ministère Éducation nationale

EFE STM 1
Repère à reporter sur la copie

SESSION 2009

CONCOURS EXTERNE DE RECRUTEMENT DE PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL ET CONCOURS D'ACCÈS À LA LISTE D'APTITUDE

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

SCIENCES MÉDICO-SOCIALES

Durée : 5 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : ***Hormis l'en-tête détachable, la copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.***

Tournez la page S.V.P.

Première partie
La tuberculose, problème de santé publique

« … Aujourd'hui, en 2007, à la faveur de la baisse de l'incidence de la tuberculose en France et du lancement du programme national de lutte contre la tuberculose, je suspens cette obligation de vaccination par le BCG chez les enfants et les adolescents sous certaines conditions…
Parce que la tuberculose demeure une menace, notre pays a besoin d'une adaptation de ses dispositifs. C'est le but du **programme national de lutte contre la tuberculose.** »

Extrait de l'intervention de Roselyne Bachelot-Narquin,
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Mercredi 11 juillet 2007

1) La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964 en France.
   1.1) Définir cette maladie en précisant diagnostic et traitement.
   1.2) Présenter les caractéristiques d'une maladie à déclaration obligatoire et indiquer le cadre juridique de la déclaration obligatoire.
   1.3) Indiquer les acteurs concernés par cette déclaration obligatoire ainsi que les actions mises en place et les objectifs recherchés.

2) La tuberculose, problème de santé publique.
   2.1) Présenter l'évolution épidémiologique de cette maladie en France et dans le reste du monde.
   2.2) Montrer en quoi la tuberculose demeure un problème de santé publique de nos jours.

3) Lutte contre la tuberculose.
   3.1) Justifier la nécessité du programme national de lutte contre la tuberculose 2007/2009.
   3.2) Exposer les moyens de prévention mis en œuvre pour lutter contre cette maladie ainsi que les obstacles à leur mise en place chez les populations précarisées.

Deuxième partie
La tuberculose pulmonaire

La tuberculose a été isolée des autres maladies respiratoires au début du 19^{e} siècle par le français René-Théophile-Marie-Hyacinthe LAENNEC (1781 – 1826). La forme la plus fréquente touche l'appareil respiratoire. Cette maladie infectieuse est principalement provoquée *Mycobacterium tuberculosis*.

1) L'appareil respiratoire.
   1.1) Annoter le schéma en annexe 4. Compléter le schéma de l'annexe 5.
   1.2) Présenter le rôle des principaux organes de l'appareil respiratoire. Préciser les échanges gazeux pulmonaires.
   1.3) Présenter la prise en charge des gaz respiratoires par le sang.

2) Une maladie infectieuse.
   2.1) Définir une maladie infectieuse.
   2.2) Donner les principales phases de ce type de maladie.
   2.3) Le test à la tuberculine (intra-dermo réaction) est un élément de diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Il consiste à injecter, sous la peau d'un sujet, une dose de préparation à base de bacille tuberculeux. Donner les explications biologiques à la base de l'apparition d'une réaction cutanée, et à l'absence d'une telle réaction, chez un sujet testé à la tuberculine.

Annexes :
- Données épidémiologiques
- Textes réglementaires
- Schémas

ANNEXES

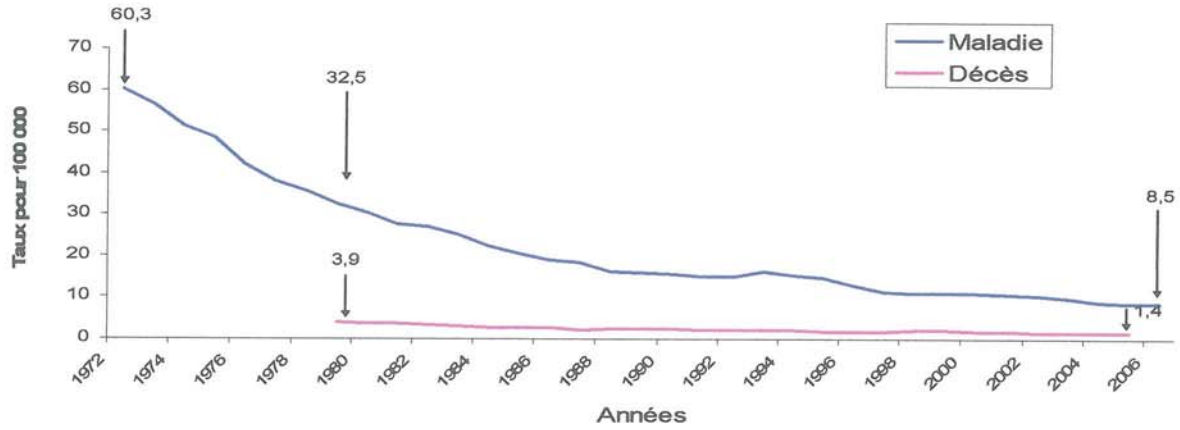
Annexe 1 : Données épidémiologiques dans le monde

