

Fonds des Affections Respiratoires - asbl



FARES

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

2004

Rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles
Tel. 02/512.29.36 - Fax 02/511.14.17
e-mail: maryse.wanlin@fares.be
www.fares.be

TABLE DES MATIERES

Avant-propos
Résumé

A. Stratégie de dépistage actif de la tuberculose chez les demandeurs d'asile

- A.1. A l'arrivée en Belgique
- A.2. Au cours des deux premières années de leur séjour en Belgique
- A.3. Protocole des radiographies du thorax et interprétation des tests tuberculiques

B. Résultats du dépistage actif de la tuberculose chez les demandeurs d'asile en 2004

- B.1. Demandeurs d'asile \geq 5 ans
 - a. Dépistage à l'arrivée en Belgique (Office des Etrangers)
 - *Nombre de radiographies*
 - *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
 - *Par les Unités Mobiles Radiologiques*
 - *Dans les dispensaires du FARES et de la VRGT*
- B.2. Demandeurs d'asile $<$ 5 ans et femmes enceintes
- B.3. Tuberculoses dépistées activement chez les demandeurs d'asile en 2004
- B.4. Evolution du dépistage actif organisé en Belgique chez les demandeurs d'asile, 1999-2004
 - a. Evolution de la prévalence de la tuberculose à l'arrivée en Belgique
 - b. Nationalité des demandeurs d'asile dont la tuberculose a été détectée à l'arrivée (2000-2004)
 - c. Evolution de l'efficacité du dépistage actif organisé parmi les demandeurs d'asile

C. Dépistage passif de la tuberculose chez les demandeurs d'asile

D. Réactivation des lésions tuberculeuses inactives diagnostiquées chez les demandeurs d'asile

E. Priorités dans l'organisation du dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile

ABREVIATIONS UTILISEES

OE	Office des Etrangers
FARES	Fonds des Affections Respiratoires
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
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance

AVANT-PROPOS

Depuis quelques années déjà, un rapport d'évaluation du dépistage organisé parmi les demandeurs d'asile (DA) est rédigé annuellement. Il est le fruit d'une collaboration étroite entre le FARES (Fonds des Affections Respiratoires), son pendant 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 : Office des Etrangers (OE), Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile (Fedasil), centres d'accueil fédéraux/de la Croix Rouge et Initiatives Locales d'Accueil (ILA).

Ce rapport 2004, donne une vue globale du dépistage ACTIF de la tuberculose organisé parmi les demandeurs d'asile à l'arrivée ainsi que pendant les deux années qui suivent leur entrée en Belgique. Il décrit aussi les caractéristiques des demandeurs d'asile chez qui une tuberculose a été détectée PASSIVEMENT.

A l'arrivée, un taux de détection de 419 patients par 100.000 demandeurs d'asile examinés a été observé en 2004, ce qui est 35,5 fois plus élevé que dans la population générale (taux d'incidence de 11,8/100.000 en 2004) et 8,4 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 166/100.000 en 2004.

Le taux de couverture à l'Office des Etrangers est particulièrement élevé en 2004 puisqu'il est quasi proche de 100%. Ce résultat est toutefois biaisé car il tient compte cette année d'un certain nombre d'illégaux ou de mineurs en séjour temporaire qui ont également subi une radiographie à l'OE alors qu'ils ne sont pas compris dans la population des DA ciblée par le dépistage. L'impossibilité d'identifier ces personnes, ne permet donc qu'une estimation approximative de la couverture qui devrait toutefois être supérieure à 95% qui est considéré comme la limite d'efficacité optimale. Le taux de couverture du dépistage périodique ne peut être calculé car les structures d'accueil sont le plus souvent dans l'impossibilité de donner le nombre de DA concernés par le dépistage bisannuel.

Nous profitons de l'occasion que nous offre ce rapport pour remercier plus particulièrement le personnel de la "cellule dépistage" de l'Office des Etrangers 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 du FARES et de la 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.

Par ailleurs, nous voulons rappeler que le dépistage de la tuberculose parmi les demandeurs d'asile n'est possible en Belgique qu'avec le soutien de Fedasil et des Communautés française et flamande.

Dr Maryse Wanlin
Directrice Médicale FARES

Dr An Aerts
Directrice VRGT

RESUME

DEPISTAGE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE (DA) A L'ARRIVEE EN BELGIQUE, 2004

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" de l'Office des Etrangers (OE). En 2004, certains illégaux et mineurs en séjour temporaire ont été également soumis à ce dépistage. Les RX ont été protocolées, le jour même ou au plus tard le jour suivant, par des pneumologues expérimentés du FARES et de la VRGT.

En 2004, 15.735 RX ont été effectuées à l'OE. Parmi celles-ci 14.924 (94,8%) se sont avérées normales, alors que 135 (0,9%) étaient illisibles à cause d'un problème technique et 439 (2,8%) 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 **419/100.00**, soit environ 35,5 fois plus que l'incidence de la maladie dans la population générale de notre pays (11,8/100.000).

Les 66 DA chez qui une tuberculose a été diagnostiquée à l'arrivée provenaient de 29 pays différents. Trente d'entre eux (45,5%) étaient originaires d'Asie, 24 d'Afrique (36,4%), et 12 (18,2%) d'Europe. Cinq (7,6%) étaient atteints de tuberculose à germes multirésistants.

La plupart (95,5%, n=63) des tuberculeux détectés à l'arrivée en Belgique avaient la forme pulmonaire de la maladie et deux la forme pleurale (3,0%). Un patient (1,5%) était atteint de tuberculose gangliopulmonaire.

Chez 19 (30,2%) des tuberculeux pulmonaires, les expectorations étaient positives à l'examen microscopique direct et chez 30 (47,6%) elles étaient également positives à la culture.

Le résultat du traitement est connu au moment de la rédaction de ce rapport pour seulement 38 des 66 tuberculeux diagnostiqués à l'arrivée : 28 (42,4%) patients ont été guéris (avec ou sans confirmation bactériologique), 4 (6,1%) ont été perdus de vue et 5 (7,6%) ont quitté la Belgique avant la fin du traitement. Un malade (1,5%) est décédé de tuberculose. Les 28 patients restants (42,4%) n'ont pas encore terminé leur thérapie antituberculeuse.

Les *enfants* < 5 ans subissent un test tuberculique (TT) via les structures d'accueil où ils sont référés avec leurs proches. Ce dépistage peut être effectué par divers services, notamment par le FARES et la VRGT. Les *femmes enceintes* sont également soumises au TT à l'arrivée.

