

Prévention et contrôle de la tuberculose en Belgique:

Réunion du réseau national des CLATs

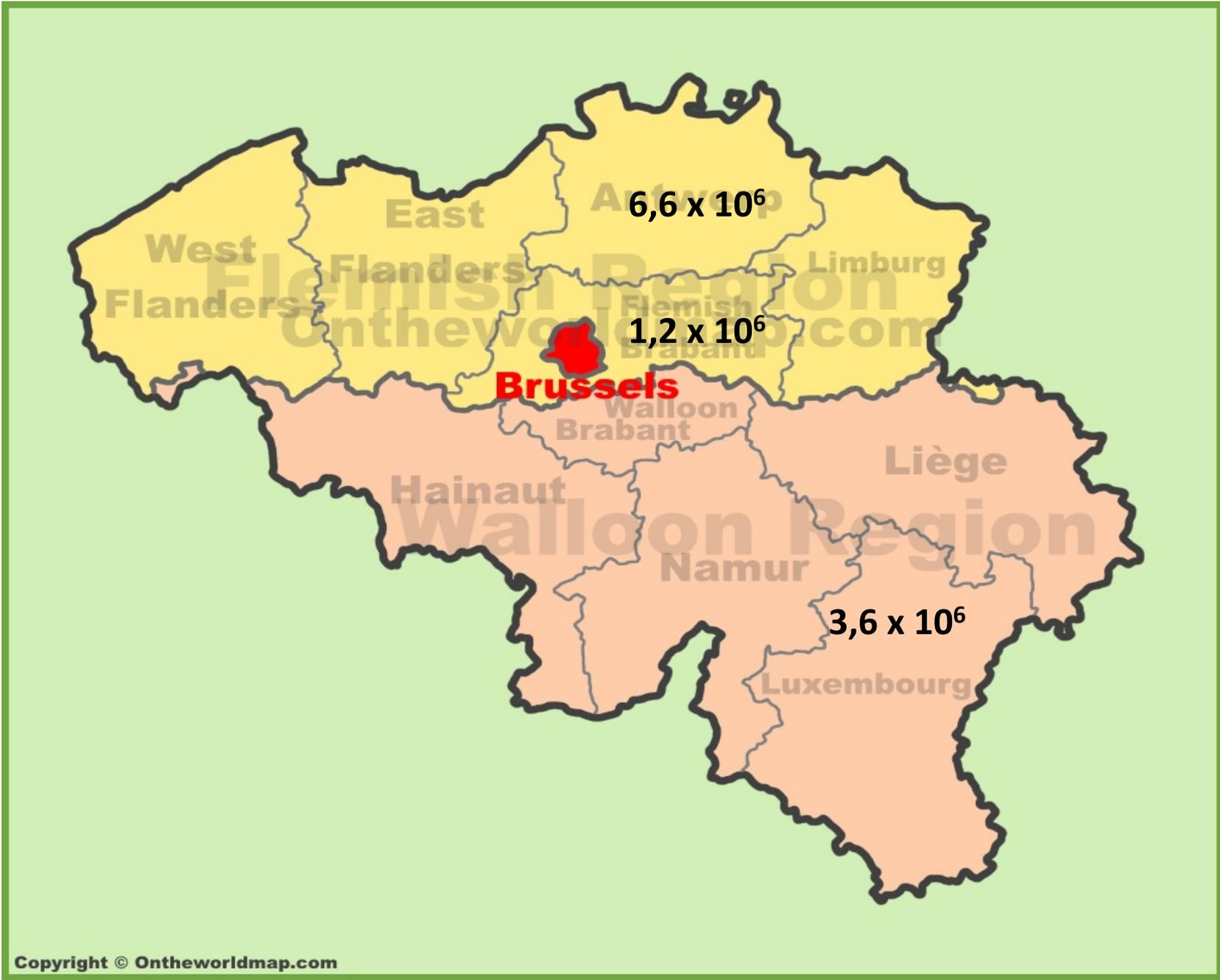
Paris – 29 septembre 2020

Dr Vinciane Sizaire

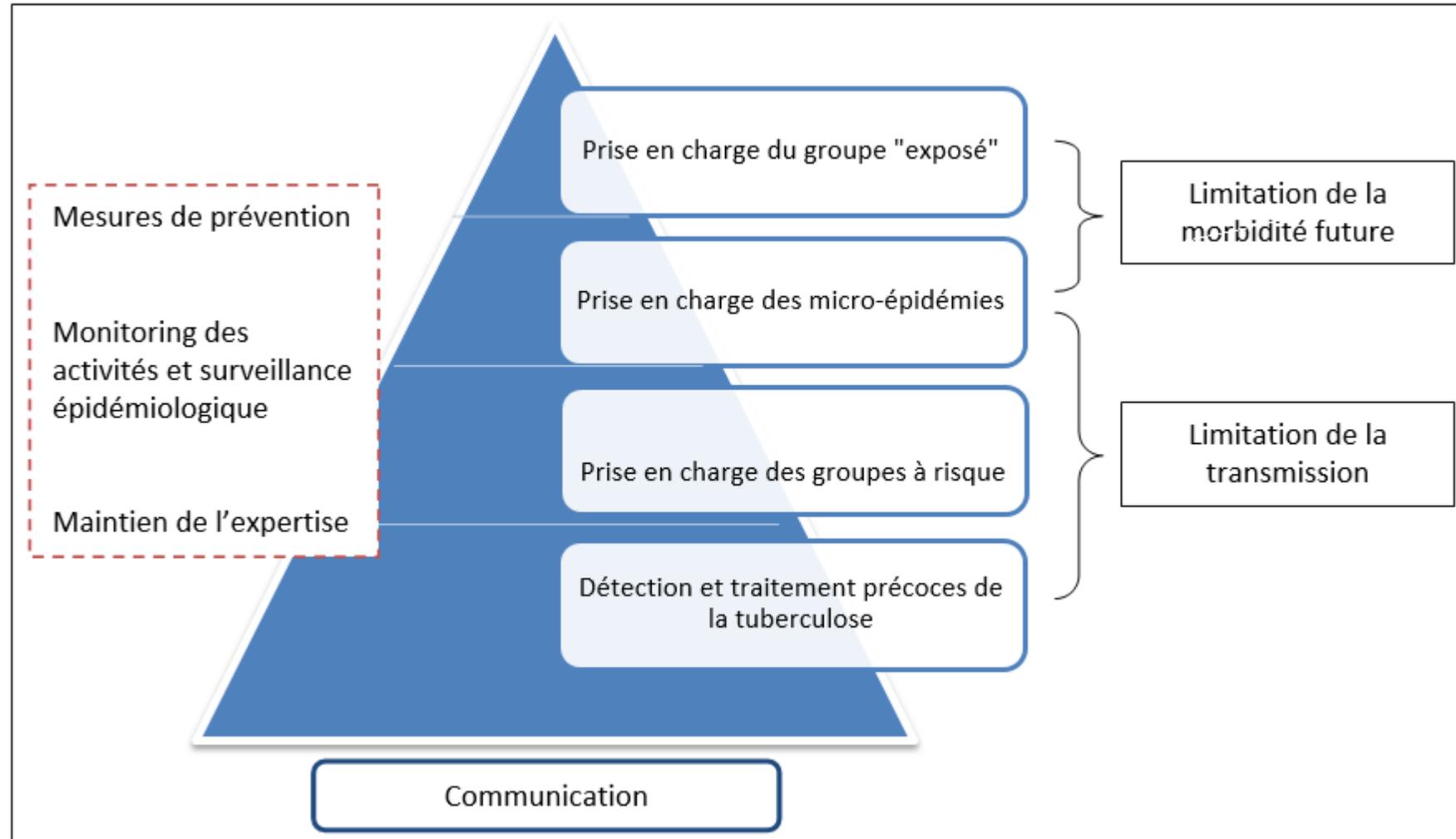
Directrice FARES

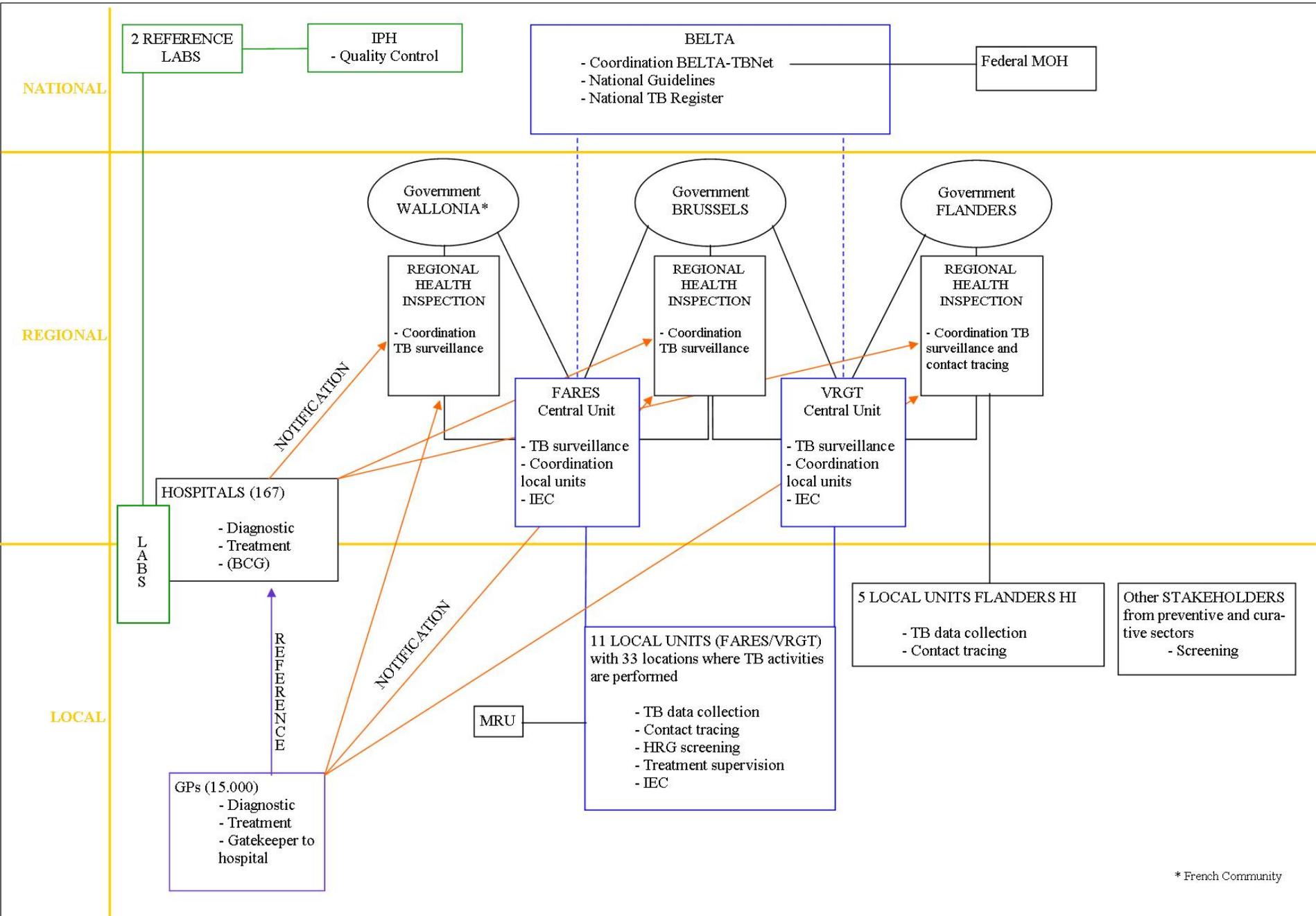
Plan de présentation

- Cadre belge de la lutte anti-TBC
- Présentation des missions générales du FARES
- Organisation de la prévention et du contrôle de la TBC en Belgique
- Epidémiologie de la tuberculose en Belgique



Axes stratégiques: pays faible incidence



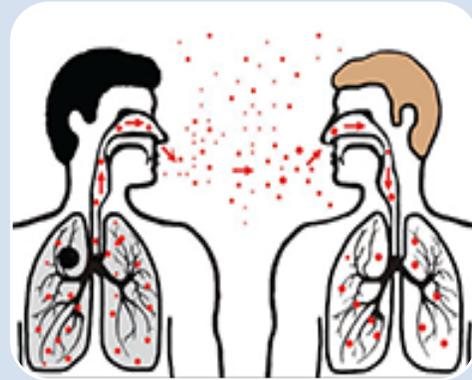


* French Community

Subsides pour Prévention de la tuberculose



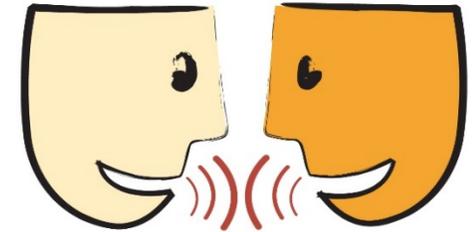
AXE 1
Surveillance



AXE 2
Socio-
prophylaxie



AXE 3
Groupes à
risque



AXE 4
Communication
et expertise

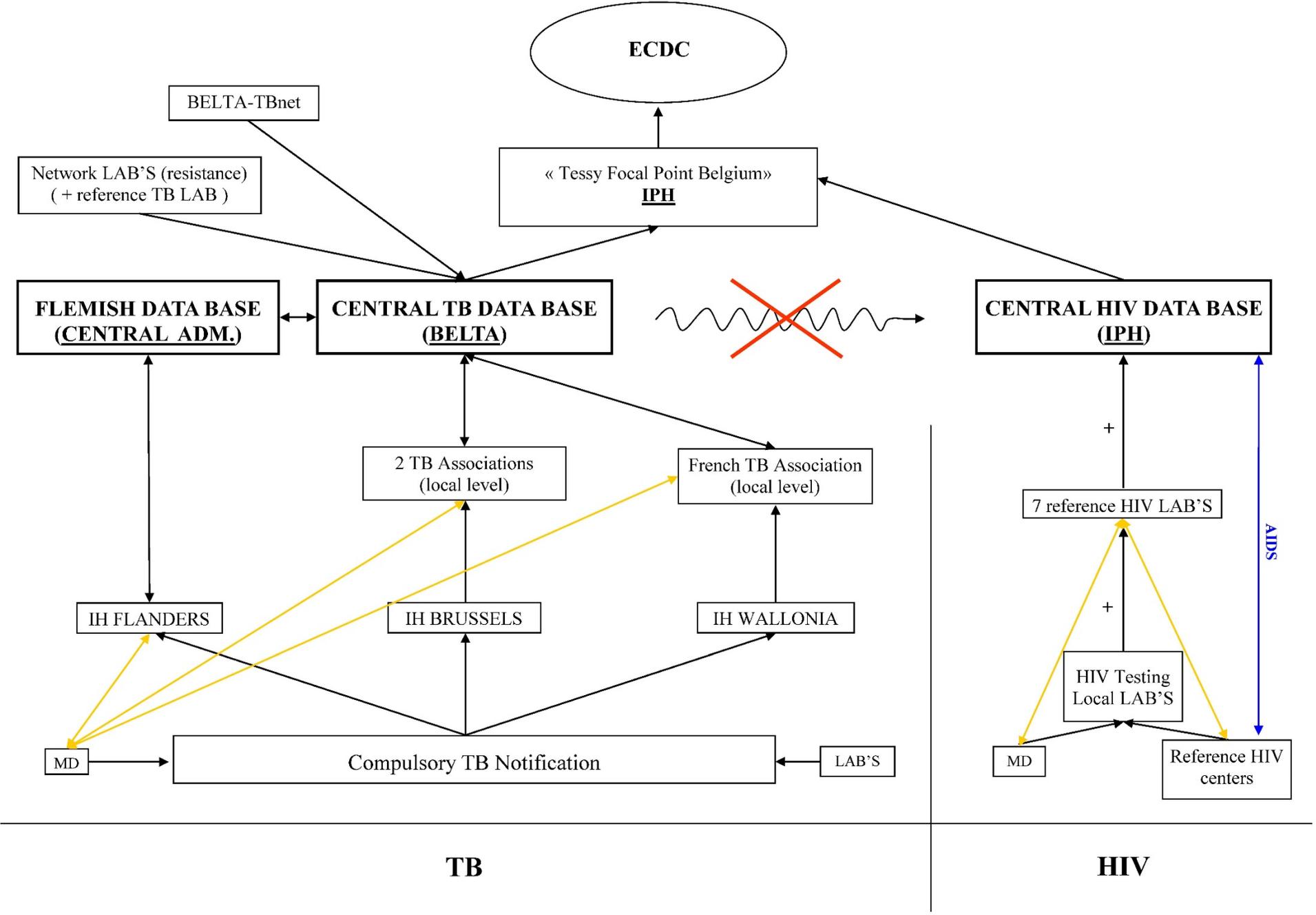
Axe Surveillance épidémiologique (1)

- Surveillance des cas de TBC active
 - Plateforme régionale pour toute les MI à déclaration obligatoire
 - Exhaustivité des déclarations (convention avec les mutuelles pour récupérer les cas non déclarés – 6.6% en RW en 2016-2017)
 - Enregistrement des cas dans notre base de données (TUBER)
 - Collecte de données complémentaires
 - Analyse des données

Rapport annuel standardisé (registre de la TBC)

Transmission de données au réseau de surveillance européen





Axe surveillance épidémiologique (2)

- Surveillance à minima de l'ITL
- Surveillance des clusters via génotypage si critères +:
 - TBC MR
 - GR (prisonniers, sans-abris, DA, illégaux)
 - En cas de suspicion de lien épidémiologique
 - Tous les cas à BXL
- Surveillance de la résistance aux antituberculeux

Dans le cadre du RGPD, développement et mise en place de procédures pour assurer la sécurisation et confidentialité des données et échanges de données

Axe socio-prophylaxie

- S'assurer que tout malade déclaré est pris en charge adéquatement:
 - S'assurer de la mise sous traitement
 - Prévenir la non-compliance et l'abandon du traitement
 - Agir en cas d'abandon ou refus de traitement (recours légal???)
- S'assurer que toute ITL déclarée est prise en charge adéquatement.
- Coordonner le dépistage de l'entourage des cas déclarés
- Gérer les mini-épidémies
- Collaboration avec les services régionaux de surveillance des maladies infectieuses (réunions mensuelles)

