FARES
Fonds des affections respiratoires asbl

REGISTRE BELGE DE LA TUBERCULOSE 2020

Rue Haute, entrée 290-807A – 1000 Bruxelles
Tél. : 02/512 29 36 – prevention.tuberculose@fares.be

Bruxelles, mars 2022
D/2022/5052/1

Ce rapport est aussi disponible sur le site ***www.fares.be***
Si vous utilisez ces données dans le cadre d'une publication, prière d'en mentionner la source selon la référence suivante : ***Registre belge de la tuberculose 2020, FARES asbl, mars 2022***

Avec le soutien de la Région wallonne, de la COCOF et de la COCOM

AVANT-PROPOS

Le registre étudie l'épidémiologie de la tuberculose en Belgique et dans les 3 Régions du pays. L'analyse des cas de tuberculose déclarés permet d'évaluer l'étendue de la problématique et son impact sur la santé publique, et d'identifier les facteurs de risque et les groupes de population plus affectés, ainsi que les moyens nécessaires pour la prévention et la prise en charge de la maladie.

Pour obtenir des données objectives, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que chaque pays soit doté d'un système de surveillance performant. La Belgique a instauré, depuis les années 70, la déclaration obligatoire des cas de tuberculose et leur enregistrement.

Depuis 1995, notre pays participe au réseau de surveillance européen dont la gestion est actuellement assurée de manière conjointe par l'ECDC (European Centre for Disease prevention and Control) et l'OMS région Europe. Ce système permet de comparer l'épidémiologie des pays européens et aide à définir des mesures coordonnées de prévention.

De plus, afin de mesurer l'efficacité des traitements instaurés, l'OMS recommande que chaque pays collecte, de manière standardisée, les données sur les résultats thérapeutiques. La Belgique a implémenté ce système depuis 2002.

Ce rapport décrit les caractéristiques des cas de tuberculose active déclarés en 2020 ainsi que l'évolution de l'endémie au cours des dernières décennies. Il mentionne également les résultats du traitement de la cohorte des patients tuberculeux enregistrés en 2019.

Nous remercions tous les collaborateurs qui par leur travail ont permis la réalisation de ce rapport et tout particulièrement Patrick de Smet qui a validé et analysé les données et Marie-Caroline Delhaye, qui a participé à sa rédaction.

Nos remerciements sont également adressés aux médecins qui ont fourni des informations complémentaires à la déclaration ainsi qu'aux laboratoires du réseau de surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux qui ont contribué à ce registre en envoyant régulièrement les résultats des antibiogrammes des patients tuberculeux.

Ce rapport n'aurait pas été possible sans la bonne collaboration existante entre le FARES (Fonds des Affections Respiratoires), son association-soeur la VRGT (Vlaamse Vereniging voor Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding), la cellule de surveillance des maladies infectieuses en Wallonie, l'Agenschap Zorg en Gezondheid en Flandre et l'inspection d'hygiène de la Commission Communautaire Commune en Région bruxelloise.

Dr Vinciane SIZAIRE
Directrice

TABLE DES MATIÈRES

MÉTHODOLOGIE 3

RÉSUMÉ 4

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE EN 2020 7

1. Nombre de cas et incidence de la tuberculose en Belgique 7
2. Antécedents de tuberculose 7
3. Types de dépistage de la tuberculose 7
4. Comparaison entre la population du registre et la population générale 8
5. Répartition de la tuberculose selon l'âge 9
6. Répartition de la tuberculose selon le sexe 11
7. Répartition de la tuberculose selon la nationalité 12
8. Répartition de la tuberculose selon les secteurs géographiques 14
9. Localisations de la tuberculose 18
10. Résultats bactériologiques 19
11. Risques de tuberculose 21

TENDANCES DE LA TUBERCULOSE EN BELGIQUE 24

1. Évolution de la tuberculose en Belgique 24
2. Évolution de la tuberculose par région 25
3. Évolution de la tuberculose dans les grandes villes 26
4. Évolution de la tuberculose selon l'âge 28
5. Évolution de la tuberculose selon la nationalité 29

RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE LA COHORTE DES PATIENTS TUBERCULEUX ENREGISTRÉS EN 2019 34

CONCLUSION ET PERSPECTIVES OPÉRATIONNELLES 37

ANNEXES 42

MÉTHODOLOGIE

Le registre belge de la tuberculose résulte d'une mise en commun des registres de la Flandre, de la Wallonie et de la Région bruxelloise.

Les trois régions ont chacune une législation propre relative aux maladies transmissibles qui décrète l'obligation de la déclaration de tout cas de tuberculose active[1] à l'inspection d'hygiène.

Sont habilités à déclarer, tout chef de laboratoire de biologie clinique et tout médecin ayant connaissance d'un cas ; il peut s'agir du médecin qui traite le patient ou de tout autre praticien travaillant dans un service médical d'une maison de repos et de soins, d'une prison, en milieu scolaire ou du travail, …

En fonction des régions, la déclaration doit avoir lieu dans les 24 à 48 heures après la mise en exergue d'une suspicion de tuberculose ou de son diagnostic, afin de permettre l'obtention rapide de renseignements nécessaires à la prise en charge optimale du cas et de son entourage. Les modalités de déclaration sont multiples (téléphone, e-mail …). Les Régions wallonne et bruxelloise offrent la possibilité de déclarer via une plateforme électronique sécurisée (MATRA et MATRA-bru[2]).

Les renseignements complémentaires à la déclaration sont collectés de manière décentralisée auprès du médecin traitant par le FARES en Wallonie, le FARES/VRGT en Région bruxelloise et l'Agenschap Zorg en Gezonheid en Flandre afin de compléter le registre, d'organiser le dépistage des contacts, de s'assurer de la mise en route du traitement et de mettre en place une supervision thérapeutique chez les malades à risque de non-compliance.

Un an après le début du traitement, ces mêmes services collectent localement l'information sur le résultat thérapeutique auprès du médecin en charge du patient.

Les données sont traitées dans le respect du Règlement Général de Protection des Données (RGPD). Encodées de manière pseudo-anonyme par les équipes régionales, elles sont ensuite centralisées une fois par an pour être validées et traitées par le data manager. Ce processus ainsi que la rédaction du registre national peuvent prendre un certain temps ce qui explique le délai de parution de ce dernier.

Dans ce document, des méthodes de standardisation ont été appliquées pour certaines données afin de pouvoir contrôler les facteurs tels que l'âge et le sexe. Par défaut, si cela n'est pas mentionné, les taux bruts d'incidence sont présentés.

1 Y compris les tuberculoses non confirmées par la bactériologie et celles diagnostiquées post-mortem

2 MATRA : https://www.wiv-isp.be/matra/cf/connexion.aspx
MATRA-bru : https://www.wiv-isp.be/Matra/bru/connexion.aspx

RÉSUMÉ

SITUATION EN BELGIQUE

- Alors que l'incidence de la tuberculose stagnait depuis 2014, les tendances observées en 2020 sont particulières au contexte pandémique.

  De manière générale, tous les chiffres de 2020 doivent être interprétés avec prudence. En effet, la crise sanitaire a eu des impacts à de multiples niveaux : difficulté d'accès aux soins, collecte des données plus complexe, sous-déclaration, mesures de confinement, gestes barrières, mise en place de logement d'urgence pour les populations précaires, fermeture des frontières, etc.

- Depuis 2007, l'incidence se situe sous le seuil de 10 cas/100.000 (excepté en 2010).
- En 2020, 830 cas de tuberculose ont été déclarés, ce qui correspond à une incidence de 7,2 cas de tuberculose par 100.000 habitants, plus basse que celles de 2019 (8,5/100.000 ; n=968) et 2018 (8,6/100.000 ; n=981). L'incidence de cette année est d'ailleurs la plus basse jamais enregistrée bien que la pandémie de Covid-19 suggère un biais quant à ce chiffre.

SITUATION DANS LES TROIS RÉGIONS

- Jusqu'en 2020, après une tendance à la hausse en 2015 et 2016 dans les 3 régions, l'incidence se stabilise en Wallonie et en Flandre. À Bruxelles, après son ascension progressive observée depuis 2014, elle diminue à nouveau depuis 2019. En 2021, l'incidence diminue partout en Belgique.
- En Wallonie, 203 cas de tuberculose ont été notifiés en 2020 ; l'incidence (5,6/100.000) est bien inférieure à celle de 2019 (6,2/100.000 ; n=224) et est pour la deuxième année consécutive la plus basse jamais observée.
- En Flandre, l'incidence de 5,4/100.000 (n=360) est inférieure à celle de 2019 (6,1/100.000 ; n=404).
- En Région bruxelloise, le nombre de cas déclarés en 2020 (n=267) est inférieur à celui de 2019 (n=340) et l'incidence a nettement diminué (21,9/100.000 en 2020 versus 28,1/100.000 en 2019). Elle reste, néanmoins, près de 4 fois supérieure à celles des autres régions.

SITUATION DANS LES GRANDES VILLES

- L'incidence de la tuberculose est plus élevée dans les grandes villes (>100.000 habitants) où se concentrent les populations à risque. En 2020, leur incidence moyenne est 4 fois supérieure (17,3/100.000) à celle des petites entités (4,2/100.000) et 2,5 fois plus élevée que celle de la Belgique (7,2/100.000).
- En 2020, les incidences les plus élevées ont été observées dans les villes de Bruxelles (21,9/100.000; n=267), Anvers (17,0/100.000 ; n=90) et Liège (16,2/100.000 ; n=32).
- Les villes de Charleroi et de Gand ont respectivement une incidence de 12,3 et 11,4/100.000 habitants tandis que celles de Namur et Bruges sont inférieures au seuil des 10 cas pour 100.000 : Namur (7,2/100.000) et Bruges (4,2/100.000).

ÂGE

- En 2020, la tuberculose touche préférentiellement la population active : 39,6 % des cas ont entre 25 et 44 ans, 22,5 % entre 45 et 64 ans et 22,9 % entre 0 et 24 ans. Les 14,9 % restant concernent la tranche d'âge des 65 ans et plus.
- L'âge médian est de 36 ans ; il est plus bas chez les non-Belges (32 ans) comparé à celui des Belges (47,5 ans).
- Les 0-4 ans (n=22) ne représentent que 2,7 % du total des cas déclarés en 2020 et 46,0 % des 0-14 ans (n=48). Les trois quarts sont de nationalité belge (n=15).
- Chez les Belges, l'incidence de la tuberculose est plus élevée dans les tranches d'âge supérieures ; c'est ainsi qu'en 2020, tout comme en 2019, les 75 ans et plus sont près de 3 fois plus atteints par la maladie que les 0-14 ans.
- Chez les non-Belges, cependant, le pic de tuberculose est toujours observé chez les 15-29 ans.
- En termes d'évolution, on observe une diminution significative de l'incidence chez les 65 ans et plus depuis 1995 et chez les 45-64 ans depuis 2001.

ANTÉCÉDENTS DE TUBERCULOSE

- Les antécédents sont inconnus pour 20,6 % des cas. Cette proportion reste importante et peut influer sur la qualité des résultats d'analyses impliquant cette variable.
- Parmi les sujets de statut connu, 7,9 % ont des antécédents de tuberculose.

SEXE

- Parmi les cas notifiés en 2020, 65,8 % sont des hommes. Cette proportion est stable au cours des dernières années.
- L'incidence de la tuberculose chez les hommes est généralement supérieure à celle des femmes quels que soient l'âge, la région et la nationalité.

NATIONALITÉ

- En 2020, 56,9 % des cas du registre sont de nationalité étrangère (n=472). Cette proportion est plus importante en Région bruxelloise (62,2 %) par rapport à la Wallonie (52,2 %) et à la Flandre (55,6 %).
- La proportion de patients nés à l'étranger, après exclusion des patients pour lesquels le pays de naissance n'est pas connu, est de 72,0 % et atteint 82,0 % en Région bruxelloise.
- Les individus de nationalité étrangère proviennent plus particulièrement d'Afrique (53,8 % des cas), d'Asie (22 %) et d'Europe de l'Est (12,1 %).
- L'incidence chez les Belges est de 3,6/100.000 en 2020. Elle est 9 fois plus élevée chez les allochtones (33,1/100.000) mais si les sujets non-établis sont exclus, la différence s'amenuise (21,1/100.000).
- En Belgique, l'incidence standardisée de la tuberculose tend à diminuer significativement depuis 2001 aussi bien chez les Belges que chez les non-Belges, avec une diminution importante entre 2019 et 2020, qui doit être interprétée avec prudence dans le contexte de la pandémie de Covid-19.

LOCALISATIONS DE LA TUBERCULOSE

- La tuberculose peut atteindre n'importe quel organe mais sa localisation est principalement pulmonaire (69,2 % en 2020) ; il s'agit de la forme potentiellement contagieuse de la maladie à l'origine de la transmission des bacilles tuberculeux. L'atteinte des ganglions extra-thoraciques arrive en seconde position (11,6 %).
- Parmi les formes graves de la tuberculose, 12 méningites (dont une chez un enfant) et 49 miliaires ont été répertoriées.

RÉSULTATS BACTÉRIOLOGIQUES

- Parmi les 830 cas du registre, 75,7 % ont été confirmés par la bactériologie (culture positive).
- Sur les 574 patients atteints de tuberculose pulmonaire, 44,4 % étaient positifs à l'examen direct des expectorations (ce qui signe une contagiosité plus élevée) et 79,3 % à la culture.
- La confirmation bactériologique est moindre pour les tuberculoses extra-pulmonaires (67,6 %).
- Les résultats de l'antibiogramme avant le traitement montrent une proportion de multirésistance (résistance au moins à l'isoniazide et à la rifampicine) de 2,3 % (n=14). La résistance à au moins un antituberculeux de première ligne est de 9 % et la monorésistance à l'isoniazide est de 6,2 %.
- La résistance, quelle qu'elle soit, est généralement supérieure chez les non-Belges ainsi que chez les patients ayant des antécédents de tuberculose.

GROUPES À RISQUE ET FACTEURS DE RISQUE DE TUBERCULOSE

- Parmi les cas notifiés en 2020, 11,4 % sont des demandeurs de protection internationale[3], ce qui est plus élevé qu'en 2019 (8,5 %) et 2018 (8,9 %). La proportion de patients en séjour irrégulier sur le territoire (9,2 %), similaire à celle de 2019, reste plus basse que le pic de 2018 (10,8 %). Ces 2 groupes intimement liés représentent 20 % des cas du registre et leur répartition entre région peut varier : on observe une surreprésentation des

3 Anciennement nommés «demandeurs d'asile».

demandeurs de protection internationale en Wallonie et en Flandre (14,3 % et 14,7 % respectivement) et des sujets en situation irrégulière en Région bruxelloise (17,2 %).

- La proportion de sans-abri parmi les cas de tuberculose a diminué sur l'ensemble du territoire en 2020 (6,6 % vs 8,5 % en 2019), diminution particulièrement marquée en Région bruxelloise, où elle passe de 19,4 % à 14,2 %. L'hypothèse de cette diminution est celle de la crise sanitaire avec une diminution d'accès aux soins de santé pour tous, mais peut-être encore plus exacerbée pour les personnes sans-abri.
- La proportion de prisonniers (1,3 %) est en légère baisse par rapport à 2019 (2,0 %). Près de la moitié (n=6) des 11 cas de tuberculose diagnostiqués en milieu carcéral en 2020 ont été répertoriés en Région flamande.
- Les personnes ayant eu des contacts récents (datant de moins de 2 ans) avec des patients tuberculeux contagieux ne représentent cette année que 8,7 % (n=72) des cas notifiés contre 10,5 % en 2020.
- Parmi les cas du registre, 4,0 % sont connus pour vivre avec le VIH (n=33). La Région bruxelloise recense le plus de cas (n=15).

RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE LA COHORTE 2019

- La proportion d'issues favorables du traitement pour les patients atteints de tuberculose pulmonaire positive à la culture reste similaire à celle de 2018. Le taux de succès de traitement est de 81,1 % pour la Belgique (versus 81,2 % en 2018). Toutefois, des disparités sont observées entre les 3 régions : il a fortement augmenté en Flandre (87,3 %), alors qu'il a diminué en Région bruxelloise (75,5 %) et en Wallonie (79,4 %).
- Les non-Belges de la cohorte 2019 ont un taux de succès du traitement supérieur à celui des Belges (respectivement 84,4 % et 77,2 %).
- Le taux de décès reste élevé en Belgique (9,4 %), tout particulièrement en Wallonie où l'on observe une surmortalité pour la cohorte de 2019 par rapport aux années précédentes avec un taux à 13,5 %. En Belgique, quarante pourcent des cas de décès sont liés à une comorbidité.
- La proportion d'abandons de traitement (8,5 %) a diminué en Belgique grâce aux nombreux efforts consentis pour assurer une meilleure observance au traitement.

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS TUBERCULEUX EN 2020

1 NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE EN BELGIQUE

En 2020, 830 patients atteints de la tuberculose ont été déclarés en Belgique ; ce qui correspond à une incidence de 7,2 cas de tuberculose par 100.000 habitants. Il s'agit de l'incidence nationale la plus basse jamais observée depuis 2001 mais ce fait est probablement à contextualiser avec la pandémie de Covid-19.

2 ANTÉCEDENTS DE TUBERCULOSE

Les antécédents de tuberculose[4] ne sont pas connus pour 20,6 % des patients notifiés en 2020, ce qui est plus conséquent que les années précédentes (15,9 % en 2018 et 14,5 % en 2019). Il s'agit d'un problème récurrent plus important en Flandre (30,6 %) et chez les non-Belges (22,9 %). L'annexe 1a détaille les variations entre régions et selon la nationalité.

Si l'on ne tient compte que des sujets ayant des antécédents connus, 7,9 % auraient déjà souffert de tuberculose dans le passé (annexe 1b). Les 92,1 % restants sont à considérer comme des nouveaux cas[5] puisqu'ils n'ont jamais développé la maladie antérieurement. Ces proportions sont similaires à celles des années précédentes.

3 TYPES DE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

Dans les pays à basse incidence, la majorité des cas de tuberculose sont découverts lorsque le patient consulte à cause de plaintes (**dépistage passif**). La Belgique ne déroge pas à cette règle puisque 90,1 % des patients tuberculeux déclarés en 2020 ont été diagnostiqués à l'occasion d'une démarche spontanée[6]. Cette proportion est légèrement supérieure à celle de 2019 (88,5 %).

En termes de santé publique toutefois, il est important de dépister précocement les tuberculoses qui pourraient être à l'origine de la transmission du bacille dans la collectivité. C'est pourquoi, dans notre pays, la stratégie de contrôle préconise depuis le début des années 90 d'organiser un dépistage actif **dans certaines populations à risque** (cfr risques de tuberculose au § 11). Ce dépistage ciblé a permis de détecter 5,3 % des malades en 2020, ce qui est similaire à 2019 (5,1 %).

Par ailleurs, pour limiter la transmission, un autre axe stratégique important consiste à organiser un **dépistage dans l'entourage des cas contagieux**. Celui-ci a permis de mettre en évidence 3,7 % des patients tuberculeux en

4 Dans le registre 2020, les antécédents de traitement ne sont pas disponibles ; nous nous basons dès lors sur les antécédents de tuberculose.

5 Selon la définition de l'OMS : un nouveau cas = un patient qui n'a jamais été traité ou a été traité moins d'un mois pour une tuberculose active ; dans ce registre, il s'agit d'un patient sans antécédents de tuberculose.

6 Ce chiffre pourrait toutefois être surévalué du fait que les médecins peuvent considérer que le diagnostic leur incombe même si le patient leur a été référé pour mise au point après un dépistage actif effectué par une autre instance.

2020 (versus 3,9 % en 2019), dont près de la moitié des cas en Région Wallonne. La rentabilité de ce dépistage est particulièrement élevée chez les jeunes enfants de 0-4 ans puisque 63,6 % des cas du registre appartenant à cette tranche d'âge ont été détectés à cette occasion. Parmi les jeunes de 5 à 19 ans, cette proportion est de 5,1 %. Ceci justifie l'attention portée à la socio-prophylaxie chez les plus petits et en milieu scolaire. Entre 20 et 44 ans, la proportion de cas détectés lors d'un dépistage des contacts tombe à 1,3 %.
Le tableau 1 donne une idée des disparités de type de dépistage qui existent par région.

TABLEAU 1. TYPES DE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE EN BELGIQUE ET PAR RÉGION – 2020

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dépistage passif	334	92,8	244	91,4	170	83,7	748	90,1
Dépistage des contacts	8	2,2	10	3,7	13	6,4	31	3,7
Dépistage des groupes à risque	11	3,1	13	4,9	20	9,9	44	5,3
Inconnu	7	1,9	0	0,0	0	0,0	7	0,8
Total	**360**		**267**		**203**		**830**	

4 COMPARAISON ENTRE LA POPULATION DU REGISTRE ET LA POPULATION GÉNÉRALE

Le tableau 2 compare la distribution selon l'âge, le sexe et la nationalité dans ces deux populations en 2020.

