

Tuberculose

Date de publication : 05.04.2024

ÉDITION REGIONALE ÎLE-DE-FRANCE

Tuberculose en Île-de-France : Bilan 2022

Introduction

Dans un contexte mondial où il se confirme que la pandémie de COVID-19 en 2020 et 2021 a largement impacté la prise en charge de la tuberculose dans le monde, l'OMS a fait état dans son dernier rapport [1] d'une augmentation de l'incidence de la maladie en 2022 à un niveau jamais observé avec 10,6 millions de nouveaux cas à travers le monde (IC 95% : 9,9-11,4 millions). Ceci fait suite aux augmentations déjà constatées en 2020 et 2021, alors que la tendance pré-pandémique était à la baisse.

Alors qu'une inversion de la tendance vers une nouvelle diminution de l'incidence mondiale était espérée aux alentours de 2023-2024, les données de l'OMS montrent d'ors et déjà une augmentation des nouveaux diagnostics de tuberculose maladie à 7,5 millions de cas en 2022, au-delà des valeurs pré-pandémiques de 7,1 millions en 2019. Ceci fait suite à l'importante baisse constatée à 6,4 en 2021 et 5,8 millions en 2020. Ainsi un retour à un meilleur diagnostic de la maladie est rapporté, en relation avec une reprise du fonctionnement antérieur des systèmes de santé nationaux impliqués dans la lutte contre la maladie, et qui devrait se traduire sous peu par une diminution de l'incidence. Les perturbations n'ont cependant pas été homogènes à travers le monde, avec des obstacles au diagnostic plus importants dans les régions OMS Amériques, Asie du sud-est, et Est-Méditerranée notamment. Au total, l'OMS estime que cette pandémie de COVID-19 aura été responsable d'un excès de 500.000 décès lié à la tuberculose à travers le monde entre 2020-2022, en raison du retard de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Malgré ces résultats décevants, les objectifs du plan mondial de l'OMS pour éliminer la tuberculose d'ici 2030 ont été maintenus en 2023 [2].

De leur côté, les données européennes très récemment publiées par l'ECDC [3] rapportent 36 179 cas de tuberculose notifiés par les 30 pays membres de l'Espace Economique Européen en 2022, dont 33,3% chez des personnes nées en dehors du pays de déclaration. Ceci équivaut à un taux d'incidence de 8,0/100 000 qui traduit une augmentation de plus de 2600 cas par rapport aux données de 2021, année pour laquelle le taux d'incidence rapporté était de 7,4/100 000. Parmi ces cas, 3,6% concernent des enfants de moins de 15 ans. Le sexe ratio homme/femme est de 2,1 /1, et la proportion de cas MDR/RR est de 4,4% (809 cas déclarés). En comparaison avec ces pays européens, certains indicateurs de suivis rapportés par la France ne sont pas flatteurs : ainsi, le taux de dépistage systématique des contacts autour d'un cas de tuberculose active n'est que de 78,5%, à la traîne des autres pays et en-deçà de la cible fixée de 90%. La proportion documentée en France des cas de tuberculose pulmonaire confirmés par examen microbiologique ayant bénéficié d'un test de dépistage rapide de la sensibilité à la rifampicine selon les recommandations fixées par l'OMS est parmi les plus faibles parmi les pays Européens (4,1%).

Le détail des données relatives à la situation épidémiologique de la tuberculose en France - impactée par une épidémie touchant depuis les années 2010 majoritairement les personnes nées à l'étranger plutôt que les personnes nées en France [4] - étaient ainsi particulièrement attendues.

Celles-ci, publiée dans le Bulletin épidémiologique Hebdomadaire du 19 mars 2024 par Santé publique France [5] comptabilisent 4217 cas rapportés, soit une baisse de 2,6% par rapport à l'année 2021, pour un taux de déclaration en baisse à 6,2 cas/100 000 habitants. L'impact manifeste de la pandémie de Covid-19 sur cette baisse est probable, même si les rôles précis des différents facteurs ayant pu y contribuer est difficile à analyser (limitation des déplacements de population à l'échelle nationale et internationale, mesures de distanciation sociale, moindre disponibilité des services en charge du dépistage et des enquêtes, sous-déclaration par les médecins...).

C'est dans ce contexte que l'Île-de-France - Région capitale mais hétérogène - requiert une attention particulière. Notre Région a vu une diminution franche et progressive de ses cas notifiés depuis une vingtaine d'années, représentant en 2020 plus d'un tiers des cas français notifiés pour seulement 20% de la population du pays. Alors même que plus des ¾ des cas notifiés ces dernières années concernaient des personnes nées à l'étranger, l'évolution de l'épidémiologie de la tuberculose au niveau mondial pourrait avoir une influence importante sur la situation régionale. L'exhaustivité de la Déclaration Obligatoire en Île-de-France - dont les dernières données disponibles [7] approchaient 71% - a pu se dégrader ces dernières années du fait d'une possible démobilisation des cliniciens suite à la pandémie de COVID 19 ou du fait d'un système de télé-déclaration (e-DO) déployé depuis 2022. En effet, le déploiement de e-DO en Île-de-France connaît un retard plus important qu'à l'échelle nationale [8]. En coopération avec l'ARS, l'équipe de Santé publique France s'emploie à améliorer ce taux de déclaration par voie électronique.

Ce document présente les données issues des DO de tuberculose maladie des personnes domiciliées en région Île-de-France pour l'année 2022, reçues par l'ARS sous format papier ou par télé-déclaration et transmises à Santé publique France. Elle s'attache à approfondir l'analyse en la replaçant dans un contexte chronologique et en examinant les données à l'échelle des départements. Elle présente par ailleurs les données relatives aux DO des issues de traitement et des données sur la résistance aux antituberculeux transmises par le centre National de Référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA).

Points clés

- Diminution majeure des cas de tuberculose notifiés en Île-de-France en 2022 par rapport à 2021, en baisse de -10,7% avec 1459 cas, soit un taux d'incidence de 11,4/100 000 qui reste cependant plus de deux fois supérieur au taux de déclaration de métropole hors Île-de-France (4,9/100 000 habitants).
- Diminution concernant aussi bien les personnes nées en France que celles nées à l'étranger quelle que soit leur origine, même si le taux de déclaration de ces dernières reste plus de dix fois supérieur aux premières. Elle concerne également les deux sexes et toutes les classes d'âges hormis celle des < 15 ans chez qui on observe une très discrète augmentation.
- L'analyse départementale est moins homogène, puisque cette diminution n'est pas constatée dans les départements du Val-d'Oise, de Seine-et-Marne, des Yvelines et de l'Essonne où le nombre de cas reste stable ou augmente discrètement.
- Diminution préoccupante de l'exhaustivité des issues de traitement, objectif clé de la surveillance de la tuberculose.

Surveillance de la tuberculose maladie

Source BK4 et e-DO

Au niveau régional

Evolution des taux de déclaration de la tuberculose maladie 2010-2022

En 2022, le nombre de cas de tuberculose déclarés chez des patients domiciliés en Île-de-France a connu une nouvelle diminution avec 1459 cas déclarés, contre 1634 en 2021 (-10,7%). Le taux standardisé de déclaration de la région s'établit à 11,4 cas pour 100000 habitants. Cette diminution est beaucoup plus marquée qu'à l'échelle nationale (-2,6%). Si l'on s'intéresse à la région d'où émane la déclaration (et non la région de domicile du cas déclaré), le nombre de cas déclarés par un médecin ou un établissement de santé d'Île-de-France est un peu supérieur, soit 1480 cas déclarés. En effet, 31 patients résidant hors de la région ont fait l'objet d'une déclaration en Île-de-France tandis qu'une dizaine de patients domiciliés en Île-de-France ont été déclarés par un établissement ou un médecin d'une autre région.

Ce taux de déclaration standardisé est presque le double du taux en métropole (6,1/100000) et reste le plus élevé des régions métropolitaines (Figures 1 et 2). Depuis 2010, ce taux a régulièrement diminué, hormis une parenthèse entre 2016 et 2019 (Fig. 3). La baisse importante du taux et du nombre de cas déclarés - constatée en 2020 lors de la pandémie de COVID-19 et dont les facteurs sont difficiles à identifier (diminution des flux migratoires, mesures de distanciation sociales, etc... [5]) - a donc été confirmée lors des deux années suivantes en 2021 et 2022.

