

Date de publication : 02.04.2025

ÉDITION GRAND EST

Surveillance de la tuberculose

Bilan des données 2023

Points clés	1
Surveillance de la tuberculose	3
Tuberculose maladie	4
Tuberculose multi résistante (source : CNR-MyRMA)	10
Surveillance des issues de traitement	11
Méthode	12
Pour en savoir plus	13

Points clés

Télédéclaration

- En Grand Est, la part des cas de tuberculose « télédéclarés » (via l'application e-DO) reste **inférieure au taux national**.

Évolution de l'incidence de la tuberculose

- Le taux de déclaration, qui diminuait depuis 2019, se stabilise en 2023 et est de **4,4 cas pour 100 000 habitants**.
- A l'échelle infra régionale, les taux de déclaration les plus élevés sont observés dans les départements de la Haute-Marne (avec cependant un faible nombre de cas) et du Haut-Rhin.
- L'incidence de la tuberculose est toujours **deux fois plus élevée chez les hommes**.
- Depuis 2019, elle est **en diminution chez les adultes de 25 à 64 ans**, qui représentent la moitié des cas.

Principales caractéristiques clinico-épidémiologiques de la tuberculose

- Les cas de **tuberculose pulmonaire**, isolée ou associée à des localisations extra pulmonaires, sont majoritaires (**71 %**) et sont bacillifères donc **plus contagieux dans la moitié des cas**.

- La fréquence des localisations sévères (méningo-encéphalite ou miliaire) reste **faible** (5 % des cas) et stable ces dernières années.
- Les cas de tuberculose maladie déclarés concernent majoritairement des personnes en situation de grande vulnérabilité, arrivées récemment de zones ou pays de forte endémicité tuberculeuse.

Multirésistance

- La fréquence des cas de tuberculose multi-résistante aux deux principaux antituberculeux de première ligne (isoniazide et rifampicine) reste **faible** (moins de 5 cas annuels) **et stable** en région Grand Est.

Issues de traitement

- En termes d'indicateurs de performance de la lutte antituberculeuse, l'information sur l'issue du traitement reste insuffisante (seul un cas renseigné sur deux).
- La **complétude du traitement est supérieure à 80 %** depuis 2019 à l'échelle régionale, et atteint en 2023 encore l'objectif de succès thérapeutique fixé par l'OMS (85 %).

Surveillance de la tuberculose



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 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/>).

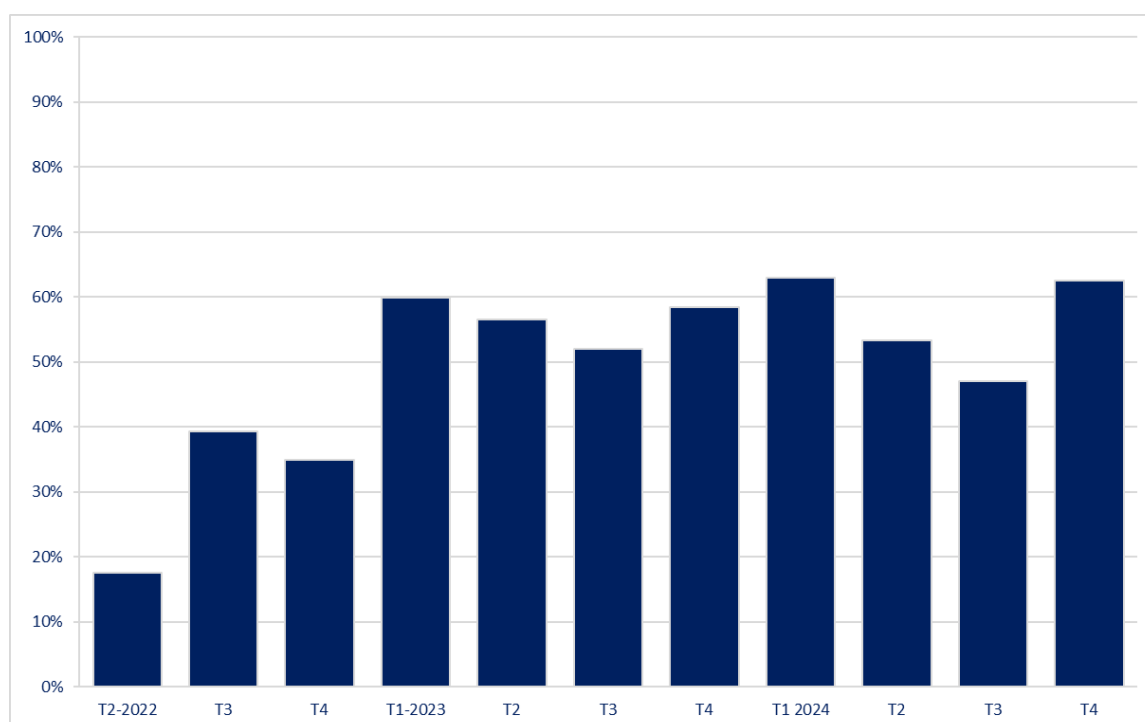
Ce dispositif dématérialisé de télédéclaration (e-DO) a plusieurs objectifs :

- 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 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.

