

Fonds des Affections Respiratoires - asbl



FARES

Stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire

2007-2012



*Ministère
de la Communauté
française*

Ce document a été rédigé par le Dr Maryse Wanlin, directrice médicale du FARES en collaboration avec les membres du comité de pilotage du programme de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire :

- Mme Samray, Inspection CPMS de la Communauté française
- Dr Henry, service PSE de la Ville de Bruxelles
- Mme Janssens, service PSE libre de Bruxelles-Capitale
- Dr Emegenbirn, service PSE de la Ville de Charleroi
- Mme Verhaegen, FIMS
- Mme Melebeck, API
- Dr Daumerie, FARES/APMS/ IPHS province de Namur
- Mme Spitaels, FARES
- Dr De Roubaix, DG Santé
- Dr Lokietek, DG Santé
- Mme Jumiaux, DG Santé
- Dr Lambion, Cabinet de la Ministre Fonck
- Mr Aerts-Blancken, DG Enseignement

Pour tout renseignement complémentaire s'adresser au FARES

Mme Martine Spitaels
Rue de la Concorde, 56
1050 – Bruxelles
Tél : 02 512 29 36
Fax : 02 511 14 17

Courriel : martine.spitaels@fares.be

Bruxelles, septembre 2007

TABLE DES MATIÈRES

1. Stratégie de contrôle et d'élimination de la tuberculose en Communauté française...	5
2. Evolution de la stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire.....	7
3. Evaluation du dépistage de la tuberculose en milieu scolaire 2002-2007.....	9
3.1. Evaluation du dépistage actif.....	9
3.2. Evaluation du nombre de tuberculoses diagnostiquées en milieu scolaire...	10
3.3. Conclusion de l'évaluation.....	10
4. Nouvelle stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire 2007-2012.....	12
4.1. Objectif général et axes de la stratégie	12
4.2. Rôle des principaux partenaires de la stratégie.....	14
4.3. Evaluation de la stratégie.....	15
4.4. Comité de pilotage.....	15
5. Conclusion.....	16

Annexes

Annexe 1. Modèle de fiche de référence

Annexe 2. Algorithme pour la prise en charge du problème de la tuberculose dans les consultations

Annexe 3. Procédure de dépistage parmi les contacts d'un patient tuberculeux contagieux

Annexe 4. Le test tuberculinique dans le cadre du dépistage des contacts

Annexe 5. Modèle de déclaration de tuberculose

Annexe 6. Fiche d'information pour chaque cas de tuberculose identifié dans une école sous tutelle d'un service PSE ou centre PMS

Annexe 7. Fiche d'évaluation du dépistage des contacts (élèves)

Annexe 8. Fiche d'évaluation du dépistage des contacts (personnel)

Annexe 9. Coordonnées utiles

ABRÉVIATIONS

API	: Association du personnel PSE Inter-réseaux
APMS	: Association Professionnelle des Médecins Scolaires
AR	: Arrêté Royal
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
CFB	: Communauté française de Belgique
CPMS	: Centre Psycho-Médico Social
CPAS	: Centre Public d'Aide Sociale
DG	: Direction Générale
ED	: Examen direct
FARES	: Fonds des Affections Respiratoires
FIMS	: Fédération des Institutions Médico-Sociales
ID	: Intradermo-réaction
ILA	: Initiative Locale d'Accueil
IPHS	: Institut Provincial d'Hygiène Sociale
LTBI	: Infection tuberculeuse latente
SPSE	: Service de Promotion de la Santé à l'Ecole
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONE	: Office de la Naissance et de l'Enfance
PHP	: Pays à Haute Prévalence
RX	: Radiographie
TBC	: Tuberculose
TCT	: Test Cutané Tuberculinique
US	: Unité de Secteur
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

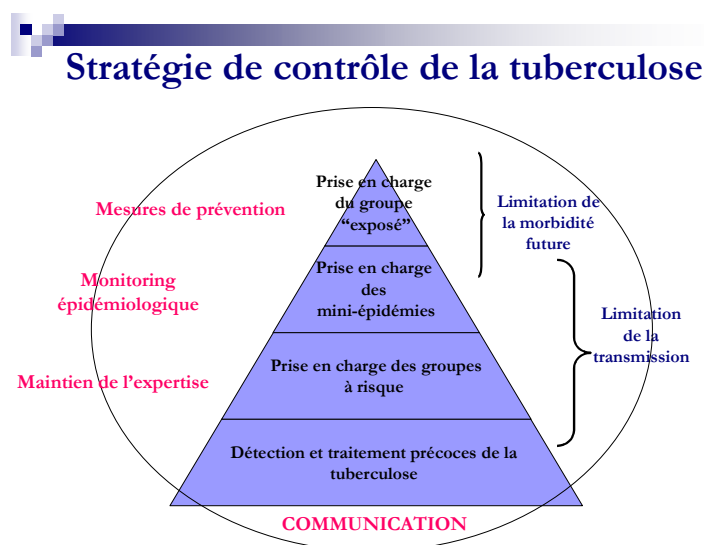
1. Stratégie de contrôle et d'élimination de la tuberculose en Communauté française

En Belgique, le contexte épidémiologique de la tuberculose est relativement semblable à celui des autres pays de l'Europe de l'Ouest. Toutefois, notre pays n'est pas encore sous la limite d'incidence de 10 cas de tuberculose par 100.000 habitants (10,7/100.000 en 2006). Il est caractérisé, par ailleurs, par un ralentissement dans la décroissance du nombre annuel de nouveaux cas depuis 1993 ; cette situation résulte en grande partie de l'immigration.

En Wallonie, l'incidence était de 9,0/100.000 en 2006, alors qu'en Région bruxelloise elle était 4 fois plus élevée (36,7/100.000) du fait d'une proportion plus importante de populations à risque de tuberculose et d'immigrés ('Registre de la tuberculose 2006').

L'OMS considère que tout pays ayant une incidence inférieure à 20/100.000 est dans la phase d'élimination de la tuberculose. C'est pourquoi, la stratégie recommandée dans de telles conditions a pour objectif non seulement de contrôler la maladie (en limitant la transmission dans la communauté) mais également de l'éliminer (en limitant le réservoir de futures tubercules)¹.

Les grands axes stratégiques appliqués en Communauté française sont illustrés dans la figure ci-dessous :



- La priorité (base de la pyramide) consiste à diagnostiquer et traiter précocement les **malades** atteints de tuberculose.
- La gestion de la problématique de la tuberculose parmi les **populations à risque**² est le deuxième élément de la stratégie. Elle requiert l'organisation d'un dépistage actif par test tuberculinique ou par radiographie du thorax et l'accès à une prise en charge diagnostique et thérapeutique adéquate dans le décours du suivi.
- L'organisation du dépistage des **contacts** autour de patients tuberculeux et la mise sous contrôle

¹ European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Broekmans J., Migliori G.B., Rieder H., Lees J., Ruutu P. Loddenkemper R., Raviglione M. Eur Respir J 2002 ; 19 : 765-775.

² En CFB, un taux d'incidence (ou de détection) de 50/100.000 a été choisi comme limite pour définir une population à haut risque de tuberculose chez qui un dépistage actif doit être organisé.

rapide des mini-épidémies est le troisième volet.

- Le sommet de la pyramide concerne le contrôle de la tuberculose chez les sujets qui sont **exposés** à un risque élevé de contamination par le bacille tuberculeux **sur leur lieu de travail**.

Les deux derniers éléments de cette stratégie ont pour objectif principal la réduction du réservoir à partir duquel de futures tuberculoses peuvent apparaître. Lorsque les sujets atteints d'infection tuberculeuse latente (LTBI) sont diagnostiqués précocement et traités adéquatement, on observe, en effet, une diminution de 70% à 90% du risque de développement d'une tuberculose maladie.

Parallèlement à ces 4 axes stratégiques, il faut veiller à optimiser le monitoring épidémiologique, à maintenir une expertise chez les professionnels de la santé et à développer une communication de qualité dans un contexte de partenariat.

➔ *Le contrôle de la tuberculose en milieu scolaire s'inscrit dans cette stratégie globale.*

2. Evolution de la stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire

Le dépistage systématique par cuti-réaction de toute la population scolaire a été abandonné il y a de nombreuses années lorsque, suite à la diminution de la tuberculose, il a été jugé plus pertinent de cibler les élèves qui devaient subir cet examen.

