



REGISTRE BELGE DE LA TUBERCULOSE 2021

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

Bruxelles, mars 2023
D/2023/5052/1

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 2021, FARES asbl, mars 2023**



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 2021 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 2020.

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 Delhay, 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 2021	7
1. Nombre de cas et incidence de la tuberculose en Belgique	7
2. Antécédents 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	10
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 2020	34
CONCLUSION ET PERSPECTIVES OPÉRATIONNELLES	37
ANNEXES	43

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 active¹ 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-bru²).

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 Gezondheid 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 et 2021 sont particulières au contexte pandémique.

De manière générale, tous les chiffres de 2020 et 2021 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 2021, 875 cas de tuberculose ont été déclarés, ce qui correspond à une incidence de 7,6 cas de tuberculose par 100.000 habitants, soit une légère reprise par rapport à 2020 (7,2/100.000 ; n=830), mais bien en deçà de l'incidence de 8,5/100.000 observée en 2019 (n=968).

Situation dans les trois régions

- Jusqu'en 2019, l'incidence diminue très lentement en Wallonie et en Flandre. À Bruxelles, après une ascension progressive observée depuis 2014, elle commence à diminuer à nouveau en 2019. En 2020, l'incidence diminue partout en Belgique, dans le contexte de la pandémie. En 2021, l'incidence continue à diminuer en Flandre. Par contre, elle augmente légèrement à Bruxelles, et de manière plus importante en Wallonie.
- En Wallonie, 261 cas de tuberculose ont été notifiés en 2021 (versus 203 en 2020). L'incidence (7,2/100.000) est nettement supérieure à celle de 2020 (5,6/100.000) mais aussi de celle de 2019 (6,2/100.000 ; n=224), mais ce n'est statistiquement pas significatif.
- En Flandre, l'incidence continue sa lente décroissance, passant de 6,1/100.000 (n=404) en 2019 à 5,4/100.000 (n=360) en 2020 puis 5,1/100.000 (n=336) en 2021.

- En Région bruxelloise, l'incidence en 2021 monte légèrement (22,8/100.000 ; n=278) par rapport à 2020 (21,9/100.000 ; n=267) mais reste nettement inférieure à celle de 2019 (28,1/100.000 ; n=340). Elle reste, néanmoins, 3 à 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 2021, leur incidence moyenne est plus de 4 fois supérieure (18,7/100.000) à celle des petites entités (4,3/100.000) et 2,5 fois plus élevée que celle de la Belgique (7,6/100.000).
- En 2021, les incidences les plus élevées ont été observées dans les villes de Liège (23,9/100.000 ; n=47) qui pour la première fois surpasse celle de Bruxelles, suivie par la capitale (22,8/100.000 ; n=278), puis Anvers (n=89) et Charleroi (n=34), qui présentent toutes deux une incidence de 16,8/100.000 habitants.
- Namur a vu son incidence fortement augmenter, à 15,2/100.000 (n=17) alors qu'elle était en deçà de 10/100.000, ces dernières années. Les villes de Bruges et Gand ont une incidence inférieure à 10/100.000 en 2021.

Âge

- En 2021, la tuberculose touche préférentiellement la population active : 40,3 % des cas ont entre 25 et 44 ans, 20,9 % entre 45 et 64 ans et 26,2 % entre 0 et 24 ans. Les 12,6 % restant concernent la tranche d'âge des 65 ans et plus.
- L'âge médian est de 34 ans ; il est plus bas chez les non-Belges (31 ans) comparé à celui des Belges (46 ans).
- Les 0-4 ans (n=12) ne représentent que 1,4 % du total des cas déclarés en 2021 et 29 % des 0-14 ans (n=41). Les deux tiers sont de nationalité belge (n=8).
- Chez les Belges, l'incidence de la tuberculose est plus élevée dans les tranches d'âge supérieures. Ainsi, en 2021, tout comme en 2020 et 2019, les

75 ans et plus sont plus de 4 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.

Antécédents de tuberculose

- Les antécédents sont inconnus pour 16,7 % des cas. Cette proportion reste importante et peut influencer sur la qualité des résultats d'analyses impliquant cette variable.
- Parmi les sujets de statut connu, 8 % ont des antécédents de tuberculose.

Sexe

- Parmi les cas notifiés en 2021, 68,2 % 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 2021, 62,7 % des cas du registre sont de nationalité étrangère (n=549). Cette proportion est plus importante en Région bruxelloise (69,8 %) par rapport à la Wallonie (60,2 %) et à la Flandre (58,9 %).
- La proportion de patients nés à l'étranger, après exclusion des patients pour lesquels le pays de naissance n'est pas connu, est de 76,2 % et atteint 85,6 % en Région bruxelloise.
- Les individus de nationalité étrangère proviennent plus particulièrement d'Afrique (57,4 % des cas), d'Asie (21,5 %) et d'Europe de l'Est (11,3 %).
- L'incidence chez les Belges est de 3,2/100.000 en 2021. Elle est 12 fois plus élevée chez les non-Belges (37,9/100.000) mais si les sujets non-établis sont exclus, la différence s'amenuise (22/100.000).
- En Belgique, l'incidence standardisée des cas de tuberculose, confirmés par la culture, tend à diminuer significativement depuis 2001

aussi bien chez les Belges que chez les non-Belges. Parmi les non-Belges toutefois, après une diminution de l'incidence standardisée significative entre 2019 (26,5/100.000) et 2020 (21/100.000), l'incidence standardisée remonte à 29/100.000 en 2021, dépassant donc celle observée en 2019. Les chiffres des deux dernières années doivent être interprétés 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 (69,3 % en 2021) ; 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 (12,2 %).
- Parmi les formes graves de la tuberculose, 6 méningites et 30 miliaires ont été répertoriées.

Résultats bactériologiques

- Parmi les 875 cas du registre, 75,3 % ont été confirmés par la bactériologie (culture positive).
- Sur les 606 patients atteints de tuberculose pulmonaire, 44,6 % étaient positifs à l'examen direct des expectorations (ce qui signe une contagiosité plus élevée) et 82,0 % à la culture.
- La confirmation bactériologique est moindre pour les tuberculoses extra-pulmonaires (60,2 %).
- Les résultats de l'antibiogramme avant le traitement montrent une proportion de multirésistance (résistance au moins à l'isoniazide et à la rifampicine) de 1,4 % (n=9). La résistance à au moins un antituberculeux de première ligne est de 7,1 % et la monorésistance à l'isoniazide est de 5,1 %.
- 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 2021, 14,7 % sont des demandeurs de protection internationale³, ce qui est plus élevé qu'en 2020 (11,4%) et 2019 (8,5 %). La proportion de patients en séjour irrégulier sur le territoire augmente légèrement (11,5 %) par rapport à celle de 2020 (9,2 %) et dépasse même le pic de 2018 (10,8 %). Ces 2 groupes intimement liés, de par le fait qu'ils ne sont pas établis en Belgique, représentent un quart des cas du registre et leur répartition entre région peut varier : on observe une surreprésentation des demandeurs de protection internationale en Wallonie (26,4 %) par rapport à la Flandre (11,6 %) et à Bruxelles (7,6 %) alors que les personnes en situation irrégulière sont nettement plus représentées à Bruxelles (24,8 %) par rapport à 4,8% en Flandre et 6,1% en Wallonie.
- La proportion de sans-abri parmi les cas de tuberculose augmente à nouveau sur l'ensemble du territoire en 2021 (8,7 %) pour retourner aux valeurs observées en 2019 (8,5 %), Il en est de même sur le territoire bruxellois, où leur proportion avait diminué de 19,4 % à 14,2 %, entre 2019 et 2020 et revient à 19,4% en 2021.
- La proportion de prisonniers remonte à 2,3 % en 2021. Plus de la moitié (n=11) des 20 cas de tuberculose diagnostiqués en milieu carcéral en 2021 ont été répertoriés en Région flamande.

- Les personnes ayant eu des contacts récents (datant de moins de 2 ans) avec des patients tuberculeux contagieux représentent cette année 9,6 % (n=84) des cas notifiés en 2021.
- Parmi les cas du registre, 3,2 % sont connus pour vivre avec le VIH (n=28). La Région flamande recense le plus de cas (n=15).

Résultats du traitement de la cohorte 2020

- La proportion d'issues favorables du traitement pour les patients atteints de tuberculose pulmonaire positive à la culture reste similaire à celle de 2018 et 2019. Le taux de succès de traitement est de 82,4 % pour la Belgique. Toutefois, des disparités sont observées entre les 3 régions : En Flandre et en Wallonie, il est supérieur à 80% (85,9 % et 83,0 % respectivement), alors qu'il reste en dessous de 80 % en Région bruxelloise (77,4 %).
- Les Belges et les non-Belges ont un taux de succès du traitement similaire (81,9% et 82,7 %, respectivement).
- Le taux de décès reste élevé en Belgique (9,5 %) dont la moitié est toutefois liée à une comorbidité.
- La proportion d'abandons de traitement (7 %) a diminué en Belgique grâce aux nombreux efforts consentis pour assurer une meilleure observance au traitement. À Bruxelles, cependant, elle reste supérieure à 10% (12,2 %).

3 Anciennement nommés «demandeurs d'asile».

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS TUBERCULEUX EN 2021

1 NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE EN BELGIQUE

En 2021, 875 patients atteints de la tuberculose ont été déclarés en Belgique ; soit 7,6 cas de tuberculose par 100.000 habitants. L'incidence nationale de cette année est légèrement plus élevée que celle de 2020 (7,2/100.000), qui était l'incidence la plus basse jamais observée en Belgique et qui était attribuable, vraisemblablement, au contexte de la pandémie de Covid-19.

2 ANTÉCEDENTS DE TUBERCULOSE

Les antécédents de tuberculose⁴ ne sont pas connus pour 16,7% des patients notifiés en 2021. Ce taux reste similaire d'une année à l'autre à l'exception de celui, supérieur, observé en 2020 (20,6%). Il s'agit d'un problème récurrent plus important en Flandre (19,6 %) et chez les non-Belges à l'échelle nationale (19,7 %). 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, 8,0 % auraient déjà souffert de tuberculose dans le passé (annexe 1b). Les 92 % restants sont à considérer comme des nouveaux cas⁵ 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 87,8% des patients tuberculeux déclarés en 2021 ont été diagnostiqués à l'occasion d'une démarche spontanée⁶. Cette proportion est similaire à celles de 2019 (88,5 %) et 2020 (90,1%).

En termes de santé publique, il est important de dépister précocement les tuberculeux 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, spécifiquement les Demandeurs de Protection Internationale (DPI), les détenus et le personnel médico-social (cfr risques de tuberculose au chapitre 11). En 2021, 75 cas de tuberculose (8,6%) ont été identifiés via un dépistage actif, bien plus que les 49 cas (5,1 %) en 2019 et les 44 cas (5,3 %) en 2020. C'est le nombre de DPI diagnostiqués via dépistage actif qui a fortement augmenté, passant de 36 en 2020 à 58 en 2021.

4 Dans le registre, 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.

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 25 cas de tuberculose (2,9 %) en 2021 (versus 3,9 % en 2019 et 3,7% en 2020), dont près de la moitié des cas en Région bruxelloise. La rentabilité de ce dépistage est particulièrement élevée chez les jeunes enfants de 0-4 ans puisque 58,3 % 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 5,9 %. 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 1,7%.

Le tableau 1 donne une idée des disparités de type de dépistage qui existent par région.

TABEAU 1. TYPES DE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE EN BELGIQUE ET PAR REGION – 2021

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dépistage passif	305	90,8	244	87,8	219	83,9	768	87,8
Dépistage des contacts	9	2,7	12	4,3	4	1,5	25	2,9
Dépistage des groupes à risque	19	5,7	20	7,2	36	13,8	75	8,6
Inconnu	3	0,9	2	0,7	2	0,8	7	0,8
Total	336		278		261		875	

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 2021.

TABEAU 2. DISTRIBUTION SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LA NATIONALITÉ DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET PARMI LES PATIENTS TUBERCULEUX DU REGISTRE, PAR RÉGION – 2021

	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	27,0 %	23,2 %	31,1 %	27,0 %	28,9 %	29,1 %	28,1 %	26,2 %
25-44 ans	25,1 %	42,9 %	32,5 %	41,7 %	25,1 %	35,6 %	25,9 %	40,3 %
45-64 ans	27,2 %	19,6 %	23,4 %	21,2 %	26,9 %	22,2 %	26,7 %	20,9 %
≥ 65 ans	20,7 %	14,3 %	13,0 %	10,1 %	19,0 %	13,0 %	19,3 %	12,6 %
Âge médian								
Total	-	35,0	-	33,0	-	34,0	-	34,0
Belges	-	46,0	-	40,5	-	47,5	-	46,0
Non-Belges	-	31,5	-	31,0	-	27,0	-	31,0
Sexe								
Hommes	49,5 %	65,2 %	49,1 %	74,1 %	48,9 %	65,9 %	49,3 %	68,2 %
Nationalité								
Non-Belges	9,5 %	58,9 %	35,5 %	69,8 %	10,5 %	60,2 %	12,6 %	62,7 %
Population								
Pop. totale	6.653.062	336	1.219.970	278	3.648.206	261	11.521.238	875

*SPF Economie – DG Statistique ; chiffres au 01/01/2021

Âge

En 2021, le groupe d'âge le plus représenté parmi les cas de tuberculose est celui des 25-44 ans, tant en Belgique (40,3 %) que dans les trois régions. Dans la population générale, ce n'est qu'à Bruxelles que cette tranche d'âge est aussi la plus représentée (32,5 %).

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 2021, 68,2 % des cas de tuberculose déclarés en Belgique sont de sexe masculin.

Nationalité

En Belgique, en 2021, 62,7 % des patients atteints de tuberculose étaient de nationalité étrangère, ce qui est supérieur à l'année précédente (56,9 %). La proportion des non-Belges est nettement plus élevée en Région bruxelloise que dans les deux autres régions, tant dans la population générale (35,5 % contre 9,5 % en Région flamande et 10,5 % en Région wallonne) que dans celle des patients atteints de tuberculose (69,8 % contre 58,9 % en RF et 60,2 % en RW).

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 influencer 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 99,8 % en 2021. Afin de garder la possibilité de comparer les résultats actuels aux analyses faites antérieurement, la nationalité, disponible à 100 % des cas en 2021, 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-Belges⁷, les résultats des analyses seront présentés séparément pour chacune de ces deux sous-populations.

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

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 (40,3 %) parmi les cas de tuberculose déclarés en 2021 (tableau 2).

L'âge médian des patients tuberculeux enregistrés dans tout le pays en 2021 est de 34 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 non-Belges (31 ans) que chez les Belges (46 ans).

Incidence standardisée par groupes d'âge

Dans la méthode de standardisation⁸ 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.

Chez les Belges, en 2021, l'incidence de la tuberculose en fonction de l'âge augmente progressivement pour atteindre un premier pic chez les 30-44 ans puis diminue et réaugmente brutalement chez les personnes de 75 ans et plus. Le rapport standardisé d'incidences entre les âges extrêmes atteint 4,6.

TABLEAU 3. RATIOS STANDARDISÉS D'INCIDENCES (mIDR)* CHEZ LES BELGES ET LES NON-BELGES APRÈS STRATIFICATION POUR L'ÂGE, BELGIQUE – 2021

Âge	Belges			Non-Belges		
	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR (IC95 %)	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR (IC95 %)
0-14 ans**	20/1.695.814	1,2 (0,7;1,8)	1,0 (,;)	21/232.877	9,0 (5,6;13,8)	1,0 (,;)
15-29 ans	56/1.750.169	3,2 (2,4;4,2)	2,7 (1,6;4,5)	241/287.405	83,9 (73,6;95,1)	9,4 (6,0;14,7)
30-44 ans	74/1.823.028	4,1 (3,2;5,1)	3,5 (2,1;5,7)	170/425.628	39,9 (34,2;46,4)	4,5 (2,8;7,0)
45-59 ans	76/2.045.792	3,7 (2,9;4,6)	3,2 (1,9;5,2)	75/296.825	25,3 (19,9;31,7)	2,8 (1,7;4,5)
60-74 ans	51/1.783.613	2,9 (2,1;3,8)	2,5 (1,5;4,2)	32/145.057	22,1 (15,1;31,1)	2,4 (1,4;4,2)
≥ 75 ans	49/974.969	5,0 (3,7;6,6)	4,6 (2,8;7,8)	10/60.061	16,6 (8,0;30,6)	1,9 (0,9;3,9)

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

Chez les non-Belges, on observe un pic d'incidence plus marqué chez les personnes âgées entre 15 et 29 ans. Le rapport standardisé d'incidences entre ce groupe et celui de référence (0-14 ans) est de 9,4.

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 graves⁹.

En 2021, 12 enfants de moins de 5 ans atteints de la tuberculose ont été répertoriés en Belgique dont 66,7 % sont de nationalité belge ($n=8$) ; ils représentent 1,4 % de l'ensemble des cas déclarés. Cette proportion est moindre que celles des dernières années, qui fluctuaient entre 2,4 et 3,3 % depuis 2014, à part la diminution observée en 2019 (1,7 %).

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.

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.

L'incidence est 3,3 fois supérieure chez les enfants allochtones de 0-4 ans par rapport à celle des enfants belges du même âge. Ce rapport continue à augmenter par rapport à 2020 (3,0) et est plus élevé que les années précédentes (2,3 en 2018 et 2,0 en 2019) (tableau 4).

TABEAU 4. INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS, PAR RÉGION – 2021

	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	4	1,4	(0,4;3,5)	0	0,0	(0,0;9,1)	0	0,0	(0,0;9,1)
Région bruxelloise	3	5,5	(1,1;16,2)	1	3,9	(0,1;21,5)	0	0,0	(0,0;14,2)
Région wallonne	1	0,6	(0,0;3,2)	3	19,8	(4,1;57,9)	2	13,2	(1,6;47,7)
Belgique	8	1,5	(0,7;3,1)	4	4,9	(1,3;12,6)	2	2,5	(0,3;8,9)

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 tuberculose¹⁰. Le dépistage des contacts est essentiel dans ce groupe d'âge.

En 2021, 58,3 % (n=7) des 12 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 2021, 68,2 % 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-ratio¹¹ varie de manière non significative en fonction de différents facteurs mais reste presque toujours 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'en Région flamande et Région wallonne (annexe 3a). Les différences de sex-ratio par groupe d'âge ne sont toutefois pas significatives.

TABEAU 5. SEX-RATIO PAR GROUPES D'ÂGE CHEZ LES BELGES, BELGIQUE – 2021

	Hommes			Femmes				
	n	/100.000 (IC 95 %)		n	/100.000 (IC 95 %)		Sex-ratio (IC 95 %)	p*
0-44 ans	79	3,0	(2,3;3,7)	71	2,7	(2,1;3,5)	1,1 (0,8;1,5)	0,389
45-69 ans	81	5,0	(3,9;6,2)	31	1,9	(1,3;2,6)	2,7 (1,7;4,2)	0,554
≥ 70 ans	44	6,9	(5,0;9,3)	20	2,3	(1,4;3,6)	3,0 (1,7;5,4)	0,574

*hétérogénéité

Cette tendance n'est pas observée chez les non-Belges : au niveau national tout comme au sein des trois régions, le sex-ratio est supérieur chez les 0-29 ans (annexe 3b). Chez les non-Belges, le sex-ratio est le plus élevé en Région bruxelloise 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 2021, 62,7 % des cas déclarés en Belgique sont de nationalité étrangère. Cette proportion est supérieure à celles observées dans les années antérieures. Parmi les 549 cas de nationalité étrangère, 92,7% 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 2021, la proportion de non-Belges parmi les cas de tuberculose reste plus importante en Région bruxelloise (69,8 %) comparée à la Flandre et à la Wallonie (respectivement 58,9 % et 60,2 %). À noter que la proportion de non-Belges dans la population générale en Région bruxelloise est trois fois supérieure à celles dans les deux autres régions.

TABLEAU 6. DISTRIBUTION DES NATIONALITÉS DES CAS DE TUBERCULOSE, PAR RÉGION – 2021

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Belges	138	41,1	84	30,2	104	39,8	326	37,3
Non-Belges	198	58,9	194	69,8	157	60,2	549	62,7
Total	336		278		261		875	

Principales nationalités représentées

Le tableau 7 présente la distribution des 549 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, 57,4 % proviennent du continent africain ; 21,5 % d'Asie et 11,3 % d'Europe de l'Est.

TABLEAU 7. RÉPARTITION DES NON-BELGES PAR SOUS-RÉGIONS* APRÈS STRATIFICATION POUR LA NATIONALITÉ – 2021**

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Afrique de l'Est	59	29,8	36	18,6	38	24,2	133	24,2
Asie du Sud	41	20,7	22	11,3	26	16,6	89	16,2
Afrique du Nord	11	5,6	40	20,6	25	15,9	76	13,8
Europe de l'Est	24	12,1	25	12,9	13	8,3	62	11,3
Afrique centrale	15	7,6	20	10,3	20	12,7	55	10,0
Afrique de l'Ouest	14	7,1	22	11,3	15	9,6	51	9,3
Europe du Sud	9	4,5	10	5,2	7	4,5	26	4,7
Asie de l'Ouest	6	3,0	5	2,6	4	2,5	15	2,7
Europe de l'Ouest	5	2,5	5	2,6	3	1,9	13	2,4
Amérique du Sud	3	1,5	4	2,1	3	1,9	10	1,8
Asie du Sud-Est	4	2,0	3	1,5	1	0,6	8	1,5
Asie de l'Est	4	2,0	2	1,0	0	0,0	6	1,1
Amérique centrale	2	1,0	0	0,0	1	0,6	3	0,5
Caraïbes	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,2
Europe du Nord	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Total	198		194		157		549	

*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 99,8 % 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, 76,2 % des patients pour lesquels le pays de naissance est connu sont nés hors Belgique. Plus d'un patient né hors Belgique sur deux (57,7 % ; n=385) est natif d'Afrique, dont 37 % viennent de la partie Est de ce continent. L'Asie est mentionnée comme lieu de naissance pour 22 % des cas (n=146) dont la majorité (n=100) vient d'Asie du Sud (Inde, Népal, Pakistan, Afghanistan, ...). Dix-sept pour cent (n=114) des patients notifiés sont nés en Europe dont plus de la moitié (n=68) 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 – 2021**

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Afrique de l'Est	67	26,9	37	15,5	39	21,4	143	21,4
Afrique du Nord	17	6,8	52	21,8	33	18,1	102	15,2
Asie du Sud	48	19,3	25	10,5	27	14,8	100	14,9
Afrique centrale	21	8,4	26	10,9	29	15,9	76	11,4
Europe de l'Est	28	11,2	27	11,3	13	7,1	68	10,2
Afrique de l'Ouest	20	8,0	28	11,8	16	8,8	64	9,6
Europe du Sud	12	4,8	10	4,2	8	4,4	30	4,5
Asie du Sud-Est	10	4,0	6	2,5	4	2,2	20	3,0
Asie de l'Ouest	8	3,2	7	2,9	4	2,2	19	2,8
Amérique du Sud	5	2,0	6	2,5	4	2,2	15	2,2
Europe de l'Ouest	3	1,2	9	3,8	3	1,6	15	2,2
Asie de l'Est	5	2,0	2	0,8	0	0,0	7	1,0
Amérique centrale	4	1,6	0	0,0	1	0,5	5	0,7
Indéterminé (***)	0	0,0	2	0,8	0	0,0	2	0,3
Caraïbes	0	0,0	1	0,4	1	0,5	2	0,3
Europe du Nord	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Total	249		238		182		669	

*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 2021, l'incidence chez les Belges est de 3,2/100.000. Elle est de 37,9/100.000 chez les non-Belges et tombe à 22/100.000 si on exclut les sujets non-établis¹². Par rapport aux années précédentes, l'incidence a continué de baisser chez les Belges (3,6/100.000 en 2020 et 4,3/100.000 en 2019) mais a réaugmenté chez les non-Belges par rapport à 2020 (33,1/100.000) même si elle reste inférieure à celle observée en 2019 (38,9/100.000).

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 1/01/2021.

Incidence standardisée par région, selon la nationalité

Dans la méthode de standardisation¹³ 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 2021, l'incidence chez les Belges est la plus basse en Flandre (2,3/100.000) ; cette dernière a été choisie comme référence pour faire la comparaison entre régions. Après standardisation pour l'âge et le sexe, on observe que l'incidence en Région wallonne est légèrement supérieure à celle de la Région flamande alors qu'elle est 4,8 fois plus élevée en Région bruxelloise. Ces différences sont statistiquement significatives.

Chez les non-Belges, c'est à nouveau la Flandre qui a l'incidence la plus basse (31,2/100.000). Après standardisation, elle s'avère être 1,5 fois plus importante en Région bruxelloise et en Région wallonne. Ces différences sont statistiquement significatives. 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.

TABEAU 9. RATIOS STANDARDISÉS D'INCIDENCES (mIDR)* PAR NATIONALITÉ ET PAR RÉGION – 2021

		n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR (IC95 %)	p ***
Belges	Région flamande	138/6.019.079	2,3 (1,9;2,7)	1,0	-
	Région wallonne	104/3.267.033	3,2 (2,6;3,9)	1,4 (1,1;1,8)	0,6471
	Région bruxelloise	84/787.273	10,7 (8,5;13,2)	4,8 (3,7;6,3)	0,7057
Non-Belges	Région flamande	198/633.983	31,2 (27,0;35,9)	1,0	-
	Région wallonne	157/381.173	41,2 (35,0;48,2)	1,5 (1,2;1,8)	0,0066
	Région bruxelloise	194/432.697	44,8 (38,7;51,6)	1,5 (1,2;1,8)	0,0232
Non-Belges **	Région wallonne	72/381.173	18,9 (14,8;23,8)	1,0	-
	Région flamande	143/633.983	22,6 (19,0;26,6)	1,1 (0,9;1,5)	0,1678
	Région bruxelloise	104/432.697	24,0 (19,6;29,1)	1,3 (0,9;1,7)	0,1198

*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 2021, l'incidence la plus élevée (22,8/100.000) est observée en Région bruxelloise ; elle a augmenté de manière non-significative par rapport à l'année précédente (21,9/100.000) tout comme celle de la Région wallonne (7,2/100.000 contre 5,6/100.000 en 2020). L'incidence de la Région flamande (5,1/100.000) a par contre diminué par rapport à 2020, également de manière non-significative.

Près de 40 % des cas sont enregistrés en Flandre (38,4 %) et près d'un tiers des cas se trouvent en Wallonie, de même qu'en Région bruxelloise où se concentrent 31,8 % des malades tuberculeux quand proportionnellement seuls 10,6 % de la population du pays y réside (tableau 10).

TABEAU 10. INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE DANS LES 3 RÉGIONS, BELGIQUE – 2021

Régions	n/N	%	/100.000
Région bruxelloise	278/1.219.970	31,8	22,8
Région wallonne	261/3.648.206	29,8	7,2
Région flamande	336/6.653.062	38,4	5,1
Belgique	875/11.521.238	100	7,6

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 a l'incidence la plus élevée (22,8/100.000). Vient ensuite la province de Liège avec une incidence également supérieure à la moyenne nationale (8,7/100.000). La province d'Anvers (7,5/100.000) a la troisième incidence la plus élevée en Belgique. L'incidence la plus faible est observée en Flandre orientale. Les ratios standardisés par sous- groupes dans les provinces sont présentés en [annexe 5](#).

TABEAU 11. INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE DANS LES PROVINCES ET À BRUXELLES – 2021

Provinces	n/N	/100.000 (IC 95 %)
Bruxelles	278/1.219.970	22,8 (20,2;25,6)
Liège	96/1.109.067	8,7 (7,0; 10,6)
Anvers	141/1.875.524	7,5 (6,3;8,9)
Namur	37/497.073	7,4 (5,2;10,3)
Brabant wallon	28/407.397	6,9 (4,6; 9,9)
Luxembourg	20/288.722	6,9 (4,2;10,7)
Hainaut	80/1.345.947	5,9 (4,7;7,4)
Flandre occidentale	60/1.203.312	5,0 (3,8;6,4)
Brabant flamand	51/1.162.084	4,4 (3,3;5,8)
Limbourg	37/880.397	4,2 (3,0; 5,8)
Flandre orientale	47/1.531.745	3,1 (2,3;4,1)

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 2021, les villes belges de plus de 100.000 habitants (Bruxelles, Anvers, Liège, Charleroi, Namur, Bruges et Gand) ont une incidence moyenne de 18,7/100.000, c'est-à-dire 2,5 fois supérieure à la moyenne nationale (7,6/100.000). Comme le montre le tableau 12, Liège et Bruxelles ont les plus hautes incidences (respectivement 23,9 et 22,8/100.000) et sont suivies d'Anvers et Charleroi qui ont toutes deux une incidence de 16,8/100.000. L'incidence de Liège a fort augmenté par rapport à l'année 2020 au point de détrôner celle de Bruxelles qui a elle-même légèrement ré-augmenté par rapport à l'an dernier. Ces deux augmentations ne sont toutefois pas statistiquement significatives. L'incidence d'Anvers reste quant à elle similaire à celle de 2020, tandis qu'à Charleroi, l'incidence a augmenté. Gand et Bruges ont une incidence identique à celle de la Belgique (7,6/100.000).

TABLEAU 12. INCIDENCE DANS LES GRANDES VILLES DE PLUS DE 100.000 HABITANTS, BELGIQUE – 2021

Villes	n/N	/100.000 (IC 95 %)
Liège	47/196.296	23,9 (17,6;31,8)
Bruxelles	278/1.219.970	22,8 (20,2;25,6)
Anvers	89/529.417	16,8 (13,5;20,7)
Charleroi	34/201.837	16,8 (11,7;23,5)
Namur	17/111.603	15,2 (8,9;24,4)
Gand	20/263.703	7,6 (4,6;11,7)
Bruges	9/118.467	7,6 (3,5;14,4)
Villes > 100.000 habitants	494/2.641.293	18,7 (17,1;20,4)
Villes < 100.000 habitants	381/8.879.945	4,3 (3,9;4,7)
Belgique	875/11.521.238	7,6 (7,1;8,1)

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

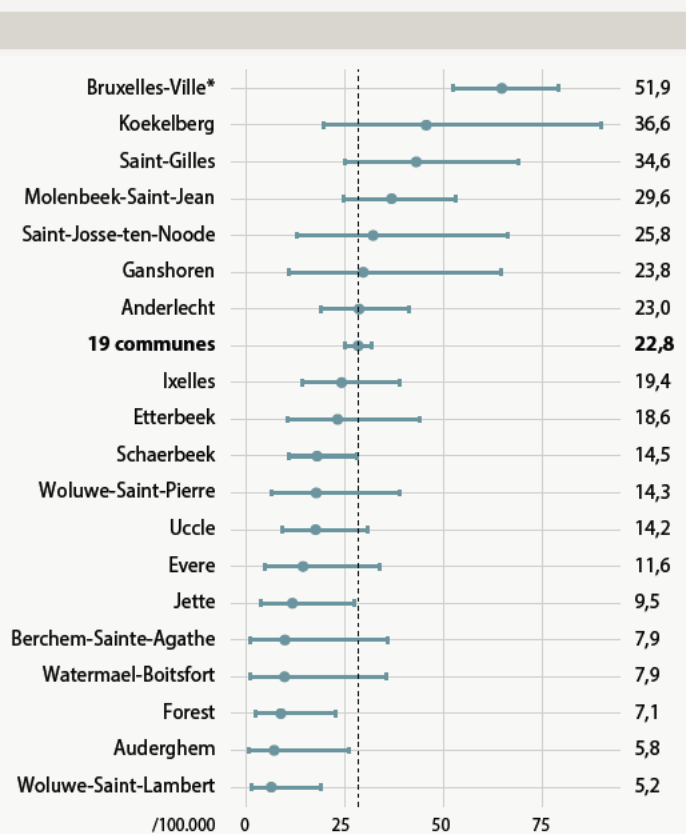
Avec plus d'un million d'habitants, Bruxelles est la plus grande ville du pays. La répartition de la tuberculose n'y est pas homogène. Le tableau 13 et la figure 1 permettent de mettre en évidence les disparités existant parmi ses 19 communes et d'identifier celles qui sont les plus impactées en termes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

Bruxelles, Koekelberg et Saint-Gilles sont les communes qui présentent la plus haute incidence en 2021, ces deux dernières communes ayant détrôné celles de Saint-Josse-ten-Noode et Molenbeek-Saint-Jean en comparaison avec 2019 et 2020.

