LA TUBERCULOSE DECLAREE DANS LES BOUCHES DU RHÔNE

ANNEE 2010

PRINCIPALES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Dr Francis CHARLET
Jocelyne BLANES de CANECAUDE
Sylvie POLIGNANO

Département Santé Publique et Environnementale
Cellule de Veille, d'Alerte, de Gestion Sanitaire

Octobre 2011

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

Remerciements à tous les médecins et biologistes déclarants

Et aux médecins et infirmières du Centre de lutte anti-tuberculeuse du Conseil Général

Dr Patricia AZAS
Mme Gaëlle BISER
Mme Véronique CARRARA
Mme Marie-Ange MAUNIER
Dr Michèle BELLENFANT
Dr El Hadi BENABDELKADER

Dr Jacques BRIGNATZ
Dr Marie-Josée COLLUS
Dr Catherine FRENAY
Dr Violaine MENARD

Dr Claude SIMONIAN

La tuberculose est une des 30 maladies à déclaration obligatoire en France. L'objectif de cette surveillance, par le biais des déclarations obligatoires, est d'analyser l'évolution de la pathologie dans le temps et de définir les groupes à risque. Au niveau du département, ces déclarations permettent la réalisation des investigations autour des cas et la mise en place de mesures pour contrôler la transmission de la maladie.

Ce document est réalisé conjointement par la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) de l'ARS PACA et le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) des Bouches du Rhône. Il présente l'analyse des données obtenues d'après les fiches de déclarations obligatoires (DO fiche de notification en annexe) de tuberculose transmises à la DDASS et au CLAT durant l'année 2010.

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie qui a touché en 2009 plus de 9 millions de personnes à travers le monde et qui a entrainé le décès de plus d'un million d'entre elles (données OMS) [1]. En France, le nombre déclaré de nouveaux cas de tuberculose décroît de manière régulière depuis plus de 50 ans, mais le taux de déclaration reste très élevé dans plusieurs groupes de population (BEH N°22 juin 2011)

1) EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE DANS LES BOUCHES DU RHONE

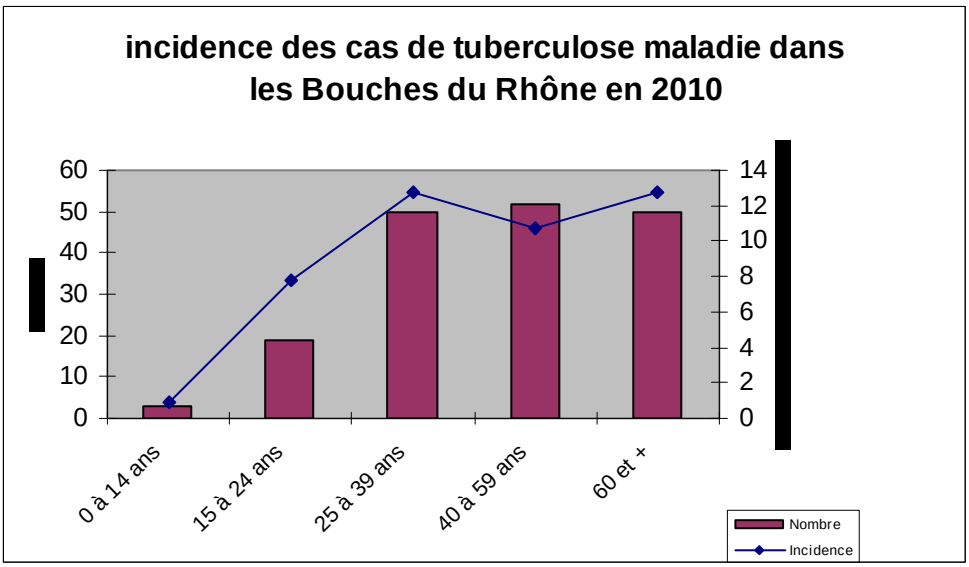
En 2010, 174 cas de tuberculose maladie ont été notifiés dans le département des Bouches du Rhône et 20 cas de tuberculose infection chez l'enfant de moins de 15 ans (fiche de notification et fiche d'information au patient en annexe). Le nombre de cas notifiés de tuberculose maladie est en augmentation de 9% par rapport à 2009 (160 notifiés en 2009). L'âge médian est de 45 ans.

a) Les caractéristiques socio démographiques

- Le sexe ratio est de 1,52, 60% des cas de tuberculose maladie sont des hommes.

	TUBERCULOSE PRIMO-INFECTIONS	TUBERCULOSE MALADIE	TOTAL
HOMME	9	105	114
FEMME	11	69	80
TOTAL	20	174	194

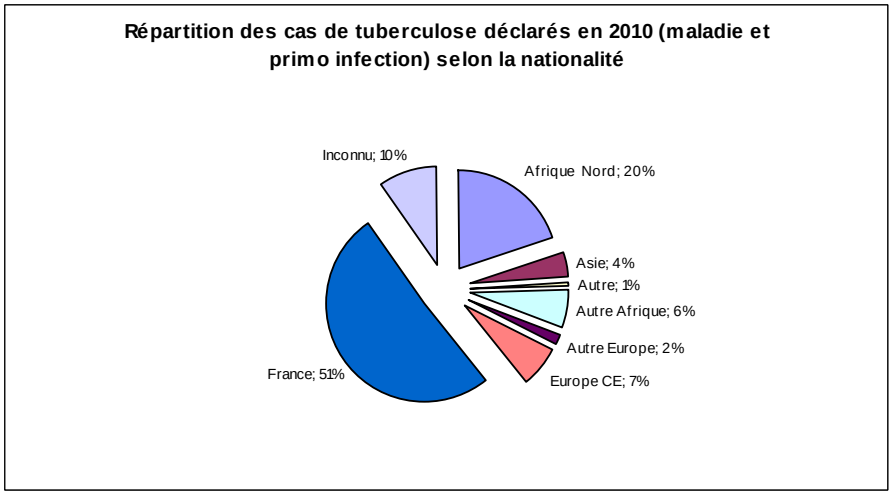
- L'incidence globale est de 9,1 / 100 000 habitants, répartis en 174 cas de tuberculose maladie (TBM, incidence de 9,5/ 100 000) et 20 cas de tuberculose infection chez l'enfant de moins de 15 ans (TBI, incidence de 6,2 / 100 000 dans cette tranche d'âge).



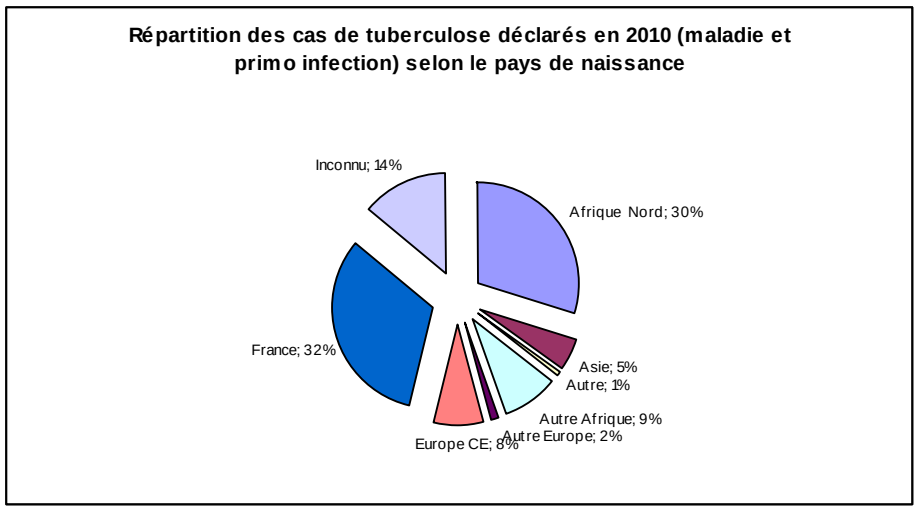
• Sur les 174 cas déclarés de tuberculose maladie, seuls 138 ont une résidence connue ; pour les autres, cet item est inconnu ou non renseigné.

Résidence personnelle	**113**
Résidences collectives dont	25
- Centre d'hébergement collectif	6
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées	3
- Etablissement pénitentiaire	5
- Autre	11
Total	**138**

• La nationalité est connue dans 90,2 % des cas : 40 % des cas de tuberculose maladie et 35 % des cas de primo infection chez des enfants de moins de 15 ans surviennent chez des personnes de nationalité étrangère. Le pays de naissance, meilleur indicateur de la provenance d'un pays d'endémie tuberculeuse que la nationalité, est connu dans 167 cas (86 %) : 54 % des cas sont originaire de pays étrangers (55 % des cas de TBM et 40 % des cas de TBI).

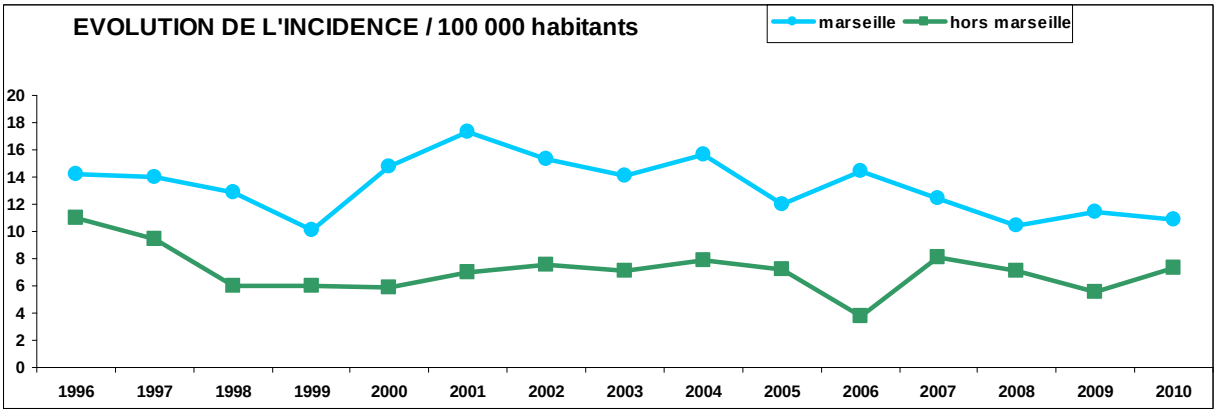


• Le taux d'incidence est stable et faible dans la population née en France (4,2 à 7,3 / 100 000 selon les années) alors qu'il dépasse les 20/100 000 dans la population d'origine étrangère (voir graphique ci-dessous).