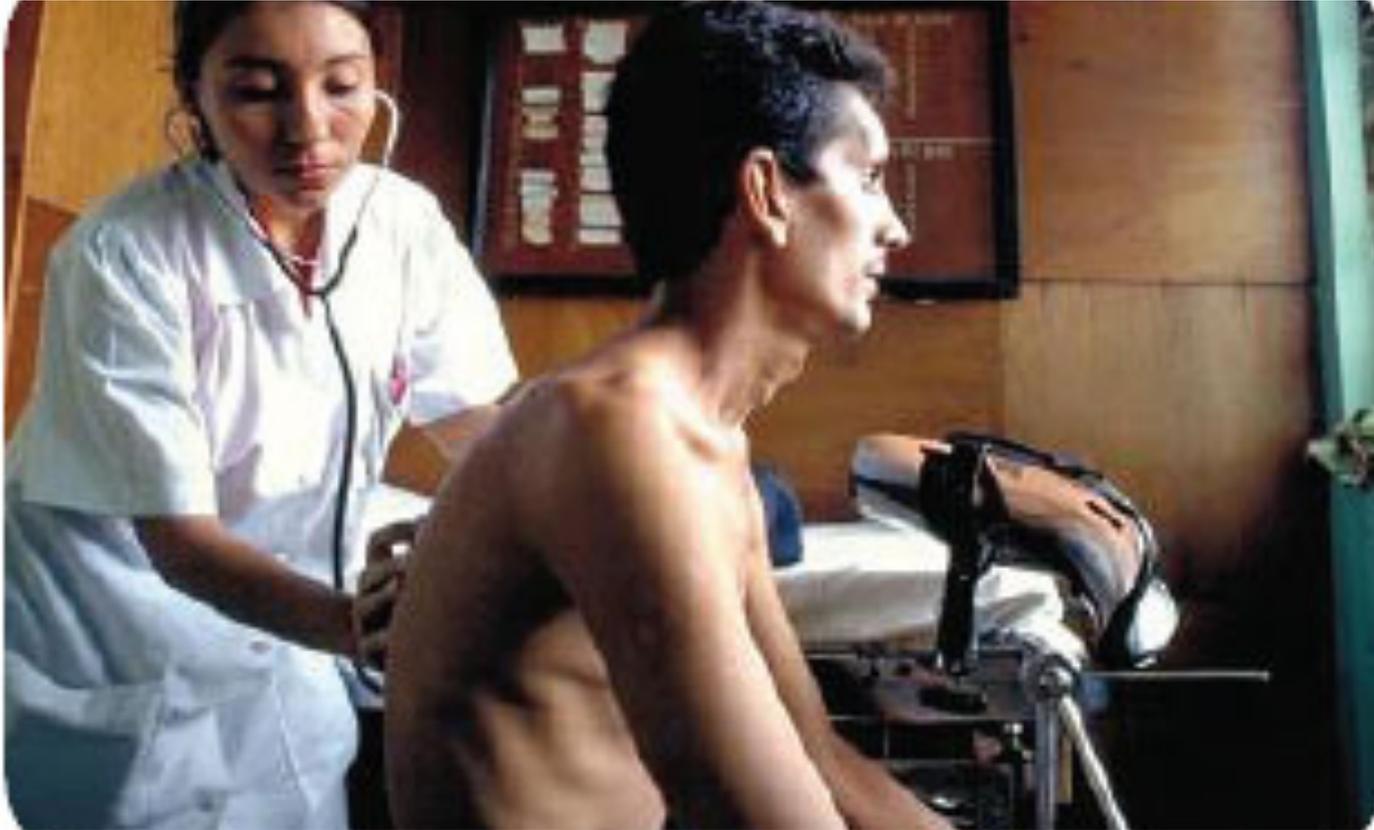
Axe groupes à risque

- Evaluer les activités de dépistages et stratégies au cours du temps sur bases des données de la surveillance et d'évaluations éventuelles
- Réunions régulières avec les instances en charge de certains GR (DPI, prisonniers, milieu de la petite enfance et de l'enseignement)
- Populations précarisées (sans-abris, illégaux, toxicos):
 - Dépistage proactif quand un cas de TBC est détecté
 - Gestion de mini-épidémies
- Migrants: contact avec le gouverneur de la province de Namur

Axe Communication et expertise

- Offrir information à différents publics (web, ressources, outils...)
- Formations
- Information aux patients et entourage
- Répondre aux questions
- Partenariats
- Maintenir et développer l'expertise du FARES

PREVENTION ET CONTRÔLE DE LA TUBERCULOSE



Le cadre au niveau international

□ Objectifs :

▣ Nations Unies : objectifs du millénaire pour le développement

→ *en 2015 : diminuer incidence et mortalité TBC de moitié par rapport à 1990*

▣ OMS : Plan to Stop TB 2006 (2011)-2015

▣ 2015 WHO Global Tuberculosis Strategy:

→ Diminuer l'incidence de 90% Entre 2015 et 2035

→ Implications pour les pays à faible incidence:
pré-élimination ($<10/10^6$)
puis élimination ($< 1/10^6$)

1. WHO's declaration of tuberculosis as a global public health emergency in 1993 ended a period of prolonged global neglect. Together the subsequent launch of the DOTS strategy; inclusion of tuberculosis-related indicators in the Millennium Development Goals; development and implementation of the Stop TB Strategy that underpins the Global Plan to Stop TB 2006-2015; and adoption of resolution WHA62.15 on the prevention and control of multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis by the Sixty-second World Health Assembly have all helped to accelerate the global expansion of tuberculosis care and control.

2. In May 2012, Member States at the Sixty-fifth World Health Assembly requested the Director-General to submit a comprehensive review of the global tuberculosis situation to date, and to present new multisectoral strategic approaches and new international targets for the post-2015 period to the Sixty-seventh World Health Assembly in May 2014, through the Executive Board.¹ The work to prepare this has involved a wide range of partners providing substantive input into the development of

Socio-prophylaxie

- S'assurer que le patient est traité
- S'assurer que le dépistage de l'entourage est réalisé et est exhaustif



Point de départ : déclaration

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



Nom				Prénom			
Date de naissance				Sexe	M	<input type="checkbox"/>	
Lieu de naissance					F	<input type="checkbox"/>	
Nationalité							
Profession							
Adresse	Rue			Localité			
	CP			N°			
Entreprise / Implantation scolaire (biffer la mention inutile)							
Dénomination							
Adresse	Rue			Localité			
	CP			N°			
2. Ouverture du dossier par							
Médecin traitant/Médecin spécialiste/Institution hospitalière/Mutualité (biffer la mention inutile)							
Dénomination							
Adresse							
	Rue			Localité			
	CP			N°			
	N°tél			Adresse mail			
3. Maladie tuberculeuse							
<input type="checkbox"/>	Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	Ganglionnaire intrathoracique	<input type="checkbox"/>	Ostéoarticulaire		
<input type="checkbox"/>	Pleurale	<input type="checkbox"/>	Ganglionnaire extrathoracique	<input type="checkbox"/>	Urogénitale		
<input type="checkbox"/>	Méningée			<input type="checkbox"/>	Autre		
4. Bactériologie							
<input type="checkbox"/>	B.K. – Examen direct	<input type="checkbox"/>	B.K. – Culture	<input type="checkbox"/>	PCR +		
<input type="checkbox"/>	B.K. + Examen direct	<input type="checkbox"/>	B.K. + Culture	<input type="checkbox"/>	PCR -		
<input type="checkbox"/>	Examen BK en direct non demandé	<input type="checkbox"/>	Culture BK non demandée	<input type="checkbox"/>	PCR non demandé		
Cachet			Signature et Date				

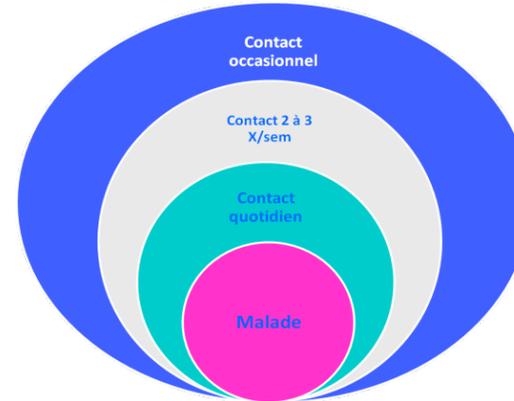
2^{ème} étape : Enquête

- Contact avec **médecin traitant** via questionnaire et/ou direct (collecte infos + qui fait dépistage ?)
- Contact avec **patient** si possible à hôpital
 - Etablir la liste des contacts + le type de contact
 - Informer : patient + famille
 - Organiser le suivi éventuel à domicile (DOT - social)
- Contact avec **d'autres personnes/instances** pour s'assurer de l'exhaustivité des contacts à cibler
- Faire le lien avec d'autres cas ; si nécessaire demander génotypage pour confirmer cluster

3^{ème} étape : réalisation du dépistage

- Selon la procédure des cercles concentriques choisis en fonction du :

- Degré de contagiosité
- Type de contact
- Vulnérabilité



- **Plusieurs professionnels (curatif /préventif) peuvent être concernés** : importance de la coordination du FARES qui se chargera d'organiser le dépistage dans des milieux non investigués
- Importance du retour d'information sur les cas dépistés par d'autres

4^{ème} étape : suivi du dépistage

Si dépistage ID effectué dans le secteur préventif →
référence dans le curatif pour :

RX si ID +

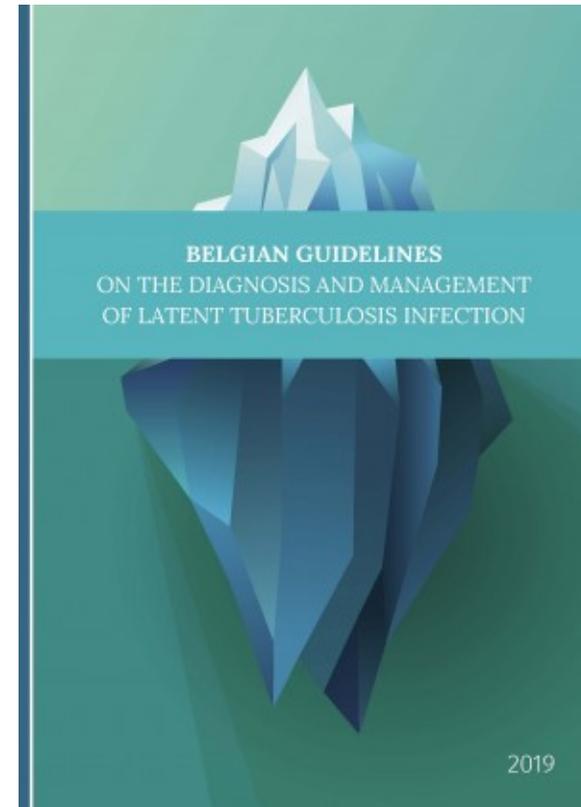
- IGRA ? Pour affiner le diagnostic de LTBI
- R/ préventif ?