La tuberculose tue près 2 millions de personnes chaque année dans le monde. L'épidémie de sida et l'émergence de bacilles multirésistants aux antibiotiques contribue à aggraver l'impact de cette maladie, considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme responsable d'une épidémie mondiale de plus en plus dangereuse et comme une urgence sanitaire au niveau planétaire. L'O.M.S. estime qu'entre 2000 et 2020, près d'un milliard de personnes seront nouvellement infectées et que 200 millions d'entre elles développeront la maladie, dont 35 millions mourront de tuberculose si aucune amélioration n'est apportée dans le contrôle de cette infection.
Chaque seconde, une nouvelle personne dans le monde est infectée par le bacille de Koch. Chaque année, près de 1% de la population mondiale est nouvellement infectée et près de 9 millions de personnes développent la maladie. Globalement aujourd'hui, un tiers de la population mondiale est infecté, et 22 pays totalisent à eux seuls 80% des cas mondiaux.
Près de 2 millions des cas annuels de tuberculose surviennent en Afrique sub-saharienne. Ce chiffre est en rapide augmentation, du fait de l'épidémie de sida qui touche particulièrement cette région du monde. Près de 3 millions des cas annuels de tuberculose sont recensés dans le Sud - Est Asiatique. Plus de 250 000 des cas annuels surviennent en Europe de l'Est. En France, on compte plus de 5000 nouveaux cas par an et environ 900 décès chaque année, l'Ile-de-France étant 2 à 4 fois plus touchée en termes d'incidence que le reste du territoire.

Source : Institut Pasteur, www.pasteur.fr, mars 2008, d'après les données de l'O.M.S.

Annexe 2 : Données épidémiologiques en France. (1/4)

Doc.1 : Morbidité et mortalité (tuberculose en cause principale de décès), France métropolitaine, 1972 - 2006



Source : In.V.S. (Déclaration obligatoire), I.N.S.E.R.M. (CépiDC)

Doc.2 : Evolution du nombre de cas de tuberculose et du taux de déclaration, France entière, 2000 - 2006*

Année de déclaration	Nombre de cas	Taux pour 100 000
2000	6 714	11,1
2001	6 465	10,6
2002	6 322	10,3
2003	6 098	9,9
2004	5 578	9,0
2005	5 374	8,6
2006	5 336	8,5

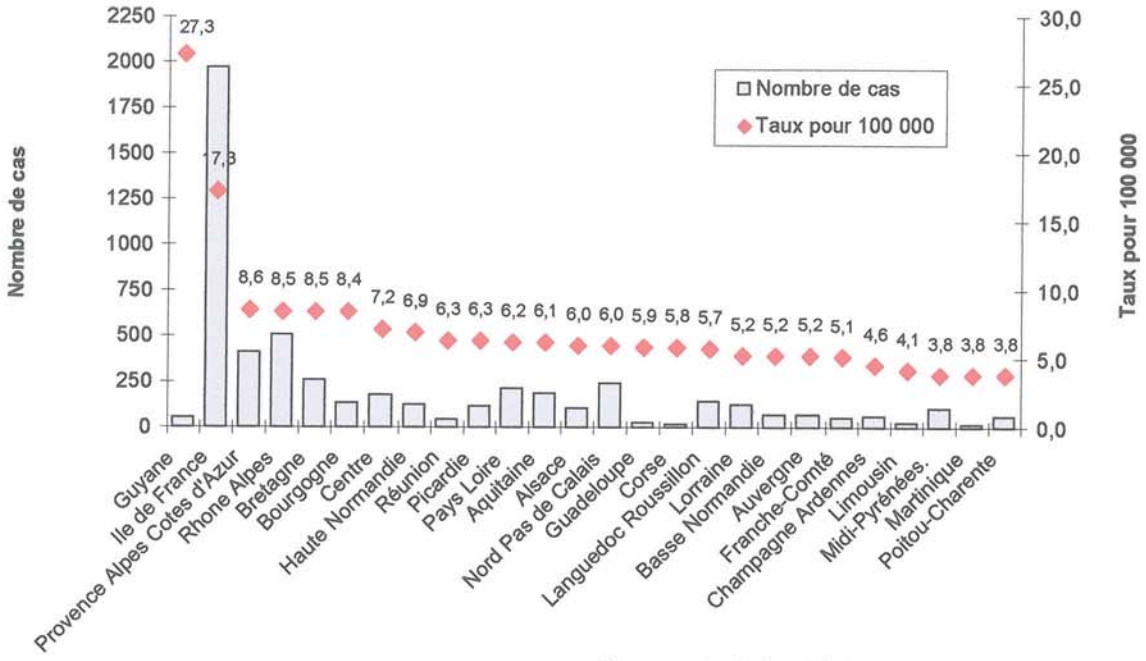
N.B : Les données de population utilisées pour le calcul des taux d'incidence sont les estimations localisées de population. Les taux peuvent donc différer légèrement de ceux présentés dans les précédents bilans qui utilisaient les données du recensement de 1999.

Source : B.E.H. (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) 10-11 / 11 mars 2008 / In.V.S.

Tournez la page S.V.P.

Annexe 2 : (suite) (2/4)

Doc.3 : Cas déclarés de tuberculose-maladie par région, 2006 (Nombre de cas et taux)



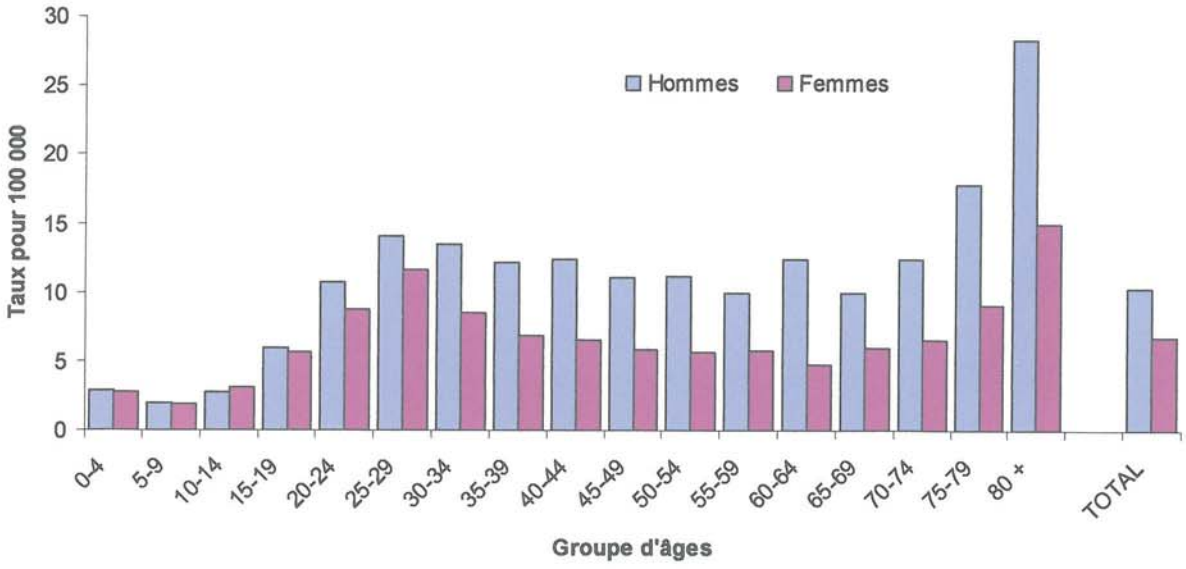
Source : In.V.S., déclaration obligatoire de tuberculose

Doc.4 : Taux de déclaration de tuberculose-maladie par département, France entière, 2006

Taux pour 100 000	Nombre de départements
< 5	36
5 à 9,9	51
10 à 19,9	10
20 et +	3 (Paris, Seine-Saint-Denis et Guyane)

Source : In.V.S., déclaration obligatoire de tuberculose

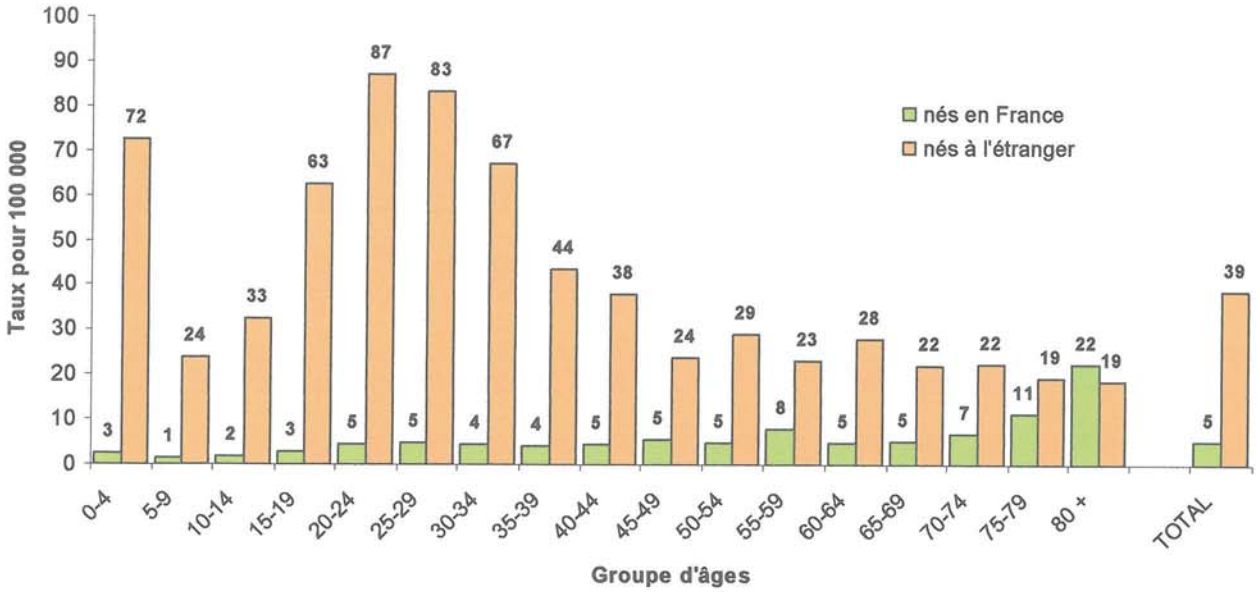
Doc.5 Taux de déclaration de tuberculose-maladie, France entière, 2006