TABLEAU 13. INCIDENCE DANS LES COMMUNES DE LA RÉGION BRUXELLOISE – 2021

Communes	n/N	/100.000 (IC 95 %)
Bruxelles-Ville*	97/186.916	51,9 (42,1;63,3)
Koekelberg	8/21.873	36,6 (15,8;72,1)
Saint-Gilles	17/49.196	34,6 (20,1;55,3)
Molenbeek-Saint-Jean	29/98.112	29,6 (19,8;42,5)
Saint-Josse-ten-Noode	7/27.124	25,8 (10,4;53,2)
Ganshoren	6/25.189	23,8 (8,7;51,8)
Anderlecht	28/121.929	23,0 (15,3;33,2)
19 communes	278/1.219.970	22,8 (20,2;25,6)
Ixelles	17/87.488	19,4 (11,3;31,1)
Etterbeek	9/48.331	18,6 (8,5;35,3)
Schaerbeek	19/131.451	14,5 (8,7;22,6)
Woluwe-Saint-Pierre	6/41.996	14,3 (5,2;31,1)
Uccle	12/84.774	14,2 (7,3;24,7)
Evere	5/43.061	11,6 (3,8;27,1)
Jette	5/52.854	9,5 (3,1;22,1)
Berchem-Sainte-Agathe	2/25.441	7,9 (1,0;28,4)
Watermael-Boitsfort	2/25.221	7,9 (1,0;28,6)
Forest	4/56.281	7,1 (1,9;18,2)
Auderghem	2/34.723	5,8 (0,7;20,8)
Woluwe-Saint-Lambert	3/58.010	5,2 (1,1;15,1)

*1020, 1120, 1130 y compris

FIGURE 1. INCIDENCE AVEC INTERVALLE DE CONFIANCE PAR COMMUNE, RÉGION BRUXELLOISE – 2021


En 2021, les communes de Bruxelles-Ville, Koekelberg, Saint-Gilles, Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Josse-ten Noode, Ganshoren et Anderlecht ont une incidence supérieure à l'incidence moyenne de la Région bruxelloise (22,8/100.000). Cette différence n'est significative que pour Bruxelles-Ville (51,9/100.000). 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, six ont une incidence inférieure à 10/100.000 : Jette, Berchem-Sainte-Agathe, Watermael-Boitsfort, Auderghem, Forest et Woluwe-Saint-Lambert, l'incidence de ces trois dernières communes étant 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 que l'incidence moyenne de 16,8/100.000 dans 5 des 14 communes qui composent la Ville d'Anvers.

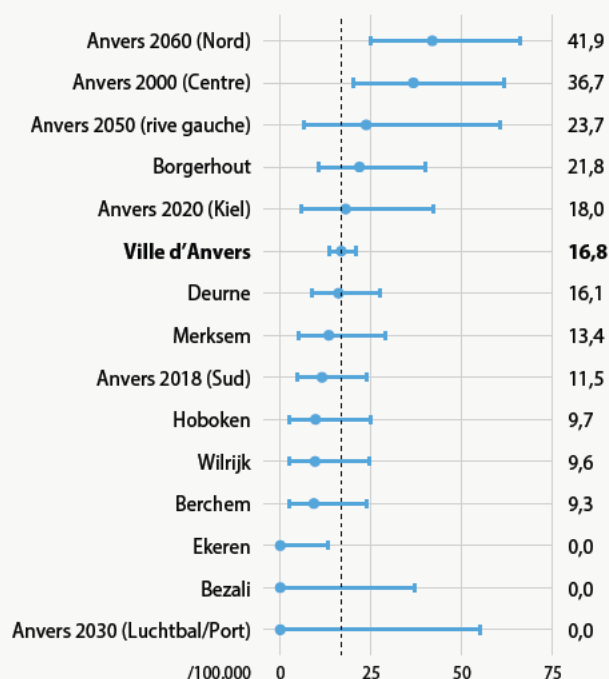
Seules les incidences d'Anvers Nord et Anvers Centre sont significativement supérieures à la moyenne de la ville (figure 2).

TABEAU 14. INCIDENCE DANS LES COMMUNES D'ANVERS – 2021

Communes	n/N	/100.000 (IC 95 %)
Anvers 2060 (Nord)	18/42.967	41,9 (24,8;66,2)
Anvers 2000 (Centre)	14/38.171	36,7 (20,1;61,5)
Anvers 2050 (rive gauche)	4/16.900	23,7 (6,4;60,6)
Borgerhout	10/45.842	21,8 (10,5;40,1)
Anvers 2020 (Kiel)	5/27.770	18,0 (5,8;42,0)
Ville d'Anvers	89/529.543	16,8 (13,5;20,7)
Deurne	13/80.932	16,1 (8,6;27,5)
Merksem	6/44.869	13,4 (4,9;29,1)
Anvers 2018 (Sud)	7/60.874	11,5 (4,6;23,7)
Hoboken	4/41.174	9,7 (2,6;24,9)
Wilrijk	4/41.746	9,6 (2,6;24,5)
Berchem	4/43.199	9,3 (2,5;23,7)
Ekeren	0/28.432	0,0 (0,0;13,0)
Bezali*	0/9.958	0,0 (0,0;37,0)
Anvers 2030 (Luchtbal/Port)	0/6.709	0,0 (0,0;55,0)

*Bezali : Berendrecht-Zandvliet-Lillo

FIGURE 2. INCIDENCE AVEC INTERVALLE DE CONFIANCE PAR COMMUNE, ANVERS – 2021



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 mineur¹⁴.

En 2021, 69,3 % (n=606) des patients déclarés ont une tuberculose pulmonaire. Parmi les plus jeunes, la tuberculose pulmonaire prédomine également (68,3 %).

Les localisations ganglionnaires (extra-thoraciques et intrathoraciques) sont les plus fréquentes après la forme pulmonaire (17,1 %), y compris chez les plus jeunes (14,7 %).

TABEAU 15. LOCALISATIONS DE LA TUBERCULOSE APRÈS STRATIFICATION POUR L'ÂGE – 2021 (UN SEUL SITE PAR PATIENT)

	0-14 ans		15-44 ans		45-64 ans		≥ 65 ans		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pulmonaire	28	68,3	363	67,1	129	70,5	86	78,2	606	69,3
Ganglionnaire extra-thoracique	4	9,8	71	13,1	23	12,6	9	8,2	107	12,2
Ganglionnaire intrathoracique	2	4,9	26	4,8	11	6,0	4	3,6	43	4,9
Pleurale	2	4,9	27	5,0	4	2,2	7	6,4	40	4,6
Autre	0	0,0	17	3,1	5	2,7	2	1,8	24	2,7
Mal de Pott	2	4,9	11	2,0	7	3,8	1	0,9	21	2,4
Digestive	2	4,9	8	1,5	0	0,0	0	0,0	10	1,1
Ostéo-articulaire	1	2,4	7	1,3	0	0,0	0	0,0	8	0,9
Méningée	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,1
Uro-génitale	0	0,0	5	0,9	1	0,5	1	0,9	7	0,8
Disséminée*	0	0,0	3	0,6	2	1,1	0	0,0	5	0,6
Système nerveux central	0	0,0	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Total	41		541		183		110		875	

*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, 30 cas avec une tuberculose miliaire, 39 avec une forme digestive, 31 mal de Pott, 6 méningites tuberculeuses, associés ou non à une tuberculose pulmonaire.

En 2021, 53,8 % des cas (n=471) ont une localisation pulmonaire isolée. Les formes mixtes (pulmonaires et extra-pulmonaires) représentent 15,4 % des cas (n=135). Les localisations uniquement extra-pulmonaires concernent 30,7 % des tuberculoses (n=269).

14 Toute localisation pulmonaire et/ou respiratoire supérieure (laryngée ; n=4 en 2021), isolée ou en association avec d'autres localisations extra-pulmonaires, est considérée comme site majeur.

10 RÉSULTATS BACTÉRIOLOGIQUES

Examen microscopique direct et culture

La preuve bactériologique de la tuberculose (culture positive de l'échantillon) a été obtenue pour 75,3 % (n=659) des 875 cas déclarés en 2021.

Parmi les 606 patients atteints de tuberculose pulmonaire, 270 (44,6 %) sont positifs à l'examen microscopique direct des sécrétions respiratoires et 497 (82,0 %) sont positifs à la culture.

Parmi les 269 cas de tuberculose non pulmonaires, 162 (60,2 %) 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 624 (94,7 %) des 659 patients dont la culture est positive en 2021. 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 16,0 % 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 – 2021

	Antécédents connus		Pas d'antécédents		Antécédents inconnus		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Monorésistance	3	9,1	26	5,3	5	5,0	34	5,4
INH	3	9,1	25	5,1	4	4,0	32	5,1
RMP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
EMB	0	0,0	1	0,2	1	1,0	2	0,3
Polyrésistance	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,2
INH + EMB	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,2
RMP + EMB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Multirésistance	3	9,1	5	1,0	1	1,0	9	1,4
INH + RMP	2	6,1	0	0,0	1	1,0	3	0,5
INH + RMP + EMB	1	3,0	5	1,0	0	0,0	6	1,0
Résistance globale*								
INH	6	18,2	30	6,1	6	6,0	42	6,7
RMP	3	9,1	5	1,0	1	1,0	9	1,4
EMB	1	3,0	6	1,2	2	2,0	9	1,4
≥ 1 antituberculeux	6	18,2	31	6,3	7	7,0	44	7,1
Nombre total antibiogrammes	33		491		100		624	

*Isolée ou combinée à d'autres résistances

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

- En 2021, 9 patients (1,4 %) 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 inférieur à celui de 2019 (n=15) et 2020 (n=14) mais est similaire au nombre de cas des années précédentes (7 cas en 2018 et 5 en 2017). Globalement, la proportion de MR durant la période 2013-2021 reste inférieure (1,4 %) à celle de la période 2001-2012 (1,4 %) mais cette différence n'est pas significative (p=0,099).
- La proportion de monorésistance à l'INH est de 5,1 % alors que celle aux autres antibiotiques de première ligne est nettement moindre : 0,3 % pour l'EMB et 0,0 % pour la RMP. Globalement, la résistance à l'INH (isolée ou combinée à d'autres résistances) est de 6,7 % (n=42) en 2021. Cette dernière était de 8,5 % (n=52) en 2020.
- La proportion de patients dont la souche est résistante à au moins un antibiotique antituberculeux est de 7,1 % (n=44), alors qu'elle était de 9,0 % en 2020 et 6,5 % en 2019.
- 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 7,5 % chez les non-Belges versus 6,3 % chez les Belges.

À part en 2018, la proportion de MR est toujours supérieure chez les non-Belges. Cette année, la proportion totale de MR s'élève à 1,5 % chez les non-Belges et à 1,3 % chez les Belges.

TABLEAU 17. RÉSISTANCE AUX MÉDICAMENTS ANTITUBERCULEUX AVANT OU EN DÉBUT DE TRAITEMENT CHEZ LES BELGES ET LES NON-BELGES, BELGIQUE – 2021

	Non-Belges		Belges		Total	
	n	%	n	%	n	%
Monorésistance	23	5,7	11	4,9	34	5,4
INH	22	5,5	10	4,5	32	5,1
RMP	0	0,0	0,0	0	0	0,0
EMB	1	0,2	1	0,4	2	0,3
Polyrésistance	1	0,2	0	0,0	1	0,2
INH + EMB	1	0,2	0	0,0	1	0,2
RMP + EMB	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Multirésistance	6	1,5	3	1,3	9	1,4
INH + RMP	2	0,5	1	0,4	3	0,5
INH + RMP + EMB	4	1,0	2	0,9	6	1,0
Résistance globale*						
INH	29	7,2	13	5,8	42	6,7
RMP	6	1,5	3	1,3	9	1,4
EMB	6	1,5	3	1,3	9	1,4
≥ 1 antituberculeux	30	7,5	14	6,3	44	7,1
Nombre total antibiogrammes	401	64,3	223	35,7	624	

*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-abris, les prisonniers et les sujets socio-économiquement défavorisés¹⁵. 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, presque 4 patients sur 10 (38,4 %) enregistrés en 2021 font partie d'au moins un des groupes mentionnés¹⁶.

TABLEAU 18. PATIENTS APPARTENANT AU MOINS À UN GROUPE À RISQUE DE TUBERCULOSE, PAR RÉGION – 2021 (DONNÉES COLLECTÉES POUR TOUTE LA BELGIQUE)

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Demandeurs de protection internationale	39	11,6	21	7,6	69	26,4	129	14,7
Sujets en séjour irrégulier	16	4,8	69	24,8	16	6,1	101	11,5
Contacts récents ≤ 2 ans	29	8,6	27	9,7	28	10,7	84	9,6
Sans-abri	6	1,8	54	19,4	16	6,1	76	8,7
Personnel médico-social	0	0,0	10	3,6	6	2,3	16	1,8
Prisonniers	11	3,3	4	1,4	5	1,9	20	2,3
Personnel travaillant avec GR	0	0,0	3	1,1	5	1,9	8	0,9
Total des GR mentionnés	101		188		145		434	
Total des patients appartenant à au moins un GR	93	27,7	123	44,2	120	46,0	336	38,4
Total des TBC déclarées	336		278		261		875	

Au niveau de la Belgique, le nombre de DPI diagnostiqués avec une tuberculose en 2021 était de 129 (versus 95 en 2020). Ils sont le groupe à risque le plus représenté pour la 2^e année consécutive (14,7 % en 2021 et 11,4 % en 2020), 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).

La proportion de sujets en **séjour irrégulier** (11,5 %) est supérieure au pic observé en 2018 (10,8 % ; n=106). Pour la quatrième année consécutive, ils constituent le deuxième groupe à risque le plus représenté. La majorité d'entre eux, soit 7 personnes en situation irrégulière sur 10, vivent en Région bruxelloise.

Le nombre de cas, pour lesquels un **contact récent** endéans les deux dernières années avec une personne malade a été avéré, a réaugmenté (9,6%) par rapport à 2020 (8,7 %). Cette année, tout comme en 2020, ce groupe à risque n'occupe que la 3^e position alors qu'il arrivait toujours en tête au cours des années antérieures. La proportion la plus basse est observée en Flandre (8,6 %) et la plus élevée (10,7 %) en Wallonie.

15 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.

16 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 réaugmenté, rejoignant la valeur observée l'année précédant la crise sanitaire (8,5 % en 2019).

Cette réaugmentation est particulièrement marquée en Région bruxelloise, où la proportion de sans-abri passe de 14,2 % (n=38) en 2020 à 19,4 % (n=54) en 2021, résultat identique à l'ère avant Covid-19. L'hypothèse de la diminution observée en 2020, après une tendance à la hausse depuis 2016, était celle de la crise sanitaire où avait été constatée une diminution d'accès aux soins de santé davantage exacerbée pour ce groupe à risque que pour la population générale.. La mise à disposition de logements pour ces groupes améliorant leurs conditions de vie a pu également influencer ce résultat.

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 1,7 % des patients (n=15) sont sans-abri mais possèdent un titre de séjour en ordre et qu'à l'inverse 4,5 % (n=40) jouissent d'un logement malgré leur situation irrégulière. Le reste (7,0 %, n=61) cumule ces 2 groupes à risque.

Au total, parmi les 875 cas de tuberculose notifiés en 2021, 116 patients soit 13,2 % sont sans-abri et/ou en situation irrégulière. Ces chiffres sont plus élevés que ceux de 2019 (11,8 %) et 2020 (10,6 %). Comme les années antérieures, ils sont nettement plus représentés en Région bruxelloise (26,2 %) qu'en Région wallonne (8,8 %) et qu'en Région flamande (5,9 %). Plus de la moitié (63,0 %) 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 26,2% en 2021, ce qui est nettement supérieur aux proportions observées en 2019 (17,8 %) et 2020 (20,6 %).

La proportion de **prisonniers** (2,3 %) a elle aussi augmenté par rapport à 2019 (2,0 %) et 2020 (1,3 %). Environ la moitié (n=11) des 20 cas de tuberculose diagnostiqués en milieu carcéral en 2021 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 47,5 % des cas (n=132) en Région bruxelloise et 46,4 % (n=121) en Région wallonne. Ces proportions sont plus importantes qu'en 2020 où l'on observait 42,3 % des cas (n=113) en Région bruxelloise et 42,4 % (n=86) en Région wallonne.

Facteurs de risque de tuberculose

En Belgique, la collecte de données relatives aux facteurs de risque¹⁷ concerne, en 2021, 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).

Le diabète (5,6%) et l'alcoolisme chronique (5,4 %) sont les facteurs de risque les plus fréquemment cités au niveau national, suivis de l'infection au VIH (3,2 %).

La proportion de patients tuberculeux vivant avec le VIH en 2021 est inférieure à celles de 2019 (4,5 %) et 2020 (4,0 %) 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 87,1 % des patients sont testés dans la capitale et 68,2 % 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 dont le résultat est connu comme dénominateur, le taux de co-infection en Région bruxelloise (2,5 %) est inférieur à celui de Wallonie (4,0 %).

