



## **Stratégie de prévention de la tuberculose chez les demandeurs d'asile**

**Document opérationnel**

**Décembre 2018**

# Table des matières

<b>Abréviations</b>	<b>3</b>
<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>A. Organisation du dépistage chez les demandeurs d'asile</b>	<b>5</b>
1. Dépistage de la tuberculose à l'entrée	5
1.1. Examens de dépistage	5
1.2. Screening médical organisé à l'OE	5
1.3. Suivi organisé par les structures d'accueil	5
2. Dépistage périodique à 6 mois et 12 mois	8
3. Dépistage sur base de signes d'appel de TBC	8
<b>B. Suivi d'un cas de tuberculose</b>	<b>9</b>
1. Suivi du malade	9
2. Dépistage des contacts	9
<b>C. Notification des cas de tuberculose</b>	<b>9</b>

## Annexes

## **Abréviations**

BCG :	bacille de Calmette et Guérin
BK :	bacille de Koch
CA :	centre d'accueil
COO :	Centre d'Observation et d'Orientation pour les MENA's
CRG :	Centrum voor Respiratoire Gezondheidszorg
DA :	demandeur d'asile
IGRA :	Interferon Gamma Release Assay
ILA :	initiative locale d'accueil
FARES :	Fonds des affections respiratoires
MENA :	mineur étranger non-accompagné
OE :	Office des étrangers
PPD :	Purified protein derivative
RX :	radiographie du thorax
TBC :	tuberculose
TCT :	test tuberculinique = ID (intradermo-réaction)
US :	unité de secteur
VRGT :	Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

## **Introduction**

En Belgique, un peu moins de mille cas de tuberculose (TBC) sont déclarés chaque année.

Les demandeurs d'asile (DA) représentent environ 10% des cas annuels. 40 % d'entre eux sont découverts à l'entrée grâce à la radiographie du thorax (RX) réalisée au centre d'arrivée, les autres 60 % sont diagnostiqués soit sur plaintes, soit via une démarche proactive du service médical des centres d'accueil.

Il s'agit donc d'une population à risque qui nécessite l'organisation d'un dépistage systématique à des moments déterminés, mais qui requiert aussi une vigilance en dehors de ces périodes.

Une procédure adaptée a été diffusée dans l'urgence en novembre 2015 suite à l'arrivée massive ,de DA sur notre territoire.

Ce document remplace la procédure citée ci-dessus. Pour les éléments non repris, se référer aux recommandations de 2003 pour « la prise en charge de la tuberculose dans les structures accueillant des demandeurs d'asile ».

## A. Organisation du dépistage chez les demandeurs d'asile

### 1. Dépistage de la tuberculose à l'entrée

#### 1.1. Examens de dépistage

- Radiographie du thorax (RX) lors de l'enregistrement à l'OE au centre d'arrivée les DA  $\geq$  5 ans.
- Test tuberculinique (TCT) chez les enfants de  $<$  5 ans, les femmes enceintes ou celles qui ont un doute par rapport à une éventuelle grossesse et les personnes en chaise roulante. Ce test sera réalisé soit :
  - ✓ par le service médical du centre d'accueil (CA)
  - ✓ par l'antenne locale (Unité de secteur) du FARES ou par un CRG (Centrum voor Respiratoire Gezondheidszorg) de la VRGT<sup>1</sup>
  - ✓ par le secteur curatif
- RX chez les filles MENA organisée par le CA ou le COO (Centre d'Observation et d'Orientation pour les MENA's), après s'être assuré de l'absence de grossesse.

#### 1.2. Screening médical organisé au centre d'arrivée

Parallèlement à la RX, le DA est soumis à un screening médical organisé par le service médical du dispatching Fedasil lors de l'enregistrement à l'OE au centre d'arrivée. Les informations sont encodées dans la base de données Match-it et Windoc. Par ce biais, les structures d'accueil peuvent vérifier que la RX a été réalisée à l'entrée ou qu'un TCT doit être effectué.

D'ici à ce que tous les CA et ILA aient accès à Match-It, les DA continuent de recevoir une **fiche de screening médical**<sup>2</sup> (*annexe 1*). De même, l'envoi des listes de screening TBC aux CA et à la coordination des régions d'accueil Nord et Sud des ILA est maintenu.

En présence de signes d'appel de TBC, le médecin orientera immédiatement la personne vers un hôpital pour mise au point (en priorité l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles).

#### 1.3. Suivi organisé par les structures d'accueil

##### *Vérifier la fiche de screening médical*

- Si la RX thorax n'a pas été réalisée :
  - ✓ Référer le DA le plus rapidement possible vers le secteur curatif (hôpital ou centre d'imagerie médicale) ou vers le FARES/VRGT<sup>3</sup> pour une RX (face uniquement) afin d'exclure une TBC pulmonaire.
  - ✓ Au préalable, prendre contact avec l'hôpital (ou centre d'imagerie médicale) afin de demander où et quand le DA peut se présenter. Il est important d'insister sur la nécessité d'être informé du résultat de la RX dans les meilleurs délais.

<sup>1</sup> Coordonnées disponibles sur les sites du FARES ([www.fares.be](http://www.fares.be)) et de la VRGT ([www.vrgt.be](http://www.vrgt.be))

<sup>2</sup> Il s'agit d'un print screen de Match-it

<sup>3</sup> Se renseigner sur la possibilité de faire des RX dans les consultations et sur les horaires. Pour le FARES : RX uniquement à Bruxelles

- ✓ Utiliser toujours le **formulaire de demande standardisé** pour référer un DA vers le secteur curatif dans le cadre du dépistage TBC. Ce document sert en même temps de réquisitoire d'où l'importance de le compléter correctement (*annexe 2*).
- S'il existe une indication de faire un TCT, le programmer endéans les 2 semaines qui suivent l'arrivée au centre. Il peut être réalisé soit par l'infirmière ou le médecin du service médical de la structure d'accueil, soit par le personnel infirmier du FARES/VRGT en cas de référence vers l'une des antennes locales.  
**NB** : Pour les **modalités de réalisation du test** se référer à *l'annexe 3*.
- Si un nouveau DA a perdu la fiche de screening médical mais dit avoir passé ce screening/la RX ; vérifier sur Match-it ou Windoc. Si pas d'accès à la base ou si la fiche est introuvable, prendre contact par mail avec l'équipe médicale du dispatching via l'adresse suivante : [dispatching\\_med@fedasil.be](mailto:dispatching_med@fedasil.be).

### Comment assurer le suivi des RX thorax effectuées au centre d'arrivée

Lors de la lecture des RX, les médecins du FARES et de la VRGT utilisent un système de catégorisation qui va permettre de définir les actions à entreprendre ; elles sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Catégorie	Interprétation	Actions à entreprendre	Mesure(s) de protection
<b>Catégorie 1</b>	Forte suspicion de TBC	Organiser l'hospitalisation immédiate : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appeler l'ambulance (112) en précisant qu'il s'agit d'une suspicion de TBC et que le patient est porteur d'un masque</li> <li>- Prévenir l'hôpital et demander où la personne peut se présenter</li> </ul>	Port d'un masque chirurgical (ou evt. masque type FFP2) par le DA
<b>Catégorie 2</b>	Moyenne suspicion de TBC	Si symptômes cliniques compatibles avec TBC : <i>idem catégorie 1</i>  Si pas de symptômes cliniques compatibles avec TBC : <i>idem catégorie 3</i>	<i>Idem catégorie 1</i> si présence de symptômes cliniques de TBC  <i>Idem catégorie 3</i> si absence de symptômes cliniques de TBC
<b>Catégorie 3</b>	Faible suspicion de TBC	Référer pour RX de contrôle et consultation chez un pneumologue endéans les 2 jours pour exclusion TBC <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfert par taxi ou ambulance, mais s'assurer que le DA porte un masque</li> </ul>	Mettre le DA en chambre seule, si possible  Port d'un masque chirurgical obligatoire par le DA en présence d'autres personnes

		- Prévenir l'hôpital et demander où la personne peut se présenter.	
<b>Catégorie 6</b>	Autre anomalie que TBC nécessitant un suivi	Référer pour RX de contrôle et consultation chez un spécialiste endéans la semaine	Néant
<b>Catégorie 10</b>	RX thorax illisible	Référer dans les meilleurs délais pour une nouvelle RX, soit vers le secteur curatif (prendre contact au préalable), soit vers le service médical du dispatching, soit vers le FARES/VRGT	Néant

Les catégories 0 (RX normale), 4 (séquelles TBC) et 5 (autre anomalie) ne nécessitent aucun suivi et ne sont pas communiquées à la structure d'accueil.

Pour les catégories 1, 2, 3, 6 et 10, un contact est pris rapidement par le FARES ou la VRGT avec le CA/ILA concerné et une **fiche de diagnostic** (*annexe 4*) lui est envoyée.

Après examens complémentaires dans l'hôpital de référence, la fiche de diagnostic avec le résultat final de la mise au point doit être communiquée par la structure d'accueil au service local FARES/VRGT, dans les meilleurs délais.

**NB.** Il est recommandé de se renseigner, au préalable, auprès de l'hôpital de référence sur la procédure à suivre quand une personne potentiellement contagieuse y est référée pendant les heures de consultations et en dehors de celles –ci. Cette procédure doit être écrite et mise à disposition de tous les collègues concernés du centre (p.ex. l'accueil), afin d'assurer une diffusion optimale de l'information.

### **Comment assurer le suivi en fonction des résultats du TCT ?**

Un **TCT positif** signifie que la personne est infectée par le bacille tuberculeux, mais n'est pas forcément malade. Afin d'exclure une TBC active, les actions suivantes sont nécessaires parmi les publics ciblés :

- Femmes (éventuellement) enceintes et personnes en chaise roulante: référer pour une RX<sup>4</sup>. En cas d'anomalie à la RX: prendre un rendez-vous chez un pneumologue (cfr. supra).
- Enfants < 5 ans : organiser un rendez-vous chez un pédiatre dans la semaine.
- En présence de symptômes de TBC, référer immédiatement pour une RX.

Si le **TCT est douteux**, refaire le test 2 mois plus tard ou éventuellement réaliser un IGRA.

Un **TCT négatif** à l'entrée ne nécessite pas de suivi.

<sup>4</sup> Avec les mesures de protection adéquates pour la femme enceinte.

