

# La tuberculose en Belgique sous contrôle, vraiment ?

**Webinar sur la tuberculose**  
**Journée Mondiale de la Tuberculose 2022**  
Dr Vinciane Sizaire

# Plan de présentation

- Les objectifs internationaux
- Epidémiologie de la tuberculose dans le monde et en Belgique
- Cadre belge de la lutte anti-TBC
- Prévention et contrôle de la TBC en Belgique
  - Détection et traitement précoces de la tuberculose
  - La prise en charge des groupes à risque
  - Prise en charge des mini-épidémies
  - Prise en charge des groupes « exposés »
  - Les activités transversales : surveillance / maintien de l'expertise
- Les défis

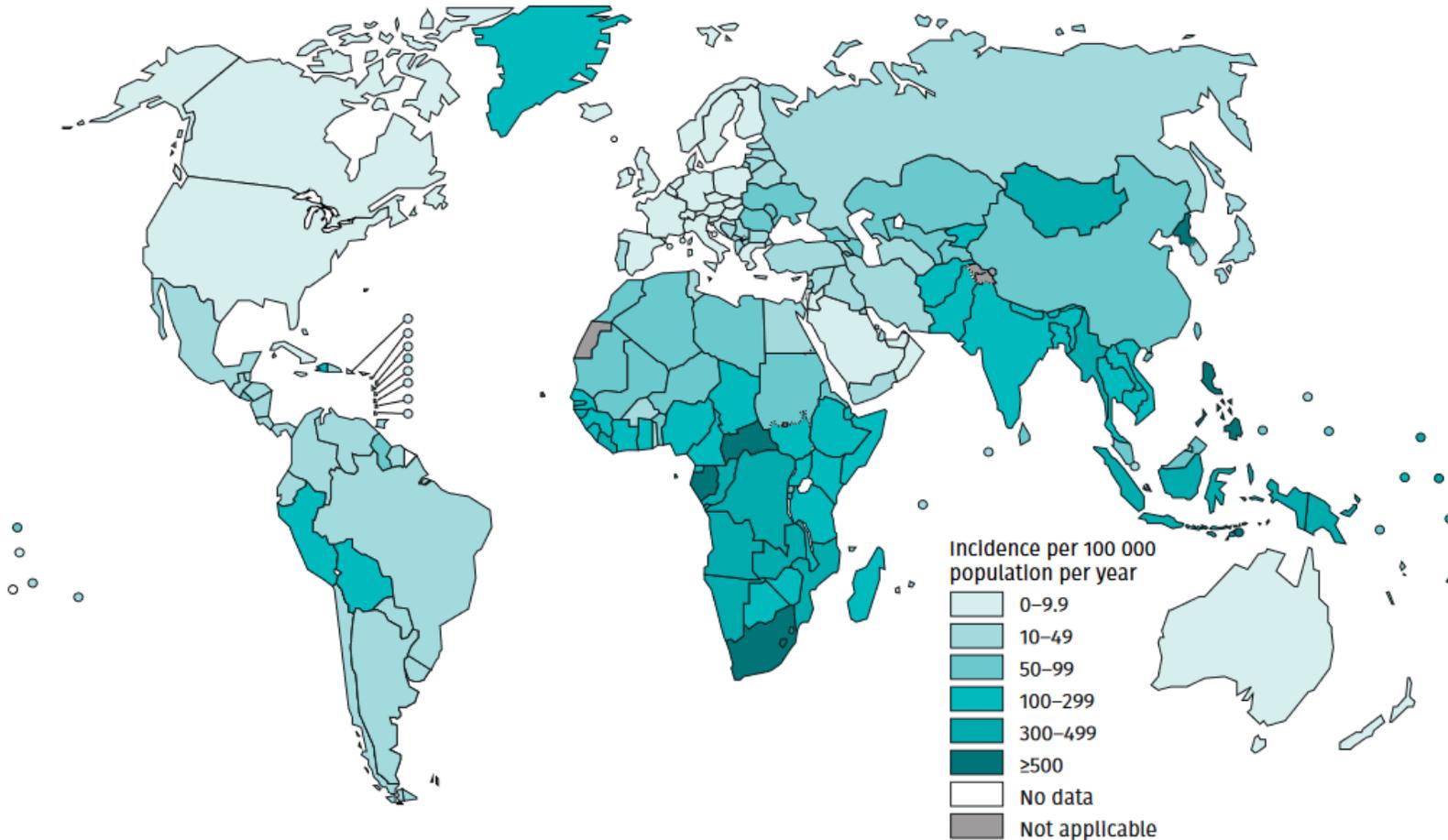
# Le cadre au niveau international

- 2015 : Engagement de tous les Etats membres de l’OMS et UN à stopper l’épidémie de la tuberculose : WHO’s End TB strategy

VISION	A WORLD FREE OF TB — zero deaths, disease and suffering due to TB			
GOAL	END THE GLOBAL TB EPIDEMIC			
INDICATORS	MILESTONES		TARGETS	
	2020	2025	2030	2035
Percentage reduction in the absolute number of TB deaths (compared with 2015 baseline)	35%	75%	90%	95%
Percentage reduction in the TB incidence rate (compared with 2015 baseline)	20%	50%	80%	90%
Percentage of TB-affected households facing catastrophic costs due to TB <sup>a</sup> (level in 2015 unknown)	0%	0%	0%	0%

# Incidences de TBC - Estimations OMS, 2020

Estimated TB incidence rates, 2020



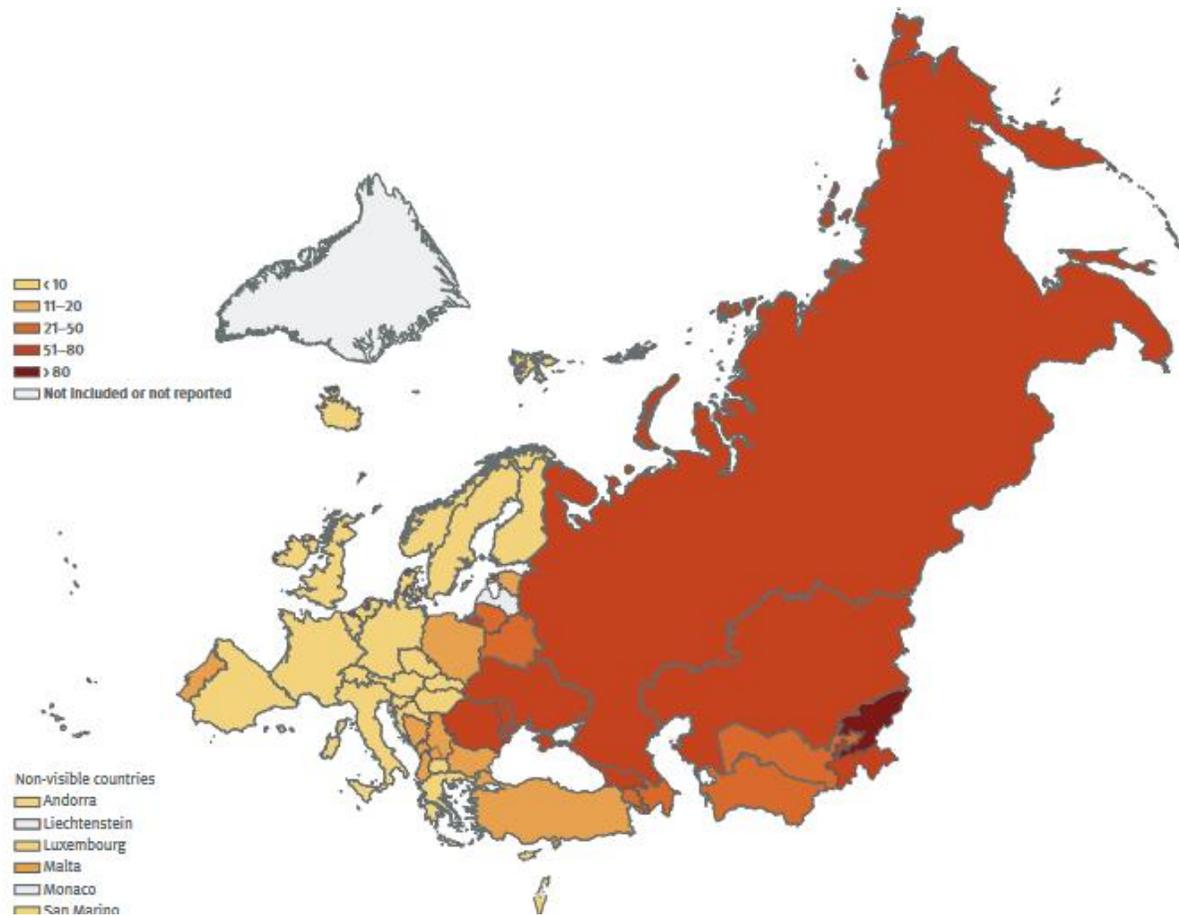
## Estimations

- 10 millions incident TB cases
- 1,5 millions of death
- 0,5 million with R resistance (80% of them = MDR TB cases)
- 1/4 of the world infected

## Impact Covid19 en 2020

- # cas déclarés : - 18%
- # décès : + 105 000 décès comparé à 2019 (+7%)

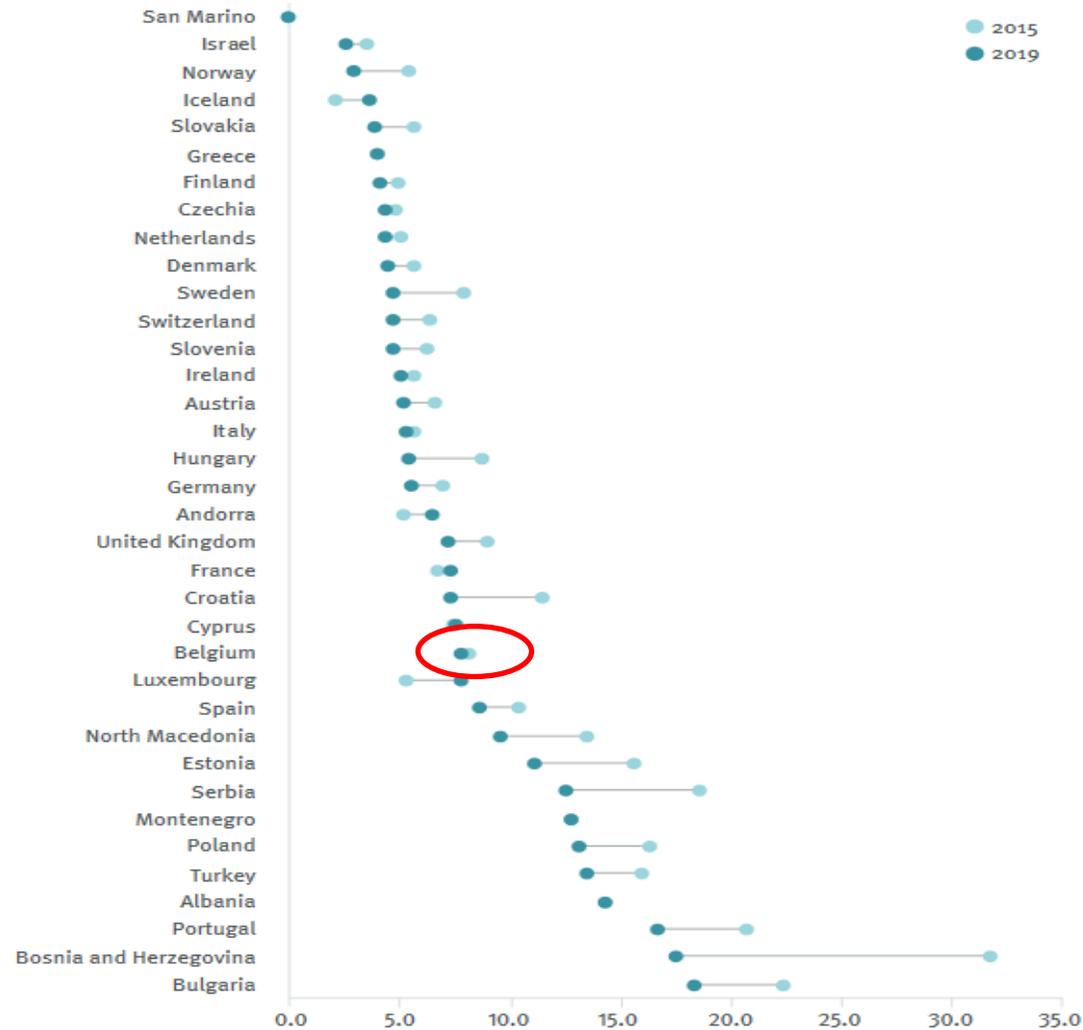
# TBC dans l'UE – ECDC, 2019



- WHO Europe TB burden is the lowest but the nb of new MDR TB cases is the highest.
- In the 31 countries of EU/EEA, 46 000 cases over the 246,000
- Overall incidence in EU/EEA = 9,6/100,000 (26/100,000 for the whole WHO Euro region)

# Incidence de la tuberculose, Europe 2019

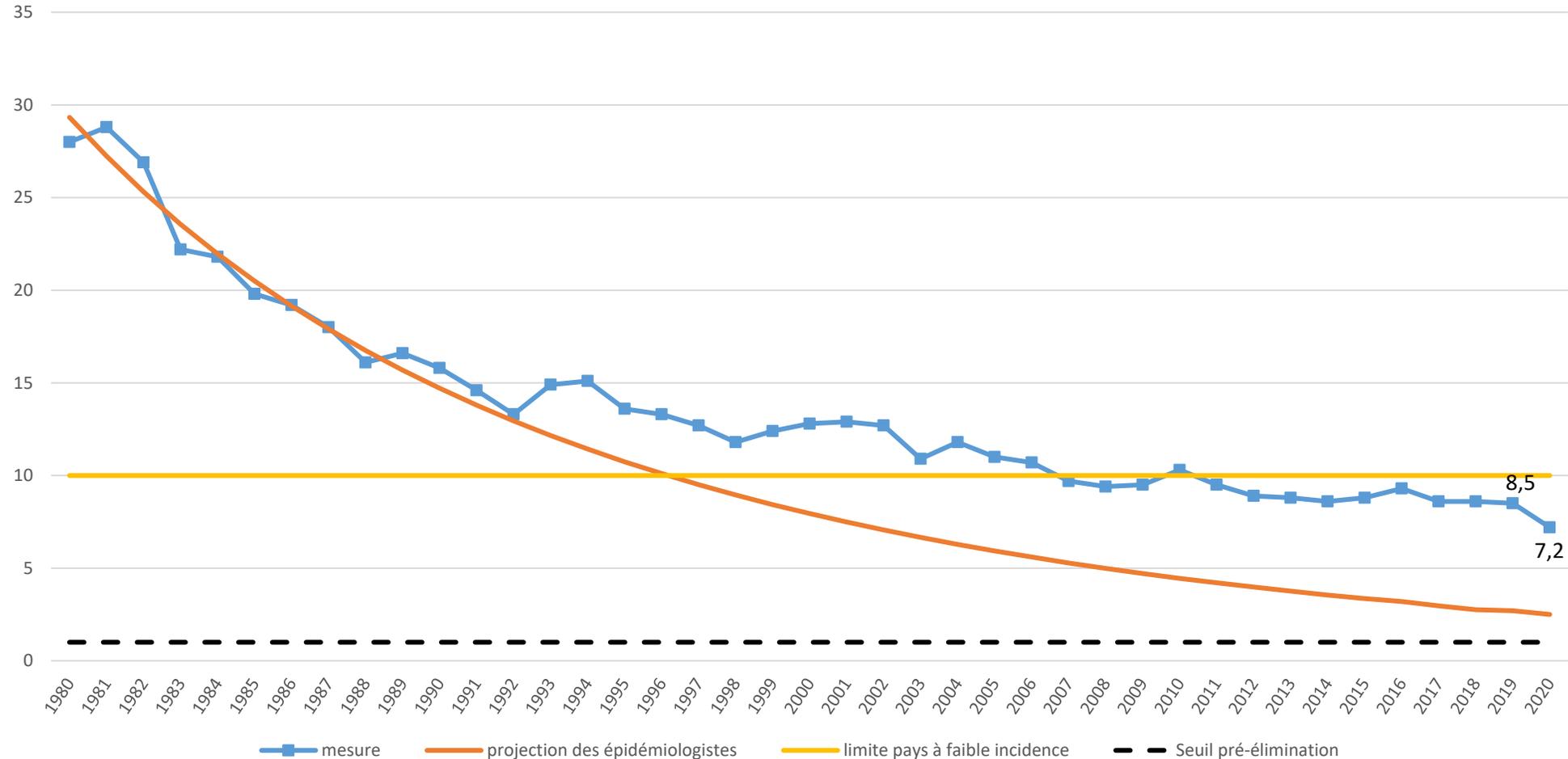
Fig. 3.1.1. Trend in TB notification rate per 100 000, WHO European Region, between 2015 and 2019



