

### I.2.5.1. Définition de la tuberculose en Nouvelle-Calédonie

La définition de la tuberculose adoptée au niveau international est la suivante : **tout patient pour lequel la tuberculose a été confirmée bactériologiquement ou a été diagnostiquée par un médecin.**

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire. Le registre de la tuberculose couvre **30 années, de 1989 à 2018**, et contient **3 275 enregistrements**. Tous les cas de tuberculose doivent être déclarés et enregistrés, y compris les primo-infections tuberculeuses latentes (PITL), qui n'entrent pas habituellement dans la définition de la tuberculose.

Les PITL ne présentent aucun signe clinique ou radiologique ; seule une des modifications suivantes de l'IDR est présente :

- IDR ≥ 15 mm
- et/ou augmentation de positivité supérieure à 10 mm entre deux IDR
- et/ou virage d'une IDR de négative (< 5 mm) à positive (≥ 5 mm).

Un point concernant les PITL sera fait en fin de chapitre, toutes les données qui suivent portent uniquement sur les cas de tuberculose-maladie.

### I.2.5.2. Les cas déclarés de tuberculose-maladie (hors PITL)

▪ **L'année 2018 : les nouveaux cas de tuberculose**

• **En 2018, 37 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés (taux d'incidence = 13,1/100 000 hab.)**

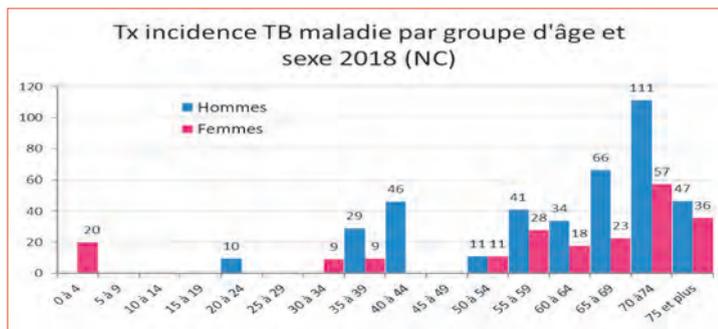
Les déclarations proviennent :

- du CHT (24 cas) ;
- du CHN (3 cas) ;
- des établissements médicaux provinciaux (4 cas) ;
- des médecins libéraux (5 cas) ;
- résultat du labo seul (1 cas).

• **La répartition par âge et sexe**

Age	Hommes	Femmes	Total	Incidence / 100 000*
0-4 ans		2	2	9,8
5-9 ans				0
10-14 ans				0
15-19 ans				0
20-24 ans	1		1	4,9
25-29 ans				0
30-34 ans		1	1	4,5
35-39 ans	3	1	4	19,1
40-44 ans	5		5	23,2
45-49 ans				0
50-54 ans	1	1	2	11,0
55-59 ans	3	2	5	34,4
60-64 ans	2	1	3	25,8
65-69 ans	3	1	4	44,6
70-74 ans	4	2	6	84,7
75 et plus	2	2	4	40,4
<b>Total général</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>37</b>	<b>13,1</b>

\* : Estimation de la population de la Nouvelle-Calédonie au 1er janvier 2018 - ETAT-CIVIL - ISEE



• **Formes de tuberculose**  
• **Localisation**

Détail des déclarations par catégories : n = 37		
Localisation	Incidence	%
Pulmonaire uniquement	20	54,1
Extra-pulmonaire uniquement	12	32,4
Pulmonaire et Extra-pulmonaire	5	13,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Répartition des formes en reprenant l'ensemble des formes pulmonaires (n = 25) et extra-pulmonaires (n = 17) :

Détails des formes déclarés (certains patients pouvant présenter plusieurs formes) : n = 42	
Pulmonaire (25)	Extra-pulmonaire (17)
Pulmonaire seule (18)	Autres respiratoires (5)
Miliaire seule (2)	Osseux (2)
Autres respiratoires (2)	Intestin-péritoine (2)
Autres organes (3)	Neuro-méningé (1)
Osseux (1)	Autres organes (8)

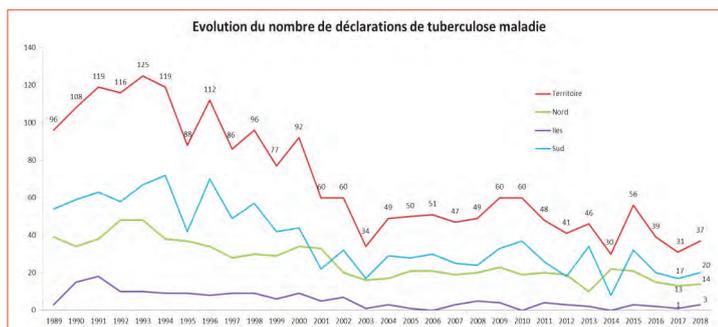
• **Formes bactériologiques**

Résultats bactériologiques des sécrétions respiratoires (crachats ou fibro bronchique)	Incidence	%
ED+/C+	14	37,8
ED-/C+	14	37,8
ED-/C-	7	18,9
PCR+ sans culture associée	2	5,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

### I.2.5.3. Le registre de la tuberculose : Évolution des cas entre 1989-2018

▪ **Nombre de nouveaux cas par an**

Après une diminution régulière de 1993 à 2003, on assiste depuis 2004 à une relative stabilisation du nombre annuel de nouveau cas (entre 30 et 60 cas par an).

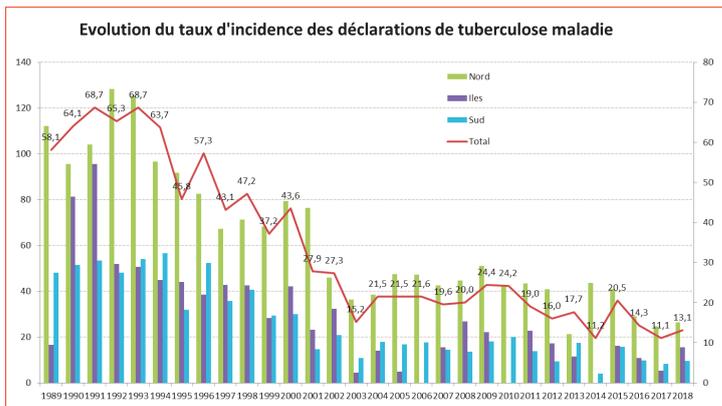


## • Taux d'incidence des déclarations de tuberculose maladie

En 2018, le taux d'incidence global était de **13,1** pour 100 000 habitants (population 2018 estimée à 282 200 habitants). La situation s'est améliorée par rapport à celle observée en 2015 (20,5 pour 100 000 habitants) mais le taux reste toujours plus élevé que celui des pays industrialisés.

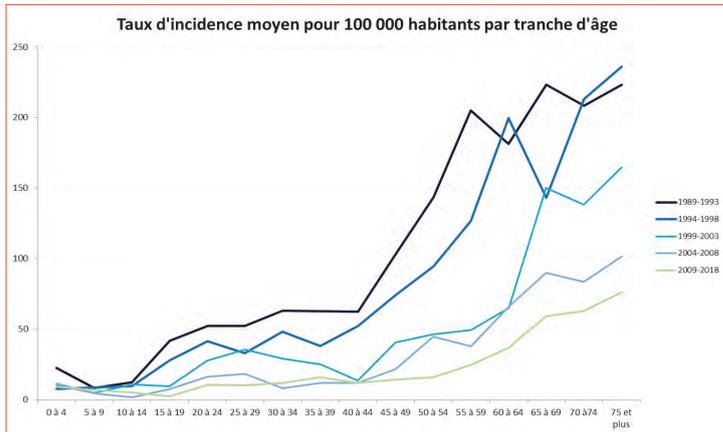
La figure ci-dessous montre que le taux d'incidence reste le plus élevé en province Nord. Celui-ci a cependant été divisé par 6 entre 1992 (155,1 pour 100 000) et 2018 (26,3 pour 100 000).

En province Sud, le taux d'incidence a été divisé par 7 entre 1993 (67,8 pour 100 000) et 2018 (9,5 pour 100 000).



## • Répartition par tranche d'âge

L'âge moyen au diagnostic (34 ans) des cas de tuberculose maladie est légèrement plus élevé que celui de la population calédonienne (âge moyen 32<sup>1</sup> ans).



On observe une nette diminution du taux d'incidence par tranche d'âge au diagnostic entre 1989 et 2018. La baisse d'incidence la plus forte est notée chez les plus de 40 ans. Le taux d'incidence reste plus élevé à partir de 50 ans.

## • Le groupe culturel des patients 1989-1995

Ne sont présentées ici que les incidences par communauté qui ont pu être calculées de manière fiable, c'est-à-dire entre 1989 et 1995. En effet, à partir de 1996, en raison

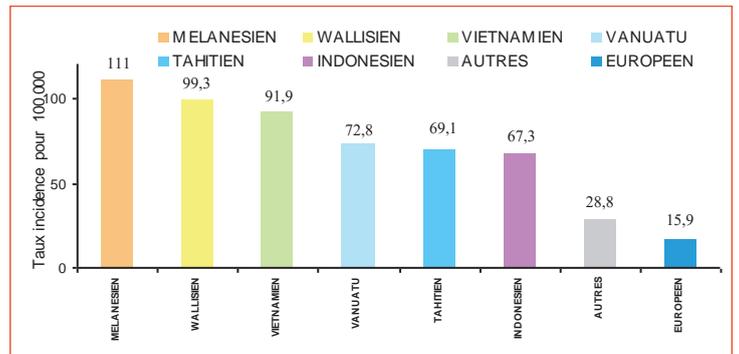
1 : Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2011

de l'importante sous déclaration de la communauté d'appartenance (le taux de données manquantes pour cet item varie en effet entre 20 et 75% selon les années) et de l'absence de données démographiques de référence, ce calcul n'a pas été effectué depuis.

Ainsi, au cours de ces 6 années où cette incidence a pu être calculée, on note des différences selon les communautés avec une incidence plus élevée dans les communautés mélanésiennes, wallisiennes et vietnamiennes.

L'étude des décès par tuberculose en Nouvelle-Calédonie entre 2001 et 2011 semble corroborer cette information, puisque les décès surviennent dans une population qui appartient de façon exclusive à ces 3 communautés.

