

Prise en charge de la tuberculose à Paris en 2010

Arthur Fournier (arthur.fournier@paris.fr), Fadi Antoun, Sylvie Quelet

Département de Paris, BVCT - Cellule Tuberculose/Clat 75, Paris, France

Résumé / Abstract

Le Centre de lutte antituberculeuse de Paris (Clat 75) est aujourd'hui constitué d'une cellule de coordination et de quatre centres médico-sociaux. Les données présentées sont celles recueillies dans le cadre des activités du Clat 75 pour les cas de tuberculose résidant à Paris en 2010.

Le taux de déclaration de tuberculose maladie des résidents parisiens était de $22,7/10^5$ en 2010, soit trois fois supérieur au taux national ($8,1/10^5$). Il a diminué d'environ 60% en 8 ans ($54,1/10^5$ en 2002). En 2010, les sujets en situation de précarité ou de grande précarité représentaient 26% des cas ; 73% des patients étaient nés à l'étranger, dont la moitié en Afrique subsaharienne.

L'organisation du Clat 75 a été profondément modifiée au cours des dernières décennies pour mieux contrôler la maladie. Les enquêtes autour des cas ont été généralisées. L'action de dépistage radiologique itinérant a été adaptée aux populations les plus exposées, particulièrement les personnes vivant dans des foyers de migrants et/ou dans une grande précarité. La prise en charge des cas en situation de précarité a été renforcée, en collaboration avec les services hospitaliers et le Samu social.

La tuberculose demeure un problème de santé publique à Paris, comme d'une façon générale dans les grandes zones urbaines. Si les indicateurs épidémiologiques sont encourageants, le Clat 75 doit cependant poursuivre la modernisation et l'adaptation de ses activités à la situation épidémiologique des populations à risque, en s'insérant dans une dynamique régionale.

Mots clés / Key words

Tuberculose, prise en charge, dépistage, Paris, France / Tuberculosis, health care, screening, France

Historique

En France, la tuberculose a nettement décliné dans la première moitié du siècle dernier avant même l'instauration de l'obligation vaccinale (1950), et bien avant l'introduction des traitements médicamenteux spécifiques : streptomycine (1944), acide para-aminosalicylique (PAS) (1946) et isoniazide (INH) (1952). L'incidence est passée de $1\,000/10^5$ en 1900 à $200\text{--}250/10^5$ en 1950 [1;2]. Avec une incidence autour de $15/10^5$ dans les années 1980-1990, on pouvait entrevoir l'éradication de la tuberculose. L'apparition du VIH dans les années 1990 s'est accompagnée d'un léger rebond, puis la courbe de l'incidence a repris sa décroissance pour passer en dessous de la barre de $10/10^5$ au début du troisième millénaire.

À Paris, les moyens mis en œuvre pour lutter contre la tuberculose ont été développés après 1945 jusque dans les années 1960, permettant un dépistage en centre et sur site grâce à du matériel mobile. Les dispensaires traitaient alors environ 500 cas de tuberculose par an, auxquels s'ajoutaient les cas traités dans les hôpitaux.

L'objectif de cet article est de présenter le dispositif parisien de lutte antituberculeuse et l'épidémiologie de la tuberculose à Paris en 2010. Il s'agit également de décrire les stratégies mises en œuvre et les résultats obtenus. L'activité de dépistage effectuée par l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration) n'est pas abordée ici.

Méthodologie

Cadre légal et administratif

Le Centre de lutte antituberculeuse de Paris (Clat 75) dépend du Conseil général (CG) de Paris par convention avec l'État (2006) pour la mise en œuvre des missions de santé publique recentralisées (loi du 13 août 2004). Les principaux axes d'action du Clat 75 découlent de la Circulaire du 4 mai 1995 amendée par les recommandations de 2003 du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) [3], de celles de la Direction générale de la santé (DGS) de 2006 et surtout de la publication du Programme national de lutte antituberculeuse en 2007 [4]. Le Programme régional de lutte antituberculeuse (2008-2011) permet d'en adapter les axes à la problématique francilienne. Toutes les actions réalisées dans ce cadre sont à la charge du Clat et sont sans frais pour les personnes concernées.

Structures opérationnelles

Le Clat 75 s'est restructuré en 2002 avec la création de la Cellule tuberculose. Il s'agit d'une structure de coordination et de pilotage des quatre centres médico-sociaux (CMS) parisiens. Elle centralise les cas déclarés, assure la surveillance épidémiologique de la tuberculose à Paris et coordonne la prise en charge des cas en collectivités ou dans les populations à risque.

Chaque CMS est responsable d'un territoire parisien. Il a pour mission la mise en œuvre du dépistage (enquête auprès du cas index afin d'établir la liste des sujets contact à dépister) et peut

Tuberculosis management in Paris in 2010

The tuberculosis (TB) Centre (CLAT) of Paris is currently composed by one coordination unit and four TB health centres. Data presented were collected as part of the activities of the CLAT on tuberculosis cases living in Paris. The notification rate of tuberculosis disease in persons living in Paris was $22,7/10^5$ in 2010; three times higher than the national rate ($8,1/10^5$). The tuberculosis rate decreased by about 60% in 8 years ($54,1/10^5$ in 2002). Data collected in 2010 showed that 26% of TB cases were reported in persons identified as being in a precarious situation and 73% of the patients were born abroad, half of them in sub-Saharan Africa. The organisation of the CLAT 75 has changed considerably over the last decades to improve TB control. Contacts investigations have been generalised. Mobile x-ray screening has been adapted to populations most exposed to TB, especially those living in migrant homes and/or in deprived situations. The follow-up of deprived and homeless patients has been reinforced in collaboration with hospitals and the SAMU Social (non governmental organisation for homeless population).

Tuberculosis remains a public health problem in Paris, as well as in major urban areas. Although the epidemiological data are encouraging, the CLAT 75 must continue to modernise and adapt its activities to the epidemiological situation of populations at risk while fitting into a regional dynamics.

également, si nécessaire, assurer le traitement et le suivi des tuberculoses maladie (TM) ou des infections tuberculeuses latentes (ITL) ainsi dépistées.

Depuis 2001, une consultation dédiée aux enfants de 5 à 15 ans permet de prendre en charge le dépistage, le traitement et le suivi des TM et des ITL. Ces enfants sont des sujets contact (entourage familial ou scolaire essentiellement) ou des migrants récents âgés de moins de 15 ans, ou sont issus du dépistage ciblé des enfants scolarisés en classe de CM2 dans les écoles élémentaires parisiennes.

Recueil des données

Les données présentées sont issues de l'exploitation de la base de données du logiciel Damoc® (Epiconcept, en place à Paris depuis 2008) recueillant l'ensemble des cas de TM et d'ITL déclarés à Paris et les résultats du dépistage des sujets contacts correspondants. Les données de population utilisées pour les calculs des taux de tuberculose sont celles issues du recensement de l'Insee pour l'année 2010.

Résultats

Cas déclarés en 2010

Au total, 502 cas de TM et 53 cas d'ITL chez des moins de 15 ans ont été déclarés au Clat 75 en 2010.

Le taux de déclaration de TM au Clat 75 était de $22,7/10^5$ habitants en 2010 et variait de $7/10^5$ pour les Parisiens nés en France à plus de $100/10^5$ pour les Parisiens nés hors de France.

Le taux de déclaration de TM au Clat 75 a diminué d'environ 70% depuis huit ans et tend à se stabiliser depuis deux ans. Au plan national, une légère tendance à la baisse est également observée sur la même période, mais elle reste inférieure à celle observée à Paris (figure 1).

Description des cas de tuberculose maladie

Sexe, âge et pays de naissance

En 2010, les hommes représentaient 63,3% (318/493) des cas de TM déclarés. L'âge moyen des cas était de 44 ans et près des trois quarts d'entre eux (73%) (310/423) étaient nés à l'étranger, dont la moitié était originaire d'Afrique subsaharienne (123/310).

Caractéristiques cliniques et bactériologiques

Une localisation respiratoire était retrouvée dans 86% (430/502) des cas et elle était exclusive dans 76% (381/502) des cas. L'examen microscopique des prélèvements respiratoires était positif dans 48% (205/430) des cas. Onze cas (2,2%) (11/502) présentaient une multi-résistance (MDR) à l'isoniazide et à la rifampicine.

