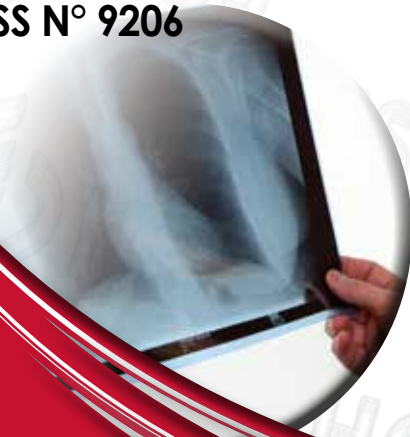




**Conseil
Supérieur de la Santé**

**APPEL À LA COORDINATION EN VUE
DE L'ÉLIMINATION DE LA TUBERCULOSE
EN BELGIQUE : DESCRIPTION DES MENACES ET
PROPOSITION DE SOLUTIONS**

**MARS 2016
CSS N° 9206**



.be



POSITION PAPER DU CSS N° 9206

Appel à la coordination en vue de l'élimination de la tuberculose en Belgique : description des menaces et proposition de solutions.

2 mars 2016

Contexte belge

Bien que le risque de développer une tuberculose soit relativement faible en Belgique (incidence de 8,6/100.000 habitants en 2014), il est trois fois plus important pour les habitants des grandes villes et au moins dix fois plus important dans les principaux groupes à risque (sans domicile fixe, prisonniers, demandeurs d'asile).

Selon l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS), parvenir à l'élimination de la tuberculose en Belgique en 2050 nécessiterait une diminution de l'incidence de 12% en moyenne chaque année alors que sa régression n'a été que de 3,3% par an entre 2000 et 2012.

Pour atteindre cet objectif, une coordination au niveau des politiques de santé, ainsi qu'entre les différents secteurs concernés (affaires sociales et santé publique, justice, asile et migration, lutte contre la pauvreté) est nécessaire, particulièrement dans les grandes villes et pour les groupes à risque. Cette coordination est un préalable à la mise en place d'un plan national de lutte. A quoi servirait ce plan s'il n'y a pas l'outil pour l'appliquer ? Or, à l'heure actuelle, la coordination formalisée en Belgique au sein de la Conférence Interministérielle Santé n'a pas encore donné les résultats escomptés pour atteindre les objectifs de l'OMS. Par ailleurs, la Belgique est un des seuls pays européens à ne pas avoir de plan national de lutte contre la tuberculose.

Un déficit d'initiatives coordonnées dans le cadre de la lutte contre la tuberculose

Un questionnaire récent, adressé par l'*European Center for Disease Control and Prevention* (ECDC) à tous ses états membres, pose 3 questions :

- Un plan national de lutte contre la tuberculose existe-t-il dans votre pays ?
- Existe-t-il un programme d'implémentation de ce plan ?
- Existe-t-il un plan d'introduction coordonné des nouvelles techniques de diagnostic dans la pratique ?

Dans la situation actuelle, la Belgique a dû répondre « non » aux deux premières questions et à la troisième « oui, mais sans coordination » car il s'agit d'initiatives individuelles des laboratoires et hôpitaux.

Ce constat est alarmant, et ce, d'autant plus que notre pays s'est pourtant engagé à plusieurs reprises en signant des documents internationaux de consensus tels que la déclaration de Berlin sur la tuberculose, le plan d'action de l'OMS-Europe pour prévenir et combattre la tuberculose multi-résistante et ultra résistante et, il y a quelques mois à peine, les déclarations de Barcelone et de Riga, qui soulignent tous l'importance de la coordination comme clé de voûte de tout programme de lutte contre la tuberculose.

Par ailleurs, un protocole d'accord relatif à la tuberculose a été signé en juillet 2013 par les sept ministres responsables de la santé au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées. Il prône lui aussi « *une coordination et une collaboration efficace, tant en ce qui concerne la politique à suivre que les activités sur le terrain* ». Jusqu'à présent, peu de choses ont pu être mises en œuvre pour une meilleure coordination intersectorielle et intergouvernementale et ceci mène à des démarches peu claires et sans vision commune.

Difficultés et contraintes

L'accompagnement des patients durant leur traitement est un exemple parlant du manque de coordination actuel qui prévaut en Belgique. Selon la Région concernée, il peut relever du domaine de la prévention car il permet de prévenir la non-compliance au traitement et corollairement, l'apparition de nouveaux cas potentiellement contagieux et le développement de formes multi-résistantes ; il dépend dès lors du niveau régional, en charge de la prévention. A contrario, cet accompagnement peut aussi être considéré comme un aspect thérapeutique qui relève du domaine du curatif et dépend dès lors du niveau fédéral.

Un autre exemple concerne les demandeurs d'asile. En Flandre, leur dépistage fait partie de la prévention et est donc financé par la Région. Par contre, depuis 2013, la Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B) considère que ce groupe de population ne fait plus partie de ses responsabilités en termes de prévention et que son dépistage est une compétence du niveau fédéral. Les demandeurs d'asile résidant en Wallonie sont depuis lors référés dans les services curatifs pour une radiographie de dépistage, dont le coût pour l'Etat est environ le double de celui du secteur préventif.

La même situation est rencontrée chez les prisonniers, autre groupe à risque important pour lequel l'organisation du dépistage diffère en fonction des Régions. Pour réaliser leurs radiographies, certains prisonniers doivent se rendre à l'hôpital ou dans une autre prison, sous surveillance policière; option extrêmement coûteuse prise en charge par la Justice alors que dans d'autres sites, la Région finance le dépistage. Cette dispersion et cette diversité des compétences nuit à l'efficacité du contrôle de la tuberculose dans les prisons. Récemment, trois clusters de cas y ont par ailleurs été identifiés.

Le manque de gestion centralisée mène à des politiques asymétriques de part et d'autre du pays, avec des méthodes de dépistage non harmonisées, des procédures et des financements différents. On peut imaginer le chaos relatif qui règne à Bruxelles où les politiques francophone, flamande et bruxelloise se côtoient alors que l'incidence, 3 à 4 fois plus élevée que dans le reste du pays, démontre justement le besoin d'une approche concertée et efficace.

Il s'agit surtout d'une maladie sociale

La tuberculose est principalement une maladie dite « sociale », ou encore de la pauvreté, où les déterminants non médicaux de la santé jouent un rôle essentiel dans son développement mais également dans la capacité des patients à suivre le traitement jusqu'à son terme. Les actions entreprises doivent dépasser le domaine médical et impliquer d'autres secteurs afin notamment d'améliorer les conditions de vie, de logement et de travail, de réduire les inégalités sociales et de lutter contre la pauvreté. Une collaboration efficace est nécessaire entre ces secteurs et les acteurs de la lutte contre la tuberculose.

Déficit d'évaluation de l'extension de la tuberculose et de mesures d'impact de la prévention et du traitement

Récolter des données correctes, complètes et actualisées sur la tuberculose et son dépistage dans les différents groupes à risque s'avère extrêmement difficile étant donné la multiplicité des acteurs et la complexité du système. Or, ces informations sont indispensables pour définir,

planifier, suivre et évaluer les stratégies mises en place et pour une utilisation optimale des ressources disponibles.

Dans les prisons par exemple, la base de données « Epicure » ne permet pas d'extraire les résultats nécessaires à l'évaluation des dépistages. Il est donc impossible de connaître des indicateurs clés tels que la couverture ou le taux d'infection. Chez les demandeurs d'asile également, les données sont incomplètes et les évaluations complexes.

Il est préoccupant de constater que la collecte de données en Belgique est moins bien organisée et souvent d'une qualité inférieure à celle que l'on peut trouver dans certains pays en développement qui possèdent pourtant moins de moyens financiers, techniques et humains que la Belgique.

Pistes pour améliorer le contrôle de la tuberculose en Belgique

Il faut obtenir le soutien des autorités compétentes aux différents niveaux de pouvoir afin d'orchestrer la lutte contre la tuberculose de manière efficiente, de répondre aux préoccupations des acteurs de terrain et de tendre vers l'élimination. Plusieurs pistes d'action peu coûteuses peuvent d'emblée être proposées et rapidement implémentées :

- La réalisation d'une évaluation externe du contrôle de la tuberculose en Belgique grâce aux services de l'OMS et de l'ECDC qui mettent à disposition leurs experts.
- La mise sur pied d'une plateforme où sont représentés les différents secteurs (affaires sociales et santé publique, justice, asile et migration, lutte contre la pauvreté) qui permettrait aux différents niveaux de pouvoir de coordonner leurs actions et de renforcer l'inter-sectorialité dans la lutte contre la tuberculose. Cette plateforme multidisciplinaire pourrait être pilotée par la Commission Interministérielle Santé sur base des protocoles d'accord politiques.
- La définition d'une stratégie ambitieuse pour organiser la lutte contre la tuberculose de manière efficiente (en particulier un Plan National) et tenter d'éliminer cette maladie à l'horizon 2050, conformément aux objectifs de l'OMS. Le CSS reste à disposition pour traiter les aspects scientifiques nécessaires.

Pour le groupe de travail, Prof. P. De Mol.
Vice-Président du Conseil Supérieur de la Santé.
Président du Groupe de travail 9206 « *Recommendations regarding a framework towards tuberculosis elimination in Belgium* ».

Composition du groupe de travail ayant mené à l'élaboration de ce *position paper*

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS (page : [composition et fonctionnement](#)).

Tous les experts ont participé à titre personnel au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site Internet du CSS (page : [conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Patrick DE MOL** et le secrétariat scientifique a été assuré par Jean-Jacques DUBOIS

ANDRE Emmanuel	Microbiologie médicale	Clin univ. Saint-Luc, UCL VRGT
ARRAZOLA DE ONATE Wouter	Tuberculose	
CALLENS Steven	Infectiologie, médecine interne	UZ Gent, BELTA
DARA Masoud	Tuberculose	WHO Brussel
DEMEULENAERE Tine	Epidémiologie, médecine environnementale	Fondation Damien
DE MOL Patrick	Microbiologie médicale, hygiène hospitalière	CHU-ULg
GROENEN Guido	Maladies transmissibles	BELTA, Fondation Damien
LORENT Natalie	Pneumologie	UZ Leuven
MATHYS Vanessa	Tuberculose	ISP
MOERMAN Filip	Infectiologie	CHR Citadelle Liège
ROLAND Michel	Médecine générale et sociale	ULB
SCHOL Sandrina	Tuberculose, Management, Education	VRGT
WANLIN Maryse	Tuberculose	FARES
WEBER Lilas	Tuberculose	FARES

Les administrations et/ou les Cabinets ministériels suivants ont été entendus :

COSTERS Michiel	DGSS Legal management, SPF Santé Publique.
DE GROOF Dirk	Service Relations Internationales, Public health Emergencies, SPF Santé Publique.
PAUWELS André	CSS, SPF Santé Publique.
REYNDERS Daniel	General Services International Relations and Public Health Emergencies, SPF Santé Publique.
VANDEWOUDE Koen	Cabinet de la Ministre de la Santé Publique.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'Environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de Déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 40 membres issus du pool des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.css-hgr.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be.

www.css-hgr.be



Cette publication ne peut être vendue.



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT