



Stratégie de prévention de la tuberculose en milieu scolaire et étudiant

2017-2022



Wallonie

AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

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 :

- Sébastien Dekeyser, cabinet Greoli - cellule enfance (Fédération Wallonie-Bruxelles)
- Emilie Delferrière, cabinet Prévot - promotion de la santé (Région Wallonne)
- Alec de Vries, Direction PSE (ONE)
- Catherine Ectors, SPSE de la province de Namur
- Edwige Emegenbirn, SPSE de la ville de Charleroi
- Sophie Franssens, SPSE de la province du Luxembourg
- Joëlle Hanlet, SPSE de la province du Brabant wallon
- Fabienne Henry, SPSE de Bruxelles-Ville et Commission PSE
- Brigitte Hereng, SPSE de la province de Liège
- Claire Kagan, cabinet Schyns - enseignement (Fédération Wallonie-Bruxelles)
- France Mertens, SGEO (Fédération Wallonie-Bruxelles)
- Natalia Molano-Vasquez, DGEO Service des CPMS-CF
- Sylvie Renaut, Inspection CPMS-CF (Fédération Wallonie-Bruxelles)
- Nathalie Ribesse, Direction santé - pôle PSE (ONE)
- Julie Rodriguez, cabinet Jodogne - santé (Commission communautaire francophone)
- Carole Schirvel, Surveillance santé (AViQ - Région Wallonne)
- Mireille Thomas, Ministère Communauté germanophone
- Jean-Marie Trémérie, Direction de la santé (Commission communautaire commune)
- Martine Spitaels, FARES
- Lydwine Verhaegen, FIMS
- Axelle Vermeeren, SPSE UCL/APMS
- Maryse Wanlin, FARES
- Lilas Weber, FARES

Composition du groupe de travail :

Edwige Emegenbirn, Fabienne Henry, Nathalie Ribesse, Carole Schirvel,
Axelle Vermeeren, Maryse Wanlin et Lilas Weber.

Pour tout renseignement complémentaire s'adresser au FARES

Rue de la Concorde, 56

1050 – Bruxelles

Tél : 02 512 29 36

Fax : 02 511 14 17

Courriel : uc@fares.be

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

Bruxelles, juin 2017

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 2017-2022..... | 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..... | 21 |
| 5.1 SPSE/CPMS-CF..... | 21 |
| 5.2 FARES | 21 |
| 5.3 Directions d'établissement scolaire | 22 |
| 5.4 Services de surveillance des maladies infectieuses | 22 |
| 6. Evaluation de la stratégie | 23 |
| 7. Comité de pilotage | 24 |
| ANNEXES | 25 |
| Annexe 1. Résultats de l'évaluation de la stratégie 2012-2017 | 26 |
| Annexe 2. Procédure de dépistage parmi les contacts d'un patient tuberculeux contagieux..... | 28 |
| Annexe 3. Le test tuberculinique dans le cadre du dépistage des contacts | 31 |
| Annexe 4. Modèle de fiche de référence vers le FARES | 31 |
| Annexe 5. Modèle de fiche de référence vers le médecin..... | 37 |
| Annexe 6. Tableau de transmission des résultats du dépistage des contacts (élèves/étudiants) | 38 |
| Annexe 7. Tableau de transmission des résultats du dépistage des contacts (personnel)..... | 39 |
| Annexe 8. Document d'identification des primo-arrivants PHP par les directions d'établissement scolaire..... | 40 |
| Annexe 9. Checklist pour identifier les élèves/étudiants à risque de tuberculose lors des bilans de santé..... | 41 |
| Annexe 10. Coordonnées utiles | 43 |

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 |
| 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 |
| FIMS | : Fédération des Institutions Médico-sociales |
| FWB | : Fédération Wallonie-Bruxelles (anciennement CF) |
| ID | : Intradermo-réaction (=TCT) |
| IH | : Inspection d'hygiène |
| ILA | : Initiative locale d'accueil |
| ITL | : Infection tuberculeuse latente |
| MATRA | : plateforme de déclaration en ligne des maladies infectieuses pour la Région wallonne |
| Matra-Bru | : plateforme de déclaration en ligne des maladies infectieuses pour la Région de Bruxelles-Capitale |
| 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) |
| UE | : Union européenne |
| US | : Unité de secteur |
| VIH | : Virus de l'immunodéficience humaine |

1. INTRODUCTION

La stratégie quinquennale de prévention de la tuberculose en milieu scolaire arrivait à échéance en juin 2017. Sa révision a permis l'élaboration d'une nouvelle stratégie 2017-2022 qui ne comporte pas de changement majeur par rapport à la précédente. Les axes restent donc inchangés et les modifications apportées ont pour objectif de préciser et de simplifier la stratégie afin d'optimiser son application par les Services de Promotion de la Santé à l'école (SPSE) et les Centres Psycho-Médicosociaux de la Communauté française (CPMS-CF). La vigilance concernant la tuberculose doit être maintenue dans les établissements scolaires, principalement dans les grandes villes ainsi qu'à l'encontre de populations à risque majoré.

Le dépistage de l'entourage des malades atteints de tuberculose contagieuse reste une 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.

Sur base des évaluations successives, le dépistage actif a été remplacé il y a plusieurs années déjà par une recherche de signes d'appel de la tuberculose chez un groupe ciblé de personnes particulièrement à risque comme les primo-arrivants issus de pays à haute prévalence lors des bilans de santé. Un outil a été introduit dans cette stratégie pour faciliter l'identification de ces élèves/étudiants à risque qui doivent être référés vers le secteur curatif pour des examens complémentaires.

L'information relative à la tuberculose reste le 3^{ème} 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.

La diminution de l'expertise des médecins dans le domaine de la tuberculose peut se manifester par un délai de diagnostic plus important. L'augmentation de la transmission du bacille tuberculeux qui en résulte peut être à l'origine de mini-épidémies. Le milieu scolaire n'est pas exempt de ce risque comme en témoignent plusieurs situations au cours des dernières années.

Un des challenges pour l'avenir sera de maintenir l'expertise en matière de tuberculose y compris parmi les équipes des SPSE et CPMS-CF. Le renforcement des partenariats avec le Fonds des Affections Respiratoires (FARES), les instances en charge de groupes à risque comme les demandeurs d'asile, par exemple, ainsi qu'avec le secteur curatif s'avère important pour prévenir et contrôler la tuberculose en milieu scolaire.

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 alors que certains SPSE et CPMS-CF continuent d'organiser le dépistage parmi cette population qui, légalement, doit être prise 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 de la dernière décennie, la tuberculose (TBC) est encore bien présente en Belgique. En 2015, 988 cas ont été déclarés ce qui correspond à une incidence de 8,8 cas par 100.000 habitants. La Belgique fait donc partie des pays dits « à faible incidence » mais la tuberculose y reste plus fréquente que dans les pays voisins comme la France ou les Pays-Bas où l'incidence était respectivement de 7,2 et 5,5/100 000 la même année. 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 (25,9/100.000) par rapport à la Flandre (6,5/100.000) et à la Wallonie (7,4/100.000). Elle est plus spécifiquement concentrée dans les grandes villes, principalement dans la Capitale, à Liège, Anvers et Charleroi. Il n'est donc pas étonnant que les provinces ou régions les plus touchées soient celles où se situent ces entités.

La tuberculose est également plus fréquente parmi certains groupes de population dont les conditions de vie facilitent la contamination par le bacille tuberculeux ou chez qui la présence de facteurs de risque augmente la probabilité de développer la maladie lorsqu'ils sont infectés (c'est le cas des séropositifs pour le VIH, par exemple). Les sujets originaires de pays à haute prévalence (PHP) constituent un des groupes à risque majeur (principalement les demandeurs d'asile et les personnes en séjour illégal), de même que les prisonniers. Les personnes récemment en contact avec des malades contagieux ont également un risque majoré de tuberculose comme d'ailleurs toute personne vivant dans des conditions de grande précarité. La tuberculose est avant tout 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 a été mise en place depuis plusieurs années. En s'y référant, il est possible de déterminer le nombre de tuberculoses 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.

| 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 *** | | |
| 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 |
| 2010-2011 | 1 | 10 | 21 | 32 (18) | 3 |
| 2009-2010 | 0 | 12 | 25 | 37 (24) | 2 |
| 2008-2009 | 5 | 13 | 27 | 45 (34) | 5 |
| 2007-2008 | 2 | 8 | 20 | 30 (23) | 1 |
| 2006-2007 | 4 | 6 | 23 | 33 (27) | 0 |
| Total | 15 | 134 | 247 | 396 (273) | 30 |

* 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 2012, date de la dernière actualisation de la stratégie, le nombre de cas chez les élèves/étudiants est resté relativement stable, malgré un petit pic à 65 cas en 2012 qui s'explique par plusieurs mini-épidémies intrafamiliales (tableau 1). La tuberculose est le plus souvent pulmonaire (environ 70% cas) et environ 2 cas sur 3 sont dépistés à la suite de plaintes (dépistage passif). Le dépistage des contacts a permis de diagnostiquer à peu près un tiers des cas ; celui-ci a le plus souvent eu lieu hors de l'établissement scolaire, suite à un contact dans l'entourage ou la famille. Un dépistage actif peut avoir été effectué si l'élève/étudiant est demandeur d'asile par exemple, ou via un bilan de santé chez un primo-arrivant ; le nombre de cas diagnostiqués de cette manière est faible.

| Année scolaire | Bruxelles | Brabant wallon | Hainaut | Liège | Luxembourg | Namur | Total |
|----------------|------------|----------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|
| 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 |
| 2010-2011 | 19 | 2 | 6 | 3 | 2 | 0 | 32 |
| 2009-2010 | 26 | 1 | 5 | 5 | 0 | 0 | 37 |
| 2008-2009 | 17 | 3 | 8 | 12 | 2 | 3 | 45 |
| 2007-2008 | 9 | 1 | 10 | 9 | 0 | 1 | 30 |
| 2006-2007 | 13 | 1 | 3 | 14 | 1 | 1 | 33 |
| Total | 210 | 18 | 66 | 82 | 9 | 11 | 396 |

Le tableau 2 présente la répartition géographique des cas de tuberculose en milieu scolaire au cours des 10 dernières années. Plus de la moitié se retrouve à Bruxelles, puis ce sont les provinces de Liège et du Hainaut qui concentrent le plus grand nombre de cas. Ce constat est similaire si l'on considère tous les cas identifiés dans les Régions wallonne et bruxelloise ; en effet, les grandes villes rassemblent plusieurs facteurs de risque liés à la tuberculose tels que la

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.

précarité, une proportion de personnes issues de pays à haute prévalence plus importante qu'ailleurs, etc. La densité de population est un autre facteur explicatif ; la province du Luxembourg, qui recense le plus petit nombre de cas est également la moins peuplée.

| Année scolaire | Belgique | Europe Centrale et de l'Est | Afrique du Nord | Autres pays d'Afrique | Asie | Amérique Centrale et du Sud | Non spécifié | Total |
|-----------------------|-----------------|------------------------------------|------------------------|------------------------------|-------------|------------------------------------|---------------------|--------------|
| 2015-2016 | 24 | 1 | 2 | 9 | 3 | 0 | 1 | 40 |
| 2014-2015 | 22 | 5 | 2 | 13 | 2 | 0 | 1 | 45 |
| 2013-2014 | 16 | 4 | 1 | 7 | 1 | 0 | 1 | 30 |
| 2012-2013 | 35 | 10 | 2 | 17 | 0 | 0 | 1 | 65 |
| 2011-2012 | 24 | 0 | 2 | 6 | 1 | 1 | 5 | 39 |
| Total | 121 | 20 | 9 | 52 | 7 | 1 | 9 | 219 |

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. La plupart 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 aussi bien de la région subsaharienne que 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 que les pays à faible incidence (< 10/100.000) se donnent pour objectif l'élimination de la tuberculose. Pour y parvenir, la Belgique doit voir son incidence diminuer de 90% pour atteindre le premier jalon en 2035 : la 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 70% 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 6^{ème} 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 de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers les Régions.

