

Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé



F.A.R.E.S.

**RESULTATS DU DEPISTAGE ORGANISE
CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE EN BELGIQUE**

2003

Rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles
Tel. 02/512.29.36 - Fax 02/512. 32. 73
e-mail: maryse.wanlin@fares.be
Web : www.fares.be

TABLE DES MATIERES

Avant-propos
Résumé

I. Généralités

1. Stratégie de dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile
 - A. A l'arrivée en Belgique
 - B. Au cours des deux premières années de leur séjour en Belgique
2. Protocole des RX thorax et interprétation des tests tuberculiques
 - A. RX thorax
 - B. Tests tuberculiques

II. Résultats du dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile - 2003

1. Demandeurs d'asile \geq 5 ans
 - A. Dépistage à l'arrivée en Belgique
 - *Nombre de RX*
 - *Taux de couverture*
 - *RX thorax avec anomalies*
 - *Suivi des demandeurs d'asile dont la RX a été protocolée catégorie 1, 2, 3, 6 ou 10*
 - *Caractéristiques des patients tuberculeux dépistés à l'arrivée en Belgique*
 - *Résultats du traitement instauré chez les patients tuberculeux dépistés à l'arrivée*
 - B. Dépistage périodique au cours des deux premières années du séjour en Belgique
 - C. Dépistage effectué via les dispensaires de la FARES/VRGT
2. Demandeurs d'asile $<$ 5 ans
3. Evolution du dépistage actif organisé en Belgique chez les demandeurs d'asile, 1999-2003
 - a. Evolution du dépistage organisé à l'arrivée chez les demandeurs d'asile
 - b. Nationalité des patients tuberculeux détectés à l'arrivée parmi les demandeurs d'asile (2000-2003)
 - c. Efficacité du dépistage actif organisé parmi les demandeurs d'asile

III. Evaluation du dépistage effectué par les centres d'accueil pour demandeurs d'asile

IV. Conclusions et priorités du dépistage de la tuberculose organisé chez les demandeurs d'asile

ABREVIATIONS UTILISEES

BK	Bacille de Koch
OE	Office des Etrangers
FARES	Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé
FedAsil	Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile
ILA	Initiative Locale d'Accueil
LTBI	Infection tuberculeuse latente (Latente Tuberculosis Infection)
MRU	Unité Mobile Radiologique
RX	Radiographie
TT	Test Tuberculique
VRGT	Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding
DA	Demandeurs d'Asile
CIRE	Coordination et Initiative pour Réfugiés et Etrangers
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance

AVANT-PROPOS

Ce rapport résulte d'une collaboration étroite entre la FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé), sa consœur néerlandophone la VRGT (Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding) et les différentes instances et organisations concernées par l'accueil et le suivi des demandeurs d'asile : l'Office des Etrangers (OE), l'Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile (FedAsil), les centres d'accueil fédéraux/de la Croix Rouge et les Initiatives Locales d'Accueil (ILA).

Il décrit la manière dont est organisé, en 2003, le dépistage de la tuberculose parmi les demandeurs d'asile.

Les résultats présentés concernent aussi bien le dépistage de la tuberculose organisé à l'arrivée à l'Office des Etrangers que celui mis en place au cours des deux années qui suivent l'entrée en Belgique. Dans le premier cas, un taux de détection de **403 patients par 100.000 demandeurs d'asile examinés** a été observé, ce qui est 37 fois plus élevé que dans la population générale (taux d'incidence de 10,9/100.000 en 2003) et 8 fois supérieur à la limite de 50/100.000 qui détermine si un dépistage actif doit être organisé dans le groupe ciblé. Le taux de détection chez les demandeurs d'asile résidant en Belgique depuis plus de 6 mois était de **242/100.000** en 2003.

En collaboration avec les partenaires qui viennent d'être cités, la FARES et la VRGT ont réussi, en 2003, à améliorer le dépistage chez les demandeurs d'asile. Celui effectué chez les DA \geq 5 ans à l'arrivée en Belgique a encore été intensifié ; son taux de couverture est passé de 92% en 2002 à 95,5% en 2003. Au cours de cette dernière année, le dépistage périodique en Régions flamande et bruxelloise a été effectué de manière plus systématique alors qu'en Région wallonne, une sensibilisation des acteurs concernés a été organisée avant l'instauration de ce dépistage en 2004.

Nous profitons de l'occasion que nous offre ce rapport pour remercier plus particulièrement le personnel de la "cellule dépistage" du North Gate et celui des différents centres et initiatives locales d'accueil pour leur engagement, leur dévouement ainsi que pour les excellentes collaborations qu'ils ont développées avec nos services. Un merci tout particulier aux pneumologues de la FARES/VRGT qui protocolent les radiographies et au personnel qui est chargé d'assurer le suivi des demandeurs d'asile dont le cliché montre des anomalies.

Dr Maryse Wanlin
Directrice Médicale FARES

Dr An Aerts
Directrice VRGT

RESUME

DEPISTAGE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE (DA) A L'ARRIVEE EN BELGIQUE, 2003

Après leur arrivée sur le territoire, les adultes et les enfants ≥ 5 ans qui demandent l'asile en Belgique, subissent une radiographie du thorax (RX) à la "cellule dépistage" du North Gate (Office des Etrangers). Ces RX sont protocolées, le jour même ou au plus tard le jour suivant, par des pneumologues expérimentés de la FARES et de la VRGT. En 2003, 16.387 RX ont été effectuées, ce qui correspond à un taux de couverture du dépistage de 95,5%. Parmi les 16.387 RX, 15.519 (94,7%) étaient normales, 137 (0,8%) étaient illisibles à cause d'un problème technique et 389 (2,4%) montraient des anomalies suspectes de tuberculose (catégories 1, 2 et 3). Des investigations complémentaires ont permis de diagnostiquer une tuberculose active chez 66 DA. Ceci correspond à un taux de détection de la tuberculose à l'arrivée de l'ordre de 403/100.000, soit environ 37 fois plus que l'incidence de la maladie dans la population générale de notre pays.

Les 66 DA chez qui une tuberculose a été diagnostiquée à l'arrivée provenaient de 25 pays différents. Quasi la moitié d'entre eux (43,9%, n=29) étaient originaires de seulement trois pays: République Démocratique du Congo (n= 16), Chine (n=7) et Fédération de Russie (n=6). Toutefois, la plus haute prévalence à l'arrivée a été observée chez les DA arrivant de Chine (2.448/100.000), de Somalie (1.562/100.000) et d'Inde (1.485/100.000).

La plupart (71,2%, n=47) des tuberculeux détectés à l'arrivée en Belgique avaient entre 15 et 34 ans. L'âge moyen était de 31 ans. Cette distribution de la tuberculose en fonction de l'âge correspond à ce qui est rapporté dans les pays à haute prévalence.

Une tuberculose pulmonaire a été diagnostiquée chez 62 patients sur 66 (94%). Deux DA (3,0%) avaient une forme ganglio-pulmonaire, un (1,5%) une pleurésie tuberculeuse et un (1,5%) une tuberculose ganglionnaire. Parmi les DA atteints d'une forme (ganglio)pulmonaire, les expectorations étaient positives à l'examen microscopique direct chez 14 (21,9%) patients et chez 40 (62,5%) à la culture. Par ailleurs, deux (3,1%) de ces sujets étaient contaminés par un bacille multirésistant (résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments majeurs du traitement antituberculeux).

Pour 51 des 66 patients tuberculeux diagnostiqués, le résultat du traitement est connu : 37 (56,1%) ont terminé complètement leur polychimiothérapie et 14 (21,2%) ont été perdus de vue avant la fin du traitement. Les 15 patients restants (22,7%) n'avaient pas encore terminé de prendre leurs médicaments antituberculeux.

A l'arrivée en Belgique, les enfants < 5 ans subissent un test tuberculique via les structures d'accueil où ils sont référés avec leurs proches. Ce dépistage peut être effectué par divers services, notamment par la FARES et la VRGT. En 2003, les infirmières de ces deux associations ont réalisé (et lu) le test chez 860 enfants < 5 ans. Au total, 49 enfants (5,7%) ont présenté une réaction positive à la tuberculine, mais aucune tuberculose active n'a été mise en évidence parmi ceux-ci. Le taux de couverture de ce dépistage est difficilement évaluable, étant donné que la FARES et la VRGT ne centralisent pas actuellement toutes les données relatives à ces examens.