DEPISTAGE PERIODIQUE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE AU COURS DES DEUX PREMIERES ANNEES DE LEUR SEJOUR EN BELGIQUE, 2004

En 2004, le dépistage périodique a été effectué dans les trois Régions du pays.

Les examens radiologiques *chez les DA* > 5 ans ont été réalisés dans les structures d'accueil par les MRU de la VRGT et des provinces de Namur et de Liège ; 6 tuberculoses ont été mises en évidence en Flandre à cette occasion (dont 2 dans des centres pour illégaux). Le plus souvent à la demande des structures d'accueil, des radiographies ont également été effectuées, dans les dispensaires du FARES et de la VRGT où 11 patients tuberculeux ont été détectés parmi les DA. Sur un total de 10.240 RX, 17 tuberculoses ont donc été dépistées chez les DA ≥ 5 ans au cours du dépistage radiologique périodique ; ceci correspond à un taux de détection de **166/100.000**.

Le TT a été appliqué périodiquement chez les *enfants < 5 ans et chez les femmes enceintes*. Pour ces examens il est impossible de faire la distinction entre les résultats à l'arrivée et périodiques. En 2004, les infirmières du FARES et du VRGT ont réalisé (et lu) 960 tests chez des enfants < 5 ans ; 63 TT (6,6%) se sont avérés positifs. Trois tuberculoses actives ont été diagnostiquées à cette occasion ; ce qui correspond dans ce groupe à un taux de détection de **312/100.000** en 2004. Le taux de couverture de ce dépistage est difficilement évaluable, étant donné que le FARES et la VRGT ne centralisent pas actuellement toutes les données relatives à ces examens qui peuvent être réalisés par différents intervenants.

Par ailleurs, 166 femmes enceintes ont subi ce test (22,9% de TT positifs) ; une tuberculose active a été diagnostiquée à cette occasion (taux de détection de **602/100.000**).

En Belgique, 27.071 examens de dépistage de la tuberculose ont été réalisés en 2004 chez les demandeurs d'asile. A cette occasion 87 tuberculoses ont été diagnostiquées ; le taux de détection global est donc de l'ordre de 321/100.000.

EFFICACITE DU DEPISTAGE ACTIF DE LA TUBERCULOSE

L'efficacité du dépistage actif est illustrée par le haut pourcentage de tuberculoses découvertes à cette occasion. En 2004, 87 patients tuberculeux ont été diagnostiqués chez les DA au cours des dépistages organisés à l'arrivée et périodiquement. La même année, 157 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 55,4%. 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%.

DEPISTAGE PASSIF DE LA TUBERCULOSE

Une analyse rétrospective a porté sur les 100 DA tuberculeux dépistés « passivement » (sur base des symptômes) notifiés dans le registre de la tuberculose 2004. La date de diagnostic de la maladie a été comparée à la date d'arrivée en Belgique fournie par Fedasil et l'Office des Etrangers. Les résultats confirment que la tuberculose ne se développe pas toujours rapidement après l'arrivée. En effet, 18% des DA ont développé la maladie dans les 6 mois suivant l'entrée en Belgique, mais 30% l'ont fait dans les 12 mois et 50% au cours des 3 années qui ont suivi l'arrivée. La tuberculose reste donc un problème auquel il faut rester attentif même après les 2 années durant lesquelles un dépistage bisannuel est organisé.

REACTIVATION DE LESIONS TUBERCULEUSES INACTIVES

Une analyse a porté sur les DA porteurs de lésions tuberculeuses inactives diagnostiqués au cours du dépistage organisé à l'entrée en 2002 et 2003. Afin d'évaluer le risque qu'ils avaient de développer ultérieurement la maladie, une recherche a été faite dans les registres de la tuberculose 2003 et 2004. Les résultats démontrent que :

- parmi les 253 DA porteurs de lésions inactives en 2002, 4 (1,6%) ont développé une tuberculose active en 2003 et 4 autres (1,6%) en 2004 ;
- parmi les 266 DA porteurs de lésions inactives en 2003, 8 (3,0%) ont développé une tuberculose active en 2003 et 1 (0,4%) en 2004.

La proportion relativement importante de DA porteurs de lésions tuberculeuses inactives qui évolue chaque année vers la maladie est un argument pour que ce type de sujet soit particulièrement bien suivi.

A. STRATEGIE DE DEPISTAGE ACTIF DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE

A.1. A L'ARRIVEE EN BELGIQUE

Le dépistage est organisé de la manière suivante:

Adultes et enfants ≥ 5 ans

- La « cellule dépistage » de l'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 du FARES et de la VRGT.
- La VRGT coordonne le suivi des DA dont la RX montre une anomalie ; elle collabore étroitement avec le 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 < 5 ans et les femmes enceintes sont dépistés à l'aide du test tuberculique (TT). L'absence de personnel médical à la « cellule dépistage » et la nécessité de deux visites (pour réaliser le TT et pour le lire) expliquent que ce test ne peut être centralisé à l'OE, 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 du FARES/VRGT ou 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.

A.2. AU COURS DES DEUX PREMIERES ANNEES DU SEJOUR EN BELGIQUE

Depuis 2002, un dépistage est organisé tous les 6 mois, en Flandre et en Région bruxelloise, et ce au cours des deux premières années qui suivent l'arrivée des DA sur le territoire belge. Cette stratégie a été implantée en Wallonie en 2004. Le dépistage périodique par RX est effectué la plupart du temps par les Unités Mobiles Radiologiques (MRU) ou éventuellement dans les dispensaires du FARES¹ et de la VRGT. Le recours au TT est réalisé dans les mêmes conditions qu'à l'arrivée. Le service rendu par le FARES et la VRGT est gratuit puisque les deux associations sont subsidiées par les Communautés française et flamande pour l'organisation du dépistage parmi les groupes à risque de tuberculose dont font partie les demandeurs d'asile.

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 (cfr § C). Le fait, chez ces sujets, de reconnaître à temps les signes d'appel de tuberculose (dépistage passif) est donc de première importance !

¹ Certains dispensaires FARES n'étant pas équipés de RX, les DA peuvent être référés dans le secteur curatif lorsque le passage du MRU ne peut être organisé.

A.3. PROTOCOLE DES RX ET INTERPRETATION DES TESTS TUBERCULINIQUES (TT)

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) ou 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.

