seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

ETUDE DE FAISABILITE DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE LA TUBERCULOSE EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE AUPRES DE PERSONNES PRIMO-ARRIVANTES.

Service de Prévention et d'Action Sanitaire
Bureau Santé Publique
Plan Tuberculose - Equipe Mobile

Elise BELLIER
Chargée d'étude
Mars 2013

Table des matières

Introduction 1
1. Contexte 2
1.1. La place de l'étude dans la lutte contre la tuberculose dans le département de la Seine Saint Denis 2
1.2. Les origines des demandes 2
1.3. Problématiques 3
2. Méthode 4
2.1. Objectif général 4
2.2. Objectifs spécifiques 4
2.3. Protocole de l'étude 5
2.3.1. Méthodologie qualitative : l'entretien semi-directif 5
2.3.2. Méthodologie quantitative et qualitative : la revue de la littérature 5
2.3.3. Méthodologies quantitatives 6
2.4. Chronologie des recueils de données 8
2.5. Méthode d'analyse 8
2.5.1. Entretien semi-directif 8
2.5.2. Revue de la littérature 8
2.5.3. Analyse des cas index de tuberculose maladie 8
2.5.4. Questionnaire 9
3. Revue de la littérature 9
3.1. Santé et migration 9
Résumé 12
3.2. Epidémiologie 12
3.2.1. Mondiale 12
3.2.2. La tuberculose pédiatrique 13
3.2.3. France 14
Résumé 16
3.3. Déterminants et facteurs de risque 17
3.3.1. Déterminants de la tuberculose 17
3.3.2. Les déterminants de l'observance de la tuberculose 18
Résumé 21
3.4. La réglementation 22
3.4.1. Réglementation française de la lutte anti-tuberculeuse 22
3.4.2. Réglementation de la scolarisation en milieu scolaire 24
3.4.3. Réglementation de la scolarisation en milieu universitaire 25
3.4.4. Textes officiels relatifs aux missions du service de médecine scolaire 25
3.4.5. Textes officiels relatifs aux missions du service de médecine universitaire 25
Résumé 25
3.5. Les protocoles 27
3.5.1. Dépistage en France auprès du public migrant 27
3.5.2. Protocole de dépistage systématique en France 28
3.5.3. Recommandation de traitements en France 28
3.5.4. Les protocoles de dépistage à l'étranger 28
Résumé 28
3.6. Expériences de dépistage systématique en milieu scolaire ou universitaire 29
3.6.1. En milieu scolaire en France (Annexe 16) 29
3.6.2. En milieu scolaire à l'étranger (Annexe 17) 30
3.6.3. En milieu universitaire en France (Annexe 18) 31

3.6.4. En milieu universitaire à l'étranger (Annexe 19) 31
Résumé 32
4. Analyse des données épidémiologiques du public cible du territoire de la Seine Saint Denis. 34
4.1. Analyse des cas de tuberculose maladie ayant nécessité un dépistage collectif dans un établissement de l'enseignement supérieur pour les années 2010 à 2012. 34
4.1.1. Primo-arrivants en milieu universitaire 36
4.1.2. Cas en milieu universitaire arrivés entre 3 et 5 ans sur le territoire national issu d'un pays à forte incidence 37
4.1.3. Cas en milieu universitaire issus d'un pays de naissance à forte incidence, mais date d'arrivée en France inconnue 38
4.1.4. Co-infection au VIH 38
4.2. Analyse des cas de tuberculose maladie ayant nécessité un dépistage collectif en milieu scolaire pour les années 2010 à 2012. 38
4.2.1. Primo-arrivants 39
4.2.2. Cas arrivés entre 3 et 5 ans sur le territoire national issus d'un pays à forte incidence de la tuberculose. 40
4.2.3. Cas issus d'un pays de naissance à forte incidence, mais la date d'arrivée en France est inconnue 41
4.2.4. Cas des enfants nés en France 41
4.2.5. Co-infection au VIH 42
4.2.6. Public cible et critères d'inclusion 42
4.3. Territoire de la Seine Saint-Denis, déclarations obligatoires de la tuberculose et public cible chez les 6-15 ans pour les années 2010 et 2011. 43
4.4. Discussion et réflexions 46
Résumé 47
5. Enquête par entretiens (Annexe 19) 48
5.1. Définition du public cible 48
5.2. Problématiques perçues du public migrant 49
5.3. Fonctionnement et problématiques des équipes du CLAT 93 50
5.4. Analyse concernant le milieu universitaire 50
5.4.1. Fonctionnement et activités des universités 50
5.4.2. Public étudiant et étudiants étrangers : problématiques perçues 51
5.4.3. Dépistage de la tuberculose et étudiants primo-arrivant 51
5.5. Analyse concernant le milieu scolaire 53
5.5.1. Accès au public 53
5.5.2. Le dépistage systématique de la tuberculose 54
Résumé 56
6. Enquête par questionnaire 58
6.1. Représentativité de l'échantillon 58
6.2. Principaux résultats 59
6.2.1. Profil sociodémographique 59
6.2.2. Résultats quantitatifs 59
6.3. Résultats qualitatifs 60
6.4. Limites 60
6.5. Discussion 61
7. Limites et discussion 62
7.1. Limites 62
7.2. Discussion et conclusion 63

8. Préconisations 64
8.1. En milieu universitaire 64
8.2. En milieu scolaire 65
Bibliographie 69

Table des Annexes :

ANNEXE 1 Guide d'entretien exploratoire 74
ANNEXE 2 Liste des participants a l'enquete par entretiens 75
ANNEXE 3 Questionnaire depistage de la tuberculose 77
ANNEXE 4 Population immigree de la seine saint-denis (recensement insee de 2006) 81
ANNEXE 5 Cartographie des beneficiaires CMU et AME en Seine Saint Denis en 2009 82
ANNEXE 6 Distribution (%) des cas de tuberculose maladie declares par lieu de naissance, france metropolitaine 83
ANNEXE 7 Distribution des cas de tuberculose depistes par l'ofii en fonction d'indicateur sociodemographique durant l'annee 2009 84
ANNEXE 8 Determinants de la tuberculose 85
ANNEXE 9 Facteurs de risque de developpement d'une tb active chez les personnes infectees par mycobacterium tuberculosis 86
ANNEXE 10 Politique vaccinale au bcg 89
ANNEXE 11 Circulaire n°2002-063 relative aux modalites d'inscription et de scolarisation des eleves de nationalite etrangere des premier et second degres 90
ANNEXE 12 Modalites de scolarisation des etudiants etrangers (hors ressortissants de l'union europeenne) dans une universite française 94
ANNEXE 13 Decret n° 2008-1026 relatif a l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de medecine preventive et de promotion de la sante 96
ANNEXE 14 Traitement de la tuberculose maladie et des infections tuberculeuse latentes 100
ANNEXE 15 Reglementations du depistage de la tuberculose chez les enfants migrants de 0 a 17 ans par pays 101
ANNEXE 16 Tableau de synthese des experiences de depistage de la tuberculose en milieu scolaire en France 103
ANNEXE 17 Tableau de synthese des experiences de depistage de la tuberculose en milieu scolaire a l'etranger 108
ANNEXE 18 Fiche pratique du depistage de la tuberculose pour les etudiants etrangers a l'universite de savoie (FRANCE) 115
ANNEXE 19 Fiche pratique du depistage de la tuberculose pour les etudiants en milieu universitaire en belgique 117
ANNEXE 20 Tableau synthetique des principaux themes issus des entretiens 120
ANNEXE 21 Tableau de synthese des principaux resultats de l'enquete aupres des etudiants ayant realise un depistage de la tuberculose suite a une enquete autour d'un cas 121

ANNEXE 22 Tableau des taux d'incidence de tuberculose par pays extraits de la base de données des cas index [TBM] ayant nécessité un dépistage en établissement scolaire et de l'enseignement supérieur entre 2010 et 2012 en fonction de la répartition de l'OMS [2011] 124
ANNEXE 23 Etude de faisabilite en milieu scolaire : tableau d'aide a la decision afin de definir deux territoires pilotes..... 126
ANNEXE 24 Etudiant etranger et depistage de la tuberculose : reglementation et circuit partenarial (Territoire de Seine Saint Denis)……127

Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse due au Bacille de Kock qui atteint plus souvent les poumons, mais peut toucher aussi d'autres organes. Longtemps associé à une perception romantique du début du siècle (le roman « la dame aux Camélias en est un exemple) ; la découverte du bacille est venue transformer cette représentation en la surnommant à « la peste blanche » (associant la tuberculose aux épidémies de la peste noire au Moyen-âge ; Coté, 2000).

Bacille de Koch se transmet exclusivement par voie aérienne lors d'inhalation de sécrétions émises par une personne contagieuse (toux, postillons, éternuements…).Cependant, toutes les personnes exposées au bacille ne sont pas susceptibles d'être infectées. En effet, on estime comme critère d'exposition le fait de rester durant au moins huit heures dans la même pièce non ventilée qu'une personne contagieuse et on évalue que, même dans cette situation, environ 30% des personnes exposées seront infectées. De plus, toutes les personnes infectées ne développent pas la maladie. Pour 90% des personnes infectées, le bacille restera muet dans l'organisme, on parle alors d'infection tuberculeuse latente (ITL), seules 5 à 10% d'entre elles développeront une tuberculose dite tuberculose maladie.

Les symptômes de la tuberculose pulmonaire sont les suivants : toux, fièvre, perte de poids et d'appétit, sueurs nocturnes. Les personnes malades n'ont pas nécessairement tous les symptômes, et ces derniers peuvent être confondus avec ceux de la grippe ou d'une bronchite. Au contraire, l'infection tuberculeuse latente est, par définition, asymptomatique ce qui présente un certain nombre d'enjeux dans les stratégies de lutte antituberculeuse auprès des populations à risque.

À l'échelle mondiale, l'OMS propose six éléments qui visent à éradiquer la maladie : 1) poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS ; 2) lutter contre la co-infection tuberculose/VIH, la tuberculose multi-résistante et répondre aux besoins des populations pauvres et vulnérables ; 3) renforcer les systèmes ; 4) associer tous les dispensateurs de soins ; 5) fournir aux malades et aux communautés les moyens d'agir en travaillant en partenariat ; et 6) promouvoir la recherche (OMS, 2009a).

En France, la tuberculose maladie fait l'objet d'une maladie à déclaration obligatoire ainsi que les infections tuberculeuses latentes (ITL) diagnostiquées chez les enfants de moins de 15 ans. Cependant les notifications pour les ITL sont bien moins réalisées que pour les maladies et l'on ne dispose pas de données solides à l'échelle nationale.

1. Contexte

1.1. La place de l'étude dans la lutte contre la tuberculose dans le département de la Seine Saint Denis

Cette étude de faisabilité s'inscrit dans le plan stratégique de la lutte contre la tuberculose de la Seine Saint Denis mené, sur délégation de l'État, par le Conseil Général de la Seine Saint Denis à travers de CLAT 93 (qui regroupe six Centres Départementaux de Dépistage de Prévention Sanitaire répartis sur le territoire, ainsi qu'une équipe mobile chargée de mettre en place le Plan Tuberculose- Dépistage Systématique).

En effet, un programme national de lutte contre la tuberculose a été élaboré durant la période 2007-2009 et détermine les orientations. Il s'articule autour de six axes : améliorer la surveillance épidémiologique et les connaissances sur les déterminants de la tuberculose ; assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie ; améliorer le dépistage de la tuberculose ; optimiser l'approche vaccinale ; maintenir la résistance aux antibiotiques à un faible niveau ; améliorer le pilotage de la lutte antituberculeuse. Le programme national est ensuite décliné selon les spécificités des territoires. Ce programme national est actuellement en cours d'élaboration et d'actualisation et paraitra courant 2013.

L'objectif prioritaire du CLAT 93 est de rompre les chaines de contamination de la tuberculose afin de diminuer son incidence sur la Seine Saint Denis qui, en 2009, était de 30,3 /100 000 habitants. (ORS Ile-de-France, 2011). Cela concerne toutes les personnes qui ont pu, à un moment ou à un autre, être au contact de la personne malade, atteinte de tuberculose pulmonaire, suffisamment longtemps (au moins 8 heures en proximité étroite avec le CI), dans une période définie en général à 3 mois avant le diagnostic du patient.

D'un point de vue opérationnel, les différentes stratégies sont :

- La vaccination au BCG proposée dans les six CDDPS et PMI. Le CG fournit les vaccins à l'ensemble des PMI et séances publiques du département : en 2008, près de 16 000 BCG ont été réalisés dans les structures publiques sans baisse par rapport aux années précédentes.

Près de 80 % des nourrissons du département sont vaccinés dans les PMI du département qui dans les conditions actuelles deviennent de fait des structures de référence pour cette vaccination.

- Le diagnostic de la tuberculose maladie et des infections tuberculeuses latentes (ITL) qui sont déclinées selon deux modalités :
  - Le dépistage des sujets contacts (SC) à partir de cas de tuberculose maladie déclarée ou cas index (CI) mené par les six CDDPS
  - Lors du dépistage systématique (auprès de population cible) mené par l'équipe mobile
- Le traitement et le suivi des tuberculoses maladies et des ITL diagnostiqués prise en charge par les six CDDPS.

1.2. Les origines des demandes

Cette étude de faisabilité est rattachée aux axes stratégiques développés lors de la création du Plan Tuberculose de la Seine-Saint Denis en 2009. La création de ce Plan sur ce territoire est justifiée par l'élaboration d'un programme régional d'Ile de

France de lutte contre la tuberculose 2008-2011 qui cible plus spécifiquement les groupes à risque que sont les personnes migrantes, les personnes en situation de précarité, les enfants (en rapport notamment avec la recommandation de vaccination par le BCG de tous les enfants franciliens âgés de moins de 15 ans) et les personnes détenues. Le programme a pour objectifs généraux : de réduire l'incidence de la tuberculose en Ile de France et réduire les disparités infra-régionales, améliorer la couverture vaccinale par le BCG.

« Cela se traduit par des objectifs opérationnels : d'amélioration de l'information sur la tuberculose, d'amélioration du dépistage, d'amélioration de l'accès aux soins, pour l'ensemble de la région, avec des actions à décliner en fonction des spécificités locales ». (document de travail, 2009)

Lors de l'élaboration des stratégies du Plan Tuberculose en 2009, un des axes était de développer une action de dépistage systématique auprès de « jeunes enfants migrants primo-arrivant scolarisés ». En effet, les enfants primo-arrivants arrivent en France avec le taux d'incidence de tuberculose de leur pays d'origine d'environ 100 /100 000 voire 150/ 100 000. Il existe une probabilité importante que ces enfants aient été en contact avec le bacille de Kock et hébergent une petite quantité de bacilles à ce stade nommé infection tuberculeuse latente. « L'enjeu consistera à dépister ces infections latentes et à les traiter afin d'éviter un passage vers une tuberculose maladie »(document de travail, CG93, 2009). Il a été envisagé de cibler les élèves allophones scolarisés dans les dispositifs spécifiques de l'Education Nationale.

En 2012, l'étude de faisabilité originellement pour les élèves scolarisés s'est vue élargie aux étudiants en milieu universitaire. En effet, durant ces dernières années, il a été noté un nombre important de cas index nécessitant un dépistage collectif en milieu universitaire. Les équipes des CDDPS ont noté une complexité à mener des enquêtes de cas dû notamment à une difficulté de travail partenarial avec les services universitaires et une faible adhésion des étudiants au dépistage. Ceci engendre une surcharge de travail importante et difficilement gérable en terme de suivi par les équipes. De plus, il a été relevé une augmentation du nombre d'étudiants primo-arrivants parmi les dépistages réalisés ces dernières années.

1.3. Problématiques

Afin de clarifier les enjeux que porte cette étude, il est nécessaire de distinguer les éléments directement imputables au milieu universitaire de ceux attribués au milieu scolaire et enfin ceux transversaux aux deux milieux.

Tout d'abord, il est nécessaire de définir ce qu'on entend par une « personne migrante primo-arrivante » dans le cadre de notre étude. Une personne migrante selon la définition relevée dans l'article de Veisse et al (2012) est une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Une personne migrante inclut cependant une diversité de statuts administratifs liés au politique migratoire en rigueur. Ainsi qu'il soit demandeur d'asile, réfugié, ou en situation irrégulière sur le territoire nationale; l'ensemble de ces statuts est inclus dans la définition de notre population cible. Plus précisément, selon l'Insee, « est primo-arrivante, toute personne étrangère qui arrive pour la première fois en France, en provenance de l'étranger ou, par extension, toute personne régularisée. » (Insee, 1999).

Cependant, la notion de primo-arrivant est ici intriquement liée aux enjeux de santé publique de la tuberculose. Dans le cadre de notre travail, une limite temporelle

et géographique a été incluse en fonction des enjeux épidémiologiques qu'engendre la tuberculose chez les personnes migrantes. Ainsi une personne migrante (quel que soit son statut) arrivée depuis moins de 2 ans sur le territoire national issu d'un pays à forte incidence de tuberculose concerne le public cible de notre étude (Conseil général 93, 2012) ; qu'il soit enfant ou étudiant.

Dans un second temps, il est nécessaire de resituer que l'étude se focalise sur une action spécifique de la lutte contre la tuberculose qui est le dépistage systématique. Par systématique nous entendons le fait d'intervenir spécifiquement auprès du public cible en proposant un dépistage de la tuberculose. Depuis sa création en 2009, celle-ci se présente par la réalisation d'action hors les murs avec la présence d'un camion-radio permettant la réalisation du dépistage et du diagnostic de façon simultanée.

Ensuite, le territoire à l'étude concerne l'ensemble du département de la Seine-Saint-Denis ; permettant ainsi une vision globale de ce que réalise le CLAT 93.

Enfin, il est important de resituer le contexte originel de l'étude. Au préalable, cette étude de faisabilité visait uniquement les enfants primo-arrivants scolarisés comme prévu dans les axes du Plan Tuberculose du CLAT 93. L'objectif est d'alors de dépister les enfants majoritairement concernés par les infections tuberculeuses latentes afin de les traiter. En ce sens, Saiman et coll. (2001) rappellent que le dépistage chez les enfants est indispensable au contrôle et à l'élimination de l'infection.

Concernant le milieu universitaire, la demande récente est issue d'un constat des équipes du CLAT 93 d'une augmentation du nombre d'étudiants primo-arrivants dans les cas de tuberculose. Néanmoins, cette demande incluait une réflexion générale sur la complexité de la lutte antituberculeuse en milieu universitaire notamment à travers la difficulté à mener des enquêtes de cas. Pour le milieu universitaire, le principal enjeu résidera donc dans la capacité à présenter des leviers à ces difficultés à travers la mise en place d'un dépistage systématique.

Dès lors, l'étude de faisabilité, au-delà des aspects techniques et opérationnels qu'elle mettra en évidence, questionnera aussi la pertinence à travers des données objectivables que ce soit en milieu scolaire qu'universitaire.

2. Méthode

2.1. Objectif général

En tenant compte des facteurs contextuels (aspects réglementaires, services existants, structures, acteurs…), cette étude vise à identifier les conditions qui permettent de définir des stratégies de dépistage systématique de la tuberculose en milieu scolaire et universitaire auprès des personnes primo-arrivantes sur le territoire de la Seine Saint-Denis.

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques tendent, pour leur part, à 1) documenter les enjeux liés à la lutte antituberculeuse auprès d'un public migrant 2) réaliser un état des lieux auprès des professionnels du territoire de la Seine Saint-Denis en matière de lutte antituberculeuse et de dépistage systématique, 3) identifier les facteurs associés à la participation d'un dépistage de la tuberculose chez les étudiants ayant été préalablement convoqués suite à une enquête autour d'un cas. 4) dresser un portrait

épidémiologique des cas de tuberculose sur le territoire de la Seine Saint-Denis en milieu scolaire et universitaire.

2.3. Protocole de l'étude

Le protocole de l'étude repose à la fois sur une méthodologie qualitative et quantitative intégrant différents instruments de collectes de données. En ce sens, le cadre méthodologique de l'étude s'inscrit dans le cadre de la triangulation méthodologique (au niveau de la méthode et des techniques utilisées). Selon Apostolidis (2006) la triangulation se définit comme « un principe de validation des résultats par la combinaison de différentes méthodes visant à vérifier l'exactitude et la stabilité des observations. » (p213). Le détail de chaque modalité méthodologique est présenté ci-dessous

2.3.1. Méthodologie qualitative : l'entretien semi-directif

Les entretiens menés lors de cette étude ont été adaptés aux contraintes inhérentes à l'enquête de terrain dont le territoire à l'étude était le département de la Seine Saint-Denis. Si l'entretien de face à face a été privilégié dans la majorité de l'enquête, l'entretien téléphonique a été envisagé pour raisons de commodités (notamment avec des professionnels de l'étranger).
De plus, l'entretien de face à face en individuel a été principalement utilisé, les entretiens collectifs (deux personnes ou plus) ont été réalisés dans un souci d'efficacité.
Enfin, dû aux contraintes (matérielles et temporelles) de l'enquête, il n'a pas été envisagé d'enregistrer puis de retranscrire l'ensemble des entretiens. Le recueil de données qualitatives a été réalisé sous forme de notes de synthèse et d'observations prises par l'enquêteur.

Le guide d'entretien élaboré au préalable, a été construit de manière exploratoire puis s'est vu affiné au fur et à mesure de l'enquête et alimenté par les autres sources de données recueillies (notamment la revue de la littérature). Néanmoins, la trame principale de ce guide se construit en trois temps (Cf Annexe 1):

- Description des missions et activités de l'acteur rencontré
- Étude de faisabilité du dépistage systématique de la tuberculose en milieu scolaire et universitaire auprès de personnes primo-arrivantes
- Recueil de l'ensemble des supports de communication (préventions, informations, sensibilisations…)

L'échantillonnage des entretiens (cf Annexe 2) s'est fait auprès de professionnels de santé, qu'ils soient du champ institutionnel ou associatif réparti comme suit : 27, intervenant sur le territoire de l'étude, 4, intervenant sur des territoires limitrophes et 1 professionnel de l'étranger. Au total, 32 professionnels ont participé à l'étude lors de 25 rencontres. Au total, 7 rencontres concernaient spécifiquement le milieu universitaire (12 professionnels) et 18 le milieu scolaire (correspondant à 20 professionnels).

2.3.2. Méthodologie quantitative et qualitative : la revue de la littérature

Cette partie est consacrée à l'ensemble des supports permettant de recueillir des données à la fois qualitatives et quantitatives. Les aspects réglementaires et protocolaires vis-à-vis de la lutte antituberculeuse ainsi que les aspects liés à

l'éducation nationale et à l'enseignement supérieur sont issus de rapports et de textes officiels.
Concernant les articles scientifiques (article, méta-analyse, thèse) ; une première recherche sur les bases documentaires internationales a permis de sélectionner des articles à partir des mots clés suivants : « screening », « tuberculosis », « migrants » (ou immigrants), « school » (ou « schoolchildren », childhood), « students » (ou « university »). La recherche s'est affinée, par la suite, en fonction de thématiques précisent (les déterminants de la tuberculose, la co-infection VIH et tuberculose, les enjeux liés au suivi et à l'accompagnement des personnes atteintes de la tuberculose etc…)
Enfin, la revue de la littérature a permis d'atteindre un certain nombre d'informations concernant des données épidémiologiques ; qu'elles soient internationales ou locales.

2.3.3. Méthodologies quantitatives

2.3.3.1. Analyses épidémiologiques

- Le milieu scolaire

Le recueil de données quantitatives provenant des cas de tuberculose maladie ayant nécessité un dépistage dans un établissement scolaire ou de l'enseignement supérieur a été mené en collaboration avec les 6 centres départementaux de dépistage de prévention sanitaire à savoir : Saint-Denis, Aubervilliers, Montreuil, Aulnay, Villemomble et Noisy-le Grand.
Les critères d'inclusion dans la base de données sont :

- le type de dépistage : collectif dans un établissement scolaire (école maternelle, primaire, collège, lycée général ou professionnel) ou de l'enseignement supérieur (université, écoles, centre de formation…)
- Le lieu de dépistage : sur le territoire de la Seine-Saint Denis (même si le cas index résidait dans un autre département)
- Dépistage collectif piloté par le CLAT 93 (un des CDDPS)
- Années: 2010, 2011 et 2012 (sur la base de l'année notifiée sur les déclarations obligatoires)
- L'accessibilité aux dossiers du cas index (dossiers « en cours » ou « sortis » par les équipes non inclus)

En parallèle, un travail d'analyse des données épidémiologiques a été réalisé à partir de la base de données statistique issue de déclarations obligatoires recensées par le conseil Général du 93 pour les années 2010 et 2011. Les critères d'inclusions retenues sont :

- La tranche d'âge : 6-15 ans (6 ans étant l'âge obligatoire pour l'instruction d'un enfant et 15 ans, car c'est l'âge limite permettant de recueillir les déclarations obligatoires concernant les ITL.)
- L'année d'arrivée en France (moins de 2 ans traduit statistiquement par: 2 ans moins 1 jour. Exemple : pour les cas de déclarations obligatoires notifiées en 2010, seront considérés comme personne primo-arrivante les personnes arrivées en 2010 et 2009).

Il est important de considérer que ces deux analyses sont distinctes. En effet, ces bases de données n'ont pas été construites sur les mêmes critères d'inclusion. Le premier type d'analyse intègre le type de dépistage alors que la seconde intègre l'âge comme critère d'inclusion. Concernant le milieu scolaire, la première présente

une analyse de cas au niveau descriptif qui permet d'extraire des « profils » mettant en lumière des éléments pertinents que le deuxième type d'analyse ne peut mettre e, évidence. Ces éléments sont notamment liés aux facteurs de risque individuel.
Concernant, le milieu universitaire, seule une analyse des cas de tuberculose maladie issus des dossiers extraits des CDDPS ayant nécessité un dépistage collectif a été considérée. En effet, il n'a pas été possible de délimiter une tranche d'âge reflétant le milieu étudiant, permettant ainsi un traitement statistique à partir des déclarations obligatoires.

2.3.3.2. Enquête par questionnaire (cf Annexe 3)

Cette enquête, à visée exploratoire, a comme objectif d'identifier les facteurs associés à la participation d'un dépistage de la tuberculose chez les étudiants ayant été préalablement convoqués suite à une enquête autour d'un cas. Le questionnaire aborde différents thèmes à savoir :

- Comportement vis-à-vis du dépistage en général
- Connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du dépistage de la tuberculose proposé
- Action de prévention de la tuberculose auprès des étudiants

Les variables sociodémographiques retenues sont :

- Le sexe
- L'année de naissance
- Le type d'hébergement
- Le pays de naissance
- Les voyages à l'étranger dans une région du monde à forte incidence de tuberculose

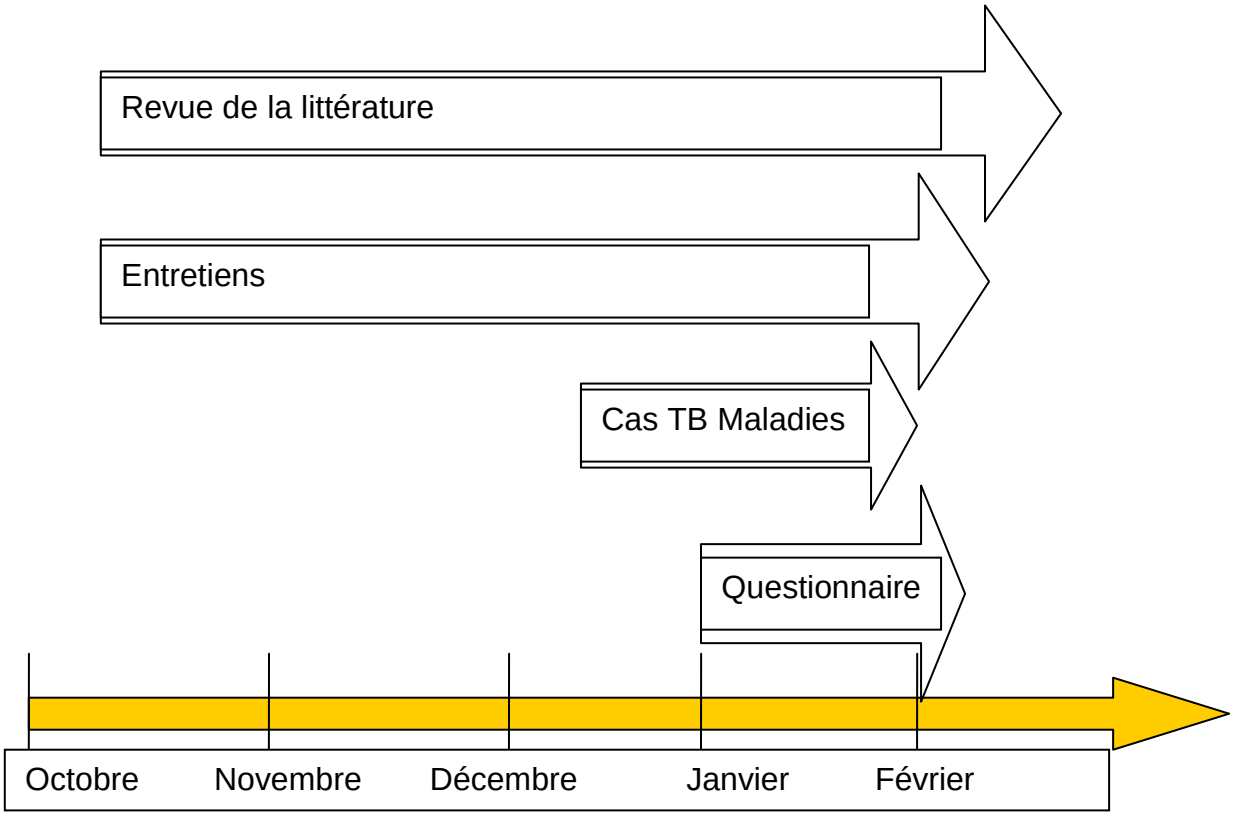
L'enquête s'est déroulée lors d'un dépistage collectif de la tuberculose suite à une enquête autour d'un cas, organisé en milieu universitaire par le CDDPS d'Aubervilliers en janvier 2013.
Le type d'enquête est un questionnaire individuel, auto-administré et non prétesté.

