

## Tuberculose

Date de publication : 18.02.2026

ÉDITION BRETAGNE

# Surveillance de la tuberculose En Bretagne

Données arrêtées au 31/12/2024

La tuberculose est une maladie à Déclaration Obligatoire (DO) depuis 1964 (plus d'informations sur la surveillance en p.3). Ces déclarations sont essentielles au pilotage de la lutte contre la tuberculose par l'Agence Régionale de Santé et à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de gestion par le Centre de Lutte Anti Tuberculeuse. La situation épidémiologique de la tuberculose en Bretagne jusqu'en 2024 est présentée dans ce bulletin épidémiologique.

## Les points clés en Bretagne

### Télédéclaration

- La télédéclaration de la tuberculose (via l'application e-DO) reste faible et supérieure au taux national de dématérialisation de la déclaration.

### Evolution de l'incidence de la tuberculose

- Une diminution importante du taux de déclaration (-22%) a été enregistrée en 2021, probablement en grande partie liée à la crise sanitaire. Depuis lors, l'incidence a rejoint le niveau pré-pandémique COVID et poursuit sa tendance baissière.
- Le taux de déclaration de tuberculose maladie continue de globalement diminuer sur les 10 dernières années dans la région comme au niveau national. Le taux régional était en 2024 inférieur au taux enregistrés au cours des années précédant la pandémie et au niveau du reste de la province.
- A l'échelle infra régionale, les taux de déclaration les plus élevés sont observés en Ille-et-Vilaine (7,6 cas pour 100 000 habitants) et dans le Finistère (5,7 cas pour 100 000 habitants).
- L'incidence de la tuberculose est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- L'incidence est en diminution continue au-delà de 40 ans et la moitié des cas déclarés ces cinq dernières années concerne des adultes jeunes avec une forte progression du nombre des nouveaux cas diagnostiqués chez des jeunes de 15 à 24 ans.

- Depuis 2017, les cas de tuberculose maladie déclarés concernent majoritairement des personnes en situation de grande vulnérabilité, arrivées depuis moins de 2 ans de zones ou pays de forte endémicité tuberculeuse.

### Principales caractéristiques clinico-épidémiologiques de la tuberculose

- Les cas de tuberculose pulmonaire, isolée ou associée à des localisations extra pulmonaires, restent très majoritaires (70 %), et bacillifères donc contagieux (baar positif ou examen microscopique direct positif) dans un tiers des cas.
- La fréquence des localisations sévères (méningo-encéphalite ou miliaire) reste faible (<5% des cas) et stable ces dernières années.
- Les centres d'hébergement collectifs constituent les communautés de vie les plus à risque et concentrent la grande majorité des cas de tuberculose et d'infection tuberculeuse latente diagnostiqués et pris en charge ces dernières années.

### Multirésistance

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

### Issues de traitement

- L'information sur l'issue du traitement reste très insuffisante (seul un cas renseigné sur 2). C'est un indicateur de performance de la lutte antituberculeuse (LAT),
- La complétude du traitement, quand l'information sur l'issue de traitement est disponible, est de 91 %, et dépasse l'objectif de succès thérapeutique fixé par l'OMS (85 %).

### Infections tuberculeuses latentes (ITL)

- Le nombre d'ITL déclarées a progressé en 2024.
- Les ITL dépistées et prises en charge étaient notamment des jeunes de 15 ans et plus, arrivés en France depuis moins de 2 ans et vivant dans des centres d'hébergement collectif.

## Surveillance de la tuberculose



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

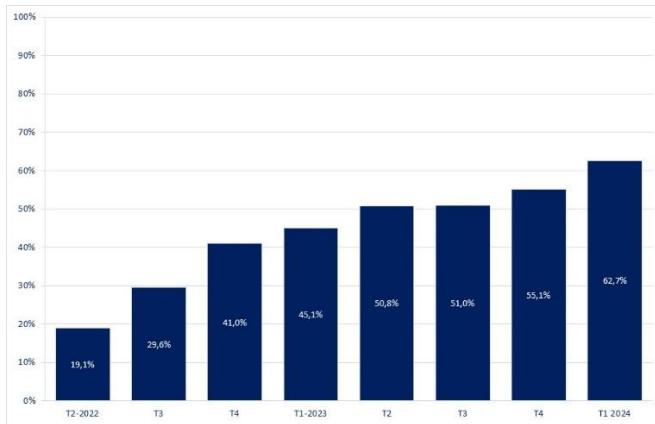
Plus efficient, plus réactif et sécurisé, ce nouveau dispositif dématérialisé de télédéclaration (e-DO) a plusieurs objectifs :

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

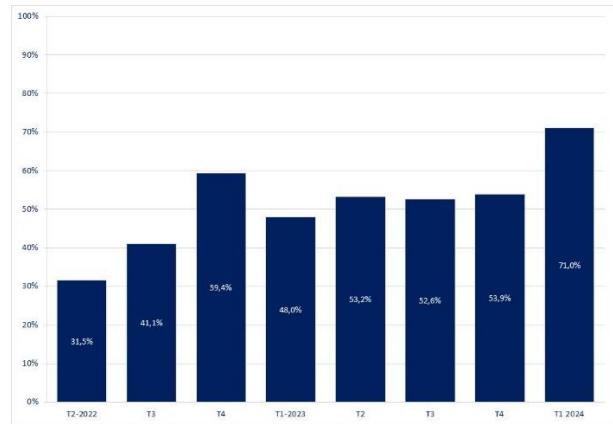
La télédéclaration réduit les délais de mise à disposition des informations et permet de suivre en temps quasi-réel les cas de tuberculose, infections tuberculeuses latentes et issues de traitement, déclarés par les professionnels de santé via l'application e-DO.

A l'échelle nationale, le taux de télédéclaration de la tuberculose, en progression continue depuis le 2ème trimestre 2022, atteint 63 % au 1er trimestre 2024 (figure 1). En Bretagne, la mise en œuvre de la télédéclaration n'est supérieure au taux national que depuis le premier trimestre 2024 (figure 2).

**Figure 1. Evolution de la part des télé-déclarations via e-DO des tuberculose maladie, ITL et issues de traitement, France, 16/04/2022 au 31/03/2024 (N=21219)**



**Figure 2. Evolution de la part des télé-déclarations via e-DO des tuberculose maladie, ITL et issues de traitement, Bretagne, 16/04/2022 au 31/03/2024 (N=1002)**



Source : e-DO, traitement Santé publique France

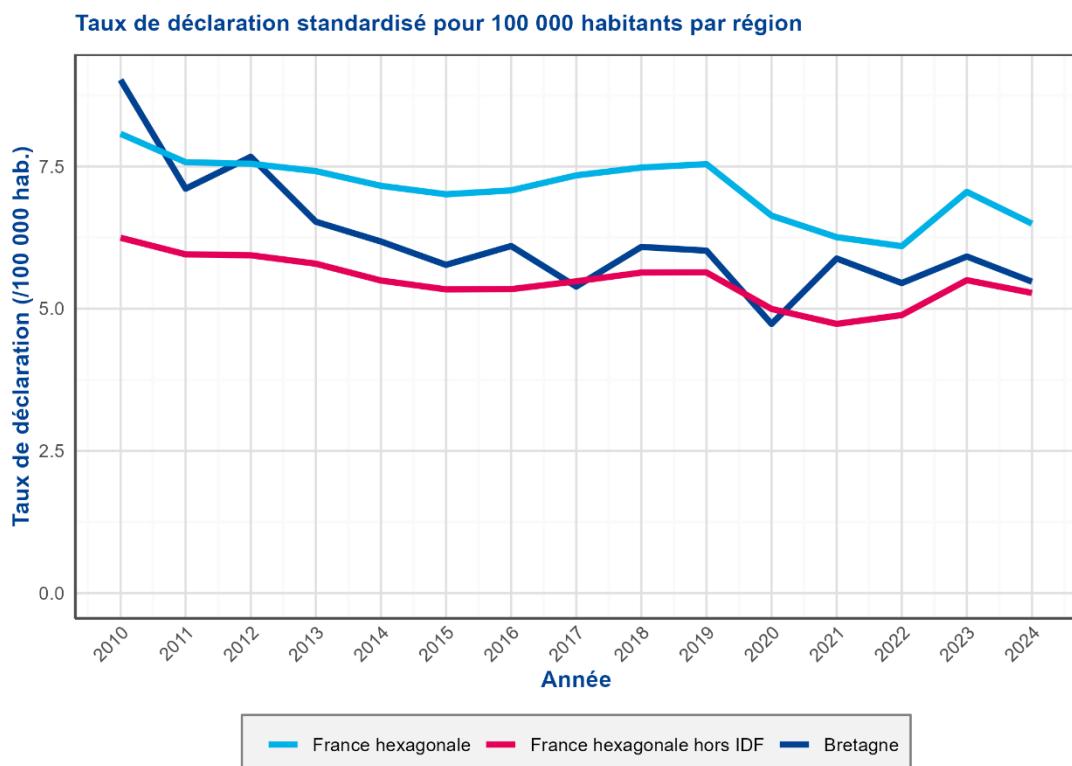
## Tuberculose maladie

### Evolution du taux de déclaration de la tuberculose maladie, 2010-2024 (source : déclaration obligatoire)

Taux de déclaration est employé en lieu et place de taux d'incidence pour tenir compte du fait qu'une part des cas peut ne pas être déclarée.

Globalement en diminution depuis 2010, le taux de déclaration a fortement diminué depuis 2019 en France et dans les territoires de l'hexagone. L'infléchissement important (-22%) enregistré à partir de 2020 coïncide avec la crise sanitaire de la Covid-19. En Bretagne, le taux de déclaration de la tuberculose maladie en 2022 était de 5,5 cas pour 100.000 habitants et la région suit la même tendance que le taux de déclaration hexagonal (hors Ile-de-France) (figure 3).

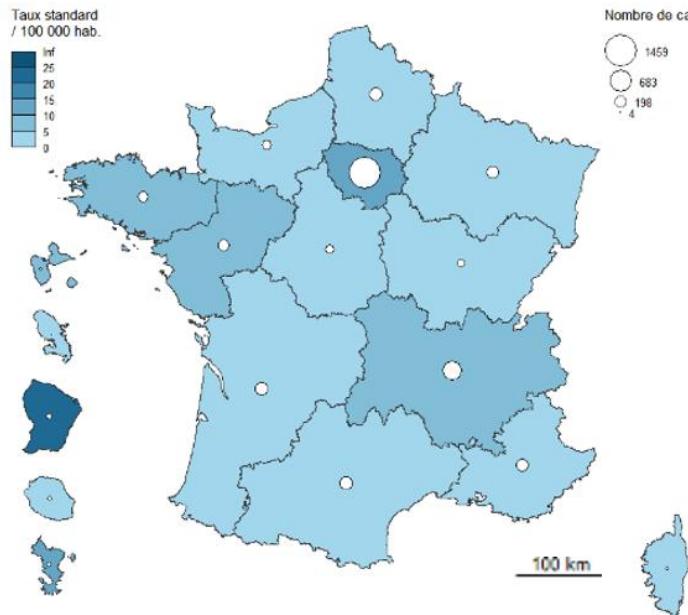
**Figure 3 : Evolution annuelle des taux de tuberculose- maladie standardisés pour 100 000 habitants en France métropolitaine, Métropole hors Ile-de-France et en Bretagne, 2010-2024.**



Source : DO Tuberculose.