TABLEAU 19. PATIENTS AVEC AU MOINS UN FACTEUR DE RISQUE FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE, PAR RÉGION – 2021 (DONNÉES COLLECTÉES POUR TOUTE LA BELGIQUE)

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcoolisme chronique	10	3,0	17	6,1	20	7,7	47	5,4
Diabète	12	3,6	20	7,2	17	6,5	49	5,6
Infection par le VIH	15	4,5	6	2,2	7	2,7	28	3,2
Lésions fibrotiques RX thorax	1	0,3	3	1,1	14	5,4	18	2,1
Insuffisance rénale	2	0,6	7	2,5	10	3,8	19	2,2
Toxicomanie IV	0	0,0	2	0,7	2	0,8	4	0,5
Pneumoconiose (silicose)	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,1
Total facteurs de risque mentionnés	40		55		71		166	
Total des patients ayant au moins un facteur de risque	39	11,6	49	17,6	58	22,2	146	16,7
Total des TBC déclarées	360		278		261		875	

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 – 2021 (DONNÉES COLLECTÉES EN RW ET RBC)

	Région bruxelloise		Région wallonne		FWB	
	n	%	n	%	n	%
Dénutrition	30	10,8	39	14,9	69	12,8
Alcoolisme chronique	17	6,1	20	7,7	37	6,9
Diabète	20	7,2	17	6,5	37	6,9
Traitement immunosuppresseur	10	3,6	16	6,1	26	4,8
Lésions fibrotiques RX thorax	3	1,1	14	5,4	17	3,2
Insuffisance rénale	7	2,5	10	3,8	17	3,2
Infection par le VIH	6	2,2	7	2,7	13	2,4
Cancer cou/tête, leucémie, Hodgkin	3	1,1	4	1,5	7	1,3
Toxicomanie IV	2	0,7	2	0,8	4	0,7
Pneumoconiose (silicose)	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Total facteurs de risque mentionnés	98		130		228	
Total des patients avec au moins un facteur de risque	83	29,9	97	37,2	180	33,4
Total des TBC déclarées	278		261		539	

TENDANCES DE LA TUBERCULOSE EN BELGIQUE

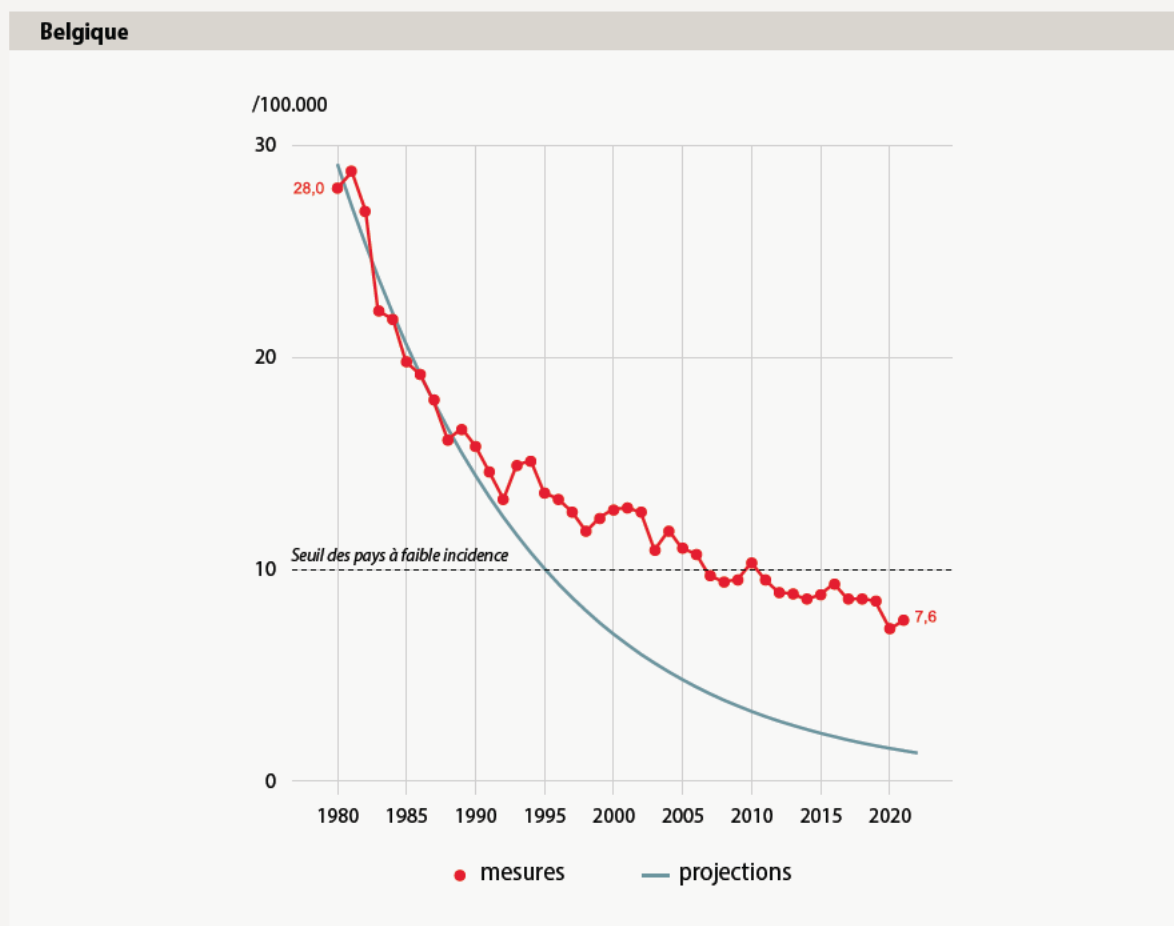
1 ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE EN BELGIQUE

La figure 3 montre l'évolution de l'incidence enregistrée annuellement dans notre pays depuis 1980. L'incidence décroît régulièrement jusqu'en 1992 puis après avoir augmenté, elle reprend sa décroissance mais 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 (pays à faible incidence) et s'y est maintenue sauf en 2010.

Après avoir atteint sa valeur la plus basse jamais observée en Belgique en 2020 (7,2/100.000), l'incidence nationale de la tuberculose remonte à 7,6/100.000 en 2021. La diminution importante de l'ordre de 18 % entre 2019 et 2020 était notamment attribuée à une baisse du nombre de diagnostics et de déclarations plutôt qu'une baisse réelle de l'incidence, suite à la focalisation du corps médical sur la crise Covid-19 au détriment des autres pathologies. Cette hypothèse peut à présent être totalement validée, si l'on en croit le dernier rapport de l'OMS¹⁸ qui montre que ce phénomène a touché le monde entier.

FIGURE 3. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE EN BELGIQUE, 1980-2021



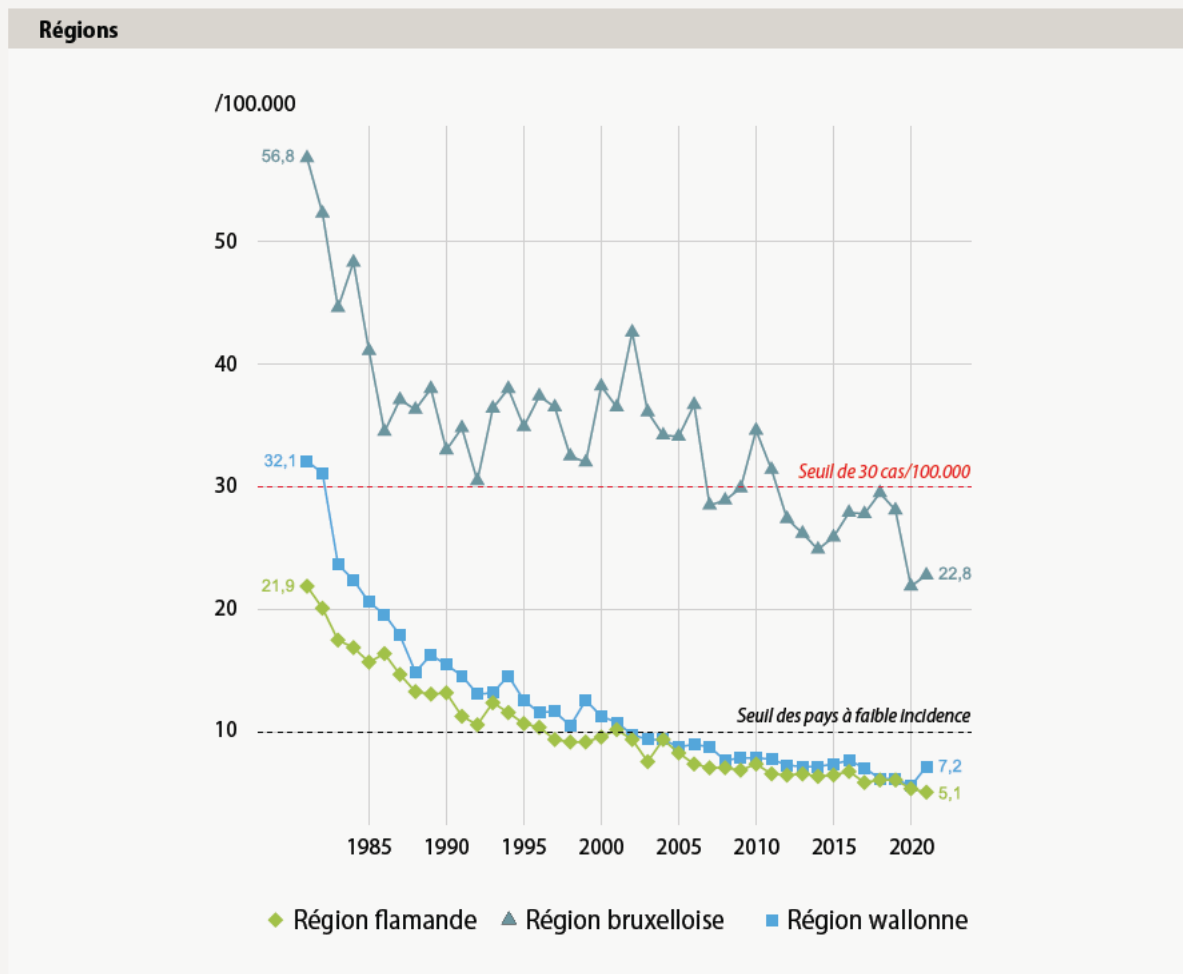
Dans les 29 pays de l'Union européenne et l'espace économique européen, l'incidence de la tuberculose est de 7,4/100.000 en 2021. Le taux de notification a diminué durant les 5 dernières années mais l'ECDC recommande d'interpréter les données de 2020-2021 avec prudence dans le cadre de la mise en place des mesures durant la pandémie, susceptibles d'avoir causé un impact sur la collecte des données et sur l'accès aux services de santé¹⁹.

2 ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PAR RÉGION

L'incidence de la tuberculose diminue lentement de manière relativement similaire en Flandre et en Wallonie comme le montre la figure 4, sauf en 2021, où l'incidence en Région wallonne augmente alors qu'elle continue à diminuer en Région flamande. En 2021, l'incidence est de 7,2/100.000 en Région wallonne et 5,1 en Région flamande (contre respectivement 5,6/100.000 et de 5,4/100.000 en 2020). L'augmentation observée en Région wallonne n'est toutefois pas statistiquement 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'impact du Covid-19 a entraîné une diminution significative de l'incidence (21,9/100.000) par rapport à celle de 2019 (28,1/100.000). En 2021, on observe une légère reprise avec une remontée à 22,8/100.000, non significative.

FIGURE 4. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DANS LES 3 RÉGIONS, BELGIQUE, 1981-2021



Le tableau 21 montre les valeurs de l'incidence dans les grandes villes belges depuis 2011 et leurs fluctuations.

TABEAU 21. INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE (/100.000) DANS LES VILLES BELGES DE PLUS DE 100.000 HABITANTS, 2011-2021

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Liège	19,5	22,5	21,9	24,5	22,5	14,7	20,7	21,3	20,8	16,2	23,9
Bruxelles	31,4	27,4	26,2	24,9	25,9	27,9	27,8	29,5	28,1	21,9	22,8
Anvers*	19,2	20,7	18,5	20,8	19,1	19,9	20,9	16,4	20,7	17,0	16,8
Charleroi	19,2	13,2	15,2	12,3	14,8	19,8	15,9	10,9	8,9	12,3	16,8
Namur	8,2	6,4	5,4	4,5	3,6	8,1	15,4	10,8	9,9	7,2	15,2
Gand	9,3	13,7	9,6	10,8	9,5	11,7	8,5	4,6	8,4	11,4	7,6
Bruges	15,4	11,1	13,6	10,2	10,2	4,2	5,1	7,6	8,5	4,2	7,6
Villes >100.000 h	23,1	21,5	20,4	20,1	20,1	21,1	21,5	20,6	21,0	17,3	18,7
Villes <100.000 h	5,6	5,2	5,4	5,2	5,5	5,8	4,7	5,1	4,7	4,2	4,3
Belgique	9,5	8,9	8,8	8,6	8,8	9,3	8,6	8,6	8,5	7,2	7,6

*Code postal 2060 inclus depuis 1999

Alors que l'incidence moyenne des grandes villes était relativement stable depuis une dizaine d'années aux alentours de 20/100.000, celle de 2020 (17,3/100.000) était la plus basse jamais observée et était significativement inférieure à celle de 2019 (21,0/100.000). En 2021, l'incidence remonte à 18,7/100.000 de manière non significative.

En 2021, les villes de Bruges (7,6/100.000) et de Gand (7,6/100.000) ont une incidence inférieure à 10 cas pour 100.000, identique à l'incidence nationale.

Si l'incidence de Bruxelles était toujours systématiquement la plus élevée du pays, la ville de Liège a dépassé la Capitale, suite à une nette augmentation, non significative, de son incidence (23,9/100.000 en 2021 alors qu'elle était de 16,2 en 2020 et de 20,8 en 2019). Suivent Bruxelles (22,8/100.000) et ensuite Anvers et Charleroi, présentant une incidence identique (16,8/100.000).

Notons qu'Anvers et Gand sont les deux seules villes où l'incidence a continué de baisser entre 2020 et 2021. Dans toutes les autres grandes villes de Belgique, l'incidence a augmenté, particulièrement à Namur, où l'incidence a plus que doublé.

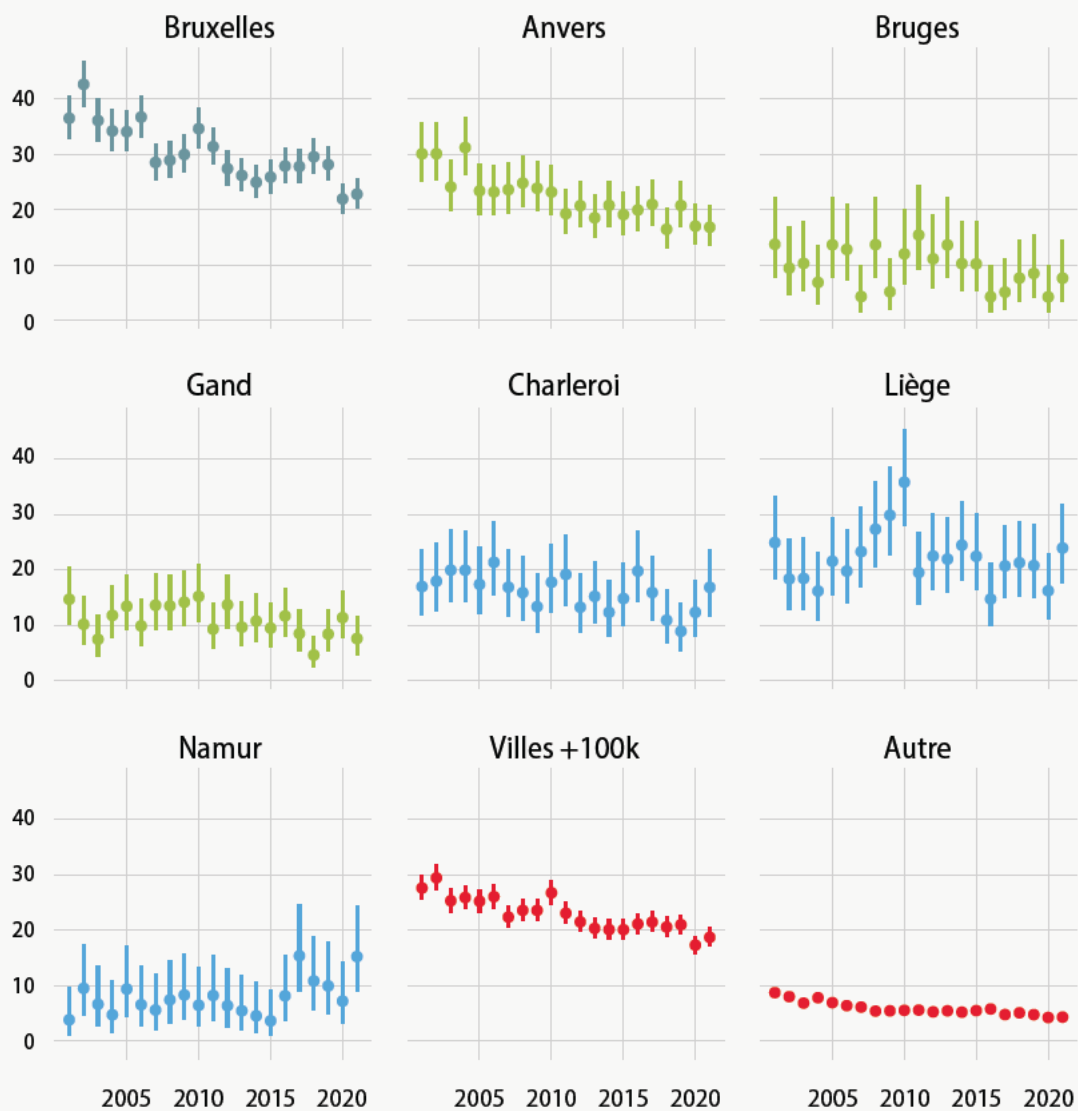
Les incidences des villes de Charleroi et de Gand sont supérieures à celles observées en 2019. Ces deux observations ne sont toutefois pas statistiquement significatives.