À l'échelle nationale, le taux de télédéclaration de la tuberculose (maladie et infections latentes) et des issues des traitements, en progression continue depuis le 2^{ème} trimestre 2022, atteint près de 70 % au 4^{ème} trimestre 2024. Dans le Grand Est, la mise en œuvre de la télé-déclaration est fluctuante chaque trimestre mais globalement stable entre 2023 et 2024 (57 %) (figure 1).

Figure 1. Evolution de la part des télé-déclarations via e-DO des tuberculose maladie, ITL et issues de traitement, Grand Est, 16/04/2022 au 31/12/2024 (N=1 779) (Source DO, traitement Santé publique France)

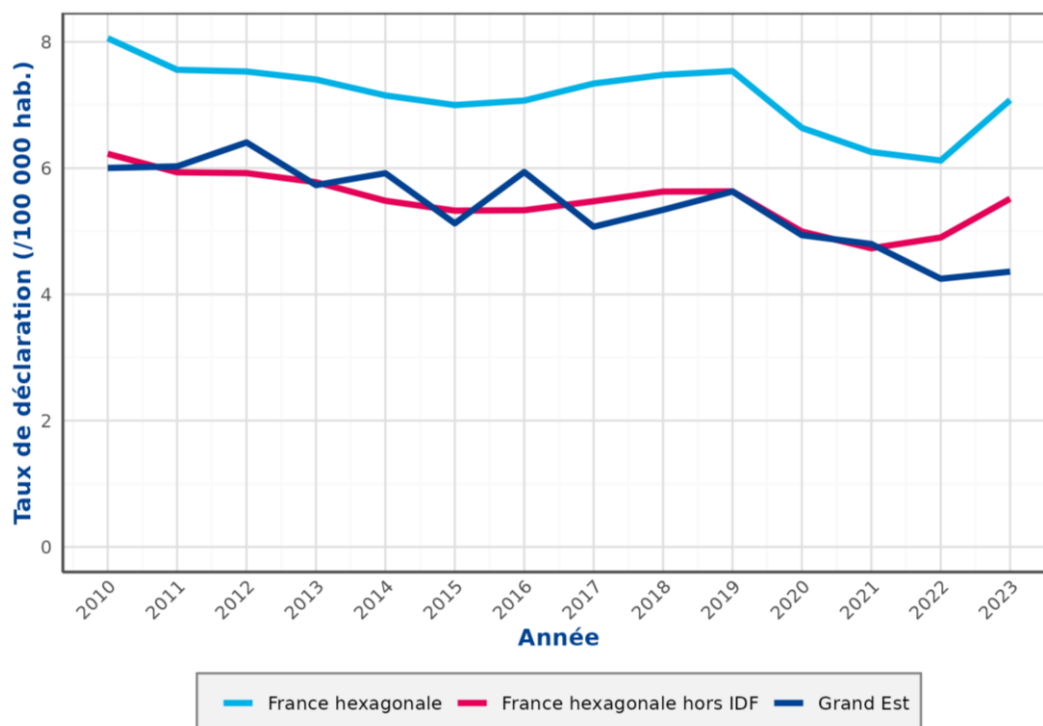


Tuberculose maladie

Evolution du taux de déclaration de la tuberculose maladie

Dans le Grand Est, le taux de déclaration standardisé de la tuberculose maladie était de 4,4 cas pour 100 000 habitants en 2023. Ce taux, qui était en diminution depuis 2019, se stabilise dans la région en 2023 contrairement à la tendance observée cette année en France hexagonale qui était à l'augmentation (figure 2).

Figure 2. Évolution annuelle des taux de déclaration standardisés de tuberculose-maladie pour 100 000 habitants en France hexagonale, France hexagonale hors Ile-de-France et Grand Est, 2010-2023 (Source DO, traitement Santé publique France)



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France. Standardisation sur l'âge à partir de la population française 2017.

Figure 3. Nombre de cas et taux standardisé de tuberculose maladie par région de résidence, France, 2023 (Source DO, traitement Santé publique France)

