

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



F.A.R.E.S.

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

2002

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

TABLE DES MATIERES

Avant-propos
Résumé

I. Généralités

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

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

1. Demandeurs d'asile \geq 5 ans
 - A. Dépistage à l'arrivée en Belgique
 - *Nombre de RX*
 - *Couverture*
 - *RX thorax anormales*
 - *Suivi des demandeurs d'asile dont la RX est suspecte de tuberculose (catégories 1, 2 et 3)*
 - *RX protocolées comme catégorie 6 ou 10*
 - *Prévalence de la tuberculose chez les demandeurs d'asile arrivant en Belgique en fonction de l'âge et du pays d'origine*
 - *Résultats du traitement instauré chez les patients tuberculeux dépistés à l'arrivée, en 2002*
 - *Collecte des données*
 - B. Dépistage périodique au cours des deux premières années du séjour dans notre pays
 - C. Dépistage effectué via les dispensaires de la FARES/VRGT

2. Demandeurs d'asile $<$ 5 ans

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

IV. Conclusions et priorités du dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile en 2003

V. Projets/activités pour l'avenir

ABREVIATIONS UTILISEES

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

AVANT-PROPOS

Ce rapport relatif au dépistage de la tuberculose effectué chez les demandeurs d'asile à l'entrée et au cours des deux premières années de leur séjour dans notre pays, résulte d'une collaboration étroite entre la FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé), sa consœur néerlandophone la VRGT (Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding) et les différentes instances et organisations concernées par l'accueil et le suivi des demandeurs d'asile : l'Office des Etrangers (OE), l'Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile (FedAsil), les centres d'accueil fédéraux/de la Croix Rouge et les Initiatives Locales d'Accueil (ILA). La centralisation des données provenant de différentes sources a permis de présenter une image globale du dépistage de la tuberculose parmi les demandeurs d'asile en 2002.

L'objectif de ce rapport est de présenter les résultats du dépistage actif réalisé chez les demandeurs d'asile et d'illustrer pourquoi ceux-ci doivent être considérés comme une population à haut risque de tuberculose dans notre pays. D'autre part, nous voulons, par ce biais, donner un feedback à tous ceux qui sont impliqués dans l'organisation du dépistage parmi cette population bien spécifique.

Ensemble avec les partenaires qui viennent d'être cités, la FARES/VRGT ont réussi, en 2002, à optimiser le dépistage chez les demandeurs d'asile (DA). Celui effectué chez les DA de plus de 5 ans à l'arrivée en Belgique a été intensifié avec comme résultat une amélioration importante du taux de couverture (92% en 2002). En outre, le dépistage périodique après 6 mois de séjour dans notre pays a été instauré dans un premier temps en Flandre et à Bruxelles.

Il est important de souligner d'emblée la nécessité de s'investir dans le dépistage actif de ce groupe à haut risque de tuberculose ; les résultats de 2002 ont confirmé la prévalence élevée de la maladie dans cette population à l'arrivée en Belgique (378/100.000). Si l'on compare à la prévalence de la tuberculose dans la population générale de notre pays, cette valeur est 30 fois supérieure.

Nous profitons de l'occasion que nous offre ce rapport pour remercier plus particulièrement le personnel de la "cellule dépistage" au North Gate et celui des différents centres d'accueil et initiatives locales pour leur engagement, leur dévouement ainsi que pour les excellentes collaborations qu'ils ont développé avec nos services.

Etant donné qu'il s'agit du premier rapport global sur le dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile en Belgique, nous espérons de tout coeur que vos réactions pourront nous aider à améliorer la qualité de ce document. Toutes vos suggestions, qu'elles soient relatives à la forme ou au contenu de ce texte, sont les bienvenues !

Dr Maryse Wanlin
Directrice Médicale

RESUME

DEPISTAGE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE (DA) A L'ARRIVEE EN BELGIQUE, 2002

Après leur arrivée sur le territoire, les adultes et les enfants de plus de 5 ans qui demandent l'asile en Belgique, subissent une radiographie du thorax (RX) à la "cellule dépistage" du North Gate (Office des Etrangers). Ces RX sont protocolées, le jour même ou au plus tard le jour suivant, par des pneumologues expérimentés de la VRGT et de la FARES. En 2002, 18.008 RX ont été effectuées, ce qui correspond à un taux de couverture du dépistage de 92,0%. Parmi les 18.008 RX, 17.183 (95,4%) étaient normales, 166 (0,9%) étaient illisibles à cause de problèmes techniques et 329 (1,8%) montraient des anomalies suspectes de tuberculose. Des investigations complémentaires ont permis de diagnostiquer une tuberculose active chez 68 DA. Ceci correspond à une prévalence de la tuberculose à l'arrivée de l'ordre de 378/100.000, soit environ 30 fois plus que celle de la population générale de notre pays.

Les 68 DA chez qui une tuberculose a été diagnostiquée à l'arrivée provenaient de 32 pays différents. Quoiqu'un tiers d'entre eux (n=20) étaient originaires de seulement trois pays : Congo (n=8), Fédération Russe (n=7) et Rwanda (n=5), la plus haute prévalence à l'arrivée a été notifiée chez les DA arrivant de Somalie (2.400/100.000).

La plupart (85,3%) des tuberculeux détectés à l'arrivée en Belgique avaient entre 15 et 44 ans. L'âge moyen était de 29 ans. Cette distribution de la tuberculose en fonction de l'âge correspond à ce qui est rapporté dans les pays à haute prévalence.

Une tuberculose pulmonaire a été diagnostiquée chez 62 patients sur 68 (91,2%). Trois DA (4,4%) avaient une forme ganglio-pulmonaire, deux (2,9%) une pleurésie tuberculeuse et un (1,5%) une tuberculose miliaire. Parmi les DA atteints d'une forme pulmonaire, les expectorations étaient positives à l'examen microscopique direct chez 21 (33,9%) patients et chez 42 (67,7%) à la culture. Quatre (9,5% des sujets positifs à la culture) étaient contaminés par un bacille multirésistant (résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments majeurs du traitement antituberculeux).

Pour 53 des 68 patients tuberculeux diagnostiqués, le résultat du traitement est connu : 29 (42,6%) ont terminé complètement leur polychimiothérapie, un (1,5%) est décédé de la maladie et 18 (26,5%) ont été perdus de vue avant la fin du traitement. Chez 5 DA (7,3%) le traitement a été arrêté après 2-3 mois pour raisons médicales. Les 15 patients restants (22,1%) n'avaient pas encore terminé de prendre leurs médicaments antituberculeux.

A l'arrivée en Belgique, le dépistage chez les enfants < 5 ans est réalisé par intradermo-réaction ; il est effectué via le centre d'accueil où l'enfant est référé avec ses proches. En 2002, 651 enfants < 5 ans ont subi un test tuberculinique ; celui-ci a été réalisé par une infirmière de la VRGT, de la FARES ou du centre d'accueil. Au total, 80 enfants (12,3%) ont présenté une réaction positive à la tuberculine, mais aucune tuberculose active n'a été mise en évidence parmi ceux-ci. Le taux de couverture de ce dépistage est difficilement évaluable, étant donné que la VRGT et la FARES ne centralisent pas actuellement toutes les données relatives à ces examens (d'autres services sont concernés par ce dépistage).

DEPISTAGE PERIODIQUE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE AU COURS DES DEUX PREMIERES ANNEES DE LEUR SEJOUR EN BELGIQUE, 2002

En 2002, un dépistage périodique a été mis en place dans les Régions flamande et de Bruxelles-Capitale chez les DA arrivés en Belgique depuis moins de 2 ans. Le groupe ciblé était plus spécifiquement constitué des DA ≥ 5 ans résidant dans les centres d'accueil. La plupart des examens radiologiques ont été réalisés par le service mobile de la VRGT. De juillet à décembre 2002, 12 tuberculoses ont été mises en évidence dans cette population : 2 en Flandre Occidentale, 3 à Anvers, 6 en Brabant flamand et 1 dans le Limbourg. Ceci correspond à un taux de détection de 247/100.000, 19 fois supérieur à celui de la population générale de notre pays. Via les examens radiologiques réalisés par la FARES et la VRGT principalement dans leurs dispensaires, 19 autres cas de tuberculose active ont été dépistés en 2002.

