Stratégie de prévention de la tuberculose en milieu scolaire et étudiant

2022-2027

Ce document a été élaboré par un groupe de travail puis validé par les membres du comité de pilotage du programme de prévention de la tuberculose en milieu scolaire :

- Alec de Vries, Direction PSE (ONE)
- Sidonie Van Renterghem, Direction santé - pôle PSE (ONE)
- Achille Djiena, Service de surveillance des maladies infectieuses (AViQ - RW)
- Tiffany Dierinck, Service de surveillance des maladies infectieuses (AViQ - RW)
- Nicolas Ledent, Médecin Inspecteur à la cellule d'Hygiène – COCOM
- Valérie Hanozet, SPSE Bruxelles ville / commission PSE
- Axelle Vermeeren, SPSE UCL/APMS
- Catherine Ectors, SPSE de la province de Namur
- Brigitte Hereng, SPSE de la province de Liège
- Sophie Franssens, SPSE de la province du Luxembourg
- Sophie Graas, SPSE de la province du Luxembourg
- Brigitte Demanet, SPSE de la province du Hainaut
- Joëlle Hanlet, SPSE de la province du Brabant wallon
- Olivier Costa, SPSE libre Bruxelles Capitale
- Isabelle Dhaeyere, DGEO Service des CPMS-CF
- Sylvie Renaut, Inspection CPMS-CF (Fédération Wallonie-Bruxelles)
- Muriel Mendez, Kaleido de la communauté germanophone
- Bénédicte Detiège (UNESSA)
- Vinciane Sizaire, FARES
- Lilas Weber, FARES

Composition du groupe de travail :

Sidonie Van Renterghem, Olivier Costa, Vinciane Sizaire et Lilas Weber.

Pour tout renseignement complémentaire s'adresser au FARES

Rue Haute, 290
1000 – Bruxelles
Tél : 02 512 29 36
Fax : 02 511 14 17
Courriel : prevention.tuberculose@fares.be

Site : https://www.fares.be pour le téléchargement des documents

Bruxelles, juin 2022 – *mise à jour juin 2025*

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières 3
Abréviations 4
1. Introduction 5
2. Contexte épidémiologique de la tuberculose 6
2.1. En général 6
2.2. En milieu scolaire 6
3. Contexte stratégique pour contrôler et éliminer la tuberculose 9
3.1. Stratégie générale 9
3.2. Programme de prévention de la tuberculose en Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne 9
3.3 Stratégie de prévention de la tuberculose en milieu scolaire 10
4. Stratégie de prévention de la tuberculose en milieu scolaire 2022-2027 12
4.1 Introduction 12
4.2 Description des axes stratégiques 12
4.3 Déclaration de la tuberculose 20
5. Responsabilités des différents partenaires de la stratégie 22
5.1 SPSE/CPMS-CF 22
5.2 FARES 22
5.3 Directions d'établissement scolaire 23
5.4 Services de surveillance des maladies infectieuses 23
6. Evaluation de la stratégie 24
7. Comité de pilotage 25
ANNEXES 26
Annexe 1. Procédure de dépistage parmi les contacts d'un patient tuberculeux contagieux 27
Annexe 2. Le test tuberculinique dans le cadre du dépistage des contacts 30
Annexe 3. Modèle de fiche de référence vers le FARES 35
Annexe 4. Modèle de fiche de référence vers le médecin 36
Annexe 5. Tableau de transmission des résultats du dépistage des contacts (élèves/étudiants) 37
Annexe 6. Tableau de transmission des résultats du dépistage des contacts (personnel) 38
Annexe 7. Document d'identification des primo-arrivants PHP par les directions d'établissement scolaire 39
Annexe 8. Checklist pour identifier les élèves/étudiants à risque de tuberculose lors des bilans de santé 40
Annexe 9. Algorithme de prise en charge d'un cas TB en milieu scolaire 43
Annexe 10. Algorithme de recherche de tuberculose lors des bilans de santé 44
Annexe 11. Coordonnées utiles 45

ABRÉVIATIONS

APMS	: Association professionnelle des médecins scolaires
AViQ	: Agence pour une Vie de Qualité
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
CA	: Centre d'accueil
CF	: Communauté française
CPT	: Centre de prévention de la tuberculose
COCOF	: Commission communautaire francophone
COCOM	: Commission communautaire commune
CPMS-CF	: Centre psycho-médicosocial de la Communauté française
DG	: Direction générale
DGEO	: Direction générale de l'Enseignement obligatoire
ED	: Examen microscopique direct
FARES	: Fonds des Affections Respiratoires
FWB	: Fédération Wallonie-Bruxelles (anciennement CF)
ID	: Intradermo-réaction (=TCT)
IH	: Inspection d'hygiène
ILA	: Initiative locale d'accueil
ITL	: Infection tuberculeuse latente
MB	: Moniteur belge
MI	: Maladies infectieuses
OCDE	: Organisation de coopération et de développement économique
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
ONE	: Office de la Naissance et de l'Enfance
PA	: Primo-arrivant
PHP	: Pays à haute prévalence
RBC	: Région de Bruxelles-Capitale
RW	: Région wallonne
RX	: Radiographie
SGEO	: Service général de l'Enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles
SPSE	: Service de promotion de la santé à l'école
TBC	: Tuberculose
TCT	: Test cutané tuberculinique (=ID)
TRACE IN WAL	: plateforme de déclaration des maladies à déclaration obligatoires en RW
UE	: Union européenne
UNESSA	: Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

1. INTRODUCTION

La stratégie quinquennale de prévention de la tuberculose en milieu scolaire arrive à échéance en juin 2022. La nouvelle stratégie 2022-2027 ne comporte pas de changement majeur par rapport à la précédente et les axes restent identiques. La vigilance concernant la tuberculose doit cependant être maintenue dans les établissements scolaires, principalement dans les grandes villes ainsi qu'à l'encontre de populations à risque majoré.

La situation de crise vécue depuis l'arrivée du SARS-Cov-2 en 2020 a démontré le rôle essentiel que jouent les services de santé en milieu scolaire pour la protection de la santé publique. Cette pandémie a eu des répercussions à tous les niveaux et notamment sur la charge de travail des SPSE/CPMS-CF et des lors sur les activités de prévention de la tuberculose en milieu scolaire comme la réalisation de bilans de santé chez les primo-arrivants. De manière générale, une hyperfocalisation sur la Covid-19 a pu mener à des retards diagnostiques pour la tuberculose dont certains symptômes sont similaires à ceux de la Covid-19.

Le dépistage de l'entourage des malades atteints de tuberculose contagieuse reste la priorité. La vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans doit être soulignée ; elle incite à la prudence lorsque ceux-ci ont été en contact avec un malade contagieux. Dans ce cas, une prise en charge spécifique doit être appliquée aussi bien en milieu scolaire qu'en dehors de celui-ci.

Le dépistage actif est un autre volet. Depuis plusieurs années déjà, lors des bilans de santé, un dépistage actif ciblé est réalisé par une recherche de signes d'appel de la tuberculose chez les personnes particulièrement à risque comme les primo-arrivants issus de pays à haute prévalence. L'outil de la checklist peut être utilisé pour faciliter l'identification de signes/symptômes suggestifs de tuberculose chez les élèves/étudiants à risque qui doivent, le cas échéant, être référés vers le secteur curatif pour des examens complémentaires.

L'information relative à la tuberculose reste le 3ème pilier de la stratégie, et se révèle particulièrement important lorsqu'un cas est identifié au sein de l'établissement scolaire. Certains établissements peuvent également développer une stratégie d'information générale vers les directions scolaires ou les élèves/étudiants en fonction des besoins identifiés.

Un des défis pour l'avenir sera de maintenir l'expertise en matière de tuberculose y compris parmi les équipes des SPSE et CPMS-CF, notamment dans le cadre prophylactique, car le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) n'est pas en mesure d'accompagner chaque PSE pour réaliser les dépistages des contacts. Le renforcement des partenariats entre le FARES et les instances en charge de groupes à risque (comme celle des demandeurs d'asile, par exemple), ainsi que le secteur curatif s'avère important pour prévenir et contrôler la tuberculose en milieu scolaire. D'autre part, il faut souligner le besoin crucial de coordination et de collaboration intersectorielle, interrégionale et entre les différents niveaux de pouvoirs (maladies infectieuses, prévention tuberculose, prévention dans les écoles, dépistage des stagiaires, etc.).

Cette stratégie s'adresse au milieu scolaire et étudiant qui comprend l'enseignement maternel, primaire et secondaire, l'enseignement spécial et l'enseignement supérieur hors universités. Dans la suite de ce document, la terminologie « scolaire » fera référence à l'ensemble de ces différents niveaux.

Il faut enfin souligner que cette stratégie ne tient pas compte des élèves/étudiants stagiaires même si certains SPSE et CPMS-CF continuent d'organiser le dépistage dans ce groupe, alors que, légalement, il doit être pris en charge par un service de médecine du travail.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE

2.1. EN GÉNÉRAL

Malgré un déclin relatif au cours des deux dernières décennies, la tuberculose (TBC) est encore bien présente en Belgique. En 2019, 968 cas ont été déclarés ce qui correspond à une incidence de 8,5 cas par 100.000 habitants. En 2020, des chiffres bien plus bas ont été observés (830 cas, incidence de 7,2/100 000 habitants) mais ceux-ci ne sont pas représentatifs en raison des circonstances sanitaires exceptionnelles qui ont entrainé une chute des déclarations pour diverses raisons (diminution des flux migratoires, sous-utilisation du système de soins de santé, etc.). Les chiffres de 2019, qui permettent une meilleure comparabilité dans le temps, seront donc utilisés comme référence pour ce document.

La Belgique fait partie des pays dits « à faible incidence » (< 10/100 000) même si la tuberculose y est plus fréquente que dans les pays voisins comme la France ou les Pays-Bas, où l'incidence était respectivement de 7,6 et 4,4/100 000 en 2019. Depuis 1993, un ralentissement de la décroissance de la tuberculose est observé dans notre pays. Cette situation résulte en grande partie de mouvements de population à partir de pays à haute endémie.

La tuberculose n'est pas répartie uniformément sur le territoire belge. Elle est plus fréquente en Région bruxelloise (28,1/100.000) qu'en Flandre (6,1/100.000) et Wallonie (6,2/100.000). Elle se concentre particulièrement dans les grandes villes, principalement à Bruxelles, Liège, Anvers et Charleroi, ce qui explique une incidence supérieure dans les provinces où sont situées ces grandes villes et dans la Région Bruxelles Capitale.

La tuberculose touche plus souvent certains groupes de population dont les conditions de vie facilitent l'infection par le bacille tuberculeux et/ou dont les facteurs de risque augmentent la probabilité de développer la maladie une fois infectés (c'est le cas des séropositifs pour le VIH, par exemple). Les groupes à risque majeurs sont les sujets originaires de pays à haute prévalence (PHP), principalement les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier, les personnes sans domicile fixe et les prisonniers. Les personnes ayant une histoire de contact avec un cas de tuberculose contagieuse ont également un risque majoré de tuberculose. D'une manière générale, toute personne vivant dans des conditions de grande précarité est plus à risque. La tuberculose est, en effet, une maladie sociale.

Pour plus d'informations sur l'épidémiologie de cette maladie, consulter le registre belge de la tuberculose disponible en version électronique sur le site www.fares.be.

2.2. EN MILIEU SCOLAIRE

En dehors du registre basé sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, une collecte de données spécifiques au milieu scolaire est mise en place depuis plusieurs années. En s'y référant, il est possible de déterminer le nombre de tuberculoses identifiées en cours d'année scolaire et leurs caractéristiques. Le tableau 1 détaille les cas répertoriés au cours des 10 dernières années, aussi bien chez les élèves/étudiants que parmi le personnel ainsi que le type de dépistage qui a permis le diagnostic de la maladie.

Tableau 1. Nombre de cas de tuberculose (TBC) chez les élèves/étudiants et parmi le personnel dans les établissements scolaires sous tutelle SPSE/CPMS-CF en fonction du type de dépistage (2011-2021)						
Année scolaire	**Nombre de cas de TBC chez les élèves/étudiants en fonction du type de dépistage**			**Nombre total de cas de TBC chez les élèves/étudiants** ***(Nombre de cas de TBC pulmonaire)***		**Nombre total de cas de TBC chez le personnel**
	Actif*	Contact**	Passif ***			
2020-2021	0	3	25	**28**	*(26)*	3
2019-2020	3	5	32	**40**	*(30)*	1
2018-2019	0	2	26	**28**	*(25)*	1
2017-2018	1	7	24	**32**	*(22)*	2
2016-2017	3	4	39	**46**	*(33)*	1
2015-2016	0	12	28	**40**	*(27)*	3
2014-2015	0	19	26	**45**	*(31)*	5
2013-2014	2	8	20	**30**	*(23)*	4
2012-2013[1]	1	32	32	**65**	*(37)*	4
2011-2012	0	14	25	**39**	*(29)*	3
Total	10	106	275	**393**	*(282)*	27

* dépistage à l'initiative d'un service médical (scolaire ou autre) ; ** dépistage prophylactique ; *** dépistage dans le curatif sur base de symptômes après consultation spontanée

Depuis 2017, date de la dernière actualisation de la stratégie, le nombre de cas chez les élèves/étudiants reste relativement stable avec une moyenne de 32 cas par an (tableau 1). La tuberculose est le plus souvent pulmonaire (77%) et environ 2 cas sur 3 sont dépistés passivement (à la suite de plaintes). Le reste des patients sont diagnostiqués généralement à l'occasion d'un dépistage des contacts, le plus souvent hors de l'établissement scolaire, suite à un contact dans l'entourage ou la famille. Peu de cas sont détectés par dépistage actif, effectué si l'élève/étudiant est demandeur d'asile par exemple, ou via un bilan de santé chez un primo-arrivant.