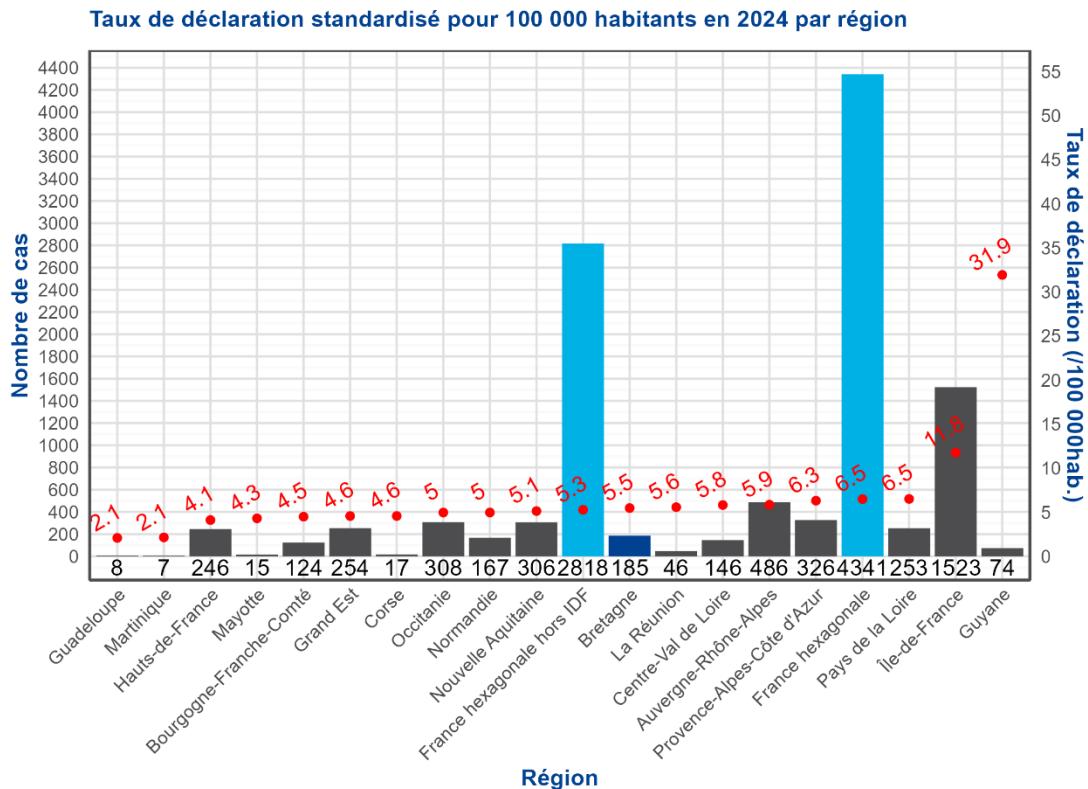
Traitements : Santé publique France. Standardisation sur l'âge à partir de la population française 2017.

En France hexagonale, avec un peu plus de 4000 cas déclarés en 2024, le taux moyen de déclaration était de 6,5 cas pour 100 000 habitants. Il est hétérogène sur le territoire national avec 4 régions dont 2 outre-mer (Guyane et Mayotte) et 2 hexagonales (Ile de France et Auvergne-Rhône-Alpes) où les taux de tuberculose sont supérieurs au taux moyen national (Figure 4, Figure 5).

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

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

Avec 185 cas de tuberculose et un taux régional de déclaration de 5,5 cas pour 100 000 habitants, la Bretagne fait partie des régions où le taux de tuberculose maladie est faible (Figure 5). A l'instar de la situation nationale, le taux moyen régional masque des disparités territoriales, avec des taux plus élevés dans le Finistère et l'Ille-et-Vilaine (Figure 6, tableau 1).

**Figure 5 : Nombre de cas de tuberculose maladie et taux standardisés de déclaration par région de résidence, France, 2024**

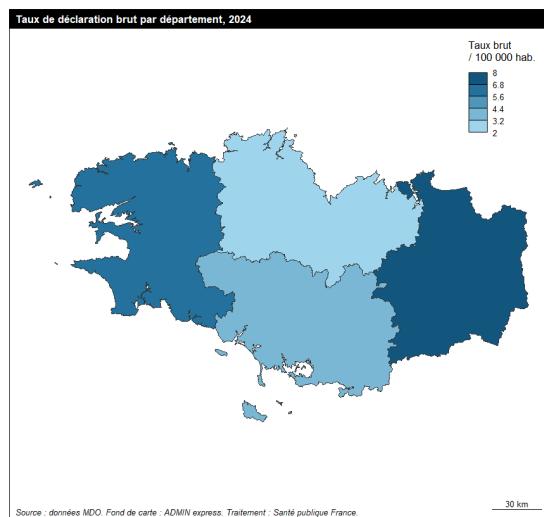
Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France. Standardisation sur l'âge à partir de la population française

**Tableau 1 : Evolution du nombre de cas de tuberculose maladie déclarés, taux bruts de tuberculose par département de résidence, Bretagne, 2017 à 2024**

	2017-2023		2024	
	nb de cas	taux brut p 100 000	nb de cas	taux brut p 100 000
Côtes-d'Armor	207	4,89	18	2,93
Finistère	326	5,07	53	5,68
Ille-et-Vilaine	522	6,85	85	7,55
Morbihan	272	5,08	29	3,69
<b>Bretagne</b>	<b>1327</b>	<b>5,61</b>	<b>185</b>	<b>5,35</b>