I. GENERALITES

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

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

Adultes et enfants ≥ 5 ans:

- La cellule dépistage du "North Gate" (Office des Etrangers -OE-, Boulevard Albert II à 1000 Bruxelles), réalise une RX thorax chez les adultes et les enfants ≥ 5ans qui demandent l'asile en Belgique. (NB : jusqu'à la fin janvier 2002, les RX étaient effectuées chez les DA à partir de 15 ans²).
- Les RX sont protocolées le jour même ou au plus tard le jour suivant par des pneumologues expérimentés de la VRGT et de la FARES.
- Par la suite, c'est la VRGT qui coordonne le suivi des DA chez qui des anomalies tuberculeuses ont été observées à la RX, en collaboration avec la FARES, les services médicaux des centres d'accueil et les Initiatives Locales d'Accueil (ILA).

Enfants < 5 ans et femmes enceintes:

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

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

En Flandre et en Région bruxelloise, il a été décidé dès juillet 2002 d'organiser un dépistage tous les 6 mois, et ce au cours des deux premières années qui suivent l'arrivée des DA sur le territoire belge. Cette stratégie est basée sur le fait que les personnes provenant de pays à haute prévalence conservent un risque élevé de développer une tuberculose au cours des premières années de leur séjour en Belgique. Ce dépistage périodique a été effectué la plupart du temps par l'Unité Mobile Radiologique (MRU) de la VRGT, sauf à Bruxelles où c'est le Petit Château (équipé de son propre appareil RX) qui s'en est chargé.

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 les personnes appartenant à ce groupe de population

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

² A l'occasion du dépistage effectué par la VRGT chez les primo-arrivants dans les écoles au cours de l'année scolaire 2000-2001, 2.452 TT ont été réalisés et lus. Les résultats démontrent que 14% des enfants de 0 à 5 ans avaient un test positif. Entre 5 et 9 ans, 25% étaient tuberculino-positifs et chez les plus âgés (entre 15 et 19 ans) la proportion de réactions tuberculiques positives montaient à 45 %. Ce sont ces résultats qui ont été à la base de la décision de diminuer l'âge limite de la RX de 15 ans à 5 ans en 2002.

ont un risque plus élevé de développer une tuberculose au-delà des deux premières années de leur séjour. Le fait, chez ces sujets, de reconnaître à temps les signes d'appel de tuberculose (dépistage passif) est donc de première importance !

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

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

Jusqu'en juillet 2002 (y compris) les catégories suivantes ont été utilisées :

- **Catégorie 1:** forte suspicion de tuberculose contagieuse, nécessitant une hospitalisation immédiate, de préférence en isolement .
- **Catégorie 2:** suspicion de tuberculose active, nécessitant une mise au point en milieu hospitalier dans les jours qui suivent.
- **Catégorie 3:** faible suspicion de tuberculose, nécessitant une mise au point en milieu hospitalier dans la semaine qui suit.
- **Catégorie 4:** tuberculose inactive ne nécessitant aucune mise au point complémentaire.
- **Catégorie 5:** autres anomalies ne nécessitant aucune mise au point complémentaire.
- **Catégorie 6:** autres anomalies nécessitant une mise au point complémentaire (sans précision du délai).
- **Catégorie 20:** RX chez un enfant.

Cette façon de travailler a eu comme conséquence le fait qu'en 2001, 19,6% des DA "catégorie 2" ont été perdus de vue et qu'il a donc été impossible chez eux de faire une mise au point complémentaire. Pour les DA "catégorie 3", le pourcentage de perdus de vue était encore plus élevé : 40,2%.

Afin de limiter le nombre de perdus de vue parmi les DA ayant des lésions suspectes de tuberculose, le suivi de tels sujets a été fortement renforcé à *partir d'août 2002*. La procédure de suivi a alors été standardisée comme suit :

- **Catégorie 0:** RX normale.
- **Catégorie 1:** forte suspicion de tuberculose contagieuse nécessitant une hospitalisation immédiate, en isolement.
- **Catégories 2 et 3:** suspicion (2) et faible suspicion (3) de tuberculose active nécessitant une mise au point en milieu hospitalier 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.

Le nombre de catégories a donc été élargi (avec les catégories 0 et 10). Pour les catégories 2 et 3, la stratégie de suivi a été uniformisée et le délai de mise au point raccourci.

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

- *Dimension de l'induration :*

< 5 mm:	<i>négatif</i> (exclure faux négatif)
5 - 9 mm:	<i>négatif</i> , en général <i>positif</i> : en cas d'immunodéficience marquée (y compris VIH) <i>douteux</i> : si contact étroit avec un cas de tuberculose 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'être infecté par le BK ou de développer une tuberculose active <i>douteux</i> : en l'absence de risque particulier de tuberculose et/ou si antécédent de vaccination BCG récente (< 5 ans)
≥ 18 mm:	<i>positif</i>

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

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

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

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

1. DEMANDEURS D'ASILE ≥ 5 ANS

A. A l'arrivée en Belgique

Nombre de RX

En 2002, 18.008 RX ont été réalisées par la "cellule dépistage" au North Gate chez les DA ≥ 5 ans, soit 4,7% de plus qu'en 2001. Toutefois, le nombre de demandes d'asile a diminué de presque 9% entre 2001 et 2002 (respectivement 24.549 et 22.381 demandes).

Couverture

Le taux de couverture du dépistage à l'arrivée est le rapport entre le nombre de RX effectuées et le nombre de DA ≥ 5 ans recensés au North Gate (non compris les femmes enceintes et les quelques cas d'handicapés en chaise roulante, ...). En 2002, 19.575 sur un total de 22.381 DA enregistrés, appartenaient au groupe ciblé pour le dépistage radiologique. Avec 18.008 RX réalisées, le taux de couverture du dépistage est estimé à 92,0% en 2002. Il s'agit d'une belle progression par rapport aux taux de couverture des années précédentes : en 2001 (77,3%) et en 1999 (23,6%).

A part les DA qui n'ont pu subir de dépistage radiologique pendant 3 jours (13.02, 01.08 et 03.10.2002) à cause de problèmes techniques, un nombre restreint de sujets du groupe cible n'ont pas eu de RX au North Gate; il s'agit en général de personnes qui n'ont pas suivi complètement la procédure de demande d'asile ; elles quittent plus tôt la salle d'attente sans les documents leur permettant de continuer la procédure et ignorant le centre d'accueil dans lequel elles sont inscrites. Ceci signifie que la couverture de 92% ne pourra pas être améliorée de manière importante dans les années à venir.

Le tableau 1 donne un aperçu de la couverture mensuelle du dépistage chez les DA, à l'arrivée, en 2002.

2002	Nombre total DA	DA ≥5 ans (excl. femmes enceintes)	Nombre RX	Taux de couverture %
Janvier	176 (2054)*	160 (1596 >15 ans)*	148 (1434)*	92,5 (89,9)*
Février	1594	1405	1283	91,3
Mars	1661	1506	1425	94,6
Avril	1822	1631	1533	94,0
Mai	1746	1557	1449	93,1
Juin	1659	1466	1331	90,8
Juillet	1923	1704	1567	92,0
Août	2096	1841	1684	91,5
Septembre	2164	1883	1742	92,5
Octobre	2237	1932	1771	91,7
Novembre	1634	1444	1380	95,6
Décembre	1618	1450	1261	87,0
Total	22.381	19.575	18.008	92,0

* A cause de la proportion importante de tuberculino-positifs chez les primo-arrivants, il a été décidé en 2002 d'utiliser la RX thorax comme moyen de dépistage chez les DA à partir de l'âge de 5 ans. Avant la RX était préconisée à partir de 15 ans. En fait l'ancienne stratégie a été appliquée jusqu'au 30 janvier 2002, ce qui explique que le taux de couverture a encore été calculé durant la période du 1 au 29 janvier en tenant compte des DA ≥ 15 ans.