Pays à faible incidence < 10/100,000

# Incidence en Belgique : évolution

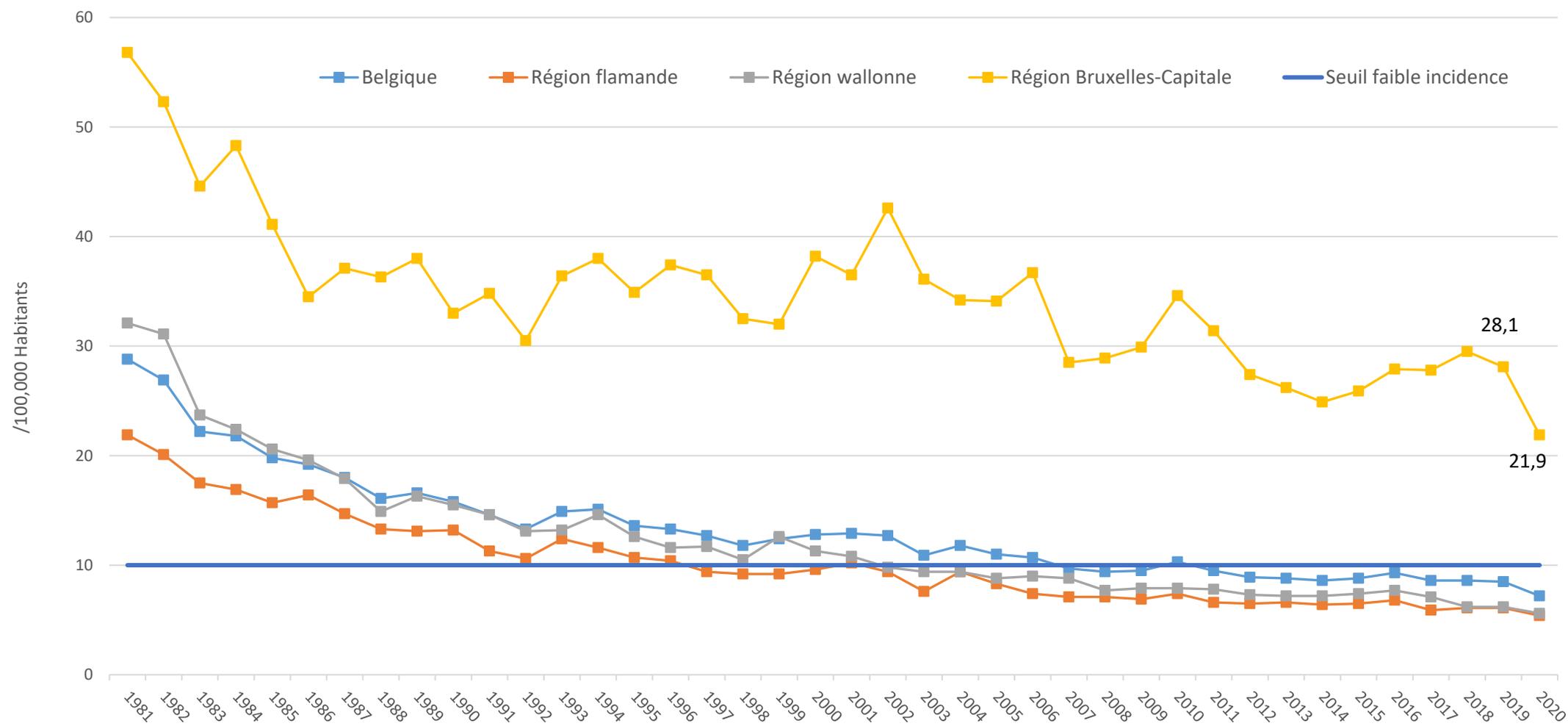
Evolution de l'incidence en Belgique par rapport aux valeurs attendues (/100 000 habitants)



# Incidence en Belgique et par région, 2019 et 2020

	Nb de cas		Incidence/100.000	
	2019	2020	2019	2020
<b>Bruxelles</b>	340	267 (-21%)	28,1	21,9
<b>Flandre</b>	404	360 (-11%)	6,1	5,4
<b>Wallonie</b>	224	203 (-9%)	6,2	5,6
<b>Belgique</b>	<b>968</b>	<b>830 (-14%)</b>	<b>8,5</b>	<b>7,2</b>

# Evolution de l'incidence dans les 3 Régions (/100.000)



# TBC dans les grandes villes - 2020

Villes > 100 000 habitants → 17,3/100 000 (versus 4,2)



# Facteurs qui contribuent aux hautes incidences dans les villes occidentales

- Concentration des immigrants en provenance de pays à forte prévalence
- Epidémies parmi les sans-abris
- Toxicomanes et alcooliques
- Forte densité de population
- Poches de personnes à faible niveau socio-économique dans les grandes villes

# Certains groupes sont particulièrement à risque



DPI- 11,4%

96 en 2020



Migrants en transit  
2,8%

23



Illégaux – 9,2%

76



Personnel médico-social  
2,7%

22



Sans abri – 6,6%

55



Prisonniers – 1,3%

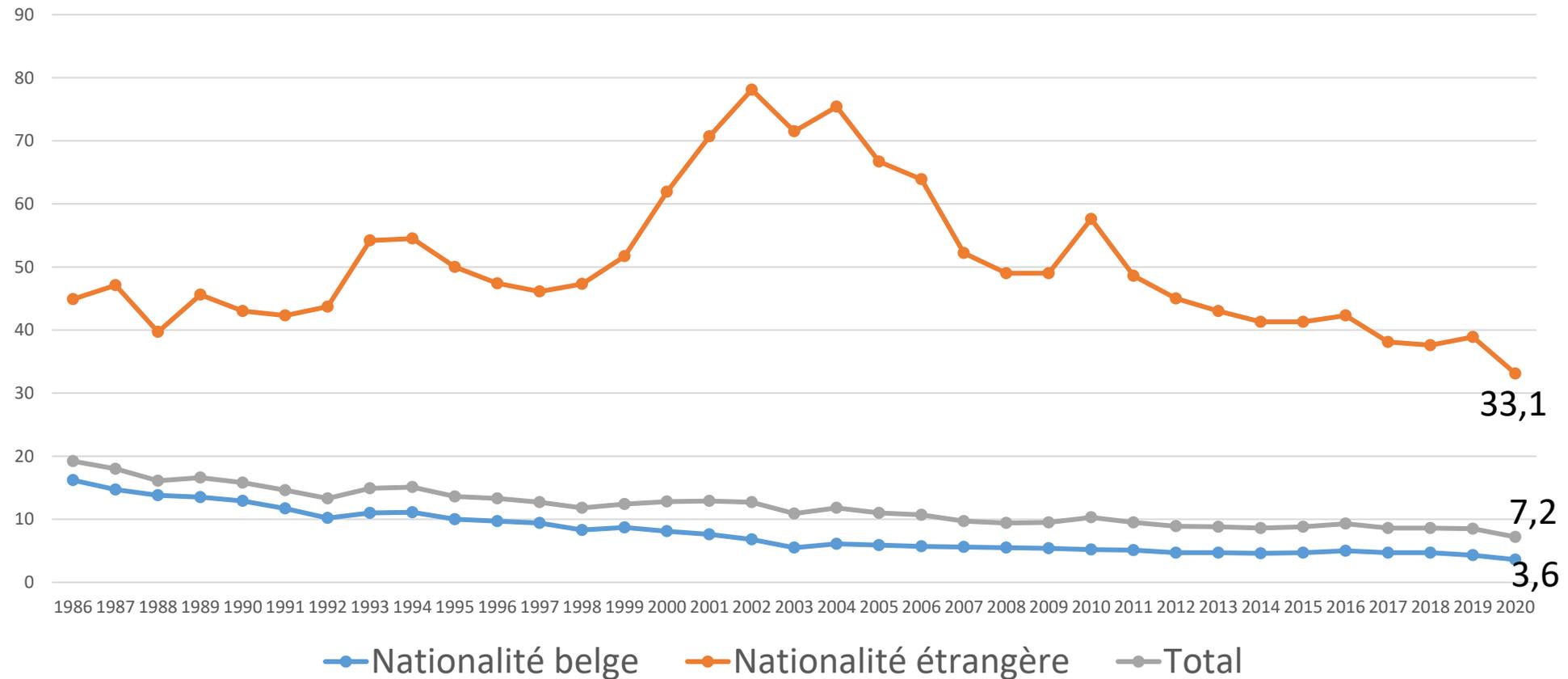
11



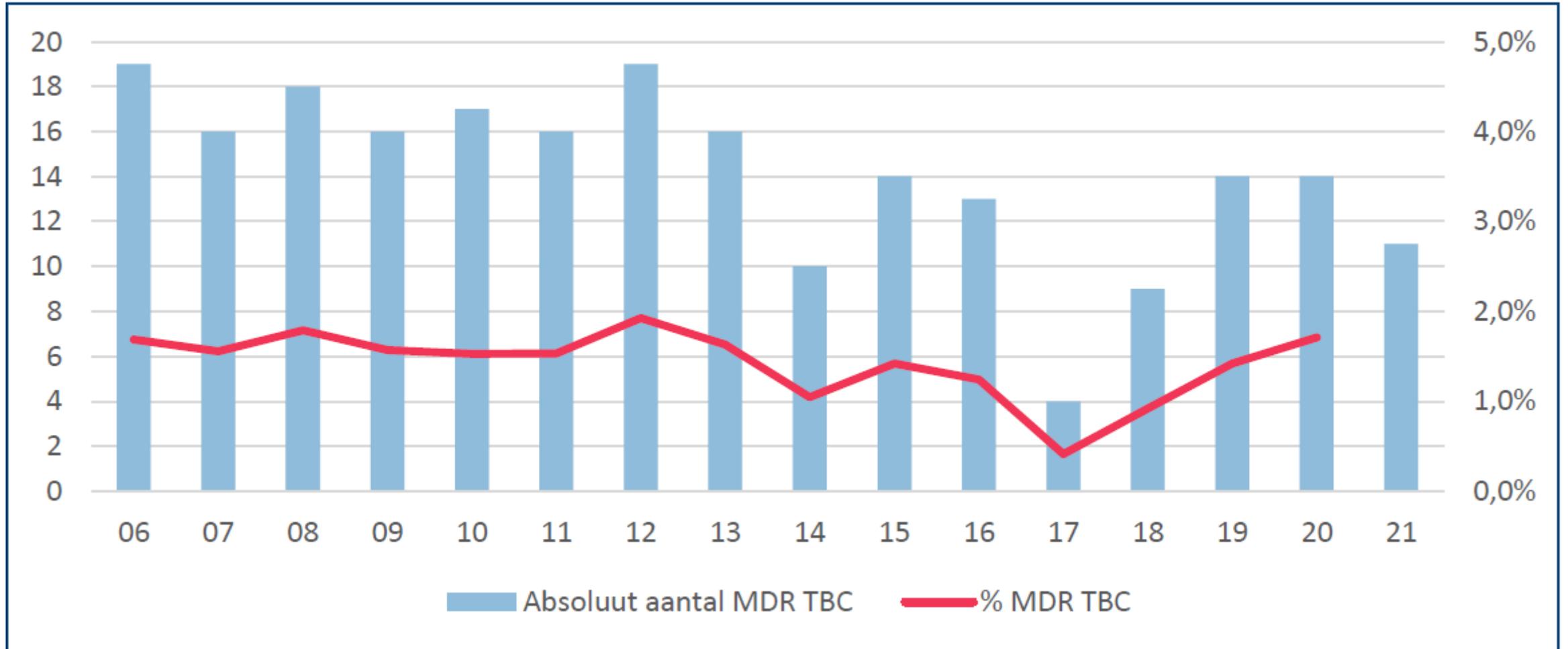
+ VIH 4%

# Evolution de l'incidence chez les Belges et non-Belges

Titre du graphique



# Nouveaux cas TBC MR en Belgique

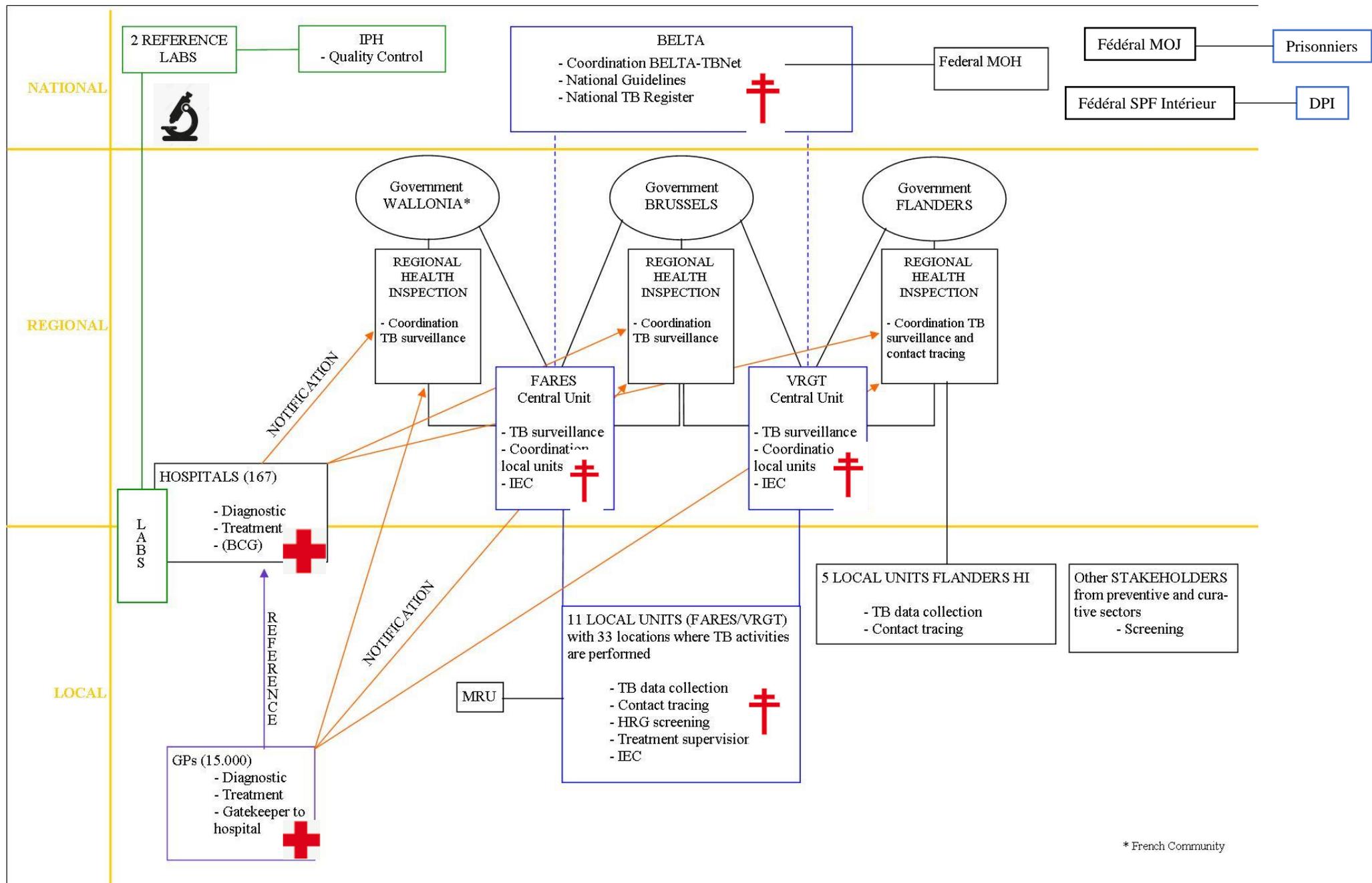


# Résultats cohorte 2019 (TBCP BK/C +)

**Indicateur OMS : 85% issues favorables parmi les cas pulmonaires confirmés**

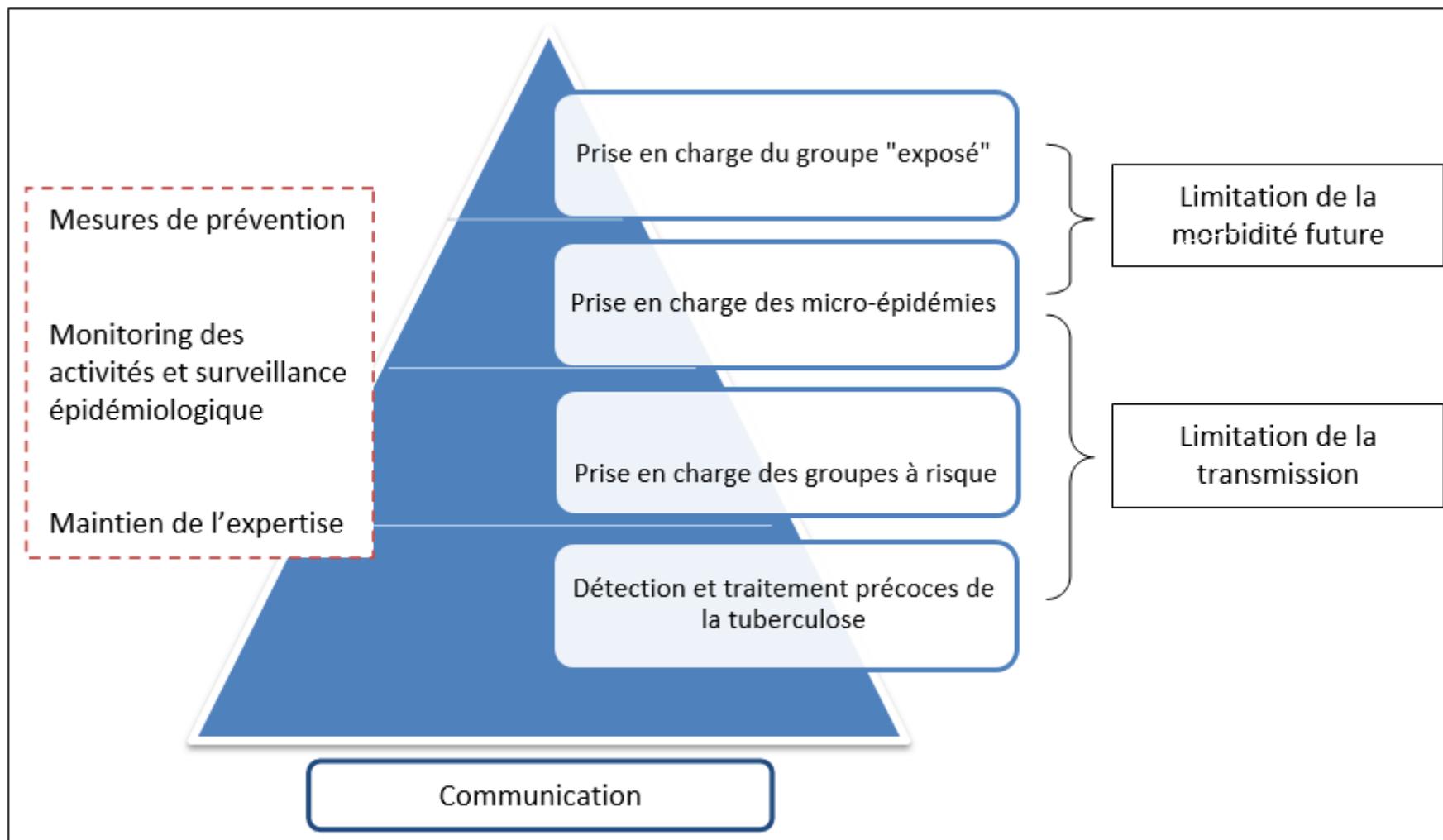
Résultats	RF	RBC	RW	Belgique
Succès	87,3%	75,5%	79,4%	81,1%
Décès	6,6%	9,9%	13,5%	9,4%
Echecs	0,5%	0%	0,8%	0,4%
Abandons/PV	5,7%	13%	6,3%	8,5%

COHORTE = Cas pulmonaires culture + / 1 an après le début du R/ ( n= 526 )



\* French Community

# Axes stratégiques: pays faible incidence



# I. Détection et traitement précoce de la tuberculose



# Diagnostic différentiel



# Bilan pour confirmer la tuberculose



Examen clinique



RX thorax



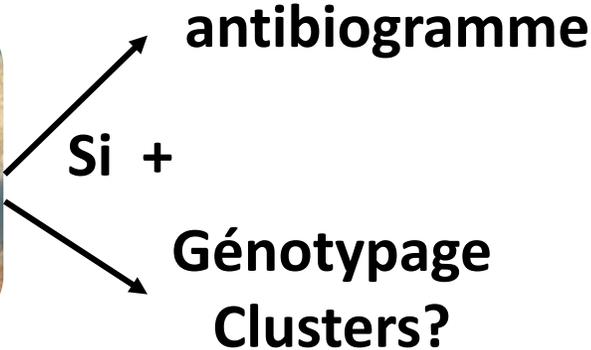
Examen direct



PCR / GeneXpert



Culture (3 à 8 semaines)



# Traitement de la tuberculose

## Phase Intensive

- 4 (3) antibiotiques (RHZE)
- +/- pendant **2 mois**

## Phase de continuation

- 2 antibiotiques (RH)
- +/- pendant **4 mois**



Efficacité proche de 100% si correctement pris et TBC multisensible

# Point de départ : déclaration

- **Obligation légale** (législations régionales)
- Cas suspect ou confirmé (culture, ED, PCR )
- Déclaration nominative
- Délai : 24h / 48h
- *Par qui ?* : tout professionnel de la santé qui a connaissance d'un cas (labos et médecins )
- *A qui ?* Inspection d'hygiène concernée
- Sous forme papier/ téléphone / plateforme électronique sécurisée (BXL et Wallonie)



DECLARATION DE TUBERCULOSE Exemple destiné au FARES

1. Informations concernant le malade

Nom  Prénom   
Date de naissance  Sexe M  F   
Lieu de naissance   
Nationalité   
Profession   
Adresse Rue  CP  Localité  N°

Entreprise / Implantation scolaire (biffer la mention inutile)  
Dénomination   
Adresse Rue  CP  Localité  N°

2. Ouverture du dossier par  
Médecin traitant/Médecin spécialiste/Institution hospitalière/Mutualité (biffer la mention inutile)  
Dénomination   
Adresse Rue  CP  Localité  N°   
N° tél  Adresse mail

3. Maladie tuberculeuse

Pulmonaire  Ganglionnaire intrathoracique  Ostéoarticulaire  
 Pleurale  Ganglionnaire extrathoracique  Urogénitale  
 Méningée  Autre .....

4. Bactériologie

B.K. – Examen direct  B.K. – Culture  PCR +  
 B.K. + Examen direct  B.K. + Culture  PCR -  
 Examen BK en direct non demandé  Culture BK non demandée  PCR non demandé

Cachet  Signature et Date

# Activités complémentaires au suivi clinique

- S'assurer que tout malade déclaré est pris en charge adéquatement:
  - S'assurer de la mise sous traitement
  - Prévenir la non-compliance et l'abandon du traitement
  - Agir en cas d'abandon ou refus de traitement (recours légal avec les IH)
- Coordonner le dépistage de l'entourage des cas déclarés
  - Cas de TBC active (rendement de ce dépistage = 877/100.000 en 2020)
  - Cas d'ITL (offrir un traitement préventif)
- Collaboration avec les services régionaux de surveillance des maladies infectieuses (réunions mensuelles)

# Accès aux médicaments et examens diagnostiques

- *Financé* par INAMI (convention avec BELTA) (2005)
- **Principe de résiduarité**
- *Cible ?* MR, patients sans aide sociale, patients avec Sécu mais difficulté de payer ticket modérateur
- *Quand ?* Toute la durée du traitement
- *Quoi?* Examens de diagnostic, antituberculeux + suivi, traitement LTBI + suivi. Frais d'~~hospitalisation~~
- *Financement* : selon protocole (dérogation possible)

## II. Prise en charge des groupes à risque



DPI

Dépistage à l'entrée par RX au Petit Château (ID pour les <15 ans et femmes enceintes)



Prisonniers

Dépistage à l'entrée en prison et annuel (RX – ID)



Illégaux

Pas de dépistage systématique.  
Stratégie reposant sur la collaboration avec les partenaires + référence



Sans abri



Réfugiés UA

Dépistage passif ? Renforcé ? Actif via RX ?

# III. Prise en charge des mini-épidémies

- Liens épidémiologiques :
  - Clusters familiaux
  - Collectivités, dont les prisons
  - Sans-Abris (avec des épidémies qui s'étendent sur plusieurs années)
- Génotypage
  - Détection de clusters non établis par des liens épidémiologiques, sur base de la similitude des souches
  - Outil utilisé pour confirmer une suspicion de mini-épidémie
  - Utile aussi dans les prisons

# Prise en charge des groupes « exposés »

- Dépistage des contacts
  - Au sein des familles
  - Dans les collectivités
- Médecine du travail dans les professions à risque
- Le TT préventif permet de diminuer le risque de développer une TBC de 60 à 90%

# Surveillance épidémiologique

- Collecte, encodage et traitement des données des cas déclarés de TBC
- Analyse des données
- Rédaction du rapport et diffusion des résultats

- Rapport annuel standardisé (registre de la TBC)
- Transmission de données au réseau de surveillance européen

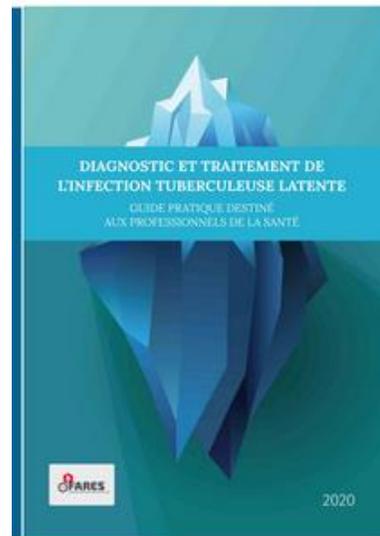
<https://www.fares.be/fr/tbc-publications-rapports-epidemiologiques/>



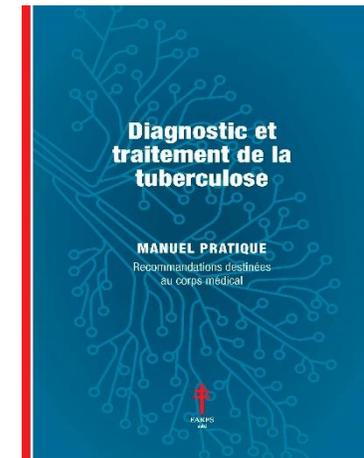
# Maintien de l'expertise

- Offre de formations / information à différents publics (web, ressources, outils...), GLEMs, ...
- Recommandations

## ITL (2020)



## Guide clinique (2010)



<https://www.fares.be/tuberculose/publications/recommandations/diagnostic-et-traitement-de-linfection-tuberculeuse-latente>

<https://www.fares.be/tuberculose/publications/recommandations/diagnostic-et-traitement-de-la-tuberculose-manuel-pratique>

# Challenges

- La TBC diminue (trop) lentement mais il faut rester vigilant pour limiter le délai de diagnostic surtout dans les populations à risque
- Les crises successives peuvent mettre à mal le contrôle de la TBC
- L'axe stratégique visant à agir sur les sujets infectés (LTBI) devra être renforcé. Dans ce but, les recommandations sur le dépistage ITL et R/ préventif ont été publiées et la RW a rendu la déclaration de l'ITL obligatoire.
- Les activités de diagnostic et traitement sont intégrées dans SS → importance de garder une vision globale, une cohérence, une expertise, une standardisation des pratiques et une collaboration entre partenaires
- Enjeux concernant l'harmonisation des stratégies et procédures dans un contexte de régionalisation
- Importance des partenariats