En 1990, les conclusions du rapport BOUCKAERT ('La lutte antituberculeuse dans la Communauté française de Belgique : bilan et prospective, UCL, 29 mars 1990') ont permis de définir une nouvelle stratégie mieux adaptée. L'Arrêté de l'Exécutif de la CFB du 10 juillet 1991 réglant les modalités d'organisation des examens médicaux dans le cadre de l'Inspection médicale scolaire (en dehors du dépistage prophylactique) stipulait que devaient être soumis *sélectivement* au test tuberculinique :

- tous les élèves d'écoles sélectionnées en vertu d'un index tuberculinique élevé ;
- les élèves effectuant des stages hospitaliers ;
- tous les élèves d'écoles où un cas de tuberculose pulmonaire contagieuse avait été enregistré l'année précédente.

Le dépistage par intradermo-réaction de tous les élèves de troisième année de l'enseignement secondaire avait été maintenu de manière *systématique* afin de conserver une antenne épidémiologique.

En 2002, cette stratégie a été revue. Un groupe de concertation formé de représentants du cabinet de la Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé, de la Direction Générale de la Santé, du Service de Surveillance de la Santé, du FARES et des services PSE et centres PMS de la Communauté française a rédigé un programme de dépistage scolaire d'une durée de cinq ans (2002-2007) dont les axes principaux étaient les suivants :

- organisation *systématique* d'un dépistage ciblé vers les primo-arrivants selon les principes appliqués lors du screening des demandeurs d'asile en Belgique (annuellement, intradermo-réaction (ID) chez les enfants ≤ 5 ans et radiographie (RX) chez les plus de 5 ans pendant les 2 années qui suivent l'arrivée sur le territoire) ;
- organisation d'un dépistage *au cas par cas* chez les élèves à risque identifiés par les services PSE et CPMS (précarité, retour de pays à haute prévalence de tuberculose...);
- maintien du dépistage prophylactique ;
- optimisation du suivi après le dépistage ;
- afin d'améliorer le diagnostic précoce de la maladie, maintien d'un degré de vigilance par rapport à la tuberculose par le biais de formation du personnel de santé/ information des élèves à risque ;
- mise en place d'une collecte informatisée d'informations sanitaires afin de mieux évaluer le programme ;
- optimisation de l'échange d'informations sanitaires au travers du renforcement du réseau de partenaires locaux ;
- mise en place d'un comité de pilotage du programme.

Par ailleurs, trois grandes décisions ont été prises, à savoir :

- la suppression de l'antenne épidémiologique ;
- l'abolition du principe de sélection des écoles sur base d'un index tuberculinique élevé, afin de mieux cibler le dépistage vers des populations à risque ;
- en vertu de l'actualisation de la législation du travail, l'organisation du dépistage des élèves-stagiaires et du personnel scolaire a été confiée aux services de médecine du travail et non plus aux services PSE et CPMS.

Cette nouvelle stratégie n'a pas fait l'objet d'une législation spécifique³ mais l'annexe de l'Arrêté du Gouvernement de la CFB du 17 juillet 2002, fixant la liste des maladies transmissibles impliquant la mise en oeuvre de mesures de prophylaxie et de dépistage dans le milieu scolaire, réfère au programme de lutte contre la tuberculose en Communauté française.

³ Ce n'est pas le cas pour les stagiaires.

3. Evaluation du dépistage de la tuberculose en milieu scolaire 2002-2007

3.1. EVALUATION DU DÉPISTAGE ACTIF

Le programme initial prévoyait une évaluation annuelle sur base des données encodées par chaque service PSE et CPMS. Une informatisation non uniforme des services a rendu une telle évaluation impossible.

Le comité de pilotage du programme a donc décidé d'organiser une enquête prospective par questionnaire. Celle-ci a eu lieu au cours de l'année scolaire 2005-2006. Elle portait sur les aspects qualitatif et quantitatif du dépistage⁴.

Cette enquête a confirmé les constats faits au cours des années durant lesquelles le programme a été appliqué ; elle souligne la complexité de la stratégie recommandée et les difficultés d'opérationnalisation auxquelles ont été confrontés les services de santé scolaire.

Les points suivants doivent être pris en compte pour la réorientation du programme :

- Le dépistage actif est peu contributif pour mettre en évidence des tuberculoses en milieu scolaire (pas de cas détecté en 2005-2006 par les services PSE et CPMS). Toutefois, les primo-arrivants ciblés plus spécifiquement lors du programme 2002-2007 constituent un groupe à risque pour lequel il convient de rester vigilant (à titre d'exemple, le taux de détection chez les demandeurs d'asile, à l'entrée en Belgique était de l'ordre de 353/100.000 en 2006 – 'Rapport d'activités FARES 2006'-).
- Quel que soit le type d'élèves ciblés, des infections tuberculeuses et des virages ont été détectés lors du dépistage actif en 2005-2006. Leur proportion est toutefois plus importante parmi les contacts de patients contagieux (15,3% d'intradermo-réactions positives et 1,3% de nouvelles infections). Il faut cependant tenir compte du fait que l'enquête n'a pu donner de renseignements suffisants pour évaluer la finalité de la mise en évidence d'une infection récente, à savoir la prescription ainsi que la prise complète d'une chimiothérapie préventive.
- Le taux de couverture du dépistage était relativement bas parmi les primo-arrivants (80%). Les services PSE et CPMS ont été confrontés à un manque de motivation ainsi que de la méfiance de la part des élèves et des parents ; le problème de communication dû à la langue a été certainement une des causes majeures de cette situation. Le taux de couverture était plus élevé chez les « autres élèves à risque » (91%) et n'a pu être calculé pour le dépistage des contacts.
- L'identification des élèves à risque (primo-arrivants et autres) a été considérée comme une des difficultés majeures rencontrées par les services de santé scolaire ; le manque de collaboration de la part des directions d'école a été citée régulièrement comme étant à l'origine de ce problème.
- Le dépistage par test tuberculique parmi des petits groupes ou parmi des élèves isolés a été identifié comme un autre problème organisationnel important ; en cause le conditionnement inadéquat de la tuberculine (flacon de 10 ou de 50 doses). Dans ces conditions le coût élevé du test a très souvent été évoqué. Un certain nombre de services PSE ou CPMS réfèrent d'ailleurs systématiquement les élèves à risque.

⁴ Les résultats de l'enquête sont disponibles sur simple demande à martine.spitaels@fares.be

- La difficulté de référer les élèves vers des structures préventive ou curative (pour un dépistage radiologique, voire tuberculique ou pour un suivi) a été mentionnée régulièrement. En cause, l'élève lui-même (ou ses parents) mais également l'accès limité à la radiographie « non payante ».
- Autre problème évoqué fréquemment : le manque de collaboration de la part des médecins ou des « structures concernées » pour obtenir les résultats des examens ou des renseignements sur les antécédents des élèves ciblés par le dépistage.
- Une proportion non négligeable des services (34%) n'a pas été concernée par le dépistage en 2005-2006 (pas d'élèves à risque ou de cas de tuberculose identifiés). Se pose donc le problème du maintien de l'expertise parmi le personnel des services PSE et CPMS.
- Un autre constat interpellant pour un certain nombre de services : leur connaissance limitée des éléments nécessaires à l'opérationnalisation de la stratégie de dépistage définie dans le programme 2002-2007 (définition de primo-arrivants, fréquence du dépistage....).

3.2. EVALUATION DU NOMBRE DE TUBERCULOSES DIAGNOSTIQUÉES DE 2003 À 2006

Un système de collecte de données a été mis en place lors de l'implémentation du programme 2002-2007 afin d'évaluer le nombre annuel d'élèves et de membres du personnel atteints de tuberculose dans les écoles sous tutelle des services PSE et CPMS. Il n'est réellement effectif que depuis septembre 2003. Les tuberculoses survenues chez les stagiaires ont également été répertoriées.

L'analyse des résultats⁵ permet de mettre en évidence les faits suivants :

- Le nombre de tuberculoses détectées varie entre 20 et 49 par année scolaire. Le taux d'incidence annuel est toujours inférieur à 6/100.000.
- La maladie touche plus fréquemment les élèves d'origine étrangère (74% des cas répertoriés au cours des 3 ans), et plus spécifiquement ceux qui proviennent de pays à haute prévalence (90%).
- 60% des tuberculoses détectées au cours des trois années sont concentrées à Bruxelles et 22% dans les écoles de la Province de Liège. Le Hainaut est concerné dans une moindre mesure (11%).
- La plupart des cas (80%) ont été diagnostiqués lors d'une consultation médicale sur base de plaintes de l'élève. 15% ont été mis en évidence à l'occasion d'un dépistage des contacts, le plus souvent organisé en dehors de l'école. Les 5% restants ont été mis en évidence à l'occasion d'un dépistage actif (4% par les services PSE et CPMS).
- Les enfants de moins de 5 ans représentent 12% du total des cas.
- Le nombre de tuberculoses répertoriées parmi le personnel est moins important (5 cas au cours des 3 ans)

Ces résultats confirment que le dépistage actif est peu contributif pour rechercher des tuberculoses actives dans le milieu scolaire et que la population à risque est constituée des élèves originaires de pays à haute prévalence. Les jeunes enfants, plus susceptibles de développer des tuberculoses graves, sont également touchés et nécessitent donc une vigilance accrue de la part des services de santé scolaire.

3.3. CONCLUSION DE L'ÉVALUATION

La rentabilité du dépistage scolaire est faible lorsqu'il s'agit de découvrir des cas de tuberculose susceptibles d'être à l'origine de la transmission de la maladie dans ce milieu.

La suppression du dépistage systématique des primo-arrivants et d'autres groupes-cible, dont l'objectif majeur est de diagnostiquer la maladie, se justifie d'autant que la complexité de son organisation entraîne un investissement important des services de santé scolaires non en rapport avec les résultats obtenus.

⁵ Rapport disponible auprès de martine.spitaels@fares.be

Toutefois, la vigilance doit être maintenue surtout vis-à-vis de la population scolaire originaire de pays à haute prévalence chez qui le risque de tuberculose est plus important ; la sensibilisation des sujets à risque doit concourir à la diminution du délai de diagnostic de la maladie.

Le dépistage des contacts de malade contagieux doit être maintenu et optimiser si l'on veut limiter au maximum la transmission de la maladie dans le cadre scolaire et agir sur le réservoir de futures tuberculoses.

4. Nouvelle stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire 2007-2012

4.1. OBJECTIF GÉNÉRAL ET AXES DE LA STRATÉGIE

L'objectif général est de limiter la transmission de la tuberculose en diminuant le délai de diagnostic de la maladie.

La stratégie préconisée repose sur les 4 axes suivants :

A. Organisation d'un bilan de santé⁶ au cours de l'année d'arrivée en Belgique chez tout élève primo-arrivant originaire d'un pays à haute prévalence identifié par la direction de l'école.

A cette occasion, le médecin scolaire recherchera systématiquement tout signe d'appel de tuberculose⁷. En cas de suspicion, il référera l'élève, pour mise au point.

Quand le médecin scolaire jugera nécessaire de soumettre un primo-arrivant au dépistage, il pourra le référer au FARES ou vers l'instance locale qui en a la charge (centre d'accueil, initiative locale d'accueil). Les critères qui peuvent être pris en compte pour justifier cette démarche sont les suivants :

- notion de contacts récents avec une tuberculose avérée ou suspectée ;
- identification de facteurs favorisant le développement d'une tuberculose active.

(cfr : Fiche de référence : annexe 1 et algorithme de décisions : annexe 2).

Pays à haute prévalence dans le cadre du contrôle de la tuberculose en CFB

- Tous les pays d'Afrique
- Tous les pays d'Asie, y compris le Moyen Orient
- Tous les pays d'Amérique Centrale et du Sud
- Les pays d'Europe Centrale et d'Europe de l'Est (y compris les pays de l'ex-URSS) ; au niveau de l'Union Européenne : Estonie, Lituanie, Lettonie, Hongrie, Bulgarie, Pologne, Roumanie

B. A l'occasion du bilan de santé⁸, le médecin scolaire recherchera systématiquement tout signe d'appel de tuberculose chez les élèves à risque⁹.

Sont ciblés plus particulièrement :

⁶ L'Arrêté du Gouvernement de la CFB du 13 juin 2002 fixe la fréquence, le contenu et les modalités des bilans de santé. Son article 3 précise que les bilans de santé supplémentaires spécifiques doivent être organisés pour les primo-arrivants lorsque que ceux-ci ne sont pas inscrits dans une année scolaire au cours de laquelle un **bilan obligatoire complet** est réalisé.

⁷ **Signes d'appel de tuberculose** (peu spécifiques)

A l'*anamnèse* : toux récente prolongée (plus de 3 semaines) ne répondant pas au traitement des infections aiguës, expectorations avec éventuellement présence de sang, amaigrissement inexpliqué, fièvre, fatigue anormale, sudations nocturnes.

A l'*examen clinique* : auscultation pulmonaire suspecte, présence de ganglions cervicaux...

⁸ Le médecin scolaire peut également **agir d'initiative** (article 3 de l'Arrêté du Gouvernement de la CFB du 13 juin 2002).

⁹ La tuberculose peut aussi toucher des élèves sans risque particulier, mais ceci n'est pas fréquent ce qui explique l'importance d'une approche « ciblée ».

- *Les sujets précarisés*¹⁰ (identifiés sur base d'un contexte de vie connu par le service PSE/CPMS ou via la direction d'école.)
- *Les sujets originaires de pays à haute prévalence* (identifiés par la nationalité).
- Les sujets ayant une notion de *voyage familial* en zone endémique de tuberculose dans les 2 ans.
- Les sujets ayant eu des *contacts récents* avec une personne atteinte de tuberculose avérée ou suspecte.

Afin de standardiser la démarche, le médecin scolaire pourra se référer, comme pour les primo-arrivants, à l'algorithme de décisions présenté en annexe 2.

En cas de suspicion de tuberculose ou de nécessité d'organiser un dépistage, au cas par cas, le médecin scolaire pourra appliquer la même stratégie de référence que celle décrite en A.

C. Organisation du dépistage des *contacts* lorsqu'un malade tuberculeux contagieux¹¹ est identifié au sein de l'école.

La procédure exposée dans l'annexe 3 est d'application. L'avis du FARES et de l'Administration de la DG santé (service de la surveillance) est requis si le malade n'est pas contagieux ou si la démarche consiste à rechercher un éventuel contamineur parmi les élèves et le personnel.

D. Développement au sein de chaque service PSE et CPMS d'une stratégie d'information sur la tuberculose ciblant les élèves à risque.

Elle pourra être individuelle au moment de la consultation ou collective.

Les conditions suivantes sont nécessaires pour que l'opérationnalisation de la stratégie soit optimale :

- a. **Renforcement de la collaboration entre services PSE, CPMS et directions d'école** afin de faciliter l'échange d'informations relatives aux élèves à risque ou ciblés lors d'un dépistage prophylactique. Ceci implique une démarche initiale de sensibilisation des directions au niveau central ; elle pourra être envisagée de la manière suivante :
 - développement d'un partenariat avec la DG Enseignement ; nomination officielle d'un représentant au sein du comité de pilotage ;
 - réflexion sur une stratégie de sensibilisation à long terme au sein du comité de pilotage ;
 - dispensation d'informations par le FARES à l'occasion d'une des réunions générales des directeurs organisées annuellement par la DG Enseignement ;
 - parallèlement, envoi par la DG Enseignement d'une brochure informative déterminant clairement le rôle des directions et les enjeux d'une collaboration optimale avec les services PSE et CPMS en matière de contrôle de la tuberculose dans les écoles.
- b. **Renforcement de la collaboration entre services PSE, CPMS et partenaires locaux chargés du dépistage des primo-arrivants** afin d'optimiser l'échange d'informations sanitaires. Une réunion de concertation avec les représentants des différentes instances concernées (centres d'accueil, Initiatives Locales d'Accueil des CPAS (ILA), ONE, services PSE et CPMS, FARES) sera organisée au niveau central afin de définir une stratégie basée sur le rôle et les attentes de chacun.

¹⁰ **Elèves précarisés** : sujets qui vivent dans des conditions socio-économiques particulièrement difficiles ayant comme conséquence un accès limité à un habitat salubre, à une alimentation équilibrée et à des soins adéquats. Cette situation les soumet à un risque majoré de contamination par le bacille tuberculeux.

¹¹ **Tuberculeux contagieux** : malade atteint de tuberculose pulmonaire (ou des voies respiratoires supérieures) dont les expectorations sont positives à l'examen direct et/ou à la culture.

- c. **Maintien du niveau d'expertise des médecins et des infirmières scolaires afin de gérer adéquatement le contrôle de la tuberculose dans les écoles.** Avis et formations seront dispensés par le FARES.
- d. **Développement de matériel d'information** afin de soutenir les services PSE et CPMS dans leur mission d'information. L'outil pédagogique créé par le FARES (téléchargeable sur www.fares.be) pourra servir de support après formation à son utilisation. D'autres types de matériel pourront être envisagés dans le cadre de projets locaux ou communautaires, en collaboration avec le FARES.

4.2. RÔLE DES PRINCIPAUX PARTENAIRES DE LA STRATÉGIE

Les services PSE et CPMS ont la responsabilité du contrôle de la tuberculose au niveau des écoles dont ils ont la tutelle (décrets du 20 décembre 2001, article 2, 3° et du 16 mai 2002, article 2, 4°). Dans le cadre de la nouvelle stratégie, leur rôle peut être défini de la manière suivante :

- organiser le dépistage des contacts dont ils assument la prise en charge financière ;
- être attentifs à la problématique de la tuberculose chez les primo-arrivants et autres élèves à risque à l'occasion des bilans de santé ou d'initiative ;
- référer les élèves vers le secteur curatif ou vers d'autres instances si le médecin scolaire le juge nécessaire ;
- collaborer avec les partenaires locaux ;
- organiser l'information sur la tuberculose au sein des écoles sous tutelle ;
- fournir toute information nécessaire à l'évaluation de la nouvelle stratégie.

Le FARES a la responsabilité du contrôle de la tuberculose au niveau de la Communauté française (Arrêté de l'Exécutif de la CFB du 28 décembre 1990) ; son rôle au niveau scolaire se limite à :

- fournir une aide technique à la demande, notamment lorsque :
 - ✓ les services PSE/CPMS estiment avoir une expertise limitée pour réaliser les intradermo-réactions lors du dépistage des contacts ;
 - ✓ le médecin scolaire justifie qu'un primo-arrivant ou un autre élève à risque doit subir un dépistage par intradermo-réaction ;
 - ✓ l'accès gratuit à la radiographie de dépistage est sollicité ;
- donner des avis ;
- organiser des formations à l'intention du personnel des services PSE/CPMS ;
- créer du matériel d'information répondant aux besoins des services ;
- collaborer à la sensibilisation des partenaires au niveau local et central ;
- assurer la coordination du comité de pilotage (cfr plus loin) ;
- assurer l'évaluation de la stratégie générale et proposer des adaptations, si nécessaire.

Les directions d'école ont la responsabilité de fournir aux services PSE et CMPS toute information nécessaire à l'organisation du contrôle de la tuberculose au sein de leur établissement scolaire.

Selon l'article 5 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles dans le milieu scolaire du 17 juillet 2002), la direction :

- s'enquiert auprès des parents ou de l'étudiant de l'éventualité de la survenue d'une maladie contagieuse chez un élève ou un étudiant absent pour cause de maladie ;
- alerte le médecin responsable pour l'établissement dès qu'il apprend qu'un élève ou un étudiant est atteint d'une maladie contagieuse ou qu'il est amené à en supposer la survenue chez un élève, un étudiant ou un membre du personnel ou chez une personne ayant un contact régulier avec l'un de ceux-ci.

Le comité de pilotage : voir en 4.4.

La DG santé, service de la surveillance

La fonction d'inspection PSE est reprise par les inspecteurs d'hygiène. Ceux-ci :

- reçoivent les déclarations obligatoires ;
- évaluent le risque épidémique ;
- prennent les mesures nécessaires pour limiter et stopper l'épidémie ;
- veillent à la socioprofylaxie.

4.3. EVALUATION DE LA STRATÉGIE

L'évaluation annuelle portera sur deux points :

- L'établissement du *taux d'incidence* de la tuberculose au sein des écoles sous tutelle des SPSE et CPMS. Ceci implique de la part des services, l'envoi des deux documents suivants lorsqu'un cas est identifié :
 - une déclaration de tuberculose au médecin inspecteur d'hygiène du ressort avec copie au FARES (annexe 4)
 - une fiche de renseignements complémentaires au FARES (annexe 5)
- Le bilan du *dépistage réalisé autour de tout cas de tuberculose* identifié dans l'école¹². (annexe 6)

Une évaluation de la stratégie générale sera programmée après 4 ans afin de servir de base à l'élaboration de la prochaine stratégie. Un questionnaire sera envoyé aux services PSE et CPMS au cours de l'année scolaire 2010-2011.

4.4. COMITÉ DE PILOTAGE

Le Comité de pilotage a été mis en place en 2002 ; son rôle reste inchangé :

- gérer les problèmes rencontrés par les services PSE et CPMS dans le cadre de l'opérationnalisation de la stratégie. Si nécessaire, interpeller la DG santé et la ministre ayant la santé dans ses attributions à ce propos ;
- répondre à toute demande d'avis de la DG santé, de la ministre ayant la santé dans ses attributions et des services PSE ou CPMS;
- participer à l'élaboration du volet tuberculose de la circulaire annuelle rédigée par la DG santé ;
- participer à l'élaboration du questionnaire d'évaluation.

Dans le cadre de la nouvelle stratégie, il sera également chargé d'établir une stratégie concertée de sensibilisation des directions d'école.

Cette cellule technique est constituée de représentants du cabinet, de la DG santé, des services PSE et CPMS ainsi que des associations de médecine scolaire. Le FARES en assure la coordination. Un représentant de la DG Enseignement sera invité à en faire partie dès septembre 2007, de même que des représentants de la Communauté germanophone, des PSE des provinces de Liège et du Luxembourg.

¹² Le dépistage centripète est exceptionnel ; il sera toutefois évalué s'il se présente sur base des directives du FARES.

5. Conclusion

Il existe un paradoxe entre la suppression du dépistage parmi les élèves à risque (notamment les primo-arrivants de pays à haute prévalence) et la situation épidémiologique de la Belgique caractérisée par une « relative stabilisation » de l'incidence de la tuberculose résultant en grande partie de l'immigration. Ce raccourci, certains le feront mais il existe suffisamment d'arguments qui démontrent la pertinence d'adopter une telle politique. La Flandre, a d'ailleurs opté pour une approche similaire il y a deux ans à la suite des conclusions d'une étude pilote menée au cours des années scolaires 2003-2004/2004-2005 et qui démontrait le manque de « cost-effectiveness » du dépistage actif organisé chez les primo-arrivants dans les écoles de Bruxelles, Gand et Anvers^{13,14}.

Par ailleurs, le dépistage des populations à risque précédemment ciblées par les services PSE et CPMS continue d'être organisé à d'autres niveaux. Le challenge pour l'avenir est donc de renforcer la collaboration entre les services de santé scolaires et les instances locales en charge de ce dépistage (centres d'accueil pour demandeurs d'asile, ILA, ONE, FARES).

La vigilance concernant la tuberculose doit être maintenue dans les écoles; c'est ce que la nouvelle stratégie tend à optimiser en tenant compte des moyens disponibles. Le dépistage de l'entourage des malades atteints de tuberculose contagieuse reste une priorité.

La nouvelle stratégie ne tient pas compte des élèves stagiaires alors que certains services PSE et CPMS continuent d'organiser le dépistage parmi cette population qui légalement doit être prise en charge par un service de médecine du travail.

¹³ VRGT. Evaluatie tuberculoseopsporing bij anderstalige nieuwkomers in Brussel en Gent. Schooljaar 2003-2004

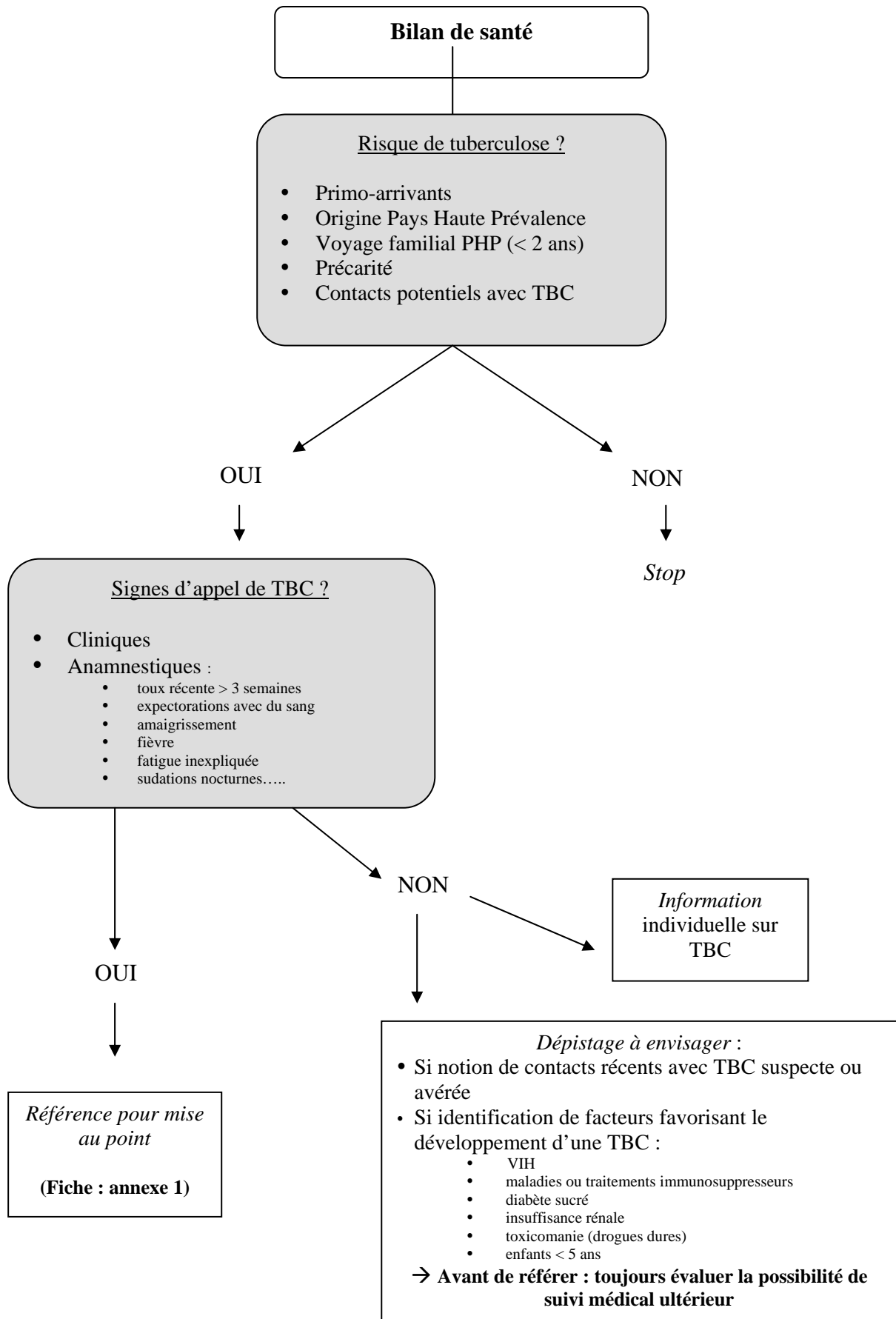
¹⁴ VRGT. Evaluatie tuberculoseopsporing bij nieuwkomers in scholen van Brussel, Gent en Antwerpen. Schooljaar 2004-2005

ANNEXES

ANNEXE 1. MODÈLE DE FICHE DE RÉFÉRENCE

FICHE DE RÉFÉRENCE (À RENVOYER DANS LES MEILLEURS DÉLAIS AU SERVICE CI-DESSOUS)	
Nom et coordonnées du service PSE ou CPMS (cachet)	
Nom et coordonnées de l'élève	
Date de naissance :	Nationalité :
Nom et coordonnées de l'école	
Motif de référence	
<input type="checkbox"/> Dépistage de l'entourage d'un malade tuberculeux contagieux	
<input type="checkbox"/> Suivi ID positive <input type="checkbox"/> Suivi ID douteuse <input type="checkbox"/> Suivi ID négative (contact)	
<input type="checkbox"/> Mise au point d'une suspicion de tuberculose	
<input type="checkbox"/> Dépistage élève à risque : précisez.....	
Renseignements utiles	
Date dernière ID et résultat :	
Antécédent de tuberculose :	
BCG :	
Autre :	
Examen(s) demandé(s)	
<input type="checkbox"/> Intradermo-réaction (ID)	
<input type="checkbox"/> RX face <input type="checkbox"/> RX profil	
<input type="checkbox"/> Examen clinique	
Résultats et traitement éventuel (à remplir par le médecin ou le FARES)	
Cachet	Date :
	Signature :

ANNEXE 2. ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE DU PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE DANS LES CONSULTATIONS DE MÉDECINE SCOLAIRE



ANNEXE 3. PROCÉDURE DE DÉPISTAGE PARMI LES CONTACTS D'UN PATIENT TUBERCULEUX CONTAGIEUX

Le risque de développer une tuberculose active après une infection récente (moins de 2 ans) est 15 fois supérieur à celui existant chez un sujet infecté depuis plus longtemps. Ce constat justifie l'organisation d'un dépistage parmi les contacts d'un patient potentiellement contagieux c'est-à-dire atteint d'une tuberculose pulmonaire dont l'examen microscopique direct et/ou la culture sont positifs. L'objectif poursuivi est de mettre en évidence les personnes contaminées. Le dépistage des contacts ne constitue pas une urgence sanitaire.

Qui cibler ?

Afin d'organiser le dépistage en fonction du risque plus ou moins important de contamination, le principe des cercles concentriques est appliqué.

Trois groupes peuvent être investigués :

- **1^{er} cercle** : il s'agit des sujets qui ont des contacts étroits et fréquents avec le patient contagieux (par exemple, personnes qui côtoient quotidiennement le patient notamment les élèves de la même classe).
- **2^{ème} cercle** : il comprend les personnes ayant des contacts réguliers mais moins fréquents avec le patient dans un milieu fermé (par exemple, les étudiants ayant quelques cours par semaine en commun....).
- **3^{ème} cercle** : il s'agit des contacts occasionnels.

Le choix des cercles à investiguer va dépendre dans un premier temps de la contagiosité du patient (qui est plus élevée en cas de positivité de l'examen microscopique direct (ED) des expectorations qu'en cas de positivité de la seule culture)¹⁵ et dans un deuxième temps du résultat des investigations effectuées.

La procédure suivante est appliquée que la souche soit sensible ou résistante:

- **Lorsque l'ED est positif**, on examine systématiquement les 1^{er} et 2^{ème} cercles. Le 3^{ème} cercle n'est investigué que si des infections ou des cas de maladie ont été dépistés dans le 2^{ème} cercle.
- **Lorsque l'ED est négatif** (c'est-à-dire lorsque le risque de contamination est beaucoup plus limité), on se limite dans un premier temps au 1^{er} cercle. On n'examine le 2^{ème} cercle que si l'on a décelé des infections ou des tuberculoses dans le 1^{er} cercle. Le 3^{ème} cercle ne fait l'objet d'investigations que si l'on découvre des sujets infectés ou malades dans le 2^{ème} cercle.
- **Lorsque l'ED est négatif ainsi que la culture**, il est recommandé par prudence d'investiguer des sujets du 1^{er} cercle qui auraient eu des contacts étroits et fréquents avec le contaminateur potentiel. On se limite à ce cercle.

¹⁵ Une étude réalisée aux Pays-Bas, démontre que les taux de contamination après contact avec un patient dont les expectorations contiennent des bacilles tuberculeux décelables à l'examen microscopique direct sont de 20% dans le premier cercle, de 4% dans le second cercle et de 0,3% dans le troisième cercle

Comment procéder ?

Puisque l'objectif est prioritairement de diagnostiquer une infection tuberculeuse latente (LTBI), la méthode de dépistage recommandée reste actuellement **le test cutané tuberculique (TCT)** ou intradermo-réaction - voir technique et lecture dans l'annexe 4 -.

- Afin de limiter la possibilité d'un premier test faussement négatif¹⁶, le TCT est répété deux mois plus tard chez les *sujets tuberculino-négatifs*.
- En présence d'un *TCT positif*¹⁷, un cliché thoracique ainsi qu'un examen clinique doivent être réalisés afin de confirmer qu'il s'agit d'une infection latente ou d'une tuberculose active pulmonaire ou extra-pulmonaire. Si des lésions suspectes sont mises en évidence à la RX, une mise au point doit être effectuée.

Les examens programmés dans le cadre du suivi d'un TCT positif vont permettre de décider s'il est nécessaire de prescrire un traitement préventif en cas de LTBI ou un traitement curatif si une tuberculose est confirmée.

Le TCT est remplacé par un *cliché thoracique* en cas d'antécédents de TCT positif ou de tuberculose active. La RX n'est répétée que 6 mois à un an après le premier cliché.

Il va de soi qu'en cas d'apparition de symptômes suggestifs de tuberculose, il faut procéder sans délai à un examen clinique et réaliser un cliché thoracique.

Pour plus de détails, nous référons aux recommandations relatives au « dépistage ciblé et au traitement de l'infection tuberculeuse latente » sur www.fares.be.

Qui est chargé d'organiser le dépistage ?

Les services PSE et CPMS ont la responsabilité d'organiser ce dépistage qui est financièrement à leur charge.

Le FARES peut être sollicité pour donner un avis ou comme aide technique.

*Dans certains cas (confirmés par le FARES et le service surveillance de la DG Santé) il est justifié d'organiser un **dépistage autour d'un patient non contagieux afin de rechercher un contaminateur**. Il peut s'agir d'un enfant atteint d'une tuberculose extra-pulmonaire ou que l'on découvre infecté. La notion de contamination récente est essentielle dans cette approche.*

La procédure est quelque peu différente puisque l'objectif poursuivi est autre.