RX avec anomalies

Sur les 18.008 RX effectuées chez les DA à l'arrivée, 17.183 (95,4%) étaient normales, 166 (0,9%) étaient illisibles à cause d'un problème technique et 658 (3,7%) montraient la présence d'anomalies (dont 491 étaient liées à la tuberculose en général). Le tableau 2 donne une idée de la proportion de RX dans chaque catégorie :

Types de catégorie	N	%
Catégorie 0	17.183	95,4
Catégorie 1	60	0,3
Catégorie 2	60	0,3
Catégorie 3	209	1,2
Catégorie 4	162	0,9
Catégorie 5	85	0,5
Catégorie 6	82	0,4
RX illisibles	166	0,9%
Total	18.007*	99,99%

* Les RX thorax effectuées chez les enfants ont été protocolées comme catégorie 20 jusqu'en août 2002. Cette manière de procéder a été arrêtée car la priorité était de mettre en évidence la présence ou non d'anomalies à la RX. C'est pourquoi toutes les RX d'enfants ont été revues et protocolées en fonction des nouvelles catégories, sauf dans un cas où la RX n'était pas disponible.

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

Suivi des DA dont la RX est suspecte de tuberculose (catégories 1, 2 et 3)

Au total, 329 (1,8%) DA ciblés en 2002 par le dépistage radiologique ont eu une RX mettant en évidence une anomalie en rapport avec une suspicion de tuberculose active (catégories 1, 2 et 3). Le pourcentage de DA nécessitant des examens complémentaires après une première RX est plus élevé au Pays-Bas que chez nous (2,3% en 2000).

Le tableau 3 expose les résultats du suivi opéré chez les DA appartenant aux 3 catégories précitées :

- Une **tuberculose active** a été confirmée chez 41 (**68,3%**) DA protocolés "catégorie 1". Chez les DA de "catégorie 2 ou 3" les proportions de tuberculose diagnostiquée sont moindres, respectivement : 16 (**26,6%**) et 11 (**5,3%**). Globalement au cours du dépistage actif réalisé à l'entrée sur le territoire, 68 tuberculoses actives ont été mises en évidence.

- Par ailleurs, des **lésions inactives** de tuberculose pulmonaire ancienne ont été découvertes chez 86 DA. Pour 74% de ceux-ci (n=64), la RX avait été protocolée "catégorie 3", et dans 11% (n=9) des cas il s'agissait d'une "catégorie 1".
- **Des lésions pulmonaires non-tuberculeuses** ont été mises en évidence chez 19 (5,8%) DA, alors que chez 7 autres (2,1%) une anomalie a été visualisée ailleurs que dans les poumons.
- Tous les DA (n=60) dont la RX avait été protocolée "catégorie 1" ont eu une **mise au point**. Cette proportion tombe à 76,7% chez les DA de "catégorie 2" et à 73,2% chez ceux de "catégorie 3". Le plus souvent, les DA sans résultats de suivi sont ceux qui ne résident pas dans le centre d'accueil pour lequel ils avaient été désignés (c'est ce qu'on appelle les "no show" demandeurs d'asile). En tenant compte que l'on passe à côté du diagnostic de tuberculose chez 26,6% des DA de "catégorie 2" et chez 5,3% de ceux de "catégorie 3" (tableau 3), on peut estimer que l'on rate respectivement 3,7 et 2,9 patients atteints de tuberculose active dans ce groupe de "perdus de vue".
- Cependant les **résultats du suivi** des DA dont la RX à l'entrée montre des anomalies en rapport avec une suspicion de tuberculose active sont nettement meilleurs en 2002 qu'en 2001. Au cours de cette dernière année, 40,2% des DA de "catégorie 3" et 19,6% de ceux classés "catégorie 2" ont été perdus de vue et n'ont donc pas eu de mise au point complémentaire. Le tableau 3 compare les résultats de janvier à juillet 2002 avec ceux d'août à décembre de la même année. Il démontre clairement que l'instauration d'un suivi mieux standardisé chez les DA dont la RX présente des anomalies suspectes de tuberculose diminue le nombre de perdus de vue dans les catégories correspondantes : dans la deuxième partie de 2002, le pourcentage de perdus de vue est passé de 32,3% à 13,8% chez les DA de "catégorie 2" et de 29,4% à 23,3% chez ceux de "catégorie 3".

Tableau 3. DIAGNOSTIC DEFINITIF APRES MISE AU POINT CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE DONT LA RX THORAX REALISEE A L'ENTREE EN BELGIQUE MONTRAIT DES ANOMALIES SUSPECTES DE TUBERCULOSE ACTIVE - 2002

DIAGNOSTIC	Catégorie 1			Catégorie 2			Catégorie 3			TOTAL
	Jan-juillet	Août-déc	2002	Janv-juillet	Août-déc	2002	Jan-juillet	Août-déc	2002	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Tuberculose active	22(64,7%)	19 (73,1%)	41 (68,3%)	8 (25,8%)	8 (27,6%)	16 (26,6%)	6 (5,0%)	5 (5,6%)	11 (5,3%)	68 (20,7%)
Tuberculose inactive	5 (14,7%)	4 (15,4%)	9 (15,0%)	4 (12,9%)	9 (31,0%)	13 (21,7%)	26 (21,8%)	38 (42,2%)	64 (30,6%)	86 (26,1%)
Anomalie pulmonaire non-tuberculeuse	3 (8,8%)	1 (3,8%)	4 (6,7%)	1 (3,2%)	1 (3,5%)	2 (3,3%)	10 (8,4%)	3 (3,3%)	13 (6,2%)	19 (5,8%)
Anomalie autre site que pulmonaire	3 (8,8%)	1 (3,8%)	4 (6,7%)	1 (3,2%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	2 (1,7%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)	7 (2,1%)
RX normale	1 (2,9%)	1 (3,8%)	2 (3,3%)	7 (22,6%)	7 (24,1%)	14 (23,3%)	40 (33,6%)	23 (25,6%)	63 (30,1%)	79 (24,0%)
Pas de résultat de suivi	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (32,3%)	4 (13,8%)	14 (23,3%)	35 (29,4%)	21 (23,3%)	56 (26,8%)	70 (21,3%)
TOTAL	34 (100%)	26 (100%)	60 (100%)	31 (100%)	29 (100%)	60 (100%)	119 (100%)	90 (100%)	209 (100%)	329 (100%)

RX protocolées "catégorie 6 ou 10"

Pour 35 (42,6%) des 82 RX protocolées "catégorie 6" (autre anomalie nécessitant une mise au point) il n'y a pas eu de suivi en 2002 et donc pas de diagnostic précis.

En ce qui concerne les RX illisibles, seules les 85 réalisées pendant la période d'août à décembre 2002 ont bénéficié d'une procédure de suivi. Les résultats de celle-ci sont les suivants : 34 (40%) ont été perdus de vue et n'ont donc pas subi de nouvelle RX, 49 (57,6%) ont eu une deuxième RX normale alors que chez un seul DA (1,2%), le nouveau cliché montrait des lésions tuberculeuses inactives. Par ailleurs, une intradermo-réaction a été réalisée chez un DA ; un diagnostic d'infection tuberculeuse latente a été posé après exclusion d'une tuberculose active.

Prévalence de la tuberculose par tranche d'âge et par pays d'origine chez les demandeurs d'asile à l'arrivée en Belgique

Le diagnostic de **tuberculose active** a été posé chez **68 (20,7%)** DA dont la RX présentait une anomalie évocatrice de la maladie : 5 (7,4%) de ces patients avaient entre 5 et 14 ans. La nouvelle procédure mise en place depuis le 30 janvier 2002 et qui préconise une RX à partir de 5 ans plutôt que 15 ans, démontre donc son efficacité. Par ailleurs, le tableau 4 met en évidence que la majorité (85,3%) des patients tuberculeux détectés à l'arrivée avaient entre 15 et 44 ans. La moyenne d'âge chez ces malades étaient de 29 ans. Cette distribution de la tuberculose en fonction de l'âge chez les DA à l'arrivée dans notre pays est comparable à celle que l'on observe dans les pays à haute prévalence dont ils sont originaires.

Tableau 4. REPARTITION DE LA TUBERCULOSE EN FONCTION DE L'AGE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE A L'ARRIVEE EN BELGIQUE, 2002.	
Catégories d'âge	Tuberculose N (%)
5-14 ans	5 (7,4%)
15-24 ans	18 (26,5%)
25-34 ans	26 (38,2%)
35-44 ans	14 (20,5%)
45-54 ans	3 (4,4%)
55-64 ans	2 (2,9%)
≥ 65 ans	0 (0,0%)
Total	68 (100%)

La localisation des tuberculoses diagnostiquées à l'arrivée était majoritairement pulmonaire : n = 62 (91,2%). Trois formes (4,4%) ganglio-pulmonaires ont été observées alors que deux (2,9%) patients avaient une pleurésie tuberculeuse et un (1,5%) une miliaire.