² C.G.M. Erkens, M. Kamphorst, I. Abubakar, G.H. Bothamley, D. Chemtob, W. Haase, G.B. Migliori, H.L. Rieder, J-P. Zellweger and C. Lange. "Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries: a European consensus" Eur Respir J 2009; 33: 956–973.

Les missions du FARES restent toutefois celles 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.

| But | Elimination de la tuberculose | | |
|--------------------|---|---|--|
| Objectifs généraux | - Limiter la transmission du bacille tuberculeux dans la population à partir de malades contagieux - Limiter le développement de la tuberculose chez les sujets infectés | | |
| Axes stratégiques | Surveillance épidémiologique | Socio-prophylaxie | Expertise et communication |
| Objectifs | Assurer la surveillance des cas de TBC active | S'assurer que tout malade déclaré est pris en charge adéquatement | Fournir de l'information à différents publics (sensibiliser, informer, former) |
| | Assurer la surveillance à minima de l'ITL | S'assurer que toute ITL déclarée est prise en charge adéquatement | Répondre aux demandes d'aides techniques et aux demandes d'information |
| | Assurer la surveillance des clusters | Coordonner le dépistage de l'entourage des cas déclarés | Maintenir et développer l'expertise du FARES |
| | 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 | |
| | Evaluer les activités de dépistage/stratégies | | |

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.

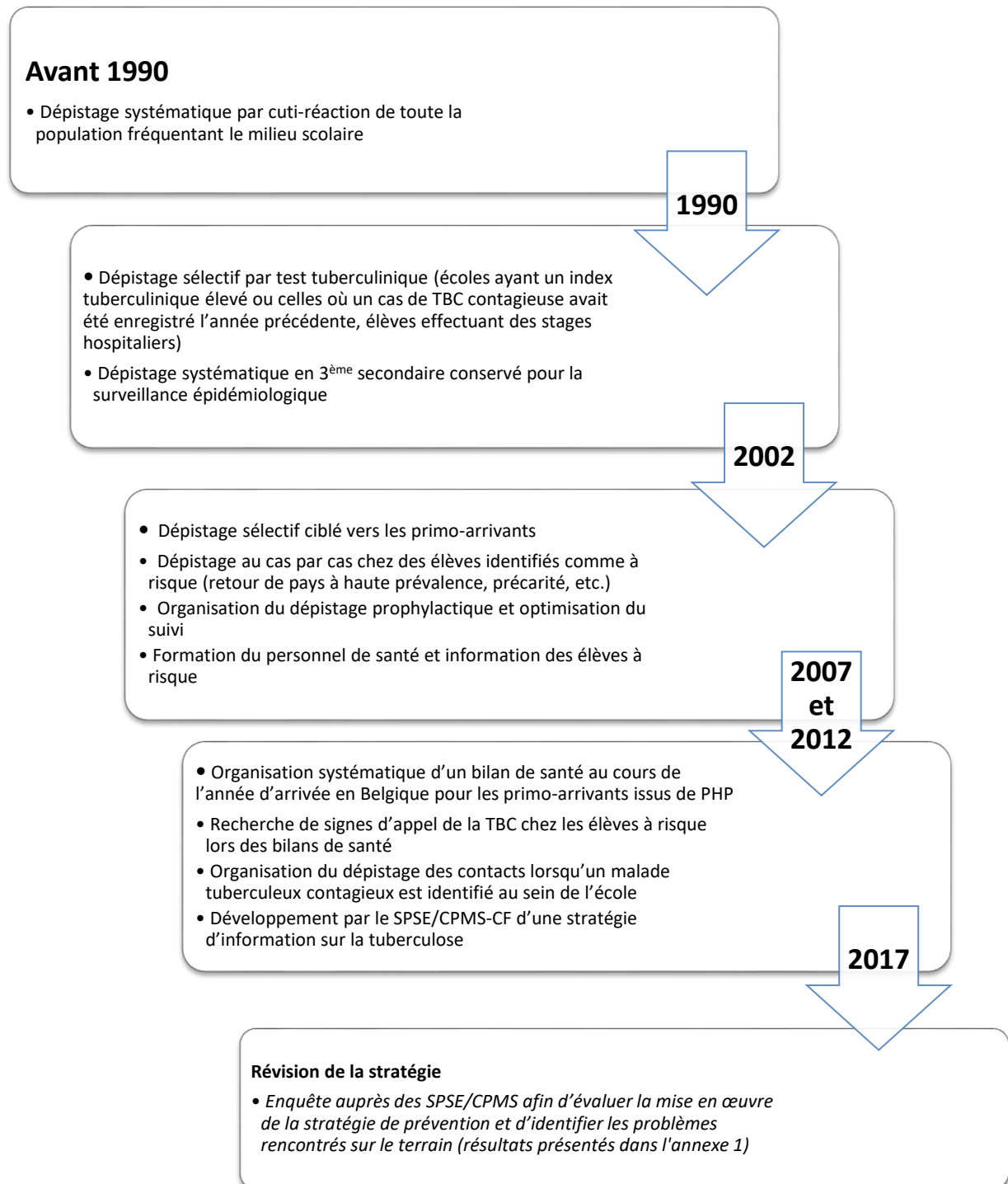


Figure 1. Evolution de la stratégie de prévention de la tuberculose en milieu scolaire depuis 1990

4. STRATÉGIE DE PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE EN MILIEU SCOLAIRE 2017-2022

4.1 INTRODUCTION

Les conclusions des concertations du comité de pilotage ainsi que l'enquête online menée auprès des SPSE/CPMS-CF en 2016 (résultats présentés en annexe 1) tendent à démontrer que la stratégie 2012-2017 est toujours valable et applicable sur le terrain.