Source : Do tuberculose. Traitement Santé publique France

**Figure 6 : Taux standardisés de tuberculose selon le département de résidence, Bretagne, 2024**

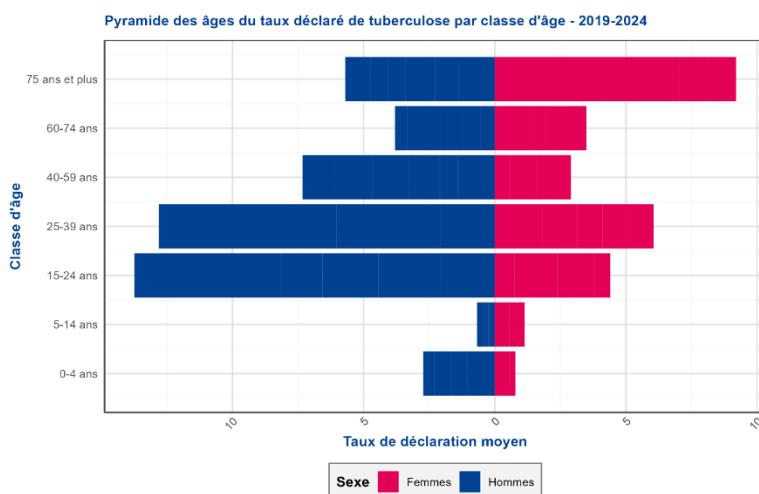


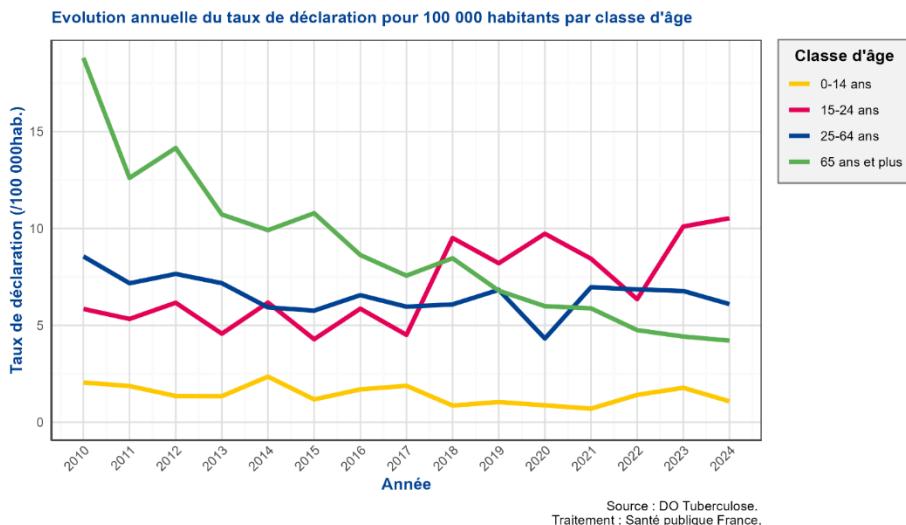
## Principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas de tuberculose maladie déclarés en Bretagne

Le sexe-ratio homme/femme des cas de tuberculose maladie est majoritairement masculin de 15 à 74 ans (Figure 7) avec, sur la période 2019-2024, des taux de déclaration de tuberculose deux fois plus élevés chez les hommes (7,03 cas pour 100 000 hommes) que chez les femmes (3,92 cas pour 100 000 femmes).

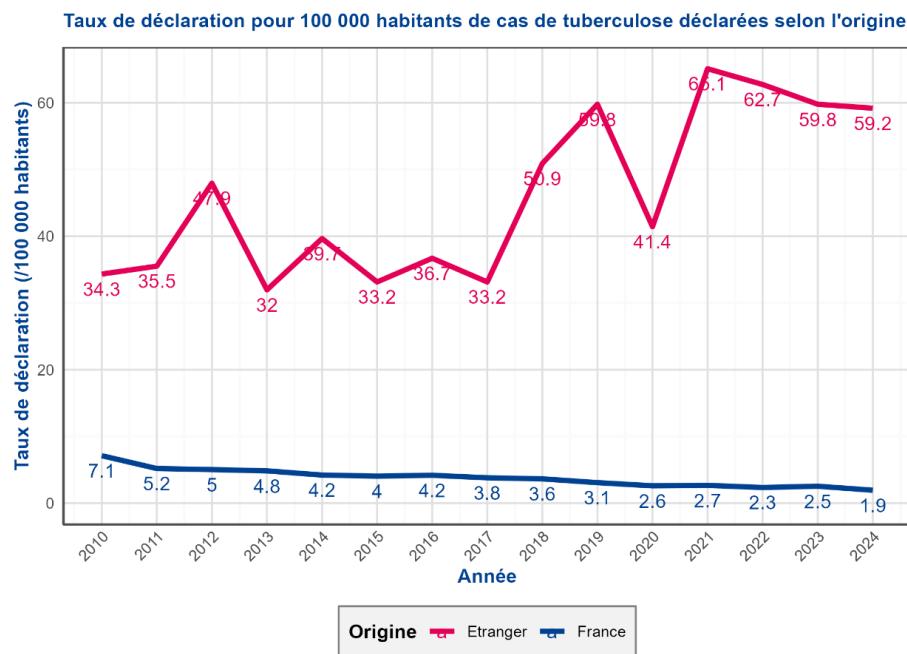
Le taux de déclaration de tuberculose maladie est observé chez les hommes jeunes âgés de 15 à 24 ans, chez qui il est deux fois plus élevé que le taux régional tous âges chez les hommes. Cette tendance épidémiologique diffère des autres classes d'âge dans lesquelles les taux sont globalement en diminution (Figure 8).

**Figure 7 : Taux de tuberculose maladie par classe d'âge et sexe, Bretagne, 2019-2024**



**Figure 8 : Evolution des taux de tuberculose maladie par classe d'âge, Bretagne, 2010-2022**

**En Bretagne**, à l'instar de la situation nationale, le taux de tuberculose maladie continue de diminuer chez les personnes nées en France (1,9 cas / 100 000 habitants en 2024) et il progresse chez les personnes nées à l'étranger, avec une baisse marquée sur la première année de pandémie Covid-19 en 2020 (41,4 cas / 100 000 habitants en 2022) (Figure 9). Le nombre de cas de tuberculose diagnostiquées chez des personnes nées à l'étranger est, depuis 2021, devenu supérieur au nombre de cas autochtones.

**Figure 9 : Evolution des taux annuels de tuberculose maladie selon l'origine de naissance, Bretagne, 2010-2024**

Plus de la moitié des cas de tuberculose maladie sont diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger dont un tiers sont originaires du continent africain, très majoritairement de pays d'Afrique subsaharienne (Tableau 2, Figure 10).

Sur la période d'étude, le diagnostic de la tuberculose maladie était porté, dans les 5 ans suivant l'arrivée en France, chez plus d'un tiers des cas pour lesquels l'ancienneté d'arrivée était renseignée.

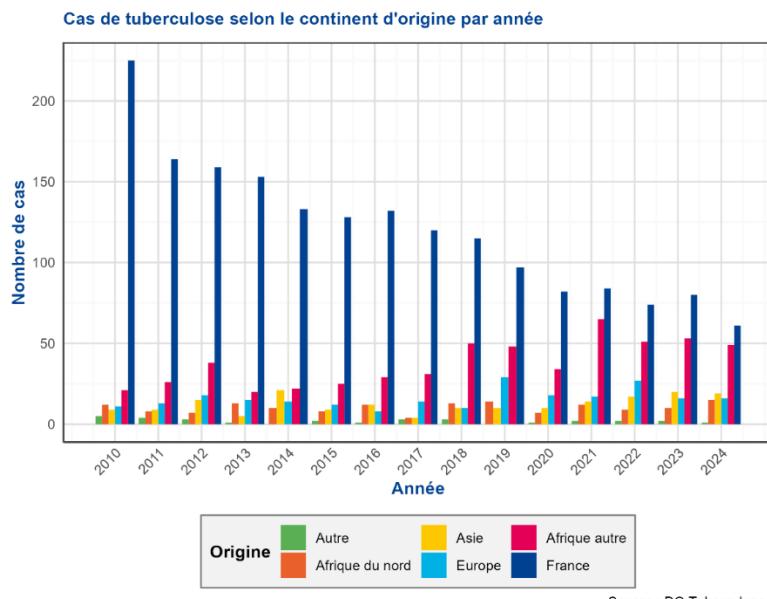
Parmi les cas déclarés et vivant en collectivités, la proportion de cas déclarés est faible et sans évolution notable sur la période d'étude 2019-2024 (<10%) dans les établissements pénitentiaires. Dans les Ehpad, les effectifs sont faibles et variables. Dans les autres groupes à risque, le nombre et la proportion de cas diagnostiqués chez des personnes SDF ou des professionnels du champ sanitaire et social restent également faibles (<10 %) et stables sur la période d'étude.

En revanche, c'est dans les centres d'hébergement collectif accueillant des personnes en situation de précarité et de défaveur sociale que la part des cas diagnostiqués reste majoritaire, témoignant de l'importante vulnérabilité des personnes qui y sont accueillies (personnes migrantes, sans domicile ou en situation de précarité...).

**Tableau 2 : Principales caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose maladie déclarés dans en Bretagne, 2019-2024**

	2019-2023 (N=943)			2024 (N=185)		
	N	%*	Taux moyen annuel / 100 000 hab.	N	%*	Taux / 100 000
<b>Sexe</b>						
Homme	610	64,7	7,0	128	69,2	7,2
Femme	333	35,3	4,0	57	30,8	3,4
<b>Age</b>						
Moins de 5 ans	15	1,6	1,8	2	1,1	1,3
5 à 14 ans	18	1,9	0,9	4	2,2	1,0
15 à 24 ans	168	17,8	8,6	42	22,7	10,5
25 à 39 ans	262	27,8	9,5	51	27,6	9,1
40 à 59 ans	227	24,1	5,2	43	23,2	4,9
60 à 74 ans	123	13,0	3,8	19	10,3	2,9
75 ans et plus	130	13,8	7,2	24	13,0	6,0
<b>Lieu de naissance</b>						
France	417	46,1	2,6	61	38,9	1,9
<b>Etranger</b>	<b>488</b>	<b>53,9</b>	<b>57,8</b>	<b>100</b>	<b>62,1</b>	<b>59,2</b>
Europe	107	11,8	16,6	16	16,0	23,3
Afrique du Nord	52	5,7	27,3	15	15,0	39,4
Afrique subsaharienne	251	27,7	146,8	49	49,0	143,3
Asie	71	7,8	80,7	19	19,0	108,0
Autre	7	0,8	16,6	1	1,0	9,5
<b>Ancienneté sur le territoire français chez les personnes nées à l'étranger</b>						
Moins de 2 ans	196	21,7	-	39	24,2	-
2-5 ans	118	13,1	-	21	13,0	-
6-9 ans	44	4,9	-	18	11,2	-
10 ans et plus	79	8,7	-	13	8,1	-
Non renseigné	50	5,5	-	9	5,6	-
<b>Type de résidence</b>						
<b>Vie en collectivité</b>	<b>126</b>	<b>14,1</b>	<b>-</b>	<b>24</b>	<b>14,0</b>	<b>-</b>
Centre d'hébergement collectif	72	59,0	-	10	45,5	-
Etablissement pour personnes âgées	12	9,8	-	5	22,7	-
Etablissement pénitentiaire	2	1,6	-	0	0,0	-
Autre	36	29,5	-	7	31,8	-
<b>Sans domicile fixe</b>	<b>48</b>	<b>5,8</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>7,9</b>	<b>-</b>
<b>Profession sanitaire ou sociale</b>						
oui	48	5,9	-	8	5,1	-

\* pourcentage parmi les cas ayant une information renseignée

**Figure 10 : Evolution du nombre de cas de tuberculose maladie selon la région du monde d'origine, Bretagne, 2010-2024**

Sur le plan clinique, la localisation de la tuberculose était pulmonaire isolée dans plus de la moitié des cas, ou associée à une localisation extra pulmonaire (autour de 20 % des cas). La proportion de localisation grave (méningée ou miliaire) est stable autour de 5 %. Plus d'un tiers des cas (35 à 40 % des cas) avec une tuberculose pulmonaire avaient un examen direct positif et étaient donc contagieux (Tableau 3).