Figure 1 : Taux de déclaration standardisé et nombre de cas de tuberculose maladie par région de résidence, France, 2022

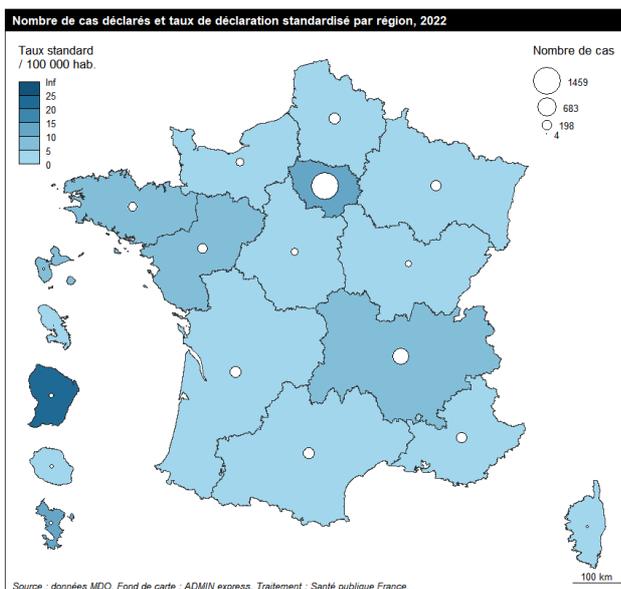


Figure 2 : Taux de déclaration standardisé de tuberculose maladie par région de résidence, France, 2022

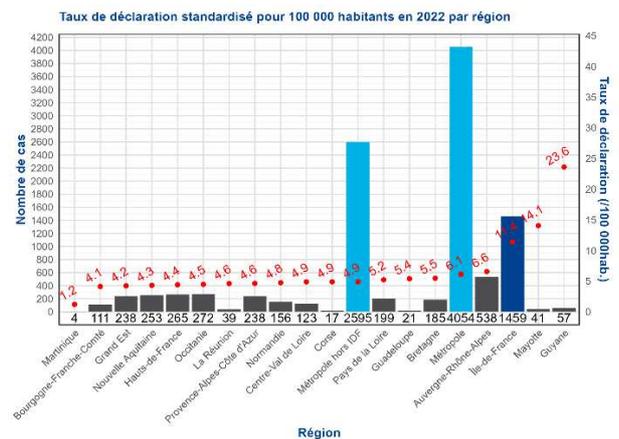
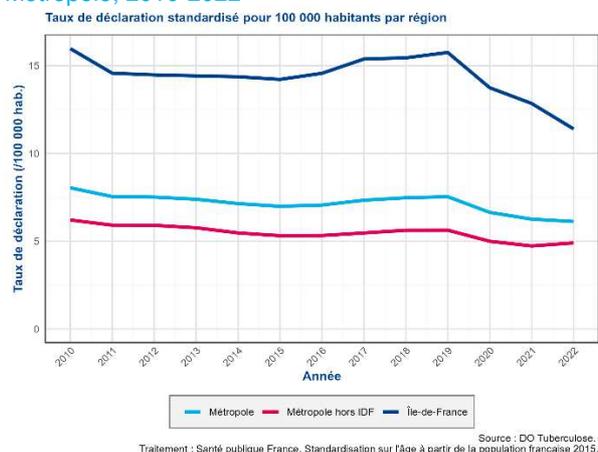


Figure 3 : Evolution annuelle du nombre de tuberculose maladie pour 100 000 habitants en Île-de-France, en France métropolitaine hors Île-de-France et en Métropole, 2010-2022



Caractéristiques socio-démographiques des cas déclarés

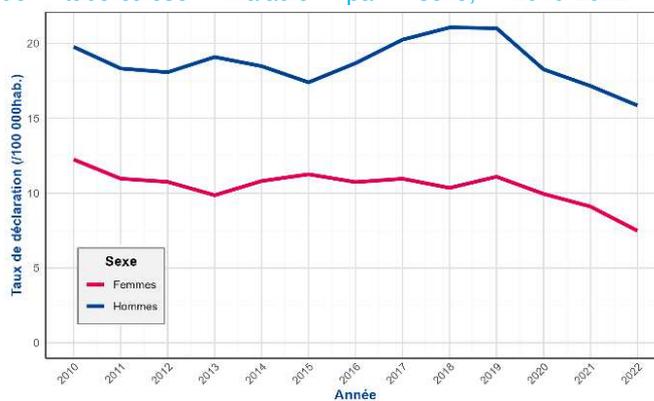
Selon le sexe et l'âge

En 2022, le taux de déclaration chez les femmes (7,48 cas/100 000 habitants), était deux fois moins élevé que chez les hommes (15,85/100 000), les deux taux étant en diminution (Fig.4). Le sexe ratio hommes/femmes s'établit à 2,26/1.

L'âge médian des cas était de 36 ans (IQR [26-52]). La classe d'âge de 25-39 ans recensait le plus grand nombre de cas tant chez les femmes que chez les hommes. Les classes d'âge avec les taux de déclaration les plus élevés étaient par ordre décroissant la classe d'âge de 25-39 ans (21/100000), celle de 15-24 ans (13,3/100 000), puis celle de 40-59 ans (12,3/100000), toutes trois en diminution en comparaison avec l'année 2021 (Tab.1 et Fig.5).

Si le taux d'incidence restait globalement faible chez l'enfant, celui de la classe d'âge de 0-4 ans était en légère progression par rapport à 2021 à 4,4 cas/100 000 (soit 33 cas notifiés dans la région), tout comme celui de la classe d'âge de 5-14 ans à 2,33/100 000 (37 cas déclarés contre 20 cas en 2021). S'il est trop tôt pour y voir une augmentation significative des cas pédiatriques, notons que pour la première fois la proportion des non vaccinés par le BCG parmi les cas de tuberculose de moins de 15 ans est supérieure à celle des vaccinés [6].

Figure 4 : Evolution annuelle du taux de déclaration annuel de tuberculose maladie par sexe, 2010-2022

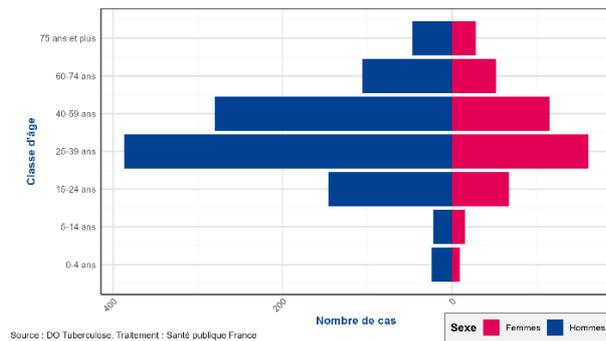


Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Tableau 1. Nombre et proportion des caractéristiques démographiques des cas de tuberculose maladie, Île-de-France, 2022

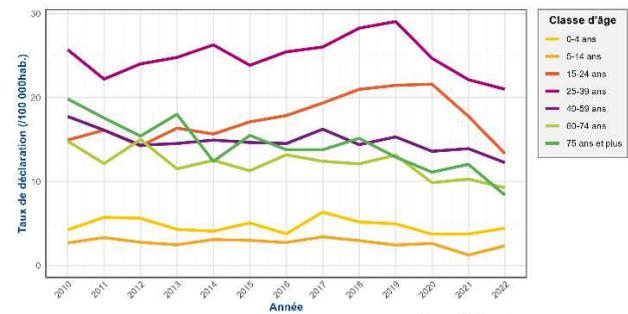
Caractéristiques		2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sexe	Femmes	644 (33.5%)	611 (31.4%)	657 (33.0%)	590 (33.7%)	542 (33.2%)	447 (30.6%)
	Hommes	1276 (66.5%)	1332 (68.6%)	1333 (67.0%)	1159 (66.3%)	1092 (66.8%)	1012 (69.4%)
Age médian		36 [26 - 51]	35 [26 - 51]	36 [26 - 51]	34 [25 - 49]	37 [26 - 52]	36 [26 - 52]
Classe d'âge	0-4 ans	53 (2.8%)	42 (2.2%)	40 (2.0%)	29 (1.7%)	28 (1.7%)	33 (2.3%)
	5-14 ans	54 (2.8%)	47 (2.4%)	39 (2.0%)	42 (2.4%)	20 (1.2%)	37 (2.5%)
	15-24 ans	300 (15.6%)	325 (16.7%)	327 (16.4%)	333 (19.0%)	280 (17.1%)	213 (14.6%)
	25-39 ans	689 (35.8%)	752 (38.6%)	770 (38.6%)	648 (37.0%)	579 (35.4%)	548 (37.6%)
	40-59 ans	521 (27.0%)	463 (23.7%)	493 (24.7%)	437 (25.0%)	448 (27.4%)	395 (27.1%)
	60-74 ans	196 (10.2%)	196 (10.1%)	216 (10.8%)	165 (9.4%)	175 (10.7%)	158 (10.8%)
	75 ans et plus	114 (5.9%)	125 (6.4%)	108 (5.4%)	95 (5.4%)	104 (6.4%)	75 (5.1%)

Figure 5 : Pyramide des âges des cas de tuberculose maladie déclarés en 2022



Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France

Figure 6 : Evolution annuelle du taux de déclaration annuel de tuberculose maladie par classe d'âge, 2010-2022



Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France.

