

TUBERCULOSE

SOMMAIRE

[Edito p.1 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 Déclaration électronique de la Tuberculose \(e-DO\)](#) [p.11](#)

ÉDITO

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 stratégie nationale de santé 2018-2022 met particulièrement en avant les actions de prévention et de promotion de la santé dans une approche populationnelle tout au long de la vie. Elle insiste également sur la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, la qualité des prises en charge et l'innovation. Ainsi la feuille de route Tuberculose 2019-2023 qui en est issue, précise les actions clefs à déployer dans le champ de la lutte antituberculeuse.

Au niveau national, où l'incidence moyenne de la tuberculose est maintenue à un faible niveau, on peut aujourd'hui envisager d'éliminer les conséquences de santé publique de cette endémie, à défaut d'une élimination complète radicale qui nécessitera encore quelques décennies.

Aller vers l'élimination de la tuberculose en tant que problème de santé publique, c'est faire en sorte de maintenir toutes les régions de France un nombre de nouveaux cas annuels inférieur à 10 pour 100 000 habitants (ce qui est déjà le cas en Pays de Loire) et de maintenir un taux d'incidence national inférieur à 5.

Pour ce faire, il appartient à chaque acteur concerné de contribuer, à la place qui est la sienne, aux actions suivantes:

- Intensifier la vaccination BCG des enfants exposés à un risque élevé de tuberculose
- Mieux dépister et traiter l'infection tuberculeuse latente
- Contribuer à la coordination du parcours de soins pour chaque personne afin d'améliorer l'observance de chaque patient sous traitement
- Obtenir une issue favorable documentée/confirmée pour 75% des cas traités
- Assurer un suivi documenté de tous les cas multi-résistants.

La mise en service d'une déclaration en ligne avec « e-DO Tuberculose » tout en modernisant le processus de notification, doit améliorer la complétude de la fiche initiale de déclaration, accélérer le lancement des enquêtes autour des cas en réduisant les délais de transmission des informations aux CLAT, mais également de faciliter les échanges entre les différents acteurs de la déclaration obligatoire.

Concernant les personnes nées à l'étranger (qui constituent plus de la moitié des cas diagnostiqués), leur droit à être dépistées grâce aux dispositifs existants est facilité par les nouvelles missions attribuées aux centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) avec d'une part le déploiement dans une démarche « d'aller vers » du dépistage ciblé des populations à risque (personnes migrantes, mineurs non accompagnés, étudiants étrangers et demandeurs d'asile <18ans et entre 18 et 39 ans) et d'autre part les consultations de prévention auxquelles collaborent les CLAT dans le cadre du parcours santé des personnes migrantes primo arrivantes.

Pour les personnes nées en France, il est encore possible de réduire le nombre de nouveaux cas en contrôlant plus efficacement la transmission de personne à personne sur le territoire avec comme stratégie principale, les enquêtes d'entourage.

Enfin, la réforme des CLAT prévoit que chaque personne sous traitement antituberculeux se verra proposer, afin d'améliorer sa prise en charge, un soutien au sevrage tabagique soutien qui constitue une nouvelle mission confiée aux CLAT.

Quatre centres fédératifs de prévention médicalisée sur 5 intègrent en région, à côté d'un Centre de vaccination polyvalent (CVP) et d'un Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), un CLAT qui effectue déjà la quasi-totalité des nouvelles missions fixées par la nouvelle feuille de route Tuberculose. Installés et soutenus par l'ARS Pays de Loire depuis plusieurs années, ils concourent de façon active et structurée à des actions dans et hors les murs vers les publics à risques dans une approche transversale intégrant leurs trois champs de compétences.