TABLEAU 2. DISTRIBUTION SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LA NATIONALITÉ DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET PARMI LES PATIENTS TUBERCULEUX DU REGISTRE, PAR RÉGION – 2020

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	Pop. générale*	Patients TBC	Pop. générale*	Patients TBC	Pop. générale*	Patients TBC	Pop. générale*	Patients TBC
Âge								
0-24 ans	27,1 %	24,7 %	31,3 %	20,2 %	29,0 %	23,2 %	28,2 %	22,9 %
25-44 ans	25,0 %	38,6 %	32,4 %	41,9 %	25,1 %	38,4 %	25,8 %	39,6 %
45-64 ans	27,4 %	20,8 %	23,2 %	24,3 %	27,0 %	23,2 %	26,8 %	22,5 %
≥ 65 ans	20,5 %	15,8 %	13,1 %	13,5 %	18,9 %	15,3 %	19,2 %	14,9 %
Âge médian								
Total	-	35,5	-	37	-	36	-	36
Belges	-	49	-	42	-	48	-	47,5
Non-Belges	-	29	-	36	-	32,5	-	32
Sexe								
Hommes	49,5 %	61,4 %	49,1 %	66,3 %	48,9 %	72,9 %	49,2 %	65,8 %
Nationalité								
Non-Belges	9,3 %	55,6 %	35,3 %	62,2 %	10,4 %	52,2 %	12,4 %	56,9 %
Population								
Pop. totale	6.629.143	360	1.218.255	267	3.645.243	203	11.492.641	830

*SPF Economie – DG Statistique ; chiffres au 01/01/2020

Âge

Le groupe d'âge le plus représenté parmi les cas de tuberculose est celui des 25-44 ans aussi bien en Belgique (39,6 % en 2020) que dans les 3 régions. Dans la population générale, ce n'est qu'à Bruxelles que cette tranche d'âge est aussi la plus représentée (32,4 %).

Sexe

Quelle que soit la région, il y a proportionnellement plus d'hommes parmi les patients tuberculeux du registre, alors qu'un équilibre des sexes s'observe dans la population générale. En 2020, 65,8 % des cas de tuberculose déclarés en Belgique sont de sexe masculin.

Nationalité

En Belgique, en 2020, 56,9 % des patients atteints de tuberculose étaient de nationalité étrangère, ce qui est similaire à l'année précédente (55,9 %). Bien que le contraste soit moins marqué par rapport aux années antérieures, la proportion des non-Belges est nettement plus élevée en Région bruxelloise que dans les deux autres régions, tant dans la population générale (35,3 % contre 9,3 % en Région flamande et 10,4 % en Région wallonne) que dans celle des patients atteints de tuberculose (62,2 % contre 55,6 % en RF et 52,2 % en RW). En 2020, si cette différence s'observe encore au sein de la population générale, elle est cependant moins marquée au sein de la population des patients.

Dans l'interprétation des résultats en lien avec la nationalité, il faut tenir compte des éléments suivants :

- Parmi les non-Belges sont inclus les sujets non-établis (demandeurs de protection internationale et personnes en séjour irrégulier) dont le nombre n'est pas repris dans les chiffres de population. Dans certaines analyses d'incidence, la distinction entre ces sous-populations sera clairement établie.
- Les Belges comprennent les Belges d'origine étrangère dont la proportion peut influer sur l'incidence de la tuberculose et son évolution. Compte tenu de l'importance de cette dimension, l'ECDC et l'OMS, préconisent d'utiliser le «pays de naissance» pour mieux évaluer le risque de tuberculose. Cette variable est collectée systématiquement en Belgique depuis plusieurs années et sa disponibilité est de 98,7 % en 2020. Afin de garder la possibilité de comparer les résultats actuels aux analyses faites antérieurement, la nationalité, disponible à 100 % des cas en 2020, est conservée pour définir les populations belge et étrangère.
- Étant donné les grandes différences dans la manière dont la tuberculose affecte les Belges et les non-Belges[7], les résultats des analyses seront présentés séparément pour chacune de ces deux sous-populations.

5 RÉPARTITION DE LA TUBERCULOSE SELON L'ÂGE

Classe d'âge modale et âge médian

Les 25-44 ans constituent la classe modale ; ils sont les plus représentés (39,6 %) parmi les cas de tuberculose déclarés en 2020 (tableau 2).

L'âge médian des patients tuberculeux enregistrés dans tout le pays en 2020 est de 36 ans et est similaire dans les trois Régions. Il diffère significativement entre Belges et non-Belges ($p < 0{,}001$) et est nettement plus bas chez les patients allochtones (32 ans) qu'autochtones (47 ans).

Incidence standardisée par groupes d'âge

Dans la méthode de standardisation[8] utilisée, c'est un sous-groupe isolé (le plus souvent celui qui a l'incidence de la tuberculose la plus faible) qui est considéré comme référence. Dans ce cas, il s'agit du groupe des 0-14 ans.

Le tableau 3 montre qu'entre les Belges et les non-Belges, l'incidence varie différemment avec l'âge.

7 Les patients atteints de tuberculose sont classés comme Belges (autochtones) ou non-Belges (allochtones) sur base de la nationalité définie grâce aux informations collectées dans le registre belge de la tuberculose.

8 Les ratios de densité d'incidences standardisés pour le sexe ont été calculés selon la méthode de Mantel (mIDR) ; cette méthode permet de détecter et de quantifier les sources potentielles d'hétérogénéité dans les données du registre.

Chez les Belges, en 2020, l'incidence de la tuberculose en fonction de l'âge suit une distribution homogène pour les 15-74 ans avec un pic chez les ≥ 75 ans (tout comme en 2017 et 2018) alors qu'une augmentation linéaire de l'incidence en fonction de l'âge était observée en 2019. Le rapport standardisé d'incidences entre les âges extrêmes atteint 3,3.

TABLEAU 3. RATIOS STANDARDISÉS D'INCIDENCES (mIDR)* CHEZ LES BELGES ET LES NON-BELGES APRÈS STRATIFICATION POUR L'ÂGE, BELGIQUE – 2020

	Belges			Non-Belges		
Âge	**n/N**	**/100.000 (IC95 %)**	**mIDR (IC95 %)**	**n/N**	**/100.000 (IC95 %)**	**mIDR (IC95 %)**
0-14 ans**	26/1.705.479	1,5 (1,0;2,2)	1,0 (.;.)	22/230.192	9,6 (6,0;14,5)	1,0 (.;.)
15-29 ans	70/1.753.785	4,0 (3,1;5,0)	2,6 (1,7;4,1)	177/287.511	61,6 (52,8;71,3)	6,6 (4,2;10,2)
30-44 ans	66/1.810.518	3,6 (2,8;4,6)	2,4 (1,5;3,8)	158/418.644	37,7 (32,1;44,1)	4,0 (2,6;6,2)
45-59 ans	82/2.068.698	4,0 (3,2;4,9)	2,6 (1,7;4,1)	77/289.597	26,6 (21,0;33,2)	2,7 (1,7;4,4)
60-74 ans	67/1.753.613	3,8 (3,0;4,9)	2,5 (1,6;4,0)	23/140.525	16,4 (10,4;24,6)	1,7 (0,9;3,0)
≥ 75 ans	47/973.897	4,8 (3,5;6,4)	3,3 (2,1;5,3)	15/60.182	24,9 (13,9;41,1)	2,7 (1,4;5,3)

* standardisation pour le sexe **référence : mIDR=1

Chez les non-Belges, on observe un pic entre 15 et 29 ans avec un rapport standardisé d'incidences entre ce groupe et la référence (0-14 ans) de 6,6.
Les données chiffrées des annexes 2a et 2b montrent l'incidence de la tuberculose par âge et par région chez les Belges et non-Belges.

Incidence chez les enfants de 0 à 4 ans

Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de la tuberculose et plus particulièrement vis-à-vis de ses formes graves[9].

En 2020, 22 enfants de moins de 5 ans atteints de la tuberculose ont été répertoriés en Belgique dont 68,2 % sont de nationalité belge (n=15) ; ils représentent 2,7 % de l'ensemble des cas déclarés. Cette proportion reste stable dans le temps, fluctuant entre 2,4 et 3,3 % depuis 2014, à part la diminution observée en 2019 (1,7 %).

L'incidence est 3,0 fois supérieure chez les enfants allochtones de 0-4 ans par rapport à celle des enfants belges du même âge. Ce rapport est donc plus élevé que les années précédentes (2,3 en 2018 et 2,0 en 2019). Aucun demandeur de protection internationale ou en séjour irrégulier parmi cette tranche d'âge n'a été recensé. Par conséquent, l'incidence, chez les non-Belges, reste identique que l'on inclue ou non les sujets non-établis (tableau 4).

TABLEAU 4. INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS, PAR RÉGION – 2020

	Belges		Non-Belges		Non-Belges (non-établis exclus)	
	n	**/100.000 (IC 95 %)**	**n**	**/100.000 (IC 95 %)**	**n**	**/100.000 (IC 95 %)**
Région flamande	7	2,4 (1,0;4,9)	1	2,5 (0,1;13,7)	1	2,5 (0,1;13,7)
Région bruxelloise	3	5,3 (1,1;15,6)	2	7,5 (0,9;27,0)	2	7,5 (0,9;27,0)
Région wallonne	5	2,9 (0,9;6,7)	4	26,1 (7,1;66,9)	4	26,1 (7,1;66,9)
Belgique	15	2,9 (1,6;4,7)	7	8,5 (3,4;17,5)	7	8,5 (3,4;17,5)

9 Marais BT et al. The natural history of childhood intra-thoracic tuberculosis : a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. Int J Tuberc Dis 8 (4) : 392-402. 2004.

Étant donné que la tuberculose chez les plus jeunes est toujours liée à une primo-infection récente, son incidence chez les moins de 5 ans est un paramètre important pour évaluer la transmission récente de la maladie dans la collectivité ainsi que l'efficacité du contrôle de la tuberculose[10]. Le dépistage des contacts est essentiel dans ce groupe d'âge.

En 2020, 63,6 % (n=14) des 22 jeunes enfants répertoriés dans le registre ont été diagnostiqués à l'occasion d'un dépistage des contacts.

6 RÉPARTITION DE LA TUBERCULOSE SELON LE SEXE

En 2020, 65,8 % des patients déclarés dans le registre sont de sexe masculin. Cette proportion est relativement stable dans le temps. L'incidence de la maladie reste en effet plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Le sex-ratio[11] varie de manière non significative en fonction de différents facteurs mais reste constamment supérieur à 1.

Des variations du sex-ratio peuvent être observées entre les groupes d'âge. Chez les Belges, il a tendance à augmenter à mesure que l'on considère des catégories d'âge plus élevées tant en Belgique (tableau 5) qu'au niveau régional (annexe 3a). Les différences de sex-ratio par groupe d'âge ne sont toutefois pas significatives.

TABLEAU 5. SEX-RATIO PAR GROUPES D'ÂGE CHEZ LES BELGES, BELGIQUE – 2020

	Hommes			Femmes				
	n	/100.000 (IC 95 %)		n	/100.000 (IC 95 %)		Sex-ratio (IC 95 %)	p*
0-44 ans	94	3,5	(2,8 ; 4,3)	68	2,6	(2,0;3,3)	1,3 (1,0;1,9)	0,200
45-69 ans	88	5,4	(4,3 ; 6,6)	39	2,3	(1,7;3,2)	2,3 (1,6;3,5)	0,319
≥ 70 ans	47	7,5	(5,5 ; 10,0)	22	2,6	(1,6;3,9)	2,9 (1,7;5,1)	0,096

*hétérogénéité

Cette tendance n'est pas observée chez les non-Belges. Alors qu'en Belgique et en Région flamande, le sex-ratio est supérieur chez les 0-29 ans, à Bruxelles et en Région Wwallonne, il est supérieur chez les patients de 40 ans et plus (annexe 3b). Chez les non-Belges, le sex-ratio est le plus élevé en Région wallonne mais les différences entre régions s'amenuisent lorsqu'on exclut les non-établis (annexes 3c et 3d).

10 L'apparition de tuberculose parmi ce groupe d'âge peut être considérée comme la conséquence de mesures de prévention insuffisantes.

11 Le sex-ratio est le rapport d'incidences entre hommes et femmes.

7 RÉPARTITION DE LA TUBERCULOSE SELON LA NATIONALITÉ

Proportion de Belges/non-Belges

En 2020, 56,9 % des cas déclarés en Belgique sont de nationalité étrangère. Cette proportion est similaire à celle de la période 2011-2019. Parmi les 472 cas de nationalité étrangère, 89,2 % sont issus de pays où l'incidence de la tuberculose est supérieure à 10/100.000. Le tableau 6 donne une idée de la distribution des nationalités des patients tuberculeux dans les trois régions. En 2020, la proportion de non-Belges parmi les cas de tuberculose reste plus importante en Région bruxelloise (62,2 %) comparée à la Flandre et à la Wallonie (respectivement 55,6 % et 52,2 %). À noter que la proportion de non-Belges dans la population générale en Région bruxelloise est plus de 3 fois supérieure à celles dans les 2 autres régions.

TABLEAU 6. DISTRIBUTION DES NATIONALITÉS DES CAS DE TUBERCULOSE, PAR RÉGION – 2020

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Belges	160	44,4	101	37,8	97	47,8	358	43,1
Non-Belges	200	55,6	166	62,2	106	52,2	472	56,9
Total	**360**		**267**		**203**		**830**	

Principales nationalités représentées

Le tableau 7 présente la distribution des 472 non-Belges du registre par sous-région selon la classification des Nations Unies (voir carte en annexe 4a).

Le classement est opéré par ordre décroissant de représentation. Parmi les non-Belges, 53,8 % proviennent du continent africain ; 22,0 % d'Asie et 12,1 % d'Europe de l'Est.

TABLEAU 7. RÉPARTITION DES NON-BELGES PAR SOUS-RÉGIONS* APRÈS STRATIFICATION POUR LA NATIONALITÉ – 2020**

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Afrique de l'Est	53	26,5	20	12,0	18	17,0	91	19,3
Asie du Sud	45	22,5	21	12,7	6	5,7	72	15,3
Afrique du Nord	19	9,5	39	23,5	12	11,3	70	14,8
Europe de l'Est	20	10,0	27	16,3	10	9,4	57	12,1
Afrique centrale	6	3,0	21	12,7	23	21,7	50	10,6
Afrique de l'Ouest	13	6,5	17	10,2	11	10,4	41	8,7
Europe du Sud	12	6,0	12	7,2	10	9,4	34	7,2
Europe de l'Ouest	9	4,5	3	1,8	5	4,7	17	3,6
Asie de l'Ouest	8	4,0	1	0,6	6	5,7	15	3,2
Asie du Sud-Est	9	4,5	2	1,2	1	0,9	12	2,5
Asie de l'Est	4	2,0	0	0,0	0	0,0	4	0,8
Amérique du Sud	0	0,0	2	1,2	2	1,9	4	0,8
Afrique du Sud	1	0,5	1	0,6	0	0,0	2	0,4
Caraïbes	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	0,2
Amérique centrale	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	0,2
Asie centrale	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Total	**200**		**166**		**106**		**472**	

*Catégorisation des Nations Unies **Certaines sous-régions ont été omises faute d'effectifs

Pays de naissance

La catégorisation des sujets par nationalité ne permet pas une distinction optimale des profils de risque. Par exemple, les sujets nés dans des pays caractérisés par une prévalence élevée de tuberculose et résidant depuis peu sur le territoire vont conserver pendant plusieurs années un risque majoré indépendamment du fait d'avoir acquis ou non la nationalité belge. La combinaison de l'information sur le pays de naissance et la durée écoulée depuis l'entrée en Belgique est plus pertinente d'un point de vue épidémiologique et devrait contribuer à mieux cibler ce groupe à haut risque.

L'information sur le lieu de naissance est actuellement disponible pour 98,7 % des cas du registre.

Le tableau 8 illustre la région de naissance des cas du registre nés hors Belgique selon la catégorisation des Nations Unies. Globalement, 72,0 % des patients pour lesquels le pays de naissance est connu sont nés hors Belgique. Plus d'un patient né hors Belgique sur deux (56,2 % ; n=338) est natif d'Afrique, dont 1/3 de la partie Nord de ce continent. L'Asie est mentionnée comme lieu de naissance pour 23,2 % des cas (n=139) dont plus de la moitié (n=81) vient d'Asie du Sud (Inde, Népal, Pakistan, Afghanistan, …). Dix-sept pour cent (n=101) des patients notifiés sont nés en Europe dont plus de la moitié (n=57) en Europe de l'Est. L'annexe 4b détaille les régions de naissance pour l'ensemble des cas du registre.

TABLEAU 8. LIEU DE NAISSANCE PAR SOUS-RÉGIONS* LIMITÉES AUX SUJETS NÉS HORS BELGIQUE – 2020*

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Afrique du Nord	31	12,5	59	26,8	15	11,5	105	17,6
Afrique de l'Est	55	22,2	19	8,6	20	15,4	94	15,7
Afrique centrale	18	7,3	34	15,5	29	22,3	81	13,5
Asie du Sud	53	21,4	22	10,0	6	4,6	81	13,5
Europe de l'Est	22	8,9	26	11,8	9	6,9	57	9,5
Afrique de l'Ouest	17	6,9	24	10,9	15	11,5	56	9,4
Europe du Sud	10	4,0	10	4,5	13	10,0	33	5,5
Asie de l'Ouest	15	6,0	3	1,4	8	6,2	26	4,3
Asie du Sud-Est	14	5,6	4	1,8	4	3,1	22	3,7
indéterminé (*)	0	0,0	10	4,5	1	0,8	11	1,8
Europe de l'Ouest	3	1,2	2	0,9	6	4,6	11	1,8
Asie de l'Est	7	2,8	2	0,9	0	0,0	9	1,5
Amérique du Sud	1	0,4	4	1,8	2	1,5	7	1,2
Afrique du Sud	1	0,4	1	0,5	0	0,0	2	0,3
Caraïbes	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,2
Amérique centrale	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,2
Asie centrale	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Total	**248**		**220**		**130**		**598**	

*Catégorisation des Nations Unies **Certaines sous-régions ont été omises faute d'effectifs ***Sans spécification du pays de naissance

Incidence chez les Belges et les non-Belges

En 2020, l'incidence chez les Belges est de 3,6/100.000. Elle est de 33,1/100.000 chez les non-Belges et tombe à 21,1/100.000 si on exclut les sujets non-établis[12]. Par rapport à l'année précédente, l'incidence a baissé chez les autochtones et les allochtones (respectivement 4,3/100.000 et 38,9/100.000 en 2019).

L'évolution de l'incidence après stratification pour la nationalité est illustrée dans la figure 7 (page 29).

12 Les sujets non-établis (demandeurs de protection internationale et personnes en séjour irrégulier) ne sont pas comptabilisés dans le dénominateur lors du calcul de l'incidence car ils ne sont pas inclus dans les chiffres de population au 1/01/2020.

Incidence standardisée par région, selon la nationalité

Dans la méthode de standardisation[13] utilisée, c'est un sous-groupe isolé (ici la région qui a l'incidence de la tuberculose la plus faible) qui est considéré comme la référence.

En 2020, l'incidence chez les Belges est plus basse en Flandre (2,7/100.000) ; cette dernière a été choisie comme référence pour faire la comparaison entre régions. Après standardisation pour l'âge et le sexe, on n'observe aucune différence d'incidence entre la Région flamande et wallonne alors qu'elle est 5,1 fois plus élevée en Région bruxelloise parmi les Belges.

Chez les non-Belges, c'est en Wallonie que l'incidence est la plus basse (28,0/100.000). Après standardisation, elle s'avère être similaire en Flandre et 1,3 fois plus importante en Région bruxelloise. Cette différence est statistiquement significative (p<0,001). Si on exclut les étrangers non-établis, l'incidence diminue dans chaque région.

Quel que soit le groupe de nationalité considéré, l'incidence est toujours plus élevée en Région bruxelloise.

TABLEAU 9. RATIOS STANDARDISÉS D'INCIDENCES (mIDR)* PAR NATIONALITÉ ET PAR RÉGION – 2020

		n/N	/100.000 (IC95 %)		mIDR (IC95 %)		p ***
Belges	Région flamande	160/6.010.400	2,7	(2,3;3,1)	1,0		-
	Région wallonne	97/3.266.892	3,0	(2,4;3,6)	1,1	(0,9;1,5)	0,2396
	Région bruxelloise	101/788.698	12,8	(10,4;15,6)	5,1	(3,9;6,5)	0,5110
Non-Belges	Région wallonne	106/378.351	28,0	(22,9;33,9)	1,0		-
	Région flamande	200/618.743	32,3	(28,0;37,1)	1,0	(0,8;1,3)	0,0439
	Région bruxelloise	166/429.557	38,6	(33,0;45,0)	1,3	(1,0;1,6)	0,0005
Non-Belges **	Région wallonne	67/378.351	17,7	(13,7;22,5)	1,0		-
	Région flamande	127/618.743	20,5	(17,1;24,4)	1,1	(0,8;1,4)	0,3027
	Région bruxelloise	107/429.557	24,9	(20,4;30,1)	1,4	(1,0;1,8)	0,0082

*Standardisation pour l'âge et le sexe par la méthode de Mantel **Non-établis exclus ***Hétérogénéité

L'annexe 5 présente les incidences standardisées en fonction de la nationalité au niveau des différentes provinces (Bruxelles inclus).

8 RÉPARTITION DE LA TUBERCULOSE SELON LES SECTEURS GÉOGRAPHIQUES

Dans les régions

En 2020, l'incidence la plus élevée (21,9/100.000) est observée en Région bruxelloise ; elle a diminué de manière significative par rapport à l'année précédente (28,1/100.000). Dans une moindre mesure, l'incidence de la Région flamande (5,4/100.000) et wallonne (5,6/100.000) a aussi diminué par rapport à 2019 de manière non-significative et restent inférieures à l'incidence nationale.

Plus de 40 % des cas sont enregistrés en Flandre (43,4 %) et environ un quart des cas se trouvent en Wallonie. La Région bruxelloise concentre, quant à elle, un peu moins d'un tiers des malades tuberculeux (32,2 %) alors que seulement 10,6 % de la population du pays y réside (tableau 10).

13 Les ratios de densité d'incidences standardisés pour le sexe et l'âge ont été calculés selon la méthode de Mantel (mIDR).