Selon le pays de naissance et l'ancienneté de présence sur le territoire français (depuis la date d'arrivée en années).

Alors que le taux de déclaration des cas de tuberculose des personnes nées en France décroît de manière lente mais régulière depuis 2010 pour s'établir en 2022 à 3,1 cas/100 000, celui des personnes nées à l'étranger a connu une évolution plus chaotique. Elle a augmenté progressivement jusqu'en 2018 puis s'est inversée en 2019 et leur taux de déclaration décroît également pour s'établir à 36,4 cas pour 100 000 en 2022 (Fig.6).

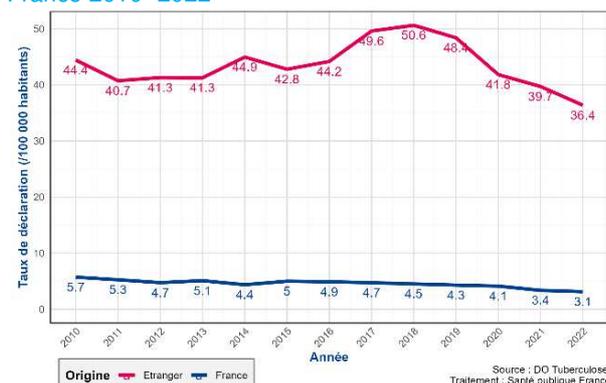
Si l'on cherche à préciser le continent d'origine des personnes nées à l'étranger (Fig. 7), on remarque que la diminution est franche ces trois dernières années pour les personnes nées en Afrique subsaharienne et en Asie, alors que le nombre de cas déclarés pour les personnes originaires d'Afrique du Nord et d'Europe reste stable (Tableau 3). Un détail des pays de naissance les plus représentés parmi les nouveaux cas est disponible dans le Tableau 2. Enfin, 25 % des cas de tuberculose déclarés en 2022 chez des personnes nées à l'étranger le sont chez des personnes arrivées depuis moins de 2 ans (donc en 2022 ou 2021), 40% depuis moins de 5 ans, 60% depuis moins de 8 ans, proportion décroissant ensuite plus progressivement (Fig.8).

Si des tuberculoses latentes peuvent se réactiver très tardivement, un nombre important de cas concerne des tuberculoses déjà actives ou se déclarant peu de temps après l'arrivée et probablement acquise dans le pays d'origine. Les conditions de vulnérabilité lors du trajet migratoire et les conditions d'accueil en France (promiscuité, hébergement collectif...) peuvent également contribuer à un contage ou au passage d'une forme latente à une forme « maladie ».

Tableau 2. Nombre de cas selon le pays de naissance, par ordre décroissant IdF, 2022, 2022

Pays de naissance	Nombre de cas	Proportion (%)
France	289	19,81
Non déterminé	139	9,73
Mali	84	5,76
Maroc	80	5,48
Algérie	78	5,35
Sénégal	78	5,34
Congo (RDC)	72	4,93
Côte d'Ivoire	54	3,7
Guinée	50	3,43
Afghanistan	45	3,08
Pakistan	36	2,47
Cameroun	31	2,12
Inde	30	2,06
Bangladesh	26	1,78
Chine	24	1,64
Soudan	23	1,58
Madagascar	20	1,37
.....
TOTAL	1459	100

Figure 6 : Evolution du taux de déclaration de tuberculose selon le pays de naissance (Etranger ou France), Île-de-France 2010 -2022



Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France.

Figure 7 : Evolution du nombre de déclarations de tuberculose maladie par lieu de naissance, Île-de-France, 2010-2022

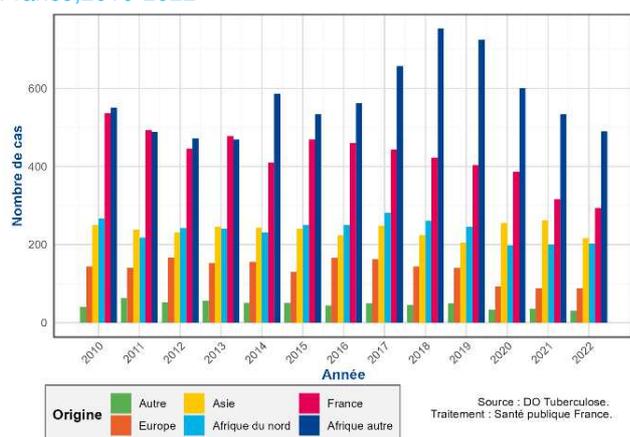


Figure 8 : Année d'arrivée en France parmi les cas déclarés nés à l'étranger, Île-de-France, 2022

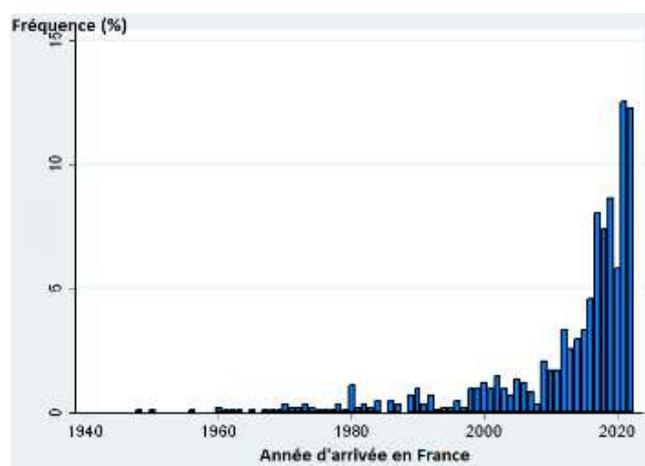


Tableau 3. Nombre et proportion des caractéristiques démographiques relatives au continent de naissance et à l'ancienneté d'arrivée en France des cas de tuberculose maladie, Île-de-France, 2022

Année de déclaration	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Continent de naissance						
Afrique autre	657 (35.6%)	753 (40.7%)	725 (41.0%)	601 (38.4%)	534 (37.2%)	490 (37.1%)
Afrique du nord	282 (15.3%)	261 (14.1%)	246 (13.9%)	198 (12.6%)	200 (13.9%)	202 (15.3%)
Asie	248 (13.5%)	224 (12.1%)	205 (11.6%)	255 (16.3%)	262 (18.2%)	216 (16.4%)
Autre	49 (2.7%)	46 (2.5%)	49 (2.8%)	33 (2.1%)	36 (2.5%)	30 (2.3%)
Europe	163 (8.8%)	144 (7.8%)	140 (7.9%)	93 (5.9%)	88 (6.1%)	88 (6.7%)
France	444 (24.1%)	423 (22.9%)	404 (22.8%)	387 (24.7%)	316 (22.0%)	294 (22.3%)
Données manquantes	84	101	224	182	198	139
Personnes nées à l'étranger						
Oui	1,399 (75.9%)	1,428 (77.1%)	1,364 (77.1%)	1,182 (75.3%)	1,121 (78.0%)	1,021 (78.5%)
Non	444 (24.1%)	423 (22.9%)	404 (22.9%)	387 (24.7%)	316 (22.0%)	280 (21.5%)
Données manquantes	84	101	225	180	197	158
Région de naissance et ancienneté d'arrivée en France						
Nés à l'étranger, ancienneté d'arrivée inconnue	233 (12.6%)	255 (13.8%)	349 (19.7%)	240 (15.3%)	248 (17.3%)	239 (18.4%)
Nés à l'étranger, arrivés depuis 10 ans et plus	383 (20.8%)	406 (21.9%)	328 (18.6%)	318 (20.3%)	321 (22.3%)	249 (19.1%)
Nés à l'étranger, arrivés depuis 2-5 ans	281 (15.2%)	287 (15.5%)	245 (13.9%)	286 (18.2%)	266 (18.5%)	231 (17.8%)
Nés à l'étranger, arrivés depuis 6-9 ans	126 (6.8%)	124 (6.7%)	101 (5.7%)	109 (6.9%)	106 (7.4%)	110 (8.5%)
Nés à l'étranger, arrivés depuis moins de 2 ans	376 (20.4%)	356 (19.2%)	341 (19.3%)	229 (14.6%)	180 (12.5%)	192 (14.8%)
Nés en France	444 (24.1%)	423 (22.9%)	404 (22.9%)	387 (24.7%)	316 (22.0%)	280 (21.5%)
Données manquantes	84	101	225	180	197	158

Selon les conditions de vie

Les variables renseignant sur les conditions de vie et d'hébergement comportent une proportion de données manquantes importante du fait de la non-complétude de ces données par les déclarants (Tableau 4). Ainsi en 2022, la variable « SDF » n'était pas renseignée dans 26% des déclarations, la variable « profession sanitaire ou sociale » dans 24,9% et la variable « hébergement collectif » dans 16,7%. La proportion des données manquantes concernant les conditions de vie tend par ailleurs à augmenter depuis 2017.

La proportion de « sans domicile fixe » parmi les cas déclarés a discrètement augmenté en 2022 (8,8% des cas) mais reste globalement stable depuis 2017, entre 7 et 10%. De fortes disparités départementales sont retrouvées (voir plus loin). Ce statut SDF ne concerne que 8 femmes (8,4% des cas). Parmi ces SDF pour lesquels la variable renseignant le lieu de naissance est connue (88 cas), seuls 3 cas sont nés en France (3,4%), alors que 11 cas (12,5%) sont nés en Europe. Ainsi ce statut précaire concerne une écrasante majorité de personnes nées à l'étranger, dont 50 % (37/74 cas pour lesquels la variable relative à la date d'arrivée sur le territoire est renseignée) sont arrivés

en France depuis moins de 2 ans. Cette information confirme la nécessité d'effectuer des actions ciblées de dépistage de la tuberculose auprès des populations vulnérables récemment migrantes et vivant en situation de grande précarité, dont il convient d'identifier les lieux de vie. En 2022, 7,8% des cas déclarés concernent des personnes pratiquant une profession à caractère sanitaire ou social. Cette proportion est en baisse puisqu'elle était de 8,9% en moyenne sur la période 2017-2021.

Le nombre et la proportion de cas déclarés chez des personnes hébergées en résidence collective (variable composite regroupant plusieurs situations différentes : EHPAD, établissement carcéral, hébergement collectif social, etc...) diminue depuis 2017. Elle est passée de 23% des cas déclarés et renseignés en 2021 à 18% en 2022. Cette tendance semble notable pour les cas déclarés dans les établissements pénitentiaires, même si les effectifs sont faibles. La proportion de personnes hébergées en collectivité parmi les cas déclarés nés à l'étranger diminue également depuis 2017, alors que la part des personnes arrivés depuis moins de 2 ans en France parmi ces étrangers hébergés a dans le même temps fortement diminué passant de 45,2% à 27,4%. Cette donnée pourrait être liée, entre autres explications, à un accès difficile des personnes récemment migrantes aux structures d'hébergement collectives d'urgence.

Tableau 4. Nombre et proportion des caractéristiques démographiques relatives à l'hébergement et aux conditions de vie des cas de tuberculose maladie, Île-de-France, 2022

Année de déclaration		2017	2018	2019	2020	2021	2022
		N = 1927	N = 1952	N = 1993	N = 1749	N = 1634	N = 1459
Sans domicile fixe	Oui	164 (10.2%)	169 (10.4%)	150 (8.9%)	100 (6.8%)	91 (6.8%)	95 (8.8%)
	Non	1442 (89.8%)	1454 (89.6%)	1537 (91.1%)	1373 (93.2%)	1244 (93.2%)	986 (91.2%)
	Données manquantes	321	329	306	276	299	378
Profession sanitaire ou sociale	Oui	139 (8.9%)	127 (8.1%)	145 (9.3%)	125 (9.0%)	120 (9.7%)	85 (7.8%)
	Non	1429 (91.1%)	1441 (91.9%)	1422 (90.7%)	1265 (91.0%)	1122 (90.3%)	1011 (92.2%)
	Données manquantes	359	384	426	359	392	363
En hébergement collectif	Oui	373 (22.9%)	387 (23.1%)	355 (21.2%)	263 (18.1%)	250 (18.3%)	215 (17.7%)
	Non	1259 (77.1%)	1288 (76.9%)	1322 (78.8%)	1194 (81.9%)	1118 (81.7%)	1001 (82.3%)
	Données manquantes	295	277	316	292	266	243
Type d'hébergement (parmi les hébergés en résidence collective)	Ehpad	9 (2.6%)	10 (2.7%)	5 (1.5%)	6 (2.3%)	6 (2.5%)	4 (2.0%)
	Etablissement pénitentiaire	33 (9.4%)	28 (7.7%)	17 (5.1%)	16 (6.2%)	11 (4.6%)	11 (5.5%)
	Centre d'hébergement collectif	198 (56.4%)	234 (64.1%)	222 (66.5%)	163 (63.7%)	162 (67.5%)	124 (62.0%)
	Autre	111 (31.6%)	93 (25.5%)	90 (26.9%)	71 (27.7%)	61 (25.4%)	61 (30.5%)
	Données manquantes	22	22	21	7	10	15
Hébergement en collectivité chez les personnes nées à l'étranger	Inconnu	218 (15.6%)	187 (13.1%)	215 (15.8%)	177 (15.0%)	157 (14.0%)	136 (13.3%)
	Non	860 (61.5%)	896 (62.7%)	860 (63.0%)	783 (66.2%)	757 (67.5%)	706 (69.1%)
	Oui	321 (22.9%)	345 (24.2%)	289 (21.2%)	222 (18.8%)	207 (18.5%)	179 (17.5%)
Arrivée depuis moins de 2 ans chez les personnes nées à l'étranger et hébergées en collectivité	Inconnu	35 (10.9%)	48 (13.9%)	68 (23.5%)	31 (14.0%)	22 (10.6%)	28 (15.6%)
	Non	141 (43.9%)	162 (47.0%)	106 (36.7%)	128 (57.7%)	130 (62.8%)	102 (57.0%)
	Oui	145 (45.2%)	135 (39.1%)	115 (39.8%)	63 (28.4%)	55 (26.6%)	49 (27.4%)

Caractéristiques cliniques et contexte du diagnostique

La répartition des types d'atteinte clinique des cas déclarés en 2022 (Tab.5) correspond aux données classiques de la littérature et présente une faible variabilité d'une année à l'autre. Ainsi, 66,8% des cas déclarés ont une atteinte pulmonaire, isolée ou non, tandis que les atteintes extra-pulmonaires strictes (sans atteinte pulmonaire) quelques soient le type d'associations de ces atteintes correspondent donc à 1/3 des cas.

Les atteintes les plus fréquentes après les formes pulmonaires sont les formes ganglionnaires intra- et extra thoraciques (18,8% et 17,4% des cas) et les atteintes pleurales (14% des cas). Les formes habituellement sévères comme les formes miliaires et neuro-méningées représentent respectivement 3,9% et 2,9% des cas. Les formes ostéo-articulaires concernaient 5,7% des cas.

Tableau 5. Nombre et fréquence des différents types d'atteintes cliniques de tuberculose maladie déclarées en Île-de-France, 2022
(Nb : pourcentage >100% car plusieurs atteintes associées sont possibles).

Type d'atteinte d'organe	Atteinte Isolée	Association d'atteintes	Total	Proportion
Pulmonaire	661	313	974	66,8%
Pleurale	88	116	204	14,0%
Ganglionnaire intra thoracique	53	222	275	18,8%
Neuro méningée	14	29	43	2,9%
Ganglionnaire extra thoracique	103	151	254	17,4%
Ostéo articulaire	31	52	83	5,7%
Génito -urinaire	10	18	28	1,9%
Miliaire	13	44	57	3,9%
Autre	54	124	178	12,2%

Parmi les 974 cas déclarés avec atteinte pulmonaire isolée ou non, 488 (50%) avaient un examen microscopique direct des crachats positif, mais son résultat n'était pas renseigné dans 10,5% des cas. Le résultat de la culture des crachats des cas pulmonaires est, lui aussi, mal renseigné. En effet, s'il est déclaré positif pour 28,3% des cas et négatif pour 7,5%, il est manquant pour 16,1% des cas mais surtout déclaré « en cours » pour 48% d'entre eux, sans que son résultat définitif ne soit renseigné. La télé-déclaration de la tuberculose pourrait permettre à terme de plus facilement renseigner ce résultat du fait d'une plus grande facilité à revenir sur une déclaration numérique pour la compléter plutôt que de remplir une nouvelle DO sur papier, ce que les déclarants ont des difficultés à faire.

Concernant les circonstances diagnostiques, si la proportion des données manquante a de nouveau augmenté ces deux dernières années (16% des cas en 2022), la proportion des cas diagnostiqués suite à un recours spontané vers le système de soin a augmenté depuis 2010. Cette dernière représente 71% des cas en 2022, alors que 4,6% des cas sont diagnostiqués suite au dépistage autour d'un autre cas (Fig. 9). Il est à noter que le contexte diagnostique varie fortement selon les classe d'âge : ainsi, pour la classe d'âge de 0-4 ans et pour les cas pédiatriques en général, le diagnostic de la tuberculose maladie fait majoritairement suite à une enquête autour d'un autre cas (Fig.10). Cette information met en relief le travail d'enquête des CLAT et de recherche active de cas de tuberculose maladie ou d'ITL autour de cas en collectivité d'enfants ou au sein de familles.

