



Service public fédéral
Justice

Prévention de la tuberculose en milieu pénitentiaire

**Document opérationnel adapté
pour les prisons francophones**

Octobre 2017

Table des matières

| | |
|--|----|
| Abréviations | 4 |
| 1. Introduction..... | 5 |
| 2. Visite à l'entrée..... | 5 |
| 3. Organisation de dépistages systématiques..... | 5 |
| 3.1. Dépistage à l'entrée | 5 |
| 3.2. Dépistage à 3 mois | 5 |
| 3.3. Dépistage annuel..... | 6 |
| 4. Organisation du dépistage des contacts | 6 |
| 5. Suivi immédiat après le dépistage..... | 7 |
| 5.1. Dépistage radiologique..... | 7 |
| 5.2. Dépistage par TCT..... | 7 |
| 6. Prise en charge d'anomalies radiologiques évoquant une TBC | 8 |
| 7. Prise en charge d'un détenu développant des symptômes de TBC pulmonaire | 8 |
| 8. Prise en charge d'un cas de tuberculose pulmonaire | 9 |
| 9. Traitement de la tuberculose active | 10 |
| 10. Traitement de l'infection tuberculeuse latente | 10 |
| 11. Isolement respiratoire | 11 |
| 12. Masques | 11 |
| 13. Déclaration au service de surveillance des maladies infectieuses..... | 12 |
| ANNEXES..... | 13 |
| Annexe 1 : Checklist | 13 |
| Annexe 2 : Coordonnées des US | 14 |

Abréviations

| | |
|--------------------|---|
| AB | : antibiothérapie |
| AViQ | : Agence pour une Vie de Qualité |
| BK | : bacille de Koch |
| CMC | : centre médico-chirurgical |
| COCOM | : Commission communautaire commune |
| DA | : demandeur d'asile |
| ED | : examen direct |
| INH | : isoniazide |
| IGRA | : interferon-gamma release assay |
| ISP | : Institut de santé publique |
| ITL | : infection tuberculeuse latente |
| EMB | : éthambutol |
| FARES | : Fonds des Affections Respiratoires |
| FFP | : filtering facepiece particles (mask) |
| HEPA | : high-efficiency particulate air |
| MATRA et Matra-bru | : plateformes de déclaration en ligne des maladies infectieuses |
| PC | : phase de continuation |
| PCR | : polymerase chain reaction |
| PI | : phase initiale |
| PZA | : pyrazinamide |
| RMP | : rifampicine |
| RX | : radiographie |
| TBC | : tuberculose |
| TCT | : test cutané tuberculinique |
| SSP | : service de santé pénitentiaire |
| SM | : service médical |
| US | : unité de secteur |
| UV | : ultra-violet |

1. Introduction

La stratégie de prévention de la tuberculose (TBC) 2006 a été implémentée dans les prisons en 2009. Depuis lors, de nombreux changements sont survenus au niveau du Fonds des Affections Respiratoires (FARES) et du milieu carcéral tant en termes d'organisation que de moyens. Ceci a entraîné des modifications importantes concernant l'opérationnalisation de la stratégie dans les prisons francophones au cours des dernières années.

Le présent document a pour objectif d'actualiser, de manière opérationnelle, les principales recommandations issues de la stratégie de 2006. Celle-ci reste toutefois la référence pour tout ce qui n'est pas abordé dans ce document.

Par ailleurs, la preuve de la transmission du bacille de Koch dans les prisons a été démontrée au cours des dernières années ; il est donc important de veiller à limiter celle-ci en respectant les mesures décrites ci-après et en conservant une vigilance quotidienne vis-à-vis de la tuberculose.

2. Visite à l'entrée

Elle doit être systématique pour les prévenus¹ et organisée dans les 24 h.

Il s'agit du premier filtre pour détecter la tuberculose.