## Taux d'incidence moyen\* par communauté (1989 – 1995)

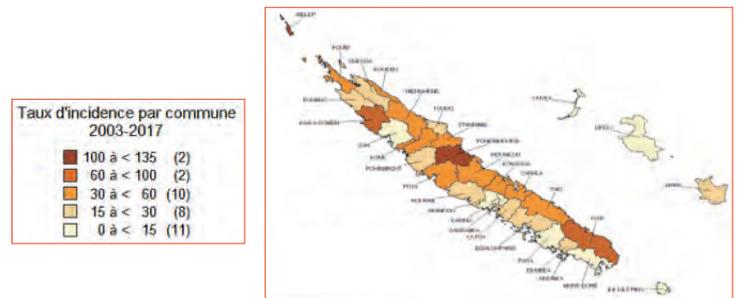
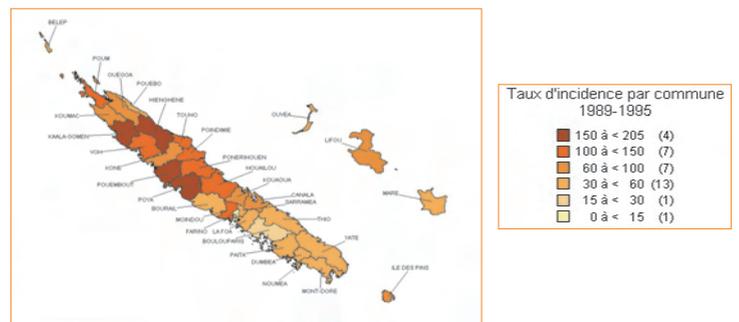


\* Calculé avec la moyenne de la population aux recensements de 1989 et 1996

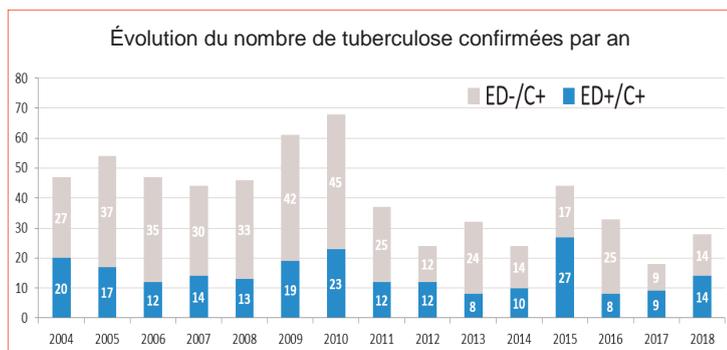
## • Taux d'incidence annuel moyen par commune de résidence

Pratiquement toutes les communes du territoire sont concernées par la tuberculose, avec cependant des disparités du taux d'incidence entre communes.

Selon les périodes, certaines communes conservent des taux d'incidence très supérieurs aux autres. Ce sont essentiellement les communes de Belep, Ponérihouen, Hienghène, Houailou et Kaala-Gomen toutes les cinq situées en province Nord. La commune de Farino n'a eu aucun cas depuis 1989 et la commune de Sarraméa n'a eu que 2 cas en 1994.



	Moyenne annuelle du nombre de nouveaux cas				Taux d'incidence moyenne/100 000			
	1989-1995	1996-2002	2003-2017	2018	1989-1995	1996-2002	2003-2017	2018
LIFOU	6.1	3.4	0.9	2	61.39	33.22	10.05	20.54
MARE	3.4	2.7	1.3	1	49.72	36.67	24.61	16.86
OUEVA	2.3	1.7	0.2	0	57.52	39.33	5.90	0.00
<b>Province Iles</b>	<b>11.9</b>	<b>7.9</b>	<b>2.4</b>	<b>3</b>	<b>56.80</b>	<b>35.58</b>	<b>13.76</b>	<b>15.62</b>
BELEP	0.4	1.6	1.2	0	46.43	168.97	133.93	0.00
CANALA	2.9	2.4	1.1	0	84.68	69.15	33.92	0.00
HIENGHEME	3.6	0.6	1.2	0	161.75	21.75	50.02	0.00
HOUAILOU	6.0	6.9	1.6	4	138.50	151.14	40.56	89.85
KAALA-GOMEN	2.9	2.7	1.2	0	159.88	144.30	62.14	0.00
KONE	3.0	1.7	1.8	2	73.39	38.10	34.62	25.95
KOUAOUA	1.0	0.7	0.7	0	65.62	45.04	49.57	0.00
KOUMAC	1.9	2.7	0.9	0	70.16	90.39	23.49	0.00
KUEGOA	1.6	0.7	0.7	0	77.26	33.79	31.27	0.00
POINDIMIE	4.6	2.9	1.8	0	105.33	59.23	37.36	0.00
PONERIHOUEN	3.9	3.3	3.2	8	143.33	120.53	134.23	321.54
POUEBO	1.3	1.0	0.9	0	54.66	42.00	35.87	0.00
POUEMBOUT	2.4	0.4	0.5	0	204.25	29.13	22.46	0.00
POUM	1.6	1.3	0.4	0	119.05	92.50	28.82	0.00
POYA	3.6	2.1	1.0	0	153.41	82.42	38.17	0.00
TOUHO	2.7	3.1	0.5	0	121.50	138.21	20.77	0.00
VOH	2.3	1.7	0.3	0	117.70	76.53	13.84	0.00
<b>Province Nord</b>	<b>45.4</b>	<b>35.9</b>	<b>18.9</b>	<b>14</b>	<b>109.96</b>	<b>80.40</b>	<b>41.71</b>	<b>26.29</b>
BOULOUPARI	0.3	0.7	0.6	0	17.96	34.19	24.81	0.00
BOURAIL	1.7	1.7	0.8	1	39.28	35.87	16.00	17.49
DUMBEA	5.3	3.9	2.5	2	38.06	20.74	10.23	5.99
FARINO	0.0	0.0	0.0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
ILE DES PINS	1.4	0.6	0.2	1	85.49	31.06	10.16	48.64
LA FOA	1.4	2.0	0.9	0	57.10	68.89	26.08	0.00
MOINDOU	0.7	0.4	0.1	0	125.75	71.19	9.47	0.00
MONT - DORE	8.7	9.0	3.3	3	41.94	37.20	12.72	10.52
NOUMEA	37.1	22.9	13.4	10	48.68	25.01	13.73	9.53
PAITA	4.6	4.0	1.8	2	58.15	33.16	11.00	9.24
SARRAMEA	0.3	0.0	0.0	0	58.79	0.00	0.00	0.00
THIO	1.4	2.3	0.9	0	54.65	83.33	32.97	0.00
YATE	0.9	1.4	1.6	1	55.16	77.51	85.06	54.53
<b>Province Sud</b>	<b>63.9</b>	<b>48.9</b>	<b>25.9</b>	<b>20</b>	<b>47.59</b>	<b>29.85</b>	<b>14.23</b>	<b>9.54</b>
<b>Territoire</b>	<b>121.1</b>	<b>92.6</b>	<b>47.2</b>	<b>37</b>	<b>61.69</b>	<b>40.19</b>	<b>19.27</b>	<b>13.11</b>



Evolution du taux d'incidence des ED+ (cas positifs à examen direct dans les sécrétions en provenance des poumons : crachats, tubages gastriques et fibro-aspirations bronchiques)

La plupart des cas (ED+/C+) concernent des tuberculoses pulmonaires, formes contagieuses de la maladie favorisant la transmission et la pérennisation de cette infection. Leur diagnostic doit être le plus précoce possible, leur traitement suivi rigoureusement et l'enquête à la recherche d'infectés entreprise dès que le suivi de traitement est assuré.

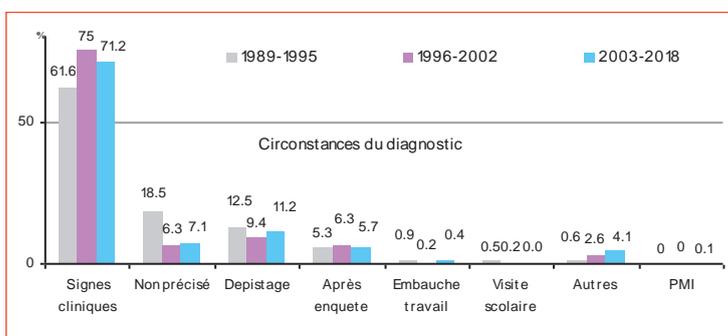
En 2018, on compte **14 cas ED+/C+** soit une incidence de **5,0 pour 100 000 habitants**.

Le taux d'incidence de ces formes est globalement en baisse, mais de façon moins franche que celle de l'ensemble des tuberculoses et reste à surveiller de près. Le potentiel de réémergence d'une transmission importante de la maladie est toujours présent en Nouvelle-Calédonie et l'année 2018 semble confirmer ce risque.

## • Circonstances du diagnostic

La qualité du remplissage des fiches de déclaration s'est altérée entre 2003 et 2018: les circonstances de diagnostic n'ont pas été précisées sur 7,1% des fiches de déclaration.

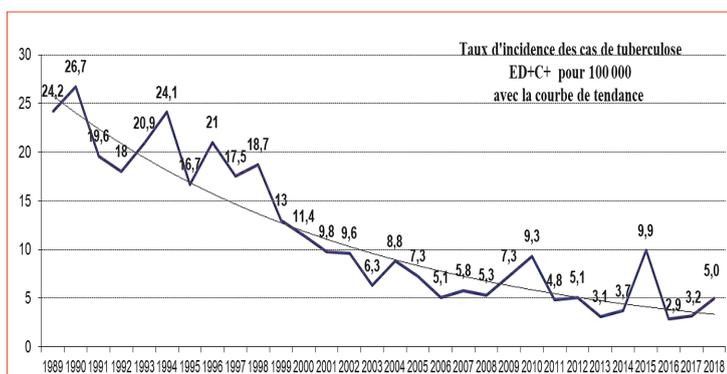
Le diagnostic est évoqué dans 7 cas sur 10 à partir des signes cliniques. La radiographie de thorax encore pratiquée de manière systématique au cours des visites d'embauche ou d'aptitude a peu fréquemment dépisté la tuberculose.



## • Bactériologie

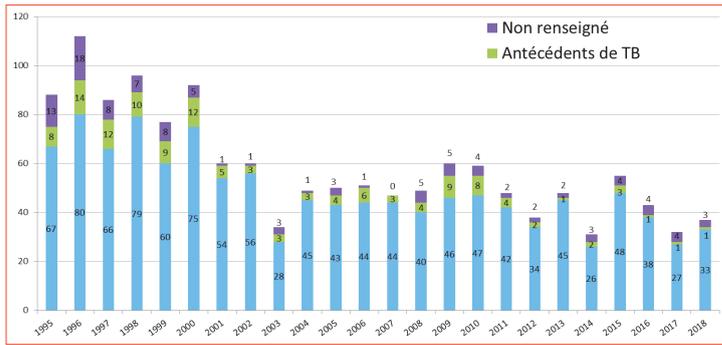
Entre 1995 et 2014, nous constatons une diminution des cas ED+/C+ au profit des cas ED-/C+ parmi les cas de tuberculose-maladie. En 2015, le nombre de résultats ED+/C+ est exceptionnellement supérieur au nombre de résultats ED-/C+.

Au total, sur les 32 souches de Bacilles tuberculeux (BK) isolées en 2018, 30 antibiogrammes ont été réalisés mettant en évidence 1 seule souche résistante. Cette souche locale avait une résistance combinée à l'isoniazide et à la streptomycine.



A noter que l'UICTMR (Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires) considère qu'un taux d'incidence annuel moyen des ED+ sur les 3 dernières années inférieur à 5/100 000 est l'un des trois critères à prendre en compte avant d'envisager la suppression de la vaccination systématique par le BCG.

## Rechutes, récidives



De 1995 à 2018, le nombre de patients ayant eu des antécédents de tuberculose (rechutes ou récidives), varie entre 0 et 15% (2009).

## Les issues de traitement des EC+/C+

Selon l'OMS, la **guérison** est attestée chez les ED+ par la **négativité bactériologique des crachats** deux mois et cinq mois après le début de traitement. Si ces prélèvements ne sont pas effectués, on parle alors de **traitement achevé**. La stratégie OMS estime qu'un programme est performant si le taux de guérison des ED+/C+ est supérieur à 85%. Ne sont présentées que les dernières données disponibles (cohorte 2017).

Issues du traitement de la cohorte 2018 (date de début de traitement entre le 01/01/2018 et le 31/12/2018)	Toutes formes		TB pulm ED+		Rechutes Récidives	
	n	%	n	%	n	%
Total	37	100,0	14	100,0	1	100,0
Guérison ou traitement (ttt) achevé	15	40,5	7	50,0	1	100,0
Abandons, perdus de vue déclarés, ttt interrompus	1	2,7	0	0	0	0
Échecs du traitement	0	0	0	0	0	0
Décès par TB	1	2,7	0	0	0	0
Décès autre cause	0	0	0	0	0	0
Hors territoire	0	0	0	0	0	0
Autres (issue non déclarée, traitement prolongé...)	20	54,1	7	50,0	0	0

Cas ED+/C+	89-94	95-99	00-04	05-09	10-14	2015	2016	2017	2018
Diagnostic modifié	3	2	0	0	1	0	0	0	0
Guéri ou Traitement achevé	160 (71,7%)	121 (70,8%)	75 (75,0%)	63 (84%)	45 (68,2%)	5 (18,5%)	3 (37,5%)	6 (66,7%)	7 (50%)
Sous traitement régulier	14	30	11	0	0	0	0	0	0
Sous traitement irrégulier	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Observation sans traitement	0	4	2	1	0	1	0	0	0
Perdu de vue	18	7	5	1	2	0	0	0	0
Décès par tuberculose	9	4	2	4	8	0	0	0	0
Décès par une autre cause	7	4	4	3	3	2	0	0	0
Autres	15	0	0	3	8	19	5	3	7
<b>Total (sans diagnostic modifié)</b>	<b>223</b>	<b>171</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>66</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>14</b>

Pour la cohorte des patients ayant débuté un traitement antituberculeux en 2018, **54,1% (20) des issues de traitement ne sont pas connues**. Parmi les issues connues, 15 patients ont été déclarés **guéris ou avec traitement achevé (taux = 40,5%)**.

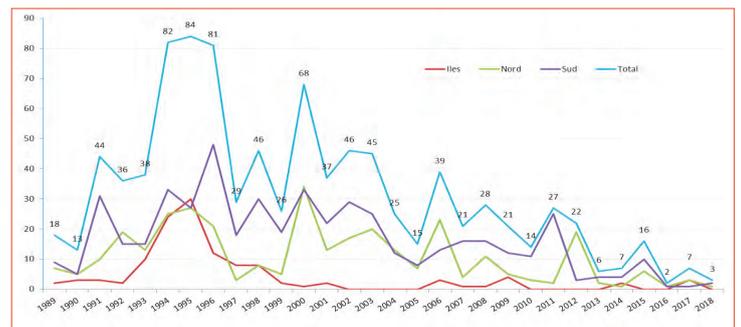
Dans cette cohorte 2018, l'issue de traitement des ED+ est inconnue dans **50,0%** des cas et le taux de guérison ou traitement achevé est de **50,0%**, ce qui est inférieur à la cible de **85%**.

On note **1 décès** par tuberculose en 2018.

## I.2.5.3. Les primo-infections tuberculeuses latentes (PITL)

Les déclarations de tuberculose « infection » (PIT latentes) sont effectuées dans la plupart des cas pour des enfants de moins de 14 ans. En 2017, il y a eu au total 7 PITL, dont 1 de moins de 4 ans. En 2018, il y a eu 3 PITL, dont 1 de moins de 4 ans.