« *Intention to test is intention to treat* »

Nouvelles recommandations ITL

- LTBI guidelines, édité et à télécharger sur le site FARES
<https://www.fares.be/fr/recommandations/ltbi-guidelines-belgium/>
- Version en Français: en cours d'édition.
- Inclusion de fiches pratico-pratiques
 - ✓ Qui et quand dépister?
 - ✓ Comment dépister?
 - ✓ Comment interpréter?
 - ✓ Qui et comment traiter?

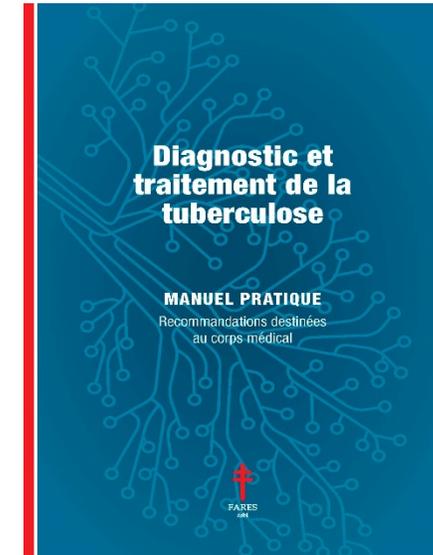


S'assurer que le patient est bien traité

- **Standardisation des pratiques**

- Guidelines « belges » sur diagnostic et traitement TBC (FARES, 2010)

- Formations régulières du personnel soignant
- Disponibilité pour répondre aux questions (tél, email)



Dépistage dans les groupes à risque



Diagnostic précoce TBC (ITL)



- Groupes à risque ciblés systématiquement :
Stratégies nationales définies en concertation :
 - DA : RX entrée + RX 2x/an au cours première année (ID enfants < 5 ans femmes enceintes)
 - Prisonniers : RX (ID) entrée + ID (RX) annuel
- **Nombreux acteurs impliqués mais référence curatif** pour mise au point (anomalie RX, symptômes) ou.....pour RX de dépistage (DA)
- Population précarisées (illégaux, SDF...): « Hard to reach, hard to treat » → A la demande

Surveillance des travailleurs



Diagnostic et traitement



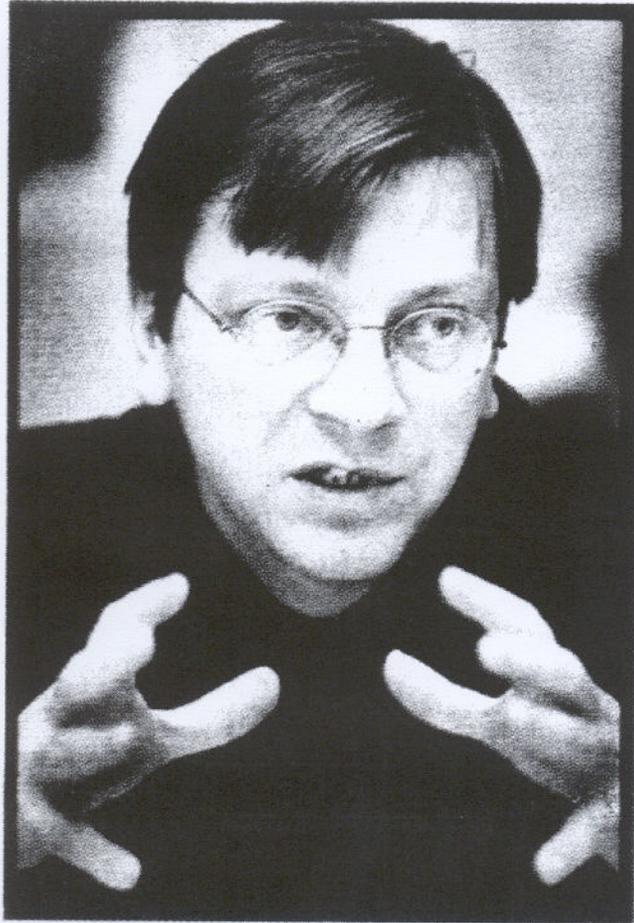
Méthodes diagnostiques

- Examen direct
- PCR
- Culture / Antibiogramme 1^{ère} Lignes (13 laboratoires en Belgique)
- Imagerie

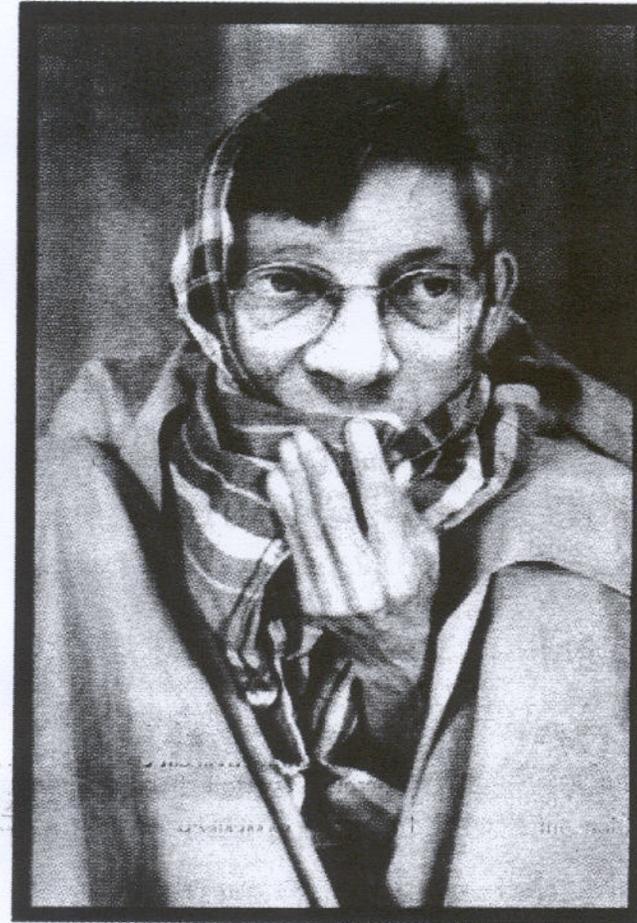
Et en cas de résistance: Envoi culture au labo national:

- Antibiogramme aux 2^{ème} Lignes / WGS

ACCESS



NO ACCESS



to essential medicines

Les antituberculeux en Belgique

- Les antiTBC remboursés par la sécurité sociale
- Challenges:
 - Une seule formulation disponible sur le marché: ruptures de stock
 - Patients sans sécurité sociale?



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

Compliance



- *Non compliance au R/*
 - OMS recommande le DOT (directly observed therapy)
 - Hôpital : DOT à instaurer (recommandations CSS- 2013)
 - En ambulatoire : « case management » possible par infirmière FARES/VRGT à la demande médecin traitant
- *Refus de traitement : recours ?*
 - 3 législations régionales sur maladies transmissibles : recours légal (obligation R/)
 - Intervention des inspections d'hygiène régionales
 - Collocation (composante psy)
 - Avis du comité éthique du CSS sur obligation R/ et isolement TBC MR

→ **opérationnalisation difficile**

BELTA-DOT (INAMI)

Process indicators

- % profil de risque établi (standardisé)
- % accompagnement thérapeutique (AT) défini
 - % bénéficié d'un accompagnement
 - base de données:
 - patients bénéficiant AT +
 - y compris activités d'accompagnement + **résultat du Traitment**

Risicofactoren	Risicofactor aanwezig	Opmerkingen
PERSOONSGEBONDEN RISICOFACTOREN		
Motivatie: houding t.o.v. de therapie		
Religieuze/spirituele/filosofische tegenwerpingen	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Gebrek aan vertrouwen in de gezondheidssector	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Ontbreken van de ziekte	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Weigert mee te werken	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Chronisch alcoholgebruik	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Druggebruik	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Anders - *	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Motivatie: sociale invloeden/normen		
Aangst voor stigmatisatie/discriminatie/TB-oe	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Anders - *	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Motivatie: eigen effectiviteit. Het vertrouwen dat een persoon heeft in het eigen kunnen om een pedraat uit te voeren.		
Niet in staat tot automedicatie	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Gebrek aan motivatie	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Gebrek aan discipline	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Onjuiste therapietrouw bij vorige TB episode	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Anders - *	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Voorbarigheden		
Mentale beperking	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Taalbarrière	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Anders - *	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Tijdsdruk		
Misvattingen betreffende de ziekte	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Anders - *	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
OMGEVINGSGEBONDEN RISICOFACTOREN		
Socio-economische situatie van de patiënt		
Huisvesting	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Dakloos <input type="checkbox"/> Overbuischt <input type="checkbox"/> Onafge, vervallen woning
Financieel	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Geen inkomsten <input type="checkbox"/> Overvangingsinkomen <input type="checkbox"/> Onvoldoende salaris <input type="checkbox"/> Geen sociale dekking <input type="checkbox"/> Overkonzekerheid
Sociale situatie	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Eenoudergezin <input type="checkbox"/> Sociaal isolement <input type="checkbox"/> Alleen <input type="checkbox"/> Gevoegde gezin <input type="checkbox"/> Drijvende situatie
Anders - *	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Bijzich verblijven aan de gebrekkige toegankelijkheid van de gezondheidsinstelling		
Bereikbaarheid	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Overvoer <input type="checkbox"/> Onzekerheid <input type="checkbox"/> Kinderhuis <input type="checkbox"/> Overwegingsbeperking
Organisatie van de gezondheidssector	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> niet vertrouwd met het Belgische gezondheidssysteem <input type="checkbox"/> Ongeschikte openinguren
Anders - *	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Bijzich verblijven aan bijkomende medische factoren		
Co-infectie HIV	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Anders ernstige ziekte*	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Psychische stoornissen*	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Neuromerkingen/interacties toedienende medicatie	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Nevenwerkingen TB-medicatie <input type="checkbox"/> Nevenwerkingen medicatie comorbiditeit <input type="checkbox"/> Interactie van de medicatie
Anders - *	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Advies van de TB case manager in verband met het risico op therapiecontour: <input type="checkbox"/> Geen risico <input type="checkbox"/> Matig risico <input type="checkbox"/> Uitgesproken risico		
Interventie nodig: <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja		

* Te preciseren.

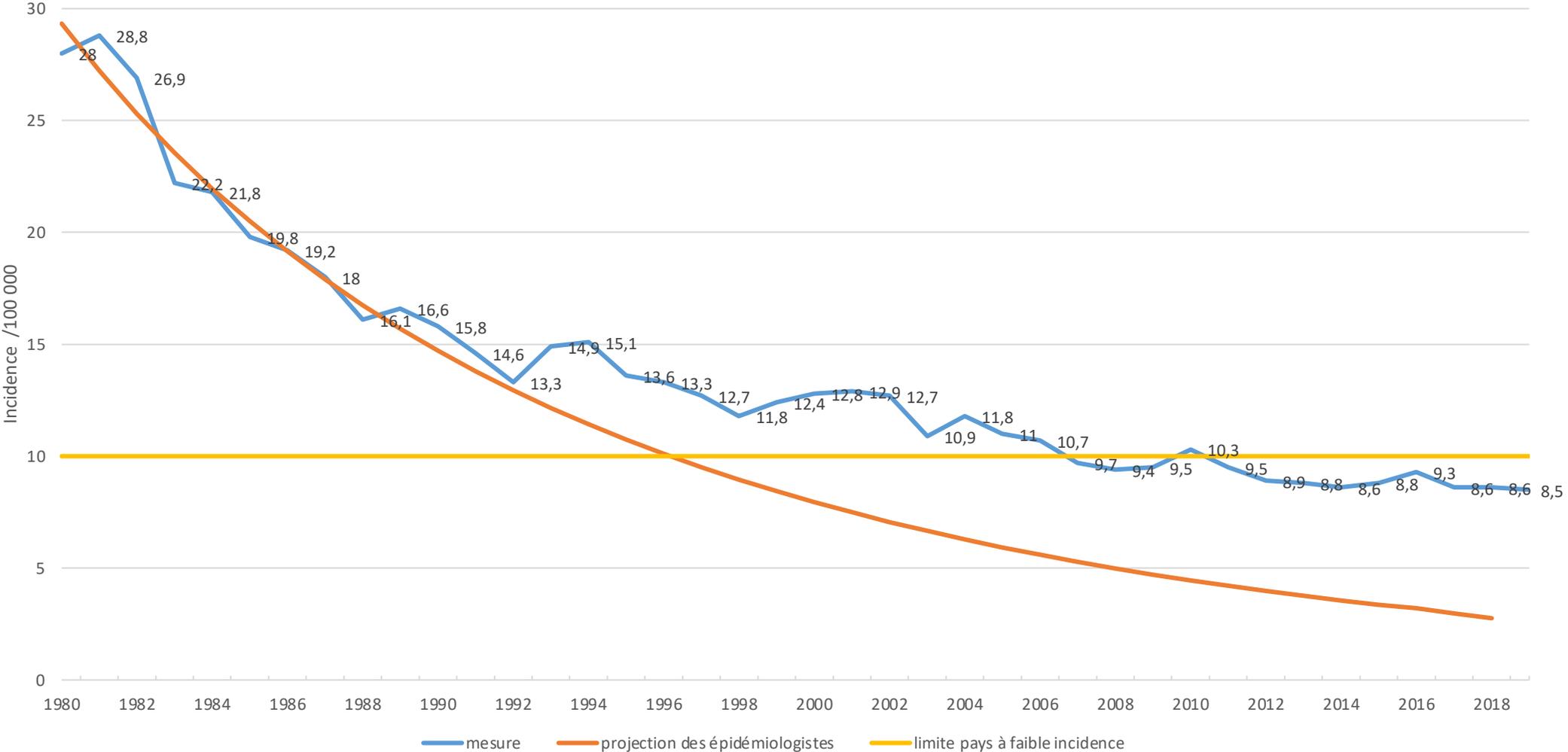
Results indicators

- succès reste ≥ 85
perdus de vue ≤ 5 %

EPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE



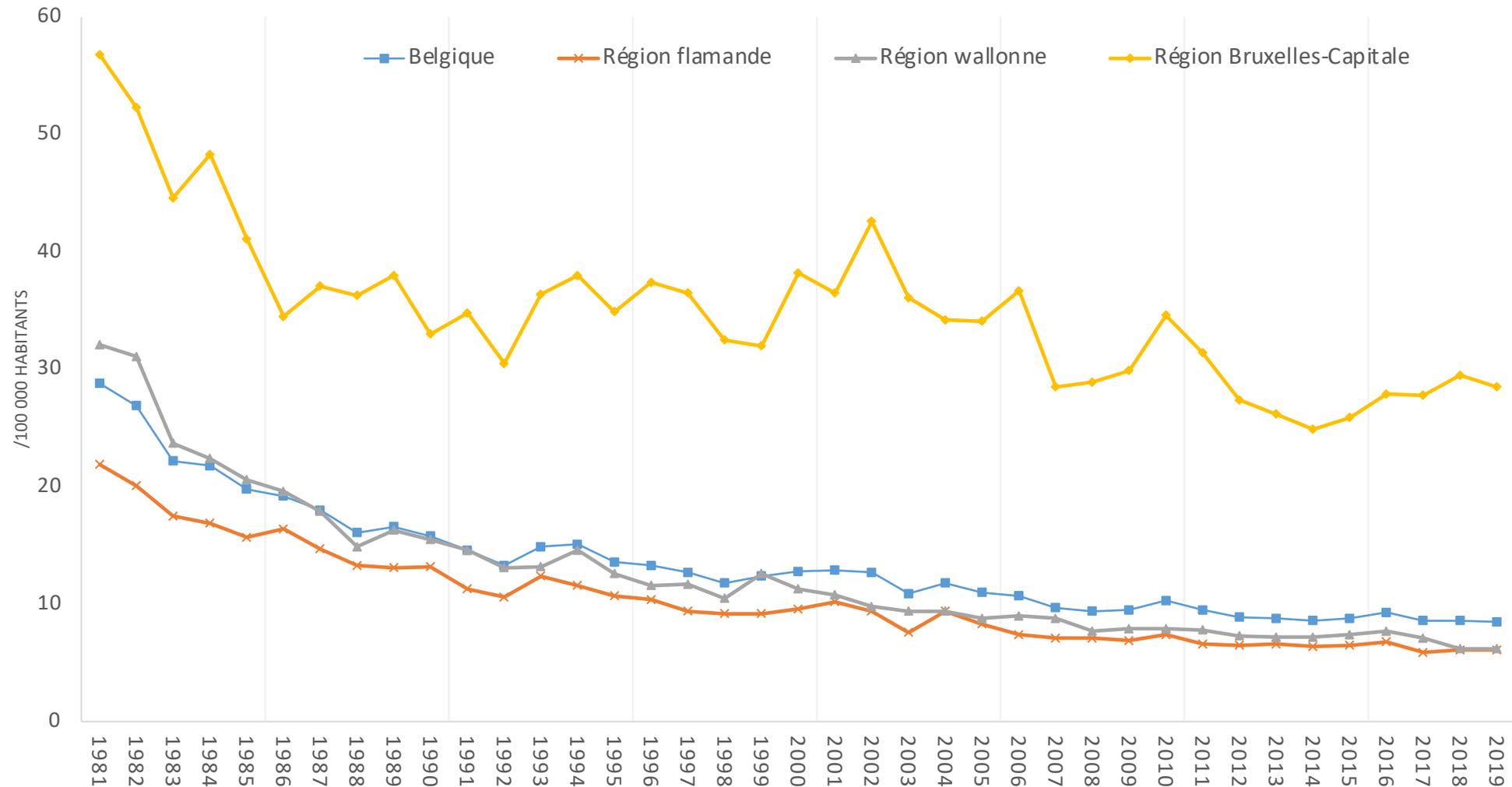
Incidence en Belgique : évolution



Incidence en Belgique et par région, 2019

	Nb de cas	Incidence /100.000
Bruxelles	340	28,1
Flandre	404	6,1
Wallonie	224	6,2
Belgique	968	8,5

Evolution de l'incidence dans les 3 Régions



Synergie avec d'autres projets sur BXL

- Depuis 2015: financement d'incentives/enablers pour améliorer l'adhérence à **BXL**
 - No staff costs

Negotiating and managing a project = nurse time

Renting
beds

Social
cheques

Transport
tickets

samusocial
de Bruxelles



action
damien



Autres activités sur BXL

- Centre de Prévention de la TBC à bas seuil avec consultation médicale - outreach
- Transmigrants (procédures, maraudes, collaborations, contacts R-U)
- Unité Dersheid: Hospitalisation Long-séjour

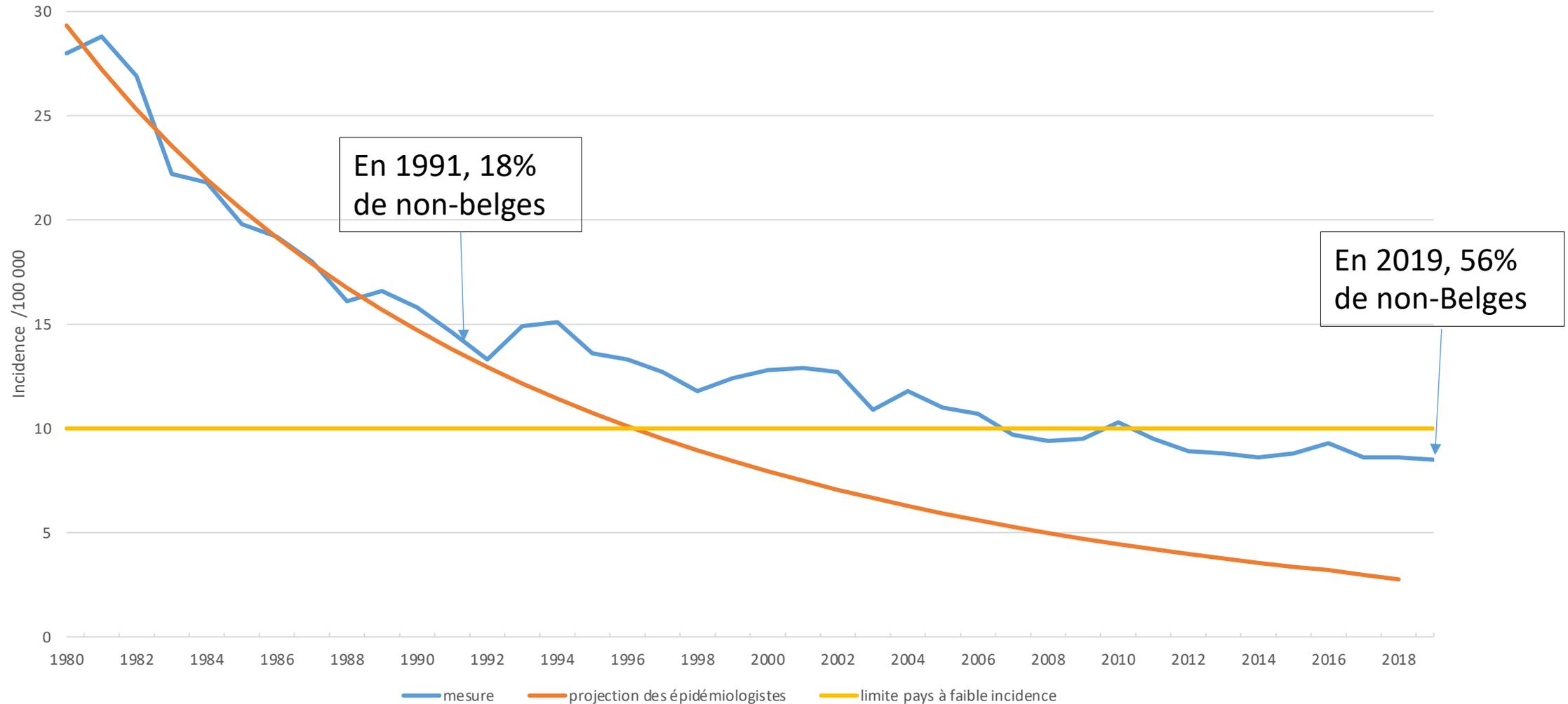


Dans le contexte de crise sanitaire: augmentation des subsides: TBC dans les grandes villes

Tuberculose et immigration



Incidence en Belgique : évolution

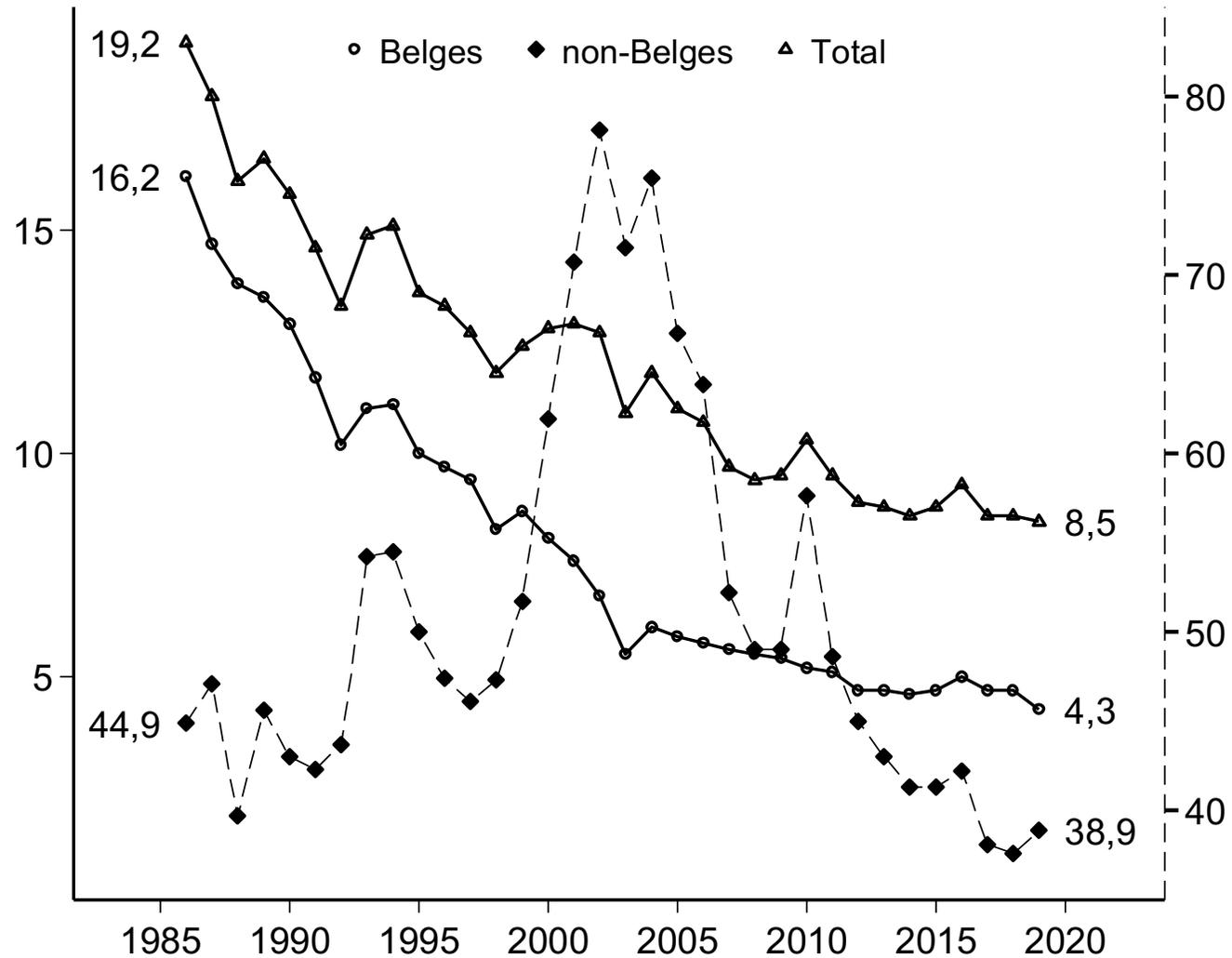


Caractéristiques étrangers TBC en 2019

- Incidence chez les étrangers (38,9/100.000 ; 26,5/100.000 si illégaux et DPI exclus) > Belges (4,3/100.000)
- Statut
 - DPI: 82 (8,5%) / BXL: 17(5%)
 - Illégaux : 90 (9,3%) / BXL: 64 (18,8%)