Source : In.V.S., déclaration obligatoire de tuberculose

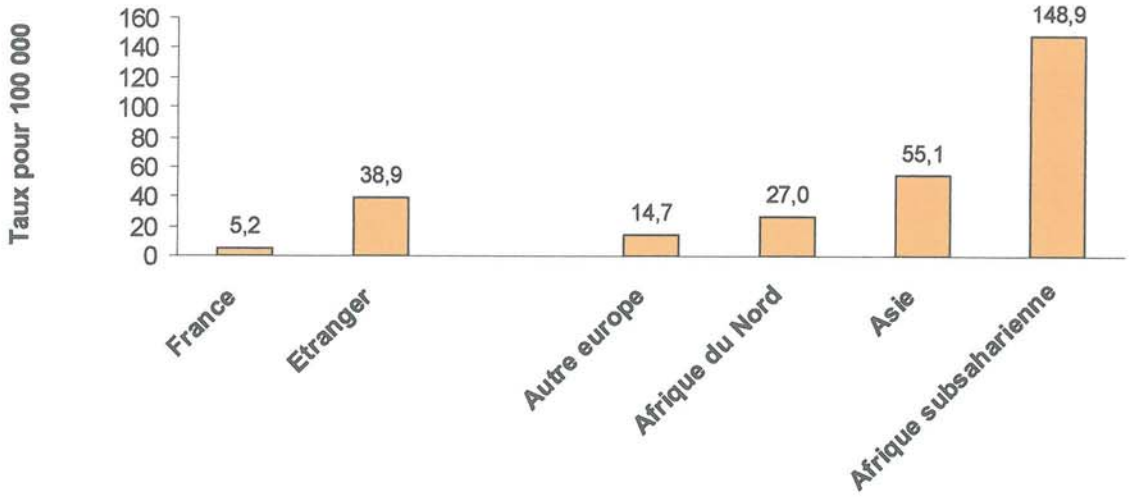
Annexe 2 : (suite) (3/4)

Doc.6 : Taux de déclaration tuberculose-maladie selon l'âge et le lieu de naissance, France métropolitaine, 2006



Source : In.V.S., déclaration obligatoire de tuberculose

Doc.7 : Taux de déclaration de tuberculose-maladie selon le lieu de naissance en France métropolitaine pour l'année 2006



Source : In.V.S., déclaration obligatoire de tuberculose

Doc.8 : Proportion de cas et taux de déclaration de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger selon l'ancienneté de l'arrivée en France métropolitaine, 2006

Arrivée en France	% de cas	Taux de déclaration pour 100 000
< 2 ans	24	234,6
2-4 ans	21	139,9
5-9 ans	18	59,9
> 10 ans	38	15,4
Total des cas nés à l'étranger	**100**	**38,9**

Source : B.E.H. (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) 10-11 / 11 mars 2008 / In.V.S.

Tournez la page S.V.P.

Annexe 2 : (suite) (4/4)

Doc.9 : Les victimes de la tuberculose en France

Résidence en collectivité :	**Personnes sans domicile fixe :**
En 2006, parmi les 95 % des cas déclarés de tuberculose-maladie, 13 % résidaient en collectivité au moment du diagnostic. Les personnes en centre d'hébergement collectif représentaient 5,6 % des cas déclarés, celles en établissement pour personnes âgées 2,5 %, celles en établissement pénitentiaire 1 %, celles d'un autre établissement 3,5 % et pour 0,5 % le type de résidence n'était pas précisé. Comparés aux personnes ne résidant pas en collectivité, les cas de tuberculose résidant en collectivité avaient une fréquence plus élevée de la forme pulmonaire de la maladie (77,7 % contre 71,2 %).	En 2006, les personnes sans domicile fixe représentaient 3,1 % des cas de tuberculose déclarés au niveau national, soit un taux de déclaration de 181,5 pour 100 000. Environ la moitié (49 %) des cas chez des personnes sans domicile fixe était déclarée en Ile de France.

Source : B.E.H. (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) 10-11 / 11 mars 2008 / In.V.S.

Annexe 3 : (1/18)

Extrait du programme de lutte contre la tuberculose en France 2007 – 2009 (Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose - Juillet 2007)

Source : www.sante.gouv.fr

Quel programme ?

Ce programme dessine le cadre national de la lutte contre la tuberculose en France, ses principes, ses modalités et ses priorités. Il doit être décliné dans les régions en fonction des caractéristiques locales, épidémiologiques, sociodémographiques et des expériences acquises. Il a été élaboré par des représentants de l'ensemble des acteurs de la lutte antituberculeuse, réunis au sein du comité national d'élaboration du programme national de lutte contre la tuberculose sous la présidence du Directeur général de la santé.

Le domaine de la recherche n'est pas développé dans ce document, qui vise principalement à décrire les modalités de la lutte antituberculeuse. Il n'en est pas moins vrai qu'il est fondamental pour l'avenir de disposer de nouveaux outils diagnostiques tant de l'infection latente que de la tuberculose maladie, de traitements plus performants, prescrits pendant des périodes plus courtes, de traitements pour les souches multirésistantes et d'un vaccin antituberculeux plus efficace que l'actuel BCG. Des études sur les nouveaux outils comme le test basé sur la détection d'interféron sont à promouvoir.

Les mesures proposées sont jugées prioritaires. Elles n'excluent pas la réflexion dans d'autres domaines. Par ailleurs, diverses mesures, non détaillées dans ce rapport, sont d'ores et déjà en cours de mise en œuvre (actions de formation, modification de la fiche de déclaration obligatoire…).

Au plan national, un groupe constitué autour de la direction générale de la santé, aura pour mission le suivi, l'analyse et l'évaluation des stratégies mises en place. Il proposera le cas échéant une réorientation des stratégies et si besoin une mise à jour du programme en fonction de l'évolution des données de la science et de l'épidémiologie de la tuberculose.

Le programme est organisé en six axes au sein desquels des objectifs et des mesures à mettre en place ou à renforcer sont décrites :

Axe 1. Assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie
Axe 2. Améliorer le dépistage de la tuberculose
Axe 3. Optimiser la stratégie vaccinale par le BCG
Axe 4. Maintenir la résistance aux antibiotiques à un faible niveau
Axe 5. Améliorer la surveillance épidémiologique et les connaissances sur les déterminants de la tuberculose
Axe 6. Améliorer le pilotage de la lutte antituberculeuse

AXE 1. ASSURER UN DIAGNOSTIC PRECOCE ET UN TRAITEMENT ADAPTE POUR TOUS LES CAS DE TUBERCULOSE MALADIE

A. SENSIBILISER ET INFORMER SUR LA TUBERCULOSE

Ce que l'on sait :

Une enquête réalisée début 2006 (l'enquête « Nicoll ») par l'INPES en partenariat avec l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire) auprès de 4112 personnes représentatives de la population française, renseigne sur la perception du risque de tuberculose dans la population : 29,7% des personnes citent la tuberculose parmi les principales maladies infectieuses redoutées, après les méningites, les hépatites et la grippe. La tuberculose est citée en premier par 7,7% d'entre elles. La perception du risque apparaît différente selon l'âge et les catégories socioprofessionnelles. Les personnes âgées de plus de 50 ans sont plus nombreuses à considérer que la tuberculose représente un risque. La catégorie sociale « ouvriers – employés » et celle qui a les revenus les plus modestes mentionnent plus fréquemment ce risque que la catégorie des cadres et celle ayant des revenus plus élevés. Une enquête auprès d'un échantillon représentatif de 2024 médecins (généralistes et pédiatres) a été réalisée simultanément sur le même sujet. Elle montre que très peu de médecins redoutent la tuberculose pour leurs patients : 1 pédiatre sur 1000 et moins de 3 médecins généralistes pour 100.
Par ailleurs, l'expérience de la tuberculose se raréfie parmi les professionnels de santé : en moyenne, un médecin généraliste voit un cas tous les 20 ans et un pneumologue 3 cas par an.

Ce qui est fait :

Des documents de sensibilisation sont réalisés à l'initiative de Conseils généraux, d'associations, tels que le Comité contre les maladies respiratoires et le Comité pour les exilés (Comede), d'organismes publics tels que l'Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM) ou l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Cette communication s'adresse plus spécifiquement aux populations les plus exposées.
Les personnels de la lutte antituberculeuse réalisent des actions d'information et des interventions en prévention primaire. Le temps consacré à ces actions est estimé, dans certaines équipes, à 60% environ de l'activité totale.

Ce que l'on sait être efficace :

La tuberculose est une maladie qui nécessite une démarche active vers des personnes qui sont le plus souvent en situation sociale fragilisée. L'information aux personnes doit être délivrée dans différentes langues.

Tournez la page S.V.P.

L'information des professionnels de santé raccourcit les délais au diagnostic. L'information des autres professionnels exerçant au contact des groupes de population exposés au risque de tuberculose facilite le recours aux soins de ces personnes.

Ce qui doit être fait : les mesures proposées
- Sensibiliser et informer les personnes exposées et développer les outils nécessaires à ces actions.
- Sensibiliser les professionnels de santé au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose.
- Améliorer l'information des professionnels susceptibles d'être confrontés à un cas de tuberculose ou à une action de dépistage

I.A.1. - Sensibiliser et informer les personnes exposées - développer les outils nécessaires à ces actions :

Cible : Les personnes présentant un risque accru de développer une tuberculose maladie, du fait d'un facteur d'exposition ou de leurs conditions de vie : les migrants en provenance de zones géographiques de forte incidence, les personnes détenues, les personnes en situation de grande précarité, les personnes âgées et les personnes en contact avec des personnes à risque de tuberculose maladie.

Modalités :
- Développer des supports nationaux à décliner au niveau local en y intégrant des informations spécifiques et les adaptations nécessaires. L'accent sera mis sur trois thématiques :
  * l'incitation à la consultation « je consulte mon médecin généraliste ou le Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) devant les symptômes suivants … » en insistant sur la gratuité des soins et la garantie de la confidentialité, notamment pour les personnes en situation irrégulière ;
  * l'information sur la tuberculose : l'efficacité du traitement, la contagiosité, les enquêtes autour d'un cas ;
  * l'information sur la vaccination par le BCG.
- Elaborer des référentiels d'intervention : Ces référentiels aideront à construire des actions locales de sensibilisation et d'information et constitueront les bases d'une culture partagée entre les différents intervenants : acteurs de terrain, personnels des services déconcentrés, administration centrale. La définition de méthodologies communes d'intervention et la référence à des actions validées permettront de mieux organiser le partage d'expérience et de disposer d'une expertise commune évaluée périodiquement.

Il est recommandé de partir des questions concrètes que les personnes se posent sur leur santé, et de prendre en compte les différentes organisations sociales structurées (par exemple dans les foyers d'hébergement, en lien avec les responsables administratifs, s'adresser aux représentants des résidents afin de les associer aux démarches d'information).
- Distinguer pour les modes d'actions :
  * Les personnes en situation de précarité qui vivent en collectivité ;
  * Les personnes en situation de précarité qui ne vivent pas en collectivité ;
  * Les personnes originaires de pays de forte incidence qui ne sont pas en situation de précarité, arrivés récemment en France ou retournant fréquemment dans leurs pays d'origine.