Tableau 2. Répartition géographique des cas de tuberculose en milieu scolaire (élèves/étudiants) (2011-2021)							
Année scolaire	**Bruxelles**	**Brabant wallon**	**Hainaut**	**Liège**	**Luxembourg**	**Namur**	**Total**
2020-2021	19	0	2	6	0	1	**28**
2019-2020	23	1	7	5	1	3	**40**
2018-2019	14	1	5	7	0	1	**28**
2017-2018	18	1	8	3	1	1	**32**
2016-2017	25	2	8	9	0	2	**46**
2015-2016	21	2	9	6	1	1	**40**
2014-2015	28	1	3	9	2	2	**45**
2013-2014	16	1	5	7	0	1	**30**
2012-2013	40	2	10	13	0	0	**65**
2011-2012	21	4	7	4	1	2	**39**
Total	225	15	64	69	6	14	**393**

Le tableau 2 présente la répartition géographique des cas de tuberculose en milieu scolaire au cours des 10 dernières années. Bruxelles concentre plus de la moitié des cas, suivie des provinces de Liège et du Hainaut. Parallèlement à l'épidémiologie générale de la tuberculose, les cas du milieu scolaire sont plus nombreux dans les provinces avec de

[1] Le type de dépistage est inconnu pour un cas parmi les 65 cas diagnostiqués en 2012-2013 et a été arbitrairement comptabilisé en dépistage passif.

grandes villes (où les personnes en situation de précarité ou issues de PHP sont plus nombreuses) et à forte densité de population. Ainsi, la province du Luxembourg, moins peuplée, recense le plus petit nombre de cas.

Tableau 3. Nombre de cas de tuberculose en milieu scolaire (élèves/étudiants) : répartition selon la nationalité (2016-2021)

Année scolaire	Belgique	Europe Centrale et de l'Est	Afrique du Nord	Autres pays d'Afrique	Asie	Moyen Orient	Non spécifié	Total
2020-2021	10	2	3	11	2	0	0	**28**
2019-2020	19	2	1	15	2	1	0	**40**
2018-2019	13	3	1	8	1	2	0	**28**
2017-2018	18	5	0	8	2	0	1	**34**
2016-2017	18	0	3	18	7	0	0	**46**
Total	**78**	**12**	**8**	**60**	**14**	**3**	**1**	**176**

Le tableau 3 détaille les nationalités des cas de tuberculose répertoriés dans les établissements scolaires au cours des 5 dernières années scolaires. En dehors de la Belgique, les données sont présentées par continent ou par blocs de pays. Entre 30 et 50% des élèves/étudiants atteints de tuberculose sont de nationalité belge en sachant toutefois que la majorité de ceux-ci sont d'origine étrangère. Les Africains sont particulièrement représentés ; ils proviennent surtout de la région subsaharienne mais aussi du Nord de l'Afrique.

3. CONTEXTE STRATÉGIQUE POUR CONTRÔLER ET ÉLIMINER LA TUBERCULOSE

3.1. STRATÉGIE GÉNÉRALE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande qu'entre 2015 et 2035, les pays diminuent leur incidence de 90%, ce qui permettrait aux pays à faible incidence (< 10/100.000) d'atteindre le stade de pré-élimination avec moins d'un cas pour 100.000 habitants.
Cet objectif ambitieux nécessite de renforcer les stratégies visant non seulement à contrôler la maladie (en limitant la transmission dans la communauté) mais aussi à limiter le réservoir de futures tuberculoses en prenant en charge l'infection tuberculeuse latente (ITL).

Actuellement la stratégie s'organise autour des 4 axes suivants :

- la détection précoce et le traitement adéquat des **malades** atteints de tuberculose ;
- une approche spécifique et adaptée dans les groupes de **population à risque**, avec si nécessaire l'organisation d'un dépistage actif ainsi que la garantie d'un suivi diagnostique et thérapeutique adéquat ;
- l'organisation du **dépistage des contacts** autour de patients tuberculeux et le contrôle rapide des mini-épidémies ;
- le contrôle de la tuberculose chez les sujets qui sont **exposés** à un risque élevé de contamination par le bacille tuberculeux **sur leur lieu de travail.**

Les deux derniers éléments de cette stratégie ont pour objectif principal la réduction du réservoir à partir duquel de futures tuberculoses peuvent apparaître. Lorsque les sujets atteints d'infection tuberculeuse latente sont traités adéquatement, on observe, en effet, une diminution de 60% à 90%[2] du risque de développer une tuberculose maladie.

Parallèlement à ces 4 axes stratégiques, il faut veiller à :

- optimiser le monitoring et la surveillance épidémiologique afin de pouvoir évaluer et adapter les stratégies mises en place ;
- maintenir une expertise chez les professionnels de la santé, laquelle a tendance à décroître dans un contexte où la tuberculose est de moins en moins fréquente ;
- développer une communication de qualité entre partenaires.

3.2. PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE ET EN RÉGION WALLONNE

A l'occasion de la 6ème réforme de l'Etat belge et des accords intra-francophones de la Sainte-Emilie, les activités relatives à la prévention de la tuberculose ont été transférées vers les Régions. Les compétences relatives à la promotion de la santé à l'école restent toutefois à la Fédération Wallonie-Bruxelles au niveau de l'ONE.

[2] Diagnostic et traitement de l'infection tuberculeuse latente, FARES, 2020.

Malgré le transfert de compétences, les missions du FARES restent, à l'heure de rédiger cette stratégie, définies par l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française (CF) du 26 septembre 2013 et s'articulent autour de 3 axes principaux :

1. la surveillance épidémiologique ;
2. la socio-prophylaxie ;
3. l'expertise et la communication.

Les pouvoirs de tutelle actuels pour la réalisation de ces activités sont la Région wallonne (RW), la Commission communautaire francophone (COCOF) et la Commission communautaire commune (COCOM).

Le tableau 4 récapitule les axes et stratégies du programme de prévention de la tuberculose.

Tableau 4. Axes et objectifs du programme de prévention de la tuberculose en RW et en RBC

But	Elimination de la tuberculose		
Objectifs généraux	- Limiter la transmission du bacille tuberculeux dans la population par les malades contagieux - Limiter le développement de la tuberculose chez les sujets infectés		
Surveillance épidémiologique	**Socio-prophylaxie**	**Coordination dans les groupes à risque**	**Expertise et communication**
Assurer la surveillance des cas de TBC active	S'assurer que tout malade déclaré est pris en charge adéquatement	Evaluer les activités de dépistage/stratégies dans les groupes à risque	Fournir de l'information à différents publics (sensibiliser, informer, former) y compris les patients
Assurer la surveillance à minima de l'ITL	S'assurer que toute ITL déclarée est prise en charge adéquatement	Organiser des concertations pour réviser les stratégies à la lumière des résultats d'évaluation	Organiser des formations pour les (futurs) médecins et les (futurs) professionnels médico-sociaux
Assurer la surveillance des clusters	Coordonner le dépistage de l'entourage des cas déclarés	Assurer le dépistage précoce de la TBC dans les populations précarisées ayant un accès limité aux soins	Répondre aux demandes d'aides techniques et aux demandes d'information
Assurer la surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux de première ligne	Faciliter le dépistage précoce de la TBC dans les populations précarisées ayant un accès limité aux soins		Développer des partenariats privilégiés et renforcer les partenariats existants
Optimiser le système de collecte de données de la base « case management »			Maintenir et développer l'expertise du FARES

3.3 Stratégie de prévention de la tuberculose en milieu scolaire

La stratégie de prévention de la TBC en milieu scolaire a considérablement évolué au cours des 30 dernières années. En effet, la régression de la tuberculose en Belgique et les évaluations successives des dépistages réalisés en milieu scolaire ont permis d'adapter les approches préventives afin de choisir la stratégie la plus pertinente en fonction de l'évolution épidémiologique de la maladie.

Le schéma ci-dessous présente les grandes étapes de l'évolution de la stratégie de prévention de la tuberculose en milieu scolaire depuis 1990.

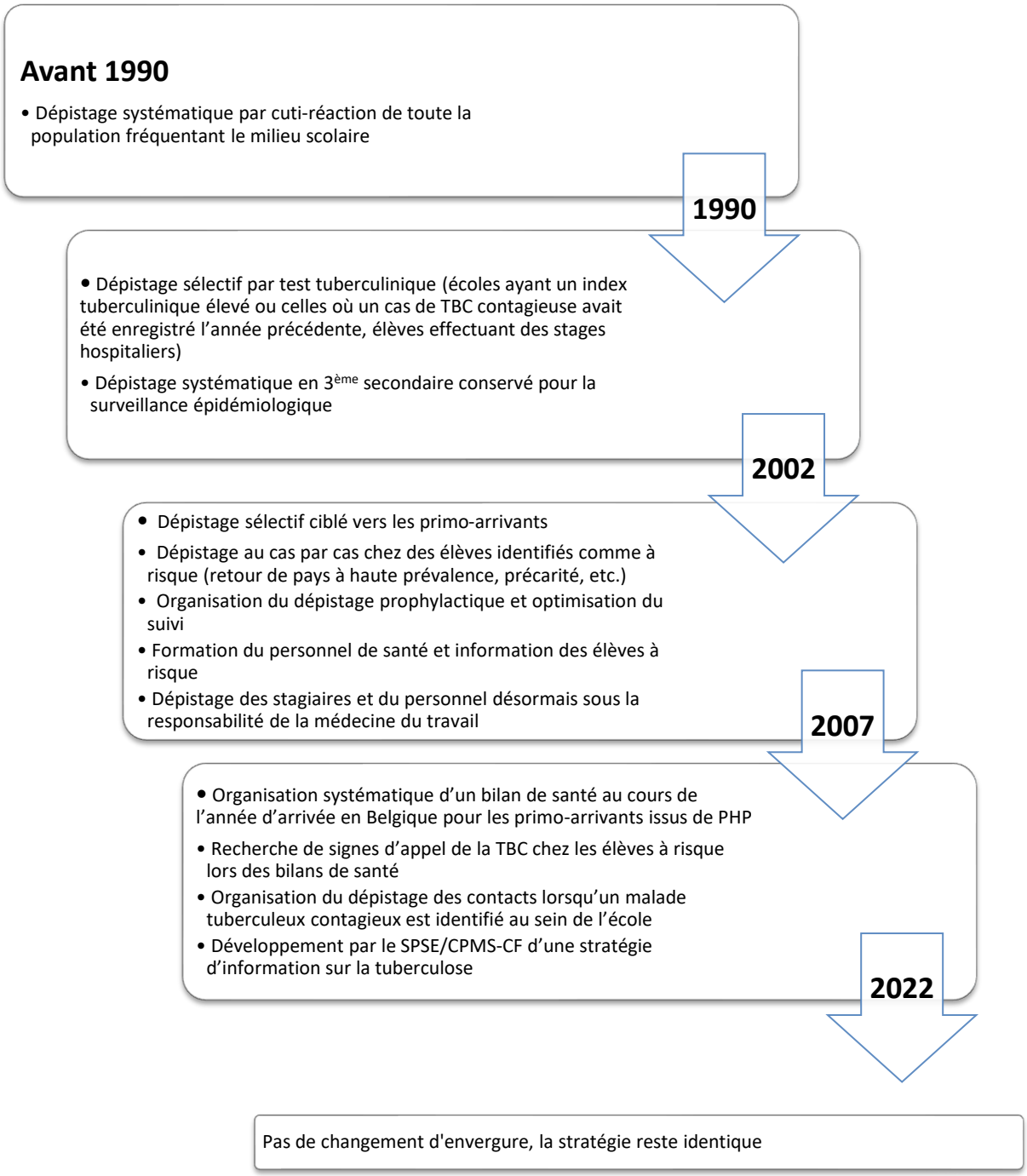


Figure 1. Evolution de la stratégie de prévention de la tuberculose en milieu scolaire depuis 1990

4. STRATÉGIE DE PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE EN MILIEU SCOLAIRE 2022-2027

4.1 INTRODUCTION

Les conclusions des concertations du comité de pilotage ainsi que les avis remontant du terrain tendent à démontrer que la stratégie 2017-2022 est toujours valable et applicable sur le terrain.

La stratégie 2022-2027 repose donc sur les mêmes axes que ceux de la stratégie 2012-2017. De petites adaptations visent à clarifier les démarches à suivre. Notons par exemple l'ajout d'algorithmes décisionnels en annexes 9 et 10 pour résumer la marche à suivre lorsqu'un cas de tuberculose maladie est identifié au sein d'une école. Également une actualisation de l'annexe 2 relative au TCT suite à la parution de nouvelles recommandations sur le diagnostic et le traitement de l'infection tuberculeuse latente en 2020[3].