Nicolas Durand, directeur général adjoint et directeur de la Santé Publique Environnementale -ARS Pays de la Loire

POINTS CLÉS

- Le nombre de DO de tuberculose-maladie (n=202) a diminué en 2020 par rapport aux années 2019 et 2018
- Le taux de déclarations en Pays de la Loire reste néanmoins au dessus de la moyenne en France métropolitaine hors Ile-de-France (5,4 versus 5 / 100 000 habitants)
- Le département de la Loire-Atlantique a fourni plus de la moitié des cas notifiés en 2020 (n=114).
- Les hommes entre 25 et 39 ans représentaient la majorité des déclarations en 2020 comme entre 2015 et 2019 (30%)
- En 2020, pour plus de la moitié des déclarations (61%), les patients étaient nés à l'étranger. Cette proportion était en augmentation par rapport à la période 2015-2019.
- Entre 2015 et 2018, 86% des patients résidant dans la région ont eu un traitement complet pour la tuberculose.
- La proportion de tuberculoses multirésistantes reste faible en Pays de la Loire (1%)

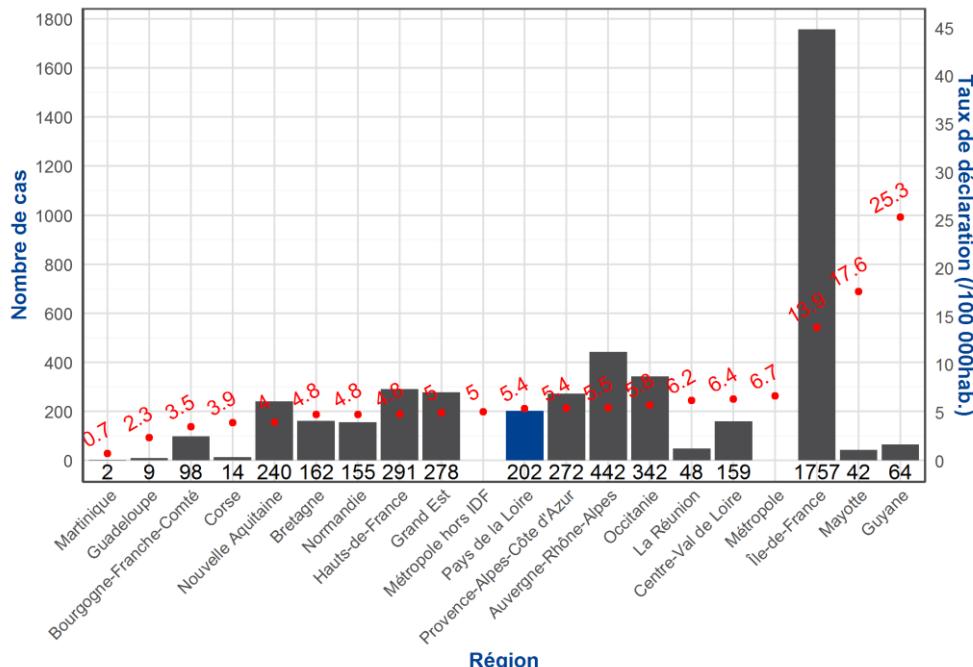
SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE MALADIE

(source : BK4 et E-DO)

➤ Au niveau régional

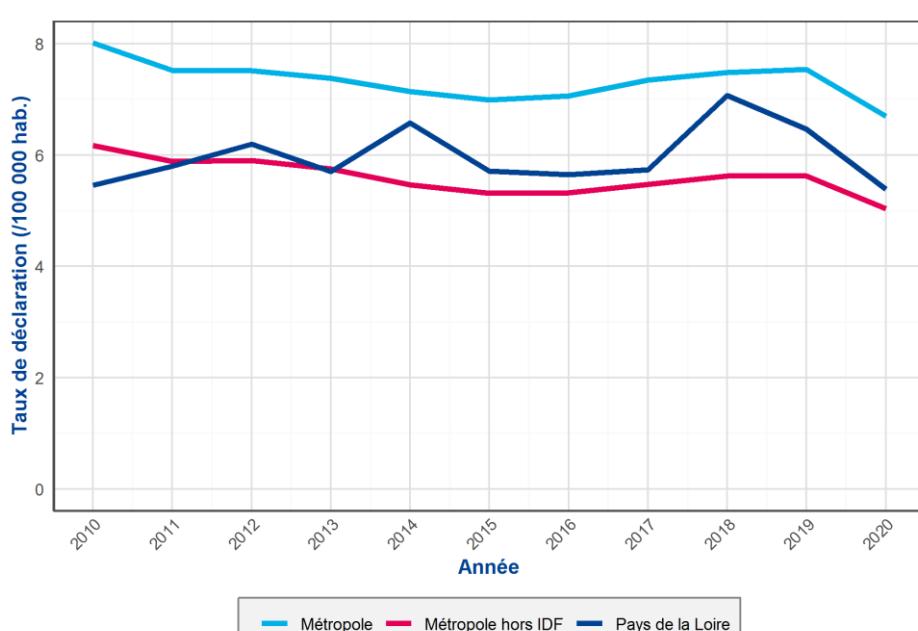
Le taux de déclarations standardisé sur l'âge et le sexe était à 5,4 / 100000 hab. en Pays de la Loire. En 2020, Ce taux demeure globalement supérieur au taux de déclaration moyen en France métropolitaine hors Ile de France depuis 2013 (Figure 2)