Opérateurs et partenaires :
INPES, Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES), Comités de prévention des maladies respiratoires (CNMR), associations, réseaux santé précarité (type Comité médical pour les exilés –COMEDE-, Médecins du Monde – MDM - et autres), ateliers santé ville, CLAT… ANAEM, Commission Interministérielle pour le logement des immigrés (CILPI), responsables gestionnaires de foyers …

Indicateurs possibles :
- Supports diffusés, actions d'information réalisées.
- Enquêtes de perception auprès des publics cibles.

I.A.2. Sensibiliser les professionnels de santé au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose :

Cible : Médecins libéraux, personnel soignant des établissements de santé notamment dans les structures de prise en charge des urgences et les services de gériatrie, professionnels de santé intervenant en milieu carcéral, en dispensaire ou dans des lieux communautaires, médecins coordonnateurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), médecins du travail, professionnels de santé des établissements scolaires et universitaires.

Modalités :
- Cibler les messages sur :
  * La maladie, ses symptômes et son épidémiologie actuelle.
  * Le dispositif de signalement et de déclaration obligatoire ; l'importance du signalement personnalisé aux équipes des CLAT ; l'organisation de la lutte contre la tuberculose.
  * L'intérêt du dépistage dans les populations pour lesquelles l'incidence est élevée, en particulier chez les personnes travaillant au contact d'enfants.

- Utiliser comme vecteurs de communication :
  * La presse médicale, les sociétés savantes, les instances professionnelles.
  * La diffusion à tous les médecins généralistes et les pédiatres d'un « Repères pour votre pratique » de la collection de l'INPES sur le thème de la tuberculose.
  * Les retours d'information vers les médecins après les enquêtes autour de cas et sur les données épidémiologiques de leur zone géographique.

Opérateurs et partenaires :
INPES, Sociétés savantes, groupes d'experts, Unions régionales des médecins libéraux (URML), établissements de santé enseignement universitaire dans le domaine de la santé (médecine, pharmacie, ...), organismes de formation continue des professionnels de santé, presse médicale, CLAT.

Indicateurs possibles :
- Quantification de la diffusion du « repères pour votre pratique ».
- Nombre, pourcentage de médecins formés.
- Nombre de retours d'information après enquêtes autour d'un cas.

I.A.3. Améliorer l'information des autres professionnels susceptibles d'être confrontés à un cas de tuberculose ou à une action de dépistage :

Cible :
- Gestionnaires et responsables de foyers, de structures d'accueil et d'hébergement de populations précaires, de personnes âgées, de structures d'accueil de jeunes enfants, personnels des établissements pénitentiaires. Associations, réseaux santé précarité, médiateurs santé.
- Administrations partenaires : services dépendant du ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, du ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du codéveloppement, du ministère de la justice avec notamment la direction de l'Administration pénitentiaire (DAP), du ministère de l'éducation nationale, de la Commission Interministérielle pour le logement des immigrés (CILPI)...

Modalités :
- Informer sur la maladie, l'importance du diagnostic et du traitement précoces, l'efficacité des traitements et leur relative bonne tolérance, l'importance des enquêtes autour des cas pour la prévention de la tuberculose maladie chez les sujets infectés :
  * Inciter à déclencher des interventions autour de cas dont ces professionnels auraient connaissance.
  * Informer sur le dispositif de lutte antituberculeux (missions et réglementation, rôle et coordonnées des CLAT).
  * Organiser le retour d'information à la suite de diagnostic de cas, d'actions de dépistage...

Ces actions impliqueront des contacts directs avec ces professionnels. Des supports écrits pourront être élaborés.

Opérateurs et partenaires : CLAT, DDASS, établissements de santé, Ateliers santé-ville, CODES, INPES, DGS.

Indicateurs possibles :
- Nombre d'actions d'information
- Nombre, pourcentage de professionnels informés
- Enquêtes de connaissances

B. FAVORISER L'ACCES AUX SOINS ET RENFORCER LA CONFIANCE DANS LE DISPOSITIF DE SOINS

Ce que l'on sait :
L'accès aux soins a plusieurs dimensions : géographique (offre de soins et de transports), financier, culturel, linguistique, juridique... La nature de la réponse du système de santé, la clarté de l'information sur le dispositif (fonctionnement, rôle, situation, géographique) influencent le recours aux soins. Ne pas connaître les conditions de prise en charge financière des soins et ne pas savoir que les professionnels sont tenus à la confidentialité constituent un frein au recours aux soins.
Or, l'accès restreint aux soins altère l'efficacité de la lutte antituberculeuse en favorisant l'augmentation du nombre de cas de tuberculoses ainsi que l'émergence de souches résistantes.

Ce qui est fait :
La prise en charge financière des soins en France garantit un accès pour tous en particulier pour les soins les plus lourds et les plus onéreux. Ces droits sont mal connus, notamment des personnes les plus vulnérables mais aussi des personnes qui jouent un rôle de relais médico-administratifs.
Pourtant, des documents exhaustifs et synthétiques existent (guide du Comité médical pour les exilés –COMEDE- « prise en charge médico-psycho-sociale », téléchargeable sur http://www.leguideducomede.org/).
Une circulaire DGS/DHOS de 2006 rappelle le dispositif d'accès aux soins pour les patients migrants/étrangers infectés par le virus VIH. (CIRCULAIRE N°DGS/SD6A/DHOS/E2/2006/250 du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements de santé).