Mode d'habitat et précarité

Les sujets identifiés comme étant en situation de précarité (11%) (55/502) et très grande précarité (15%) (75/502) représentaient 26% (130/502) des cas de TM. Cette proportion, comme celle du nombre de cas diagnostiqués dans les foyers de migrants (32 cas en 2010 et 34 cas en 2009), reste stable depuis cinq ans.

Répartition des cas par arrondissement de résidence et origine des déclarations

Les taux de déclaration au Clat 75 de cas de tuberculose selon l'arrondissement de résidence montrent, comme depuis plusieurs années, une plus grande concentration des cas dans l'Est et le Nord de la capitale (figure 2).

La grande majorité des cas (80%) (345/428) était déclarée par les services hospitaliers de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (pneumologie : 39% (108/280) ; maladies infectieuses : 30% (83/280) ; médecine interne : 32% (89/280)).

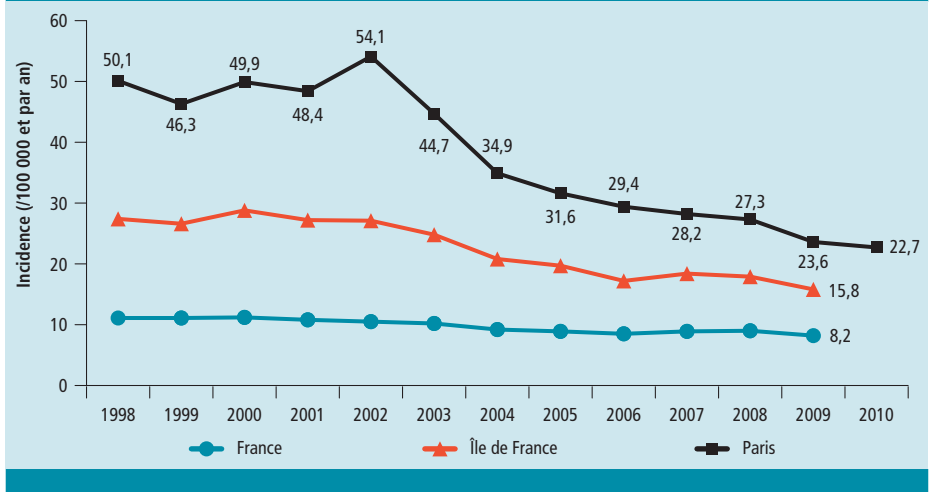
Enquêtes et dépistage autour des cas

Principe et prise en charge des enquêtes

Depuis 2004, des protocoles spécifiques ont été mis en place par le Clat 75 pour la réalisation et l'évaluation des enquêtes autour d'un cas de tuberculose. Lorsque la contagiosité d'un cas est établie ou suspectée, la demande d'entretien avec le cas index est systématique.

Le dépistage consiste à proposer, pour chaque sujet contact identifié, un examen clinique et des examens complémentaires : radiographie pulmonaire pour éliminer une TM et test immunologique pour diagnostiquer une éventuelle ITL. Le Clat 75 a fait le choix depuis 2009 d'utiliser, chez les sujets âgés de plus de 15 ans, un test IGRA (*Quantiferon TB Gold In Tube®* ou QFT) ; les enfants âgés de moins de 15 ans continuent de bénéficier d'un test tuberculinique (IDR). Ce dépistage est le plus souvent assuré au sein d'un

Figure 1 Évolution du taux de déclaration de tuberculose maladie en France, en Île-de-France et à Paris entre 1998 et 2010 [5] / Figure 1 Trends in the notification rate of TB disease in France, in Ile-de-France and in Paris between 1998 and 2010 [5]



CMS, mais certains sujets contacts choisissent d'être dépistés par leur médecin traitant. Les sujets contacts âgés de moins de 2 ans bénéficient d'un dépistage spécifique assuré dans des services hospitaliers de pneumo-pédiatrie ou de pédiatrie générale.