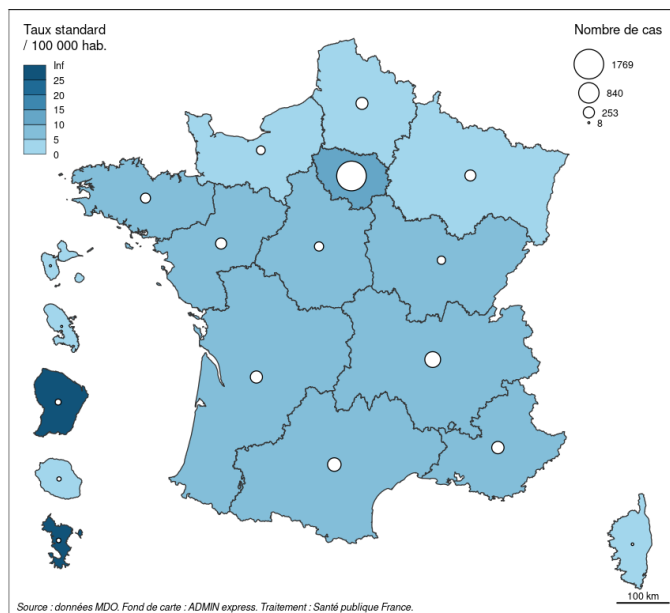
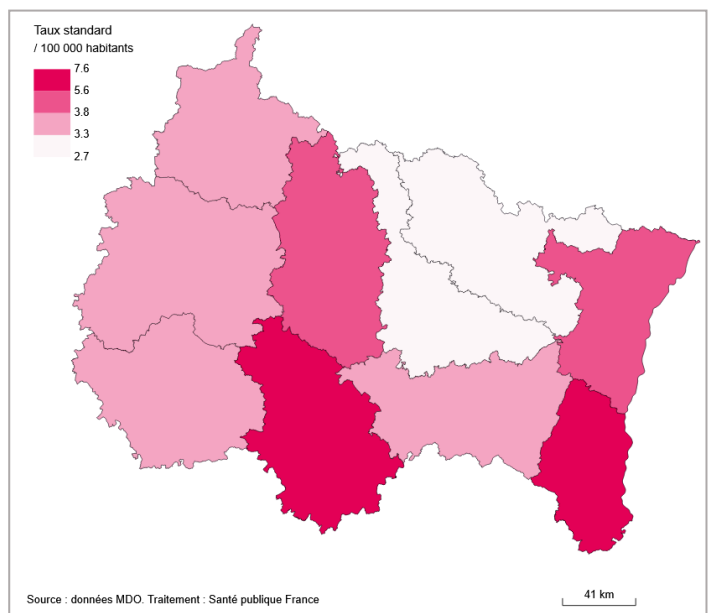


Figure 4. Taux de tuberculose maladie selon le département de résidence, Grand Est, 2023 (Source DO, traitement Santé publique France)



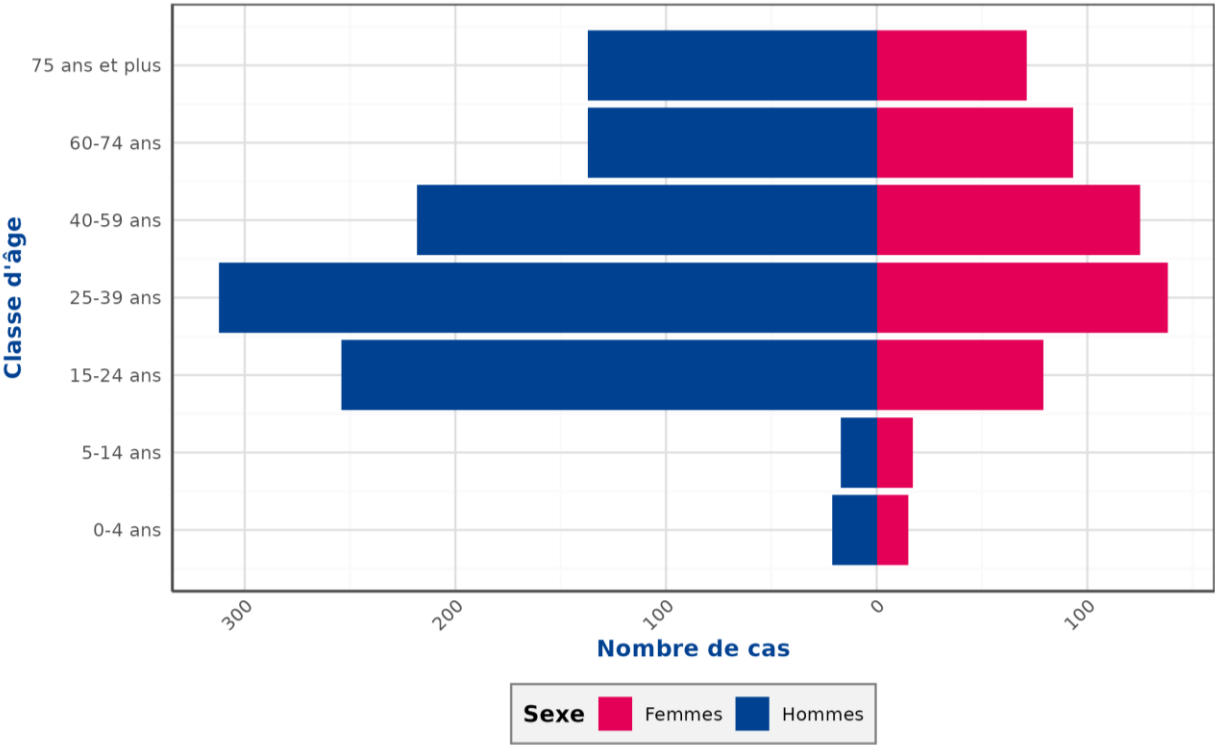
Avec 245 cas de tuberculose et un taux régional de déclaration inférieur à 5 cas pour 100 000 habitants, le Grand Est fait partie des régions où le taux de tuberculose maladie est faible (figure 4). À l'instar de la situation nationale, le taux moyen régional masque des disparités territoriales, avec des taux plus élevés dans les départements de Haute-Marne (avec cependant un faible nombre de cas) et du Haut-Rhin (figure 4).

Principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas de tuberculose maladie déclarés en Grand Est

Le sex-ratio homme/femme des cas de tuberculose maladie reste supérieur à 1 (figure 5) avec, sur la période 2018-2023, des taux de tuberculose deux fois supérieurs chez les hommes (6,4 cas pour 100 000 hommes) par rapport aux femmes (3,3 cas pour 100 000 femmes).

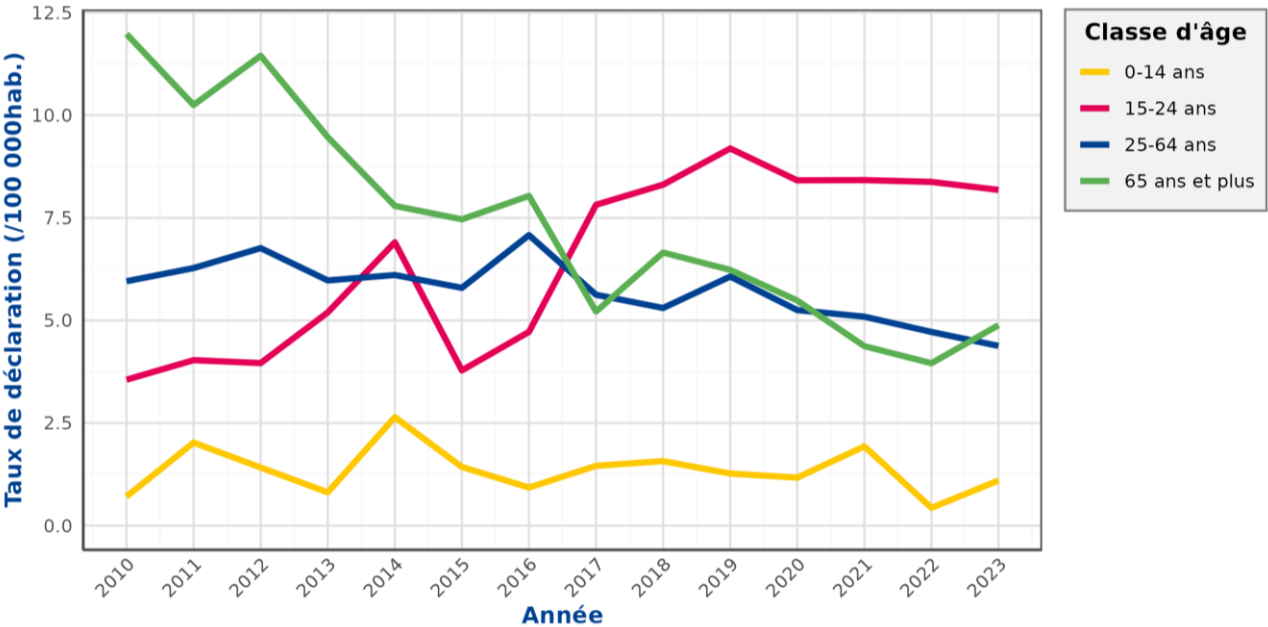
Le taux de tuberculose maladie est le plus élevé chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (8,6 cas pour 100 000 habitants), chez qui l'incidence est le double de celle du taux régional tous âges et est stable depuis plusieurs années (figure 6). Les personnes âgées de 25 à 64 ans sont les plus représentées (50 % des cas), mais leur taux de tuberculose tend à diminuer depuis 2019.

Figure 5. Taux de tuberculose maladie par classe d'âge et sexe, Grand Est, 2018-2023 (Source DO, traitement Santé publique France)



Source : DO Tuberculose. Traitement : Santé publique France

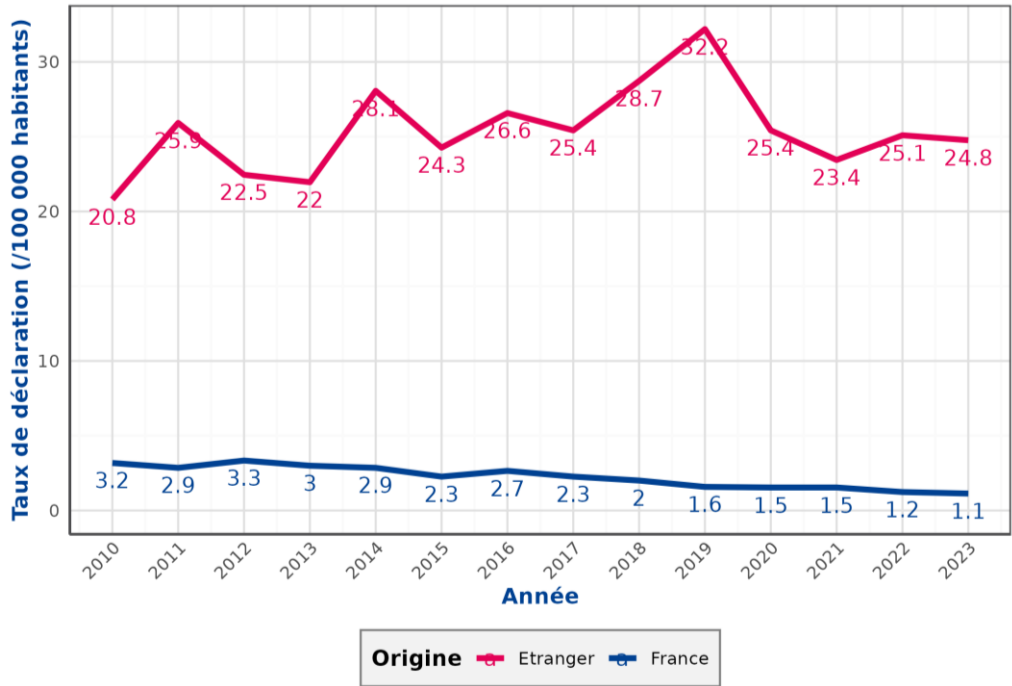
Figure 6. Évolution des taux de tuberculose maladie par classe d'âge, Grand Est, 2010-2023 (Source DO, traitement Santé publique France)



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

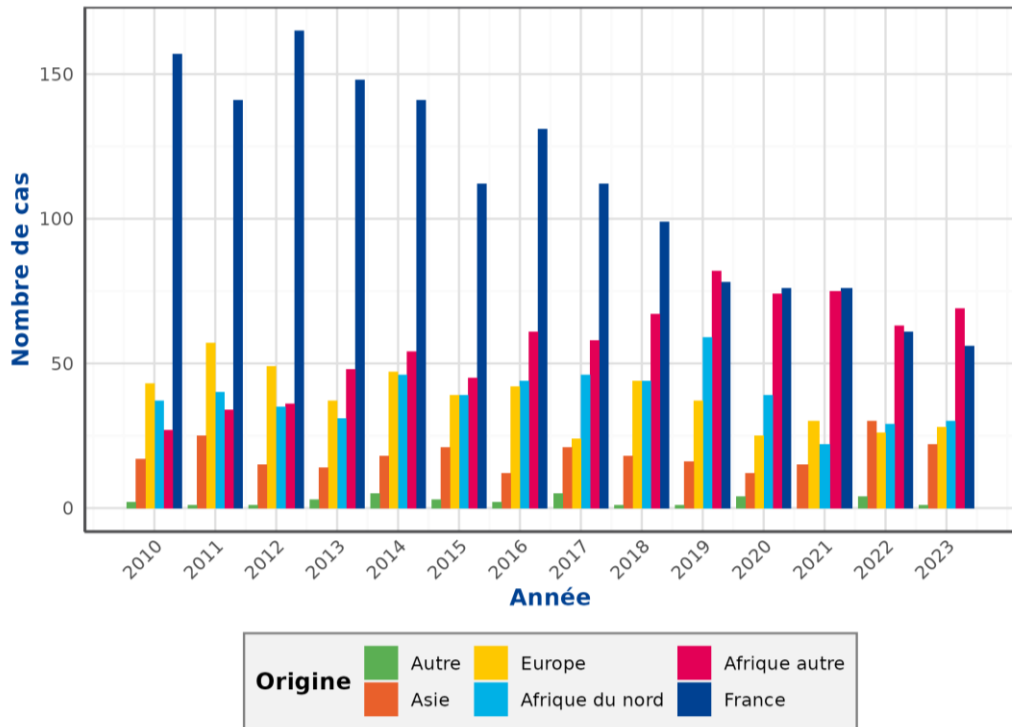
Dans le Grand Est, le taux de tuberculose maladie se stabilise en 2023 chez les personnes nées à l'étranger (24,8 cas / 100 000 habitants). Chez les personnes nées en France, le taux baisse en continu depuis 2016 (figure 7). Les cas de tuberculose diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger représentent près de trois quarts des cas (figure 8).

Figure 7. Évolution des taux annuels de tuberculose maladie selon le pays de naissance, Grand Est, 2010-2023 (Source DO, traitement Santé publique France)



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Figure 8. Évolution du nombre de cas de tuberculose maladie selon la zone OMS de naissance, Grand Est, 2010-2023 (Source DO, traitement Santé publique France)



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Près de la moitié des cas de tuberculose maladie diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger sont originaires du continent africain et 14 % sont originaires d'un pays européen (figure 8 et tableau 1).