DEPISTAGE PERIODIQUE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE AU COURS DES DEUX PREMIERES ANNEES DE LEUR SEJOUR EN BELGIQUE, 2003

En 2003, le dépistage périodique mis en place l'année précédente chez les DA arrivés en Belgique depuis moins de 2 ans a été optimisé en Régions flamande et de Bruxelles-Capitale (en Région wallonne, les centres d'accueil ont été sensibilisés pour implanter cette stratégie en 2004). Le groupe ciblé était plus spécifiquement constitué des DA \geq 5 ans résidant dans les centres d'accueil et les ILA. La plupart des examens radiologiques ont été réalisés par le MRU de la VRGT via lequel 7 tuberculoses ont été mises en évidence. Des examens radiologiques ont également été effectués dans les dispensaires de la FARES/VRGT où 16 patients tuberculeux ont été détectés parmi les DA. Par conséquent, sur un total de 9.504 RX, 23 tuberculoses ont été dépistées au cours du dépistage périodique ; ceci correspond à un taux de détection de 242/100.000.

EFFICACITE DU DEPISTAGE ACTIF

En 2003, 89 patients tuberculeux ont été diagnostiqués au cours des dépistages organisés à l'arrivée des DA et périodiquement. La même année, 183 demandeurs d'asile tuberculeux ont été déclarés puis notifiés dans le registre national de la tuberculose. Ceci signifie que la proportion des tuberculoses détectées « activement » est de 48,6%. Il s'agit d'une nette amélioration de l'efficacité du dépistage actif par rapport à 1999, année durant laquelle cette proportion n'était que de 25,3%.

I. GENERALITES

1. STRATEGIE DE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE¹

A. Le dépistage à l'entrée en Belgique est organisé de la manière suivante:

Adultes et enfants ≥ 5 ans:

- La cellule dépistage du "North Gate" (Office des Etrangers -OE-, Boulevard Albert II à 1000 Bruxelles), réalise une RX thorax chez les adultes et les enfants ≥ 5ans qui demandent l'asile en Belgique.
- Les RX sont protocolées le jour même ou au plus tard le jour suivant par des pneumologues expérimentés de la FARES et de la VRGT.
- La VRGT coordonne le suivi des DA dont la RX montre une anomalie ; elle collabore étroitement avec la FARES (en Communauté française), les services médicaux des centres d'accueil et les Initiatives Locales d'Accueil (ILA).

Enfants < 5 ans et femmes enceintes:

- Les enfants < 5ans et les femmes enceintes sont dépistés à l'aide du test tuberculique (TT) : l'absence de personnel médical à la cellule de dépistage et la nécessité de deux visites (pour réaliser le TT et pour le lire) expliquent que ce test ne peut être centralisé au North Gate, mais qu'il doit être effectué dans les structures d'accueil où ces DA sont envoyés.
- Dans la plupart des centres d'accueil fédéraux, le TT est réalisé par le personnel de la FARES/VRGTou par les infirmières du service médical, alors que dans les centres de la Croix Rouge, le médecin généraliste local peut être impliqué dans la réalisation et l'interprétation des TT.

B. Dépistage périodique organisé au cours des deux premières années du séjour des demandeurs d'asile en Belgique :

En Flandre et en Région bruxelloise, un dépistage est organisé tous les 6 mois, et ce au cours des deux premières années qui suivent l'arrivée des DA sur le territoire belge. Ce dépistage périodique est effectué la plupart du temps par l'Unité Mobile Radiologique (MRU) de la VRGT ou éventuellement via ses dispensaires. En Wallonie, le dépistage périodique sera organisé de manière plus systématique en 2004 ; en 2003, toutefois, il a été pratiqué dans certaines institutions, notamment dans les dispensaires de la FARES (cfr tableau 6).

Cette stratégie est basée sur le fait que les personnes provenant de pays à haute prévalence (souvent infectées par le bacille tuberculeux), conservent un risque élevé de développer une tuberculose après leur arrivée. Pour des raisons pratiques ce dépistage périodique est limité aux deux premières années du séjour, comme cela est la règle dans plusieurs pays voisins de la Belgique. Il est cependant essentiel de ne pas perdre de vue que le risque de développer une tuberculose chez ces personnes perdure au-delà de ces deux premières années. Le fait, chez ces sujets, de reconnaître à temps les signes d'appel de tuberculose (dépistage passif) est donc de première importance !

¹ A consulter aussi la nouvelle version des recommandations de la FARES/VRGT relatives au "Dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile", disponibles sur le site web www.fares.be

2. PROTOCOLE DES RX ET INTERPRETATION DES TESTS TUBERCULINIQUES (TT)

A. Les radiographies du thorax (RX) sont protocolées suivant des catégories bien définies, auxquelles sont couplées des interventions précises.

- **Catégorie 0:** RX normale.
- **Catégorie 1:** forte suspicion de tuberculose contagieuse nécessitant une hospitalisation immédiate, en isolement.
- **Catégories 2 et 3 :** suspicion (2) et faible suspicion (3) de tuberculose active nécessitant une mise au point par un pneumologue dans les 2 jours.
- **Catégorie 4 :** lésions inactives de tuberculose ancienne, ne nécessitant pas de mise au point.
- **Catégorie 5 :** anomalie non en rapport avec la tuberculose, ne nécessitant pas de mise au point complémentaire.
- **Catégorie 6 :** anomalie non en rapport avec la tuberculose, nécessitant une mise au point complémentaire.
- **Catégorie 10 :** RX non interprétable suite à des problèmes techniques. Une nouvelle RX doit être effectuée dans les meilleurs délais.

B. Les tests tuberculiniques (TT) sont interprétés selon les recommandations de la FARES/VRGT "Dépistage ciblé et traitement de l'infection tuberculeuse latente" (disponibles sur : www.fares.be). Le diamètre et la consistance de l'induration sont pris en compte pour interpréter le TT de même que la présence de facteurs de risque particuliers :

- *Dimension de l'induration :*

< 5 mm:	<i>négatif</i> (exclure faux négatif)
5 - 9 mm:	<i>négatif</i> , en général <i>positif</i> : en cas d'immunodéficience marquée (y compris VIH) <i>douteux</i> : si contact étroit avec un cas de tuberculose pulmonaire contagieuse (expectorations positives à l'examen microscopique direct ou à la culture) et chez les jeunes enfants (≤ 5 ans) ou les personnes âgées (≥ 65 ans)
10-17 mm:	<i>positif</i> : si contact étroit avec un cas de tuberculose contagieuse et/ou en présence d'un risque élevé d'infection tuberculeuse ou de facteurs favorisant le développement d'une tuberculose active <i>douteux</i> : en l'absence de risque particulier de tuberculose et/ou si antécédent de BCG récent (datant de moins de 5 ans)
≥ 18 mm:	<i>positif</i>

En cas de réaction douteuse, il faut tenir compte de la consistance de l'induration (le type), surtout en présence d'une vaccination récente par le BCG.

- Les quatre *types d'induration* sont les suivants :

Type I	très dur (parfois avec phlyctène)
Type II:	dur
Type III:	entre dur et mou
Type IV:	mou (à peine palpable)

II. RESULTATS DU DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE

1. DEMANDEURS D'ASILE \geq 5 ANS

A. A l'arrivée en Belgique

Nombre de RX

En 2003, 16.387 RX ont été réalisées par la "cellule dépistage" au North Gate chez les DA \geq 5 ans, soit quasi 10% de moins qu'en 2002. Le nombre de demandes d'asile a également diminué (-12%) entre 2002 et 2003 (respectivement 22.381 et 19.656 demandes).

Couverture du dépistage

Le taux de couverture du dépistage correspond au pourcentage de DA qui ont été examinés dans le cadre de la tuberculose à l'arrivée. Il s'agit du rapport entre le nombre de RX effectuées et le nombre de DA \geq 5 ans recensés au North Gate (non compris les femmes enceintes et les quelques cas d'handicapés en chaise roulante, ...). En 2003, 16.387 RX ont été réalisées alors que le total des DA enregistrés, appartenant au groupe ciblé pour le dépistage radiologique était de 17.164 (tableau 1). Le taux de couverture du dépistage est donc de 95,5% en 2003. Il était de 92% en 2002².

A part les DA qui n'ont pu subir de dépistage radiologique le 8 juillet 2003 à cause de problèmes techniques, un nombre restreint de sujets du groupe cible n'ont pas eu de RX au North Gate; il s'agit en général de personnes qui ne suivent pas complètement la procédure de demande d'asile ; elles quittent plus tôt la salle d'attente sans les documents leur permettant de continuer la procédure et ignorant le centre d'accueil dans lequel elles sont inscrites. Le taux de couverture ne pourra donc pas être amélioré de manière importante dans le futur.