Les tests tuberculiniques (TT) sont interprétés selon les recommandations du 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 les causes de 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)

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

B.1. DEMANDEURS D'ASILE ≥ 5 ANS

a. Dépistage à l'arrivée en Belgique (Office des Etrangers)

Nombre de RX

En 2004, 15.735 RX ont été réalisées par la "cellule dépistage" de l'Office des Etrangers chez les DA ≥ 5 ans, soit quasi 4% de moins qu'en 2003 (n=16.387). Le nombre de demandes d'asile a encore chuté (-7,5% par rapport à l'année précédente); il est passé de 19.656 en 2003 à 18.189 en 2004.

Couverture du dépistage

Parmi les 18.189 personnes qui ont demandé l'asile en 2004, 15.817 étaient âgées de 5 ans ou plus (non compris les femmes enceintes et les quelques cas d'handicapés en chaise roulante, ...). Une radiographie a été réalisée chez 15.735 de ces sujets (tableau 1), ce qui correspond à un taux de couverture du dépistage à l'arrivée de **99,8%**. Ce taux est particulièrement élevé en 2004 car quelques illégaux et mineurs en séjour temporaire ont également subi une RX à l'OE². Il est donc impossible d'obtenir en 2004 le taux de couverture exclusivement pour les DA, mais l'on peut supposer qu'au moins 95% de ceux-ci ont subi un dépistage de la tuberculose à l'arrivée dans notre pays.

Les DA qui n'ont pas été radiographiés à l'OE sont en général des personnes qui ne suivent pas complètement la procédure de demande d'asile ; elles quittent la salle d'attente avant d'avoir obtenu les documents leur permettant de continuer la procédure et ignorent le centre d'accueil dans lequel elles sont inscrites. Toutefois si elles arrivent dans une structure d'accueil, celle-ci veillera à organiser rapidement le dépistage radiologique.

Tableau 1. TAUX DE COUVERTURE DU DEPISTAGE (RX) CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE (DA) A L'ARRIVEE EN BELGIQUE (OFFICE DES ETRANGERS) - 2004

2004	Nombre total DA	DA ≥ 5 ans (excl. femmes enceintes/handicapés)	Nombre RX*	Taux de couverture %
Janvier	1.421	1.235	1.245	100,8
Février	1.392	1.221	1.198	98,1
Mars	1.741	1.503	1.448	96,3
Avril	1.614	1.385	1.340	96,7
Mai	1.194	1.043	1.102	105,7
Juin	1.351	1.164	1.221	104,9
Juillet	1.435	1.227	1.245	101,5
Août	1.485	1.295	1.342	103,6
Septembre	1.529	1.319	1.257	95,3
Octobre	1.511	1.399	1.343	96,0
Novembre	1.630	1.370	1.394	101,7
Décembre	1.886	1.656	1.600	96,4
Total	18.189	15.817	15.735	99,8%

* chez les DA + chez un nombre non précisé d'illégaux et de mineurs en séjour temporaire

² Les données fournies par l'OE ne permettent pas de distinguer ce groupe des DA normalement ciblés.

RX avec anomalies

Sur les 15.735 RX effectuées chez les DA à l'arrivée, 14.924 (94,8%) étaient normales, 135 (0,9%) étaient illisibles à cause d'un problème technique et 676 (4,3%) montraient la présence d'anomalies (dont 548 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 (OFFICE DES ETRANGERS), 2004

Classification	N	%
Catégorie 0	14.924	94,8
Catégorie 1	64	0,4
Catégorie 2	115	0,7
Catégorie 3	260	1,6
Catégorie 4	109	0,7
Catégorie 5	60	0,4
Catégorie 6	68	0,4
RX illisibles	135	0,9
Total	15.735	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 à l'Office des Etrangers, 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 2004, 439 (2,8%) des DA ciblés par le dépistage radiologique ont eu une RX mettant en évidence une anomalie suspecte de tuberculose active (catégories 1, 2 et 3). Par ailleurs, chez 68 (0,4%) 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 36 (56,3%) 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 : 17,4% (n=20) et 3,5% (n=9). Chez un DA ayant une RX de « catégorie 6 » (anomalie non tuberculeuse nécessitant un suivi), une tuberculose active a été dépistée. Globalement au cours du dépistage actif réalisé à l'entrée sur le territoire (OE), 66 tuberculoses actives ont été mises en évidence.

- Par ailleurs, des **lésions inactives** de tuberculose pulmonaire ancienne ont été diagnostiquées chez 133 (0,9%) DA. Pour 51,1% de ceux-ci (n=68), la RX avait été protocolée "catégorie 3" et dans 9,8 % (n= 13) 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 65 (10,1%) des DA dont la RX nécessitait un suivi, alors que chez 31 autres (4,8%) une anomalie a été visualisée ailleurs que dans les poumons.
- Tous les DA (n=64) dont la RX avait été protocolée "catégorie 1" ont eu une **mise au point**. En 2004, une proportion plus faible (7,8%, n=9) de RX protocolées « catégorie 2 » n'a pu bénéficier d'un suivi en comparaison avec 2003 (9,0%) et 2002 (23,3%). Pour la « catégorie 3 », la proportion de perdus de vue était de 10,0% en 2004 (versus 9,8% en 2003 et 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 ont été désignés (c'est ce qu'on appelle les "no show" demandeurs d'asile).
- 109 (80,7%) des 135 DA ayant une **RX illisible**, ont subi une nouvelle RX ; celle-ci s'est avérée normale dans la majorité des cas (n=103) et aucune tuberculose active n'a été détectée chez les 6 autres DA. Parmi les 26 sujets qui n'ont été radiographiés, 23 ont disparu et 3 ont refusé de se soumettre à nouveau au dépistage ; ces derniers ont été classés dans le groupe « pas de résultat de suivi».

