

# Prévention et contrôle de la tuberculose en Belgique:

**Réunion du réseau national des CLATs**

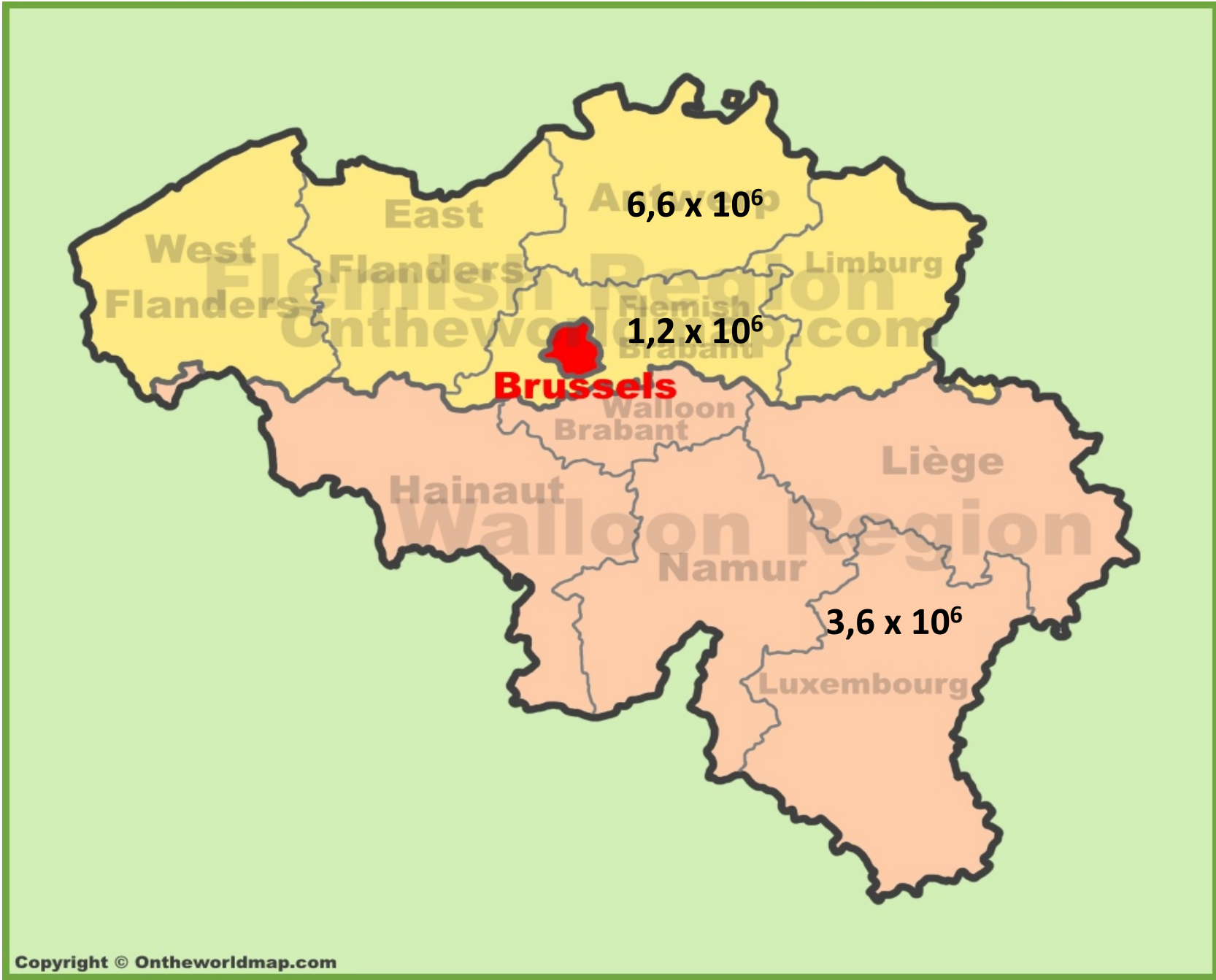
**Paris – 29 septembre 2020**

Dr Vinciane Sizaire

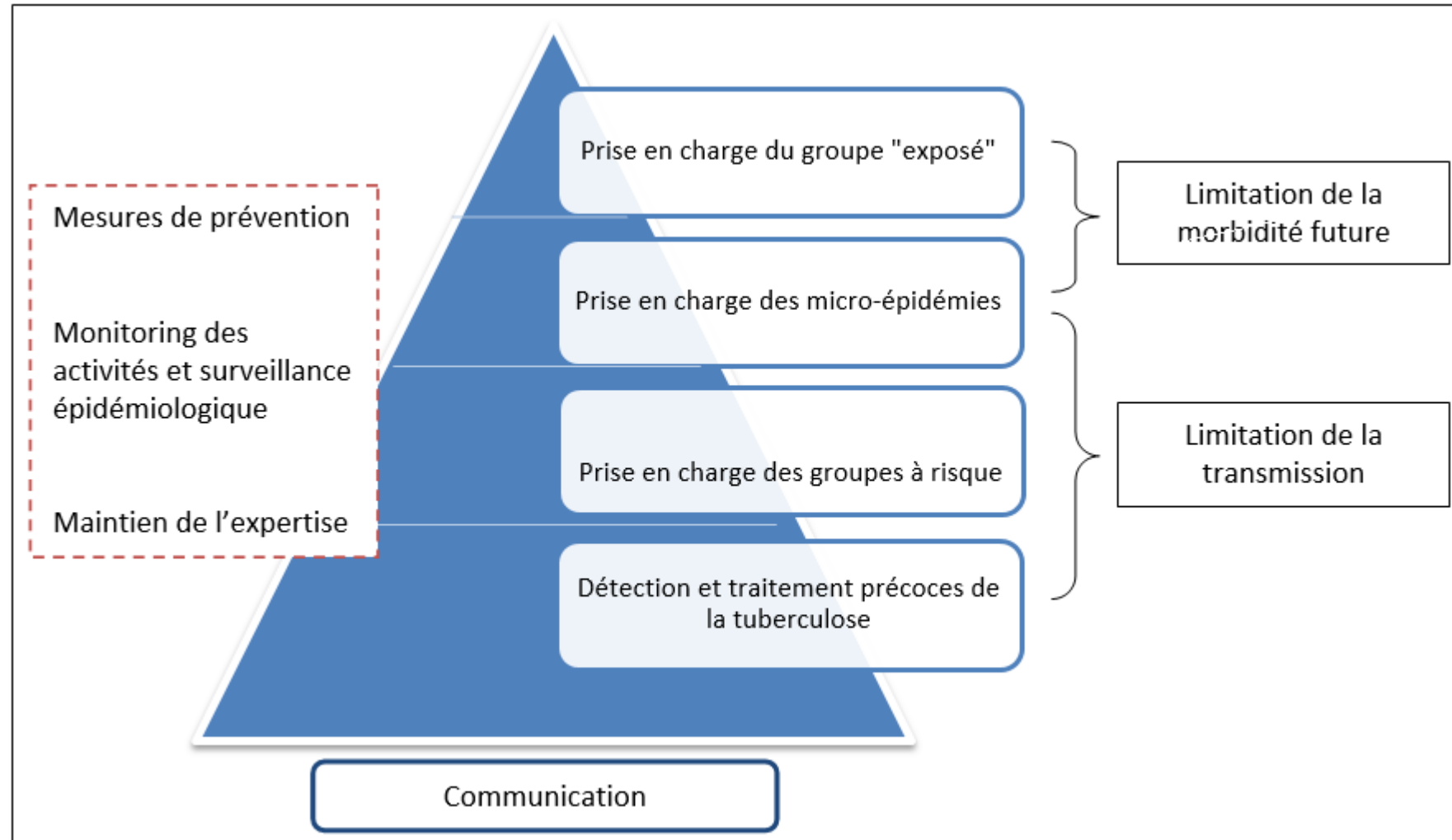
Directrice FARES

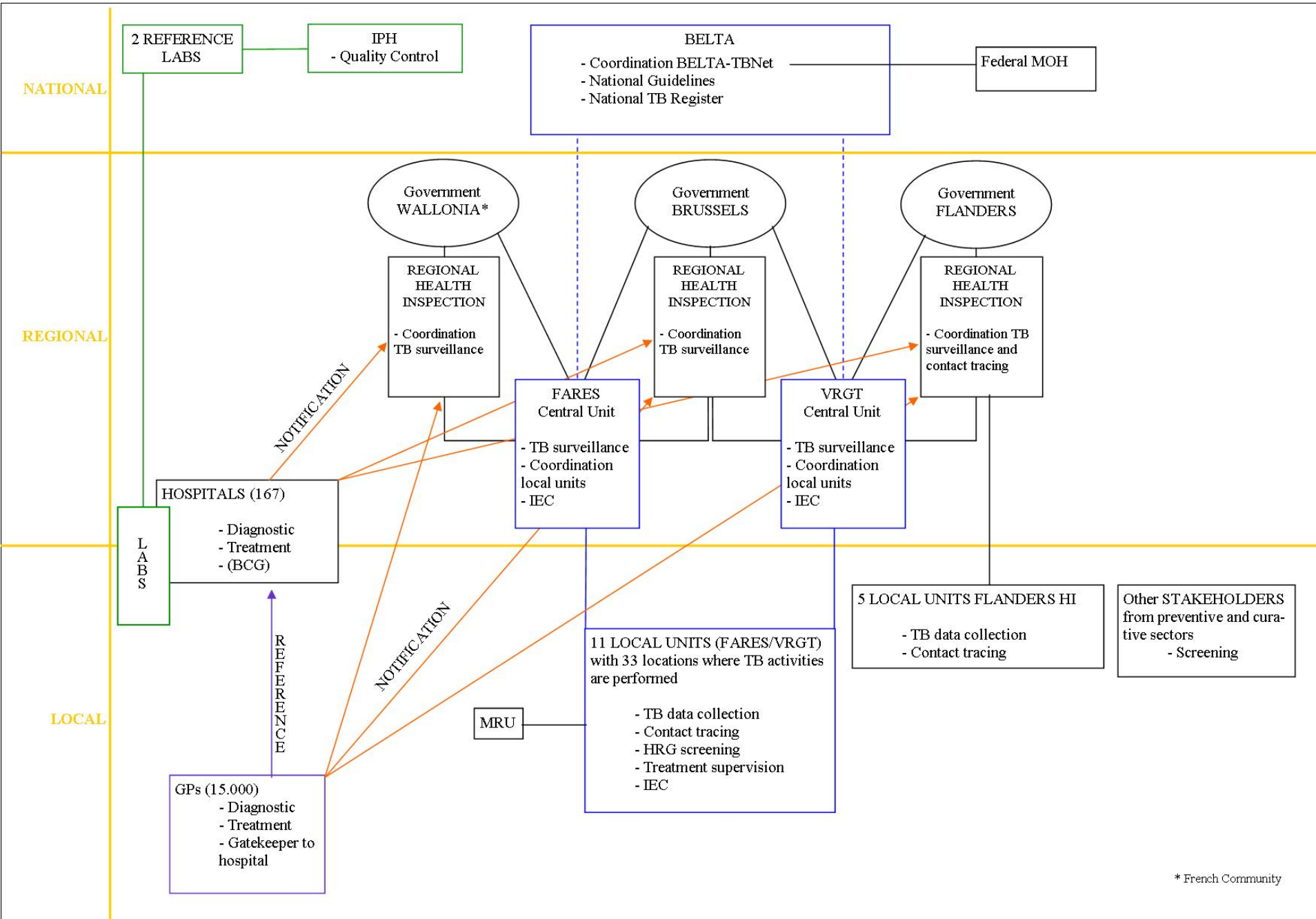
# Plan de présentation

- 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



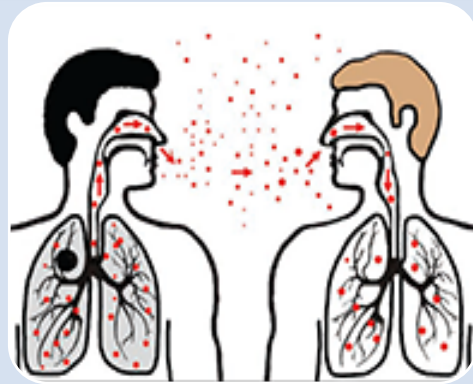


\* French Community

# Subsides pour Prévention de la tuberculose



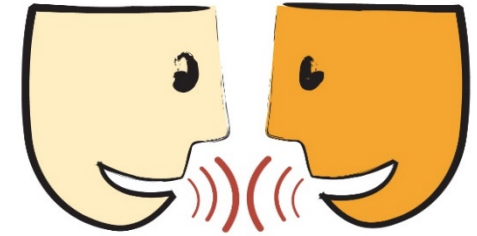
AXE 1  
Surveillance



AXE 2  
Socio-  
prophylaxie



AXE 3  
Groupes à  
risque



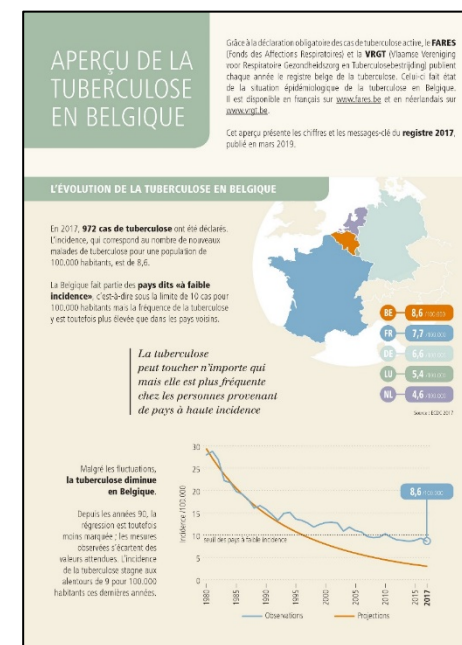
AXE 4  
Communication  
et expertise

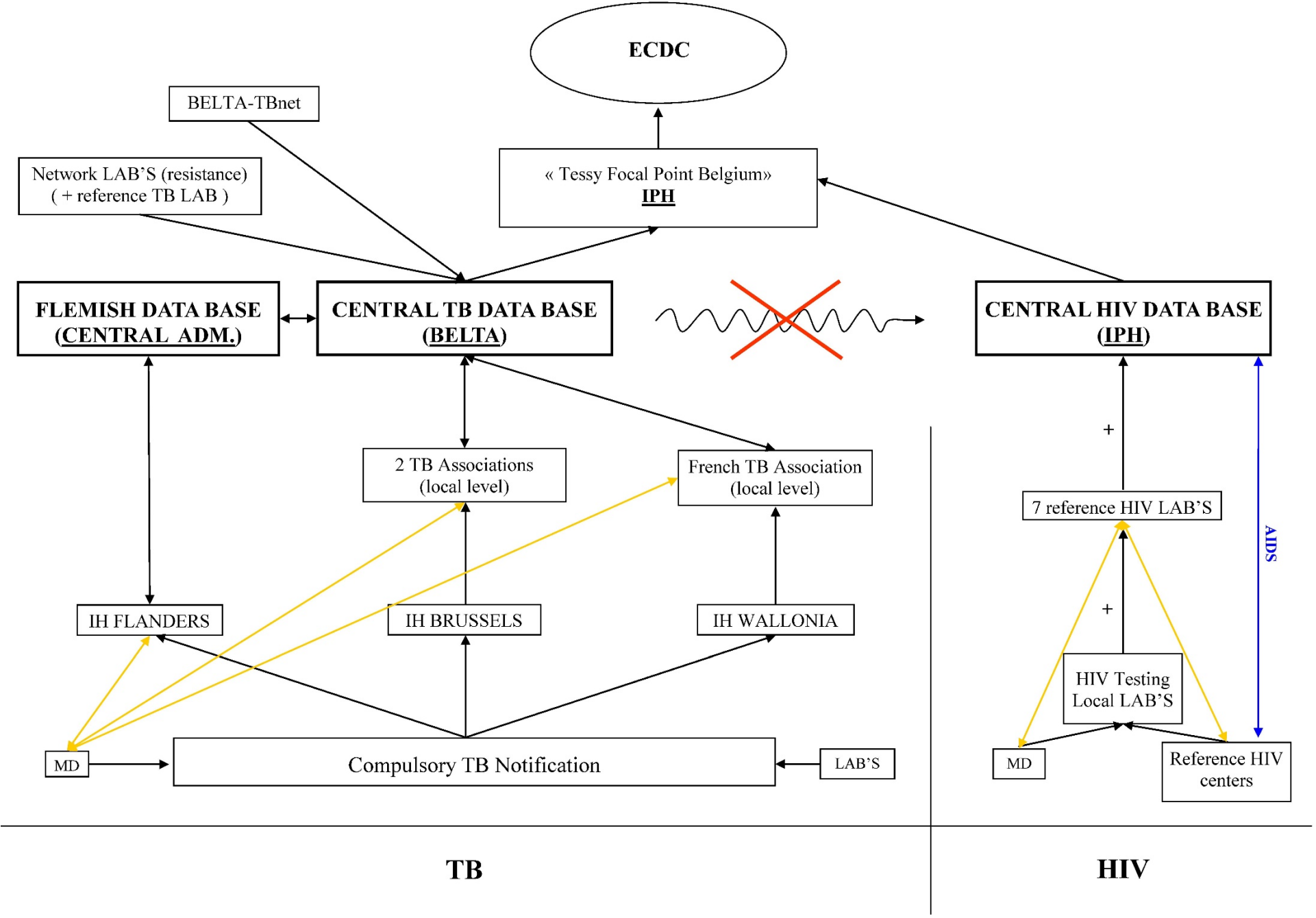
# Axe Surveillance épidémiologique (1)

- 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 ( $< 1/10^6$ )



EXECUTIVE BOARD  
134th session  
Provisional agenda item 6.1

EB134/12  
29 November 2013

Global strategy and targets for tuberculosis prevention,  
care and control after 2015

Report by the Secretariat

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.<sup>1</sup> The work to prepare this has involved a wide range of partners providing substantive input into the development of

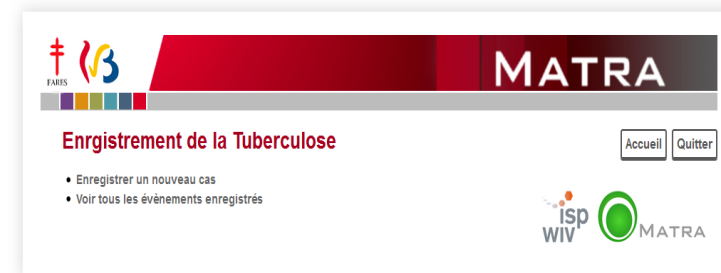
# Socio-prophylaxie

- 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"/>	F	<input type="checkbox"/>
Lieu de naissance								
Nationalité								
Profession								
Adresse	Rue			Localité			N°	
	CP							
Entreprise / Implantation scolaire (biffer la mention inutile)								
Dénomination								
Adresse	Rue			Localité			N°	
	CP							
2. Ouverture du dossier par								