Résultats des enquêtes

Les 714 enquêtes (451 cas index parisiens (sur 502) et 263 cas index non parisiens) réalisées en 2010 autour des cas de tuberculose déclarés au Clat 75 ont permis l'identification de 5,9 (4204/714) sujets contacts en moyenne par cas index. Ces sujets contacts appartenaient aux groupes suivants : familial (28%), amical (15%), scolaire (23%), professionnel (21%) et autres collectivités. Deux tiers (2 637/4 201) des sujets contacts identifiés ont

pu être examinés, le tiers restant ne s'étant pas déplacé pour bénéficier du dépistage malgré deux relances réalisées par courrier. Une ITL a été diagnostiquée chez 12,6% (332/2 637) des sujets contacts dépistés et un traitement préventif a été instauré pour 66% (221/332) de ces ITL. Une TM a été diagnostiquée pour 0,8% (20/2 637) des sujets contacts dépistés. Ainsi, en 2010, le rendement des enquêtes était en moyenne de 13 ITL et d'un peu moins d'1 TM diagnostiquée pour 100 sujets contacts dépistés.

La proportion de cas index donnant lieu à une enquête épidémiologique a fortement augmenté ces dernières années, passant de 30% en 2002 à 90% en 2010 (figure 3). Une augmentation régulière du nombre d'ITL dépistées est constatée depuis 2006 (figure 3).

Figure 2 Taux de déclaration de tuberculose maladie (p.100 000) à la Cellule tuberculose de Paris par arrondissement parisien en 2010 / Figure 2 Notification rate of TB disease (p.100,000) to the Paris TB Centre by Parisian district in 2010

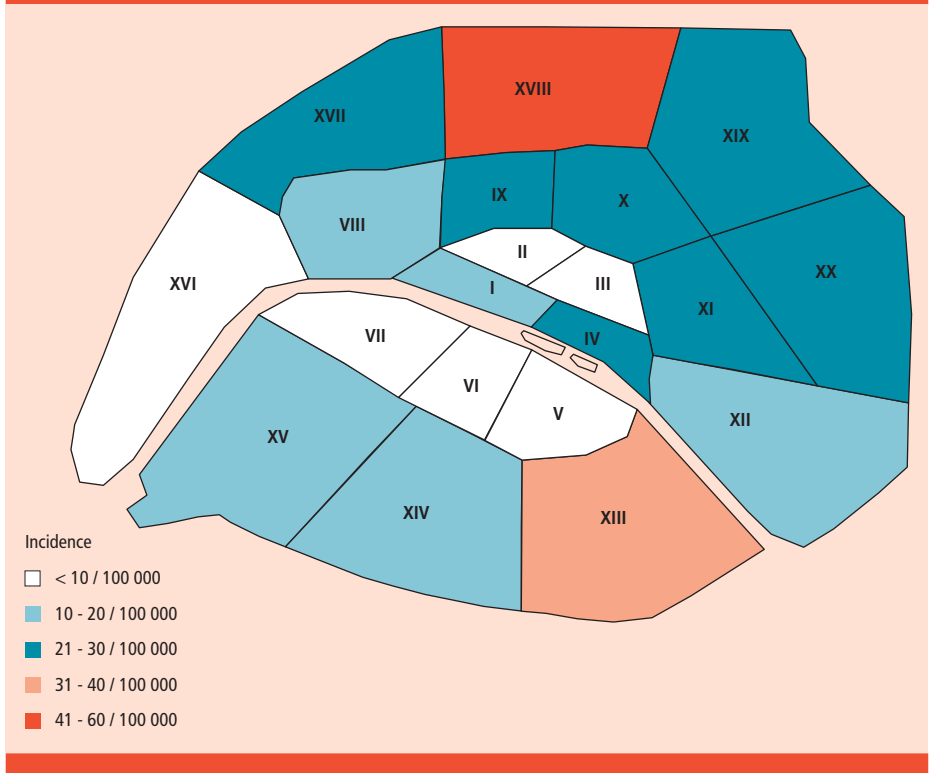
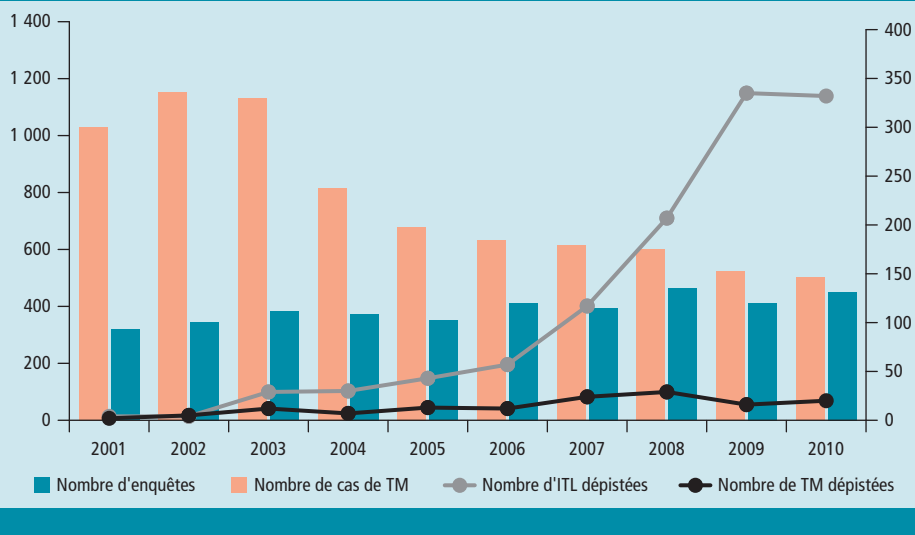


Figure 3 Résultats des enquêtes autour d'un cas de tuberculose réalisées au Clat 75 entre 2001 et 2010
 | Figure 3 Results of investigations around a TB case performed at the CLAT 75 between 2001 and 2010



Activités de dépistage radiologique itinérant ciblé (DRI)

Des dépistages réguliers de la TM par radiographie pulmonaire sont réalisés pour les populations à risque identifiées à Paris, dans les foyers de travailleurs migrants, les centres d'hébergement d'urgence ou de réinsertion et les centres d'accueil de jour. Ainsi, en 2010, 6 199 clichés thoraciques ont été pratiqués dans ce cadre et ont permis de diagnostiquer 8 cas de TM, soit 1,3 TM pour 1 000 clichés.

Prise en charge des cas de tuberculose dans les structures du Clat 75

Traitement et suivi des TM

Les CMS assurent le traitement des personnes les plus démunies, avec un suivi spécialisé clinique et biologique et une délivrance gratuite des médicaments. En 2010, 22 cas de TM ont bénéficié de ce suivi spécifique.

Consultation spécialisée pour la tuberculose de l'enfant

En 2010, 537 enfants de moins de 15 ans ont été vus en consultation spécialisée ; 53 ITL et 2 TM ont été diagnostiqués et traités.

Discussion-perspectives

Comme toutes les capitales des pays développés, la ville de Paris présente des caractéristiques socioéconomiques pouvant expliquer un taux de déclaration de tuberculose 3 à 5 fois supérieur en moyenne au taux de déclaration national : forte proportion de migrants, de populations précarisées, de personnes sans domicile fixe, surdensité VIH... En 2010, le taux de déclaration de tuberculose à la Cellule tuberculose de Paris était de 22,7/10⁵, soit presque 3 fois supérieur au taux de déclaration de TM au niveau national [5] et 30% plus élevé que le taux de déclaration en Île-de-France. Paris est le deuxième département présentant le taux de déclaration de TM le plus élevé après celui de la Seine-Saint-Denis.

À Paris, les proportions de cas de tuberculose concernant des personnes nées à l'étranger

(73%) et de personnes en situation de précarité et grande précarité (26%) sont supérieures aux données nationales [5]. Ceci se traduit par des taux de déclaration très largement supérieurs dans les arrondissements du nord-est parisien, socialement moins favorisés.

Depuis 2002, ce taux de déclaration de tuberculose au Clat 75 a diminué de plus de 70%, passant de 54,1/10⁵ en 2002 (plus de 1 200 cas/an) à 22,7/10⁵ en 2010 (500 cas/an). Le nombre total d'habitants de la capitale est resté stable sur la période, autour de 2 millions. Toutefois, il est difficile d'analyser avec précision les modifications de la population parisienne. En effet, les caractéristiques socioéconomiques globales de la capitale n'ont pas fait l'objet d'études précises sur la période 2000-2010, mais l'une des hypothèses pouvant expliquer cette diminution pourrait être le déplacement vers la banlieue des habitants les moins aisés. Par ailleurs, les populations migrantes et/ou en situation irrégulière ainsi que les populations précaires restent difficiles à étudier en raison de leur mobilité.

En dehors de ces facteurs démographiques, la diminution importante du nombre total de cas de tuberculose déclarés à la Cellule tuberculose de Paris depuis huit ans peut s'expliquer par l'association des différentes actions menées ces dernières années :

- la création de la Cellule Tuberculose en 2002, permettant une centralisation des données épidémiologiques, une coordination des actions du Clat 75 avec la mise en place de nouveaux protocoles et le développement des relations et des échanges avec les différents partenaires. Ainsi, l'exhaustivité des déclarations de tuberculose est passée de 60% à plus de 80% pour les cas parisiens, avec une meilleure connaissance de leurs caractéristiques ;

- l'amélioration quantitative et qualitative des enquêtes autour d'un cas de TM. En effet, la proportion de cas index donnant lieu à une enquête épidémiologique a fortement augmenté ces dernières années, passant de 30% en 2002 à 90% en 2010 (dont plus de 95% des cas index les plus contagieux). Une des conséquences probables de cette amélioration est l'augmentation

des ITL dépistées, mais celle-ci peut également s'expliquer par d'autres facteurs : une meilleure application des recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France publiées en 2003 et 2006, une définition plus précise de l'ITL depuis les recommandations de 2006, l'utilisation depuis 2009 par le Clat 75 du test QFT, qui facilite le dépistage des ITL, et la mise en place en 2003 de la déclaration obligatoire des ITL chez les moins de 15 ans. Ces améliorations ont permis le diagnostic de plus de 300 ITL en 2010, dont plus des deux tiers ont bénéficié d'un traitement préventif (moins de 20% en 2002) et de 15 cas de TM ;

- l'utilisation d'un logiciel dédié (Damoc®) favorisant une meilleure évaluation des actions et une amélioration des stratégies.

L'incidence de la tuberculose dans les foyers de migrants s'est nettement améliorée grâce au dépistage radiologique itinérant ciblé (DRI) sur site. Cette action est à distinguer de l'activité de dépistage organisé par l'OFII. Le nombre global de TM est ainsi passé de plus de 100 cas/an à 32 cas en 2010, dont 6 cas dépistés par le DRI [6;7]. Les personnes en situation de précarité ont bénéficié d'un renforcement de l'équipe mobile du Samu social qui a permis de développer des liens plus étroits avec les différents partenaires (Clat 75, hôpitaux...) et d'assurer également une meilleure observance du traitement chez des populations difficiles et peu compliantes. Le DRI poursuivi depuis 10 ans environ dans cette population a permis de diagnostiquer 4 à 6 TM/an.

Bien que les tuberculoses MDR ne constituent pas un problème majeur de santé publique à Paris (2,2% des souches de mycobactéries), chaque cas soulève des questions difficiles à résoudre. Le Clat 75 participe aux réunions mensuelles organisées par le Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance aux antituberculeux (CNR-MyRMA) afin d'améliorer les enquêtes autour de ces cas.

Malgré l'amélioration des résultats, le Clat 75 doit poursuivre son action de modernisation et d'adaptation à la situation épidémiologique de la tuberculose à Paris. Ainsi, les objectifs à atteindre dans un futur proche sont :

- promouvoir la vaccination par le BCG chez les nourrissons ;
- développer et améliorer le logiciel permettant le recensement des cas index et le suivi des enquêtes épidémiologiques (Damoc®) ;
- poursuivre la participation à la lutte antituberculeuse à une échelle régionale (sous l'égide de l'ARS Île-de-France) et nationale ;
- optimiser le dépistage des sujets contacts vivant sous le même toit que le cas index ;
- développer une meilleure coopération avec l'OFII afin de dépister plus largement et plus précocement les TM et les ITL (pour les sujets âgés de moins de 15 ans) des migrants, qui constituent les trois quarts des cas de tuberculose à Paris.