TABLEAU 10. INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE DANS LES 3 RÉGIONS, BELGIQUE – 2020

Régions	n/N	%	/100.000
Région bruxelloise	267/1.218.255	32,2	21,9
Région wallonne	203/3.645.243	24,4	5,6
Région flamande	360/6.629.143	43,4	5,4
Belgique	**830/11.492.641**	**100**	**7,2**

Dans les provinces

Comme les années antérieures, les incidences les plus élevées sont observées dans les entités où se situent les grandes villes du pays. Bruxelles, à la fois région et ville, a l'incidence la plus élevée (21,9/100.000). Son incidence est la seule à avoir significativement diminué. Vient ensuite la province d'Anvers avec une incidence similaire à la moyenne nationale (7,3/100.000). La province de Liège (6,3/100.000) a la troisième incidence la plus élevée en Belgique. L'incidence la plus faible est observée dans la province du Limbourg. Les ratios standardisés par sous-groupes dans les provinces sont présentés en annexe 5.

TABLEAU 11. INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE DANS LES PROVINCES ET À BRUXELLES – 2020

Provinces	n/N	/100.000 (IC 95 %)	
Bruxelles	267/1.218.255	21,9	(19,4;24,7)
Anvers	136/1.869.730	7,3	(6,1;8,6)
Liège	70/1.109.800	6,3	(4,9;8,0)
Hainaut	74/1.346.840	5,5	(4,3;6,9)
Brabant flamand	64/1.155.843	5,5	(4,3;7,1)
Brabant wallon	21/406.019	5,2	(3,2;7,9)
Flandre occidentale	61/1.200.945	5,1	(3,9;6,5)
Luxembourg	14/286.752	4,9	(2,7;8,2)
Namur	24/495.832	4,8	(3,1;7,2)
Flandre orientale	71/1.525.255	4,7	(3,6;5,9)
Limbourg	28/877.370	3,2	(2,1;4,6)

Dans les grandes villes et dans les communes de Bruxelles et d'Anvers

Comme dans les autres pays à basse incidence, on constate une concentration des cas de tuberculose dans les grandes villes en Belgique, où se trouvent les populations en situation de précarité et/ou issues de pays à haute prévalence de tuberculose.

En 2020, les villes belges de plus de 100.000 habitants (Bruxelles, Anvers, Liège, Charleroi, Namur, Bruges et Gand) ont une incidence moyenne de 17,3/100.000, c'est-à-dire 2,5 fois supérieure à la moyenne nationale (7,2/100.000). Comme le montre le tableau 12, Bruxelles, Anvers et Liège ont les trois plus hautes incidences (respectivement 21,9 ; 17,0 et 16,2/100.000), comme c'était le cas en 2019. Tout comme à Bruxelles, on observe également une diminution d'incidence à Liège et Anvers par rapport aux années antérieures. La diminution de l'incidence de ces deux dernières villes ne sont quant à elles pas significatives. Namur a une incidence identique à celle de la Belgique (7,2/100.000) et Bruges est la seule grande ville à avoir une incidence inférieure à la moyenne nationale (4,2/100.000).

TABLEAU 12. INCIDENCE DANS LES GRANDES VILLES DE PLUS DE 100.000 HABITANTS, BELGIQUE – 2020

Villes	n/N	/100.000 (IC 95 %)	
Bruxelles	267/1.218.255	21,9	(19,4;24,7)
Anvers	90/529.247	17,0	(13,7;20,9)
Liège	32/197.217	16,2	(11,1;22,9)
Charleroi	25/202.746	12,3	(8,0 18,2)
Gand	30/263.927	11,4	(7,7;16,2)
Namur	8/111.432	7,2	(3,1;14,1)
Bruges	5/118.656	4,2	(1,4;9,8)
Villes > 100.000 habitants	**457/2.641.480**	**17,3**	**(15,8;19,0)**
Villes < 100.000 habitants	**373/8.851.161**	**4,2**	**(3,8;4,7)**
Belgique	**830/11.492.641**	**7,2**	**(6,7;7,7)**[14]

L'évolution de la tuberculose des 10 dernières années dans ces grandes villes est illustrée dans le tableau 21.

Avec plus d'un million d'habitants, Bruxelles est la plus grande ville du pays. La répartition de la tuberculose n'y est pas homogène. Le tableau 13 et la figure 1 permettent de mettre en évidence les disparités existant parmi ses 19 communes et d'identifier celles qui sont les plus impactées en termes d'incidence.

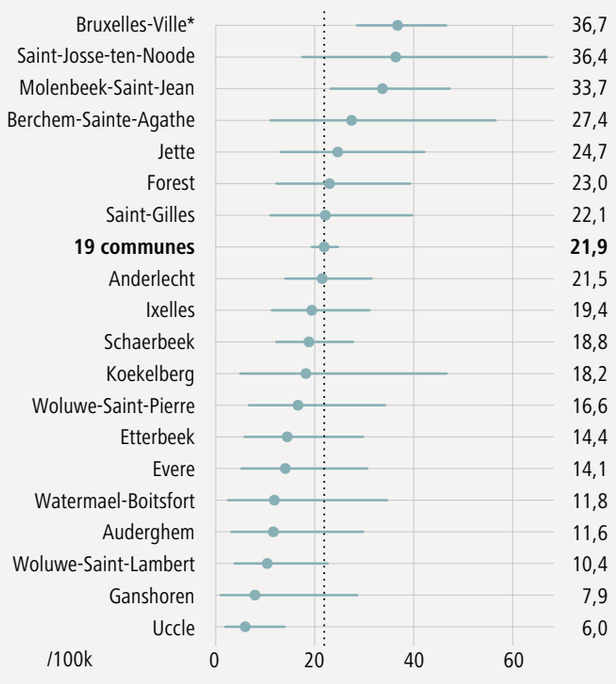
Bruxelles, Saint-Josse-ten-Noode et Molenbeek-Saint-Jean sont les communes qui présentent la plus haute incidence en 2020, tout comme en 2019. Les incidences sont toutefois nettement inférieures à celles observées en 2019 mais ces différences ne sont statistiquement pas significatives.

TABLEAU 13. INCIDENCE DANS LES COMMUNES DE LA RÉGION BRUXELLOISE – 2020

Communes	n/N	/100.000 (IC 95 %)	
Bruxelles-Ville*	68/185.103	36,7	(28,5;46,6)
Saint-Josse-ten-Noode	10/27.497	36,4	(17,4;66,9)
Molenbeek-Saint-Jean	33/97.979	33,7	(23,2;47,3)
Berchem-Sainte-Agathe	7/25.502	27,4	(11,0;56,6)
Jette	13/52.728	24,7	(13,1;42,2)
Forest	13/56.581	23,0	(12,2;39,3)
Saint-Gilles	11/49.678	22,1	(11,1;39,6)
19 communes	**267/1.218.255**	**21,9**	**(19,4;24,7)**
Anderlecht	26/120.887	21,5	(14,0;31,5)
Ixelles	17/87.632	19,4	(11,3;31,1)
Schaerbeek	25/132.799	18,8	(12,2;27,8)
Koekelberg	4/21.959	18,2	(5,0;46,6)
Woluwe-Saint-Pierre	7/42.119	16,6	(6,7;34,2)
Etterbeek	7/48.473	14,4	(5,8;29,8)
Evere	6/42.656	14,1	(5,2;30,6)
Watermael-Boitsfort	3/25.332	11,8	(2,4;34,6)
Auderghem	4/34.404	11,6	(3,2;29,8)
Woluwe-Saint-Lambert	6/57.712	10,4	(3,8;22,6)
Ganshoren	2/25.234	7,9	(1,0;28,6)
Uccle	5/83.980	6,0	(1,9;13,9)

*1020, 1120, 1130 y compris

FIGURE 1. INCIDENCE AVEC INTERVALLE DE CONFIANCE PAR COMMUNE, RÉGION BRUXELLOISE – 2020



14 Cet intervalle de confiance est donné à titre indicatif compte tenu du fait que le nombre de non établis est intégré dans le numérateur.

En 2020, les communes de Bruxelles-Ville, Saint-Josse-ten-Noode, Molenbeek-Saint-Jean, Berchem-Sainte-Agathe, Jette, Forest et Saint-Gilles ont une incidence supérieure à l'incidence moyenne de la Région bruxelloise (21,9/100.000). Cette différence n'est significative que pour Bruxelles-Ville (36,7/100.000) et Molenbeek Saint-Jean (33,7/100.000). Ce sont, en général, les communes où résident les personnes en situation précaire et issues de pays à haute prévalence de tuberculose qui présentent les plus hautes incidences.

Parmi les 12 autres communes dont l'incidence est inférieure à l'incidence moyenne de la capitale, deux ont une incidence inférieure à 10/100.000 : Ganshoren et Uccle. Seule cette dernière est significativement inférieure à la moyenne bruxelloise.

Après Bruxelles, la deuxième grande ville du pays est Anvers qui compte toutefois deux fois moins d'habitants que la capitale.

Le tableau 14 montre que la tuberculose est aussi inégalement répartie dans la deuxième ville du pays : l'incidence est plus élevée dans 4 des 14 communes qui composent la Ville d'Anvers dont l'incidence moyenne est de 17,0/100.000.

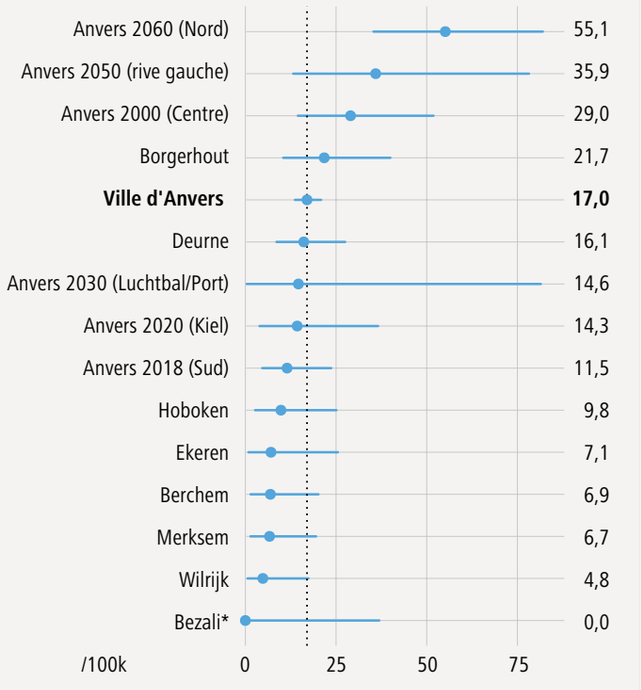
Seule l'incidence d'Anvers Nord est significativement supérieure à la moyenne de la ville (figure 2).

TABLEAU 14. INCIDENCE DANS LES COMMUNES D'ANVERS – 2020

Communes	n/N	/100.000 (IC 95 %)	
Anvers 2060 (Nord)	24/43.540	55,1	(35,3;82,0)
Anvers 2050 (rive gauche)	6/16.700	35,9	(13,2;78,2)
Anvers 2000 (Centre)	11/37.938	29,0	(14,5;51,9)
Borgerhout	10/45.987	21,7	(10,4;40,0)
Ville d'Anvers	**90/529.681**	**17,0**	**(13,7;20,9)**
Deurne	13/80.753	16,1	(8,6;27,5)
Anvers 2030 (Luchtbal/Port)	1/6.840	14,6	(0,4;81,5)
Anvers 2020 (Kiel)	4/27.987	14,3	(3,9;36,6)
Anvers 2018 (Sud)	7/60880	11,5	(4,6;23,7)
Hoboken	4/40.786	9,8	(2,7;25,1)
Ekeren	2/28.317	7,1	(0,9;25,5)
Berchem	3/43.479	6,9	(1,4;20,2)
Merksem	3/44.951	6,7	(1,4;19,5)
Wilrijk	2/41.534	4,8	(0,6;17,4)
Bezali*	0/9.989	0,0	(0,0;36,9)

*Bezali : Berendrecht-Zandvliet-Lillo

FIGURE 2. INCIDENCE AVEC INTERVALLE DE CONFIANCE PAR COMMUNE, ANVERS – 2020



9 LOCALISATIONS DE LA TUBERCULOSE

Les différentes localisations de la tuberculose sont présentées dans le tableau 15 ; un seul site a été choisi par patient selon la classification internationale (*European Centre for Disease prevention and Control - ECDC*) qui synthétise les localisations en deux variables : sites majeur et mineur[15].

En 2020, 69,2 % (n=574) des patients déclarés ont une tuberculose pulmonaire. Parmi les plus jeunes, la tuberculose pulmonaire prédomine également (75,0 %).

Les localisations ganglionnaires extra-thoraciques (11,6 %) et pleurales (6,5 %) sont les plus fréquentes après la forme pulmonaire, y compris chez les plus jeunes.

TABLEAU 15. LOCALISATIONS DE LA TUBERCULOSE APRÈS STRATIFICATION POUR L'ÂGE – 2020 (UN SEUL SITE PAR PATIENT)

	0-14 ans		15-44 ans		45-64 ans		≥ 65 ans		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pulmonaire	36	75,0	309	65,6	129	69,0	100	80,6	574	69,2
Ganglionnaire extra-thoracique	5	10,4	66	14,0	20	10,7	5	4,0	96	11,6
Pleurale	3	6,2	34	7,2	10	5,3	7	5,6	54	6,5
Ganglionnaire intrathoracique	1	2,1	23	4,9	12	6,4	5	4,0	41	4,9
Autre	2	4,2	7	1,5	4	2,1	3	2,4	16	1,9
Mal de Pott	0	0,0	10	2,1	2	1,1	2	1,6	14	1,7
Digestive	1	2,1	9	1,9	2	1,1	1	0,8	13	1,6
Ostéo-articulaire	0	0,0	6	1,3	2	1,1	0	0,0	8	1,0
Méningée	0	0,0	3	0,6	2	1,1	1	0,8	6	0,7
Uro-génitale	0	0,0	3	0,6	3	1,6	0	0,0	6	0,7
Disséminée*	0	0,0	1	0,2	1	0,5	0	0,0	2	0,2
Système nerveux central	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	**48**		**471**		**187**		**124**		**830**	

*selon l'ECDC : atteinte d'au moins deux systèmes d'organes extra-pulmonaires (sans localisation pulmonaire).

Un autre tableau tenant compte du fait qu'un même patient peut avoir plusieurs localisations de la tuberculose est présenté en annexe 6. On y dénombre, notamment, 49 miliaires, 29 digestives, 24 mal de Pott, 12 méningites tuberculeuses[16], associés ou non à une tuberculose pulmonaire.

En 2020, 55,7 % des cas (n=462) ont une localisation pulmonaire isolée. Les formes mixtes (pulmonaires et extra-pulmonaires) représentent 13,5 % des cas (n=112). Les localisations uniquement extra-pulmonaires concernent 30,8 % des tuberculoses (n=256).

15 Toute localisation pulmonaire et/ou respiratoire supérieure (laryngée ; n=3 en 2020), isolée ou en association avec d'autres localisations extra-pulmonaires, est considérée comme site majeur.

16 Dont une méningite chez un enfant.

10 RÉSULTATS BACTÉRIOLOGIQUES

Examen microscopique direct et culture

La preuve bactériologique de la tuberculose (culture positive de l'échantillon) a été obtenue pour 75,7 % (n=628) des 830 cas déclarés en 2020.

Parmi les 574 patients atteints de tuberculose pulmonaire, 255 (44,4 %) sont positifs à l'examen microscopique direct des sécrétions respiratoires et 455 (79,3 %) sont positifs à la culture.

Parmi les 256 cas de tuberculose non pulmonaires, 173 (67,6 %) ont une confirmation bactériologique.

Des données complémentaires relatives aux résultats de ces deux examens sont disponibles dans les annexes 7a, 7b et 7c.

Antibiogramme

Les résultats des tests de sensibilité pour les principaux médicaments antituberculeux -isoniazide (INH) et rifampicine (RMP) - sont disponibles pour 613 (97,6 %) des 628 patients dont la culture est positive en 2020. Pour plus d'informations sur la disponibilité de ces données voir les annexes 7d, 7e et 7f.

Résistance après stratification pour les antécédents

Le tableau 16 détaille les résultats des antibiogrammes effectués avant ou tout au début du traitement ; ils sont présentés en fonction des antécédents de tuberculose. Ceux-ci ne sont pas connus pour 22,3 % des patients chez qui un test de sensibilité a été effectué. Cela peut modifier les contrastes observés entre les deux groupes.

TABLEAU 16. RÉSISTANCE AUX MÉDICAMENTS ANTITUBERCULEUX AVANT OU EN DÉBUT DE TRAITEMENT EN FONCTION DES ANTÉCEDENTS DE TUBERCULOSE, BELGIQUE – 2020

	Antécédents connus		Pas d'antécédents		Antécédents inconnus		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Monorésistance	**4**	**12,5**	**28**	**6,3**	**9**	**6,6**	**41**	**6,7**
INH	4	12,5	27	6,1	7	5,1	38	6,2
RMP	0	0,0	1	0,2	2	1,5	3	0,5
EMB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Polyrésistance	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**
INH + EMB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RMP + EMB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Multirésistance	**2**	**6,3**	**6**	**1,4**	**6**	**4,4**	**14**	**2,3**
INH + RMP	1	3,1	4	0,9	4	2,9	9	1,5
INH + RMP + EMB	1	3,1	2	0,5	2	1,5	5	0,8
Résistance globale*								
INH	6	18,8	33	7,4	13	9,5	52	8,5
RMP	2	6,3	7	1,6	8	5,8	17	2,8
EMB	1	3,1	2	0,5	2	1,5	5	0,8
≥ 1 antituberculeux	**6**	**18,8**	**34**	**7,7**	**15**	**10,9**	**55**	**9,0**
Nombre total antibiogrammes	**32**		**444**		**137**		**613**	

*Isolée ou combinée à d'autres résistances

Les conclusions qui peuvent être tirées à partir de ce tableau sont les suivantes :

- En 2020, 14 patients (2,3 %) parmi les patients tuberculeux repris dans le registre chez lesquels un antibiogramme a été effectué en début de traitement sont atteints d'une tuberculose multirésistante (MR), compromettant l'efficacité des deux antibiotiques majeurs du traitement de première ligne (isoniazide et rifampicine).
  Ce nombre de cas MR est similaire à celui de 2019 (n=15) et supérieur au nombre de cas des années précédentes (7 cas en 2018 et 5 en 2017). Globalement, la proportion de MR durant la période 2013-2020 reste inférieure à celle de la période 2001-2012 mais cette différence n'est pas significative.

- La proportion de monorésistance à l'INH est de 6,2 % alors que celle aux autres antibiotiques de première ligne est nettement moindre : 0,0 % pour l'EMB et 0,5 % pour la RMP. Globalement, la résistance à l'INH (isolée ou combinée à d'autres résistances) est de 8,5 % (n=52) en 2020. Cette dernière était de 5,7 % (n=40) en 2019.

- La proportion de patients dont la souche est résistante à au moins un antibiotique antituberculeux est de 9,0 % (n=55). Ce résultat est plus élevé que ceux de 2018 et 2019 (respectivement 6,8 % et 6,5 %).

- La proportion de résistances est, comme attendu, plus élevée chez les patients ayant des antécédents de tuberculose, et cette différence est significative lorsqu'on décrit la multirésistance.

Résistance après stratification pour la nationalité

Le tableau 17 montre que la résistance aux médicaments antituberculeux de première ligne est plus fréquente chez les non-Belges que chez les Belges et cette différence s'observe chaque année depuis 2001. La résistance à au moins 1 antituberculeux est, par exemple, de 10,6 % chez les allochtones versus 6,7 % chez les autochtones.

À part en 2018, la proportion de MR est toujours nettement supérieure chez les non-Belges. Cette année, la proportion totale de MR s'élève à 2,3 % et ne concerne que les allochtones.

TABLEAU 17. RÉSISTANCE AUX MÉDICAMENTS ANTITUBERCULEUX AVANT OU EN DÉBUT DE TRAITEMENT CHEZ LES BELGES ET LES NON-BELGES, BELGIQUE – 2020

	Non-Belges		Belges		Total	
	n	%	n	%	n	%
Monorésistance	**24**	**6,7**	**17**	**6,7**	**41**	**6,7**
INH	22	6,1	16	6,3	38	6,2
RMP	2	0,6	1	0,4	3	0,5
EMB	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Polyrésistance	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**
INH + EMB	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RMP + EMB	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Multirésistance	**14**	**3,9**	**0**	**0,0**	**14**	**2,3**
INH + RMP	9	2,5	0	0,0	9	1,5
INH + RMP + EMB	5	1,4	0	0,0	5	0,8
Résistance globale*						
INH	36	10,1	16	6,3	52	8,5
RMP	16	4,5	1	0,4	17	2,8
EMB	5	1,4	0	0,0	5	0,8
≥ 1 antituberculeux	**38**	**10,6**	**17**	**6,7**	**55**	**9,0**
Nombre total antibiogrammes	**358**	**58,4**	**255**	**41,6**	**613**	

*Isolée ou combinée à d'autres résistances

11 RISQUES DE TUBERCULOSE

Principaux groupes à risque

En Belgique, comme dans d'autres pays occidentaux, certains groupes de personnes ont un risque majoré d'être exposés au bacille tuberculeux, d'être infectés et potentiellement de développer la maladie. On distingue des groupes à plus haut risque en raison de leur origine et/ou de leurs conditions de vie : personnes provenant de pays à haute prévalence (dont les demandeurs de protection internationale et les personnes en situation irrégulière), les sans-abri, les prisonniers et les sujets socio-économiquement défavorisés[17]. Les contacts récents de malades contagieux, ainsi que les personnes qui travaillent avec les populations à risque ou dans le secteur médico-social ont également un risque majoré d'être exposé et infecté.

