

Fonds des Affections Respiratoires - asbl



FARES

Actualisation des recommandations relatives à la
prévention de la tuberculose dans les universités

2012



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec les membres du groupe de travail santé du CIUF.

Ont participé à cette publication: Chevalier Diane, Decamp Françoise, Delville Jacqueline, Groessens Isabelle, Hazebroucq Anne-Sophie, Lebailly Sylvie, Masureel Anne-Sophie, Pirenne Anne-Cecile, Spitaels Martine, Tilmant Joëlle, Wanlin Maryse

Pour plus d'informations veuillez contacter le Dr M. Wanlin, Directrice Médicale du FARES, maryse.wanlin@fares.be, tel. : 02/512.29.36 – fax : 02/511.14.17, Rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, www.fares.be

Table des matières

Table des matières	3
1. Introduction.....	4
2. La stratégie de prévention de la tuberculose recommandée dans les universités en 1995	5
3. Informations collectées pour évaluer les pratiques et adapter la stratégie de prévention de la tuberculose.....	6
3.1. Résultats de l'enquête menée en juin 2011 dans les universités de la FWB	6
3.2. Résultats des dépistages systématiques organisés en 2006-2011 à l'UCL, l'ULB, les FUNDP chez les primo-arrivants de Pays à Haute Prévalence (PHP).....	7
3.3. Cas de tuberculose diagnostiqués entre 2004 et 2012 parmi les étudiants universitaires : données collectées via le FARES.....	8
3.4. Concertation au sein du groupe de travail santé du CIUF.....	8
4. Actualisation de la stratégie de prévention de la tuberculose	9
4.1. Introduction.....	9
4.2. Les axes de la stratégie de prévention de la tuberculose dans les universités.....	9
4.2.1. Maintenir un dépistage systématique chez les stagiaires à risque	9
4.2.2. Organiser le dépistage des contacts autour d'un malade contagieux	10
4.2.3. Reconsidérer la pertinence du dépistage systématique des primo-arrivants et privilégier davantage une démarche globale de médecine préventive	10
4.2.4. Développer l'information	11
4.2.5. Déclarer tout cas de tuberculose à l'Inspection d'Hygiène et en informer le FARES... ..	11
4.2.6. Organiser la collecte de données relatives à la tuberculose pour évaluer la stratégie	12
5. Conclusion	13
Annexe 1. Coordonnées utiles.....	14
Annexe 2. Questionnaire d'évaluation.....	15

1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la Belgique fait partie des pays à basse incidence de tuberculose puisque celle-ci est sous le seuil de 20 cas par 100.000 habitants; l'incidence était de 10,3/100.000 en 2010. Au cours de cette même année, 82 % des cas déclarés ont été dépistés sur plaintes dans le secteur curatif, les autres cas l'ont été au cours de dépistages ciblant les groupes à risque ou lors du contact tracing. En 2010, 54,6% des cas du registre étaient de nationalité étrangère. L'incidence chez les non-Belges était 10 fois supérieure à celle des Belges (57,3 /100.000 versus 5,2/100.000). La majorité (94,3%) des allochtones atteints de tuberculose provenait de pays à haute prévalence de tuberculose¹.

La stratégie de contrôle de la tuberculose est standardisée et elle tient compte de la situation épidémiologique du pays. L'axe majeur reste le diagnostic précoce et le traitement adéquat des malades. Dans un souci de coût-efficacité, le dépistage est ciblé vers des populations à risque d'être infectées par le bacille tuberculeux et/ou de développer la maladie. En Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), cet axe stratégique a été mis en oeuvre au début des années 90 sur base du rapport Bouckaert². Ce type de dépistage a, par ailleurs, été évalué régulièrement au cours des 2 dernières décennies. Le dépistage des contacts de malades contagieux et celui du personnel à risque constituent les 2 axes complémentaires de la stratégie.