Parmi les patients atteints de tuberculose pulmonaire, l'examen microscopique direct des expectorations était positif chez 21 (33,9%) d'entre eux alors que la culture était positive chez 42 (67,7%) patients. Parmi ces derniers, l'antibiogramme a mis en évidence 4 (9,5%) cas OK contaminés par des BK multirésistants (càd résistants au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments majeurs du traitement antituberculeux).

Les 68 DA chez qui une tuberculose a été diagnostiquée à l'arrivée, étaient originaires de 32 pays différents. Un tiers (n=20, 29,7%) provenait de 3 pays : Congo (n=8), Fédération Russe (n=7) et Rwanda (n=5). La Figure 3 montre que les plus hautes prévalences de tuberculose ont été observées chez des DA venant de Somalie (2.400/100.000), de Djibouti (2.325,6/100.000) et de Mongolie (1.739/100.000).

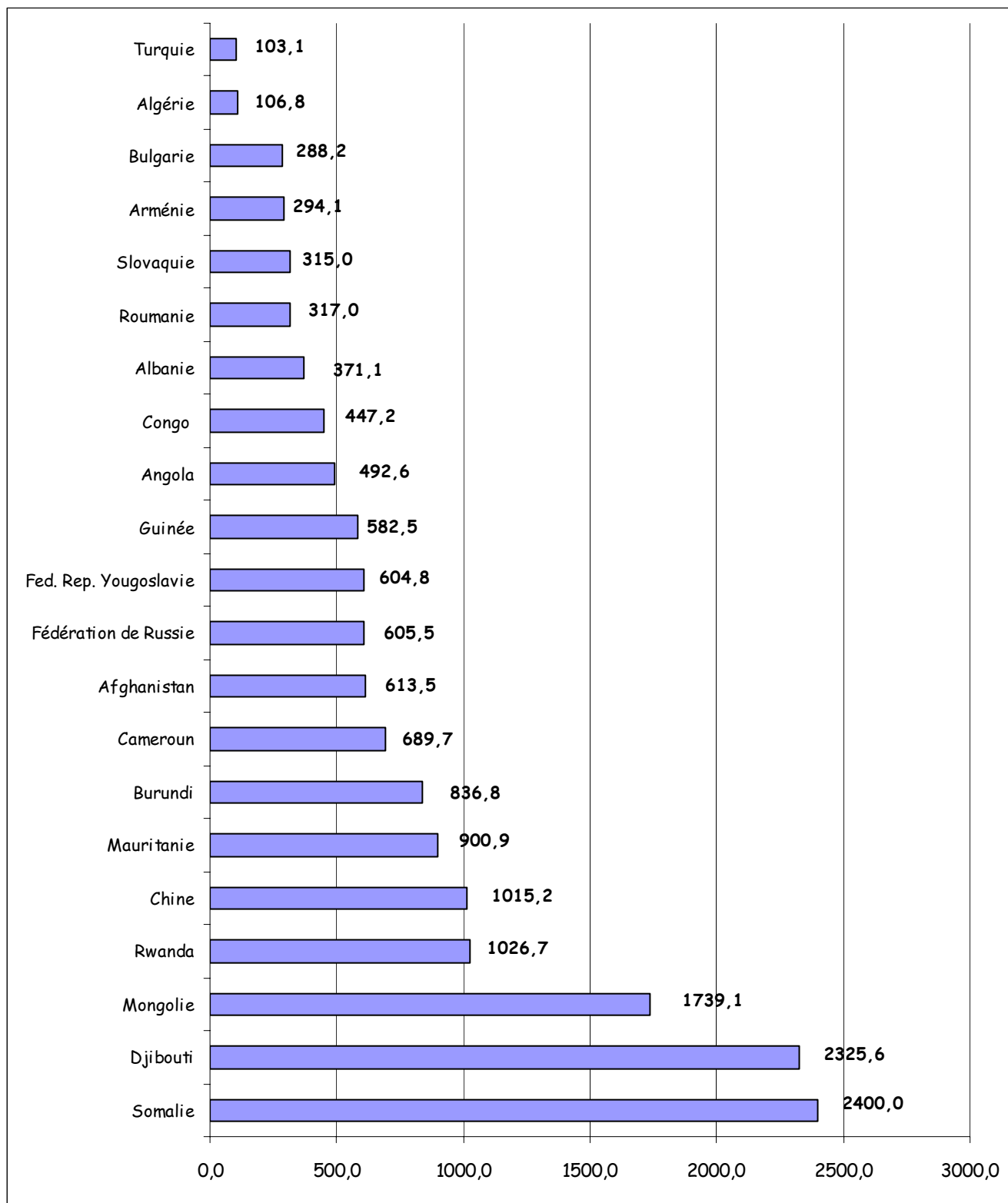


Figure 1 . PREVALENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE A L'ENTREE EN BELGIQUE EN FONCTION DU PAYS D'ORIGINE, 2002

Le tableau 5 montre que, globalement, la prévalence de la tuberculose est de **378/100.000** en 2002 chez les DA à l'arrivée dans notre pays, ce qui est 30 fois plus élevé que le taux de détection observé dans la population générale de la Belgique au cours de la même année (12,7/100.000). L'augmentation de la prévalence de la tuberculose chez les DA au cours des dernières années peut être expliquée, en partie, par une meilleure détection des cas de tuberculose à l'arrivée en Belgique ; celle-ci étant liée à l'amélioration de la couverture du dépistage.

Tableau 5. PREVALENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE A L'ARRIVEE EN BELGIQUE, 1999-2002.						
	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
Total	125.397				169	

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

** Le dépistage centralisé de la tuberculose chez les DA à l'arrivée en Belgique a été mis en place en mars 1999.

La figure 2 illustre que, de 1999 à 2002, la plupart des tuberculoses ont été diagnostiquées chez des DA originaires d'Europe (77 personnes, 45%), puis d'Afrique (70 personnes, 42%); 20 DA (12%) provenaient d'Asie et 1 seul (1%) était originaire d'Amérique Latine. Pour un DA la nationalité était inconnue.

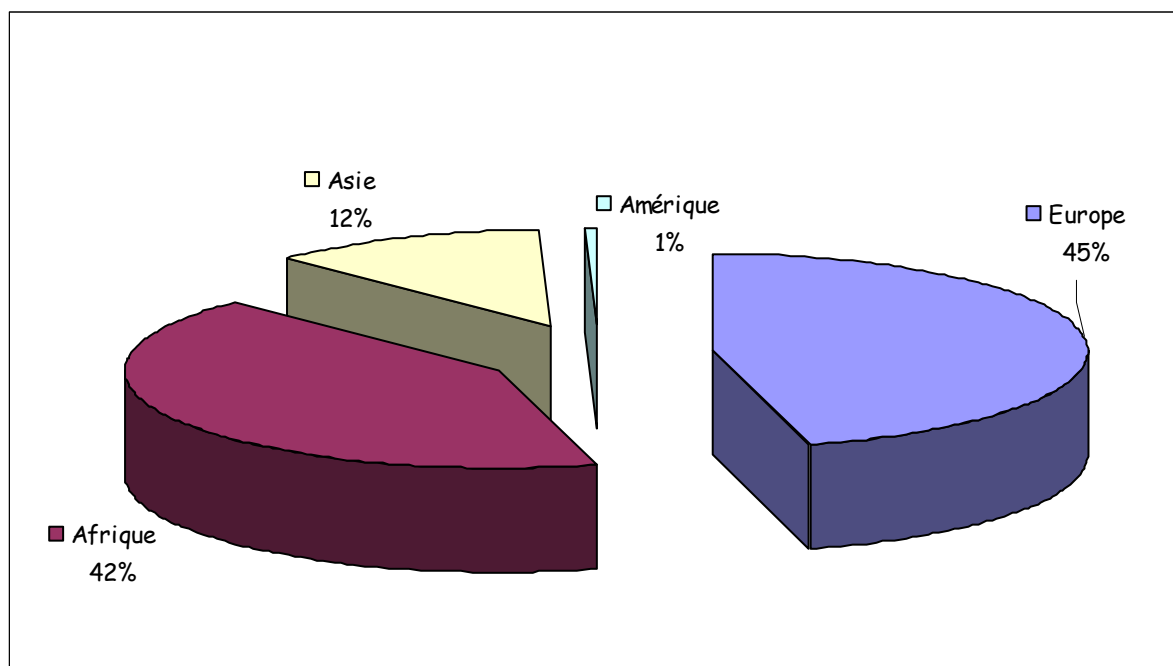


Figure 2: TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE A L'ARRIVEE EN BELGIQUE EN FONCTION DE LA NATIONALITE, 1999-2002