Répartition des primo infections tuberculeuses latentes par année et province de résidence

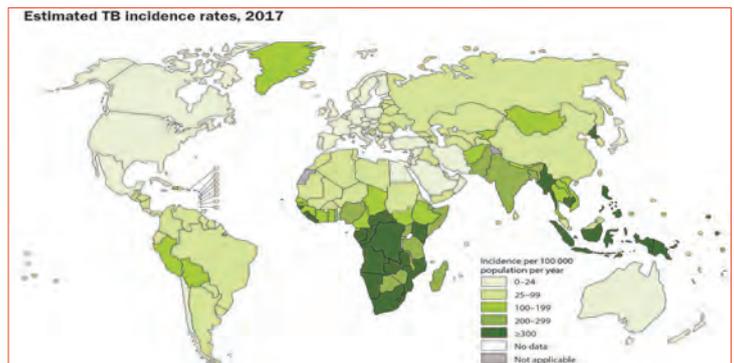


## I.2.5.4. Situation mondiale

### Tuberculose dans le monde

L'Organisation mondiale de la santé a estimé à 10,4 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose maladie en 2016 et à environ 1 700 000 le nombre de personnes qui en sont décédées. Plus de 95% des décès par tuberculose se produisent dans les pays à revenu faible et intermédiaire. De plus, la maladie est l'une des 5 principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 44 ans. Entre 1990 et 2015, le taux de mortalité par tuberculose a chuté de 47%.

C'est dans la région de l'Asie du Sud, (notamment en Inde et en Chine) que le nombre de nouveaux cas est le plus important mais c'est en Afrique subsaharienne que les taux d'incidence estimés sont les plus élevés (281 cas pour 100 000 habitants en 2014), en raison notamment de l'impact de la prévalence importante de l'infection à VIH.

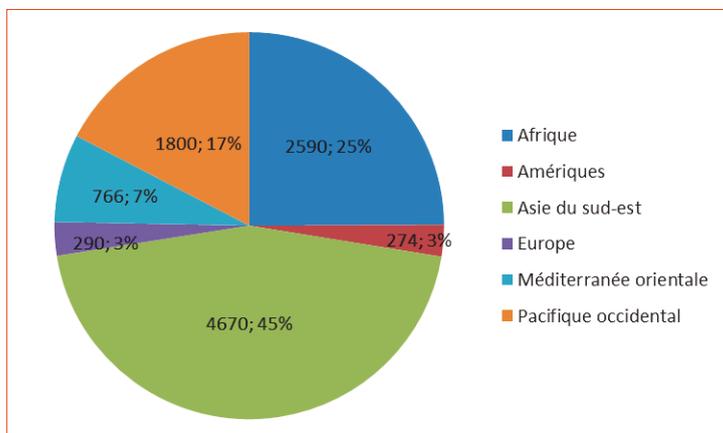


Source : OMS. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/334703/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-in-europe-2017.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/334703/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-in-europe-2017.pdf)

## Par région de l'OMS

Deux régions de l'OMS, l'Afrique et l'Asie, totalisent la majeure partie des nouveaux cas notifiés (voir graphique en haut colonne de droite).

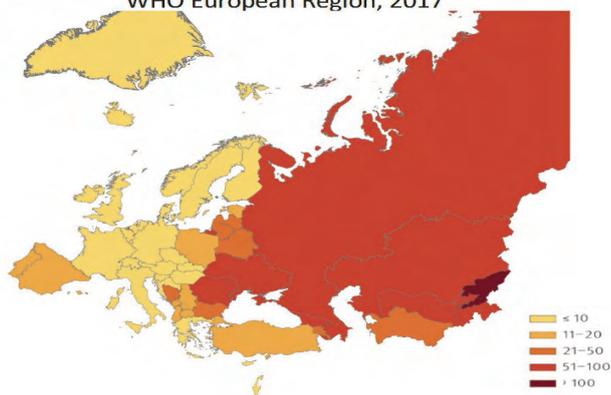
Répartition de nouveaux cas de tuberculose par région de l'OMS en 2016 (en milliers de cas)



## Europe

En 2017, environ 275 000 cas de tuberculose ont été rapportés dans la région européenne de l'OMS et environ 24 000 personnes sont décédées des suites d'une tuberculose, plus particulièrement dans les pays de l'est et de l'Europe centrale. Durant les 10 dernières années, le nombre de nouveaux patients a diminué à un taux moyen de 4,7% par an, ce qui est la baisse la plus rapide parmi toutes les régions de l'OMS. Cependant, le taux de succès au traitement parmi les nouveaux cas ou récurrences était de 77%, ce qui reste un des taux les plus bas parmi les régions de l'OMS.

Fig.1 Estimated TB incidence per 100 000 population, WHO European Region, 2017



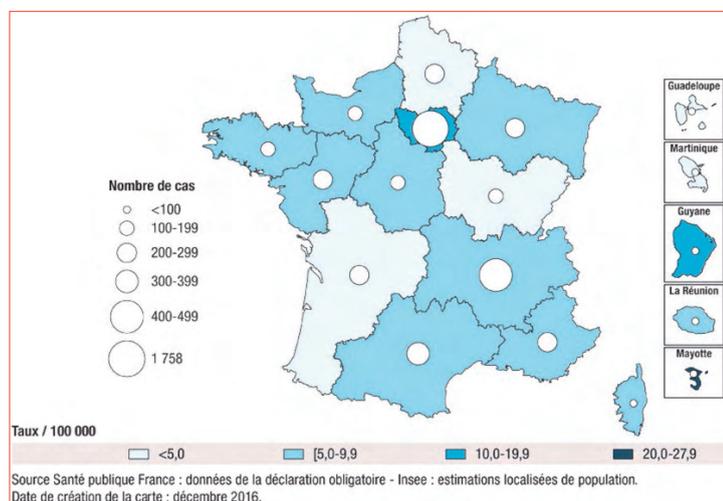
## France métropolitaine

En France, le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés était de 4 741 cas en 2017, soit 7,5 cas pour 100 000.

La France est considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population et dans certaines zones géographiques. La maladie touche principalement les sujets

âgés, les populations en situation de précarité (SDF, personnes vivant en collectivité...) et les migrants en provenance de régions comme l'Afrique subsaharienne, où les prévalences de la tuberculose et de l'infection à VIH sont élevées. On trouve également des taux de déclaration plus élevés en Ile-de-France, à Mayotte et en Guyane comparés aux autres régions françaises.

La proportion de cas de tuberculose déclarés avec une souche multirésistance MDR (résistance à au moins l'isoniazide et la rifampicine) était de 2,6% en 2014, proportion la plus élevée jamais observée en France.



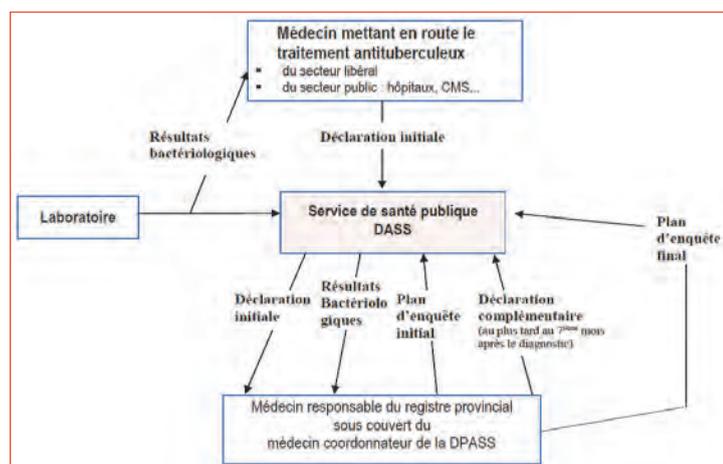
Taux de déclaration de tuberculose maladie par région, France entière, 2015

Source : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Tuberculose/Donnees-epidemiologiques>

## I.2.5.5. La surveillance de la tuberculose

Elle est centralisée à l'inspection territoriale de la santé de la DASS-NC (BP M2 - 98849 NOUMEA CEDEX) en ce qui concerne les déclarations (registre de la tuberculose). La déclaration doit être réalisée le jour du début du traitement.

Cette surveillance est le fruit du travail de tous les acteurs de santé impliqués lors de chaque nouveau cas découvert. **Le rôle des responsables des registres provinciaux est primordial.**



### I.2.5.6. Plan de lutte contre la tuberculose en Nouvelle-Calédonie

L'agence sanitaire et sociale est responsable du programme de lutte contre la tuberculose. Elle met en œuvre et coordonne la stratégie de lutte contre la tuberculose.

**Les objectifs se renouvellent chaque année et sont listés comme suit :**

1. Aucun patient tuberculeux (et en particulier atteints de forme ED+/C+) ne doit être perdu de vue avant la fin de traitement. Pour la cohorte 2018 : sur 14 ED+/C+, il n'y a eu aucun « perdu de vue » déclaré, mais les issues de traitement n'étaient connues que dans 50% des cas.
2. Le taux de guérison ou de traitement achevé doit être supérieur à 85%, en particulier chez les patients tuberculeux ED+/C+. Pour la cohorte 2018 : sur 14 ED+/C+, 7 ont achevé leur traitement (50,0%).
3. Surveiller la coïnfection TB / VIH en s'assurant que chaque patient atteint de tuberculose-maladie a bénéficié d'un test dépistage du VIH. En 2018, la situation vis-à-vis du VIH a été cherchée ou était connue dans seulement 56,7% des cas de tuberculose maladie en Nouvelle-Calédonie.
4. Surveiller la résistance des bacilles tuberculeux aux antituberculeux en :
  - s'assurant que chaque BK identifié ait bénéficié d'un antibiogramme (fait à 100%),
  - surveillant le taux de résistance et multirésistance du BK (pas de multirésistance en 2017 pour les résidents de Nouvelle-Calédonie).
5. harmoniser et améliorer la performance des enquêtes autour des cas. On peut trouver le détail de la stratégie de lutte contre la tuberculose (SLAT) sur le site web de l'ASS à l'adresse suivante : <http://www.ass.nc/themes/tuberculose/publications>

### I.2.5.7. Conclusion

- Après une hausse importante en 2015, le taux d'incidence de la tuberculose maladie en Nouvelle-Calédonie est revenu à un niveau qui correspond mieux à la tendance stable observée ces dernières années.
- L'incidence du taux d'ED+ semble également stable et proche des 5/100 000.
- L'effort doit rester constant sur la surveillance et le taux d'achèvement des traitements chez les ED+.
- Les praticiens doivent veiller à remplir d'emblée correctement et complètement les fiches de déclarations de tuberculose en début et en fin de traitement, car la recherche des informations manquantes représente un travail et une perte de temps considérables.

### I.2.5.8. Contacts utiles pour en savoir plus

- Le service de santé publique, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales – DASS-NC - 7, Av Paul Doumer, B.P. M2, 98849 Nouméa cedex ☎ 24-37-18
- Le médecin-coordonnateur de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Province des îles Loyauté, Antenne de Nouméa, B.P. 1014, Nouméa cedex - ☎ 24-27-42
- Le médecin-coordonnateur et le médecin de prévention, DPASS-PS NORD, B.P. 41 KONE - ☎ 47-72-30
- Le médecin-coordonnateur de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Province SUD, 5, rue Gallieni, B.P. 660, Nouméa cedex - ☎ 24-25-85
- L'ESPAS-CMP de la Province Sud, 1 bis rue Gallieni, BP U2, 98 8522 Nouméa - ☎ 20-44-40
- Le service de Pneumologie du Médipôle, 110 Bd Joseph Wamytan, Koutio, 98 835 DUMBEA SUR MER - ☎ 20-80-00
- Le service de Pédiatrie, Médipôle, 110 Bd Joseph Wamytan, Koutio, 98 835 DUMBEA SUR MER - ☎ 20-80-00
- Le laboratoire de biologie médicale du Médipôle, 110 Bd Joseph Wamytan, Koutio, 98 835 DUMBEA SUR MER - ☎ 20-80-00
- L'ASS-NC – Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie, 16 rue Gallieni, Centre-ville Nouméa - ☎ 25-07-60



<p><b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b></p> <p>Nom : _____</p> <p>Établissement / service : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Tél/Fax : _____</p> <p>Signature : _____</p>	<p><b>Si notification par un biologiste</b></p> <p>Nom : _____</p> <p>Établissement / service : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Tél/Fax : _____</p> <p>Signature : _____</p>
---	--



**Tuberculose**

**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

**Déclaration initiale :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M F

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Communauté : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée en Nouvelle-Calédonie (s'il y a lieu) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Couverture sociale : \_\_\_\_\_

Adresse principale : \_\_\_\_\_ n° 100 % : \_\_\_\_\_

Adresse(s) secondaire(s) : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Lieu de travail ou de scolarisation : \_\_\_\_\_

**Antécédents (plusieurs réponses possibles) :**

- jamais traité pour tuberculose
- a déjà été traité *(préciser, si connu :*  
de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 traitement achevé
- traitement interrompu avant la fin
- résistance antérieure : à H R E Z  
autres : \_\_\_\_\_
- patient arrivé en NC en cours de traitement

Sérologie VIH :  connue ou cherchée  inconnue

**Circonstances du diagnostic (plusieurs réponses possibles) :**

- radio / examen systématique
- signes cliniques ayant poussé le patient à consulter
- enquête autour d'un cas  autres cas

Contaminateur :  inconnu  possible ou probable  
(qui ? \_\_\_\_\_)

**Forme de tuberculose (plusieurs réponses possibles) :**

- PIT latente  IDR ≥ 15 mm
- ≥ de plus de 10 mm entre 2 dernières IDR
- virage de l'IDR de négatif à positif
- IDR phlycténaire
- autres cas
- pulmonaire  ganglionnaire médiastinale
- miliaire  autre ganglionnaire
- pleurale  neuro-méningée
- autre : \_\_\_\_\_

**Histologie :**

Tissu : \_\_\_\_\_

Résultat :  positif  en faveur  négatif

Bactériologie :	Ex. Direct	Culture	Identification	
Crachats / Tubages G	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.	
Fibro bronchique	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.	
Autre prélèvt (précisez) :	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.	
Pour les ED+ :	à M2 (ou en cours de Ttt)	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.
	à M5 (ou en fin de Ttt)	+ - NF	+ - EC NF	M.t. M.a.

NF : non fait - EC : en cours - M.t. : M. tuberculosis - M.a. : M. atypique

**Antibiogramme :**  non fait  
 fait : résistance à : \_\_\_\_\_

**Traitement :** H : Isoniazide - R : Rifampicine - E : Ethambutol - Z : Pyrazinamide - S : Streptomycine  
DOT : traitement pris sous l'observation quotidienne d'un tiers (au moins 5 jours sur 7)

Traitement d'épreuve  oui  non

DOT nécessaire :  oui  non

Protocole débuté :  2HRZ / 4HR  2HREZ / 4HR

autre : \_\_\_\_\_

Date de début de traitement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Médecins assurant la surveillance du traitement :**

Généraliste : \_\_\_\_\_

Spécialiste : \_\_\_\_\_

Nom-Tél Référent DOT : \_\_\_\_\_

Date DO initiale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom (cachet) et signature du médecin déclarant : \_\_\_\_\_

**Déclaration complémentaire :**  de M2  de M5  de fin de traitement

merci de compléter la déclaration initiale (bactério...) et de remplir le formulaire ci-dessous

Type de suivi :  DOT faite du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  surveillance 1 ou 2 fois / semaine

autre \_\_\_\_\_

Protocole suivi :  2HRZ / 4 HR  2HREZ / 4HR  Autre : \_\_\_\_\_

**Effets secondaires notables :**

**Situation du patient :**

- traitement achevé le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 doute sur observance  séquelles fonctionnelles
- échec (toujours ED+ à M5 ou plus)
- abandon du traitement par le patient depuis ≥ 2 mois
- arrêt du traitement par le médecin sur effets secondaires
- perdu de vue depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- diagnostic modifié
- décès due à la tuberculose
- décès due à une autre cause
- départ hors de Nouvelle Calédonie
- autre cas : \_\_\_\_\_

**Observations :**

Date DO complémentaire : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom (cachet) et signature du médecin déclarant : \_\_\_\_\_

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.  
Conformément à la loi du 6 janvier 1978, le patient ou le médecin déclarant ont le droit d'accès et de rectification immédiat au fichier par demande directe au médecin inspecteur de la DASS-NC.  
5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex. Fiche à transmettre au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex - Tél : 24 37 00 - Fax. 05 11 33 - Numéro vert. 05 11 03