Tableau 1. TAUX DE COUVERTURE DU DEPISTAGE (RX) CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE (DA) A L'ARRIVEE EN BELGIQUE - 2003

2003	Nombre total DA	DA \geq 5 ans (excl. femmes enceintes)	Nombre RX	Taux de couverture %
Janvier	1.603	1.429	1.348	94,3
Février	1.252	1.084	1.066	98,3
Mars	1.428	1.236	1.145	92,6
Avril	1.393	1.198	1.143	95,4
Mai	1.221	1.076	1.030	95,7
Juin	1.469	1.307	1.022	78,2
Juillet	1.894	1.646	1.529	92,9
Août	1.749	1.513	1.496	98,9
Septembre	2.047	1.753	1.736	99,0
Octobre	1.800	1.603	1.584	98,8
Novembre	1.866	1.604	1.588	99,0
Décembre	1.934	1.715	1.700	99,1
Total	19.656*	17.164	16.387	95,5

* sur le web site de FedAsil, le nombre de demandes d'asile est de 16.940 car les enfants accompagnants ne sont pas pris en compte.

² en 2001 (77.3%) et en 1999 (23.6%).

RX avec anomalies

Sur les 16.387 RX effectuées chez les DA à l'arrivée, 15.519 (94,7%) étaient normales, 137 (0,8%) étaient illisibles à cause d'un problème technique et 731 (4,5%) montraient la présence d'anomalies (dont 507 étaient liées à la tuberculose). Le tableau 2 donne une idée de la proportion de RX dans chaque catégorie :

Tableau 2. CLASSIFICATION PAR CATEGORIES DES RX REALISEES CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE A L'ARRIVEE EN BELGIQUE, 2003.

Classification	N	%
Catégorie 0	15.519	94,7
Catégorie 1	55	0,3
Catégorie 2	89	0,5
Catégorie 3	245	1,5
Catégorie 4	118	0,7
Catégorie 5	120	0,7
Catégorie 6	104	0,6
RX illisibles	137	0,8
Total	16.387	100%

Lorsque la RX montre une anomalie suspecte de tuberculose ou une autre anomalie nécessitant une mise au point complémentaire, le DA est référé vers le service curatif le plus proche. En cas de forte suspicion de tuberculose, si le DA se trouve encore au North Gate, il est transféré par ambulance à l'Hôpital St Pierre à Bruxelles. Si le DA a déjà rejoint le centre ou l'Initiative Locale d'Accueil où il est inscrit, c'est le responsable du service médico-social qui règle le transfert vers le secteur curatif.

Suivi des DA dont la RX a été protocolée « catégorie 1, 2, 3, 6 ou 10 »

En 2003, 389 (2,4%) des DA ciblés par le dépistage radiologique ont eu une RX mettant en évidence une anomalie en rapport avec une suspicion de tuberculose active (catégories 1, 2 et 3). Par ailleurs, chez 104 (0,6%) de ces sujets, des lésions non tuberculeuses nécessitant un suivi ont été observées (catégorie 6).

Le tableau 3 expose les résultats du suivi des RX appartenant aux catégories pour lesquelles des examens complémentaires ont été nécessaires :

- Une **tuberculose active** a été confirmée chez 30 (**54,6%**) des DA dont la RX a été protocolée "catégorie 1". Chez les DA de "catégorie 2 ou 3" la proportion de tuberculoses diagnostiquées est moindre, respectivement : **20,2%** (n=18) et **6,1%** (n=15). Chez 3 DA ayant une RX de catégorie 6 (anomalie non tuberculeuse nécessitant un suivi), une tuberculose active a été diagnostiquée. C'est la première fois que nous sommes confrontés à une telle situation depuis qu'une classification standardisée a été instaurée. Globalement au cours du dépistage actif réalisé à l'entrée sur le territoire, 66 tuberculoses actives ont été mises en évidence.

- Par ailleurs, des **lésions inactives** de tuberculose pulmonaire ancienne ont été diagnostiquées chez 149 DA. Pour 62,4% de ceux-ci (n=93), la RX avait été protocolée "catégorie 3" et dans 9,4% (n= 14) des cas il s'agissait d'une "catégorie 1". Ce type de diagnostic est souvent difficile à poser par la simple radiographie et la différenciation avec des lésions actives n'est pas évidente.
- **Des lésions pulmonaires non-tuberculeuses** ont été mises en évidence chez 67 (10,6%) des DA dont la RX nécessitait un suivi, alors que chez 49 autres (7,8%) une anomalie a été visualisée ailleurs que dans les poumons.
- Tous les DA (n=55) dont la RX avait été protocolée "catégorie 1" ont eu une **mise au point**. En comparaison avec 2002, une proportion plus importante de RX protocolées « catégorie 2 ou 3 » a bénéficié d'un suivi. En 2003, seulement 9% des DA de « catégorie 2 » ont été perdus de vue ; ce pourcentage était de 23,3% en 2002. Pour la « catégorie 3 », la proportion de perdus de vue était de 9,8 en 2003 versus 26,8% en 2002. Le plus souvent, les DA sans résultats de suivi sont ceux qui ne résident pas dans le centre d'accueil pour lequel ils avaient été désignés (c'est ce qu'on appelle les "no show" demandeurs d'asile).
- 94 (68,6%) des 137 DA ayant une **RX illisible**, ont subi une nouvelle RX qui s'est avérée normale. Il faut noter que plus d'un quart des sujets de « catégorie 10 » n'ont pas de nouvelle radiographie ; ceci est peut être dû au fait que les responsables médico-sociaux des centres/initiatives d'accueil ne considèrent pas le suivi de cette catégorie comme prioritaire, notamment parce que la période au cours de laquelle l'examen radiologique doit être réalisé n'est pas clairement définie.

Tableau 3. DIAGNOSTIC DEFINITIF APRES MISE AU POINT CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE DONT LA RX THORAX REALISEE A L'ENTREE EN BELGIQUE NECESSITAIT UN SUIVI - 2003

	Catégorie 1 N (%)	Catégorie 2 N (%)	Catégorie 3 N (%)	Catégorie 6 N (%)	Catégorie 10 N (%)	TOTAL N (%)
Tuberculose active	30 (54,6%)	18 (20,2%)	15 (6,1%)	3 (2,9%)	0 (0,0%)	66 (10,5%)
Tuberculose inactive	14 (25,5%)	33 (37,1%)	93 (37,9%)	7 (6,7%)	2 (1,5%)	149 (23,7%)
Infection tuberculeuse latente*	0 (0,0%)	2 (2,2%)	8 (3,3%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	11 (1,7%)
Anomalie pulmonaire non-tuberculeuse	9 (16,4%)	11 (12,4%)	28 (11,4%)	17 (16,4%)	2 (1,5%)	67 (10,6%)
Anomalie autre site que pulmonaire	2 (3,6%)	4 (4,5%)	13 (5,3%)	29 (27,9%)	1 (0,7%)	49 (7,8%)
RX normale	0 (0,0%)	13 (14,6%)	64 (26,1%)	34 (32,7%)	94 (68,6%)	205 (32,5%)
Pas de résultat de suivi	0 (0,0%)	8 (9,0%)	24 (9,8%)	14 (13,5%)	32 (27,0%)	83 (13,2%)
TOTAL	55 (100%)	89 (100%)	245 (100%)	104 (100%)	137 (100%)	630 (100%)

* Pour 10 RX de catégories 2 et 3 (et une de catégorie 10), un diagnostic d'infection tuberculeuse latente a été posé. Nous ne savons pas si la RX s'est avérée ultérieurement normale ou si elle montrait des séquelles d'une ancienne tuberculose.

Caractéristiques des patients tuberculeux dépistés à l'arrivée en Belgique

Parmi les 66 patients tuberculeux détectés, 46 (69,7%) étaient des hommes et 20 (30,3%) des femmes.

Le tableau 4 montre que la majorité (71,2%, n=47) des patients dépistés à l'arrivée avait entre 15 et 34 ans. La moyenne d'âge chez ces malades était de 31 ans. Cette distribution de la tuberculose en fonction de l'âge chez les DA est comparable à celle que l'on observe dans les pays à haute prévalence dont ils sont originaires.

Tableau 4. REPARTITION DE LA TUBERCULOSE EN FONCTION DE L'AGE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE A L'ARRIVEE EN BELGIQUE, 2003.

Catégories d'âge	Tuberculose N (%)
5-14 ans	1 (1,5%)
15-24 ans	22 (33,3%)
25-34 ans	25 (37,9%)
35-44 ans	6 (9,1%)
45-54 ans	10 (15,1%)
55-64 ans	0 (0,0%)
≥ 65 ans	2 (3,0%)
Total	66 (100%)

La localisation des tuberculoses diagnostiquées à l'arrivée était majoritairement pulmonaire (94%, n=62). Deux formes (3%) ganglio-pulmonaires ont été observées alors qu'un (1,5%) patient était atteint de pleurésie tuberculeuse et un autre (1,5%) d'une adénite tuberculeuse.