## 2. Dépistage périodique à 6 mois et 12 mois

Le dépistage périodique par RX ou TCT a été supprimé en 2015 et remplacé par un screening médical. Celui-ci doit être fait systématiquement 6 et 12 mois après l'arrivée en Belgique. Il est recommandé que les infirmiers ou le médecin de la structure d'accueil utilisent une **checklist**<sup>5</sup> (*annexe 5*) basée sur les symptômes et facteurs de risque de TBC chez tous les DA en mesure de répondre aux questions<sup>6</sup>. Pour les jeunes enfants, des consignes particulières sont mentionnées sur le même document.

Les personnes qui obtiennent un score de  $\geq 4$  points doivent être considérées comme une catégorie 3 et être référées vers le secteur curatif ou le FARES/VRGT pour une RX et éventuellement pour des examens complémentaires.

Les mesures de protection recommandées pour la catégorie 3 doivent être appliquées.

## 3. Dépistage sur base de signes d'appel de TBC

Il est important de rester vigilant à tout moment aux signes d'appel de la tuberculose pulmonaire.

Symptômes de la TBC pulmonaire
Toux persistante, avec expectorations et parfois présence de sang dans les crachats
Fatigue prolongée, perte d'énergie
Fièvre modérée
Amaigrissement, perte d'appétit
Transpiration nocturne

La checklist peut être utilisée comme un outil d'aide au diagnostic, en présence de symptômes qui pourraient faire penser à une TBC. Si le score atteint au moins 4, procéder comme pour une catégorie 3. Référer le DA vers le secteur curatif, le FARES ou la VRGT. En attendant son transfert, il doit porter un masque chirurgical lors de contacts avec d'autres personnes et, si possible, être isolé en chambre seule. Le port d'un masque FFP2 par le personnel ne se justifie que s'il pénètre dans la chambre où le DA n'est pas sensé porter son masque en permanence.

Pour les autres formes de TBC, les symptômes sont fonction de la localisation (présence de ganglions, douleurs osseuses, plaintes rénales, maux de tête et vomissements, ...)

<sup>5</sup> Cette checklist est un outil de support qui a été développé par le FARES, la VRGT et Fedasil sur base d'un outil de la Ligue pulmonaire Suisse et des expériences propres.

<sup>6</sup> Ce document existe en plusieurs langues et est téléchargeable sur le site du FARES [www.fares.be](http://www.fares.be).

## B. Suivi d'un cas de tuberculose

### 1. Suivi du malade

- A sa sortie d'hospitalisation, s'assurer de la compliance au traitement (expliquer la prise des médicaments, faire un pilulier, donner un DOT (traitement directement supervisé), ...)
- Organiser le suivi : visites médicales, examens médicaux.
- Si le DA reçoit un OQT, prévenir le service local du FARES/VRGT pour demander une prolongation du séjour jusqu'à la fin du traitement.
- Si le patient quitte le CA avant la fin du traitement :
  - ✓ dans la mesure du possible, lui donner son traitement pour une semaine
  - ✓ prévenir le FARES/VRGT local dans tous les cas. Si l'information est disponible, communiquer une adresse et/ou un numéro de téléphone. Si transfert vers un autre CA ou une ILA, signaler l'adresse.

### 2. Dépistage des contacts

- Déterminer s'il s'agit d'une TBC contagieuse (pulmonaire ou des voies respiratoires supérieures).
- Dans l'affirmative, établir une liste des contacts en fonction du degré de contagiosité. **A faire en collaboration avec l'équipe locale du FARES/VRGT.**
- Organiser le dépistage par TCT, voire RX en fonction des antécédents. Premier TCT immédiatement après le diagnostic, deuxième TCT pour les personnes négatives minimum 8 semaines après.
- Référer les TCT positifs pour faire une RX.
- Assurer la supervision du traitement préventif si celui-ci est prescrit.
- Communiquer les résultats du dépistage au FARES/VRGT.

## C. Notification des cas de tuberculose

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire. Tout cas de TBC - confirmé ou non bactériologiquement - doit être déclaré auprès du **service de surveillance des maladies transmissibles de la région (annexe 6)**.

En pratique, pour la TBC, l'enquête prophylactique et les mesures préventives nécessaires pour protéger la santé publique sont mises en place :

- En Flandre, par l'Agentschap Zorg en Gezondheid.
- En Wallonie, par le FARES.
- A Bruxelles, par le FARES et la VRGT.

Dans ces deux dernières régions, les associations travaillent en étroite collaboration avec les services de surveillance des maladies transmissibles.

Tout cas de tuberculose, doit également être **notifié**, dans les meilleurs délais, **aux services suivants**:

Région Sud	Région Nord
<b>FARES</b> <u>Unité de secteur</u> concernée : <a href="http://www.fares.be/fr/contacter-le-fares/">http://www.fares.be/fr/contacter-le-fares/</a>	<b>VRGT</b> <u>Centra Respiratoire Gezondheidszorg</u> concerné : <a href="http://www.vrgt.be/index.php?page=127">http://www.vrgt.be/index.php?page=127</a>
<b>Fedasil</b> Coordination médicale du réseau <a href="mailto:FHQ_med_Sud@fedasil.be">FHQ_med_Sud@fedasil.be</a>	<b>Fedasil</b> Coordination médicale du réseau <a href="mailto:FHQ_med_Noord@fedasil.be">FHQ_med_Noord@fedasil.be</a>

En cas de TBC contagieuse, le conseiller en prévention interne de l'institution ainsi que le service de médecine de travail externe doivent recevoir la liste du personnel qui a été en contact avec le malade. Une attention particulière sera portée à ces personnes lors du prochain dépistage systématique et obligatoire bisannuel.