Tableau 3. DIAGNOSTIC DEFINITIF APRES MISE AU POINT CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE DONT LA RX THORAX REALISEE A L'ENTREE EN BELGIQUE (OE) NECESSITAIT UN SUIVI - 2004

	Catégorie 1 N (%)	Catégorie 2 N (%)	Catégorie 3 N (%)	Catégorie 6 N (%)	Catégorie 10 N (%)	TOTAL N (%)
Tuberculose active	36 (56,3%)	20 (17,4%)	9 (3,5%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	66 (10,3%)
Tuberculose inactive	13 (20,3%)	46 (40,0%)	68 (26,2%)	2 (2,9%)	4 (2,9%)	133 (20,7%)
Infection tuberculeuse latente	0 (0,0%)	4 (3,5%)	9 (3,5%)	2 (2,9%)	1 (0,7%)	16 (2,5%)
Anomalie pulmonaire non-tuberculeuse	9 (14,1%)	14 (12,2%)	30 (11,5%)	11 (16,2%)	1 (0,7%)	65 (10,1%)
Anomalie autre site que pulmonaire	1 (1,6%)	0 (0,0%)	4 (1,5%)	26 (38,2%)	0 (0,0%)	31 (4,8%)
RX normale	5 (7,8%)	22 (19,1%)	114 (43,8%)	19 (27,9%)	103 (76,3%)	263 (40,9%)
Pas de résultat de suivi	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,2%)	3 (0,5%)
Perdu de vue	0 (0,0%)	9 (7,8%)	26 (10,0%)	7 (10,3%)	23 (17,0%)	65 (10,1%)
TOTAL	64 (100%)	115 (100%)	260 (100%)	68 (100%)	135 (100%)	642 (100%)

Caractéristiques des patients tuberculeux dépistés à l'arrivée en Belgique (OE)

Parmi les 66 patients tuberculeux détectés, 50 (75,7%) étaient des hommes et 16 (24,2%) des femmes.

La localisation des tuberculoses diagnostiquées à l'arrivée était majoritairement pulmonaire (95,5%, n=63). Deux formes (3,0%) pleurales ont été observées alors qu'un (1,5%) patient était atteint d'une tuberculose gangliopulmonaire.

L'examen microscopique direct des expectorations était positif chez 19 (30,2%) des patients atteints de tuberculose pulmonaire alors que la culture était positive chez 30 (47,6%) d'entre eux.

Par ailleurs, cinq des 66 sujets tuberculeux (7,6%) étaient contaminés par des bacilles multirésistants (càd résistants au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments majeurs du traitement antituberculeux).

En 2004, les 66 DA porteurs d'une tuberculose active à l'arrivée provenaient de 29 pays différents. Trente (45,5%) étaient originaires d'Asie, 24 (36,4%) d'Afrique et 12 (18,2%) d'Europe.

Les plus hautes prévalences de la tuberculose ont été observées chez les DA provenant de Chine (2.404/100.000) et d'Inde (1.961/100.000) (figure 1).

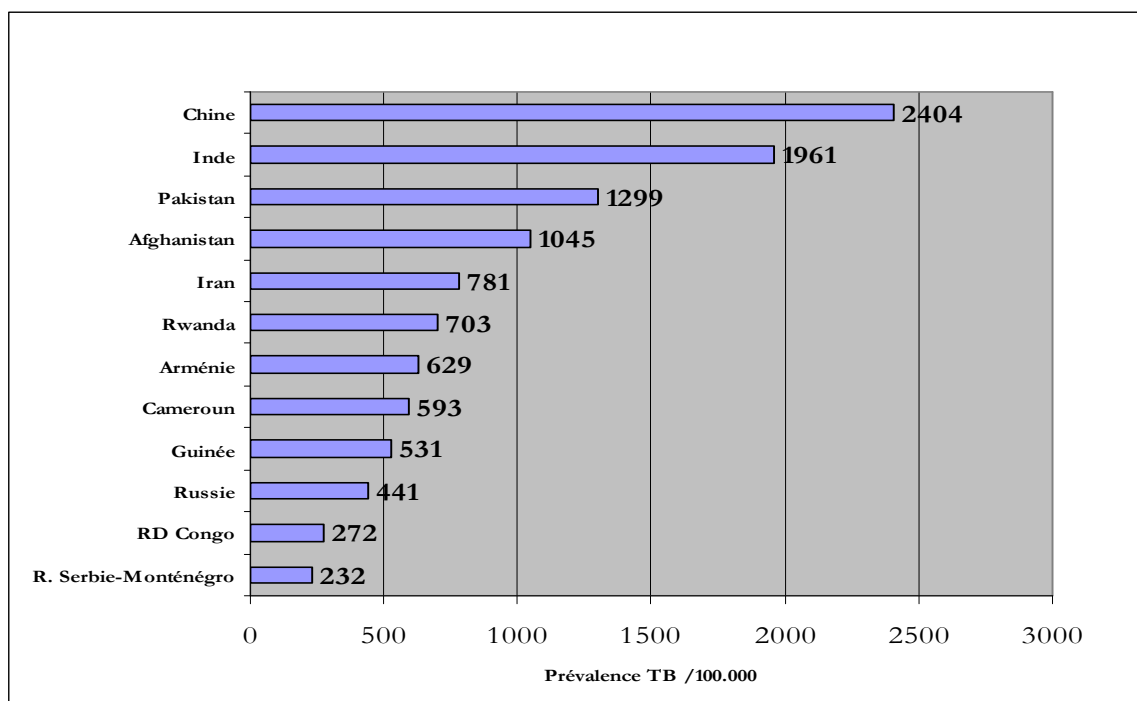


Figure 1. Prévalence de la tuberculose chez les demandeurs d'asile à l'entrée en Belgique en fonction de la nationalité, Dépistage à l'Office des Etrangers - 2004

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

Le FARES et la VRGT ont assuré le suivi des 66 DA chez qui une tuberculose a été diagnostiquée en 2004 lors de leur arrivée en Belgique (figure 2) :

- Pour 28 (42,4%) patients, le résultat du traitement a été favorable (guérison avec (n=1) ou sans confirmation bactériologique (n=27)).
- 28 (42,4%) patients sont encore momentanément sous traitement.
- 4 (6,1%) patients ont été perdus de vue avant la fin du traitement.
- 5 (7,6%) patients ont quitté la Belgique avant la fin de leur traitement.
- 1 (1,5%) patient est décédé d'une autre pathologie que la tuberculose.

Bien que le pourcentage des patients ayant échappé à la surveillance avant la fin du traitement (13,7%) ait fortement diminué en 2004 (il était de 21% en 2003), l'expulsion précoce des DA sous traitement reste un problème non négligeable (nous savons qu'au moins 5 patients ont dû quitter le territoire en 2004). 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).