Le tableau 18 détaille la distribution des groupes à risque parmi les cas de tuberculose dans les 3 régions. Un même patient peut appartenir à plusieurs groupes à risque. Au total, un peu moins d'un tiers (31,3 %) des cas enregistrés en 2020 font partie d'au moins un des groupes mentionnés[18].

TABLEAU 18. PATIENTS APPARTENANT AU MOINS À UN GROUPE À RISQUE DE TUBERCULOSE, PAR RÉGION – 2020 (DONNÉES COLLECTÉES POUR TOUTE LA BELGIQUE)

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demandeurs de protection internationale	53	14,7	13	4,9	29	14,3	95	11,4
Sujets en séjour irrégulier	20	5,6	46	17,2	10	4,9	76	9,2
Contacts récents ≤ 2 ans	12	3,3	26	9,7	34	16,7	72	8,7
Sans-abri	8	2,2	38	14,2	9	4,4	55	6,6
Personnel médico-social	1	0,3	8	3,0	4	1,9	13	1,6
Prisonniers	6	1,7	1	0,4	4	1,9	11	1,3
Personnel travaillant avec GR	0	0,0	2	0,7	7	3,5	9	1,1
Total des GR mentionnés	**100**		**134**		**97**		**331**	
Total des patients appartenant à au moins un GR	**88**	**24,4**	**91**	**34,1**	**81**	**40,0**	**260**	**31,3**
Total des TBC déclarées	**360**		**267**		**203**		**830**	

Au niveau de la Belgique, malgré la fermeture temporaire des frontières liée à la **pandémie de Covid-19**, le nombre de DPI diagnostiqués avec une tuberculose en 2020 était de 95 (versus 82 en 2019). Ils sont le groupe à risque le plus représenté cette année (11,4 %), alors qu'une tendance à la baisse était observée depuis 2016 (11,6 % en 2016 ; 10,1 % en 2017 ; 9,0 % en 2018 et 8,5 % en 2019). Une analyse plus poussée montre qu'un nombre plus important de tuberculose parmi les DPI a été détecté passivement après leur entrée en Belgique (63 en 2020 versus 38 en 2019 et 41 en 2018), compensant la diminution du nombre de cas détectés activement à l'entrée (32 en 2020 versus 46 les 2 années antérieures).

La proportion de **sujets en séjour irrégulier** (9,2 %) reste inférieure au pic observé en 2018 (10,8 % ; n=106) mais est similaire à celle de 2019. Pour la troisième année consécutive, ils constituent le deuxième groupe à risque le plus représenté. La majorité d'entre eux, soit 6 personnes en situation irrégulière sur 10, vivent en Région bruxelloise.

En revanche, le nombre de cas pour lesquels un **contact récent** endéans les deux dernières années avec une personne malade a été avéré tend à diminuer depuis 2018 (8,7% en 2020 ; 10,5 % en 2019 et 13,9 % en 2018). Cette année, ce groupe à risque n'occupe que la 3e position alors qu'il arrivait toujours en tête. La proportion la plus basse est observée en Flandre (3,3 %) et la plus élevée (16,7 %) en Wallonie.

17 Les toxicomanes IV ont à la fois un risque plus élevé d'être infectés et de cumuler d'autres facteurs favorisant le développement d'une tuberculose; dans cette analyse ils ont été classés parmi les patients ayant un facteur de risque favorisant le développement de la tuberculose.

18 Une définition standardisée des différentes variables n'est pas disponible ; il faut en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

La proportion de **sans-abri** parmi les cas de tuberculose sur l'ensemble du territoire a diminué, passant de 8,5 % en 2019 (n=82) à 6,6 % (n=55) en 2020. Cette diminution est particulièrement marquée en Région bruxelloise, où elle passe de 19,4 % (n=66) à 14,2 % (n=38). L'hypothèse de cette diminution, après une tendance à la hausse depuis 2016 est celle de la crise sanitaire avec une diminution d'accès aux soins de santé davantage exacerbée que pour la population générale mais aussi, peut-être, la mise à disposition de logements pour ces groupes améliorant leurs conditions de vie.

Vu l'intrication importante du sans-abrisme et du fait d'être en séjour irrégulier sur le territoire, une analyse plus approfondie a été menée ; elle met en exergue que 1,4 % des patients (n=12) sont sans-abri mais possèdent un titre de séjour en ordre et qu'à l'inverse 4,0 % (n=33) jouissent d'un logement malgré leur situation irrégulière. Le reste (5,2 %, n=43) cumule ces 2 groupes à risque. Au total, parmi les 830 cas de tuberculose notifiés en 2020, 88 patients soit 10,6 % sont sans-abri et/ou en situation irrégulière. Ces chiffres sont relativement proches de ceux de 2019 (11,8 %). Comme les années antérieures, ils sont nettement plus représentés en Région bruxelloise (18,4 %) qu'en Région wallonne (7,9 %) et qu'en Région flamande (6,4 %). Plus de la moitié (55,7 %) de ce groupe vit à Bruxelles.

La proportion globale de sujets en séjour irrégulier et de demandeurs de protection internationale (càd les non-établis) est de 20,6 % en 2020. Elle est supérieure à celle de 2019 (17,8 %).

La proportion de **prisonniers** (1,3 %) est en légère baisse par rapport à 2019 (2,0 %). Près de la moitié (n=6) des 11 cas de tuberculose diagnostiqués en milieu carcéral en 2020 ont été répertoriés en Région flamande.

L'information relative aux **sujets socio-économiquement défavorisés** a été collectée uniquement à Bruxelles et en Wallonie. Ils représentent 42,3 % des cas (n=113) en Région bruxelloise et 42,4 % (n=86) en Région wallonne. Cette proportion est restée stable à Bruxelles, tandis qu'elle a augmenté en Wallonie par rapport à 2019 (34,8 %).

Facteurs de risque de tuberculose

En Belgique, la collecte de données relatives aux facteurs de risque[19] concerne, en 2020, les variables reprises dans le tableau 19. N'y sont détaillées que celles qui sont communes aux 3 régions et qui sont comparables. Les données disponibles ne permettent pas de calculer le risque relatif (RR).

L'alcoolisme chronique est le facteur de risque le plus fréquemment cité au niveau national (7,1 %).

Les deuxième et troisième positions sont le diabète et les patients vivant avec le VIH, représentant respectivement 6,6 % et 4,0 % des cas notifiés en 2020.

La proportion de patients tuberculeux vivant avec le VIH est légèrement inférieure à celle de 2019 (4,5 %) mais le dépistage n'est toujours pas systématique. L'information permettant de définir la proportion de patients tuberculeux effectivement testés pour le VIH n'est disponible qu'en Régions bruxelloise et wallonne. Les résultats présentés en annexe 8 montrent que 77,9 % des patients sont testés dans la capitale et 63,1 % en Wallonie. Cette différence est à mettre en relation, notamment, avec une proportion plus importante de patients wallons pour lesquels l'information sur la réalisation du test n'est pas disponible. En utilisant le nombre de sujets testés comme dénominateur, le taux de co-infection en Région bruxelloise (7,2 %) est supérieur à celui de Wallonie (4,7 %).

19 Erkens et al. Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries : a European consensus. *Eur Respir J* 2010 ; 36 : 925-949.

TABLEAU 19. PATIENTS AVEC AU MOINS UN FACTEUR DE RISQUE FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE, PAR RÉGION – 2020 (DONNÉES COLLECTÉES POUR TOUTE LA BELGIQUE)

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcoolisme chronique	5	1,4	22	8,2	32	15,8	59	7,1
Diabète	16	4,4	22	8,2	17	8,4	55	6,6
Infection par le VIH	12	3,3	15	5,6	6	3,0	33	4,0
Lésions fibrotiques RX thorax	6	1,7	7	2,6	16	7,9	29	3,5
Insuffisance rénale	1	0,3	17	6,4	5	2,5	23	2,8
Toxicomanie IV	0	0,0	1	0,4	10	4,9	11	1,3
Pneumoconiose (silicose)	1	0,3	0	0,0	3	1,5	4	0,5
Total facteurs de risque mentionnés	**41**		**84**		**89**		**214**	
Total des patients ayant au moins un facteur de risque	**41**	**11,4**	**70**	**26,2**	**71**	**35,0**	**182**	**21,9**
Total des TBC déclarées	**360**		**267**		**203**		**830**	

Le tableau 20 reprend et totalise l'ensemble des facteurs de risque notifiés de manière similaire en Région bruxelloise et en Wallonie. Certains facteurs de risque ne sont pas comparables avec la Flandre.

TABLEAU 20. PATIENTS AVEC AU MOINS UN FACTEUR DE RISQUE FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE, PAR RÉGION – 2020 (DONNÉES COLLECTÉES EN RW ET RBC)

	Région bruxelloise		Région wallonne		FWB	
	n	%	n	%	n	%
Dénutrition	28	10,5	45	22,2	73	15,5
Alcoolisme chronique	22	8,2	32	15,8	54	11,5
Diabète	22	8,2	17	8,4	39	8,3
Traitement immunosuppressif	20	7,5	8	3,9	28	6,0
Lésions fibrotiques RX thorax	7	2,6	16	7,9	23	4,9
Insuffisance rénale	17	6,4	5	2,5	22	4,7
Infection par le VIH	15	5,6	6	3,0	21	4,5
Cancer cou/tête, leucémie, Hodgkin	12	4,5	2	1,0	14	3,0
Toxicomanie IV	1	0,4	10	4,9	11	2,3
Pneumoconiose (silicose)	0	0,0	3	1,5	3	0,6
Total facteurs de risque mentionnés	**144**		**144**		**288**	
Total des patients avec au moins un facteur de risque	**96**	**36,0**	**87**	**42,9**	**183**	**38,9**
Total des TBC déclarées	**267**		**203**		**470**	

TENDANCES DE LA TUBERCULOSE EN BELGIQUE

1 ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE EN BELGIQUE

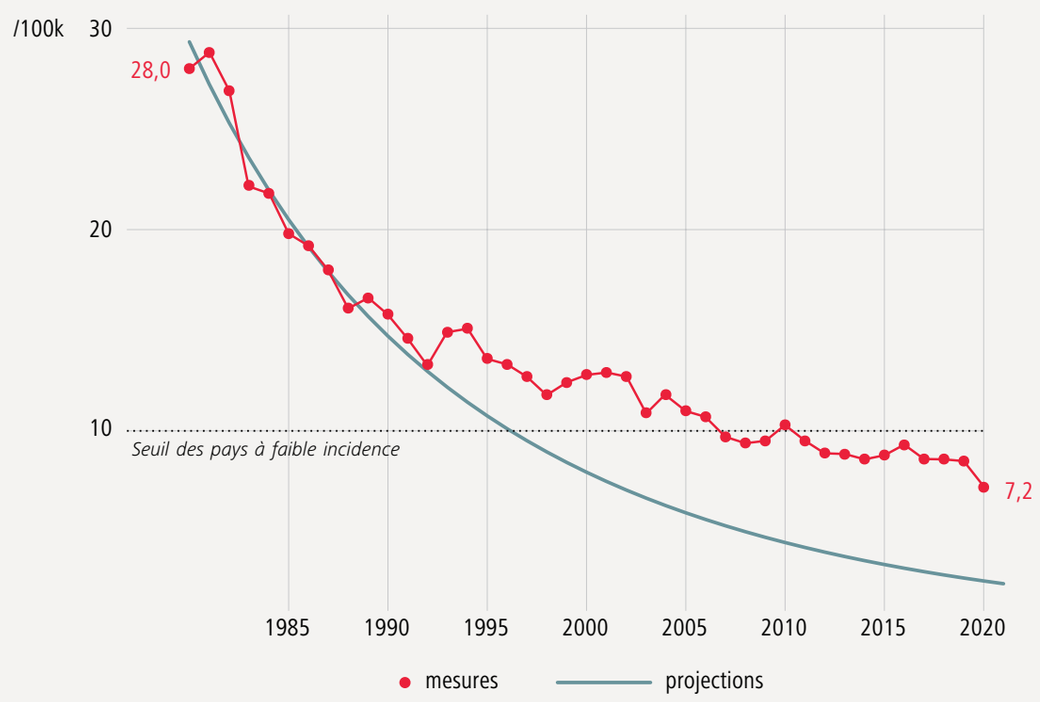
La figure 3 montre l'évolution de l'incidence enregistrée annuellement dans notre pays depuis 1985. L'incidence décroît régulièrement jusqu'en 1992 puis après avoir augmenté, elle diminue ensuite plus lentement que prévu comme le démontrent les valeurs observées nettement supérieures aux valeurs attendues. Durant la période 2002-2019 la diminution de l'incidence a été en moyenne de 2,0 % par an mais le ralentissement de la décroissance s'est accentué au cours des dernières années.

En 2007, l'incidence est descendue pour la première fois sous le seuil de 10/100.000 et s'y est maintenue sauf en 2010.

En 2020, l'incidence nationale de tuberculose descend à 7,2/100.000. C'est l'incidence la plus basse jamais observée en Belgique et elle est significativement inférieure à celle de 2019 (8,5/100.000) et correspond à une diminution de 18 %. L'hypothèse serait une baisse du nombre de diagnostics et de déclarations plutôt qu'une baisse réelle de l'incidence due à la focalisation du corps médical sur la crise Covid-19 au détriment des autres pathologies.

FIGURE 3. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE EN BELGIQUE, 1980-2020

Belgique



Selon l'OMS, la Belgique est considérée comme un pays à basse incidence puisqu'elle se trouve sous le seuil de 10/100.000. En 2020, tout comme pour la Belgique, on observe une diminution de l'incidence parmi les pays d'Europe occidentale. Certains d'entre eux sont passés sous le seuil des 5/100.000. Outre atlantique, cette diminution est également observée aux États-Unis (2,2/100.000 en 2020, soit 20 % de moins qu'en 2019) et a

l'une des incidences les plus basse enregistrées[20]. Ces données sont à interpréter avec prudence dans le contexte épidémique de 2020[21].

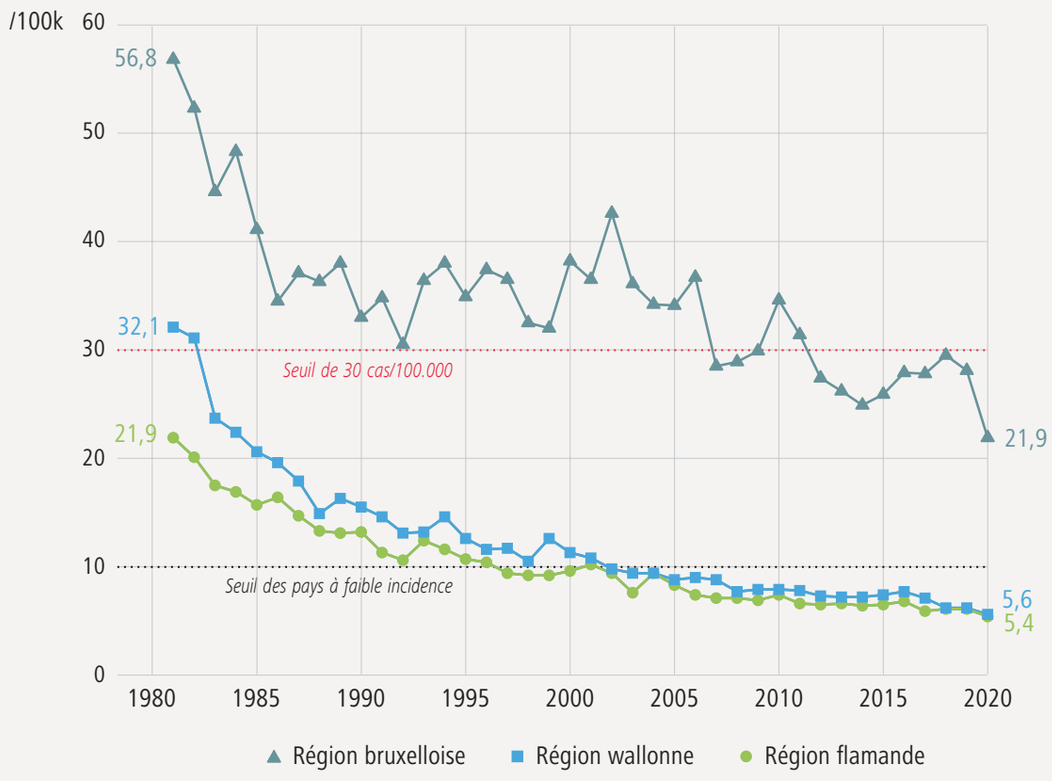
2 ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PAR RÉGION

L'incidence de la tuberculose évolue de manière relativement similaire en Flandre et en Wallonie comme le montre la figure 4. Une lente régression est observée dans ces 2 régions qui sont passées sous le seuil de 10 cas pour 100.000 en 2002. En 2020, l'incidence est de 5,6/100.000 en Région wallonne et 5,4 en Région flamande (contre respectivement 6,2/100.000 et de 6,1/100.000 en 2019). Dans ni l'une ni l'autre région, cette diminution n'est significative.

En Région bruxelloise, l'incidence est descendue pour la première fois sous le seuil de 30 cas pour 100.000 en 2007 et depuis lors elle s'y maintient, sauf en 2010 et 2011. Depuis 2014, on observe une remontée graduelle toutefois non significative jusqu'à atteindre le pic de 29,5/100.000 en 2018. En 2020, l'incidence (21,9/100.000) est significativement inférieure à celle de 2019 (28,1/100.000) et est de surcroit, la plus basse enregistrée à Bruxelles.

FIGURE 4. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DANS LES 3 RÉGIONS, BELGIQUE, 1981-2020

Régions



20 ECDC 2022, données non publiées

21 https://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2020/default.htm

3 ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE DANS LES GRANDES VILLES

Le tableau 21 montre les valeurs de l'incidence dans les grandes villes belges depuis 2010 et leurs fluctuations.

TABLEAU 21. INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE (/100.000) DANS LES VILLES BELGES DE PLUS DE 100.000 HABITANTS, 2010-2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bruxelles	34,6	31,4	27,4	26,2	24,9	25,9	27,9	27,8	29,5	28,1	21,9
Anvers*	23,2	19,2	20,7	18,5	20,8	19,1	19,9	20,9	16,4	20,7	17,0
Liège	35,8	19,5	22,5	21,9	24,5	22,5	14,7	20,7	21,3	20,8	16,2
Charleroi	17,8	19,2	13,2	15,2	12,3	14,8	19,8	15,9	10,9	8,9	12,3
Gand	15,2	9,3	13,7	9,6	10,8	9,5	11,7	8,5	4,6	8,4	11,4
Namur	6,4	8,2	6,4	5,4	4,5	3,6	8,1	15,4	10,8	9,9	7,2
Bruges	12,0	15,4	11,1	13,6	10,2	10,2	4,2	5,1	7,6	8,5	4,2
Villes >100.000 h	**26,8**	**23,1**	**21,5**	**20,4**	**20,1**	**20,1**	**21,1**	**21,5**	**20,6**	**21,0**	**17,3**
Villes <100.000 h	**5,5**	**5,6**	**5,2**	**5,4**	**5,2**	**5,5**	**5,8**	**4,7**	**5,1**	**4,7**	**4,2**
Belgique	**10,3**	**9,5**	**8,9**	**8,8**	**8,6**	**8,8**	**9,3**	**8,6**	**8,6**	**8,5**	**7,2**

*Code postal 2060 inclus depuis 1999

Alors que l'incidence moyenne des grandes villes était relativement stable depuis une dizaine d'années, excepté un pic en 2010, celle de 2020 (17,3/100.000) est la plus basse observée et est significativement inférieure à celle de 2019 (21,0/100.000).