La stratégie 2017-2022 repose donc sur les mêmes axes que ceux de la stratégie 2012-2017 mais de légères modifications ainsi que des précisions ont été apportées grâce aux résultats de l'enquête et aux retours du terrain obtenus lors des réunions annuelles du comité de pilotage.

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.

4.2 DESCRIPTION DES AXES STRATÉGIQUES

Les SPSE et CPMS-CF³ ont la responsabilité de la prévention de la TBC au niveau des établissements scolaires dont ils ont la tutelle⁴.

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), le SPSE/CPMS-CF doit le déclarer aux services en charge de la surveillance des maladies infectieuses (MI)⁵ et informer l'unité de secteur 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. Le FARES informe également le SPSE/CPMS-CF et le service en charge de la surveillance des MI concerné s'il a connaissance d'un cas de TBC qui fréquente un milieu scolaire. Lorsqu'un cas de TBC est identifié parmi le personnel travaillant dans le milieu scolaire, le SPSE/CPMS-CF informe le service de médecine du travail.

³ 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 ».

⁴ Article 2, 3° du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et article 2, 4° du décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités.

⁵ 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.

I.2 Organiser le dépistage des contacts

Le dépistage des contacts chez les élèves/étudiants fait partie des responsabilités des SPSE/CPMS-CF⁶ 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 extra-pulmonaire chez des jeunes enfants, un dépistage peut également 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 2 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 2 et sur la réalisation du test cutané tuberculinique (TCT)⁷ en annexe 3).

- 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 1^{er} tour est organisé directement.
 - Pour les négatifs au 1^{er} tour, un 2^{ème} tour est organisé minimum 8 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 a eu lieu au moins 8 semaines auparavant.
- 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.

Il est possible de faire appel au FARES pour apporter une aide technique dans le cadre de ce dépistage. Une infirmière du FARES est alors présente pour aider le personnel du SPSE/CPMS-CF à réaliser/lire les TCT. Le matériel (tuberculine, seringues,...) reste à charge du SPSE/CPMS-CF.

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 mais présentent toutefois un coût important et ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux. Ces tests ne sont actuellement pas utilisés en routine mais les nouvelles recommandations du FARES relatives à l'infection tuberculeuse latente préciseront leurs indications spécifiques. Plus d'informations sur www.fares.be

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 miliaires⁸. Par conséquent, il est en principe recommandé que ceux dont le TCT est négatif au premier tour soient directement mis sous traitement préventif après exclusion d'une tuberculose; celui-ci sera arrêté au second tour si le TCT reste négatif. Par contre, si le TCT devient positif au 2^{ème} tour, le traitement sera poursuivi pendant les 7 mois restants si la durée prévue initialement était de 9 mois. Cette approche peut être adaptée selon le contexte et

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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.

notamment selon la contagiosité du cas-index. Le SPSE/CPMS-CF réfère ces enfants vers le système curatif ; un courrier de référence spécifique à cette situation est disponible sur le site du FARES.

Cas particulier d'une mini-épidémie

Une mini-épidémie⁹ 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 génotypage¹⁰ 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 2^{ème} tour du dépistage d'un cas pour le 1^{er} 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.

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 4). 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'écartier 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 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 via une liste nominative (annexe 6, fichier Excel téléchargeable sur le site du FARES). Le SPSE/CPMS-CF déclare sur MATRA/Matra-BRU 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

Les résultats du dépistage du personnel doivent être envoyés par l'instance en charge du dépistage au FARES sous forme de liste nominative également (annexe 7, fichier Excel téléchargeable sur le site du FARES).

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

- Réponse aux demandes d'avis.
- 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 (aide à la pose et/ou à la lecture, fourniture du matériel dans des conditions à définir au cas par cas).
- 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 uniquement¹¹.

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, de bonnes évolutions radio-cliniques, une observance stricte d'un traitement antituberculeux adapté aux résultats de l'antibiogramme ainsi qu'un suivi médical régulier jusqu'à la fin du traitement¹².

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 2002¹³.

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

¹¹ Coordonnées du dispensaire FARES en RBC : Hôpital Saint-Pierre, Rue Haute, 322, 1000 Bruxelles. Tél. : 02 538 05 95.

¹² 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).

¹³ 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.

II.2 Cibler les élèves/étudiants à risque

Il s'agit prioritairement des primo-arrivants (PA) issus de pays à haute prévalence (PHP)¹⁴. Le plus souvent, ce sont des demandeurs d'asile 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 suivants¹⁵ :

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

| | Pays à haute prévalence (PHP) | Pays à faible prévalence | | |
|------------------------------|---|---|--|--|
| Union européenne (UE) | Bulgarie Estonie* Lituanie Lettonie Roumanie | Allemagne Autriche Belgique Chypre Croatie Danemark Espagne Finlande | France Grèce Hongrie Irlande Italie Luxembourg Malte Pays-Bas | Pologne Portugal** République tchèque Royaume-Uni Slovaquie Slovénie Suède |
| Europe (hors UE) | Biélorussie Russie Bosnie-Herzégovine Ukraine Moldavie | Albanie Andorre Islande | Macédoine Monténégro | Norvège |

*Selon l'ECDC, l'Estonie a une incidence de 16,5 en 2015, mais le risque de tuberculose multi-résistante y est important

**Selon l'ECDC, le Portugal a une incidence de 20,5 en 2015 mais ce pays est considéré depuis plusieurs années à faible risque vu l'évolution de la tuberculose et les performances de son programme de prévention.

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 8. 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 2017 afin de les sensibiliser à leur rôle et à l'importance de l'envoi des listes de PA ; en attendant, la circulaire de 2012 reste d'actualité¹⁶. 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:

¹⁴Pratiquement, 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 : Bulgarie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Moldavie, Roumanie, Russie et Ukraine. Ces élèves/étudiants sont à considérer quel que soit leur âge.

¹⁵ 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.

¹⁶ Circulaire n° 4155 du 01/10/2012.

- précarité¹⁷ ;
- contact récent avec une personne atteinte de tuberculose (particulièrement s'il s'agit de jeunes enfants) ;
- origine de pays à haute prévalence (non primo-arrivants), a fortiori si un voyage a été effectué au cours des 2 dernières années.

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 permet d'attribuer un certain nombre de points à des symptômes ou facteurs de risque. Si le score obtenu par l'addition des points atteint 4, l'élève/étudiant est considéré comme suspect de tuberculose. Une traduction en plusieurs langues étrangères et l'ajout d'images permettent de l'utiliser comme moyen de communication avec des élèves/étudiants 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 9 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 inexistantes.

Cas particulier des demandeurs d'asile

Un dépistage systématique de la tuberculose est prévu chez les demandeurs d'asile¹⁸. Une RX est réalisée à l'Office des étrangers pour les jeunes de 5 ans et plus et un TCT est réalisée au niveau de la structure d'accueil pour les enfants de moins de 5 ans. Le SPSE/CPMS-CF a la possibilité de se renseigner auprès du centre d'accueil (CA)¹⁹ ou de 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 de l'Office des étrangers (dispatching_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.

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

¹⁹ La liste de tous les centres d'accueil (Fedasil, Croix-Rouge et autres partenaires) est consultable sur <http://fedasil.be/fr/content/tous-les-centres-daccueil>. Les services de surveillance des maladies infectieuses ou le FARES peuvent également vous renseigner.

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 illégale sur le territoire, qu'ils viennent d'arriver ou qu'ils soient en Belgique depuis un certain temps.

II.4 Référer les cas suspects et assurer un suivi

Si le médecin scolaire suspecte une tuberculose chez un élève/étudiant (suspicion basée sur l'anamnèse et la clinique ou le score de la checklist ≥ 4), il le réfère dans le curatif (ou au dispensaire FARES en RBC) pour réaliser une RX 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 » sera élaboré pour aider les SPSE/CPMS-CF à réaliser ces séances d'information et sera diffusé à la rentrée 2017. Il sera disponible sur le site du FARES et devra être adapté par les SPSE/CPMS-CF pour correspondre au contexte local. Certaines diapos pourront 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 <http://www.fares.be>.

- « La tuberculose cette inconnue » : un tryptique décrivant la tuberculose de manière simple et imagée en 10 langues²⁰.
- « Réalisation du test tuberculinique » : un tryptique décrivant le test tuberculinique.
- Un quizz online sur la tuberculose, destiné aux étudiants des hautes écoles.
- 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 4 et 5)
 - lettres aux parents
 - annonce du dépistage (1^{er} tour)
 - annonce du dépistage (2^{ème} tour)

²⁰ Français, allemand, arabe, anglais, espagnol, néerlandais, polonais, portugais, roumain et turc.

- si l'enfant ne s'est pas présenté au dépistage
- si l'enfant ne s'est pas présenté à la lecture du test
- demande de réalisation d'une RX à la place d'un TCT
- information d'un résultat TCT négatif (1^{er} tour)
- information d'un résultat TCT négatif (2^{er} 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 (1^{er} tour)
 - annonce du dépistage (2^{er} 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) en Région bruxelloise.

Les infections latentes et virages ne doivent pas être déclarés à partir du moment où ils ont été communiqués 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 le site MATRA: <https://www.wiv-isp.be/matra/CF/connexion.aspx> ;
- par mail: surveillance.sante@aviq.be ;
- par téléphone : 071 20 51 05
- par fax : 071 205 107

En Région de Bruxelles-Capitale,

- via le site Matra-Bru: <https://www.wiv-isp.be/Matra/bru/connexion.aspx>;
- par mail : notif-hyg@ccc.brussels;
- par téléphone ou SMS : 0478 77 77 08

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 2017-2022, 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 MATRA/Matra-Bru ;
- informer les SPSE et CPMS-CF des cas de TBC dont il a connaissance, qu'un dépistage soit nécessaire ou non ;
- coordonner la socio-prophylaxie ;
- fournir une aide technique à la demande, 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 MATRA/Matra-Bru ;
- 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 2012²¹, en début et en cours d'année scolaire grâce au document standardisé repris en annexe 8.

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 10):

- reçoivent les déclarations obligatoires ;
- doivent être informés rapidement de tout cas de tuberculose identifié en milieu scolaire²² ;

²¹ Circulaire n°4155 du 01/10/2012. Une nouvelle circulaire sera envoyée pour la rentrée scolaire 2017.

²² 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 (1^{er} mars 1971, publié au M.B. 23/04/1971).

- 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 ;
- 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 dépendent²³ ;
- 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 scolaire²⁴.
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 2021-2022.

²³ En RBC, Ordonnance relative à la politique de prévention en santé (19 juillet 2007, publiée au M.B. 24/08/2007).

²⁴ 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 6^{ème} 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.
- Fédération des Institutions Médico-sociales (FIMS).
- Association professionnelle des médecins scolaires (APMS).
- Inspection d'hygiène de la COCOM et Cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ.

Le FARES en assure la coordination.