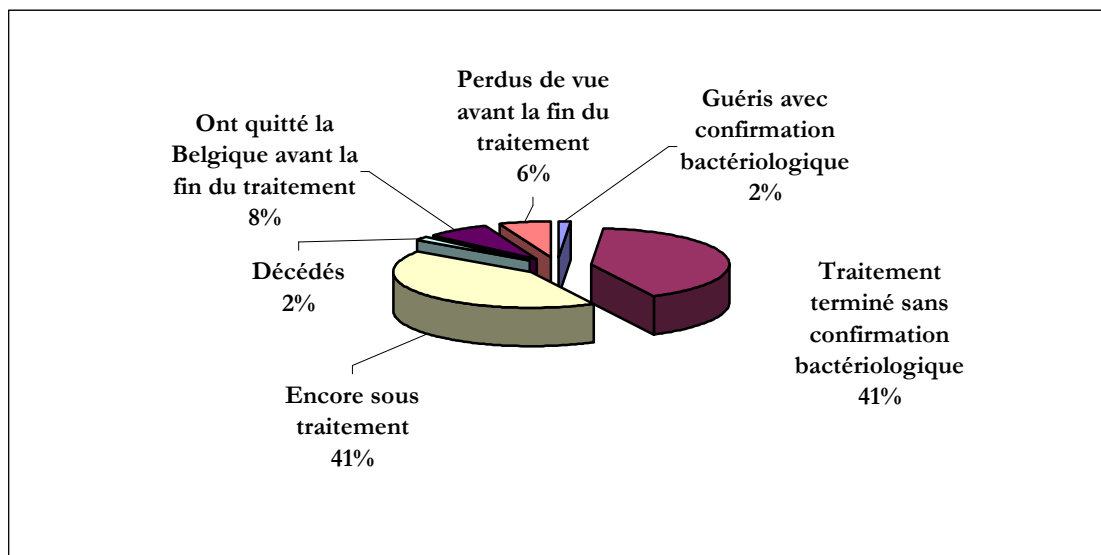


Figure 2. Résultats du traitement instauré chez les DA tuberculeux diagnostiqués à l'entrée en Belgique (Office des Etrangers) - 2004

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

En 2004, le dépistage périodique (tous les 6 mois) au cours des deux premières années du séjour en Belgique a été mis en place en Région wallonne alors qu'il était déjà instauré depuis 2002 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 5 ans et TT pour les enfants $<$ 5 ans et les femmes enceintes (cfr S suivant).

Les examens radiologiques ont été réalisés le plus souvent dans les centres d'accueil et dans les ILA via les MRU (tableau 4) ; dans certains cas le dépistage a été effectué dans les dispensaires provinciaux du FARES et de la VRGT (tableau 5), voire dans le secteur curatif si le recours à ces services n'était pas possible.

Par les Services Mobiles Radiologiques (MRU) (tableau 4)

En Flandre, c'est le MRU de la VRGT qui assure le dépistage des DA dans les centres d'accueil et dans les ILA. Toutefois, pour ces dernières, la stratégie a été modifiée en août 2004 à la demande des responsables de zone Fedasil. Alors qu'avant le MRU se déplaçait pour des rassemblements de DA en provenance de plusieurs ILA, dorénavant il se rend uniquement dans les initiatives qui regroupent un grand nombre de DA et systématiquement dans celles de la province d'Anvers. Dans les autres cas, les DA sont référés dans les dispensaires de la VRGT ou dans les hôpitaux locaux.

En Wallonie, la FARES ne disposant pas de son propre MRU, ce sont ceux des provinces de Namur et de Liège qui assurent le dépistage dans les centres d'accueil et dans les ILA. Le MRU de Namur est le seul à sortir de sa province. Depuis fin 2004, il effectue une tournée mensuelle dans le Hainaut. Les centres d'accueil et les ILA de la région concernée sont avertis des endroits d'arrêt et des horaires. Cette organisation permet également à d'autres groupes à risque de profiter d'un dépistage radiologique gratuit. Comme en Flandre, le transfert des DA vers les dispensaires du FARES ou vers le secteur curatif est l'alternative choisie dans certains cas, y compris en Région bruxelloise.

La diversité des possibilités de dépistage et le fait qu'il soit organisé par des MRU indépendants sont un frein à une collecte centralisée des informations et donc à une évaluation adéquate de cette activité en Wallonie.

Le tableau 4 présente des données relatives au dépistage périodique organisé par les MRU dans les différentes provinces et à Bruxelles. Ce tableau reprend aussi le dépistage hebdomadaire réalisé dans les centres fermés de Steenokkerzeel, Merksplas et Melsbroek. A Vottem et à Bruges, le dépistage des résidents est effectué par le service médical du centre. Les résultats ne sont pas disponibles.

L'identification des DA résidant depuis plus de 6 mois en Belgique, n'est pas toujours faite en routine dans les structures d'accueil. Par conséquent, il est impossible de calculer le taux de couverture du dépistage périodique.

Le dépistage périodique via le MRU a permis de détecter, en Flandre, 6 cas de tuberculose active supplémentaires en 2004 : 1 en Flandre Orientale, 2 dans la province d'Anvers, 1 dans le Limbourg et 2 dans le Brabant flamand. Sur base des données (non exhaustives) dont dispose le FARES aucune tuberculose n'aurait été dépistée par les MRU en Wallonie.

Dans les dispensaires du FARES et de la VRGT (tableau 5)

Les DA peuvent être référés par différentes instances dans les dispensaires du FARES et de la VRGT pour y subir une radiographie du thorax. Dans certains cas, ce transfert est justifié par la présence de symptômes (le DA peut aussi se présenter spontanément s'il est malade). Cette distinction n'a pu être faite dans le tableau 5.

Résultats du dépistage périodique organisé en 2004 chez les DA ≥ 5 ans

Globalement en 2004, 17 malades tuberculeux ont été détectés à la suite du dépistage radiologique périodique : 6 par le MRU en Flandre et 11 dans les dispensaires du FARES et de la VRGT. Le nombre total de DA ayant été soumis à la radiographie pendant cette année était de 10.240, ce qui donne un taux de détection de la tuberculose au cours du dépistage périodique de 166/100.000 chez les DA ≥ 5 ans.

Ce taux 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 haut risque de tuberculose.