Résultat du traitement instauré chez les patients tuberculeux dépistés à l'Office des Etrangers (OE) en 2002

La VRGT et la FARES ont suivi 68 DA chez qui une tuberculose a été diagnostiquée en 2002 lors de leur arrivée en Belgique (figure 3) :

- Pour 29 (42,6%) patients, le résultat du traitement a été favorable (guérison avec (n=1) ou sans confirmation bactériologique (n=28)).
- Un (1,5%) patient est décédé de tuberculose avant la fin du traitement.
- 15 (22,1%) patients sont encore momentanément sous traitement.
- 18 (26,5%) patients ont été perdus de vue avant la fin du traitement.
- Chez 5 (7,3%) DA le traitement a été interrompu après 2-3 mois pour raisons médicales.

Une expulsion précoce des DA sous traitement reste encore cette année un problème important : plus d'un quart (26,5%) des DA chez qui une tuberculose a été découverte en 2002 ont été perdus de vue avant que leur traitement ne soit terminé. Il est connu que 4 d'entre eux ont reçu l'ordre de quitter le territoire, certains s'y sont conformés, alors que d'autres sont rentrés dans l'illégalité. Parmi eux, se trouvait un patient tuberculeux multirésistant. 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). C'est pourquoi la FARES et la VRGT ont entamé des démarches auprès de l'OE afin de proposer la mise en place d'un règlement pratique permettant d'éviter qu'un DA tuberculeux ne soit expulsé pendant la durée de son traitement.

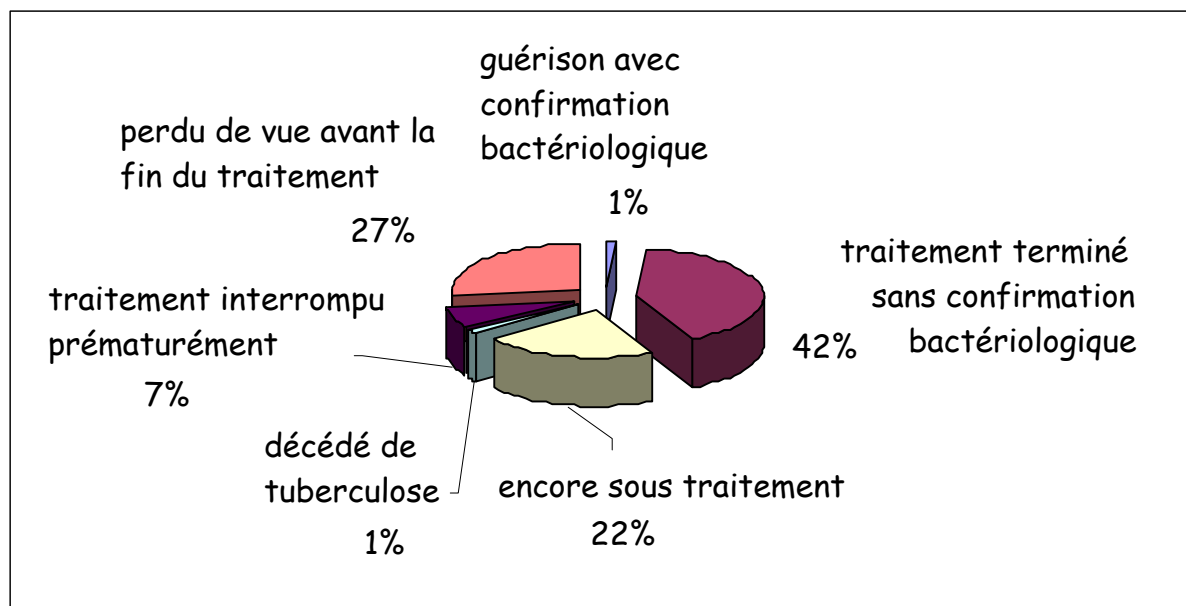


Figure 3. RESULTATS DU TRAITEMENT INSTAURE CHEZ LES DA TUBERCULEUX DIGNOSTIQUES A L'ENTREE EN BELGIQUE, 2002

Collecte des données

En 2002, la VRGT était en charge de la gestion d'une base de données qui contenait les principales informations relatives au dépistage à l'entrée (toutes catégories incluses) et au suivi des demandeurs d'asile de catégories 1, 2, 3, 6, 10.

En 2003, il est prévu de centraliser d'autres informations dans cette base de données comme les résultats des dépistages périodiques effectués en Flandre et en Région bruxelloise (dans les centres d'accueil et dans les Initiatives Locales d'Accueil (ILA) - voir point B.) et ceux relatifs aux dépistages réalisés dans les structures décentralisées de la FARES et de la VRGT. Cette manière de procéder permettra de mieux évaluer l'efficacité globale du dépistage de la tuberculose parmi les demandeurs d'asile.

B. Dépistages périodiques au cours des deux premières années du séjour en Belgique

Le dépistage périodique au cours des deux premières années du séjour en Belgique a été mis en place en Flandre, via la VRGT, pendant le deuxième semestre 2002. En Région bruxelloise, il a été organisé par le Petit Château qui est équipé d'un appareil radiologique (les RX étant protocolées par un pneumologue de la VRGT). En région Wallonne, ce type de dépistage n'a pu débuter en 2002 à la suite de problèmes d'ordre organisationnel.

Le groupe ciblé par le dépistage périodique était constitué en 2002 des DA ≥ 5 ans résidant dans les centres d'accueil.

L'objectif de cette nouvelle stratégie de dépistage de la tuberculose est de suivre chaque DA tous les 6 mois pendant les 2 ans qui suivent son arrivée en Belgique. A côté de la possibilité de mettre en évidence des tuberculoses chez les DA qui séjournent longtemps dans les centres et dont le risque de développer la maladie reste important, ces examens répétitifs vont permettre de récupérer des personnes qui seraient passées entre les mailles du filet du dépistage initial.

Le tableau 6 présente des données relatives aux dépistages périodiques organisés dans les provinces flamandes et à Bruxelles (y compris le dépistage hebdomadaire réalisé dans les centres fermés de Steenokkerzeel et de Melsbroek³). Y sont présentées aussi les informations sur les dépistages occasionnels organisés dans les dispensaires de la VRGT. Le nombre total de DA résidant plus de 6 mois dans les structures d'accueil ou sur le territoire de la Flandre et de Bruxelles n'étant pas connu, il a été impossible de calculer le taux de couverture de ce dépistage en 2002.

³ Ces centres accueillent les DA qui arrivent via l'aéroport de Zaventem comme des DA résidant depuis quelques temps en Belgique. Il est impossible de faire la différence entre ces deux groupes.

Tableau 6. DEPISTAGE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE RESIDANT PLUS DE 6 MOIS EN BELGIQUE, PAR PROVINCE (REGION FLAMANDE) ET A BRUXELLES, 2002		
<i>Centres d'accueil/ILA</i>	<i>Fréquence des dépistages périodiques et des dépistages occasionnels organisés dans les dispensaires de la VRGT</i>	<i>Nombre de RX effectuées</i>
Flandre Orientale		912
De Passage	2 fois par an avec le MRU et occasionnellement au dispensaire	297
Patio	Occasionnellement au dispensaire	9
Wingene	1 fois par an avec le MRU et occasionnellement au dispensaire	82
Menen	2 fois par an au dispensaire	33
ILA	1 fois par an avec le MRU et occasionnellement au dispensaire	468
De Blick	?	13
De Lier	?	10
Flandre Orientale		372
St Niklaas	?	42
Deinze	Occasionnellement au dispensaire	12
Eeklo	2 fois par an avec le MRU	80
't Huis Aalst	?	5
ILA	?	233
Anvers		1723
Linkeroever A'pen	1 fois par an avec le MRU	81
Arendonk	2 fois par an avec le MRU	46
Ekeren	1 fois par an avec le MRU	22
Lint	1 fois par an avec le MRU	6
Merksplas	1 fois par semaine avec le MRU	935
Kappellen	Refus du dépistage périodique	
Wommelgem	2 fois par an avec le MRU	59
ILA	2 fois par an avec le MRU	633
Limbourg		461
Bevingen	5 fois par an avec le MRU	459
Lanaken [#]	Dans le privé	-
Overpelt [#]	Dans le privé	-
ILA	À la demande avec le MRU	2
Brabant flamand		1146
Steenokkerzeel	1 fois par semaine avec le MRU	468
Melsbroek	1 fois par semaine avec le MRU	543
Alsemberg	2 fois par an avec le MRU	109
Steenokkerzeel (Croix Rouge)	1 fois par an avec le MRU	26
Région bruxelloise		247
Petit Château	Sur place avec leur propre appareil RX	247
Total		4.861

[#] Deux centres d'accueil du Limbourg (Lanaken en Overpelt) ont préféré se charger eux-mêmes du dépistage périodique. Les résultats de celui-ci ne sont pas disponibles.