ANNEXES

Les fichiers et modèles de lettre sont téléchargeables sur le site FARES (www.fares.be)

Rubrique

> infos pour les professionnels

> milieux spécifiques

> milieu de l'enseignement

Le mot de passe pour accéder aux documents annexes a été supprimé de manière à améliorer leur accessibilité et utilisation. Seul le fichier de transfert des résultats du dépistage (annexes 6 et 7) doit être sécurisé via une procédure décrite dans les annexes concernées.

ANNEXE 1. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE 2012-2017

1. Contexte

Lors du comité de pilotage 2015-2016, certaines difficultés d'application de la stratégie ont été pointées. Les membres du comité se posaient également des questions à propos de l'utilisation de la checklist diffusée début 2016 et sur la pertinence et l'application du troisième axe relatif à la stratégie d'information. Il a donc été décidé de mener une enquête auprès des SPSE/CPMS-CF pour documenter certains points de la stratégie en vue de sa révision.

Un questionnaire on-line a été élaboré et avalisé par les membres du groupe de travail issu du comité de pilotage et chargé de la révision de la stratégie. Il a été diffusé à tous les SPSE et CPMS-CF en Communauté française ainsi qu'au Kaleido-DG²⁵ en Communauté germanophone.

2. Résultats de l'enquête

Sur les 86 SPSE /CPMS-CF à qui le questionnaire a été envoyé, 65 (75,6%) ont répondu ; le taux de réponse variait toutefois en fonction du type de structure : 95% pour les SPSE et 55% pour les CPMS-CF. En Communauté germanophone, les services de prévention au niveau scolaire ont été transformés en « Kaleidos » pour qui un seul questionnaire a été complété.

La grande majorité (94%) des SPSE/CPMS-CF ont eu des primo arrivants parmi leurs élèves/étudiants sous tutelle au cours des 5 dernières années et sont donc concernés par la problématique. Environ la moitié (48%) reçoit les listes des primo arrivants grâce au document standardisé prévu par la stratégie et un tiers les reçoivent d'une autre manière. De nombreux répondants ont fait part de difficultés liées à l'obtention de ces listes : oubli en début mais surtout en cours d'année, directions peu concernées, listes erronées, non utilisation du document prévu, etc. A la question de savoir si le statut de l'élève/étudiant devrait être ajouté sur la liste, environ deux tiers ont répondu par l'affirmative. Les raisons avancées sont principalement de permettre une meilleure prise en charge globale de l'élève, plus spécifiquement pour la prévention de la tuberculose et pour améliorer la vaccination.

⇒ **Décision:** *conserver la procédure existante et sensibiliser les directions à l'envoi régulier des listes de primo-arrivants grâce à la diffusion d'une circulaire de l'enseignement. Après débat au sein du groupe de travail, il a été décidé de ne pas ajouter le « statut » des élèves/étudiants à ces listes pour ne pas complexifier un système qui doit encore être renforcé pour fonctionner de manière optimale.*

Un outil d'aide à l'identification des élèves/étudiants à risque de tuberculose sous la forme d'une checklist avait été proposé début 2016 pour aider les SPSE/CPMS-CF dans le cadre des bilans de santé. Environ 90% connaissaient cette checklist et 81% d'entre eux estimaient qu'elle était « assez utile » à « très utile ». Pourtant, seulement 53% des répondants utilisaient la checklist durant les bilans de santé ; les raisons de non utilisation comprenaient le manque de temps, la non possibilité d'utilisation chez des élèves/étudiants ne sachant pas lire leur langue, le fait que le médecin utilisait les mêmes critères dans son anamnèse, le fait de ne pas avoir eu de primo-arrivant depuis l'envoi de la checklist, etc.

⇒ **Décision :** *la checklist est reprise dans la stratégie comme un outil d'appoint (non obligatoire) qui peut être utilisée par ceux qui le jugent utile afin d'aider à l'identification des élèves/étudiants à risque et de*

²⁵ Nouvelle structure née en 2014 de la fusion de tous les centres PMS libres, provinciaux et communautaires en Communauté germanophone. Dans ce document, les Kaleidos sont assimilés aux SPSE/CPMS-CF.

les orienter pour réaliser un dépistage de la tuberculose. Des images ont été ajoutées afin de faciliter la compréhension de la checklist par des élèves/étudiants ne sachant pas lire.

Lorsqu'un cas de tuberculose contagieuse est identifié dans un établissement scolaire, ¾ des SPSE/CPMS-CF font appel au FARES pour les aider à réaliser le dépistage des contacts et un tiers le réalise seul. Cela s'explique par la perte d'expertise liée à la réduction du nombre de cas. Le dépistage des contacts parmi le personnel est variable : dans 40% des cas, c'est la médecine du travail qui s'en charge tel que défini dans la stratégie mais il arrive dans 20% des cas que ce soit le SPSE/CPMS-CF qui le réalise. Certains SPSE/CPMS-CF précisent que la médecine du travail délègue cette tâche au FARES et d'autres mentionnent que le cas ne s'est jamais présenté. Concernant la transmission des résultats du dépistage, le nouveau système de liste nominative ne semble pas poser de problème.

⇒ **Décision** : *le dépistage des contacts semble bien fonctionner ; la stratégie actuelle est conservée, avec le nouveau système de transmission des résultats sous forme nominative. Il sera rappelé que la médecine du travail est responsable du dépistage des contacts chez le personnel, même si elle peut déléguer cette tâche au FARES ou au SPSE/CPMS-CF.*

Les stratégies d'information relatives à la tuberculose sont très variables d'une structure à l'autre. Elles sont plus fréquentes lorsque des cas de TBC ont été identifiés durant les dernières années. Elles s'organisent généralement en séances d'information collective, individuelle ou via des documents écrits. 92% des répondants estiment que l'information à propos de la TBC est nécessaire, particulièrement dans le contexte où un cas de tuberculose est identifié au sein de l'établissement scolaire. Les cibles des stratégies d'information sont principalement les directions d'établissement scolaire, l'équipe éducative et les primo-arrivants. Plusieurs répondants précisent que des documents d'appui tels que PowerPoint, vidéo, flyer, etc. seraient utiles pour réaliser ces séances d'information.