¹ Registre belge de la tuberculose 2010, FARES asbl, mars 2012

² La lutte antituberculeuse dans la Communauté française de Belgique : bilan et prospective, UCL, 29 mars 1990

2. La stratégie de prévention de la tuberculose recommandée dans les universités en 1995

Dans l'optique, de cibler le dépistage, des recommandations ont été rédigées par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) en 1995, spécifiquement pour les étudiants universitaires³. Elles préconisaient :

- Un dépistage systématique des étudiants primo-arrivants issus de pays à haute prévalence par radiographie du thorax ainsi que celui des stagiaires fréquentant le milieu hospitalier/un laboratoire via intradermo-réaction.
- Le dépistage des contacts récents de malades contagieux et, si pertinent, la recherche d'un éventuel contaminateur.

Ces recommandations ont été différemment appliquées par chaque université de la FWB en fonction de l'implication de l'équipe concernée et des moyens disponibles. Dans la plupart des cas, le dépistage a été financièrement à charge de l'université plus particulièrement lorsqu'il s'agissait de stagiaires soumis au dépistage via un service de médecine du travail. Pour les primo-arrivants de nombreuses disparités ont été observées. Dans certains cas le FARES et/ou les provinces (via leurs dispensaires ou leurs unités mobiles radiologiques -UMR-) ont été impliqués, le dépistage étant alors à charge de la FWB.

La situation ayant évolué dans la partie francophone du pays (arrêt de l'activité des UMR de Namur et de Liège depuis le 1^{er} janvier 2012 et décision de la FWB en septembre 2012 de ne plus rembourser les examens de dépistage des primo-arrivants fréquentant les universités), il a été décidé d'adapter les recommandations de 1995 en tenant compte des éléments sus-mentionnés mais aussi de l'efficacité des dépistages pour détecter des tuberculoses actives.

Tout le processus de réflexion et d'évaluation du dépistage a été mené par le FARES en étroite collaboration avec les référents concernés des universités, à savoir les services responsables des questions de santé auprès des étudiants.

³ Recommandations concernant les étudiants universitaires, FARES asbl, janvier 1995

3. Informations collectées pour évaluer les pratiques et adapter la stratégie de prévention de la tuberculose

Afin d'adapter les recommandations de 1995, plusieurs types d'information ont été collectés et ont servi de base pour l'évaluation :

- une enquête menée en 2011 par le FARES auprès des services responsables des questions de santé auprès des étudiants dans les universités en FWB ;
- les résultats des dépistages systématiques réalisés depuis 2006 à l'UCL, les FUNDP et l'ULB chez les primo-arrivants de Pays à Haute Prévalence (PHP) ;
- les données collectées par le FARES sur les cas de tuberculose dans les universités ;
- une concertation entre les services responsables des questions de santé auprès des étudiants et le FARES au sein du groupe de travail « santé » du Conseil Interuniversitaire de la Communauté française (CIUF).

3.1. Résultats de l'enquête menée en juin 2011 dans les universités de la FWB

L'enquête, menée par le FARES, avait pour objectif de mieux connaître les choix stratégiques, les pratiques de dépistage et leurs résultats au cours des dernières années. Cinq universités (UCL, ULB, ULg, UMons, FUNDP) y ont participé par écrit, 2 autres (FUCaM et St Louis) ont répondu au questionnaire par téléphone.

L'enquête a permis de faire les constats suivants :

- Trois (3/7) universités (UCL, ULB, FUNDP) ont une procédure par rapport à la stratégie de dépistage systématique de la tuberculose. Deux (2/7) autres universités (UMons et ULg) demandent un certificat médical de bonne santé à l'inscription.
- Quatre (4/7) universités organisent effectivement un dépistage systématique. Le mode d'organisation de ces dépistages est très différent d'une institution à l'autre.
 - Dans trois (3/4) institutions (ULC, FUNDP, ULB), les primo-arrivants PHP sont ciblés. Une institution (FUCaM) organise un dépistage sur base volontaire pour tous les étudiants.
 - Deux universités (UCL et FUNDP) organisent un dépistage chez les primo-arrivants via une radiographie du thorax. Le dépistage est réalisé principalement par l'UMR de Namur en collaboration avec le FARES et est pris en charge financièrement par l'université et la FWB.
 - Deux universités dépistent par intradermo-réaction (ID). Le dépistage par ID est soit réalisé par le service médical de l'université (primo-arrivants de l'ULB), soit par un service de santé extérieur (tous les étudiants de la FUCaM). Il est financé par les universités.
 - Le dépistage des stagiaires est généralement réalisé par la médecine du travail comme le prévoit la loi ; il est financé par les universités.

- Concernant le dépistage des contacts :
 - Quatre (4/7) universités ont organisé un dépistage des contacts parmi leurs étudiants ces dernières années. Elles ont, à cette occasion, fait appel au FARES comme point d'appui pour organiser le dépistage, pour donner des avis ou de l'information, pour réaliser des ID et/ou être un lieu de référence pour les étudiants avec ID positive.
 - Le dépistage du personnel est toujours géré par la médecine du travail. Il existe peu de communication entre la médecine du travail et les services responsables des questions de santé auprès des étudiants.

➔ **Les approches en matière de dépistage ne sont pas standardisées dans les universités.**

3.2. Résultats des dépistages systématiques organisés en 2006-2011 à l'UCL, l'ULB, les FUNDP chez les primo-arrivants de Pays à Haute Prévalence (PHP)

- Au cours de la période 2006-2011, 1.333 étudiants primo-arrivants de l'UCL ont été dépistés par l'UMR de Namur. Lors des dépistages systématiques, des radiographies ont également été réalisées au dispensaire FARES de Wavre et depuis 2010 à l'hôpital d'Ottignies et à St Luc à Woluwe⁴.
Ce dépistage actif a permis de diagnostiquer une tuberculose (TBC) en 2006. En 2011, une RX suspecte de TBC a été mise en évidence mais l'étudiant n'a pas répondu aux rappels pour effectuer la mise au point; il s'est présenté 6 mois plus tard dans le secteur curatif pour altération de l'état général; une tuberculose active a été confirmée avec un délai de diagnostic important.
- Durant la même période, 220 étudiants primo-arrivants ont bénéficié d'un dépistage par RX aux FUNDP via l'UMR de Namur. Aucune tuberculose n'a été mise en évidence.
- A l'ULB, de 300 à 400 intradermo-réactions ont été réalisées annuellement chez les étudiants primo-arrivants. Entre 2008 et 2011, ce dépistage a atteint un taux de couverture de 48 à 57%. Entre 8 et 10 traitements préventifs ont été prescrits annuellement durant cette période, mais 2 à 3 étudiants par an ont abandonné ce traitement avant la fin. Aucune tuberculose n'a été diagnostiquée via ce dépistage systématique.

Les chiffres dont nous disposons sont partiels. Le nombre total d'étudiants ciblés dans ces trois universités est inconnu, ce qui rend impossible le calcul d'un taux de couverture global du dépistage, d'autant que les étudiants primo-arrivants PHP arrivent tout au long de l'année académique. Par ailleurs, la difficulté de calculer un taux de détection de la tuberculose représentatif de la situation prévalant dans ce groupe cible résulte de la méconnaissance du nombre total d'étudiants ayant subi le dépistage et du biais lié au relativement petit nombre de primo-arrivants.

➔ **De façon générale, l'organisation des dépistages systématiques a nécessité un investissement important en temps et en moyens. Ils n'ont pas permis de détecter un grand nombre de cas de tuberculose parmi les primo-arrivants.**

⁴ A titre d'exemple, en 2011, 219 RX ont été réalisées par l'UMR de Namur et 196 dans les hôpitaux St Pierre et St Luc. En outre, le service des étudiants a centralisé les résultats de 89 RX effectuées ailleurs.

3.3. Cas de tuberculose diagnostiqués entre 2004 et 2012 parmi les étudiants universitaires : données collectées via le FARES

A côté d'une tuberculose mise en évidence lors d'un dépistage systématique (voir ci-dessus), d'autres cas ont été diagnostiqués au cours des dernières années par dépistage passif (sur base de plaintes) ou à l'occasion d'un dépistage des contacts. Des étudiants qui n'appartiennent pas au groupe des primo-arrivants ont développé une tuberculose.

La manière dont la collecte des données a été organisée jusqu'à maintenant ne permet pas d'assurer que tous les cas de tuberculose détectés dans les universités ont été répertoriés par le FARES. Les données sont toutefois suffisamment fiables pour définir une tendance.

Année Académique	Nombre d'étudiants universitaires connus avec TBC (données FARES)	Université	Nationalité des étudiants atteints de TBC	Type de dépistage
2004-2005	1	ULB	Belgique	DC
2005-2006	2	ULB, UCL	Congo et Rwanda	DP + DA*
2009-2010	4	Ulg, UCL	Guinée, Congo(2), Maroc	DP
2010-2011	6	UCL, St Louis, ULB	Belgique (5)**, Burkina Faso	DP
2011-2012 ***	3	ULB (à Charleroi), ULB et UCL	Bénin, Belgique et Pakistan****	DP
Total	16			

DC = *dépistage des contacts* ; DP = *dépistage passif* ; DA = *dépistage actif (systématique)*

* cas détecté à l'UCL lors du dépistage systématique

** dont un cas index et 2 autres étudiants qu'il a contaminé

*** 2011-2012 : chiffres au moment de la rédaction des recommandations

**** étudiant avec une RX suspecte lors du dépistage systématique à l'UCL mais n'ayant pas répondu aux rappels pour mise au point. TBC diagnostiquée (6 mois plus tard) dans le curatif sur plaintes. A été considéré comme dépistage passif.

➡ **La tuberculose touche des étudiants universitaires en dehors du groupe à risque des primo-arrivants. La majorité des cas de tuberculose a été dépistée à la suite de plaintes.**

3.4. Concertation au sein du groupe de travail santé du CIUF

Les résultats de l'enquête et des dépistages ciblant les primo-arrivants ainsi que le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués parmi les étudiants universitaires ont été présentés au groupe de travail santé du CIUF. Une réflexion a été entamée pour définir quelles pourraient être les alternatives au dépistage systématique. Une demande d'information du personnel en charge des étudiants a été formulée et l'idée d'un projet collectif de création d'un outil pédagogique pour les étudiants, en particulier ceux de PHP, a été avancée.

➡ **Un besoin en matière d'information sur la tuberculose a été mis en évidence.**

4. Actualisation de la stratégie de prévention de la tuberculose

4.1. Introduction

Pour modifier la stratégie préconisée en 1995, il est nécessaire de prendre en compte les constats suivants :

- Il y a une disparité dans l'application d'une politique de prévention de la tuberculose dans les différentes universités en FWB.
- Au cours des 5 dernières années, 1 seul cas de tuberculose a été mis en évidence via le dépistage systématique ciblant les primo-arrivants de PHP alors que des moyens importants ont été déployés.
- La tuberculose touche des étudiants universitaires en dehors du groupe à risque des primo-arrivants ; la majorité des cas a été dépistée à la suite de plaintes.
- Les moyens « extra-universitaires » ont été revus à la baisse : les UMR ont cessé leur activité depuis le 1^{er} janvier 2012. Par ailleurs, la FWB a pris la décision de ne plus financer le dépistage systématique effectué chez les étudiants universitaires primo-arrivants de PHP.

La réflexion menée actuellement en collaboration avec les services universitaires concernés (3.4.) est très proche du processus qui s'est déroulé dans le milieu scolaire. Dans ce cadre, le dépistage est devenu de plus en plus ciblé pour n'envisager que les primo-arrivants de PHP. Depuis 2007, ce dépistage a été supprimé tout en maintenant une attention soutenue pour ce groupe à risque, notamment via un bon niveau d'information par rapport à la tuberculose et l'organisation d'un examen de santé au cours de la première année qui suit l'arrivée en Belgique. Le dépistage des contacts est devenu la priorité⁵.

4.2. Les axes de la stratégie de prévention de la tuberculose dans les universités

4.2.1. Maintenir un dépistage systématique chez les stagiaires à risque

Depuis 1999, (AR relatif à la protection des jeunes au travail du 3 mai 1999), l'organisation du dépistage des étudiants-stagiaires est du ressort des services de médecine du travail.

Sont plus particulièrement ciblés, les étudiants (médecine, dentisterie,...) réalisant des stages à l'hôpital ou en laboratoire durant lesquels le risque d'entrer en contact avec le bacille de Koch est plus élevé.

C'est au médecin du travail de définir le risque de contamination par le bacille tuberculeux et la pertinence de réaliser un dépistage par test tuberculinique.

⁵ Stratégie de prévention de la tuberculose en milieu scolaire 2012-2017. Téléchargeable sur le site www.fares.be

4.2.2. Organiser le dépistage des contacts autour d'un malade contagieux

Si une tuberculose contagieuse⁶ est diagnostiquée (cas index) parmi les étudiants (mais aussi le corps enseignant ou les services administratifs), un dépistage des contacts doit être entrepris afin de déterminer quelles sont les personnes qui ont été contaminées au sein de l'université mais également en dehors de celle-ci. **Il s'agit d'un axe prioritaire.**

Il existe une procédure clairement établie pour organiser le dépistage prophylactique en fonction du degré de contagiosité du cas index et de la fréquence/ du type de contacts.

Le FARES est chargé de la coordination du dépistage. Au niveau de l'université, celui-ci doit être organisé en collaboration étroite avec les services concernés.

L'organisation du dépistage prophylactique est une compétence de la FWB et est donc financièrement à charge de celle-ci pour autant que le FARES le réalise.

4.2.3. Reconsidérer la pertinence du dépistage systématique des primo-arrivants et privilégier davantage une démarche globale de médecine préventive

Les primo-arrivants originaires de Pays à Haute Prévalence⁷ ont un risque majoré de développer la tuberculose. Il est donc nécessaire de rester vigilant par rapport à ce groupe cible. Dans les universités, le dépistage radiologique systématique de ces étudiants ne semble toutefois pas être le meilleur moyen de mettre en évidence la tuberculose active (maladie). Selon les données collectées, la rentabilité de ce dépistage ciblé est faible au regard des moyens déployés.

Le FARES recommande une approche systématique des étudiants primo-arrivants de Pays à Haute Prévalence qui s'inscrit dans une démarche plus large de médecine préventive et de promotion de la santé.

Si dans le cadre de cette prise en charge globale, un dépistage (par radiographie du thorax voire par test tuberculinique) est jugé pertinent, il faut veiller à garantir un suivi optimal des cas suspects de tuberculose pour confirmer (ou infirmer) la maladie, ainsi que des tests tuberculiques positifs (réalisation d'une radiographie du thorax et prescription d'un traitement préventif en fonction de la présence de facteurs favorisant le développement de la tuberculose).

Ce dépistage est organisé par l'université et est financièrement à sa charge. Le recours à une unité mobile radiologique n'est plus possible depuis le 1^{er} janvier 2012.

La tuberculose peut toucher n'importe qui, indépendamment du sexe et de l'origine. Les cas de tuberculose diagnostiqués dans les universités au cours des dernières années le démontrent

⁶ Les formes contagieuses de tuberculose sont les formes pulmonaires et laryngées dont l'examen microscopique direct et/ ou la culture sont positifs.

⁷ Pays à haute prévalence :

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

(3.3). Par ailleurs, le registre de la tuberculose met en exergue le fait, que de manière générale, les personnes originaires de Pays à Haute Prévalence ont un risque majoré de développer la maladie (cf introduction). Il est donc nécessaire de maintenir la vigilance au sein des universités, en particulier vis-à-vis de ce dernier groupe, plus large que celui des primo-arrivants.

Quelle que soit la population ciblée, **il faut privilégier le « dépistage passif » : c'est à dire la reconnaissance rapide des signes d'appel de tuberculose (soit par le service médical universitaire, soit par l'étudiant lui-même), suivie par une mise au point dans le secteur curatif.**

En Belgique, le projet BELTA-TBnet permet, sous certaines conditions (www.belta.be), l'accès aux soins à tout étudiant confronté à des difficultés pour financer les examens (de diagnostic et de suivi) ainsi que le traitement de la tuberculose.