Afin de donner une meilleure idée des tendances dans chaque ville, la figure 5 illustre l'évolution de l'incidence entre 2005 et 2021 avec les intervalles de confiance.

Aucune variation significative n'a été observée entre 2020 et 2021 dans les grandes villes.

FIGURE 5. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DANS LES GRANDES VILLES BELGES, 2001-2021

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 2021, où l'on continue d'observer une diminution dans tous les groupes d'âge, sauf celui des 15-44 ans où une nette ré-augmentation est constatée entre 2020 et 2021.

Chez les plus de 65 ans, elle décroît linéairement entre 1995 et 2012, se stabilise puis diminue à nouveau en 2017 pour atteindre une valeur de 5,5/100.000. Elle réaugmente ensuite pour atteindre 6,8/100.000 en 2018 et 2019 puis elle reprend sa descente pour atteindre 4,9/100.000 en 2021.

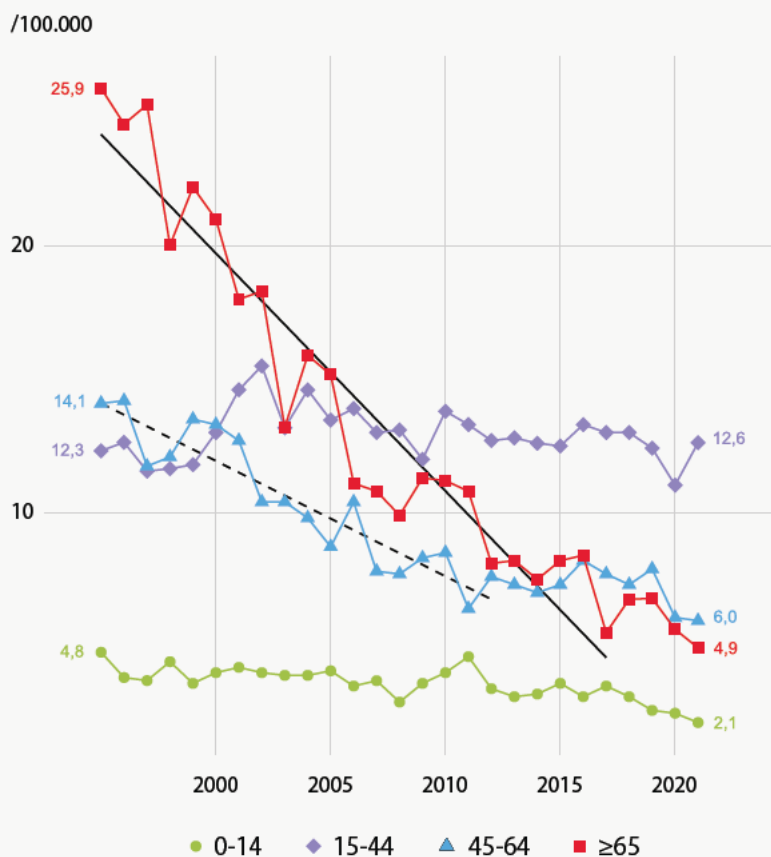
Chez les 45-64 ans une diminution linéaire moins prononcée de l'incidence est observée entre 1995 et 2011, elle se stabilise ensuite puis augmente légèrement à partir de 2014. En 2020, on observait une diminution de l'incidence (6,1/100.000) en comparaison à l'année 2019 (7,9/100.000). En 2021, elle stagne à 6,0/100.000.

En 2021, 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 observait 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. En 2021, l'incidence est légèrement descendue à 2,1/100.000.

FIGURE 6. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE APRÈS STRATIFICATION POUR L'ÂGE, BELGIQUE, 1995-2021

Belgique



5 ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE SELON LA NATIONALITÉ

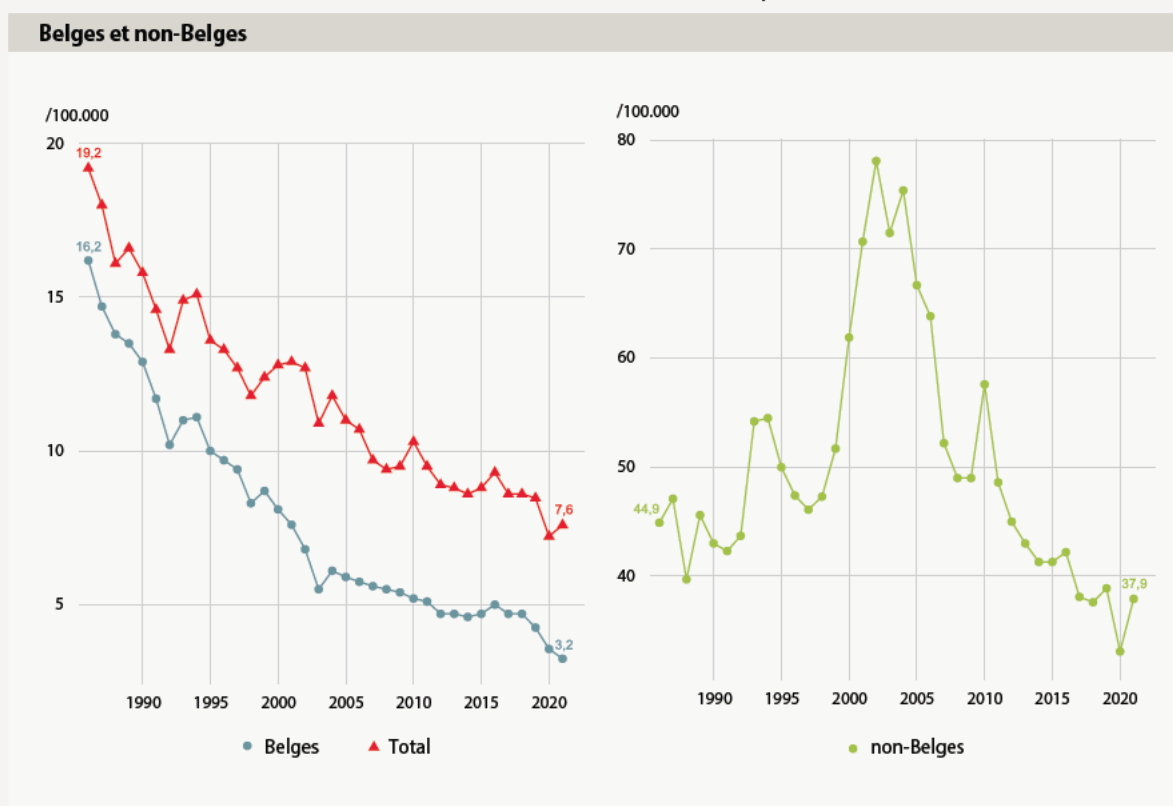
Évolution de l'incidence par nationalité

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-Belges²⁰. 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 2021, l'incidence passant de 4,7 en 2018 et 4,3/100.000 en 2019 à 3,6/100.000 en 2020 et 3,2/100.000 en 2021.

Chez les non-Belges, l'évolution est plus erratique puisqu'elle est influencée de manière immédiate par les flux migratoires. Une hausse importante de l'incidence a été observée au début des années 2000, suivie par une diminution toute aussi prononcée à l'exception d'un pic en 2010. Entre 2019 et 2020, on a observé une baisse d'incidence particulièrement importante, de 38,9/100.000 en 2019 à 33,1/100.000 en 2020. En 2021 par contre, cette dernière remonte à 37,9/100.000. La raison de la chute d'incidence observée en 2020 est donc vraisemblablement à remettre dans le contexte de la crise Covid-19 et la fermeture des frontières. Il est donc important, dans l'interprétation de ces résultats, de tenir compte de la possible influence que pourraient avoir les sujets non-établis dans le calcul de l'incidence chez les non-Belges. Ainsi, les variations constatées diffèrent si on exclut les non-établis. En effet, l'incidence chez les non-Belges établis diminue de 26,5/100.000 en 2019 à 21,1/100.000 en 2020, pour se stabiliser à 22/100.000 en 2021.

FIGURE 7. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE CHEZ LES BELGES ET LES NON-BELGES, 1986-2021



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.

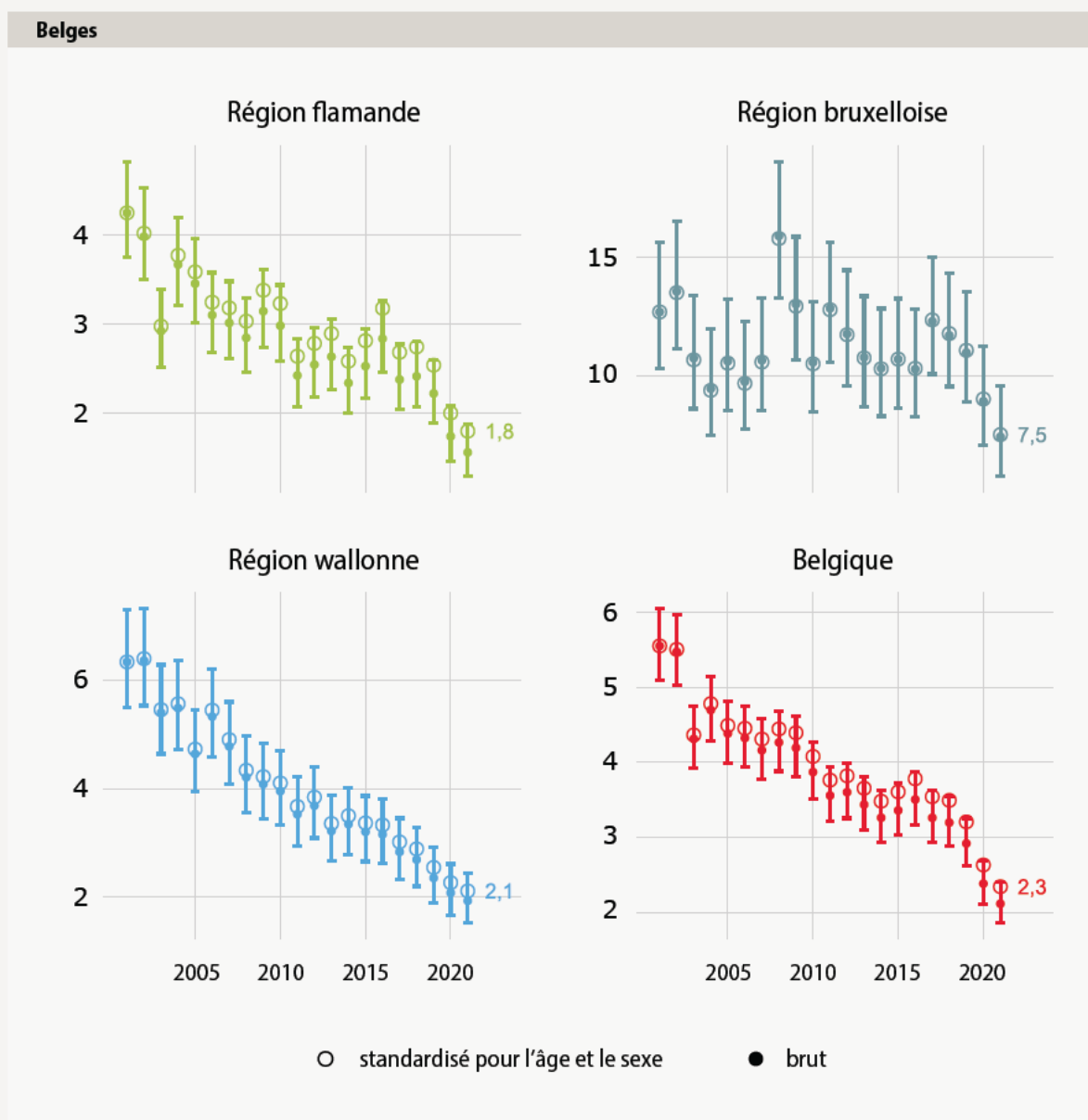
20 Attention à l'échelle différente pour les Belges et non-Belges dans la figure 7.

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

Pour le registre 2021, 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 Belgique²¹. La période couverte va de 2001 à 2021. Les intervalles de confiance à 95 % sont également représentés.

Chez les Belges (figure 8), l'incidence des cas confirmés par culture a diminué aussi bien au niveau national que dans les trois régions entre 2010 et 2021 et ce de manière significative partout, sauf en Région de Bruxelles Capitale où une diminution importante est toutefois observée depuis 2019, passant de 14,7/100.000 à 9,0/100.000 en 2020 et 7,5/100.000 en 2021.

FIGURE 8. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE PAR RÉGION ENTRE 2001-2021 CHEZ LES BELGES AVEC CULTURE POSITIVE, APRÈS STANDARDISATION INDIRECTE



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

Chez les non-Belges, comme le montre la figure 9, entre 2020 et 2021, l'incidence a significativement augmenté en Wallonie, et de manière non-significative à Bruxelles et au niveau national. Seule la Flandre a continué à suivre la tendance à la baisse des dernières années.

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 2021 si ce n'est que cette diminution n'est pas significative pour la Flandre et la Wallonie. Peu de différences sont observées entre 2020 et 2021, sauf en Région wallonne où les cas augmentent à nouveau.

FIGURE 9. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE PAR RÉGION ENTRE 2001-2021 CHEZ LES NON-BELGES AVEC CULTURE POSITIVE, APRÈS STANDARDISATION INDIRECTE

