processus de notification ;
- Améliorer la qualité et les délais de transmission des notifications ;
- Réduire la charge manuelle de traitement des fiches papier dans les ARS ;
- Optimiser les échanges entre les acteurs de la déclaration ;
- Garantir une traçabilité des DO ;
- Maintenir un haut niveau de sécurité.

La télé-déclaration permet en effet aux autorités sanitaires de recevoir en temps réel les déclarations émises par les professionnels de santé.

Conformément aux exigences réglementaires sur la conservation et la transmission de données médicales individuelles, l'authentification des cliniciens et biologistes 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 (technicien d'études cliniques, interne...). Le déclarant titulaire peut créer un compte pour un agent qui saisira des déclarations sous sa responsabilité. Les déclarants titulaires et les personnes autorisées partagent un même espace déclarant. Ils ont le même niveau de visibilité sur toutes les déclarations de leur espace déclarant commun.

Ces cartes électroniques, émises par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), permettent de garantir l'identité des professionnels de santé. Elles sont distribuées automatiquement par l'ASIP Santé à tous les professionnels de santé inscrits aux ordres des médecins, pharmaciens, sages-femmes et chirurgiens-dentistes, et doivent être commandées pour les professionnels de santé non médicaux salariés d'une structure de soins ou d'une structure autorisée (Santé publique France, ARS, établissements hospitaliers...).

Ce prérequis technique pour l'authentification des déclarants via le dispositif CPx permet de garantir un haut niveau de sécurité de l'application e-DO. L'ASIP Santé, en partenariat avec Santé publique France, assure un support téléphonique (numéro d'appel : 0 809 100 003) pour assister les déclarants dans les démarches d'équipement de leurs structures (cartes CPx et lecteurs de cartes) et dans l'utilisation de l'application.

Deux grandes phases ont été nécessaires au fonctionnement de l'application :

- La migration de BK4 à isopérimètre vers la plateforme e-DO, opérationnelle depuis mai 2017.
- La télé-déclaration pour les déclarants et les partenaires (ARS, CLAT, CNR...), opérationnelle depuis février 2019.

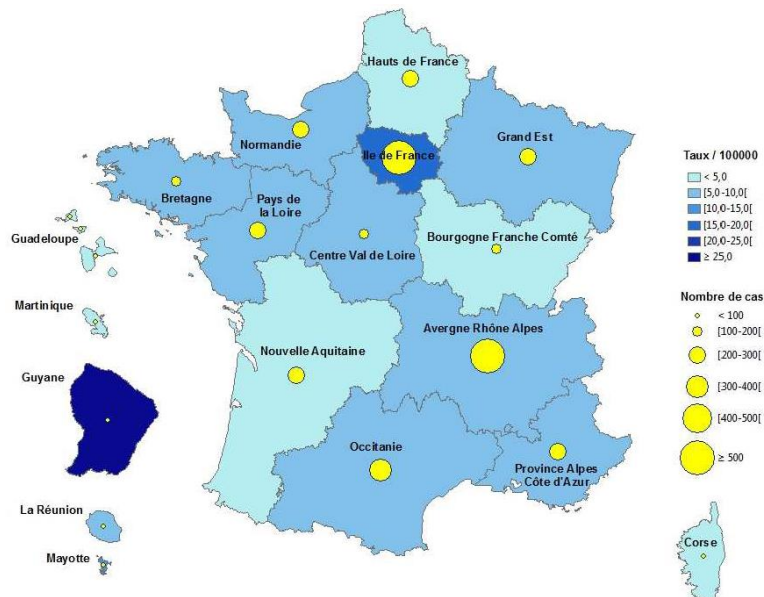
Afin d'accompagner les structures et les déclarants tout au long de l'année 2019 pour un déploiement effectif au premier semestre 2020, plusieurs sessions de formation et de présentation de l'application seront organisées par Santé publique France en région.

ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE MALADIE

Niveau national

En 2017, 5 005 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en France, soit un taux de déclaration de 7,5 cas pour 100 000 habitants. Les régions les plus touchées étaient la Guyane, l'Île-de-France et Mayotte, avec respectivement 32,5, 15,8 et 14,0 cas pour 100 000 habitants (*figure 1*). Dans les autres régions métropolitaines et ultramarines, le taux de déclaration était systématiquement inférieur à 10 cas pour 100 000 habitants.