4.2.4. Développer l'information

Vu la nécessité de rester vigilant face à la tuberculose dans le milieu universitaire, **il est requis de sensibiliser les étudiants ayant un risque majoré et de former les personnes qui au sein de l'institution vont être les relais en matière d'information.**

Lors de la concertation au sein du groupe de travail santé du CIUF (3.4.), il est apparu que la création d'un outil pédagogique interactif sur internet (type questionnaire) pourrait inciter les étudiants à en savoir plus sur la tuberculose. Cet outil devrait comprendre un tronc commun (généralités sur la tuberculose, signes d'appel, risque...) auquel viendraient se greffer des informations propres à chaque institution en fonction des besoins et de la stratégie de prévention mise en place. Ce projet sera mené en collaboration étroite avec le FARES.

Cette approche moins rébarbative permettra de créer une dynamique dans laquelle des relais tels que les responsables de cercles d'étudiants étrangers pourront être impliqués. Elle pourra également permettre une ouverture vers d'autres groupes d'étudiants et d'autres problématiques de santé (ex. sida, alimentation saine ...).

Le groupe de travail santé du CIUF a aussi mis l'accent sur la nécessité de former les membres du personnel des services responsables des questions de santé auprès des étudiants afin qu'ils puissent jouer, de façon optimale, leur rôle de relais en matière d'information sur la tuberculose. Le FARES collaborera étroitement.

4.2.5. Déclarer tout cas de tuberculose à l'Inspection d'Hygiène et en informer le FARES

L'Arrêté Royal du 1er mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles stipule que tout cas suspect ou avéré de tuberculose doit être obligatoirement déclaré à l'Inspection d'Hygiène le plus rapidement possible. Les coordonnées de celle-ci sont reprises dans l'ANNEXE 1. Dans le cas spécifique des universités bruxelloises, l'Inspection de la FWB transmettra l'information à l'Inspection de la Commission Communautaire Commune (COCOM). La déclaration peut être effectuée via une plate forme électronique.

Il est important que le FARES soit averti rapidement de tout cas de tuberculose afin de définir la pertinence du dépistage des contacts et d'organiser celui-ci en collaboration avec l'université.

Afin d'optimiser la communication avec le FARES, **il serait pertinent que chaque université désigne une personne qui pourrait servir de relais** pour le suivi des cas déclarés, l'organisation du dépistage des contacts et l'échange d'informations. Le nom de cette personne est à communiquer à la Direction médicale du FARES (coordonnées en ANNEXE 1).

De son côté, le FARES informera le référent médical de l'université des cas de tuberculose dont il a connaissance, qu'un dépistage soit nécessaire ou pas.

4.2.6. Organiser la collecte de données relatives à la tuberculose pour évaluer la stratégie

Il est important de centraliser certaines informations relatives à la tuberculose afin de pouvoir évaluer la stratégie de prévention mise en place par les universités. En tant qu'organisme coordonnateur de la prévention de la tuberculose en FWB, le FARES jouera ce rôle.

L'ANNEXE 2 reprend les indicateurs qu'il est nécessaire de prendre en compte. Ce document doit être envoyé une fois par an à l'Unité centrale du FARES (coordonnées en ANNEXE 1).

5. Conclusion

Des recommandations ont en général pour objectif de standardiser une approche. Dans le cadre spécifique des universités, cette démarche semble pertinente étant donné la disparité des stratégies de prévention de la tuberculose appliquées en FWB.

En dehors de ce manque de cohérence, l'évaluation menée en 2011, a permis de mettre en évidence le peu de rentabilité des dépistages actifs ciblant les primo-arrivants et le fait que la tuberculose est diagnostiquée le plus souvent sur base de plaintes (dépistage passif). Par ailleurs, elle touche d'autres étudiants n'appartenant pas à ce groupe à risque. Le même constat a été fait au niveau scolaire.

La stratégie de prévention doit donc être adaptée à ces constats et à la limitation des moyens proposés par la FWB. Six axes ont été définis :

- Maintenir le dépistage systématique chez les stagiaires à risque.
- Organiser le dépistage autour d'un cas contagieux.
- Reconsidérer la pertinence du dépistage systématique des primo-arrivants et privilégier davantage une démarche globale de médecine préventive.
- Développer l'information.
- Déclarer tout cas de tuberculose à l'Inspection d'Hygiène et en informer le FARES.
- Organiser la collecte de données relatives à la tuberculose pour évaluer la stratégie.

Il est pertinent, que chaque université désigne une personne qui puisse jouer le rôle de relais « tuberculose » auprès du FARES.

Annexe 1. Coordonnées utiles

1. Inspections d'Hygiène - direction de la surveillance et de la protection de la santé - Direction Générale de la Santé

Les cas de tuberculose active doivent être déclarés à la Cellule d'Inspection d'Hygiène de la Direction Générale de la Santé suivant les modalités suivantes :

- par le logiciel de déclaration des maladies obligatoires accessibles sur le site internet de la Direction Générale de la Santé : www.sante.cfwb.be via l'onglet suivant :



- par télécopie : 02 413 26 13
- par courriel : surveillance.sante@cfwb.be
- au moyen du formulaire 'papier' à adresser à la Cellule d'Inspection d'Hygiène, Boulevard Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles

2. Fonds des Affections Respiratoires - FARES

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

Annexe 2. Questionnaire d'évaluation

Questionnaire d'évaluation de la stratégie de prévention de la tuberculose dans les universités Année académique-.....

- A. Nom de l'université :
Nom et coordonnées de la personne qui remplit le questionnaire :
- B. Y a-t-il eu des changements de **stratégie** par rapport à la prévention de la TBC dans votre institution? NON/OUI, lesquels :
.....
- C. Un **dépistage systématique** de la tuberculose est-il organisé actuellement dans votre institution ? OUI/NON
Si oui, selon quelles modalités :

	Primo-arrivants	Stagiaires	Autres, précisez :
RX	n	n	n
Nb d'étudiants qui auraient dû bénéficier d'un dépistage initial par RX
Nb total de RX effectuées
Nb de RX avec suspicion de TBC nécessitant une mise au point
ID			
Nb d'étudiants qui auraient dû bénéficier d'un dépistage par ID
Nb total d'ID effectuées
Nb total d'ID lues
Nb total d'ID positives
Nb de traitements préventifs instaurés

- D. Y a-t-il eu des **initiatives d'information et de sensibilisation** concernant la TBC à l'université? NON/OUI, lesquelles :
.....

- E. Y a-t-il eu **des cas de TBC dans l'université?**

1. Parmi les étudiants?

Nom et prénom du cas de TBC	Date de naissance	Nationalité	Type de TBC (pulmonaire, extra-pulmonaire)	Groupe à risque auquel appartient l'étudiant :		Type de dépistage : DA, DC, DP**
				Appartient à un groupe à risque * : PA, stagiaire, autre	N'appartient pas à un groupe à risque	

*PA : primo-arrivant (précisez la date d'entrée en Belgique si connu), stagiaire ou autre groupe à risque (spécifiez)

**DA : dépistage actif : TBC diagnostiquée à l'occasion d'un dépistage systématique organisé ; DC : dépistage des contacts : TBC diagnostiquée à l'occasion d'un dépistage des contacts d'une TBC contagieuse ; DP : dépistage passif : TBC diagnostiquée, à l'occasion de plaintes suggestives de TBC

2. Parmi le personnel?

Nom et prénom du cas de TBC	Date de naissance	Nationalité	Type de TBC (pulmonaire, extra-pulmonaire)	Type de dépistage : DA, DC, DP**

3. Un dépistage des contacts a-t-il été organisé dans votre institution pour un cas de TBC contagieuse?

Nom, prénom du cas index	Nombre d'étudiants dépistés	Nombre d'infections tuberculeuses/ virages	Cas de TBC diagnostiqués suite au dépistage des contacts (nom et prénom)