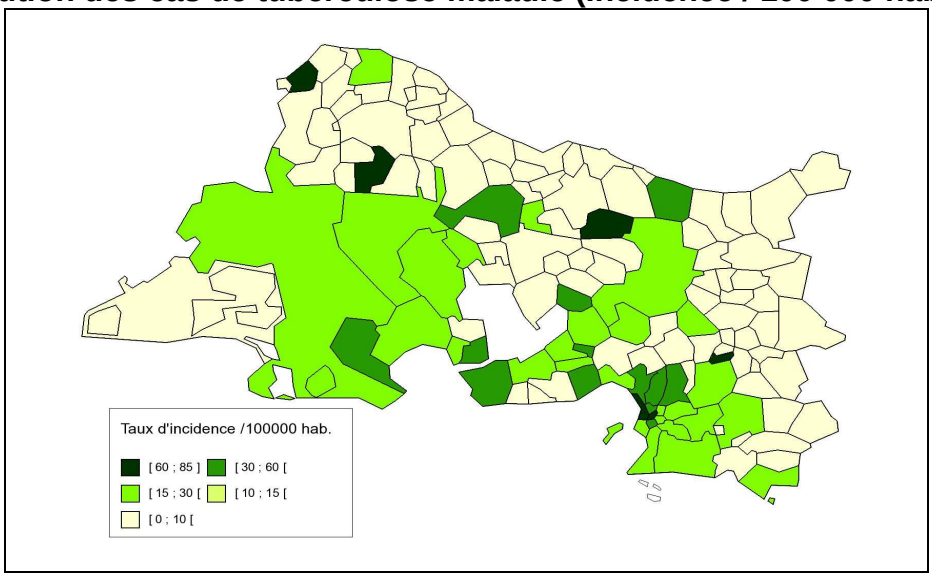
• La répartition géographique des cas de tuberculose maladie

Il existe une concentration du nombre de cas de tuberculose maladie à Marseille, avec des taux d'incidence plus élevés dans les arrondissements du centre et du nord de la ville. Cette disparité au sein du département reste important au cours des 15 dernières années.

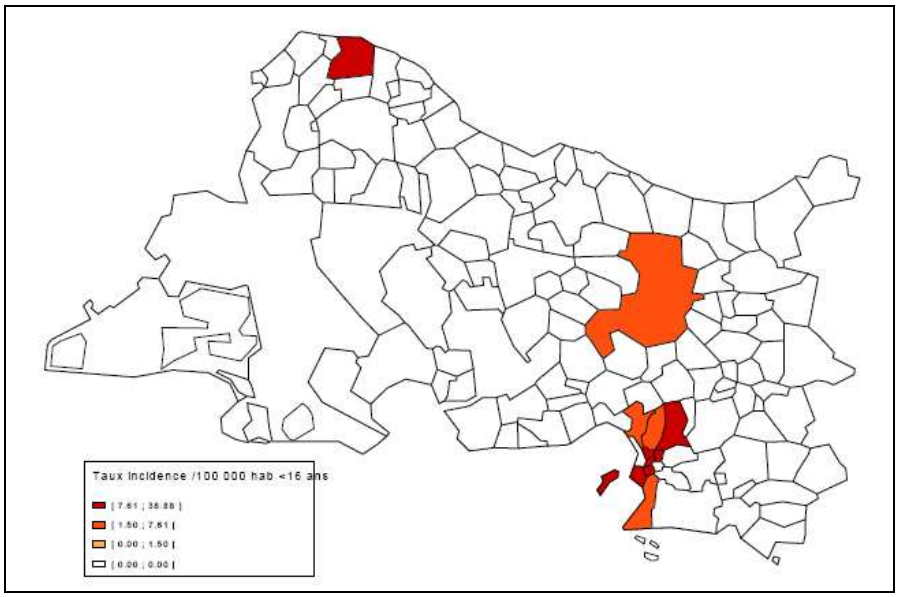


• La cartographie de la distribution des cas de tuberculose maladie et d'infection tuberculeuse chez l'enfant de moins de 15 ans

Distribution des cas de tuberculose maladie (Incidence / 100 000 habitants)

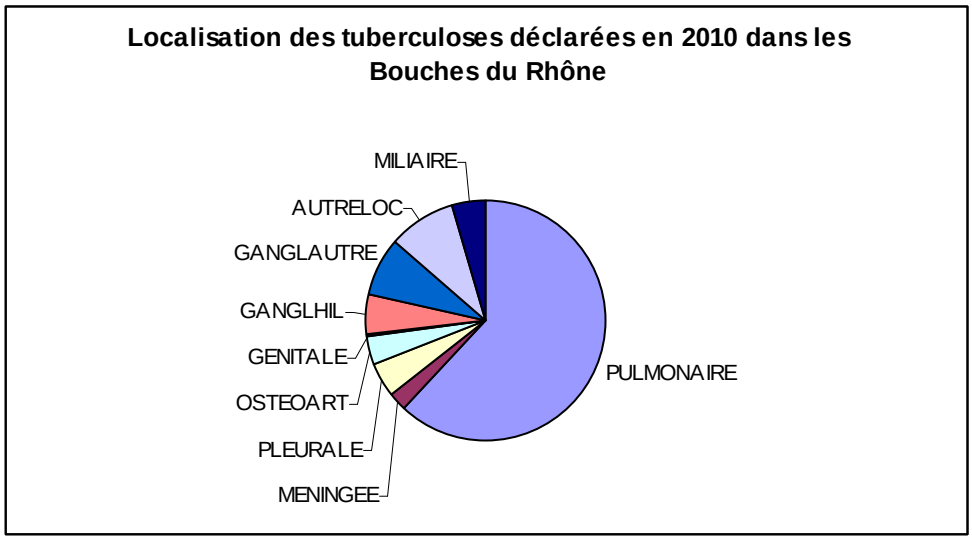


Distribution des cas de tuberculose infection (Incidence / 100000 enfants < 15 ans)



b) Les caractéristiques cliniques et microbiologiques des tuberculoses maladie

• La majorité des cas est porteur de tuberculose pulmonaire (73%). La proportion est stable par rapport à 2009 et légèrement en baisse par rapport à 2008 (77%).



• La confirmation du diagnostic dans les prélèvements d'origine pulmonaire

Les données sur la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants à l'examen direct des prélèvements respiratoires, marqueur de la haute contagiosité de la maladie, sont connues pour 121 des 174 malades. Elle est retrouvée chez 43 malades. La présence de BK en culture est retrouvée chez 84 autres patients. A noter, aucune information sur les résultats des prélèvements pour 2 patients avec atteinte pulmonaire.

	RESULTAT						
	POSITIF		NEGATIF		INCONNU		
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	TOTAL
BAAR DIRECT	43	36%	75	62%	3	2%	121
CULTURE	84	72%	23	20%	9	8%	116

c) Le contexte du diagnostic et le type de déclarants

• Parmi les déclarants, 77% (123/160) sont issus du milieu hospitalier (médecins et biologistes).

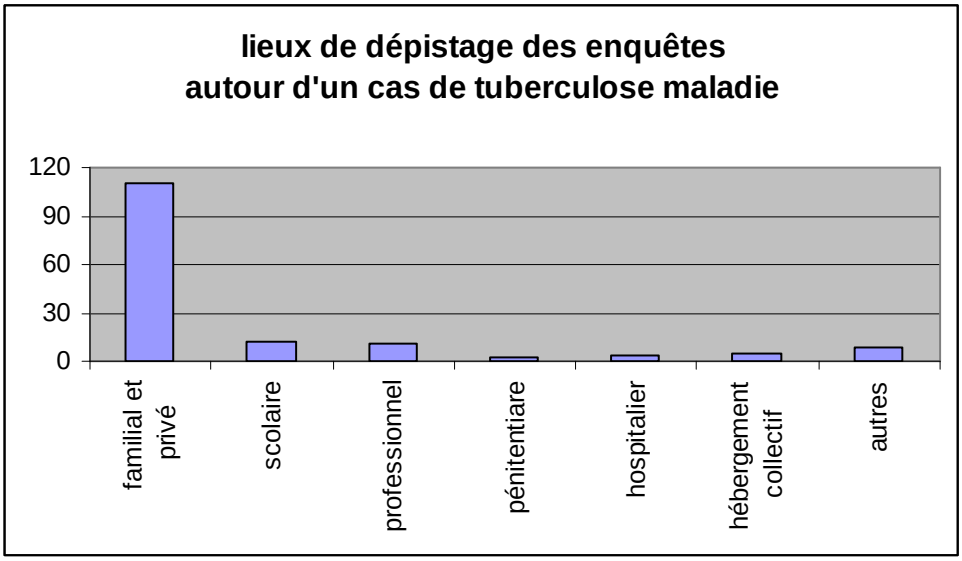
	Effectif	%
Médecins généralistes	2	1%
Pneumologue libéral	14	7%
Médecin hospitalier	135	70%
Biologiste hospitalier	3	2%
Biologiste libéral	0	0%
CLAT	34	18%
Non précisé et inconnu	6	3%
TOTAL	194	100%

• Le dépistage dans l'entourage des cas de tuberculose maladie réalisé par le CLAT

Le CLAT a coordonné 153 « enquêtes » autour des cas de tuberculose maladie soit dans 90% des cas déclarés: 110 ont concerné des enquêtes familiales et 43, des enquêtes collectives. Ces dépistages ont permis de diagnostiquer 270 infections tuberculeuses latentes et 6 tuberculoses maladie (données issues du rapport d'activité et de performance du CLAT des Bouches du Rhône - Année 2010) .

LES ACTIONS DE DEPISTAGE REALISEES PAR LE CLAT

	Nb sujets concernés	Nb sujets dépistés	TBI diagnostiquées	TBM diagnostiquées
Famille/proches	485	311	85	5
Collectivités	1342	880	185	1
Total	1827	1191	270	6

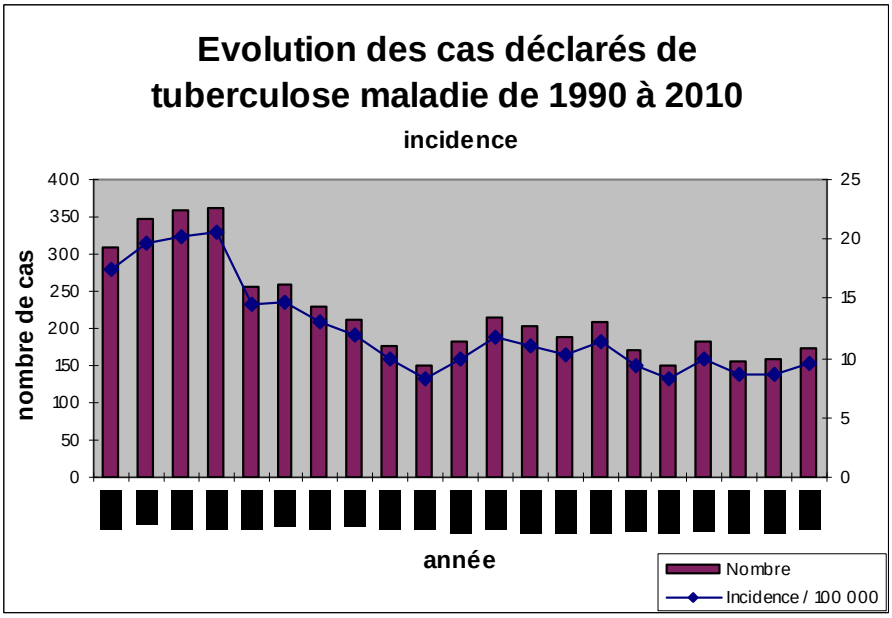


Dans le cadre du dépistage, le CLAT réalise une IDR. En cas de forte positivité, il procède à une recherche par Quantiféron. Seuls les patients présentant un test Quantiféron positif se voient proposer un traitement antituberculeux. Les autres font l'objet d'une surveillance.

En ce qui concerne les Quantiférons, sur les 830 effectués sur le département, :
- 569 ont été pratiqués lors des consultations,
- 261 lors des enquêtes autour des cas (familles et collectives) : 81 sont revenus positifs, 75 traitements ont été proposés, 59 traitements ont été instaurés.

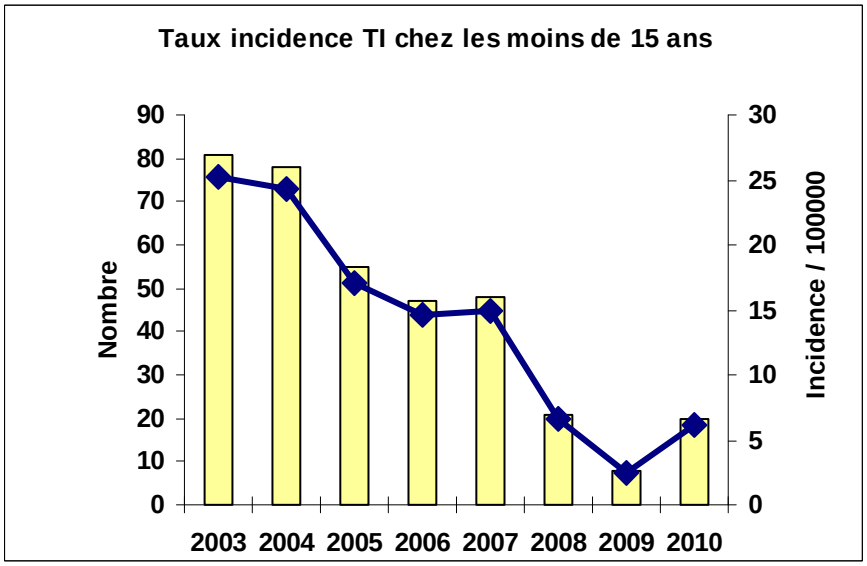
2) EVOLUTION DES CAS DE TUBERCULOSE ET DES PRIMO INFECTIONS DANS LES BOUCHES DU RHÔNE

- Alors que l'incidence des cas de tuberculose maladie diminue de façon régulière depuis 1993, on a assisté à une légère recrudescence entre 2000 et 2004. Depuis 2005, le taux d'incidence reste globalement stable dans le département.



- Les tuberculoses infection de l'enfant de moins de 15 ans

Elles sont soumises à déclaration obligatoire depuis 2003. Elles témoignent de l'importance des sources de contagion dans la population. La diminution des cas notifiés depuis 2005 peut s'expliquer par la suppression des contrôles vaccinaux systématiques et l'introduction des tests in vitro (Quantiféron) en 2008.



3) LES ISSUES DES TRAITEMENTS

Depuis 2005, dans les Bouches du Rhône, les médecins déclarants sont sollicités par courrier pour communiquer l'issue des traitements dans les 12 mois suivant l'instauration de ceux-ci. Cette surveillance (fiche de notification en annexe) permet :

- de mieux caractériser les populations à risque de tuberculose afin d'améliorer leur prise en charge,
- de généraliser le dépistage et le suivi de l'entourage des cas de tuberculose selon les recommandations en vigueur,
- d'évaluer l'impact de la modification de la politique vaccinale BCG,
- de fournir des indicateurs d'évaluation de la lutte antituberculeuse.

Sur les 685 notifications faites entre le 1/1/2005 et 31/12/2008, les issues du traitement ont été renseignées pour 586 cas dont 67% des cas ont un traitement achevé.

Résultats des « Issues de traitements » de 2005 à 2009 pour le Bouches du Rhône

	2005	2006	2007	2008	2009	**Total**
				157	**168**	
Fiches Issue du traitement retournées	**144** **84%**	**120** **80%**	**122** **67%**	**113** **78%**	**87** **52%**	**586**
Traitement achevé	**113**	**90**	**87**	**71**	**55**	**361 (67%)**
Traitement non achevé dont						
Patient décédé	9	8	8	14	12	**51**
Traitement arrêté	6	2	4	7	9	**28**
Diagnostic non retenu			3			**3**
Effets secondaires	3	2	0			**5**
Toujours en traitement à 12 mois		8	7	2	5	**22**
Issue de traitement non connue dont						
- Transféré		4	7	9	4	**24**
- Perdus de vue	16	7	6	10	2	**41**
- Sans information		1	7		0	**8**

CONCLUSION

Depuis le début des années 2000, on constate, dans le département comme en France, un arrêt de la décroissance du nombre de cas de tuberculose maladie avec la persistance de taux d'incidence élevé dans les populations d'origine étrangère et chez les SDF.

Ceci justifie la mise en place d'actions spécifiques auprès des migrants récemment arrivés en France et auprès des populations précaires (SDF, détenus, etc.).

Malgré l'arrêt de l'obligation vaccinale par le BCG, on ne constate pas, chez les enfants, d'augmentation des cas de tuberculose maladie et notamment pas de miliaire. Cependant, le recul est sans doute insuffisant pour tirer une conclusion définitive.

On peut se réjouir que, dans le département, le taux de tuberculoses résistantes aux traitements traditionnels reste très faible et que le taux d'enquête autour des cas déclarés est élevé.

Le nombre de cas de tuberculoses infections déclarés chez les enfants diminue depuis plusieurs années. Mais, il s'agit probablement d'une sous estimations de ces cas liée en particulier à un arrêt des contrôles vaccinaux.

Enfin, le taux de résultats bactériologiques est encore trop faible. On peut espérer que la mise en place d'un génotypage des souches de BK va redonner de l'intérêt à cette pratique et favoriser le recueil d'informations sur ce point. La poursuite de la sensibilisation des médecins déclarants et des laboratoires devra accompagner cette démarche.

Ces problématiques rejoignent les recommandations du HCSP (1), en particulier sur la vaccination en maternité et les stratégies de dépistage notamment des ITL ; elles constituent des préoccupations nationales.

(1) : Haut conseil de la santé publique : Evaluation du programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009 – juin 2010

ANNEXE 1

LA DEFINITION DES CAS ET LA PROCEDURE DE DECLARATION

La tuberculose est à déclaration obligatoire (DO en annexe ci-dessous) depuis 1964. Les fiches de déclarations sont transmises par les déclarants (Cliniciens ou laboratoires) à l'ARS de leur région (http://www.ars.sante.fr/portail.0.html) qui partage les informations avec les CLAT (Centres de lutte anti tuberculeuse) afin que les investigations autour des cas puissent être menées. Les informations de la DO de tuberculose sont saisies par les ARS (application BK4) et ne sont transmises qu'une fois par an à l'InVS sous forme de fichier électronique anonymisé.

A) La définition des cas à signaler et les critères de signalement et notification

1) Les cas probables et cas confirmés de tuberculose maladie

Les cas confirmés : maladie due à une mycobactérie du complexe *tuberculosis* prouvée par la culture. Les mycobactéries du complexe *tuberculosis* comprennent : *M. tuberculosis ; M. bovis ; M. africanum ; M. microtti ; M.canetti ; M.caprae ; M. pinnipedii.*

Les cas probables : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard

2) Les cas d'infection tuberculeuse (primo-infection) chez l'enfant de moins de 15 ans

IDR à 5U positive sans signe clinique ni para clinique (induration > 15 mm si BCG , ou > 10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans)

B) La procédure de déclaration

Le signalement de tout cas de tuberculose doit être fait sans délai, par téléphone ou télécopie. Il se fait par le biais de l'envoi de la fiche de notification. La notification, après information du patient, se fait anonymement sur une fiche spécifique. Elle doit être adressée à l'ARS PACA (Agence Régionale de Santé) ou au directement au CLAT dont dépend le médecin déclarant :

ARS PACA – CVAGS (Cellule de Veille d'Alerte et Gestion Sanitaire)
Dr Francis Charlet - Mme Jocelyne Blanes de Canecaude - Mme Sylvie Polignano
Téléphone 04 13 55 80 00 – Fax 04 13 55 83 44

Cette information est transmise au CLAT qui coordonne le dépistage de l'entourage.

CLAT des Bouches du Rhône
Docteur Chantal Vernay-Vaisse – Dr Michèle Bellenfant
Téléphone 04 13 31 75 50 – Fax 04 13 31 75 67

ANNEXE 2

LE CIRCUIT DE DECLARATION

Déclarants :
- **Médecins** hospitaliers, généralistes, pneumologues…
- **Biologistes**

Fiche de notification initiale et fiche des issues de traitement

ARS PACA
Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaire
Fax 04 13 55 83 44
132 boulevard de Paris
13003 MARSEILLE

Circuit de dépistage et de prévention

CLAT
Centre de lutte Antituberculeuse
Fax 04 13 31 75 67
8, Bd Ferdinand de Lesseps
13015 MARSEILLE

Circuit de surveillance épidémiologique

INVS
Institut de Veille Sanitaire
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice

EuroTB

OMS

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	*Si notification par un biologiste*
Nom :	**Nom du clinicien :**
Hôpital/service :	
Adresse :	Hôpital/service :
Téléphone :	Adresse :
Télécopie :	Téléphone :
Signature :	Télécopie :

Tuberculose

cerfa 13351*01

Important : Cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la Ddass avant même l'envoi de cette fiche..

Critères de notification : ***cochez une des cases***

☐ **Tuberculose maladie**

Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture

Cas probable : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

☐ **Infection tuberculeuse (primo-infection) chez un enfant de moins de 15 ans :**
IDR à 5U positive sans signes cliniques ni para cliniques (induration > 15mm si BCG ou > 10mm sans BCG ou augmentation de 10mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans)

Initiale du nom : ☐ Prénom : .....

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

Date de la notification : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Nationalité : ..... Pays de naissance : .....

si né(e) à l'étranger, année d'arrivée en France : ☐☐☐☐

Enfant de moins de 15 ans :

Pays de naissance des parents Père : ..... Mère : .....

Antécédents familiaux (parents, fratrie) de tuberculose maladie ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Profession de caractère sanitaire ou social : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si **oui** préciser : ☐ établissement de santé ☐ en contact avec des enfants < 15 ans ☐ autres

Résidence en collectivité : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si **oui**, laquelle : ☐ établissement d'hébergement pour personnes âgées ☐ établissement pénitentiaire

☐ centre d'hébergement collectif (foyer social, de travailleur...) ☐ autre, préciser : .....

Sans domicile fixe : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Contexte du diagnostic ☐ recours spontané au système de soins ☐ enquête autour d'un cas ☐ dépistage

☐ autre, précisez : .....

Médecin inspecteur de santé publique
Agence Régionale de Santé - PACA
132 Boulevard de Paris
Tel : 04 13 55 80 00 - Fax : 04 13 55 83 44

Centre de lutte anti-tuberculeuse
8, Boulevard Ferdinand de Lesseps
13015 Marseille
Tel : 04 13 31 75 50 - Fax : 04 13 31 75 67

Date de mise en route du traitement : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

Si diagnostic post-mortem, date du décès : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

☐ décès directement lié à la tuberculose ☐ décès non directement lié à la tuberculose

Si refus de traitement, date du diagnostic : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

Antécédents

Vaccination BCG chez les enfants < 15 ans : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Date de la vaccination (si plusieurs vaccinations, date de la 1ère) : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

Si statut vaccinal douteux : Présence d'une cicatrice vaccinale : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Antécédents de tuberculose maladie traitée par antituberculeux : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si **oui**, année du dernier traitement : ☐☐☐☐

Localisation(s) de la tuberculose *(si plusieurs localisations, cocher toutes les cases correspondantes)*

☐ pulmonaire ☐ neuro-méningée ☐ génito-urinaire

☐ pleurale ☐ ganglionnaire extra thoracique ☐ miliaire (micronodules radiographiques diffus, dissémination hématogène)

☐ ganglionnaire intra thoracique ☐ ostéo-articulaire ☐ autre, préciser : .....

Traitement immunosuppresseur : ☐ oui ☐ non

si **oui**, lequel (corticoïdes, anti-TNF,..) : .....

Bactériologie

Prélèvements respiratoires :	☐ oui	☐ non		
Examen microscopique (BAAR) :	☐ positif	☐ négatif	☐ inconnu	☐ non fait
Culture :	☐ positive	☐ négative	☐ en cours	☐ non faite
Prélèvements d'autres origines :	☐ oui	☐ non		
Examen microscopique (BAAR) :	☐ positif	☐ négatif	☐ inconnu	☐ non fait
Culture :	☐ positive	☐ négative	☐ en cours	☐ non faite

Antibiogramme en début de traitement :

Résistance à l'Isoniazide : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Résistance à la Rifampicine : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Une fiche sur l'issue du traitement vous sera envoyée par la DDASS et sera à remplir dans les 12 mois qui suivent le début du traitement ou le diagnostic pour tous les cas déclarés de tuberculose maladie

A100

Information sur la notification des maladies à déclaration obligatoire

Votre médecin vient de vous informer que vous ou votre enfant avez une maladie soumise à déclaration obligatoire

A quoi sert la déclaration obligatoire ?

Il existe aujourd'hui 26[1] maladies pour lesquelles les biologistes et les médecins sont tenus de transmettre à la DDASS[2] des informations concernant les personnes chez lesquelles ils ont diagnostiqué ces maladies.
Ce recueil de données est indispensable pour mieux connaître ces maladies, leurs différentes formes et surtout les populations qu'elles touchent. C'est ainsi que l'on peut surveiller l'évolution de ces maladies dans le temps pour améliorer la prévention et la prise en charge médicale et sociale des personnes concernées et de leur entourage.

Quelles sont les données qui sont transmises ?

Les données transmises concernent la personne elle-même tels que son âge, son sexe, son lieu de domicile, sa profession lorsqu'il peut y avoir un lien avec la maladie. Elles concernent aussi la maladie comme la nature des symptômes, les résultats des analyses de dépistage réalisées, les circonstances d'acquisition de la maladie. Enfin, des informations sur les traitements ou les mesures préventives prises pour la personne atteinte et son entourage, sont recueillies selon les maladies.

A qui ces informations sont-elles destinées ?

Le médecin ou le biologiste transmet ces données au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS qui lui-même les transmet, après vérification, à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), organisme public chargé de leur centralisation à l'échelon national et de la surveillance de l'état de santé de la population.

Comment l'anonymat des personnes des informations est-il protégé ?

Les informations sont reportées sur une « fiche de notification » qui ne comporte plus aucun élément du nom de la personne lorsqu'elle est transmise à l'InVS. Chaque personne est identifiée par un code obtenu par codage informatique irréversible de l'initiale du nom, du prénom, de la date de naissance et du sexe de la personne. De plus, le code initial est à nouveau codé lors de l'entrée des fiches dans les bases de données nationales de l'InVS pour interdire toute identification d'une personne dans la base. Au bout de six mois, tout ce qui pourrait permettre de faire un lien entre la personne et ses données individuelles y compris le nom du déclarant, est supprimé.
En plus de ce double codage, des mesures de protection physiques et informatiques sont en place dans les DDASS et à l'InVS pour protéger la confidentialité des données. A titre d'exemple, la transmission des données ne peut se faire que sous pli portant la mention « secret médical » et l'accès aux bases de données est rigoureusement contrôlé.

Comment exercer votre droit d'accès et de rectification ?

Ce recueil de données a reçu l'autorisation de la CNIL[3], organisme indépendant chargé de protéger les droits de l'homme, la vie privée et les libertés individuelles.
Vous pouvez avoir accès aux informations vous concernant pendant les 6 mois qui suivent la déclaration. En pratique, vous devez demander à votre médecin d'adresser votre demande d'accès à l'InVS. Pour le cas particulier de la tuberculose, ce droit s'exerce par l'intermédiaire de votre médecin auprès de la DDASS pendant les 3 ans qui suivent la notification (année de déclaration et les 2 années civiles suivantes). Durant ces délais et à votre demande, une rectification des informations vous concernant est également possible.
Passés ces délais, il ne sera plus possible d'accéder aux informations vous concernant contenues dans la base de données, celle-ci étant alors totalement anonyme.

Si vous avez des questions sur la déclaration obligatoire, posez-les à votre médecin.

---

[1] Liste des 26 MDO : botulisme, brucellose, charbon, choléra, diphtérie, fièvres hémorragiques africaines, fièvre jaune, fièvre typhoïde et des fièvres paratyphoïdes, infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B, infection invasive à méningocoque, infection par le VIH quel que soit le stade, légionellose, listériose, orthopoxviroses dont la variole, paludisme autochtone, paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer, peste, poliomyélite, rage ; suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines, toxi-infections alimentaires collectives, tuberculose, tularémie, tétanos, typhus exanthématique, saturnisme chez les enfants mineurs.
[2] DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales : service de l'Etat dépendant du Ministère de la santé, chargé notamment des actions de prévention dans le département.
[3] CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Fiche de déclaration des issues de traitement anti tuberculeux (Tuberculose maladie uniquement)

Ce questionnaire est à compléter dans les 12 mois qui suivent le début du traitement ou le diagnostic, pour tous les cas déclarés de tuberculose

Médecin ou biologiste ayant déclaré le cas	Médecin ou biologiste déclarant l'issue du traitement (tampon)
Nom :	Nom :
Hôpital/service :	Hôpital/service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :
	Signature :

Tuberculose cerfa 13352*01

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire
Critères de notification de la tuberculose maladie
Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture
Cas probable : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

INITIALE DU NOM : ☐ Prénom : .....

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

Date de la notification : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Date de mise en route du traitement : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

si refus de traitement, date du diagnostic : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

Si vous n'aviez pas renseigné le résultat de la culture lors de la déclaration initiale, merci de le faire ci-dessous :

Culture en début de traitement :..... ☐ positive ☐ négative ☐ non faite

☐1 **Traitement achevé dans les 12 mois suivant le début du traitement**

Traitement achevé : le patient est considéré comme guéri par le médecin et a pris au moins 80% de la dose totale prescrite du traitement

Date de fin de traitement : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (jour mois année)

Si culture positive en début de traitement, négativation de la culture en cours de traitement ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Traitement non achevé dans les 12 mois suivant le début du traitement car (cocher la case correspondante 2, 3, ou 4) :

☐2 Le patient est décédé pendant le traitement

- ☐ décès directement lié à la tuberculose
- ☐ décès non directement lié à la tuberculose
- ☐ lien inconnu entre décès et tuberculose

☐3 Le traitement a été arrêté et non repris car

- ☐ diagnostic de tuberculose non retenu
- ☐ autre raison, préciser : .....

☐4 Le patient est toujours en traitement à 12 mois car

- ☐ traitement initialement prévu pour une durée supérieure à 12 mois
- ☐ traitement interrompu plus de deux mois
- ☐ traitement modifié car (cocher la ou les cases correspondantes)
  - ☐ résistance initiale ou acquise au cours du traitement
  - ☐ effets secondaires ou intolérance au traitement
  - ☐ echec du traitement initial (réponse clinique insuffisante ou non négativation des examens bactériologiques)

L'issue du traitement n'est pas connue car (cocher la case correspondante : 5, 6, ou 7) :

☐5 Le patient a été transféré (autre médecin, autre établissement ou structure de soins, ou autre pays)

Dans ce cas, indiquer les coordonnées :

- de la structure, éventuellement du pays, du transfert :

- du médecin :

☐6 Le patient a été perdu de vue pendant le traitement (et l'est toujours 12 mois après le début du traitement)

☐7 Sans information

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique)
Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire

www.ars.paca.sante.fr

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03
Standard : 04 13 55 80 10