Tableau 4. DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE ORGANISE PAR LE MRU CHEZ LES DA SEJOURNANT DEPUIS PLUS DE 6 MOIS EN BELGIQUE, 3 REGIONS - 2004³

Centre ou initiative locale d'accueil	Fréquence du dépistage périodique	Nombre de RX	Nombre de tuberculoses dépistées
Flandre occidentale			
Wingene	2 fois par an	57	
ILA	2 fois par an	319	
Flandre orientale			
St.-Niklaas	2 fois par an	92	
Eeklo	2 fois par an	89	
ILA	1 fois par an	214	1
Anvers			
Linkeroever Antwerpen	2 fois par an	140	
Arendonk	2 fois par an	114	1
Ekeren	2 fois par an	98	
Broechem	2 fois par an	92	
Lint	2 fois par an	49	
Kapellen	2 fois par an	331	
ILA	2 fois par an	1.074	1
Limbourg			
Bevingen	Tous les 2 mois	380	1
Lanaken	2 fois par an	109	
Overpelt	2 fois par an	37	
Brabant flamand			
Alsemberg	2 fois par an	93	
Steenokkerzeel RK	1 fois par an	42	
Région bruxelloise			
Foyer Sellah	1 fois par an	76	
Klein Kasteeltje	1 fois	84	
Hainaut		504	
Luxembourg		64	
Namur		48	
Total structures d'accueil		4.106	4
Centres fermés pour illégaux⁴			
Merkspas	1 fois par semaine	916	
Steenokkerzeel	1 fois par semaine	640	
Melsbroek	1 fois par semaine	942	2
Total pour les centres fermés		2.498	2
TOTAL GENERAL		6.604	6

³ Les données pour la province de Liège ne sont pas disponibles ; elles sont incomplètes pour les dépistages effectués par le MRU de Namur.

⁴ Dans le cadre du dépistage de la tuberculose les illégaux sont assimilés aux demandeurs d'asile

Tableau 5. DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DA ≥ 5 ANS DANS LES DISPENSAIRES DU FARES ET DE LA VRGT, 2004.

(DA référés par les ILA, centres d'accueil, CPAS ou autres instances)

	Nombre de personnes examinées	Nombre de RX	RX normale ou sans anomalie TBC	RX suspecte de TBC	Nombre de TBC actives confirmées
Flandre occidentale	747	819	810	9	0
Flandre orientale	526 (+45)*	547 (+45)	547 (+44)	0 (+1)	0 (+1)
Anvers	617**	567	560	7	1
Limbourg	184***	142	142	0	0
Brabant flamand	109 (+42)°	109	109	0	0
Bruxelles	309	309	301	8	5
Brabant wallon	20	20	20	0	0
Namur	869	828	809	19	4
Hainaut	5	1°°	1	0	0
Liège	267	248	145	3	0
Luxembourg	1	1°°	0	1	0
Total	3.654 (+87)	3.591 (+45)	3.444 (+44)	47 (+1)	10 (+1)

* Au total 571 DA ont été suivis dont 45 ont subi une RX dans le secteur curatif. Parmi ceux-ci une tuberculose a été diagnostiquée.

** 82 DA ≥ 5 ans ont subi un TT : 53 ont réagi négativement (64,6%), 24 (29,3%) avaient une réaction positive et 5 (6,1%) étaient absents lors de la lecture du test.

*** la difficulté de référer régulièrement les DA au dispensaire VRGT, a été à l'origine d'une stratégie de dépistage alternative : un TT a été réalisé chez un nombre limité de DA ≥ 5ans (n=54 en 2004) et une RX n'a été effectuée que chez les positifs. Parmi les 54 sujets soumis au TT, on dénombrait 7 positifs et 5 douteux ; leur RX de contrôle s'est avérée normale.

° Au total 151 DA ont été suivis dont 42 ont subi une RX dans le secteur curatif dont le résultat n'a pas été communiqué.

° RX réalisée dans le secteur curatif

B.2. DEMANDEURS D'ASILE < 5 ANS ET FEMMES ENCEINTES

Comme les années précédentes, le dépistage de la tuberculose chez les DA < 5 ans ainsi que chez les femmes enceintes a été effectué au moyen d'un test tuberculinique (TT) dans les structures d'accueil⁵ où l'enfant a été envoyé avec ses accompagnateurs. Ce test ne peut être réalisé à l'Office des Etrangers car la « cellule dépistage » ne dispose pas de personnel (para)médical et parce que le TT nécessite deux visites (réalisation du test + lecture).

Il est impossible de calculer le taux de couverture global de ce dépistage car le FARES et la VRGT ne centralisent pas actuellement toutes les informations. 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 du FARES/VRGT ou par le personnel des services médicaux⁶
- Dans les *centres d'accueil sous tutelle de la Croix Rouge* : le dépistage peut être effectué par le personnel FARES/VRGT, par le service médical du centre, et par le médecin généraliste attaché au centre.
- Le dépistage des DA < 5 ans résidant dans les *Initiatives Locales d'Accueil (ILA)* peut être pris en charge par le FARES, la VRGT ou par les autres services de santé locaux.

Les données relatives au dépistage des demandeurs d'asile < 5 ans présentées dans le tableau 6 ne concernent que les examens effectués par le FARES et la VRGT. Pour les femmes enceintes (tableau 7), les données de la Wallonie proviennent des centres d'accueil.

Par ailleurs, ces tableaux donnent une vue globale des résultats du dépistage effectué à l'entrée dans les structures d'accueil ainsi qu'au cours des 2 années qui suivent l'arrivée des DA en Belgique.

En 2004, 916 enfants < 5 ans ont subi un TT ; 79 de ceux-ci ont bénéficié d'un deuxième test au cours de l'année ce qui porte le nombre de tests réalisés à un total de 995. Parmi ceux-ci seulement 960 ont été lus dont 63 étaient positifs (6,6%). Trois tuberculoses ont été diagnostiquées à la suite de ce dépistage, ce qui correspond à un taux de détection de 312/100.000.

En 2004, 166 femmes enceintes ont subi un TT ; une réaction positive a été observée chez 38 (22,9%) d'entre elles. Une tuberculose a été mise en évidence dans le décours du suivi d'un test positif. Le taux de détection dans cette population est donc de 602/100.000.

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.

⁵ 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...).

⁶ En Communauté française, ceux-ci ont souvent été écolés par le personnel du FARES.

Tableau 6. DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DA < 5 ANS EN BELGIQUE, 2004 (DONNEES FARES ET VRGT)

Province	Nombre de DA concernés	Nombre de DA examinés	Nombre de TT réalisés	Résultats TT				Nombre de RX réalisées	Résultats des RX	
				Négatif	Douteux	Positif*	Absent à la lecture		RX normale ou pas d'anomalie TBC	RX suspecte de TBC
Anvers	NC	248	339	285	11	17	26	20	18	2 (= 2 TBC)
FL. Orientale	121	80 (66,1%)	81	67	4	10	0	9	9	0
Fl. Occidentale	102	85 (83,3%)	88	80	0	6 (1)	1	6	5	1 (= 1 TBC)
Limbourg	NC	158	158	146	5	7	0	13	12	0
Brabant fl.	NC	7	7	5	1	1	0	1	1	0
Bruxelles	NC	62	62	56	0	6	0	1	1	0
Brabant Wal.	NC	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Namur	NC	196	187	164	11	7	5	18	18	0
Hainaut	NC	47	42	36	0	4	2	7	7	0
Liège	NC	23	22	17	0	4	1	1	1	0
Luxembourg	NC	8	7	7	0	0	0	1	1	0
Total		916	995	865	32	62 (1)	35	77	73	3 (=3 TBC)

(NC = non connu)

* Le taux de virage n'a pu être déterminé car la plupart des enfants étaient vus pour la 1^{ère} fois ; 1 seul virage a été mis en évidence en Flandre occidentale.

Tableau 7. DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE PARMIS LES DEMANDEURS D'ASILE (FEMMES ENCEINTES) EN BELGIQUE, 2004 (DONNEES VRGT ET CENTRES D'ACCUEIL EN WALLONIE)

Province	Nombre de DA à examiner	Nombre de DA examinés	Nombre de TT réalisés	Résultats du TT					Nombre de RX réalisées	Résultats des RX	
				Négatif	Douteux	Positif	Virage	Absent à la lecture		RX normale ou pas d'anomalie TBC	RX suspecte de TBC
Anvers	NC	40	40	26	1	10	0	3	1	1	1 (=1 TBC)
Fl. Orientale	26	12 (46,1%)	12	11	0	1	0	0	-	-	-
Fl. occidentale	13	6 (46,1%)	6	2	0	4	0	0	3	3	0
Limbourg	NC	28	28	20	0	8	0	0	8	8	0
Brabant fL.	NC	2	2	0	0	2	0	0	2	2	0
Wallonie	NC	78	78	NC	NC	13	NC	NC	NC	NC	NC
Total		166	166			38 (22,9%)			14	14	1 (=1 TBC)

NC = non connu

B.3. CONCLUSIONS RELATIVES AU DEPISTAGE ACTIF DE LA TUBERCULOSE PARMIS LES DEMANDEURS D'ASILE EN 2004

Au total, 87 tuberculoses ont été diagnostiquées chez les DA en 2004 à l'occasion d'un dépistage actif:

- 66 à l'arrivée, lors du dépistage radiologique "centralisé" organisé par la "cellule dépistage" de l'Office des Etrangers.
- 6 lors du dépistage périodique organisé via les MRU dans les centres d'accueil/ILA/centres pour illégaux.
- 11 à l'occasion d'examens radiologiques effectués périodiquement, dans les dispensaires du FARES et de la VRGT, le plus souvent à la demande des structures d'accueil,
- 4 à l'occasion du dépistage par TT organisé à l'entrée dans les structures d'accueil ou périodiquement (enfants < 5 ans = 3, femmes enceintes = 1).

Avec un total de 27.101 examens réalisés, le taux de détection de la tuberculose chez les DA est **globalement** estimé à **321/100.000**⁷ en 2004. 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 2004.

B.4. EVOLUTION DU DEPISTAGE ACTIF DE LA TUBERCULOSE ORGANISE EN BELGIQUE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE, 1999-2004

a. Evolution de la prévalence de la tuberculose lors du dépistage réalisé à l'arrivée à l'Office des Etrangers

Le tableau 8 montre que la prévalence de la tuberculose est de 419/100.000 en 2004 chez les DA à l'arrivée dans notre pays. 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 (30,6% en 2000 versus 10,1% en 2004) grâce au meilleur suivi organisé par le FARES, la VRGT et les services médicaux des structures d'accueil.

Tableau 8. PREVALENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE A L'ARRIVEE EN BELGIQUE, OFFICE DES ETRANGERS, 1999-2004.

	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
2004	18.189	15.817	15.735	99,8%	66	419
Total	163.242		90.704		301	

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

⁷ 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 pourraient déjà être prises en compte par le FARES et la VRGT.

b. Nationalité des DA dont la tuberculose a été diagnostiquée à l'entrée en Belgique (OE) entre 2000-2004

La figure 3 montre les nationalités des DA reconnus comme tuberculeux lors de leur arrivée entre 2000 et 2004⁸. Les patients sont originaires de 53 pays mais la plupart d'entre eux proviennent de la République Démocratique du Congo (n=33, 12%) et de la Fédération de Russie (n=29, 10%). La figure illustre aussi le fait que plus de la moitié des patients tuberculeux proviennent seulement de 8 pays.

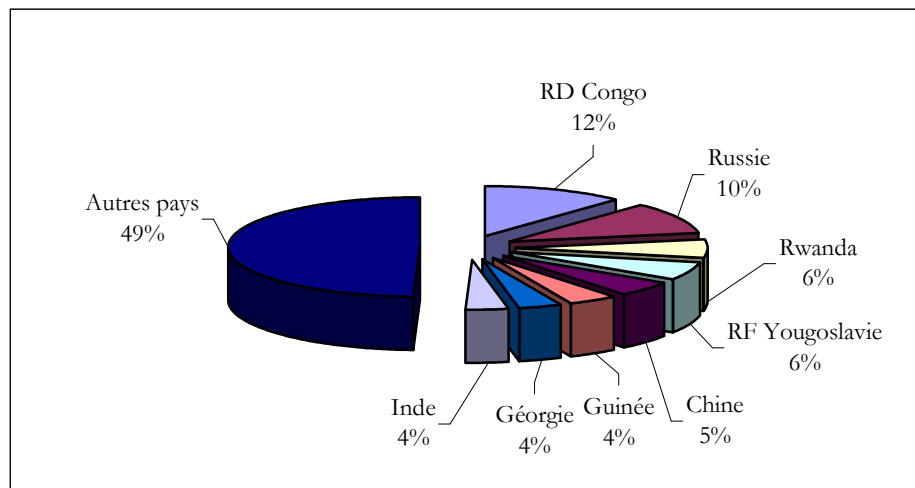


Figure 3. Tuberculose chez les DA à l'arrivée en Belgique en fonction de la nationalité, 2000-2004

c. Evolution de l'efficacité du dépistage actif organisé chez les DA en Belgique entre 1999-2004

Le tableau 9 montre comment l'efficacité du dépistage actif de la tuberculose organisé chez les DA a augmenté depuis le début de cette activité en 1999. Le rapport entre le nombre de tuberculoses détectées lors du dépistage actif (cfr B.3.) et le nombre total de DA répertoriés dans le registre national de la tuberculose a augmenté de 25,3% en 1999 à 55,4% en 2004. Toutefois, il convient d'être prudent dans l'interprétation de ces résultats obtenus en confrontant deux sources d'informations différentes. C'est ainsi que le registre peut inclure des tuberculeux détectés via le dépistage actif décrit ci-dessus mais en ne tenant pas compte de leur statut de demandeur d'asile. Il se peut également que ces mêmes personnes ne soient pas reprises du tout dans le registre car la période d'inclusion des cas diffère de l'année civile 2004 utilisée comme référence dans ce rapport.

⁸ En 1999, les nationalités n'ont été enregistrées que par continent

Tableau 9. EFFICACITE DU DEPISTAGE ACTIF CHEZ LES DA EN BELGIQUE, 1999-2004

	DA répertoriés dans le registre national de la tuberculose	TBC détectées chez les DA à l'arrivée (OE)	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%)
2004	157	66 (42,0%)	21	87 (55,4%)

C. DEPISTAGE PASSIF DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE

Le registre de la tuberculose dont les limites ont été rappelées dans le paragraphe précédent fait état en 2004 de 157 DA dont 100 (63,7%) auraient été dépistés « passivement » c'est à dire sur base de symptômes. Comme nous venons de le voir, ce nombre pourrait être surévalué par rapport à celui des DA dépistés activement. Ceci pourrait être expliqué en partie par le fait que le principal déclarant de la maladie est le secteur curatif (laboratoires ou médecins) qui assure aussi la mise au point des cas suspects.

Notre réflexion sur la validité des résultats nous a amenés à nous poser la question suivante : après combien de temps de séjour dans notre pays, les 100 patients tuberculeux déclarés avoir été dépistés passivement ont-ils été diagnostiqués ?

Pour répondre à cette question, des contacts ont été pris avec Fedasil et l'OE pour obtenir rétrospectivement la date d'arrivée en Belgique de ces DA tuberculeux ; elle a été comparée à la date de diagnostic notifiée dans le registre.

Les résultats présentés dans le tableau 10, démontrent bien que la majorité des DA tuberculeux ne sont pas diagnostiqués rapidement après leur arrivée en Belgique. Notre analyse met en évidence le fait que la tuberculose a été dépistée passivement chez 18% des DA dans les premiers 6 mois de leur séjour dans notre pays. Pour 30% des cas ce diagnostic a été fait dans les 12 mois après l'arrivée et pour 50% dans les 3 ans. Ces données mettent également en évidence que les DA peuvent encore développer la tuberculose après 5 ans de séjour en Belgique.

Ces résultats sont donc très intéressants car ils confirment le risque persistant de tuberculose chez les DA ; ils doivent toutefois être interprétés avec prudence car il existe un groupe important de DA (34,0%) pour lequel la date d'arrivée est inconnue.

**Tableau 10. DELAIS DE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDERUS D'ASILE DU REGISTRE 2004
DEPISTES PASSIVEMENT**

	Nombre cumulatif de patients TBC	% de DA chez qui une tuberculose a été diagnostiquée (n=100)
≤6 mois après l'arrivée	18	18,0%
≤12 mois après l'arrivée	18+12	30,0%
≤18 mois après l'arrivée	30+7	37,0%
≤24 mois après l'arrivée	37+6	43,0%
≤3 années après l'arrivée	43+7	50,0%
≤4 années après l'arrivée	50+5	55,0%
≤5 années après l'arrivée	55+4	59,0%
>5 années après l'arrivée	59+7	66,0%
Date d'arrivée inconnue	34	+34,0%
Total	100	100,0%

D. REACTIVATION DE LESIONS TUBERCULEUSES INACTIVES CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE

Dans l'optique d'adapter la stratégie de dépistage des DA en Belgique, il est intéressant d'évaluer le risque qu'ont les porteurs de lésions tuberculeuses inactives de développer ultérieurement la maladie.

Pour répondre à cette question, les DA classés dans cette catégorie en 2002 et 2003 ont été sélectionnés dans la banque de données de la VRGT. Une recherche a ensuite été effectuée dans les registres 2003 et 2004, afin d'identifier ceux qui avaient développé une tuberculose active (et avaient été déclarés).

Les résultats sont les suivants :

- parmi les 253 DA porteurs de lésions inactives en 2002, 4 (1,6%) ont développé une tuberculose active en 2003 et 4 autres (1,6%) en 2004 ;
- parmi les 266 DA porteurs de lésions inactives en 2003, 8 (3,0%) ont développé une tuberculose active en 2003 et 1 (0,4%) en 2004.

La proportion relativement importante de DA porteurs de lésions pulmonaires inactives de tuberculose qui évolue chaque année vers la maladie est un argument pour que ce type de sujet soit particulièrement bien suivi. C'est le cas actuellement en Belgique puisque chaque DA est sensé subir un dépistage tous les 6 mois pendant les deux années qui suivent son arrivée sur le territoire. Toutefois, si dans le futur ce dépistage périodique devait être arrêté, il serait stratégiquement important de le poursuivre de manière ciblée parmi les porteurs de lésions inactives.

Par ailleurs, une proportion annuelle de réactivation de lésions anciennes pouvant aller jusqu'à 3% peut justifier un traitement systématique des tuberculoses inactives avec une bithérapie à base d'isoniazide et de rifampicine.

E. PRIORITES DANS L'ORGANISATION DU DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE PARMIS LES DEMANDEURS D'ASILE

Les priorités pour 2005 sont les suivantes :

1. Maintenir un taux de couverture optimal lors du dépistage organisé chez les DA à l'arrivée (OE). La proportion de perdus de vue ne doit pas dépasser 10% parmi ceux qui ont des anomalies radiologiques pulmonaires à mettre au point
2. Déterminer le taux de couverture du dépistage périodique dans la mesure du possible (données de population à collecter et à fournir par les structures d'accueil).
3. Dépister radiologiquement (tous les 6 mois) la plupart des DA chez qui des lésions tuberculeuses inactives ont été mises en évidence à l'arrivée en Belgique afin de détecter le plus rapidement possible le développement d'une tuberculose active.
4. Sensibiliser le personnel (para) médico-social qui travaille avec les DA, afin qu'il soit attentif à référer rapidement dans le curatif tout sujet ayant des symptômes d'appel de la tuberculose.
5. Optimiser la supervision du traitement des DA tuberculeux afin que le nombre de perdus de vue avant la fin de la thérapie continue à décroître dans le futur.



COMMUNAUTE FRANÇAISE DE BELGIQUE