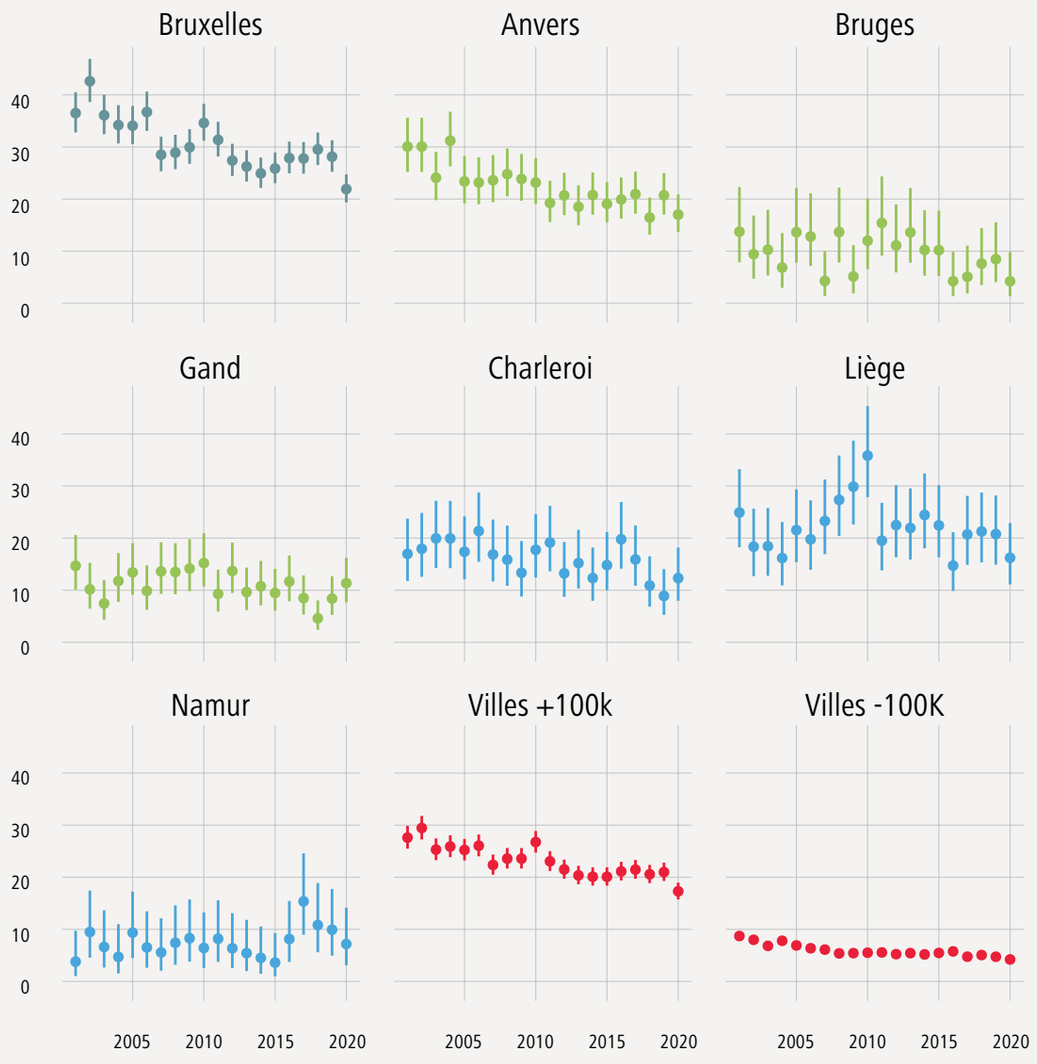
En 2020, les villes de Bruges (4,2/100.000) et de Namur (7,2/100.000) ont une incidence inférieure à 10 cas pour 100.000 et celle de Bruges est inférieure à l'incidence nationale.
Comme chaque année, l'incidence de Bruxelles reste la plus élevée (21,9/100.000), suivie des incidences des villes d'Anvers et de Liège qui sont passées sous la barre des 20/100.000 comparé à l'année 2019 (respectivement : 17,0/100.000 ; 16,2/100.000).

Les incidences des villes de Charleroi et de Gand sont supérieures à celles observées en 2019. Ces deux observations ne sont toutefois pas statistiquement significatives.

Afin de donner une meilleure idée des tendances dans chaque ville, la figure 5 illustre l'évolution de l'incidence entre 2005 et 2020 avec les intervalles de confiance.
Hormis à Bruxelles, aucune variation significative n'a été observée entre 2019 et 2020 dans les grandes villes.

FIGURE 5. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DANS LES GRANDES VILLES BELGES, 2001-2020

Grandes villes



4 ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE SELON L'ÂGE

La figure 6 montre l'évolution de l'incidence par groupes d'âge de 1995 à 2020, avec une diminution importante observée en 2020 dans tous les groupes d'âge, sauf celui des 0-14 ans où la diminution est moins marquée.

Chez les plus de 65 ans, elle décroît linéairement entre 1995 et 2012, se stabilise puis diminue à nouveau en 2017 pour atteindre sa valeur la plus basse (5,5/100.000). Alors qu'en 2018 et 2019, elle augmente non significativement (6,8/100.000), en 2020, on observe à nouveau une diminution de l'incidence (5,6/100.000), pour atteindre une valeur similaire à celle de 2017.

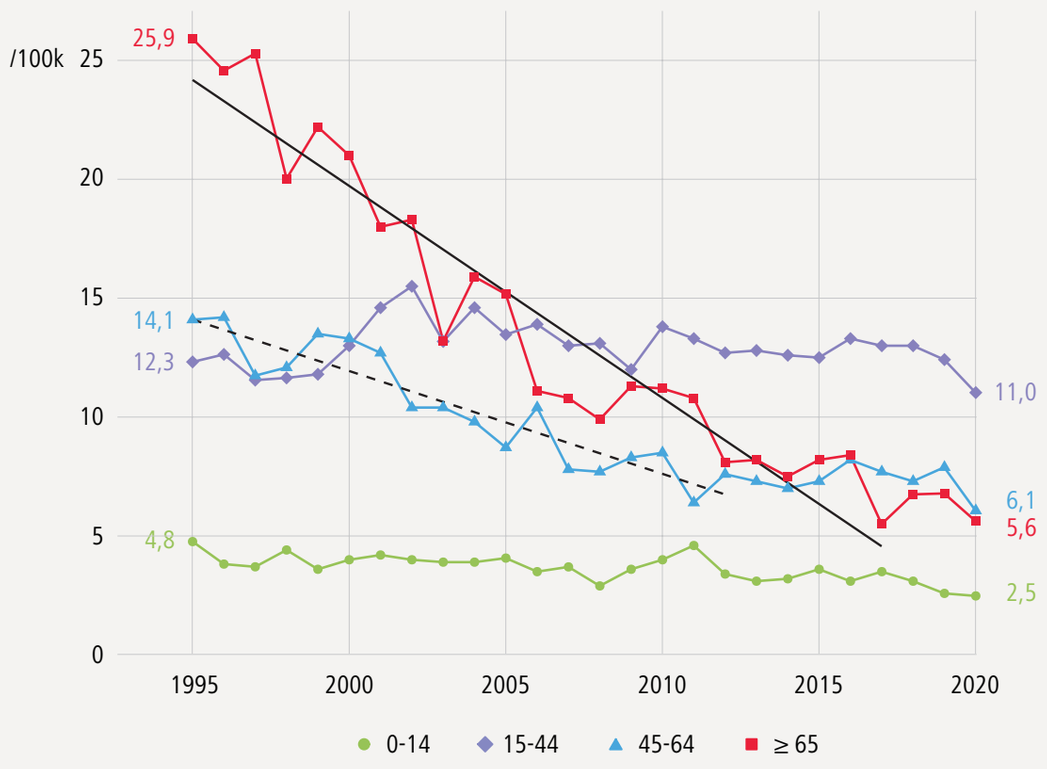
Chez les 45-64 ans une diminution linéaire moins prononcée de l'incidence est observée entre 1995 et 2011, elle se stabilise ensuite puis augmente légèrement à partir de 2014. En 2020, on observe une diminution de l'incidence (6,1/100.000) en comparaison à l'année 2019 (7,9/100.000).

En 2020, comme au cours des 10 années antérieures, les plus hautes incidences sont observées dans la population en âge de travailler (15-44 ans).

Chez les enfants de 0 à 14 ans, on observe une stabilité de l'incidence entre 2019 et 2020, ce qui reflète peut-être le maintien des activités de dépistage des contacts (méthode de dépistage privilégiée pour cette tranche d'âge) malgré le contexte pandémique.

FIGURE 6. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE APRÈS STRATIFICATION POUR L'ÂGE, BELGIQUE, 1995-2020

Belgique



5 ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE SELON LA NATIONALITÉ

Évolution de l'incidence par nationalité

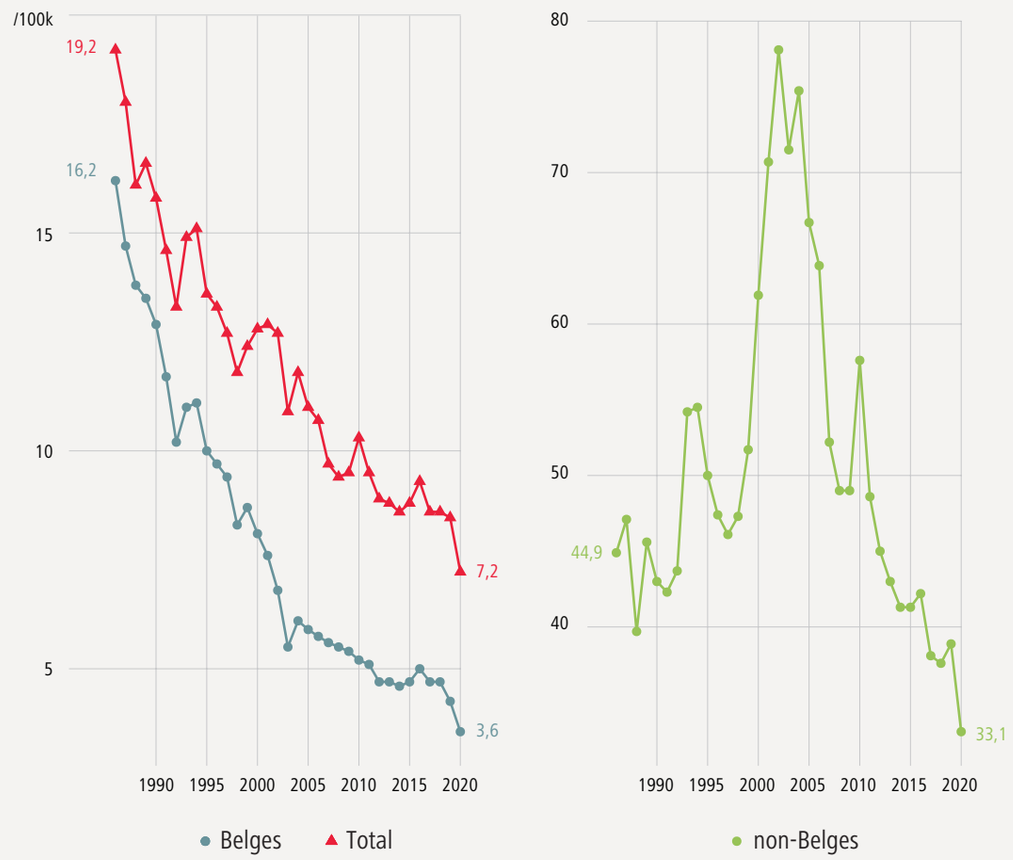
La figure 7 confirme le fait que l'évolution de l'incidence de la tuberculose en Belgique est différente chez les Belges et les non-Belges[22]. C'est la combinaison de ces deux tendances qui est à l'origine des variations d'incidence dans notre pays.

Chez les Belges, la décroissance est constante depuis 1986. Alors qu'on observait un ralentissement de la décroissance au cours des dernières années, elle semble s'être accélérée à nouveau entre 2018 et 2020, l'incidence passant de 4,7 en 2018 et 4,3/100.000 en 2019 à 3,6/100.000 en 2020.

Chez les non-Belges, l'évolution est plus erratique car elle est influencée de manière immédiate par l'immigration. Une hausse importante de l'incidence a été observée au début des années 2000 suivie par une diminution toute aussi prononcée, excepté un pic en 2010. Entre 2019 et 2020, on observe une baisse d'incidence particulièrement importante puisqu'elle passe de 38,9/100.000 en 2019 à 33,1/100.000 en 2020. Dans l'interprétation de ces résultats, il faut toujours tenir compte de l'influence que pourraient avoir les sujets non-établis dans le calcul de l'incidence chez les étrangers ; Mais une fois les non-établis exclus, l'incidence chez les non-Belges chute également entre 2019 (26,5/100.000) et 2020 (21,1/100.000). La raison de cette chute d'incidence est donc aussi à remettre dans le contexte de la crise Covid-19.

FIGURE 7. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE CHEZ LES BELGES ET LES NON-BELGES, 1986-2020

Belges et non-Belges



22 Attention à l'échelle différente pour les Belges et non-Belges dans la figure 7.

Une interprétation plus fine de l'évolution de l'incidence en Belgique et dans les 3 régions par nationalité est donnée dans les figures 8, 9, 10 et 11 et ne concerne que les cas confirmés par une culture positive.

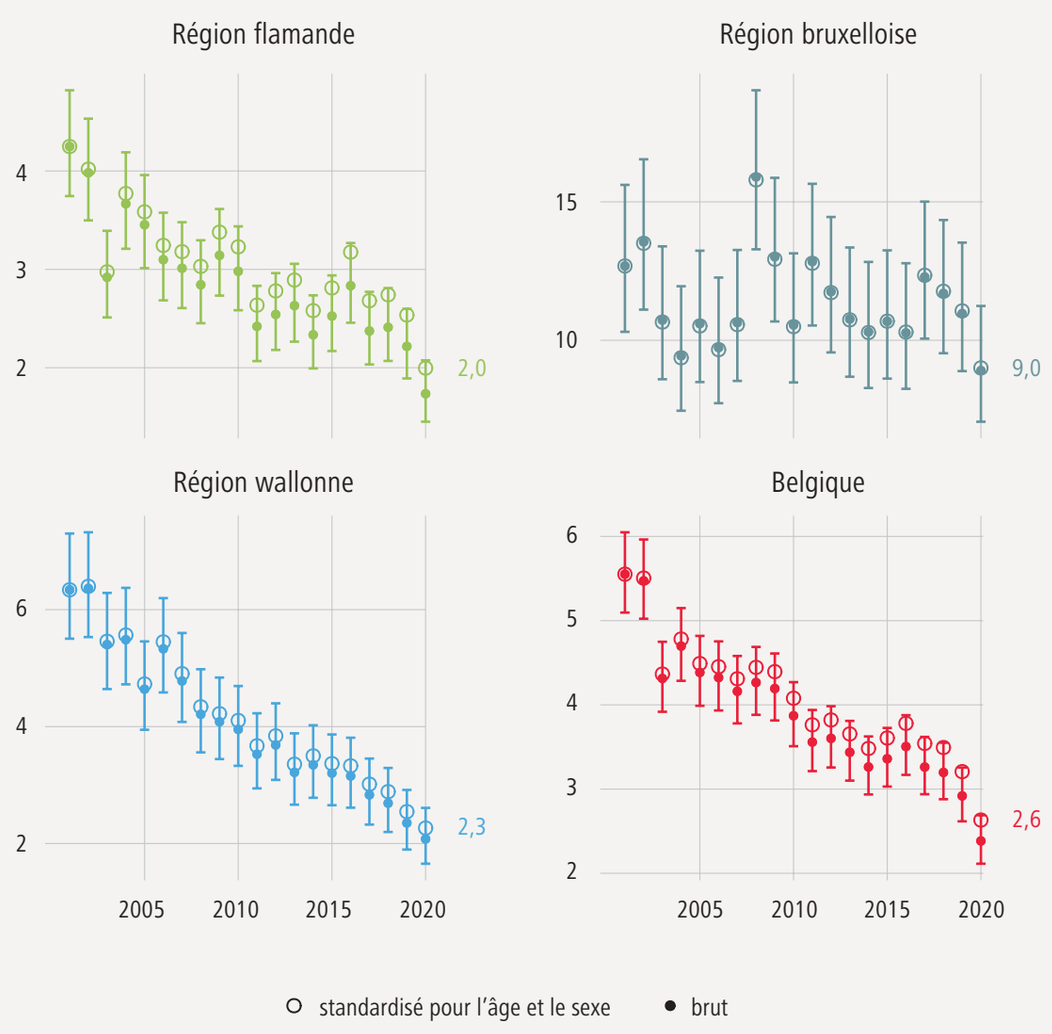
Évolution de l'incidence standardisée par nationalité et par région (cas confirmés bactériologiquement)

Pour le registre 2020, les tendances régionales d'incidence standardisée pour l'âge et le sexe, après stratification par nationalité et par région ont été évaluées uniquement pour les cas bactériologiquement confirmés. Elles sont représentées dans les figures 8, 9, 10 et 11, qui comprennent chaque fois 4 graphes : un pour chacune des 3 régions et un pour la Belgique[23]. La période couverte va de 2001 à 2020. Les intervalles de confiance à 95 % sont également représentés.

Chez les Belges (figure 8), l'incidence des cas confirmés par culture a diminué significativement au niveau national, en Flandre et en Wallonie entre 2010 et 2020. En Région bruxelloise, aucune variation significative n'a été observée au cours de la même période, même si une diminution importante entre 2019 (14,7/100.000) et 2020 (9,0/100.000) est observée, due au contexte sanitaire, vraisemblablement.

FIGURE 8. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE PAR RÉGION ENTRE 2001-2020 CHEZ LES BELGES AVEC CULTURE POSITIVE, APRÈS STANDARDISATION INDIRECTE

Belges



23 Attention à l'échelle différente pour les graphiques des figures 8, 9, 10 et 11.

Chez les non-Belges (figure 9), une diminution importante et significative de la tuberculose a été observée en Région bruxelloise et en Wallonie entre 2010 et 2020, ce qui n'est pas le cas en Flandre où les valeurs d'incidence étaient déjà nettement moindres en 2010. Au niveau national, la diminution de l'incidence entre 2010 et 2020 est également significative parmi les non-Belges.

Lorsque les demandeurs de protection internationale et les personnes en situation irrégulière sont exclus (figure 10), les incidences sont plus basses que celles calculées pour l'ensemble des étrangers (figure 9) mais les tendances restent relativement les mêmes dans les régions et en Belgique, c'est-à-dire qu'on observe une diminution de l'incidence dans les 3 régions et au niveau national entre 2010 et 2020 si ce n'est que cette diminution n'est pas significative pour la Flandre et la Wallonie.

FIGURE 9. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE PAR RÉGION ENTRE 2001-2020 CHEZ LES NON-BELGES AVEC CULTURE POSITIVE, APRÈS STANDARDISATION INDIRECTE

non-Belges

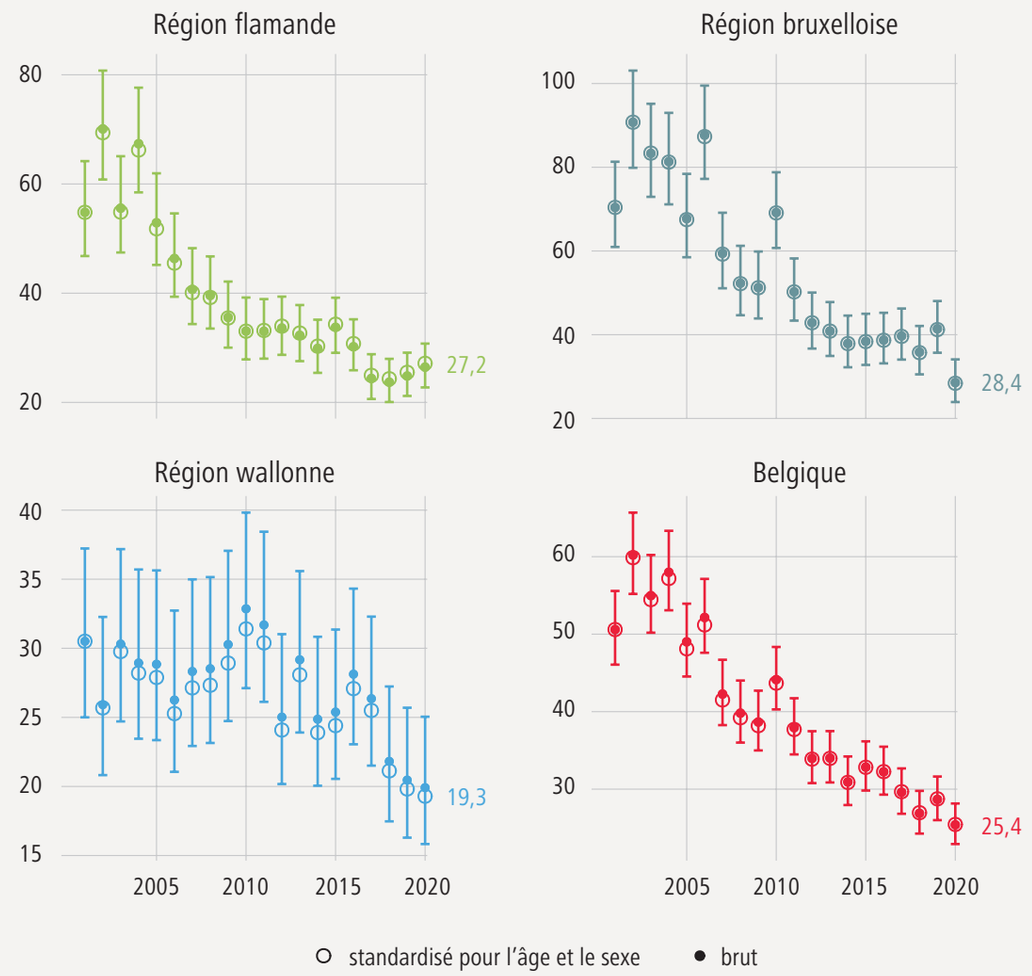


FIGURE 10. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE PAR RÉGION ENTRE 2001-2020 CHEZ LES NON-BELGES (NON-ÉTABLIS EXCLUS) AVEC CULTURE POSITIVE, APRÈS STANDARDISATION INDIRECTE

non-Belges (établis)