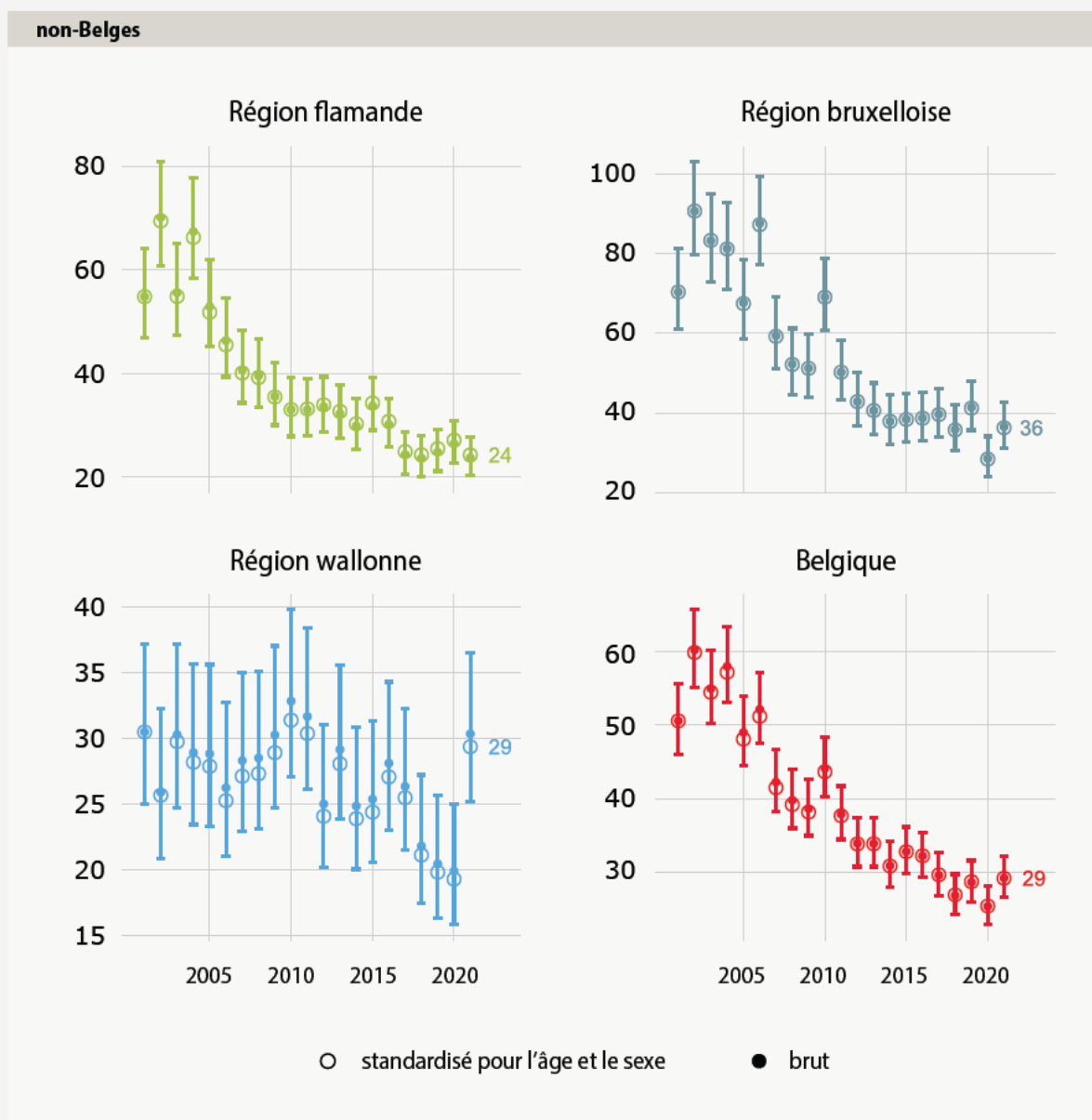
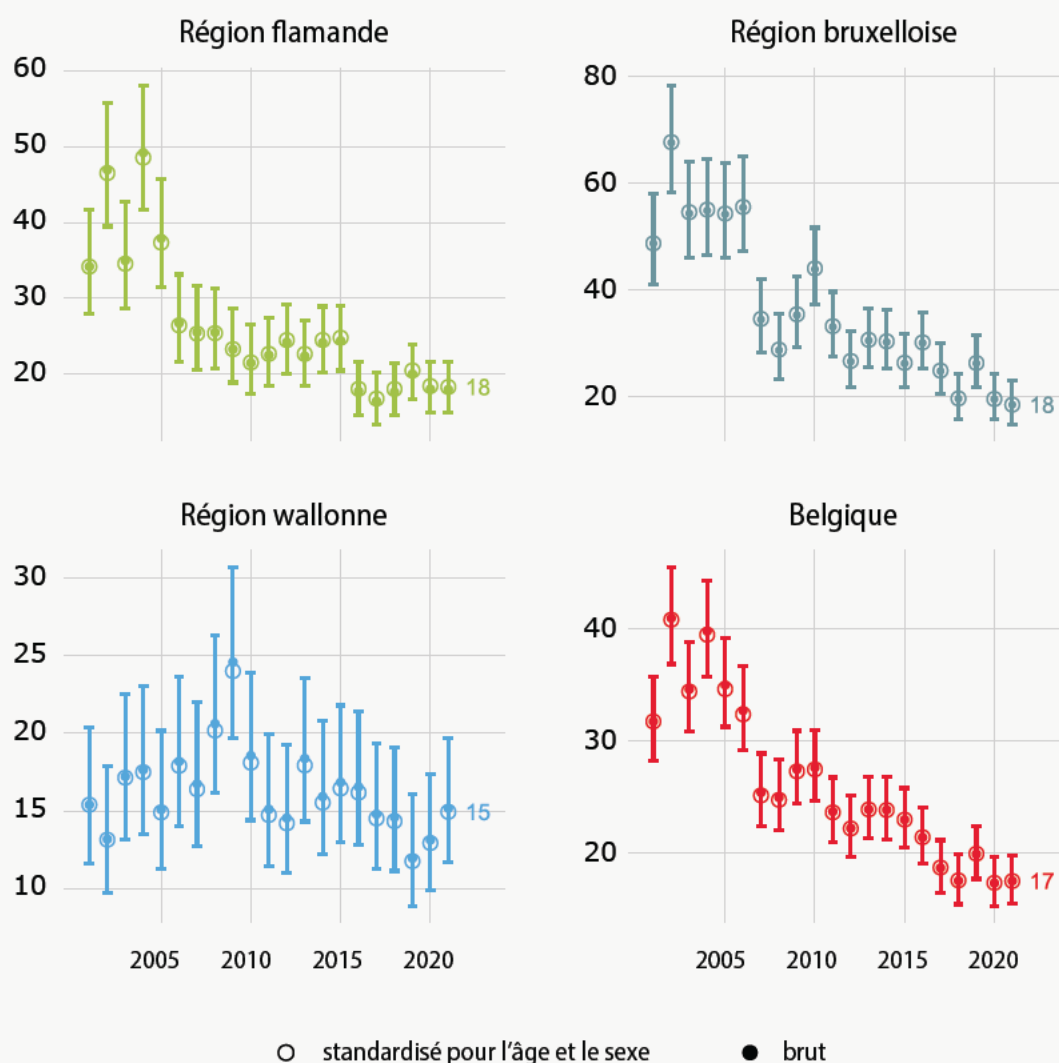


FIGURE 10. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE PAR RÉGION ENTRE 2001-2021 CHEZ LES NON-BELGES (NON-ÉTABLIS EXCLUS) AVEC CULTURE POSITIVE, APRÈS STANDARDISATION INDIRECTE

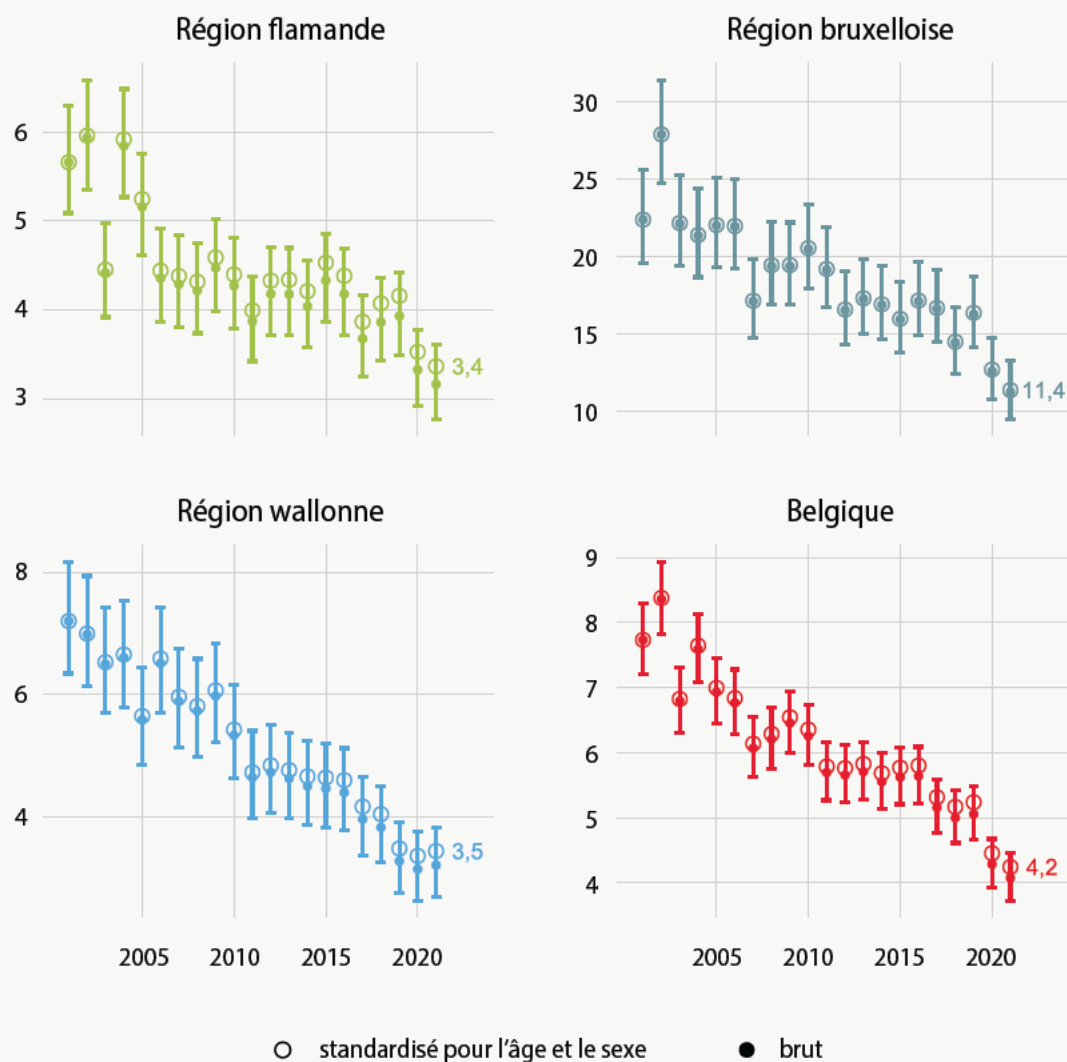
non-Belges (établis)



La figure 11 montre que parmi les établis en Belgique, les tendances d'incidences sont globalement à la baisse dans les 3 régions et au niveau national.

FIGURE 11. ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE PAR RÉGION ENTRE 2001-2021 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 2020

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 2020, sur les 830 cas déclarés, 453 sont éligibles pour faire partie de la cohorte après exclusion des diagnostics rectifiés (n=5), des tuberculoses non pulmonaires (n=254), des tuberculoses pulmonaires à culture négative (n=118). Par ailleurs, 12 patients encore sous traitement ne peuvent être pris en compte. Afin d'améliorer la comparabilité inter-régionale, les 84 cas pour lesquels aucune information de suivi n'a pu être obtenue ont également été exclus du dénominateur. Ce dernier chiffre est plus élevé que ces dernières années, et plus particulièrement en Région flamande et peut biaiser les résultats présentés ci-dessous. La cohorte 2020 est donc composée de 357 individus.

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

- Au niveau national, 294 personnes (82,4 %) de la cohorte 2020 sont considérées comme guéries. Néanmoins, la preuve bactériologique de cette guérison n'est présente que chez 35 patients (9,8 %).
Comme en 2019, le taux de succès reste au-dessus du seuil de 80 % tant au niveau national (82,4 %) qu'en Flandre (85,9%) où l'objectif de l'OMS est atteint (≥ 85 %) pour la deuxième année consécutive. Toutefois, ce résultat est à interpréter avec prudence car aucune information de suivi n'a pu être obtenue pour 49 patients, probablement à mettre sur le compte de la pandémie qui a surchargé les Inspecteurs d'Hygiène de la Région flamande. En Wallonie, le taux de succès a dépassé les 80% en 2020 (83,0%). En revanche, il reste inférieur à 80% à Bruxelles (77,4 %).
- Parmi les abandons de traitement²², la proportion de patients considérés comme perdus de vue avant la fin de traitement²³ pour la cohorte 2020 reste sur la tendance des cohortes de 2018 et 2019 qui montraient une diminution, après que des efforts aient été menés depuis 2014 pour améliorer le processus de collecte des données concernant les causes d'arrêt de traitement. Ainsi, les taux d'abandon restent inférieurs à 10 % tant au niveau national (7%) qu'en Région flamande (3,5 %) et en Région wallonne (6 %). En Région bruxelloise, il se maintient au-dessus de 10% (12,2 %). Encore une fois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du nombre significatif de patients pour lesquels aucune information de suivi n'est disponible.
- Le taux de décès reste élevé en Belgique (9,5 %) tout comme en 2019 et est similaire entre Régions : 9,9 % en Région flamande (versus 6,6 % pour la cohorte de 2019), 8,7 % à Bruxelles (versus 9,9 % pour celle de 2019) et 10,0 % en Wallonie où une surmortalité pour la cohorte de 2019 avait été constatée (13,5 %). La moitié 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.

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

23 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 connaître le résultat de son traitement.

TABLEAU 22. RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE POSITIVE À LA CULTURE ENREGISTRÉS EN 2020, PAR RÉGION

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Résultat favorable (total)	122	85,9	89	77,4	83	83,0	294	82,4
Guérison bactériologiquement prouvée	3	2,1	14	12,2	18	18,0	35	9,8
Traitement complet sans confirmation bactériologique de la guérison	119	83,8	75	65,2	65	65,0	259	72,5
Décès (total)	14	9,9	10	8,7	10	10,0	34	9,5
Décédé avant le début du traitement	4	2,8	2	1,7	3	3,0	9	2,5
Décédé de tuberculose avant la fin du traitement	3	2,1	2	1,7	3	3,0	8	2,2
Décédé d'une autre cause avant la fin du traitement	7	4,9	6	5,2	4	4,0	17	4,8
Échec du traitement (culture encore ou à nouveau positive après 5 mois de traitement)	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Abandon du traitement (total)	5	3,5	14	12,2	6	6,0	25	7,0
Traitement interrompu plus de 2 mois	0	0,0	2	1,7	0	0,0	2	0,6
Perdu de vue avant la fin du traitement	2	1,4	7	6,1	4	4,0	13	3,6
A quitté la Belgique avant la fin du traitement	2	1,4	3	2,6	0	0,0	5	1,4
Non compliance au traitement	0	0,0	1	0,9	1	1,0	2	0,6
Traitement refusé	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Traitement interrompu, raison inconnue	1	0,7	1	0,9	1	1,0	3	0,8
Transfert (total)	0	0,0	2	1,7	1	1,0	3	0,8
Total cohorte 2020	142		115		100		357	
Pas d'information sur le résultat	49		18		17		84	
Encore sous traitement à la fin 2020	3		7		2		12	
Total à suivre	194		140		119		453	
Pulmonaire culture négative	39		46		33		118	
Non pulmonaire	126		80		48		254	
Diagnostic rectifié	1		1		3		5	
Total cas 2020	360		267		203		830	

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 2020 ont un taux de succès du traitement légèrement supérieur à celui des Belges (respectivement 82,7 % et 81,9 %). Cette inversion de tendance s'observe depuis 2018 par rapport aux années antérieures.

Comme c'était déjà le cas pour les cohortes de 2018 et 2019, le taux de décès est plus élevé chez les Belges (12,7 % versus 6,8 % chez les non-Belges). Cette différence réside probablement dans le fait qu'il y ait plus de patients âgés chez les Belges et donc plus de comorbidités, même si elles n'expliquent en général que la moitié des décès chez les Belges.

Les abandons du traitement sont deux fois plus fréquents chez les non-Belges (8,9 %) que chez les Belges (4,8 %). Cette différence peut être expliquée par le fait que les non-belges sont plus susceptibles de quitter le pays avant la fin du traitement, bien que ceci ne soit documenté que pour un quart d'entre eux.

TABEAU 23. RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE CULTURE POSITIVE ENREGISTRÉS EN 2020, PAR NATIONALITÉ

	Belges		Non-Belges	
	n	%	n	%
Résultat favorable (total)	136	81,9	158	82,7
Guérison bactériologiquement prouvée	16	9,6	19	9,9
Traitement complet sans confirmation bactériologique de la guérison	120	72,3	139	72,8
Décès (total)	21	12,7	13	6,8
Décédé avant le début du traitement	7	4,2	2	1,0
Décédé de tuberculose avant la fin du traitement	4	2,4	4	2,1
Décédé d'une autre cause avant la fin du traitement	10	6,0	7	3,7
Échec du traitement (culture encore ou à nouveau positive après 5 mois de traitement)	1	0,6	0	0,0
Abandon du traitement (total)	8	4,8	17	8,9
Traitement interrompu plus de 2 mois	1	0,6	1	0,5
Perdu de vue avant la fin du traitement	1	0,6	12	6,3
A quitté la Belgique avant la fin du traitement	1	0,6	4	2,1
Non compliance au traitement	2	1,2	0	0,0
Traitement refusé	0	0,0	0	0,0
Traitement interrompu, raison inconnue	3	1,8	0	0,0
Total cohorte 2020	166		191	
Pas d'information sur le résultat	43		41	
Encore sous traitement à la fin 2020	5		7	
Total à suivre	214		239	
Pulmonaire culture négative	50		68	
Non pulmonaire	90		164	
Diagnostic rectifié	4		1	
Total cas 2020	358		472	

CONCLUSION ET PERSPECTIVES OPÉRATIONNELLES

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE GÉNÉRALE

En 2021, 875 cas de tuberculose ont été déclarés en Belgique, soit 45 cas de plus qu'en 2020 (n=830) mais 93 cas de moins qu'en 2019 (n=968). L'incidence (7,6/100.000) remonte donc légèrement par rapport à celle de 2020 (7,2/100.000) mais reste bien inférieure à celle qu'on observait avant la crise sanitaire (8,5/100.000 en 2019). Bien qu'on observe une diminution du nombre de déclarations depuis plusieurs années déjà, les institutions internationales demandent d'interpréter les données de 2020 et 2021 avec prudence dans le contexte des mesures mises en place pour atténuer l'impact de la pandémie de Covid-19 et qui peuvent avoir entravé la collecte des données et l'accès aux soins de santé²⁴.

Le contrôle de la tuberculose reste une tâche ardue dont l'évolution dépend de nombreux facteurs : paupérisation, inégalités sociales, 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. Il est encore trop tôt pour déterminer si les conséquences de la pandémie en termes de déclaration et d'accès aux soins se traduira par un rebond des cas de tuberculose dans les prochaines années. Par ailleurs, d'autres événements qui ont marqué l'année 2022, pourraient aussi inverser les tendances d'incidence dans un avenir proche. Il en va ainsi de la crise ukrainienne avec l'arrivée massive de réfugiés et l'envolée des prix de l'énergie plongeant une partie de la population dans la précarité. Ou encore, la crise de l'accueil qui fait que de nombreux demandeurs de protection internationale, non seulement échappent au screening de la tuberculose à l'entrée mais aussi se retrouvent dans une telle situation de précarité qu'il leur sera difficile de bénéficier d'une mise au point médicale s'ils tombent malades.

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES SPÉCIFIQUES

Les résultats à pointer plus particulièrement pour les patients enregistrés en 2021 :

- En 2021, l'incidence par rapport à celles observées en 2020 et 2019 varie différemment d'une région à l'autre. En Région bruxelloise, elle augmente légèrement en 2021 (22,8/100.000) par rapport à 2020 (21,9/100.000) mais reste nettement inférieure à celle de 2019 (28,1/100.000). En Région wallonne, par contre, l'incidence a augmenté de 5,6/100.000 en 2020 à 7,2/100.000 en 2021 et surpasse même celle de 2019 (6,2/100.000). Tandis qu'en Région flamande, l'incidence continue sa pente descendante puis qu'elle est de 5,1/100.000 en 2021, versus 5,4/100.000 en 2020 et 6,1/100.000 en 2019. Comme pour l'incidence nationale, il faut interpréter ces tendances avec prudence dans le contexte de la crise sanitaire.
- L'incidence moyenne des grandes villes (plus de 100.000 habitants), qui avait diminué de manière significative entre 2019 et 2020, passant de 21,0 à 17,3/100.000, remonte légèrement à 18,7/100.000 en 2021. Considérant chaque grande ville séparément, l'incidence a augmenté partout sauf à Anvers et Gand. L'augmentation de l'incidence est particulièrement importante à Namur où elle a doublé entre 2020 et 2021, passant de 7,2 à 15,2/100.000 et à Liège, dont l'incidence de 23,9/100.000 dépasse pour la première fois celle de Bruxelles (22,8/100.000).

- En 2021, pour la deuxième année consécutive, les DPI représentent le groupe à risque majoritaire, à raison de 14,7 % des cas de tuberculose, soit plus que le pic de 11,6 % observé en 2016. En termes de nombres absolus, 129 DPI ont été diagnostiqués avec une tuberculose en 2021 versus 95 en 2020 et 82 en 2019. En 2020 les frontières ont été fermées de nombreux mois, et ont été réouvertes en 2021
- La proportion des sujets en séjour irrégulier parmi les cas de tuberculose augmente et atteint 11,5 % en 2021, supérieure au pic observé en 2018 (10,8%). La majorité (70%) d'entre eux se retrouvent en Région bruxelloise.
- L'ensemble des non-établis (DPI et personnes en situation irrégulière), comme en 2020, représentent plus de 25 % des patients tuberculeux en Belgique.
- La proportion de personne sans-abri parmi les cas de tuberculose en Belgique, qui avait diminué à 6,6 % en 2020 remonte à une valeur similaire à celle observée avant la crise sanitaire (8,7%). En Région bruxelloise, presque un patient atteint de tuberculose sur 5 est considéré comme sans-abri.
- La proportion de cas de nationalité étrangère a augmenté en 2021 pour atteindre 62,7 %. Si l'on considère le pays de naissance (connu pour 99,8 % des patients) plutôt que la nationalité, 76,2 % (n=669) des patients tuberculeux sont nés hors Belgique et la grande majorité d'entre eux (93 %) viennent d'un pays où l'incidence est supérieure à 10/100.000.
- Comme chaque année, la majorité des patients (87,8%) sont dépistés passivement, lorsqu'ils consultent avec des plaintes. Le dépistage des contacts reste néanmoins important puisqu'il a permis d'identifier 25 patients (2,9 %).
- Douze enfants de moins de 5 ans ont été diagnostiqués en 2021 ce qui représente une proportion de 1,4 % du total des cas déclarés, la plus faible jamais observée en Belgique. Le fait que de très jeunes enfants soient touchés par la tuberculose démontre qu'il existe des manquements dans le contrôle de la transmission du bacille tuberculeux et cette diminution est donc un bon signe.
- Neuf cas de tuberculose à bacilles multirésistants ont été enregistrés en 2021 (1,4 % des cas), ce qui représente une belle diminution par rapport à 2020 (2,3 %) et 2019 (2,1 %).

Les résultats de traitement pour les patients enregistrés en 2020 :

- Le taux de succès en Belgique (82,4 %) se maintient au-dessus du seuil de 80 %. On observe toutefois des disparités régionales. Alors qu'en Flandre, le taux de succès se maintient au-dessus de 85%, seuil minimum recommandés par l'OMS (85,9 %), il est de 83 % en Région wallonne et, comme chaque année, reste inférieure en Région bruxelloise (77,4%). Ceci s'explique par un taux d'abandon supérieur à Bruxelles (12,2 %) par rapport à 3 % observé en Région flamande et 6 % en Région wallonne et qui peut être mis sur le compte d'une plus grande concentration de personnes particulièrement vulnérables à Bruxelles. Le taux de décès reste élevé en Belgique (9,5 % pour l'ensemble du territoire) sans grande variation d'une région à l'autre. La moitié des décès recensés sont attribués à une autre cause que la tuberculose.

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 :

- La diminution du nombre de cas de tuberculose observée en 2020 et 2021 doit être interprétée avec prudence. Si elle 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, bien que le port du masque a aussi pu avoir un effet inverse, comme cela a été observé pour d'autres infections respiratoires. Par ailleurs, la réouverture des frontières ainsi que la guerre en Ukraine ont entraîné un nouvel afflux de DPI en 2022 qui lui aussi apportera son lot de patients atteints de tuberculose, surtout que la crise de l'accueil et l'absence de dépistage systématique des Ukrainiens risquent d'entraîner des retards de diagnostic susceptibles d'augmenter la transmission. Il est possible qu'on observe une augmentation du nombre absolu de cas dans les années qui viennent, qui augmentera la charge de travail du corps médical et institutions telles que les centres d'accueil ainsi que du personnel infirmier du FARES et de la VRGT dans leurs activités de socio-prophylaxie et d'accompagnement des patients tout au long de leur parcours thérapeutique. Il faut aussi s'attendre à une augmentation du nombre de cas de tuberculose MDR étant donné la prévalence élevée de MDR (proche de 30% parmi les nouveaux cas) en Ukraine²⁵.
- 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 personnes dont les problèmes socio-économiques limitent l'accès aux soins de santé, les migrants, les personnes en séjour irrégulier, les sans-abris. Ces groupes représentent une majorité des patients tuberculeux, en particulier en Région bruxelloise.
- 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. Parmi les cas de tuberculose enregistrés en 2021, 494 (56 %) 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-based²⁶, 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 occidentale²⁷ 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 dont l'accès aux soins est limité ce qui nécessite une collaboration étroite et intégrée 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 efficaces et doit rester prioritaire. En 2021, 9,6 % des cas du registre ont eu un contact récent documenté avec un patient tuberculeux. C'est pourquoi, le dépistage des contacts garde toute son importance, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans. En effet, il a permis d'identifier 25 cas de tuberculose et, chez les 12 enfants de moins de 5 ans, il a permis d'en détecter 7, ce qui fait d'eux un groupe à cibler prioritairement.

25 Operational public health considerations for the prevention and control of infectious diseases in the context of Russia's aggression towards Ukraine. ECDC technical report, 8 march 2022.

26 <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20728>

27 <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20726>

- 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 2021 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 depuis la crise sanitaire en raison de l'importante charge de travail du corps soignant. Le recours plus systématique au système de déclaration en ligne via les plateformes sécurisées existantes²⁸ devrait être renforcé afin d'améliorer la notification des cas dans ces 2 régions.
- 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.
- 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 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. En 2021, le dépistage ciblé vers les groupes à risque a été à l'origine du diagnostic de 8,6 % des cas de tuberculose.
- 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^{29,30,31} et de collecter complémentirement des données objectives afin d'adapter les stratégies en application (monitoring & évaluation). D'autres groupes à risque (comme par exemple, les sans-abri et les personnes en situation irrégulière) sont particulièrement déservies 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.
- 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 2021 (87,8 %) 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 (surtout de la première ligne) 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.

28 MATRA : <https://www.wiv-isp.be/matra/cf/connexion.aspx> et MATRAbru : <https://www.wiv-isp.be/Matra/bru/connexion.aspx>

29 https://www.researchgate.net/publication/318836445_Tuberculosis_and_latent_tuberculous_infection_screening_of_migrants_in_Europe_Comparative_analysis_of_policies_surveillance_systems_and_results

30 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28826446>

31 <https://kce.fgov.be/fr/soins-de-sant%C3%A9-dans-les-prisons-belges>

- La tuberculose est considérée comme un «baromètre socio-économique». La paupérisation et les inégalités sociales, accentuées par la crise sanitaire et celle des prix de l'énergie, favorisant la plongée d'une partie de la population dans la précarité, créent les conditions idéales pour le développement et la transmission de la tuberculose. Le problème est plus crucial en Région bruxelloise où, en 2020, le taux de risque de pauvreté atteignait 25 % alors qu'il était de 18 % en Wallonie et de seulement 9 % en Flandre³². L'accès aux soins pour les plus démunis est primordial. Ce dernier est garanti en Belgique via le projet BELTA-TBnet³³ 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.
- 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 2020. 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. L'accompagnement des patients améliore les résultats et permet d'éviter le développement de résistances aux antituberculeux. Recourir aux incentives peut aussi contribuer à l'amélioration de la compliance³⁴ 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 subvenant à leurs 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.

32 https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/2022_11_09_fr_barometre.pdf

33 Pour plus d'informations : www.belta.be

34 <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>



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 attributions³⁵. Il a été suivi en mars 2016 par un protocole d'accord sur la prévention³⁶.

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 son opérationnalisation en cours 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 Santé³⁷ 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'efficacité des dépistages, notamment ceux réalisés chez les demandeurs de protection internationale et les détenus. Cette initiative n'a pas eu de suite depuis lors. Néanmoins, la gestion du screening de la tuberculose chez les réfugiés ukrainiens en 2022 a montré que le fédéral et les entités fédérées pouvaient se mettre ensemble autour de la table pour tenter d'harmoniser les procédures et bénéficier de l'expérience de chacun.

35 http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid-fr/2013_protocolakkoord_infectieziekten_tuberculose_fr.pdf

36 http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_03_21_-_prevention_-_preventie.pdf

37 <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 – 2021

Antécédents		Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Belges	+	10	7,2	8	9,5	9	8,7	27	8,3
	-	109	79,0	68	81,0	84	80,8	261	80,1
	Inconnu	19	13,8	8	9,5	11	10,6	38	11,7
	Total	138		84		104		326	
Non-Belges	+	9	4,5	12	6,2	10	6,4	31	5,6
	-	142	71,7	151	77,8	117	74,5	410	74,4
	Inconnu	47	23,7	31	16,0	30	19,1	108	19,7
	Total	198		194		157		549	
Total	+	19	5,7	20	7,2	19	7,3	58	6,6
	-	251	74,7	219	78,8	201	77,0	671	76,7
	Inconnu	66	19,6	39	14,0	41	15,7	146	16,7
	Total	336		278		261		875	

ANNEXE 1b : PRÉSENCE D'ANTÉCÉDENTS DE TUBERCULOSE PAR RÉGION, SEXE ET ORIGINE NATIONALE – 2021 (VALEURS MANQUANTES EXCLUES)

		Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
		n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Belges	Hommes	7/77	9,1	8/50	16,0	4/53	7,5	19/180	10,6
	Femmes	3/42	7,1	0/26	0	5/40	12,5	8/108	7,4
	H+F	10/119	8,4	8/76	10,5	9/93	9,7	27/288	9,4
Non-Belges	Hommes	8/98	8,2	10/130	7,7	5/89	5,6	23/317	7,3
	Femmes	1/53	1,9	2/33	6,1	5/38	13,2	8/124	6,5
	H+F	9/151	6,0	12/163	7,4	10/127	7,9	31/441	7,0
Total	Hommes	15/175	8,6	18/180	10,0	9/142	6,3	42/497	8,5
	Femmes	4/95	4,2	2/59	3,4	10/78	12,8	16/232	6,9
	H+F	19/270	7,0	20/239	8,4	19/220	8,6	58/729	8,0

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-2021

Âge	Région flamande			Région bruxelloise			Région wallonne		
	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR* (IC95 %)	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR* (IC95 %)	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR* (IC95 %)
0-14 ans	10/961.024	1,0 (0,5;1,9)	1,0	5/165.508	3,0 (1,0;7,1)	1,0	5/569.282	0,9 (0,3;2,0)	1,0
15-29 ans	17/991.395	1,7 (1,0;2,7)	1,6 (0,8;3,6)	24/157.048	15,3 (9,8;22,7)	5,1 (1,9;13,3)	15/601.726	2,5 (1,4;4,1)	2,8 (1,0;7,8)
30-44 ans	36/1.073.333	3,4 (2,3;4,6)	3,2 (1,6;6,5)	15/151.756	9,9 (5,5;16,3)	3,3 (1,2;9,1)	23/597.939	3,8 (2,4;5,8)	4,4 (1,7;11,6)
45-59 ans	31/1.247.065	2,5 (1,7;3,5)	2,4 (1,2;4,9)	15/141.810	10,6 (5,9;17,4)	3,5 (1,3;9,7)	30/656.917	4,6 (3,1;6,5)	5,3 (2,0;13,6)
60-74 ans	21/1.106.573	1,9 (1,2;2,9)	1,8 (0,9;3,9)	14/107.909	13,0 (7,1;21,8)	4,7 (1,7;12,9)	16/569.131	2,8 (1,6;4,6)	3,3 (1,2;9,1)
≥ 75 ans	23/639.689	3,6 (2,3;5,4)	3,6 (1,8;7,5)	11/63.242	17,4 (8,7;31,1)	6,7 (2,2;20,6)	15/272.038	5,5 (3,1;9,1)	7,4 (2,6;20,6)

*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

Âge	Région flamande			Région bruxelloise			Région wallonne		
	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR* (IC95 %)	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR* (IC95 %)	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR* (IC95 %)
0-14 ans	7/115.932	6,0 (2,4;12,4)	1,0	8/69.474	11,5 (5,0;22,7)	1,0	6/47.471	12,6 (4,6;27,5)	1,0
15-29 ans	83/135.201	61,4 (48,9;76,1)	10,2 (4,7;22,1)	77/92.641	83,1 (65,6;103,9)	7,4 (3,6;15,3)	81/59.563	136,0 (108,0;169,0)	10,8 (4,8;24,6)
30-44 ans	69/189.496	36,4 (28,3;46,1)	6,1 (2,8;13,2)	62/139.485	44,4 (34,1;57,0)	3,9 (1,9;8,1)	39/96.647	40,4 (28,7;55,2)	3,2 (1,4;7,6)
45-59 ans	25/121.386	20,6 (13,3;30,4)	3,4 (1,5;7,8)	32/86.170	37,1 (25,4;52,4)	3,2 (1,4;6,9)	18/89.269	20,2 (12,0;31,9)	1,6 (0,6;4,0)
60-74 ans	8/51.909	15,4 (6,7;30,4)	2,6 (0,9;7,0)	14/32.703	42,8 (23,4;71,8)	3,7 (1,6;8,9)	10/60.445	16,5 (7,9;30,4)	1,3 (0,5;3,7)
≥ 75 ans	6/20.059	29,9 (11,0;65,1)	5,0 (1,7;14,8)	1/12.224	8,2 (0,2;45,6)	0,7 (0,1;5,8)	3/27.778	10,8 (2,2;31,6)	0,9 (0,2;3,3)

*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 – 2021

	Hommes			Femmes				
	n/N	/100.000 (IC95 %)		n/N	/100.000 (IC95 %)		Sex-ratio (IC95 %)	
Région flamande								
0-44 ans	31/1.535.431	2,0	(1,4;2,9)	32/1.490.321	2,1	(1,5;3,0)	0,9	(0,6;1,6)
45-69 ans	34/1.013.252	3,4	(2,3;4,7)	11/1.017.645	1,1	(0,5;1,9)	3,1	(1,5;6,8)
≥ 70 ans	23/418.756	5,5	(3,5;8,2)	7/543.674	1,3	(0,5;2,7)	4,3	(1,8;11,8)
Région bruxelloise								
0-44 ans	27/240.731	11,2	(7,4;16,3)	17/233.581	7,3	(4,2;11,7)	1,5	(0,8;3,0)
45-69 ans	20/106.988	18,7	(11,4;28,9)	6/111.639	5,4	(2,0;11,7)	3,5	(1,3;10,6)
≥ 70 ans	8/36.216	22,1	(9,5;43,5)	6/58.118	10,3	(3,8;22,5)	2,1	(0,7;7,5)
Région wallonne								
0-44 ans	21/899.589	2,3	(1,4;3,6)	22/869.358	2,5	(1,6;3,8)	0,9	(0,5;1,8)
45-69 ans	27/512.744	5,3	(3,5;7,7)	14/542.687	2,6	(1,4;4,3)	2,0	(1,0;4,2)
≥ 70 ans	13/180.417	7,2	(3,8;12,3)	7/262.238	2,7	(1,1;5,5)	2,7	(1,0;8,0)