Les dépistages périodiques effectués dans les centres d'accueil de la Région flamande et de la Région bruxelloise ont permis de mettre en évidence 12 cas de tuberculose active entre juillet et décembre 2002 : 2 en Flandre Orientale, 3 à Anvers, 6 dans le Brabant flamand et 1 dans le Limbourg.

Le taux de détection de la tuberculose chez les DA résidant depuis plus de 6 mois en Belgique est donc de 247/100.000 ; ce résultat quoiqu' élevé est plus bas que la prévalence de la tuberculose observée chez les DA à l'entrée dans notre pays (378/100.000). De toute façon, ce taux de détection dépasse de loin les critères établis au niveau international pour organiser un dépistage actif ⁴.

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

Le dépistage radiologique des DA ≥ 5 ans est également réalisé par le personnel de la FARES et de la VRGT dans leurs dispensaires ; il peut être actif ou passif. En 2002, 19 tuberculoses ont été diagnostiquées chez les DA ayant consulté ces deux instances. Il est parfois difficile de faire la distinction entre le statut de DA et celui d'illégal ; ce fût le cas pour deux patients tuberculeux découverts par le dispensaire d'Anvers. Le tableau 7 donne une idée globale des activités radiologiques menées en 2002 par les deux associations chez les DA ≥ 5 ans (essentiellement dans les dispensaires).

Tableau 7. DEPISTAGE RADIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE (≥ 5 ANS) DANS LES DISPENSAIRES DE LA VRGT ET DE LA FARES, 2002.		
	Nombre de RX thorax effectuées chez les DA ≥ 5 ans dans les dispensaires**	Nombre de tuberculoses actives diagnostiquées
Flandre Orientale	356	0
Flandre Occidentale	255	0
Anvers	426	2 (+2)*
Limbourg	32	0
Brabant flamand	47	1
Bruxelles	149	13
Brabant wallon	36	0
Namur	377	2
Hainaut	185	0
Liège	279	1
Luxembourg	183	0
Total	2.325	19 (+2)

* Pour ces 2 patients, il est impossible de dire s'ils sont toujours dans la procédure de demande d'asile ou s'ils résident illégalement sur le territoire.

** Dans certains cas la RX est effectuée dans le curatif mais le dossier est géré par la FARES.

⁴ Le critère international pour organiser un dépistage actif est un taux de détection ou une incidence de la tuberculose de 50-100/100.000 personnes dans la population ciblée.

Au total, 99 (+2) tuberculoses ont été diagnostiquées chez des DA \geq 5 ans en 2002:

- 68 à l'arrivée, à l'occasion du dépistage radiologique "centralisé" organisé par la "cellule dépistage" du North Gate.
- 12 à l'occasion de dépistages périodiques organisés dans les centres d'accueil de Flandre (principalement MRU VRGT) et de Bruxelles (Petit Château).
- 19 (+2) dans les dispensaires de la VRGT et de la FARES.

Le taux de détection de la tuberculose chez les DA \geq 5 ans est globalement estimé à 395,9/100.000 en 2002.^{5,6}

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

6 Pour calculer l'incidence de la tuberculose chez les DA en Belgique, il faut tenir compte aussi des patients détectés par le secteur curatif ; ceci est possible via la déclaration de tuberculose envoyée aux inspections d'hygiène. Ces résultats seront présentés dans le rapport épidémiologique de la tuberculose 2002.

2. DEMANDEURS D'ASILE < 5 ANS⁷

Le dépistage de la tuberculose chez les enfants < 5 ans, par un test tuberculinique (TT), ne peut être organisé de manière centralisée à l'OE car aucun personnel (para)médical n'est présent à la cellule dépistage du North Gate. Par ailleurs, le TT se fait en deux temps (réalisation du test + lecture 3 à 5 jours plus tard) ce qui nécessite deux visites qu'il est impossible de gérer à l'OE.

Le dépistage des jeunes enfants est principalement effectué dans les structures d'accueil où ils sont référés avec leur famille. Pour 2002, il est impossible de calculer le taux de couverture global de ce dépistage car la VRGT/FARES ne disposent pas de toutes les informations étant donné que plusieurs instances sont concernées :

- Dans les *centres fédéraux -administrés par FedAsil-* et dans les centres fermés de la Région flamande le dépistage est effectué, le plus souvent, par les infirmières de la VRGT. En Région bruxelloise, le service médical du Petit Château réalise lui-même les TT. En Région wallonne, une partie du dépistage est du ressort de la FARES et l'autre partie est organisée par le personnel des services médicaux des centres d'Etat.
- Dans les *centres d'accueil sous tutelle de la Croix Rouge* : du côté flamand, le TT est réalisé par les médecins généralistes attachés au centre ; les résultats de ce dépistage ne sont pas transférés à la VRGT. En Wallonie on observe la même organisation que dans les centres d'Etat et les résultats sont souvent disponibles.
- Le dépistage des DA < 5 ans résidant dans les *Initiatives Locales d'Accueil (ILA)*-sous tutelle des CPAS-, peut être pris en charge par la VRGT, la FARES ou par les services curatifs locaux. La VRGT et la FARES sont en possession des résultats des tests qu'elles réalisent elles-mêmes.

Le dépistage des enfants ne résidant pas dans un centre d'accueil ("no show" DA) peut être pris en charge par d'autres instances (*écoles, crèches, consultations de l'ONE...*). La VRGT a travaillé avec le service de la promotion de la santé chez les jeunes et la coordination des maladies infectieuses de la Communauté flamande pour élaborer une proposition de dépistage de la tuberculose chez les primo-arrivants dans les écoles néerlandophones des Régions flamande et bruxelloise. La stratégie retenue sera testée en collaboration avec le Centre de Guidance pour Elèves (CLB) au cours de l'année scolaire 2003-2004, et une évaluation plus globale sera mise en place si nécessaire. En Régions bruxelloise et wallonne, une stratégie de dépistage ciblé vers les primo-arrivants (dont les DA) a été instaurée dans le milieu scolaire francophone depuis l'année scolaire 2002-2003 et dans les consultations ONE depuis plus de 10 ans.

Les données relatives au dépistage des demandeurs d'asile < 5 ans présentées dans le tableau 8 ne concernent que les examens effectués par les infirmières de la FARES et de la VRGT (sauf à Bruxelles où les résultats du Petit Château sont inclus). En 2002, 651 DA ont subi un TT ; 80 (12,3%) ont montré une réaction tuberculinique positive, dont une partie pourrait être la conséquence d'une vaccination récente par le BCG effectuée dans leur pays d'origine. Il n'y a eu aucun diagnostic de tuberculose chez des enfants < 5 ans. Les résultats du dépistage par TT organisé par la cellule médicale des centres d'accueil sont exposés plus loin (cfr point III).

⁷ Les femmes enceintes doivent aussi subir un dépistage par TT. En 2002, aucune donnée relative à ce dépistage n'est disponible.