Figure 9 : Evolution du contexte diagnostique de tuberculose maladie, Île-de-France 2010-2022

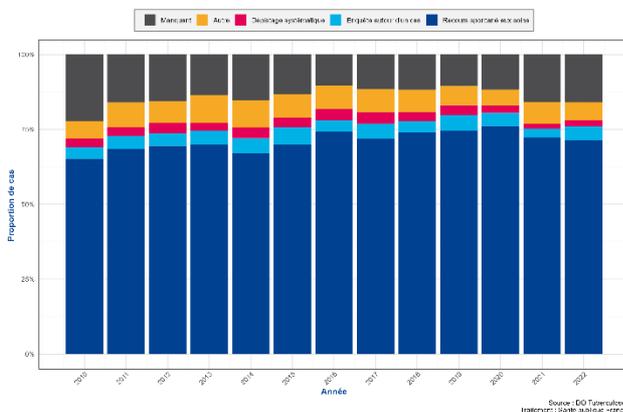
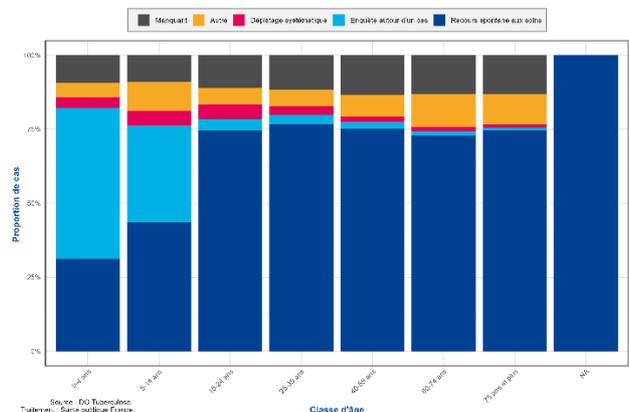


Figure 10 : Contexte de diagnostic des tuberculoses maladie par classe d'âge, Île-de-France, 2022

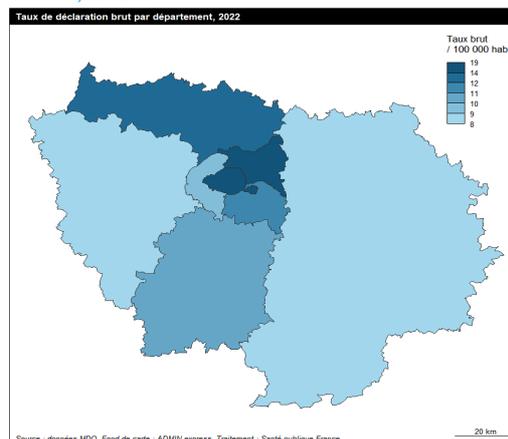


Au niveau départemental

Evolution du nombre de cas déclarés et des taux de déclaration de la tuberculose maladie 2010-2022

La situation épidémiologique de la tuberculose reste très hétérogène selon les départements d'Île-de-France en 2022, avec des taux de déclaration allant de 8,0 à 18,5/100 000 (Fig.11). Depuis 2017, les départements rapportant le plus de tuberculoses sont : la Seine-Saint-Denis, suivi de Paris et du Val-de-Marne (respectivement 312, 297 et 163 cas en 2022). Si l'on rapporte ce nombre de cas à la population des départements, le département avec le taux de déclaration le plus élevé reste celui de la Seine-Saint-Denis (18,5 cas/100000), suivi de Paris (12,8) et du Val-d'Oise (11,7) (Tab.6).

Figure 11: Taux de déclaration standardisé de tuberculose maladie par département de résidence, Île-de-France, 2020.

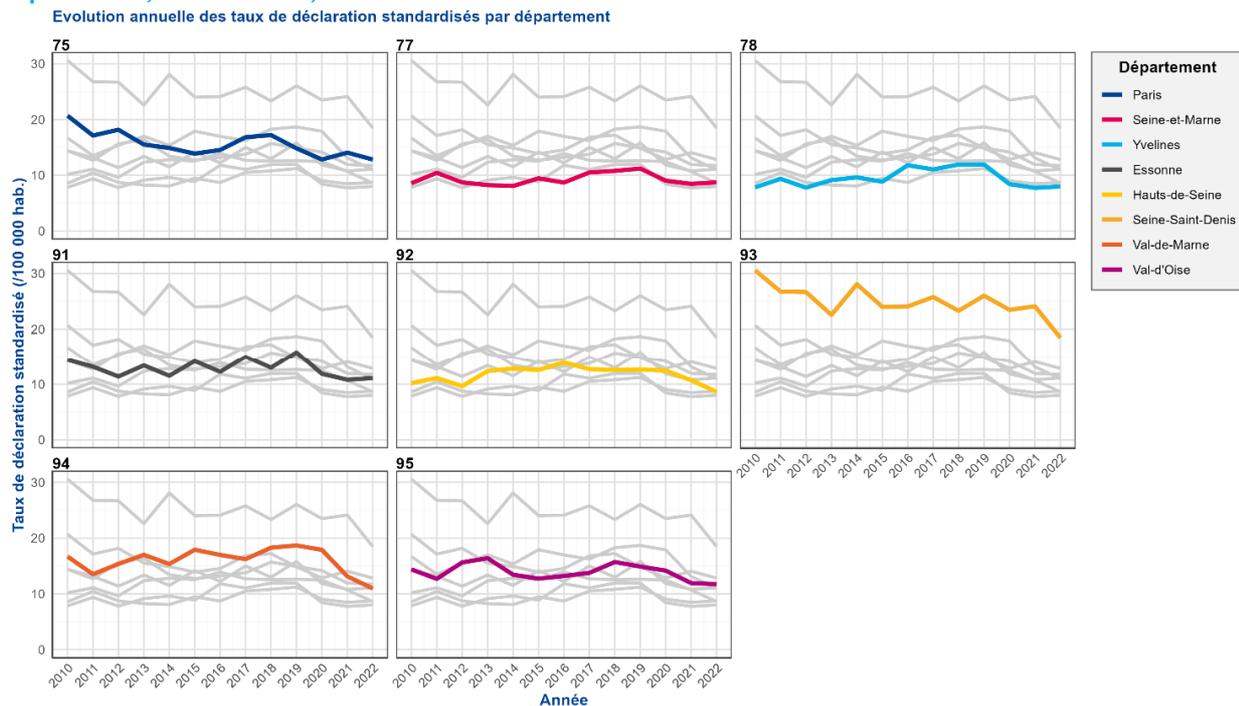


Si les taux d'incidences de la région et de l'ensemble des départements ont tous diminué depuis 2017, des nuances sont à noter (Figure 12). Ainsi, les diminutions sont franches dans les départements avec les plus forts taux de déclaration (93, 75, 94), tendance qui semble se poursuivre en 2022. D'autres départements connaissent une stagnation voir une discrète augmentation du nombre de cas et de leur taux de déclaration en 2022. C'est le cas du Val-d'Oise, de Seine-et-Marne, des Yvelines et de l'Essonne.

Tableau 6 : Evolution annuelle du nombre et du taux de déclaration standardisé de la tuberculose maladie pour 100 000 habitants, départements d'Île-de-France et région Île-de-France 2017-2022.

Année de déclaration	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Nombre de cas	Taux de déclaration /100000	Nombre de cas	Taux de déclaration /100000	Nombre de cas	Taux de déclaration /100000	Nombre de cas	Taux de déclaration /100000	Nombre de cas	Taux de déclaration /100000	Nombre de cas	Taux de déclaration /100000
Île-de-France	1927	15,4	1950	15,5	1993	15,8	1749	13,7	1634	12,9	1459	11,4
Paris	393	16,8	409	17,2	356	14,8	304	12,8	328	14,1	297	12,8
Seine-et-Marne	146	10,5	152	10,8	159	11,2	130	9,0	122	8,5	128	8,7
Yvelines	156	11,1	170	11,9	170	11,9	122	8,4	112	7,7	116	8,0
Essonne	197	15,0	170	13,0	208	15,8	156	11,8	142	10,8	149	11,1
Hauts-de-Seine	206	12,7	205	12,5	211	12,6	206	12,4	181	10,7	147	8,6
Seine-Saint-Denis	422	25,8	385	23,3	436	26,0	394	23,5	405	24,1	312	18,5
Val-de-Marne	237	16,2	260	18,3	269	18,7	257	17,9	193	13,1	163	11,0
Val-d'Oise	170	13,8	199	15,7	184	14,9	180	14,2	151	11,9	147	11,7

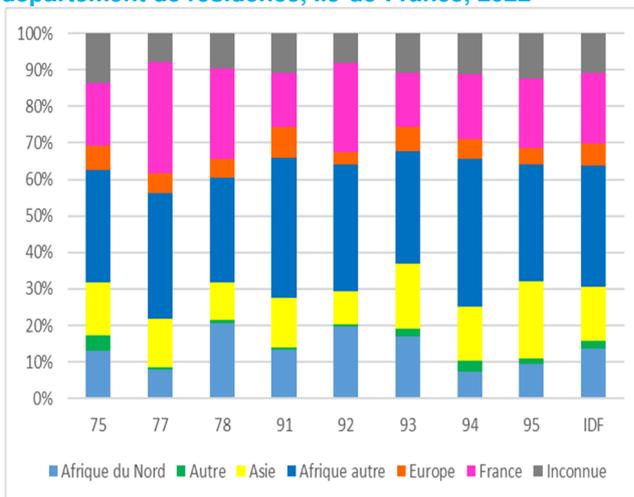
Figure 12. Evolution annuelle du taux brut de déclaration de la tuberculose maladie pour 100 000 habitants par département, Île-de-France, 2010-2022.