Evolution de l'incidence chez les Belges et les non-Belges, 1986-2019



Autres groupes à risque de TBC

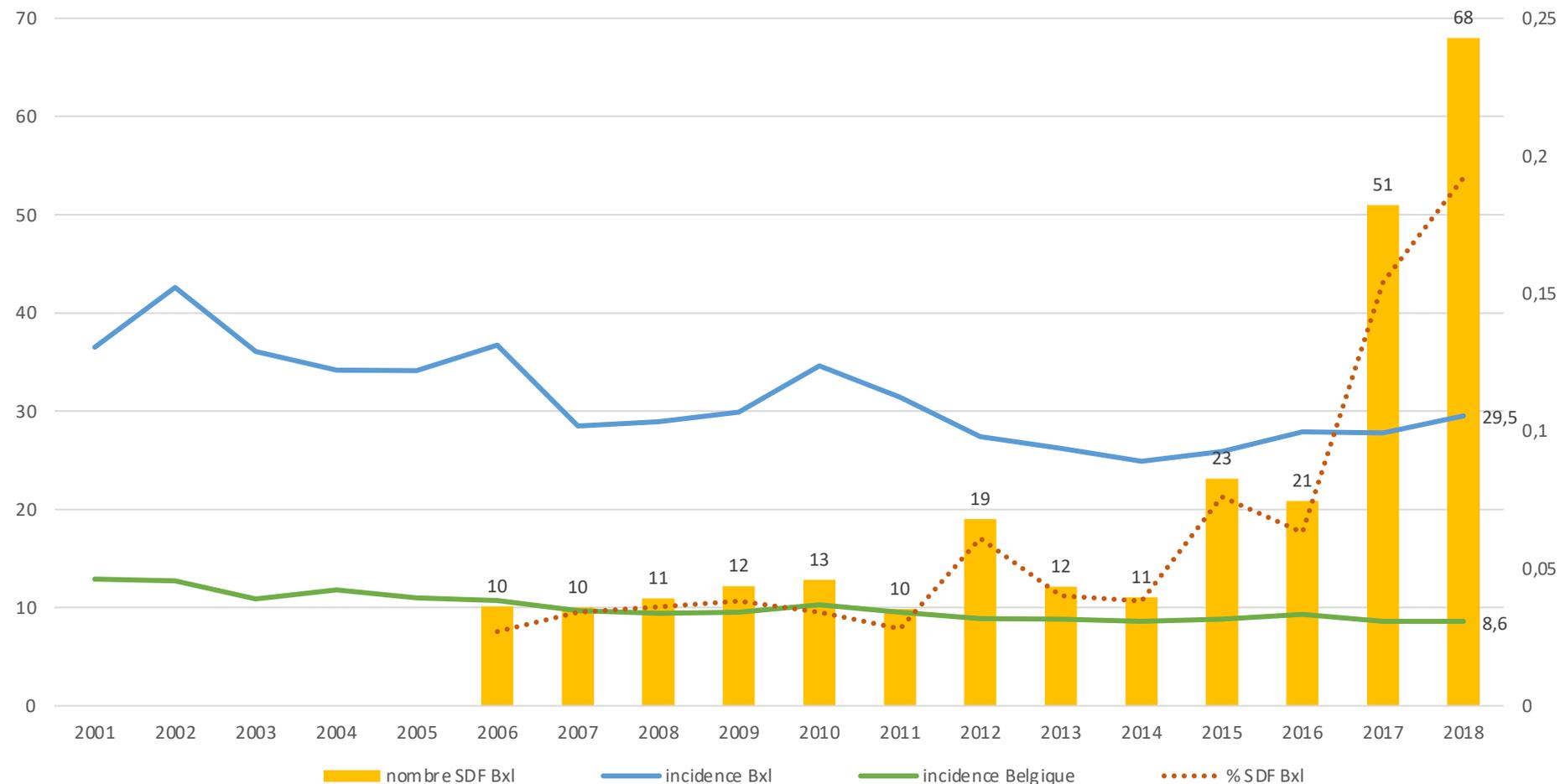


Populations à risque, Belgique 2018

Pop. à risque	N	%
Prisonniers	19	2%
Sans-abri	82 (dont 66 à BXL)	8,5%
Contacts récents	102	10,5%
Pers. médico-social	17	1,8%
Travailleurs GR	13	1,3%

BXL et les sans-abris, évolution depuis 2006

Incidence
(/100 000
habitants)



Facteurs de risque



Facteurs de risque, Belgique 2019

Facteurs risque	N	%
VIH	44	4,5%
Pneumoconiose	5	0,5%
Lésions fibrotiques	35	3,6%
Insuffisance rénale	19	2%
Diabète mellitus	44	4,5%
Toxicomanie IV	13	1,3%
Alcoolisme chronique	58	6%

% de cas TBC testés VIH, par région

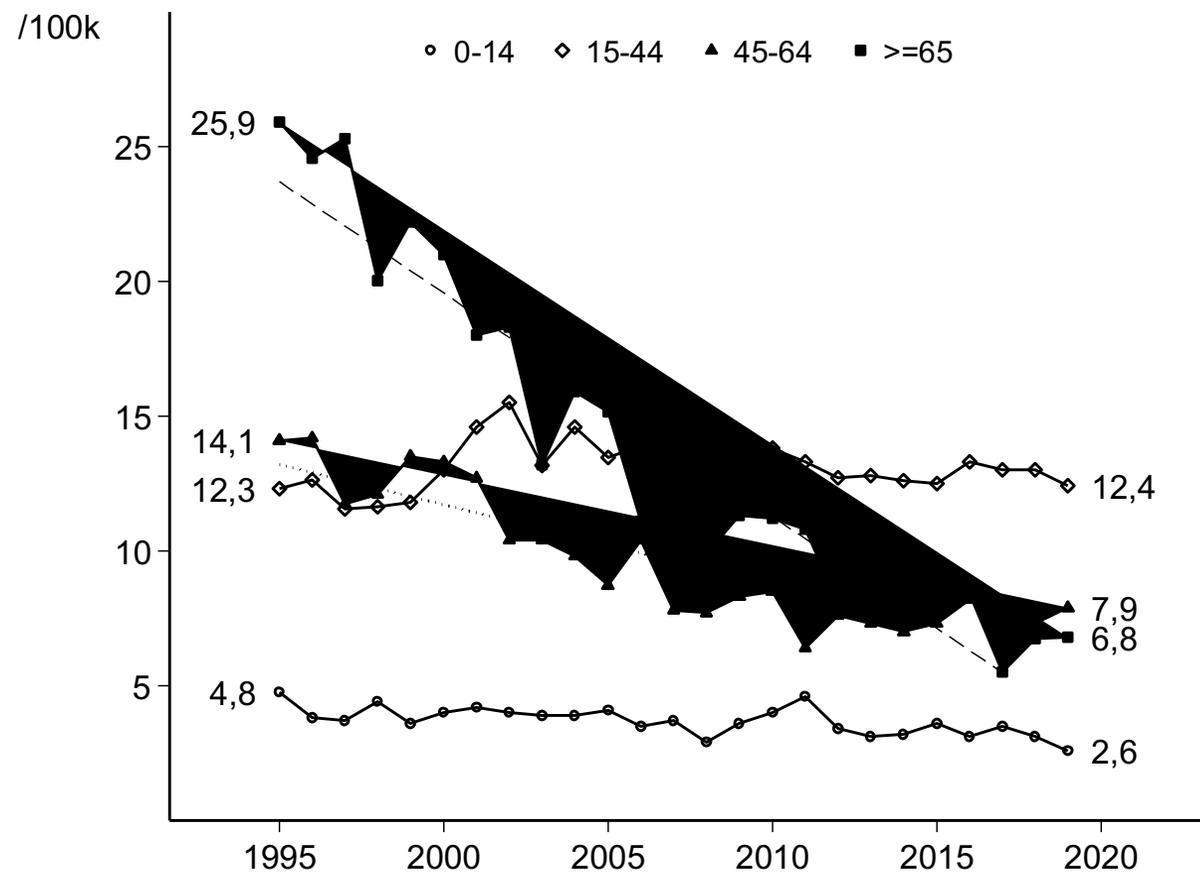
	+	-	Non testé	?	Testés (+ et -)
2018					
Flandre	4,2%			95,8%	
Bruxelles	6,2%	75,9%	11,2%	6,5%	82,3%
Wallonie	2,7%	62,5%	15,6%	18,3%	66,1%