Tableau 8. DEPISTAGE ORGANISE PAR LA FARES ET LA VRGT CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE < 5 ANS, BELGIQUE-2002⁸

Province	Nombre de DA < 5 ans ayant subi un TT				Nombre de RX thorax après TT positif/douteux	
	<i>Négatif</i>	<i>Douteux</i>	<i>Positif</i>	<i>Total</i>	<i>Normale</i>	<i>Suspicion TBC</i>
Anvers	128	8	3	139	7	0
Flandre Orientale	81	2	15	98	15	0
Flandre Occidentale	13	1	0	14	0	0
Limbourg	108	11	25	144	31	0
Brabant Flamand	50	2	19	71	19	0
Brabant Wallon	0	0	0	0	0	0
Namur	93	3	8	104	6	0
Hainaut	5	0	0	5	0	0
Liège	8	0	2	10	0	0
Luxembourg	3	0	4	7	1	0
Bruxelles	53	2	4	59	4	0
Total	542	29	80	651	83	0

Les centres d'accueil dont sont issus les DA chez lesquels un TT (voire une RX contrôle) a été réalisé par les équipes de la FARES et de la VRGT sont les suivants:

- *Province d'Anvers* : Linkeroever, Broechem, Ekeren, Arendonk, Lint, Wommelgem, Kapellen, ILA provinciales.
- *Province du Brabant Flamand* : Melsbroek, Steenokkerzeel, Alseberg et Steenokkerzeel (Kasteel van Ham).
- *Province de Flandre Orientale*: De passage, Patio, Menen, Wingene, de Refuge, IALs de Nieuwpoort, Veurne, Waregem, Moorslede, Kortrijk, Anzegem, Zoersel, et Laakdal.
- *Province de Flandre Occidentale* : Deinze, Eeklo, St Niklaas, 't Huis Aalst, ILA Lochristi et Essen, centre pour tziganes.
- *Province du Limbourg* : Bevingen, Lanaken, Overpelt, ILA de Genk et Hechtel.
- *Province du Brabant Wallon* : Rixensart.
- *Province de Namur* : Sugny, Florennes, Hastière, Yvoir.
- *Province du Hainaut* : Jumet, Morlenwelz.
- *Province de Liège* : Manderfeld, Nonceveux, Fraipont.
- *Province du Luxembourg* : Bovigny, Rendeux, Hotton, Manhay, Arlon, Virton.
- *Région bruxelloise* : Petit Château.

En 2002, la Belgique a accueilli au total 1.788 DA < 5 ans. Ceci signifie que la FARES et la VRGT n'ont atteint que 36,4% de ce groupe cible au cours du dépistage de la tuberculose par TT. Etant donné que les données fournies par d'autres instances sont trop partielles, il est impossible de calculer la couverture globale de ce dépistage en 2002 (cfr point IV).

⁸ A l'exception du petit Château (Bruxelles), où les TT sont effectués par la cellule médicale.

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

En janvier 2003, il a été demandé aux centres d'accueil de tout le pays (fédéraux et Croix Rouge) de remplir un questionnaire d'évaluation relatif au dépistage de la tuberculose organisé chez les DA et de le renvoyer à la FARES/VRGT. Ce formulaire avait été présenté dans la première version des "Recommandations pour le dépistage des demandeurs d'asile" distribuées officiellement en janvier 2002. L'objectif était d'obtenir, d'une part une vision globale et exhaustive du dépistage effectué chez les DA et, d'autre part, de tester la qualité des données collectées par la FARES/VRGT.⁹

Au total, 45 questionnaires ont été envoyés :

- 25 ont été renvoyés complètement remplis (taux de réponses de 55,6%).
- 20 n'ont pas été renvoyés ou l'ont été mais incomplètement remplis (44,4%).

Le taux relativement élevé de non-réponses et de questionnaires incomplètement remplis, fait que les résultats du *dépistage radiologique* rapportés par les centres (et par quelques ILA) (tableau 9) doivent être interprétés avec prudence ; ils ne permettent pas d'obtenir une évaluation globale du dépistage effectué dans les centres, ni en Belgique, comme le démontre ce qui suit :

- Le nombre total de RX réalisées à l'OE rapporté par les centres est de 6.251 ; ce qui représente seulement 34,7% de toutes les RX (n=18.008) prises chez les demandeurs d'asile à l'arrivée dans notre pays en 2002.
- Les 25 tuberculeux rapportés comme "découverts après le dépistage subi à l'OE" représentent seulement 36,7% du nombre réel de malades diagnostiqués à l'arrivée en 2002 (n=68).
- Les 42 DA chez qui une tuberculose aurait été diagnostiquée (à la suite d'un dépistage actif ou d'un dépistage passif), représentent seulement un quart de tous les DA notifiés dans le registre de la tuberculose de 2002 (n=157).

Cependant, les données rapportées par les centres d'accueil sont très intéressantes pour évaluer la qualité du dépistage actif de la tuberculose.

Parmi les 42 tuberculeux diagnostiqués en 2002 dans les centres:

- 59,5% (n=25) auraient été détectés activement à l'occasion du dépistage organisé au North Gate (OE) à l'arrivée en Belgique.
- 14,3% (n=6) auraient été découverts à l'occasion d'un dépistage actif (périodique) organisé dans les centres.
- en 26,2% (n=11) auraient été diagnostiqués passivement.

Ces résultats semblent démontrer que le dépistage actif est très efficace, mais vu le petit nombre de cas pris en compte dans cette comparaison et leur non représentativité, il est impossible de tirer une telle conclusion actuellement.

⁹ Contrôle de qualité : en comparant les données relatives au dépistage fournies par les centres d'accueil aux données enregistrées par la FARES/VRGT.

Tableau 9. RESULTATS DU DEPISTAGE RADIOLOGIQUE FOURNIS PAR LES CENTRES D'ACCUEIL/ILA, BELGIQUE - 2002

Centres d'accueil pour DA	Nombre total DA par centre		RX effectuées à l'OE, et rapportées par les centres			Résultat des RX effectuées localement à la demande des centres d'accueil						TBC actives dépistées passivement	Nombre total de DA avec une TBC active
	≤ 5 a.	>5 a.	RX	% DA centre avec RX	TBC actives dépistées à l'OE	Normal	Suspicion TBC active	Séquelles de TBC	Autre anomalie	Pas info	TBC actives dépistées localement		
St Truiden	111	962	474	49,3	4	382	0	0	4	5	0	5	9
Westende	85	1085	901	83,0	2	292	2	3	0	0	1	3	6
Brugge	4	98	94	95,9	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Arendonck	9	123	121	98,4	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Wommelgem	32	446	442	99,1	2	4	0	0	0	0	0	0	2
Petit Château													0
Kapellen													0
Ekeren													0
Broechem													0
Houthalen													0
ILA Heusden	0	32	32	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILA Knokke Heist	0	18	17	94,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RK Alseberg	35	335	?										0
RK Deinze	11	114	112	98,2	0	2	0	0	0	0	0	0	0
RK Eeklo	22	248		0,0									0
RK De Foyer	0	76		0,0									0
Foyer Sella	18	123		0,0									0
RK Lanaken	65	461		0,0									0
RK Linkeroever	43	407		0,0									0
RK Lint	18	219		0,0									0
RK Menen	10	98		0,0									0

Centres d'accueil pour DA	Nombre total DA par centre		RX effectuées à l'OE, et rapportées par les centres			Résultat des RX effectuées localement à la demande des centres d'accueil						TBC actives dépistées passivement	Nombre total de DA avec une TBC active
	≤ 5 a.	>5 a.	RX	% DA centre avec RX	TBC actives dépistées à l'OE	Normal	Suspicion TBC active	Séquelles de TBC	Autre anomalie	Pas info	TBC actives dépistées localement		
RK Overpelt	6	253		0,0									0
RK Sint-Niklaas	40	327		0,0									0
RK Steenokkerzeel	15	124	?		1	24	1	0	0	0	0	0	1
RK Wingene	25	237		0,0									0
Jumet	25	364	287	78,8	2	26	0	1	0	0	0	1	3
Rixensart	40	222	117	52,7	1	63	1	2	0	0	0	0	1
Sugny	25	121	93	76,9	0	14	1	2	1	0	1	0	1
Florennes	83	592	383	64,7	0	174	0	5	11	0	0	0	0
Bovigny	62	432	367	85,0	1	30	0	2	0	0	0	1	2
Hastière	0	185	173	93,5	0	12	0	0	0	0	0	0	0
Manderfeld	39	610	450	73,8	2	71	2	3	0	0	2	0	4
Rendeux	33	205	185	90,2	0	17	0	1	2	0	0	0	0
Nonceveux	16	452	416	92,0	1	26	1	4	5	0	0	0	1
Fraipont	30	581	325	55,9	2	159	0	0	0	0	0	0	2
Merleux	28	323	263	81,4	1	37	1	1	2	0	1	0	2
Manhay	43	176	164	93,2	2	2	3	1	1	2	1	0	3
Yvoir	86	576	463	80,4	2	102	0	0	11	0	0	1	3
Morlanwelz	20	200	170	85,0	1	30	0	0	0	0	0	0	1
Arlon	9	251	202	80,5	1	25	0	0	0	0	0	0	1
Virton													0
TOTAL	1088	11076	6251	56,4	25	1496	12	25	37	7	6	11	42
TOTAL REEL	1.788	19.575	18.008	92,0	68								(registre)157