Enfin, la fréquence des localisations graves (méningo-encéphalite tuberculeuse ou tuberculose miliaire) reste faible (autour de 5 % des cas) et sans évolution notable en particulier chez les moins de 15 ans depuis les nouvelles recommandations vaccinales par le BCG instaurées en 2007.

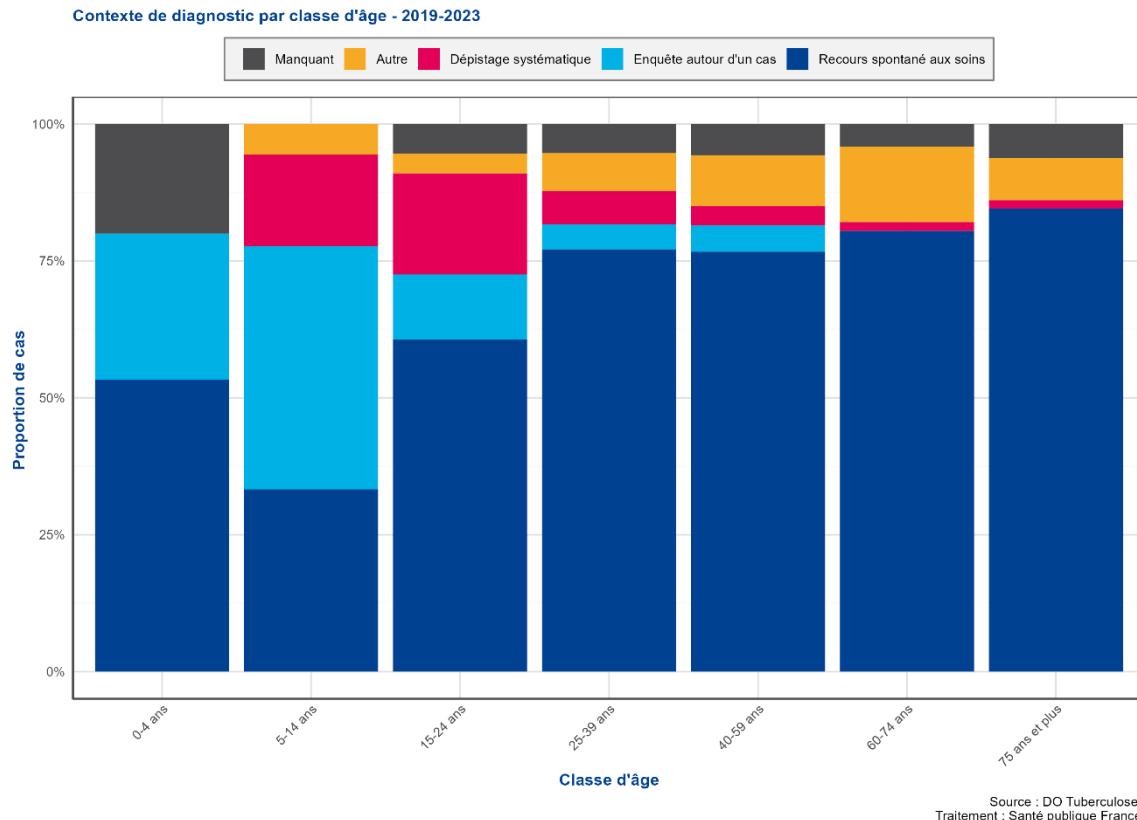
**Tableau 3 : Principales caractéristiques cliniques des cas de tuberculose maladie déclarés dans en Bretagne, 2019-2024**

	2019-2023 (N=943)		2024 (N=185)	
	N	%	N	%
<b>Localisation</b>				
Extra-pulmonaire isolée	264	28,0	50	27,0
Extra pulmonaire et pulmonaire	173	18,4	40	21,6
Pulmonaire isolée	505	56,6	95	51,4
Données manquantes	1		0	
<b>Localisation méningée ou miliaire</b>				
Non	890	93,4	175	95,1
Oui	62	6,6	9	4,9
Données manquantes	1		1	
<b>Microscopie positive parmi les tuberculoses pulmonaires</b>				
Non	336	49,9	65	48,1
Oui	288	42,7	48	35,6
Inconnu	50	7,4	22	16,3
Données manquantes	5		0	

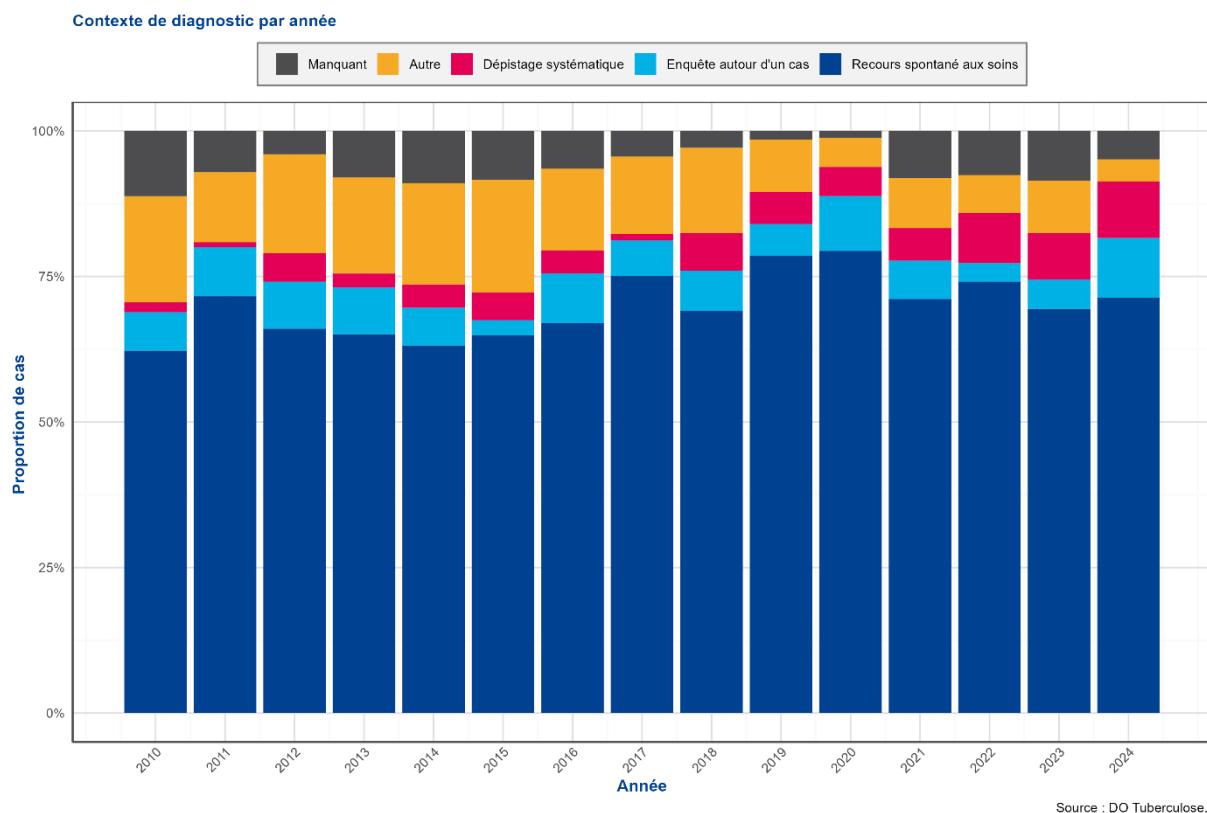
\* pourcentage parmi les cas ayant une information renseignée

Chez les plus de 15 ans, le recours spontané aux soins reste la principale modalité du diagnostic de la maladie tuberculeuse alors que, chez l'enfant (<15 ans), l'enquête autour d'un cas de tuberculose est la principale circonstance de découverte la maladie tuberculeuse. Les modalités du diagnostic ont peu évolué ces dernières années (Figures 11 et 12).

**Figure 11 : Contexte diagnostique des cas de tuberculose maladie en Bretagne selon la classe d'âge, 2019-2023**



**Figure 12 : Evolution du contexte du diagnostic des cas de tuberculose maladie en Bretagne de 2010 à 2024**



## Tuberculose multi résistante (source : CNR-MyRMA)

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

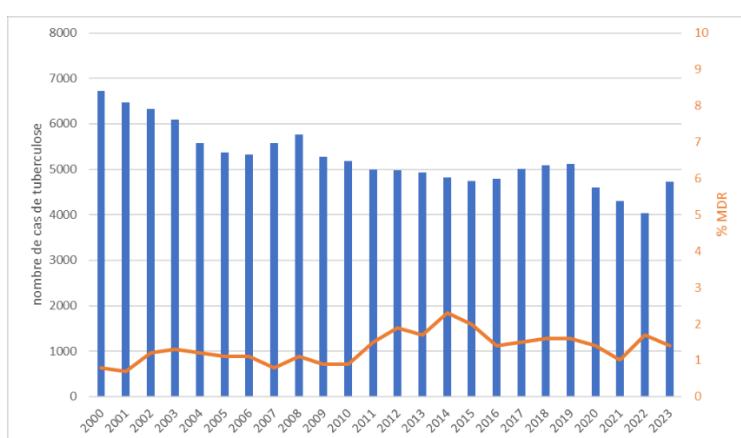
Les données du réseau AZAY de surveillance des résistances primaires et secondaires montrent que les cas porteurs de résistance primaire aux 2 principaux antituberculeux de première ligne (rifampicine et isoniazide) sont très rares en France. Leur fréquence est logiquement plus élevée chez les cas déjà ou insuffisamment traités (résistance secondaire) (Figure 15. Données actualisées en 2021).

**A l'échelle nationale**, le taux de tuberculoses multi résistantes déclarées (MDR) reste faible et globalement stable sur les 30 dernières années. Sous réserve de consolidation des données les plus récentes, au total 713 cas de multi résistance ont été répertoriés par le CNR MyRMA sur la période 2015-2024 et le nombre annuel moyen de cas de tuberculose MDR était de 71. La progression du taux de multi résistance, observée dans les années 2010, est à mettre en perspective avec la diminution continue du dénominateur constitué par le nombre de cas de tuberculose déclarés (Figure 13)

**En Bretagne**, entre 2020 et 2024, 17 cas porteurs de multi résistance ont été déclarés, dont 2 cas en 2024 (Figure 14). Le taux de résistance à l'isoniazide était autour de 5 % sans variation notable au fil des années. Le taux de résistance à la rifampicine est compris entre 2 et 4 % selon les années.

Le nombre annuel moyen de cas de multi résistance reste faible et stable dans la région en dehors de 2022 où 8 cas MDR avaient été recensés.

**Figure 13 : Evolution du nombre total de cas déclarés et du taux de tuberculoses multirésistantes (MDR), France, 2000-2023.**



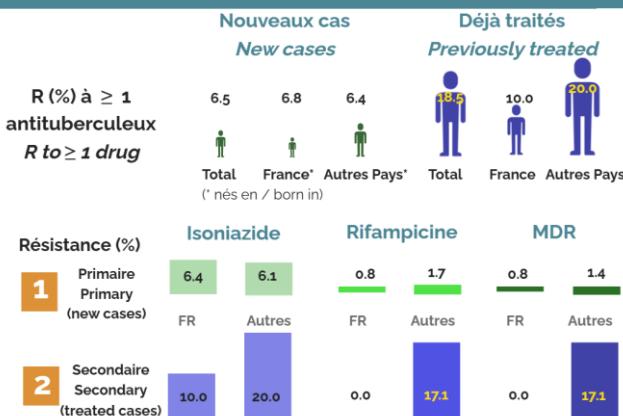
Source : CNR MyRMA, Paris.

**Figure 14 : Distribution régionale des cas de tuberculose multirésistante (MDR) recensés par le CNR MyRMA en France en 2024.**



**Figure 15 : Résistances primaires et secondaires de *Mycobacterium* du complexe *tuberculosis* en France, 2022  
(Source : CNR MyRMA, Paris)**

### Réseau AZAY-Mycobactéries en 2022

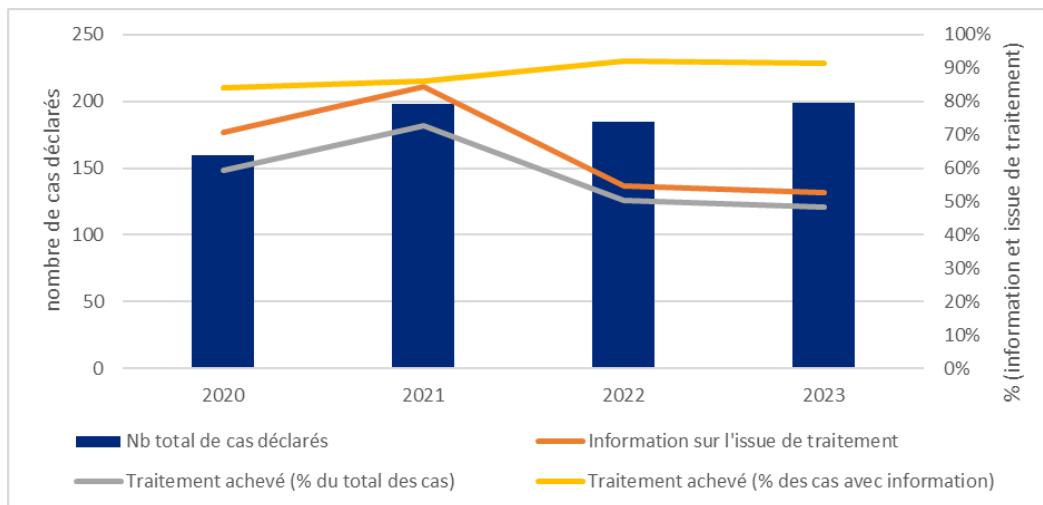


## Surveillance des issues de traitement

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

**En Bretagne**, depuis 2020, l'information sur les issues de traitement n'est renseignée que pour moins de trois quarts de cas de tuberculose pris en charge. Sur les cas renseignés, plus de 80% avaient achevé le traitement et étaient considérés comme guéris. La complétude du traitement, à relativiser au regard du niveau de disponibilité de l'information, a progressé depuis 2019 et est passée de 84% à 91 % en 2023, et dépasserait ainsi l'objectif fixé par l'OMS, de 85% de succès thérapeutique (Figure 16).

**Figure 16 : Evolution des taux d'issue et complétude de traitements antituberculeux. Bretagne 2020-2023.** (Source DO, traitement Santé publique France)



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

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

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

**En Bretagne**, le nombre d'ITL déclarées et prises en charge est en nette augmentation depuis 2022, en particulier chez des jeunes âgés de 15 ans, nés à l'étranger et arrivés depuis moins de 2 ans (tableau 3).

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

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

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

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

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

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

**Tableau 3 : Principales caractéristiques épidémiologiques des ITL déclarées en Normandie, 2017-2021 vs 2022**

	2019-2023 (N=436)		2024 (N=199)	
	N	%*	N	%*
<b>Sexe</b>				
Homme	137	77,3	173	86,9
Femme	99	22,7	26	13,1
<b>Age</b>				
0-4 ans	25	5,7	7	3,5
5-9 ans	45	10,3	15	7,5
10-14 ans	90	20,7	26	13,1
15 ans et plus	275	63,2	151	75,9
<b>Lieu de naissance</b>				
France	56	13,9	11	6,2
Etranger	347	86,1	165	93,8
<b>Ancienneté sur le territoire français pour les personnes nées à l'étranger</b>				
Moins de 2 ans	301	86,7	130	78,8
2-5 ans	0	0	1	0,6
6-9 ans	21	6,1	11	6,7
inconnu	25	7,2	23	13,9
<b>Hébergement en collectivité pour les personnes nées à l'étranger</b>				
oui	183	52,7	60	36,4
non	150	43,2	93	56,4
inconnu	14	4,0	12	7,3
<b>Modalité du diagnostic</b>				
Recours spontané aux soins	4	1,0	0	0
Enquête autour d'un cas	68	18,3	29	18,4
Dépistage systématique	293	78,8	124	78,4
Autres	7	1,9	5	0,3

\*pourcentage parmi les cas avec l'information

## Pour en savoir plus

[Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire : numéro spécial sur la tuberculose](#)

BEH N° 6-7 | 19 mars 2024

[Données de déclarations obligatoires sur la tuberculose](#)

[Rapport mondial 2024 de l'OMS sur la tuberculose](#)

[CNR Mycobactéries et résistance aux antituberculeux. Rapport d'activité 2024](#)

## Santé publique France Bretagne

Bertrand GAGNIÈRE

Alain LE TERTRE

## Selecteurs

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

Didier CHE, Direction des régions, Santé publique France

## Remerciements à

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

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

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

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

**Pour nous citer :** Bulletin de surveillance de la tuberculose. Édition régionale Bretagne. Février 2026. Saint-Maurice : Santé publique France, 16 pages, 2026. Directrice de publication : Caroline Semaille

**Dépôt légal :** 25 février 2026

**Contact :** [bretagne@santepubliquefrance.fr](mailto:bretagne@santepubliquefrance.fr)