Conclusion

Si la tuberculose ne pose pas un problème majeur de santé publique en France, elle reste néanmoins une préoccupation de santé à Paris et dans

certains départements d'Île-de-France, comme dans toutes les mégapoles des pays développés.

La lutte antituberculeuse doit s'adapter à l'épidémiologie de cette maladie et apporter des idées innovantes, probablement à une échelle régionale, afin d'anticiper des rebonds d'incidence au sein des populations à risque (migrants récents, population précaire et personnes immunodéprimées). Le principal objectif à atteindre est le maintien d'équipes expertes, disponibles, volontaires et mobilisées qui puissent travailler sur du long terme en privilégiant l'adaptation des structures à ces populations.

Références

- [1] Chrétien J, Voisin C. La tuberculose, parcours imagé. Éditions Hauts de France, 1995.
- [2] Perdrizet S, Poisson N. Épidémiologie de la tuberculose dans les pays développés. *Méd Hyg.* 1982;(40):1485-92.
- [3] Bouvet E, Abiteboul D, Antoun F, Bessa Z, Billy C, Dautzenberg B, et al. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France (synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France 2002-2003). *Med Mal Inf.* 2004; 34(8-9).
- [4] Paty MC. L'organisation de la lutte antituberculeuse et la mise en oeuvre du programme de lutte

contre la tuberculose en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2009;(12-13):117-9.

[5] Figoni J, Antoine D, Che D. Les cas tuberculose déclarés en France en 2009. *Bull Epidemiol Hebd.* 2011;(22):258-60.

[6] Antoun F, Valin N, Chouaid C, Renard M, Dautzenberg B, Lalande V, et al. Épidémie de tuberculose dans un foyer de migrants à Paris en 2002. *Bull Epidemiol Hebd.* 2003;(10-11):58-60.

[7] Valin N, Antoun F, Chouaid C, Renard M, Dautzenberg B, Lalande V, et al. Outbreak of tuberculosis in a migrants' shelter, Paris, France, 2002. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9(5):528-33.

La tuberculose chez les enfants en Europe en 2010

Andreas Sandgren (andreas.sandgren@ecdc.europa.eu), Vahur Hollo

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), Stockholm, Suède

Résumé / Abstract

La tuberculose pédiatrique, qui est une pathologie dont les enfants souffrent encore aujourd'hui en Europe, mérite une attention particulière. En 2010, 3 035 cas de tuberculose pédiatrique (0-14 ans) ont été déclarés et le taux de déclaration variait de 0,0/100 000 à 25,3/100 000 selon les États-membres de l'Union européenne/Espace économique européen (UE/EEE). Les cas pédiatriques représentaient 4,1% des 73 996 cas de tuberculose déclarés en 2010. Les cas de tuberculose pédiatrique confirmés par la culture représentaient 23,0% des cas et seuls 11,5% avaient eu un test de sensibilité aux antituberculeux. La tendance générale à la baisse des cas déclarés dans l'UE/EEE au cours des dix dernières années, décrite précédemment, se confirme, mais on observe encore une hétérogénéité entre les différents États membres, avec des pratiques diagnostiques variables. Des mesures doivent par conséquent être prises pour améliorer la prise en charge clinique des enfants atteints de tuberculose et enrayer la transmission de la maladie, notamment aux enfants, dans l'UE/EEE.

Childhood tuberculosis in Europe in 2010

Childhood tuberculosis (TB) deserves more attention as children are still suffering from the disease in Europe. In 2010, 3,035 notified paediatric cases (0-14 years old) were reported and paediatric case notification rates ranged from 0.0/100,000 to 25.3/100,000 across European Union/European Economic Area (EU/EEA) Member States. Paediatric cases accounted for 4.1% out of the 73,996 TB cases notified in 2010. Confirmation by culture was achieved in 23.0% of the paediatric cases, and only 11.5% of all paediatric TB cases were tested for drug susceptibility testing. This confirms the overall declining trend of notification over the last decade previously described for the EU/EEA, but there is still a continued heterogeneity among countries with some sub-optimal diagnostic practises in the EU/EEA. Therefore, further action is needed to improve the clinical management of children with TB, and to stop the transmission of TB, in particular to children, within the borders of the EU/EEA.