Sur base de l'anamnèse et de l'examen clinique le médecin décide s'il est nécessaire de référer d'emblée pour une radiographie (RX). La référence sera systématique en présence de :

- Signes d'appel de TBC
- Antécédents de TBC
- Traitement anti-TBC incomplet

Une check-list (annexe 1²) peut aider le médecin dans cette démarche.

3. Organisation de dépistages systématiques

3.1. Dépistage à l'entrée³

Pour les prisons ayant encore accès à un appareil radiologique : la RX doit être réalisée chez tous les prévenus au cours de la première semaine.

Pour les autres prisons, l'alternative est de réaliser un test cutané tuberculinique (TCT)⁴ dans les meilleurs délais ; idéalement dans les 15 jours.

3.2. Dépistage à 3 mois

Un TCT doit être administré à 3 mois dans les prisons qui effectuent la RX à l'entrée. L'objectif est d'obtenir un résultat de référence afin de décider de l'examen à réaliser lors du dépistage annuel (RX ou TCT).

¹ Pour les cas transférés se référer au dossier.

² En français en annexe mais également disponible en différentes langues sur le site du FARES (<http://www.fares.be/fr/tbc-infos-pour-professionnels-depistage-groupes-ri/>).

³ Si le détenu refuse le dépistage, un isolement respiratoire temporaire peut être décidé (voir point 11).

⁴ Sauf si antécédents de TCT + ou de TBC ; dans ce cas, la RX est d'application.

3.3. Dépistage annuel

Tous les détenus sont ciblés. L'objectif est de diagnostiquer précocement une TBC active ou une infection récente.

La RX est réalisée si le TCT s'est avéré positif à l'entrée ou à 3 mois.

Le TCT est effectué si un test préalable était négatif (entrée ou à 3 mois). La répétition du test d'année en année peut mettre en évidence un virage⁵, c'est-à-dire une infection récente.

4. Organisation du dépistage des contacts

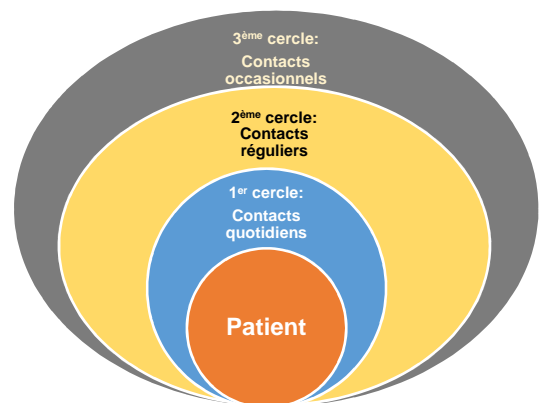
A envisager si un cas de tuberculose pulmonaire, donc en principe contagieuse, est confirmé au sein de la prison.

Dans ce cas, le référent TBC se charge d'organiser une réunion de concertation (ou à minima des échanges téléphoniques/emails) avec les responsables concernés en vue de déterminer qui cibler ainsi que les modalités de dépistage.

Le TCT est l'examen de choix mais sera remplacé par la RX en cas d'antécédent de test positif ou de TBC. Si le TCT est effectué rapidement après le diagnostic de TBC et qu'il est négatif, il doit être répété 2 mois plus tard (voir point 5).

Les détenus à cibler sont choisis en fonction des critères suivants :

- *La contagiosité du malade* : la présence de bacilles tuberculeux à l'examen direct (ED) des sécrétions respiratoires signe une contagiosité majorée. Le fait que seule la culture soit positive, n'exclut pas une contagiosité mais elle est en principe moindre. Ceci implique que l'on tient compte des contacts ayant eu lieu jusqu'à 3 mois avant le diagnostic lorsque l'ED est positif et 1 mois si l'ED est négatif⁶.
- *Le type de contacts avec le malade* ; plus ils sont étroits et fréquents, plus le risque d'être contaminé est grand. Le fait de vivre en milieu fermé augmente ce risque. Les contacts quotidiens ou étroits, fréquents et prolongés appartiennent au 1^{er} cercle (*co-détenu, personne qui distribue les repas, etc.*). Le deuxième cercle comprend les contacts réguliers (quelques fois par semaine) et le troisième les contacts occasionnels (quelques fois par mois).
- *La présence éventuelle de facteurs de risque* individuels comme l'immunodépression implique une vigilance renforcée lors d'une investigation des contacts.