Figure 1 : Nombre de cas déclarés et taux de déclaration de tuberculose maladie par région de déclaration, France entière, 2017

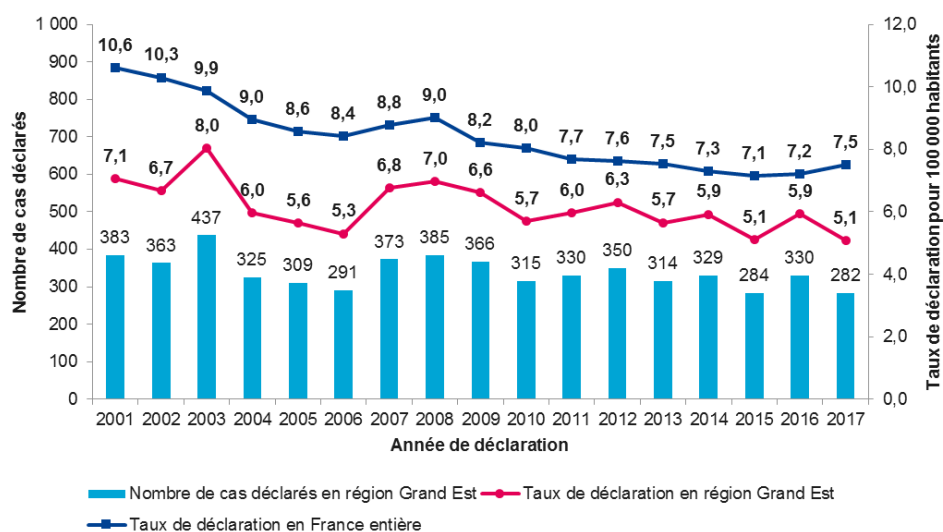


Sources : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France) et estimations localisées de population (Insee).

Niveau régional

En 2017, 282 cas de tuberculose maladie ont été déclarés dans la région Grand Est, soit un taux de déclaration de 5,1 cas pour 100 000 habitants. Sur toute la période 2001-2017, la région a enregistré un taux de déclaration de tuberculose maladie inférieur au taux national (*figure 2*).

Figure 2 : Évolution du nombre de cas déclarés et du taux de déclaration de tuberculose maladie, Grand Est, 2001–2017



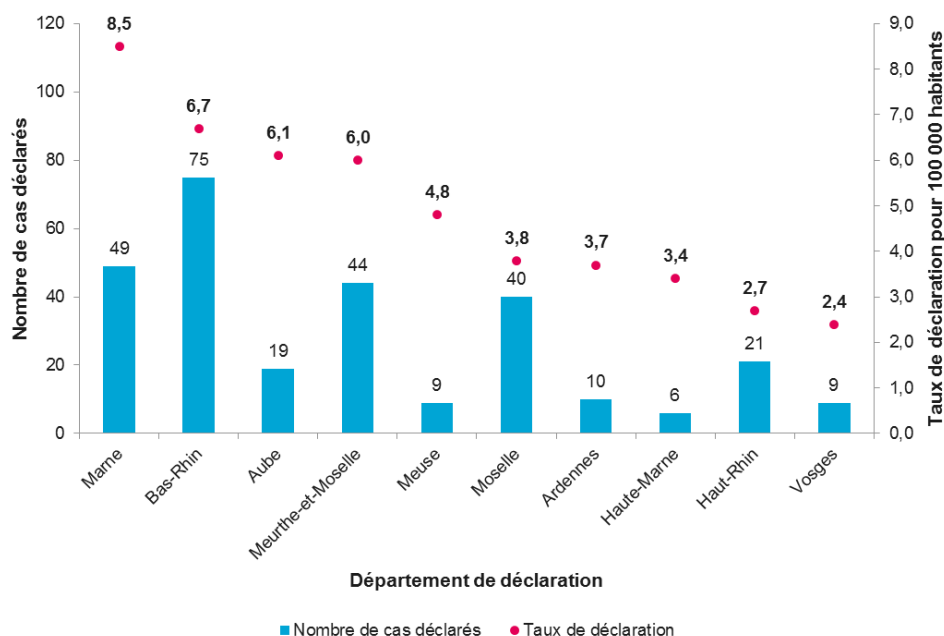
Sources : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France) et estimations localisées de population (Insee).

En 2015, le taux de déclaration en région Grand Est a atteint son niveau le plus bas depuis 2001, avec 5,1 cas pour 100 000 habitants (n=284). En 2016, ce taux est passé à 5,9 cas pour 100 000 habitants (n=330), soit une augmentation de 16%. En 2017, le taux de déclaration a diminué de 14%.

Niveau départemental

En 2017, les départements de la Marne et du Bas-Rhin présentaient les taux de déclaration de tuberculose maladie les plus élevés de la région, avec respectivement 8,5 et 6,7 cas pour 100 000 habitants (*figure 3*). À l'inverse, les Vosges et le Haut-Rhin affichaient les taux les plus faibles, avec respectivement 2,4 et 2,7 cas pour 100 000 habitants.

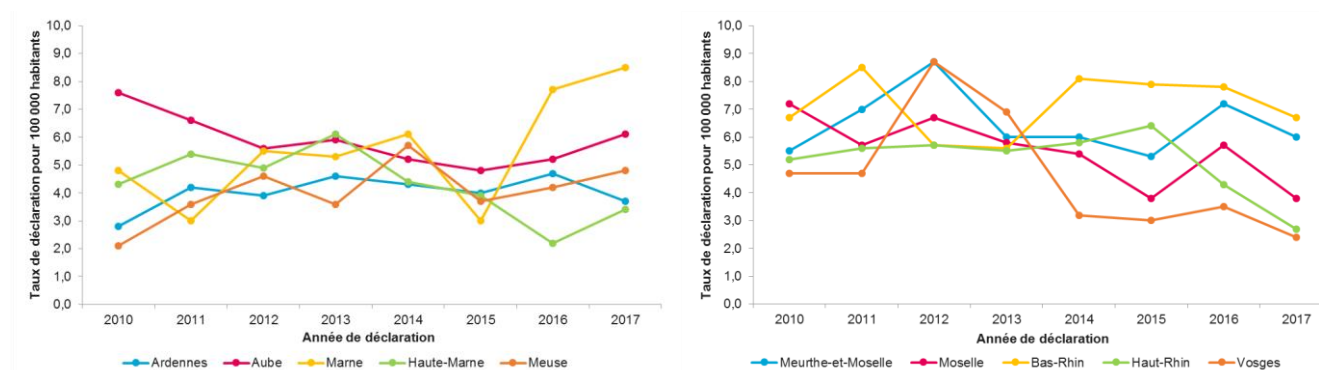
Figure 3 : Nombre de cas déclarés et taux de déclaration de tuberculose maladie par département de déclaration, Grand Est, 2017



Sources : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France) et estimations localisées de population (Insee).

L'évolution des taux de déclaration au cours des dernières années est hétérogène selon les départements (*figure 4*).

Figure 4 : Évolution du taux de déclaration* de tuberculose maladie par départements de déclaration, Grand Est, 2010–2017



* Taux de déclaration pour 100 000 habitants.

Sources : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France) et estimations localisées de population (Insee).

Dans la Marne, après une baisse importante en 2015 (3,0 cas pour 100 000 habitants), le taux de déclaration a fortement augmenté en 2016 et 2017 avec respectivement 7,7 et 8,5 cas pour 100 000 habitants, soit une hausse de 183% entre 2015 et 2017. En 2017, la Marne est le seul département de la région dont le taux de déclaration est supérieur au taux national.

Dans l'Aube et la Meuse, le taux de déclaration a augmenté en 2016 et 2017. Dans les Ardennes, la Meurthe-et-Moselle, la Moselle et les Vosges, ce taux a augmenté en 2016, puis a diminué en 2017. L'inverse s'est produit en Haute-Marne, avec une baisse en 2016 et une hausse en 2017. Dans le Haut-Rhin et le Bas-Rhin, le taux de déclaration a décliné en 2016 et 2017.

CARACTÉRISTIQUES DES CAS DE TUBERCULOSE MALADIE EN RÉGION GRAND EST

Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des cas de tuberculose maladie déclarés dans la région Grand Est en 2016 et 2017 sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des cas déclarés de tuberculose maladie, Grand Est, 2016–2017

	2016	2017
Nombre de cas	330	282
Sexe		
<i>Données manquantes</i>	2	0
Hommes	213 (65%)	188 (67%)
Femmes	115 (35%)	94 (33%)
Âge		
<i>Données manquantes</i>	0	0
Âge médian	44 ans	39 ans
Étendue	1–94 ans	1–94 ans
Pays de naissance		
<i>Données manquantes</i>	38	16
France	131 (45%)	112 (42%)
Etranger	161 (55%)	154 (58%)
Afrique du Nord	44 (15%)	46 (17%)
Afrique subsaharienne	61 (21%)	58 (22%)
Amérique/Océanie	2 (1%)	5 (2%)
Asie	12 (4%)	21 (8%)
Europe (hors France)	42 (14%)	24 (9%)
Enfants de moins de 15 ans	9 (3%)	14 (5%)
<i>Données manquantes</i>	0	0
Dont nés à l'étranger	3 (33%)	2 (14%)
<i>Données manquantes</i>	0	0
Dont vaccinés avec le BCG	6 (75%)	5 (42%)
<i>Données manquantes</i>	1	2
Sans domicile fixe	5 (2%)	13 (6%)
<i>Données manquantes</i>	62	46
Hébergement collectif	50 (18%)	64 (26%)
<i>Données manquantes</i>	49	37
Dont centre d'hébergement collectif	25 (50%)	40 (63%)
Dont établissement pour personnes âgées	4 (8%)	4 (6%)
Dont établissement pénitentiaire	7 (14%)	5 (8%)
Dont autre	9 (18%)	13 (20%)
Dont non spécifié	5 (10%)	2 (3%)
Profession sanitaire ou sociale	24 (9%)	17 (8%)
<i>Données manquantes</i>	70	56
Contexte diagnostique		
<i>Données manquantes</i>	36	30
Recours spontané au système de soins	203 (69%)	177 (70%)
Enquête autour d'un cas	21 (7%)	21 (8%)
Dépistage	11 (4%)	17 (7%)
Autre	59 (20%)	37 (15%)

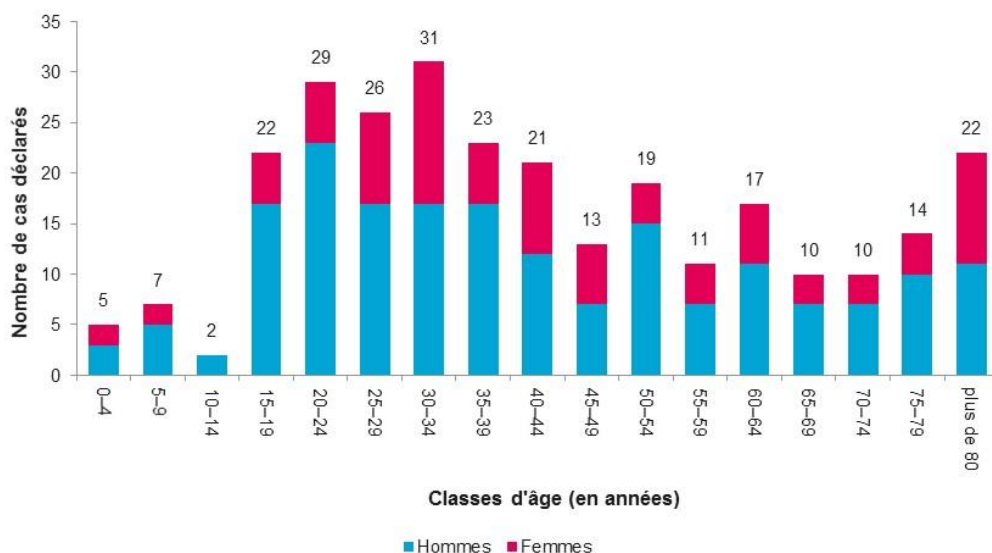
Source : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France).

• Âge et sexe

Au cours des dernières années, la tuberculose maladie a davantage touché les hommes que les femmes, avec un sex-ratio de 1,9 en 2016 et de 2,0 en 2017 (*tableau 1*), alors qu'il était de 1,4 en 2015.

En 2017, au niveau régional, l'âge médian des cas était de 39 ans. Plus de la moitié des cas (54%) avaient entre 15 et 44 ans (*figure 5*). Seuls 5% des cas avaient moins de 15 ans et 20% avaient 65 ans ou plus. Les classes d'âge les plus touchées étaient les 20–29 ans (21% des cas) chez les hommes et les 30–39 ans (21% des cas) chez les femmes.

Figure 5 : Répartition des cas déclarés de tuberculose maladie par classe d'âge et par sexe, Grand Est, 2017



Source : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France).

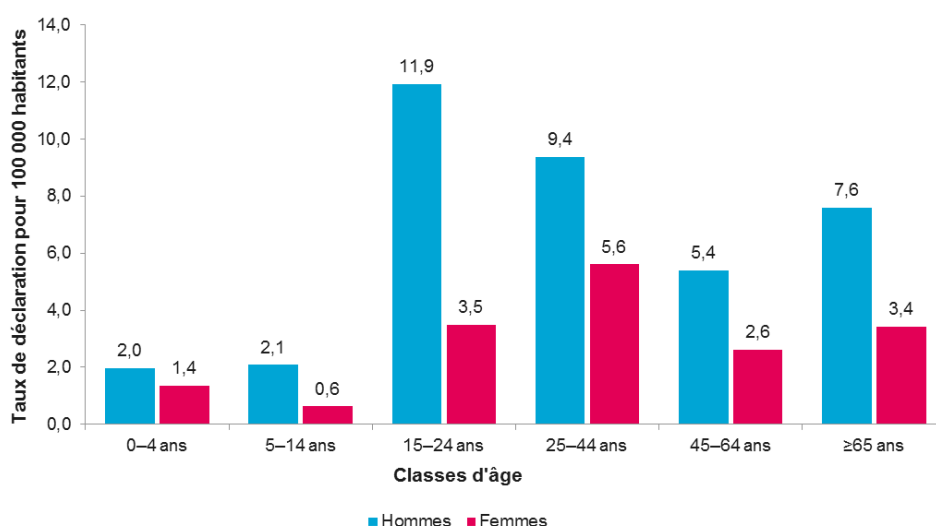
Parmi les enfants de moins de 15 ans diagnostiqués en région Grand Est en 2017 (n=14) :

- 5 (41%) des 12 enfants pour lesquels l'information était renseignée étaient vaccinés par le BCG.
- 1 (10%) des 10 enfants pour lesquels l'information était disponible avait des antécédents personnels de tuberculose.
- 10 (91%) des 11 enfants pour lesquels l'information était complétée avaient des antécédents familiaux de tuberculose et 1 enfant vivait en collectivité.
- Au total 12 (85%) des 14 enfants auraient dû être vaccinés selon les recommandations du HCSP, mais seuls 5 (41%) l'étaient effectivement.

Au niveau départemental, l'âge médian était le plus bas dans la Meuse (32 ans) et en Meurthe-et-Moselle (33 ans), et le plus élevé dans l'Aube (45 ans) et en Haute-Marne (58 ans).

En 2017, le taux de déclaration de tuberculose maladie dans la région Grand Est était deux fois plus élevé chez les hommes (7,0 cas pour 100 000 habitants) que chez les femmes (3,3 cas pour 100 000 habitants). Des taux de déclaration plus importants chez les hommes ont également été retrouvés pour chacune des classes d'âge (*figure 6*). Les taux les plus élevés ont été enregistrés chez les adultes de 15 à 44 ans, suivis des adultes de 65 ans et plus. Les taux les plus faibles ont été observés chez les enfants de moins de 15 ans.

Figure 6 : Taux de déclaration de tuberculose maladie par classe d'âge et par sexe, Grand Est, 2017



Sources : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France) et estimations localisées de population (Insee).

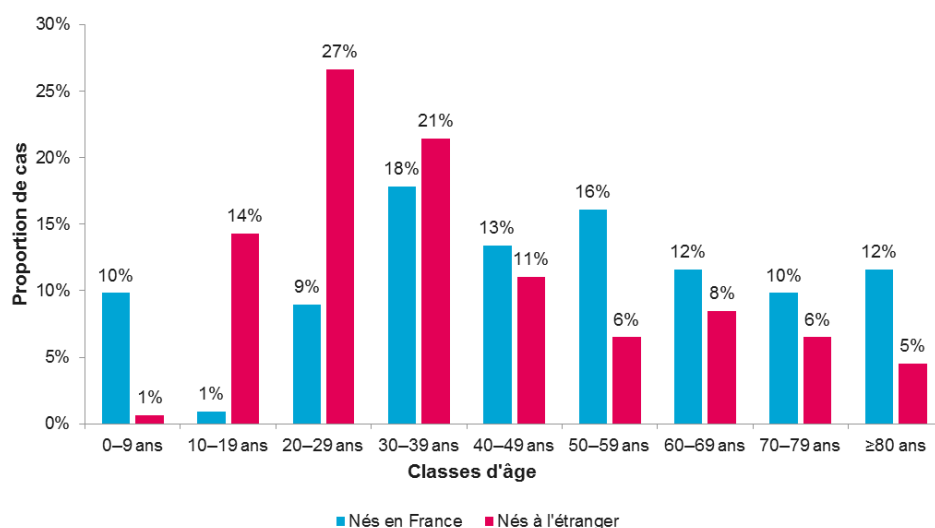
• Pays de naissance

Dans la région Grand Est, la part des cas de tuberculose maladie nés à l'étranger est supérieure à celle des cas nés en France depuis 2014.

En 2017, parmi les 266 cas pour lesquels l'information était renseignée, plus de la moitié (n=154, 58%) étaient nés à l'étranger, une proportion en légère hausse par rapport à 2016 (*tableau 1*). Parmi ces 154 cas, 38% étaient nés en Afrique subsaharienne, 30% en Afrique du Nord, 16% en Europe (hors France), 14% en Asie et 3% en Amérique/Océanie. Parmi les 14 cas de moins de 15 ans, seuls 2 (14%) étaient nés à l'étranger, mais 10 (71%) avaient au moins un de leurs parents né à l'étranger.

Chez les personnes nées à l'étranger, la classe d'âge la plus touchée était celle des 20–29 ans (27% des cas), et chez les personnes nées en France, celle des 30–39 ans (18% des cas) (*figure 7*). De plus, 41% des cas nés à l'étranger avaient entre 10 et 29 ans, contre seulement 10% des cas nés en France.

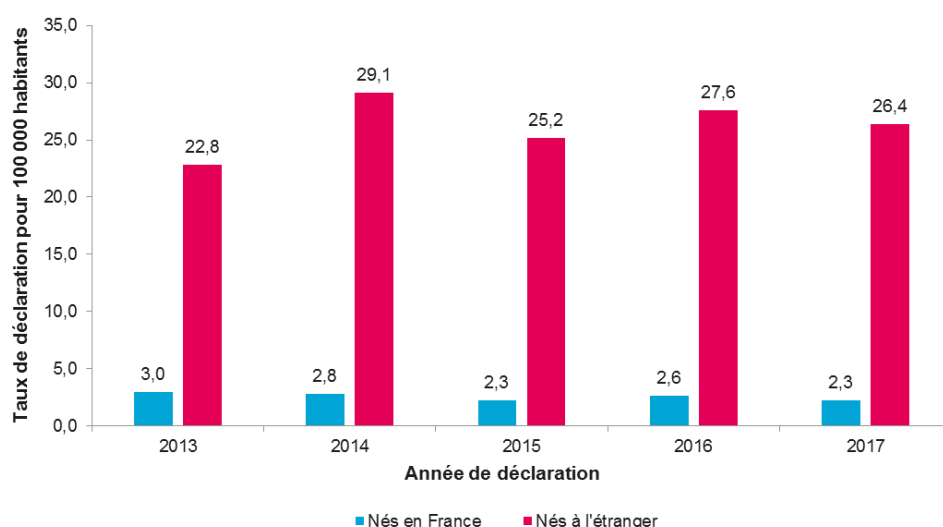
Figure 7 : Distribution des âges des cas déclarés de tuberculose maladie par lieu de naissance, Grand Est, 2017



Source : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France).

En 2017, le taux de déclaration chez les personnes nées à l'étranger (26,4 cas pour 100 000 habitants) était 12 fois plus élevé que chez les personnes nées en France (2,3 cas pour 100 000 habitants) (*figure 8*). Les taux de déclaration les plus importants ont été enregistrés chez les personnes nées en Afrique subsaharienne, suivies par les personnes nées en Asie.

Figure 8 : Taux de déclaration de tuberculose maladie par lieu de naissance, Grand Est, 2013–2017



Sources : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France) et estimations localisées de population en 2015 (Insee).

La date d'entrée en France était renseignée pour 85% (n=131) des cas nés à l'étranger en 2017, contre 74% (n=119) en 2016. Parmi eux, la proportion de nouveaux arrivants, c'est-à-dire de personnes arrivées en France dans un délai de 2 ans, a significativement augmenté, passant de 34% (n=40) en 2016 à 47% (n=61) en 2017 ($p=0,037$).

• Précarité résidentielle

En 2017, parmi les 236 cas pour lesquels l'information était disponible, 6% (n=13) étaient des personnes sans domicile fixe, une proportion significativement plus élevée qu'en 2016 (2%) ($p=0,028$) (*tableau 1*). Parmi les 227 cas pour lesquels le lieu de naissance était également renseigné, la proportion de personnes nées à l'étranger était significativement plus élevée parmi les cas sans domicile fixe (13/13, 100%) que parmi les cas ayant un domicile fixe (114/214, 53%) ($p<0,001$).

En 2017, parmi les 245 cas pour lesquels l'information était complétée, 26% (n=64) vivaient en collectivité, une proportion significativement plus élevée qu'en 2016 (18%) ($p=0,021$) (*tableau 1*). Parmi ces 64 cas, 63% résidaient dans un centre d'hébergement collectif, 8% dans un établissement pénitentiaire et 6% dans un établissement accueillant des personnes âgées.

• Profession sanitaire ou sociale

En 2017, parmi les 226 cas pour lesquels l'information était disponible, 8% (n=17) avaient une profession à caractère sanitaire ou social, une proportion stable par rapport à 2016 (*tableau 1*). Parmi ces 17 cas, 5 travaillaient dans un établissement de santé et 1 au contact d'enfants de moins de 15 ans.

• Contexte diagnostique

En 2017, parmi les 252 cas pour lesquels l'information était renseignée, plus de deux tiers des cas (70%) ont été diagnostiqués suite à un recours spontané au système de soins, une proportion stable par rapport à 2016 (*tableau 1*). Les enquêtes autour d'un cas et les dépistages représentaient respectivement 8% et 7% des diagnostics.

Toutefois, chez les enfants de moins de 15 ans (n=12), plus de la moitié des cas (58%) ont été diagnostiqués suite à une enquête autour d'un cas.

Parmi les 171 cas pour lesquels l'information était complétée, 22 (13%) avaient des antécédents personnels de tuberculose maladie. La notion de traitement antituberculeux antérieur n'était pas disponible.

Caractéristiques clinico-biologiques

• Localisation tuberculeuse

Parmi les 282 cas de tuberculose maladie déclarés en région Grand Est en 2017, 200 (71%) présentaient une localisation pulmonaire associée ou non à d'autres localisations, et 82 (29%) avaient une localisation exclusivement extrapulmonaire (*tableau 2*). Chez les 14 enfants de moins de 15 ans, 8 (57%) présentaient une localisation pulmonaire.

Tableau 2 : Localisation générale des cas déclarés de tuberculose maladie, Grand Est, 2016–2017

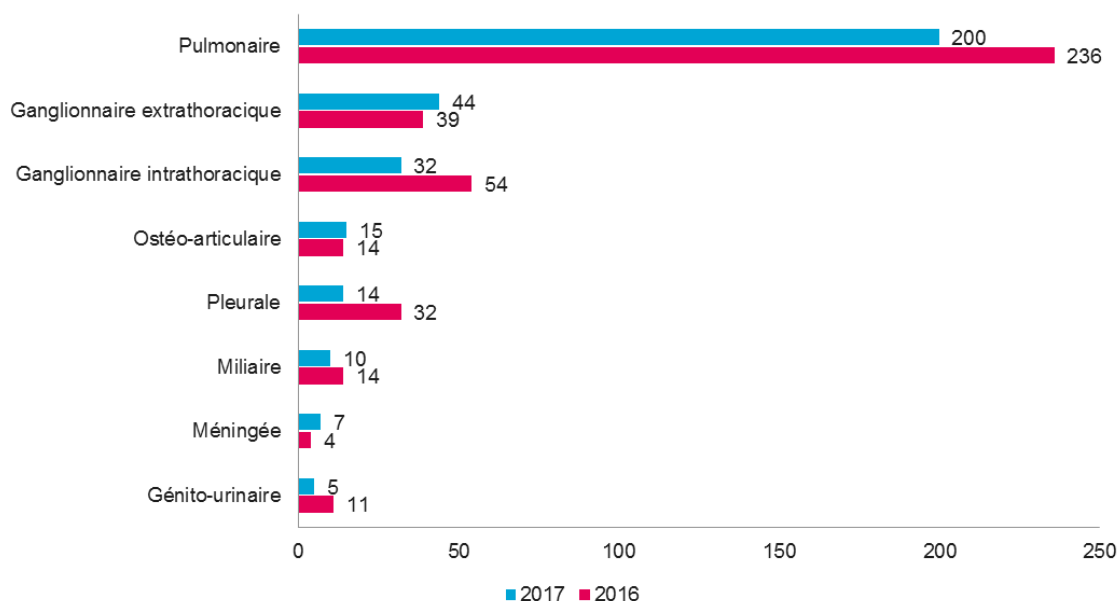
	2016	2017
Nombre de cas	330	282
Localisation tuberculeuse		
<i>Données manquantes</i>	1	0
Pulmonaire seule	183 (56%)	150 (53%)
Extrapulmonaire seule	93 (28%)	82 (29%)
Pulmonaire et extrapulmonaire	53 (16%)	50 (18%)

Source : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France).

En 2017, parmi les 200 cas avec localisation pulmonaire, 76 (38%) avaient une microscopie positive (bacille retrouvé à l'examen direct à la microscopie), et étaient donc considérés comme hautement contagieux. Parmi les 124 cas restants, 77 (soit 39% des 200 formes pulmonaires) avaient une culture positive, et étaient donc considérés comme potentiellement contagieux.

Quinze formes ostéo-articulaires, 14 formes pleurales et 5 formes génito-urinaires ont été rapportées (*figure 9*). Seize formes sévères (9 miliaires, 6 méningées, et 1 miliaire et méningée) ont été rapportées chez 10 hommes et 6 femmes, dont une forme méningée chez un enfant de 1 an.

Figure 9 : Localisations détaillées des cas déclarés de tuberculose maladie*, Grand Est, 2016–2017



* Données non mutuellement exclusives : un même cas peut présenter plusieurs localisations tuberculeuses.

Source : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France).

• Résistance aux antituberculeux

La tuberculose doit habituellement être traitée par une association de quatre antituberculeux de première ligne. Toutefois, une tuberculose multirésistante peut se développer lorsque ces antituberculeux de première ligne sont mal utilisés ou mal administrés et deviennent ainsi inefficaces. La tuberculose multirésistante est plus longue à traiter et nécessite des antituberculeux de deuxième ligne, qui sont plus chers et produisent davantage d'effets secondaires. Une tuberculose ultrarésistante apparaît quand ces médicaments de deuxième ligne sont eux aussi mal utilisés ou mal administrés, limitant ainsi dangereusement les options de traitement.

En 2018, le CNR-MyRMA a reçu les échantillons biologiques (prélèvements ou souches) de 82 cas de tuberculose multirésistante ou ultrarésistante, un nombre identique à 2017 (*tableau 3*). Parmi eux, 7 (9%) provenaient de la région Grand Est, un chiffre en hausse par rapport à 2017 (n=2, soit 2%).

Tableau 3 : Nombre d'échantillons biologiques de cas de tuberculose multirésistante ou ultrarésistante reçus par le CNR-MyRMA selon la région du laboratoire ayant effectué l'envoi, France entière, 2014–2018

Région	2014	2015	2016	2017	2018
Auvergne-Rhône-Alpes	13	11	5	5	9
Bourgogne-Franche-Comté	2	0	1	0	1
Bretagne	0	2	2	3	4
Centre-Val de Loire	2	1	1	3	4
Corse	1	1	0	0	0
Grand Est	5	3	4	2	7
Guadeloupe	0	0	0	0	0
Guyane	0	0	0	0	0
Hauts-de-France	8	6	4	4	6
Île-de-France	58	48	32	41	29
La Réunion	2	0	0	1	0
Martinique	0	0	0	0	0
Mayotte	0	0	0	0	0
Normandie	6	3	3	4	2
Nouvelle-Aquitaine	2	11	6	6	7
Nouvelle-Calédonie	0	0	0	1	0
Occitanie	7	5	2	3	5
Pays de la Loire	0	4	2	3	2
Polynésie française	0	1	1	4	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6	3	8	2	4
France entière	112	99	71	82	82

Source : bilan national de la résistance aux antituberculeux (CNR-MyRMA).

• Issues de traitement

Sur la période de 2010 à 2014 (données les plus récentes), les issues de traitement à 12 mois après le diagnostic étaient renseignées pour 65% des cas déclarés en région Grand Est (*tableau 4*). Les informations étaient disponibles tous les ans pour les dix départements, sauf pour les Ardennes en 2010 et 2013, l'Aube en 2013, la Haute-Marne en 2011, 2012 et 2013, et la Meuse en 2010. Pour quatre départements (Ardennes, Haute-Marne, Meuse et Moselle), les issues de traitement étaient renseignées pour moins de 50% de cas déclarés.

Tableau 4 : Issues de traitement à 12 mois post-diagnostic des cas déclarés de tuberculose maladie par département de déclaration, Grand Est, 2010–2014

	Nombre de cas déclarés en 2010–2014		Proportion de cas parmi les cas déclarés en 2010–2014 avec issue de traitement renseignée					
	Nombre total de cas	Nombre et proportion de cas avec issue de traitement renseignée	Traitement achevé	Décédés	Traitement arrêté et non repris	Toujours en traitement à 12 mois	Transférés	Perdus de vue
Ardennes	44	13 (30%)	85%	8%	0%	8%	0%	0%
Aube	78	64 (82%)	77%	13%	3%	2%	0%	6%
Marne	142	73 (51%)	88%	5%	1%	1%	0%	4%
Haute-Marne	35	6 (17%)	67%	17%	0%	0%	0%	17%
Meurthe-et-Moselle	252	169 (67%)	72%	5%	2%	2%	14%	5%
Meuse	42	12 (29%)	67%	17%	0%	0%	17%	0%
Moselle	329	126 (38%)	78%	11%	2%	2%	3%	4%
Bas-Rhin	384	346 (90%)	77%	6%	2%	6%	4%	5%
Haut-Rhin	210	180 (86%)	82%	7%	1%	2%	4%	3%
Vosges	114	71 (62%)	76%	4%	1%	3%	11%	4%
Grand Est	1630	1060 (65%)	78%	7%	2%	3%	6%	5%

Source : déclaration obligatoire de la tuberculose (Santé publique France).

Entre 2010 et 2014, parmi les 1 060 cas déclarés en région Grand Est pour lesquels l'issue de traitement était documentée :

- 822 (78%) avaient complété leur traitement antituberculeux et étaient considérés comme guéris.
- 74 (7%) étaient décédés pendant le traitement, que le décès soit lié ou non à la tuberculose.
- 60 (6%) étaient suivis par un autre médecin que le médecin déclarant, l'issue du traitement n'étant alors pas connue.
- 50 (5%) étaient perdus de vue.
- 36 (3%) étaient toujours en traitement (traitement initialement prévu pour plus de 12 mois, traitement modifié, ou traitement interrompu pendant plus de deux mois).
- 18 (2%) avaient interrompu leur traitement et ne l'avaient pas repris (diagnostic de tuberculose écarté par exemple).

Les issues de traitement sont hétérogènes selon les départements notamment du fait des faibles effectifs dans certains départements.

• Décès liés à la tuberculose

En 2015 (données les plus récentes), 41 décès liés à la tuberculose ont été déclarés en région Grand Est, soit un taux de mortalité spécifique de 0,74 décès pour 100 000 habitants (*tableau 5*). La Meuse est le département de la région qui présentait le taux le plus élevé de la région, avec 2,10 décès liés à la tuberculose pour 100 000 habitants.

Tableau 5 : Nombre de décès et taux de spécifique de mortalité* liés à la tuberculose par département de déclaration, Grand Est, 2015

Département	Nombre de décès	Taux de mortalité
Ardennes	2	0,72
Aube	3	0,97
Marne	4	0,70
Haute-Marne	1	0,56
Meurthe-et-Moselle	7	0,95
Meuse	4	2,10
Moselle	6	0,57
Bas-Rhin	7	0,63
Haut-Rhin	6	0,79
Vosges	1	0,27
Grand Est	41	0,74
France entière	431	0,65

* Taux de mortalité pour 100 000 habitants.

Sources : base des causes médicales de décès (CépiDc) et estimations localisées de population (Insee).

POUR EN SAVOIR PLUS

Les modalités de déclaration de la tuberculose se trouvent ici : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Tuberculose/Comment-signaler-et-notifier-la-tuberculose>.

Les données épidémiologiques nationales sur la tuberculose sont disponibles ici : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Tuberculose/Donnees-epidemiologiques>.

REMERCIEMENTS

Santé publique France Grand Est tient à remercier les personnels de santé impliqués dans les soins aux personnes atteintes de tuberculose, les cliniciens et biologistes déclarants, l'ARS Grand Est, et les CLAT de la région.

COMITÉ DE RÉDACTION

Santé publique France Grand Est : Julie Wendling, Jenifer Yai, Michel Vernay

CLAT Bas-Rhin. Groupe pour l'enseignement et la recherche en pneumo-infectiologie de la SPLF : Dr Philippe Fraisse

Contact : GrandEst@santepubliquefrance.fr