### Plus d'information sur la tuberculose ?

Des documents divers existent sur les sites du FARES ([www.fares.be](http://www.fares.be)) et VRGT ([www.vrgt.be](http://www.vrgt.be)). Ils concernent aussi bien les professionnels que les demandeurs d'asile.

## Annexes

1. *Fiche de screening medical (centre d'arrivée)*
2. *Formulaire de demande RX : réquisitoire*
3. *Réalisation du TCT*
4. *Fiche de diagnostic*
5. *Checklist TUBERCULOSE*
6. *Coordonnées utiles*

Fiche de screening médical  
Print screen base Match-it

pagina 1 van 3

nl fr  

---

# Match-iT

BASE DE DONNÉES DU RÉSEAU D'ACCUEIL

[Page d'accueil](#)
[Places](#)
[Résidents](#)
[Matching](#)
[Rapports](#)
[Outils](#)

[Retour à la création du dossier](#)

## Créer une nouvelle fiche screening instroom

Numéro national	Numéro SP
Date de naissance	Nationalité
Numéro SP temporaire	Date d'enregistre
Nom de famille	Prénom

### Conclusion

Remarques médicales

Médication

Si oui, la personne a encore une médication pour # jours

Remarques

### Screening

Test TBC fait par  !

Date du test TBC fait par

Ebola screening

Date du screening Ebola

Remarques screening maladies infectieuses

<https://matchit.fedasil.be/matchit-frontend/fedletapplication>
28/11/2017

### Vaccination

Polio	!	<input type="text"/>
Numéro de lot Polio		<input type="text"/>
Polio date		<input type="text"/>
Remarques Vaccination		<input type="text"/>
Vaccin M-M-R	!	<input type="text"/>
Numéro de lot MMR		<input type="text"/>
MMR date		<input type="text"/>
Di-Te-Per vaccin	!	<input type="text"/>
Numéro de lot DiTePer		<input type="text"/>
Date DITERPER		<input type="text"/>

### Aide paramédicale urgente

Rendez-vous au service médical (dans les heures/jours)	<input type="text"/>
Rendez-vous chez un médecin externe (dans les heures/jours)	<input type="text"/>
Rendez-vous chez un autre prestataire de soins (dans les heures/jours)	<input type="text"/>
Remarques suivi (para)médical urgent	<input type="text"/>

### Grossesse

Grossesse

Nombre de semaines

Remarques grossesse

**Besoins extra concernant la place d'accueil et/ou suivi médico-psycho-social**

Remarques

Fedasil Match-It 2.4.3RC1 @ 2016 - Privacy

## Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale

(art. 17 et 17bis NPS)

<b>Identification du patient</b> ( <i>remplir ou vignette O.A.</i> )	
NOM :	Prénom(s):
Date de Naissance :	Numéro S.P. :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité :
<b>Informations cliniques pertinentes</b>	
<input type="checkbox"/> Suivi d'une intradermo - réaction positive	
<input type="checkbox"/> Dépistage de la tuberculose par radiographie	
<b>Informations supplémentaires pertinentes</b>	
<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Implant	
<input type="checkbox"/> Autres:	
<b>Examen(s) proposé(s)</b>	
RX face du Thorax	
<b>Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic</b>	
<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autres:	
<b>Cachet du médecin prescripteur</b> ( <i>avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI</i> )	
<b>Dr.</b>	
N° INAMI :	
Adresse :	
Médecin pour la structure d'accueil de	
Adresse de la structure d'accueil :	
Date:	Signature:

Veuillez envoyer le protocole au médecin prescripteur, à l'adresse de la structure d'accueil.

Afin de permettre le suivi des résultats par nos partenaires FARES/VRGT aussi, merci d'envoyer toujours une copie du protocole à :

- Dr Maryse Wanlin, directrice FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles
- Dr Wouter Arrazola de Oñate, directeur médical VRGT, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles

Ce formulaire vaut comme réquisitoire et doit être envoyé avec la facture et avec l'attestation INAMI

- à l'adresse de la structure d'accueil citée ci-dessus, à l'attention du service médical
- à l'adresse de la structure d'accueil de \_\_\_\_\_ à l'attention de \_\_\_\_\_
- autre adresse :

Ce réquisitoire est valable pour une période de 1 mois à partir de la date de la prescription.

Les frais médicaux seront remboursés seulement s'ils correspondent aux montants prévus par la nomenclature INAMI (article 23 – 29 Loi du 12 janvier 2007).

Pour les demandeurs d'asile et MENA en ordre de mutualité, seule la partie restante à charge du patient sera payée par la structure d'accueil.

Les factures sont payables dans les 50 jours qui suivent leur présentation.

La prise en charge des frais médicaux par Fedasil conformément à ce réquisitoire, prend légalement fin à partir du moment où le patient n'a plus droit à l'aide matérielle conformément à la loi d'accueil.

