

TUBERCULOSE

SOMMAIRE

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

ÉDITO

Dr Bernard FABRE-TESTE, médecin spécialisé en santé publique et médecine sociale, ancien représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé au Vanuatu, responsable médical du Centre de Lutte contre la Tuberculose (CLAT) du Littoral, Pas-de-Calais, Hauts de France.

La tuberculose en 2020 : une maladie rare en France ? Oui et non !

L'impact de la pandémie de Covid19 sur les programmes de lutte antituberculeuse (LAT)? Il est certain dans le monde entier !

Les populations migrantes et les nouveaux enjeux de la LAT en France et dans les Hauts-de-France ?

En France, avec actuellement en moyenne 5 000 nouveaux cas et 500 décès de tuberculose-maladie par an, l'incidence de la tuberculose a été divisée par 6 ces 50 dernières années et la maladie est, aujourd'hui, devenue « rare ». Ces chiffres masquent toutefois d'importantes disparités sociales, géographiques et ethnologiques des risques et populations les plus touchées aujourd'hui par la tuberculose. Dans notre pays, ces disparités restent, à l'image de ce que représente toujours la tuberculose dans le monde, un véritable stigmate de la pauvreté et de la précarité sociale dont les phénomènes migratoires constituent le déterminant essentiel.

Du fait de la réelle diminution du risque autochtone, les moyens de lutte contre la tuberculose sont devenus insuffisants pour permettre de contrôler définitivement la maladie, qui reste néanmoins un niveau endémo-épidémique bien trop élevé dans les populations plus vulnérables. A l'instar d'autres maladies infectieuses (rougeole, coqueluche, hépatite A,...) devenues peu fréquentes grâce à la vaccination, l'amélioration des standards d'hygiène, la « rareté » de la tuberculose autochtone représente un challenge de reconnaissance, diagnostic et prise en charge adaptée par la communauté médicale.

Au niveau mondial, la tuberculose est devenue la deuxième cause de mortalité d'origine infectieuse, juste derrière la COVID-19. Selon le [rapport mondial 2021 sur la tuberculose dans le monde de l'Organisation mondiale de la Santé \(OMS\)](#), la pandémie de COVID-19 a inversé des années de progrès mondiaux dans la lutte antituberculeuse et, pour la première fois depuis plus de dix ans, les décès dus à la tuberculose ont augmenté alors que les dépenses ont diminué de 8,7 % par rapport à 2019 (de 5,8 à 5,3 milliards de dollars É.-U.), ce qui a ramené le financement de la lutte contre la tuberculose en 2020 au niveau de 2016. Dans de nombreux pays, des ressources humaines, financières et autres ont été réaffectées de la lutte contre la tuberculose à la riposte à la COVID-19, limitant ainsi la disponibilité des services essentiels pour les populations qui ont rencontré par ailleurs des difficultés supplémentaires pour bénéficier de soins dans le contexte des mesures de confinement mises en place. Le nombre de cas de tuberculose nouvellement diagnostiqués et notifiés aux autorités sanitaires nationales a diminué, passant de 7,1 millions en 2019 à 5,8 millions en 2020. Ce phénomène est aussi observé en France, en particulier en Ile-de France (-13%), région métropolitaine la plus touchée.

En France, ces dix dernières années, la diminution constante des cas de tuberculose chez les personnes nées en France et l'augmentation continue des cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger témoigne de la persistance du risque élevé d'infection tuberculeuse dans les pays d'origine des populations migrantes. Ce changement de paradigme nécessite d'adapter les stratégies de la lutte antituberculeuse en renforçant l'accès aux dépistage, suivi et prise en charge sanitaire de ces populations vulnérables.

Pour relever ces challenges, la « [feuille de route tuberculose 2019-2023](#) » du **Ministère des Solidarités et de la Santé** définit 14 mesures concrètes qui permettront de:

- Renouveler le pilotage et renforcer les missions des Centres de Lutte antituberculeuse (CLAT) pour assurer une réponse homogène sur tout le territoire ;
- Renforcer les stratégies de prévention et de dépistage de la tuberculose ;
- Garantir la qualité et la continuité de la prise en charge de la tuberculose en plaçant chaque patient au centre de son parcours de soins ;
- Contrôler la diffusion des tuberculoses résistantes ;
- Maintenir une solidarité internationale effective en participant activement au contrôle global de la tuberculose.

INTRODUCTION

Si la tuberculose-maladie reste fréquente dans le monde, en France comme dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest, son incidence a fortement diminué depuis le début des années 70, témoignant de la diminution constante du risque autochtone d'exposition au bacille de Koch, du fait de l'amélioration des conditions de vie, d'accès aux soins et aux traitements.

Sur le territoire national, la tendance générale reste à la baisse mais l'incidence annuelle, inférieure à 10 cas/100 000 habitants ces 20 dernières années, masque des disparités territoriales et populationnelles importantes. Les régions Île-de-France en métropole et Mayotte et Guyane pour les DROM, sont les trois territoires où les taux d'incidence demeurent très supérieurs à la moyenne nationale. En France métropolitaine, les régions, sièges des plus grandes métropoles (Paris, Lyon, Marseille), sont celles qui recensent le plus grand nombre de nouveaux cas.

Les grands principes de la lutte antituberculeuse reposent sur l'identification rapide des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse (bacillifère) et leur prise en charge thérapeutique adaptée afin de limiter la transmission de l'infection dans la communauté et prévenir le risque de développement de résistances aux antituberculeux de première ligne.

Dans cette stratégie et pour répondre aux objectifs fixés par l'OMS, la surveillance des issues de traitement des patients atteints de tuberculose fournit des indicateurs de performance du programme de lutte antituberculeuse, en apportant des informations sur le pourcentage de cas ayant achevé leur traitement et considérés comme guéris, et ceux n'ayant pas complété leur traitement et qui, s'ils sont contagieux, peuvent continuer à transmettre l'infection dans la communauté. En France, parmi les cas déclarés en 2018, 83 % de cas traités avaient achevé leur traitement mais l'information sur l'issue de traitement n'était disponible que pour la moitié (52 %) des cas de tuberculose déclarés et en forte baisse par rapport à 2017. En tout état de cause, cette proportion demeure encore inférieure à l'objectif de l'OMS d'atteindre 90 % de succès thérapeutique documenté.

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

Ce bulletin présente l'actualisation, jusqu'en 2020, des principales caractéristiques épidémiologiques de la tuberculose-maladie dans les **Hauts-de-France**.

POINTS CLÉS

- Dans les Hauts-de-France, le taux de déclaration de la tuberculose-maladie est stable ces dernières années avec une incidence de 4,8 cas/100 000 habitants en 2020, qui reste inférieure à la moyenne nationale, hors Ile-de-France, et dans de nombreuses autres régions de France métropolitaine.
- Des disparités d'incidence subsistent à l'échelle infra régionale avec des taux de déclaration qui, en 2020, demeurent plus élevés que la moyenne régionale dans le Nord (5,6 cas/ 10⁵ habitants) et l'Oise (7,6 cas/10⁵).
- L'incidence de la maladie est deux à trois fois plus élevée chez les hommes, âgés de 15 à 75 ans.
- Ces 15 dernières années, l'incidence de la tuberculose est en constante diminution chez les plus de 40 ans et près de la moitié des cas (46 %) déclarés ces cinq dernières années, concernent les 15-39 ans, avec une forte progression du nombre de nouveaux cas diagnostiqués chez les jeunes de 15 à 24 ans.
- Ces dix dernières années, l'incidence de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger est en progression constante et depuis 2017, les cas diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger sont majoritaires, en particulier chez les personnes originaires de pays d'Afrique sub-saharienne.
- Parmi les cas nés à l'étranger, la proportion de ceux diagnostiqués dans les deux ans suivant leur arrivée en France reste majoritaire.
- Chez les autres catégories de personnes à risque, sans domicile fixe (6 %), vivant en hébergement collectif (20 %) ou exerçant des professions à caractère sanitaire et social (8 %), la proportion de cas demeure stable ces cinq dernières années.
- Les formes pulmonaires isolées ou associées à des localisations extra pulmonaires restent très majoritaires (73 %). La moitié des cas de tuberculose pulmonaire sont bacillifères (baar positif ou examen microscopique positif) au moment du diagnostic. Cette proportion était légèrement plus élevée en 2020 (55 %) par rapport à la période 2015-2019 (49 %).
- Les localisations sévères (méningée ou miliaire) restent rares (5,7 % sur la période 2015 à 2020), notamment chez les moins de 15 ans avec 1 à 2 cas diagnostiqués chaque année depuis 2015.
- Sur la période 2014-2018, l'issue du traitement n'était connue que dans moins d'un cas sur 2 (48 %) et la complétude du traitement (77 % au niveau régional) reste en deçà de l'objectif fixé par l'OMS (90 %).

SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE MALADIE

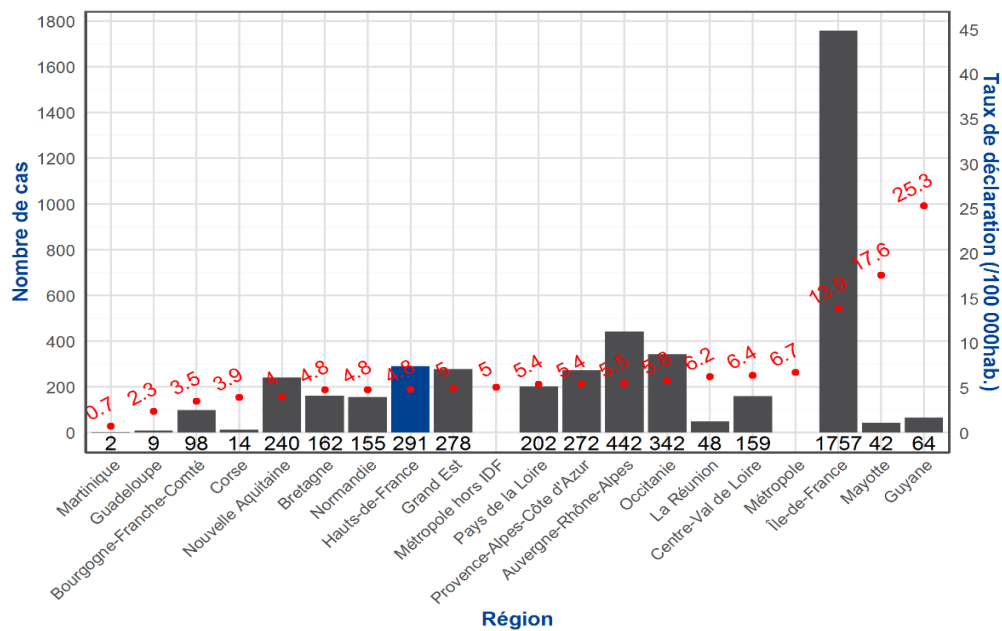
(source : BK4 et E-DO)

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

➤ Au niveau régional

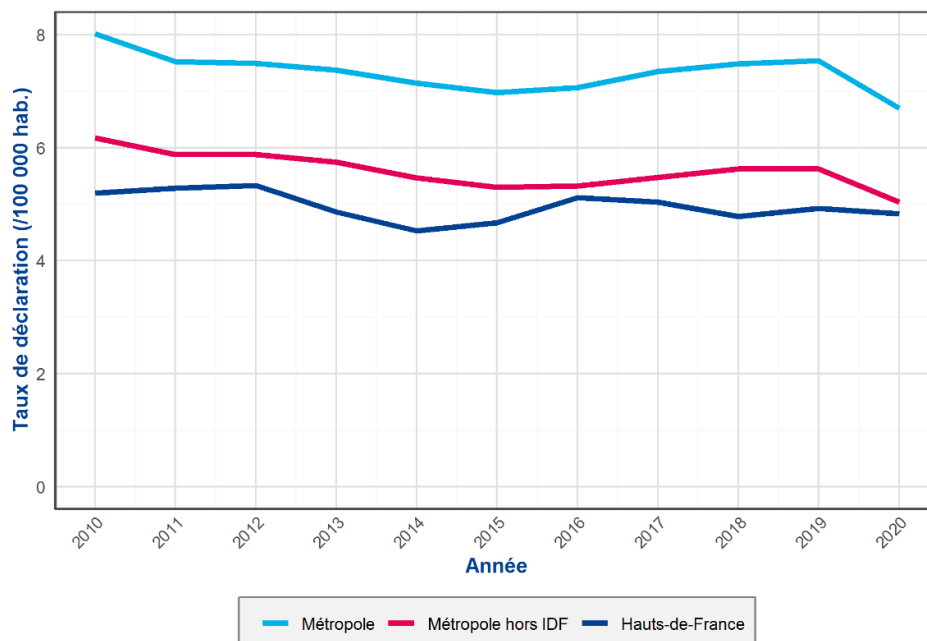
Dans les Hauts-de-France, 291 cas de tuberculose-maladie ont été déclarés en 2020, soit un taux de déclaration estimé à 4,8 cas pour 100 000 habitants (Figure 1) et globalement stable ces cinq dernières années. Avec un taux régional en deçà du taux moyen en France métropolitaine (6,7 cas pour 100 000 hab.) ou en Ile-de-France (13,9 cas/10⁵ habitants), la région des Hauts-de-France fait partie des régions où le taux de tuberculose-maladie est parmi les plus faibles (Figure 1). Au cours des dix dernières années, le taux régional était globalement stable et au plus bas en 2014 (Figure 2).

Figure 1 : Taux standardisé de déclaration 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 tuberculose-maladie standardisé pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France, France métropolitaine et France métropolitaine hors Ile-de-France, 2010-2020

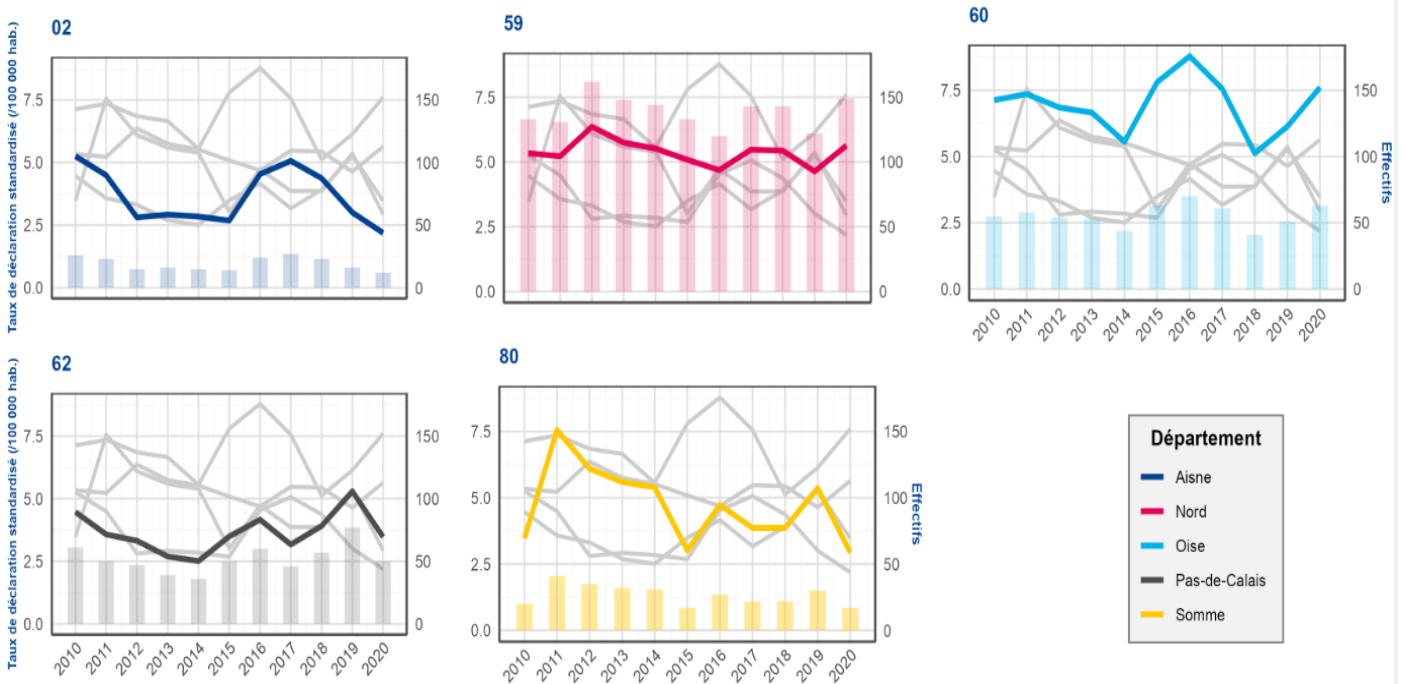


Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France. Standardisation sur l'âge à partir de la population française 2015.

➤ A l'échelle infra régionale

Ces dix dernières années, le taux de déclaration le plus élevé est observé dans les départements du Nord et de l'Oise, probablement en raison de sa proximité avec l'Île-de-France, première région de France métropolitaine en termes d'incidence. A l'exception de l'Oise où le taux de déclaration est de nouveau en progression depuis 2018, la tendance dans les autres départements demeure globalement stable dans le Pas-de-Calais, la Somme et le Nord, voire en diminution dans l'Aisne. Les faibles effectifs annuels des cas de tuberculose dans certains départements peuvent être à l'origine de fluctuations importantes des taux d'une année sur l'autre (Figure 3, Tableau 1).

Figure 3 : Evolution annuelle du taux brut (axe gauche) de tuberculose-maladie pour 100 000 habitants par département des Hauts-de-France, 2010-2020



Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France.

Tableau 1 : Nombre de cas de tuberculose-maladie déclarés et taux brut et standardisé de déclaration par département de résidence, Hauts-de-France, 2015-2019 vs 2020

Département	2015-2019			2020		
	Nombre cumulé de cas	Taux brut moyen	Taux standardisé moyen	Nombre de cas	Taux brut	Taux standardisé
Aisne	104	3,9	4,8	12	2,3	2,7
Nord	661	5,1	5,1	149	5,7	5,6
Oise	286	6,9	7,1	63	7,6	7,6
Pas-de-Calais	290	3,9	4,0	50	3,4	3,5
Somme	118	4,1	4,8	17	3	3,1
Hauts-de-France	1459	4,9	4,9	291	4,8	4,8

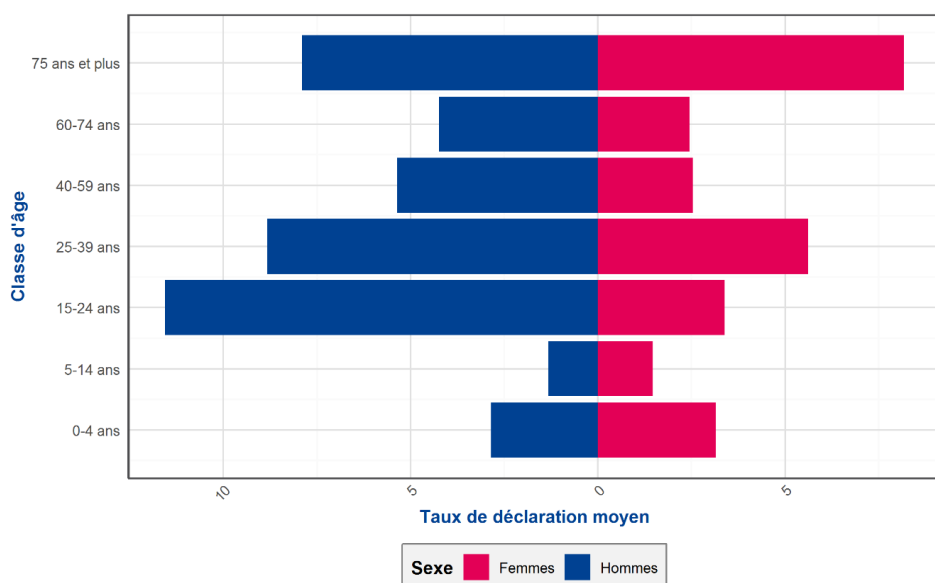
Source :DO Tuberculose
Traitement Santé publique France

Age et sexe des cas

Le sexe-ratio homme/femme des cas de tuberculose-maladie est majoritairement masculin de 5 à 75 ans (Figure 4) avec des taux de déclaration deux à trois fois supérieurs chez les hommes (6,4 cas pour 100 000 hommes) par rapport aux femmes (3,2 cas pour 100 000 femmes).

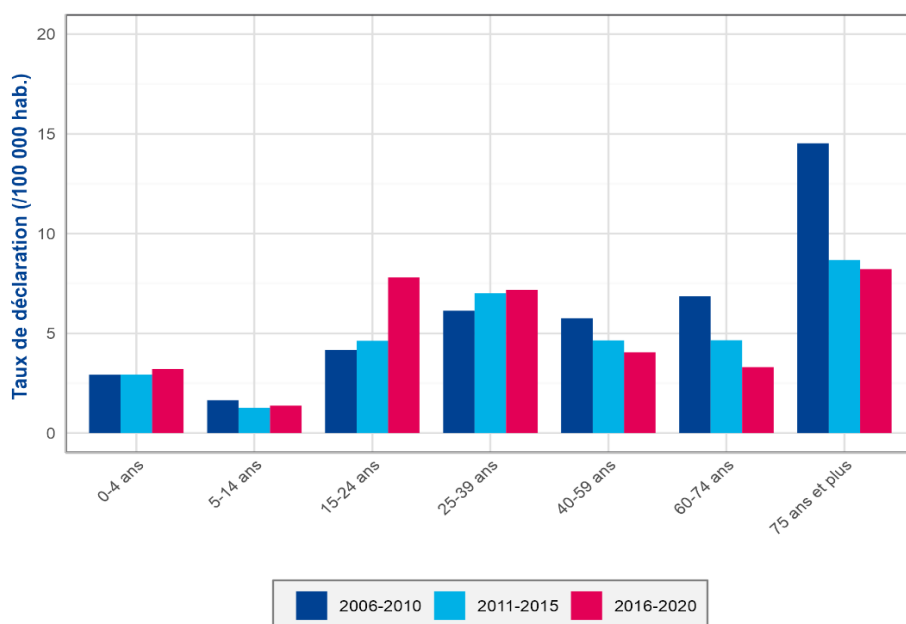
Sur la période 2015 à 2020, on observe un pic du taux de tuberculose-maladie chez les hommes jeunes âgés de 15 à 24 ans, chez qui, avec près de 15 cas pour 100 000 hommes, l'incidence était, en 2020, trois fois plus élevée que le taux régional, tous âges et tous sexes (4,8 cas/100 000 habitants) (Figure 4). Cette tendance épidémiologique est récente chez les 15-24 ans et différente de celle observée dans les autres classes d'âge pour lesquelles, au cours des 15 dernières années, on retrouve des tendances évolutives globalement stables chez les moins de 15 ans ou en constante diminution chez les plus de 40 ans (Figure 5).

Figure 4 : Taux de déclaration de tuberculose-maladie par classes d'âge et sexe, Hauts-de-France, 2015-2020



Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France

Figure 5 : Evolution des taux de déclaration de tuberculose-maladie par classes d'âge, Hauts-de-France, 2006-2020



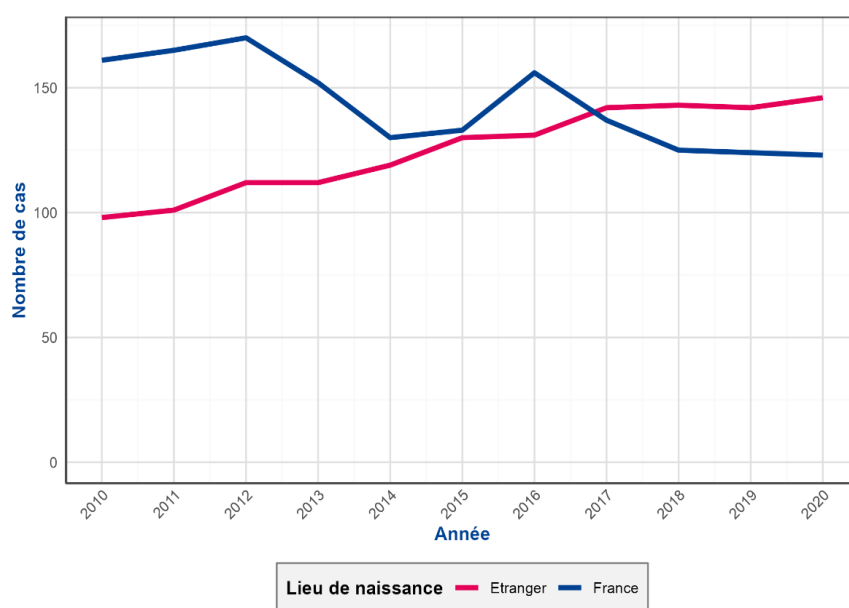
Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France.

Pays de naissance et ancienneté d'arrivée en France

Dans les Hauts-de-France et à l'instar de la situation épidémiologique nationale, le taux de tuberculose-maladie est en progression constante ces dix dernières années chez des personnes nées à l'étranger alors qu'il est, ces 30 dernières années, en constante diminution chez les personnes nées en France. Depuis 2017, le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger est devenu supérieur au nombre cas diagnostiqués chez les personnes nées en France (Figure 6). En 2020, le taux de tuberculose était 17 fois plus élevé (37,5 cas/100 000) chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France (2,2 cas/100 000) (Figure 7), témoignant de la diminution constante du risque de contracter la tuberculose en France et de la persistance d'un risque élevé d'infection tuberculeuse dans les pays d'origine des personnes nées à l'étranger.

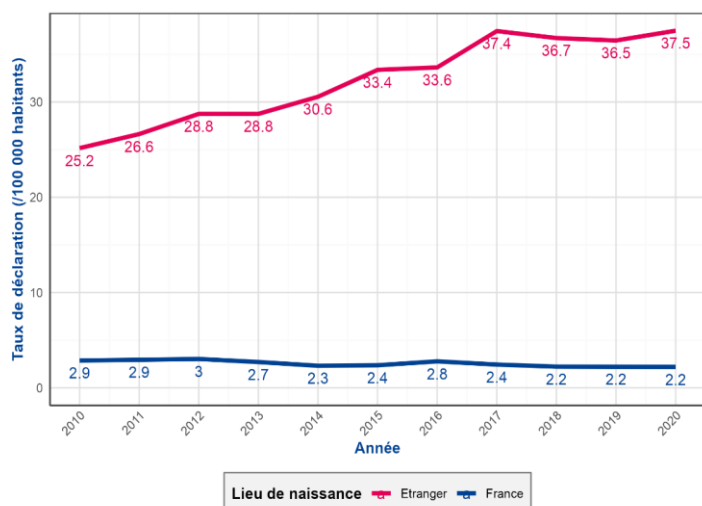
Près de la moitié des cas diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger sont originaires de pays d'Afrique subsaharienne (44 %), où les conditions économiques, sanitaires difficiles et les conflits de longue durée ont mis à mal les politiques de santé, contribuant au maintien d'une forte endémicité tuberculeuse (Figure 8 et Tableau 2). En 2020, le nombre de cas diagnostiqués en France chez des personnes nées à l'étranger avait néanmoins diminué, probablement en raison de la fermeture des frontières et des confinements instaurés lors de la pandémie, qui ont pu influencer à la baisse les flux migratoires mais aussi les recours au diagnostic et aux soins.

Figure 6 : Evolution nombre de cas de tuberculose-maladie selon le lieu de naissance, Hauts-de-France, 2010-2020



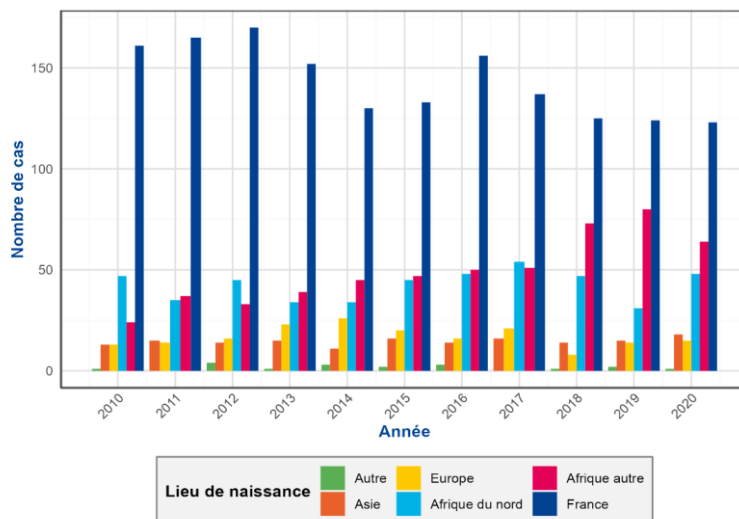
Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Figure 7 : Evolution du taux de déclaration de tuberculose maladie selon origine de naissance, Hauts-de-France, 2010-2020



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Figure 8 : Evolution du nombre de cas de tuberculose-maladie par zone OMS de naissance, Hauts-de-France, 2010-2020



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Chez les cas nés à l'étranger, la proportion de cas diagnostiqués dans les deux ans suivant leur arrivée en France demeure majoritaire et stable, témoignant du risque plus élevé de tuberculose-maladie lié à une exposition récente que le risque lié à une réactivation qui diminue au cours des années suivant l'arrivée en France (Tableau 2).

Les cas diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger, sont plus jeunes (âge médian = 30 ans) que ceux nés en France (âge médian = 45 ans).

Autres groupes à risque

Depuis 2015, la proportion de cas diagnostiqués dans des groupes à risque reste globalement stable, SDF (6 %), professions à caractère sanitaire et social (7 %) (Tableau 2). En hébergement collectifs, la proportion de cas déclarés en établissement hébergeant des personnes âgées ou en établissements pénitentiaires est en diminution. En revanche, la proportion de cas est en progression importante chez les personnes hébergées en centres d'hébergement collectif, où le nombre de cas a doublé depuis 2017.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des cas de tuberculose-maladie, Hauts-de-France, 2015-2019 vs 2020

	2015-2019 (N=1 459)			2020 (N=291)		
	N	%*	Taux moyen annuel /100 000 hab.	N	%*	Taux/100 000 hab.
Sexe						
Femme	508	35 %	3,5	92	32 %	3,2
Homme	941	65 %	6,1	199	68 %	6,4
Age						
Moins de 5 ans	56	4 %	3,0	10	3 %	2,9
5 à 14 ans	55	4 %	1,4	13	5 %	1,6
15 à 24 ans	269	18 %	7,1	68	23 %	8,9
25 à 39 ans	401	28 %	7,2	84	29 %	7,7
40 à 59 ans	313	22 %	4,0	60	21 %	3,9
60 à 74 ans	166	11 %	3,6	25	9 %	2,5
75 ans et plus	199	14%	8,4	31	11 %	6,4
Lieu de naissance						
France	675	50 %	2,4	123	46 %	2,2
Etranger	688	50 %	35,3	146	54 %	37,5
Europe UE	79	6 %	11,2	15	6 %	10,7
Afrique du Nord	225	17 %	28,9	48	18 %	30,8
Afrique subsaharienne	301	22 %	113,5	64	24 %	120,6
Asie	75	6 %	50,3	18	7 %	60,3
Autre	8	1 %	19,4	1	0 %	9,7
Ancienneté sur le territoire français chez les personnes nés à l'étranger						
Moins de 2 ans	178	26 %	-	30	21 %	-
2-5 ans	121	18 %	-	45	31 %	-
6-9 ans	45	7 %	-	11	8 %	-
10 ans et plus	135	20 %	-	28	19 %	-
Non renseigné	209	30 %	-	32	22 %	-
Type de résidence						
Vie en collectivité	260	20 %	-	55	22 %	-
Centre d'hébergement collectif	128	52 %	-	36	64 %	-
Etablissement pour personnes âgées	15	6 %	-	2	4 %	-
Etablissement pénitentiaire	20	8 %	-	1	2 %	-
Autre	82	34 %	-	17	30 %	-
Sans domicile fixe	77	6 %	-	15	6 %	-
Profession sanitaire ou sociale						
Oui	90	8 %	-	16	7 %	-

* pourcentage parmi les cas ayant une information renseignée

Source :DO Tuberculose
Traitement Santé publique France

Principales caractéristiques cliniques et contexte du diagnostic

Depuis 2015, près des trois quarts (73 %) des cas de tuberculose déclarés dans les Hauts-de-France présentaient une forme pulmonaire isolée (55 %) ou associée à une localisation extra-pulmonaire (18 %) et 27 % une forme extra-pulmonaire. La proportion de formes pulmonaires isolées ou associées était inférieure en 2020 (67 %) par rapport à la période 2015-2019 (75 %).

Parmi les cas de tuberculose pulmonaire, la proportion de cas bacillifères (cas contagieux avec examen microscopique positif) était légèrement supérieure en 2020 (55 %) par rapport à la période 2015-2019 (49 %). Chez les personnes nées à l'étranger, la fréquence des cas bacillifères étaient aussi légèrement plus élevée en 2020 (53 %) par rapport à la période 2015-2019 (48 %).

Les localisations sévères (méningée ou miliaire) restent rares (5,7 % ; n=95 cas sur la période 2015 à 2020), notamment chez les moins de 15 ans avec 1 à 2 cas diagnostiqués chaque année depuis 2015.

Le recours spontané aux soins constitue la modalité du diagnostic la plus fréquente à partir de 15 ans alors que chez les enfants (<15 ans) l'enquête autour d'un cas reste la circonstance la plus fréquente du diagnostic de la maladie tuberculeuse. Les différentes modalités du contexte du diagnostic ont peu évolué ces dix dernières années avec une fréquence de plus en plus importante des diagnostics portés dans un contexte de recours spontané aux soins (Figures 9 et 10).

Figure 9 : Evolution du contexte du diagnostic des cas tuberculose-maladie dans les Hauts-de-France selon la classe d'âge, 2015-2020

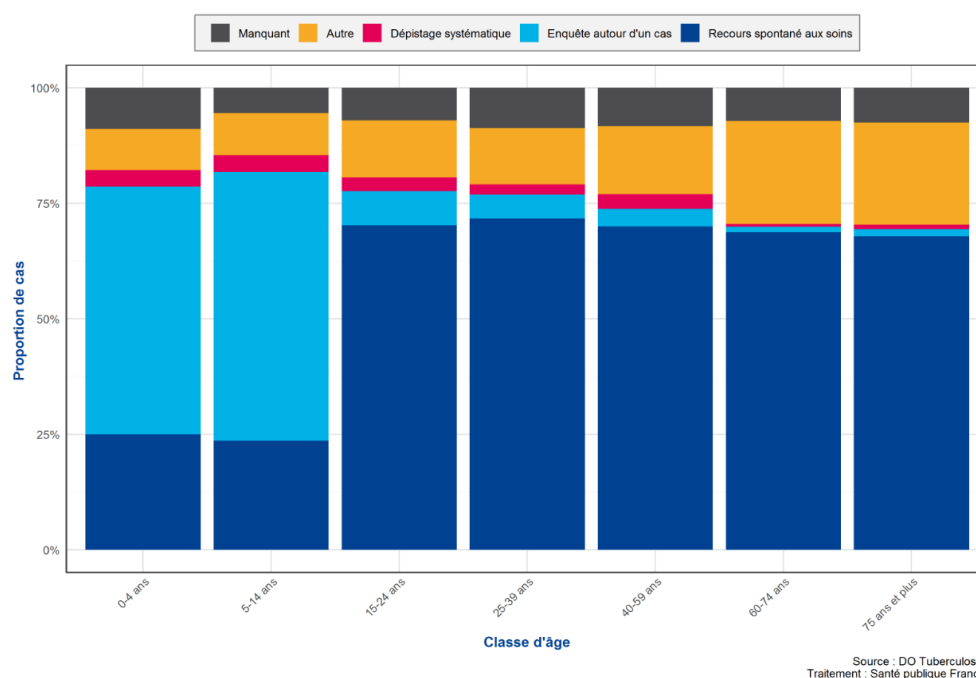
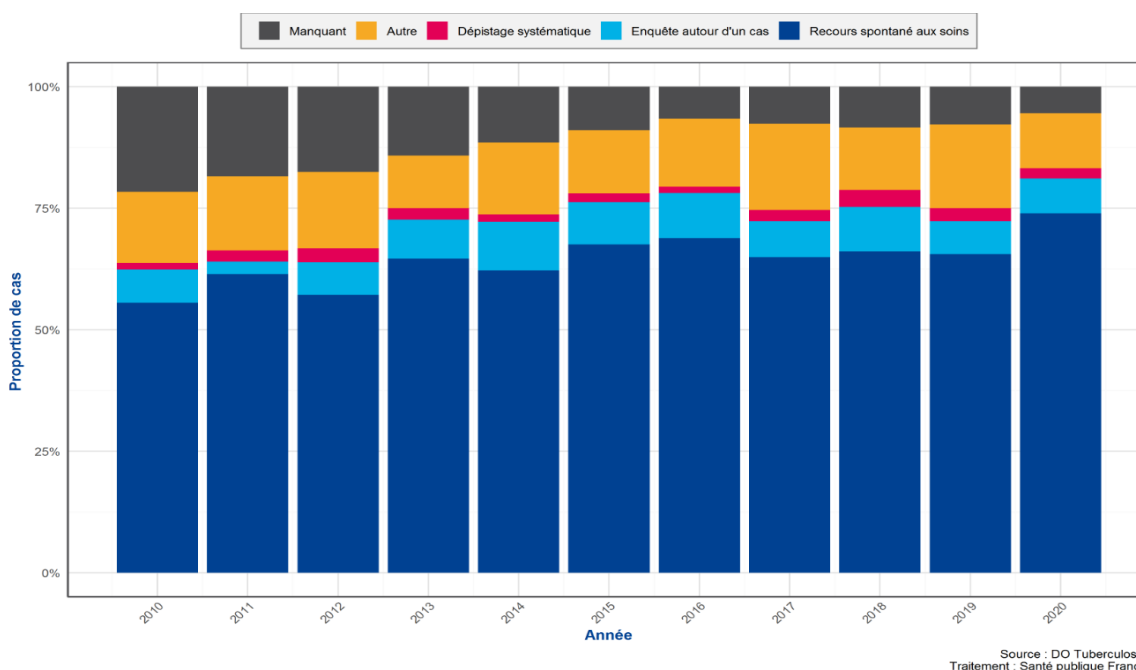


Figure 10 : Evolution du contexte du diagnostic des cas de tuberculose-maladie dans les Hauts-de-France de 2010 à 2020



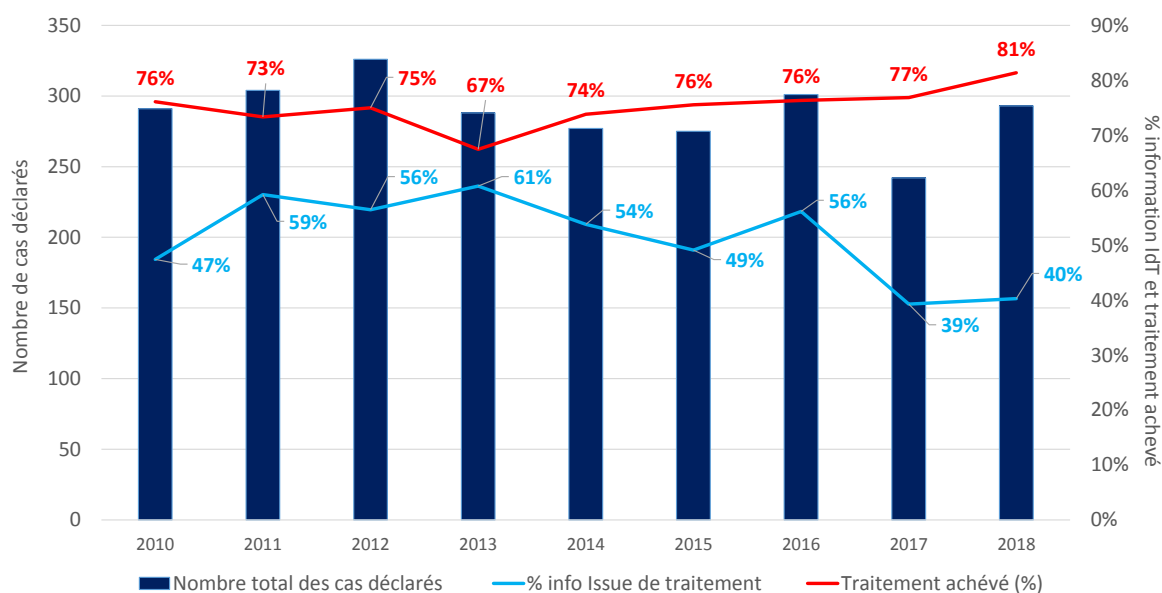
SURVEILLANCE DES ISSUES DE TRAITEMENT JUSQU'EN 2018 (dernières données)

(source : BK4)

Depuis 2010, l'information sur les issues du traitement antituberculeux est disponible en moyenne pour la moitié des cas de tuberculose déclarés (52 %). Cette proportion était en diminution sur les deux dernières années de disponibilité des données (2017 et 2018), probablement du fait des délais de consolidation des données. Parmi les cas pour lesquels l'issue du traitement était renseignée, la complétude du traitement, en augmentation sur les trois dernières années disponibles, reste en deçà de l'objectif OMS de 90 % (Figure 11).

Sur la période 2014-2018, à l'échelle infrarégionale, la disponibilité de l'information sur les issues de traitement est hétérogène, variant de moins d'1 cas sur 5 dans la Somme à 2 cas sur 3 dans le département du Nord. Sous réserve de la disponibilité de l'information, la complétude des traitements antituberculeux était globalement homogène dans les cinq départements. La proportion de perdus de vue la plus élevée a été enregistrée dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme (Tableau 3).

Figure 11 : Evolution du nombre de cas de tuberculose déclarés et de la proportion de cas avec information sur l'issue de traitement et complétude du traitement disponibles, Hauts-de-France, 2010-2018 (source : BK4, analyse Santé publique France)



Source :DO Tuberculose
Traitement Santé publique France

Tableau 3 : Issues de traitement des cas de tuberculose-maladie déclarés dans les Hauts-de-France sur la période 2014-2018

Départements	Cas déclarés	Cas avec une information sur issue de traitement	% issue de traitement renseignée	% traitement achevé	Décédés (en lien ou non avec la tuberculose)	Traitement arrêté et non repris	Toujours en traitement à 12 mois	Transférés	Perdus de vue
Aisne	110	22	20%	86%	9%	0%	0%	0%	0%
Nord	625	413	66%	76%	5%	2%	5%	5%	11%
Oise	281	65	23%	85%	8%	3%	0%	2%	3%
Pas-de-Calais	252	145	58%	74%	4%	2%	2%	4%	9%
Somme	120	21	18%	81%	5%	5%	5%	0%	10%
Hauts-de-France	1388	666	48%	77%	5%	4%	5%	4%	9%

Source :DO Tuberculose
Traitement Santé publique France

FOCUS : TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE

(source : CNR-MyRMA et DO tuberculose)

Le nombre de cas de tuberculose multirésistante (MDR = résistance à l'isoniazide et à la rifampicine ou RR résistance à la rifampicine seule) déclarés en France est en diminution ces 3 dernières années. Sur cette période, dans les Hauts-de-France, la proportion de cas, porteurs de mutirésistance demeure du même ordre que la moyenne nationale, avec légère augmentation en 2019, non retrouvée en 2020. Le nombre de cas porteurs de multirésistance était de 5 en 2020 dans les Hauts-de-France, soit 1,7 % du total des cas déclarés (Tableau 4).

Depuis 2019, les cas MDR/RR confirmés par le Centre National de Référence des mycobactéries (CNR-MyRMA) sont intégrés aux données de la déclaration obligatoire (DO), mises en ligne 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. En ayant un accès direct aux déclarations, le CNR confirme ou invalide un cas déclaré 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 pour les cas porteurs de tuberculoses MDR/RR.

Tableau 4 : Cas de tuberculoses multirésistant confirmés par le CNR-MyRMA déclarés dans la DO et proportion de cas porteurs de tuberculose multirésistante MDR parmi la totalité des cas de tuberculose 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 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

SYNTHÈSE

Avec un taux de tuberculose-maladie à 4,8 cas pour 100 000 habitants en 2020, la région des Hauts-de-France reste l'une des régions de France métropolitaine où l'incidence de la tuberculose est la plus faible et inférieure à la moyenne nationale. Ces 5 dernières années, le taux de déclaration est stable alors qu'il a significativement diminué en 2020 au niveau national. Cette tendance récente, observée depuis le début de la pandémie de Covid-19 (2020) est principalement portée par l'Île-de-France (-13%), qui reste la région la plus touchée en France métropolitaine.

Dans les Hauts-de-France, à l'instar des autres régions, l'incidence de la tuberculose-maladie est en constante diminution ces 50 dernières années grâce à l'amélioration des conditions de vie, la politique vaccinale (BCG) et les programmes nationaux de lutte antituberculeuse (LAT) structurant l'accès au dépistage, au diagnostic et aux traitements des infections tuberculeuses et de la maladie. La mise en œuvre territoriale de la LAT s'appuie sur le réseau des centres de lutte antituberculeuse (CLAT) qui ont contribué à la diminution importante de ce fardeau de santé publique en France et dans notre région.

Aujourd'hui, en France et dans notre région, la tuberculose est devenue une maladie rare et sous contrôle pour la grande majorité de la population autochtone. Même la suspension de l'obligation vaccinale depuis 2007 et la pénurie de vaccins (BCG) ces 6 dernières années n'ont pas eu d'impact sur l'épidémiologie de la tuberculose de l'enfant. Le nombre de cas de tuberculose multirésistante reste, lui aussi, faible et stable. Pour autant, ces résultats globalement encourageants de la lutte antituberculeuse dans notre pays ne doivent pas faire oublier que la maladie reste associée à la précarité et est encore trop présente chez les populations les plus vulnérables (populations migrantes originaires de pays de forte endémicité tuberculeuse, en grande précarité sociale avec difficultés d'accès aux soins, vivant en hébergements collectifs ou centres pénitenciers...). Dans ces groupes à risque, les taux d'incidence atteignent toujours des niveaux équivalents à ceux enregistrés dans notre pays au début des années 70 (> 60 cas/100 000 habitants).

La maîtrise de la tuberculose passe par la mise en place de stratégies et solutions adaptées aux populations les plus exposées et ne pourra se faire sans un investissement soutenu, voire renforcé, d'interventions basées sur des données probantes, à destination des populations les plus exposées. Elle nécessite une approche intégrée en termes de prévention, de dépistage et de prise en charge, en impliquant les populations concernées et en continuant à lutter contre la stigmatisation. L'approche classique par maladie qui a longtemps prévalu en santé publique montre ici ses limites et doit laisser place à une véritable approche populationnelle centrée sur les besoins des populations les plus touchées par les problèmes de santé et la nécessité de développer des actions de prévention et de prise en charge de la tuberculose, en allant de façon active vers les populations les plus exposées.

Parallèlement, afin d'atteindre les objectifs de maîtrise de l'épidémie de tuberculose fixés par l'OMS, il reste en France et dans la région, une marge de progression nécessaire dans le suivi des issues de traitement, notamment en termes de complétude et de diminution des perdus de vue.

METHODES

Sources des données

Les données présentées dans ce document concernent les cas de tuberculose maladie déclarés pour la période de 2006-2020 via le système de la déclaration obligatoire (DO). Les données exploitées sont issues de l'application BK4 de 2010 à 2018 et du nouveau système de déclaration e-DO pour les données 2019 et 2020. Les données des issues de traitement de 2010-2018 présentées sont issues de BK4.

Définition

Les cas de **tuberculose maladie** à déclaration obligatoire sont les cas présentant 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** doit être renseignée pour tout patient répondant à la définition de cas de tuberculose-maladie déclaré, à l'exception des cas ayant pour lesquels le diagnostic a été porté post-mortem. L'information sur l'issue du traitement porte sur la situation du patient 12 mois après :

- la date de début de traitement si le patient a débuté un traitement antituberculeux;
- 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 modalités d'issue de traitement selon les recommandations européennes (Tableau1) adaptées au contexte français. L'OMS a fixé, dès 1995, des objectifs pour les programmes nationaux de lutte anti tuberculose : détection et prise en charge de 80% des cas contagieux de tuberculose et guérison pour 90% de ces cas¹.

Indicateurs

Les indicateurs présentés dans l'analyse sont le nombre de cas et les taux annuels de déclaration de tuberculose, bruts et standardisés, déclinés par territoire (région et département) et principales caractéristiques socio-démographiques. Pour le calcul des taux, les dénominateurs sont les estimations localisées de population de 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 présentés après standardisation sur l'âge lorsqu'ils sont comparés entre région ou département.

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

Catégorie d'issue de traitement	Définitions
Traitement achevé	Dans les 12 mois ayant suivi le début du traitement. Le patient est considéré comme guéri par le médecin et a pris au moins 80% d'un traitement antituberculeux complet.
Décès pendant le traitement	Le patient est décédé pendant le traitement, que le décès soit directement lié à la tuberculose ou non. Trois catégories sont prévues : <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	<ul style="list-style-type: none">- 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 : <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

DISPOSITIF E-DO



Santé publique France a initié la modernisation du dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire avec la télé-déclaration par le biais d'une application web : e-DO (www.e-do.fr). Après une phase pilote, e-DO a été rendue disponible pour l'ensemble du territoire français en avril 2016 pour l'infection par le VIH-SIDA. La déclaration de la tuberculose a été intégrée au dispositif « e-DO » depuis juillet 2019 dans les ARS et poursuit son déploiement et son développement en 2022, afin de rendre l'application accessible à tous les acteurs de la surveillance (déclarant, ARS, CLAT, ...).

Plus efficient, plus réactif et sécurisé, le nouveau dispositif de la déclaration obligatoire (e-DO) a plusieurs objectifs :

- Simplifier le processus de notification ;
- Améliorer la qualité et 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 télé-déclaration permet en effet aux autorités sanitaires de recevoir en temps réel les déclarations effectuées par les professionnels de santé.

➤ Mise en œuvre du dispositif

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 titulaire¹ (clinicien, biologiste) et CPE pour une personne autorisée² à saisir pour le compte d'un déclarant. Le déclarant titulaire peut créer un compte pour un agent qui saisira des déclarations sous sa responsabilité. Les déclarants titulaires et personnes autorisées partagent un même espace déclarant. Ils ont le même niveau de visibilité sur toutes les déclarations de leur espace déclarant commun. Ces cartes électroniques, émises par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip-Santé), permettent de garantir l'identité des professionnels de santé. Elles sont distribuées automatiquement par l'Asip-Santé à tous les professionnels de santé inscrits aux ordres des médecins, pharmaciens, sages-femmes et chirurgiens-dentistes et doivent être commandées pour les professionnels de santé non médicaux salariés d'une structure de soins ou d'une structure autorisée (ex : Santé publique France, ARS, établissements hospitaliers...).

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>).

Asip-Santé, en partenariat avec Santé publique France, assure un support téléphonique (numéro d'appel : 0809100003) pour assister les déclarants dans les démarches d'équipement de leurs structures (cartes CPx et lecteurs de cartes) et pour l'utilisation de l'application.

Afin d'accompagner les structures et les déclarants, des tutoriels de formation et de présentation de l'application sont disponibles sur le site de Santé publique France (<https://www.santepubliqueFrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/e-do-declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-vih-et-du-sida-et-de-la-tuberculose/tutoriels>).

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

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

REMERCIEMENTS

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

Agences régionales de Santé (ARS), Centres de lutte antituberculeuse (CLAT), médecins et biologistes des établissements de santé et laboratoires de biologie médicale, Centre national de référence (CNR) des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux (Laboratoire de Bactériologie-Hygiène · CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Surveillance de la tuberculose par Santé publique France

[Dossier thématique](#)

BULLETIN DE SANTÉ
PUBLIQUE (BSP)

TUBERCULOSE

Édition HAUTS-DE-
FRANCE

Equipe de rédaction

CHENT Souhaila
HAEGHEBAERT Sylvie
MAUGARD Charlotte
N'DIAYE Bakhao
OTELE Christine
PONTIES Valérie
PROUVOST Hélène
RICHARDSONS Ingrid
RUSHYZEKERA Melissa
SHAIYKOVA Arnoo

Contact :

Bulletin de santé publique
(BSP). Tuberculose. Édition
Hauts-de-France. Mars
2022. Saint-Maurice : Santé
publique France, 13 p.

En ligne sur :

www.santepubliquefrance.fr