Tournez la page S.V.P.

Ce que l'on sait être efficace :
Une information claire sur les droits et le dispositif de soins ainsi que l'assurance de la confidentialité facilitent le recours aux soins.
La prise en compte des caractéristiques des populations dans l'organisation de l'offre de soins et de prévention favorise le recours au dispositif.

Ce qui doit être fait : les mesures proposées :
- Informer sur les droits et la couverture maladie.
- Faire connaître le dispositif de dépistage et de soins et les garanties qu'il apporte.
- Adapter les services délivrés aux caractéristiques des populations auxquelles ils s'adressent.

I.B.1. Informer sur les droits et la couverture maladie :

Cible : Les personnes identifiées comme à risque élevé de tuberculose, les associations de malades et d'usagers du système de santé, les professionnels des services administratifs, sociaux, de soins, des associations.

Modalités :
- Intégrer cette information dans les actions de sensibilisation (I.A.1).
- Diffuser les documents du type de celui du COMEDE.
Ces mesures, de portée générale, incluront un volet sur la tuberculose (nature du dispositif de prévention et de soins, affection longue durée).

Opérateurs : DDASS, CLAT, établissements de santé, réseaux santé/précarité type COMEDE, MDM, associations. travaillant avec les publics précaires, les médecins

Indicateurs possibles :
- Nombre et contenu des actions de sensibilisation.
- Quantification de la diffusion de documents d'information.
- Enquêtes de connaissance des publics cibles.

I.B.2. Faire connaître le dispositif de dépistage et de soins et les garanties qu'il apporte :

Modalités :
- Informer sur les CLAT et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en soulignant que ces structures ont aussi pour mission de permettre l'obtention d'une couverture maladie.
- Informer les personnes sur l'assurance de la confidentialité auprès des professionnels de santé (par la mise à disposition de protocoles à respecter en particulier dans les enquêtes autour d'un cas pour surmonter la contradiction entre confidentialité et investigation épidémiologique).
- Intégrer cette information dans les actions de sensibilisation (I.A.1).
Un outil simple décrivant le dispositif, le circuit patient, les différents recours et intervenants et comprenant un annuaire des structures, sera élaboré.

Opérateurs : DDASS, CLAT, établissements de santé, établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), réseaux santé/précarité type COMEDE, MDM, associations.

Indicateurs possibles :
- Nombre et contenu des actions de sensibilisation.
- Quantification de la diffusion des documents d'information.
- Enquêtes de connaissance.

I.B.3. Adapter les services délivrés aux caractéristiques des populations auxquelles ils s'adressent

Modalités :
- Décrire, connaître et impliquer les populations concernées par une démarche associant leurs représentants, les associations, la ville, les conférences santé et les établissements de santé.

- Favoriser la mise en réseau des différents partenaires de façon à faciliter le recours aux interprètes et conseils sociaux et juridiques.

Opérateurs : CLAT, DDASS.

Indicateurs possibles :
- Mesure des recours aux soins et de la réponse du système de santé (motif, demande exprimée, délais).
- Enquêtes de satisfaction.

C. GARANTIR LA QUALITE DES SOINS

Ce que l'on sait :
Plus de 80% des tuberculoses maladies sont diagnostiquées et traitées, au moins initialement, dans les établissements de santé. Le nombre de professionnels prenant en charge des cas diminue avec la baisse de l'incidence de la tuberculose. Le nombre de laboratoires de microbiologie pratiquant la recherche de mycobactéries est très élevé (plus de 300 laboratoires pratiquent des cultures pour mycobactéries). La médiane du nombre de cas de tuberculose diagnostiqués par les laboratoires pratiquant des cultures, était de l'ordre de 10 en 2003.
Il existe un risque de transmission de la tuberculose dans les lieux de soins, augmenté par un retard au diagnostic, à la mise en route du traitement et à la mise en œuvre des mesures de précautions respiratoires. L'application des mesures d'isolement respiratoire est insuffisante et hétérogène selon les établissements et les services.
Un faible niveau d'activité remet en question le maintien de la qualité des pratiques.

Ce qui est fait :
Il existe des recommandations professionnelles sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la tuberculose maladie ainsi que sur les mesures de prévention de la transmission en milieu de soins.

Ce que l'on sait être efficace :
La mise à disposition de protocoles de soins simples, validés et facilement accessibles permet une prise en charge homogène et de qualité.
L'existence d'un réseau de laboratoires publics et privés offrant les compétences techniques requises pour les différentes étapes du diagnostic (microscopie, culture, identification, tests de sensibilité) et facilitant la communication des informations entre laboratoires, cliniciens, autorités sanitaires, contribue à la qualité de la prise en charge des patients et de la lutte contre la tuberculose (recommandations OMS).

L'application des mesures de précaution respiratoire dès la suspicion diagnostique et pendant toute la durée de la phase contagieuse réduit la transmission de la tuberculose en milieu de santé.

Ce qui doit être fait : mesures proposées
- Assurer la disponibilité de protocoles simples de prise en charge de la tuberculose.
- Maintenir la qualité des laboratoires de bactériologie.
- Renforcer la prévention de la transmission dans les milieux de soins.
- Mettre en place une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

I.C.1. Assurer la disponibilité de protocoles simples de prise en charge de la tuberculose :

Cible : Professionnels de santé et de laboratoires.