Une analyse détaillant à l'échelle départementale les données relatives au lieu de naissance des cas de tuberculose déclarés (Fig. 13) permet d'apporter des nuances aux données présentées précédemment à l'échelle régionale (Tableau 3).

Ainsi, la part de cas déclarés nés en France n'a cessé de diminuer en France au cours des vingt dernières années [4]. Mais elle reste la plus élevée en Seine-et-Marne (30,5%) où elle est même supérieure à la proportion moyenne nationale (28,4%). Elle est la plus faible en Seine-Saint-Denis (14,7%). Dans chacun des départements, la proportion des cas selon le lieu de naissance a vraisemblablement un lien fort avec l'implantation géographique des communautés étrangères en France, dont on peut constater qu'elles sont souvent regroupées selon une logique territoriale.

Figure 13 : répartition des cas de tuberculose maladie par zone géographique de naissance et par département de résidence, Île-de-France, 2022



Si les patients originaires d'Afrique subsaharienne représentent le contingent majoritaire dans tous les départements (de 28% dans les Yvelines à 40,5% des cas dans le Val-de-Marne), les patients issus d'Afrique du Nord représentent de 7,4% des cas dans le Val-de-Marne à 19,7% dans les Hauts-de-Seine. Les patients issus d'Asie (Pakistan, Afghanistan, Bangladesh, Inde et Chine...) sont particulièrement représentés dans le Val d'Oise (21,1%) et en Seine-Saint-Denis (17,6% des cas), contre seulement 8,8% des cas dans les Hauts-de-Seine. La proportion des cas pour lesquels l'origine est inconnue est la plus élevée à Paris (13,1% des cas) et la plus faible en Seine-et-Marne (7,7% des cas). Ceci souligne le manque de complétude de cette variable qui pourrait probablement être encore mieux renseignée.

Parmi les cas survenant chez des personnes nées à l'étranger, les personnes présentes depuis moins de 2 ans représentent jusqu'à 1/3 des cas pour Paris et dans le Val d'Oise, mais au minimum 18,6% des cas en Seine-Saint-Denis. La donnée concernant l'année d'arrivée sur le territoire est renseignée pour 94% des cas.

Enfin, l'analyse au niveau départemental de variables socio-économique présentées précédemment à l'échelle régionale (tableau 4) retrouve quelques disparités : les Hauts-de-Seine rapportent une proportion bien inférieure à la moyenne régionale de cas résidant en collectivité (8,7% des cas contre 17,7% en moyenne). L'interprétation de cette variable disparate, vraisemblablement utile à la documentation de cas groupés en collectivités, mais également relative à la précarité (centre d'hébergement collectif) est difficile à interpréter. Elle devrait s'interpréter également selon l'offre d'hébergements collectifs de chaque département et qui n'est pas connue. On rapportera également que 8 cas parmi les 11 signalés en établissement pénitentiaire (73%) en Île-de-France le sont dans le département de l'Essonne. Un seul centre pénitentiaire sur les 13 régionaux (maisons d'arrêt, centrales ou centre pénitentiaires hors centres de semi-liberté et peines aménagées) est situé dans ce département (Fleury-Mérogis).

Tableau 7 : Nombre et proportion de cas parmi l'ensemble des cas départementaux renseignés, vivant en collectivité et par type de collectivité, Île-de-France 2022.

Département	EPHAD	Etablissement pénitentiaire	Centre d'hébergement collectif	Autres	Total résidant en collectivité	Proportion parmi les cas du département
75	2	0	28	8	38	16,1%
77	0	0	13	3	16	14,5%
78	0	1	12	4	17	17,2%
91	1	8	5	19	33	26,4%
92	0	0	7	4	11	8,7%
93	0	0	31	24	55	20,8%
94	1	2	20	3	26	18,2%
95	0	0	8	11	19	17,0%
IDF	4	11	124	76	215	17,7%

Le statut « sans-domicile-fixe » selon les données présentées au niveau régional dans le tableau 8 sont encore plus hétérogènes à l'échelle départementale. Ainsi, si la proportion régionale est de 8,8% des cas renseignés (donnée disponible pour 73% des cas franciliens), cette proportion est nulle en Seine-et-Marne, tandis que l'ensemble des taux départementaux, hors celui de Paris sont inférieurs au taux régional. Le poids de Paris dans la proportion régionale est donc majeur, puisque 51 cas parisiens se déclarent sans-domicile-fixe, soit 22,7% des cas renseignés de ce département.

Cette analyse complète les données interprétées plus haut à l'échelon régional.

Tableau 8 : Nombre et proportion de cas sans domicile fixe (SDF) parmi l'ensemble des cas départementaux renseignés, Île-de-France 2022

Département	Nombre de cas SDF	Cas renseignés	Proportion de SDF parmi les cas renseignés
75	51	225	22,7%
77	0	94	0,0%
78	7	88	8,0%
91	6	90	6,7%
92	4	124	3,2%
93	13	230	5,7%
94	11	128	8,6%
95	3	102	2,9%
Total	95	1081	8,8%

Surveillance des issues de traitement

(Source BK4 et e-DO)

La surveillance des issues de traitement en Île-de-France nécessite encore une relance importante de la part de l'Agence Régionale de Santé à ce stade. Ce rappel est réalisé par courrier postal compte tenu de l'absence de déploiement de la télé-déclaration tuberculose en 2021, année la plus récente pour laquelle ces données sont disponibles.

Malgré cette relance spécifique vers les cliniciens déclarants, le nombre d'issues de traitements renseignées reste largement insuffisant, et a constamment diminué depuis l'année 2017, passant de 67,2% en 2017 à moins de 25% des cas déclarés en 2021 (Tab. 9). L'impact de la pandémie de COVID sur la participation en baisse des cliniciens à la DO des issues de traitement en 2020 et 2021 est probable et nécessitera d'être suivi pour les cas déclarés pour l'année 2022.

Tableau 9 : Nombre et proportion de cas avec issues de traitement renseignées, et information sur les ces issues, Île-de-France, 2017-2021

Année de déclaration	Nombre de cas déclarés	Total des cas avec informations sur l'issue de traitement	Proportion des cas avec issue de traitement renseignée	Traitement achevé	Décédés (en lien ou non avec TB)	Traitement arrêté et non repris	Toujours en traitement à 12 mois	Transférés	Perdus de vue
2017	1927	1295	67,2%	969 (74,8%)	44 (3,4%)	12 (0,9%)	42 (3,2%)	69 (5,3%)	159 (12,3%)
2018	1952	977	50,1%	829 (84,9%)	14 (1,4%)	8 (0,8%)	15 (1,5%)	37 (3,8%)	74 (7,6%)
2019	1993	921	46,2%	718 (78%)	23 (2,5%)	7 (0,8%)	16 (1,7%)	59 (6,4%)	98 (10,6%)
2020	1749	647	37,0%	523 (80,8%)	30 (4,6%)	5 (0,8%)	11 (1,7%)	25 (3,9%)	53 (8,2%)
2021	1634	396	24,2%	322 (81,3%)	22 (5,6%)	4 (1%)	4 (1%)	25 (3,5%)	30 (7,6%)

Sous réserve d'une exhaustivité en baisse, la répartition des issues de traitement à l'échelle régionale montre que 81,3% des patients avaient achevé leur traitement en 2021 (à comparer au taux de 83,1% au niveau national). Ceci se situe dans la moyenne des proportions régionales rapportée entre la plus basse (74,8% en 2017) et la plus élevée (84,9% en 2018) des 5 dernières années. Le taux de perdus de vue semble en baisse à 7,6% des cas renseignés, tandis que le taux de décès en 2021 (5,6%) est le plus élevé des 5 dernières années, sans pouvoir affirmer à ce stade que ce taux est lié à un retard diagnostique associé encore une fois à la pandémie de COVID-19. Un biais de renseignement des cas les plus sévères est possible.

Ces données sont à comparer aux issues de traitement rapportées par l'ECDC [3] en 2021. Parmi les 24468 cas de tuberculose pour lesquels les issues de traitement étaient renseignées au niveau de l'UE, 64,0% étaient traités avec succès, 8,2% étaient décédés, 0,8% présentaient un échec thérapeutique, 3,4% étaient perdus de vue, et 2,5% étaient toujours sous traitement à 12 mois. Par ailleurs 21,2% des cas n'avaient pas d'issue de traitement évaluée.

L'analyse départementale des issues de traitement 2021 (Tableau 10) retrouve une exhaustivité des issues de traitement très variable d'un département à l'autre : seulement 4,4% des issues sont renseignées en Essonne, contre 53,3% dans les Hauts-de-Seine. Alors que la documentation des issues de traitement est un objectif prioritaire des programmes de santé publique chargés de la surveillance de la tuberculose, une remobilisation des acteurs cliniciens déclarants s'avère nécessaire. Une amélioration est espérée à la faveur du déploiement de la télé-déclaration e-DO et des actions de sensibilisation effectuée par Santé Publique France au niveau national et en région, avec l'ARS. La télé-déclaration permettant bien plus facilement les relances par l'ARS (via e-mail) et la possibilité simplifiée pour le clinicien déclarant de revenir sur le dossier de la télé-déclaration initiale d'un patient afin d'y renseigner les informations d'issues de traitement.

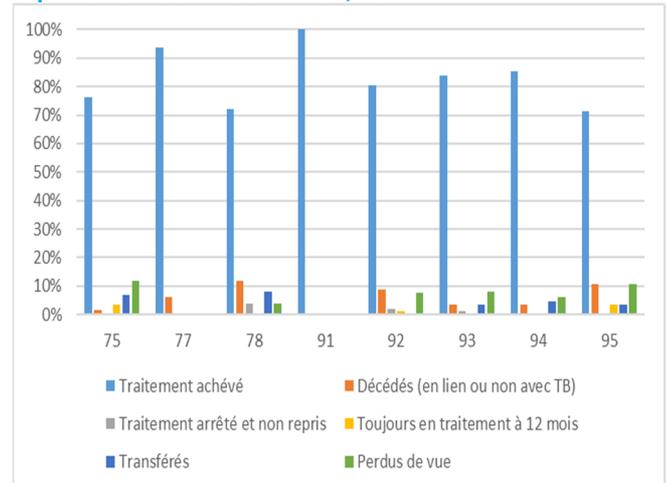
La faiblesse des effectifs ne permet pas d'effectuer une analyse très pertinente de la distribution départementale des issues de traitement (Fig. 14), la proportion de traitements achevés est constamment supérieure à 70%. Deux départements (Paris et Val-d'Oise) rapportent plus de 10%

de perdus de vue, et deux départements plus de 10% de décès (Yvelines et Val d'Oise). Compte tenu de ces taux de décès et de perdus de vue particulièrement élevés dans le contexte de notre système de soin, un biais de déclaration est probable. En effet, les cliniciens pourraient être plus facilement amenés à renseigner les issues de traitement défavorables et les patients perdus de vue. A titre de comparaison, des données récentes publiées en 2022 concernant une petite cohorte de 148 patients particulièrement vulnérables issus d'hôpitaux du nord de Paris et de Seine Saint-Denis rapportaient 78% de traitement complétés, 19% de perdus de vue, 1,4% de décès et 2,1% de patients toujours sous traitement [12].

Tableau 10 : Nombre et proportion de cas avec issues de traitement renseignées, département de la région Île-de-France, 2021

Département	Nombre de cas avec information sur l'issue de traitement	Proportion de cas avec information sur l'issue de traitement
75	59	19,7%
77	16	13,4%
78	25	22,7%
91	6	4,4%
92	92	53,3%
93	87	22,3%
94	83	45,5%
95	28	20,0%

Figure 14. Répartition des issues de traitement par départements d'Île-de-France, 2021



Surveillance de la résistance aux antituberculeux

(source : CNR-MyRMA et DO tuberculose)

Depuis 2019, les cas résistants à plusieurs antibiotiques/résistants à la rifampicine (MDR/RR) confirmés par le Centre National de Référence des mycobactéries (CNR-MyRMA) sont intégrés dans les données de la DO. Ce CNR joue un rôle essentiel dans la confirmation des cas MDR/RR. Grâce à un accès direct aux télé-déclarations, le CNR confirme ou invalide un cas déclaré comme MDR/RR et peut déclarer des cas MDR qui auraient échappé à la déclaration. Ceci contribue à l'amélioration de la qualité et de la complétude de ces données.

Vingt-huit cas de tuberculose MDR (multi-résistante: résistant à l'isoniazide et à la rifampicine) ont été confirmés en 2022 (1,9% des cas déclarés en Île-de-France). Ce taux est en augmentation par rapport à 2021. Il reste cependant inférieur aux taux constatés entre 2018 et 2020. Ce nombre représente presque 40% des cas MDR confirmés en France (Tableau 11). A titre de comparaison, l'ECDC a rapporté une fréquence de cas de MDR/RR en Europe en 2022 à 4,4% des cas [3].

Des données de résistance complémentaires en particuliers la résistance à l'isoniazide et à la rifampicine sont des informations pouvant être renseignées par les déclarants. Ainsi la recherche de résistance « génotypique » à l'isoniazide et à la rifampicine, informations disponibles suite à la réalisation d'un test de biologie moléculaire, est formellement recommandé depuis 2014 par le HCSP pour tout patient présentant un examen microbiologique positif à l'examen direct ou une culture positive [11]. La réalisation de ce test n'est pas renseignée chez plus de 72% des 498 patients présentant un examen direct positif des crachats (34,1% de l'ensemble des 1459 cas franciliens). Lorsqu'il est renseigné, son résultat est noté comme « inconnu » dans 17% des cas, alors même que le résultat du test est souvent disponible en moins de 24 heures. Une réelle sensibilisation des déclarants pourrait permettre d'améliorer la complétude de cette information.

On recense 16 cas de résistance génotypique à l'isoniazide et 14 cas à la rifampicine ; 9 cas de résistance phénotypique (sur données de l'antibiogramme) à la rifampicine et 20 à l'isoniazide. La concordance entre données de résistance génotypique et phénotypique est médiocre. Pour ces variables, la télé-déclaration e-DO permettant de revenir sur la déclaration initiale du patient après connaissance du résultat de l'antibiogramme, qui est rarement disponible avant 1 mois après mise en culture du prélèvement biologique, pourrait sensiblement améliorer la complétude de données de résistances au antituberculeux.

Tableau 11 : Cas de tuberculoses MDR confirmés par le CNR-MyRMA déclarés dans la DO et pourcentage de cas MDR parmi les cas totaux déclarés par région, France, 2018-2022 (source : CNR-MyRMA, DO tuberculose).

	2018			2019			2020			2021			2022		
	CAS MDR	CAS TOTAUX	% MDR	CAS MDR	CAS TOTAUX	% MDR	CAS MDR	CAS TOTAUX	% MDR	CAS MDR	CAS TOTAUX	% MDR	CAS MDR	CAS TOTAUX	% MDR
Auvergne-Rhône-Alpes	9	455	2,0%	6	480	1,3%	9	442	2,0%	6	393	1,5%	10	545	1,8%
Bourgogne Franche Comté	0	147	0,0%	0	110	0,0%	2	98	2,0%	0	96	0,0%	1	111	0,9%
Bretagne	4	204	2,0%	4	179	2,2%	3	191	1,6%	1	198	0,5%	8	185	4,3%
Centre-Val de Loire	4	170	2,4%	1	184	0,5%	0	159	0,0%	1	145	0,7%	3	123	2,4%
Corse	0	12	0,0%	0	16	0,0%	0	14	0,0%	0	13	0,0%	0	18	0,0%
Grand-Est	9	298	3,0%	4	314	1,3%	1	278	0,4%	5	267	1,9%	3	238	1,3%
Hauts-De-France	4	286	1,4%	6	295	2,0%	4	291	1,4%	2	242	0,8%	3	265	1,1%
Île de France	29	1956	1,5%	41	2008	2,0%	32	1757	1,8%	13	1634	0,8%	28	1459	1,9%
Normandie	3	209	1,4%	1	204	0,5%	0	155	0,0%	1	170	0,6%	3	156	1,9%
Nouvelle-Aquitaine	7	201	3,5%	5	266	1,9%	5	240	2,1%	3	242	1,2%	4	253	1,6%
Occitanie	4	408	1,0%	3	364	0,8%	3	342	0,9%	5	292	1,7%	3	272	1,1%
Pays de la Loire	2	263	0,8%	3	241	1,2%	2	202	1,0%	2	193	1,0%	0	199	0,0%
PACA	6	310	1,9%	7	284	2,5%	2	272	0,7%	5	257	1,9%	1	238	0,4%
Total cas déclarés	81	5092	1,6%	81	5114	1,6%	63	4606	1,4%	44	4306	1,0%	67	4224	1,6%

* 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

SYNTHESE

Les données de surveillance de la déclaration obligatoire de la tuberculose maladie montrent en 2022 une poursuite de la diminution du taux de déclaration pour la région Île-de-France. Il est à son niveau historique le plus bas avec 11,4 cas pour 100 000 habitants, soit 1459 cas déclarés.

Ces données traduisent une baisse de presque 27% du nombre de cas déclarés depuis 2019. L'augmentation du nombre de cas redoutée suite aux bouleversements induits par la pandémie de COVID-19 - constatée globalement au niveau mondial par l'OMS et à l'échelle européenne par l'ECDC - n'a pas été observée en 2022 en France ou en région Île-de-France. Alors que plus de 77% des cas diagnostiqués en Île-de-France (71,6% à l'échelon national) le sont chez des personnes nées à l'étranger, la baisse du taux de déclaration concerne à la fois ces personnes nées à l'étranger (36,4 cas/100 000) tout comme celles nées en France (3,1/100 000). Par ailleurs, la situation épidémiologique décrit une population largement masculine, présentant des facteurs de précarités connus mais persistants et dont la distribution spatiale est hétérogène au sein de notre région.

Cependant, les données présentées dans ce point épidémiologique doivent être prises avec précaution.

Premièrement, du fait de la non exhaustivité de la déclaration obligatoire. En effet, on ignore dans quelle mesure l'exhaustivité de la DO - estimée à 65% au début des années 2000 [9] et réévaluée en 2010 à 71% pour l'Île-de-France [7] - a pu être impactée par la pandémie de COVID-19. Par ailleurs, le déploiement début 2022 de la télé-déclaration de la tuberculose a été plus difficile en Île-de-France que dans d'autres régions : 7,5% des DO ont été effectuées par télé-déclaration au quatrième trimestre 2022 contre 41% au niveau national (données non publiées de Santé Publique France). Ceci a pu aggraver la sous-déclaration, alors que l'adhésion au système de télé-déclaration pour l'année 2023 n'a que très modérément progressé (26,4% des déclarations ont été effectuées sur e-DO durant le quatrième trimestre 2023).

On constatera également une dégradation de la complétude des données concernant par exemple le résultat des cultures ou la documentation des résistances, points sur lesquels la télé-déclaration pourrait permettre une amélioration compte tenu de la plus grande facilité à revenir sur un télé-déclaration électronique une fois ces données connues par le déclarant.

Conscient que la mobilisation des acteurs de la déclaration de la maladie constitue un enjeu majeur, une attention particulière continuera d'être portée par Santé publique France et l'ARS Île-de-France vers ceux-ci. À ce titre, les responsables d'établissement et des services de soins sont des relais majeurs pour la mise en place de cette déclaration obligatoire par voie électronique, en mettant à disposition des cartes et terminaux CPS en nombre adéquat.

Il reste capital dans un but d'élimination de la tuberculose de disposer de données fiables, et comparables d'une année à l'autre afin de suivre les tendances épidémiologiques, alors que la documentation des issues de traitement, donnée également majeure de la surveillance de la tuberculose et qui n'a cessé de se dégrader doit absolument s'améliorer.

Deuxièmement, une analyse préliminaire des données nationales 2023 - non consolidées à ce stade - est en faveur d'une ré-augmentation du nombre de cas avec 4728 cas déclarés en France, avec une tendance similaire dans notre région. Si elle se confirmait une fois les données consolidées, cette augmentation retardée pourrait être consécutive aux retards diagnostics induits par les perturbations de la pandémie de COVID-19 sur le système de soins et qui ont contribué à l'augmentation mondiale des cas, dans un contexte où la part des cas nés à l'étranger est connue. Ainsi, alors que 25% des cas de tuberculose se développent dans les deux années qui suivent l'arrivée sur le territoire Français de patients issus de pays de forte endémie tuberculeuse, l'inertie de la tendance mondiale associée à la reprise des mouvements migratoires pourrait impacter la France avec plus de retard qu'attendu.

L'Île-de-France a plus de contacts et échanges de population avec les pays étrangers que d'autres régions françaises. Sa situation épidémiologique est plus hétérogène, et la tuberculose semble plus solidement installée dans certains territoires ou au sein de sous-groupes plus vulnérables de notre population. Il nous faut donc poursuivre nos efforts de dépistage ciblés vers ces sous-groupes, à l'image du dépistage des cas pédiatriques lors des enquêtes autour des cas diligentés par les CLAT, tout en maintenant une vigilance générale.

Ainsi, la surveillance de la tuberculose en Île-de-France sera suivie attentivement dans les mois et les années qui viennent afin de mettre précocement en évidence une potentielle aggravation de l'épidémie concernant une maladie restant grave si elle n'est pas diagnostiquée rapidement, et dont les options thérapeutiques ont peu évolué ces dernières années.

Remerciements

La surveillance de la tuberculose est coordonnée par Santé publique France et le Centre National de Référence des Mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-My-RMA). Nous remercions le GEPP tuberculose de Santé publique France pour la mutualisation des travaux et des efforts.

Nous remercions vivement les partenaires de la surveillance de la tuberculose en Île-de-France :

- Les médecins et/ou biologistes contribuant à la déclaration des cas et à l'envoi de prélèvements au CNR ;
- L'agence régionales de santé Île-de- France;
- Les 8 Centres départementaux de prévention santé (CDPS, anciennement centres de lutte anti-tuberculeuse / CLAT) des départements d'Île-de-France

Références bibliographiques

1. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis report 2023. Geneva: WHO; 2023. 75 p. Available from : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>
2. Stop TB partnership : <https://omnibook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6+1/fr#panel-z-62ac>
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2024 -2022 data. Report Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2024-2022-data>
4. Guthmann JP. La tuberculose maladie en France en 2018. Faible incidence nationale, forte incidence dans certains territoires et groupes de population. Bull Epidemiol Hebd. 202 ; (10-11) : 196-203. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_1.html
5. Guthmann JP, Viriot D. L'épidémiologie de la tuberculose en France à l'ère de la pandémie de Covid-19. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(6-7):108-15. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024_6-7_1.html
6. Guthmann JP, Aït Belghiti F, Lévy-Bruhl D. Épidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(7):116-26.
7. Girard D, Antoine D, Che D. Epidemiology of pulmonary tuberculosis in France. Can the hospital discharge database be a reliable source of information? Med Mal Infect. 2014 Dec;44(11-12):509-14.
8. Guthmann JP, Antoine D, Durand J, Aït El Belghiti F, Dubois D, Vo Van MT, et al. La télédéclaration de la tuberculose : premier bilan 21 mois après sa mise en place en France. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(6-7):116-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024_6-7_2.html
9. Decludt B, Campese C. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2000. Bull Epid Hebdo 2002: 68–70.
10. Veziris N, Aubry A, Bonnet I, Petersen T, Poignon C, Gyde E, et al. Actualités sur la tuberculose à bacilles multirésistants aux antibiotiques et ses nouveaux traitements. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(6-7):126-31. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024_6-7_4.html
11. Tuberculoses à bacilles résistants : diagnostic et prise en charge. Haut Conseil de Santé Publique, 18/12/2014. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=483>
12. Méchaï F, Bachelet D, Han L, Dubert M, Parisey M, Cordel H, Bourgarit A, Bertrac C, Chauveau S, Billard-Pomares T, Carbonnelle E, Bouchaud O, Yazdanpanah Y, Vignier N, Laouénan C. Tuberculosis treatment outcomes among precarious patients in France. Infect Dis Now. 2022 Oct;52(7):389-395.

Méthode

Sources des 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 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 effectuée, 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 les classes d'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 12. 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

Pour aller plus loin :

- Fiches de déclaration obligatoire de la tuberculose : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_13351.do
- [e-DO - Déclaration obligatoire en ligne de l'infection par le VIH et du sida \(santepubliquefrance.fr\)](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) : <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>

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.

Rédaction

- Rémi Lefrançois, Arnaud Tarantola
- Cellule Régionale Île-de-France, Santé publique France

Pour nous citer : Bilan épidémiologique régional tuberculose en Île-de-France : Bilan 2022. Édition régional Île-de-France. Avril 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 20 pages, 2024. Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 05/04/2024

Contact : remi.lefrancois@santepubliquefrance.fr