Il faut rester conscient que l'expertise des SPSE et CPMS-CF non confrontés à des cas de tuberculose décroît, de même qu'en général celle des médecins, ce qui peut être à l'origine d'une augmentation du délai de diagnostic de la tuberculose et de l'apparition de mini-épidémies dans le milieu scolaire. Par ailleurs, les jeunes enfants de moins de 5 ans doivent faire l'objet d'une vigilance particulière et d'un suivi spécifique lorsqu'ils ont été en contact avec un cas de tuberculose contagieuse au sein ou en dehors de l'établissement scolaire.

La crise sanitaire vécue depuis 2020 a perturbé la prévention concernant certaines pathologies et notamment celle de la tuberculose. Alors que la situation tend à se stabiliser, il est important de rappeler que si certaines activités peuvent être postposées (ex : recherche de la tuberculose lors de bilans de santé), d'autres restent prioritaires même en période de crise comme la prise en charge d'un cas de TBC contagieuse et le dépistage des contacts.

4.2 DESCRIPTION DES AXES STRATÉGIQUES

Les SPSE et CPMS-CF[4] ont la responsabilité de la prévention de la TBC au niveau des établissements scolaires dont ils ont la tutelle[5].

Axe I. Gestion d'un cas de tuberculose au sein de l'établissement scolaire

Ce premier axe détaille les mesures à prendre lorsqu'un cas de tuberculose est identifié au sein d'un établissement scolaire. Les cas de tuberculose sont le plus souvent dépistés à l'extérieur des établissements scolaires, soit sur base de symptômes, soit via un dépistage des contacts.

I.1 Déclarer tout cas de TBC connu

Lorsqu'un cas de TBC est identifié parmi les élèves/étudiants d'un milieu scolaire (contagieux ou non, pulmonaire ou non), et ce même si le diagnostic est réalisé dans le secteur curatif, le SPSE/CPMS-CF doit le déclarer aux

[3] FARES, Diagnostic et traitement de l'infection tuberculeuse latente, 2020

[4] En Communauté germanophone, les services de santé scolaires ont été fusionnés en 2014 pour former une seule structure (Kaleido-DG) avec 4 antennes (Kaleidos). Dans ce document, les Kaleidos seront compris dans les « SPSE/CPMS-CF ».

[5] Article 8 et article 13, chapitre 1er du décret du 14 Mars 2019 relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités.

services en charge de la surveillance des maladies infectieuses (MI)[6] et informer le Centre de prévention de la tuberculose (CPT) local du FARES afin de faciliter la coordination de la prise en charge du cas et du dépistage. Pour plus de précisions concernant les modalités de déclaration, se référer au point 4.3. Inversement, le FARES informe le SPSE/CPMS-CF et le service en charge de la surveillance des MI concerné s'il a connaissance d'un cas de TBC (qu'elle soit pulmonaire et contagieuse ou non) fréquentant un milieu scolaire. Lorsque le cas de TBC est un membre du personnel travaillant en milieu scolaire, le SPSE/CPMS-CF informe en plus le service de médecine du travail.

I.2 Organiser le dépistage des contacts

Le dépistage des contacts chez les élèves/étudiants fait partie des responsabilités des SPSE/CPMS-CF[7] et doit être organisé en présence d'une TBC contagieuse (pulmonaire ou des voies respiratoires supérieures).

En présence d'une infection tuberculeuse récente ou d'une tuberculose active extra-pulmonaire chez de jeunes enfants, un dépistage doit être envisagé pour rechercher la source de contamination si celle-ci n'est pas connue. On parle alors de « recherche de contaminateur ». Ce cas particulier est expliqué dans l'annexe 1 et requiert l'avis du FARES ou du service de surveillance des MI.

Les modalités du dépistage varient selon la contagiosité du malade et selon la nature des contacts avec son entourage. Il s'organise généralement de la manière suivante (détails concernant l'organisation du dépistage en annexe 1 et sur la réalisation du test cutané tuberculinique (TCT)[8] en annexe 2).

- Identifier les élèves/étudiants à dépister en fonction du degré de contagiosité du cas-index, de la durée et de l'étroitesse des contacts.
- Réaliser le dépistage par TCT. En cas d'antécédents connus de tuberculose ou de TCT positif, référer pour une radiographie du thorax (RX initiale).
    - Un 1er tour est organisé rapidement après la détection du cas index.
    - Pour les négatifs au 1er tour, un 2ème tour est organisé entre 8 et 12 semaines plus tard, après la phase ante-allergique. Ceci n'est pas nécessaire si le dernier contact du sujet tuberculino-négatif avec le cas-index remonte à plus de 8 semaines.
- Si plusieurs infections tuberculeuses (voire une tuberculose) sont découvertes dans le décours du dépistage, le cercle des personnes à dépister peut-être élargi. L'avis du FARES ou du service de surveillance des MI est nécessaire pour prendre cette décision.

L'aide du FARES peut être sollicitée dans 2 situations[9] :

- Si le SPSE estime avoir une expertise limitée pour réaliser le TCT. Dans ce cas, l'organisation est prise en charge par le SPSE et l'infirmière du FARES apporte une aide technique, consistant en un écolage du service infirmier pour réaliser/lire les TCT afin d'autonomiser le SPSE/CPMS-CF pour les futurs dépistages éventuels. Le matériel (seringues, tuberculine) reste à charge du SPSE/CPMS-CF mais le FARES peut le fournir moyennant facturation.

---

[6] Service d'Inspection d'Hygiène de la Commission communautaire commune (IH COCOM) en RBC et Cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'Agence pour une vie de Qualité (AViQ) en RW.

[7] Arrêté du Gouvernement de la CF du 14 juillet 2011 relatif aux mesures de prévention des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et Arrêté du Gouvernement de la CF du 22 mai 2014 modifiant l'annexe de celui de 2011.

[8] Le test cutané tuberculinique (TCT) est identique à l'intradermo-réaction (ID) ou au test de Mantoux. Ce terme, plus spécifique, sera le seul utilisé dans ce document.

[9] En dehors de ces situations, le FARES pourrait être amené à facturer la réalisation des tests ainsi que des frais de déplacements.

- Si le SPSE est dans l'impossibilité de réaliser le dépistage dans les temps (vacances, rattrapage), le FARES peut s'en charger.

Les **tests IGRA** constituent une alternative au TCT pour diagnostiquer l'infection tuberculeuse latente. Il s'agit de tests réalisés via une prise de sang ; ils sont plus spécifiques que le TCT car ils ne sont pas influencés par le statut vaccinal BCG ou par certaines mycobactéries atypiques, mais présentent toutefois un coût important et ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux.

Ces tests ne sont actuellement pas recommandés en routine ; les recommandations du FARES relatives à l'infection tuberculeuse latente parues en 2020 précisent leurs indications spécifiques. Elles sont disponibles sur le site du FARES (www.fares.be/tuberculose/publications/recommandations) ou via le QR code ci-contre.

Cas particulier des enfants de moins de 5 ans

Les enfants de moins de 5 ans présentent un risque accru d'évolution d'une primo-infection vers une tuberculose, et développent plus fréquemment des formes graves telles que des tuberculoses méningées ou miliaires[10]. Par conséquent, il est recommandé que tous, même ceux dont le TCT est négatif au premier tour, débutent le traitement préventif après exclusion d'une tuberculose ; celui-ci est suspendu au second tour si le TCT reste négatif. Par contre, si le TCT devient positif au 2ème tour, le traitement sera poursuivi jusqu'à complétion du traitement (6, 4 ou 3 mois selon le schéma de traitement prescrit). Cette approche peut être adaptée selon le contexte et notamment si le risque de contagiosité du cas-index est très faible. Le SPSE/CPMS-CF réfère ces enfants vers le système curatif pour leur suivi ; un courrier de référence spécifique à cette situation est disponible sur le site du FARES.

Cas particulier d'une mini-épidémie

Une mini-épidémie[11] de tuberculose peut se définir comme l'« *apparition, auprès d'une population donnée et au cours d'un laps de temps limité (environ une année scolaire), de plusieurs cas de tuberculose. Ces cas peuvent être liés ou non. Une vérification par génotypage[12] des souches tuberculeuses (possible uniquement lorsqu'une culture positive est disponible) peut confirmer un lien entre les différents cas ; on peut alors parler de « cluster » (plusieurs personnes infectées par la même souche de Mycobacterium tuberculosis)».*

Une mini-épidémie implique la réalisation d'une enquête épidémiologique pour comprendre les liens de transmission éventuels entre les différents cas. Si une culture positive est disponible, le FARES se charge d'organiser un génotypage des différentes souches tuberculeuses. Cette situation entraîne généralement des mesures prophylactiques particulières, adaptées au cas par cas. Il sera par exemple possible d'utiliser le 2ème tour du dépistage d'un cas pour le 1er tour d'un autre afin d'éviter de multiplier inutilement les dépistages. Il est également nécessaire de développer une stratégie de communication adaptée pour éviter ou juguler d'éventuels mouvements de panique. Faire appel au FARES dans ce cas spécifique.

[10] Marais BT et al. The natural history of childhood intra-thoracic tuberculosis : a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. Int J Tuberc Dis 8(4) : 392-402. 2004.

[11] Dans le langage commun, le terme « épidémie » réfère souvent à un nombre élevé de cas comme pour la grippe ou la rougeole. Dans le cadre de la tuberculose, on préfère parler de mini-épidémie car le nombre de cas est souvent limité.

[12] Le génotypage permet d'identifier la séquence génétique de la souche tuberculeuse et de la comparer à une autre afin de mettre en évidence des profils (et donc des souches) identiques.

Le dépistage des membres du personnel relève de la responsabilité de la médecine du travail. Le SPSE/CPMS-CF est chargé d'avertir le service de médecine du travail en charge du personnel de l'établissement.

I.3 Assurer le suivi du dépistage des contacts

Les élèves/étudiants dont le TCT est positif doivent être référés vers un service curatif – ou vers le dispensaire du FARES en RBC – pour réaliser une RX (voir fiche de référence en annexe 3). Le médecin scolaire peut être amené à prescrire la RX lui-même s'il craint que des barrières administratives/économiques n'entravent la démarche de l'élève/étudiant pour réaliser cet examen dans le curatif. Le SPSE/CPMS-CF s'assure que la RX a été réalisée afin d'écarter le diagnostic de tuberculose-maladie.

En cas d'ITL, la prescription d'un traitement préventif est conseillée dans la lettre de recommandation adressée par le SPSE/CPMS-CF au médecin traitant/spécialiste (voir modèles de lettre sur le site du FARES).

Les élèves/étudiants peuvent être référés au FARES pour réaliser le dépistage en cas d'absence du personnel SPSE lors de la pose et/ou de la lecture du TCT ou si la période de dépistage coïncide avec les vacances scolaires.

En cas de TBC dans un établissement scolaire, la bonne circulation de l'information est primordiale lors de l'organisation du dépistage. Des modèles de lettre sont disponibles sur le site du FARES et doivent être adaptés à chaque situation particulière.

Les résultats du dépistage doivent être transmis au FARES de manière sécurisée via une liste nominative (annexe 5, fichier Excel téléchargeable sur le site du FARES). Le SPSE/CPMS-CF déclare les cas de tuberculose secondaires. Les TCT positifs et les virages identifiés au décours du dépistage seront déclarés par le FARES grâce à la liste nominative fournie par le SPSE/CPMS-CF.

Les résultats du dépistage du personnel doivent être envoyés de manière sécurisée par l'instance en charge du dépistage au FARES sous forme de liste nominative également (annexe 6, fichier Excel téléchargeable sur le site du FARES).

Résumé des services du FARES dans le cadre du dépistage prophylactique :

- ✓ Réponse aux demandes d'avis ; réflexion sur la stratégie de dépistage et notamment s'il faut élargir le dépistage ou réaliser une recherche de contaminateur.
- ✓ Information et sensibilisation lorsqu'un cas de tuberculose est identifié, surtout en présence d'un mouvement de panique.
- ✓ Aide technique pour la réalisation des TCT via un écolage à la pose et à la lecture si le SPSE/CPMS-CF estime avoir une expertise limitée. Attention, à ce moment, l'organisation reste à la charge du SPSE/CPMS-CF. L'objectif est de former les SPSE/CPMS-CF en vue de les autonomiser pour d'éventuels futurs dépistages.
- ✓ Fourniture de matériel (tuberculine, seringues,…) si cela s'avère compliqué pour le SPSE/CPMS, qui lui sera alors facturé
- ✓ Réalisation de TCT chez les élèves/étudiants si le SPSE/CPMS-CF est dans l'impossibilité de le faire dans les temps impartis (ex : vacances scolaires) ou pour un rattrapage.
- ✓ Réalisation de RX pour les cas référés au dispensaire FARES en RBC uniquement[13] .

[13] Coordonnées du dispensaire FARES en RBC : Hôpital Saint-Pierre, Rue Haute, 290, 1000 Bruxelles. Tél. : 02 538 05 95.

I.3. Prendre les mesures d'éviction nécessaires

Le SPSE/CPMS-CF doit appliquer les règles d'éviction en présence d'un malade atteint de tuberculose contagieuse. Le retour en milieu scolaire sera conditionné par la présentation d'un certificat médical attestant l'absence de contagiosité, une bonne évolution radio-clinique, une observance stricte du traitement antituberculeux adapté aux résultats de l'antibiogramme ainsi qu'un suivi médical régulier jusqu'à la fin du traitement[14].

En cas de tuberculose non contagieuse, la fréquentation de l'établissement scolaire est autorisée dès que l'état clinique le permet.

L'infection tuberculeuse latente n'entraîne aucune mesure particulière d'éviction.

Si un élève/étudiant refuse de se soumettre au dépistage prévu, le SPSE/CPMS-CF peut contacter le service de surveillance des MI concerné qui prendra les mesures nécessaires dans le cadre de ses compétences et possibilités légales. Le chef d'établissement est responsable de la mise en œuvre des mesures décidées.

Axe II. Recherche active de la tuberculose lors des bilans de santé

II.1. Organiser les bilans de santé

Les bilans de santé sont obligatoires pour tous les élèves/étudiants selon une fréquence définie par l'Arrêté du Gouvernement de la CF de 2002[15].

Les primo-arrivants sont particulièrement à risque et doivent bénéficier d'un bilan de santé dès leur première année d'arrivée en Belgique. Il peut donc être nécessaire d'organiser des bilans supplémentaires lorsqu'un bilan de santé n'est pas programmé.

II.2 Cibler les élèves/étudiants à risque

Il s'agit prioritairement des primo-arrivants (PA) issus de pays à haute prévalence (PHP)[16]. Le plus souvent, ce sont des demandeurs de protection internationale (DPI) ou des réfugiés mais ils peuvent également être arrivés en Belgique dans le cadre d'un regroupement familial ou de manière illégale.

Les pays considérés à haute prévalence dans le cadre de ces stratégies sont les suivants[17] :

- tous les pays **d'Afrique ;**
- tous les pays **d'Asie**, y compris le **Moyen Orient** à l'exception du Japon;
- tous les pays **d'Amérique**, à l'exception du Canada et des USA ;

---

[14] Annexe remplaçant l'annexe de l'Arrêté du Gouvernement de la CF du 14 juillet 2011 relatif à la prévention des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et étudiant (publié au M.B. 27/08/2014).

[15] Arrêté du Gouvernement de la CF du 13 juin 2002 fixant les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé, en application du décret du 20/12/2001.

[16]Pratiquement, il s'agit des élèves/étudiants primo-arrivants tels que considérés par le décret du 18/05/2012 relatif au dispositif d'accueil et de scolarisation des élèves primo-arrivants auxquels s'ajoutent les élèves/étudiants issus plusieurs pays à risque de tuberculose situés en Europe : Estonie, Lituanie, Roumanie, Moldavie, Russie et Ukraine. Ces élèves/étudiants sont à considérer quel que soit leur âge.

[17] Pour plus de facilité, la liste des pays à haute prévalence (PHP) est établie sur une base opérationnelle. En Europe, les pays mentionnés sont ceux dont l'incidence dépasse le seuil de 20/100 000 ou les pays à plus haut risque de tuberculose multi-résistante.

- en **Europe** (voir tableau 5).

Tableau 5. Classification des pays européens en fonction de la prévalence de la tuberculose selon ECDC					
	Pays à haute prévalence (PHP)		**Pays à faible prévalence****		
Union européenne (UE) ou Espace économique européen (EEE)	**Estonie[A]** **Lituanie** **Roumanie**		Allemagne Autriche Belgique Bulgarie Chypre Croatie Danemark Espagne Finlande	France Grèce Hongrie Irlande Italie Islande Liechtenstein Lettonie Luxembourg	Norvège Malte Pays-Bas Pologne Portugal République tchèque Slovaquie Slovénie Suède
Europe (hors UE ou EEE)	**Moldavie** **Russie** **Ukraine** **Biélorussie[A]** **Arménie[A B]**	**Azerbaijan [B]** **Georgie [B]** **Kyrgyzstan [B]** **Kazakstan [B]** **Tajikistan [B]** **Turkmenistan [B]** **Ouzbekistan [B]**	Albanie Andorre Bosnie-Herzégovine Israël	Macédoine du nord Monaco Monténégro	Royaume-Uni Saint-Marin Serbie Suisse Turquie

[A] Selon l'ECDC, ces pays ont une incidence inférieure à 20 mais le taux de tuberculose multi-résistante est supérieur à 20%.

[B] Ces pays sont sur le continent asiatique mais sont repris dans les données de l'ECDC car dans la région OMS Europe.

L'identification des élèves/étudiants primo-arrivants de PHP doit se faire en collaboration avec les directions scolaires. La procédure existante est conservée : l'envoi des listes reprenant les PA doit se faire en début d'année puis au début de chaque trimestre grâce au document standardisé repris en annexe 7. Pour éviter les difficultés liées à l'obtention de ces listes, une circulaire de l'enseignement sera envoyée à toutes les directions à la rentrée 2025 afin de les sensibiliser à leur rôle et à l'importance de l'envoi des listes de PA ; en attendant, la circulaire de 2023 reste d'actualité[18]. Il est conseillé aux SPSE/CPMS-CF qui ne reçoivent pas les listes dans les temps de réaliser des démarches proactives vers les directions afin de les obtenir.

D'autres facteurs de risque peuvent justifier une attention particulière aux signes d'appel chez certains élèves/étudiants:

- précarité[19] ;
- contact récent avec une personne atteinte de tuberculose (particulièrement s'il s'agit de jeunes enfants) ;
- origine d'un pays à haute prévalence (non primo-arrivants), a fortiori si un voyage a été effectué au cours des 2 dernières années.

[18] Circulaire n°9104 du 23/11/2023.

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

II.3. Rechercher des signes de tuberculose

Lors des bilans de santé, le médecin scolaire recherche les signes d'appel de manière systématique chez les élèves/étudiants à risque.

Signes d'appel de tuberculose :

- **A l'anamnèse** : toux récente et prolongée (plus de 3 semaines) ne répondant pas au traitement des infections aiguës, expectorations avec éventuellement présence de sang, amaigrissement inexpliqué, fièvre, fatigue anormale, sudations nocturnes.
- **A l'examen clinique** : auscultation pulmonaire suspecte, présence de ganglions cervicaux,…

Un outil d'aide à la décision a été mis au point en 2015. Il s'agit d'une **checklist** qui reprend les principaux symptômes et facteurs de risque de la tuberculose. Initialement, chaque item correspondait à un certain nombre de points ce qui permettait de calculer un score avec un seuil à partir duquel envoyer pour mise au point. En 2022, avec l'arrivée des réfugiés ukrainiens, une réflexion a été menée et ces scores ont été enlevés afin d'augmenter la sensibilité de cet outil. Il consiste en effet en un mémo pour le prestataire de soins, qui doit conserver son bon sens clinique et référer au moindre doute lorsqu'il s'agit de personnes à risque comme les réfugiés ukrainiens par exemple.

Une traduction en plusieurs langues étrangères et l'ajout d'images permettent de l'utiliser comme moyen de communication avec des élèves/étudiants (voire avec leurs parents) qui ne maîtrisent pas le français mais sont capables de lire leur langue. La checklist peut être utilisée par le médecin comme une aide à la décision pour référer l'élève/étudiant vers le curatif ou par le personnel infirmier pour orienter un élève/étudiant vers le médecin. La checklist en français se trouve en annexe 8 et les versions en différentes langues sont téléchargeables sur le site du FARES.

Il est à noter que chez les jeunes enfants, les symptômes de la tuberculose peuvent être aspécifiques voire inexistants.

Cas particulier des demandeurs d'asile

Un dépistage systématique de la tuberculose est prévu chez les demandeurs d'asile[20]. Une RX est réalisée à l'Office des étrangers pour les jeunes de 5 ans et plus et un TCT est réalisé au niveau de la structure d'accueil pour les enfants de moins de 5 ans. Le SPSE/CPMS-CF a la possibilité de contacter le centre d'accueil (CA)[21] ou l'initiative locale d'accueil (ILA) pour obtenir le résultat du dépistage de la tuberculose (RX ou TCT). Si l'élève/étudiant réside en adresse privée, la demande concernant la réalisation effective d'une RX peut être adressée par courriel à la cellule médicale du Centre d'arrivée (amc.disp.tb@fedasil.be). Les enfants de moins de 5 ans résidant en adresse privée ne sont pas soumis à un dépistage par TCT. De manière générale, une attention particulière doit être portée à ces élèves/étudiants en adresse privée, qui ne bénéficient pas d'un encadrement par une structure d'accueil.

Par ailleurs, de nombreux primo-arrivants ne sont pas demandeurs d'asile et ne bénéficient donc pas d'un dépistage systématique. Parmi ceux-ci, il convient d'être particulièrement attentif aux enfants/jeunes en situation irrégulière sur le territoire, qu'ils viennent d'arriver ou qu'ils soient en Belgique depuis un certain temps de même qu'aux réfugiés ayant fui l'Ukraine.

---

[20] Pour information, il existe une procédure spéciale permettant à un demandeur d'asile atteint de tuberculose ayant reçu un ordre de quitter le territoire de rester en Belgique pendant la durée de son traitement.

[21] La liste de tous les centres d'accueil (Fedasil, Croix-Rouge et autres partenaires) est consultable sur http://fedasil.be/fr/les-centres-daccueil. Les services de surveillance des maladies infectieuses ou le FARES peuvent également vous renseigner.

II.4 Référer les cas suspects et assurer un suivi

Si le médecin scolaire suspecte une tuberculose chez un élève/étudiant, il le réfère dans le curatif (ou au dispensaire FARES en RBC) pour réaliser une RX accompagnée d'une consultation médicale et il s'assure qu'elle a bien été effectuée.

Un programme spécifique de financement de la tuberculose peut prendre en charge les coûts d'une RX réalisée dans le curatif sous certaines conditions (élèves/étudiants sans mutuelle, famille présentant des difficultés financières). Contacter le dispensaire FARES local pour plus d'informations.

Si le médecin reçoit un résultat RX anormal, il doit s'assurer qu'une mise au point est réalisée.

Axe III. Dispenser de l'information sur la tuberculose

III.1 Lorsqu'un cas de tuberculose est identifié au sein de l'établissement scolaire

Lorsqu'un cas de tuberculose contagieuse est identifié dans un établissement scolaire, une bonne communication est indispensable, d'une part pour informer sur les modalités de dépistage et d'autre part pour permettre aux parents, élèves/étudiants et équipe éducative de comprendre cette maladie et permettre d'apaiser les peurs éventuelles.

Un support de présentation « PowerPoint » a été élaboré pour aider les SPSE/CPMS-CF à réaliser ces séances d'information et est disponible sur le site du FARES. Il doit être adapté par les SPSE/CPMS-CF pour correspondre au contexte local. Certaines dias peuvent être imprimées en format A3 et servir de support visuel pour une présentation orale.

Lors de séances d'information collectives, le message doit être adapté en fonction du public présent. Il est important de prendre le temps de communiquer, d'agir avec calme et méthode afin d'éviter, ou de juguler, des mouvements de panique éventuels. Le FARES est disponible pour donner une séance d'information plus approfondie en cas de besoin.

D'autres supports élaborés par le FARES et ses partenaires peuvent être utilisés lors des séances d'information collectives ou individuelles. Ils sont téléchargeables sur le site https://www.fares.be. Ils comprennent :

- « La tuberculose cette inconnue » : un tryptique décrivant la tuberculose de manière simple et imagée, disponible en 13 langues en plus du français[22].
- Un quizz online sur la tuberculose, destiné aux étudiants des hautes écoles.
- Une affiche reprenant les principaux symptômes de la tuberculose
- Différents modèles de lettre pour communiquer avec les parents et référer vers le curatif. Ceux-ci doivent être adaptés par le SPSE/CPMS-CF pour correspondre aux spécificités locales. Certains doivent être accompagnés d'une fiche de référence (annexes 3 et 4)
    - lettres aux parents
        - annonce du dépistage (1er tour)
        - annonce du dépistage (2ème tour)
        - si l'enfant ne s'est pas présenté au dépistage
        - si l'enfant ne s'est pas présenté à la lecture du test

[22] Français, allemand, arabe, anglais, espagnol, néerlandais, polonais, portugais, roumain, russe, turc, tigrinya, omoro et amharique.

        - demande de réalisation d'une RX à la place d'un TCT
        - information d'un résultat TCT négatif (1er tour)
        - information d'un résultat TCT négatif (2er tour)
        - information d'un résultat TCT douteux
        - information d'un résultat TCT positif
    - lettre de référence au médecin traitant
        - suivi d'un TCT positif
        - suivi d'un TCT négatif ou positif - cas spécifique des enfants de moins de 5 ans
    - lettre aux enseignants
        - annonce du dépistage (1er tour)
        - annonce du dépistage (2er tour)

III.2 De manière générale

La nécessité de développer une stratégie d'information générale sur la maladie est entièrement dépendante des caractéristiques spécifiques de chaque établissement scolaire : présence ou non d'élèves/étudiants à risque, cas de tuberculose identifiés lors des années antérieures. Une analyse de la situation doit permettre de déterminer les besoins en termes d'information.

L'information peut être destinée :

- aux directions d'établissement scolaire, afin de les sensibiliser à la transmission des listes de primo-arrivants ;
- aux équipes éducatives ;
- aux stagiaires ;
- aux primo-arrivants ou à tous les élèves/étudiants considérés comme à risque ;
- aux parents.

Elle peut être dispensée individuellement lors d'une consultation, d'une rencontre, par courrier ou lors d'une séance collective d'information.

III.3 Formations

Le FARES peut jouer un rôle de point d'appui pour le maintien du niveau d'expertise des médecins et des infirmières des SPSE/CPMS-CF afin de gérer adéquatement la prévention de la tuberculose dans les établissements scolaires. Il répond aussi aux sollicitations pour avis.

Des formations sur la tuberculose sont régulièrement organisées par le FARES (consulter les dates sur le site du FARES).

A la demande, des formations tenant compte des spécificités du SPSE/CPMS-CF peuvent être réalisées, sur place ou dans les locaux du FARES.

4.3 DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE

La déclaration de la tuberculose doit être effectuée rapidement auprès du service de surveillance des MI concerné : la Cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ pour la Région wallonne et l'Inspection d'hygiène de la Commission communautaire commune (COCOM) à travers Vivalis en Région bruxelloise.

Les infections latentes et virages sont également à déclaration obligatoire en Région wallonne. Elles ne doivent toutefois pas être déclarés à partir du moment où elles ont été communiquées au FARES via la fiche de transmission des résultats du dépistage prophylactique.

La déclaration des MI à déclaration obligatoire peut se faire de différentes manières :

En Région wallonne,

via la plateforme Trace in Wal: https://traceinwal.aviq.be

par mail: surveillance.sante@aviq.be ;

En Région de Bruxelles-Capitale,

canaux de déclaration expliqués sur https://www.vivalis.brussels/fr/prevenir-et-agir/surveillance-sanitaire/maladies-a-declaration-obligatoire-en-region-bruxelloise

via un **eform** à partir du dossier médical informatisé du patient

par mail : notif-hyg@ccc.brussels

L'information peut aussi directement être communiquée au FARES.

5. RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES DE LA STRATÉGIE

5.1 SPSE/CPMS-CF

Les SPSE et CPMS-CF ont la responsabilité de la prévention de la tuberculose au niveau des établissements scolaires dont ils ont la tutelle. Dans le cadre de la stratégie 2022-2027, leur rôle peut être défini de la manière suivante :

- déclarer rapidement tout cas de tuberculose connu au service de surveillance des MI concerné ;
- informer le FARES de tout cas de tuberculose dont ils ont connaissance qu'il soit contagieux ou non;
- avertir le service de médecine du travail de l'établissement scolaire en présence d'un cas de tuberculose contagieuse parmi le personnel ou chez un élève/étudiant;
- organiser et financer le dépistage prophylactique chez les élèves ou étudiants ;
- en cas de TCT positif chez un élève, référer pour une RX et s'assurer qu'elle a été réalisée ;
- transmettre les résultats du dépistage au FARES via une liste nominative ;
- appliquer les règles d'éviction en présence d'un malade atteint de tuberculose contagieuse ;
- être attentif aux signes d'appel de la tuberculose chez les primo-arrivants de PHP et chez les autres élèves/étudiants à risque à l'occasion des bilans de santé ;
- référer les élèves/étudiants identifiés comme suspects de tuberculose vers le secteur curatif (ou vers le dispensaire FARES en RBC) et assurer un suivi ;
- collaborer avec les partenaires locaux comme les centres d'accueil, les ILA, etc. ;
- organiser l'information sur la tuberculose au sein des établissements scolaires en fonction de la situation.

Note : Vérifier si le traitement préventif a été prescrit et pris relève de la responsabilité du médecin traitant.

5.2 FARES

Le Fonds des Affections Respiratoires a la responsabilité de la prévention de la tuberculose en RW et en RBC ; son rôle au niveau scolaire consiste à :

- s'assurer que tout cas dont le FARES a connaissance soit encodé dans les plateformes de déclaration;
- informer les SPSE et CPMS-CF des cas de TBC dont il a connaissance (contagieuse ou non) ;
- coordonner la socio-prophylaxie ;
- fournir une aide technique à la demande, à travers un écolage, notamment lorsque les SPSE/CPMS-CF estiment avoir une expertise limitée pour réaliser les TCT lors du dépistage des contacts ;
- dans le cadre du dépistage prophylactique des élèves/étudiants, réaliser les TCT si le SPSE/CPMS-CF est dans l'impossibilité de le faire dans les temps ou en cas de rattrapage ;
- dans le cadre du dépistage prophylactique des élèves/étudiants, réaliser des RX initiales ou RX après TCT + au dispensaire FARES en RBC ;
- réaliser le dépistage prophylactique (TCT et RX pour le dispensaire FARES en RBC) du personnel lorsque la médecine du travail lui délègue cette tâche ;
- faire le bilan des dépistages prophylactiques réalisés en milieu scolaire grâce à la fiche nominative transmise par les SPSE-CPMS-CF et encoder les virages et infections tuberculeuses dans les bases de données ;
- donner des avis, particulièrement dans le cas d'une mini-épidémie ;
- demander un génotypage si c'est nécessaire ; enquêter sur les clusters et informer les SPSE/CPMS-CF des résultats ;
- réaliser une RX au dispensaire FARES en RBC si l'élève/étudiant considéré comme suspect TBC par le médecin scolaire y est référé ;

- organiser des formations à l'intention du personnel des SPSE/CPMS-CF ;
- participer à l'information des parents/élèves/étudiants, du personnel dispensée à l'occasion du dépistage des contacts si une demande est formulée par un SPSE/CPMS-CF ou un service de médecine du travail ;
- créer du matériel d'information répondant aux besoins des services et diffuser les bonnes pratiques
- collaborer à la sensibilisation des partenaires au niveau local et central (Fedasil, Croix-Rouge…) ;
- assurer l'évaluation de la stratégie générale et proposer les adaptations nécessaires ;
- assurer la coordination du comité de pilotage.

5.3 Directions d'établissement scolaire

Les directions d'établissement scolaire ont la responsabilité de fournir aux SPSE et CPMS-CF toute information nécessaire à l'organisation de la prévention de la tuberculose au sein de leur établissement scolaire. En particulier, fournir la liste des primo-arrivants aux SPSE/CPMS-CF, tel que stipulé dans la circulaire de l'enseignement de 2017[23], en début et en cours d'année scolaire grâce au document standardisé repris en annexe 7.

Selon l'article 5 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux mesures de prévention des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et étudiant du 14 juillet 2011 tel que modifié le 22 mai 2014, le chef d'établissement :

- s'enquiert auprès des parents ou de l'étudiant de l'éventualité de la survenue d'une maladie contagieuse lors d'une absence prolongée pour cause de maladie ;
- avertit le SPSE attaché à l'établissement d'enseignement subventionné ou le CPMS-CF attaché à l'établissement d'enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), dès qu'il apprend qu'un élève, un étudiant ou un membre du personnel est atteint d'une maladie contagieuse ou qu'il est amené à en supposer la survenue chez un élève, un étudiant ou un membre du personnel.

5.4 Services de surveillance des maladies infectieuses

Suite au transfert des compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers les entités fédérées à l'occasion de la réforme de l'Etat, la cellule de surveillance des maladies infectieuses de la Communauté française a été transférée à l'Agence pour une vie de Qualité (AViQ), attachée à la Région wallonne.

En ce qui concerne la RBC, une nouvelle procédure de déclaration obligatoire des maladies transmissibles a été mise en place pour les milieux scolaires et étudiants francophones ; ceux-ci doivent dorénavant déclarer les cas de tuberculose à l'inspection d'hygiène de la COCOM (cf circulaire de l'ONE – du 23 mars 2016).

La Cellule de surveillance des MI de l'AViQ en Région wallonne et l'IH de la COCOM en Région de Bruxelles-Capitale (coordonnées en annexe 11):

- reçoivent les déclarations obligatoires ;
- doivent être informés rapidement de tout cas de tuberculose identifié en milieu scolaire[24] ;
- s'assurent que les cas déclarés auprès de leur service sont connus par le FARES et par les services médicaux du milieu scolaire et étudiant ;

[23] Circulaire n°4155 du 01/10/2012. Une nouvelle circulaire sera envoyée pour la rentrée scolaire 2017.

[24] En RBC, Arrêté du Collège Réuni de la COCOM relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles (23 avril 2009, publié au M.B. 18/06/2009).

En RW, Arrêté royal relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles (1er mars 1971, publié au M.B. 23/04/1971).

- évaluent le risque épidémique en collaboration avec le FARES ;
- prennent les mesures nécessaires pour limiter l'apparition de cas secondaires, dans la limite du cadre légal duquel ils dépendent[25] ;
- veillent à la socio-prophylaxie en collaboration avec le FARES ;
- assurent la communication entre régions/communautés ou avec la Communauté flamande si nécessaire.

6. EVALUATION DE LA STRATÉGIE

- L'**évaluation annuelle** portera sur deux points :
    1. L'établissement du *nombre de cas* au sein des établissements scolaires sous tutelle des SPSE et CPMS-CF et l'analyse de leur profil (nationalité, appartenance à un groupe à risque, origine, type de dépistage, etc.).
       Cette analyse ne peut être réalisée que si les cas de tuberculose ont été déclarés, et si les informations pertinentes ont été communiquées via une collaboration avec le FARES.

    2. Le bilan *du dépistage réalisé autour de tout cas de tuberculose* identifié dans l'établissement scolaire[26].
       Ceci implique que les services concernés envoient systématiquement au FARES la liste nominative des résultats du dépistage des élèves/étudiants. Les résultats du dépistage du personnel doivent également être envoyés, par la médecine du travail ou par le SPSE/CPMS-CF s'il est en charge du dépistage (annexes 5 et 6).

- **Une évaluation de la stratégie générale** sera programmée après 4 ans afin de servir de base à l'élaboration de la prochaine stratégie. Si le comité de pilotage l'estime nécessaire, un questionnaire sera envoyé aux SPSE et CPMS-CF au cours de l'année scolaire 2026-2027.

[25] En RBC, Ordonnance relative à la politique de prévention en santé (19 juillet 2007, publiée au M.B. 24/08/2007).

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

7. COMITÉ DE PILOTAGE

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

- gérer les problèmes rencontrés par les SPSE et CPMS-CF dans le cadre de l'opérationnalisation de la stratégie. Si nécessaire, interpeller l'ONE et les ministres de la RW, de la COCOM et de la COCOF ayant la santé dans leurs attributions à ce propos ;
- répondre à toute demande d'avis des SPSE ou CPMS-CF, de l'ONE et des ministres de la RW et de la COCOF ayant la santé dans leurs attributions ;
- participer à l'élaboration du volet tuberculose de la circulaire annuelle rédigée par l'ONE ;
- participer à l'élaboration du questionnaire d'évaluation ;
- établir une stratégie concertée de sensibilisation des directions d'établissement scolaire ;
- participer à l'adaptation de la stratégie de prévention sur base quinquennale.

La composition du comité de pilotage a évolué suite à la 6ème réforme de l'Etat. Il comprend des représentants des instances suivantes :

- Cabinets des Ministres de la santé COCOF, COCOM et RW.
- Cabinet du Ministre de l'Enseignement.
- Cabinet du Ministre de l'Enfance.
- Ministère de la Communauté germanophone
- Office de la Naissance et de l'Enfance.
- DG de l'Enseignement obligatoire (service des CPMS-CF).
- SPSE des différentes provinces.
- Inspection CPMS-CF.
- Commission PSE.
- La fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA).
- Association professionnelle des médecins scolaires (APMS).
- Inspection d'hygiène de la COCOM
- Cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ.
- Représentant des Kaleido de la Communauté germanophone

Le FARES en assure la coordination.

ANNEXES

Les fichiers et modèles de lettre sont téléchargeables sur le site FARES

Rubrique
> infos pour les professionnels
> milieux spécifiques
> milieu de l'enseignement

Ces documents sont accessibles sans mot de passe.
Seul le fichier de transfert des résultats du dépistage (annexes 5 et 6) doit être sécurisé lors des envois via une procédure décrite dans les annexes concernées.

ANNEXE 1. PROCÉDURE DE DÉPISTAGE PARMI LES CONTACTS D'UN PATIENT TUBERCULEUX CONTAGIEUX

Le risque de développer une tuberculose active après une infection récente (moins de 2 ans) est 15 fois supérieur à celui existant chez un sujet infecté depuis plus longtemps. Ce constat justifie l'organisation d'un dépistage parmi les contacts d'un patient potentiellement contagieux c.à.d. atteint d'une tuberculose pulmonaire (ou des voies respiratoires supérieures). L'objectif poursuivi est de mettre en évidence les personnes contaminées et de leur proposer un traitement préventif, voire d'identifier des cas de tuberculose secondaires. Le dépistage des contacts ne constitue toutefois pas une urgence sanitaire, il est recommandé de prendre le temps d'établir une stratégie claire et concertée avant de démarrer la communication auprès des élèves, parents et personnel de l'école.