## Réalisation du test tuberculinique (TCT)<sup>7</sup>

### INTRODUCTION

Lors de la contamination par le bacille de Koch (BK) une réponse immunitaire retardée de type cellulaire se développe après une période ante-allergique de 2 à 12 semaines.

Le test tuberculinique (intradermo-réaction ou test de Mantoux) permet de mettre en évidence l'hypersensibilité aux antigènes du bacille de la tuberculose.

### Matériel utilisé

- ✓ Gel hydro-alcoolique pour lavage des mains
- ✓ Tampon d'alcool
- ✓ Seringue de 1 ml à 100 graduations avec aiguille sertie de 16 mm à biseau court (calibre entre 25 et 27 G)
- ✓ Tuberculine PPD RT 23 2 U du Statens Seruminstitut de Copenhague<sup>8</sup>

**Rem :** La tuberculine doit être conservée au réfrigérateur entre 2° et 8°. Après désinfection de l'opercule, un flacon ouvert peut être conservé au frigo au maximum pendant 1 semaine.

### PRÉALABLE

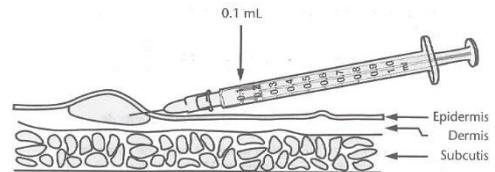
- ✓ Toujours faire asseoir la personne pour éviter une chute en cas de malaise
- ✓ Fixer la date et l'heure de la lecture ⇒ si lecture impossible par US ou par médecin traitant postposer à une date ultérieure.
- ✓ S'assurer qu'il n'y a pas d'antécédent de test tuberculinique positif (documenté) ou de TBC
- ✓ Demander s'il y a eu une vaccination BCG et quand. 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, varicelle, rubéole, mononucléose)
  - Vaccination récente avec un virus vivant atténué (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, fièvre jaune, rotavirus), attendre 4 à 6 semaines
  - Problème cutané étendu aux deux avant-bras
- ✓ Si nécessaire, rassurer la femme enceinte et le sujet allergique sur l'innocuité du TCT
- ✓ Expliquer qu'une réaction peut apparaître au lieu d'injection en cas d'infection par le bacille de la tuberculose. Une réaction aspécifique due aux adjuvants peut apparaître et disparaître rapidement, c'est-à-dire souvent avant la lecture du test.
- ✓ Prévenir que si une réaction apparaît, il ne faut pas gratter.
- ✓ 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.

<sup>7</sup> La teste tuberculinique sera adaptée aux nouvelles recommandations 2019

<sup>8</sup> La firme qui a repris la production de la PPD RT 23 2 U/0,1ml (flacon de 1,5 ml) est AJ Vaccines. Par ailleurs, une nouvelle tuberculine est disponible sur le marché belge ; il s'agit de la PPD Mammalian 5 U/0,1ml (flacon de 1 ml) de la firme BulBio. Ces 2 tuberculines sont considérées comme étant bio-équivalentes. Les critères de d'interprétation sont donc les mêmes. Selon la firme, la durée de conservation de la PPD Mammalian après ouverture du flacon est de maximum 1 mois au frigo (pour autant que la chaîne de froid soit respectée et l'opercule systématiquement désinfecté).

## 1. RÉALISATION

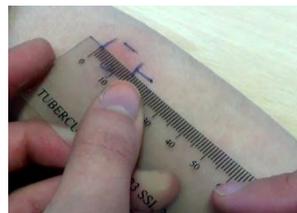
- ✓ Se laver les mains avec le gel hydro-alcoolique
- ✓ Désinfecter la peau et attendre qu'elle soit sèche
- ✓ Déballez une seringue avec aiguille stérile (usage unique)
- ✓ Prélever la tuberculine, purger l'aiguille jusqu'à atteindre 0,1 ml
- ✓ Injecter dans le derme au 1/3 supérieur de la partie externe de l'avant-bras. Étirer 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
- ✓ 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'avant-bras droit
- ✓ Éliminer la seringue dans un container



## 2. LECTURE

- ✓ Ne pas lire avant 48h et de préférence entre 72 et 120 h
- ✓ La lecture doit être précise, la dimension et le type d'induration doivent être notés avec soin.

**Dimension** : mesurer l'induration à l'aide d'une latte. Utiliser la « pen method » : faire glisser la pointe d'un feutre fin ou d'un bic 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.



**Rem** : si test négatif, **toujours indiquer le résultat en mm** (même si 0 mm).

**Type** : à l'aveugle, palper légèrement la zone indurée avec un doigt afin d'évaluer la consistance.

Il existe 4 types :

- I : consistance très dure (parfois avec phlyctène) – comme un plomb de chasse sous la peau
- II : consistance dure
- III : consistance intermédiaire entre dure et molle
- IV : consistance très molle – à peine palpable

**Rem** : ne pas confondre un type IV avec un érythème (simple rougeur). Dans ce cas, aucune induration n'est palpable les yeux fermés.