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



Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France. Standardisation sur l'âge à partir de la population française 2015.

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



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France. Standardisation sur l'âge à partir de la population française 2015.

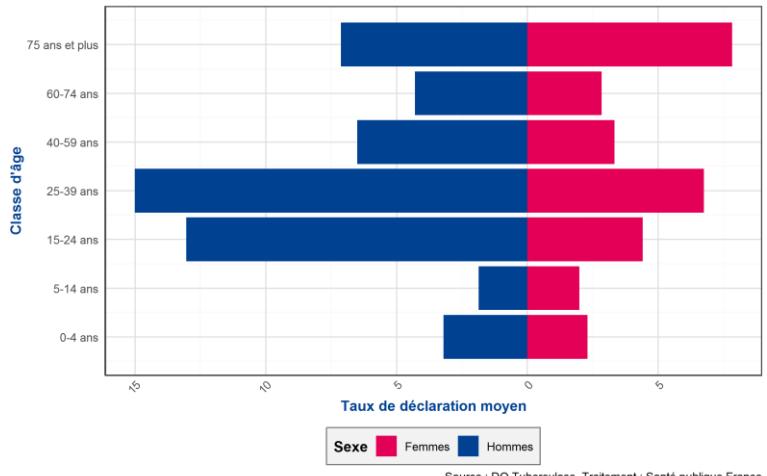
Caractéristiques sociodémographiques des cas déclarés

Selon le sexe et l'âge

En Pays de la Loire, en 2020, la majorité des cas de tuberculose maladie était des hommes (65%) (Tableau 1). Le taux de déclaration était de 6,7 cas pour 100 000 habitants chez les hommes contre 3,8 chez les femmes. La classe d'âge entre 25 et 39 ans était la plus représentée avec une proportion de 30% et un taux de déclaration autour de 10 / 100000 hab., seuil établi par l'OMS.

Sur la période 2015-2020, les taux et les répartitions par classes d'âge et par sexe se superposaient à ceux de 2020 : une prééminence de la classe d'âge 25-39 ans en termes de taux de déclaration. Il est à noter néanmoins que le taux de déclaration chez les 75 ans et plus s'avérait encore élevé chez les femmes (Figure 3).

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



Selon le pays de naissance et l'ancienneté du séjour en France

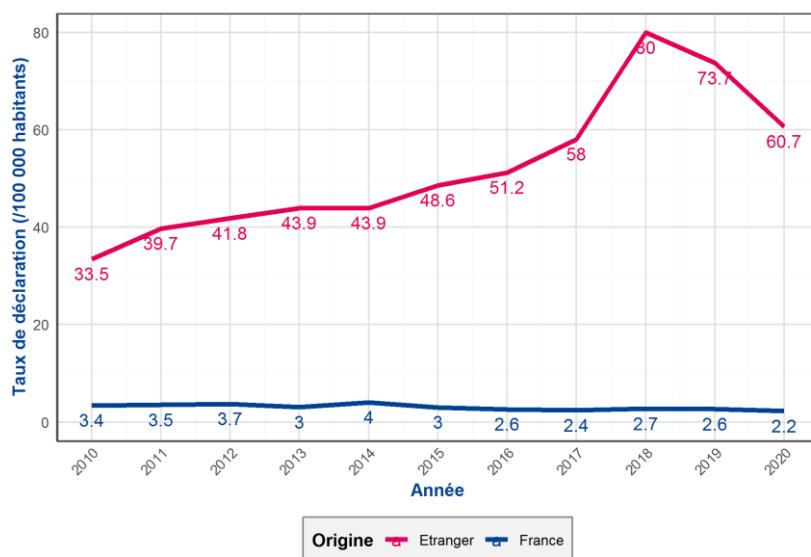
En 2020, la majorité des cas étaient née à l'étranger (60 %), tendance qui s'observe depuis 2010. Parmi ces cas, 60 % étaient des personnes nées en Afrique Subsaharienne (Tableau 1).

Le taux de déclaration parmi les personnes nées à l'étranger (61 / 100 000 hab. en 2020) était trente fois supérieur à celui des personnes nées en France (2 / 100 000). Alors que le taux de déclaration parmi les personnes nées à l'étranger tend à augmenter au fil des années, à l'inverse le taux de déclaration des personnes nées en France tend à baisser (Figure 4).

La proportion des cas déclarés chez les personnes présentes en France depuis moins de 2 ans en 2020 était en baisse comparée aux années précédentes (29% en 2020 contre 41% en 2015-2019).

En 2020, plus de 80% des cas entre 15 et 39 ans étaient nés à l'étranger.

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



Selon le lieu d'habitation et la profession

En 2020, 26 cas (12 %) vivaient en collectivité (dont 16 dans un centre d'hébergement collectif, 3 dans un établissement pour personnes âgées), en baisse par rapport aux années précédentes (18 % en moyenne sur 2015-2019). Cette proportion était plus élevée parmi les cas nés à l'étranger (17% en 2020) que parmi ceux nés en France (6%).

Neuf cas (4%) étaient des personnes sans domicile en légère baisse par rapport aux années précédentes (5% en moyenne sur 2015-2019). Douze cas (6%) avaient une profession à caractère sanitaire et social, en baisse par rapport aux années précédentes (9% en moyenne sur 2015-2019).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des tuberculoses maladiées, Pays de la Loire, 2015-2019 vs 2020

	2015-2019 (N=1137)			2020 (N=202)		
	N	%	Taux moyen annuel /100 000 hab.	N	%	Taux/100 000 hab.
			000 hab.			
Sexe						
Femme	380	33%	4,1	70	35%	3,8
Homme	753	66%	7,8	132	65%	6,7
Age						
Moins de 5 ans	29	3%	2,7	6	3%	3,0
5 à 14 ans	53	5%	2,1	4	2%	0,8
15 à 24 ans	197	17%	9,0	34	17%	7,3
25 à 39 ans	366	32%	11,2	62	31%	9,5
40 à 59 ans	236	21%	4,8	53	26%	5,4
60 à 74 ans	114	10%	3,7	23	11%	3,4
75 ans et plus	142	12%	7,8	20	10%	5,3
Lieu de naissance						
France	476	44%	2,7	80	41%	2,2
Etranger	596	56%	62,3	116	59%	60,7
Afrique subsaharienne	329	55%	153,6	68	59%	158,7
Afrique du Nord	130	22%	47,7	24	21%	44,0
Europe UE + Autre Europe	82	14%	25,2	8	7%	12,3
Asie	44	7%	48,6	15	13%	82,8
Autre	11	2%	20,8	1	1%	9,4
Ancienneté sur le territoire français chez les personnes nés à l'étranger						
Moins de 2 ans	247	41%	-	34	29%	-
2-5 ans	132	22%	-	38	33%	-
6-9 ans	44	7%	-	6	5%	-
10 ans et plus	87	15%	-	22	19%	-
Inconnue	86	14%	-	16	14%	-
Type de résidence						
Vie en collectivité	205	20%	-	29	15%	-
Centre d'hébergement collectif	82	43%	-	15	54%	-
Etablissement pour personnes âgées	23	12%	-	0	0%	-
Etablissement pénitentiaire	12	6%	-	5	18%	-
Autre	75	39%	-	8	29%	-
Sans domicile fixe	96	9%	-	21	11%	-
Profession sanitaire ou sociale						
	70	7%	-	4	2%	-

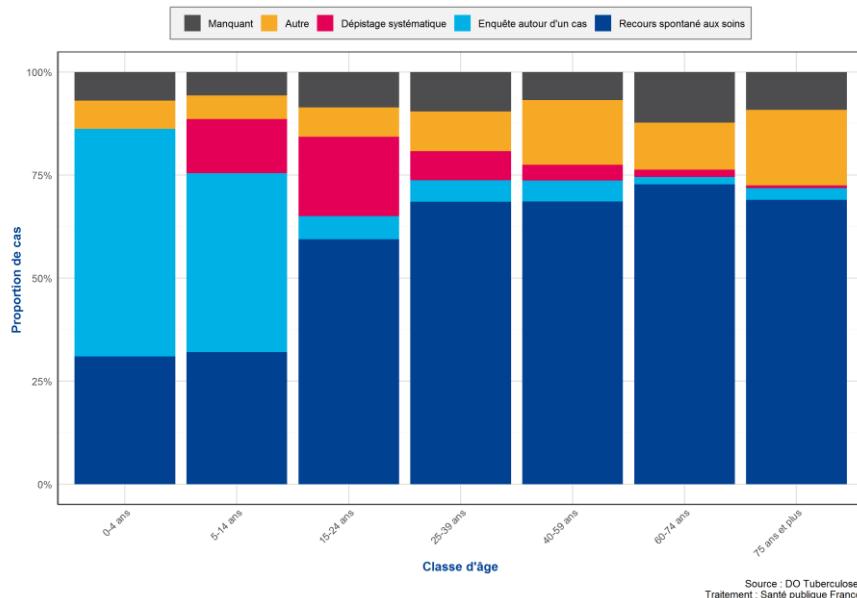
* pourcentage parmi les cas ayant une information

Caractéristiques cliniques et contexte du diagnostic

En 2020, 132 cas (65%) avaient une forme pulmonaire et 70 (35%) une forme exclusivement extra-pulmonaire. Parmi les formes pulmonaires (avec ou sans localisation extra-pulmonaire), 61 (47%) avaient un examen microbiologique positif. En 2020, 13 formes méningées ou miliaires ont été diagnostiquées, aucune parmi les cas âgés de moins de 15 ans.

En 2020, les cas ayant recours au système de soins de façon spontanée représentaient 80% des cas déclarés, en hausse par rapport aux cinq dernières années (71% en moyenne sur 2015-2019). Sur la période 2015-2020, 8% des cas tuberculosés malades 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 diagnostic de tuberculose maladie par groupes d'âge, Pays de la Loire, 2015-2020

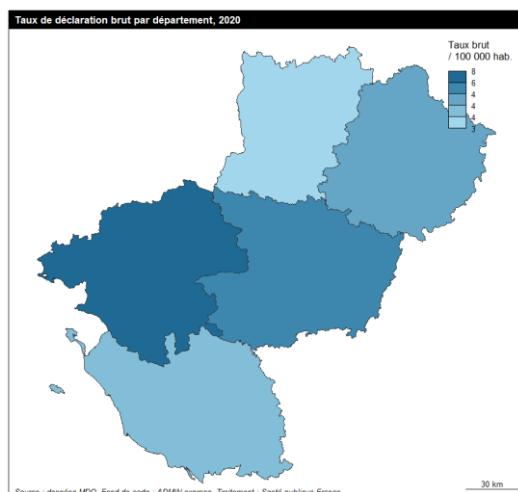


➤ Au niveau départemental

Evolution du nombre et du taux de déclaration de tuberculose maladie

La répartition des cas de tuberculose est hétérogène entre les départements de Pays de la Loire (Figure 6 et Tableau 2). En 2020, la Loire-Atlantique est le département avec le nombre de cas de tuberculose maladie le plus élevé (114 cas), représentant plus de la moitié des cas en Pays de la Loire. Les taux de déclaration se rapproche du seuil de 10 / 100 000 habitants tandis qu'il reste inférieur à 4 dans les quatre autres départements.