1. Qui cibler?

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

Trois groupes peuvent être investigués en fonction du type de contacts:

- ***1er cercle*** : il s'agit des sujets qui ont des contacts étroits et fréquents avec le patient contagieux (par exemple, personnes qui côtoient quotidiennement le patient notamment les élèves/étudiants de la même classe, l'instituteur en charge de la classe…).
- ***2ème cercle*** : il comprend les personnes ayant des contacts réguliers mais moins fréquents avec le patient dans un milieu fermé (par exemple, les étudiants ayant quelques cours par semaine en commun, se rencontrant au réfectoire…).
- ***3ème cercle*** : il s'agit des contacts occasionnels, quelques fois par mois (dans le cadre d'une activité para-scolaire par exemple).

Le choix des cercles à investiguer va dépendre, dans un premier temps, de la contagiosité du patient (qui est plus élevée en cas de positivité de l'examen microscopique direct[27] (ED) des expectorations qu'en cas de positivité de la culture seule) et, dans un deuxième temps, du résultat des investigations effectuées.

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

- **Lorsque *l'ED est positif,*** on examine systématiquement les 1er et 2èmes cercles. Le 3ème cercle n'est investigué que si des infections et/ou des cas de maladie ont été dépistés dans le 2ème cercle. Lors de l'établissement du listing des personnes à investiguer, il faut veiller à identifier celles qui ont eu des contacts avérés avec le cas-index jusqu'à 3 mois avant le diagnostic. Si le malade toussait depuis plus de 3 mois, il faut remonter jusqu'à la date d'apparition de la toux.
- **Lorsque *l'ED est négatif*** (c'est-à-dire lorsque le risque de contamination est beaucoup plus limité), on se limite dans un premier temps au 1er cercle. On n'examine le 2ème cercle que si l'on a décelé des infections et/ou des tuberculoses dans le 1er cercle. Le 3ème cercle ne fait l'objet d'investigations que si

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

l'on découvre des sujets infectés et/ou malades dans le 2ème cercle. En cas d'ED négatif, il faut lister les personnes ayant eu des contacts jusqu'à 1 mois avant la date de diagnostic.

- **Lorsque *l'ED est négatif ainsi que la culture*,** il est recommandé par prudence d'investiguer des sujets du 1er cercle qui auraient eu des contacts étroits et fréquents avec le contaminateur potentiel. On se limite à ce cercle. Dans les faits, on n'attend généralement pas le résultat de la culture pour réaliser le dépistage des contacts donc la procédure est souvent identique à celle préconisée en cas d'examen direct négatif.

Il est recommandé d'être **particulièrement vigilant chez les enfants de moins de 5 ans** qui ont été en contact avec un malade contagieux[28]. Lors du dépistage, il est prudent de cibler également ceux qui appartiennent au 2ème cercle même si la procédure dicte de ne prendre en compte que le premier cercle des contacts.

2. Comment procéder ?

2.1. En général

Puisque l'objectif est prioritairement de diagnostiquer une infection tuberculeuse latente, la méthode de dépistage recommandée reste actuellement ***le test cutané tuberculinique (TCT[29])*** ou intradermo-réaction (ID) (voir technique et lecture dans *l'annexe 3)*.

- Afin de limiter la possibilité d'un premier test faussement négatif[30], le TCT est répété deux à 3 mois plus tard chez les *sujets tuberculino-négatifs*.
- En présence d'un *TCT positif*[31] *:*
  - un cliché thoracique ainsi qu'un examen clinique doivent être réalisés afin d'exclure une TBC pulmonaire ou extra-pulmonaire et confirmer qu'il s'agit d'une infection latente. Si des lésions suspectes sont mises en évidence à la RX, une mise au point doit être effectuée.
  - S'il s'agit bien d'une infection latente, la prescription d'un traitement préventif est recommandée dans la lettre de référence adressée par le SPSE/CPMS-CF au médecin généraliste ou spécialiste.

Il va de soi qu'en cas d'apparition de symptômes suggestifs de tuberculose, il faut procéder sans délai à une mise au point grâce à un examen clinique et à la réalisation d'un cliché thoracique.

2.2. Cas particulier des enfants de moins de 5 ans

Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables ; ils peuvent développer rapidement une tuberculose (y compris ses formes graves) après avoir été infectés par un malade contagieux. Une procédure spéciale est recommandée dans cette situation. Elle consiste à débuter, après exclusion d'une éventuelle tuberculose, un traitement avec l'isoniazide (Nicotibine ® : 10 (15) mg/kg, maximum 300 mg/J) même si le résultat du premier

---

[28] Erkens C. et al. Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries : a European consensus. Eur Respir J 2010; 36: 925-949.

[29] Les tests IGRA constituent une alternative au TCT pour diagnostiquer l'infection tuberculeuse latente. Il s'agit de tests réalisés via une prise de sang ; ils sont plus spécifiques que le TCT notamment parce que il n'y a pas d'interférence avec le BCG mais présentent toutefois un coût important et ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux. Ces tests ne sont actuellement pas utilisés en routine. Des nouvelles recommandations du FARES relatives à l'infection tuberculeuse latente en précisent les indications spécifiques.

[30] Un test peut être faussement négatif si on se trouve dans la phase ante-allergique durant laquelle l'hypersensibilité à la tuberculine s'instaure. Ce cas de figure est à prendre en compte quand le premier test a été réalisé rapidement après le dernier contact potentiellement infectant avec le cas-index.

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

TCT est négatif. Si le deuxième test réalisé 2 à 3 mois plus tard reste négatif, ce traitement peut être stoppé (après s'être assuré de l'absence de tuberculose). En cas de virage, il est poursuivi pendant 3 à 4 mois jusqu'à compléter le traitement de 6 mois prévu initialement.
Une bonne information des parents est essentielle pour s'assurer de leur collaboration ; un modèle de lettre de recommandation spécifique est disponible afin d'informer le médecin à qui le patient est référé.

2.3. Autres cas particuliers

Plusieurs situations particulières peuvent se présenter, pour lesquelles il est a priori difficile de prévoir une stratégie standardisée. Lors d'une mini-épidémie par exemple, il est possible d'utiliser le 2ème tour d'un premier cas comme le 1er tour d'un second, il est aussi très important de communiquer efficacement vis-à-vis des parents et du personnel.

En cas de tuberculose multi-résistante, il faut être particulièrement attentif aux contacts. La recommandation d'un traitement préventif n'est pas systématique et dépendra de l'antibiogramme de la souche tuberculeuse du cas-index et de divers facteurs individuels.

Pour toutes ces situations complexes, il est conseillé de faire appel au FARES qui pourra fournir une aide directe ou référer vers les spécialistes du domaine.

3. Qui est chargé d'organiser le dépistage ?

Les SPSE et CPMS-WB ont la responsabilité d'organiser ce dépistage qui est financièrement à leur charge.
Le FARES peut être sollicité pour donner un avis ou une aide technique. Attention, cette aide technique est réservée aux situations où le SPSE/CPMS-WB n'a pas l'expertise suffisante, auquel cas le FARES se chargera de réaliser un écolage afin que le SPSE/CPMS-WB soit en mesure de réaliser le dépistage de manière autonome la fois suivante.

Dans certains cas et avec l'accord du FARES et du service de surveillance des MI concerné, il est justifié d'organiser un **dépistage autour d'un patient non contagieux afin de rechercher un contaminateur**. Il peut s'agir d'un enfant atteint d'une tuberculose extra-pulmonaire ou que l'on découvre infecté. La notion de contamination récente est essentielle dans cette approche.

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

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

ANNEXE 2. LE TEST TUBERCULINIQUE DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DES CONTACTS

1. Introduction

Lors de la contamination par le bacille de Koch (BK), une réponse immunitaire retardée de type cellulaire aux antigènes de M. tuberculosis se développe après une période ante-allergique de 2 à 12 semaines (médiane 6-8 semaines).
Le TCT, anciennement nommé intradermo-réaction ou test de Mantoux, permet de mettre en évidence l'hypersensibilité aux antigènes du bacille de la tuberculose dans le cadre d'un dépistage prophylactique ou systématique.

Par convention le TCT est réalisé au niveau de l'avant-bras gauche, mais si les conditions de lecture ne sont pas remplies (lésions cutanées importantes, tatouages, premier TCT pas en intradermique) il peut se faire à l'avant-bras droit. Dans ce cas, le noter sur la fiche.

Le TCT est une prestation technique de l'art infirmier de type B2 et ne nécessite pas la présence physique d'un médecin.

2. Matériel

2.1 Tuberculine

En cas d'utilisation d'une ampoule entamée : bien désinfecter le bouchon avant et après chaque usage !

- La tuberculine de référence est la 2 U PPD RT 23 produite par AJVaccines (ex-Statens Serum Institute). Elle se présente en ampoule de 1,5 ml (2 unités dans 0,1 ml de tuberculine). En cas de pénurie, le relais peut être assuré avec la tuberculine 5U PPD Mammalian (Bulbio) en ampoule de 1 ml, considérée comme bio-équivalente. Ces 2 tuberculines sont distribuées par BePharBel (www.bepharbel.com) et sont disponibles en officine mais si de grandes quantités sont nécessaires, il est préférable d'adresser la commande au distributeur.
- Elle doit être conservée au frigo entre 2° et 8°, à l'abri de la lumière, et la chaîne de froid doit être maintenue jusqu'au moment de la réalisation du test.
- Après ouverture de l'ampoule, la durée de conservation peut varier selon le fabricant de 1 jour à 1 mois. L'idéal est d'utiliser la tuberculine le plus rapidement possible. Pour éviter des pertes de produit, une ampoule ouverte de PPD RT 23 peut être conservée pendant 1 semaine au frigo moyennant des précautions d'asepsie et le maintien de la chaîne de froid.

2.2 **Seringue** à usage unique de 1 ml à 100 graduations avec aiguille sertie de 16 mm à biseau court (calibre entre 25 et 27 G).
2.3 **Gel hydro-alcoolique.**
2.4 **Compresse d'alcool.**
2.5 **Container à aiguilles**.
2.6 Latte[32] et feutre fin ou stylo bille.

[32] Les lattes souples et transparentes peuvent être obtenues auprès de Bepharbel en même temps que la commande de tuberculine

3. Anamnèse infirmière

La réalisation d'une anamnèse précède systématiquement la réalisation d'un TCT. Dans le cadre du dépistage en milieu scolaire, se référer aux informations présentes dans le dossier médical de l'enfant :

- S'assurer qu'il n'y a pas d'antécédent de TCT positif (documenté) ou de TBC
- Vérifier le statut de vaccination BCG. Le TCT n'est pas contre-indiqué en cas de BCG, mais cela doit être pris en compte dans l'interprétation.
- S'assurer qu'il n'y a pas de raisons de postposer le TCT :
    - Maladies virales (grippe, rougeole, oreillons, varicelle, rubéole, mononucléose, Covid-19)
    - En présence de fièvre, d'infection bactérienne ou état grippal.
    - En cas de vaccination avec un virus vivant atténué (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, fièvre jaune, rotavirus, polio), il est recommandé de réaliser le TCT avant celle-ci, voire simultanément ou au moins **6 semaines** plus tard.
    - Problème cutané étendu aux deux avant-bras
- Prendre connaissance de l'immunité de la personne (PVVIH, sous traitement immunosuppressif, etc)

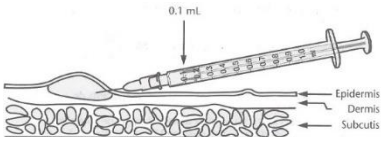
- S'assurer que l'élève/étudiant sera bien présent lors de la lecture prévue

- En fonction de l'âge de l'élève/étudiant, expliquer qu'une réaction peut apparaître au lieu d'injection si on est infecté par le bacille de la tuberculose. Une réaction aspécifique due aux adjuvants peut apparaitre et disparaitre rapidement, c'est-à-dire souvent avant la lecture du test.

- Prévenir que si une réaction apparaît, il ne faut pas gratter. Privilégier le recours à des cold-packs.

4. Réalisation du TCT

- Toujours faire asseoir la personne pour éviter une chute en cas de malaise.
- Se désinfecter les mains avec le gel hydro-alcoolique.
- Désinfecter la peau à l'alcool et attendre qu'elle soit sèche.
- Déballer une seringue avec aiguille sertie.
- Prélever la tuberculine, purger l'aiguille jusqu'à atteindre 0,1 ml.
- Injecter dans le derme au 1/3 supérieur de la partie externe de l'avant-bras gauche. Etirer la peau entre le pouce et l'index, placer le biseau de l'aiguille orienté vers le haut et enfoncer parallèlement à la peau d'environ 2 mm. Ne relâcher la pression sur le cylindre qu'après le retrait de l'aiguille.

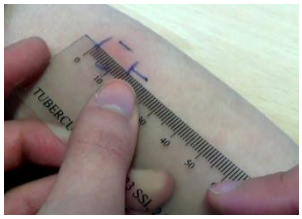


© Notice de la Tuberculine PPD RT23/AJVaccines

- Si l'injection est bien réalisée en intradermique, une papule en peau d'orange de 7 à 8 mm apparaît puis disparaît rapidement. Si pas de papule, recommencer immédiatement l'injection au niveau de l'autre avant-bras (indiquer ce changement dans le dossier).
- Eliminer la seringue dans un container.

5. Lecture du TCT

- Lire de préférence entre 72 et 120 h après l'injection de tuberculine. Jamais avant 48h.
- Palper la zone de l'injection les yeux fermés afin de détecter la présence d'une induration, indépendamment de la rougeur éventuelle[33].
- Mesurer **l'induration** à l'aide d'une latte.
- Pour faciliter la mesure, utiliser la « pen method » : faire glisser la pointe d'un feutre fin ou d'un stylo bille jusqu'à ce qu'elle bute sur l'induration. Opération à réaliser dans le sens de la longueur et de la largeur. Additionner les deux mesures et ensuite diviser par deux. Si le résultat donne lieu à une virgule, arrondir à l'unité supérieure. Ex : 12 + 13 = 25 : 2 = 12,5 ; résultat = 13 mm.
- La **dimension** de l'induration, en nombre de mm, doit être notée dans le dossier même s'il s'agit de 0 mm. Toujours mentionner cette information quand on qualifie le test de positif, négatif ou douteux.
- L'induration peut avoir différentes consistances[34]. Dans certaines réactions importantes, il est même possible d'observer la présence de phlyctènes.



6. Interprétation du TCT

6.1 Critères d'interprétation

Afin d'interpréter le résultat du TCT, il est essentiel de tenir compte de la dimension et éventuellement du type[3], mais également des antécédents BCG, de l'âge du sujet, de l'état immunitaire et d'un contact éventuel avec une tuberculose contagieuse.

La valeur prédictive d'un test positif dépend de la vraisemblance de l'infection tuberculeuse (contact récent avec une TBC contagieuse) et de la probabilité d'un résultat faussement positif (BCG, mycobactéries non tuberculeuses)

Plus la dimension est importante et plus l'induration est dure, plus la probabilité qu'il s'agisse d'une infection tuberculeuse est grande.

[33] Un érythème sans induration n'est pas indicateur d'une réaction immunologique liée à l'ITL

[34] La classification de la consistance en 4 types (I : très dur, II : dur, III : moyennement induré, IV : faiblement induré) n'est plus recommandée bien qu'elle puisse encore être utile dans l'interprétation de certaines réactions douteuses.

Tableau 1. Critères généraux d'interprétation du TCT			
	Diamètre d'induration	**Interprétation**	
Enfants (<16 ans)	**< 5 mm**	**Négatif**	
	≥ 5 mm	**Positif**	- **Contact récent avec un cas de TBC contagieuse** - Immunodépression, y compris VIH - Traitements immunosuppressifs tels qu'anti-TNF α ou fortes doses de corticostéroïdes
	≥ 10 mm	**Positif**	- Aucun des risques précités chez enfant < 5 ans - Risque élevé de développer une TBC active (affections telles que maladie de Hodgkin, lymphome, diabète mellitus, insuffisance rénale chronique ou malnutrition) - Risque élevé d'exposition aux BK : ▪ Être né ou avoir des parents nés dans une région à forte incidence (> 100/100,000 habitants) ▪ Voyager dans une région à forte incidence
	≥ 15 mm	**Positif**	
Adultes (≥16 ans)	**< 5 mm**	**Négatif**	
	≥ 5 mm	**Positif**	- Infection par le VIH (indépendamment du nombre de CD4+ et d'un traitement antirétroviral éventuel) - Immunosuppression sévère en raison d'un traitement immunosuppresseurs (dont l'anti-TNF-α), d'une transplantation d'organe, d'un stade d'insuffisance rénale terminale avec ou sans dialyse
	5-9 mm	**Douteux**	- **Contact récent avec un cas de TBC contagieuse** - Personne ≥ 65 years
	≥ 10 mm	**Positif**	- **Exposition directe à un patient tuberculeux contagieux ou à du matériel infecté** - Risque élevé de développer une TBC active (voir tableau 2) - Risque majoré d'exposition au BK
	10-14 mm	**Douteux**	- En l'absence de facteur de risque - Vaccination BCG au cours des 12 derniers mois - Vaccination répétée par le BCG - Vaccination BCG après l'âge de 1 an
	≥ 15 mm	**Positif**	

NB : dans une classe avec des élèves de 15 et 16 ans, préférer un critère de lecture unique le plus sensible (enfant)

6.1 Notion de virage

La présence de virage est une notion essentielle afin de mettre en évidence une infection récente et d'adapter la stratégie du dépistage selon la contagiosité du cas index. Le virage :

- correspond à une infection récente.
- est un passage d'un test négatif (ou douteux) à un test positif au cours d'une période de moins de 2 ans avec une augmentation **d'au moins 10 mm.**

6.2 Problèmes d'interprétation

Faux positifs	Faux négatifs
✓ **BCG** ✓ **MNT (mycobactérie non tuberculeuse)** ✓ **Dosage >2U/ > 0,1ml**	✓ Technique réalisation du TCT et lecture ✓ Stockage inapproprié de la tuberculine (exposition à la lumière + de 24 h au-dessus de 8°C) ✓ Phase ante-allergique ✓ Infections bactériennes (fièvre typhoïde, brucellose, typhus, lèpre, coqueluche) ✓ Maladies virales (grippe, rougeole, varicelle, rubéole, mononucléose) ✓ Vaccination avec virus vivants atténués (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, fièvre jaune, rotavirus, polio) ✓ Maladie ou traitement immunosuppresseur ✓ Tuberculose grave ✓ Age (<6 mois ou ≥ 65 ans)

BCG :

- Le BCG n'empêche pas une contamination par le BK
- Après BCG, il n'y a pas systématiquement une réaction positive au TCT
- Le BCG peut influencer la réaction tuberculinique, d'autant plus s'il a été réalisé après l'âge d'un an ou répété par la suite.
- En principe, le BCG à la naissance n'interfère pas, sauf s'il a été réalisé récemment

7. Effets indésirables

7.1 Directement après l'injection

- Réaction bénigne : si la personne fait un malaise vagal ⇨ ***l'allonger et lui surélever les jambes pendant quelques minutes***
- Réaction grave (extrêmement rare) : choc anaphylactique, gonflement des lèvres, du visage de la gorge, épaississement de la langue, apparition d'une voix rauque, difficultés respiratoire ⇨ ***contacter directement les urgences (112)***

7.2 Entre la pause et la lecture

- Réactions bénignes : douleur, démangeaison et irritation, érythème, hématome au point d'injection, mal de tête ⇨ ***ne nécessitent pas de prise en charge particulière***
- Autres réactions : nécrose de la peau, rash cutané, urticaire, gonflement des ganglions lymphatiques ⇨ ***référer vers le médecin traitant***

En cas d'effet indésirable sévère, informer la firme qui délivre la tuberculine et lui fournir les informations suivantes :

- date de l'injection
- n° du lot de tuberculine
- moment où les symptômes sont apparus
- description des symptômes et si possible, le rapport du médecin consulté indiquant le traitement donné et l'évolution
- allergies éventuelles de la personne

ANNEXE 3. MODÈLE DE FICHE DE RÉFÉRENCE VERS LE FARES

FICHE DE RÉFÉRENCE VERS LE FARES (À RENVOYER DANS LES MEILLEURS DÉLAIS AU SERVICE CI-DESSOUS)

Nom et coordonnées du SPSE ou CPMS-CF (cachet)

Nom et coordonnées de l'élève/étudiant

Date de naissance : Nationalité :

Nom et coordonnées de l'établissement scolaire

Motif de référence

- □ **Dépistage TCT** suite à un contact avec un malade tuberculeux contagieux (**1er tour**)
- □ **Dépistage TCT** suite à un contact avec un malade tuberculeux contagieux (**2ème tour**)
- □ **TCT douteux (à refaire)** dans le cadre d'un dépistage prophylactique
- □ **Suivi TCT positif** (RX thorax et référence vers médecin traitant)
- □ **RX thorax à la place d'un TCT** dans le cadre d'un dépistage prophylactique
- □ **Mise au point d'une suspicion** de tuberculose

Uniquement au dispensaire FARES Bruxelles

Antécédents

Date dernier TCT: …… Résultat : ……. mm, type ……..
Antécédent de tuberculose : ……..
BCG : ……Date du BCG : …….
Autre : ……

Remarques éventuelles

……
……
……

Résultats et traitement éventuel (à remplir par le FARES)

Cachet Date :

Signature :

ANNEXE 4. MODÈLE DE FICHE DE RÉFÉRENCE VERS LE MÉDECIN

FICHE DE RÉFÉRENCE VERS LE MÉDECIN (À RENVOYER DANS LES MEILLEURS DÉLAIS AU SERVICE CI-DESSOUS)

Nom et coordonnées du SPSE ou CPMS-CF (cachet)

Nom et coordonnées de l'élève/étudiant

Date de naissance : Nationalité :

Nom et coordonnées de l'établissement scolaire

Motif de référence

- □ **Dépistage des contacts** (TCT ou IGRA)
- □ **Suivi TCT positif** (RX thorax et mise en route éventuelle d'un traitement préventif)
- □ **RX thorax à la place d'un TCT** dans le cadre d'un dépistage prophylactique
- □ **Mise au point d'une suspicion de tuberculose**

Antécédents

Date dernier TCT : …… Résultat : …….. mm, type ……..
Antécédent de tuberculose : ……..
BCG : ……Date du BCG : ……
Autre : ……

Remarques éventuelles

……

……

……

……

Résultats et traitement éventuel (à remplir par le médecin)

Cachet Date :

Signature :

ANNEXE 5. TABLEAU DE TRANSMISSION DES RÉSULTATS DU DÉPISTAGE DES CONTACTS (ÉLÈVES/ÉTUDIANTS)

Ce tableau doit être téléchargé en format Excel sur le site du FARES

A remplir en concertation avec l'infirmière FARES.

Pour sécuriser le transfert de données nominatives, suivre la procédure de protection décrite dans le fichier Excel avant l'envoi des résultats

Nom et coordonnées de l'établissement scolaire:	Nom et coordonnées du SPSE/CPMS-CF:
Nom et prénom du cas index:	Dates du 1er tour:
Classe :	Dates du 2ème tour:
Nombre total d'élèves/étudiants à dépister :	

				Test cutané tuberculinique (TCT)				RX thorax			
				1er tour		2ème tour					
NOM	**PRENOM**	**DDN**	**Nationalité**	**Taille**	**Type**	**Taille**	**Type**	**Résultat**	**Statut**	**BCG?**	**Remarques** *(ex : préciser si le test n'a pas été lu, lu par le médecin traitant, etc.)*

ANNEXE 6. TABLEAU DE TRANSMISSION DES RÉSULTATS DU DÉPISTAGE DES CONTACTS (PERSONNEL)

Ce tableau doit être téléchargé en format Excel sur le site du FARES

A remplir en concertation avec l'infirmière FARES.

Pour sécuriser le transfert de données nominatives, suivre la procédure de protection décrite dans le fichier Excel avant l'envoi des résultats

Nom et coordonnées de l'établissement scolaire:	Nom et coordonnées du service de médecine du travail :
Nom et prénom du cas index:	Dates du 1er tour:
Classe :	Dates du 2ème tour:
Nombre total des membres du personnel à dépister :	

				Test cutané tuberculinique (TCT)				RX thorax			
				1er tour		2ème tour					
NOM	**PRENOM**	**DDN**	**Nationalité**	**Taille**	**Type**	**Taille**	**Type**	**Résultat**	**Statut**	**BCG?**	**Remarques** *(ex : préciser si le test n'a pas été lu, lu par le médecin traitant, etc.)*

ANNEXE 7. DOCUMENT D'IDENTIFICATION DES PRIMO-ARRIVANTS PHP PAR LES DIRECTIONS D'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

WALLONIE-BRUXELLES ENSEIGNEMENT

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE

Contrôle de la tuberculose en milieu scolaire

IDENTIFICATION DES PRIMO-ARRIVANTS ISSUS DE PAYS À HAUTE PRÉVALENCE* POUR LE BILAN DE SANTÉ OBLIGATOIRE

Etablissement scolaire :

NOM	Prénom	Date de naissance	Classe	Nationalité	Pays de provenance

* Dans le cadre de la prévention de la tuberculose, l'élève/étudiant primo-arrivant est celui qui est originaire d'un pays à haute prévalence de tuberculose et qui séjourne en Belgique depuis moins d'un an. Les pays concernés sont les suivants :

- Tous les pays d'Afrique.
- Tous les pays d'Asie, y compris le Moyen-Orient, à l'exception du Japon.
- Tous les pays des Amériques à l'exception du Canada et des USA.
- En Europe, uniquement les pays suivants :
  - Dans l'Union Européenne : Estonie, Lituanie, Roumanie.
  - Hors Union Européenne : Moldavie, Russie, Ukraine, Biélorussie.

Pratiquement, il s'agit des élèves/étudiants primo-arrivants tels que considérés par le décret du 07/02/2019 relatif au dispositif d'accueil et de scolarisation des élèves primo-arrivants auxquels s'ajoutent les élèves/étudiants issus plusieurs pays à risque de tuberculose situés en Europe : Estonie, Lituanie, Roumanie, Moldavie, Russie, Ukraine et Biélorussie. Ces élèves/étudiants sont à considérer quel que soit leur âge.

Si AUCUN élève/étudiant primo-arrivant identifié, cocher cette case ☐

Nom et fonction :

Signature : **Date :**

Ce document doit être envoyé <u>en début d'année scolaire</u> et <u>au début de chaque trimestre</u> au SPSE ou CPMS-CF de votre établissement scolaire

mise à jour : mai 2025

ANNEXE 8. CHECKLIST POUR IDENTIFIER LES ÉLÈVES/ÉTUDIANTS À RISQUE DE TUBERCULOSE LORS DES BILANS DE SANTÉ

La checklist ci-dessous est téléchargeable sur le site du FARES en plusieurs langues[35]

- Français
- Anglais
- Russe
- Arabe
- Turc
- Pachto
- Dari
- Espagnol
- Tigrinya
- Ukrainien

Elle peut être utilisée comme aide-mémoire lors de la recherche des signes et symptômes de la tuberculose à l'occasion des bilans de santé ou en cas de TCT positif.

Notez que ces symptômes se rapportent à une tuberculose de type adulte, et que les jeunes enfants présentent souvent des formes atypiques. Quelques informations à ce propos sont listées en français au verso de chaque checklist

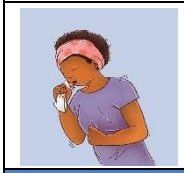
Si l'enfant/le jeune ne comprend pas le français mais qu'il sait lire, vous pouvez la lui faire faire lire directement ainsi qu'à ses parents; des images ont été ajoutées afin de faciliter la compréhension.

A côté de la checklist, d'autres facteurs peuvent vous orienter vers une suspicion de tuberculose :

- provenir d'un pays à haute incidence de tuberculose. Des fiches par pays sont disponibles sur https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22FR%22&iso2=%22AF%22
- avoir séjourné en prison
- avoir travaillé ou vécu dans un milieu à risque
- vivre dans des conditions de précarité importantes

[35] Ces traductions ont été réalisées grâce au soutien de l'ONE et de AZG et sont téléchargeables sur https://www.fares.be

CHECK-LIST pour le DÉPISTAGE de la TUBERCULOSE (français)

Présence d'un des symptômes clefs		
	Toux chronique (> 3 semaines)	*« Est-ce que tu tousses ? Depuis plus de trois semaines ? »*
	**Hémoptysie (rejet de sang par les voies respiratoires)**	*« Quand tu tousses, y a-t-il parfois du sang dans tes crachats ? »*
Présence d'autres symptômes ?		
	Fièvre modérée (d'origine inconnue)	*« As-tu de la fièvre sans que tu ne saches pourquoi ? »*
	Sueurs nocturnes	*« Transpires-tu beaucoup la nuit ? »*
	Perte de poids et perte d'appétit	*« As-tu perdu du poids et n'as-tu plus envie de manger ? »*
	Fatigue prolongée et/ou perte d'énergie	*« Te sens-tu fatigué ou sans énergie depuis assez longtemps ? »*
	Douleurs dans la poitrine à la respiration ou pendant la toux	*« As-tu mal dans la poitrine lorsque tu respires ou tu tousses ? »*
Présence de facteurs de risque?		
	Immuno-dépression suite à une maladie, un traitement etc	*« Souffres-tu d'une maladie ou prends-tu un médicament qui te rend plus fragile aux microbes ? »*
	Antécédents de tuberculose	*« As-tu déjà eu la tuberculose ? »*

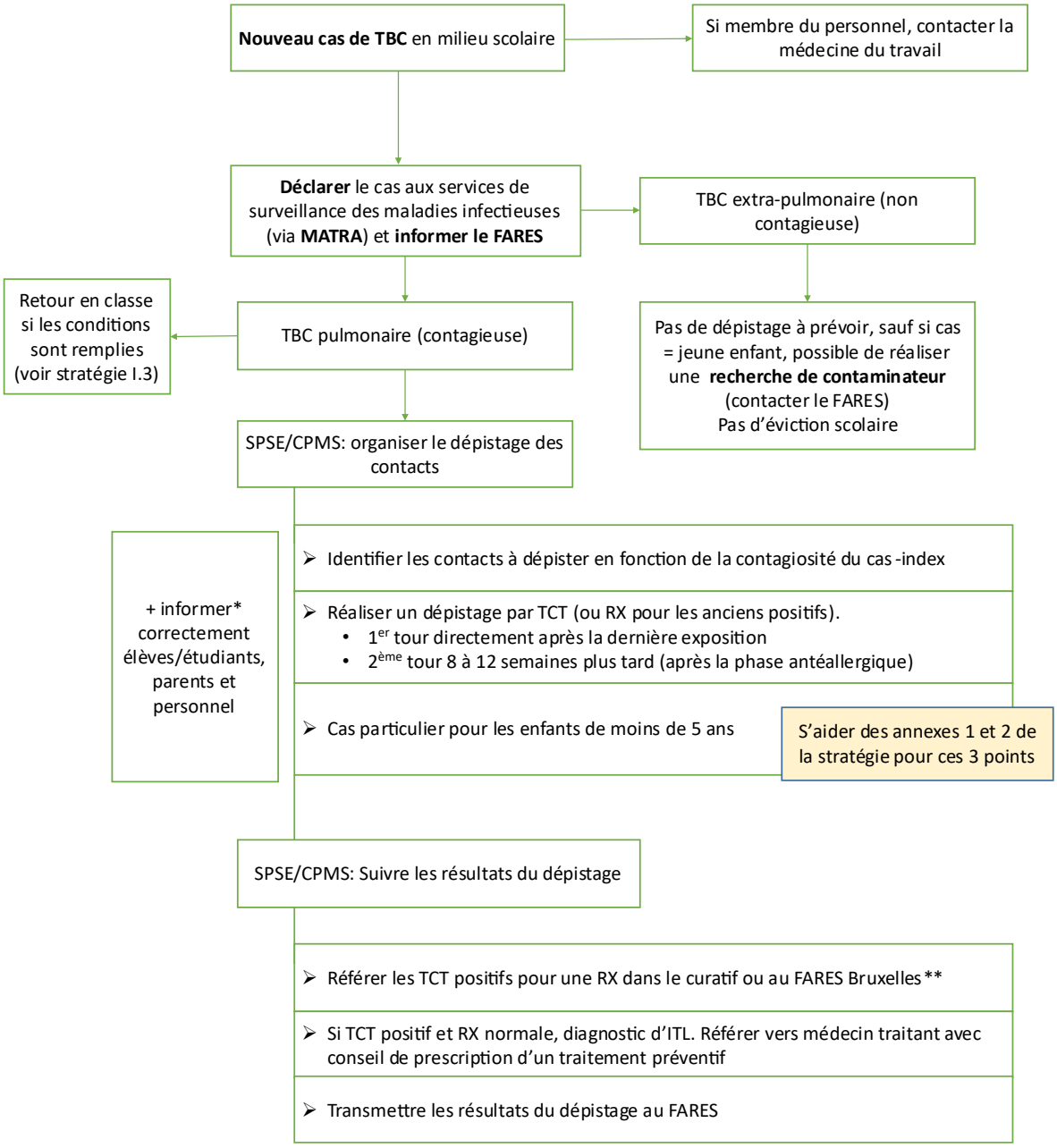
Cas particulier des jeunes enfants

Chez les jeunes enfants, la présentation est souvent atypique et d'autres symptômes peuvent être des signes d'appel éventuels, surtout s'il y a eu un contact avec un adulte atteint de TBC contagieuse.

Symptômes à rechercher chez le jeune enfant	
• Fièvre persistante/fébricules répétés (> 10 à 14 jours) ; surtout sans cause évidente • Toux persistante (> 21 jours), sans diagnostic précis, si une autre cause infectieuse est écartée et si le traitement bien conduit n'apporte pas d'amélioration	• Ecoulement de l'oreille • Boiterie • Eruption cutanée • Perte de poids et/ou retard de croissance • Perte d'appétit • Diminution de l'activité

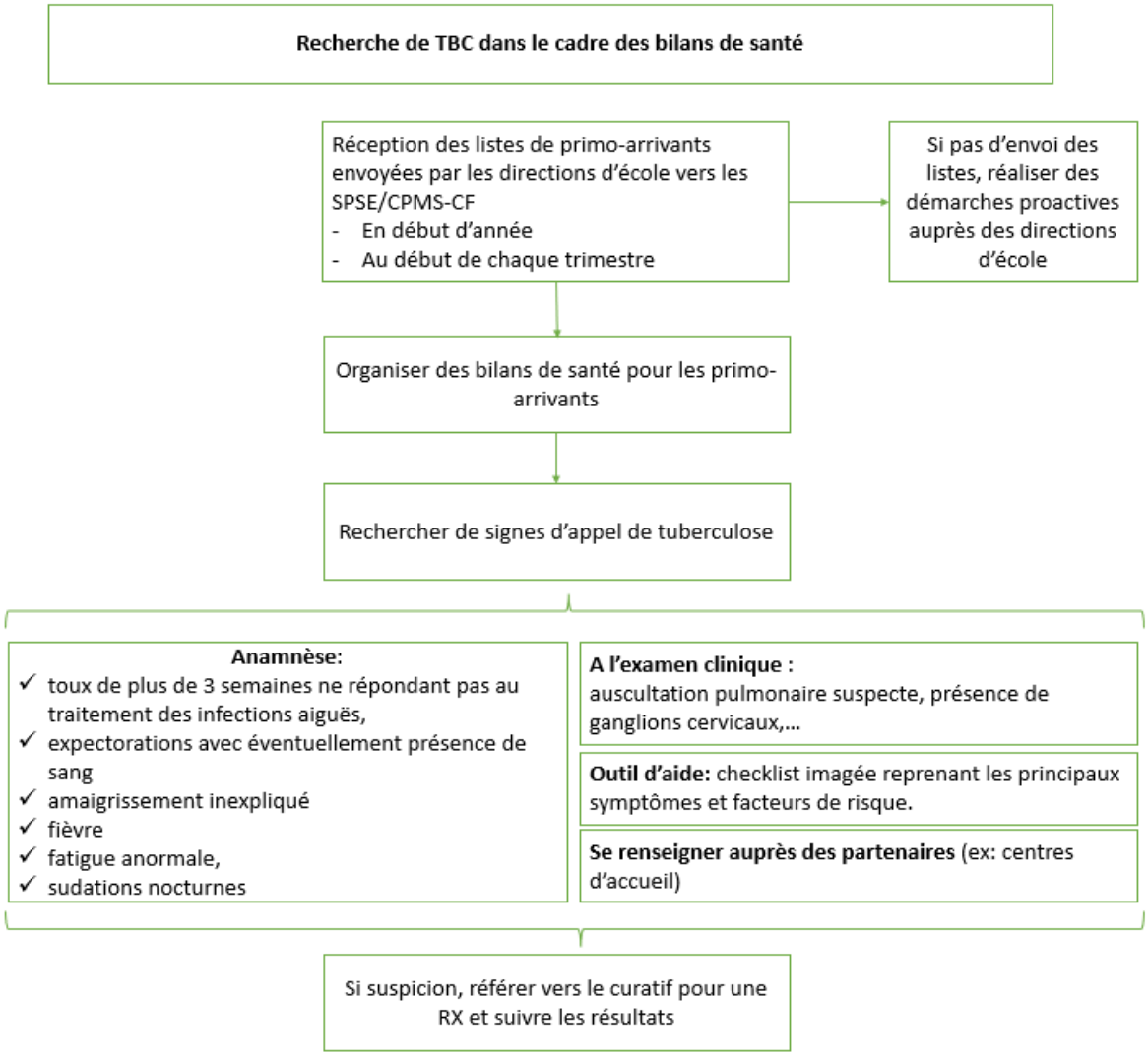
- **Etre attentif à ces symptômes et référer au moindre doute**
- En dehors de la forme pulmonaire, les sites les plus fréquement touchés sont les suivants : ganglions, plèvre, os (colonne vertébrale), abdomen et méninges.
- Les enfants ne sont qu'exceptionnellement contagieux.

ANNEXE 9. ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE D'UN CAS TB EN MILIEU SCOLAIRE



*Modèles de lettre et modèle de support powerpoint disponible sur le site du FARES www.fares.be
TB>info pour pros > milieux spécifiques > milieu scolaire
**en cas de difficultés financières, BELTA-TBnet peut prendre les frais de la RX en charge → contacter le FARES

ANNEXE 10. ALGORITHME DE RECHERCHE DE TUBERCULOSE LORS DES BILANS DE SANTÉ



ANNEXE 11. COORDONNÉES UTILES

1. Services de surveillance des maladies infectieuses

	Région de Bruxelles-Capitale	Région wallonne
Service	Service d'inspection d'hygiène de la Commission communautaire commune - Vivalis	Cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'Agence pour une Vie de Qualité
Déclaration en ligne	Nous alerter | Vivalis	https://traceinwal.aviq.be
Courriel	notif-hyg@ccc.brussels	surveillance.sante@aviq.be
Courrier / téléphone	Rue Belliard 71, boîte 1 1040 Bruxelles Tel : 02/552.01.91	Rue de la Rivelaine, 21 6061 Charleroi Tel : 071 33 77 77

2. Fonds des Affections Respiratoires - FARES

- **Equipe centrale**
  Rue Haute 290
  1000 -Bruxelles
  Tél : 02 512 29 36
  Fax : 02 511 14 17
  Mail : prevention.tuberculose@fares.be

- **Centre de prévention de la tuberculose (CPT)** voir sur le site du FARES (https:// www.fares.be/fr/contacter-le-fares/