Tableau 1. Principales caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose maladie déclarés dans en Grand Est, 2018-2022 vs 2023 (Source DO, traitement Santé publique France)

	2018-2022 (N= 1 393)		2023 (N=245)	
	N	%*	N	%*
Sexe				
Femmes	459	33,0	79	32,2
Hommes	930	67,0	166	67,8
Age				
Moins de 5 ans	31	2,2	5	2,0
5 à 14 ans	29	2,1	5	2,0
15 à 24 ans	280	20,1	54	22,0
25 à 39 ans	386	27,7	65	26,5
40 à 59 ans	295	21,2	48	19,6
60 à 74 ans	197	14,1	33	13,5
75 ans et plus	175	12,6	35	14,3
Lieu de naissance				
France	390	32,3	56	27,2
Etranger	817	67,7	151	72,9
Europe UE	162	13,4	18	13,6
Afrique du Nord	193	16,0	30	14,6
Afrique subsaharienne	361	29,9	69	33,5
Asie	91	7,5	22	10,7
Autre	10	0,8	1	0,5
Ancienneté sur le territoire français chez les personnes nées à l'étranger				
Moins de 2 ans	254	21,0	42	20,3
2-5 ans	161	13,3	27	13,0
6-9 ans	43	3,6	17	8,2
10 ans et plus	144	11,9	19	9,2
Non renseigné	82	9,3	6	4,5
Type de résidence				
Vie en collectivité	286	25,1	58	27,6
Centre d'hébergement collectif	170	61,6	39	69,6
Établissement pour personnes âgées	14	5,1	3	5,4
Établissement pénitentiaire	14	5,1	3	5,4
Autre	78	28,3	7	12,5
Sans domicile fixe	43	4,0	3	1,9
Profession sanitaire ou sociale				
Oui	57	5,8	7	3,9

* pourcentage parmi les cas ayant une information renseignée

Sur la période d'étude, le diagnostic de la tuberculose maladie était porté dans les 5 ans suivant l'arrivée en France chez deux-tiers des cas pour lesquels l'ancienneté d'arrivée était renseignée, ce qui témoigne du risque élevé de réactivation d'une infection tuberculeuse et de maladie suite à l'exposition récente précédant l'arrivée en France.

Dans les établissements pour personnes âgées ou les établissements pénitentiaires, le nombre de cas déclarés reste faible et sans évolution notable sur la période d'étude 2018-2023. Dans les autres groupes à risque, le nombre et la proportion de cas diagnostiqués chez des personnes sans domicile ou des professionnels du champ sanitaire et social restent également faibles (<5 %) et stables sur la période d'étude.

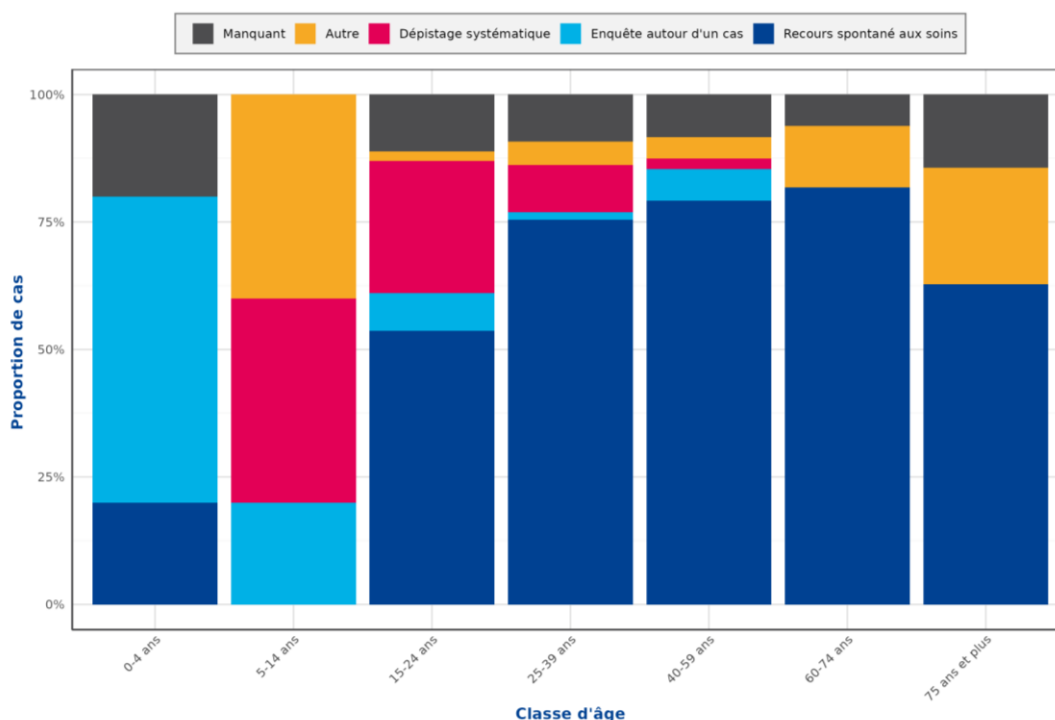
En revanche, en cas de vie en collectivité, c'est dans les centres d'hébergement collectif accueillant des personnes en situation de précarité et de défaveur sociale que la part des cas diagnostiqués reste majoritaire, témoignant de l'importante vulnérabilité des personnes qui y sont accueillies (personnes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

Sur le plan clinique, la localisation de la tuberculose était majoritairement pulmonaire isolée (54 %) ou associée à une localisation extra pulmonaire (29 %). La moitié des cas avec une tuberculose pulmonaire étaient bacillifères et parmi ces cas, 71 % étaient nés à l'étranger.