ANNEXE 3b : SEX-RATIO PAR GROUPES D'ÂGE EN BELGIQUE ET PAR RÉGION, CHEZ LES NON-BELGES – 2021 (SUJETS NON-ÉTABLIS INCLUS)

	Hommes			Femmes					
	n/N	/100.000 (IC95 %)		n/N	/100.000 (IC95 %)		Sex-ratio (IC95 %)		p*
Belgique									
0-29 ans	199/259.438	76,7	(66,4;88,1)	63/260.844	24,2	(18,6;30,9)	3,2	(2,4;4,3)	0,4736
30-39 ans	82/142.926	57,4	(45,6;71,2)	45/152.433	29,5	(21,5;39,5)	1,9	(1,3;2,9)	0,0499
≥ 40 ans	112/330.723	33,9	(27,9;40,7)	48/301.489	15,9	(11,7;21,1)	2,1	(1,5;3,0)	0,3067
Région flamande									
0-29 ans	67/127.267	52,6	(40,8;66,9)	23/123.866	18,6	(11,8;27,9)	2,8	(1,7;4,8)	
30-39 ans	31/65.065	47,6	(32,4;67,6)	25/68.004	36,8	(23,8;54,3)	1,3	(0,7;2,3)	
≥ 40 ans	33/133.846	24,7	(17,0;34,6)	19/115.935	16,4	(9,9;25,6)	1,5	(0,8;2,8)	
Région bruxelloise									
0-29 ans	68/79.139	85,9	(66,7;108,9)	17/82.976	20,5	(11,9;32,8)	4,2	(2,4;7,6)	
30-39 ans	34/47.468	71,6	(49,6;100,1)	9/49.974	18,0	(8,2;34,2)	4,0	(1,9;9,4)	
≥ 40 ans	49/88.532	55,3	(40,9;73,2)	17/84.608	20,1	(11,7;32,2)	2,8	(1,6;5,1)	
Région wallonne									
0-29 ans	64/53.032	120,7	(92,9;154,1)	23/54.002	42,6	(27,0;63,9)	2,8	(1,7;4,8)	
30-39 ans	17/30.393	55,9	(32,6;89,6)	11/34.455	31,9	(15,9;57,1)	1,8	(0,8;4,1)	
≥ 40 ans	30/108.345	27,7	(18,7;39,5)	12/100.946	11,9	(6,1;20,8)	2,3	(1,2;5,0)	

*Hétérogénéité régions

ANNEXE 3c : SEX-RATIO PAR RÉGION, CHEZ LES NON-BELGES – 2021 (SUJETS NON-ÉTABLIS INCLUS)

	Hommes			Femmes				
	n/N	/100.000 (IC95 %)		n/N	/100.000 (IC95 %)		Sex-ratio (IC95 %)	p*
Belgique	393/733.087	53,6	(48,4;59,2)	156/714.766	21,8	(18,5;25,5)	2,5 (2,0;3,0)	0,0451
Région flamande	131/326.178	40,2	(33,6;47,7)	67/307.805	21,8	(16,9;27,6)	1,8 (1,4;2,5)	0,0669
Région bruxelloise	151/215.139	70,2	(59,4;82,3)	43/217.558	19,8	(14,3;26,6)	3,6 (2,5;5,1)	0,5264
Région wallonne	111/191.770	57,9	(47,6;69,7)	46/189.403	24,3	(17,8;32,4)	2,4 (1,7;3,4)	0,5681

*Hétérogénéité

ANNEXE 3d : SEX-RATIO PAR RÉGION, CHEZ LES NON-BELGES – 2021 (SUJETS NON-ÉTABLIS EXCLUS)

	Hommes			Femmes				
	n/N	/100.000 (IC95 %)		n/N	/100.000 (IC95 %)		Sex-ratio (IC95 %)	p*
Belgique	195/733.087	26,6 (23,0;30,6)		124/714.766	17,3 (14,4;20,7)		1,5 (1,2;1,9)	0,5058
Région flamande	88/326.178	27,0 (21,6;33,2)		55/307.805	17,9 (13,5;23,3)		1,5 (1,1;2,2)	0,7833
Région bruxelloise	69/215.139	32,1 (25,0;40,6)		35/217.558	16,1 (11,2;22,4)		2,0 (1,3;3,1)	0,7279
Région wallonne	38/191.770	19,8 (14,0;27,2)		34/189.403	18,0 (12,4;25,1)		1,1 (0,7;1,8)	0,2443

*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 – 2021**

	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Belgique	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europe de l'Ouest	90	26,8	49	17,6	82	31,4	221	25,3
Afrique de l'Est	67	19,9	37	13,3	39	14,9	143	16,3
Afrique du Nord	17	5,1	52	18,7	33	12,6	102	11,7
Asie du Sud	48	14,3	25	9,0	27	10,3	100	11,4
Afrique centrale	21	6,2	26	9,4	29	11,1	76	8,7
Europe de l'Est	28	8,3	27	9,7	13	5,0	68	7,8
Afrique de l'Ouest	20	6,0	28	10,1	16	6,1	64	7,3
Europe du Sud	12	3,6	10	3,6	8	3,1	30	3,4
Asie du Sud-Est	10	3,0	6	2,2	4	1,5	20	2,3
Asie de l'Ouest	8	2,4	7	2,5	4	1,5	19	2,2
Amérique du Sud	5	1,5	6	2,2	4	1,5	15	1,7
Asie de l'Est	5	1,5	2	0,7	0	0,0	7	0,8
Amérique centrale	4	1,2	0	0,0	1	0,4	5	0,6
indéterminé***	0	0,0	2	0,7	0	0,0	2	0,2
Caraïbes	0	0,0	1	0,4	1	0,4	2	0,2
Europe du Nord	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Total	336		278		261		875	

*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) – 2021

Province	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR** (IC95 %)	p***
Luxembourg	2/263.769	0,8 (0,1;2,7)	0,6 (0,1;2,5)	-
Flandre orientale	18/1.417.079	1,3 (0,8;2,0)	1,0 -	-
Namur	7/470.795	1,5 (0,6;3,1)	1,2 (0,5;2,8)	0,8405
Flandre occidentale	21/1.131.194	1,9 (1,1;2,8)	1,4 (0,8;2,7)	0,7604
Brabant flamand	22/1.037.604	2,1 (1,3;3,2)	1,7 (0,9;3,1)	0,7515
Limbourg	20/785.981	2,5 (1,6;3,9)	2,0 (1,1;3,8)	0,8729
Anvers	57/1.647.221	3,5 (2,6;4,5)	2,7 (1,6;4,6)	0,4492
Liège	35/985.445	3,6 (2,5;4,9)	2,8 (1,6;5,0)	0,0908
Hainaut	45/1.181.215	3,8 (2,8;5,1)	3,1 (1,8;5,3)	0,4252
Brabant wallon	15/365.809	4,1 (2,3;6,8)	3,3 (1,6;6,4)	0,9871
Bruxelles	84/787.273	10,7 (8,5;13,2)	8,4 (5,1;14,0)	0,7535

*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) – 2021

Province	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR** (IC95 %)	p***
Limbourg	17/94.416	18,0 (10,5;28,8)	1,0	-
Brabant flamand	29/124.480	23,3 (15,6;33,5)	1,2 (0,7;2,2)	0,2633
Flandre orientale	29/114.666	25,3 (16,9;36,3)	1,2 (0,7;2,2)	0,7853
Hainaut	35/164.732	21,2 (14,8;29,5)	1,3 (0,7;2,3)	0,7926
Brabant wallon	13/41.588	31,3 (16,6;53,5)	1,8 (0,9;3,7)	0,6057
Anvers	84/228.303	36,8 (29,3;45,6)	1,9 (1,1;3,2)	0,2971
Bruxelles	194/432.697	44,8 (38,7;51,6)	2,4 (1,5;4,0)	0,3565
Flandre occidentale	39/72.118	54,1 (38,5;73,9)	2,6 (1,5;4,6)	0,8739
Liège	61/123.622	49,3 (37,7;63,4)	2,8 (1,6;4,8)	0,7073
Luxembourg	18/24.953	72,1 (42,8;114,0)	4,0 (2,0;7,7)	0,8091
Namur	30/26.278	114,2 (77,0;163,0)	6,7 (3,7;12,1)	0,9959

*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) – 2021

Province	n/N	/100.000 (IC95 %)	mIDR** (IC95 %)	p***
Limbourg	7/94.416	7,4 (3,0;15,3)	1,0	-
Luxembourg	2/24.953	8,0 (1,0;29,0)	1,1 (0,2;5,4)	0,9335
Hainaut	22/164.732	13,4 (8,4;20,2)	1,8 (0,8;4,3)	0,9435
Brabant wallon	6/41.588	14,4 (5,3;31,4)	2,0 (0,7;5,9)	0,7685
Brabant flamand	21/124.480	16,9 (10,4;25,8)	2,3 (1,0;5,5)	0,4547
Flandre orientale	26/114.666	22,7 (14,8;33,2)	2,9 (1,2;7,1)	0,8082
Bruxelles	104/432.697	24,0 (19,6;29,1)	3,3 (1,5;7,1)	0,7844
Anvers	59/228.303	25,8 (19,7;33,3)	3,5 (1,6;7,7)	0,7224
Liège	34/123.622	27,5 (19,0;38,4)	3,8 (1,7;8,5)	0,7032
Namur	8/26.278	30,4 (13,1;60,0)	4,3 (1,5;11,8)	0,9180
Flandre occidentale	30/72.118	41,6 (28,1;59,4)	5,5 (2,3;13,2)	0,5766

*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 – 2021

	0-14 ans		15-44 ans		45-64 ans		≥ 65 ans		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pulmonaire	27	47,4	361	50,3	127	55,0	85	61,2	600	52,4
Ganglionnaire extra-thoracique	7	12,3	114	15,9	36	15,6	14	10,1	171	14,9
Ganglionnaire intra-thoracique	9	15,8	59	8,2	17	7,4	6	4,3	91	8,0
Pleurale	3	5,3	52	7,3	11	4,8	12	8,6	78	6,8
Autre	0	0,0	31	4,3	9	3,9	5	3,6	45	3,9
Digestive	4	7,0	26	3,6	7	3,0	2	1,4	39	3,4
Mal de Pott	2	3,5	17	2,4	10	4,3	2	1,4	31	2,7
Miliaire	2	3,5	17	2,4	6	2,6	5	3,6	30	2,6
Ostéo-articulaire	2	3,5	15	2,1	3	1,3	4	2,9	24	2,1
Urogénitale	0	0,0	10	1,4	1	0,4	1	0,7	12	1,0
Meningée	0	0,0	4	0,6	2	0,9	0	0,0	6	0,5
Système nerveux central	1	1,8	4	0,6	1	0,4	0	0,0	6	0,5
Disséminée *	0	0,0	3	0,4	2	0,9	0	0,0	5	0,4
Cutanée	0	0,0	5	0,7	0	0,0	0	0,0	5	0,4
Laryngée	0	0,0	2	0,3	1	0,4	1	0,7	4	0,3
Sang	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4	2	0,2
Pas de site mentionné	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total PATIENTS	41		541		183		110		875	
Total SITES	57		717		231		139		1.144	

*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 – 2021

Examen microscopique direct		Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
		%	%	%	%
Belges		n=93	n=61	n=82	n=236
	Positif	52,7	37,7	43,9	45,8
	Négatif	43,0	57,4	53,7	50,4
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	0,0	0,0	0,0
	Non réalisé	4,3	4,9	1,2	3,4
	Inconnu	0,0	0,0	1,2	0,4
Non-Belges		n=119	n=137	n=114	n=370
	Positif	47,1	46,7	36,8	43,8
	Négatif	46,2	50,4	59,6	51,9
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	1,5	0,0	0,5
	Non réalisé	6,7	0,7	2,6	3,2
	Inconnu	0,0	0,7	0,9	0,5
Total		n=212	n=198	n=196	n=606
	Positif	49,5	43,9	39,8	44,6
	Négatif	44,8	52,5	57,1	51,3
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	1,0	0,0	0,3
	Non réalisé	5,7	2,0	2,0	3,3
	Inconnu	0,0	0,5	1,0	0,5

*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 – 2021

Culture des expectorations		Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
		%	%	%	%
Belges		n=93	n=61	n=82	n=236
	Positif	84,9	78,7	70,7	78,4
	Négatif	14,0	21,3	23,2	19,1
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	0,0	2,4	0,8
	Non réalisé	1,1	0,0	1,2	0,8
	Inconnu	0,0	0,0	2,4	0,8
Non-Belges		n=119	n=137	n=114	n=370
	Positif	87,4	88,3	76,3	84,3
	Négatif	11,8	10,2	20,2	13,8
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	0,7	2,6	1,1
	Non réalisé	0,8	0,7	0,0	0,5
	Inconnu	0,0	0,0	0,9	0,3
Total		n=212	n=198	n=196	n=606
	Positif	86,3	85,4	74,0	82,0
	Négatif	12,7	13,6	21,4	15,8
	Réalisé, résultat inconnu	0,0	0,5	2,6	1,0
	Non réalisé	0,9	0,5	0,5	0,7
	Inconnu	0,0	0,0	1,5	0,5

*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 – 2021**

Culture des échantillons		Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
		%	%	%	%
Belges		n=45	n=23	n=22	n=90
	Positive	64,4	47,8	50,0	56,7
	Négative	20,0	30,4	36,4	26,7
	Réalisée, résultat inconnu	2,2	0,0	4,5	2,2
	Non réalisée	13,3	17,4	0,0	11,1
	Inconnu	0,0	4,3	9,1	3,3
Non-Belges		n=79	n=57	n=43	n=179
	Positive	63,3	63,2	58,1	62,0
	Négative	21,5	31,6	27,9	26,3
	Réalisée, résultat inconnu	1,3	0,0	7,0	2,2
	Non réalisée	13,9	3,5	2,3	7,8
	Inconnu	0,0	1,8	4,7	1,7
Total		n=124	n=80	n=65	n=269
	Positive	63,7	58,8	55,4	60,2
	Négative	21,0	31,2	30,8	26,4
	Réalisée, résultat inconnu	1,6	0,0	6,2	2,2
	Non réalisée	13,7	7,5	1,5	8,9
	Inconnu	0,0	2,5	6,2	2,2

**ANNEXE 7d : DISPONIBILITÉ DES TESTS DE SENSIBILITÉ CHEZ LES PATIENTS POSITIFS À LA CULTURE ATTEINTS DE
TUBERCULOSE PULMONAIRE, PAR RÉGION ET PAR NATIONALITÉ, BELGIQUE – 2021**

Tests de sensibilité		Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
Belges	Disponibles	n=79	n=48	n=58	n=185
		96,2 %	93,8 %	89,7 %	93,5 %
Non-Belges	Disponibles	n=104	n=121	n=87	n=312
		94,2 %	96,7 %	89,7 %	93,9 %
Total	Disponibles	n=183	n=169	n=145	n=497
		95,1 %	95,9 %	89,7 %	93,8 %

**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 – 2021**

Tests de sensibilité		Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
Belges	Disponibles	n=29	n=11	n=11	n=51
		93,1 %	100 %	100 %	96,1 %
Non-Belges	Disponibles	n=50	n=36	n=25	n=111
		100 %	97,2 %	92,0 %	97,3 %
Total	Disponibles	n=79	n=47	n=36	n=162
		97,5 %	97,9 %	94,4 %	96,9 %

**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 – 2021**

Tests de sensibilité		Région flamande	Région bruxelloise	Région wallonne	Belgique
Belges	Disponibles	n=108	n=59	n=69	n=236
		95,4 %	94,9 %	91,3 %	94,1 %
Non-Belges	Disponibles	n=154	n=157	n=112	n=423
		96,1 %	96,8 %	90,2 %	94,8 %
Total	Disponibles	n=262	n=216	n=181	n=659
		95,8 %	96,3 %	90,6 %	94,5 %

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) – 2021

Test VIH	Région bruxelloise		Région wallonne		Total	
	n	%	n	%	n	%
Résultat négatif	232	83,5	166	63,6	398	73,8
Résultat positif	6	2,2	7	2,7	13	2,4
Testé, résultat inconnu	4	1,4	5	1,9	9	1,7
Non testé	24	8,6	38	14,6	62	11,5
Inconnu	12	4,3	45	17,2	57	10,6
Total des patients	278		261		539	



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