⇒ **Décision** : *la stratégie d'information est recommandée en fonction de l'analyse du contexte. Des outils seront fournis pour appuyer les SPSE/CPMS-CF dans le cadre des séances d'information. Ils peuvent également toujours faire appel au FARES pour une information plus poussée.*

3. Conclusion

L'enquête a pointé quelques difficultés d'implémentation de la nouvelle stratégie de prévention de la TBC en milieu scolaire, qui s'est toutefois avérée être adaptée aux réalités de terrain.

Sur base de l'évaluation, le comité de pilotage a donc décidé de prolonger la stratégie 2012-2017, moyennant quelques aménagements et en tenant compte des conséquences liées au transfert des compétences à l'occasion de la 6^{ème} réforme de l'Etat et aux nouveaux textes de loi apparus depuis lors.

ANNEXE 2. PROCÉDURE DE DÉPISTAGE PARMIS 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. Le dépistage des contacts ne constitue pas une urgence sanitaire.

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:

- **1^{er} 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...).
- **2^{ème} 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...).
- **3^{ème} cercle** : il s'agit des contacts occasionnels, quelques fois par mois (dans le cadre d'une activité parascolaire 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 direct²⁶ (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 1^{er} et 2^{ème} cercles. Le 3^{ème} cercle n'est investigué que si des infections et/ou des cas de maladie ont été dépistés dans le 2^{ème} 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 1^{er} cercle. On n'examine le 2^{ème} cercle que si l'on a décelé des infections et/ou des tuberculoses dans le 1^{er} cercle. Le 3^{ème} cercle ne fait l'objet d'investigations que si

²⁶ 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 2^{ème} 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 1^{er} 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 contagieux²⁷. Lors du dépistage, il est prudent de cibler également ceux qui appartiennent au 2^{ème} 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 tuberculique (TCT²⁸)** ou intradermo-réaction (ID) (voir technique et lecture dans l'annexe 3).

- Afin de limiter la possibilité d'un premier test faussement négatif²⁹, le TCT est répété deux mois plus tard chez les *sujets tuberculino-négatifs*.
- En présence d'un *TCT positif*³⁰ :
 - 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 débiter, 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

²⁷ Erkens C. et al. Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries : a European consensus. Eur Respir J 2010; 36: 925-949.

²⁸ 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 mais présentent toutefois un coût important et ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux. Ces tests ne sont actuellement pas utilisés en routine mais les nouvelles recommandations du FARES relatives à l'infection tuberculeuse latente en préciseront les indications spécifiques.

²⁹ 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.

³⁰ 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 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 7 mois.

Une bonne information des parents est essentielle pour s'assurer de leur bonne 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 2^{ème} tour d'un premier cas comme le 1^{er} tour d'un second, il est aussi très important de communiquer efficacement vis-à-vis des parents et du personnel, etc.

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-CF 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. Celle-ci peut être précieuse lorsque le dépistage cible de jeunes enfants ou lorsque le SPSE ou CPMS-CF n'a pas l'habitude de réaliser des TCT. L'appui du FARES est également l'occasion de former les infirmiers à cette technique.

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 2^{ème} TCT chez les tuberculino-négatifs n'est pas nécessaire.

ANNEXE 3. LE TEST TUBERCULINIQUE DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DES CONTACTS

Mise à jour en octobre 2020 suite aux nouvelles recommandations ITL

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.

2. Matériel

2.1 Tuberculine



- 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.



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

- 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 **Latte³¹ et feutre fin ou stylo bille.**

³¹ Les lattes souples et transparentes peuvent être obtenues auprès de Bepharbel en même temps que la commande de tuberculine

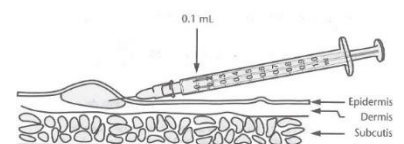
3. Anamnèse infirmière

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)
 - 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 immunosuppresseur, 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 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. 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.
- 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.

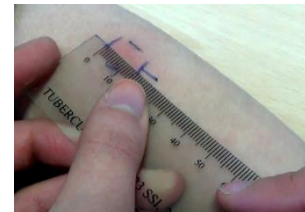


© Notice de la Tuberculine PPD RT23/AVVaccines



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 éventuelle³².
- 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 consistances³³. 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 type³, 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.

³² Un érythème sans induration n'est pas indicateur d'une réaction immunologique liée à l'ITL

³³ 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 | <ul style="list-style-type: none"> - Contact récent avec un cas de TBC contagieuse - Immunodépression, y compris VIH - Traitements immunosuppresseurs tels qu'anti-TNF α ou fortes doses de corticostéroïdes |
| | ≥ 10 mm | Positif | <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 | <ul style="list-style-type: none"> - Contact récent avec un cas de TBC contagieuse - Personne ≥ 65 years |
| | ≥ 10 mm | Positif | <ul style="list-style-type: none"> - 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 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 | |

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 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ BCG ✓ MNT (mycobactérie non tuberculeuse) ✓ Dosage >2U/ > 0,1ml | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Technique réalisation du TCT et lecture |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 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

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, épaissement 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 4. 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 | |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dépistage TCT suite à un contact avec un malade tuberculeux contagieux (1^{er} tour) <input type="checkbox"/> Dépistage TCT suite à un contact avec un malade tuberculeux contagieux (2^{ème} tour) <input type="checkbox"/> TCT douteux (à refaire) dans le cadre d'un dépistage prophylactique <input type="checkbox"/> Suivi TCT positif (RX thorax et référence vers médecin traitant) <input type="checkbox"/> RX thorax à la place d'un TCT dans le cadre d'un dépistage prophylactique <input type="checkbox"/> Mise au point d'une suspicion de tuberculose | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Uniquement au dispensaire FARES Bruxelles </div> |
| 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 5. 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 6. 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

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

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

ANNEXE 7. 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

| | |
|---|---|
| <u>Nom et coordonnées de l'établissement scolaire:</u> | <u>Nom et coordonnées du service de médecine du travail :</u> |
| <u>Nom et prénom du cas index:</u> | <u>Dates du 1^{er} tour:</u> |
| <u>Classe :</u> | <u>Dates du 2^{ème} tour:</u> |
| <u>Nombre total des membres du personnel à dépister :</u> | |

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

ANNEXE 8. DOCUMENT D'IDENTIFICATION DES PRIMO-ARRIVANTS PHP PAR LES DIRECTIONS D'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE



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 | Classe |
|-----|--------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* 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 : Bulgarie, Estonie, Lituanie, Lettonie, Roumanie.
 - Hors Union Européenne : Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Moldavie, Russie, Ukraine.

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 : Bulgarie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Moldavie, Roumanie, Russie et Ukraine. 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 en début d'année scolaire et au début de chaque trimestre au SPSE ou CPMS-CF de votre établissement scolaire

ANNEXE 9. CHECKLIST POUR IDENTIFIER LES ÉLÈVES/ÉTUDIANTS À RISQUE DE TUBERCULOSE LORS DES BILANS DE SANTÉ

Merci de contrôler chez les primo-arrivants issus de pays à haute prévalence la présence de symptômes et/ou de facteurs de risque de la tuberculose.

Vous pouvez utiliser la **check-list**³⁴ ci-jointe comme guide afin d'effectuer ce contrôle, pour peu que l'enfant/le jeune puisse répondre à vos questions.

Notez que ces symptômes se rapportent à une tuberculose de type adulte, et que les jeunes enfants présentent souvent des formes atypiques.

Une traduction de la checklist en plusieurs langues³⁵ est disponible sur le site web du FARES. Si l'enfant/le jeune ne comprend pas le français mais qu'il sait lire, vous pouvez la lui faire lire directement ; des images ont été ajoutées afin de faciliter la compréhension.

Mode d'emploi de la check-list:


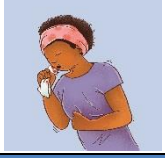


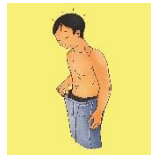

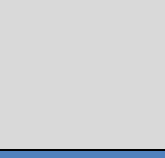


Pour tout symptôme ou facteur de risque positif, ajoutez le score correspondant (nombre de points).

Si vous arrivez à **4 points ou plus** → Référer pour examen complémentaire (au moins RX thorax).

³⁴ Cette check-list est un outil de support développé par le FARES, la VRGT et Fedasil sur base d'un outil de la Ligue Pulmonaire Suisse et de leurs expériences propres. Les illustrations ont été fournies par l'ONE.

³⁵ Actuellement, la checklist est disponible dans les langues suivantes : français, anglais, russe, arabe, pachto et dari (les 2 langues principales d'Afghanistan) ; d'autres langues seront éditées prochainement. Ces traductions ont été réalisées grâce au soutien de l'ONE et sont téléchargeables sur www.fares.be.

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

| Présence d'un des symptômes clefs | | | Score |
|---|--|--|--------|
|  | Toux chronique (> 3 semaines) | « Est-ce que tu tousses ? Depuis plus de trois semaines ? » | + 2 p. |
|  | Hémoptysie (rejet de sang par les voies respiratoires) | « Quand tu tousses, y a-t-il parfois du sang dans tes crachats ? » | + 4 p. |
| Présence d'autres symptômes ? | | | Score |
|  | Fièvre modérée (d'origine inconnue) | « As-tu de la fièvre sans que tu ne saches pourquoi ? » | + 1 p. |
|  | Sueurs nocturnes | « Transpires-tu beaucoup la nuit ? » | + 1 p. |
|  | Perte de poids et perte d'appétit | « As-tu perdu du poids et n'as-tu plus envie de manger ? » | + 1 p. |
|  | Fatigue prolongée et/ou perte d'énergie | « Te sens-tu fatigué ou sans énergie depuis assez longtemps ? » | + 1 p. |
|  | Douleurs dans la poitrine à la respiration ou pendant la toux | « As-tu mal dans la poitrine lorsque tu respires ou tu tousses ? » | + 1 p. |
| Présence de facteurs de risque? | | | Score |
|  | 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 ? » | + 1 p. |
|  | Antécédents de tuberculose | « As-tu déjà eu la tuberculose ? » | + 1 p. |
| TOTAL | Nombre total des points = Si score total ≥ 4 points =>référer pour RX thorax | | |

ANNEXE 10. 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 | Cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ Agence pour une Vie de Qualité |
| Déclaration en ligne | https://www.wiv-isp.be/Matra/bru/connexion.aspx | https://www.wiv-isp.be/matra/cf/connexion.aspx |
| Courriel | notif-hyg@ccc.brussels | surveillance.sante@aviq.be |
| Courrier / téléphone | Avenue Louise, 183 1050 Bruxelles Tel : 02 552 01 67 ou 40 Fax : 02 502 59 GSM : 0478 77 77 08 | Rue de la Rivelaine, 21 6061 Charleroi Tel : 071 205 105 Fax : 071 205 107 |

2. Fonds des Affections Respiratoires - FARES

- **Unité centrale**
Rue de la Concorde 56
1050 -Bruxelles
Tél : 02 512 29 36
Fax : 02 511 14 17
Mail : uc@fares.be
- **Unités de Secteur** voir sur le site <http://www.fares.be/fr/contacter-le-fares/>