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

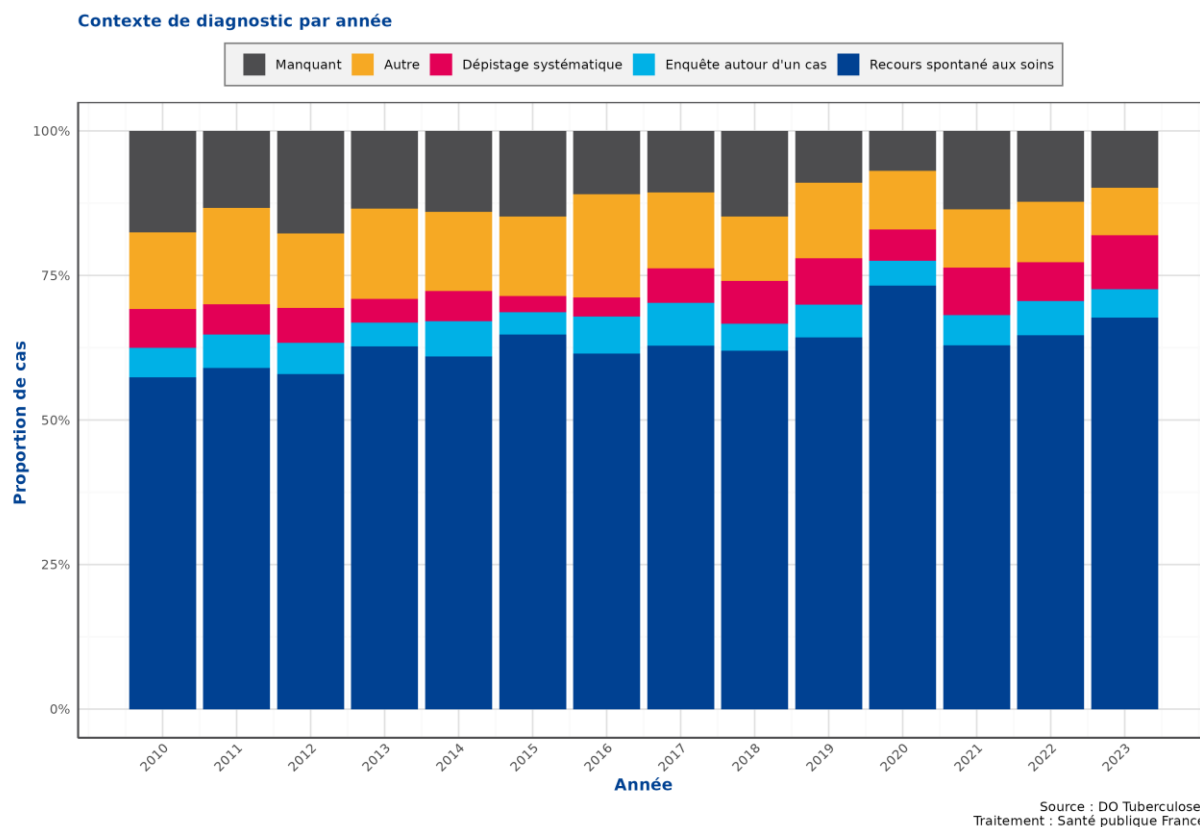
Chez les plus de 15 ans, le recours spontané aux soins reste la principale modalité du diagnostic de la maladie tuberculeuse alors que chez l'enfant (<15 ans), l'enquête autour d'un cas de tuberculose et le dépistage systématique sont les principales circonstances de découverte de la maladie tuberculeuse. Les modalités du diagnostic ont peu évolué ces dernières années (figures 9 et 10)

Figure 9. Contexte diagnostique des cas de tuberculose maladie en Grand Est selon la classe d'âge, 2023 (Source DO, traitement Santé publique France)



Source : DO Tuberculose.
Traitement : Santé publique France.

Figure 10. Évolution du contexte du diagnostic des cas de tuberculose maladie en Grand Est de 2010 à 2023
(Source DO, traitement Santé publique France)



Tuberculose multi résistante (source : CNR-MyRMA)

En France, la surveillance des mycobactéries et de leur résistance 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 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^{ère} 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).

En Grand Est, 4 cas porteurs de multi résistance ont été déclarés en 2023, similaire à ce qu'on observait les autres années (moins de 5 cas annuels depuis 2019). La proportion de cas avec multi résistance parmi l'ensemble des cas est également stable, et fluctue tous les ans autour de 1 à 2 % dans la région.

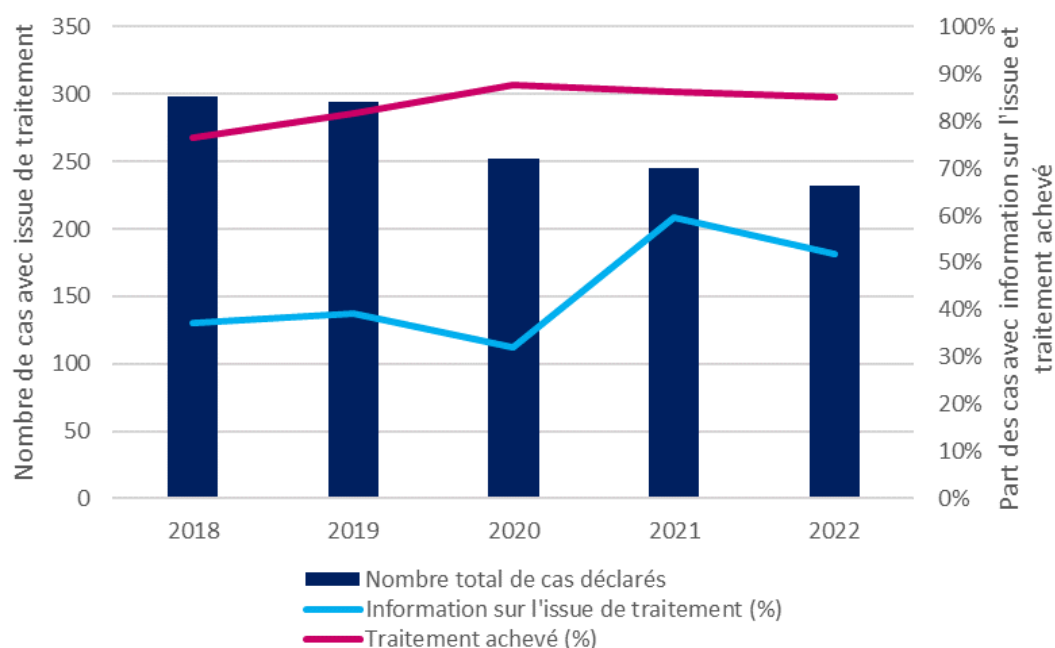
Surveillance des issues de traitement

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 et qui, s'ils sont contagieux, peuvent continuer à transmettre l'infection dans la communauté.

En région Grand Est, l'information sur les issues de traitement était renseignée en 2022 pour la moitié des cas de tuberculose pris en charge. Sur ces cas, 85 % ont achevé le traitement et étaient considérés comme guéris. La complétude du traitement, à relativiser au regard du niveau de l'information, dépasse depuis 2020 l'objectif fixé par l'OMS (85% de succès thérapeutique), mais diminue très légèrement tous les ans depuis (figure 11).

Il existe des disparités entre les départements concernant le niveau d'information sur les issues de traitement (de 30 % dans la Moselle à 82 % dans l'Aube) mais la proportion de cas ayant achevé leur traitement varie moins et est proche de ou supérieure à 80 % pour l'ensemble des départements.

Figure 11. Évolution des taux d'issue et complétude de traitements antituberculeux 2018-2022, Grand Est (Source DO, traitement Santé publique France)



Méthode

Sources des données

Les données analysées concernent la tuberculose maladie déclarée pour la période de 2018-2023 via le système de déclaration obligatoire (DO) composé des données du système de déclaration BK4 en 2018 et du nouveau système de déclaration e-DO de 2019 à 2023.

Définitions

Les **tuberculoses maladies** correspondent aux 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 2) 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 cas.

Tableau 2. 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

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 2020 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 estimée à environ 35% au début des années 2000 au niveau national, les taux présentés sont des « taux de déclaration » fournissant des estimations basses des taux d'incidence.

Pour en savoir plus

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 19 mars 2024, n°6-7 Surveillance et contrôle de la tuberculose en France

Rapport mondial 2024 de l'OMS sur la tuberculose

CNR Mycobactéries et résistance aux antituberculeux. Rapport d'activité 2024

e-DO, déclaration obligatoire en ligne de l'infection par le VIH et du Sida et de la tuberculose

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 groupe de travail 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 région Grand Est :

- les médecins et/ou biologistes contribuant à la déclaration des cas et à l'envoi de prélèvements au CNR ;
- l'Agence régionale de santé ;
- les Centres de lutte anti-tuberculeuse de la région.

Rédaction

Caroline Fiet et Marie Wagner, cellule régionale Grand Est, Santé publique France

Didier Che, Direction des régions, Santé publique France

Pour nous citer : Bulletin de surveillance de la tuberculose. Édition régionale Grand Est. Avril 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 13 pages, 2025. Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 2 avril 2025

Contact : GrandEst@santepubliquefrance.fr