⁵ Virage : augmentation de l'induration d'au moins 10 mm entre 2 TCT dans un délai de maximum 2 ans.

⁶ Souvent, au moment de réaliser le dépistage, on ne connaît pas encore le résultat de la culture. On envisage donc uniquement les 2 situations suivantes : ED positif ou ED négatif.

Selon le principe des cercles concentriques appliqué en Belgique, les 1^{er} et 2^{ème} cercles sont investigués lorsque le malade a un ED positif. Si l'ED est négatif, le dépistage cible plus particulièrement le 1^{er} cercle. Le dépistage peut être élargi en présence d'un nombre élevé de TCT positifs ou de TBC parmi les personnes dépistées.



Le référent TBC envoie au FARES (coordonnées en annexe 2) la liste nominative des détenus avec les résultats du dépistage (modèle de liste téléchargeable sur le site du FARES⁷).

5. Suivi immédiat après le dépistage

5.1. Dépistage radiologique

Le suivi est fonction de la catégorie attribuée par le lecteur⁸. Afin d'harmoniser la procédure avec l'approche utilisée en Flandre, la différenciation de suivi entre les catégories 1, 2 et 3 est supprimée.

| Catégorie | Interprétation | Suivi |
|----------------------|---|---|
| Catégorie 0 | Image normale | Aucun |
| Catégories 1, 2 ou 3 | Forte suspicion (1) ou moyenne suspicion (2) ou faible suspicion (3) de tuberculose active | Isolement respiratoire immédiat Transfert vers un CMC |
| Catégorie 4 | Tuberculose inactive | Aucun |
| Catégorie 5 | Anomalie non tuberculeuse | Aucun |
| Catégorie 6 | Anomalie non tuberculeuse nécessitant un suivi | Examens complémentaires |
| Catégorie 10 | Image illisible | Nouveau cliché rapidement |

5.2. Dépistage par TCT

Le suivi est fonction du résultat du test. Chez les détenus, les critères d'interprétation sont les suivants :

| Diamètre de l'induration | Résultat | Remarques |
|--------------------------|----------------|---|
| < 5 mm | Négatif | Risque de faux négatif si immunodéficience |
| 5-9 mm | Négatif | Exceptions : douteux si contact TBC positif si immunodéficience |
| ≥ 10 mm | Positif | |

- En présence d'un *résultat positif/virage*, il faut exclure une TBC active via:
 - une anamnèse pour détecter d'éventuels signes d'appel de TBC
 - un examen clinique
 - la réalisation d'une RX de contrôle⁹ dans les meilleurs délais. Cette RX peut être effectuée dans la prison, dans un CMC ou dans le secteur curatif.

⁷ <http://www.fares.be/fr/tbc-infos-pour-professionnels-depistage-groupes-ri/>.

⁸ En l'absence de catégorisation, se référer au protocole et à la probabilité qu'il s'agisse de lésions tuberculeuses. Dès la moindre suspicion, procéder à l'isolement respiratoire et à une mise au point.

⁹ Si le TCT est positif à 3 mois et que la RX était normale à l'entrée, il n'est pas nécessaire de refaire une RX SAUF si la RX à l'entrée présentait des anomalies susceptibles d'évoluer, si le détenu a été en contact avec un patient contagieux depuis l'entrée, si le détenu est immunodéprimé ou en présence de signes d'appel de TBC.

Si la mise au point ne révèle pas de tuberculose, le diagnostic d'infection tuberculeuse latente (ITL) est posé (voir point 10 pour le suivi).