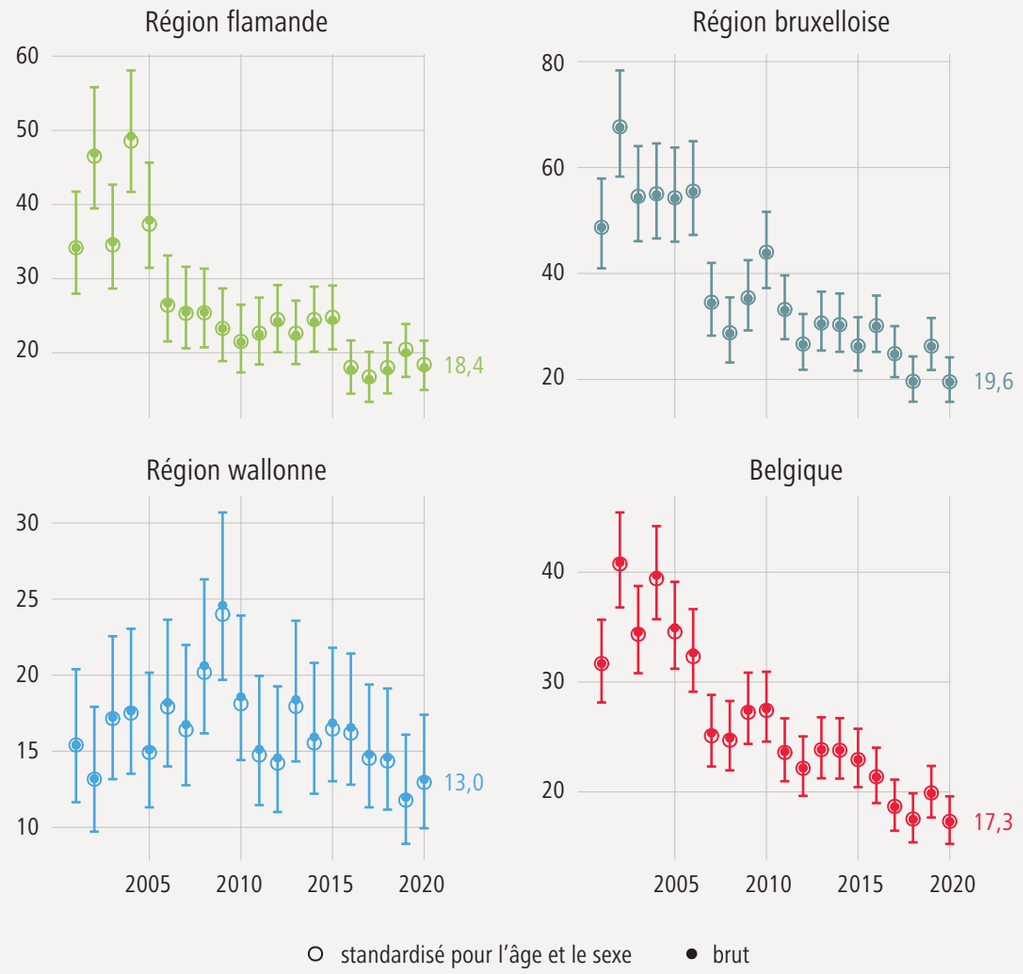
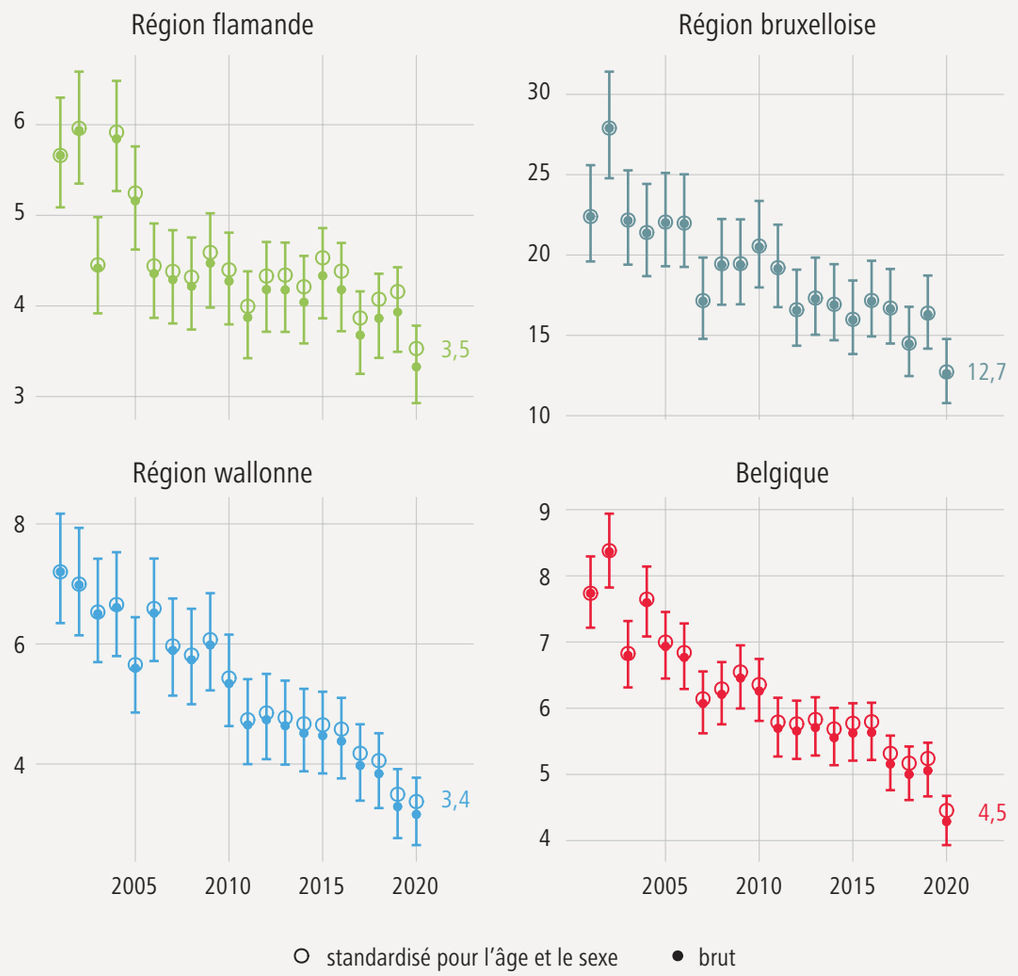


FIGURE 11. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE PAR RÉGION ENTRE 2001-2020 CHEZ LES BELGES ET NON-BELGES ÉTABLIS AVEC CULTURE POSITIVE, APRÈS STANDARDISATION INDIRECTE

Belges + non-Belges (établis)



RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE LA COHORTE DES PATIENTS TUBERCULEUX ENREGISTRÉS EN 2019

L'OMS et l'ECDC recommandent qu'une évaluation des résultats du traitement soit mise en place dans chaque pays selon des critères bien définis. Les variables analysées sont reprises dans les tableaux 22 et 23.

Dans ce rapport, la population suivie un an après le début du traitement est composée des cas pulmonaires confirmés par la culture.

En 2019, sur les 968 cas déclarés, 553 sont éligibles pour faire partie de la cohorte après exclusion des diagnostics rectifiés (n=5), des tuberculoses non pulmonaires (n=275), des tuberculoses pulmonaires à culture négative (n=135). Par ailleurs, 17 patients encore sous traitement ne peuvent être pris en compte. Afin d'améliorer la comparabilité inter-régionale, les 6 cas pour lesquels aucune information de suivi n'a pu être obtenue ont également été exclus du dénominateur. La cohorte 2019 est donc composée de 530 individus.

Le tableau 22 synthétise les résultats du traitement de ces patients **en fonction des régions** :

- Au niveau national, 430 personnes (81,1 %) de la cohorte 2019 sont considérées comme guéries. Néanmoins, la preuve bactériologique de cette guérison n'est présente que chez 56 patients (10,5 %).
  Le taux de succès reste au-dessus du seuil de 80 % tant au niveau national (81,1 % versus 81,2 % pour celle de 2018) qu'en Flandre (87,3 %), où l'objectif de l'OMS est atteint (≥85 %). En revanche, les taux de succès ont diminué à Bruxelles (75,5 % vs 79,3 % en 2018) et en Wallonie (79,4 % versus 84,2 % en 2018).

- Parmi les abandons de traitement[24], la proportion de patients considérés comme perdus de vue avant la fin de traitement[25] pour la cohorte 2019 reste sur la tendance de la cohorte de 2018 qui montrait une diminution, après que des efforts aient été menés depuis 2014 pour améliorer le processus de collecte des données et d'accessibilité à l'information. Ces derniers semblent en effet contribuer à la réduction de cette proportion pour les deux dernières cohortes puisqu'une diminution des perdus de vue est constatée tant au niveau national (3,8 % pour la cohorte de 2019 versus 5,7 % pour celle de 2018) que dans les 3 régions : 1,4 % versus 4,8 % en 2018 en Flandre ; 7,8 % versus 8,9 % à Bruxelles et 1,6 % versus 2,9 % pour la Wallonie.

- Le taux de décès reste élevé en Belgique (9,4 %), tout particulièrement en Wallonie où l'on observe une surmortalité pour la cohorte de 2019 par rapport aux années précédentes avec un taux à 13,5 % contre 8,6 % pour la cohorte de 2018 et 9,0 % pour celle de 2017. Ce taux est également plus important à Bruxelles en comparaison avec la cohorte de l'année précédente (9,9 % versus 4,5 %) alors qu'il a diminué en Flandre 6,6 % versus 11,1 %. Un peu plus d'un tiers des cas de décès sont liés à une comorbidité.

- Comme les schémas thérapeutiques sont systématiquement adaptés à l'antibiogramme en Belgique, les échecs de traitement sont exceptionnels.

24 L'abandon de traitement est divisé en 6 sous-catégories détaillées dans le tableau 23.

25 Un patient perdu de vue est une personne qui n'a plus donné de nouvelles, ne s'est plus présentée à ses rendez-vous médicaux et n'a plus répondu aux appels ; il est donc impossible de connaitre le résultat de son traitement.

TABLEAU 22. RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE POSITIVE À LA CULTURE ENREGISTRÉS EN 2019, PAR RÉGION

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Résultat favorable (total)	**185**	**87,3**	**145**	**75,5**	**100**	**79,4**	**430**	**81,1**
Guérison bactériologiquement prouvée	2	0,9	28	14,6	26	20,6	56	10,5
Traitement complet sans confirmation bactériologique de la guérison	183	86,3	117	60,9	74	58,7	374	70,6
Décès (total)	**14**	**6,6**	**19**	**9,9**	**17**	**13,5**	**50**	**9,4**
Décédé avant le début du traitement	2	0,9	3	1,6	7	5,6	12	2,3
Décédé de tuberculose avant la fin du traitement	5	2,4	8	4,2	5	4,0	18	3,4
Décédé d'une autre cause avant la fin du traitement	7	3,3	8	4,2	5	4,0	20	3,8
Echec du traitement (culture encore ou à nouveau positive après 5 mois de traitement)	**1**	**0,5**	**0**	**0,0**	**1**	**0,8**	**2**	**0,4**
Abandon du traitement (total)	**12**	**5,7**	**25**	**13,0**	**8**	**6,3**	**45**	**8,5**
Traitement interrompu plus de 2 mois	0	0,0	3	1,6	2	1,6	5	0,9
Perdu de vue avant la fin du traitement	3	1,4	15	7,8	2	1,6	20	3,8
A quitté la Belgique avant la fin du traitement	7	3,3	6	3,1	2	1,6	15	2,8
Non compliance au traitement	2	0,9	1	0,5	0	0,0	3	0,6
Traitement refusé	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,2
Traitement interrompu, raison inconnue	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,2
Total cohorte 2019	**212**		**192**		**126**		**530**	
Pas d'information sur le résultat	0		2		4		6	
Encore sous traitement à la fin 2019	3		11		3		17	
Total à suivre	**215**		**205**		**143**		**553**	
Pulmonaire culture négative	55		40		40		135	
Non pulmonaire	134		93		48		275	
Diagnostic rectifié	0		2		3		5	
Total cas 2019	**404**		**340**		**224**		**968**	

Une analyse multivariable pour les cohortes 2009-2016 a permis d'identifier les facteurs qui influencent significativement le risque d'abandon :

- être âgé de 15 à 59 ans
- et/ou être un homme
- et/ou être un étranger établi
- et/ou appartenir à un groupe à risque (situation irrégulière, demandeur de protection internationale, prisonnier)
- et/ou résider en Région de Bruxelles-Capitale.

Le tableau 23 présente les résultats **en fonction de la nationalité** :
Les non-Belges de la cohorte 2019 ont un taux de succès du traitement supérieur à celui des Belges (respectivement 84,4 % ; 77,2 %). Il s'agit d'une nette inversion de tendance par rapport aux années précédentes. Pour la cohorte de 2018 toutefois, on observait déjà un succès de traitement légèrement supérieur de 82,4 % chez les non-Belges pour 80,0 % chez les Belges.

Comme dans la cohorte 2018, le taux de décès est plus élevé chez les Belges (16,6 % versus 3,5 % chez les allochtones). Cette différence réside probablement dans le fait qu'il y ait plus de patients âgés chez les autochtones et donc plus de comorbidités. Toutefois, dans la cohorte 2019, les comorbidités n'expliquent que 42,5 % des décès chez les Belges.

Les abandons du traitement sont 2 fois plus fréquents chez les non-Belges (11,1 %) que chez les Belges (5,4 %). Cette différence peut être expliquée par le fait qu'une majorité d'entre eux quittent le pays avant la fin du traitement, bien que ceci ne soit documenté que pour la moitié d'entre eux.

TABLEAU 23. RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE CULTURE POSITIVE ENREGISTRÉS EN 2019, PAR NATIONALITÉ

	Belges		Non-Belges	
	n	%	n	%
Résultat favorable (total)	**186**	**77,2**	**244**	**84,4**
Guérison bactériologiquement prouvée	20	8,3	36	12,5
Traitement complet sans confirmation bactériologique de la guérison	166	68,9	208	72,0
Décès (total)	**40**	**16,6**	**10**	**3,5**
Décédé avant le début du traitement	10	4,1	2	0,7
Décédé de tuberculose avant la fin du traitement	13	5,4	5	1,7
Décédé d'une autre cause avant la fin du traitement	17	7,1	3	1,0
Echec du traitement (culture encore ou à nouveau positive après 5 mois de traitement)	**2**	**0,8**	**2**	**0,4**
Abandon du traitement (total)	**13**	**5,4**	**32**	**11,1**
Traitement interrompu plus de 2 mois	4	1,7	1	0,3
Perdu de vue avant la fin du traitement	5	2,1	15	5,2
A quitté la Belgique avant la fin du traitement	2	0,8	13	4,5
Non compliance au traitement	1	0,4	0	0,0
Traitement refusé	1	0,4	0	0,0
Traitement interrompu, raison inconnue	0	0,0	1	0,3
Total cohorte 2019	**241**		**289**	
Pas d'information sur le résultat	4		2	
Encore sous traitement à la fin 2019	5		12	
Total à suivre	**250**		**303**	
Pulmonaire culture négative	62		73	
Non pulmonaire	113		162	
Diagnostic rectifié	2		3	
Total cas 2019	**427**		**541**	

CONCLUSION ET PERSPECTIVES OPÉRATIONNELLES

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE GÉNÉRALE

En 2020, 830 cas de tuberculose ont été déclarés en Belgique, soit 138 cas en moins par rapport à 2019 (n=968). On passe ainsi d'une incidence de 8,5/100.000 en 2019 à une incidence de 7,2/100.000 en 2020 et cette diminution est statistiquement significative. Si la diminution de l'incidence observée ces dernières années reflétait une réelle diminution du nombre de patients grâce aux efforts dans la lutte contre la tuberculose, la diminution exceptionnelle enregistrée en 2020 doit être interprétée avec prudence. En effet, la pandémie de Covid-19 et les mesures de confinement dès le 2e trimestre 2020 ont entraîné un accès limité aux services de santé et furent un frein à leur utilisation pour nombres de patients, ce qui a causé des délais de diagnostic voire un sous-diagnostic. Par ailleurs, la fermeture des frontières a aussi pu influencer cette tendance à la baisse puisqu'elle a entraîné une diminution drastique du nombre de DPI entrant en Belgique. Selon les données de l'ECDC, l'incidence de la tuberculose a diminué dans tous les pays de l'EU/EEA, sauf à Malte et aux Pays-Bas[26].

Le contrôle de la tuberculose reste une tâche ardue dont l'évolution dépend de nombreux facteurs : paupérisation, impact de la co-infection avec le VIH, flux migratoires et aussi, comme l'a montré la crise sanitaire, la capacité vite limitée des services de santé en cas de crise. Grâce aux efforts pour enrayer l'épidémie de tuberculose au niveau mondial, bon nombre de pays étaient en passe d'atteindre les objectifs de l'initiative «Halte à la tuberculose» pour 2020, à savoir réduire l'incidence de la tuberculose de 80 % et la mortalité due à la tuberculose de 90 % par rapport aux taux de 2015. L'OMS alerte maintenant de la haute probabilité d'un recul massif de la réalisation de ces objectifs au niveau mondial en raison des conséquences de la crise sanitaire sur les services de santé, dont ceux de la tuberculose[27]. Il est donc probable que l'on assistera dans les années qui viennent, à un rebond des cas de tuberculose et à une augmentation du taux de mortalité, tant en Belgique que dans le reste du monde. Il faudra dès lors rester vigilant afin d'être prêt à répondre aux conséquences de la crise sanitaire sur l'épidémie de la tuberculose.

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES SPÉCIFIQUES

Les résultats à pointer plus particulièrement pour les patients enregistrés en 2020 :

- Comme pour l'ensemble de la Belgique, probablement lié au contexte sanitaire, les incidences régionales de 2020 ont aussi chuté par rapport à 2019 : 5,4 versus 6,1/100.000 en Flandre ; 21,9 versus 28,1/100.000 en Région bruxelloise et 5,6 versus 6,2/100.000 en Wallonie. Ces diminutions sont significatives en Flandre et à Bruxelles et c'est dans la capitale que la diminution est la plus importante (-22 %) alors que la diminution est de -11,5 % en Flandre et de -10 % en Région wallonne. L'incidence en Région bruxelloise reste 4 fois supérieure à celle des deux autres régions.

- L'incidence moyenne des grandes villes de plus de 100.000 habitants a diminué de manière significative par rapport à 2019, passant de 21,0 à 17,3/100.000. Considérant chaque grande ville séparément, l'incidence a diminué partout sauf à Gand et Charleroi où elle est repassée au-dessus du seuil de 10/100.000. Bruxelles a l'incidence la plus élevée suivie de celle des villes d'Anvers (17,0) et de Liège (16,2).

26 ECDC, 2021, non-published data
27 Zimmer AJ et al. Tuberculosis in times of COVID-19. Epidemiol Community Health 2021; 0 :1-7.

- En 2020, les DPI représentent 11,4 % des cas de tuberculose, proportion qui se rapproche du pic de 11,6 % observé en 2016. En termes de nombres absolus, 95 DPI ont été diagnostiqués avec une tuberculose en 2020 versus 82 en 2019. Ceci peut paraître surprenant dans un contexte de fermeture des frontières pour raisons sanitaires. Une analyse plus avancée montre que cette augmentation se situe en Flandre tandis que les chiffres diminuent à Bruxelles et en Région wallonne et qu'il s'agit surtout de dépistage passif.

- La proportion des sujets en séjour irrégulier parmi les cas de tuberculose reste stable (9,2 % en 2020 versus 9,3 % en 2019) de telle sorte que la proportion des non-établis (DPI et personnes en situation irrégulière) augmente par rapport aux années précédentes pour atteindre 20,6 % (17,8 % en 2019).

- La proportion de personne sans-abri parmi les cas de tuberculose en Belgique a diminué, passant de 8,5 % en 2019 à 6,6 % en 2020. Cette diminution est particulièrement marquée en région bruxelloise, où elle passe de 19,4 % en 2019 à 14,2 %, alors que la tendance observée depuis 2016 était à la hausse. La raison la plus probable est que l'accès aux soins des personnes sans-abri pendant le confinement fut encore plus difficile que pour la population générale, entraînant un sous-diagnostic important dans cette population.

- La proportion de cas de nationalité étrangère frôle les 57 %. Elle reste stable depuis 5 ans. Si l'on considère le pays de naissance (connu pour 98,7 % des patients) plutôt que la nationalité, 64,4 % des patients tuberculeux sont nés hors Belgique et viennent d'un pays où l'incidence est supérieur à 10/100.000.

- Comme en 2019, la majorité des patients (90,1 %) sont dépistés passivement, lorsqu'ils consultent avec des plaintes. Le dépistage des contacts reste néanmoins important puisqu'il a permis d'identifier 31 patients (3,7 %). En Wallonie, la proportion des cas de tuberculose diagnostiqués à l'occasion du dépistage des contacts a plus que doublé (6,4 % versus 2,7 % en 2019).

- Vingt-deux enfants de moins de 5 ans ont été diagnostiqués en 2020 ce qui représente une proportion de 2,7 % du total des cas déclarés, supérieure à celle de 2019 (n=16). Le fait que de très jeunes enfants soient touchés par la tuberculose démontre qu'il existe encore des manquements dans le contrôle de la transmission du bacille tuberculeux. L'incidence parmi les enfants (0-14 ans) diminue très lentement et la vigilance reste de mise.

- Quatorze cas de tuberculose à bacilles multirésistants ont été enregistrés en 2020 (2,3 % des cas), similaire à ce qui a été observé en 2019, alors qu'on avait vu une belle diminution en 2017 et 2018.

Les résultats de traitement pour les patients enregistrés en 2019 :

- Le taux de succès en Belgique (81,1 %) se maintient au-dessus du seuil de 80 %. On observe toutefois des disparités régionales. Alors qu'en Flandre, le taux de succès augmente de 80,8 % pour la cohorte de 2018 à 87,3 % pour celle de 2019, atteignant ainsi l'objectif de l'OMS (≥ 85 %), il diminue en Wallonie (79,4 % versus 84,2 % en 2018) et en Région bruxelloise (75,5 % versus 79,3 % en 2018). Le taux d'abandon diminue dans les 3 régions, même si à Bruxelles, il reste supérieur à 10 %. Par contre, le taux de décès ne s'améliore qu'en Région flamande (6,6 % versus 11,1 % en 2018) et il augmente en Région wallonne, passant de 8,6 % à 13,5 % et à Bruxelles, passant de 4,5 % à 9,9 %.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

En fonction des constats épidémiologiques, il est important de définir des orientations stratégiques sur lesquelles se focaliser pour limiter la transmission des bacilles tuberculeux et parvenir progressivement à l'élimination de la tuberculose :

- Si la diminution du nombre de cas de tuberculose observée en 2020 se confirme être la conséquence d'un sous-diagnostic de la maladie liée à la crise sanitaire, il est probable qu'on observera un nouveau rebond de l'épidémie de la tuberculose dans les années qui viennent suite à une augmentation de la transmission par retard de diagnostic. Par ailleurs, la réouverture des frontières va probablement entraîner un nouvel afflux de DPI qui lui aussi apportera son lot de patients atteints de tuberculose. On peut donc s'attendre à une augmentation du nombre absolu de cas, qui augmentera la charge de travail du corps médical et institutions telles que les centres d'accueil ainsi que celui des infirmiers du FARES et de la VRGT dans leurs activités de socio-prophylaxie et d'accompagnement des patients tout au long de leur parcours thérapeutique.

- Le taux de mortalité reste élevé et peut s'expliquer par un potentiel retard de diagnostic de la tuberculose ainsi que l'existence d'autres comorbidités mal contrôlées. De plus, le taux d'abandon reste également important : ceci s'observe en particulier dans les populations précarisées et sous-servies telles que les migrants, les personnes en séjour irrégulier, les sans-abri ainsi que les personnes dont les problèmes socio-économiques limitent l'accès aux soins de santé. Ces groupes représentent une majorité des patients tuberculeux.

- La crise sanitaire a clairement mis en évidence les inégalités en termes d'accès aux services de santé, plus marquées dans les grandes villes où les populations les plus précaires et les populations marginalisées se concentrent. Le taux de vaccination Covid-19 tend à y être plus faible tandis que l'incidence de la tuberculose y est nettement plus élevée. Parmi les cas de tuberculose enregistrés en 2020, 457 (55 %) vivent dans les grandes villes et la proportion de patients en situation de précarité y est supérieure. **Le contrôle de la tuberculose** doit y être adapté et, s'il n'y a pas d'approches spécifiques evidence-based[28], une prise en charge holistique et multidisciplinaire est reconnue comme étant indispensable. Bruxelles, dont l'incidence est une des plus élevées parmi les capitales d'Europe occidentale[29] doit prioritairement faire l'objet d'une optimisation des mesures de contrôle de la tuberculose afin de dépister précocement les malades et limiter le taux d'abandons de traitement. Des solutions ciblées doivent être trouvées pour atteindre les populations «hard-to-reach», ce qui nécessite une collaboration étroite avec les partenaires sociaux concernés. Les autres villes dont l'incidence est élevée (Liège et Anvers) doivent également faire l'objet de mesures de contrôle renforcées ciblant notamment les populations les plus vulnérables.

- La **socio-prophylaxie** est un des moyens de contrôle les plus efficients et doit rester prioritaire. En 2020, 8,7 % des cas du registre ont eu un contact récent avec un patient tuberculeux ; cette proportion atteint 17 % en Wallonie. Le dépistage prophylactique parmi les contacts garde toute son importance puisqu'il a contribué au diagnostic de 31 cas de tuberculose en 2020, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans (14 cas parmi les 22 enfants déclarés), ce qui fait d'eux un groupe à cibler prioritairement.

- L'exhaustivité et la rapidité de la déclaration ou notification au service régional de surveillance de la santé sont essentielles pour optimiser la socio-prophylaxie. Bien que la déclaration de tout cas de tuberculose soit obligatoire, force est de constater que de nombreux patients ne sont pas notifiés. Une collaboration avec les mutuelles sur base du remboursement de la Rifadine® a permis de récupérer en moyenne 4 % des cas déclarés entre 2016 et 2019 en Région bruxelloise et en Wallonie. Ceci démontre l'**existence d'une sous-notification**, sans doute encore sous-estimée à l'heure actuelle et qui s'est peut-être aggravée pendant la crise sanitaire due à l'importante charge de travail du corps soignant. Le recours plus systématique au système de déclaration en ligne via une plateforme sécurisé[30] devrait être renforcé afin d'améliorer la notification des cas dans ces 2 régions.

28 https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20728
29 https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20726
30 MATRA : https://www.wiv-isp.be/matra/cf/connexion.aspx et MATRAbru : https://www.wiv-isp.be/Matra/bru/connexion.aspx

- L'optimisation de la socio-prophylaxie requiert aussi d'identifier de manière exhaustive les contacts du cas-index quel que soit leur milieu de vie ou de travail par le biais d'une enquête de l'entourage. Le fait que de nombreux acteurs de la santé soient concernés par **le dépistage des contacts implique une approche coordonnée et nécessite une collaboration renforcée entre les différents partenaires des secteurs préventif et curatif**. Une attention particulière doit être donnée aux contacts infectés récemment car, chez eux, le risque de développer une tuberculose est plus important ; l'instauration d'un traitement préventif est recommandée.

- **L'Infection Tuberculeuse Latente** (ITL) est certainement un point d'attention particulier pour l'avenir. En effet, si l'on veut atteindre les objectifs de l'OMS (pré-élimination), il faudra aussi prendre en charge le réservoir de la tuberculose. La Région wallonne a franchi un premier pas en rendant la déclaration de l'ITL obligatoire.

- **Le dépistage organisé dans les groupes à risque de tuberculose** est un autre volet stratégique important pour diagnostiquer précocement la maladie. La tuberculose, si elle peut atteindre n'importe quel individu du fait de sa transmission par voie aérienne, est toutefois plus fréquente dans certaines parties de la population. Ces groupes sont bien identifiés mais leur représentativité peut varier d'une région voire d'une ville à l'autre.

- Les défis en matière d'opérationnalisation de la stratégie de dépistage dans les groupes à risque qui vivent en collectivité (DPI, prisonniers) sont liés à la responsabilisation des pouvoirs publics correspondant en matière de financement et dépendent des circonstances (afflux de migrants …). Il est important de tenir compte d'études et d'approches novatrices pour ces groupes particuliers[31,32,33] et de collecter complémentairement des données objectives afin d'adapter les stratégies en application. D'autres groupes à risque (comme par exemple, les sans-abri et les sujets en situation irrégulière) sont particulièrement «hard-to-reach» et nécessitent des stratégies de dépistage flexibles, modulables et innovantes, en collaboration avec d'autres acteurs de terrain. Le génotypage systématique des souches appartenant aux malades faisant partie de groupes à risque instauré en Belgique depuis 2016 permet de mieux appréhender la transmission parmi tous ces groupes à risque et, le cas échéant, de prendre les mesures qui s'imposent. En 2020, le dépistage ciblé vers les groupes à risque a été à l'origine du diagnostic de 5,3 % des cas de tuberculose.

- Si le dépistage des contacts et le dépistage actif dans les groupes à risque sont des piliers majeurs du contrôle de la tuberculose, la majorité des cas de tuberculose notifiés en 2020 (90,1 %) ont été diagnostiqués en dehors de dépistages actifs, chez des personnes symptomatiques. Il est donc important de veiller au maintien de l'expertise des professionnels de la santé pour **limiter le délai de diagnostic et optimiser la prise en charge**. Pour cela, une réflexion doit être menée quant à l'instauration d'indicateurs afin d'objectiver ces délais et d'identifier les principales barrières sur lesquelles travailler.

- La tuberculose est considérée comme un «baromètre socio-économique». La paupérisation et les inégalités sociales, accentuées par la crise sanitaire, créent les conditions idéales pour favoriser le développement et la transmission de la tuberculose. Le problème est plus crucial en Région bruxelloise où, en 2019, le taux de risque de pauvreté atteignait 31 % alors qu'il était de 18 % en Wallonie et de seulement 10 % en Flandre[34]. **L'accès aux soins pour les plus démunis est primordial.** Ce dernier est garanti en Belgique via le projet BELTA-TBnet[35] pour toutes les personnes atteintes de tuberculose sans couverture-sociale ou aide subsidiaire. Pour ceux assujettis à la sécurité sociale, le montant restant à charge du patient après l'intervention de l'assurance obligatoire peut être un frein au diagnostic précoce ou au suivi médical de sa maladie. Depuis plusieurs années, BELTA-TBnet signale dans ses rapports une forte hausse de ses interventions pour des sujets qui sont dans l'incapacité de payer ce ticket modérateur.

31 https://www.researchgate.net/publication/318836445_Tuberculosis_and_latent_tuberculous_infection_screening_of_migrants_in_Europe_Comparative_analysis_of_policies_surveillance_systems_and_results
32 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28826446
33 https://kce.fgov.be/fr/soins-de-sant%C3%A9-dans-les-prisons-belges
34 https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/resume_barometre_2020.pdf
35 Pour plus d'informations : www.belta.be

- Il ne suffit pas de rembourser le prix des médicaments antituberculeux. Il faut aussi assurer l'approvisionnement continu des médicaments essentiels. La Belgique est en effet régulièrement confrontée à des **indisponibilités de médicaments antituberculeux** sur le marché, en particulier la rifampicine, qui pourtant est l'antituberculeux le plus important et le plus efficace. Cela exige, du corps soignant, du personnel FARES/VRGT et des officines, de lourdes démarches administratives pour importer les traitements au cas par cas.

- Le taux de succès de traitement n'atteint pas encore les 85 % recommandés par l'OMS, excepté en Région flamande pour la cohorte de 2019. Il est donc important de continuer les efforts pour tenter de limiter le nombre d'abandons de traitement et de perdus de vue et de veiller à un **meilleur encadrement du traitement** dans les populations marginalisées mais également chez tout patient dès qu'une non-observance est suspectée ou démontrée. Si cette stratégie recommandée par l'OMS[36] peut améliorer les résultats, elle est aussi le meilleur moyen d'éviter le développement de résistances aux antituberculeux. Recourir aux incentives peut aussi contribuer à l'amélioration de la compliance[37] comme l'illustre le projet mené à Bruxelles depuis septembre 2015 par le FARES/VRGT, en collaboration avec Action Damien. Ce projet a montré l'intérêt de proposer aux sans-abri un environnement propice à la prise adéquate des médicaments en leur garantissant les besoins de base : le logement et la nourriture.

Par ailleurs, il est essentiel d'optimiser la collecte des données relatives au suivi des patients, notamment pour diminuer le nombre d'abandons. Pour ce faire, il est primordial d'établir une meilleure collaboration avec les cliniciens mais également de communiquer avec les relais au niveau international pour assurer si possible un transfert du dossier médical lorsque le patient quitte la Belgique et idéalement obtenir un résultat de traitement pour ces patients qui terminent leur traitement à l'étranger.

L'AVENIR : VERS PLUS DE COHÉRENCE ?

En juin 2013, un protocole d'accord relatif à la prise en charge de la tuberculose a été signé par les 7 ministres ayant la santé dans leurs attributions[38]. Il a été suivi en mars 2016 par un protocole d'accord sur la prévention[39].

L'objectif poursuivi est de mettre en commun les forces vives, d'optimiser la collaboration entre le fédéral et les entités fédérées et de renforcer la coordination des activités de contrôle de la maladie. La 6e réforme de l'état et le transfert des compétences y afférent est effective depuis juillet 2014 et constitue un véritable défi pour la prise en charge de la tuberculose dans le futur aussi bien pour le secteur curatif que préventif.

La multiplicité des niveaux de pouvoir dans la gestion de la crise Covid-19 a montré ses limites. C'est pourquoi, il apparaît souhaitable d'élaborer un plan national spécifique à la tuberculose garantissant un contrôle optimal de la maladie et traçant les grandes lignes stratégiques pour son élimination. Le Conseil Supérieur de la Santé[40] a pris position dans ce sens et recommande, en priorité, la création d'une plateforme de concertation intergouvernementale et intersectorielle pour garantir la cohérence de la prise en charge de la tuberculose au niveau fédéral et des entités fédérées. La constitution d'un «groupe technique tuberculose» dans le cadre de la conférence interministérielle santé en février 2017 était une première étape pour faciliter les échanges en vue d'harmoniser et d'augmenter l'efficience des dépistages, notamment ceux réalisés chez les demandeurs de protection internationale et les détenus. Néanmoins, cette initiative n'a pas eu de suite depuis lors.

36 https://www.who.int/tb/dots/treatment/en/
37 https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-tuberculosis-control-vulnerable-and-hard-reach-populations?ID=1451&List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90
38 http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid-fr/2013_protocolakkoord_infectieziekten_tuberculose_fr.pdf
39 http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_03_21_-_prevention_-_preventie.pdf
40 https://www.health.belgium.be/fr/position-paper-9206

ANNEXES

ANNEXE 1 ANTÉCÉDENTS DE TUBERCULOSE

ANNEXE 1a : DISPONIBILITÉ DES DONNÉES RELATIVES AUX ANTÉCÉDENTS DE TUBERCULOSE PAR RÉGION ET NATIONALITÉ – 2020

	Antécédents	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Belges	+	10	6,2	10	9,9	6	6,2	26	7,3
	-	106	66,2	78	77,2	85	87,6	269	75,1
	Inconnu	44	27,5	13	12,9	6	6,2	63	17,6
	Total	**160**		**101**		**97**		**358**	
Non-Belges	+	12	6,0	8	4,8	6	5,7	26	5,5
	-	122	61,0	131	78,9	85	80,2	338	71,6
	Inconnu	66	33.0	27	16,3	15	14,2	108	22,9
	Total	**200**		**166**		**106**		**472**	
Total	+	22	6,1	18	6,7	12	5,9	52	6,3
	-	228	63,3	209	78,3	170	83,7	607	73,1
	Inconnu	110	30,6	40	15,0	21	10,3	171	20,6
	Total	**360**		**267**		**203**		**830**	

ANNEXE 1b : PRÉSENCE D'ANTÉCÉDENTS DE TUBERCULOSE PAR RÉGION, SEXE ET ORIGINE NATIONALE – 2020 (VALEURS MANQUANTES EXCLUES)

		Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
		n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Belges	Hommes	7/68	10,3	6/55	10,9	6/66	9,1	19/189	10,1
	Femmes	3/48	6,2	4/33	12,1	0/25	0,0	7/106	6,6
	H+F	10/116	8,6	10/88	11,4	6/91	6,6	26/295	8 ,8
Non-Belges	Hommes	6/78	7,7	7/97	7,2	6/68	8,8	19/243	7,8
	Femmes	6/56	10,7	1/42	2,4	0/23	0,0	7/121	5,8
	H+F	12/134	9,0	8/139	5,8	6/91	6,6	26/364	7 ,1
Total	Hommes	13/146	8,9	13/152	8,6	12/134	9,0	38/432	8,8
	Femmes	9/104	8,7	5/75	6,7	0/48	0,0	14/227	6,2
	H+F	22/250	8,8	18/227	7,9	12/182	6,6	52/659	7,9

ANNEXE 2 INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE APRÈS STRATIFICATION POUR L'ÂGE

ANNEXE 2a : INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE PAR ÂGE ET PAR RÉGION CHEZ LES BELGES-2020

	Région flamande			Région bruxelloise			Région wallonne		
Âge	**n/N**	**/100.000 (IC95 %)**	**mIDR* (IC95 %)**	**n/N**	**/100.000 (IC95 %)**	**mIDR* (IC95 %)**	**n/N**	**/100.000 (IC95 %)**	**mIDR* (IC95 %)**
0-14 ans	11/963.386	1,1 (0,6;2,0)	1,0	9/167.940	5,4 (2,5;10,2)	1,0	6/574.153	1,0 (0,4;2,3)	1,0
15-29 ans	32/994.454	3,2 (2,2;4,5)	2,8 (1,4;5,6)	24/155.509	15,4 (9,9;23,0)	2,9 (1,3;6,2)	14/603.822	2,3 (1,3;3,9)	2,2 (0,9;5,8)
30-44 ans	21/1.065.081	2,0 (1,2;3,0)	1,7 (0,8;3,6)	21/151.519	13,9 (8,6;21,2)	2,6 (1,2;5,6)	24/593.918	4,0 (2,6;6,0)	3,9 (1,6;9,5)
45-59 ans	36/1.264.777	2,8 (2,0;3,9)	2,5 (1,3;4,9)	23/142.205	16,2 (10,3;24,3)	3,0 (1,4;6,5)	23/661.716	3,5 (2,2;5,2)	3,4 (1,4;8,3)
60-74 ans	31/1.087.830	2,8 (1,9;4,0)	2,5 (1,3;5,0)	16/106.816	15,0 (8,6;24,3)	2,9 (1,3;6,4)	20/558.967	3,6 (2,2;5,5)	3,6 (1,4;8,8)
≥ 75 ans	29/634.872	4,6 (3,1;6,6)	4,2 (2,1;8,3)	8/64.709	12,4 (5,3;24,4)	2,3 (0,9;5,9)	10/274.316	3,6 (1,7;6,7)	4,0 (1,5;10,7)

*Standardisation pour le sexe selon la méthode de Mantel

ANNEXE 2b : INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE PAR ÂGE ET PAR RÉGION CHEZ LES NON-BELGES-2020

	Région flamande			Région bruxelloise			Région wallonne		
Âge	**n/N**	**/100.000 (IC95 %)**	**mIDR* (IC95 %)**	**n/N**	**/100.000 (IC95 %)**	**mIDR* (IC95 %)**	**n/N**	**/100.000 (IC95 %)**	**mIDR* (IC95 %)**
0-14 ans	8/113.832	7,0 (3,0;13,8)	1,0	4/69.639	5,7 (1,6;14,7)	1,0	10/46.721	21,4 (10,3;39,4)	1,0
15-29 ans	93/134.442	69.2 (55,8;84,7)	9,9 (4,8;20,4)	49/93.055	52,7 (39,0;69,6))	9,5 (3,4;26,3)	35/60.014	58,3 (40,6;81,1	2,8 (1,4;5,7)
30-44 ans	63/184.306	34,2 (26,3;43,7)	4,9 (2,3;10,2)	59/138.866	42,5 (32,3;54,8)	7,5 (2,7;20,6)	36/95.472	37,7 (26,4;52,2)	1,8 (0,9;3,6)
45-59 ans	25/116.508	21,5 (13,9;31,7)	3,0 (1,3;6,7)	37/84.144	44,0 (31,0;60,6)	7,5 (2,7;21,0)	15/88.945	16,9 (9,4;27,8)	0,8 (0,3;1,7)
60-74 ans	9/50.012	18,0 (8,2;34,2)	2,5 (1,0;6,5)	7/31.549	22,2 (8,9;45,7)	3,9 (1,2;13,5)	7/58.964	11,9 (4,8;24,5)	0,6 (0,2;1,4)
≥ 75 ans	2/19.643	10,2 (1,2;36,8)	1,5 (0,3;6,9)	10/12.304	81,3 (39,0;149,5)	15,6 (4,6;52,8)	3/28.235	10,6 (2,2;31,1)	0,6 (0,2;2,0)

*Standardisation pour le sexe selon la méthode de Mantel

ANNEXE 3 SEX-RATIO

ANNEXE 3a : SEX-RATIO PAR GROUPES D'ÂGE ET PAR RÉGION, CHEZ LES BELGES – 2020

	Hommes			Femmes				
	n/N	/100.000 (IC95 %)		n/N	/100.000 (IC95 %)		Sex-ratio (IC95 %)	
Région flamande								
0-44 ans	37/1.533.936	2,4	(1,7;3,3)	27/1.488.985	1,8	(1,2;2,6)	1,3	(0,8;2,3)
45-69 ans	38/1.015.571	3,7	(2,6;5,1)	22/1.019.944	2,2	(1,4;3,3)	1,7	(1,0;3,1)
≥ 70 ans	21/412.374	5,1	(3,2;7,8)	15/539.590	2,8	(1,6;4,6)	1,8	(0,9;3,8)
Région bruxelloise								
0-44 ans	27/240.965	11,2	(7,4;16,3)	27/234.003	11,5	(7,6;16,8)	1,0	(0,5;1,7)
45-69 ans	25/106.463	23,5	(15,2;34,7)	8/111.911	7,1	(3,1;14,1)	3,3	(1,4;8,4)
≥ 70 ans	10/36.480	27,4	(13,1;50,4)	4/58.876	6,8	(1,9;17,4)	4,0	(1,2;17,6)
Région wallonne								
0-44 ans	30/900.457	3,3	(2,2;4,8)	14/871.436	1,6	(0,9;2,7)	2,1	(1,1;4,2)
45-69 ans	25/513.299	4,9	(3,2;7,2)	9/543.743	1,7	(0,8;3,1)	2,9	(1,3;7,2)
≥ 70 ans	16/177.593	9,0	(5,1;14,6)	3/260.364	1,2	(0,2;3,4)	7,8	(2,2;41,9)

ANNEXE 3b : SEX-RATIO PAR GROUPES D'ÂGE EN BELGIQUE ET PAR RÉGION, CHEZ LES NON-BELGES – 2020

	Hommes			Femmes					
	n/N	/100.000 (IC95 %)		n/N	/100.000 (IC95 %)		Sex-ratio (IC95 %)		p*
Belgique									
0-29 ans	136/257.529	52,8	(44,3;62,5)	63/260.174	24,2	(18,6;31,0)	2,2	(1,6;3,0)	0,687
30-39 ans	71/142.444	49,8	(38,9;62,9)	43/149.920	28,7	(20,8;38,6)	1,7	(1,2;2,6)	0,387
≥ 40 ans	110/322.953	34,1	(28,0;41,1)	49/293.631	16,7	(12,3;22,1)	2,0	(1,4;2,9)	0,085
Région flamande									
0-29 ans	68/125.501	54,2	(42,1;68,7)	33/122.773	26,9	(18,5;37,7)	2,0	(1,3;3,2)	
30-39 ans	23/64.203	35,8	(22,7;53,8)	19/65.995	28,8	(17,3;45,0)	1,2	(0,6;2,4)	
≥ 40 ans	34/128.913	26,4	(18,3;36,9)	23/111.358	20,7	(13,1;31,0)	1,3	(0,7;2,3)	
Région bruxelloise									
0-29 ans	35/79.243	44,2	(30,8;61,4)	18/83.451	21,6	(12,8;34,1)	2,0	(1,1;3,8)	
30-39 ans	28/47.815	58,6	(38,9;84,6)	14/49.839	28,1	(15,4;47,1)	2,1	(1,1;4,3)	
≥ 40 ans	52/86.740	59,9	(44,8;78,6)	19/82.469	23,0	(13,9;36,0)	2,6	(1,5;4,7)	
Région wallonne									
0-29 ans	33/52.785	62,5	(43,0;87,8)	12/53.950	22,2	(11,5;38,9)	2,8	(1,4;6,0)	
30-39 ans	20/30.426	65,7	(40,2;101,5)	10/34.086	29,3	(14,1;54,0)	2,2	(1,0;5,4)	
≥ 40 ans	24/107.300	22,4	(14,3;33,3)	7/99.804	7,0	(2,8;14,5)	3,2	(1,3;8,8)	

*Hétérogénéité régions

ANNEXE 3c : SEX-RATIO PAR RÉGION, CHEZ LES NON-BELGES – 2020 (SUJETS NON-ÉTABLIS INCLUS)

	Hommes			Femmes				
	n/N	/100.000 (IC95 %)		n/N	/100.000 (IC95 %)		Sex-ratio (IC95 %)	p*
Belgique	317/722.926	43,8	(39,2;49,0)	155/703.725	22,0	(18,7;25,8)	2,0 (1,6;2,4)	0,396
Région flamande	125/318.617	39,2	(32,7;46,7)	75/300.126	25,0	(19,7;31,3)	1,6 (1,2;2,1)	0,281
Région bruxelloise	115/213.798	53,8	(44,4;64,6)	51/215.759	23,6	(17,6;31,1)	2,3 (1,6;3,2)	0,797
Région wallonne	77/190.511	40,4	(31,9;50,5)	29/187.840	15,4	(10,3;22,2)	2,6 (1,7;4,2)	0,820

*Hétérogénéité

ANNEXE 3d : SEX-RATIO PAR RÉGION, CHEZ LES NON-BELGES – 2020 (SUJETS NON-ÉTABLIS EXCLUS)

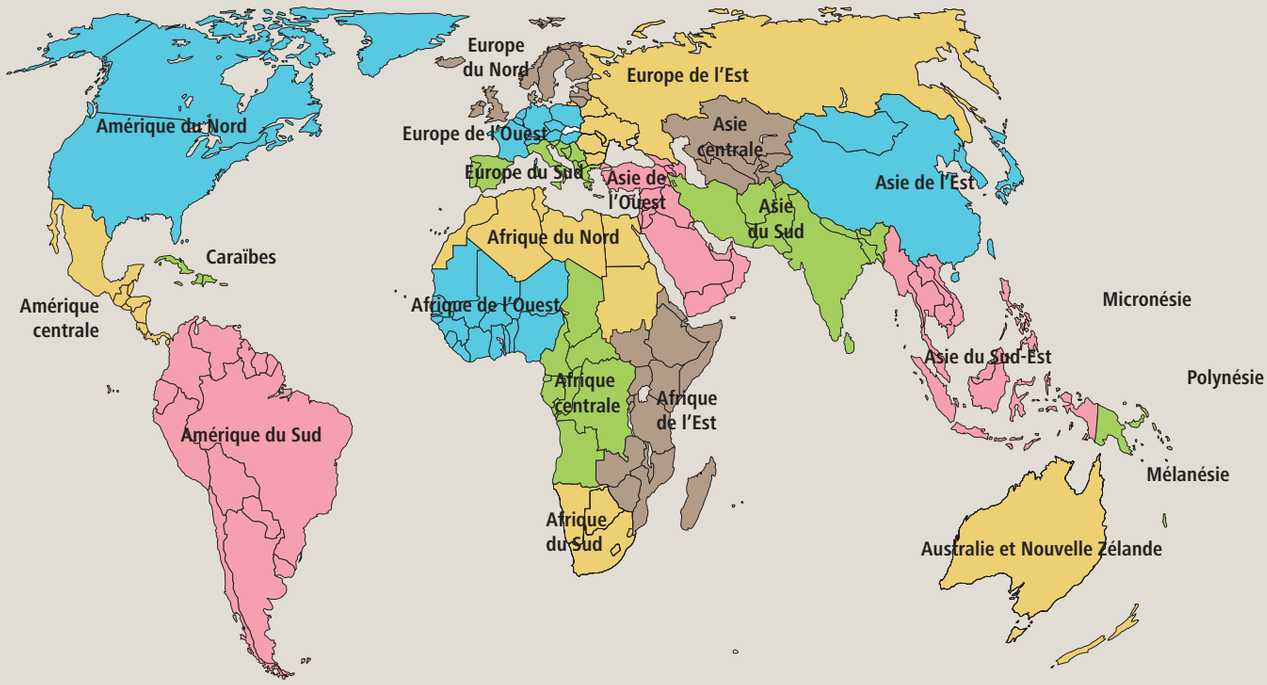
	Hommes			Femmes				
	n/N	/100.000 (IC95 %)		n/N	/100.000 (IC95 %)		Sex-ratio (IC95 %)	p*
Belgique	172/722.926	23,8	(20,4;27,6)	129/703.725	18,3	(15,3;21,8)	1,3 (1,0;1,6)	0,385
Région flamande	71/318.617	22,3	(17,4;28,1)	56/300.126	18,7	(14,1;24,2)	1,2 (0,8;1,7)	0,281
Région bruxelloise	60/213798	28,1	(21,4;36,1)	47/215.759	21,8	(16,0;29,0)	1,3 (0,9;1,9)	0,123
Région wallonne	41/190511	21,5	(15,4;29,2)	26/187.840	13,8	(9,0;20,3)	1,6 (0,9;2,6)	0,616

*Hétérogénéité

ANNEXE 4 RÉGIONS DE NAISSANCE

ANNEXE 4a. CARTE DES RÉGIONS SELON LA CATÉGORISATION DES NATIONS UNIES

Sous-régions



ANNEXE 4b. LIEU DE NAISSANCE PAR SOUS-RÉGIONS* POUR TOUS LES CAS DU REGISTRE – 2020**

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europe de l'Ouest	115	31,9	49	18,4	79	38,9	243	29,3
Afrique du Nord	31	8,6	59	22,1	15	7,4	105	12,7
Afrique de l'Est	55	15,3	19	7,1	20	9,9	94	11,3
Afrique centrale	18	5,0	34	12,7	29	14,3	81	9,8
Asie du Sud	53	14,7	22	8,2	6	3,0	81	9,8
Europe de l'Est	22	6,1	26	9,7	9	4,4	57	6,9
Afrique de l'Ouest	17	4,7	24	9,0	15	7,4	56	6,7
Europe du Sud	10	2,8	10	3,7	13	6,4	33	4,0
Asie de l'Ouest	15	4,2	3	1,1	8	3,9	26	3,1
Asie du Sud-Est	14	3,9	4	1,5	4	2,0	22	2,7
indéterminé***	0	0,0	10	3,7	1	0,5	11	1,3
Asie de l'Est	7	1,9	2	0,7	0	0,0	9	1,1
Amérique du Sud	1	0,3	4	1,5	2	1,0	7	0,8
Afrique du Sud	1	0,3	1	0,4	0	0,0	2	0,2
Caraïbes	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,1
Amérique centrale	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,1
Asie centrale	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Total	**360**		**267**		**203**		**830**	

*Catégorisation des Nations Unies **Certaines sous-régions ont été omises faute d'effectifs ***Sans spécification du pays de naissance

ANNEXE 5 RATIOS STANDARDISÉS D'INCIDENCES PAR PROVINCE

ANNEXE 5a : RATIOS STANDARDISÉS D'INCIDENCES CHEZ LES BELGES, PAR PROVINCE (BRUXELLES INCLUS) – 2020

Province	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR** (IC95 %)	p***
Luxembourg	3/262.917	1,1 (0,2;3,3)	0,8 (0,2;2,9)	0,9363
Namur	7/470.021	1,5 (0,6;3,1)	1,0	-
Flandre occidentale	22/1.131.070	1,9 (1,2;2,9)	1,2 (0,5;2,9)	0,4818
Limbourg	15/785.047	1,9 (1,1;3,2)	1,2 (0,5;3,0)	0,2605
Flandre orientale	32/1.414.586	2,3 (1,5;3,2)	1,5 (0,7;3,4)	0,6847
Hainaut	36/1.182.649	3,0 (2,1;4,2)	2,1 (0,9;4,7)	0,3012
Brabant wallon	12/364.949	3,3 (1,7;5,7)	2,2 (0,9;5,6)	0,4588
Anvers	56/1.646.230	3,4 (2,6;4,4)	2,3 (1,0;5,0)	0,5480
Brabant flamand	35/1.033.467	3,4 (2,4;4,7)	2,3 (1,0;5,1)	0,9638
Liège	39/986.356	4,0 (2,8;5,4)	2,6 (1,2;5,9)	0,6271
Bruxelles	101/788.698	12,8 (10,4;15,6)	8,7 (4,1;18,8)	0,9255

*Province de référence **Standardisation pour l'âge et le sexe par la méthode de Mantel ***Hétérogénéité

ANNEXE 5b : RATIOS STANDARDISÉS D'INCIDENCES CHEZ LES NON-BELGES, PAR PROVINCE (BRUXELLES INCLUS) (NON ÉTABLIS INCLUS) – 2020

Province	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR** (IC95 %)	p***
Limbourg	13/92.323	14,1 (7,5;24,1)	1,0	-
Brabant flamand	29/122.376	23,7 (15,9;34,0)	1,5 (0,8;2,9)	0,3500
Brabant wallon	9/41.070	21,9 (10,0;41,6)	1,6 (0,7;3,7)	0,8248
Liège	31/123.444	25,1 (17,1;35,6)	1,8 (0,9;3,4)	0,4252
Hainaut	38/164.191	23,1 (16,4;31,8)	1,9 (1,0;3,5)	0,2092
Flandre orientale	39/110.669	35,2 (25,1;48,2)	2,3 (1,2;4,1)	0,1719
Anvers	80/223.500	35,8 (28,4;44,5)	2,3 (1,3;4,1)	0,2478
Bruxelles	166/429.557	38,6 (33,0;45,0)	2,7 (1,5;4,7)	0,0495
Luxembourg	11/23.835	46,2 (23,0;82,6)	3,2 (1,4;7,1)	0,5426
Flandre occidentale	39/69.875	55,8 (39,7;76,3)	3,4 (1,8;6,3)	0,5233
Namur	17/25.811	65,9 (38,4;105,5)	4,7 (2,3;9,8)	0,9215

*Province de référence **Standardisation pour l'âge et le sexe par la méthode de Mantel ***Hétérogénéité

ANNEXE 5c : RATIOS STANDARDISÉS D'INCIDENCES CHEZ LES NON-BELGES, PAR PROVINCE (BRUXELLES INCLUS) (NON ÉTABLIS EXCLUS) – 2020

Province	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR** (IC95 %)	p***
Limbourg	2/92.323	2,2 (0,3;7,8)	0,2 (0,0;0,9)	0,5824
Brabant wallon	5/41.070	12,2 (4,0;28,4)	1,0	-
Luxembourg	3/23.835	12,6 (2,6;36,8)	1,1 (0,2;4,5)	0,4963
Hainaut	24/164.191	14,6 (9,4;21,7)	1,3 (0,5;3,3)	0,3467
Liège	24/123.444	19,4 (12,5;28,9)	1,6 (0,6;4,1)	0,3592
Brabant flamand	24/122.376	19,6 (12,6;29,2)	1,6 (0,6;4,2)	0,6343
Anvers	48/223.500	21,5 (15,8;28,5)	1,7 (0,7;4,4)	0,8121
Flandre orientale	22/110.669	19,9 (12,5;30,1)	1,8 (0,7;4,8)	0,4845
Bruxelles	107/429.557	24,9 (20,4;30,1)	2,1 (0,9;5,2)	0,5296
Namur	11/25.811	42,6 (21,3;76,3)	3,5 (1,2;10,3)	0,7596
Flandre occidentale	31/69.875	44,4 (30,1;63,0)	3,7 (1,4;9,8)	0,7374

*Province de référence **Standardisation pour l'âge et le sexe par la méthode de Mantel ***Hétérogénéité

ANNEXE 6 LOCALISATIONS DE LA TUBERCULOSE

ANNEXE 6 : LOCALISATIONS DE LA TUBERCULOSE (UN OU PLUSIEURS SITES PAR PATIENT) EN FONCTION DE L'ÂGE – 2020

	0-14 ans		15-44 ans		45-64 ans		≥ 65 ans		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pulmonaire	36	56,2	302	49,0	127	55,0	98	65,3	563	53,1
Ganglionnaire extra-thoracique	8	12,5	104	16,9	27	11,7	5	3,3	144	13,6
Pleurale	4	6,2	52	8,4	14	6,1	15	10,0	85	8,0
Ganglionnaire intra-thoracique	5	7,8	43	7,0	20	8,7	10	6,7	78	7,4
Miliaire	3	4,7	25	4,1	13	5,6	8	5,3	49	4,6
Digestive	3	4,7	19	3,1	5	2,2	2	1,3	29	2,7
Autre	2	3,1	15	2,4	6	2,6	5	3,3	28	2,6
Mal de Pott	0	0,0	19	3,1	3	1,3	2	1,3	24	2,3
Ostéo-articulaire	1	1,6	14	2,3	4	1,7	1	0,7	20	1,9
Urogénitale	0	0,0	11	1,8	4	1,7	3	2,0	18	1,7
Meningée	1	1,6	5	0,8	5	2,2	1	0,7	12	1,1
Laryngée	1	1,6	2	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Système nerveux central	0	0,0	2	0,3	1	0,4	0	0,0	3	0,3
Sang	0	0,0	2	0,3	1	0,4	0	0,0	3	0,3
Disséminée *	0	0,0	1	0,2	1	0,4	0	0,0	2	0,2
Cutanée	0	0,0	1	0,2	1	0,4	0	0,0	2	0,2
Pas de site mentionné	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total PATIENTS	**48**		**471**		**187**		**124**		**830**	
Total SITES	**64**		**616**		**231**		**150**		**1.061**	

*Atteinte d'au moins deux systèmes d'organes extra-pulmonaires, sans localisation pulmonaire

ANNEXE 7 RÉSULTATS BACTÉRIOLOGIQUES

ANNEXE 7a : DONNÉES RELATIVES À L'EXAMEN MICROSCOPIQUE DIRECT PAR RÉGION ET PAR NATIONALITÉ (CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE*), BELGIQUE – 2020

	Examen microscopique direct	Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
		%	%	%	%
Belges		**n=117**	**n=73**	**n=76**	**n=266**
	Positif	46,2	27,4	52,6	42,9
	Négatif	49,6	71,2	43,4	53,8
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	0,0	0,0	0,0
	Non réalisé	4,3	1,4	3,9	3,4
	Inconnu	0,0	0,0	0,0	0,0
Non-Belges		**n=116**	**n=114**	**n=78**	**n=308**
	Positif	55,2	42,1	37,2	45,8
	Négatif	38,8	52,6	60,3	49,4
	Réalisé, résultat inconnu	0,9	0,0	0,0	0,3
	Non réalisé	5,2	3,5	2,6	3,9
	Inconnu	0,0	1,8	0,0	0,6
Total		**n=233**	**n=187**	**n=154**	**n=574**
	Positif	50,6	36,4	44,8	44,4
	Négatif	44,2	59,9	51,9	51,4
	Réalisé, résultat inconnu	0,4	0,0	0,0	0,2
	Non réalisé	4,7	2,7	3,2	3,7
	Inconnu	0,0	1,1	0,0	0,3

*TBC pulmonaire considérée comme site majeur selon la classification internationale (1 seule localisation par patient)

ANNEXE 7b : DONNÉES RELATIVES À LA CULTURE DE *M. TUBERCULOSIS* PAR RÉGION ET PAR NATIONALITÉ (CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE*), BELGIQUE – 2020

	Culture des expectorations	Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
		%	%	%	%
Belges		**n=117**	**n=73**	**n=76**	**n=266**
	Positif	82,1	76,7	82,9	80,8
	Négatif	14,5	23,3	13,2	16,5
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	0,0	1,3	0,4
	Non réalisé	3,4	0,0	2,6	2,3
	Inconnu	0,0	0,0	0,0	0,0
Non-Belges		**n=116**	**n=114**	**n=78**	**n=308**
	Positif	84,5	74,6	73,1	77,9
	Négatif	15,5	23,7	20,5	19,8
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	0,0	3,8	1,0
	Non réalisé	0,0	0,9	1,3	0,6
	Inconnu	0,0	0,9	1,3	0,6
Total		**n=233**	**n=187**	**n=154**	**n=574**
	Positif	83,3	75,4	77,9	79,3
	Négatif	15,0	23,5	16,9	18,3
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	0,0	2,6	0,7
	Non réalisé	1,7	0,5	1,9	1,4
	Inconnu	0,0	0,5	0,6	0,3

*TBC pulmonaire considérée comme site majeur selon la classification internationale (1 seule localisation par patient)

ANNEXE 7c : DONNÉES RELATIVES À LA CULTURE DE *M. TUBERCULOSIS* PAR RÉGION ET PAR NATIONALITÉ (CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE), BELGIQUE – 2020

	Culture des échantillons	Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
		%	%	%	%
Belges		**n=43**	**n=28**	**n=21**	**n=92**
	Positive	55,8	53,6	52,4	54,3
	Négative	30,2	35,7	19,0	29,3
	Réalisée, résultat inconnu	0,0	0,0	9,5	2,2
	Non réalisée	14,0	10,7	9,5	12,0
	Inconnu	0,0	0,0	9,5	2,2
Non-Belges		**n=84**	**n=52**	**n=28**	**n=164**
	Positive	83,3	71,2	57,1	75,0
	Négative	11,9	26,9	32,1	20,1
	Réalisée, résultat inconnu	0,0	0,0	7,1	1,2
	Non réalisée	4,8	1,9	3,6	3,7
	Inconnu	0,0	0,0	0,0	0,0
Total		**n=127**	**n=80**	**n=49**	**n=256**
	Positive	74,0	65,0	55,1	67,6
	Négative	18,1	30,0	26,5	23,4
	Réalisée, résultat inconnu	0,0	0,0	8,2	1,6
	Non réalisée	7,9	5,0	6,1	6,6
	Inconnu	0,0	0,0	4,1	0,8

ANNEXE 7d : DISPONIBILITÉ DES TESTS DE SENSIBILITÉ CHEZ LES PATIENTS POSITIFS À LA CULTURE ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE, PAR RÉGION ET PAR NATIONALITÉ, BELGIQUE – 2020

	Tests de sensibilité	Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
Belges	Disponibles	n=96	n=56	n=63	n=215
		94,8 %	**100 %**	**92,1 %**	**95,3 %**
Non-Belges	Disponibles	n=98	n=85	n=57	n=240
		100 %	**100 %**	**93,0 %**	**98,3 %**
Total	Disponibles	n=194	n=141	n=120	n=455
		97,4 %	**100 %**	**92,5 %**	**96,9 %**

ANNEXE 7e : DISPONIBILITÉ DES TESTS DE SENSIBILITÉ CHEZ LES PATIENTS POSITIFS À LA CULTURE ATTEINTS DE TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE, PAR RÉGION ET PAR NATIONALITÉ, BELGIQUE – 2020

	Tests de sensibilité	Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
Belges	Disponibles	n=24	n=15	n=11	n=50
		100 %	**100 %**	**100 %**	**100 %**
Non-Belges	Disponibles	n=70	n=37	n=16	n=123
		100 %	**100 %**	**93,8**	**99,2 %**
Total	Disponibles	n=94	n=52	n=27	n=173
		100 %	**100 %**	**96,3 %**	**99,4 %**

ANNEXE 7f : DISPONIBILITÉ DES TESTS DE SENSIBILITÉ CHEZ LES PATIENTS POSITIFS À LA CULTURE ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE ET EXTRA-PULMONAIRE, PAR RÉGION ET PAR NATIONALITÉ, BELGIQUE – 2020

	Tests de sensibilité	Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
Belges	Disponibles	n=120	n=71	n=74	n=265
		95,8 %	**100 %**	**93,2 %**	**96,2 %**
Non-Belges	Disponibles	n=168	n=122	n=73	n=363
		100 %	**100 %**	**93,2 %**	**98,6 %**
Total	Disponibles	n=288	n=193	n=147	n=628
		98,3 %	**100 %**	**93,2 %**	**97,6 %**

ANNEXE 8 DÉPISTAGE VIH

ANNEXE 8 : RÉALISATION ET RÉSULTATS DU DÉPISTAGE VIH PARMI LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE (DONNÉES COLLECTÉES EN RÉGION WALLONNE ET RÉGION BRUXELLOISE) – 2020

Test VIH	Région bruxelloise		Région wallonne		Total	
	n	%	n	%	n	%
Résultat négatif	192	71,9	119	58,6	311	66,2
Résultat positif	15	5,6	6	3,0	21	4,5
Testé, résultat inconnu	1	0,4	3	1,5	4	0,9
Non testé	29	10,9	42	20,7	71	15,1
Inconnu	30	11,2	33	16,3	63	13,4
Total des patients	**267**		**203**		**470**	

FARES
Fonds des affections respiratoires asbl

Avec le soutien de la Région wallonne, de la COCOF et de la COCOM