Médecin traitant/Médecin spécialiste/Institution hospitalière/Mutualité (biffer la mention inutile)								
Dénomination								
Adresse								
	Rue			Localité			N°	
	CP							
	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				



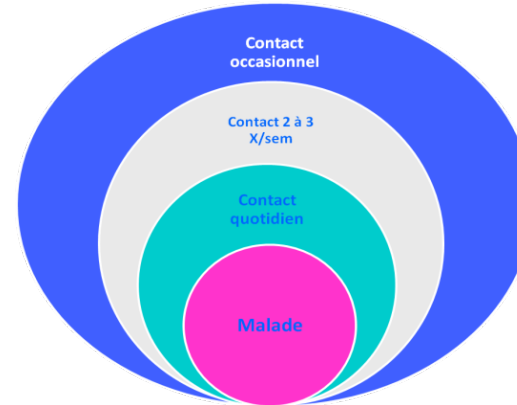
## 2<sup>ème</sup> étape : Enquête

- 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<sup>ème</sup> étape : réalisation du dépistage

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

- Degré de contagiosité
- Type de contact
- Vulnérabilité



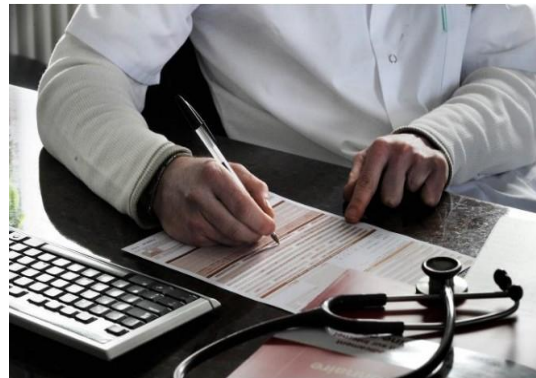
- **Plusieurs professionnels (curatif /préventif) peuvent être concernés** : importance de la coordination du FARES qui se chargera d'organiser le dépistage dans des milieux non investigués
- Importance du retour d'information sur les cas dépistés par d'autres

# 4<sup>ème</sup> étape : suivi du dépistage

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

RX si ID +

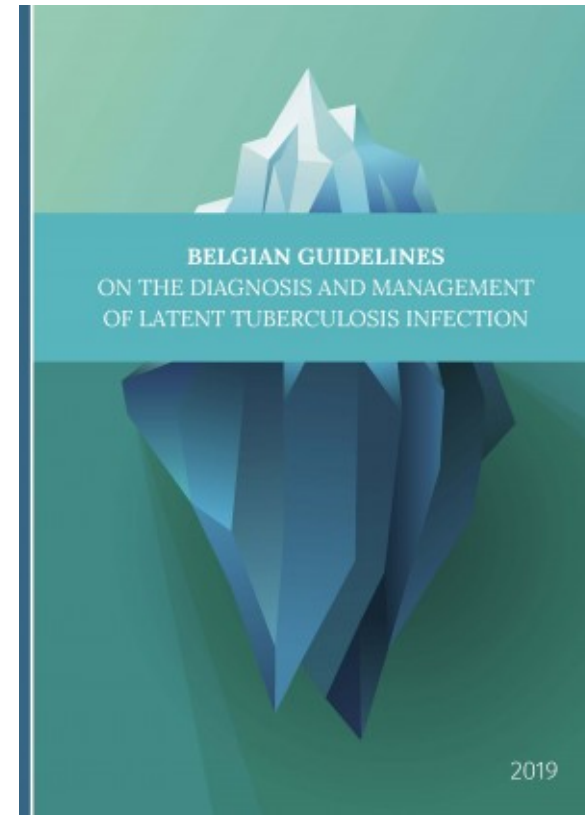
- IGRA ? Pour affiner le diagnostic de LTBI
- R/ préventif ?



**« *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<sup>ère</sup> Lignes (13 laboratoires en Belgique)
- Imagerie

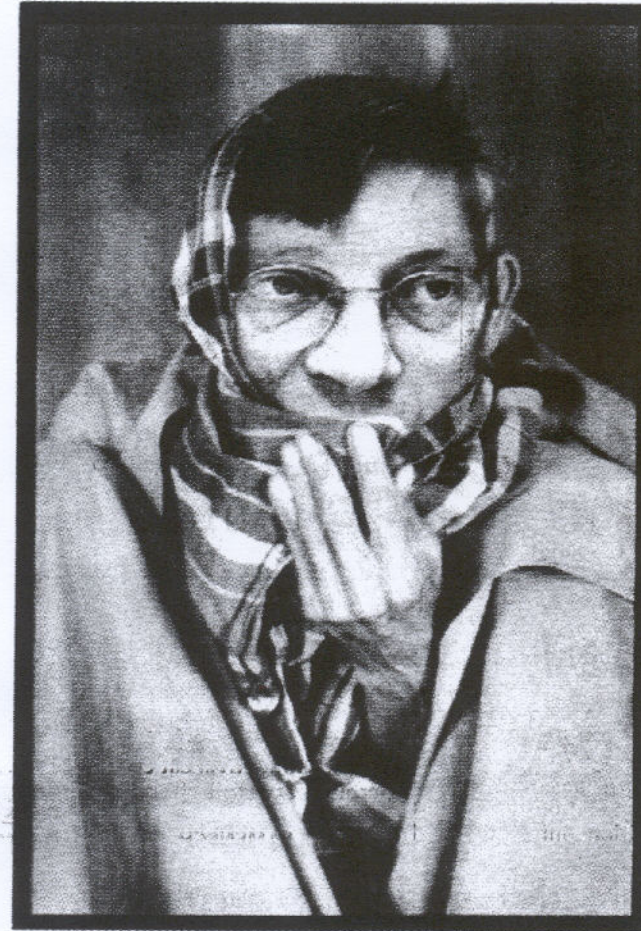
Et en cas de résistance: Envoi culture au labo national:

- Antibiogramme aux 2<sup>ème</sup> 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
<b>PERSOONSGEBONDEN RISICOFACTOREN</b>		
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"/> ?	
<b>OMGEVINGSGEBONDEN RISICOFACTOREN</b>		
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"/> Overbuisikt <input type="checkbox"/> Onafte, 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"/> Illegaal <input type="checkbox"/> Onvoldoende <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"/> Onvoldoende <input type="checkbox"/> Kinderhuis <input type="checkbox"/> Onvoldoende beperking
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

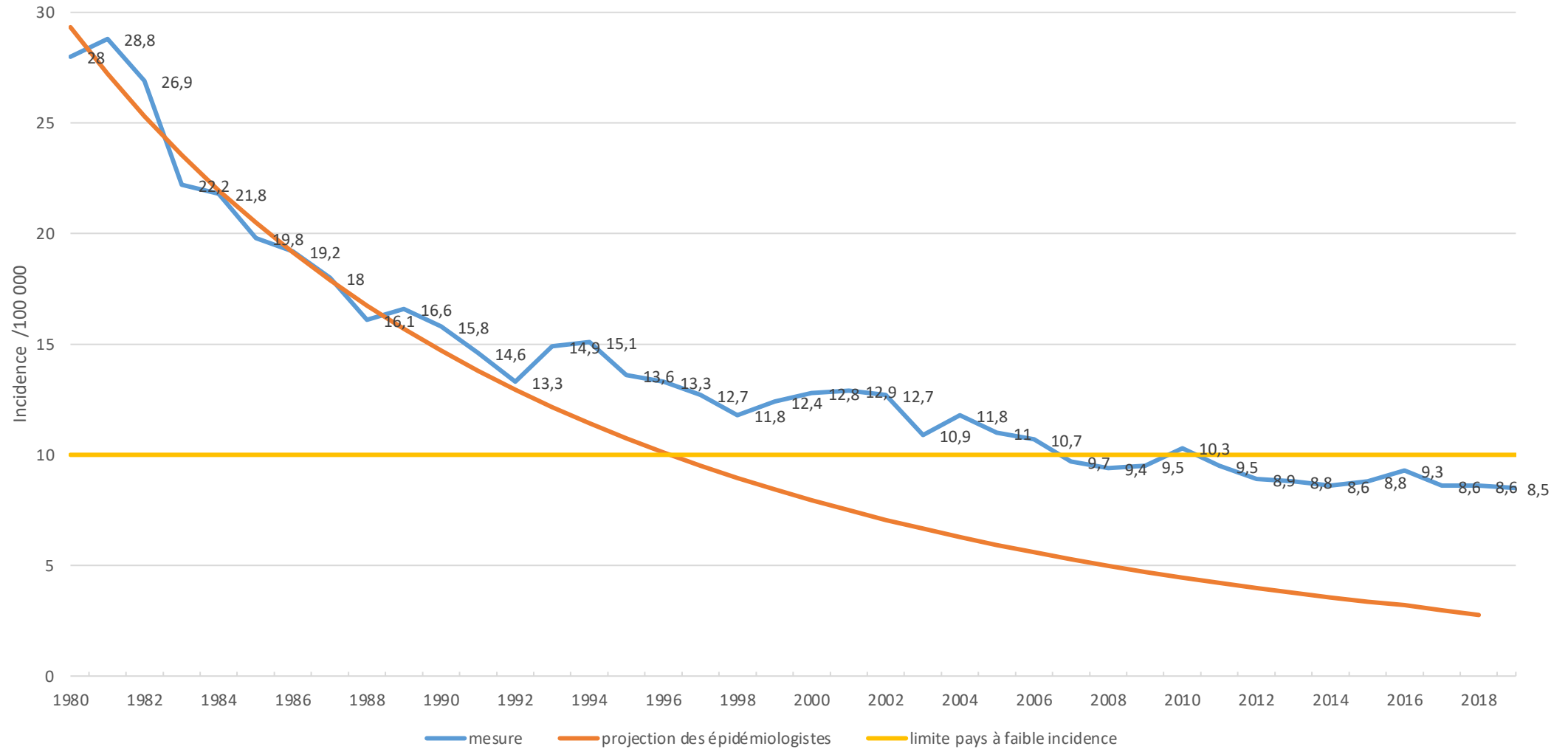
- succès reste  $\geq 85$   
perdus de vue  $\leq 5$  %

# EPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE





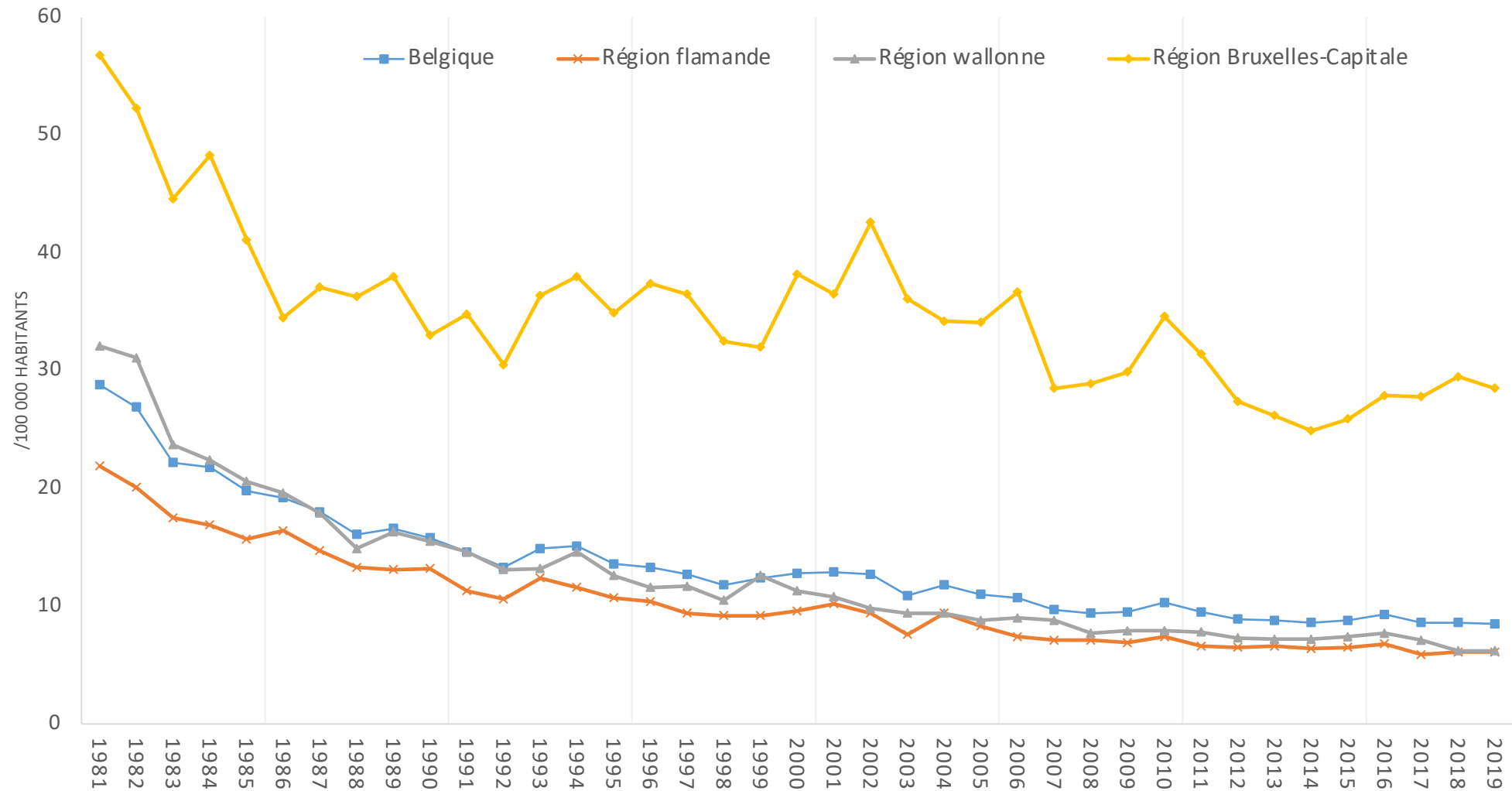
# Incidence en Belgique : évolution



# 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

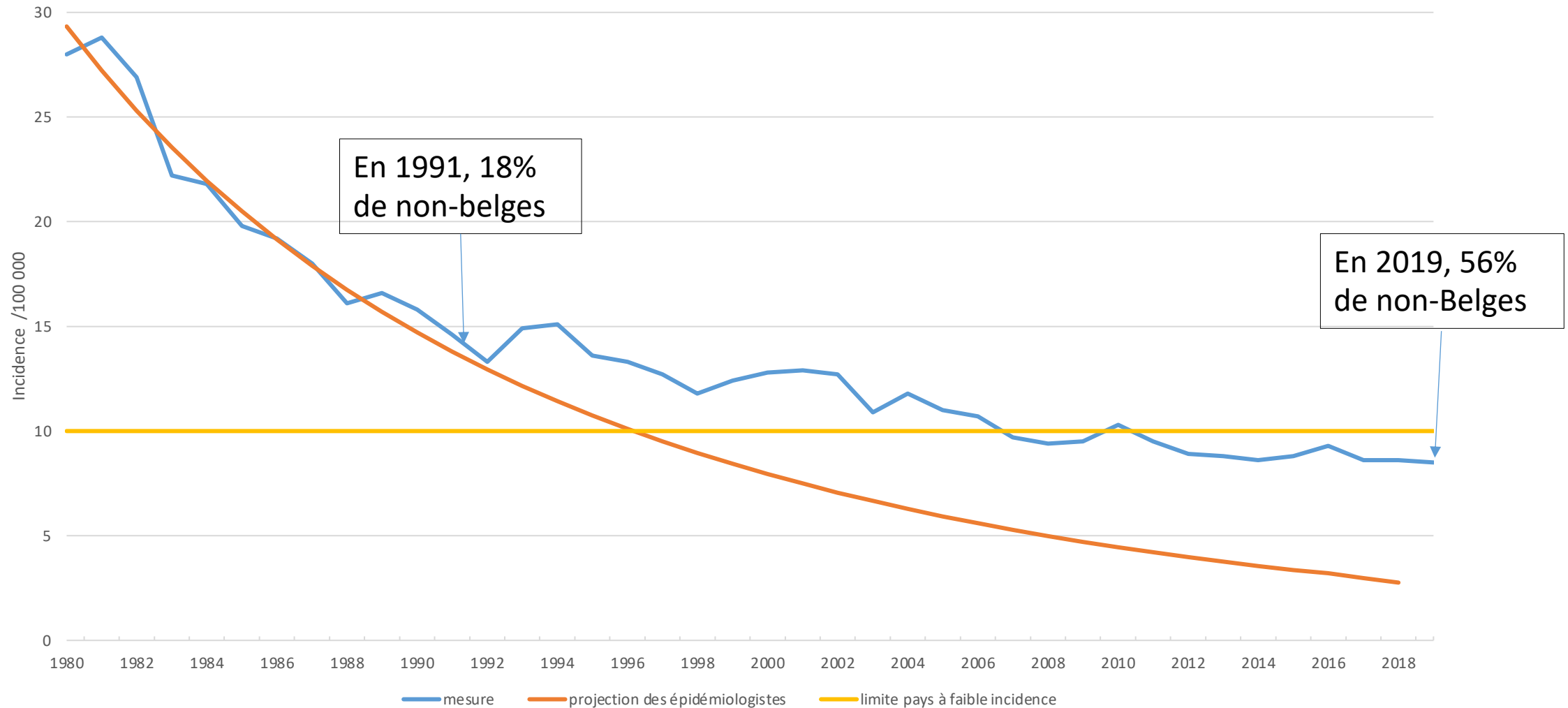


Dans le contexte de crise sanitaire: augmentation des subsides: TBC dans les grandes villes

# Tuberculose et immigration



# Incidence en Belgique : évolution



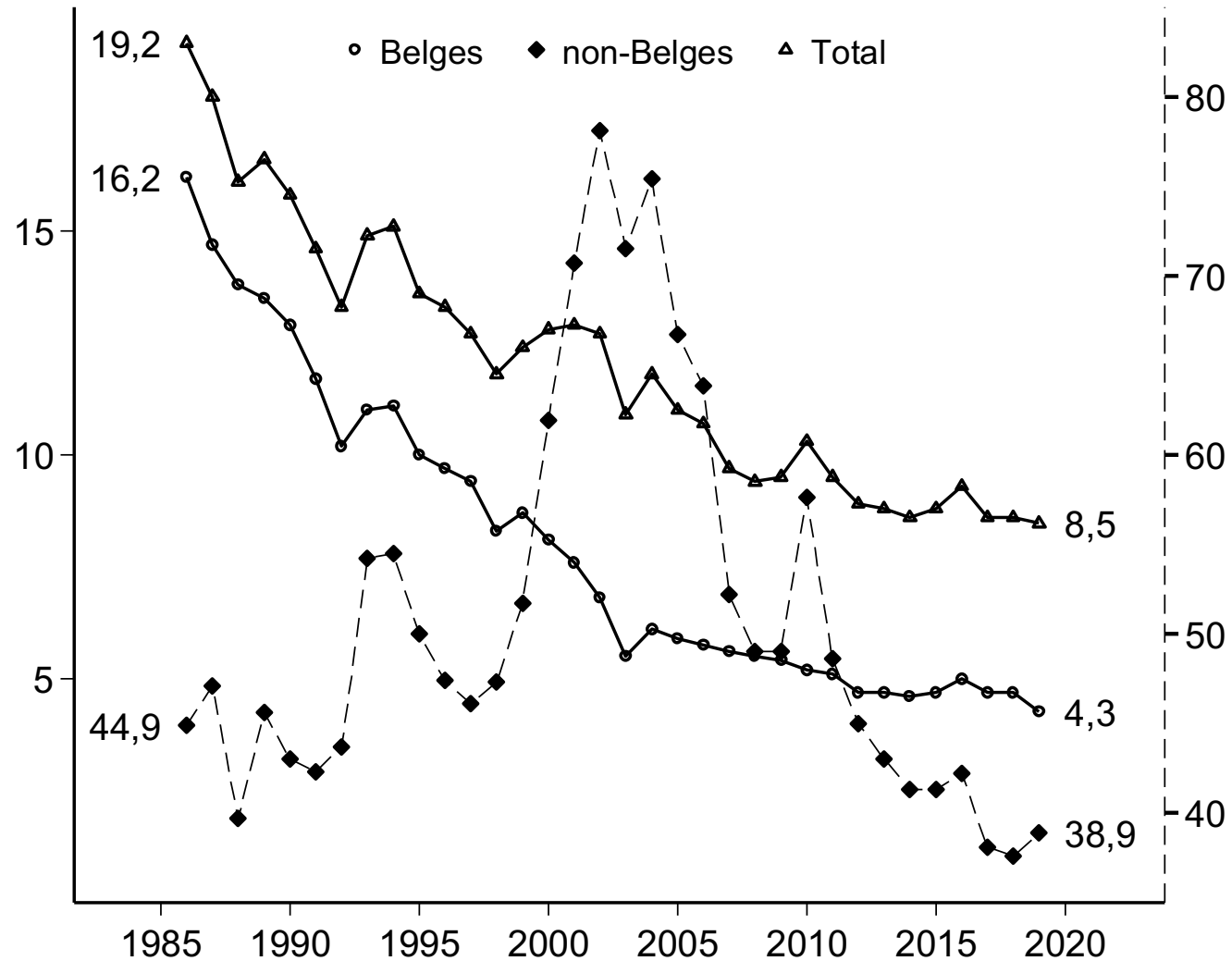
# Caractéristiques étrangers TBC en 2019

- 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

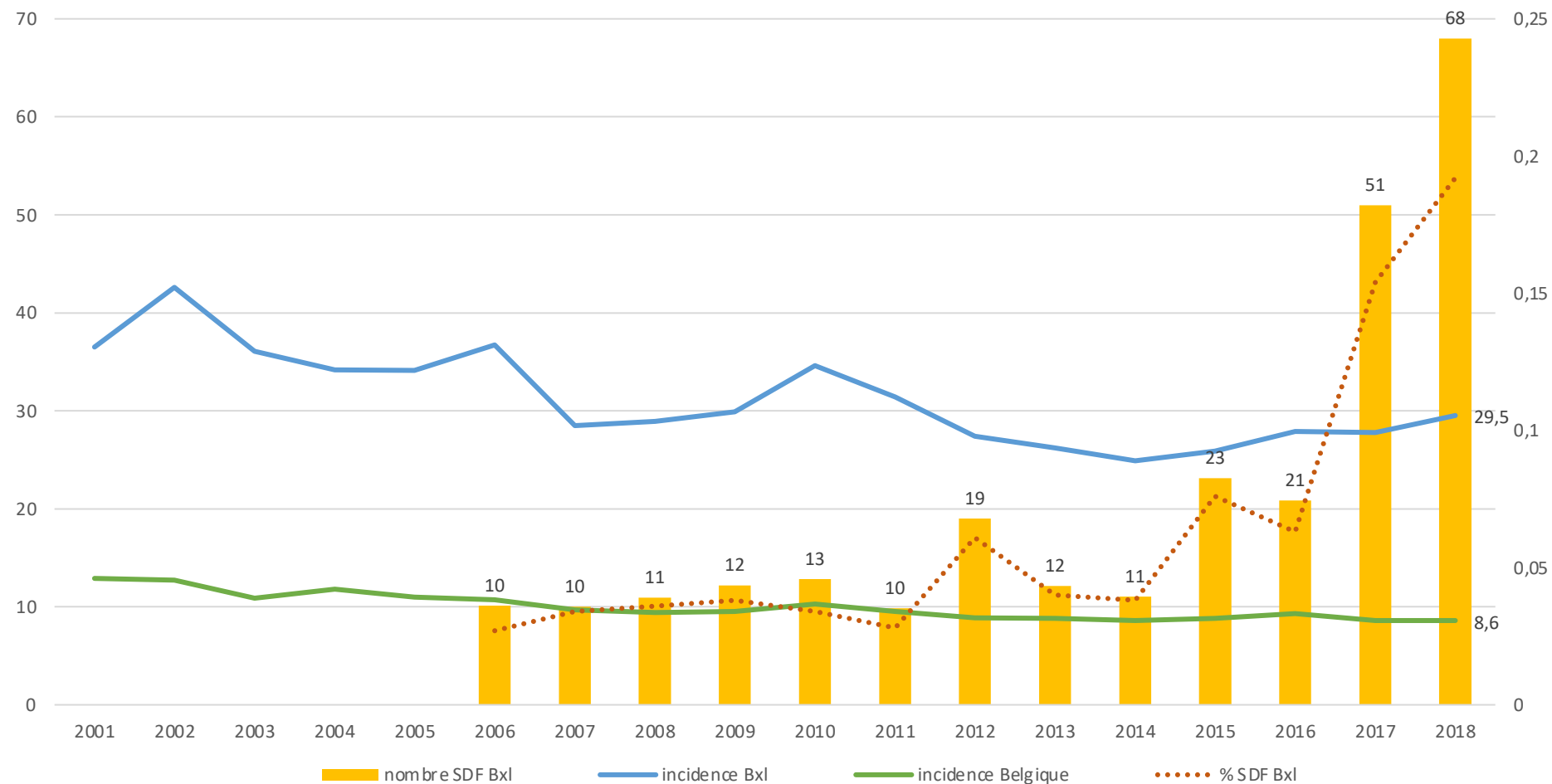


# Populations à risque, Belgique 2018

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%

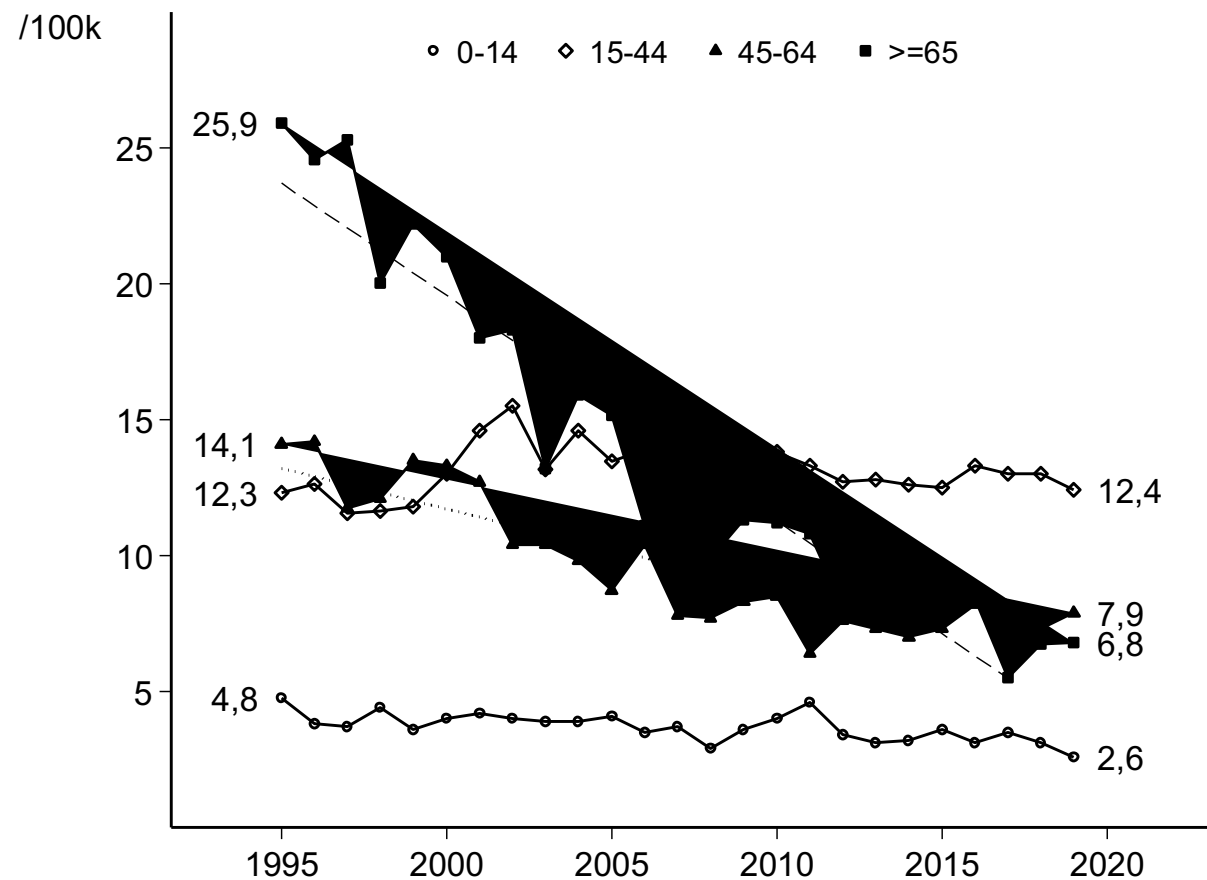
Parmi les patients testés, le taux de coinfection monte à 7,5% à BXL et 4% en RW

# TBC : Distribution groupes d'âge





# Evolution TBC par âge, Belgique

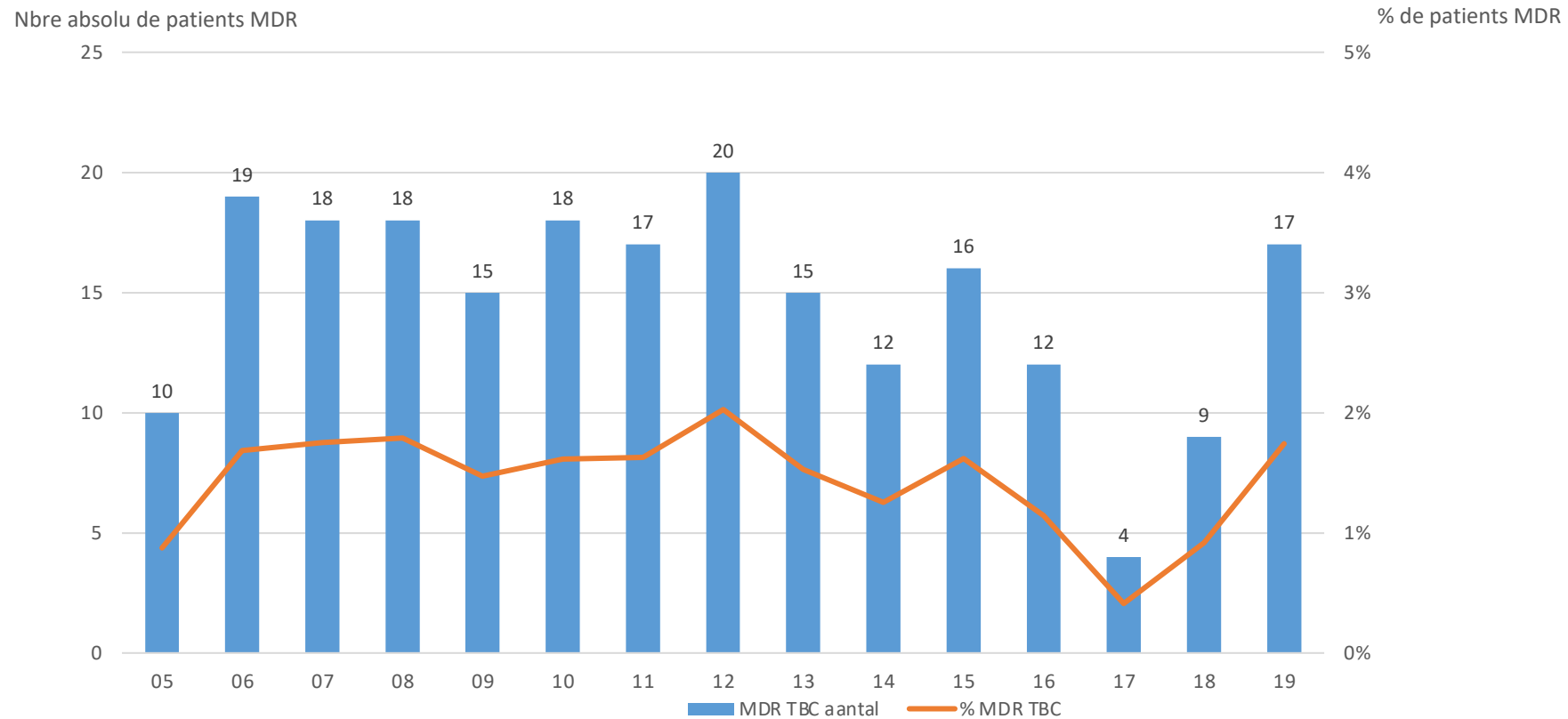


- Age médian = 39 ans (33 ans pour les allochtones >< 51 ans chez les autochtones)
- 16 enfants < 5 ans déclarés en 2018 (1,7%)

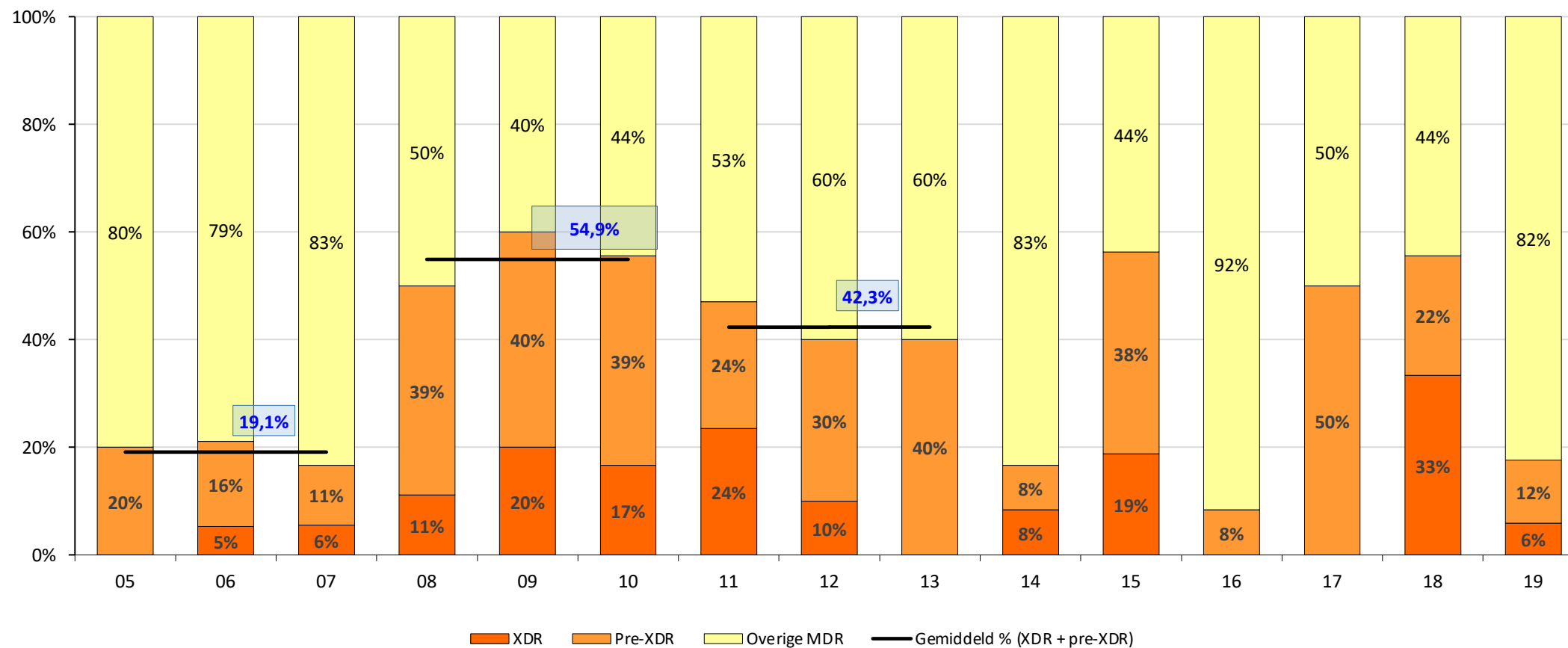
# Tuberculose MR



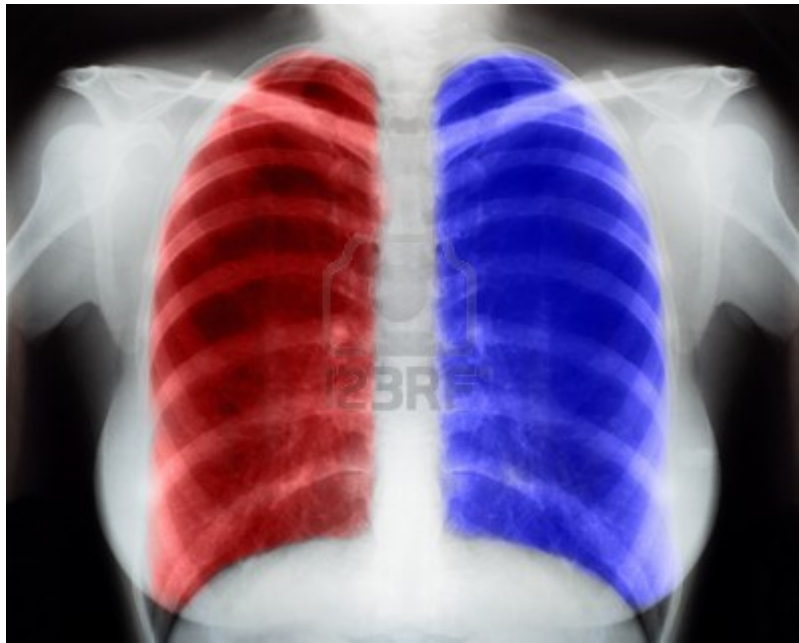
# Nouveaux cas MDR en Belgique



# % (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%	<b>71,5%</b>
Ganglionnaire ET	14%	13,3%	8,2%	8,8%	<b>11,4%</b>
Pleurale	8%	7,2%	1,6%	6,1%	<b>5,7%</b>
Ganglionnaire IT	8%	2,8%	3,7%	3,4%	<b>3,4%</b>
Méningée	4%	0%	1,2%	0,7%	<b>0,6%</b>

- 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