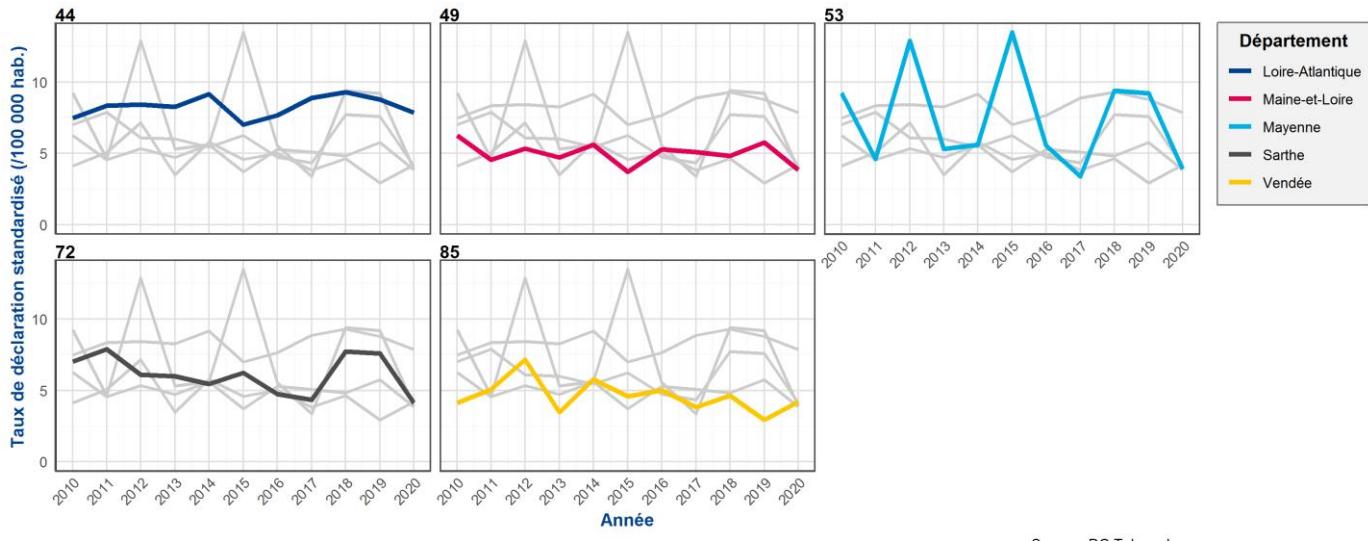
Figure 6 : Taux de déclaration standardisé de tuberculose maladie par département de résidence, Pays de la Loire, 2020



La tendance générale sur les 6 dernières années était stable ou en baisse dans tous les départements.

Compte tenu du faible nombre de déclarations de tuberculose maladie par département, des fluctuations importantes ont été observées selon les années aussi bien pour le nombre annuel de déclarations de tuberculose maladie que les taux annuels de déclaration (Figure 7).

Figure 7 : Evolution annuelle du taux brut de tuberculose maladie pour 100 000 habitants par département de Pays de la Loire, 2010-2020



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

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

Département	2015-2019		2020		
	Nombre cumulé de cas	Taux brut moyen	Nombre de cas	Taux brut	Taux standardisé
Loire-Atlantique	585	8,4	114	7,9	7,9
Maine-et-Loire	187	4,6	31	3,8	3,8
Mayenne	80	5,2	11	3,6	3,9
Sarthe	160	5,6	21	3,7	4,1
Vendée	125	3,7	25	3,6	4,2

SURVEILLANCE DES ISSUES DE TRAITEMENT

(source : BK4)

En Pays de la Loire, l'information sur l'issue de traitement des cas déclarés en 2018 était disponible pour 86 % des cas déclarés, en légère baisse par rapport à l'information sur l'issue de traitement disponible des cas déclarés en 2015 (Figure 8).

Sur la période 2015-2018, l'information sur l'issue de traitement était disponible pour 90% des cas déclarés (Tableau 3). Parmi les cas traités, 86 % avaient achevé leur traitement. Cette proportion est légèrement inférieure à l'objectif de l'OMS d'atteindre 90% de succès thérapeutique. Le pourcentage de cas décédés était de 5 % et le pourcentage de cas perdus de vue était de 5%.

Les résultats des issues de traitements sont homogènes et plutôt satisfaisants dans les départements des Pays de la Loire. (Tableau 3).

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

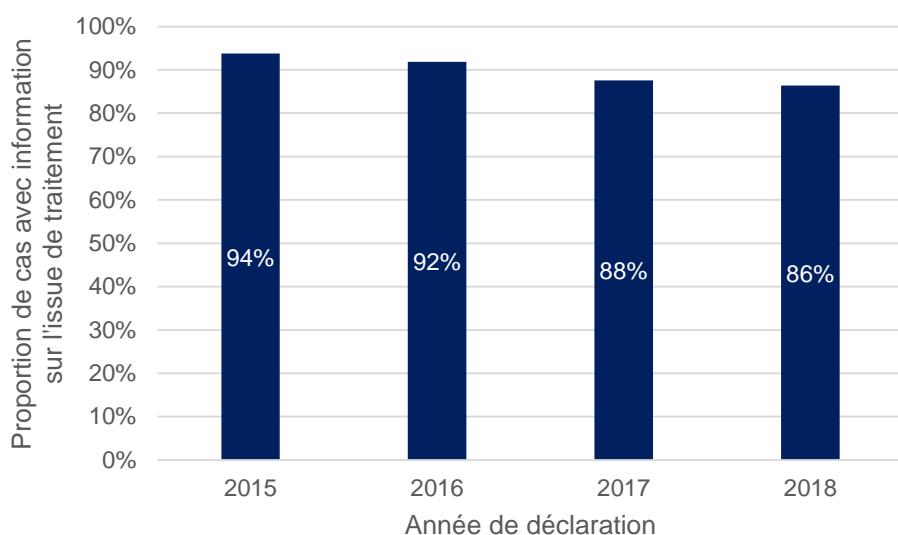


Tableau 3 : Issues de traitement des cas de Tuberculose maladie déclarés en Pays de la Loire sur la période 2015-2018

Département	Cas déclarés	Cas avec une information sur issue de traitement	Pourcentage de cas avec issue de traitement	Traitemen tachevé	Décédés (en lien ou non avec la tuberculose)	Traitemen t arrêté et non repris	Toujours en traitement à 12 mois	Transférés	Perdus de vue
Loire-Atlantique	460	424	92%	85%	5%	1%	1%	1%	6%
Maine-et-Loire	141	117	83%	85%	3%	2%	3%	4%	4%
Mayenne	65	54	83%	80%	9%	7%	0%	4%	0%
Sarthe	126	115	91%	90%	3%	2%	1%	1%	4%
Vendée	107	96	90%	86%	5%	3%	1%	0%	4%
Pays de la Loire	899	806	90%	86%	5%	2%	1%	2%	5%

FOCUS : TUBERCULOSE MULTIRESTANTE

(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. Ce nombre était de 2 dans la région Pays de la Loire, soit 1 % du total des cas déclarés.

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 déclarés dans la DO et confirmés par le CNR-MyRMA et pourcentage de cas MDR 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	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

Les tuberculoses maladies doivent être déclarées 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 90% 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. Du fait d'une sous-déclaration des cas estimés à environ 35% au début des années 2000 au niveau national², les taux présentés sont des « taux de déclaration » fournissant des estimations basses des taux d'incidence.

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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 ; <ul style="list-style-type: none"> - soit pour une autre raison
Toujours en traitement à 12 mois	Le patient est toujours en traitement pour les raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> · 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

²Cailhol J, Che D, Jarlier V, Decladt B, Robert J. Incidence of tuberculous meningitis in France, 2000: a capture-recapture analysis. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2005;9(7):803-8.

DÉCLARATION ÉLECTRONIQUE DE LA TUBERCULOSE (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

BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE (BSP)
TUBERCOLOSE
Édition Pays de la Loire

Rédacteur en chef

Lisa King, responsable de Santé publique France Pays de la Loire

Equipe de rédaction

Noémie Fortin
Delphine Barataud
Elise Chiron
Sophie Hervé
Caroline Huchet-Kervella
Florence Kermarec
Anne-Hélène Liebert
Pascaline Loury
Ronan Ollivier
Julie Prudhomme
Samantha Valyi

Citer cette source :

Bulletin de santé publique (BSP). Tuberculose. Édition Pays de la Loire. Novembre 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 13 p.

En ligne sur :
www.santepubliquefrance.fr

REMERCIEMENTS

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

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

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Surveillance de la tuberculose par Santé publique France
[Dossier thématique](#)