Mots clés / Key words

Mycobacterium tuberculosis, enfants, pédiatrie, épidémiologie, santé publique / *Mycobacterium tuberculosis*, children, paediatrics, epidemiology, public health

Introduction

Le poids de la tuberculose chez l'enfant dans le monde reste en grande partie méconnu. D'après les estimations en provenance de différentes régions du globe, les cas de tuberculose affectant des enfants jusqu'à l'âge de 15 ans représenteraient au moins 10 à 20% des cas de tuberculose dans le monde [1;2]. Malgré de nombreuses actions de sensibilisation, l'insuffisance des données de surveillance au niveau mondial conduit à un désintérêt progressif des donateurs, des chercheurs et des programmes de lutte contre la tuberculose [3]. La surveillance est un élément clé de la lutte contre la tuberculose et doit permettre une meilleure prise en compte des spécificités de la maîtrise de la tuberculose chez l'enfant. Un système de surveillance fiable est essentiel pour avoir accès à des données précises permettant d'orienter les actions de prévention et de lutte contre la tuberculose. Des efforts de standardisation des déclarations de cas de tuberculose ont été réalisés depuis longtemps en Europe, tout au moins depuis 1996 avec la création du programme européen de surveillance de la tuberculose (EuroTB) [4]. Depuis 2008, les activités de surveillance des 53 pays de la région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) plus le Liechtenstein sont coordonnées

conjointement par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Des institutions nationales de surveillance de la maladie ont été identifiées et sont responsables de la transmission des données au niveau européen via un point de collecte commun. Pour les 27 États membres de l'Union européenne et trois pays de l'Espace économique européen (EEE), les données sur les cas sont collectées, traitées et validées via la base de données TESSy (*The European Surveillance System*) hébergée par l'ECDC. Les systèmes de surveillance basés sur les cas individuels institués dans les États membres de l'UE/EEE offrent la possibilité de conduire des analyses détaillées sur la tuberculose de l'enfant, qui n'ont jusqu'ici pas pu être réalisées à l'échelle mondiale. Une récente analyse des cas de tuberculose dans l'UE/EEE portant sur les 10 dernières années (2000-2009) a mis en évidence que les cas pédiatriques ont représenté 4,3% de l'ensemble des cas de tuberculose déclarés pendant cette période [5]. Bien que la tuberculose de l'enfant soit généralement en recul dans la région de l'UE/EEE, elle est en hausse dans certains pays [5].

L'éradication de la tuberculose reste le but ultime des actions de prévention et de lutte contre la tuberculose mises en œuvre dans l'UE/EEE et

dans le monde. En 2008, l'ECDC a lancé le Plan d'action de lutte contre la tuberculose dans l'UE/EEE [6]. Ce dernier définit une stratégie de prévention et de lutte contre la tuberculose dans l'UE/EEE pour atteindre l'objectif d'élimination de cette pathologie. Le suivi des progrès vers l'élimination de la maladie fait partie intégrante de l'évaluation de la réussite du plan d'action. C'est pourquoi l'ECDC a lancé en 2010 un plan de suivi et d'évaluation du plan d'action : un plan de suivi stratégique et épidémiologique visant à évaluer les progrès en vue de l'élimination de la tuberculose au sein de l'UE/EEE [7].

Il est important de continuer à surveiller également l'évolution de la situation épidémiologique de la tuberculose infantile. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu, ici, étudier la situation épidémiologique des cas de tuberculose déclarés chez des enfants au sein de l'UE/EEE en 2010 et en discuter les résultats en tenant compte des tendances observées au cours des dix dernières années.

Méthodes

Une analyse descriptive des données de surveillance a été réalisée afin d'évaluer la part de la tuberculose de l'enfant dans les pays de l'UE/EEE. Les données de surveillance sur les cas