Parmi les patients testés, le taux de coinfection monte à 7,5% à BXL et 4% en RW

TBC : Distribution groupes d'âge



Evolution TBC par âge, Belgique

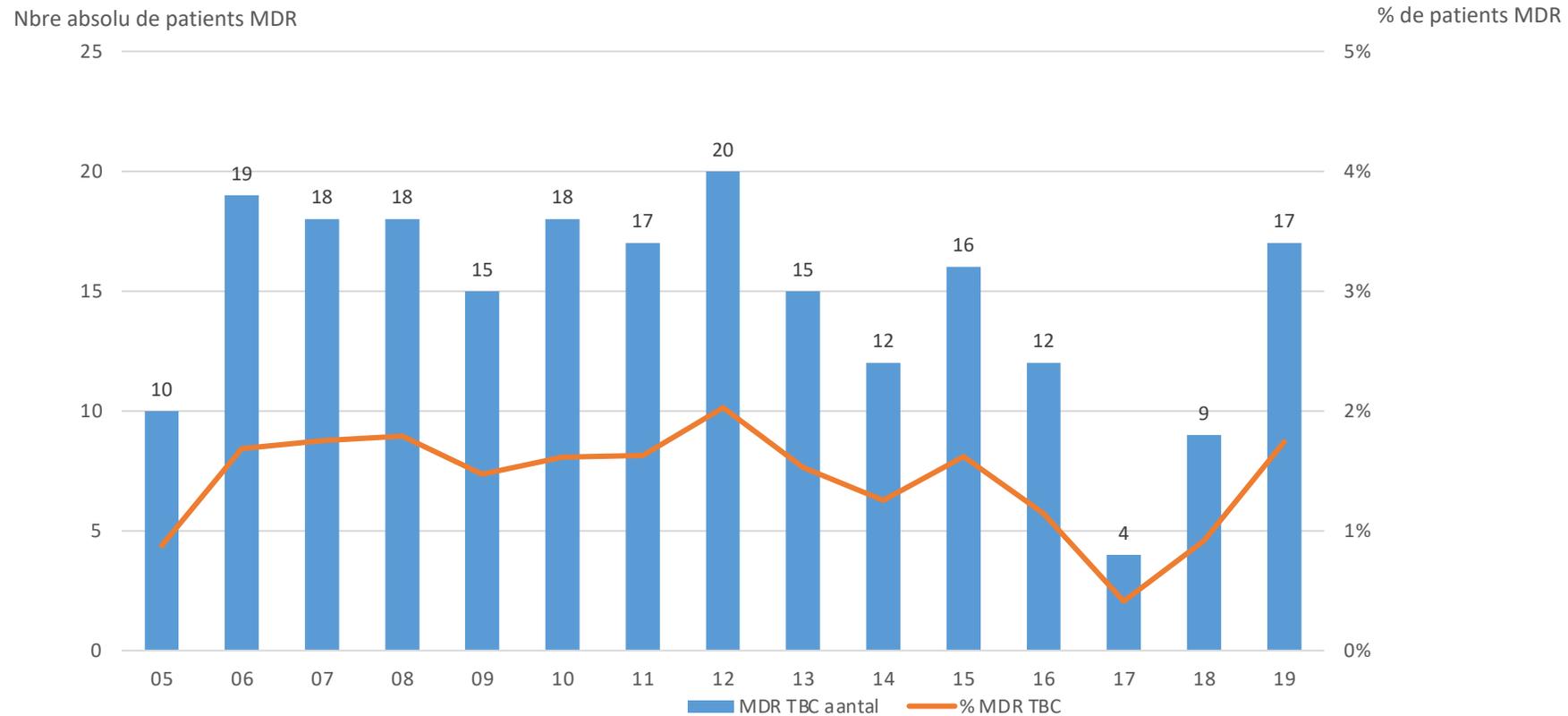


- Age médian = 39 ans (33 ans pour les allochtones >< 51 ans chez les autochtones)
- 16 enfants < 5 ans déclarés en 2018 (1,7%)

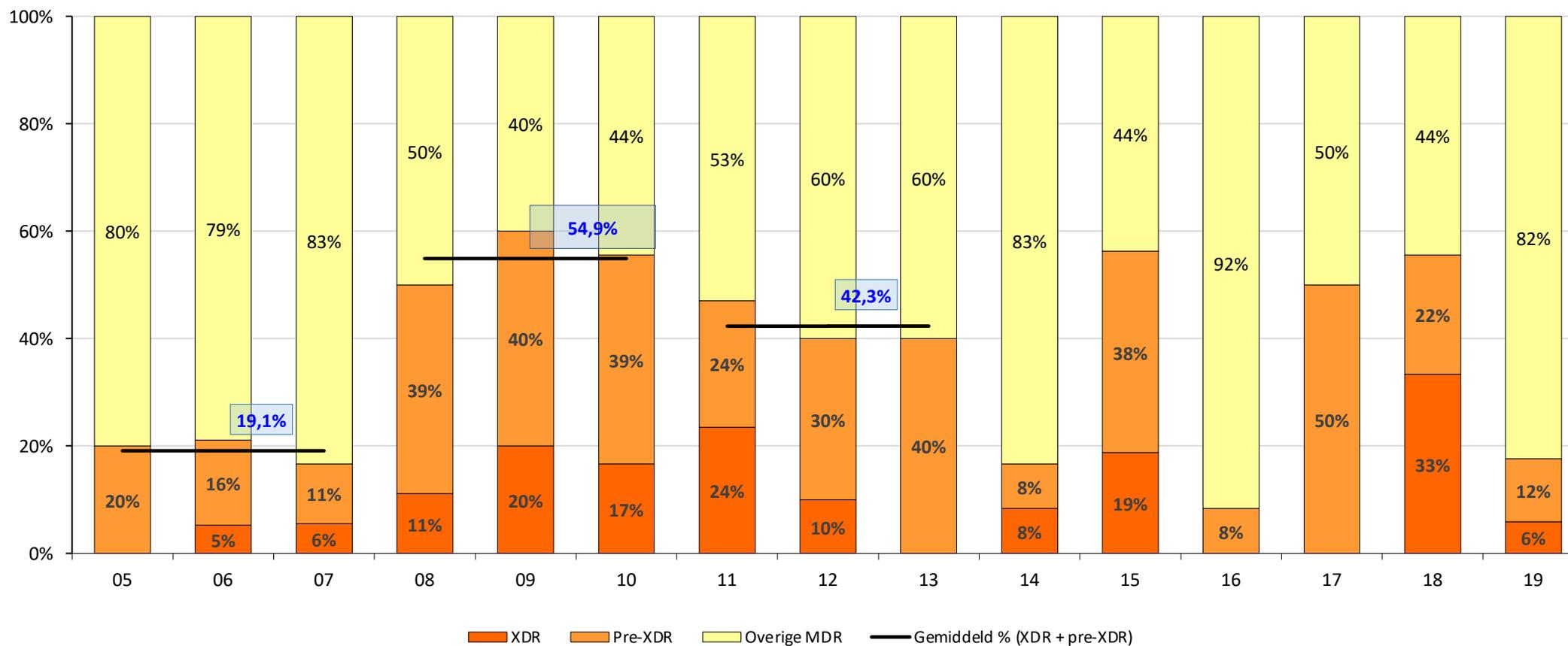
Tuberculose MR



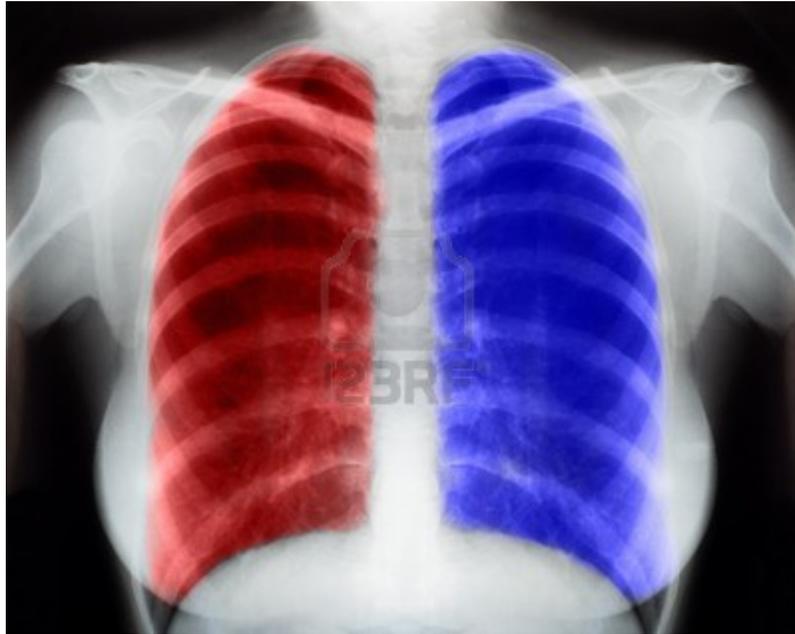
Nouveaux cas MDR en Belgique



% (pre)UR parmi MR, Belgique



Types de TBC



Localisation de la tuberculose, 2019

	0-14 ans	15-44 ans	45-64 ans	≥ 65 ans	Total
Pulmonaire	66%	69,5%	74,5%	75,5%	71,5%
Ganglionnaire ET	14%	13,3%	8,2%	8,8%	11,4%
Pleurale	8%	7,2%	1,6%	6,1%	5,7%
Ganglionnaire IT	8%	2,8%	3,7%	3,4%	3,4%
Méningée	4%	0%	1,2%	0,7%	0,6%

- Preuve bactériologique chez 722/968 (74,6%)
- 692 cas de TBC pulmonaire: 48,6% ED+; 80,1% C+
- 276 cas de TBC EP: confirmation bactériologique pour 60,9%

Résultats de traitement- cohorte 2018

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

Outcome	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Belgique
R. favorable	80,8%	79,3%	84,2%	81,2%
Mortalité	11,1%	4,5%	8,6%	8,2%
Echec R/	0,5%	0,0%	0,0%	0,2%
Abandon de R/	7,7%	16,2%	7,2%	10,5 %

Cas pulmonaires culture + / 1 an après le début du R/

Challenges

- La TBC diminue lentement mais il faut rester vigilant pour limiter le délai de diagnostic surtout dans les populations à risque
- La Belgique est en phase d'élimination ; l'axe stratégique visant à agir sur les sujets infectés (LTBI) devra être renforcé. Dans ce but, les recommandations sur le dépistage LTBI et R/ préventif, actuellement en révision, serviront de base de réflexion
- Les activités de contrôle sont intégrées dans SS → importance de garder une vision globale, une cohérence, une expertise, une standardisation des pratiques et une collaboration entre partenaires
- Optimiser la passerelle hôpital – ambulatoire pour le suivi des cas TBC
- Nécessité d'un plan TBC qui clarifie les stratégies, les responsabilités politiques et le rôle des différents partenaires.
- Nécessité de stratégies spécifiques et plus proactives pour les populations les plus vulnérables, surtout à Bruxelles