L'examen microscopique direct des expectorations était positif chez 14 (21,9%) des patients atteints de tuberculose (ganglio)pulmonaire alors que la culture était positive chez 40 (62,5%) d'entre eux. Par ailleurs, deux de ces sujets (3,1%) étaient contaminés par des BK multirésistants (càd résistants au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments majeurs du traitement antituberculeux).

En 2003, les 66 DA porteurs d'une tuberculose active à l'arrivée provenaient de 25 pays différents. Quasi la moitié d'entre eux (n=29, 43,9%) étaient originaires de seulement 3 pays : 16 (24,2%) de la République Démocratique du Congo, 7 (10,6%) de Chine et 6 (9,1%) de la Fédération de Russie. Toutefois, les plus hautes prévalences de la tuberculose ont été observées chez les Chinois (2.448/100.000), les Somaliens (1.562/100.000) et les Indiens (1.485/100.000) (figure 1).

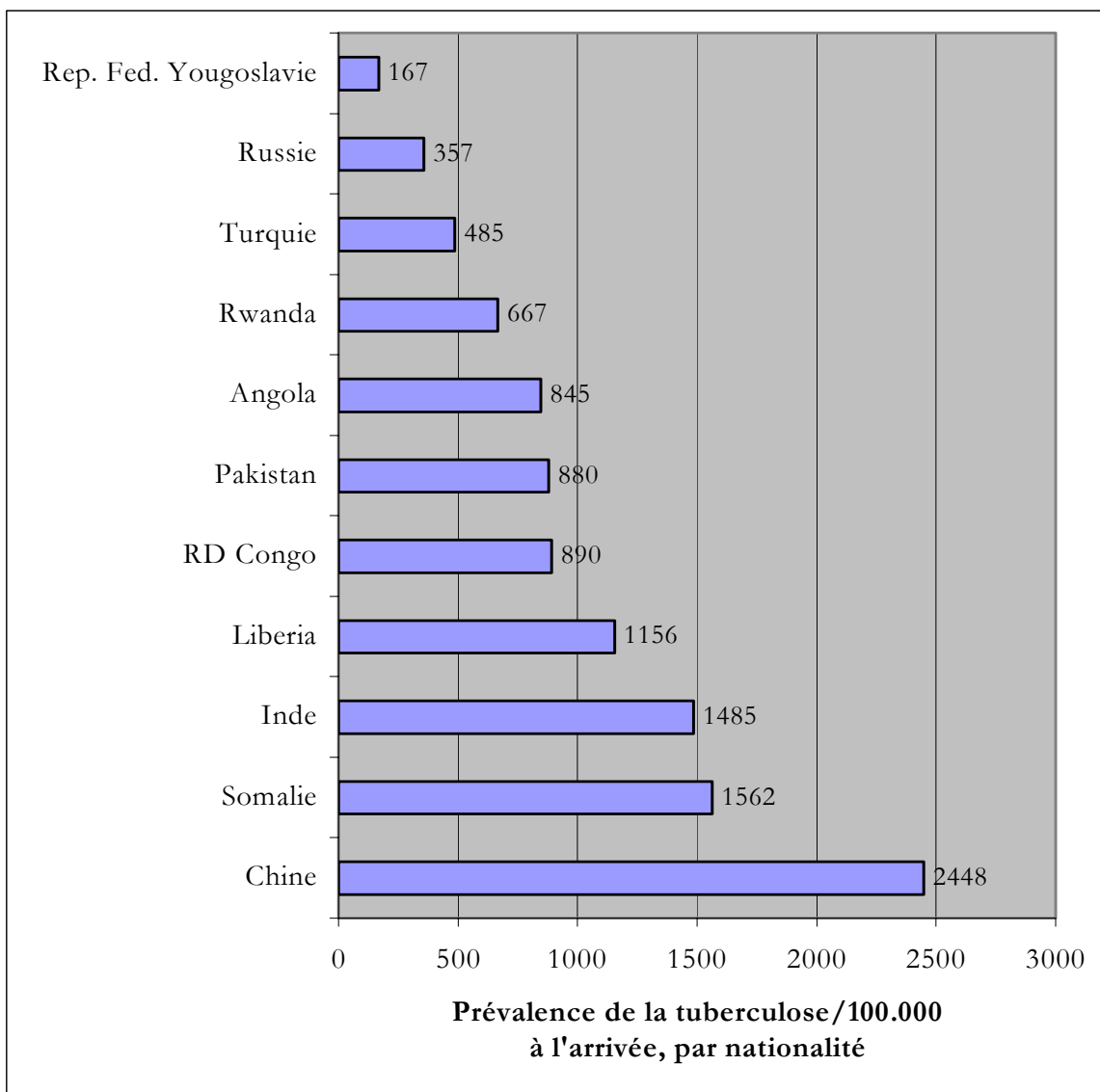


Figure 1 . PREVALENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE A L'ENTREE EN BELGIQUE EN FONCTION DU PAYS D'ORIGINE, 2003

Résultats du traitement instauré chez les patients tuberculeux dépistés à l'arrivée

La FARES et la VRGT ont assuré le suivi des 66 DA chez qui une tuberculose a été diagnostiquée en 2003 lors de leur arrivée en Belgique (figure 2) :

- Pour 37 (56,1%) patients, le résultat du traitement a été favorable (guérison avec (n=3) ou sans confirmation bactériologique (n=34)).
- 15 (22,7%) patients sont encore momentanément sous traitement.
- 14 (21,2%) patients ont été perdus de vue avant la fin du traitement.

L'expulsion précoce des DA sous traitement a encore été un problème important au cours de l'année 2003. De tels arrêts de traitement ne sont pas seulement préjudiciables pour le patient chez qui la chance de guérir s'amenuise, mais aussi pour la santé publique (possibilité de contaminations, développement de tuberculoses multirésistantes).

Résultat du traitement instauré chez les demandeurs d'asile dont la tuberculose a été diagnostiquée à l'arrivée en Belgique, 2003

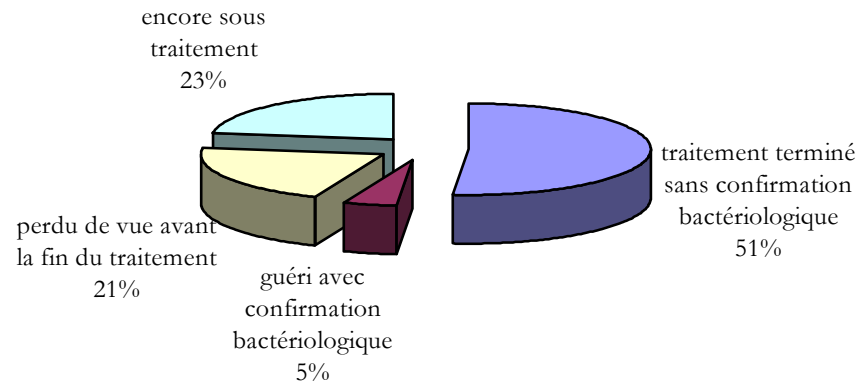


Figure 2. RESULTATS DU TRAITEMENT INSTAURE CHEZ LES DA TUBERCULEUX DIAGNOSTIQUES A L'ENTREE EN BELGIQUE, 2003

B. Dépistage périodique au cours des deux premières années du séjour en Belgique

En 2003, le dépistage périodique (tous les 6 mois) au cours des deux premières années du séjour en Belgique a été mis en place de manière plus systématique en Régions flamande et bruxelloise. La méthode utilisée pour le dépistage périodique est identique à celle appliquée à l'arrivée : RX pour les DA \geq 5ans et TT pour les enfants < 5 ans et les femmes enceintes. Les examens sont réalisés dans les centres d'accueil et dans les ILA via le MRU de la VRGT (tableau 5) et/ou dans les dispensaires provinciaux (tableau 6).

En Région Wallonne, ce type de dépistage débutera en 2004 ; en 2003 les différents intervenants ont été sensibilisés afin de mettre en place cette nouvelle stratégie. Toutefois un certain nombre de DA résidant depuis plus de 6 mois sur notre territoire ont probablement subi une RX thorax dans les dispensaires de la FARES (tableau 6).