Modalités :
- Elaborer des protocoles simples et actualisés pour la prise en charge des cas courants et des cas particuliers ; effectuer leur mise à jour.
- Prendre en compte la co-infection VIH et tuberculose en application des recommandations du groupe d'experts dirigé par le Pr Yéni - rapport 2006.
- Diffuser ces protocoles, sous la forme de fiches pratiques et d'outils du type « kit de formation » avec mise à disposition sur des sites Internet faciles d'accès (sites du ministère chargé de la santé, de l'INPES, des sociétés savantes par exemple).
- Inscrire la tuberculose dans les programmes de formation continue, notamment dans les régions de forte incidence ; promouvoir des formations dans le cadre des réseaux organisés autour des CLAT.

En complément, la Haute autorité de santé (HAS) élabore un guide destiné aux professionnels de santé notamment aux médecins traitants, expliquant les parcours de soins, les objectifs de chaque étape, rappelant les modalités de prise en charge de la tuberculose maladie et le suivi.

Opérateurs et partenaires : Groupes d'experts et enseignants, sociétés savantes, organismes de formation continue, HAS.

Indicateurs possibles :
- Liste et accessibilité des protocoles.
- Actions de formation continue.

I.C.2. Maintenir la qualité des laboratoires de bactériologie malgré la diminution du nombre de cas diagnostiqués :

Modalités :
- Recenser les laboratoires impliqués dans les différentes étapes du diagnostic de la tuberculose : microscopie, culture, identification, tests de sensibilité aux antibiotiques et quantifier l'activité de ces laboratoires.

Tournez la page S.V.P.

- Identifier les circuits de transfert entre les laboratoires qui ne pratiquent pas toutes les étapes ci-dessus (ex. : transfert des cultures positives pour identification et tests de sensibilité).
- Sur la base de ces informations, mettre au point avec les biologistes concernés une stratégie de formation continue, d'assurance qualité et de traçabilité de certaines actions (ex. : signalements…).
- Définir avec les biologistes concernés l'organisation des circuits de transferts en cas de faible activité de diagnostic en matière de tuberculose.
- Elaborer des protocoles simples et actualisés pour le diagnostic des cas courants et des cas particuliers ; assurer leur mise à jour périodique.

Opérateurs / partenaires : Laboratoires de bactériologie, CNR, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – Afssaps -, sociétés savantes.

Indicateurs possibles :
- Médiane du nombre de prélèvements traités par les laboratoires.
- Délais prélèvement – résultats.

I.C.3. Renforcer la prévention de la transmission dans les milieux de soins :

Modalités :
- Former les professionnels de santé en milieu de soins aux mesures de prévention de la transmission de la tuberculose.
Ces mesures ont pour objectif, d'une part, de protéger les autres patients et tout le personnel (chambre seule, porte fermée, port d'un masque antiprojection par le patient, aération et ventilation appropriées, limitation des déplacements), d'autre part de protéger spécifiquement les personnes qui sont amenées à partager l'environnement aérien du patient contagieux, c'est à dire avant tout les soignants et les visiteurs (port de masque de protection respiratoire par les soignants et les visiteurs).
- Rappeler les symptômes qui doivent inciter à une consultation.
- Contrôler la qualité des masques de protection respiratoire utilisés par les établissements de santé.
- Renforcer l'application des mesures de prévention de la transmission dans les laboratoires de microbiologie.

Opérateurs / partenaires : gestionnaires d'établissements de santé, médecine du travail, équipes d'hygiène hospitalière, comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou instances équivalentes.

Indicateurs possibles :
- Audit des pratiques (d'isolement et de port de masques).
- Nombre de professionnels formés.
- Nombre de cas de tuberculose infection et tuberculose maladie chez les professionnels de santé.

I.C.4. Mettre en place une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles :

Modalités : élaborer un questionnaire type pour une auto-évaluation des pratiques.

Opérateurs partenaires : HAS, Unions régionales des médecins libéraux (URML), sociétés savantes.

Indicateurs possibles : Réalisation d'audit des pratiques par département ou région.

D. RENFORCER L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET FACILITER L'OBSERVANCE :

Ce que l'on sait :
Le traitement de la tuberculose est long et contraignant. Il nécessite une bonne observance pour être efficace. Les traitements incomplets ou interrompus sont facteurs de sélection de souches résistantes à un ou plusieurs antituberculeux.
On estime entre 10 et 20 % des cas, les situations dans lesquelles l'observance du traitement est difficile. Les facteurs favorisant la non-observance concernent à la fois les équipes soignantes et les patients. Parmi eux, on peut citer :
- la qualité de l'annonce et de l'information lors du diagnostic, de la mise en route du traitement, puis du suivi ;
- la qualité de la formation du soignant et du sens de sa responsabilité dans la réussite du traitement ;
- les difficultés dans la relation soignant/soigné ;
- l'association d'autres pathologies notamment psychiatriques et troubles addictifs ;
- les conditions sociales difficiles (absence de logement par exemple) ;
- les traitements interrompus dans le passé.

Ce qui est fait :
Il n'existe que peu d'expériences ponctuelles d'éducation thérapeutique dans le domaine de la tuberculose.
Des démarches d'éducation thérapeutique sont appliquées dans d'autres maladies et notamment les maladies chroniques (asthme, diabète…). Le plan « qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques » comporte un axe pour le développement de l'activité d'éducation du patient.