- *Le dépistage est en principe limité au premier cercle.*
- *Un TCT est réalisé chez les sujets ≤ 15 ans tandis qu'une RX est effectuée chez les plus de 15 ans. La présence d'une forte proportion de TCT positifs autour du cas investigué laisse supposer la proximité du contaminateur.*
- *Dans ce cas particulier, un 2^{ème} TCT chez les tuberculino-négatifs n'est pas nécessaire.*

¹⁶ Ce qui peut se produire si on se trouve dans la phase anté-allergique durant laquelle l'hypersensibilité à la tuberculine s'instaure.

¹⁷ Si le TCT est douteux, il doit être répété 2 mois plus tard ; s'il reste douteux il est préférable de réaliser une RX de contrôle.

ANNEXE 4. LE TEST TUBERCULINIQUE DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DES CONTACTS

Le TCT (intradermo-réaction) est actuellement la seule méthode de dépistage de l'infection tuberculeuse disponible en routine ; il reste donc la technique de choix pour le moment. Une description détaillée de la méthode, de son interprétation et du suivi de ce test se trouve dans les recommandations relatives au « dépistage ciblé et au traitement de l'infection tuberculeuse latente (LTBI) » disponibles sur le site FARES www.fares.be.

1. Matériel

- Une seringue de 1 ml à 100 graduations.
- Une aiguille de 16 mm (G 25 à 27) à biseau court. Des seringues stériles emballées comportant une aiguille montée sont disponibles dans le commerce.
- La tuberculine PPD RT 23 du Statens Seruminstitut de Copenhague à raison de 2 unités par 0,1 ml. Des flacons de 1,5 et 5 ml¹⁸ sont disponibles en pharmacie. Si de grandes quantités sont nécessaires, une commande peut être adressée directement au distributeur en Belgique¹⁹. Les flacons doivent être conservés au frigo (4°C). Un flacon entamé doit être utilisé dès que possible et peut être conservé au frigo au maximum pendant une semaine.

2. Administration

- Une seringue et une aiguille stériles doivent être utilisées pour chaque sujet soumis au test.
- La peau préalablement désinfectée à l'alcool doit être sèche.
- Il y a lieu d'injecter dans le derme de l'avant-bras (gauche) exactement 0,1 ml de tuberculine en veillant à ce que la bulle d'air ait été préalablement expulsée de l'aiguille et de la seringue. La peau est piquée avec le biseau de l'aiguille orienté vers le haut. Elle est légèrement soulevée pendant que le biseau de l'aiguille est enfoncé plus profondément dans la peau. En procédant de cette manière, on peut éviter une injection sous-cutanée. Si l'injection a été faite correctement en intradermique, on voit apparaître une papule pâle de 7 à 8 mm qui disparaît très rapidement.

3. Contre-indications temporaires

- Etat infectieux fébrile ou vaccination récente à base de virus vivants (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, fièvre jaune ...).
- Lésions cutanées à l'endroit d'injection.

4. Lecture

La lecture du test tuberculinique se fait au plus tôt et de préférence 3 jours après l'injection et au plus tard 5 jours après. Elle doit être très précise ; la dimension et le type de l'induration doivent être notés avec soin.

- La *dimension* de l'induration est mesurée au moyen d'une latte transparente et est exprimée en mm ; en l'absence d'induration, on note 0 mm. Lorsque que les diamètres vertical et horizontal de la zone indurée sont différents, on calcule la valeur moyenne.
- Le *type* d'induration est évalué, les yeux fermés, en glissant légèrement le doigt sur la zone indurée.

Il existe 4 types différents d'induration :

- | | |
|-----|-----------------------|
| I | : très dure |
| II | : dure |
| III | : entre dure et molle |
| IV | : molle. |

Le type IV n'est pas synonyme d'érythème. L'érythème est une simple modification de coloration sans induration et dès lors, n'est pas palpable avec les yeux fermés. Une réaction de ce type ne doit pas être prise en considération.

¹⁸ Les flacons de 5 ml, ne seront bientôt plus disponibles sur le marché.

¹⁹ Econophar SPRL, Industriepark Guldendelle, A. De Coninckstraat 13 à 3070 Kortenberg.

4. Interprétation du TCT

Chez les contacts de patients tuberculeux contagieux :

- la limite de *positivité* est fixée à **10 mm**
- Le test peut être considéré comme *douteux* **entre 5 et 9 mm**. Dans ce cas, un contrôle du TCT doit être effectué 2 mois plus tard ; une RX peut être envisagée si ce contrôle n'est pas possible.

Pour les réactions douteuses, il faut toujours tenir compte du type d'induration, surtout en cas de vaccination récente par le BCG. On admet généralement que plus la réaction tuberculique est indurée et plus grand est le risque qu'il s'agisse d'une infection tuberculeuse.

5. Test tuberculique faussement négatif : quand y penser ?

- S'il a été réalisé avant la fin de la période anté-allergique de 3 à 8 semaines.
- Si la tuberculine a été mal conservée ou administrée (en sous-cutané)
- En cas de déficience immunitaire provoquée par :
 - une infection virale au moment du test (grippe, varicelle, rubéole, mononucléose) ;
 - une vaccination récente avec des souches virales vivantes ;
 - un état d'immunodéficience provoqué par une maladie (SIDA, affection maligne, diabète sucré, insuffisance rénale), une médication ou une sous-alimentation ;
 - un très jeune âge (< 1 an) ;
 - une forme très sévère de tuberculose active, avant ou au début du traitement.

6. Un test tuberculique faussement positif peut être la conséquence d'une :

- Infection par des mycobactéries non tuberculeuses.
- Vaccination récente (datant de moins de 5 ans) par le BCG.
- Injection d'une dose de tuberculine trop élevée (> 2 UT).

Un virage tuberculique (qui signe une contamination tuberculeuse récente) est décrit comme une différence d'induration de 10 mm entre un premier TCT négatif ou douteux et un deuxième test positif exécuté moins de deux ans plus tard avec la même dose de tuberculine.

NB. Si le dépistage est organisé pour *rechercher un contaminateur*, la limite de positivité du TCT est fixée à 18 mm (douteux entre 10 et 17 mm).

ANNEXE 5. MODÈLE DE DÉCLARATION DE TUBERCULOSE

Tout cas de tuberculose doit légalement être déclaré (AR du 1^{er} mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles. En Région de Bruxelles –Capitale, l’Ordonnance relative à la politique de prévention en santé du 19 juillet 2007 a été publiée au moniteur du 24 août 2007 mais n’est pas encore d’application).

Le formulaire de déclaration peut être obtenu auprès du FARES.

Dès que le formulaire autocopiant est complété,

- le premier volet est envoyé à l’US FARES concernée (voir annexe 9) ;
- le deuxième volet est destiné au médecin inspecteur d’hygiène du ressort ; il doit être adressé à l’antenne de l’inspection (annexe 9) ;
- le troisième volet est conservé dans le dossier.

Exemplaire destiné au FARES

DECLARATION DE TUBERCULOSE

1. Informations concernant le malade

Nom								
Date de naissance	Prénom		M	F				
Lieu de naissance	Sexe							
Nationalité								
Profession								
Adresse	Rue	Localité	CP	N°				
Entreprise / Implantation scolaire (biffer la mention inutile)								
Dénomination								
Adresse	Rue	Localité	CP	N°				

2. Ouverture du dossier par
Médecin traitant/Médecin spécialiste/Institution hospitalière/Mutualité (biffer la mention inutile)

Dénomination								
Adresse	Rue	Localité	CP	N°				
	N° tél		Adresse mail					

3. Maladie tuberculeuse

<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Ganglionnaire intrathoracique	<input type="checkbox"/> Ostéoarticulaire
<input type="checkbox"/> Pleurale	<input type="checkbox"/> Ganglionnaire extrathoracique	<input type="checkbox"/> Urogénitale
<input type="checkbox"/> Méningée		<input type="checkbox"/> Autre

4. Bactériologie

<input type="checkbox"/> B.K. – Examen direct	<input type="checkbox"/> B.K. – Culture	<input type="checkbox"/> PCR +
<input type="checkbox"/> B.K. + Examen direct	<input type="checkbox"/> B.K. + Culture	<input type="checkbox"/> PCR -
<input type="checkbox"/> Examen BK en direct non demandé	<input type="checkbox"/> Culture BK non demandée	<input type="checkbox"/> PCR non demandé

Cachet **Signature et Date**

ANNEXE 7. FICHE D'ÉVALUATION DU DÉPISTAGE DES CONTACTS ORGANISÉ À LA SUITE DE L'IDENTIFICATION D'UN CAS DE TUBERCULOSE POTENTIELLEMENT CONTAGIEUSE DANS UNE ÉCOLE (ÉLÈVES)

Fiche à remplir en concertation avec l'infirmière FARES (annexe 9).

FICHE D'ÉVALUATION DU DÉPISTAGE DES CONTACTS (élèves)	
Nom et coordonnées du service PSE/CPMS (cachet)	
Nom et coordonnées de l'école	
Nom/Prénom du cas-index	
Nombre total d'élèves à dépister :	
Par ID :.....	Par RX (antécédents+) :
Parmi ceux-ci, Nombre d'ID réalisées :	Nombre de RX initiales réalisées :
Nombre d'ID lues :	
Résultats du premier dépistage organisé chez les élèves	
ID positives :	RX normales :
ID douteuses :	RX suspectes de TBC :
ID négatives :	RX avec autre anomalie :
TOTAL :	TOTAL :
Nombre total d'élèves dont l'ID est à contrôler après 2 mois :.....	
Parmi ceux-ci, Nombre d'ID réalisées :	Nombre d'ID lues :
Résultats du dépistage de contrôle d'ID organisé chez les élèves	
ID positives :	
ID douteuses :	
ID négatives :	
TOTAL :	
Nombre total d'élèves à contrôler par RX (ID positives, éventuellement douteuses) :.....	
Nombre de RX effectivement réalisées :	Résultat de ces RX de contrôle
	RX normales :
	RX suspectes de TBC :
	RX avec autre anomalie :
	TOTAL :
Nombre total de <i>virages</i> parmi les ID positives :	
Nombre lors du premier dépistage :	Nombre lors du contrôle :
Nombre total de <i>tuberculoses confirmées</i> :.....	
Nombre total de <i>traitements préventifs instaurés</i> (en cas de RX normale) :.....	
Nombre parmi les virages :	Nombre parmi les ID positives (sans notion de virage):
Qui a effectué le dépistage au sein de l'école? (cochez le ou les services concernés)	
<input type="checkbox"/> Service PSE/CPMS	<input type="checkbox"/> FARES
Commentaires :	

ANNEXE 8. FICHE D'ÉVALUATION DU DÉPISTAGE DES CONTACTS ORGANISÉ À LA SUITE DE L'IDENTIFICATION D'UN CAS DE TUBERCULOSE POTENTIELLEMENT CONTAGIEUSE DANS UNE ÉCOLE (PERSONNEL)

Fiche à remplir en concertation avec l'infirmière FARES (annexe 9).

FICHE D'ÉVALUATION DU DÉPISTAGE DES CONTACTS (personnel)	
Nom et coordonnées du service PSE/CPMS (cachet)	
Nom et coordonnées de l'école	
Nom/Prénom du cas-index	
Nombre total de membres du personnel à dépister	
Par ID :	Par RX (antécédents +) :
Parmi ceux-ci, Nombre d'ID réalisées :	Nombre de RX initiales réalisées :
Nombre d'ID lues :	
Résultats du premier dépistage organisé parmi le personnel	
ID positives :	RX normales :
ID douteuses :	RX suspectes de TBC :
ID négatives :	RX avec autre anomalie :
TOTAL :	TOTAL :
Nombre total de membres du personnel dont l'ID est à contrôler après 2 mois :	
Parmi ceux-ci, Nombre d'ID réalisées :	Nombre d'ID lues :
Résultats du dépistage de contrôle d'ID organisé chez les élèves	
ID positives :	
ID douteuses :	
ID négatives :	
TOTAL :	
Nombre total de membres du personnel à contrôler par RX (ID positives, éventuellement douteuses) :	
Nombre de RX effectivement réalisées :	Résultat de ces RX de contrôle
	RX normales :
	RX suspectes de TBC :
	RX avec autre anomalie :
	TOTAL :
Nombre total de <i>virages</i> parmi les ID positives :	
Nombre lors du premier dépistage :	Nombre lors du contrôle :
Nombre total de <i>tuberculoses confirmées</i> :	
Nombre total de <i>traitements préventifs instaurés</i> (en cas de RX normale) :	
Nombre parmi les virages :	Nombre parmi les ID positives (sans notion de virage):
Qui a effectué le dépistage au sein de l'école? (cochez le ou les services concernés)	
<input type="checkbox"/> Service de médecine du travail	<input type="checkbox"/> Service PSE/CPMS
	<input type="checkbox"/> FARES
Commentaires :	

1. Service de la Surveillance - Direction Générale de la Santé

Boulevard Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles

- **Médecin responsable du service et Coordinateur médecine scolaire**
Dr Jérôme de ROUBAIX.
Tél : 02/413.26.37 – GSM : 0486/09.07.26
Fax : 02/413.26.13 – Courriel : jerome.deroubaix@cfwb.be

- **Infirmière responsable PSE**
Anne JUMIAUX
Tél : 02/413.26.29 – GSM : 0473/54.05.22 - Fax : 02/413.26.13
Courriel : anne.jumiaux@cfwb.be

- **Médecins inspecteurs des services PSE et inspecteurs d'hygiène**
 - **Pour la province du Hainaut**
Dr Sophie LOKIETEK
Place du Parc, 27
7000 Mons
Tél : 065/32.83.60 ou 02/413.34.89 – GSM : 0479/79.80.34
Fax : 065/32.83.75 ou 02/413.26.13 - Courriel : sophie.lokietek@cfwb.be

 - **Pour les provinces de Liège - Luxembourg – Namur**
Poste à pourvoir, fonction assurée temporairement par le Dr Jérôme de ROUBAIX
Rue d'Ougrée, 65/B001
4031 Angleur.
Tél : 04/364.14.00 ou 02/413.26.37 – GSM : 0486/09.07.26
Fax : 04/364.13.00 - Courriel: jerome.deroubaix@cfwb.be

 - **Pour la province du Brabant wallon et pour la Région bruxelloise**
Dr Yseult NAVEZ
Boulevard Léopold II, 44
1080 Bruxelles
Tél : 02/413.28.79 – GSM : 0477/65.01.56
Fax : 02/413.26.13 - Courriel : yseult.navez@cfwb.be
NB. La fonction d'inspecteur d'hygiène en Région bruxelloise est assurée par le Dr Waegenaere (cfr ci-dessous)

2. Commission Communautaire Commune

- **Médecin inspecteur d'hygiène pour la Région de Bruxelles-Capitale**
Dr. Jacques Waegenaere
Avenue Louise 183
1050 Bruxelles
Tél : 02/ 502 60 01 –GSM : 0478 77 77 08
Fax :02 /502 59 05 – Courriel : jwaegenaere@ccc.irisnet.be

3. **FARES**

- **Unité centrale**
Rue de la Concorde 56
1050 -Bruxelles
Tél : 02/512 29 36
Fax : 02/ 511 14 17
 - Dr Maryse Wanlin : Directrice médicale
Courriel : maryse.wanlin@fares.be
 - Mme Martine Spitaels : Coordinatrice du service des Affections Respiratoires
Courriel : martine.spitaels@fares.be
- **Dispensaires** : voir ci-après ou sur le site www.fares.be
- **Unités de Secteur** voir ci-après ou sur le site www.fares.be

DISPENSAIRES DES UNITES DE SECTEUR DU FARES

Région de Bruxelles-Capitale

- ◆ Rue de la Concorde 56
1050 **Ixelles**
Tél. : 02/511.54.01
Consultation du médecin
mercredi à 14h30
* **Radiographies**
mercredi de 13h à 14h
* **Intradermo-réactions**
mercredi de 13h à 15h
Radiographies
mercredi de 8h30 à 11h30
vendredi de 8h30 à 11h30

Province du Brabant Wallon

- ◆ Centre Médical de Wavre
Rue du Pont Saint-Jean 2
1300 **Wavre**
Tél. : 0499/385.109
Consultation du médecin
mardi à 17h30
Intradermo-réactions
mardi de 16h30 à 17h30
Radiographies
mardi de 16h30 à 17h15

Province du Hainaut

- ◆ FARES – Ancien Institut Gailly
Bld Zoé Drion 1
6000 **Charleroi**
Tél. : 071/31.35.04
Intradermo-réactions
dernier lundi du mois de 8h30 à 11h
- ◆ Place du Parc 27
7000 **Mons**
Tél. : 065/32.83.79
Intradermo-réactions
sur rendez-vous
- ◆ Rue de la Loi, 30
7100 **La Louvière**
Tél. : 065/32.83.79
Intradermo-réactions
sur rendez-vous

- ◆ Rue de Cordes 9
7500 **Tournai**
Tél. : 069/22.66.90
Intradermo-réactions
sur rendez-vous

Province de Liège

- ◆ Dispensaire Montéfiore
Quai du Barbou 4
4020 **Liège**
Tél. : 04/344.79.43
Consultation du médecin
lundi de 18h à 19h
Radiographies
lundi de 16h30 à 18h
jeudi de 10h à 11h
Intradermo-réactions
lundi de 14h à 18h
jeudi de 8h30 à 11h30
- ◆ Dispensaire Putzeys
Rue de la Résistance 2
4500 **Huy**
Tél. : 085/21.12.89
Radiographies
sur rendez-vous
Intradermo-réactions
lundi de 14h à 18h
jeudi sur rendez-vous
- ◆ Dispensaire F.A.R.E.S.
Rue de la Station 9
4800 **Verviers**
Tél. : 087/35.13.54
Radiographies
3^e mardi du mois de 16h à 18h
(excepté juillet et août)
Intradermo-réactions
mardi et vendredi de 14h à 17h

Province du Luxembourg

- ◆ Rue Erène 1
6900 **Marche**
Tél. : 084/32.06.40
Intradermo-réactions
1^{er} lundi du mois de 14h à 15h30
- ◆ Rue Sesselich 161
6700 **Arlon**
Tél. : 063/22.40.76
Intradermo-réactions
jeudi de 13h30 à 16h30
- ◆ Chaussée d’Houffalize 1bis
6600 **Bastogne**
Intradermo-réactions (sur rendez-vous
au 084/32.06.40)
- ◆ Rue des Charmes 3
6840 **Neufchâteau**
Intradermo-réactions (sur rendez-vous
au 084/32.06.40)
- ◆ Rue sur le Terme 27
6760 **Virton**
Intradermo-réactions (sur rendez-vous
au 063/22.40.76)
- ◆ Rue de l’Hôpital 23
5300 **Andenne**
Tél. : 085/84.94.80
- ◆ Rue Gérard de Cambrai 18
5620 **Florennes**
Tél. : 071/68.10.25
- ◆ Rue Albert 3
5030 **Gembloux**
Tél. : 081/62.66.10
Fax : 081/62.66.19
- ◆ Rue de l’Aubépine 61
5570 **Beauraing**
Tél. : 082/71.13.91
- ◆ Ruelle Cracsot 12
5660 **Couvin**
Tél. : 060/34.47.44
- ◆ Rue Duculot 11
5060 **Tamines**
Tél. : 071/26.99.00

Province de Namur

- ◆ Rue Château des Balances 3bis
5000 **Namur**
Tél. : 081/72.37.50 ou 72.37.51
Consultation du médecin
lundi à 14h
- ◆ Rue Walter Soeur 66
5590 **Ciney**
Tél. : 083/21.20.53
- ◆ Rue A. Daoust 45
5500 **Dinant**
Tél. : 082/22.32.83

Dans tous les dispensaires de la Province de
Namur

Radiographies et intradermo-réactions
Sur rendez-vous

Consultation du médecin
Sur rendez-vous, sauf à Namur

Coordonnées des infirmières des Unités de Secteur FARES

	Infirmières	Téléphone	Fax	Adresse	E-Mail
Bruxelles					
Bruxelles	Robert Liliane	02/511 54 01 02/538.05.95	02/512.32.73 02/535.46.24	Rue de la Concorde 56-1050 BXL Rue Haute 322 – 1000 BXL	us.bruxelles@fares.be liliane_robert@stpierre-bru.be
Schaerbeek	Minnaert Carole	02/511 54 01	02/512.32.73	Rue de la Concorde 56-1050 BXL	us.bruxelles@fares.be
Anderlecht, St-Josse	Fontaine Nicolas	02/511 54 01	02/512.32.73	Rue de la Concorde 56-1050 BXL	us.bruxelles@fares.be
W-S-P, W-S-L, Etterbeek, Ixelles	Segers Nadia	02/511 54 01	02/512.32.73	Rue de la Concorde 56-1050 BXL	us.bruxelles@fares.be
St-Gilles, Forest, Uccle	El Khatouti Fadila	02/511 54 01	02/512.32.73	Rue de la Concorde 56-1050 BXL	us.bruxelles@fares.be
Watermael, Auderghem	Biquet Catherine	02/511 54 01	02/512.32.73	Rue de la Concorde 56-1050 BXL	us.bruxelles@fares.be
Molenbeek, Koekelberg, Berchem, Evere, Jette, Ganshoren, N-O-H, Haren, Laeken	Minnaert Carole	02/511 54 01	02/512.32.73	Rue de la Concorde 56-1050 BXL	us.bruxelles@fares.be
Brabant Wallon					
Wavre	Biquet Catherine	0499/38.51.09		Rue de la Concorde 56-1050 BXL	catherine.biquet@fares.be
Hainaut					
Charleroi	Waelkens Sophie, Scoyer Valérie	071/31.30.04	071/31.30.04	Espace santé Bld Zoé Drion 1- 6000 Charleroi	sophie.waelkens@fares.be valerie.scoyer@fares.be
Mons/La Louvière	Van Loocke Jenny	065/32.83.79	065/32.83.79	Place du Parc 27, 7000 Mons	jenny.vanlooche@fares.be
Tournai	Ghilbert Patricia	069/22.66.90	069/22.66.90	Rue de Cordes 9-7500 Tournai	patricia.ghilbert@fares.be
Liège					
Liège	Jacquemin Céline	04/366.27.97	04/366.28.12	Rue de l'Hôpital 3 Sart Tilman b23 – 4000 Liège	celine.jacquemin@fares.be
	Henrotte Maggy	04/344.79.43	04/344.79.43	Dispensaire Montéfiore Quai du Barbou 4 – 4020 Liège	maggy.henrotte@fares.be

Huy	Coulée Annette	085/21.12.89	085/21.12.89	Dispensaire Putzeys Rue de la Résistance 2 – 4500 Huy	annette.coulee@fares.be
Verviers	Lecomte Christiane	087/35.13.54	087/35.13.54	Dispensaire FARES Rue de la Station 9 – 4800 Verviers	christiane.lecomte@fares.be
Luxembourg					
Marche	Dumont Marie-Laure	084/32.06.40	084/32.06.41	Rue Erène 1 – 6900 Marche	marie-laure.dumont@fares.be
Bastogne	Dumont Marie-Laure	084/32.06.40	084/32.06.41	Rue Erène 1 – 6900 Marche	marie-laure.dumont@fares.be
Neufchâteau	Dumont Marie-Laure	084/32.06.40	084/32.06.41	Rue Erène 1 – 6900 Marche	marie-laure.dumont@fares.be
Virton	Gob Anne	063/22.40.76	063/22.40.76	Rue Sesselich 161 – 6700 Arlon	anne.gob@fares.be
Arlon	Gob Anne	063/22.40.76	063/22.40.76	Rue Sesselich 161 – 6700 Arlon	anne.gob@fares.be
Namur					
Namur	Sandron Bernadette	081/72.37.50	081/72.37.53	Rue Château des Balances 3b-5000 Namur	cs.namur@provincenamur.be
Ciney	Jarbinet Andrée	083/21.20.53	083/21.20.53	Rue Walter Sœur 66 – 5590 Ciney	pse.ciney@provincenamur.be
Dinant	Noirhomme Sabine, Brahya Christelle	082/22.32.83	082/21.48.48	Rue A. Daoust 45 – 5500 Dinant	depistage.dinant@provincenamur.be
Andenne	Simon Frédérique, Deneffe Marie-Andrée	085/84.94.80	085/84.91.50	Rue de l'Hôpital 23 – 5300 Andenne	cs.andenne@provincenamur.be
Florennes	Burteau Anne- Catherine	071/68.10.25	071/68.50.15	Rue Gérard de Cambrai 18 – 5620 Florennes	depistage.florennes@provincenamur.be
Gembloux	Theys Ghislaine	081/62.66.10.	081/62.66.19	Rue Albert 3 – 5030 Gembloux	dispensaire.gembloux@provincenamur.be
Beauraing	Michaux Bérengère	082/71.13.91.	082/71.14.85	Rue de l'Aubépine 61 – 5570 Beauraing	cs.beauraing@provincenamur.be
Couvin	Delcorps Yvette	060/34.47.44	060/34.65.90	Rue Cracsot 12- 5660 Couvin	depistage.couvin@provincenamur.be
Tamines	Collard Dominique, Durieux Florence	071/26.90.00	071/26.99.19	Rue Duculot 11 – 5600 Tamines	depistage.tamines@provincenamur.be