### 3. INTERPRÉTATION

- ✓ Tenir compte de la dimension et du type, 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)

#### **Critères d'interprétation**

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

Diamètre de l'induration	Résultat	Type de public concerné
< 5 mm	Négatif	Tout public
5 – 9 mm	Négatif	Sans risque TBC particulier
	Douteux	Contact d'une TBC contagieuse ≥ 5 ans < 5 ans et ≥ 65 ans sans risque TBC particulier
	<b>Positif</b>	Immunodéficience sévère quel que soit l'âge Contact TBC < 5 ans Signes cliniques < 5 ans
10 – 17 mm	Douteux	Sans risque TBC particulier BCG récent ou effectué après l'âge d'1 an ou répété
	<b>Positif</b>	Contact d'une TBC contagieuse Risque majoré d'infection tuberculeuse ou TBC Tous les enfants (jusqu'à 16 ans)
≥ 18 mm	<b>Positif</b>	Sans risque TBC particulier

#### **Problèmes d'interprétation**

Faux positifs	Faux négatifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BCG</li> <li>• MNT (mycobactérie non tuberculeuse)</li> <li>• Dosage &gt; 0,1 ml</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique TCT</li> <li>• Phase ante-allergique</li> <li>• Maladies virales (grippe, rougeole, varicelle, rubéole, mononucléose)</li> <li>• Vaccination avec virus vivants atténués (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, fièvre jaune, rotavirus)</li> <li>• Maladie ou traitement immunosuppresseur</li> <li>• Tuberculose grave</li> <li>• Age (&lt;1 an ou ≥ 65 ans)</li> </ul>

### **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 tuberculique, 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

### **Virage**

- ✓ Correspond à une infection récente
- ✓ 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

### **Effet booster**

- ✓ Réveil de l'immunité après répétition du TCT (semaines/mois) chez les sujets infectés par le BK, une MNT ou vaccinés par BCG
- ✓ Passage d'un TCT négatif ou douteux à un TCT positif selon les critères. A différencier du virage (en principe, augmentation < 10 mm)
- ✓ Sa fréquence augmente avec l'âge
- ✓ Les recommandations belges n'en tiennent compte que chez les sujets âgés

## **4. EFFETS INDÉSIRABLES**

- ✓ **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 (peu fréquente) : choc anaphylactique, gonflement des lèvres, du visage de la gorge, difficultés à respirer ⇒ *contacter directement les urgences (112)*
- ✓ **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*

Afin de faire un rapport à la firme qui délivre la tuberculine, fournir les renseignements suivants :

- ✓ 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

## **5. SUIVI D'UN TEST TUBERCULINIQUE POSITIF**

- ✓ Une RX du thorax doit être réalisée pour exclure une TBC pulmonaire.
- ✓ En général, un traitement prophylactique est recommandé, particulièrement pour les personnes à risque de développer une TBC.

Vlaamse Vereniging voor  
Respiratoire Gezondheidszorg  
en Tuberculosebestrijding vzw



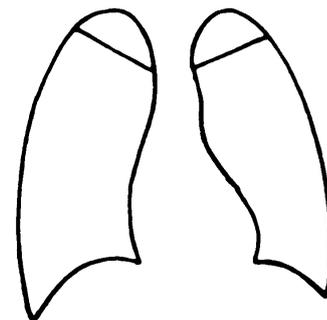
Fonds des Affections  
Respiratoires  
FARES – asbl

**DIAGNOSEKAART  
FICHE DE DIAGNOSTIC**

**A. PERSOONSgegevens/IDENTIFICATION**

Naam/Nom:  
Voornaam/Prénom:  
Geslacht/Sexe:  
Geboortedatum/Date de naissance:  
Land van herkomst/ Pays d'origine:  
Adres/Adresse:

OV.



**B. EERSTE SCREENING/PREMIER EXAMEN**

Uitgevoerd door/exécuté par:  
Datum RX/Date RX:  
Protocol/protocole:

**Cat. :**

Lezer/lecteur: .....  
Datum/Date: .....  
Handtekening/Signature: .....

**C. RESULTAAT BIJKOMEND ONDERZOEK/RESULTAT EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

\* Gelieve na onderzoek onderstaande gegevens in te vullen en terug te sturen. Deze gegevens worden verzameld voor registratiedoeleinden en hebben geen verdere klinische impact voor de patiënt.

\* Veuillez après la mise au point, compléter les données ci-dessous et renvoyer les résultats. Ces données servent à établir le suivi des anomalies.

Datum bijkomend onderzoek / Date examen complémentaire: .... / .... / .....

- Normaal / Normal
- Actieve tuberculose / Tuberculose active
- Inactieve tuberculose / Tuberculose inactive
- Latente tuberculose-infectie / Infection tuberculeuse latente
- Niet-tuberculeuze longafwijking / Lésion pulmonaire non-tuberculeuse
- Afwijking ander stelsel / Pathologie non-pulmonaire
- Geen resultaat / Sans résultat
- Verdwenen / Perdu de vue

**OPMERKINGEN/REMARQUES**

.....  
.....

Document zo snel mogelijk ingevuld terugfaxen naar de VRGT-afdeling van uw regio.  
Document à renvoyer au plus vite par fax à l'attention de l'Unité de secteur du FARES.

## Checklist TUBERCULOSE

Cette checklist est un outil de support développé par le FARES, la VRGT et Fedasil, sur base d'un modèle de la Ligue pulmonaire Suisse et des expériences propres. Elle permet d'identifier les personnes à risque de tuberculose, qui doivent être référées pour un examen complémentaire.