- Un *résultat négatif* ne nécessite pas de suivi sauf lors du dépistage des contacts car il peut s'agir d'un faux négatif si le test a été fait rapidement après le diagnostic de TBC (pendant la phase ante-allergique). Dans ce cas, un TCT de contrôle est recommandé 2 mois après le dernier contact potentiellement infectant. En outre, une attention particulière doit être portée aux personnes immunodéprimées dont le test peut être aussi faussement négatif.
- Un *résultat douteux* doit être contrôlé par un deuxième TCT, en principe 2 mois plus tard. Le recours à un test IGRA¹⁰ peut être une autre option pour confirmer ou infirmer l'ITL.

6. Prise en charge d'anomalies radiologiques évoquant une TBC

Sont considérées ici les RX de première intention ou celles de contrôle après TCT positif.

En cas d'anomalies de catégorie 1,2 ou 3, le détenu doit être placé immédiatement en isolement respiratoire (voir point 11) puis être soumis à des examens en vue d'infirmer ou de confirmer la TBC. En principe, cette mise au point doit être réalisée dans un CMC pour ces 3 catégories.

Si ce transfert n'est pas possible rapidement, le service médical (SM) de la prison peut déjà se charger d'interroger le détenu sur la présence éventuelle de plaintes et procéder à l'examen clinique. Il peut compléter cette première approche 'à minima' par la recherche de bacilles dans 3 expectorations matinales à 1 jour d'intervalle. L'idéal est que le laboratoire auquel les échantillons sont envoyés puisse recourir à des tests de diagnostic rapide de la TBC et de la résistance, comme le GeneXpert. Le transfert dans un hôpital local pour un séjour sous surveillance policière peut être une alternative dans certains cas.

Le port du masque (voir point 12) est requis lors des transferts.

A partir d'un échantillon respiratoire, **le GeneXpert** permet d'identifier la présence de *M. tuberculosis* et celle d'une éventuelle résistance à la rifampicine en 2h de temps.



7. Prise en charge d'un détenu développant des symptômes de TBC pulmonaire¹¹

Bien que des dépistages soient organisés de manière systématique en milieu carcéral, une tuberculose peut se développer au cours de l'incarcération, même chez des détenus suivis régulièrement (la RX peut d'ailleurs être normale peu de temps avant !).

Symptômes évocateurs de TBC

- ✓ Toux > 3 semaines
- ✓ Hémoptysies
- ✓ Douleurs thoraciques
- ✓ Diminution de l'appétit
- ✓ Amaigrissement
- ✓ Fièvre modérée
- ✓ Sudation nocturnes
- ✓ Fatigabilité rapide

¹⁰ Les tests IGRA sont des tests sanguins réalisés *in vitro* qui mesurent la production d'interféron gamma (IFN- γ) après stimulation par des antigènes spécifiques du bacille tuberculeux.

¹¹ Les symptômes d'une tuberculose extra-pulmonaire dépendent de la localisation et ne sont pas évoqués dans ce document.

Le délai de diagnostic est la cause majeure de la transmission du BK au sein des prisons. Il faut donc rester vigilant et évoquer la TBC pulmonaire en présence des symptômes décrits dans l'encadré. La checklist (voir point 2) est un outil intéressant pour aider au diagnostic et décider de la pertinence d'une mise au point.

En cas de suspicion, procéder à l'isolement respiratoire du détenu et organiser son transfert vers un CMC. Si le transfert est postposé, une RX peut être réalisée, ainsi qu'un examen de diagnostic rapide de la TBC et de la résistance (GeneXpert) sur 3 expectorations (à un jour d'intervalle). Le port du masque est recommandé lors des déplacements au sein de la prison mais aussi lors du transfert pour des examens complémentaires au CMC ou dans un hôpital local.