Par rapport à 2002, la fréquence de passage du MRU de la VRGT a été augmentée dans certains centres d'accueil :

- En Flandre Occidentale, le MRU est passé 2 fois dans le centre de Wingene en 2003
- Dans la province d'Anvers, la même fréquence de passage a été appliquée dans les centres d'accueil de Linkeroever, Ekeren, Lint et Kapellen
- Les centres d'accueil de Lanaken et d'Overpelt dans le Limbourg ont fait appel pour la première fois à la VRGT pour le dépistage des DA en 2003.

Le tableau 5 présente des données relatives au dépistage périodique organisé par le MRU de la VRGT dans les provinces flamandes et à Bruxelles. Ce tableau reprend aussi le dépistage hebdomadaire réalisé dans les centres fermés de Steenokkerzeel, Merksplas et Melsbroek.

L'identification des DA résidant depuis plus de 6 mois en Belgique, n'est pas toujours faite en routine dans les structures d'accueil. Le nombre total de DA répondant à ce critère n'étant pas disponible en 2003, il est impossible de calculer le taux de couverture du dépistage périodique au cours de cette année.

Le dépistage périodique via le MRU a permis de détecter, en Flandre, 7 cas de tuberculose active supplémentaires en 2003 : 2 dans la province d'Anvers, 3 dans le Limbourg et 2 dans le Brabant flamand.

En ne tenant pas compte du dépistage organisé dans les centres fermés, le taux de détection parmi les DA séjournant depuis plus de 6 mois en Belgique est de 141/100.000. Ce résultat est nettement moins élevé que celui de l'année précédente (260/100.000 en 2002), probablement à cause du plus haut taux de détection observé chez les nouveaux arrivants en 2003. Quoiqu'il en soit, le taux de détection parmi les DA après 6 mois de séjour reste supérieur à la limite de 50/100.000 choisie en Belgique pour justifier l'organisation d'un dépistage actif périodique parmi les groupes de population à risque de tuberculose.

Tableau 5. DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE ORGANISE PAR LE MRU CHEZ LES DA SEJOURNANT DEPUIS PLUS DE 6 MOIS EN BELGIQUE, REGION FLAMANDE (PAR PROVINCES) ET REGION BRUXELLOISE, 2003

Centre ou initiative locale d'accueil	Fréquence du dépistage périodique	Nombre de RX	Nombre de tuberculoses dépistées
Flandre occidentale			
De Passage (fermé en sept. 2003)	1x, avant fermeture	108	
Wingene	2 fois par an	71	
ILA	1 fois par an	385	
Flandre Orientale			
St.-Niklaas	2 fois par an	71	
Eeklo	2 fois par an	94	
ILA		131	
Anvers			
Linkeroever Antwerpen	2 fois par an	135	
Arendonk	2 fois par an	66	
Ekeren	2 fois par an	72	
Broechem	2 fois par an	22	
Lint	2 fois par an	104	
Kapellen	2 fois par an	453	
Wommelgem (fermé en déc. 2003)	2 fois par an	42	1
ILA	2 fois par an	994	1
Limbourg			
Bevingen	Tous les 2 mois	485	2
Lanaken	2 fois par an	158	
Overpelt	2 fois par an	41	
ILA	A la demande	215	1
Brabant flamand			
Alsemberg	2 fois par an	133	1
Steenokkerzeel RK	1 fois par an	14	
ILA	2 fois par an	477	
Région bruxelloise			
Foyer Sellah	1 fois par an	28	
Klein Kasteeltje	Sur place avec l'appareil RX fixe	187	
Total pour les structures d'accueil		4.271	6
Centres fermés pour illégaux			
Merksplas	1 fois par semaine	1100	
Steenokkerzeel	1 fois par semaine	615	
Melsbroek	1 fois par semaine	844	1
Total général		6.830	7

C. Dépistage organisé chez les demandeurs d'asile via les dispensaires de la FARES et de la VRGT

Le dépistage radiologique des DA ≥ 5 ans est également réalisé dans les dispensaires de la FARES et de la VRGT ^{3,4} ; le tableau 6 donne une idée globale de cette activité en 2003.

Tableau 6. DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DA ≥ 5 ANS DANS LES DISPENSAIRES DE LA FARES/VRGT, 2003.

	Nombre de personnes concernées	Nombre de RX	RX normale ou sans anomalie TBC	RX suspecte de TBC	Nombre de TBC actives confirmées
Flandre Occidentale	488	486	470	16	2
Flandre Orientale	472	468	468	0	0
Anvers	481	427	403	1	1
Limbourg*	58	46	46	0	0
Brabant flamand	12	12	12	0	0
Bruxelles	304	297	265	32	13
Brabant wallon	19	15	14	1	0
Namur	535	392	391	1	0
Hainaut	217	183	180	1	0
Liège	323	292	278	4	0
Luxembourg	103	56	55	0	0
Total	3.012	2.674	2.582	56	16

*Dans un petit nombre de cas, les DA ≥ 5 ans ont subi un TT à la place d'une RX initiale ; cela est arrivé dans les centres d'accueil de Bevingen et de Lanaken. Seuls les sujets ayant un TT positif ont été soumis à une RX de contrôle. C'est ainsi qu'en 2003, 16 DA ≥ 5 ans ont eu un TT ; 4 étaient tuberculino-positifs et leur RX s'est avérée normale.

Au total, 89 tuberculoses ont été diagnostiquées chez des DA ≥ 5 ans en 2003 à l'occasion d'un dépistage actif:

- 66 à l'arrivée, à l'occasion du dépistage radiologique "centralisé" organisé par la "cellule dépistage" du North Gate.
- 7 à l'occasion du dépistage périodique organisé dans les centres d'accueil/ILA de Flandre et de Bruxelles.
- 16 dans les dispensaires de la VRGT et de la FARES.

Avec un total de 26.229 DA examinés, le taux de détection de la tuberculose chez les DA ≥ 5 ans est globalement estimé à 335,5/100.000 en 2003 ^{5,6}

3 En Communauté française, la RX peut être effectuée dans le secteur curatif mais le dossier est géré par la FARES.

4 Le dépistage peut être actif ou passif (sujets référés pour une RX en présence de signes d'appel de la maladie). La distinction entre ces deux types de dépistage n'est pas possible dans les dispensaires.

5 Il n'est pas tenu compte ici des patients tuberculeux qui auraient été détectés par les services médicaux des centres d'accueil, car les données fournies par ceux-ci sont incomplètes (cfr point III).

6 Pour calculer l'incidence de la tuberculose chez les DA en Belgique, il faut tenir compte aussi des patients détectés par le secteur curatif ; ceci est possible via la déclaration de tuberculose envoyée aux inspections d'hygiène. Ces résultats seront présentés dans le rapport épidémiologique de la tuberculose 2003.

2. DEMANDEURS D'ASILE < 5 ANS⁷

Comme en 2002, le dépistage de la tuberculose chez les DA < 5 ans a été effectué au moyen d'un test tuberculinique (TT) dans les structures d'accueil^{8,9} où l'enfant est envoyé avec ses accompagnateurs. Il est impossible de calculer le taux de couverture global de ce dépistage car la FARES et la VRGT ne centralisent pas actuellement toutes les informations¹⁰. Plusieurs instances sont en effet concernées par ce dépistage :

- Dans les *centres fédéraux -administrés par FedAsil-* et dans les centres fermés le TT est effectué par les infirmières de la FARES/VRGT ou par le personnel des services médicaux¹¹
- Dans les *centres d'accueil sous tutelle de la Croix Rouge* : le dépistage est effectué en partie par le personnel FARES/VRGT et pour l'autre partie par les médecins généralistes attachés aux centres.
- Le dépistage des DA < 5 ans résidant dans les *Initiatives Locales d'Accueil (ILA)-* sous tutelle des CPAS-, peut être pris en charge par la VRGT, la FARES ou par les services curatifs locaux.

Les données relatives au dépistage des demandeurs d'asile < 5 ans présentées dans le tableau 8 ne concernent que les examens effectués par les infirmières de la FARES et de la VRGT. En 2003, 49 (5,7%) des 866 enfants chez qui un test tuberculinique a été réalisé (et lu) sont tuberculino-positifs. Aucune tuberculose n'a été diagnostiquée.

Les résultats du dépistage par test tuberculinique organisé par la cellule médicale des centres d'accueil sont exposés plus loin (cfr point III).

Le dépistage par test tuberculinique implique la référence des sujets tuberculino-positifs à un pneumologue afin que celui-ci puisse envisager un traitement de l'infection tuberculeuse latente (LTBI), après exclusion d'une tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire.

⁷ Les femmes enceintes doivent aussi subir un dépistage par TT. En 2003, les données relatives à ce dépistage sont encore incomplètes.

⁸ Le dépistage des enfants ne résidant pas dans une structure d'accueil ("no show" DA) peut être pris en charge par d'autres instances (écoles, crèches, consultations de l'ONE...).

⁹ Le dépistage par TT ne peut être effectué à l'Office des Etrangers car la cellule de dépistage n'a pas de personnel (para)médical. Par ailleurs, ce dépistage nécessite 2 visites (réalisation du test + lecture).

¹⁰ Le nombre total de DA < 5 ans à l'arrivée est disponible pour toute la Belgique et non par région (n=1693)

¹¹ En Communauté française, ceux-ci ont souvent été écolés par le personnel de la FARES

Tableau 7: DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE (TT) CHEZ LES DA < 5 ANS EN BELGIQUE, 2003 (DONNEES FARES/VRGT)

Province	Nombre de DA concernés	Nombre de TT réalisés	Résultats TT				Nombre de RX réalisées	Résultats des RX	
			<i>Négatif</i>	<i>Douteux</i>	<i>Positif*</i>	<i>Absent à la lecture</i>		<i>RX normale ou pas d'anomalie TBC</i>	<i>RX suspecte de TBC</i>
Anvers	302	287	252	6	14	15	22	22	0
FL. Orientale	67	67	53	1	11	2	10	10	0
Fl. Occidentale	84	84	76	2	2	4	0	0	0
Limbourg	165	165	158	2	5	0	5	5	0
Brabant fl.	48	48	38	2	7	1	6	6	0
Bruxelles	28	25	25	0	0	0	4	3	1**
Brabant Wal.	7	7	7	0	0	0	0	0	0
Namur	168	163	139	13	7	4	20	19	0
Hainaut	13	12	11	0	1	0	2	2	0
Liège	19	17	17	0	0	0	2	2	0
Luxembourg	13	11	9	0	2	0	4	2	0
Total	914	886	785	26	49	26	75	71	1

* Le taux de virage n'a pu être déterminé cette année car la plupart des enfants étaient vus pour la 1ère fois.

** La tuberculose n'a pas été confirmée.

3. EVOLUTION DU DEPISTAGE ACTIF DE LA TUBERCULOSE ORGANISE EN BELGIQUE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE, 1999-2003

Evolution du dépistage réalisé à l'arrivée (depuis son instauration en mars 1999)

Le tableau 8 montre que, globalement, la prévalence de la tuberculose est de **403/100.000** en 2003 chez les DA à l'arrivée dans notre pays (ce qui est 37 fois plus élevé que le taux d'incidence observé dans la population générale de la Belgique au cours de la même année - 10,9/100.000). L'augmentation de la prévalence de la tuberculose chez les DA au cours des dernières années peut être expliquée par l'amélioration de la couverture du dépistage mais aussi par la diminution importante du nombre de sujets perdus de vue au cours de la mise au point grâce au meilleur suivi organisé par la FARES/VRGT.

Tableau 8. PREVALENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE A L'ARRIVEE EN BELGIQUE, 1999-2003.

	Nombre DA		Nombre RX	Couverture	Tuberculoses actives	
	Total	≥15 ou 5 ans*			Nombre	Prévalence / 100.000
1999	?	39.892	9.425	23,6%	22	233
2000	54.239	?	13.852	?	25	180
2001	24.549	22.368	17.297	77,3%	54	312
2002	22.381	19.575	18.008	92,0%	68	378
2003	19.656	17.164	16.387	95,5%	66	403
Total	145.053				235	

* Depuis février 2002, les RX sont réalisées chez les DA ≥ 5 ans, alors qu'avant l'âge limite était de 15 ans.

Nationalité des DA dont la tuberculose a été diagnostiquée à l'entrée en Belgique entre 2000-2003

La figure 3 montre les nationalités des DA reconnus comme tuberculeux lors de leur arrivée entre 2000 et 2003¹². Les patients sont originaires de 49 pays mais la plupart d'entre eux proviennent de la République Démocratique du Congo (n=29, 14%) et de la Fédération de Russie (n=23, 11%).

¹² En 1999, les nationalités n'ont été enregistrées que par continent

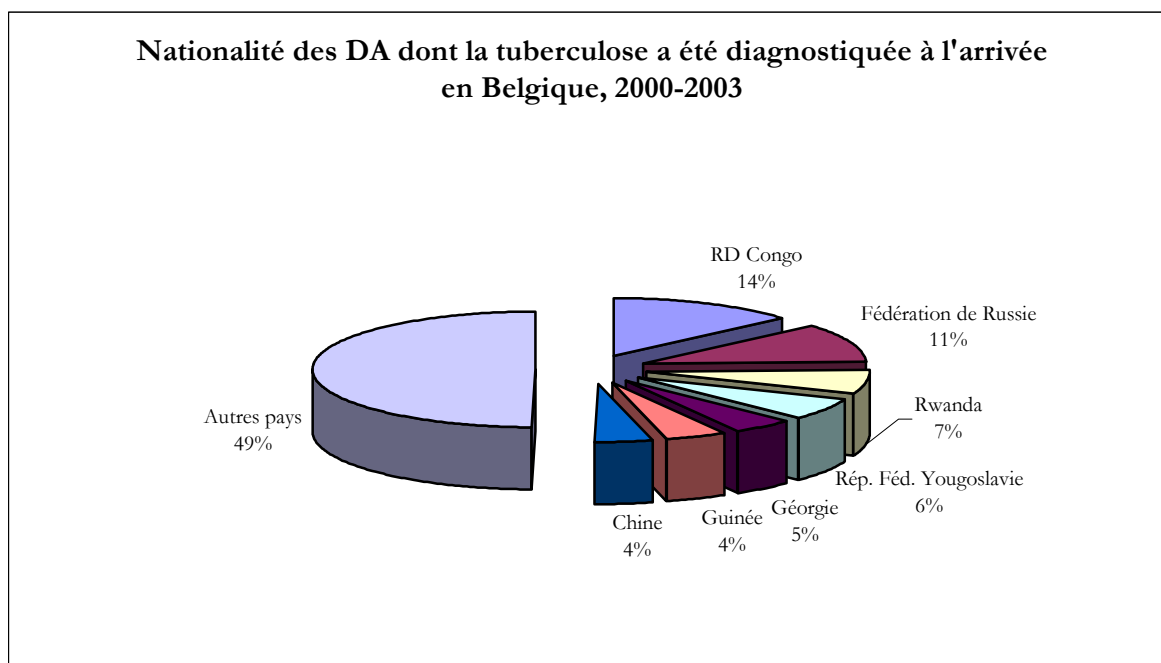


Figure 3. Tuberculose chez les DA à l'arrivée en Belgique en fonction de la nationalité, 2000-2003

Evolution de l'efficacité du dépistage actif organisé chez les DA en Belgique entre 1999-2003

Le tableau 9 montre comment l'efficacité du dépistage actif de la tuberculose organisé chez les DA a augmenté depuis 1999. Le rapport entre le nombre de tuberculoses détectées lors du dépistage actif et le nombre de DA répertoriés dans le registre national de la tuberculose a augmenté de 25,3% en 1999 à 48,6% en 2003.

Tableau 9. EFFICACITE DU DEPISTAGE ACTIF CHEZ LES DA EN BELGIQUE, 1999-2003

	DA répertoriés dans le registre national de la tuberculose	TBC détectées chez les DA à l'arrivée	TBC détectées chez les DA lors du dépistage périodique	Total des TBC détectées via le dépistage actif
1999	87	22 (25,3%)	-	22 (25,3%)
2000	115	25 (21,7%)	-	25 (21,7%)
2001	187	54 (28,9%)	-	54 (28,9%)
2002	157	67 (42,7%)	14	81 (51,6%)
2003	183	66 (36,1%)	23	89 (48,6%)

III. EVALUATION DU DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE ORGANISÉ CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE. RESULTATS FOURNIS PAR LES CENTRES D'ACCUEIL

Comme chaque année, il a été demandé aux centres d'accueil (fédéraux et Croix Rouge) de remplir un questionnaire d'évaluation relatif au dépistage de la tuberculose chez les DA et de le renvoyer à la FARES/VRGT. L'objectif était d'obtenir la vision la plus exhaustive possible du dépistage effectué chez les DA.

La collecte des données a été un peu différente dans les deux communautés en 2003 (sauf pour les données relatives au dépistage à l'arrivée) car :

- Le dépistage périodique n'était pas encore organisé en Communauté française contrairement à la Communauté flamande. La VRGT a donc élargi sa demande aux résultats des dépistages effectués 6, 12, 18 et 24 mois après l'arrivée des DA.
- Les données relatives au dépistage par TT chez les femmes enceintes n'étaient pas encore systématiquement collectées par les centres en Communauté française.

Malgré le taux de réponses élevé (quasi tous les centres ont renvoyé le questionnaire), les résultats du *dépistage radiologique* rapportés par les centres (et par quelques ILA) (tableau 10) doivent être interprétés avec prudence. C'est ainsi que certains centres ont indiqué un nombre élevé de DA ayant subi un **dépistage à l'arrivée**, alors que le taux de couverture du dépistage à l'OE laisse supposer que ce nombre devrait être de plus en plus restreint (cfr les 120 RX à l'arrivée à Menen ou les 126 RX de Florennes).

Toutefois, les données rapportées par les centres sont importantes pour évaluer la qualité du dépistage actif de la tuberculose. Il est essentiel de connaître, par exemple, quelle est la proportion de tuberculoses qui n'ont pas été diagnostiquées à l'arrivée lors du dépistage centralisé à l'OE. A partir des données du tableau 10, nous pouvons déduire que l'on aurait détecté un patient tuberculeux parmi les 727 personnes qui n'auraient pas subi de radiographie à l'arrivée à l'OE.

En Région wallonne, trois patients tuberculeux ont été mis en évidence en 2003 dans les centres en dehors du dépistage actif (c'est pourquoi ils ne sont pas repris dans le tableau 10). Deux des cas ont été découverts à l'occasion d'un dépistage des contacts autour d'une source de contamination.

Les données relatives au dépistage des enfants < 5 ans par *test tuberculinique* (TT) telles qu'elles ont été fournies par les centres d'accueil, sont également reprises dans le tableau 10. Une LTBI a été diagnostiquée chez 6,6% (n=39) des 593 enfants testés mais un traitement de la LTBI a été instauré chez seulement 10 d'entre eux (25,6%).

Seulement 65,5% (n=38) des 58 femmes enceintes ciblées par le dépistage par TT à l'entrée ont subi le test. Le TT s'est avéré positif chez 5 d'entre elles (13,2%) ; aucune n'a été mise sous traitement préventif.

Tableau 10: DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE A L'ARRIVEE (DONNEES FOURNIES PAR LES CENTRES D'ACCUEIL POUR DA)

Centre d'accueil	DA ≥ 5 ans								DA < 5 ans								Femmes enceintes							
	Nombre de DA ciblés	Nombre de RX réalisés	Résultat					Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ LTI	Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ LTI	Nombre de TBC actives
			Normal	Suspect TBC	TBC inactive	Autres anomalies	Pas de résultat				Négatif	Positif	Douteux	Non lu					Négatif	Positif	Douteux	Non lu		
Alsemberg	7	7	7				0	32	31	28	2	1		2	0	8	5	3	1	1		0	0	
Wingene	9	6	6				0	16	5	5	0	0	0	0	0	UNK	0							
Lint	0	0						15	15	15														
Brugge	0	0						10	5							3	0							
Eeklo	0	0						12	17		5	1		0	0	1	1	1						
Steenokkerzeel	1	1	0	1	0	0	0	6	6	6	0	0	0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	
Linkeroever	2	2	2	0	0	0	0	18	21	20	1			1	0	10	10	1	0	0	0	0	0	
Lanaken	17	17	17				0	46	46	45	1			0	0	3	3	2	1			0	0	
Overpelt								13	0							1	0							
Sint-Niklaas	4	4	4	0	0	0	0	27	26	25	1	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	
Menen	0	120	118	2	0	0	0	4	1	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	
Deinze	0							12	1	1						1	0							
Foyer Sellah	0	0					0	20	20	20					0	4	4	4					0	
Ekeren	9	9	9	0	0	0	0	19	19	19	0	0	0	0	0	8	8	4	3	1	0	0	0	
Kapellen		6	3	1	2		1		20	20														
Arendonk	47	32					0	63	29	29				0	0	8	4	4				0	0	
Broechem																								
Wommelgem																								
Jumet	36	16	15	0	0	1	0	0		5	5	0	0	0	0									
Rixensart	34	19	19	0	0	0	0	0		9	9	0	0	0	0									
Sugny	12	6	4	0	0	2	0	0		9	8	0	1	0	0									
Virton	15	15	15	0	0	0	0	0		20	20	0	0	0	0									
Morlanwez								0						0	0									
Jodoigne								0		11	11	0	0	0	0									
Arlon	17	15	14	0	0	1	0	0		11	8	3	0	0	2	0								
Florennes		126	123	0	3	0	0	0		38	27	8	0	3	2	0								
Bovigny	32	12	12	0	0	0	0	0		18 ¹	18	0	0	0	0									
Chez nous Hastière		7	6	0	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0									
Manderfeld	20	20	18	0	1	1	0	0		9	9	0	0	0	0									
C. du monde, Rendeux	18	18	18	0	0	0	0	0		31	28	2	1	0	2	0								
C. P'Amblève, Nonceveux	40	35	35	0	0	0	0	0		5	5	0	0	0	0									
Le Mérisier, Fraipont	51	51	50	0	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0									
Henry Dunant, Hotton	57	57	57	0	0	0	0	0		36	28	8	0	0	0									
Des racines et des ailes, Manhay	12	12	12	0	0	0	0	0		18	18	0	0	0	0									
Bocq et pierre bleue, Yvoir		99	81	0	0	18	0	0		112 ¹	96	8	8	0	0									
TOTAL	440	727	642	6	5	27	0	1	313	593	349	39	12	3	10	0	58	38	31	5	2	0	0	

¹ dont des femmes enceintes (le nombre exact n'est pas connu) UNK = inconnu

Cellules vides : non remplies par les centres

Les tableaux 11 (a,b,c,d) présentent les résultats du **dépistage périodique** tels qu'ils ont été rapportés par les centres en Régions flamande et bruxelloise. C'est la première fois que ce type de données est collecté. Il y a donc encore beaucoup de résultats manquants.

Au total, 1.296 RX ont été réalisées au sein des structures d'accueil chez les DA après 6, 12, 18, 24 mois de séjour dans notre pays. Cela représente seulement 30,3% des 4.271 RX qui ont été effectuées par le MRU de la VRGT à l'occasion du dépistage périodique dans les différents centres.

Aucune tuberculose supplémentaire aux 6 cas découverts par le MRU de la VRGT à l'occasion du dépistage périodique, n'a été rapportée par les centres.

Tableau 11.a. : DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE 6 MOIS APRES L'ARRIVEE EN BELGIQUE

Centre d'accueil	DA ≥ 5 ans							DA < 5 ans							Femmes enceintes										
	Nombre de DA ciblés	Nombre de RX réalisées	Résultat					Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ LTBI	Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ LTBI	Nombre de TBC actives	
			Normal	Suspect de TBC	TBC inactive	Autres anomalies	Pas de résultat				Négatif	Positif	Douteux	Non lu					Négatif	Positif	Douteux	Non lu			
Alsemberg	20	20	19		1				3	3	3														
Wingene	34	32	31	0		0	1	0	UNK	6	6				0	0	UNK	0					0	0	
Lint	18	18	18																						
Brugge	17	17																							
Eeklo	70	70		1				0	5	5			1			0	0								
Steenokkerzeel	25	7	4	1	1	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Linkeroever	176	80	80	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanaken	15	15	14	1				0	8	8	6	2*			0	0	1	1	1				0	0	
Overpelt	5	4	4																						
Sint-Niklaas	51	50	50	0	0	0	0	0	9	7	7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Menen	3	3	3	0	0	0	0	0																	
Deinze	21	5	5						1	0						0	0								
Foyer Sellah	29	29	28	1				0	7	7	7				0	2	2	1		1				0	
Ekeren	63	63							6	6	6					2	2	2		1					
Kapellen		180								4	4						4	3	1*						
Arendonk		49								1	1						1	1							
Broechem																									
Wommelgem																									
TOTAL	547	642	256	4	2	0	1	0	42	50	40	4	1	0	0	0	7	12	8	1	2	0	0	0	0

* vaccination par le BCG

13 RX ont été réalisées chez des enfants < 5 ans tuberculino-positifs. Elles étaient normales.

UNK= inconnu / cellules vides = non remplies par les centres

Tableau 11.b. DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE 12 MOIS APRES L'ARRIVEE EN BELGIQUE

Centre d'accueil	DA ≥ 5 ans							DA < 5 ans							Femmes enceintes									
	Nombre de DA ciblés	Nombre de RX réalisées	Résultat				Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ LTBI	Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ LTBI	Nombre de TBC actives	
			Normal	Suspect de TBC	TBC inactive	Autres anomalies				Pas de résultat	Négatif	Positif	Douteux					Non lu	Négatif	Positif	Douteux			Non lu
Alsemberg	29	29	29																					
Wingene	10	10	10				0	UNK	3	3				0	0	UNK	0					0	0	
Lint	4	4	4																					
Brugge	1	1	1					2	2	2														
Eeklo																								
Steenokkerzeel	30	8	8	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Linkeroever	72	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanaken	17	17	17				0	2	2	1	1*			0	0	0								0
Overpelt	6	6	6					2								1								
Sint-Niklaas	18	18	18	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Menen	4	4	4																					
Deinze	3	2	2					0						0										
Foyer Sellah	10	10	10				0	0							1	1	1							0
Ekeren	15	15	15	0	0	0	0	6	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kapellen		146							4	4						1		1*						
Arendonk		37																						
Broechem																								
Wommelgem																								
TOTAL	219	337	154	0	0	0	0	0	15	19	18	1	0	0	0	4	4	3	1	0	0	0	0	0

* vaccination par le BCG

UNK=inconnu/ cellules vides= non remplies par les centres

Tableau 11.c. DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE 18 MOIS APRES L'ARRIVEE EN BELGIQUE

Centre d'accueil	DA ≥ 5 ans							DA < 5 ans							Femmes enceintes									
	Nombre de DA ciblés	Nombre de RX réalisées	Résultat				Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ LTBI	Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ LTBI	Nombre de TBC actives	
			Normal	Suspect de TBC	TBC inactive	Autres anomalies				Pas de résultat	Négatif	Positif	Douteux					Non lu	Négatif	Positif	Douteux			Non lu
Alsemberg	11	11	11																					
Wingene	6	4	4				0	UNK	4	4				0	0	UNK	0					0	0	
Lint																								
Brugge																								
Eeklo																								
Steenokkerzeel	28	6	5	1			0	4	4	4	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Linkeroever	13	13	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanaken	6	6	6				0	1	1	1				0	1	1	1							0
Overpelt	10	10	10					1																
Sint-Niklaas	1	1	1	0	0	0	0																	
Menen	2	2	2																					
Deinze	0							0								0								
Foyer Sellah	0							0								0								
Ekeren	12	12	12	0	0	0	0	5	5	4		1			1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Kapellen		70							2	1	1					1	1	1*						
Arendonk		20																						
Broechem																								
Wommelgem																								
TOTAL	89	155	64	1	0	0	0	11	16	14	1	1	0	0	0	4	5	4	1	0	0	0	0	0

* vaccination BCG

Une RX a été réalisée chez un enfant < 5 ans tuberculino-positif. Elle était normale

UNK= inconnu / cellules vides = non remplies par les centres

Tableau 11.d. DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE 24 MOIS APRES L'ARRIVEE EN BELGIQUE

Centre d'accueil	DA ≥ 5 ans							DA < 5 ans							Femmes enceintes									
	Nombre de DA ciblés	Nombre de RX réalisées	Résultat				Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ L/TBI	Nombre de TBC actives	Nombre de DA ciblés	Nombre de TT réalisés	Résultat				R/ L/TBI	Nombre de TBC actives	
			Normal	Suspect de TBC	TBC inactive	Autres anomalies				Pas de résultat	Négatif	Positif	Douteux					Non lu	Négatif	Positif	Douteux			Non lu
Alseberg	14	14	14					1	1	1														
Wingene	13	12	12				0	UNK	3	3				0	0	UNK	0	0					0	0
Lint	7	7	7																					
Brugge	1	1	1																					
Eeklo																								
Steenokkerzeel	30	5	5	0	0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Linkeroever	38	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanaken	25	25	24	1			0	2	2	2					0	0								
Overpelt																								
Sint-Niklaas	1	1	1	0	0	0	0																	
Menen	14	9	9					1	0															
Deinze	5	5	5					0								0								
Foyer Sellah	0							0								0								
Ekeren	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kapellen		68							5	4	1													
Arendonk		2																						
Brochem																								
Wommelgem																								
TOTAL	149	162	91	1	0	0	0	7	14	13	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0

Une RX a été réalisée chez un enfant < 5 ans tuberculino-positif. Elle était normale
 UNK= inconnu/ Cellules vides = non remplies par les centres

IV. CONCLUSIONS ET PRIORITES CONCERNANT LE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE

1. En ce qui concerne le **dépistage centralisé** des DA :
 - a. L'objectif de perdre de vue moins de 10% des DA dont la RX présente des anomalies a été atteint en 2003. La FARES et la VRGT doivent continuer le suivi de telle manière à maintenir ce résultat.
 - b. La FARES et la VRGT ont négocié une convention avec l' Office des Etrangers (OE) afin d'éviter le renvoi des DA tuberculeux au cours de leur traitement. Les deux associations envoient donc une attestation médicale à l'OE pour tout patient dont elles assurent le suivi. L'évaluation de cette procédure doit être programmée.
2. Le nombre relativement élevé de DA tuberculeux diagnostiqués lors du **dépistage périodique** organisé en Flandre et à Bruxelles, plaide pour le maintien d'une telle stratégie. En Communauté française, le dépistage périodique (6, 12, 18, 24 mois) doit être instauré dans les *centres d'accueil* en 2004 après la sensibilisation des instances concernées menée en 2003. Par ailleurs, le dépistage (à l'arrivée et périodique) doit être organisé dans les *ILA* de manière plus systématique. Au cours de l'année qui vient, la FARES et la VRGT veilleront à négocier des conventions avec chaque initiative. En Communauté française (CFB), une sensibilisation des ILA est prévue en 2004 en collaboration avec FedAsil.

Afin d'organiser le dépistage périodique de manière optimale, il est important que les centres puissent identifier les DA qui séjournent plus longtemps dans notre pays. FedAsil doit donc mettre en place un système qui permette d'obtenir cette information en routine. La FARES et la VRGT doivent également avoir accès à ces données afin de pouvoir évaluer cette activité et de déterminer la couverture du dépistage. Le questionnaire envoyé dans les centres d'accueil/ILA doit être également adapté et ce plus particulièrement en Communauté française où le dépistage périodique sera mis en place en 2004.
3. La **collaboration avec d'autres instances concernées par l'enfance** doit être **optimisée** en vue de mieux toucher les jeunes DA < 5 ans. Les principaux partenaires sont pour la Flandre / Bruxelles: de Centra voor Leerlingen Begeleiding, Kind en Gezin et en Wallonie/ Bruxelles : l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), les services PSE (Promotion Santé à l'Ecole). Des procédures de dépistage claires doivent être élaborées, le rôle de chacun des partenaires y étant bien défini.
4. Les "**Recommandations relatives au dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile**" ont été adaptées en 2003 (inclusion du dépistage périodique) ; elles ont été diffusées largement auprès des centres d'accueil et des ILA afin de les sensibiliser au problème de la tuberculose et à l'intérêt du dépistage périodique. Plusieurs réunions d'information ciblant les services médicaux ont été organisées pour rencontrer cet objectif.
5. Les recommandations élaborées par la FARES/VRGT concernant le « dépistage ciblé et le traitement de la LTBI » ont également été diffusées en 2003 vers les instances concernées par l'accueil des demandeurs d'asile. On y préconise que les sujets tuberculino-positifs subissent une RX et soient, dans la mesure du possible, traiter

préventivement. On constate toutefois en 2003, que très peu de personnes ayant un TT positif ont été mises sous **traitement de la LTBI** : chez les enfants < 5 ans cette proportion est de 25,6% et chez les femmes enceintes de 0,0%. En 2004, il faudrait améliorer ce suivi et faire en sorte que 90% des sujets ayant une infection récente (virage tuberculitique) soient mis sous traitement de la LTBI et le termine.

6. Il est également nécessaire de **mieux informer les DA**. Du matériel d'information a été élaboré, en 2003, par la VRGT en collaboration avec les LOGO'S de Bruxelles et de Gand. Par ailleurs, des folders d'information sur la tuberculose ont été traduits en différentes langues par la FARES/VRGT avec la collaboration du CIRE. Ce travail doit être poursuivi en 2004.
7. Le **MRU** de la VRGT est équipé d'un appareil RX digitalisé depuis 2003. Ce nouveau procédé permet d'améliorer la transmission de l'information qui se fait maintenant par voie électronique. En 2004, la VRGT mettra en place un système qui permettra de travailler plus rapidement (le nom du DA est directement couplé à la RX) et de diminuer le travail des centres (envoi informatique de la liste des DA à cibler rendant inutile le remplissage des fiches individuelles). En Communauté française, la coordination du dépistage radiologique de la tuberculose chez les DA est nettement plus complexe étant donné que la FARES doit travailler avec plusieurs MRU appartenant à des partenaires différents.



COMMUNAUTE FRANÇAISE DE BELGIQUE