### Mode d'emploi

Pour tout symptôme ou facteur de risque présent → ajouter le score correspondant (nombre de points). Si le score total est de **4 points ou plus** → référer pour examen complémentaire (RX thorax minimum).

A.	Présence d'un des symptômes clefs	Score	
	Toux chronique (> 3 semaines)	+ 2 p.	
	Hémoptysie (rejet de sang < voies respiratoires)	+ 4 p.	
B.	Présence d'autres symptômes ?	Score	
	Fièvre modérée (d'origine inconnue)	+ 1 p.	
	Sueurs nocturnes	+ 1 p.	
	Perte de poids et perte d'appétit	+ 1 p.	
	Fatigue prolongée et/ou perte d'énergie	+ 1 p.	
	Douleurs dans la poitrine à la respiration ou pendant la toux	+ 1 p.	
C.	Présence de facteurs de risque?	Score	
	Immunodépression suite à une maladie (VIH...), un traitement etc...	+ 1 p.	
	Antécédents de tuberculose	+ 1 p.	
TOTAL	Nombre total des points =		
<b>Si score total ≥ 4 points → référer pour RX thorax !</b>			

### Cas particulier des jeunes enfants

La checklist n'est pas applicable aux jeunes enfants chez qui il faut être particulièrement attentifs à tout signe de tuberculose **surtout s'il y a eu un contact avec un adulte atteint de TBC contagieuse.**

Symptômes à rechercher	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre persistante/fébricules répétés (&gt; 10 à 14 j) ; surtout sans cause évidente</li> <li>• Toux persistante (&gt; 21 j), sans diagnostic précis, si autre cause infectieuse écartée et si traitement bien conduit n'apporte pas d'amélioration</li> <li>• Ecoulement de l'oreille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boiterie</li> <li>• Eruption cutanée</li> <li>• Perte de poids et/ou retard de croissance</li> <li>• Perte d'appétit</li> <li>• Diminution de l'activité</li> </ul>



- Rechercher toutes les localisations de la tuberculose et pas uniquement la forme pulmonaire. Les 5 sites extra-pulmonaires les plus fréquemment touchés sont les suivants : ganglions, os (colonne vertébrale), plèvre, abdomen et méninges.
- Les enfants ne sont qu'exceptionnellement contagieux.

**COORDONNEES UTILES****Autorités sanitaires responsables des maladies infectieuses****1. Région de Bruxelles Capitale: Commission communautaire commune**

Dr. Romain MAHIEU  
Dr. Mélissa VERMEULEN  
Mme Cécile HUARD  
Mme Patricia ROMAN  
Mme Espérance UWAMBAZISA

Service d'Inspection d'hygiène de la COCOM  
Avenue Louise 183, 1050 BRUXELLES  
Tel: 02 502.60.01 – Fax : 02 502.59.05

**Déclaration dans les 48 h :**

- via le site Matra-Bru: <https://www.wiv-isp.be/Matra/bru/connexion.aspx>
- par courriel : [notif-hyg@ccc.brussels](mailto:notif-hyg@ccc.brussels)
- par téléphone ou SMS : 0478 77 77 08

**2. Région Wallonne**

Dr Carole SCHIRVEL  
Mme Sylvie LEENEN  
Mme Nathalie SHODU  
Mme Myriam BOREUX

Cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité)  
Direction Promotion de la Santé, Prévention et Surveillance des Maladies  
Rue de la Rivelaine, 21, 6061 CHARLEROI  
Tél. : 071 33 77 11  
Tél. direct : +32 (0)71 33 71 09  
GSM : +32 (0)475 45 04 42

**Déclaration dans les 24 h :**

- via le site MATRA: <https://www.wiv-isp.be/matra/CF/connexion.aspx>
- par courriel: [surveillance.sante@aviq.be](mailto:surveillance.sante@aviq.be)
- par téléphone : 071 205 105
- par fax : 071 205 107

**3. Région flamande**

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie>

En dehors des heures de travail: Tel. 02 512 93 89

Pendant les heures de travail :

Team Infectieziektebestrijding Antwerpen	<b>Dr. Wim Flipse</b> Anna Bijnsgebouw Lange Kievitstraat 111-113 bus 31-2018 Antwerpen tel. 03 224 62 04 - fax 03 224 62 01 <a href="mailto:wim.flipse@zorg-en-gezondheid.be">wim.flipse@zorg-en-gezondheid.be</a>
Team Infectieziektebestrijding Limburg	<b>Dr. Annemie Forier</b> Hendrik van Veldekegebouw Koningin Astridlaan 50 bus 7 -3500 Hasselt tel. 011 74 22 40 - fax 011 74 22 59 <a href="mailto:anmarie.forier@zorg-en-gezondheid.be">anmarie.forier@zorg-en-gezondheid.be</a>
Team Infectieziektebestrijding Oost-Vlaanderen	<b>Dr. Naïma Hammami</b> Virginie Lovelinggebouw Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 55- 9000 Gent tel. 09 276 13 80 - fax 09 276 13 85 <a href="mailto:naima.hammami@zorg-en-gezondheid.be">naima.hammami@zorg-en-gezondheid.be</a>
Team Infectieziektebestrijding Vlaams-Brabant	<b>Dr. Wouter Dhaeze</b> Dirk Boutsgebouw Diestsepoort 6 bus 52- 3000 Leuven tel. 016 66 63 50 - fax 016 66 63 55 <a href="mailto:wouter.dhaeze@zorg-en-gezondheid.be">wouter.dhaeze@zorg-en-gezondheid.be</a>
Team Infectieziektebestrijding West-Vlaanderen	<b>Dr. Valeska Laisnez</b> Jacob van Maerlantgebouw Koning Albert I-laan 1-2 bus 53- 8200 Brugge tel. 050 24 79 00 - fax 050 24 79 05 <a href="mailto:valeska.laisnez@zorg-en-gezondheid.be">valeska.laisnez@zorg-en-gezondheid.be</a>
Team Infectieziektebestrijding en vaccinatie	<b>Dr. Dirk Wildemeersch</b> <b>Dr. Geert Top</b> Ellipsgebouw Koning Albert II-laan 35 bus 33 - 1030 Brussel tel. 02 553 35 86 - fax 02 553 36 16 <a href="mailto:dirk.wildemeersch@zorg-en-gezondheid.be">dirk.wildemeersch@zorg-en-gezondheid.be</a> <a href="mailto:geert.top@wvg.vlaanderen.be">geert.top@wvg.vlaanderen.be</a>

## Contacts Fedasil, Rode Kruis et Croix Rouge

### 1. FEDASIL

#### *Sìège Fedasil*

##### **Dr. Willy Janssen**

Medisch coördinator | coordinateur médical

Medisch beheer - Operationele diensten | Gestion médicale - Services opérationnels

T 02 213 44 16 | GSM 0470 665160 | F 02 2 213 43 62

##### **Mme Mie Neyts**

Medisch beheer | gestion médicale

Operationele Diensten | Services Opérationnels

T 02 548 80 45 | GSM 0474 87 47 06 | F 02 213 43 62

[mie.neyts@fedasil.be](mailto:mie.neyts@fedasil.be)

#### *Région Nord*

**Courriel unique :** [FHQ\\_med\\_noord@fedasil.be](mailto:FHQ_med_noord@fedasil.be)

##### **Dr. Annemarie Hoogewys**

Arts Coördinator | Médecin Coordinateur

Regio Noord | Région Nord

GSM 0475 66 02 62 | F 09 235 48 69

[anne-marie.hoogewys@fedasil.be](mailto:anne-marie.hoogewys@fedasil.be)

**Mme Andrea Defoin**

Verpleegkundige opvangregio Noord | infirmière région d'accueil Nord  
Directie Operationele Diensten | Direction Services Opérationnels  
T 016 31 48 36 | GSM 0476 78 07 74  
[andrea.defoin@fedasil.be](mailto:andrea.defoin@fedasil.be)

**Region Sud**

**Mme Françoise Guillaume**

Infirmière région d'accueil Sud  
Gestion médicale  
T 04 340 20 82 | GSM 0478 96 64 55 | F 04 340 20 89  
[francoise.guillaume@fedasil.be](mailto:francoise.guillaume@fedasil.be)

**Mme Virginie Simonis**

Infirmière région d'accueil Sud  
Gestion médicale  
T 04 340 20 82 | F 04 340 20 89  
[virginie.simonis@fedasil.be](mailto:virginie.simonis@fedasil.be)

**Equipe médicale du dispatching**

**Courriel unique :** [dispatching\\_med@fedasil.be](mailto:dispatching_med@fedasil.be) (de préférence)

**Caroline De Longrée** - Infirmière responsable du service médical -

**Tim Vromant**- infirmier responsable a i

**Joseline Mpinganzima** - infirmière

**Caroline Seghers** – infirmière – verpleegkundige

**Valérie de Vooght**– infirmière – verpleegkundige

**Maxime Vrancken** – infirmière – verpleegkundige

**Jacqueline Geys** – infirmière – verpleegkundige

Par téléphone : 02 793 82 59 ou 02 793 82 53

**Farrah El Fartakhe** - Assistante administrative et technicienne RX

**Noura Ennassiri** - Assistante administrative et technicienne RX

**Hilde Bogaert** - Assistante administrative et technicienne RX

**Djombi mbappe Rachel** – assistante administrative

Par téléphone : 02 793 82 30

**2. Rode Kruis-Vlaanderen**

**Mevr. Ellen Belmans**

Humanitaire Diensten | Opvang Asielzoekers | Stafmedewerker  
T 015 44 42 11 | F 015 44 33 06  
Motstraat 40 | 2800 Mechelen  
[OPA-Medisch@rodekruis.be](mailto:OPA-Medisch@rodekruis.be)

**3. Croix-Rouge de Belgique - Communauté française**

**Mme Myriam Mertens**

Responsable Service Médical  
Département accueil des demandeurs d'asile  
T 084 36 03 74 | GSM 0490 56 60 76 | F 084 36 00 88  
[myriam.mertens@croix-rouge.be](mailto:myriam.mertens@croix-rouge.be)

**Mme Dominique van Zuylen**  
Adjointe à la Direction  
Département accueil des demandeurs d'asile  
GSM 0474 888 568  
[dominique.vanzuylen@croix-rouge.be](mailto:dominique.vanzuylen@croix-rouge.be)