Y penser plus particulièrement dans les situations suivantes

- ✓ Etrangers pays HP (primo-arrivants, DA, illégaux)
- ✓ Précarisés (sans-abri)
- ✓ Immunodéprimés (maladie ou traitement)
- ✓ Contacts récents avec une TBC contagieuse
- ✓ Antécédents de tuberculose non ou mal traitée
- ✓ Infection pulmonaire/fièvre persistante sans amélioration sous AB classique

8. Prise en charge d'un cas de tuberculose pulmonaire

La prise en charge d'un cas confirmé de TBC pulmonaire est du ressort du CMC qui instaure le traitement (voir point 9) et veille à l'isolement respiratoire du patient contagieux jusqu'à preuve de sa non contagiosité. Toutefois le traitement pourrait être initié par le SM de la prison (ou un service hospitalier local) en cas de difficulté de transfert vers ce type de structure.

Dès qu'il le juge pertinent, le CMC renvoie le malade dans sa prison d'origine. Le SM de la prison doit être clairement informé, via le dossier, des modalités de traitement et des contrôles ultérieurs¹². Puisque le malade n'est plus contagieux, l'isolement respiratoire et le port du masque ne sont plus nécessaires.

Le dépistage des contacts doit être organisé dès qu'une TBC pulmonaire est diagnostiquée au sein de la prison (voir point 4).

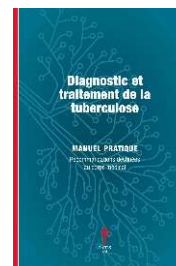
Le génotypage est appliqué systématiquement pour tout cas de TBC (pulmonaire ou extra-pulmonaire) diagnostiqué dans le milieu carcéral. Ceci implique que toute souche dont la culture est positive soit envoyée au laboratoire de référence pour les mycobactéries de l'Institut de Santé Publique (ISP). C'est le FARES qui coordonne les envois, analyse les résultats et rétro-informe le SM lorsque des clusters sont mis en évidence afin que celui-ci puisse rechercher les liens éventuels entre les détenus concernés.

¹² En théorie se font au CMC mais peuvent être réalisés localement si le détenu refuse le transfert.

9. Traitement de la tuberculose active

Il doit être débuté de manière empirique en fonction du risque potentiel de résistance puis adapté selon le résultat de l'antibiogramme¹³. Le traitement classique est une quadrithérapie administrée quotidiennement.

- Phase initiale (PI) : 4 antibiotiques durant 2 mois (INH + RMP + PZA + EMB)
- Phase de continuation (PC) : 2 antibiotiques durant 4 mois (INH + RMP)
- Les dosages à respecter sont les suivants :
 - INH : 5 mg/kg/jour (max 300 mg/j)
 - RMP : 10 mg/kg/jour (max 600 mg/j)
 - PZA : 25 mg/kg/jour (max 2000 mg/j)
 - EMB : 15 mg/kg/jour (max 1600 mg/j)



Si un traitement a déjà été administré antérieurement, le schéma thérapeutique doit être adapté conformément aux recommandations sur le diagnostic et traitement de la tuberculose (à télécharger sur www.fares.be).

La durée du traitement est de minimum 6 mois. La PI doit être prolongée si l'ED est toujours positif après 2 mois, en cas d'évolution radio-clinique peu favorable ou si le résultat de l'antibiogramme n'est pas encore disponible. La présence d'une résistance implique une adaptation du schéma thérapeutique voire de sa durée. La multi-résistance nécessite un avis spécialisé.

Idéalement les médicaments antituberculeux doivent être administrés sous supervision directe.

Il est important d'assurer la continuité du traitement à la sortie en fournissant des médicaments pour au moins une semaine. En outre, le FARES doit être prévenu pour organiser le suivi ambulatoire du patient. Comme la sortie peut être soudaine, il est important de préparer le malade à cette éventualité en lui fournissant dès le début du traitement les coordonnées du FARES (annexe 2). Un programme spécifique (BELTA-TBnet) peut, sous certaines conditions, prendre en charge les frais du traitement après la sortie.

10. Traitement de l'infection tuberculeuse latente

Traiter l'ITL diminue le risque de développer ultérieurement une TBC. C'est le médecin de la prison qui décide d'instaurer ou non un traitement préventif.

Les détenus dont le risque de développer une TBC est majoré doivent recevoir un traitement préventif en priorité. Il s'agit :

- Des infections récentes (virages)
- De personnes ayant eu des contacts étroits et prolongés avec un cas contagieux
- De personnes ayant des facteurs de risque comme l'immunodépression (suite à une maladie ou un traitement)

¹³ Si forte suspicion de TBC multirésistante (= résistance au moins à l'INH et la RMP) un test moléculaire mettant rapidement en évidence les mutations sur les gènes de résistance à la RMP est recommandé afin d'obtenir le résultat plus rapidement qu'avec l'antibiogramme.

Dans tous les cas, il faut tenir compte de la balance entre les risques et les bénéfices attendus pour décider de la mise en route d'un traitement. La compliance est aussi un facteur décisionnel essentiel car le traitement doit être pris intégralement pour être efficace.

Le schéma thérapeutique le plus utilisé est INH 6 mois (5 mg/kg/j max 300 mg/j) mais pour augmenter la compliance, un schéma de 3 mois INH + RMP (10 mg/kg/j max 600 mg/j) est aussi conseillé. La prise des médicaments est quotidienne.

Le suivi des effets secondaires principalement hépatiques doit être opéré régulièrement.

Les mêmes précautions qu'au point 9 s'appliquent concernant la continuité du traitement lors de la sortie du détenu.

11. Isolement respiratoire

Il concerne les cas suspects¹⁴ ou confirmés de TBC pulmonaire¹⁵.

En prison, il doit être réalisé dans une cellule où le détenu est seul.

Au CMC, l'isolement se fait idéalement dans une cellule à pression négative mais il peut être réalisé à minima dans une cellule aménagée pour limiter la concentration bacillaire dans l'air (filtre HEPA/UVc) et empêcher les fuites vers le couloir (présence d'un sas).

Toute personne qui rentre dans la cellule d'isolement doit porter un masque, que le détenu suspect/malade soit présent ou non.

Dès le départ du patient, la cellule doit être aérée au moins pendant 2 à 3h (porte fermée) avant d'y mettre un autre détenu.

12. Masques

Le port d'un masque poursuit 2 objectifs : soit limiter la dispersion des BK dans l'air, soit empêcher que ceux-ci ne soient inhalés. Dans le premier cas un simple masque chirurgical suffit alors qu'un masque respiratoire est nécessaire pour agir comme barrière contre l'inhalation des BK. Pour une question pratique il a été décidé que les cas suspects/malades et les personnes nécessitant une protection porteraient le même type de masque respiratoire FFP2.



Masque chirurgical Masque FFP2

¹⁴ Anomalies RX de catégorie 1, 2, 3 et/ou symptômes.

¹⁵ Un détenu peut également être mis en isolement respiratoire parce qu'il refuse de se soumettre au dépistage. En l'absence de symptômes, le port du masque pour ceux qui pénètrent dans la cellule n'est pas nécessaire et c'est au médecin de décider de la levée de l'isolement (limite légale d'un mois maximum).

13. Déclaration au service de surveillance des maladies infectieuses

La déclaration de la TBC est une obligation légale.

L'existence d'une plateforme sécurisée (MATRA) permet un enregistrement électronique en ligne.

- pour la Région wallonne, déclaration à la Cellule de Surveillance des Maladies Infectieuses de l'AviQ : <https://www.wiv-isp.be/matra/cf/connexion.aspx>
- pour la Région de Bruxelles-Capitale, déclaration à l'Inspection d'hygiène de la Commission communautaire commune (COCOM) : <https://www.wiv-isp.be/Matra/bru/connexion.aspx>

Les SM des prisons doivent déclarer sur MATRA/MATRA-Bru :

- tout cas de TBC dont ils ont connaissance (bactériologiquement confirmé ou non), que le diagnostic ait été réalisé sur place ou ailleurs¹⁶.
- Les virages et les infections latentes mises en évidence lors de dépistages des contacts.
- Les virages identifiés lors des dépistages systématiques.

Lorsqu'un cas de TBC (pulmonaire ou extra-pulmonaire) est diagnostiqué, le SM doit avertir rapidement le FARES ainsi que la coordinatrice TBC des prisons francophones.

¹⁶ Il faut donc déclarer un patient qui revient dans la prison après avoir été diagnostiqué au CMC

ANNEXES

Annexe 1 : Checklist

CHECKLIST POUR LE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

Pour tout symptôme ou facteur de risque positif, ajoutez le score correspondant. Si vous arrivez à **4 points ou plus** → Référer pour examen complémentaire (au moins RX thorax).

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



NB : Cette checklist 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. Des traductions en anglais, russe, arabe, dari et pachto (2 langues principales d'Afghanistan) ont été réalisées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance et sont téléchargeables sur www.fares.be (TBC > publications > recommandations). Des traductions en espagnol, roumain et turc devraient être disponibles prochainement.

Annexe 2 : Coordonnées des US

(ce dépliant est téléchargeable sur le site du FARES : <http://www.fares.be/fr/contacter-le-fares/>)

LA TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie infectieuse, causée par un microbe appelé bacille de Koch (BK). Elle se localise le plus souvent dans les poumons (tuberculose pulmonaire), mais d'autres organes peuvent également être atteints (ganglions, reins, os, ...). C'est une maladie contagieuse qui se transmet principalement par voie aérienne.



Il existe un traitement efficace mais assez long (minimum 6 mois).
S'il est pris régulièrement, il permet à la grande majorité des patients de guérir de la tuberculose.

Le FARES

Le FARES est l'asbl chargée de coordonner les activités de prévention et de surveillance de la tuberculose en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale.

Elle collabore avec les acteurs du secteur médico-social afin d'assurer la prise en charge et le suivi des patients tuberculeux et d'organiser le dépistage parmi les sujets à risque.

En savoir plus sur le FARES et sur la tuberculose :

www.fares.be

Pour des renseignements relatifs aux formations ou des demandes plus spécifiques, veuillez contacter directement le siège central du FARES.

Rue de la Concorde, 56
1050 Ixelles
Tél. +32 2 512 29 36
Fax +32 2 512 32 73

Editeur responsable:
Jean-Paul Van Vooren, 56 rue de la Concorde 1050 Ixelles
Date d'édition: mars 2017



Fonds des Affections Respiratoires

Coordonnées des dispensaires



RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

FARES Bruxelles

Renseignements et avis

Permanence téléphonique du lundi au vendredi de 8h30 à 12h

Rue de la Concorde, 56
1050 Ixelles
Tél. : 02 511 54 01
Fax : 02 511 14 17
Email : us.bxl@fares.be

Consultation médecin et dépistage

Sans rendez-vous les lundis, mardis et jeudis de 13h à 15h et avis pédiatrique le jeudi de 14h à 15h

Hôpital Saint-Pierre
(ancien porche d'entrée, entrée C)
Rue Haute, 322
1000 Bruxelles
Tél. : 02 538 05 95
Fax : 02 553 46 24
Email : us.bxl@fares.be

RÉGION WALLONNE

FARES Namur et Brabant Wallon

Renseignements et dépistage sur RDV

Centre de Santé Provincial
Rue Château des Balances, 3bis
5000 Namur
Tel : 081 77 51 02
Email : us.namur-brabantwallon@fares.be

FARES Hainaut

Renseignements et dépistage sur RDV

Polyclinique du Mambourg
Boulevard Zoé Drion, 1
6000 Charleroi
Tél. / Fax: 071 31 35 04
Email : us.hainaut@fares.be

FARES Liège

Renseignements et dépistage sur RDV

Dispensaire Montéfiore
Quai du Barbou, 4
4020 Liège
Tél. / Fax : 04 344 79 43
Email : us.liege@fares.be

FARES Luxembourg

Renseignements et dépistage sur RDV

Centre de Santé Provincial
Rue Erène, 1
6900 Marche
Tél. : 084 32 06 40
Fax : 084 32 06 41
Email : us.luxembourg@fares.be