N.B. Vottem n'est pas repris dans ce tableau

Les données relatives au dépistage des enfants ≤ 5 ans par *test tuberculinique* (TT), telles qu'elles ont été fournies par les centres d'accueil, sont reprises dans le tableau 10. Ces résultats sont incomplets et doivent être interprétés avec prudence :

- A l'arrivée, les centres ont enregistré 1.088 jeunes DA, ce qui représente seulement 61% des 1.788 DA de la même tranche d'âge répertoriés par l'OE. Un TT a été effectué chez 43% du public cible. Par ailleurs, ces 472 TT représentent seulement 72,5% des (non exhaustifs) 651 tests réalisés, en 2002 à l'entrée (cfr tableau 8).
- Parmi les 465 TT lus, 33 étaient positifs (7%). Aucune information n'a été recueillie sur le suivi radiologique des TT positifs et par conséquent, il est impossible de déterminer si un ou plusieurs cas de tuberculose ont été découverts chez ces enfants.

Tableau 10. RÉSULTATS DU DÉPISTAGE PAR TESTS TUBERCULINIQUES, FOURNIS PAR LES CENTRES D'ACCUEIL ET LES ILA, BELGIQUE - 2002

Centres d'accueil pour DA	Nombre de DA ≤ 5 ans	Tests tuberculiniques (TT)				
		Nombre de TT réalisés	Négatif	Douteux	Positif	TT non lu
St Truiden	111	50	46	0	4	
Westende	85	45	43	0	2	
Brugge	4	2	2	0	0	
Arendonck	9	9	0	0	0	
Wommelgem	32	28	23	0	5	
Klein Kasteeltje						
Kapellen						
Ekeren						
Broechem						
Merksplas						
Houthalen						
ILA Heusden	0	0	0	0	0	
ILA Knokke Heist	0	0	0	0	0	
RK Alsemberg	35					
RK Deinze	11	1	1	0	0	
RK Eeklo	22					
RK De Foyer	0					
Foyer Sella	18					
RK Lanaken	65					
RK Linkeroever	43					
RK Lint	18					
RK Menen	10					
RK Overpelt	6					
RK Sint-Niklaas	40					
RK Steenokkerzeel	15	15	15	0	0	
RK Wingene	25					
Jumet	25	2	0	0	2	
Rixensart	40	0	0	0	0	
Sugny	25	10	8	0	0	2
Florennes	83	42	35	1	3	3
Bovigny	62	43	39	2	0	2
Hastière	0	0	0	0	0	
Manderfeld	39	16	13	1	2	
Rendeux	33	24	22	1	1	
Nonceveux	16	10	10	0	0	
Fraipont	30	0	0	0	0	
Merleux	28	29	23	0	6	
Manhay	43	35	33	0	2	
Yvoir	86	86	70	10	6	
Morlanwelz	20	20	20	0	0	
Arlon	9	5	5	0	0	
Virton						
TOTAL	1.088	472	408	15	33	7
TOTAL CONNU	1.788	651				

IV. CONCLUSIONS ET PRIORITES CONCERNANT LE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS D'ASILE EN 2003

1. En ce qui concerne le dépistage centralisé des DA :
 - a. La FARES et la VRGT devront être attentives en 2003 à **diminuer le nombre de perdus de vue parmi les DA dont la RX présente des anomalies suspectes de TBC** (objectif < 10%). Il serait intéressant de voir avec FedAsil comment un DA avec une suspicion de tuberculose dont la mise au point n'a pas été effectuée, pourrait être "récupéré" et envoyé vers un service médical au moment où il est convoqué à nouveau au North Gate pour une interview.
 - b. Il est important que la FARES/VRGT progressent dans les démarches qu'elles ont entamées auprès de l'OE en vue d'élaborer une **procédure simple, claire, juridiquement inattaquable qui permettrait de garder tout DA sous traitement antituberculeux sur le territoire belge** le temps qu'il termine sa chimiothérapie et soit guéri.
2. Le **dépistage périodique** dans les centres d'accueil n'est pas exhaustif à l'heure actuelle. Le nombre relativement élevé de tuberculoses qui ont été détectées par ce biais-là en 2002 plaide pour une **augmentation de la couverture et de la fréquence** de ce type de dépistage. Ceci implique que les centres puissent identifier les DA qui séjournent plus longuement dans notre pays (6, 12, 18, 24 mois).
3. La **collaboration avec d'autres instances concernées par l'enfance** doit être **optimisée** en vue de mieux toucher les jeunes DA < 5 ans. Les principaux partenaires sont pour la Flandre / Bruxelles: de Centra voor Leerlingen Begeleiding, Kind en Gezin et en Wallonie/ Bruxelles : l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), les services PSE (Promotion Santé à l'Ecole).
4. La **collecte des données** relative au dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile **doit être optimisée** (par exemple, données concernant le dépistage des femmes enceintes, des DA résidant plus de 6 mois en Belgique....). Le questionnaire de collecte de données envoyé dans les centres d'accueil doit être revu en fonction des remarques formulées ci-dessus.
5. Les "**Recommandations relatives au dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile**" doivent être **adaptées** par la FARES et la VRGT en tenant compte de l'évaluation du dépistage 2002 et des nouvelles procédures préconisées. Elles devront être diffusées largement auprès des centres d'accueil et des ILA.
6. Il est aussi important de réfléchir avec les responsables de zones de FedAsil à l'organisation du **dépistage (à l'entrée et périodique) dans les Initiatives Locales d'accueil (ILA)** mais aussi à la meilleure manière d'y **optimiser le suivi des DA suspects de tuberculose**.
7. Il est également nécessaire de **mieux informer les DA ainsi que le personnel** en contact régulier avec ceux-ci au sujet de la tuberculose.

V. PROJETS/ACTIVITES POUR L'AVENIR

1. Digitalisation des services de radiologie/informatisation du transfert des données

Dans l'avenir (fin 2003- début 2004), la VRGT va procéder au remplacement de l'appareil RX d'un de ses cars par un système digitalisé : cela permettra la transmission plus rapide des protocoles radiologiques par voie électronique. Il serait intéressant d'envisager le même projet au niveau de la "cellule dépistage" de l'OE. En outre, la transmission des données par voie électronique semble être une solution d'avenir notamment en ce qui concerne la collecte des résultats des dépistages organisés dans les centres d'accueil.

2. Adaptation du formulaire d'évaluation du dépistage destiné aux centres d'accueil

Une nouvelle version du questionnaire d'évaluation du dépistage des DA dans les centres d'accueil sera élaborée en collaboration avec FedAsil et sera diffusée en même temps que les nouvelles "Recommandations relatives au dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile" .

3. Journées de formation sur la tuberculose organisées pour le personnel des centres d'accueil et des Initiatives Locales d'Accueil

La FARES/VRGT, organiseront en 2003 des formations qui aborderont la nouvelle procédure de dépistage chez les DA ; elles feront aussi toute la lumière sur la tuberculose et l'infection tuberculeuse latente (LTBI), en général. De telles journées permettront de clarifier les tâches de chaque partenaire dans le cadre du dépistage et du suivi des DA. Par ailleurs, ces rencontres seront l'occasion d'échanges entre la FARES/VRGT et le personnel des centres d'accueil et des ILA.

4. Elaboration de matériels d'information pour les DA

La FARES/VRGT développeront de nouveaux documents d'information générale sur la tuberculose ; ceux-ci mettront également en évidence des messages de prévention. Ils seront mis à disposition des centres ou distribués à l'occasion de séances d'information organisées par les infirmières FARES/VRGT.



COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE