

TUBERCULOSE

SOMMAIRE

Edito [p.1 Introduction](#) [p.2 Point clés](#) [p.2 Surveillance de la tuberculose maladie](#) [p.3 Surveillance des issues de traitements](#)
[p.8 Focus : Tuberculoses multi résistantes](#) [p.9 Méthode](#) [p.10 La réforme des CLAT](#) [p.11 La coordination régionale des CLAT](#) [p.12 Dispositif e-DO Tuberculose](#) [p.13](#)

ÉDITO

L'activité des Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) a été fortement perturbée par la pandémie de Covid-19.

Les effectifs des personnels ont été réduits et l'accès aux services a été rendu compliqué pour les patients du fait des mesures de contrôle à l'entrée des établissements, en particulier pour les patients non vaccinés, ou se présentant sans rendez-vous, ou ne maîtrisant pas le français.

Dans ce contexte, les CLAT se sont adaptés en maintenant les missions prioritaires, à savoir, le suivi des patients tuberculeux avec en particulier la délivrance des médicaments aux patients sans couverture sociale et les enquêtes familiales dans l'entourage des patients contagieux.

Une baisse sensible du nombre de nouveaux cas a été observée entre 2019 et 2020, aussi bien au niveau local (de 122 à 73 cas en Haute Garonne) qu'au niveau national où une diminution de 10% a été enregistrée alors qu'elle était en moyenne de 1,7% par an au cours des 30 dernières années.

L'explication pourrait être plurifactorielle : fermeture des frontières, réduction du nombre de contacts potentiels par le confinement, diminution du risque de transmission par la mise en place des mesures barrière, comme cela a été observé pour d'autres maladies infectieuses (grippe, gastro-entérite).

Cette pandémie de Covid-19 nous a appris à remettre au goût du jour un concept simple et extrêmement efficace pour la prévention des maladies infectieuses : l'hygiène.

Les événements du monde (famines, persécutions et guerres) qui entraînent des mouvements de population vers la France mettent à contribution les CLAT pour le dépistage de la tuberculose et la vaccination des enfants de ces familles aux parcours migratoires particulièrement compliqués.

La guerre en Ukraine en est le dernier exemple tragique pour lequel les CLAT s'organisent en région afin de se rendre disponible auprès des réfugiés.

INTRODUCTION

En France comme dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest, la maladie est peu fréquente. Son incidence a très fortement diminué entre le début des années 70 et la fin des années 80. La tendance générale durant les 30 dernières années reste à la baisse avec cependant une légère augmentation de l'incidence en 2016 et 2017.

L'incidence nationale inférieure à 10 cas/100 000 habitants/an depuis plus de 10 ans masque cependant des disparités populationnelle et territoriales importantes. Les régions concentrant le plus grand nombre de cas sont celles où sont présentes les plus grandes agglomérations (Paris, Lyon, Marseille notamment). En termes de taux d'incidence, Mayotte, la Guyane et l'Île-de-France sont les trois territoires français ayant des taux très supérieurs à ceux observés dans les autres régions.

La région Occitanie se place au 3^{ème} rang des régions métropolitaines en 2020, avec une incidence de la tuberculose maladie estimée à 5,8 cas pour 100 000 habitants, inférieure à celle de la France métropolitaine.

La lutte antituberculeuse se base sur l'identification rapide des cas de tuberculose maladie et leur prise en charge appropriée. Ces actions permettent de limiter la transmission de l'infection dans la communauté tout en prévenant le développement de résistances aux médicaments antituberculeux. La lutte contre la tuberculose passe par la surveillance des issues de traitement de la tuberculose. Cette surveillance a été mise en place depuis 2007. Elle permet d'avoir des informations sur la complétude du traitement par les patients afin de lutter contre la transmission et les résistances. Les issues de traitement concernent les tuberculoses maladies et la situation du patient un an après le début du traitement.

La journée mondiale de lutte contre la tuberculose qui se tient chaque année le 24 mars est l'occasion pour la France de réaffirmer son engagement à mettre fin à cette pandémie d'ici 2030.

Ce bulletin présente l'analyse des données de surveillance de tuberculose maladie de 2015 à 2020 en Occitanie. Dans un second temps, elle présente l'évolution des issues de traitement de 2015 à 2018 en Occitanie.

POINTS CLÉS

- Le taux de déclaration était en baisse en 2020 par rapport à 2019. Avec 5,8 cas pour 100 000 habitants, ce taux bien qu'inférieur à la moyenne nationale place l'Occitanie au 3^{ème} rang des régions métropolitaines.
- Le taux de déclaration était presque 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, comme les années précédentes
- Plus de la moitié des cas de tuberculose étaient âgés entre 25 et 59 ans et moins de 3% étaient des enfants de moins de 5 ans.
- Le taux de déclaration de tuberculose parmi les personnes nées à l'étranger tend à augmenter depuis plusieurs années notamment parmi ceux nés Afrique Subsaharienne même si en 2020, la proportion des cas arrivés en France depuis moins de deux ans est en baisse par rapport aux années précédentes.
- La proportion des personnes vivant en collectivité et la proportion des personnes sans domicile fixe étaient stables en 2020.
- En 2020, près des 3/4 des cas présentaient une forme pulmonaire, proportion stable par rapport aux années précédentes
- Des disparités étaient observées entre les départements avec les taux de déclaration standardisés les plus élevés, observés pour 2020, dans trois départements : l'Aude (8,3 pour 100 000 hab.), l'Hérault (9,3 pour 100 000 hab.) et le Tarn-et-Garonne (10 pour 100 000 hab.).
- Le pourcentage de cas déclarés dans la période 2015-18 avec un traitement achevé 12 mois après le diagnostic de tuberculose maladie était de 80% et n'atteint donc pas la cible de l'OMS de 85%.
- Le nombre de cas de tuberculose MDR (multi-résistants, soit résistants à l'isoniazide et à la rifampicine) ou RR (résistants à la rifampicine seule) déclarés en Occitanie était de 3 en 2020, soit 0,9 % du total des cas déclarés et 4,5% des cas de MDR en France.

SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE MALADIE

(source : BK4 et E-DO)

➤ Au niveau régional

Evolution du nombre et du taux de déclaration de tuberculose maladie, 2010-2020

En Occitanie, le nombre de cas de tuberculose maladie pour l'année 2020 était de 5,8 cas pour 100 000 habitants (soit 342 cas déclarés) (Figure 1). En 2020, comme observé au niveau national, on note une baisse de 6% de l'incidence de la tuberculose (6,1 cas pour 100 000 habitants en 2019). La tendance générale durant les 10 dernières années est stable (Figure 2).

L'Occitanie figurait au 3ème rang des régions ayant un taux de déclaration de tuberculose maladie les plus élevés de France Métropolitaine (Figure 1), avec cependant un taux inférieur à l'incidence nationale (6,9 pour 100 000 hab. en France métropolitaine).

Figure 1 : Taux de déclaration standardisé et nombre de cas de tuberculose maladie par région de résidence, France, 2020

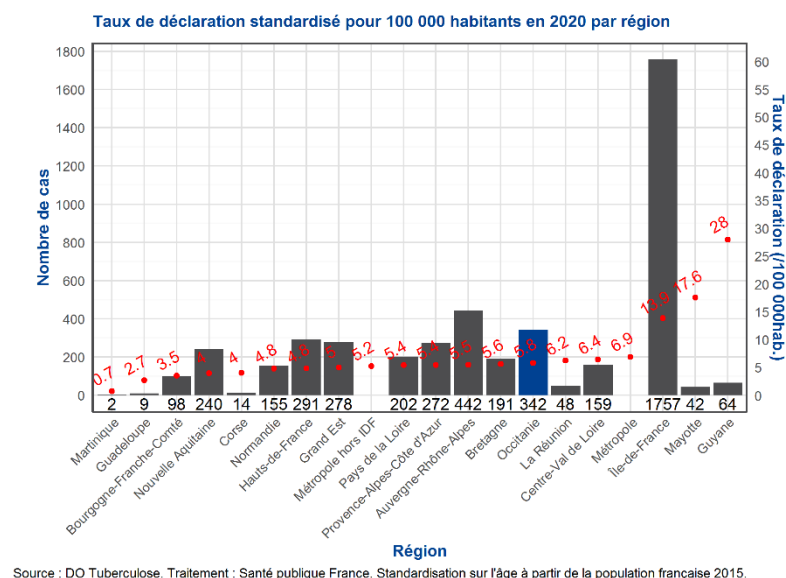
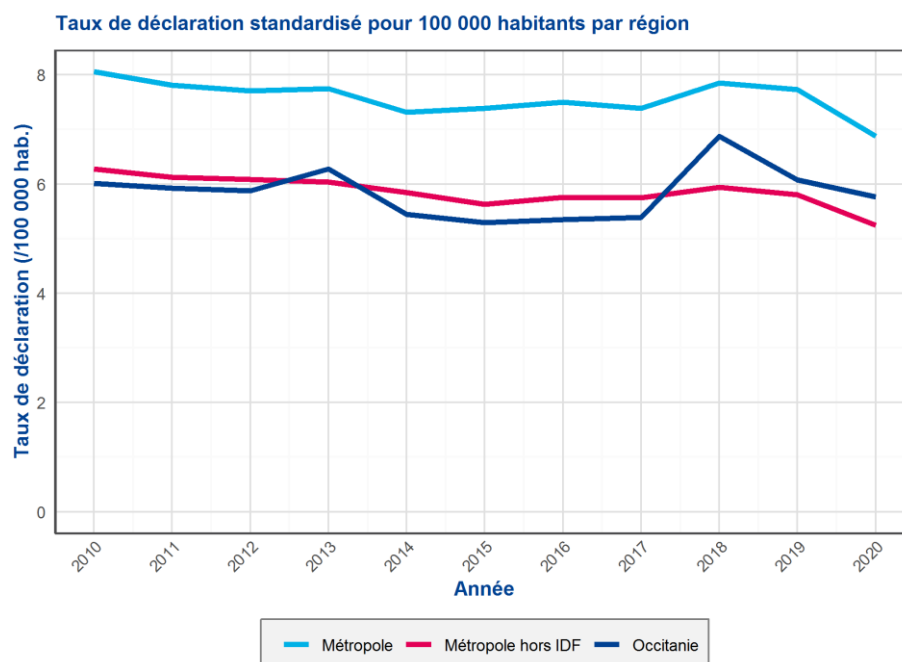


Figure 2 : Evolution annuelle du taux de déclaration de tuberculose maladie standardisé pour 100 000 habitants en Occitanie, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2020



Caractéristiques sociodémographiques des cas déclarés

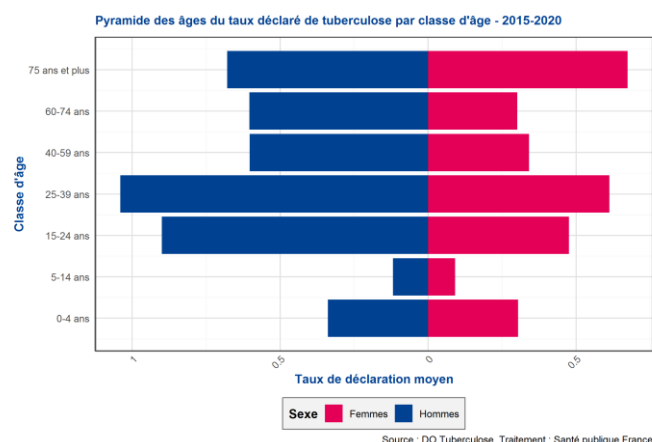
Selon le sexe et l'âge

En Occitanie, en 2020, la majorité des cas de tuberculose maladie était des hommes (67%) (Tableau 1). Le taux de déclaration était de 7,4 cas pour 100 000 habitants chez les hommes contre 4,0 chez les femmes. La majorité des cas était des adultes : 29 % étaient âgés entre 25 et 39 ans et 25 % entre 40 et 59 ans. Les classes d'âge avec le taux de déclaration le plus élevé (supérieur à 7,5 cas pour 100 000) étaient : les jeunes adultes de 15 à 24 ans et les 25-39 ans.

La répartition homme/femme et par classes d'âge était similaire aux années précédentes.

Sur la période 2015-2020, le taux de déclaration était globalement plus important chez les hommes et ce quelle que soit la classe d'âge, exceptés chez les moins de 15 ans et chez les 75 ans et plus où le taux de déclaration était similaire (Figure 3). Parmi les personnes de moins de 60 ans, les taux de déclaration étaient au moins deux fois supérieurs chez les hommes que chez les femmes.

Figure 3 : Taux de déclaration de tuberculose maladie par groupes d'âge et sexe, Occitanie, 2015-2020



Selon le pays de naissance et l'ancienneté

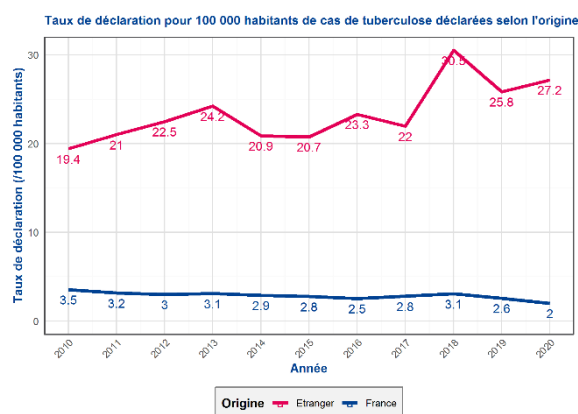
En 2020, la majorité des cas était née à l'étranger (67 % en 2020), tendance qui s'observe depuis 2017. Parmi ces cas, 47% étaient des personnes nées en Afrique Subsaharienne et en Afrique du Nord (Tableau 1).

Le taux de déclaration parmi les personnes nées à l'étranger (27,2 / 100 000 hab. en 2020) était treize fois supérieur à celui des personnes nées en France (2,0/100000) et tend à augmenter au fil des années alors qu'à l'inverse le taux de déclaration des personnes nées en France tend à baisser depuis 2018 (Figure 4).

On note une tendance à l'augmentation de la proportion des cas déclarés chez les personnes présentes en France depuis moins de 5 ans depuis 2018, même si moins marquée en 2020 (36% en 2020 contre 23% en 2015-2019).

En 2020, 55% des cas nés à l'étranger avaient entre 15 et 39 ans, contre 27% des cas nés en France.

Figure 4 : Evolution du taux de déclaration de tuberculose maladie par lieu de naissance, Occitanie, 2010-2020



Selon le lieu d'habitation et la profession

En 2020, 55 cas (17 %) vivaient en collectivité (dont 28 dans un centre d'hébergement collectif, 4 dans un établissement pour personnes âgées et 3 en établissement pénitentiaire), stable par rapport aux années précédentes (15 % en moyenne sur 2015-2019).

Les 23 personnes sans domicile fixe représentaient 7% des cas, proportion stable par rapport aux années précédentes (6% en moyenne sur 2015-2019). Vingt cas (7%) avaient une profession à caractère sanitaire et social, stable par rapport aux années précédentes (7% en moyenne sur 2015-2019).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des tuberculoses maladies, Occitanie, 2015-2019 vs 2020

	2015-2019 (N=1710)			2020 (N=342)		
	N	%*	Taux moyen annuel /100 000 hab.	N	%*	Taux/100 000 hab.
Sexe						
Femme	623	37%	4,4	114	33%	4,0
Homme	1 079	63%	7,1	228	67%	7,4
Age						
Moins de 5 ans	55	3%	3,6	9	3%	3,1
5 à 14 ans	42	3%	1,2	6	2%	0,9
15 à 24 ans	251	15%	7,5	54	16%	7,8
25 à 39 ans	451	26%	9,0	100	29%	9,9
40 à 59 ans	398	23%	5,2	87	25%	5,7
60 à 74 ans	263	15%	5,1	55	16%	5,0
75 ans et plus	250	15%	8,0	31	9%	4,8
Lieu de naissance						
France	699	43%	2,7	101	33%	2,0
Etranger	914	57%	24,5	203	67%	27,2
Europe UE + Autre Europe	137	9%	9,3	34	11%	11,6
Afrique du Nord	401	25%	24,8	81	27%	25,0
Afrique subsaharienne	282	18%	91,1	62	20%	100,1
Asie	77	5%	40,6	20	7%	52,8
Autre	17	1%	11,2	6	2%	19,8
Ancienneté sur le territoire français chez les personnes nées à l'étranger						
Moins de 2 ans	249	15%	-	57	19%	-
2-5 ans	131	8%	-	52	17%	-
6-9 ans	70	4%	-	13	4%	-
10 ans et plus	246	15%	-	41	14%	-
Non renseigné	97		-	38		-
Type de résidence						
Vie en collectivité	239	15%	-	55	17%	-
Centre d'hébergement collectif	90	40%	-	28	54%	-
Etablissement pour personnes âgées	15	7%	-	4	8%	-
Etablissement pénitentiaire	32	14%	-	3	6%	-
Autre	88	39%	-	17	33%	-
Sans domicile fixe	101	6%	-	23	7%	-
Profession sanitaire ou sociale						
	105	7%	-	20	7%	-
Contexte diagnostic						
Recours spontané aux soins	1 267	78%		255	77%	
Enquête autour d'un cas	105	6%		26	8%	
Dépistage systématique	99	6%		17	5%	
Autre	163	10%		32	10%	

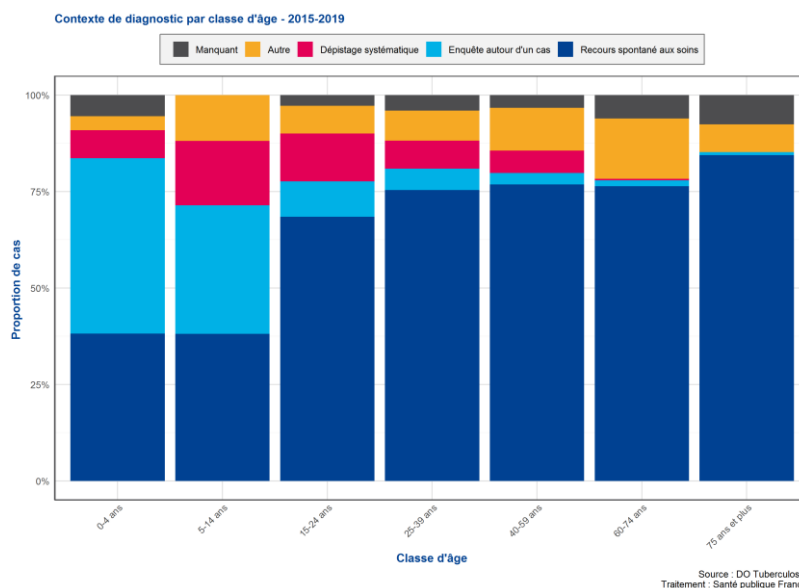
* pourcentage parmi les cas ayant une information renseignée

Caractéristiques cliniques et contexte du diagnostic

En 2020, 247 cas (72,2%) avaient une forme pulmonaire et 95 (27,8%) une forme exclusivement extra-pulmonaire. Parmi les formes pulmonaires (avec ou sans localisation extra-pulmonaire), 117 (49%) avaient une microscopie positive. En 2020, 14 formes méningées ou miliaires ont été diagnostiquées, aucun n'était âgé de moins de 15 ans.

En 2020, les cas ayant recours au système de soins de façon spontanée représentaient 77% des cas déclarés, stable par rapport aux cinq dernières années (78% entre 2015-2019). Sur la période 2015-2019, 6% des cas tuberculeux maladies déclarés ont été diagnostiqués dans le cadre d'une action de dépistage. Cette proportion était plus élevée parmi les enfants et jeunes adultes (Figure 5).

Figure 5 : Evolution du contexte diagnostique de tuberculose maladie par groupes d'âge, Occitanie, 2015-2019



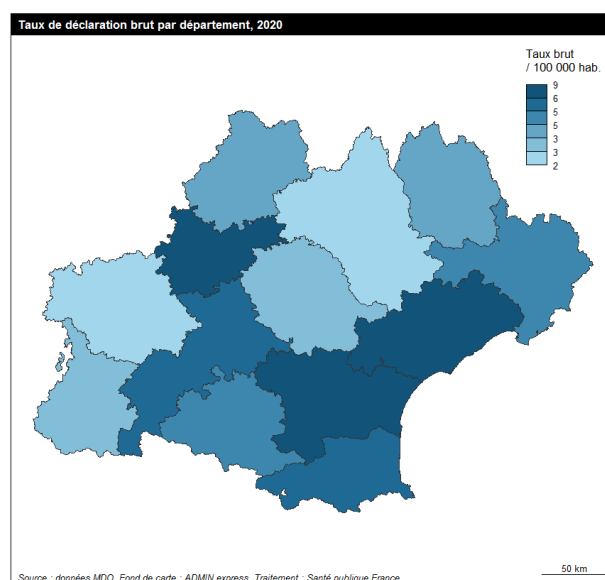
➤ Au niveau départemental

Evolution du nombre et du taux de déclaration de tuberculose maladie

La répartition des cas de tuberculose maladie était très hétérogène entre les départements d'Occitanie (Figure 6 et Tableau 2).

En 2020, l'Hérault et la Haute-Garonne étaient les départements avec le nombre de cas de tuberculose maladie le plus important (111 et 73 cas). Les taux de déclaration standardisés les plus élevés étaient observés dans trois départements : l'Aude (8,2 pour 100 000 hab.), l'Hérault (9,3 pour 100 000 hab.) et le Tarn-et-Garonne (10 pour 100 000 hab.).

Figure 6 : Taux de déclaration standardisé de tuberculose maladie par département de résidence, Occitanie, 2020



La tendance générale sur les 5 dernières années est stable ou en baisse dans la majorité des départements excepté dans l'Aude et le Tarn-et-Garonne où on observe une hausse, depuis quelques années.

Compte tenu du faible nombre de déclarations de tuberculose maladie pour la majorité des départements, des fluctuations importantes du nombre annuel de déclarations de tuberculose maladie sont observées ainsi que des taux annuels de déclaration (Figure 7).

Figure 7 : Evolution annuelle du taux standardisé de tuberculose maladie pour 100 000 habitants par département d'Occitanie, 2010-2020

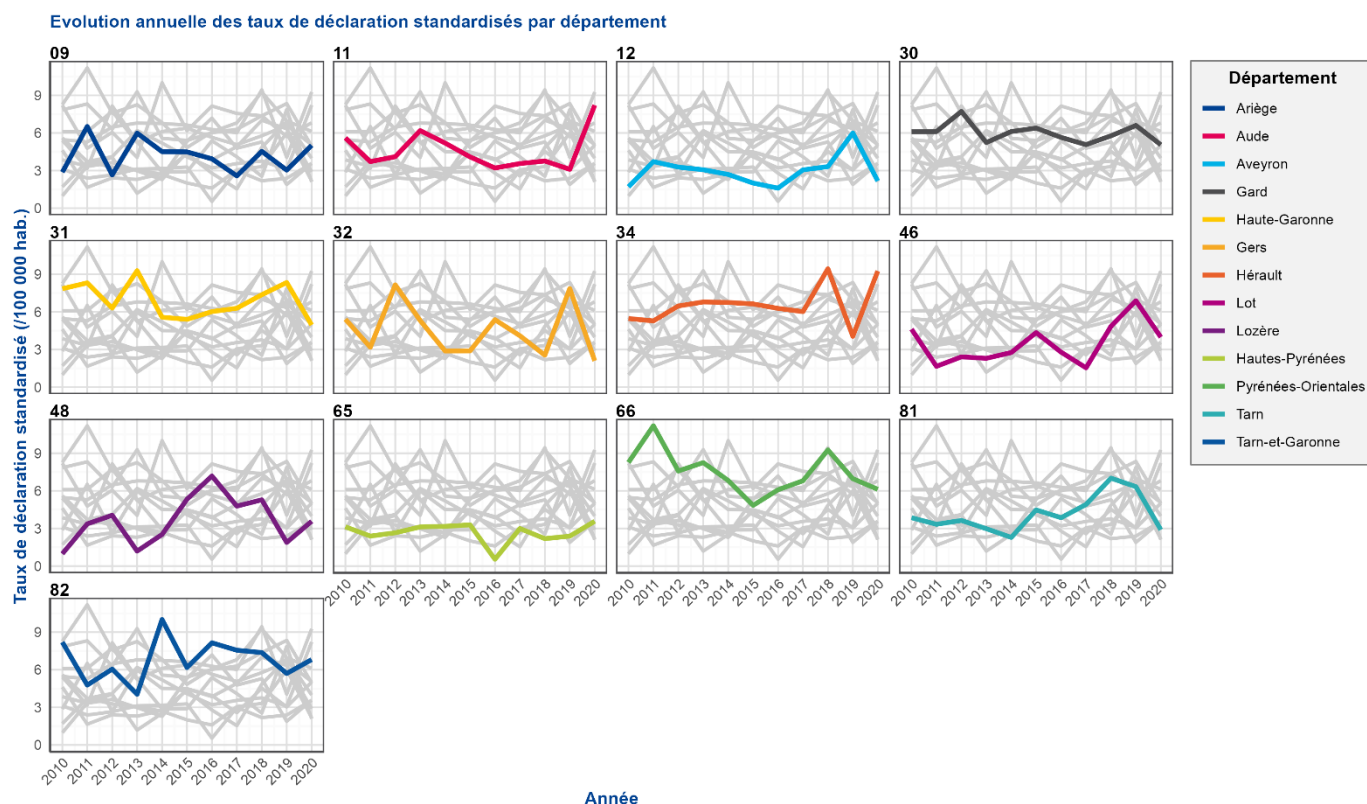


Tableau 2 : Taux de déclaration brut et standardisé et nombre de cas déclarés de tuberculose maladie par département de résidence, Occitanie, 2015-2019 vs 2020

Département	2015-2019		2020		
	Nombre de cas cumulé	Taux brut moyen	Nombre de cas	Taux brut	Taux standardisé
Ariège (09)	30	3,9	7	4,6	5,3
Aude (11)	68	3,7	31	8,2	8,2
Aveyron (12)	47	3,4	6	2,1	2,4
Gard (30)	223	6,0	38	5,1	5,7
Haute-Garonne (31)	478	7,0	73	5,2	5,0
Gers (32)	45	4,7	5	2,6	2,6
Hérault (34)	374	2,2	111	9,3	9,3
Lot (46)	36	6,5	6	3,5	4,5
Lozère (48)	20	4,1	3	3,9	3,4
Hautes-Pyrénées (65)	25	5,2	7	3,0	3,8
Pyrénées-Orientales (66)	164	6,9	27	5,6	6,1
Tarn (81)	107	5,5	11	2,8	3,2
Tarn-et-Garonne (82)	93	7,2	17	6,5	10,0
Occitanie	1710	5,9	342	5,7	5,8

SURVEILLANCE DES ISSUES DE TRAITEMENT

(source : BK4)

En Occitanie, en 2018, l'information sur l'issue de traitement était disponible pour 65 % des cas déclarés, en diminution depuis 2015 (Figure 8).

Sur la période 2015-2018, l'information sur l'issue de traitement était disponible pour seulement 70%. Parmi les cas traités, 80% avaient achevé leur traitement. Cette proportion reste inférieure à l'objectif de l'OMS d'atteindre 85% de succès thérapeutique. Le pourcentage de cas décédés était de 7 % et le pourcentage de cas perdus de vue était de 7%.

Les résultats des issues de traitements étaient hétérogènes au niveau des départements (Tableau 3). La proportion de perdus de vue élevée dans certains départements (Ariège, Tarn et Tarn-et-Garonne) est préoccupante de part le risque accru de transmission continue de la tuberculose et de développement de la résistance aux antituberculeux de première ligne.

Figure 8 : Proportion des cas déclarés pour lesquels une information sur l'issue de traitement est disponible, Occitanie, 2015-2018

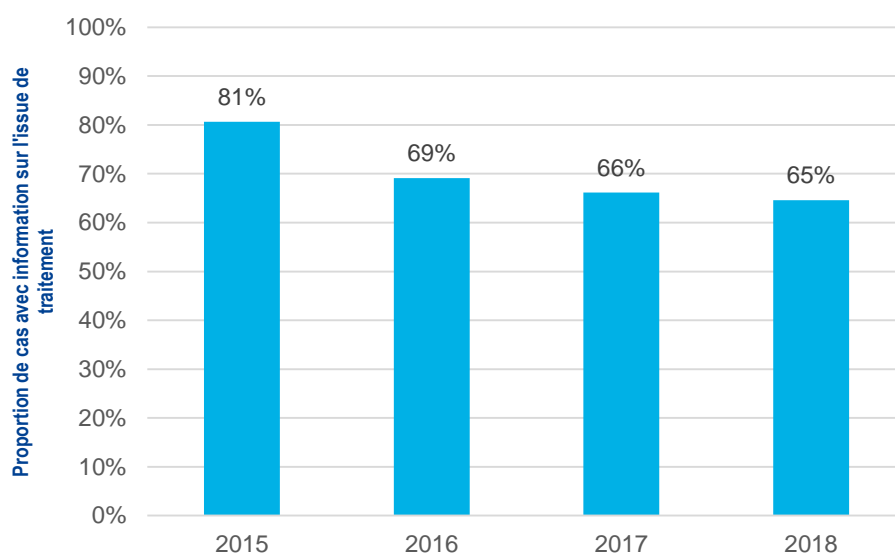


Tableau 3 : Issues de traitement des cas de Tuberculose maladie déclarés en Occitanie sur la période 2015-2018

Département	Cas déclarés (N)	Cas avec une information sur issue de traitement (N)	Cas avec information sur issue de traitement (%)	Traitement achevé (%)	Décédés (en lien ou non avec la tuberculose) (%)	Traitement arrêté et non repris (%)	Toujours en traitement à 12 mois (%)	Transférés (%)	Perdus de vue (%)
Ariège (09)	24	23	96	61	4	0	4	0	30
Aude (11)	57	32	56	91	3	3	0	3	0
Aveyron (12)	29	26	90	85	8	4	4	0	0
Gard (30)	173	80	46	78	13	0	3	1	6
Haute-Garonne (31)	356	327	92	82	4	0	6	2	6
Gers (32)	30	27	90	82	7	4	0	0	7
Hérault (34)	327	162	50	82	3	1	3	4	8
Lot (46)	25	21	84	81	10	5	0	0	5
Lozère (48)	18	14	78	100	0	0	0	0	0
Hautes-Pyrénées (65)	20	19	95	71	21	5	0	5	0
Pyrénées-Orientales (66)	130	58	67	9	0	2	2	3	3
Tarn (81)	81	59	85	13	4	3	1	10	10
Tarn-et-Garonne (82)	77	58	68	8	2	4	2	17	17
Occitanie	1347	941	70	80	7	1	4	2	7

FOCUS : TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE

(source : CNR-MyRMA et DO tuberculose)

Le nombre de cas de tuberculose MDR (multi-résistants, soit résistants à l'isoniazide et à la rifampicine) ou RR (résistants à la rifampicine seule) déclarés en France était de 67 cas en 2020, soit 1,5% des cas. Ce nombre était de 3 dans la région Occitanie, soit 0,9 % du total des cas déclarés et 4,5% des cas de MDR en France .

Depuis 2019, les cas MDR/RR confirmés par le Centre National de Référence des mycobactéries (CNR-MyRMA) sont intégrés dans les données de la DO, affichés sur le site de Santé publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/tuberculose>) et transmis aux instances internationales (ECDC et OMS).

Cette évolution fait partie du projet de télé-déclaration de la tuberculose (projet « e-DO tuberculose ») mis en place dans un premier temps en Agence régionale de santé (ARS) (juillet 2019) puis étendu en mars 2022 aux déclarants et à tous les acteurs de la surveillance (laboratoires, ARS, CLAT, CNR, SpF). Dans ce dispositif de déclaration en ligne, le CNR-MyRMA joue un rôle essentiel dans la confirmation des cas MDR/RR. En ayant un accès direct aux déclarations, le CNR confirme ou invalide un cas déclaré comme MDR/RR et peut déclarer des cas MDR/RR qui auraient échappé à la déclaration, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité et de la complétude de ces données. A moyen terme, e-DO devrait intégrer la déclaration des issues de traitement des cas MDR/RR.

Tableau 4: Cas de tuberculoses MDR/RR déclarés dans la DO et confirmés par le CNR-MyRMA et pourcentage de cas MDR/RR parmi les cas totaux déclarés par région, France, 2018-2020 (source : CNR-MyRMA, DO tuberculose)*

	2018			2019			2020		
	Nombre de cas MDR	Nombre total de cas	% de cas MDR	Nombre de cas MDR	Nombre total de cas	% de cas MDR	Nombre de cas MDR	Nombre total de cas	% de cas MDR
Auvergne-Rhône-Alpes	9	455	2,0%	2	480	0,4%	6	442	1,4%
Bourgogne Franche Comté	0	147	0,0%	1	110	0,9%	1	98	1,0%
Bretagne	3	204	1,5%	4	206	1,9%	5	162	3,1%
Centre-Val de Loire	4	170	2,4%	1	184	0,5%	0	159	0,0%
Corse	0	12	0,0%	0	16	0,0%	0	14	0,0%
Grand-Est	9	298	3,0%	4	314	1,3%	3	278	1,1%
Guadeloupe	0	18	0,0%	0	17	0,0%	0	9	0,0%
Guyane	0	74	0,0%	0	73	0,0%	0	64	0,0%
Hauts-De-France	4	286	1,4%	8	295	2,7%	5	291	1,7%
Ile de France	33	1956	1,7%	40	2008	2,0%	36	1757	2,0%
La Réunion	0	43	0,0%	0	47	0,0%	0	48	0,0%
Martinique	0	8	0,0%	0	5	0,0%	0	2	0,0%
Mayotte	0	30	0,0%	0	27	0,0%	0	42	0,0%
Normandie	3	209	1,4%	0	204	0,0%	0	155	0,0%
Nouvelle-Aquitaine	6	201	3,0%	6	266	2,3%	4	240	1,7%
Occitanie	3	408	0,7%	4	364	1,1%	3	342	0,9%
Pays de la Loire	3	263	1,1%	2	241	0,8%	2	202	1,0%
PACA	5	310	1,6%	2	284	0,7%	2	272	0,7%
Région non indiquée	0	0	0,0%	1	0		0	0	0,0%
France entière	82	5092	1,6%	75	5141	1,5%	67	4577	1,5%

* Des légères différences dans la localisation régionale avec les données du CNR pourraient être observées et s'expliquent par des corrections sur l'origine de la souche effectuées ultérieurement par le CNR

METHODE

Sources de données

Les données analysées concernent la tuberculose maladie déclarée pour la période de 2010-2020 via le système de déclaration obligatoire (DO) composé des données du système de déclaration BK4 de 2010 à 2018 et du nouveau système de déclaration e-DO pour 2019 et 2020. Les données des issues de traitement de 2015-2018 analysées dans ce bulletin, elles sont issues de BK4.

Définition

Doivent être déclarés comme **tuberculose maladie**, les cas avec des signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, s'accompagnant d'une décision de traitement antituberculeux standard, que ces cas soient confirmés par la mise en évidence d'une mycobactérie du complexe *tuberculosis* à la culture (cas confirmés) ou non (cas probables).

L'**issue de traitement** est collectée pour tout patient répondant à la définition de cas et pour lequel une déclaration obligatoire de tuberculose maladie a été faite, sauf les cas ayant eu un diagnostic post-mortem de tuberculose. L'information sur l'issue de traitement porte sur la situation du patient 12 mois après :

- la date de début de traitement si le patient a commencé un traitement ;
- la date de diagnostic en cas de refus de traitement;
- la date de déclaration, si la date de début de traitement et la date de diagnostic ne sont pas renseignées.

On distingue plusieurs catégories d'issue de traitement selon les recommandations européennes (Tableau 5) adaptées au contexte français. L'OMS a fixé dès 1995 des objectifs pour les programmes nationaux de lutte anti tuberculose : détection de 70% des cas contagieux de tuberculose et guérison de 85% de ces cas¹.

Indicateurs

Les indicateurs générés par l'analyse sont le nombre de cas et les taux de déclaration de tuberculose annuels, déclinés par territoire (région et département) et par caractéristiques sociales et démographiques de la population. Dans le calcul des taux, les dénominateurs sont les estimations localisées de population générées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et, pour le calcul des taux chez les personnes nées hors de France, les données du recensement de 2017 de l'Insee. Les taux de déclaration sont également présentés après standardisation sur l'âge lorsqu'ils sont comparés entre région ou département.

Tableau 5: les catégories et définitions d'issues de traitement selon l'OMS

Catégorie d'issue de traitement	Définitions
Traitement achevé	Dans les 12 mois ayant suivi le début du traitement. Le patient est considéré comme guéri par le médecin et a pris au moins 80% d'un traitement antituberculeux complet.
Décès pendant le traitement	Le patient est décédé pendant le traitement, que le décès soit directement lié à la tuberculose ou non. Trois catégories sont prévues : - décès directement lié à la tuberculose ; - décès non directement lié à la tuberculose ; - lien inconnu entre décès et tuberculose.
Traitement arrêté et non repris	- soit parce que le diagnostic de tuberculose n'a pas été retenu ; - soit pour une autre raison
Toujours en traitement à 12 mois	Le patient est toujours en traitement pour les raisons suivantes : - traitement initialement prévu pour une durée supérieure à 12 mois (en cas de résistance initiale, par exemple) ; - traitement interrompu plus de deux mois ; - traitement modifié car : · résistance initiale ou acquise au cours du traitement ; · effets secondaires ou intolérance au traitement; · échec du traitement initial (réponse clinique insuffisante ou non négativation des examens bactériologiques).
Transfert	Le patient a été transféré vers un autre médecin ou un autre service ou établissement. Cette catégorie concerne les patients pour lesquels l'issue de traitement n'est pas connue et qui ont été transférés vers un autre service hospitalier ou qui sont suivis par un autre médecin que le médecin déclarant.
Perdu de vue	Le patient a été perdu de vue pendant le traitement et l'est toujours 12 mois après le début du traitement ou après le diagnostic.
Sans information	Absence d'information et si aucun autre item n'a été renseigné

¹WHO Regional Office for Europe. Roadmap to implement the tuberculosis action plan for the WHO European Region 2016–2020. Towards ending tuberculosis and multidrug-resistant tuberculosis. Copenhagen: WHO/Europe; 2016. Available from: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/318233/50148-WHO-TB-Plan_May17_web.pdf

LA RÉFORME DES CENTRES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE (CLAT)

Anne-Marie Frêche, Direction de la santé publique, Pôle Prévention et Promotion de la Santé, ARS Occitanie

■ POURQUOI UNE RÉFORME?

Contexte

La tuberculose est désormais relativement maîtrisée en France mais il existe de fortes disparités territoriales, ainsi qu'une persistance au sein de communautés vulnérables ou de migration récente.

La feuille de route tuberculose 2019-2023 donne le cadre de la lutte contre la tuberculose. Elle prévoit un renouvellement du pilotage et un renforcement des missions des CLAT pour assurer une réponse homogène sur tout le territoire.

Objectifs de la réforme

La loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 modifie l'organisation du dispositif de lutte contre la tuberculose pour mieux l'adapter aux besoins de santé publique et améliorer son pilotage par les agences régionales de santé (ARS).

Elle unifie et simplifie le mode de financement des CLAT, sur l'ensemble du territoire, en instaurant un financement unique sur le fonds d'intervention régional (FIR). Les crédits finançant initialement les centres sur la dotation globale de financement (DGF) comme les conseils départementaux sont transférés vers le sous-objectif de l'ONDAM relatif au FIR.

Les textes réglementaires ont été publiés le 27 novembre 2020 (décret, arrêté) et le 8 décembre 2020 pour l'instruction relative à la mise en place de la réforme.

■ COMMENT METTRE EN PLACE LA RÉFORME ?

L'ensemble des leviers organisationnels et financiers de la lutte contre la tuberculose sont ainsi confiés aux ARS. Ainsi, les ARS pourront adapter l'offre existante en CLAT aux besoins identifiés dans la région et ses territoires.

Il s'agit de mettre en place un ou plusieurs CLAT principaux, au regard de l'incidence de la tuberculose et du volume de la population cible pour les dépistages sur son territoire. Lorsque l'implantation d'un CLAT ne semble pas justifiée au vu de l'activité de lutte antituberculeuse (LAT) à y réaliser, mais que le maintien d'une offre limitée de proximité semble nécessaire, alors l'implantation d'une antenne rattachée à un CLAT principal d'un département limitrophe peut être envisagée.

Cette réforme prévoit également que l'ensemble des CLAT seront désormais habilités par le directeur général de l'ARS, dans un cadre national.

■ LA MISE EN ŒUVRE EN OCCITANIE

Dans le cadre de cette réforme, l'ARS Occitanie est amenée à optimiser le dispositif existant, soit 13 CLAT, un par département. Les 2 centres antérieurement portés par les Conseils départementaux du Gers et des Hautes-Pyrénées sont désormais habilités et financés par l'ARS.

Pour mettre en œuvre cette réforme de façon raisonnée, argumentée sur la base de données actualisées, nous bénéficierons d'un état des lieux de la tuberculose par département, pour répondre de façon optimale aux besoins identifiés. Le CREA-ORS Occitanie est chargé de la restitution du diagnostic territorial, réalisé en lien avec les services de l'ARS, de Santé publique France en région et de la coordination régionale des CLAT.

Ce travail permettra notamment de pouvoir orienter les dépistages ciblés vers les personnes les plus à risque et vers les structures d'hébergement concernées, d'optimiser les déplacements des équipes de LAT hors les murs, et d'améliorer la visibilité des disparités départementales.

Enfin, ce diagnostic territorial partagé sera pour l'ARS et les différents structures la première étape du dialogue afin d'engager les négociations et à terme de fixer ensemble le nouveau dispositif des CLAT en région.

LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE SE COORDONNE EN RÉGION

Dr Jean LE GRUSSE, pneumo-physiologue, CLAT 31, Coordinateur de la Région Occitanie

La coordination régionale et l'Unité Mobile de Radiologie

Autrefois confiée aux Conseils Départementaux, la lutte antituberculeuse a été recentralisée en janvier 2006. Certains départements ont choisi de conserver la mission par conventionnement avec l'ARS (le Gers, les Hautes-Pyrénées), les autres ont cédé la mission qui a été confiée à des services hospitaliers qui ont été habilités par l'Agence régionale de santé (ARS).

Conformément à l'axe 6 du programme national 2007-2009¹, l'ARS a mis en place une coordination régionale dont l'opérateur est le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse de la Haute Garonne (CLAT 31).

Cette équipe comprend un médecin à temps partiel, une infirmière à temps-plein et une Unité Mobile de Radiologie (UMR) animée par un manipulateur d'électroradiologie et un chauffeur à temps-plein. Elle met à disposition l'UMR, gratuitement, 100 jours par an pour les CLAT de la région (hors 31).

L'UMR en images :



Les missions de l'équipe

La mission du médecin coordinateur, conformément à la feuille de route 2022, comprend :

- l'animation du réseau régional des CLAT, dont une réunion annuelle à caractère technique et la participation à la préparation de la réunion annuelle stratégique organisée par l'ARS,
- l'appui auprès des équipes pour toutes questions de prise en charge médicale,
- la supervision de la mission de coordination de l'infirmière,
- la lecture des clichés thoraciques réalisés par l'UMR pour le compte du CLAT 31 et des CLAT de la région qui le souhaitent.

La mission de l'infirmière coordinatrice comprend :

- la définition des priorités d'action en fonction des contextes locaux,
- l'appui technique et méthodologique, l'animation et la dynamisation des équipes,
- l'évaluation et le suivi des partenariats et projets territoriaux mis en place dans la région,
- les mutualisations, coopérations et la mise en place d'une aide dégradée en cas de besoin,
- l'aide au développement du dépistage des populations à risque et la planification des déplacements de l'UMR,
- l'exploitation des rapports d'activité et de performance (RAP) en Occitanie et la production d'un rapport global.

Sur proposition de l'ARS, la coordination organise la mise à disposition d'un logiciel commun. En effet, les services départementaux ou hospitaliers sont régulièrement confrontés à des dépistages ou enquêtes concernant plusieurs départements de la région, voir hors région.

En complément du réseau national des CLAT qui propose un appui théorique et des partages d'expérience, la région Occitanie met en place des réponses pratiques aux besoins des CLAT.

L'équipe de coordination régionale Occitanie :

- Jean LE GRUSSE : médecin coordinateur
- Dominique LEPETIT : infirmière coordinatrice
- Eric LAGARDE : manipulateur d'électroradiologie
- Christian COSTANTINO : chauffeur de l'UMR

¹Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose 2007-2009 Axe 6 : améliorer le pilotage de la lutte antituberculeuse (p. 43) « Organiser un pilotage régional de la lutte contre la tuberculose » (p.45) ; « Coordonner les acteurs locaux » (p.46)

DISPOSITIF E-DO



Santé publique France a mis en œuvre l'application e-DO tuberculose (en cours de déploiement, mars 2022). Ce dispositif, qui existe depuis 2016 pour le VIH/sida, repose sur la saisie en ligne et la transmission électronique des informations concernant l'infection et la maladie tuberculeuses via l'application e-DO (www.e-do.fr).

Le déclarant, médecin ou biologiste, fait une déclaration de tuberculose sur e-DO après s'être connecté sur son compte avec les cartes de professionnels de santé (CPx) : CPS pour un déclarant titulaire¹ et CPE pour une personne autorisée². Ce prérequis technique pour l'authentification des déclarants via le dispositif CPS permet de garantir un haut niveau de sécurité de l'application e-DO (Espace CPS. Accessible sur : <http://esante.gouv.fr/services/espace-cps>).

Une fois dans l'application, le déclarant choisit la déclaration qu'il souhaite faire (maladie, infection, issue de traitement) et remplit le formulaire de déclaration directement en ligne. A la fin de la saisie, le déclarant envoie la déclaration à l'ARS par voie électronique, c'est-à-dire sur simple clic de souris. Tous les autres acteurs de la surveillance de la tuberculose peuvent intervenir dans ce dispositif de déclaration dans e-DO. Les principaux rôles sont de valider la déclaration en la classant dans un dossier (ARS), de vérifier les informations et éventuellement de demander des informations complémentaires (CLAT), de renseigner les informations biologiques (laboratoires d'analyse), de valider les tuberculoses multirésistantes (CNR-MyRMA).

Même s'il existe encore la possibilité de déclarer en utilisant la fiche « papier », l'objectif d'e-DO est la dématérialisation complète du dispositif dans un but de simplifier le circuit et l'accès à celui-ci, d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des données, d'améliorer la réactivité en substituant la logistique de la transmission papier à la transmission électronique et, enfin, de réduire la charge de travail liée au remplissage et à la saisie des feuillets par les différents acteurs du circuit de déclaration.

Afin d'accompagner les structures et les déclarants, des tutoriels de formation et des vidéos sont ou seront présents à partir du mois d'avril 2022 sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/e-do-declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-vih-et-du-sida-et-de-la-tuberculose/tutoriels>.

¹: Clinicien (ville et hôpital), biologiste (responsable de service et laboratoire de biologie médicale public et privé)

²: Un agent exerçant sous l'autorité d'un déclarant titulaire, pour exemple un technicien d'étude clinique (TEC), un interne, etc

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble de nos partenaires contribuant au dispositif de surveillance :

ARS, CLAT, Etablissements de santé, laboratoires de biologie médicale, CNR.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Surveillance de la tuberculose par Santé publique France

[Dossier thématique](#)

BULLETIN DE SANTÉ
PUBLIQUE (BSP)

TUBERCULOSE

Édition Occitanie

Rédacteur en chef

Damien Mouly
Responsable
Santé publique France
Occitanie

Comité de rédaction

Anne Guinard
Et le Groupe de travail
Tuberculose de Santé
publique France

Diffusion

Santé publique France
Occitanie
Tél. 05 34 30 25 25
Occitanie@santepubliquefrance.fr

Citer cette source :

Bulletin de santé publique
(BSP). Tuberculose. Édition
Occitanie. Mars 2022. Saint-
Maurice : Santé publique
France, 12 p.

En ligne sur :

www.santepubliquefrance.fr