L'échantillon de cette enquête ciblait l'ensemble des étudiants venant se faire dépister lors du premier temps ayant préalablement reçu un courrier. Même si un item aborde le pays de naissance des étudiants (pour évaluer le nombre d'étudiants étrangers) cette enquête ne vise pas explicitement le public cible de cette étude de faisabilité. Au cours de cette journée de dépistage, 80 étudiants sont venus sur les 100 personnes à dépister ; 64 filles et 16 garçons. L'échantillon préalable était de 30 étudiants puis il s'est élevé à 40 au cours de la passation. La participation à l'enquête demeurait libre et volontaire. La représentativité de l'échantillon de l'enquête demeure donc aléatoire.

Les conditions de passation envisagées au préalable, situaient le questionnaire au début du « circuit » de dépistage c'est-à-dire, avant la rencontre avec la secrétaire médicale et la pratique du tubertest par l'infirmière. Cependant, les conditions de passations le jour du dépistage ont été quelque peu modifiées dû à l'affluence des étudiants. Le questionnaire a été proposé avant, pendant et après la rencontre avec la secrétaire médicale. Cette modification méthodologique sera prise en compte lors de l'analyse des résultats.

2.4. Chronologie des recueils de données

Afin de clarifier la méthodologie adoptée, les quatre instruments de collectes de données nécessaires à cette étude sont répertoriés selon une échelle chronologique présentée ci-dessous.



2.5. Méthode d'analyse

2.5.1. Entretien semi-directif

La méthode envisagée pour l'analyse des entretiens auprès des professionnels est une synthèse issue des prises de note de l'enquêteur lors des entretiens avec un tableau de synthèse mettant en évidence les principaux thèmes transversaux.

2.5.2. Revue de la littérature

La revue de la littérature sera analysée sous forme de synthèse en regroupant les principaux thèmes à aborder tels que :

- L'épidémiologie
- Les aspects réglementaires
- Les diverses études relatant la lutte antituberculeuse auprès de personnes migrantes
- Les expériences en milieu scolaire et universitaire

2.5.3. Analyse des cas index de tuberculose maladie

L'analyse des cas s'est faite à l'aide du logiciel Excel afin de construire une base de données. Les résultats seront présentés sous forme de tableau indiquant la valeur absolue et la fréquence (en pourcentage), de graphiques ; mais aussi sous forme de tableau synthétique mettant en évidence des cas spécifiques. Enfin, les résultats

issus de l'analyse de ces cas seront confrontés aux données issues des déclarations obligatoires existantes sur le territoire de la Seine Saint-Denis concernant le public-cible et qui font l'objet d'un traitement statistique annuel.

2.5.4. Questionnaire

L'analyse des questionnaires s'est faite à partir du logiciel Sphinx permettant de réaliser des analyses descriptives ainsi que des analyses croisées. Les résultats des analyses seront présentés sous forme de tableau en termes de valeur absolue et de fréquence (en pourcentage)

3. Revue de la littérature

3.1. Santé et migration

3.1.1. Portrait de la Seine Saint Denis

Avant de rentrer au cœur même du sujet de cette partie qui est la santé chez les personnes migrantes, il nous semble important de dresser un portrait succinct de la population migrante sur le territoire de la Seine Saint Denis.

D'après le Plan Départemental D'intégration de la Seine Saint Denis 2012-2014, La population immigrée en Seine- Saint-Denis compte 394 830 personnes en 2006. Elle représente 26% de la population totale du département soit 9 points de plus que la proportion moyenne des immigrés en Ile-de-France. Sur les 8 départements franciliens, la Seine-Saint-Denis est le département qui compte la proportion la plus importante d'immigrés présents sur son territoire, devant Paris (20%) et le Val-de-Marne (18%).

Une cartographie en Annexe 4 permet de constater la part des immigrés selon les communes. On constate que le territoire peut se diviser en deux : la partie ouest du territoire regroupant la part la plus importante des immigrés non seulement en valeur absolue, mais aussi en proportion par rapport à la taille de la commune ; et la partie Est moins dense. Saint-Denis, Aubervilliers, La Courneuve et Pantin sont de bons exemples de communes regroupant à la fois un nombre d'immigrés important et qui représente une part importante dans la commune. L'annexe 24 présente aussi l'évolution de la part de la population immigrée entre les deux recensements de population. Cependant, il est important de souligner que ces données ne dressent qu'un portait partiel de la population migrante puisque les publics ne rentrant pas dans le PDI sont les suivants :

- « Les ressortissants de l'Union Européenne *(notamment la population Roms fortement présent sur le territoire de la Seine-Saint-Denis)*
- Les personnes en situation irrégulière puisque par définition elles n'ont pas vocation à s'intégrer en France.
- Les demandeurs d'asile (tant qu'ils ne bénéficient pas du statut de réfugié, ils n'ont pas vocation à rester durablement sur le territoire)
- Les personnes immigrées dispensées de la signature du CAI et notamment les étudiants qui n'ont pas vocation à rester durablement sur le territoire. (PDI, 2012) » (PDI, 2011-2014)

Il est nécessaire de mentionner que ces chiffres doivent être donc réévalués à la hausse au vu du public ciblé qu'elle contient.

En effet, d'autres indicateurs peuvent venir alimenter cela. Le rapport de l'Assurance Maladie de la Seine Saint Denis en 2009 dresse un portrait socioéconomique et sanitaire du territoire (pour plus de détail voir le rapport « pauvreté et précarité en

Seine Saint Denis »). En termes d'accès aux droits, nous constaterons qu'en 2009, 91 321 personnes bénéficiaient de la Couverture Médicale Universelles (en deuxième position derrière Paris). Concernant l'Aide Médicale d'Etat (qui concerne les personnes n'ayant pas de titre de séjour et atteste d'une présence sur le territoire national depuis au moins 3 mois), 50 % des bénéficiaires de l'AME sont répartis sur 4 communes (Saint-Denis, Aubervilliers, Montreuil et Pantin) en 2009. La partie Ouest du département concentre toujours le nombre le plus important de bénéficiaires de la CMU et d'AME. (Deux cartographies des bénéficiaires CMU et AME sont référencées en annexe 5 de ce rapport)
Au sujet du PDI, celui-ci présente différents axes stratégiques tels que l'accès aux droits, l'insertion socioprofessionnelle des femmes immigrées entre autres.
Au sein de ce PDI, nous apprenons que la scolarisation est un axe majeur de développement. En effet, celle-ci se décline sous plusieurs actions notamment dans le renforcement de la scolarisation des Elèves nouvellement arrivés en France et le développement des Ateliers Sociolinguistiques (ASL) à travers notamment le dispositif « Ouvrir l'école aux parents » en partenariat avec l'Education Nationale afin de rapprocher les parents de l'école et favoriser ainsi une meilleure intégration.

3.1.2. Eléments de la littérature

Cependant, ces stratégies reflètent partiellement la réalité des problématiques des personnes migrantes abondamment relayées dans la littérature. Dans un article portant sur les différents problèmes auxquels ont dû faire face des familles récemment installées au Québec, Legault et Fortin (1996) ; synthétise ces problématiques ci-dessous :

1. *Travail :* manque de travail, accessibilité, non-reconnaissance de l'expérience de travail à l'extérieur du Canada, déqualification professionnelle, etc.
2. *Logement :* accessibilité, pénurie, qualité, etc.
3. *Langue* : méconnaissance des langues du pays hôte, apprentissage, etc.
4. *Famille* : garde des enfants, modalités d'éducation et de loisirs des enfants, rapports hommes/femmes, etc.
5. *Structures et politiques* : statut d'immigrant (réfugié, regroupement familial, etc.), discrimination, etc.
6. *Personnel* : isolement, ennui, perte du réseau social, discrimination, etc.
7. *Ressources économiques* : pauvreté, etc.

L'ensemble de ces facteurs vient moduler le rapport à la santé que peuvent avoir les personnes migrantes lorsqu'elles arrivent dans un nouveau pays. En effet, la littérature met en évidence que, dans un premier temps, l'état de santé des personnes migrante à l'arrivée dans le pays d'accueil est meilleur que les Français de naissance (en moyenne). Ce qu'on appelle le « healthy migrant effect » est perçu comme un effet « positif » de sélection à la migration : il s'explique par le fait que les candidats à la migration sont en général les individus en meilleur santé que la moyenne par rapport à la population d'origine et la population d'accueil. Cet effet positif serait inversé durant les premières années du fait des conditions de vie dans le pays d'accueil (Hoyez, 2011). Cet élément est important à considérer dans la lutte contre la tuberculose et dans les déterminants qui fondent les personnes migrantes comme un groupe en risque de développer cette maladie.

Plus précisément, la littérature montre notamment que les personnes migrantes ont un plus faible recours soins que les personnes d'origine française. Plusieurs articles montrent notamment que les personnes migrantes ont moins

recours aux médecins généralistes ou aux spécialistes. Ainsi, d'après une enquête réalisée auprès des bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (AME) en 2007, 25% des immigrés déclarent renoncer aux soins (Boisguerin et al, 2008). Celui-ci est expliqué principalement par des difficultés financières (Berchet et Jusot, 2012). De plus, cette même étude met en évidence une disparité similaire en termes de recours aux mesures de prévention. En effet, si la population migrante déclare se faire plus souvent vacciner que la population française à statut socio-économique équivalent ; ils rapportent en revanche moins fréquemment un dépistage au VIH au cours des 12 derniers mois. Dans cet ordre d'idée, certaines études mentionnent que les immigrants seraient également plus à risque de ne pas suivre adéquatement les prescriptions médicales, tant préventives que curatives (Colson et coll., 2010 ; Cabrera et coll., 2001)

Les explications envisagées sont multiples et se synthétisent à travers les différents déterminants de la santé exposés ci-dessus. Il peut être expliqué à « l'effet d'usure »lié à des emplois plus pénibles ou à une situation économique et sociale plus précaire. Le taux de chômage des immigrés en 2007 était 2 fois plus élevé que celui des Français de naissance. Berchet et Jusot montrent aussi que le différentiel de capital social entre la population immigrée et la population française de naissance expliquerait 54% des disparités de santé observées. Par capital social nous entendons, le réseau social (permettant de recevoir un ensemble d'information ; les personnes de ce réseau étant identifié comme des personnes ressources), le réseau de soutien (vers qui la personne peut se tourner afin d'avoir un soutien affectif et émotionnel). La question de l'accessibilité aux soins est aussi considérée comme un déterminant de la santé chez les personnes migrantes. La moindre connaissance du système de soins, le manque de maitrise de la langue du pays d'accueil (Chaouchi et al, 2006) font partie des freins à l'accessibilité. Enfin, la littérature suggère des disparités de santé et de recours aux soins résultant de l'interaction entre les professionnels soignants et la personne soignée ainsi que des modalités organisationnelles du système de santé. Ceci est lié notamment, aux difficultés de communication qui complique la qualité du diagnostic et de la qualité du suivi proposé ensuite. Cela peut être dû aussi aux différentes représentations de la personne migrante en elle-même par le professionnel de santé (allant jusqu'à des pratiques discriminatoires parfois) avec un cadre culturel différent amenant des facteurs explicatifs divergents sur la santé ou la maladie (Carde, 2007). Santé Canada (2002) note d'ailleurs que les membres des groupes minoritaires sont souvent confrontés au racisme institutionnel dans le système des soins de santé. Ce dernier serait caractérisé par : « des perceptions stéréotypées qu'entretiennent certains professionnels de la santé, des barrières linguistiques, le manque de sensibilisation aux différentes communautés, l'absence de compétences sur le plan culturel, les obstacles à l'accès et à l'usage des services et le financement inadéquat à l'égard des services de santé communautaires » (Santé Canada, 2002 : 4-5). Ces facteurs expliqueraient le développement de la tuberculose dans les communautés immigrantes.

Cette sous-partie ne se veut pas exhaustive sur la thématique de santé chez les personnes migrantes. Il nous semblait néanmoins nécessaire de resituer le contexte et le poids des déterminants de la santé pour la suite de notre travail vis-à-vis de notre public cible. Comme l'explique Fassin (1998), « la santé des migrants » ne peut être réduite à un lien explicatif entre santé et origine. L'expression se réfère

à une construction mêlant 1) les déterminants sociaux de la santé, 2) les impacts des politiques d'immigration, du social et de la santé publique, à différentes échelles 3) les pratiques de soins des migrants et des professionnels de santé, 4) les contextes de l'action citoyenne à destination des migrants.

Résumé

Selon le plan Départemental d'intégration de la Seine Saint Denis 2010-2014, 26% de la population sont des personnes immigrées. En termes de flux migratoire, nous pouvons remarquer les communes de la partie ouest du territoire regroupe les plus forts taux d'immigrés (entre 25 et 35%). Nous précisons que ces taux doivent être réévalués à la hausse, car ces données ont un public –cible qui exclue

- « Les ressortissants de l'Union Européenne *(notamment la population Roms fortement présente sur le territoire de la Seine-Saint-Denis)*

- Les personnes en situation irrégulière puisque par définition elles n'ont pas vocation à s'intégrer en France.

- Les demandeurs d'asile (tant qu'ils ne bénéficient pas du statut de réfugié, ils n'ont pas vocation à rester durablement sur le territoire)

- Les personnes immigrées dispensées de la signature du CAI et notamment les étudiants qui n'ont pas vocation à rester durablement sur le territoire. (PDI, 2012) »

Le PDI développe des axes pouvant intéresser les objectifs de cette étude. En effet, la scolarisation des enfants migrant ainsi que les ateliers sociolinguistiques (à travers le programme « ouvrir l'école aux parents » porté par l'Education Nationale) sont des stratégies perçues comme un levier dans le cadre de notre travail.

En revanche la problématique des migrants concernant la santé est mise en second plan. Pourtant, nous savons que la population cumule les facteurs de vulnérabilité (administratif, sociale, économique, logement, culturel, personnel…) qui viennent moduler leur rapport à la santé dans le pays d'accueil. Le « healthy migrant effect » vient corroborer cela. Si les personnes migrantes sont au préalable en moyenne en meilleure santé que la population du pays d'accueil, celle-ci se détériore au fur et à mesure de la vie dans ce pays. Elles déclarent en moyenne, plus de renoncements aux soins et moins de recours au dépistage. L'accessibilité au système de soins ; qu'il soit au niveau de la barrière de la langue, des représentations de la santé et de la maladie, de la relation soignant soigné représente des barrières à l'accès aux soins.

3.2. Epidémiologie

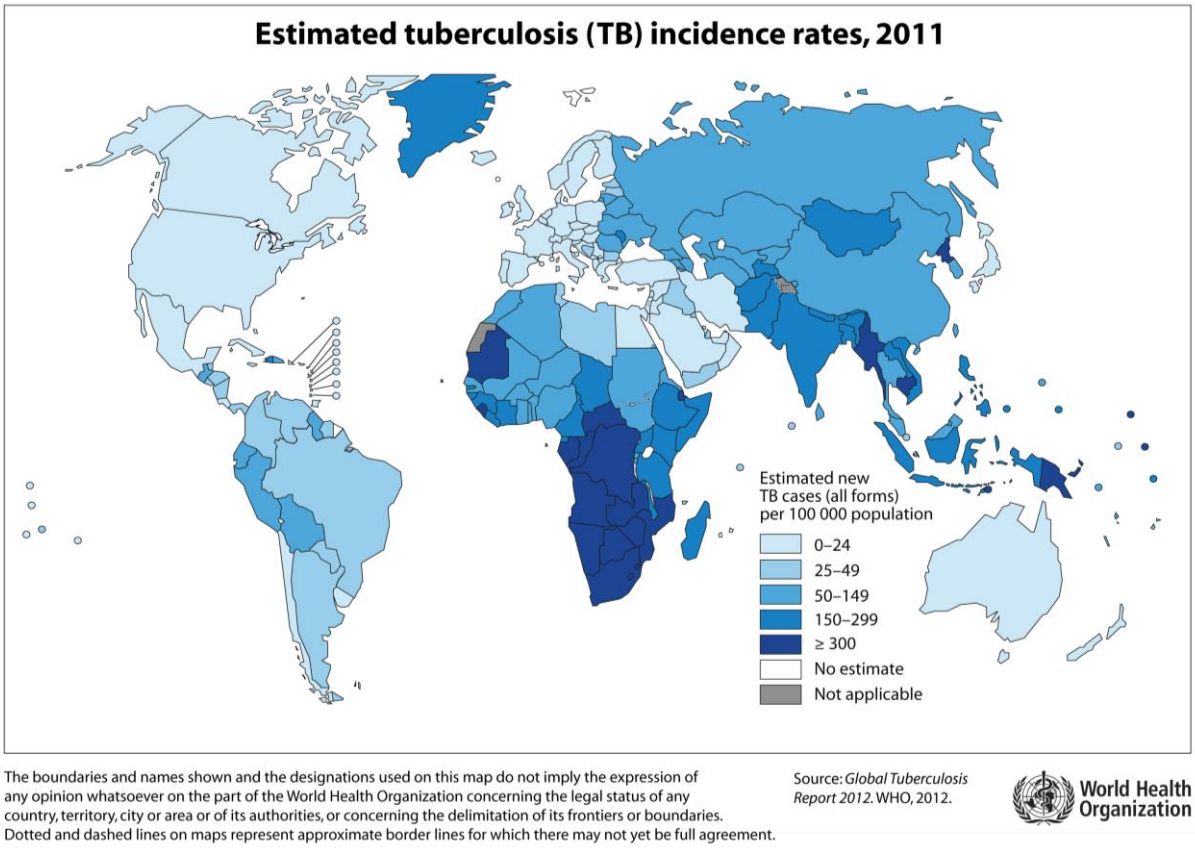
La section suivante présente de manière succincte différentes données épidémiologiques de la tuberculose (qu'elle soit maladie ou en ITL) avec une attention particulière pour les cas pédiatriques à l'échelle mondiale, européen, national et au niveau du territoire de la Seine Saint Denis.

3.2.1. Mondiale

La tuberculose est l'une des maladies dues à un agent infectieux unique les plus meurtrières au monde; elle se situe en seconde position juste après le VIH/sida.

En 2011, 8,7 millions de personnes ont développé la tuberculose et 1,4 million en sont mortes Plus de 95% des décès par tuberculose se produisent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et la maladie est l'une des trois principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 44 ans. (OMS, 2011)

La carte ci-dessous présente le taux d'incidence de la tuberculose par pays en 2011 (OMS, 2011). Nous pouvons remarquer que le continent africain et le continent asiatique sont majoritairement touchés par la tuberculose. L'Afrique Centrale et du Sud regroupe les plus fort taux d'incidence de la tuberculose (> 300/100 000) ainsi que l'Asie et le sous-continent (à partir de 150/100 000). L'Europe de l'Est (principalement les pays de l'ex-URSS) est majoritairement touchée par des taux d'incidence élevés.



Chez les adultes, le passage de la forme latente à celle active se fait dans environ 10 % des cas. Plus précisément, 5 % des personnes infectées développeront la tuberculose active dans l'année suivant l'inhalation du bacille et 5 % au cours de leur vie (Carle, 2011).

3.2.2. La tuberculose pédiatrique

Au niveau mondial, l'OMS (2012) reconnaît que l'ampleur de la tuberculose chez l'enfant est inconnue mais celui-ci estime qu'elle représente environ 6% de tous les cas incidents, la majorité d'entre eux survenant dans des pays à forte charge de morbidité tuberculeuse. En 2011, près d'un demi-million d'enfants (0-14 an(s)) ont développé la tuberculose, et 64 000 sont morts de la maladie

En Europe, en 2010, 3 035 cas de tuberculose pédiatrique (0-14 ans) ont été déclarés et le taux de déclaration variait de 0,0/100 000 à 25,3/100 000 selon les États-membres de l'Union européenne/Espace économique européen (UE/EEE). Les cas pédiatriques représentaient 4,1% des 73 996 cas de tuberculose déclarés en 2010.En 2010, le taux de déclaration est le plus haut chez les enfants âgés d'un an (5,9/100 000) et baisse ensuite pour atteindre 2,6/100 000 chez les enfants de 9 ans avant d'augmenter à nouveau chez les jeunes adolescents (14 ans: 4.9/100 000)
Les cas de tuberculose maladie pédiatrique qui ont une incidence supérieur à 20/100 000 sont représentés dans deux pays : la Roumanie et la Bulgarie. (Sandgren &

Hollo, 2012). Enfin, on peut remarquer que l'Espagne présente le plus fort taux d'incidence de tuberculose pédiatrique par rapport aux autre pays de l'Europe de l'Ouest (4.1 -10/100 000).

Concernant le passage d'une ITL à une tuberculose maladie, les enfants sont exposés à un risque plus important de développer la tuberculose maladie suite à une infection latente : 43 % chez les enfants âgés de moins d'un an, 24 % pour ceux âgés de un à cinq ans et 15 % pour ceux âgés de onze à quinze ans. (Carle, 2011)

3.2.3. France

3.2.3.1. Territoire national et Seine-Saint-Denis

En 2010, le taux de déclaration de la tuberculose pour la France entière était de 8.1/100 000. La région de déclaration la plus importante est l'île de France avec 16.3/100 000 cas contre 6,2 pour le reste de la France.,

Toujours selon cette année, en nous intéressant à la population cible de l'étude, le taux de déclaration était de :

- 1.5 / 100 000 chez les enfants de 5 à 14 ans
- 6.9 /100 000 chez les adolescents et jeunes adultes de 15- 24 ans

En Seine saint Denis, le taux d'incidence de la tuberculose était de 30,3 /100 000 en 2009 (ORS,2011)

3.2.3.2. Population migrante

Au sujet des populations migrantes, en 2010, le taux de déclaration de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger représentaient 36.1/100 000 sur le territoire national. Sur le nombre total des déclarations pour lesquelles le pays de naissance était notifié; 52% étaient nés à l'étranger, dont près des deux tiers (64%) en Afrique. Un graphique présentant le taux d'incidence des cas répertoriés en France en 2008 par zone géographique est disponible en Annexe 6.(Antoun, 2012)

De plus, chez les personnes nées à l'étranger, la tranche d'âge de la population cible de l'étude regroupe les taux les plus élevés allant, de manière croissante, de 11/100 000 chez les 5- 9 ans, jusqu'à 70/100 000 chez les 25-29 ans. (BEH janvier 2012)

De manière plus précise, les personnes ayant déclaré une arrivée sur le territoire national depuis moins de 2 ans représentent 27% des cas de tuberculose pour l'année 2010 contre 16% pour celles arrivées entre 2 et 4 ans sur le territoire nationale. (BEH juin 2012)

Concernant notre public cible, un taux d'incidence a été calculé de 267/100 000 chez les personnes migrantes arrivées depuis moins de 2 ans sur le territoire national 2008 (Beh janvier 2012) et de 238/100 000 en 2009 (Antoun, 2012) Les principales explications épidémiologiques avancées à la surreprésentation de cette population est liée a la réactivation de l'infection importée du pays d'origine principalement à forte incidence de tuberculose.

Le rapport de l'OFII de 2009 sur le registre des cas de tuberculose ayant été diagnostiqué par cet organisme nous donne un autre éclairage sur le profil des personnes migrantes. En 2009, le taux d'incidence de la tuberculose diagnostiqué par l'OFII (au niveau national) était de 140/100 000. Les 4 délégations territoriales franciliennes (à savoir Paris, Cergy, Bagnolet et Montrouge) regroupent 50.6% des cas de tuberculose diagnostiqués. Les différents graphiques mis en Annexe 7 présentent les cas de tuberculoses diagnostiqués par l'OFFI selon différentes variables sociodémographiques. On y apprend :

- que le taux d'incidence a augmenté pour les étudiants entre 2008(63,4/100 000) et 2009 (73/100 000).
- Que les zones de plus forte incidence mondiale de la tuberculose (Asie, Afrique subsaharienne, Europe de l'est) correspondent aux cas incidents du Registre qui est donc représentatif de l'épidémie mondiale.
- Que le sex-ratio est toujours en faveur des hommes et que la tranche d'âge qui est la plus touchée par la tuberculose correspond au 20-29 ans que ce soit chez les hommes (54 cas) que chez les femmes (37 cas) ; correspondant à la tranche d'âge du public de l'étude du milieu universitaire.

En Seine Saint-Denis comme en France métropolitaine, les personnes de nationalité étrangère sont les plus touchés par la tuberculose que les personnes de nationalité française. Entre 1998 et 2003, 70% des déclarations obligatoires (DO) recensées étaient issues de personnes d'origine étrangère. Toujours sur cette même période, 80% des DO du groupe d'origine étrangère correspondent à 15 pays d'origine : Mali, Algérie, Maroc, Pakistan, Haiti, Congo (Brazzavile), RDC, Sénégal, Inde, Cote d'Ivoire, Sri lanka, Turquie, Cameroun, Mauritanie, Portugal.

En 2004-2005, environ 10% des cas tuberculose notifiés concerne des personnes arrivées dans l'année de déclaration, 25% étaient arrivés depuis moins de 2 ans. Au total près de la moitié des cas de tuberculose déclarés cette année-là (49%) chez les personnes d'origines étrangères étaient arrivés depuis moins de 5 ans sur le territoire national.

En 2010, l'incidence la plus élevée s'observe chez les étrangers de 25-39 ans : 1.4/1 000 serait atteint chaque année par cette maladie en Seine Saint-Denis. (ORS, 2011)

Enfin, un point de vigilance est à accorder concernant les formes multi résistantes au traitement de la tuberculose (isoniazide et rifampicine). Selon les données recueillies par l'Invs (BEH, janvier 2012); celles-ci seraient plus fréquentes chez les personnes migrantes que chez les personnes d'origine française (3.2% vs 0.8%)

3.2.3.3. Co-infection au VIH

La tuberculose et le VIH, qui accélèrent mutuellement leur progression, forment une association meurtrière. Une personne positive pour le VIH qui est aussi infectée par le bacille a beaucoup plus de risques de développer une tuberculose évolutive. En 2011, environ 430 000 personnes sont décédées d'une tuberculose associée au VIH. Près de 25% des décès parmi les personnes vivant avec le VIH sont dus à la tuberculose. En 2011, on estimait à 1,1 million le nombre de nouveaux cas de tuberculose chez des personnes positives pour le VIH, 79% d'entre elles vivant en Afrique.

En France en 2009, 48% des personnes diagnostiquées positives au VIH étaient des personnes migrantes, et 50% était des femmes. L'Afrique Sub saharienne reste majoritairement la zone géographique représentée, mais avec une augmentation dans les pays de l'Europe de l'Est. Les personnes migrantes représentaient 16% des diagnostics au stade Sida en 2009 sur le territoire national. (Lot & al, 2012). Toujours cette même année, en Ile de France, la population migrante représentait 62% des diagnostics positifs au VIH. (Lot & al, 2012).

En Seine Saint-Denis, 71% des cas de séropositivités découverts entre 2006 et 2010 était des personnes d'origine étrangère dont 81% était des femmes. (ORS, 2011)

En 2009, concernant les données épidémiologiques de co-infection VIH-TUB chez les personnes migrantes en stade SIDA; 32% ont présenté une tuberculose comme pathologie inaugurale contre 6% pour les personnes nées en France. Les co-infections sont plus importantes chez les migrants nés en Afrique Sub-Saharienne (38%) et en Asie (42%) (Lot & al, 2012).

Résumé

Au niveau mondial, 8,7 millions de personnes ont développé la tuberculose et 1,4 million en sont mortes. Plus de 95% des décès par tuberculose se produisent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et la maladie est l'une des trois principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 44 ans. (OMS, 2011). L'Afrique Centrale et du Sud regroupe les plus fort taux d'incidence de la tuberculose (> 300/100 000) ainsi que l'Asie et le sous-continent indien (à partir de 150/100 000). L'Europe de l'Est (principalement les pays de l'ex-URSS) est majoritairement touchée par des taux d'incidence élevés.

En 2011, près d'un demi-million d'enfants (0-14 an(s)) ont développé la tuberculose, et 64 000 sont morts de la maladie (OMS, 2011). En Europe, en 2010, 3 035 cas de tuberculose pédiatrique (0-14 ans) ont été déclarés. Les cas de tuberculose maladie pédiatrique qui ont une incidence supérieure à 20/100 000 sont représentés dans deux pays : la Roumanie et la Bulgarie. (BEH juin 2012). Concernant le passage d'une ITL à une tuberculose maladie, les enfants sont exposés à un risque plus important de développer la tuberculose maladie suite à une infection latente : 43 % chez les enfants âgés de moins d'un an, 24 % pour ceux âgés de un à cinq ans et 15 % pour ceux âgés de onze à quinze ans. (Carle, 2011)

En 2010, le taux de déclaration de la tuberculose pour la France entière était de 8.1/100 000 et de 30,3/100 000 en Seine Saint Denis.

De manière plus précise, les personnes ayant déclaré une arrivée sur le territoire national depuis moins de 2 ans représentent 27% des cas de tuberculose pour l'année 2010 contre 16% pour celles arrivées entre 2 et 4 ans sur le territoire national. (BEH juin 2012)

Les données issues du rapport de l'OFII datant de 2009 indique que le taux d'incidence a augmenté pour les étudiants entre 2008 (63,4/100 000) et 2009 (73/100 000) et que la tranche d'âge qui est la plus touchée par la tuberculose correspond au 20-29 ans que ce soit chez les hommes (54 cas) que chez les femmes (37 cas) ; correspondant à la tranche d'âge du public de l'étude du milieu universitaire.

En Seine-Saint-Denis, 70% des déclarations obligatoires recensées étaient issues de personnes d'origine étrangère entre 1998 et 2003. En 2004-2005, environ 10% des cas tuberculose notifiés concerne des personnes arrivées dans l'année de déclaration, 25% étaient arrivés depuis moins de 2 ans. Au total près de la moitié des cas de tuberculose déclarés cette année-là (49%) chez les personnes d'origines étrangères étaient arrivés depuis moins de 5 ans sur le territoire national. En 2010, l'incidence la plus élevée s'observe chez les étrangers de 25-39 ans : 1.4/1 000 serait atteint chaque année par cette maladie en Seine Saint-Denis.

En 2009, concernant les données épidémiologiques de co-infection VIH-TUB chez les personnes migrantes en stade SIDA; 32% ont présenté une

tuberculose comme pathologie inaugurale contre 6% pour les personnes nées en France. Les co-infections sont plus importantes chez les migrants nés en Afrique Sub-Saharienne (38%) et en Asie (42%) (Lot & al, 2012).

3.3. Déterminants et facteurs de risque

Cette partie va présenter une revue de la littérature concernant les déterminants et facteurs associés à la tuberculose et à son observance. Sans être exhaustive, elle vise avant tout à mettre en évidence ce qui semble être important à considérer dans le cadre de la mise en place d'une stratégie de lutte contre la tuberculose : l'objet même de notre étude. Nous commencerons donc par présenter les déterminants de la tuberculose (associés à ces facteurs de risques), les déterminants de l'observance associés à la tuberculose et enfin les différents leviers mis en avant dans la littérature.

3.3.1. Déterminants de la tuberculose

Selon le guide de l'OMS (2010) destiné à la réduction des inégalités sociales de santé liée à la tuberculose, les déterminants sociaux influencent la propagation de la tuberculose selon 3 niveaux : (ANNEXE 8)

- les facteurs « d'amont »: liés aux conditions économiques des personnes
- les facteurs dit « intermédiaires » : liés aux conditions sociales de la personne : son statut social, son niveau d'éducation, l'environnement physique (les conditions de logement liées au surpeuplement, à une mauvaise aération), mais aussi à un faible système de santé que ce soit au niveau de la qualité du service qu'en termes d'accessibilité.
- Les facteurs dits « d'aval » : les comportements de santé dans lequel la co-infection au VIH, le diabète, la sous-nutrition (liée au statut socio-économique de la personne) ainsi que des déterminants d'ordre individuel tel que l'âge, le sexe et les facteurs génétiques.

L'ensemble de ces facteurs sont distribué de manière inégale au sein de la population, les personnes pauvres, socialement exclues et migrantes sont exposées à l'infection à la tuberculose de manière disproportionnée (cf partie épidémiologie). Venant confirmer ce lien, les groupes dans lesquels les taux de prévalence de la tuberculose latente sont élevés, par exemple les nouveaux immigrants, sont présents de manière disproportionnelle dans les zones défavorisées (Wanyeki et al, 2006).Les facteurs d'amont et intermédiaires ont été détaillés dans la partie « santé et migration » de ce travail.

Nous allons maintenant nous attarder sur les facteurs d'aval. En effet, le guide de la lutte anti-tuberculeuse canadienne (2007) synthétise l'ensemble des facteurs de risque qui entraine le passage d'une infection tuberculeuse latente à une tuberculose active (voir ANNEXE 9). La co-infection au stade SIDA ou au VIH représente le risque le plus élevé du développement d'une tuberculose active (respectivement multiplié entre 110 et 170, et de 50 à 110 selon les études). Une infection au Bacille récente (moins de deux ans) est aussi présentée comme un facteur de risque élevé (multiplié par 15). Le diabète (tous les types), l'insuffisance pondérale (liée à la sous-nutrition), le tabagisme (Plus de 20% des cas de tuberculose dans le monde peuvent être attribués au tabagisme selon l'OMS, 2011) ainsi que le jeune âge au moment de l'infection (entre 0 et 4 ans) sont considérés comme des facteurs de risques accrus (multiplié par 2 à 5 selon les études).

Concernant les pathologies du diabète et de la tuberculose, l'OMS a construit deux guides d'aide à l'action afin de lutter conjointement sur des déterminants transversaux. En effet, alors que les facteurs d'aval sont souvent les plus ciblés par les politiques de santé publique par des interventions médicales de prévention (avec des spécificités de pratiques sexuelles à risque pour le VIH, les facteurs d'amont et intermédiaires continuer à perpétuer les inégalités sociales de santé. Selon l'OMS (2011 guide diabète et 2012 guide VIH) , les stratégies actuelles doivent être repensées afin de lutter conjointement contre ces pathologies :

- renforcer et améliorer la couverture des programmes de tuberculose, VIh et diabète afin de réduire à morbidité et la mortalité liée à ces trois pathologies
- d'adopter une approche de santé par les déterminants sociaux (notamment les déterminants socio-économiques)
- de renforcer les systèmes de santé, en particulier à travers une approche de soins primaires. C'est ce que recommande aussi le groupe de travail « santé et accès aux soins » (Legros et al, 2012) en privilégiant un accueil à bas seuil d'exigences, un rapprochement des actions de prévention, de dépistage et de soins notamment à travers des bilans de santé.

Ces différents éléments présentés montrent à quel point une vision globale de la santé ainsi qu'une démarche d'action de santé intersectorielle sont requises afin de lutter contre la tuberculose. Il existe des actions qui regroupent cela dans la lutte contre la tuberculose ; notamment l'expérience réalisée au Pérou (Rocha et al, 2011). Ce programme, agissant sur les facteurs socio-économiques de huit quartiers au nord de Lima, à eu des effets positifs sur :

- le recours au dépistage des personnes contacts dans les foyers (passant de 82 à 96 %) ;
- le taux de suivi complet du traitement anti-tuberculose (de 91 à 97 %) ;
- le taux de suivi complet du traitement préventif de la maladie (de 27 % à 87 %).
- le taux de couverture assurance maladie (passant de 36 à 98 %)
- le taux de dépistage du VIH (de 31 à 97 %) ;

De plus, l'évaluation de cette action a permis de mettre en évidence que le recours à un psychologue s'avérait plus adapté que le traitement médicamenteux du fait d'un lien entre dépression sévère et tuberculose ; celle-ci constituant une barrière à l'accès aux soins.

3.3.2. Les déterminants de l'observance de la tuberculose

Un des aspects les plus importants dans le cadre de la lutte anti-tuberculeuse, au-delà du dépistage, est l'observance aux traitements médicamenteux. Dans le cadre d'une thèse réalisée par Carle (2011), cette chercheuse s'intéresse aux enjeux soulevant la question de l'alliance thérapeutique construite à travers l'observance (du côté du médecin) et de l'adhésion thérapeutique (du côté du patient).

En ce sens l'OMS synthétise 5 principales explications associées à la prophylaxie dans le cadre de la tuberculose :

- *les facteurs liés au patient* tels que l'âge, le genre ou l'ethnicité seraient associés à la prise irrégulière des médicaments. Au sujet de l'âge, la revue de la littérature nous montre que les enfants de moins de douze ans ont une prise plus régulière du médicament que les adultes (Brassard et coll., 2005 ; Da Silva et coll., 2006). À l'adolescence, ce groupe d'âge est significativement moins observant (Morisky et coll., 2001). Les données (quantitatives et qualitatives) issues de la thèse de Carle

(2011) concernant l'analyse sociodémographique des dossiers « fermés en cours de traitement » abondent dans le même sens. En effet, parmi les dossiers fermés/inactifs, les patients sont âgés de moins de 4 ans dans 0,7 % des cas (n=1), entre 4 et 6 ans dans 4,6 % des cas (n=4), entre 6 et 8 ans 3,3 % (n=5), 8 et 10 ans 2,4 % (n=19), 10 et 12 ans 17,6 % (n=27), 12 et 14 ans 25,5 % (n=39), plus de 14 ans 37,9 % (n=58). Les explications avancées sont notamment une perception du risque moindre chez les adolescents. Le rôle des parents dans l'adhésion de l'enfant et de la capacité à accompagner l'enfant durant l'ensemble de son traitement devient déterminant. Comme l'explique Carle « Le contexte pédiatrique resitue évidemment le rôle du parent dans la trajectoire thérapeutique ; un soutien et un suivi facilitent (ou obligent) le respect de la prescription médicale » (2011, p146). Sont également associés les éléments liés aux représentations de la tuberculose ou à la perception de l'efficacité du traitement. À titre d'exemple, dans une étude auprès d'immigrants canadiens, une équipe multidisciplinaire composée de 45 médecins et d'anthropologues, signalent plusieurs personnes affirment que la tuberculose maladie n'est pas contagieuse (Gibson et al, 2005). Aussi, ne pas considérer la tuberculose comme une infection contagieuse peut atténuer l'évaluation de sa dangerosité et de la pertinence du traitement.

Enfin, le statut de migrant peut être considéré comme un des facteurs souvent évoqués pour expliquer la prise irrégulière des médicaments. En effet, les immigrants seraient moins observant (Colson et coll., 2010 ; Cabrera et coll., 2001). Ce constat est corroboré par les résultats provenant de l'étude de Carle sur les dossiers « fermés » de la Clinique Saint Justine de Montréal où la majorité des dossiers fermés/inactifs, c'est-à-dire 81 % (n=110), sont ceux d'enfants ayant immigré au Québec depuis moins de 24 mois. L'explication principale est que le statut primo-arrivant englobe l'ensemble des vulnérabilités sociales et structurelles dans lequel la prise de traitement ne serait pas considérée comme une priorité majeure lorsqu'on arrive dans le pays d'accueil.

- *les facteurs liés au traitement* **;** la complexité du schéma thérapeutique ou encore les effets secondaires peuvent être considérés comme des facteurs pouvant influencer l'observance thérapeutique. Dans le cas des traitements pour une ITL, l'enjeu réside dans le fait de traiter à titre préventif sur la base d'un diagnostic asymptomatique. Comme l'étaye Carle, pour bon nombre de famille et professionnel rencontrés lors de sa thèse, le discours médical « vous avez été en contact avec le Bacille, vous n'êtes pas malade, mais il faut quand même vous traiter pour éviter le passage à une tuberculose active » est difficile à comprendre. De même, dans le cadre son travail, Carle a relevé la nécessité pour les familles d'avoir une preuve attestant de la guérison totale de leur enfant ; preuve qu'on ne peut fournir lors d'une ITL que par un certificat de bonne observance au traitement (la radiographie à la fin du traitement n'étant pas réalisé à la Clinique Sainte Justine où a été réalisée l'étude).

- *les facteurs liés à l'équipe soignante (relation soignant/patient)* sont évoqués par l'OMS (2003). Plusieurs études (Van Zyl et coll., 2006 ; Fos et coll., 2005) soulignent l'importance de l'accompagnement et de la supervision (thérapie sous observation directe). Le lien avec l'équipe soignante peut également avoir un impact significatif sur la prise du médicament. Pour les familles immigrantes, une meilleure connaissance de la langue des patients et de leur perception de la maladie

représente également une avenue intéressante pour favoriser l'observance thérapeutique (Carvalho et coll., 2005).
Bischoff et Hudelson (2009) signalent que régulièrement les soignants utilisent des interprètes *ad hoc,* c'est-à-dire un membre de la famille du patient, un ami ou encore un membre du personnel n'ayant pas de connaissances professionnelles en interprétariat. En milieu hospitalier, les enfants se voient souvent octroyer ce rôle lors des situations où les parents sont dans l'impossibilité de communiquer avec le personnel soignant. Au sein de la littérature, on nomme ces enfants « language brokers »(Morales et coll. (2005) ; Love et Buriel (2007)). Les enfants sont placés dans une position de responsable et d'informateur pour les parents. En ce sens, l'OMS (2003) rappelle que la prise du médicament chez les enfants et les adolescents est influencée par la capacité des parents à comprendre et à suivre la prescription médicale.

La place de la médiation socioculturelle prend alors toute son importance, car elle replace l'enfant au cœur de la triangulation soignant-parent-enfant. En effet, celle-ci pourra à la fois faciliter un travail de compréhension entre les parties, mais aussi d'accompagnement dans un système de soins souvent mal compris par la famille migrante. C'est ce que montre l'étude réalisée à Barcelone (Ospina et al, 2012) où le travail des « community health workers » a permis un meilleur suivi des patients diagnostiqués à la tuberculose. Dans cette même étude, le rôle des « community health workers » se résume en trois grands axes :

- Soutien aux équipes soignantes lors des enquêtes de cas ; lors du suivi de traitement et dans la compréhension du système de soins.
- Vecteur d'informations sur la santé à travers la construction d'action de promotions et d'éducation à la santé dans les centres communautaires ou à domicile des patients
- facilitent la mobilisation de la communauté lié aux problématiques de vie quotidienne affectant l'observance au traitement (problématiques administratives, de logement, d'accès aux droits…)

- *les facteurs liés au système de santé* (OMS, 2003). En effet, un tel traitement va de pair avec une surveillance ponctuelle des soignants au moyen de nombreux rendez-vous. Toutefois, des facteurs tels que le temps de déplacement ou les coûts lui étant associés peuvent avoir un impact. Une étude réalisée auprès d'immigrants fréquentant le Chest Clinic of San Francisco's General Hospital, mentionne plusieurs raisons pour expliquer leurs absences aux rendez-vous : le temps de déplacement, l'emplacement de la clinique, l'enregistrement répété à chaque visite, la rigidité des soignants qui reçoivent les patients selon l'ordre d'enregistrement indépendamment des circonstances atténuantes, l'attente prolongée dans les salles surchargées et mal aérées, la présence de personnes ayant des problèmes d'alcool à côté des mères et de leurs enfants, les pratiques punitives du personnel, l'utilisation d'une terminologie médicale et technique par le médecin, etc. Le fait de ne pas considérer les familles en tant qu'unité est aussi signalé comme un élément nuisible. Dans cette étude les enfants et les adultes sont rencontrés par différents médecins et parfois même lors de différents rendez-vous (Rubel et Garro, 1992 : 632).

- *les facteurs socio-économiques et structurels* tels que la pauvreté, les conditions d'habitation et d'emploi, ainsi qu'un manque de soutien social, peuvent influencer l'observance de la médication (préventive ou curative).

A la lumière de ce qui a été présenté ci-dessus, il nous semble important de mettre cela en parallèle avec les enjeux de notre étude. Le dépistage des ITL chez des enfants migrants implique de penser l'action dans une stratégie globale incluant à la fois la démarche de prévention (donc de communication) ou la place de la médiation présente un élément facilitateur ainsi que les enjeux liés à l'alliance thérapeutique lors du suivi de traitement ou la question de l'articulation socio-sanitaire prend toute sa place. Le travail de l'assistante sociale (ou travailleur social au Canada) permet d'établir des « ponts » avec les ressources locales et introduire les familles dans le système de santé du pays d'accueil. (Carle, 2011). Enfin, la prise en compte de la famille comme unité de prise en charge est l'un des éléments les plus importants à considérer. Il est d'ailleurs actuellement mis en place au CDDPS de Villemomble lors de la consultation familiale des familles primo-arrivantes sur le territoire de Clichy sous-bois.

Résumé

Selon l'OMS les déterminants sociaux influençant la propagation de la tuberculose se découpent en 3 niveaux :

- *les facteurs « d'amont »:* liés aux conditions économiques des personnes
- *les facteurs dit « intermédiaires »* : liés aux conditions sociales de la personne : son statut social, son niveau d'éducation, l'environnement physique (les conditions de logement liées au surpeuplement, à une mauvaise aération), mais aussi à un faible système de santé que ce soit au niveau de la qualité du service qu'en termes d'accessibilité.
- *Les facteurs dits « d'aval » :* les comportements de santé dans lequel la co-infection au VIH, le diabète, la sous-nutrition (liée au statut socio-économique de la personne) ainsi que des déterminants d'ordre individuel tel que l'âge, le sexe et les facteurs génétiques. En ce sens, l'OMS recommande une lutte conjointe, que ce soit au niveau de la veille épidémiologique qu'au niveau des modalités d'intervention proposées, des pathologies du VIH et du diabète associées à la tuberculose.

S'agissant des déterminants impactant l'observance au traitement de la tuberculose, l'OMS les distinguent 5 groupes explicatifs:

- *les facteurs liés au patient* tels que l'âge, le genre ou l'ethnicité seraient associés à la prise irrégulière des médicaments. Au sujet de l'âge, la revue de la littérature nous montre que les enfants de moins de douze ans ont une prise plus régulière du médicament que les adultes (Brassard et coll., 2005 ; Da Silva et coll., 2006). À l'adolescence, la donne est différente et ce groupe d'âge est significativement moins observant (Morisky et coll., 2001). Le rôle des parents dans l'adhésion de l'enfant et de la capacité à accompagner l'enfant durant l'ensemble de son traitement devient déterminant. Comme l'explique Carle « Le contexte pédiatrique resitue évidemment le rôle du parent dans la trajectoire thérapeutique, un soutien et un suivi facilitent (ou obligent) le respect de la prescription médicale ». Enfin, le statut de migrant peut être considéré comme un des facteurs souvent évoqués pour expliquer la prise irrégulière des médicaments. En effet, les immigrants seraient moins observant (Colson et coll., 2010 ; Cabrera et coll., 2001). Ce constat est corroboré par les résultats provenant de l'étude de Carle sur les dossiers « fermés » de la Clinique Saint Justine de Montréal où la majorité des dossiers fermés/inactifs, c'est-à-dire 81 % (n=110), sont ceux d'enfants ayant immigré au Québec depuis moins de 24 mois.
- *Les facteurs liés au traitement*. Dans le cas des traitements pour

une ITL, l'enjeu réside dans le fait de traiter à titre préventif sur la base d'un diagnostic asymptomatique. Comme l'étaye Carle, pour bon nombre de famille et professionnel rencontrés lors de sa thèse, le discours « vous avez été en contact avec le Bacille, vous n'êtes pas malade, mais il faut quand même vous traiter pour éviter le passage à une tuberculose active » est un discours difficile à entendre. De même, dans le cadre son travail, Carle a relevé la nécessité pour les familles d'avoir une preuve attestant de la guérison totale de leur enfant ; preuve qu'on ne peut fournir lors d'une ITL que par un certificat de bonne observance au traitement (la radiographie à la fin du traitement n'étant pas réalisé à la Clinique Saint Justine ou a été réalisée l'étude).

- *les facteurs liés à l'équipe soignante (relation soignant/patient)*

Bischoff et Hudelson (2009) signalent que régulièrement les soignants utilisent des interprètes *ad hoc.* En milieu hospitalier, les enfants se voient souvent octroyer ce rôle lors des situations où les parents sont dans l'impossibilité de communiquer avec le personnel soignant. Au sein de la littérature, on nomme ces enfants «language brokers ». La prise du médicament chez les enfants et les adolescents est influencée par la capacité des parents à comprendre et à suivre la prescription médicale.

- *les facteurs liés au système de santé*

La revue de la littérature (notamment l'étude de Rubel et Garro, 1992) mentionne plusieurs raisons pour expliquer leurs absences aux rendez-vous : le temps de déplacement, l'emplacement de la clinique, l'enregistrement répété à chaque visite, la rigidité des soignants qui reçoivent les patients selon l'ordre d'enregistrement indépendamment des circonstances atténuantes, l'attente prolongée dans les salles surchargées et mal aérées, la présence de personnes ayant des problèmes d'alcool à côté des mères et de leurs enfants, l'utilisation d'une terminologie médicale et technique par le médecin, etc. Le fait de ne pas considérer les familles en tant qu'unité est aussi signalé comme un élément nuisible.

- *les facteurs socio-économiques et structurels* énoncés plus haut dans lesquels les conditions de logements ont un impact de taille sur la propagation de la tuberculose

L'ensemble de ces éléments permet de constater à quel point les problématiques peuvent être intriqués et impacter l'observance d'un enfant. La question de la médiation, que ce soit dans la compréhension des représentations culturelles de la maladie, ou dans l'accompagnement dans le système de soins peut être considéré comme un facilitant. De même que l'articulation socio-sanitaire représente élément essentiel dans une vision globale de la santé du patient, considérer la famille comme une unité de prise en charge l'est tout autant. C'est ce que réalise actuellement la consultation familiale primo-arrivant à Clichy sous-bois (via le CDDPS de Villemomble).

3.4. La réglementation

3.4.1. Réglementation française de la lutte anti-tuberculeuse

Le programme national de lutte contre la tuberculose (2007) a été élaboré afin de consolider la diminution progressive de l'incidence de la maladie et de réduire les disparités épidémiologiques. Il a été mis en place en même temps que la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG. Selon HSCP (2011), Si le taux d'incidence des cas de tuberculose déclarée sur le territoire français est en diminution constante (16.5/100 000 en 1993 à 8.1/100 000 en 2010 ; Invs, 2012), il persiste un certain

nombre de disparités territoriales. Il n'existe pas de stratégie de dépistage généralisé, mais celle-ci concerne les populations « à risque » selon les critères suivants :

- ayant été en contact étroit et récent avec un cas contagieux ;
- ayant vécu ou vivant dans un pays de haute incidence (migrants, personnes vivant dans une grande agglomération) ou celles vivant dans des conditions d'hébergement favorisant la transmission (prisons, foyers d'hébergement collectif, SDF) ;
- ayant un risque accru de passage de l'infection à la maladie comme les personnes immunodéprimées ou les enfants.

Selon l'CSHPF (2005) cité par Fraisse (2012), un pays à forte incidence de tuberculose présente une incidence annuelle des cas à examen microscopique positif supérieurs 15/100 000 .

En matière de recommandations, le groupe de travail CSHPF (2005) précise :

- Le dépistage par IDR des enfants primo-arrivants de moins de 15 ans de pays à forte endémie est recommandé. Il a pour but de prescrire un traitement antituberculeux préventif aux enfants infectés.
- Il est recommandé de proposer une radiographie pulmonaire annuelle de surveillance pour les adultes, surtout jeunes, provenant de pays à très forte incidence (>200/100 000) nouvellement arrivés en France.
- Il est recommandé la même démarche de diagnostic et de traitement que celle adoptée lors du bilan initial, pour les enfants migrants récents de pays à forte incidence ayant échappé au bilan d'entrée et vus lors d'une consultation médicale, notamment en PMI ou avant l'admission en collectivité (crèche, école…).

En effet, concernant les personnes migrantes ; la réalisation du dépistage de la tuberculose se fait lors de la visite médicale obligatoire réalisée par l'Office Française d'Immigration et d'Intégration leur permettant d'obtenir le titre de séjour. L'examen médical de l'OFII comprend :

- un examen clinique général
- une radiographie des poumons
- une vérification du statut vaccinal, qui doit être conforme à la législation et à la réglementation en vigueur en France, notamment pour les enfants.

Certaines personnes peuvent également bénéficier d'un dépistage du diabète par mesure de la glycémie capillaire, ou d'une analyse d'urines si le médecin suspecte certaines anomalies. La découverte d'une suspicion de tuberculose n'est pas un motif de refus de délivrance de certificat médical excepté si la personne refuse de suivre le traitement (M'JAMRI-BERTHOU et al, 2009)

En matière de politique vaccinale, si la vaccination au BCG n'est plus obligatoire, celle-ci reste fortement recommandée pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans résident dans la région Ile-de-France. Les différents critères d'inclusion du public à prioriser sont présentés dans l'Annexe 10. Les enfants originaires d'un pays à forte incidence de la tuberculose ou qu'au moins un des deux parents soit originaire d'un pays à forte incidence de la tuberculose font partie du public cible à la vaccination.

Enfin, concernant les personnes atteintes du VIH, il est préconisé de dépister systématiquement l'ITL et la traiter chez les patients infectés par le VIH. Ce dépistage doit donc faire partie du bilan initial. Il sera préférentiellement effectué par un test IGRA dont le résultat est objectif, chiffré, dont la traçabilité est meilleure que celle de l'IDR et dont les performances sont moins affectées que celle de l'IDR. (HSCP, 2011)

3.4.2. Réglementation de la scolarisation en milieu scolaire

La scolarisation des élèves de nationalités étrangères est prise en charge par un dispositif spécifique de l'éducation nationale nommée Centre Académique pour la Scolarisation des élèves allophones Nouvellement Arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de Voyageurs (CASNAV) et qui rattaché aux différentes académies.

Les élèves nouvellement arrivés en France (ENAF) allophones sont intégrés dans différents dispositifs. Dans les établissements du 1er degré, ce sont les Classes d'Intégration (CLIN) et ce sont les Classes d'Accueil (CLA) pour les élèves du second degré.

Concernant le CASNAV du département de la Seine Saint-Denis (rattaché à l'académie de Créteil), les effectifs des ENAF pour l'année 2011-2012 sur le territoire de l'étude sont

- 1090 élèves ENAF dans les établissements du 1er degré
- 1628 élèves ENAF dans les établissements du 2nd degré (collège, lycée général et professionnel)

Soit un total de 2718 enfants correspondant potentiellement à notre public cible.

- <u>Circulaire n° 2002-063 du 20-3-2002 relatif aux modalités d'inscription et de scolarisation des élèves de nationalité étrangère des premier et second degrés</u> (ANNEXE 11)

« Il importe, au préalable, de préciser qu'en l'absence de toute compétence conférée par le législateur, il n'appartient pas au ministère de l'Éducation nationale de contrôler la régularité de la situation des élèves étrangers et de leurs parents au regard des règles régissant leur entrée et leur séjour en France. Il est précisé, en outre, que la loi n° 89-548 du 2 août 1989 ait reporté de seize à dix-huit ans l'âge de détention obligatoire d'une carte de séjour temporaire ou d'une carte de résident
En conséquence, l'inscription, dans un établissement scolaire, d'un élève de nationalité étrangère, quel que soit son âge, ne peut être subordonnée à la présentation d'un titre de séjour.
[…] »

Les démarches à suivre, s'adresser à la mairie de votre domicile en présentant :

- le livret de famille, une carte d'identité ou une copie d'extrait d'acte de naissance ;
- un justificatif de domicile ;
- un document attestant que l'enfant a subi les vaccinations obligatoires pour son âge.

Faire ensuite enregistrer l'inscription de votre enfant par le directeur ou la directrice de l'école élémentaire en présentant :

- le certificat d'inscription délivré par la mairie ;
- le livret de famille, une carte d'identité ou une copie d'extrait d'acte de naissance ;

• un document attestant que l'enfant a subi les vaccinations obligatoires pour son âge (carnet de vaccination par exemple)
Source : Ministère de l'Education Nationales http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20203/references-aux-textes-nationaux.html

3.4.3. Réglementation de la scolarisation en milieu universitaire

Les textes officiels permettant la scolarisation d'étudiants étrangers non ressortissants de l'Union Européen sont disponibles en annexe 12 de ce rapport.
Il est simplement important de souligner que pour toutes démarches d'inscription dans une université française, l'étudiant devra faire une demande de visa long séjour auprès du consulat ou de l'ambassade française de son pays **avant** d'arriver sur le territoire français.

3.4.4. Textes officiels relatifs aux missions du service de médecine scolaire

Le premier bilan de santé obligatoire intervient dans la sixième année de l'enfant, en grande section de maternelle ou au cours préparatoire (CP). Cet examen comprend le repérage précoce des signes qui peuvent entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage : problèmes visuels, auditifs, troubles du langage. Il prévient et détecte les cas d'enfants maltraités.
Source : Ministère de l'Education nationale http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20203/references-aux-textes-nationaux.html

3.4.5. Textes officiels relatifs aux missions du service de médecine universitaire

Décret n°2008-1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (Annexe 13)
Les éléments à retenir concernant les missions des services universitaires de médecine préventive et de promotion à la santé sont :

- l'obligation d'effectuer au moins un examen préventif au cours des trois premières années d'étude
- impulser et coordonner des programmes de prévention et des actions d'éducation à la santé
- En mission facultative : assurer, pour le compte de l'organisme national chargé de l'accueil des étrangers et des migrations, l'examen médical obligatoire prévu par le code du travail pour les étudiants étrangers autorisés à séjourner en France

Cette dernière mesure s'est vue renforcée lors de la parution du Bulletin Officiel du 14 avril 2010
« […] La possibilité d'effectuer, pour le compte de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), la visite médicale des étudiants étrangers non ressortissants de l'Union européenne entrant en France aux fins d'études universitaires
Ces étudiants étrangers doivent en effet, pour obtenir leur titre de séjour, passer une visite médicale dans un centre OFII, en application du décret n° 2009-477 du 27 avril 2009 »

Résumé

Réglementation de la lutte contre la tuberculose

Il n'existe pas de stratégie de dépistage généralisé, mais celle-ci concerne les populations « à risque » selon les critères suivants :

- ayant été en contact étroit et récent avec un cas contagieux ;
- ayant vécu ou vivant dans un pays de haute incidence (migrants, personnes vivant dans une grande agglomération) ou celles vivant dans des conditions d'hébergement favorisant la transmission (prisons, foyers d'hébergement collectif, SDF) ;
- ayant un risque accru de passage de l'infection à la maladie comme les personnes immunodéprimées ou les enfants.

En matière de recommandations, le groupe de travail CSHPF (2005) précise :

- Il est recommandé la même démarche de diagnostic et de traitement que celle adoptée lors du bilan initial, pour les enfants migrants récents de pays à forte incidence ayant échappé au bilan d'entrée et vus lors d'une consultation médicale, notamment en PMI ou avant l'admission en collectivité (crèche, école…).

En effet, concernant les personnes migrantes ; la réalisation du dépistage de la tuberculose se fait lors de la visite médicale obligatoire réalisée par l'Office Française d'Immigration et d'Intégration leur permettant d'obtenir le titre de séjour.

Politique vaccinale

Si la vaccination au BCG n'est plus obligatoire, celle-ci reste fortement recommandée pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans résident dans la région Ile-de-France. Les différents critères d'inclusion du public à prioriser sont présentés dans l'Annexe 10. Les enfants originaires d'un pays à forte incidence de la tuberculose ou qu'au moins un des deux parents soit originaire d'un pays à forte incidence de la tuberculose font partie du public cible à la vaccination

Réglementation en milieu scolaire

Circulaire n° 2002-063 du 20-3-2002

[…] « En conséquence, l'inscription, dans un établissement scolaire, d'un élève de nationalité étrangère, quel que soit son âge, ne peut être subordonnée à la présentation d'un titre de séjour. »

La scolarisation des élèves se réalise soir par la commune pour le 1er degré soit par le chef d'établissement pour le 2nd degré via l'inspection académique. Les pièces justificatives demandées sont :

- le livret de famille, une carte d'identité ou une copie d'extrait d'acte de naissance ;
- un justificatif de domicile ;
- un document attestant que l'enfant a subi les vaccinations obligatoires pour son âge.

Concernant le CASNAV du département de la Seine Saint-Denis (rattaché à l'académie de Créteil), les effectifs des élèves nouvellement arrivés en France (ENAF) pour l'année 2011-2012 sont

- 1090 élèves ENAF dans les établissements du 1er degré
- 1628 élèves ENAF dans les établissements du 2nd degré (collège, lycée général et professionnel)

Soit un total de 2718 enfants correspondant potentiellement à notre public cible.

Précision : Pour les ENAF s'inscrivant dans le 2nd degré, un test de niveau est réalisé par le centre d'information et d'orientation (CIO) de l'inspection académique.

La médecine scolaire préventive
Le premier bilan de santé obligatoire intervient dans la sixième année de l'enfant, en grande section de maternelle ou au cours préparatoire (CP). Cet examen comprend le repérage précoce des signes qui peuvent entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage : problèmes visuels, auditifs, troubles du langage. Il prévient et détecte les cas d'enfants maltraités.

Réglementation en milieu universitaire
Inscription
Il est simplement important de souligner que pour toutes démarches d'inscription dans une université française, l'étudiant (hors ressortissant de l'Union européenne) devra faire une demande de visa long séjour auprès du consulat ou de l'ambassade Française de son pays avant d'arriver sur le territoire française

Service universitaire de médecine préventive et de promotion à la santé
Décret no 2008-1026 du 7 octobre 2008

- l'obligation d'effectuer au moins un examen préventif au cours des trois premières années d'étude
- impulser et coordonner des programmes de prévention et des actions d'éducation à la santé
- La possibilité d'effectuer, pour le compte de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), la visite médicale des étudiants étrangers non ressortissants de l'Union européenne entrant en France aux fins d'études universitaires

Ces étudiants étrangers doivent en effet, pour obtenir leur titre de séjour, passer une visite médicale dans un centre OFII, en application du décret n° 2009-477 du 27 avril 2009 »

3.5. Les protocoles

3.5.1. Dépistage en France auprès du public migrant

Concernant le public migrant originaire de pays endémique; le protocole de dépistage prescrit par la HCSP et l'arrêté du 11 janvier 2006 est le suivant :

- une radiographie pulmonaire (RP) est recommandée pour tous à partir de l'âge de 10 ans à la recherche d'une TM,
- une IDR est recommandée pour les enfants âgés de moins de 15 ans à la recherche d'une ITL.

Pour les enfants âgés de 5 à 15 ans, ce dépistage pourrait être pratiqué avec un test IGRA ce qui limiterait les perdus de vue à la lecture.

Exceptions :

- Pour les enfants âgés de moins de 10 ans, si le résultat de l'IDR est supérieur à 10 mm, il est recommandé de pratiquer une RP (arrêté du 11 janvier 2006 1).
- Pour tous les enfants de moins de 10 ans présentant un certificat de vaccination par le BCG et dont l'examen clinique ne permet pas de suspecter une tuberculose évolutive
- Pour tout étranger présentant une radiographie de moins de 3 mois et dont l'examen clinique ne permet pas de suspecter une tuberculose évolutive

Des précisions sont apportées quant au fonctionnement de la délégation territoriale de l'OFII de Bobigny. En effet, les IDR entre 0 et 6 ans sont réalisés par les structures de Protection Maternelle Infantile (PMI) sur délégation de l'OFII. Les IDR pour les enfants entre 7 et 15 ans sont réalisées par les médecins de l'OFII.

3.5.2. Protocole de dépistage systématique en France

À ce jour, le CLAT 75 (Dépistage Radiologique Itinérant) et le CLAT 93 proposent un dépistage systématique par radiographie pulmonaire pour toutes personnes présentes les critères du public cible (personnes migrantes, vivant dans un Foyer de Travailleur Migrant, dans un centre d'hébergement d'urgence, dans un centre d'accueil de jour ou encore, sur un terrain Roms pour le CLAT 93)

3.5.3. Recommandation de traitements en France

Les recommandations concernant la mise sous traitement des tuberculoses maladies et des infections tuberculeuses latentes sont disponibles en Annexe 14 de ce rapport (SPLF, 2004 et HAS, 2007)

Concernant les modalités de suivi de traitement, l'OFII de Bobigny oriente soit vers les services hospitaliers soit vers les différents CDDPS du département afin de mettre en place le traitement et son suivi (source :entretien médecin OFII, 2012)

3.5.4. Les protocoles de dépistage à l'étranger

Les protocoles de dépistage réalisés lors de l'arrivée pour les personnes migrantes rejoignant le Canada et la Belgique sont mis en Annexes 17.
Un tableau synthétique disponible en Annexe 15 présente les différents protocoles de dépistage de la tuberculose chez les enfants migrants de 0 à 17 dans les pays à faible incidence de la tuberculose (Alvarez et al, 2010)

Résumé

<u>Protocole de dépistage des personnes migrantes en France</u>

- une radiographie pulmonaire (RP) est recommandée pour tous à partir de l'âge de 10 ans à la recherche d'une TM,
- une IDR est recommandée pour les enfants âgés de moins de 15 ans à la recherche d'une ITL.

Pour les enfants âgés de 5 à 15 ans, ce dépistage pourrait être pratiqué avec un test IGRA ce qui limiterait les perdus de vue à la lecture.
Des précisions sont apportées quant au fonctionnement de la délégation territoriale de l'OFII de Bobigny. En effet, les IDR entre 0 et 6 ans sont réalisés par les structures de Protection Maternelle Infantile (PMI) sur délégation de l'OFII. Les IDR pour les enfants entre 7 et 15 ans sont réalisées par les médecins de l'OFII.

<u>Protocole de dépistage des personnes migrantes dans des pays à faible incidence de tuberculose</u> :
Un tableau récapitulatif concernant les enfants est mis en annexe 15 de ce travail. Globalement, les protocoles sont relativement harmonisés. Nous constaterons cependant trois points :

- En Norvège et en Suède, l'IDR est réalisée auprès d'enfant allant jusqu'à 18 ans.

- La vaccination au BCG n'est pas systématiquement proposée
- Le Royaume-Unis est le seul pays proposant l'IDR à des personnes entre 16 et 35 ans issus d'un pays d'Afrique sub-saharienne.

3.6. Expériences de dépistage systématique en milieu scolaire ou universitaire

Cette partie va présenter de manière synthétique les différentes expériences recensées en matière de lutte contre la tuberculose concernant le public cible de cette étude que ce soit en France ou à l'étranger ou en milieu scolaire et universitaire. Afin de ne pas surcharger cette partie ; le détail de chaque expérience est disponible en annexes de ce travail.

3.6.1. En milieu scolaire en France (Annexe 16)

Au niveau du milieu scolaire, une expérimentation a été réalisée auprès de 2 écoles et 1 collège dans la ville de Sarcelles et portée par le CLAT 95.

Nous pouvons retenir que le public de cette action correspond exactement au public cible tel que pensé au préalable puisqu'il vise spécifiquement les élèves nouvellement arrivés allophones dans les CLA/CLIN. Si le rapport coût/résultat semble intéressant en valeur absolue (7 ITL trouvées pour 38 dépistages), un certain nombre d'interrogations peuvent être soulevées quant aux modalités d'interventions envisagées. Tout d'abord, l'action de dépistage étant intra-muros et le public ciblé ; la question de la stigmatisation des élèves (majoritairement intégrés dans des classes ordinaires) a été mise en évidence. Cela pose la question des stratégies de communication envisagées afin que l'action se déroule dans les meilleures conditions. La réunion d'information auprès des parents des enfants concernés a été présentée dans le cadre « de la médecine préventive de l'Éducation Nationale » et mise en évidence des problèmes de communication dû principalement à la barrière de la langue. Enfin, les enjeux du suivi de traitement et de l'accompagnement des enfants ont posé la question de l'articulation sociosanitaire. En effet, les centres de départementaux de dépistage du CLAT 95 ne possèdent pas d'assistante sociale au sein de leurs équipes. Dans le cadre d'une action intra-muros, cette expérimentation a montré l'importance de la planification en fonction du calendrier scolaire et religieux.

Le CLAT 75 a vu sa stratégie évoluée durant ces dernières années. Auparavant, un dépistage systématique par IDR (Intra Dermo Réaction) était organisé annuellement dans toutes classes de CM2 de la ville de Paris (sans facteurs de risques individuels comme critère d'inclusion). Au vu du faible ratio coût/efficacité (Lévy-Bruhl et al, 2008), ainsi qu'à une diminution des ressources financières, un changement de stratégie a été adopté. À ce jour, il a été en effet décidé de mettre en place un dépistage systématique dans les classes de CM2, l'année suivant le diagnostic d'un cas de tuberculose. Néanmoins, l'étude cas-témoins de Lévy-Bruhl portant sur les différentes stratégies de la lutte antituberculeuse en milieu scolaire à Paris a mis en évidence que « […] le principal facteur de risque pour un enfant de présenter un résultat d'IDR anormal est le fait qu'au moins un de ses parents soit né dans un pays de forte prévalence de tuberculose ». Cet élément est à considérer dans le cadre de la redéfinition de notre public cible. Enfin, un autre type d'action a émergé lors de divers échanges avec l'équipe du CLAT 75. L'action présentée n'est pas définie en tant qu'une stratégie de

lutte contre la tuberculose en tant que telle. En effet, celle-ci est plutôt intégrée dans un circuit global où les modalités réglementaires des inscriptions scolaires imposent à tout enfant une mise à jour de la vaccination. C'est lors de cette mise à jour que le dépistage par intra-dermo réaction est réalisé. L'orientation vers la consultation pneumo pédiatrique du CLAT75 se fait systématiquement en cas d'IDR positive. Le partenariat entre les services scolaires de la ville de Paris et les centres de vaccination se fait plus sur une simple orientation que sur un reel accompagnement des familles. La question des perdus de vus, notamment des enfants migrants, peut être posée.

3.6.2. En milieu scolaire à l'étranger (Annexe 17)

Concernant les expériences en milieu scolaire à l'étranger, deux actions ont été recensées : La clinique de la tuberculose à Montréal et la stratégie de lutte contre la tuberculose en milieu scolaire développée en Fédération Bruxelles et Wallonne.

La stratégie adoptée par la Clinique Sainte Justine de Montréal est la plus étayée dans la littérature. C'est pourquoi, nous vous invitons à lire le tableau synthétique disponible en annexe de ce travail ainsi que de consulter la thèse de Carle (2011) et le travail de Brassard et al (2006). La Clinique Sainte-Justine spécialisée en matière de lutte anti-tuberculeuse a développé un dépistage systématique en milieu scolaire depuis 1998. Les éléments perçus comme prometteur dans cette stratégie d'action se situent plus dans les modalités de suivi et d'accompagnement des enfants traités plus que dans l'action de dépistage en elle-même (qui reste un dépistage intramuros à l'école avec une population d'élève nouvellement arrivé sur le territoire repéré dans les classes).

Lors d'un IDR positif, le travail de suivi et d'accompagnement s'inscrit durant les 9 mois de traitement garantissant la guérison à une ITL. Elle se développe sous forme de 5 consultations étalées dans le temps ou le médecin et l'infirmière font un point sur le suivi et l'observance du traitement. Un travail de collaboration avec les pharmacies garantit aussi ce suivi. Au-delà du dépistage de l'enfant, un « bilan de santé migratoire » est proposé systématiquement à la personne accompagnant l'enfant. Le dépistage de la tuberculose est alors intégré lors de ce bilan. L'évaluation de l'action a mis en évidence que l'observance thérapeutique de l'enfant était améliorée lorsqu'au moins 2 membres de son entourage familial avaient été dépistés. Cet élément est en faveur d'une prise en charge familiale.

L'accessibilité de la clinique Saint-Justine située au cœur du quartier cible ainsi que ces modalités organisationnelles (les bilans de santé ainsi que les radiographies sont réalisés dans le même bâtiment) sont des facteurs facilitateurs à considérer. Le travail partenarial avec le centre communautaire du territoire apportant son expertise sur les priorités à donner au quartier est un élément important à intégrer. L'action a évolué en fonction de l'élargissement du groupe cible. En effet, l'inclusion d'un nouveau quartier a vu arriver des enfants nés au Canada atteints d'ITL. Ce nouveau public a redessiné les contours du « groupe à risque ». Les déterminants sociaux de la tuberculose (notamment des conditions de logements fortement présents dans ce quartier) ainsi que le pays de naissance des parents ont été intégrés comme critères d'inclusion.

Néanmoins, la thèse de Carle met en évidence un certain nombre de freins quant à la non-observance des enfants. Les raisons sont multifactorielles et renvoient toutes aux déterminants de la santé et de la tuberculose énoncés plus haut. En ce sens, il est en effet mis en évidence que l'absence d'une articulation socio-sanitaire au sein

de l'équipe médicale de la Clinique est perçue comme un frein dans la prise en charge globale de la famille (Carle, 2011 ; p151)

Les stratégies développées par la FBW en Belgique concernant la lutte anti-tuberculeuse en milieu scolaire ont évolué en fonction des évaluations successives des plans 2002-2007 et 2007-2012 en termes de coût/éfficacité. Le premier plan visant à dépister systématiquement les élèves primo-arrivants a été abandonné suite au faible taux de tuberculose diagnostiqué en dépistage actif au regard de l'investissement humain et organisationnel massif déployé (Wanlin, 2007). Les résultats cliniques de l'ensemble des cas de tuberculose diagnostiqués ont permis de constater que les enfants de nationalité Belge étaient fortement représentés. L'explication avancée est que ce sont des enfants dont les parents sont originaires de pays à forte prévalence de tuberculose (Wanlin, 2012 p7). Cet élément est à considérer dans la redéfinition de notre public cible. Les plans 2007-2012 et 2012-2017 ont redéfini le cadre de la lutte anti-tuberculeuse. Il a été décidé d'inclure le dépistage (par recherche de signes cliniques et de l'anamnèse) lors des bilans de santé obligatoires menés par les Service de Promotion de la Santé à l'Ecole (SPSE). L'enjeu réside alors à la fois dans le travail en amont avec le signalement automatique des élèves primo-arrivants par le directeur de l'école et en aval avec l'orientation vers un dépistage par IDR vers les services des Fonds d'Affection Respiratoire (Wanlin ; 2012). Au-delà du dépistage en lui-même, le plan stratégique de 2012 à 2017 prévoit un axe d'information et de sensibilisation au sein des écoles concernant la tuberculose à partir de supports de documentation développés par la Fares (pour plus d'information, voir le site http://www.fares.be/)

3.6.3. En milieu universitaire en France (Annexe 18)

Comme mentionné dans la partie « réglementation » de ce rapport, il existe actuellement un circuit impliquant à la fois l'OFII et les différents services des universités dans lequel le dépistage de la tuberculose est intégré. Pour illustrer cela, nous prendrons l'exemple du travail collaboratif entre le service de médecine universitaire de l'Université de Savoie et la délégation de l'OFII située à Grenoble (pour plus de détail, voir annexe 18).

La fiche pratique développe l'ensemble des étapes qu'un étudiant étranger (non ressortissants de l'Union Européenne) doit réaliser dans les 3 mois suivants son arrivée afin de valider leur visa long séjour. La première étape consiste à envoyer la demande de visa long séjour (ainsi que les pièces justificatives) à l'OFII de Grenoble. Une fois l'attestation reçue, les étudiants doivent remplir un formulaire de prise de rendez-vous avec le centre de santé de l'université de Grenoble (via le site internet de l'université). Deux visites médicales seront réalisées à savoir le bilan de santé et la radiographie des poumons. La fiche pratique précise l'ensemble des coordonnées des centres permettant les visites médicales. Elle précise aussi qu'une pathologie décelée lors de la visite médicale n'a aucun impact sur la validation du titre de séjour. Une fois les certificats médicaux reçus, les étudiants devront aller se présenter en personne à la délégation de l'OFII afin de valider leur VISA.

3.6.4. En milieu universitaire à l'étranger (Annexe 19)

Entre 2006 et 2012, la Fédération Wallonie-Bruxelles a mis en place une stratégie de lutte antituberculeuse dans les universités dans lequel un dépistage (par radiographie pulmonaire) de l'ensemble des étudiants primo-arrivants était mis en place. L'évaluation réalisée en 2012 a mis en évidence les points suivants :

- Un manque d'harmonisation des pratiques au niveau des protocoles de dépistages au sein des universités (réalisation d'IDR à la place de la radiographie)
- Un rapport cout/efficacité faible : selon les résultats partiels de trois universités, 1333 étudiants primo-arrivants ont été dépistés par radiographie pour une seule tuberculose diagnostiquée en dépistage actif. Dans une autre université, 300 à 400 IDR ont été réalisées annuellement chez les étudiants primo-arrivants pour 8 à 10 prescriptions de traitement annuel (et 2 à 3 abandons de traitement annuels).
- Une redéfinition du groupe à risque : en effet, sur l'ensemble des cas de tuberculose diagnostiqués chez les étudiants durant cette même période (dépistage actif ou passif) près de la moitié était de nationalité Belge mais d'origine étrangère.(Wanlin, 2012)
- Un arrêt des financements du dépistage systématique

À la suite de cette évaluation, il a été décidé de redéfinir l'action de dépistage de la tuberculose en privilégiant une démarche globale de médecine préventive. Cette stratégie à deux axes opérationnels à savoir :

- Le développement de formation auprès des professionnels et d'actions de prévention en sollicitant à la fois les « cercles d'étudiants étrangers » (les associations d'étudiants) ainsi qu'en développant un outil interactif par internet à destination des étudiants sur la tuberculose. L'ouverture à d'autres thématiques de santé à destination des étudiants est aussi envisagée.
- Privilégier le dépistage passif visant la reconnaissance des signes d'appel de la tuberculose (soit par la médecine universitaire au cours d'une visite médicale soit par l'étudiant lui-même)

Résumé

<u>En milieu scolaire :</u>

Expérimentation CLAT 95 (France) (Annexe 16)

- action intra-muros auprès des ENAF : impact de la stigmatisation au niveau des modalités d'intervention
- Communication et sensibilisation auprès des parents : barrière de la langue
- Enjeu dans le suivi et l'accompagnement : absence d'articulation socio-sanitaire
- Choix de l'action en fonction du calendrier scolaire et religieux.
- Absence d'une démarche de prévention et d'information auprès des enfants

CLAT 75 (France) (Annexe 16)

- Abandon du dépistage systématique dû à un ratio cout/efficacité faible
- « […] Le principal facteur de risque pour un enfant de présenter un résultat d'IDR anormal est le fait qu'au moins un de ses parents soit né dans un pays de forte prévalence de tuberculose ». (issu de l'étude Lévy-Bruhl et al, 2008 au sujet de l'efficacité du dépistage systématique dans les classes de CM2 à Paris)
- IDR pratiqué lors de la mise à jour des vaccins nécessaires à la scolarisation des enfants avec une articulation les centres de vaccination et la consultation pneumo pédiatrique du CLAT 75
- Autre stratégie adoptée : dépistage collectif dans les classes de CM2 l'année suivant un cas de tuberculose en milieu scolaire

Dépistage systématique en milieu scolaire (Annexe 17)
(Quartier Côte-des-Neige et Parc-Extension, Montréal, CANADA)

- Action intra- muros : réalisation des IDR auprès d'élèves allophones dans des Classes d'Accueil
- Territoire : forte part de population migrante dans deux quartiers les plus défavorisés de Montréal
- Public : élargissement à des enfants nés au Canada, mais de parents migrants (ainsi que l'environnement physique des quartiers lié aux conditions de logement)
- Partenaires : Organisme communautaire implanté sur le territoire identifié par les habitants ayant une expertise sur les quartiers.
- Accessibilité :

*Proximité géographique de la clinique de la tuberculose
*Unité de consultation : la famille (radiographie et bilan de santé proposés au sein du même service)

- Suivi :

*Proposition d'un « bilan de santé migratoire » à l'entourage familial en intégrant un dépistage de la tuberculose
* Amélioration de l'observance de l'enfant si au moins 2 membres de la famille se sont fait dépister

- Accompagnement

Une équipe référente suit la famille durant 5 consultations échelonnées sur 9 mois (durée du traitement pour ITL au Canada)

Dépistage de la tuberculose lors d'un bilan de santé
(Fédération Wallonie-Bruxelles, BELGIQUE) (Annexe 17)

- 2007 : Abandon du dépistage systématique de la tuberculose auprès des élèves primo-arrivant : rapport cout efficacité faible

* Constats issus des résultats de 2002 à 2007 : élèves de nationalité Belge (mais de parents migrants) fortement représentés

- Stratégie 2007-2017

*Signe d'appel de la tuberculose au cours d'un bilan de santé réalisé par le médecin scolaire avec signalement des élèves primo arrivant par les chefs d'établissement
*Axe de d'information et de sensibilisation pour les élèves

<u>En milieu universitaire</u>
Dépistage de la tuberculose
(Fédération Wallonie-Bruxelles, BELGIQUE) (Annexe 19)

- Abandon du dépistage systématique en 2012 : rapport cout/efficacité trop faible et diminution des financements

*Exemple de résultat : entre 2006 et 2012 Université 1 : 1333 étudiants primo-arrivants ont été dépistés par radiographie pour une seule tuberculose diagnostiquée en dépistage actif.)
*Constats issus des résultats : Près de la moitié des étudiants ayant été diagnostiqués à la tuberculose (quel que soit le type de dépistage) étaient de nationalité Belge.

- Nouvelle stratégie adoptée en 2013

* Axe d'information et de formation auprès des professionnels de santé ainsi qu'en collaborant avec les cercles d'étudiants étrangers.

*Internet comme outil de prévention privilégié
* Privilégier les signes d'appels de la tuberculose en dépistage passif intégrés dans une démarche globale de médecine préventive au cours d'un bilan de santé.

Dépistage de la tuberculose (Annexe 18)
(SIUMPPS Université de Savoie et OFII de Grenoble, France)

- Circuit existant en France entre le service de médecine universitaire et la délégation de l'OFII
- Le bilan de santé ainsi que la radiographie sont réalisés par le service de médecine universitaire. Un certificat médical remis à la fin permet d'avoir le visa délivré par l'OFII.

4. Analyse des données épidémiologiques du public cible du territoire de la Seine Saint Denis.

Cette partie va maintenant présenter les données épidémiologiques correspondant à notre public cible sur le territoire de la Seine Saint-Denis.

Concernant le milieu scolaire, deux types de source de données sont à l'origine de l'analyse. La première concerne les cas index de tuberculose maladies ayant nécessité un dépistage collectif en milieu scolaire et dans des établissements de l'enseignement supérieur entre 2010 et 2012. Sont exclus de ce travail :

- Les cas de tuberculoses maladies de la tranche d'âge scolaire n'ayant pas nécessité de dépistage collectif.
- Les données (ITL ou Tuberculose maladie) issues des dépistages collectifs

La deuxième source concerne les données épidémiologiques issues des déclarations obligatoires pour l'année 2010-2011 concernant les enfants primo-arrivants âgés de 6 à 15 ans.

Au sujet du milieu universitaire, l'analyse concerne les cas index ayant nécessité un dépistage en milieu universitaire.

Le travail de recueil des données qui a servi à la construction de cette base a été extrait à partir des dossiers (incluant feuilles de notification et dossier clinique hospitalier si présent) issus des CDDPS. La date de la notification a été prise comme date de référence et d'inclusion dans la base de données.

Concernant les cas de tuberculose maladie qui ont nécessité un dépistage en établissements scolaires et enseignements supérieurs sur le territoire de la Seine Saint-Denis entre 2010 et 2012 ;

- 75 cas de TM ont été recensés provenant des six CDDPS de Saint-Denis, Aubervilliers, Montreuil, Villemomble, Aulnay-sous-Bois et Noisy-le-Grand.
- 50 sont issus de cas en milieu scolaire allant de l'école maternelle au lycée (notamment professionnel)
- 25 sont issus de cas en milieu universitaire et enseignements supérieurs (incluant des écoles, des centres de formation, BTS et IUT)

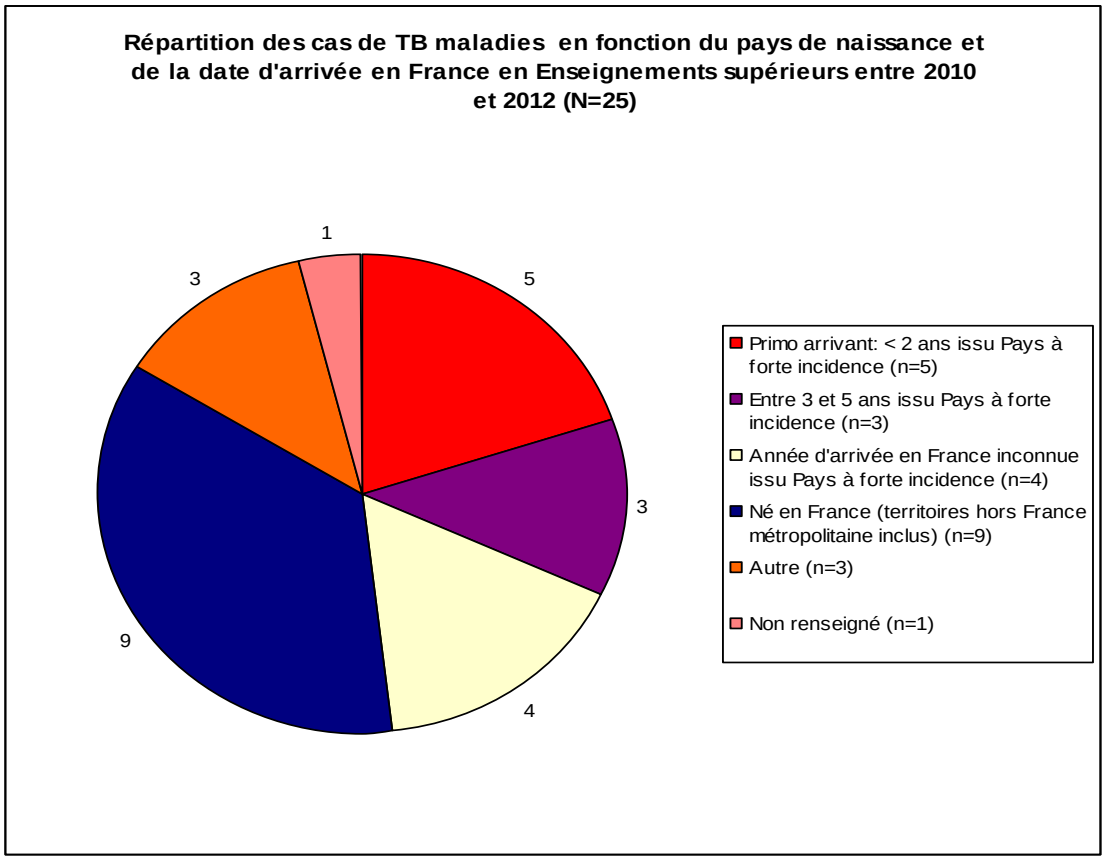
4.1. Analyse des cas de tuberculose maladie ayant nécessité un dépistage collectif dans un établissement de l'enseignement supérieur pour les années 2010 à 2012.

Cette partie va présenter les principaux résultats issus des analyses de cas de tuberculose maladies ayant nécessité un dépistage collectif dans un établissement

de l'enseignement supérieur. Par enseignement supérieur, nous entendons les universités (campus de Paris 8 à savoir : Saint-Denis, Montreuil et Tremblay et de Paris13 : Villetaneuse, La Plaine Saint-Denis, Saint-Denis et Bobigny), les centres de formation et d'apprentissage, les écoles supérieures ainsi que les BTS (même s'ils sont rattachés à des lycées professionnels)

Sur les 25 cas analysés, 12 dépistages ont été réalisés par le CDDPS de Saint-Denis. Trois raisons principales viennent expliquer cela. La première étant due à la proximité géographique des campus universitaires de la Seine Saint-Denis qui se trouvent majoritairement sur le territoire de ce CDDPS. La deuxième explication potentielle est que le CDDPS de Saint-Denis consacre l'entièreté de ses missions à la lutte contre la tuberculose contrairement aux autres CDDPS. La dernière raison est que le secteur de la ce CDDPS recouvre les plus forts taux d'incidence de la Seine Saint-Denis en matière de Tuberculose. (CG 93, 2011)

Le graphique ci-dessous permet de mettre en évidence la répartition des cas de tuberculose maladie en fonction du pays de naissance et de la date d'arrivée en France en Enseignement Supérieur.



5 cas correspondent à notre public cible, 3 cas supplémentaires sont arrivés en France entre 3 et 5 ans ; 4 sont originaires d'un pays à forte incidence, mais dont la date d'arrivée est inconnue ; 9 cas sont nés en France. Dans la catégorie Autre nous incluons des personnes dont le pays de naissance n'est pas un pays à forte incidence de la tuberculose et/ou la date d'arrivée en France (lorsqu''elle est mentionnée) est supérieure à 5 ans.

Enfin, sur 25 cas analysés ; 16 cas sont des étudiants issus des 2 principales universités de Seine Saint-Denis : Paris 8 (7 cas) et Paris 13 (8 cas et 1 non mentionné)

4.1.1. Primo-arrivants en milieu universitaire

Le tableau ci-dessous présente de manières synthétiques les profils des étudiants primo-arrivant en université.

Tableau synthétique : cas index tuberculose maladie population primo-arrivant en Universités

	Tuberculose 1	**Tuberculose 2**	**Tuberculose 3**	**Tuberculose 4**
Sexe	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin
Année de DO	2010	2010	2010	2011
Année de dépistage	2010	2011	2011	2012
Année d'arrivée en France	2009	2009	2009	2011
Année de naissance	1989	1991	1988	1991
Pays de Naissance	Côte d'Ivoire (Incidence : $181/10^5$)	Congo	Sénégal (Incidence : $136/ 10^5$)	Sénégal
Pays de Naissance du Père			Sénégal	Sénégal
Pays de Naissance de la mère			Sénégal	Sénégal
Antécédent de tuberculose dans l'entourage		Oui	Non	Non
Antécédent de tuberculose			Non	
BCG		Non	NSP	Oui
Niveau de scolarisation	Université Paris 13	Université Paris 8	Université Paris 8	Université Paris 13
Type d'hébergement	pas de structure collective		pas de structure collective	Chez un tiers
Commentaires		Pas de voyage récent	Diagnostic OFII	

- **4 cas** sont arrivés depuis moins de 2 ans sur le territoire national provenant d'un pays à forte incidence de la tuberculose ;
  - Part par année de déclaration obligatoire : 3 en 2010, 1 en 2011 ;
  - Part par année de dépistage : 1 dépistage en 2010, 2 en 2011, 1 en 2012 ;

- Les pays représentés sont : Cote d'ivoire (1), Congo (1), Sénégal (2) ;
- 4 sont des étudiants en université (campus universitaires Paris 8 et Paris 13 dont 2 en IUT) ;
- 1 seul était vacciné au BCG, 2 n'ont rien mentionné et 1 ne sait pas ;
- 1 cas a eu des antécédents de tuberculose dans leur entourage, 2 n'en ont pas eu et 1 seul n'a rien mentionné ;
- 3 cas ont précisé qu'ils ne résidaient pas dans une structure collective et 1 seul réside chez un tiers ;
- Pas de voyages récents mentionnés pour aucun des cas ;
- Pour 1 étudiant, le contexte de dépistage s'est fait suite à la réalisation de la radio pulmonaire lors de la visite médicale à l'OFII (Sénégal).

4.1.2. Cas en milieu universitaire arrivés entre 3 et 5 ans sur le territoire national issu d'un pays à forte incidence

Ci-dessous, le tableau synthétique des cas de tuberculose maladie étudiants qui sont arrivés depuis moins de 5 ans sur le territoire national et qui sont issus d'un pays à forte incidence de tuberculose.

Tableau synthétique : cas index tuberculose maladie étudiants arrivés depuis moins de 5 ans d'un pays à forte incidence de tuberculose

	Tuberculose 1	**Tuberculose 2**	**Tuberculose 3**
Sexe	Féminin	Féminin	Masculin
Année de DO	2011	2012	2012
Année de dépistage	2012	2012	2012
Année d'arrivée en France	2008	2007	2009
Année de naissance	1987	1990	1985
Pays de Naissance	Congo	Madagascar (Incidence : $238/10^5$)	Congo
Pays de Naissance du Père			
Pays de Naissance de la mère			
Antécédent de tuberculose dans l'entourage			
Antécédent de tuberculose			
BCG	Présence d'une cicatrice vaccinale		

Niveau de scolarisation	Université Paris 8	Université Paris 13	Université Paris 13
Type d'hébergement			

- **3 cas supplémentaires** correspondent à des personnes arrivées depuis moins de 5 ans sur le territoire issus d'un pays à forte incidence de tuberculose ;
- Part par année de déclaration obligatoire : 1 cas en 2011, 2 en 2012 ;
- Part par année de dépistage : 3 cas en 2012 ;
- Les pays représentés sont : Congo (2) et Madagascar ;
- Les 3 cas sont étudiants en université (1 à Paris 8 et 2 à Paris 13) ;
- 2 cas n'ont pas mentionné de vaccination au BCG et 1 présentait une cicatrice vaccinale ;
- 2 cas n'ont pas mentionné d'antécédent de tuberculose dans l'entourage et 1 a précisé qu'il n'en avait pas ;
- Aucun des cas ne vivait dans un hébergement de type collectif ;
- Pas de voyages récents mentionnés pour aucun des cas ;

4.1.3. Cas en milieu universitaire issus d'un pays de naissance à forte incidence, mais date d'arrivée en France inconnue

Aucun cas en milieu universitaire ne correspond à ce type de critère.

4.1.4. Co-infection au VIH

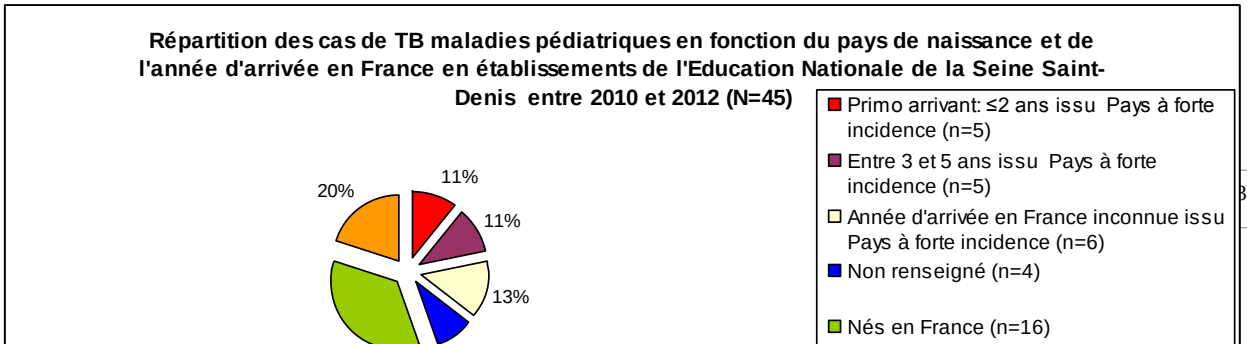
Sur les 25 cas, aucun cas de co-infection au VIH n'a été renseigné.

4.2. Analyse des cas de tuberculose maladie ayant nécessité un dépistage collectif en milieu scolaire pour les années 2010 à 2012.

Cette sous-partie, va présenter l'analyse des cas de tuberculose maladie ayant nécessité un dépistage collectif dans un établissement scolaire entre 2010 et 2012. Sur les 50 cas répertoriés, 5 cas font partie du corps enseignant (professeur, surveillant, aumônier…). 45 cas correspondant à des élèves scolarisés ont été identifiés. L'analyse est présentée ci-dessous.

Concernant la répartition par tranche d'âge en fonction du type d'établissement, 26 cas sont issus des établissements du 2nd degré (collège et lycée) et 19 cas sont issus des établissements du 1er degré (école maternelle et primaire)

Le graphique ci-dessous permet de mettre en évidence la répartition des cas de tuberculose maladie en fonction du pays de naissance et de la date d'arrivée en France de l'Éducation Nationale.



5 cas correspondent à notre public cible, 5 cas supplémentaires sont arrivés en France entre 3 et 5 ans ; 7 sont originaires d'un pays à forte incidence, mais dont la date d'arrivée est inconnue ; 16 cas sont nés en France. Dans la catégorie Autre nous incluons des personnes dont le pays de naissance n'est pas un pays à forte incidence de la tuberculose et/ou lorsque la date d'arrivée en France (si elle est mentionnée) est supérieure à 5 ans.

4.2.1. Primo-arrivants

Ci-dessous, le tableau synthétique présente les 5 cas de tuberculose maladie chez des élèves scolarisés correspondant au public cible de l'étude : élève arrivé depuis moins de 2 ans sur le territoire national issu d'un pays à forte incidence de la tuberculose.

Tableau synthétique : cas index tuberculose maladie population primo-arrivant en établissements scolaires

	Tuberculose 1	**Tuberculose 2**	**Tuberculose 3**	**Tuberculose 4**	**Tuberculose 5**
Sexe	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin
Année de DO	2010	2011	2011	2012	2012
Année de dépistage	2010	2011	2011	2012	2012
Année d'arrivée en France	2008	2009	2009	2011	2011
Année de naissance	1992	1994	1989	2001	2000
Pays de Naissance	Mali (Incidence : 62/ 10^5)	Sri Lanka (Incidence : 66/ 10^5)	Sri Lanka	Roumanie (Incidence : 101/ 10^5)	Cameroun (Incidence : 243/ 10^5)
Pays de Naissance du Père		Sri Lanka		Roumanie	Cameroun
Pays de Naissance de la mère		Sri Lanka		Roumanie	Cameroun
Antécédent de tuberculose dans l'entourage	NSP	Oui		Non	Oui
Antécédent de tuberculose	Non	Non	Non	Non	Non
BCG		Oui	Non	Non	Oui

Niveau de scolarisation	Lycée professionnel	Collège	Lycée	Ecole	Collège
Type d'hébergement	Structure collective			Chez un tiers	Structure collective
Commentaires		CMU CMU-C			

- 5 cas sont arrivés depuis moins de 2 ans sur le territoire national provenant d'un pays à forte incidence de la tuberculose (1 en 2010, 2 en 2011 et 2 en 2012) correspondant à notre population cible de primo-arrivant ;

- Les pays représentés sont : La Roumanie, Le Sri Lanka(2), Le Mali, Le Cameroun ;
- 1 cas était en école primaire, 2 étaient au Collège et 2 en Lycée ;
- 2 étaient vaccinés au BCG, 2 ne l'étaient pas et 1 non mentionné ;
- 1 seul était hébergé en structure collective (lycéen) et 1 autre chez un tiers ;
- 2 cas avaient des antécédents de tuberculose dans leur entourage (Cas venant du Cameroun et du Sri Lanka), 2 n'avaient pas d'antécédent et 1 ne savait pas ;
- Pas de voyages récents dans le pays d'origine mentionnés pour aucun des cas.

4.2.2. Cas arrivés entre 3 et 5 ans sur le territoire national issus d'un pays à forte incidence de la tuberculose.

	Tuberculose 1	**Tuberculose 2**	**Tuberculose 3**	**Tuberculose 4**	**Tuberculose 5**
Sexe	Féminin	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin
Année de DO	2010	2012	2012	2012	2012
Année de dépistage	2010	2012	2012	2012	2012
Année d'arrivée en France	2007	2007	2008	2008	2008
Année de naissance	1996	2007	2004	2001	2004
Pays de Naissance	Cameroun (Incidence : 243/ 10^5)	Roumanie (Incidence : 101/ 10^5)	Roumanie (Incidence : 101/ 10^5)	Maroc	Cameroun (Incidence : 243/ 10^5)
Pays de Naissance du Père	Cameroun	Roumanie	Roumanie	Maroc	Cameroun
Pays de Naissance de la mère	Cameroun	Roumanie	Roumanie	Maroc	Cameroun
Antécédent de tuberculose dans l'entourage	Oui	Oui	Oui		Non
Antécédent de tuberculose				Non	
BCG	NSP	Oui	Oui	NSP	Oui

Niveau de scolarisation	Collège	Ecole Maternelle	Ecole primaire	Lycée	Ecole Primaire
Type d'hébergement		Zone pavillonnaire			
Commentaires		Frères			

- **5 cas supplémentaires** correspondent à des personnes arrivées depuis moins de 5 ans sur le territoire issu d'un pays à forte incidence de tuberculose (1 en 2010 et 4 en 2012)
- Les pays représentés sont : La Roumanie (2), Le Cameroun (2) et le Maroc (incidence : 103/100 000 OMS 2011)
- 1 Cas en école maternelle, 2 en école primaire, 1 en Collège, 1 en lycée
- 1 seul cas était vacciné au BCG (Cameroun), 2 ne l'étaient pas (Roumanie) et 1 ne savait pas
- 3 cas avaient des antécédents de tuberculose dans leur entourage, 1 n'en avait pas et le dernier n'avait rien de mentionné.
- Seulement 2 cas (issus de la même fratrie roumaine) vivaient dans une zone pavillonnaire avec 3 autres familles.
- Pas de voyages récents dans le pays d'origine mentionnés pour aucun des cas.

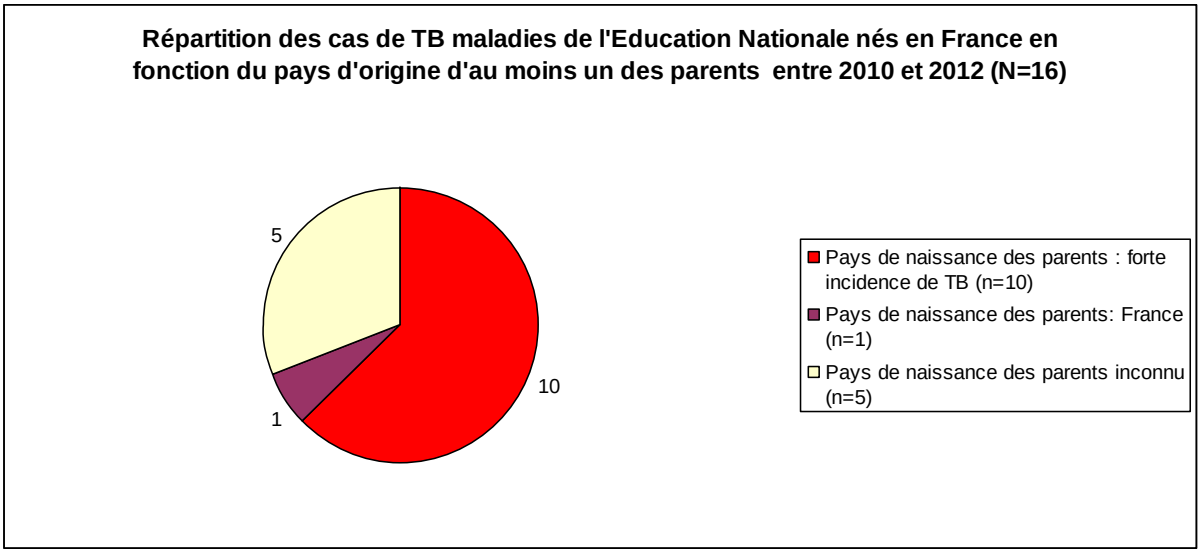
4.2.3. Cas issus d'un pays de naissance à forte incidence, mais la date d'arrivée en France est inconnue

6 cas supplémentaires sont nés dans un pays à forte incidence de tuberculose, mais dont la date d'arrivée sur le territoire national n'est pas mentionnée. (1 en 2010, 1 en 2011 et 4 en 2012)

- Les pays représentés sont : Pakistan (2), Algérie (1), Mali (2), RDC (1)
- 5 cas sont lycéens et 1 est collégien
- 4 sont vaccinés au BCG et 2 ne sont pas mentionnés
- 4 Cas n'ont pas mentionné s'il y avait eu des cas de tuberculose dans l'entourage, 1 cas avait des antécédents de tuberculose dans l'entourage et 1 ne sait pas.
- 5 cas ont précisé qu'ils ne vivaient pas en résidence collective et 1 n'avait rien mentionné.
- 3 cas (2 Pakistan et 1 Mali) ont mentionné des voyages récents dans leur pays d'origine avant le diagnostic de la tuberculose.

4.2.4. Cas des enfants nés en France

Sur 16 cas ayant la France comme pays de naissance, 10 cas avaient des parents dont le pays de naissance est un pays à forte incidence de la tuberculose, 5 cas ne sont pas renseignés, 1 cas a des parents dont le pays de naissance est la France. 5 autres cas correspondent à des enfants dont le pays de naissance d'au moins un des parents n'est pas renseigné.



4.2.5. Co-infection au VIH

Sur 45 cas, 1 seul cas a un diagnostic VIH-TB avéré (transmission mère –enfant)

4.2.6. Public cible et critères d'inclusion

Cette analyse permet de mettre en évidence un certain nombre d'informations. En effet, la proportion d'enfants nés en France (n=16) représente la proportion la plus importante de notre échantillon à l'étude (36 %). Cependant, après une analyse plus fine, on se rend compte que le pays de naissance d'au moins un des deux parents de ces cas est issu d'un pays à forte incidence de la tuberculose.
Le tableau ci-dessous présente des exemples de cas de tuberculose maladie pédiatriques qui sont, à ce jour, exclus des critères d'inclusion du public cible : moins de 2 ans sur le territoire national issu d'un pays à forte incidence de la tuberculose.

<u>Un exemple du public cible potentiel non inclus à partir des critères établis à ce jour :</u>

	Tuberculose 1	**Tuberculose 2**	**Tuberculose 3**	**Tuberculose 4**
Sexe	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
Année de DO	2010	2010	2010	2011
Année de dépistage	2011	2011	2010	2011
Année de naissance	2006	2008	2003	1999
Pays de Naissance	Portugal	France	France	Etats-Unis
Année d'arrivée en France	2007			2004
Pays de Naissance du Père	Cap Vert (Incidence : 145/ 10^5)	Cap Vert	Angola (Incidence : 310/ 10^5)	Inde (Incidence : 181/ 10^5)
Pays de Naissance de	Cap Vert	Cap Vert	Angola	Inde

la mère				
Antécédent de tuberculose dans l'entourage	Oui	Oui	Non	Non
Antécédent de tuberculose	Non	Non	Non	Non
BCG	Oui	Oui	Non	Oui
Niveau de scolarisation	Ecole Maternelle	Ecole Maternelle	Ecole primaire	Collège
Commentaires	FRERES		**-** Année d'arrivée en France de la mère : 2003 (à 8 mois de grossesse) - Co-infection VIH (transmission mère-enfant)	- 5 voyages en Inde depuis la naissance; le dernier en 2011

Pour les deux premiers cas, la mise en parallèle des données extraites de la base nous permet de dresser le parcours migratoire de cette famille. En effet, nous pouvons supposer que les parents originaires du Cap Vert ont migré au Portugal (dû à la proximité de la langue notamment) au cours duquel, le premier fils est né en 2006. Puis, la famille à une nouvelle fois migré en France en 2007 ; le deuxième enfant est donc né en France (en 2008). Les 2 enfants ont présenté une tuberculose maladie en 2010 ; soit 3 ans après l'année d'arrivée en France pour le fils ainé et 2 ans après la naissance du fils cadet.

Le cas n° 3 permet aussi, à partir de la date d'arrivée en France de la mère (en 2003 à 8 mois de grossesse ; l'année de naissance de son enfant) de connaître le parcours migratoire de cette famille qui, même si l'enfant à présenté un cas de tuberculose maladie 7 ans après sa naissance ; celui-ci présentait un autre facteur de risque individuel : la co-infection au VIH.

Enfin, le dernier cas démontre aussi que le pays de naissance des parents (ici l'Inde) peut être considéré comme un facteur de risque chez les enfants. En effet, même si le garçon a présenté une tuberculose 7 ans après son arrivée en France ; l'analyse de ce cas nous permet de constater que les différents voyages (dont le dernier en 2011 ; date du diagnostic) dans le pays d'origine des parents peuvent être présentés comme un facteur de risque individuel

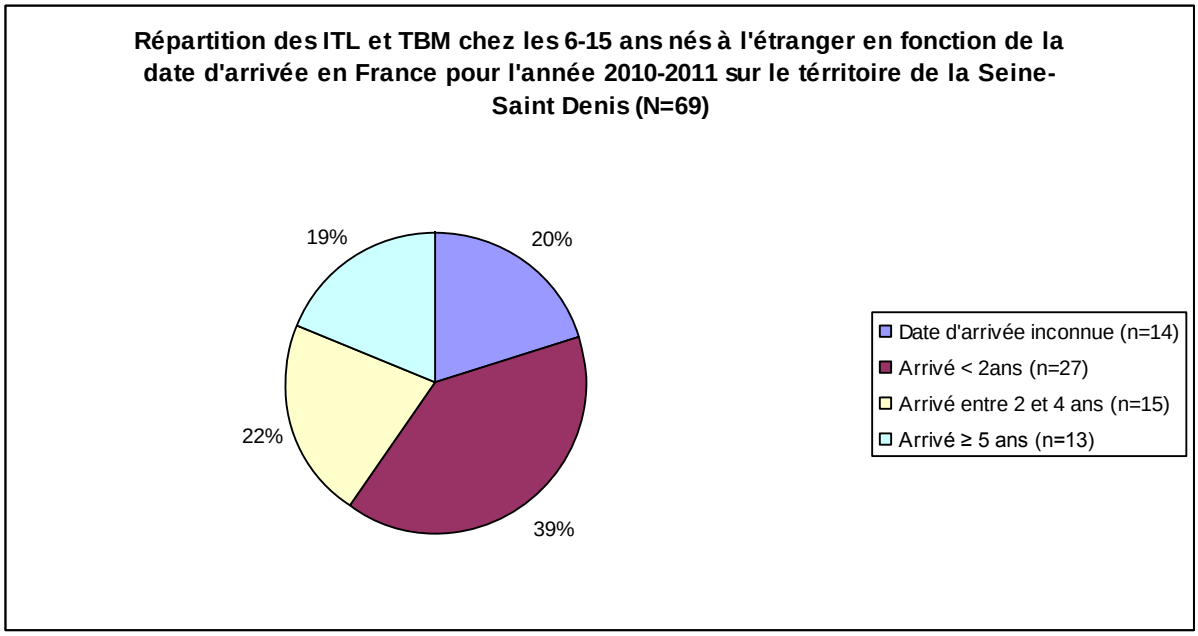
4.3. Territoire de la Seine Saint-Denis, déclarations obligatoires de la tuberculose et public cible chez les 6-15 ans pour les années 2010 et 2011.

Au vue des données épidémiologiques internationales montrant la vulnérabilité des enfants à être en contact avec le bacille et de développer une infection tuberculeuse latente, il paraissait important de s'intéresser au cas d'ITL chez les moins de 15 ans.

La description épidémiologique qui suit concerne les enfants âgés de 6 à 15 ans sur le territoire de la Seine Saint-Denis concernant les notifications des années 2010-2011.
168 déclarations obligatoires à la tuberculose ont eu lieu courant les années 2010-2011 chez les enfants de 6 à 15 ans :

- 29 concernent des cas de tuberculose maladie
-139 concernent des ITL

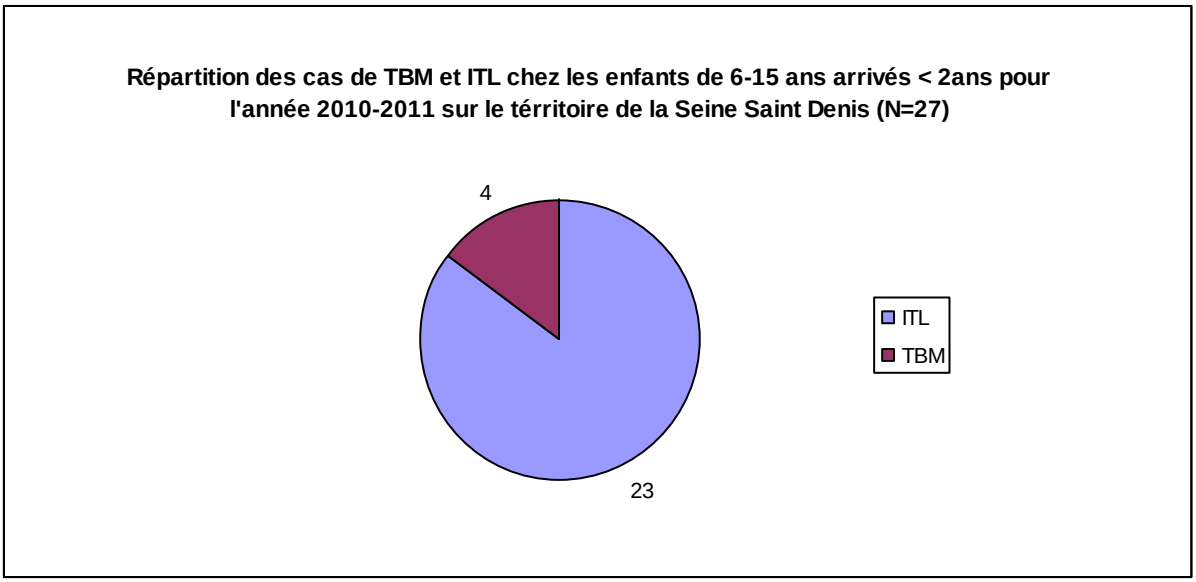
Le graphique ci-dessous présente la répartition des déclarations obligatoires chez les enfants de 6à 15 ans nés à l'étranger en fonction de la date d'arrivée en France.



69 déclarations obligatoires (TM et ITL) ont été recensées chez des enfants de 6 à 15 ans nés à l'étranger durant les années 2010-2011 (cf tableau ci-dessus). ;

- 39,1 % (soit 27 cas) sont arrivés moins de 2 ans avant le diagnostic de la tuberculose ; qui correspondent à notre public cible de primo-arrivant, 21.7% dans les 2 à 4 ans avant et 18.8% de plus de 5 ans (données inconnues : 20.3%)

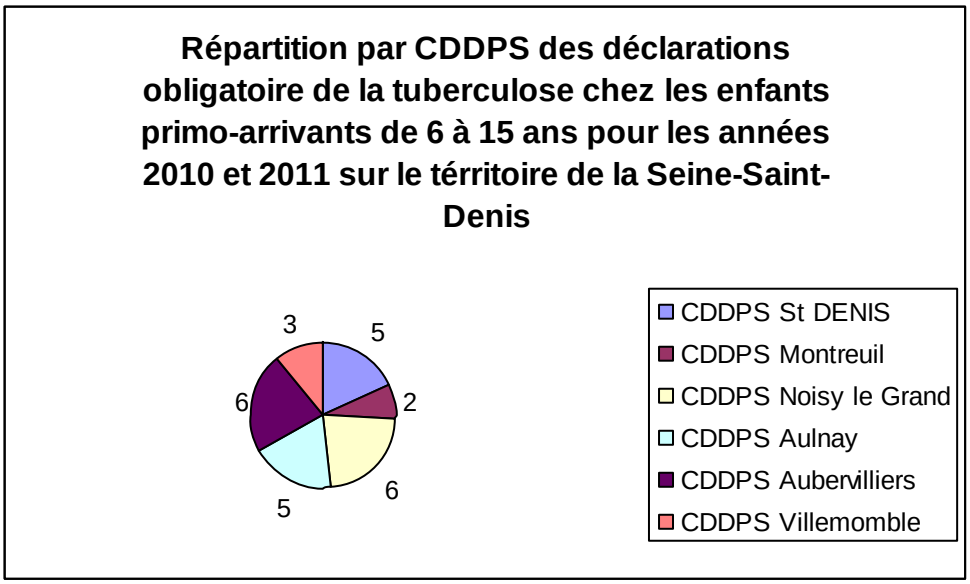
Le graphique ci-dessous montre la répartition des cas de tuberculose maladie et d'ITL chez les enfants primo-arrivant chez les 6-15ans.



Concernant les 27 cas « primo-arrivant » âgés entre 6 et 15 ans pour les années 2010-2011 :

- 23 cas correspondent à des ITL et 4 à des tuberculoses maladies
- Les pays représentés pour les cas de tuberculose maladie : Cameroun, Cote d'ivoire, Inde, Roumanie
- Les pays principalement représentés pour les cas d'ITL : Roumanie (1), Géorgie(2), Russie (3), Tchétchénie (6)
- 10 cas étaient vaccinés au BCG, 7 ne l'étaient pas, 8 ne le savaient pas et 2 non renseignés
- Seulement 5 cas habitaient dans un hébergement collectif (Tchétchénie : 3, Roumanie, Inde)
- En regroupant les 27 cas par tranche d'âge scolaire :

*11 cas correspondent à la tranche d'âge de l'école primaire (6-10 ans)
*16 cas correspondent à la tranche d'âge du collège (11-15 ans)
- Le graphique ci-dessous présente la répartition géographique par CDDPS des déclarations obligatoires de la tuberculose (ITL et tuberculose maladie) chez les enfants primo-arrivant de 6 à 15 ans.



Ce graphique nous permet de constater qu'aucun territoire ne ressort au vue du nombre de cas déclarés.

4.4. Discussion et réflexions

Cette partie nous permet d'appréhender le portrait épidémiologique de ces 3 dernières années en matière de tuberculose maladie chez les enfants scolarisés et les étudiants du milieu universitaire.

Concernant l'enseignement supérieur, 25 cas ont été recensés soit moitié moins qu'en établissements scolaires. Plus précisément, le milieu universitaire représente seulement 16 cas répartis sur 7 campus. Sur ces 16 cas, 4 sont des étudiants primo-arrivants et 3 autres étudiants ont développé une tuberculose maladie entre 3 et 5 ans après leur arrivée sur le territoire issu d'un pays à haute incidence.

De plus, cette analyse met en évidence le décalage entre l'année de la déclaration obligatoire et l'année de la réalisation du dépistage. En effet, sur ces 7 cas, 1 dépistage a été réalisé en 2010, 3 en 2011 et 4 en 2012 par les équipes des CDDPS d'Aulnay, Saint-Denis et d'Aubervilliers. Mais en année de déclaration obligatoire, 3 en 2010, 2 en 2011 et 2 en 2012. Cela vient remettre en cause l'idée d'une augmentation ces dernières années du nombre de cas primo-arrivant. La première explication que nous pouvons poser est les délais de réception par les CDDPS des déclarations obligatoires. D'un point de vue épidémiologique ; nous pouvons nous questionner sur la pertinence de développer une stratégie spécifique de dépistage systématique auprès de ce public cible, même élargi.

Concernant les cas de tuberculose maladies chez les enfants scolarisés, 45 cas ont été recensés. L'analyse de ces cas a montré que les critères d'inclusions pour définir le public cible semblent trop restrictifs. En effet, concernant la durée, 5 cas supplémentaires sont arrivés entre 3 et 5 ans après le diagnostic de la tuberculose.

Au sujet du pays de naissance du cas index issu d'un pays à forte incidence de tuberculose ; ce critère pose deux enjeux. Comme montré précédemment, l'analyse a démontré une proportion importante d'enfant né en France, mais dont au moins un des deux parents est issu d'un pays à forte incidence de la tuberculose. Le pays de naissance de l'enfant ne semble donc pas être un critère suffisant et exclu potentiellement des enfants à risque d'être en contact avec le bacille. En effet, nous pouvons faire l'hypothèse que pour des enfants migrants, le parcours migratoire se fait de manière familiale contrairement aux étudiants. Le pays de naissance d'au moins un des 2 parents semble donc intéressant à prendre en compte et même si l'enfant est né en France. En effet, il permet d'envisager à la fois la source potentielle de contamination des enfants, mais aussi présager des potentiels voyages dans le pays d'origine des parents et/ou visites de personnes issues de ce même pays ; ce qui peut être considéré comme un facteur de risque individuel.

Le deuxième enjeu se situe au niveau du seuil à partir duquel on définit qu'un pays est considéré comme à haute incidence de tuberculose. Le tableau en Annexe 22 synthétise le taux d'incidence de l'ensemble des pays issu des cas index (ou d'au moins un des deux parents) analysés. Ce tableau peut faire office d'aide à la décision concernant le seuil à définir. Au vu des résultats, il semble qu'un taux d'incidence ≥ 50/100 000 pourrait être retenu.

Enfin, sur un faible échantillon (N=45), 1 cas de coïnfection VIH-TB a été renseigné ce qui corrobore les recommandations internationales du travail conjoint en matière de lutte contre la tuberculose et le VIH.
Enfin, il semble nécessaire de mettre en parallèle les données épidémiologiques issues des cas de tuberculose maladie chez les élèves scolarisés et celles extraites des déclarations obligatoires des ITL pour l'année 2010-2011. Nous voyons que les cas d'ITL chez les enfants primo-arrivants entre 6 et 15 ans sont importants.
Nous pouvons remarquer que, que ce soit pour les cas de tuberculose maladie ou les ITL, la tranche d'âge majoritairement représenté correspond aux élèves du 2nd degré c'est-à-dire le collège et le Lycée.
Un autre élément semble être pointé : la surreprésentation des pays de l'Europe de l'Est dans les cas d'ITL chez les enfants de 6 à 15 ans arrivés depuis moins de 2 ans sur le territoire qui ne sont pas du tout présent dans les cas de tuberculoses maladies recensés (excepté pour la Roumanie).

En résumé, l'analyse épidémiologique permet de considérer la part non négligeable des cas d'ITL chez les enfants notamment primo-arrivants en comparaison au cas de tuberculose maladie. Ces données viennent corroborer les données épidémiologiques internationales concernant les infections tuberculeuses latentes. De plus, le pays de naissance de l'enfant ne semble pas être un critère d'inclusion suffisant au regard de la proportion d'enfants nés en France ou dans un pays à faible incidence (ce qui corrobore les évaluations successives du plan de lutte contre la tuberculose mise ne place en Fédération Wallonie Bruxelles).

Résumé

Milieu scolaire :

- *50 cas de tuberculose maladie ayant nécessité un dépistage collectif entre 2010 et 2012.*

- 45 enfants : 5 primo-arrivants, 5 cas supplémentaires arrivés sur le territoire depuis moins de 5 ans issus d'un pays à forte incidence de la tuberculose

- Tranche d'âge représentée parmi ces 10 cas : élèves du 2nd degré

- 36% d'enfant né en France (n=16) dont 10 sont de parents issus d'un pays à forte incidence de la tuberculose
- Facteur de risque individuel : 1 cas de co-infection au VIH
- Parcours migratoire des enfants lié à celui des parents
- Zone géographique majoritairement représentée : Continent Africain et sous-continent indien

- *Données épidémiologiques issues des déclarations obligatoires concernant les ITL sur le territoire de la Seine Saint-Denis* :

- Pour l'année 2010-2011, sur 69 déclarations obligatoires de tuberculose chez les enfants nés à l'étranger âgés entre 6 et 15 ans, 27 cas étaient des enfants primo-arrivants. 23 d'entre eux ont développé une ITL
- Zone géographique majoritairement représentée : Europe de l'Est

Réflexions :
L'analyse épidémiologique permet de considérer la part non négligeable des cas d'ITL chez les enfants notamment primo-arrivants en comparaison au cas de tuberculose maladie. Ces données viennent confirmer les données épidémiologiques internationales concernant les infections tuberculeuses latentes. De plus, le pays de naissance de l'enfant ne semble pas être un critère d'inclusion suffisant au regard de la proportion d'enfants nés en France ou dans un pays à

faible incidence (ce qui corrobore les évaluations successives du plan de lutte contre la tuberculose mise ne place en Fédération Wallonie Bruxelles ainsi que les données mises en évidence par la Clinique de la tuberculose à Montréal).
Il semble intéressant de pouvoir redéfinir notre public « à risque » en incluant d'autres critères ; à savoir
- d'élargir la durée d'arrivée sur le territoire national à moins de 5 ans
- d'intégrer le pays de naissance d'au moins un des deux parents et leur date d'arrivée
- D'intégrer des facteurs de risque individuel tels que la co-infection au VIH et les voyages au pays et/ou les visites provenant du pays
- Définir un seuil à partir d'un taux d'incidence à 50/100 000 définissant les pays à forte incidence de tuberculose.

Milieu universitaire (Paris 8 : 3 campus, Paris 13 : 4 campus)
25 cas de tuberculose maladie répertoriés dans les établissements de l'enseignement supérieur entre 2010 et 2012
-16 cas en milieu universitaire : 4 cas primo-arrivant dont 1 diagnostic par l'OFII (précision : la déclaration obligatoire ne demande pas de précision quant à l'origine du diagnostic. Ce n'est pas un recueil systématique). 3 cas supplémentaires sont arrivés sur le territoire national depuis moins de 5 ans issus d'un pays à forte incidence de la tuberculose. .
- Part de cas par année de dépistage : Sur ces 7 cas, 1 dépistage a été réalisé en 2010, 3 en 2011 et 4 en 2012
- Part de cas par année de déclaration obligatoire : sur ces 7 cas, 3 en 2010, 2 en 2011 et 2 en 2012

- Zone géographique représentée : Continent Africain
Réflexions :
L'analyse de ces cas permet de constater un décalage entre l'année de déclaration obligatoire et l'année du dépistage. Cela remet en cause l'idée selon laquelle la part d'étudiant primo-arrivant atteint de tuberculose augmente au fur et à mesure des années.
De plus, même si cette information ne fait pas partie d'un recueil de données systématique, le diagnostic par l'OFFI a été recensé sur 1 cas correspondant à un primo-arrivant. Il atteste ainsi de l'existence du circuit correspondant au cadre réglementaire concernant le dépistage de la tuberculose pour les étudiants étrangers.
D'un point de vue épidémiologique ; le volume impliquant des cas de tuberculose en milieu universitaire reste minime ; les cas de primo-arrivant en sont d'autant plus restreints. En conséquence, l'ensemble de ces éléments permet de se questionner sur la pertinence de développer une stratégie spécifique de dépistage systématique auprès de ce public cible, même élargi, en milieu universitaire.

5. Enquête par entretiens (Annexe 19)

Cette partie va présenter les éléments recueillis lors des différents entretiens auprès des professionnels rencontrés.

5.1. Définition du public cible

Pour la majorité des professionnels rencontrés, la question de la définition d'un public primo-arrivant s'est posée. Dans un premier temps, un primo-arrivant a été souvent défini comme une personne nouvellement arrivée sur le territoire sans critère de temps précis (définition portée par l'INSEE).

Les précisions concernant un indicateur de temps et le pays de naissance comme critères d'inclusion ont été très souvent précisées par l'enquêtrice. De fait, la nécessité de justifier ces critères d'un point de vue épidémiologique et de santé publique a été présentée à chaque entretien afin de clarifier le cadre de l'étude de faisabilité.

Cependant, beaucoup de professionnels ont fait part d'un décalage entre cette définition et la réalité de leur pratique quotidienne. C'est ce qu'explique cette professionnelle à travers cet exemple : *« en ce moment, je suis une jeune femme Française d'origine malienne qui vit dans un 3 pièces avec ces 6 frères et sœurs et ils font tous des allers-retours au Mali…elle rentre dans votre définition elle ? » (Medecin Paris13)*. Cette professionnelle met en évidence à la fois la question des voyages dans un pays à forte incidence de la tuberculose ainsi que les conditions de vie (notamment de logement) des personnes comme des facteurs de risques à la tuberculose.

En effet, les professionnels ont pointé le fait que la définition d'un primo arrivant devrait croiser un indicateur de temps avec des critères sociodémographiques et sanitaires. Comme l'explique un professionnel : « *il faut croiser l'année d'arrivée sur le territoire français (moins de 2 ans) et les caractéristiques socio-éco administrative et sanitaire de la personne » «ça permet d'inclure la population Roms ; une personne indienne arrivée depuis plus de 2 ans, mais qui a toujours l'AME et vie en foyer de travailleurs, et ça permet d'exclure le primo arrivant qui vient d'arriver, mais qui travaille chez Apple et qui loge au Hilton par exemple, qui a peut être une ITL, mais dont les conditions de vie font que l'ITL ne va pas se transformer».*

Cet extrait d'entretien pointe aussi la situation administrative (régulière vs irrégulière) comme un facteur à considérer dans la capacité à rejoindre cette population en termes de dépistage, de suivi et d'accompagnement, car elles représentent le public le plus éloigné du système de soins et sujettes à des vulnérabilités multifactorielles.

5.2. Problématiques perçues du public migrant

De manière générale, les professionnels rencontrés analysent la question de la santé chez les personnes migrantes comme une problématique complexe et multifactorielle ou les questions de fragilité sociale, administrative, professionnelle et d'intégration (notamment à travers la langue) s'entrechoquent. De fait, ils considèrent que la question de la santé – et encore plus- de la tuberculose ne devient pas la problématique prioritaire. De plus, beaucoup de professionnels considèrent cette population comme la plus éloignée du système de soins *« dû à une méconnaissance du système, des démarches à faire ; on leur prend des rendez-vous et ils ne viennent pas » (infirmière)*. En matière de santé, la personne migrante et jeune se préoccupe d'abord des soins ophtalmiques et bucco-dentaires selon certains professionnels. Enfin, quelques professionnels ont pointé aussi la question de la représentation de la santé et de la maladie liées aux dimensions culturelles. En effet, comme le précise ce professionnel *« pour certains ; pas de symptômes égal pas de maladie. Leur*

stratégie est avant tout dans une démarche curative plutôt que préventive qui est pourtant au cœur de la lutte antituberculeuse » (Responsable de Centre CDDPS).

5.3. Fonctionnement et problématiques des équipes du CLAT 93

La première difficulté relevée par les professionnels travaillant au sein du CLAT 93 est celle de la charge de travail de la lutte antituberculeuse au regard des ressources humaines restreintes à disposition et du protocole de la lutte antituberculeuse en rigueur actuellement.

En effet, la surcharge de travail et la complexité qu'implique la lutte anti tuberculeuse semblent avoir pour conséquence une perte de sens sur l'enjeu de santé publique que représente la tuberculose. Comme énoncé précédemment, le département de la Seine-Saint-Denis figure dans les trois premiers départements recueillant le plus de tuberculose sur le territoire national. À cela s'ajoute, un protocole de dépistage lors des enquêtes de cas qui impliquent des suivis sur près d'un an et demi (si les sujets contacts ont manqué les temps de dépistage lors du protocole court). Des professionnels rencontrés lors de cette étude expliquent qu'au-delà des difficultés de communication (sur la barrière de la langue notamment) ; il leur était aussi difficile d'expliquer un protocole lourd à mettre en place et qui ne semble pas adapté à la réalité des personnes migrantes qui sont considérées comme fluctuantes et non stables. Concernant la barrière de la langue, l'intervention de l'association Inter-service Migrant pour l'interprétariat reste aléatoire et n'est pas sollicitée à tous les niveaux de l'accompagnement d'une personne migrante. En effet, il a été précisé que l'association ISM était peu sollicitée lors du premier accueil de la personne (contrairement aux consultations médicales par exemple).

Enfin, si la grande majorité des professionnels reconnaissent que la problématique de la santé de personnes migrantes vient s'intriquer dans d'autre préoccupation d'ordre social et administratif ; le travail d'articulation socio-sanitaire semble encore aujourd'hui assez fragile. Le travail partenarial et les connaissances fines du territoire (en termes de structures, de service et d'acteurs et d'orientation) construisent la réelle plus-value de l'intégration des assistantes sociales dans le domaine de la santé. Comme le résume une professionnelle du champ social du conseil général de Seine-Saint-Denis : *« il est difficile parfois d'intégrer de la santé dans le social et vice-versa »*

5.4. Analyse concernant le milieu universitaire

Huit entretiens concernent spécifiquement l'étude de faisabilité en milieu universitaire.

5.4.1. Fonctionnement et activités des universités

La première thématique abordée concerne le fonctionnement des services universitaire de médecine préventive et de prévention des universités Paris 8 et Paris 13.

Les visites médicales à l'université se font sous deux formes ; sur convocation ou par recours spontané des étudiants. Pour la première, on se rend compte d'une disparité des fonctionnements entre les deux universités.

À Paris 8 ; on reconnaît qu'il est difficile de recevoir tous les étudiants au cours des 3 premières années comme le recommande le décret de 2008. Deux raisons sont avancées ; la première est que cette visite n'est pas obligatoire (*« mais comme celle-ci n'est pas obligatoire, on ne touche pas forcément les populations les plus éloignées… »)* et qu'il y a une difficulté d'obtenir les listes des étudiants et encore plus ceux des étudiants étrangers (« *…mais elles ne sont pas toujours à jour, c'est difficile pour nous de savoir combien il y a d'étudiant à voir. On essaye de convoquer tous les étudiants nouvellement arrivés c'est-à-dire ceux de licence 1.»)*. L'infirmière précise que lors de la scolarisation ; les étudiants payent 5€ pour pouvoir bénéficier des services de la médecine préventive universitaire.

À Paris 13 (sur le campus de Villetaneuse), les étudiants sont à la fois convoqués (*« on cible des UFR dont on sait que les étudiants sont potentiellement dans des situations plus précaires »),* mais les personnes interviewées reconnaissent aussi qu'ils arrivent à rejoindre les étudiants étrangers. Ils expliquent cela à travers une bonne communication du service de scolarité qui oriente vers la médecine préventive, mais que surtout *« le bouche à oreille fonctionne très très bien »,* car il semblerait que les étudiants savent que ce service a une réponse de qualité vis-à-vis de leurs problématiques. De plus, au moment de l'entretien, il est précisé que *« sur 293 visites médicales réalisées* – sur le campus de Villetaneuse- *depuis septembre 2012 125 représentent des étudiants étrangers ; essentiellement des étudiants originaires du Maghreb et en programme Erasmus »*

En termes d'activités, les visites médicales sont l'occasion de recueillir un certain nombre de données sociodémographiques des étudiants (le logement, le trajet pour aller à la fac, la date d'année d'arrivée en France –Paris 13-, si étudiant étranger) ; mais aussi de réaliser des bilans de santé ainsi qu'une proposition de la mise à jour des vaccins.

5.4.2. Public étudiant et étudiants étrangers : problématiques perçues

De manière générale, le public étudiant est perçu comme ne se préoccupant pas de manière prioritaire de sa santé *« Ils sont éloignés du système de soins, car ils se considèrent en bonne santé ».* Dans ces conditions, il semblerait difficile de réaliser des actions de prévention que ce soit par les mutuelles ou le service de médecine universitaire. En ce sens, les dépistages qu'ils soient pour le VIH/IST ou pour la tuberculose (lors d'une enquête autour d'un cas) deviennent très difficiles à réaliser. Les explications avancées sont notamment la difficulté à rejoindre les étudiants qui sont très dispersés due à leur planning de cours, à leur vie à côté (notamment les étudiants-salariés). Ils ne représentent pas un public facilement « captif ». Certains professionnels précisent que les problématiques de santé chez les jeunes restent les soins dentaires et ophtalmologiques.

Au sujet des étudiants étrangers, pour les personnes de Paris 13 les problématiques sont multiples : troubles d'adaptation dans le pays d'accueil ; stress et anxiété dus à la pression de la réussite scolaire ; *« beaucoup sont hébergés de manière temporaire chez des amis de la famille, mais ça reste très précaire »,* ainsi que des difficultés de couvertures sociales ont été relevées. Pour cette dernière, un professionnel représentant une mutuelle étudiante précise que « *beaucoup d'étudiants étrangers ont plus de 27 ans donc n'ont plus le droit au régime de base d'étudiant de la sécurité sociale. »* ce qui rend leur situation encore plus précaire.

5.4.3. Dépistage de la tuberculose et étudiants primo-arrivant

L'activité des services de médecine préventive leur permet de recueillir un certain nombre d'informations (type de logement, distance de la fac, date d'arrivée en France…) qui orientent leur diagnostic ou la décision de pratiquer un dépistage de la tuberculose. Comme l'explique ce médecin de Paris 13 : *« moi je me base sur des signes cliniques de la tuberculose et pas forcément sur l'origine de la personne que j'ai en face de moi ».* Néanmoins, les recueils d'information lors des entretiens médicaux sont liés aux différentes pratiques des médecins et ne sont pas systématiques et harmonisés.

Enfin, au cours de ces échanges ; il a été pointé par les professionnels la nécessité d'actualiser ces connaissances concernant la tuberculose et qui pourraient influencer la manière d'aborder leur entretien avec les étudiants. C'est ce qu'explique cette infirmière de Paris 8 *« je suis allée à la journée tuberculose organisée par le CG et je me suis rendu compte à quel point les conditions de vie sont importantes dans la tuberculose ; notamment les conditions de logement ; or, dans nos entretiens on pose des questions sur le type d'hébergement, mais jamais on ne va pas creuser sur les conditions de logements… » .* Cette nécessité d'informer et de sensibiliser sur la question de la tuberculose transparait aussi lors des entretiens auprès des professionnels issus des mutuelles étudiantes afin de lever des représentations de la tuberculose.

En termes de dépistage, les services de médecine préventive universitaires ont précisé qu'elles pouvaient pratiquer des Intra-Dermo Réaction (IDR), mais cela resterait une pratique « à la marge ».

De plus, durant ces entretiens ; il a été précisé qu'il y a un circuit existant pour les étudiants étrangers nouvellement arrivés. L'Office Français d'Immigration et d'Intégration (OFII) leur permet de bénéficier d'un bilan de santé à l'intérieur duquel une radiographie pulmonaire est réalisée. Cependant, comme le précise un professionnel rencontré ; il semblerait qu'il y ait très peu d'étudiants étrangers qui viennent à l'OFII alors *« que pourtant, la découverte d'une pathologie ne remet pas en cause l'obtention du Visa Long Séjour nécessaire aux étudiants* ». De plus, des tentatives de travail en partenariat (comme centre conventionné OFII par les services de médecine universitaire par exemple) entre les universités et l'OFII n'ont pas abouti.La question de la représentation de l'OFII comme un instrument de contrôle de la politique migratoire française et la situation administrative des étudiants étrangers (Visa touristique vs Visa Long Séjour) a été soulevée.

Enfin, en matière de dépistage systématique ; la majorité des professionnels interrogés ont posé le problème de la stigmatisation d'un public comme étant un frein à la mise en place de ce type d'action : *« un dépistage pour tour le monde, car sinon c'est stigmatisant pour les étudiants étrangers »* (infirmière Paris 8). «*Ça ne vous semble pas un peu difficile…juste pour les primo arrivant… ? enfin je veux dire, je comprends les enjeux de santé publique qu'il ya derrière, mais c'est aussi potentiellement stigmatisant…* (Professionnels Mutuelle Etudiante).

La question de la visibilité des services de la médecine préventive universitaire ainsi que leur capacité à rejoindre les étudiants (notamment les plus vulnérables) a été pointée par les professionnels de service eux-mêmes, mais aussi par des partenaires amenés à collaborer avec eux sur des actions de dépistage. Celle-ci rend le travail collaboratif difficile lors des enquêtes autour d'un cas.

Cependant, les leviers envisagés ont été notamment de travailler avec les associations étudiantes leu permettant de rejoindre les étudiants afin des les informer et de les orienter vers le service leur proposant un bilan de santé dans lequel serait intégré un dépistage. *« moi je pense que le dépistage systématique, s'il doit exister, il*

pourrait être intégré lors des bilans de santé, mais c'est toujours le même problème, notre capacité à rejoindre les étudiants…il faudrait travailler avec les associations étudiantes, je pense, pour faire un travail d'information et d'orientation. » Infirmière (Paris 8).

Enfin, la question d'internet comme un outil de communication privilégiée par les étudiants a été évoquée par les mutuelles étudiantes en matière d'action de prévention.

5.5. Analyse concernant le milieu scolaire

Cette partie présente les grandes thématiques abordées lors des entretiens par les professionnels concernant le dépistage en milieu scolaire. (cf Annexe 20)

5.5.1. Accès au public

Lors des rencontres avec les professionnels de l'éducation Nationale ; il a été pointé la capacité à rejoindre le public cible de l'étude au regard des ressources humaines et des enjeux que pouvait impliquer un dépistage en milieu scolaire.

Les services de santé de l'éducation nationale à vocation préventive sur le territoire de la Seine Saint-Denis réalisent majoritairement les bilans de santé obligatoires à 6 ans. En revanche, les bilans de santé à 9 ans (CM2) et en classe de 5ème (qui sont recommandés) sont très partiellement réalisés dû notamment au 50% de postes vacants chez les médecins scolaires sur le territoire de la Seine Saint-Denis.

Comme précisé précédemment ; les dispositifs actuels d'accueil des élèves nouvellement arrivés en France allophone (ENAF) mis en place par l'Education Nationale se décrivent comme suit. Actuellement les ENAF d'âge maternel ou primaire sont intégrés dans des classes d'intégration (CLIN) et les élèves d'âge secondaires (collège et lycée) intègrent des classes d'accueil (CLA).

Vis-à-vis de ce public ; qui représente potentiellement le public cible de notre étude, plusieurs problématiques se posent :

- La fluctuation des arrivées et des départs des ENAF qui se font au cours de l'année scolaire. Les professionnels du service d'infirmerie et de médecine scolaire précisent que généralement, les ENAF restent 6 mois à 1 an maximum dans les dispositifs spécifiques (CLA/CLIN) et qu'ils sont ensuite réintégrés dans des classes ordinaires.
- la difficulté par le service de médecine scolaire de rejoindre les ENAF pour envisager un bilan de santé. En effet, en établissement primaire comme en secondaire ; il n'y a pas de signalement automatique réalisé par les chefs d'établissement auprès des services de médecine scolaire afin de réaliser un bilan de santé
- De plus, une nouvelle stratégie d'insertion des ENAF allophone va être mise en place pour la rentrée scolaire 2013 en Seine Saint-Denis (source : CASNAV93). Les CLIN présents dans les établissements primaires seront reconstitués en « unité pédagogique pour élèves allophones arrivants » (UPE2A) dont l'inclusion dans les classes ordinaires constitue la modalité principale de scolarisation. Cette nouvelle modalité d'intervention complexifie encore la capacité à rejoindre le public cible potentiel de cette étude.
- Enfin, concernant la tranche d'âge 16 à 18 ans ; la scolarisation n'étant plus obligatoire à partir de 16 ans, les dispositifs prévus pour cette tranche d'âge sont moindres il est donc très difficile de les insérer dans le système scolaire. De plus, à partir de 18 ans, âge de la majorité en France ; il y a une obligation de régularisation administrative pour pouvoir prétendre à la scolarisation à l'Education Nationale.

5.5.2. Le dépistage systématique de la tuberculose

5.5.2.1. les freins perçus

La grande majorité des professionnels rencontrés ont évoqué la question de la stigmatisation comme étant un frein majeur à la mise en place d'une action de dépistage systématique auprès d'élève scolarisé primo-arrivant. Plus précisément, lors de la présentation de l'étude ; les professionnels ont très rapidement associé l'action de dépistage systématique au camion-radio comme modalité d'intervention . Associés à un public ciblé au sein des établissements scolaires, les professionnels (notamment de l'Education Nationale) ont soulevé la question d'obtenir des listes répertoriant les ENAF par établissement afin de rejoindre la population cible comme allant à l'encontre des principes de base du service public. L'action de dépister des élèves scolarisés migrants est rapidement associée à la pensée collective selon laquelle « l'étranger est vecteur de maladie » et ne peut que conforter les effets négatifs de la discrimination (stigmatisation et ostracisme).

Les représentations de la maladie ont un impact sur le comportement des gens en matière de dépistage. Au-delà, des constructions culturelles spécifiques ; le concept de prévention en matière de tuberculose est souvent éloigné du schéma représentationnel habituel de la santé et de la maladie. Comme l'explique une professionnelle de la médiation vis-à-vis du dépistage collectif organisé à Clichy sous-bois concernant le traitement des ITL : *« vous n'êtes pas malade, mais on va vous traiter quand même ; c'est extrêmement difficile à comprendre et à accepter par les familles ».* L'évaluation de l'action de dépistage collectif menée par Marmier (2012) montre a quel point l'impact des représentations (socioculturelles) teinté d'une stigmatisation importante engendre des comportements de prévention différents.

Enfin, différents professionnels (que ce soit de l'éducation nationale ou du Conseil général de Seine Saint Denis) ont anticipé la charge de travail que pourrait nécessiter le suivi et l'accompagnement de ces élèves si une stratégie de dépistage systématique est mise en place *« d'accord vous dépistez…mais la prise en charge derrière…qu'est-ce que ça implique comme travail ?!! ».*

5.5.2.2. Les enjeux de la mise en place d'une action de dépistage de la tuberculose

En lien avec ce qui a été précisé ci-dessus concernant la stigmatisation, certains professionnels ont mentionné que la manière de communiquer sur la question de la tuberculose serait déterminante dans la capacité à rejoindre le public souhaité. L'exemple de l'expérience de Clichy-sous-Bois est venu renforcer cela. Comme le précise une professionnelle de l'éducation nationale « *Si la filière d'information et de communication se fait bien , alors il n'y pas de soucis".* Dès lors, cette précision implique la nécessité d'un travail partenarial approfondi ou la question de la médiation dans le suivi et l'accompagnement serait l'un des principaux enjeux.
La question de la médiation et de l'articulation socio-sanitaire a été aussi soulevée.

Concernant la médiation, l'expérience de Clichy sous bois a mis en évidence les effets bénéfiques de l'implication des associations de médiation socioculturelle dans leur capacité à rejoindre le public cible et à faciliter les circuits de communication et de compréhension. Cependant, certains professionnels ont pointé le fait que le positionnement des médiatrices pouvait être difficile et pas toujours bien perçu par certains professionnels, mettant en avant la question du secret professionnel notamment. Comme le précise un une professionnelle du milieu associatif : *«[les médiatrices] peuvent être en porte-à-faux vis-à-vis de leur*

communauté ,(…) je me pose la question de savoir jusqu'à quel point on peut déléguer un boulot de médecin sur la tuberculose à des femmes relais…" . À travers cela ; beaucoup de professionnels ont pointé la question de la formation et de l'actualisation des connaissances sur la tuberculose comme étant un facteur important dans la réussite d'une action de dépistage. Cette dimension est à considérer à la fois auprès du public cible, mais aussi à destination des professionnels. Comme l'explique cette professionnelle du champ social ; *"en matière de tuberculose, il y a de fortes représentations sur la tuberculose par les assistantes sociales de circonscription. Donc par crainte et par manque de connaissances ; elles réorientent vers les médecins."*

Comme l'explique un professionnel travaillant dans une structure de santé qui accueil des personnes migrantes en situation de demandeurs d'asile; la question de la médiation et de l'accompagnement est le socle de la réussite d'un traitement observant. De fait; il a été mise en place au sein de cette structure (COMEDE) des séances d'éducation thérapeutique pour les personnes atteintes de la tuberculose au même titre que des personnes atteintes de diabète ou d'asthme.

La question du suivi et de l'accompagnement amène aussi une réflexion sur le travail en amont à prévoir lorsqu'on parle de la tuberculose. Les professionnels rencontrés ont notamment mis en avant la question des actions de prévention et de sensibilisation au sujet de la tuberculose dans lequel le dépistage est un des moyens. À différentes échelles, ces actions viseraient notamment à travailler sur les signes et symptômes qui permettraient de reconnaitre la maladie: *"pour toutes les personnes qui ont fait partie d'un comptage , il faudrait leur dire de faire plus attention, mais on n'a pas le temps de faire des actions de prévention, d'expliquer les signes qui peuvent prévenir la tuberculose..." (infirmière CDDPS).* Il y a aussi certains professionnels qui au sein de leurs structures (comme le COMEDE) qui propose des actions d'éducation à la santé collective sur différentes thématiques et avec présence d'interprète.

5.5.2.3. les leviers perçus

Comme présentée précédemment, la question de la stigmatisation d'un public cible dans le cadre d'un dépistage systématique a été considérée comme un frein majeur à la mise en place de cette action.

Néanmoins, certains professionnels ont envisagé le dépistage possible si celui-ci se faisait hors les murs des établissements scolaires. Ainsi, en remontant le circuit de scolarisation d'un enfant, certains professionnels ont proposé d'intégrer le dépistage lors de la scolarisation de l'enfant auprès de la commune. En effet, comme la mise à jour des vaccins est requise pour toute inscription scolaire; il a été envisagé de faire un lien entre le service de scolarité et les centres de vaccinations afin de proposer le dépistage à ce moment-là. Comme lors des actions du CLAT 75 dans les établissements scolaires, la pratique de l'IDR aurait deux finalités: vérifier et/ou proposer la vaccination au BCG de l'enfant et, le cas échéant, dépister une ITL éventuelle. Un travail d'étroite collaboration entre les différents centres de vaccination des communes et le CLAT 93 devra être mis en place.

Un professionnel de santé à cependant précisé que le dépistage de la tuberculose devrait être intégré dans un bilan santé global de l'enfant. Il précise en effet; qu'étant donné les difficultés à rejoindre le public migrant (notamment par le service de médecine scolaire de l'Education Nationale) ; il semble plus pertinent de proposer un bilan santé global au cours duquel on fait une proposition systématique de dépistage. *« il me semblerait plus intéressant d'intégrer une proposition*

systématique de dépistage de la tuberculose dans un bilan de santé global plutôt que mettre un camion devant l'école -ça nan c'est pas possible- en travaillant sur le partenariat pour les orientations. Il faut latéraliser les choses, et non les verticaliser ».

Enfin, dans la continuité de ce bilan de santé; certains professionnels (notamment du champ de la médiation) ont pointé le fait que les parents seront des agents facilitateurs dans le suivi et l'accompagnement des enfants s'ils sont impliqués le plus tôt possible dans le parcours de "santé" de leurs enfants. Dans cet ordre d'idées; il a été envisagé d'intervenir auprès des parents directement. Les associations communautaires et les Ateliers Socio Linguistiques; notamment ceux mis en place par l'Education Nationale (CASNAV) ont été soulevés comme des dispositifs facilitant pour intervenir auprès de parents migrants.

Résumé

Définition du public cible

Les professionnels ont pointé le fait que la définition d'un primo arrivant devrait croiser un indicateur de temps avec des critères socio-économiques et sanitaires. C'est ce qu'explique cette professionnelle à travers cet exemple : *« en ce moment, je suis une jeune femme Française d'origine malienne qui vit dans un 3 pièces avec ces 6 frères et sœurs et ils font tous des allers-retours au Mali…elle rentre dans votre définition elle ? » (Medecin Paris13)*. Cette professionnelle met en évidence à la fois la question des voyages dans un pays à forte incidence de la tuberculose ainsi que les conditions de vie (notamment de logement) des personnes comme des facteurs de risques à la tuberculose.

Problématiques de santé

Au-delà des problématiques transversales évoquées dans la partie « revue de la littérature », quelques professionnels ont pointé aussi la question de la représentation de la santé et de la maladie liées aux dimensions culturelles. En effet, comme le précise ce professionnel *« pour certains ; pas de symptômes égal pas de maladie. Leur stratégie est avant tout dans une démarche curative plutôt que préventive qui est pourtant au cœur de la lutte antituberculeuse » (Responsable de Centre CDDPS).*

Fonctionnement et problématiques des équipes du CLAT 93

La première difficulté relevée par les professionnels travaillant au sein du CLAT 93 est celle de la charge de travail de la lutte antituberculeuse au regard des ressources humaines restreintes (professionnels du soin médecins, infirmières) à disposition et du protocole de la lutte antituberculeuse en rigueur actuellement.

Le travail d'articulation socio-sanitaire semble encore aujourd'hui assez fragile. Le travail partenarial et les connaissances fines du territoire (en termes de structures, de service et d'acteurs et d'orientation) construisent la réelle plus-value de l'intégration des assistantes sociales dans le domaine de la santé.

Au sujet de l'accueil d'un public migrant, la barrière de la langue a été considérée comme un frein au dépistage, à travers la compréhension du protocole. L'intervention de l'association Inter-service Migrant pour l'interprétariat n'est pas sollicitée à tous les niveaux de l'accompagnement d'une personne migrante.

Milieu universitaire :

- Fonctionnement

- difficulté à rejoindre les étudiants dus à une faible visibilité des services médecine préventive (disparité entre paris 8 et 13)
- difficulté de collaboration entre service de scolarité et médecine préventive
- L'Office Français d'Immigration et d'Intégration (OFII) permet de bénéficier aux étudiants étrangers d'un bilan de santé à l'intérieur duquel une radiographie pulmonaire est réalisée. Cependant, comme le précise un professionnel rencontré ; il semblerait qu'il y ait très peu d'étudiants étrangers qui viennent à l'OFII alors *« que pourtant, la découverte d'une pathologie ne remet pas en cause l'obtention du Visa Long Séjour nécessaire aux étudiants »*. La question de la représentation de l'OFII comme un instrument de contrôle de la politique migratoire française et la situation administrative des étudiants étrangers (Visa touristique vs Visa Long Séjour) a été soulevée.

Public

-Les étudiants étrangers semblent être plus âgés en moyenne. Au-delà de 27 ans, l'accès au régime de sécurité sociale étudiant n'est plus possible ; ce qui peut être considéré comme un facteur d'éloignement du système de santé et de renoncement aux soins.

- Dépistage systématique de la tuberculose

La stigmatisation a été relevée auprès de l'ensemble des partenaires du milieu universitaire rencontré vis-à-vis de la mise en place d'une stratégie spécifique de dépistage auprès des étudiants primo-arrivants. Il a été mise en en évidence un besoin de formation et d'actualisation des connaissances sur la tuberculose auprès des professionnels de santé. Des actions de prévention et de sensibilisation sur la tuberculose via les associations étudiantes (et les mutuelles) a été envisagée comme plus pertinente avant d'aborder la question d'un dépistage. Les professionnels de secteurs ont mentionné que la prévention par les dépistages (qu'elle soit Tuberculose ou autre pathologie) n'est pas encore une pratique récurrente chez les étudiants. Enfin, internet a été considéré comme un outil de communication pertinent pour rejoindre les étudiants.

<u>Milieu scolaire</u>

- Ressources

Si le nombre d'infirmière scolaire permet de couvrir le territoire entier de la Seine Saint Denis seulement 50% des postes de médecins scolaires sont attribués. En ce sens, le bilan de santé des 6 ans est majoritairement couvert par le service de médecine scolaire, le bilan de santé recommandé à 9 ans l'est beaucoup mois.

- Dépistage systématique de la tuberculose

Les différents freins relevés sont les suivants :

- La fluctuation des arrivées et des départs des ENAF qui se font au cours de l'année scolaire. Les professionnels du service d'infirmerie et de médecine scolaire précisent que généralement, les ENAF restent 6 mois à 1 an maximum dans les dispositifs spécifiques (CLA/CLIN) et qu'ils sont ensuite réintégrés dans des classes ordinaires.
- la difficulté par le service de médecine scolaire de rejoindre les ENAF pour envisager un bilan de santé. En effet, en établissement primaire comme en secondaire ; il n'y a pas de signalement automatique réalisé par les chefs d'établissement auprès des services de médecine scolaire afin de réaliser un bilan de santé. Celle-ci serait perçue alors comme stigmatisante vis-à-vis de cette population
- De plus, une nouvelle stratégie d'insertion des ENAF allophone va être mise en

place pour la rentrée scolaire 2013 en Seine Sainte Denis (source : CASNAV93). Les CLIN présents dans les établissements primaires seront reconstitués en « unité pédagogique pour élèves allophones arrivants » (UPE2A) dont l'inclusion dans les classes ordinaires constitue la modalité principale de scolarisation. Cette nouvelle modalité d'intervention complexifie encore la capacité à rejoindre le public cible potentiel de cette étude.

- Enfin, concernant la tranche d'âge 16 à 18 ans ; la scolarisation n'étant plus obligatoire à partir de 16 ans, les dispositifs prévus pour cette tranche d'âge sont moindres il est donc très difficile de les insérer dans le système scolaire. De plus, à partir de 18 ans, âge de la majorité en France ; il y a une obligation de régularisation administrative pour pouvoir prétendre à la scolarisation à l'Education Nationale

- Freins perçus

La compréhension de l'ITL est perçue comme un frein à une démarche de dépistage mais surtout de soins. Comme l'explique une professionnelle de la médiation vis-à-vis du dépistage collectif organisé à Clichy sous bois concernant le traitement des ITL : *« vous n'êtes pas malade, mais on va vous traiter quand même ; c'est extrêmement difficile à comprendre et à accepter par les familles ».*

- Leviers perçus

Concernant la médiation, l'expérience de Clichy sous bois a mis en évidence les effets bénéfiques de l'implication des associations de médiation socioculturelle dans leur capacité à rejoindre le public cible et à faciliter les circuits de communication et de compréhension; à condition que celles-ci aient reçu une formation sur la tuberculose et sur la manière de communiquer. En ce sens, les actions de prévention et de sensibilisation ont été envisagées comme un levier.

Certains professionnels ont envisagé le dépistage possible si celui-ci se faisait hors les murs des établissements scolaires. Ainsi, en remontant le circuit de scolarisation d'un enfant, certains professionnels ont proposé d'intégrer le dépistage lors de la scolarisation de l'enfant auprès de la commune. En effet, comme la mise à jour des vaccins est requise pour toute inscription scolaire; il a été envisagé de faire un lien entre le service de scolarité et les centres de vaccinations afin de proposer le dépistage à ce moment-là.

Un professionnel de santé aprécisé que le dépistage de la tuberculose devrait être intégré dans un bilan santé global de l'enfant. Il précise en effet; qu'étant donné les difficultés à rejoindre le public migrant il semble pertinent de proposer une consultation globale.

Enfin, dans la continuité de ce bilan de santé; certains professionnels (notamment du champ de la médiation) ont pointé le fait que les parents seront des agents facilitateurs dans le suivi et l'accompagnement des enfants s'ils sont impliqués le plus tôt possible dans le parcours de "santé" de leurs enfants.

6. Enquête par questionnaire

6.1. Représentativité de l'échantillon

Comme présentée précédemment, la passation du questionnaire demeurait libre et volontaire. De fait, l'échantillon s'est construit à postériori. D'un point de vue de la variable sexe ; l'échantillon présente 87, 5% de filles pour 12,5% de garçons. L'échantillon total requis pour le dépistage collectif suite à l'enquête autour d'un cas présentait un ratio garçons/filles de 20% d'hommes pour 80% de femmes. La principale hypothèse de ce ratio s'explique notamment par la surreprésentation des

femmes dans la formation où était organisé le dépistage (DUT Carrière sociale, avec deux cursus ; Gestion Urbaine et Assistante sociale)
Enfin, de par un échantillon trop restreint, il n'a pas été possible de mettre en évidence des résultats au niveau des analyses croisées. La partie qui suit présente les principaux résultats de l'étude. (Pour plus de détails, se référer à l'Annexe 21)

6.2. Principaux résultats

6.2.1. Profil sociodémographique

L'ensemble de notre échantillon est né en France et 87,5% (n=35) sont nés entre 1990 et 1993 (âge variant de 20 à 23 ans). 66,6% de l'échantillon vive au domicile parental et 25,60% réside en logement individuel (logement personnel ou colocation).
La majorité de notre échantillon n'a pas voyagé récemment (moins de 2 ans et plus de 2 semaines) dans un pays de l'Europe de l'Est (92.3%), en Afrique sub-saharienne et Centrale (90,3%) ou en Asie et sous-continent Indien (97%).
Enfin, sur un total de 37 réponses, 75,7% ont reçu le vaccin BCG, 21.60% n'avait pas connaissance de leur statut vaccinal BCG.

6.2.2. Résultats quantitatifs

Concernant le dépistage en général ; seulement 25% de l'échantillon ont mentionné avoir réalisé un dépistage au cours des 12 derniers mois (n=10). Nous pouvons préciser que 9 dépistages sur 10 ont été réalisés par des femmes (principalement IST et VIH).

92,50% avait déjà entendu parler de la tuberculose avant ce dépistage. 54,5% connaissaient quelqu'un qui avait eu la tuberculose, 37% par leur étude et 48,20% par les médias (la télévision a été majoritairement mentionnée). Enfin, sur 21 réponses, 9 ont mentionné qu'ils avaient déjà entendu parler de la tuberculose lors d'une consultation médicale auprès du médecin de famille.

Concernant la première source de documentation leur permettant de recueillir des informations au sujet de la tuberculose ; internet recueille 95% des réponses, le médecin traitant obtient 74,30%; puis la famille et les amis avec 61,80% (n=21).

Concernant l'organisation du dépistage au sein de l'université, une question cherchait à savoir les principaux éléments retenus lors de la lecture du courrier envoyé quatre semaines avant le dépistage les invitant à venir se faire dépister. 35 étudiants sur 37 ont retenu la gratuité du dépistage (soit 92,10%) ; 32 sur 37 réponses mentionnent la contagiosité de la maladie (soit 86,50%). Enfin, les items « Lieu, dates et horaires du dépistage », « Quelqu'un que je fréquente a eu la tuberculose» et « Je dois apporter mon carnet de santé/ vaccination » obtiennent respectivement 72,70% (pour les deux premiers items), et 71% des réponses.

Une question recueillait les réactions des enquêtés à la lecture de ce courrier. Les items « Inquiet et angoissé » et « Surpris » obtiennent respectivement 37,80% et 35,20% contre 13.5% pour les items « détendu et serein » et « indifférent » sur un total de 37 réponses. Aucune analyse croisée entre cette question et des variables sociodémographiques n'a pu apporter des résultats statistiquement satisfaisants.

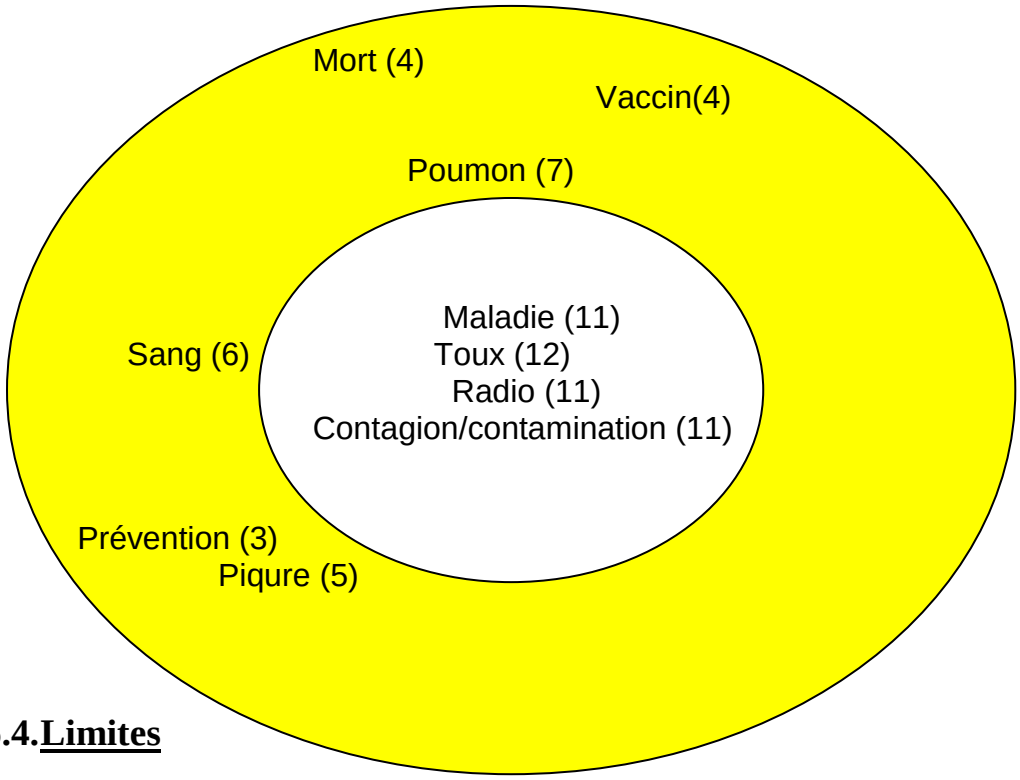
Concernant la réunion d'information ; 69,20% ont répondu qu'il n'y avait pas participé. La première raison évoquée était que cette réunion intervenait en pleine période de révisions pour les partiels et que celle-ci était planifiée durant la pause déjeuner.
Concernant les 12 personnes qui y ont participé, la raison principale était que la santé était une préoccupation importante (« car c'est important pour notre santé »).

Enfin, la dernière question visait à recueillir des informations sur les moyens de communication pertinents à mettre en place en matière de prévention de la tuberculose auprès des étudiants.
L'intervention durant les cours, les médias (campagne de prévention) ainsi qu'une intervention par les associations étudiantes obtiennent respectivement 91,20%, 78,10% et 61,50% de réponses positives.

6.3. Résultats qualitatifs

Une question visait à recueillir les éléments représentationnels du dépistage de la tuberculose. La figure ci-dessous présente les principaux items relevés sur 33 réponses.
La toux, la maladie, la radio ainsi que la notion de contagiosité semblent se distinguer comme faisant partie du noyau central.
Les poumons, le sang, la piqûre, la mort, le vaccin et la prévention font partie des éléments périphériques de la représentation du dépistage de la tuberculose.

Figure : Éléments représentationnels du dépistage de la tuberculose auprès des étudiants participant à un dépistage lors d'une enquête autour d'un cas.
(Fréquence en valeur absolue N=33)



6.4. Limites

Les différentes limites de cette enquête interviennent au niveau méthodologique.
Tout d'abord, par manque de temps, le questionnaire n'a pas pu être pré-testé ; certains items s'étant révélés à postériori comme non pertinents ou mal formulés. Dans cet ordre d'idées, un indicateur pertinent à recueillir au sujet de la motivation aurait été la proportion des étudiants à avoir apporté leur carnet de santé le jour du dépistage.

De plus, les conditions de passation aléatoires ont entrainé un biais dans les réponses notamment sur l'évaluation du niveau de connaissance concernant la tuberculose (pour ceux qui ont rempli le questionnaire après la pratique de l'IDR avec l'infirmière qui fournit un certain nombre d'information au niveau du dépistage).
L'échantillonnage aléatoire et assez homogène concernant le type de logement (parental essentiellement) ne nous a pas permis d'anticiper une source de motivation pertinente lors de ce dépistage : beaucoup d'étudiants ont déclaré que ce sont leurs propres parents qui les ont obligés à venir se faire dépister.
Enfin, une dernière dimension n'a pas pu être anticipée et quantifié : l'impact des interventions des infirmières du CDDPS et de la médecine universitaire durant les cours le jour même du dépistage sur la proportion d'étudiants venue se faire dépister.

6.5. Discussion

L'objectif de l'étude était d'identifier les facteurs expliquant la participation à un dépistage de la tuberculose chez les étudiants ayant été préalablement conviés. Si l'échantillon de cette enquête ne représente pas le public cible de cette étude ; elle permet de mettre en évidence certains éléments à considérer quant aux axes de travail du présent rapport.

Il pointe en premier lieu, la gratuité comme un des facteurs d'accessibilité en matière d'accès aux soins chez les étudiants. L'accès à un médecin traitant ou de famille comme ressource d'informations sur la tuberculose mis en évidence dans cette enquête corrobore cela.
Ces différents éléments sont corroborés par les résultats de l'enquête nationale réalisée conjointement par plusieurs mutuelles (Baudier et al, 2012). En effet, 28% des étudiants ayant participé à cette enquête déclarent exercer une activité rémunérée en parallèle de leurs études ; les femmes et les étudiants plus âgés étant les plus concernés par cette problématique. De plus, près d'un quart des étudiants (24%) jugent leurs ressources financières insuffisantes. En matière de santé, il est important de retenir que si les étudiants déclarent leur état de santé comme majoritairement « bon » (82%), plus d'un tiers d'entre eux déclarent avoir renoncé à consulter un médecin au cours des 12 derniers mois. Dans le même temps, une majorité déclare avoir eu recours à l'automédication. Concernant la prévention et le dépistage, si 78% des étudiants déclarent avoir indiqué utiliser systématiquement un préservatif lors de relations sexuelles avec un nouveau partenaire, seulement 44% ont déjà effectué un test de dépistage VIH/SIDA au cours de leur vie et 22% seulement au cours des 12 deniers.

En second lieu, l'analyse représentationnelle du dépistage de la tuberculose permet de mettre en évidence que la maladie tient une forte composante de dangerosité et de crainte de contamination.

Enfin, comme il a été mentionné précédemment, internet fait partie des médias privilégiés par les étudiants ainsi que les interventions durant les cours et/ou par des associations étudiantes.

Ces éléments devront être intégrés dans l'axe de travail en matière de prévention sur la tuberculose.

Résumé

L'objectif de l'étude était d'identifier les facteurs expliquant la participation à un dépistage de la tuberculose chez les étudiants ayant été préalablement conviés. Si l'échantillon de cette enquête ne représente pas le public cible de cette étude ; elle

permet de mettre en évidence certains éléments à considérer quant aux axes de travail du présent rapport.

- La gratuité des soins et du dépistage de la tuberculose chez les étudiants est un facteur déterminant dans l'accès aux soins
- Le dépistage en général n'est pas une stratégie de prévention majoritairement intégrée par les étudiants.
- La représentation de la tuberculose et de son dépistage reste fortement dépendante de sa dangerosité et de son aspect potentiellement mortel. Un travail d'information et de sensibilisation semble nécessaire.
- Internet semble être l'outil privilégié par les étudiants comme source d'information
- L'intervention durant les cours et l'implication des associations étudiantes semblent être des pistes à privilégier en matière de prévention de la tuberculose en milieu universitaire

7. Limites et discussion

Cette partie va maintenant discuter de l'ensemble des éléments présentés dans ce rapport afin de mettre en lumière les informations pertinentes nécessaires à la mise en place d'une stratégie de dépistage systématique auprès d'enfants scolarisés ou d'étudiants. Nous présenterons dans un premier temps les limites de cette étude puis nous synthétiserons les éléments spécifiques attribués au milieu scolaire et universitaire.

7.1. Limites

La première limite que nous aborderons dans cette étude est la place du public concernée par cette étude. En effet, les contraintes organisationnelles et temporelles ne nous ont pas permis de réaliser une enquête intégrant le point de vue des principaux concernés par cet enjeu de santé publique qu'est la tuberculose. Cette étude concerne en priorité les étudiants pour le milieu universitaire et les parents (et enfants) concernant le milieu scolaire. Cette absence nait aussi du fait des difficultés à mener une enquête sur un territoire globale qu'est la Seine-Saint-Denis et dans deux milieux n'impliquant pas nécessairement les mêmes structures et acteurs. De fait, l'identification non seulement des professionnels intervenant en milieu universitaire (seulement 8 ont été vu en entretien sur 25 réalisés) mais aussi des familles ou d'étudiants a été difficile car elle nécessite du temps afin de les rejoindre. Cet élément sera à considérer et approfondir dans le cas de l'application opérationnelle des stratégies adoptées par le CLAT 93.

La deuxième limite de cette étude que nous soulevons est celle de la définition du public. Comme nous le verrons dans la partie suivante, celle-ci sera sans doute à redéfinir. Il nous semble important de mentionner qu'un des publics-cible n'est pas réellement intégré à l'étude. Le public Roms reste très fortement représenté sur le territoire et est directement concerné par la question de la tuberculose. Les spécificités (dû aux enjeux socio-politique et culturel) qu'implique la « question Roms », celle-ci n'a pas été explicitement abordé dans ce rapport. Pour autant, nous considérons que les modalités d'intervention qui seront recommandées dans la partie « préconisations » de ce rapport seront aussi applicables aux enfants Roms dès lors qu'ils seront scolarisés. L'enjeu réel se situe au niveau de l'accompagnement et du

suivi de traitement qui nécessite une réflexion spécifique (réflexion déjà engagée par le Bureau de Santé Publique du Conseil Général 93).

7.2. Discussion et conclusion

Cette étude visait à identifier les conditions qui permettent de définir des stratégies de dépistage systématique de la tuberculose en milieu scolaire et universitaire auprès des personnes primo-arrivantes sur le territoire de la Seine Saint-Denis.

De manière générale, on se rend compte que la question de la santé est intriquée dans des problématiques multiples propres aux populations en situation de précarité dans lequel le statut de migrant en fait partie. De fait, les déterminants de la tuberculose présentés dans ce rapport montrent à quel point une vision globale de la santé est déterminante dans la lutte contre cette pathologie infectieuse.

Comme l'explique Marmier (2012), il est nécessaire d'intégrer le dépistage de la tuberculose dans une stratégie globale de lutte contre les inégalités sociales de la santé. Celle-ci passe par une approche « public » et de la prise en compte de ses particularités. Cette étude, par son entrée « public-cible » atteste de cette démarche. En ce sens, la collaboration des personnes concernées (ou de leurs représentants) afin de déceler les obstacles à l'implantation du projet ainsi que de répondre au plus près de leurs besoins font partie des leviers à intégrer.

Pour autant, s'agissant de ce type d'approche, l'enquête réalisée auprès des professionnels du territoire ainsi que des éléments de la littérature, pose la question de la stigmatisation du public qui est souvent crainte par les professionnels. Cependant, le dépistage de Clichy-sous-Bois a permis de constater à quel point une action de proximité en impliquant les ressources de la commune notamment à travers les associations de médiation avait été bénéfique et facilitante quant aux problématiques soulevées par les populations vivant dans le quartier du Chêne Pointu.

Fort de cette expérience, le conseil général a mis en place une consultation familiale pour les personnes primo-arrivantes à Clichy-sous-Bois. Cette démarche corrobore l'idée selon laquelle, l'offre de soins proposée aux personnes migrantes doit être globale, familiale et de proximité. Néanmoins, nous tenons à signaler la pertinence d'évaluer cette action afin d'en mesurer l'impact et l'efficience. Celle-ci servira de référence concernant la mise en place d'une stratégie de lutte contre la tuberculose auprès d'enfants migrants scolarisés. En effet, à la lumière des éléments mis en évidence dans ce rapport, les enfants représentent une porte d'entrée- via la scolarisation- permettant de rejoindre des familles précaires, migrantes et éloignées du système de soins. Les recommandations du CSHP (2005) ainsi que les expériences présentées dans ce rapport abondent dans ce sens. De plus, cette étude atteste de l'importance de considérer les parents comme un levier majeur dans le parcours de santé des enfants, que ce soit dans le dépistage de la tuberculose, que du traitement.

Au regard des éléments présentés dans cette étude, nous pouvons constater que la mise en place d'un dépistage systématique auprès d'étudiants primo-arrivant peut être questionnée. Celui- ci s'explique notamment par le fait que les problématiques de régularisation administrative et de santé publique sont liées et encadrés par un dispositif réglementaire. Néanmoins, cette étude a permis de conforter les éléments évoqués lors de la demande d'une étude de faisabilité en milieu universitaire. Cette étude a en effet mis en évidence une difficulté de

collaboration entre les différents acteurs clés de la lutte contre la tuberculose en milieu universitaire qui entraine une surcharge de travail pour les équipes (pour plus de détails, se référer à l'annexe 24). Il nous semble que, dans un premier temps, la lutte de contre la tuberculose en milieu universitaire se situe plus dans l'amélioration de la collaboration entre les partenaires ainsi que dans un travail de communication et de sensibilisation auprès des étudiants et des professionnels de santé que dans la mise en place d'un dépistage systématique auprès d'une population difficile à rejoindre.

En résumé, cette étude a permis de dresser un portrait général sur la situation de la lutte contre la tuberculose concernant la Seine Saint-Denis. Afin d'affiner les stratégies et modalités d'interventions à adopter, il nous semble pertinent aujourd'hui de venir confronter ces éléments à la réalité spécifique d'une commune (ou d'une université). Celle-ci permettra d'approfondir les circuits dans lesquels les personnes migrantes (familles ou étudiants) s'insèrent afin de mieux comprendre leurs réalités, les acteurs et les moments clés.

8. Préconisations

Cette dernière partie va présenter, sous forme de tableaux, l'ensemble des préconisations issues de cette étude. Les tableaux intègrent les modalités d'intervention, le public, les leviers, les acteurs et/ou structures clés. Pour le milieu scolaire, 4 communes candidates sont présentées en fonction de critères (se référer à l'annexe 23 : tableau d'aide à la décision).

8.1. En milieu universitaire

Préconisations en milieu universitaire
Modalités d'intervention : - Stratégie de dépistage systématique auprès d'étudiant primo-arrivant non recommandée - Envisager des actions de prévention pluri-thématiques intégrant la tuberculose. - Approfondir la connaissance du circuit de scolarisation de l'étudiant étranger (scolarité, SIUMPPS, service social, association étudiante, mutuelle…) afin d'identifier les acteurs et les moments clés. - Renforcer du travail collaboratif entre les SIUMPPS et le CLAT 93 afin de travailler sur les signes d'appel de la tuberculose et sur des outils facilitant la communication (fiche de liaison…) - Réaliser une enquête auprès des associations étudiantes (notamment étrangère) en collaboration avec les SIUMPPS afin de travailler sur la mise en place d'action de prévention (pluri thématique incluant la tuberculose) - Formation des professionnels de santé intervenant en milieu universitaire - Analyser la stratégie de dépistage de la tuberculose mise en place entre l'Université de Savoie et l'OFII de Grenoble.
Leviers - Associations étudiantes, Mutuelles - Outil de communication pertinent : internet - Articulation sociosanitaire
Listes des associations étudiantes

Paris 8	Paris 13
- Alliance des étudiants amazighs en France (AEAF) - Arc-en-ciel (association des étudiants comoriens de Paris) - Bok Xalat « vers le même but » (association représentant Sénégal et Afrique de l'ouest) - Collectif Palestine Paris 8 - Club de Réflexion des Universitaires Haïtiens de Paris 8 (CRUHP) - Kreyol's (Association des étudiants afro-caribéens) - Réseau Universités Sans Frontières (RUSF) - Tikli (étudiants berbères de Paris 8) - Union des étudiants algériens de France (UEAF) - Union des étudiants Kurdes de France (UEKF - Paris 8) - Union Nationale des Étudiants de France (UNEF)	- Association des Etudiants en Médecine de Bobigny - Association de solidarité Internationale des Etudiants Motivés de Bobigny - Union Nationale des Étudiants de France (UNEF)

8.2. En milieu scolaire

Préconisations en milieu scolaire
Public Critères d'inclusion : ➢ Seuil du taux d'incidence d'un pays à forte incidence de la tuberculose définissant le public cible : 50/100 000 ➢ Pays de naissance d'au moins un des parents issu d'un pays à haute incidence de tuberculose (si enfant né en France) ➢ Date d'arrivée des parents (si enfant né en France) et des enfants arrivés depuis moins de 5ans sur le territoire national. ➢ Intégrer les facteurs de risque individuel (antécédent de tuberculose dans l'entourage, voyages au pays et /ou de visites venant du pays …) ➢ La famille : unité de consultation ➢ Tranche d'âge : élève du 2nd degré (11-16 ans)
Modalités d'intervention ➢ Approfondir la connaissance du circuit de scolarisation de l'élève étranger sur les 2 communes retenues (en 1er et 2nd degré) afin d'identifier les acteurs et les moments clés. ➢ Action de sensibilisation et d'information auprès des parents (déterminant dans le choix de réaliser le dépistage chez l'enfant) ➢ Intégrer le dépistage lors de l'inscription de l'élève * Par le service scolarité des municipalités pour les enfants du 1er degré * Par les centres d'information et d'orientation et les chefs d'établissement de l'inspection académique pour les élèves du 2nd degré ➢ Proposition systématique de dépistage inclus dans un bilan de santé « migratoire »

- Proposition d'une consultation familiale : envisagée la famille comme une unité où l'ensemble des services proposé (parents-enfants) soit au sein de la même structure
- Expérimentation consultation familiale primo-arrivant de Clichy-sous-bois : suivre et évaluer le projet.
- Intégrer une démarche participative du public concerné par le dépistage.

Acteurs ET/OU services clés

- CDDPS
- Centres municipaux de santé
- Services de l'éducation nationale
- Associations communautaires et de médiation
- Centres sociaux implantés sur le territoire et identifiés par le public-cible
- Associations intervenant sur l'hébergement et le logement (MOUS…)

Leviers

- Porte d'entrée via la vaccination
- Articulation sociosanitaire : accompagnement et orientation agissant sur les déterminants de la tuberculose (accès aux droits, logement…) .
- Accessibilité :

*Structures identifiées par le public et proximité géographique
*Organisationnel : Pratique professionnelle (Accueil, Ecoute, orientation), horaires d'ouverture, préserver l'unité familiale.
*Médiation socioculturelle : A la fois dans la compréhension des représentations de la maladie, mais aussi dans l'accessibilité et la compréhension du système de santé et de soins français.
* Accessibilité pour les personnes à mobilité réduite

- Ateliers socio linguistiques (des parents)
- Médecin de famille

Territoire : Définir deux communes comme territoire pilote (cf tableau d'aide à la décision en annexe 23) présentant des caractéristiques socio-sanitaires différentes afin de comparer les critères permettant la mise en place d'un dépistage de la tuberculose.

Le choix de ces 4 communes s'est fait sur la base d'indicateurs quantitatifs, mais aussi qualitatifs à savoir :

- les ressources humaines des CDDPS
- la suractivité de certains CDDPS
- les conseils des partenaires rencontrés vis-à-vis des modalités de scolarisation des enfants en fonction des communes

Villes candidates	**BONDY**	**AULNAY**	**BOBIGNY**	**PIERREFITE**
IDH2 (SSD : 0,40)	0,37	0,40	0,25	0,28
Part population immigrée 1999	19%	20%	23%	26%
Part population immigrée 2006	28%	25,2%	33,8%	34,1%
Incidence de la tuberculose (2008)	20-30	20-30	>40	> 40
Nombre de bénéficiaires	777	1077	1341	781

AME en 2009				
CDDPS de secteur	Aulnay-Sous-Bois (proximité géographique de Villemomble)	Aulnay-Sous-Bois	Aubervilliers	Saint Denis
Dispositif CASNAV93	CLA/CLIN : 6	CLA/CLIN : 4 ASL « école aux parents » : 1	CLA/CLIN : 4 ASL « école aux parents » : 1	CLA/CLIN : 5 ASL « école aux parents » : 1
Dispositifs Politique de la ville et municipalité	ASV + PRE+ CMS	ASV+PRE+ 4 CMS	ASV+ Centre Polyvalent de santé	ASV+PRE+ CMS
Hôpital	CHU Jean Verdier	Hôpital Robert Ballanger	Hôpital Avicenne	
Centres sociaux (conventionnés CG)	4	4	1	2
Principales associations	La marmite, Association Iris 93, association soleil santé, Maison des parents…	Croix Rouge Française, Association Femmes Relais, Association des Femmes originaires de l'Afrique de l'Ouest A.F.A.O.…	Maison des parents, Réseau ville hôpital 93, Santé d'ici et d'ailleurs, Association Femmes Solidaires, Croix Rouge Française…	Association des Centres sociaux de Pierrefitte - A.C.S.P, AFESC AM - association des femmes solidaires du Cameroun, Association sénégalaise pour la lutte contre l'inégalité des soins, Croix Rouge Française, Femmes pierrefittoises, Association des Professionnels Libéraux de Santé…

Bibliographie

Agence de Santé Publique du Canada (2007) Normes Canadiennes pour la lutte contre la tuberculose (6ème édition). http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf

Alvarez, G ; Clark, M ; Alpeter, E ; Douglas, P ; Jones, J ; Paty, M-C, Posey, D & Chemtob, D, (2010). *Pediatric tuberculosis immigration screening in high-immigration, low-incidence country*. The international Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 14 (12); 1530-1537

Antoine, D & Che,D (2012). Les cas de tuberculose déclarés en France en 2010, Bulletin épidémiologique Hebdomadaire n°2 ,3 ,4.

Antoun, F (2012) « Actions en faveur des migrants et primo-arrivants »
conférence ARS IDF 6 NOVEMBRE 2012 Réseau des CLAT et Acteurs de la lutte contre la tuberculose en Ile-de-France » power point**.**

Apostolidis, T. (*2006*). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. Psicologia : Teoria e Pesquisa, Vol 22 (2)

Assurance Maladie Seine Saint Denis, (2009). Pauvreté –Précarité en Seine Saint Denis.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cpam93_rapport_pauvrete_precarite_2009.pdf [vu le 15-03-13]

Baudier, A ; Dobbels, D & Szeftel G. (2012). Santé et conditions de vie des étudiants. Enquête nationale et synthèse régionales, éditions 2011-2012. Paris : Rue des écoles, Mutualité française, 304 p.

Berchet C. Immigration and health care utilisation in France: New evidences from the Health, Health Care and Insurance Survey. Document de travail Leda-Legos (mimeo). 2011.

Boisguerin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins. Études et Résultats. 2008;645:1-8.

Bischoff A. et P. Hudelson, 2009, « Communicating with Foreign Language-Speaking patients : is Access to Professional Interpreters Enough? », Journal of Travel Medicine, 17, 1 : 15-20.

Brassard P., C. Steensma, L. Cadieux et L.C. Lands, 2006, « Investigation Targeting Recently Immigrated Children in a Low-Burden Country. Evaluation of a School-Based Tuberculosis-Screening Program and Associate. », *Pediatrics,* 117 : 148-156.

Cabrera D.M., D.E. Morisky, C. Shin, 2002, « Development of a Tuberculosis Education Booklet for Latino Immigrant Patients. », *Patient Education and Counselling*, 46, 2: 117-124.

Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé Publique. 2007;19(2):99-109.
OMS (2012) La tuberculose chez l'enfant http://www.who.int/tb/challenges/children/fr/index.html [vu le 28-02-13]

Carle, M-È,(2011) «Vulnérabilité, observance et adhésion thérapeutique : quels risques? : la prévention de la tuberculose chez les enfants immigrants à Montréal» , Thèse,Université de Montréal.

Chaouchi S, Casu C, Caussidier J, Ledesert B (dir). État de santé et accès aux soins des migrants en France. Analyse et synthèse bibliographique. Montpellier : Observatoire régional de la Santé du Languedoc-Roussillon; 2006. 82 p

Conseil générale de Seine Saint Denis (2012) « Arbre décisionnel tuberculose ». Présentation powerpoint du 20 avril 2012.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France. Séance du 30 septembre 2005. Disponible à: http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/r_mt_070605_tubermigrants.pdf cité par De quand date l'infection des malades tuberculeux ayant séjourné à l'étranger ? Philippe Fraisse beh 24 25 juin 2012

Colson P.W., J. Franks, R. Sondengam, Y. Hirsch-Moverman, W. El-Sadr, 2010, « Tuberculosis Knowledge, Attitudes, and Beliefs in Foreign-born and US-born Patients with Latent Tuberculosis Infection. », *Journal of Immigrant and Minority Health* : (Numéros de pages non disponibles).

Côté L., 2000, « En garde! Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XXe siècle. », Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval.

Da Silva O.V.L, A.J.L.A. Da Cunha, R. Alves, 2006, « Tuberculosis Treatment Default among Brazilian Children. », *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 10, 8 : 864-869.

Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Immigrants' access to ambulatory care in France. Questions d'Économie de la Santé. 2009;146:1-6.

Fassin D., 1998b, « Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? », *Plein Droit*, no.38, 29-35. http://www.gisti.org/doc/plein-droit/38/sante.html

Fos PJ, J.H Lee, M.A. Zuniga et B.W Amy, 2005, « The role of quality improvement in disease management : a statewide tuberculosis control success story. », Journal of Public Health Management and Practice, 11 : 222-227.

Fujiwara, R. A. Dlodlo, O. Ferroussier, et al. – 2012 Implementing Collaborative TB-HIV Activities: A Programmatic Guide http://www.theunion.org/index.php/en/resources/technical-publications/item/2091-implementing-collaborative-tb-hiv-activities-a-programmatic-guide

Gibson N., A. Cave et D. Doering, 2005, « Socio-Cultural Factors Influencing Prevention and Treatment of Tuberculosis in Immigrant and Aboriginal Communities in Canada. » *Social Science and Medicine*, 61, 5 : 931-942.

Haute autorité de santé (2007) Guide affection de Longue durée- tuberculose active http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-029_tuberculose-guide_edite_sans_lap.pdf

Hoyez,A-C (2011) « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergeo : European Journal of Geography* [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 566, mis en ligne le 21 novembre 2011, consulté le 06 décembre 2011

Institut national de la statistique et des études économiques (1999) source, Glossaire immigration. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/alsace/themes/ch_dossier/cpad08/cpad08_source_gloss.pdf

Legros, Bauer, D & Goyaux, N (2012) Groupe de travail « Santé et accès aux soins » Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf.

Levy-Bruhl, D.; Mallet, H.P.; Strady, C.; Larnaudie, S. (2008). Comparaison de differentes strategies de depistage de la tuberculose par test tuberculinique chez les enfants scolarises en classe de CM2 a Paris *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 56, Issue 4, August 2008, Pages 253-259*

Lot, F ; Antoine, D ; Pioche, C ; Larsen, C ; Che,D ; Cazein, F ; Semaille, C ; Saura, C. (2012). Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B, Bulletin épidémiologique Hebdomadaire n°2 ,3 ,4.

Love J.A. et R. Buriel, 2007, « Language Brokering, Autonomy, Parent-Child Bonding, Biculturalism, and Depression : A Study of Mexican American Adolescents from Immigrant Families. », *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 29, 4 : 472-491.

Marmier, M (2012) Evaluation qualitative du dépistage élargi de la tuberculose dans le quartier du Chêne Pointu à Clichy sous-bois.

M'jamri-berthou, A ; Kern, T ; Wluczka, M (2009). REGISTRE DES CAS DE TUBERCULOSE Vus dans le cadre de la visite médicale de l'OFII pendant l'année 2009.

Morales A. et W.F. Hanson, 2005, « Language Brokering : An Integrative Review of the Literature. », *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 47, 4 : 471-503.

Morisky D.E., C.K. Malotte, V. Ebin, P. Davidson, D. Cabrera, P.T. Trout, A. Coly, 2001, « Behavioral Interventions for the Control of Tuberculosis Among Adolescents », *Public Health*, 116, 568-574.

Observatoire régional de santé Ile de France, (2011). La santé observée en Seine Saint Denis. http://www.ors-idf.org/dmdocuments/tab93_2011/fiche7.6-Tuberculose_new.pdf

Ospina et al.: Community health workers improve contact tracing among immigrants with tuberculosis in Barcelona. BMC Public Health 2012 12:158
OMS (2011) http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html [vu le 26-02-13]

OMS (2011) Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes http://www.who.int/diabetes/publications/tb_diabetes2011/en/index.html 3

OMS, 2010, *2009 Update Tuberculosis Facts*, Consulté sur Internet (http : //www.who.int/tb/publications/factsheets/en/index.html),

OMS, 2003, *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*. Consulté sur Internet :
(http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.htm), le 29 avril 2010.

Préfecture de la Seine Saint Denis (2012) Plan Départemental D'intégration de la Seine Saint Denis 2012-2014,

Rocha C, Montoya R, Zevallos K, Curatola A, Ynga W, Franco J et *al.* The innovative Socio-economic Interventions Against Tuberculosis (ISIAT) project : an operational assessment, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 15(5) :S50-S57, 2011.

Rubel A., Garro L., Social and cultural factors in the Successful Control of Tuberculosis, Public Health Report, nov-dec 1992, Vol. 107, No. 6, 626-635.

Sandgren,A; Hollo,V (2012). La tuberculose chez les enfants en Europe en 2010 ,Bulletin épidémiologique Hebdomadaire N° 24 -25.

Saiman L., P. San Gabriel, J. Schulte, M.P. Vargas, T. Kenyon et I. Onorato, 2001, « Risk Factors for Latent Tuberculosis Infection among Children in New York City. », *Paediatrics*, 107, 5 : 999-1003

Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, 2002, *L'inclusion sociale comme facteur déterminant de la santé. Les déterminants sociaux de la santé*. Consulté sur Internet (http: //www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/03_inclusion-fra.php),.

Société de Pneumologie de Langue Française, (2004) Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la prise en charge de la tuberculose en France, Revue des Maladies Respiratoires, 21 : 414-20
http://www.splf.org/s/IMG/pdf/Recommandations_SPLF_2004.pdf

Van Zyl S, B.J. Marais, A.C. Hesseling et R.P. Gie, N. Beyers, H.S. Schaaf, « Adherence to Anti-Tuberculosis Chemoprophylaxis and Treatment in Children. » The International Journal Tuberculosis Lung Disease, 10 : 13-18

Veïsse,A; Wolmark,L; l Revault,P (2012). Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner 17 Bulletin Epidémiologique hébdomadaire, janvier 2012 , n° 2-3-4

Wanlin, M, (2007) Stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire 2007-2012 Fonds des Affections Respiratoires

Wanlin, M, (2012) Stratégie de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire 2012-2017 Fonds des Affections Respiratoires

Wanlin, M, (2012) Actualisation des recommandations relatives à la prévention de la tuberculose dans les universités 2012 Fonds des Affections Respiratoires

Wanyeki I., S. Olson, P. Brassard, D. Menzies, N. Ross, M. Behr et K. Schwartzman, 2006, « Dwellings, Crowding, and Tuberculosis in Montreal. », *Social Science and Medicine*, 63 : 501-511.

WHO Regional, Office for Europe, How health systems can address inequities in priority public health conditions : the example of tuberculosis. Copenhagen, 2010. Consulté le 10 décembre 2012]. Disponible : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/121881/E94285.pdf

.

Annexe 1 GUIDE D'ENTRETIEN EXPLORATOIRE

- Missions et activités de l'interviewé
  - Description des missions
  - Description des activités (protocole et réglementation, diagnostic…)
  - Description de l'équipe de travail
  - Fonctionnement de l'équipe
  - Freins/leviers des activités: (orientation, partenariat, articulation sociosanitaire, pratique professionnelle…)

- Dépistage systématique de la tuberculose et primoarrivants en milieu scolaire et universitaire
- Définir le public primo-arrivant
- Quel « circuit » fait un primo-arrivant lorsqu'il arrive sur le territoire (général et santé) ?
- Quelles problématiques rencontrées vis-à-vis de ce public (générales et santé)
- Barrières sociales, économiques, culturelles.... de ce public vis a vis du système de soins
- Freins et levier d'un dépistage systématique
- Freins et levier de réaliser un dépistage en milieu scolaire ou universitaire (quelle porte d'entrée, représentation, partenaire, suivi et prise en charge, communication, pratique professionnelle…)

- Demande des supports de communication et coordonnées de partenaires pertinents pour l'étude

Annexe 2 LISTE DES PARTICIPANTS A L'ENQUETE PAR ENTRETIENS

	Statut/ fonctions	date
1	Responsable de centre CDDPS	31/10/12
2	Service Soc Polyvalent CG	5/11/12
3	Responsable de centre CDDPS	7/11/12
4	Chargée de mission CLAT 95	8/11/12
5 (univ)	Médecin responsable OFII Bobigny	15/11/12
6	Infirmière équipe mobile	7/12/12
7	Rédactrice équipe Mobile	7/12/12
8 (univ)	Médecin service universitaire Paris 13	11/12/12
	Responsable de la médecine universitaire	11/12/12
9 (univ)	Responsable Médecine scolaire	23/11/12
	Responsable Infirmière scolaire	23/11/12
	Responsable Service Social scolaire	23/11/12
10	Coordonnatrice CASNAV93	11/12/12
11	Médiatrices ARIFA	15/01/13
12 (univ)	Chargé de prévention LMDE	15/01/13
13	Chargée d'actions liées à la santé Service social Polyvalent CG	12/12/12
14	ASTI/ RESF Clichy s Bois	4/01/1
15	COMEDE, médecin responsable du service	03/12/12
16	Réunion Assistantes sociales CG93	05/12/12
17 (univ)	Assistante sociale ASSFAM (antenne OFII)	05/12/12
18	Rédactrice, CDDPS de saint Denis	7/12/12
19 (univ)	Infirmière Université Paris 8	30-11-12 (stand tub)
	Infirmière Université Paris 8	30-11-12 (stand tub)

	Médecin Université Paris 8	30-11-12 (stand tub)
20 (univ)	Animatrice prévention SMEREP [mutuelle]	30-11-12 (stand tub]
21	Chargée de mission santé, ASV Clichy-sous-Bois	10-01-13 (téléphone 45min]
22	Responsable Fares (Belgique]	25-01-13
23	Médecin responsable centre de vaccination Paris	07-02-13
	Medecin Coordinateur CLAT 75	07-02-13
24	Assistante sociale équipe mobile	8-02-13
25	Responsable de centre CDDPS	19-10-13

Annexe 3 QUESTIONNAIRE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

Dans le cadre de ce dépistage, et afin d'améliorer nos interventions en milieu universitaire, nous souhaitons comprendre la perception globale que les étudiants ont de la tuberculose et des motivations à venir se faire dépister. C'est pourquoi nous vous proposons de répondre à ce questionnaire qui ne durera que quelques minutes !

Ce questionnaire est rempli de façon personnelle, anonyme et confidentielle.

Précisions :

- Cochez la case lorsqu'une seule réponse est possible
- Rayez la mention inutile pour les questions : OUI-NON)
- N'oubliez pas de donner des précisions si jamais vous cochez la case « Autre »

Important : Pour toutes questions ou demande de précisions concernant le questionnaire, n'hésitez pas à solliciter la personne qui vous a donné ce questionnaire.

Enfin, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; ce qui compte c'est ce que vous pensez !

Merci !

Informations générales

1. Votre sexe :
1.1Masculin ⌗ 1.2 Féminin ⌗

2. Votre année de naissance : _____

3. Votre pays de naissance : _____

> 4 Si pays de naissance en dehors de la France ; votre année d'arrivée en France : _____

5. Votre type de logement :
5.2 Hébergement collectif (cité universitaire, foyer de jeunes travailleurs) ⌗
5.3 Hébergement chez un tiers (amis, connaissance…) ⌗
5.4 En logement individuel (logement personnel ou en colocation) ⌗
5.5 Chez mes parents ⌗
5.5 Autre :_____ ⌗

9. Avez-vous voyagé récemment (moins de 2 ans) et de plus de 2 semaines dans une des régions du monde suivantes :
9.1 Europe de l'est : (Exemples : Roumanie, Bulgarie, Ukraine…) **OUI - NON**
9.2 Afrique subsaharienne et centrale : (Exemples : Mali, Sénégal, Cote d'ivoire…) **OUI - NON**

9.3 Asie et sous-continent indien: (Exemples: Chine, Inde, Pakistan…) **OUI - NON**

12. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà réalisé un dépistage ?

12.1 Non ⌘ 12.2 Oui ⌘

> 13 si oui :

13.1 VIH OUI- NON
13.2 IST : OUI- NON
13.3 Hépatite OUI- NON
13.4 Tuberculose OUI- NON
13.5 Autres : _____

16. Citez-moi les <u>cinq</u> premiers mots qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsqu'on vous parle du <u>dépistage de la tuberculose</u> ?

16.1 _____
16.2 _____
16.3 _____
16.4 _____
16.5 _____

17 Avez-vous déjà entendu parler de la tuberculose avant ce dépistage :

17.1 Non ⌘ 17.2 Oui ⌘

>18. Si oui :

18.1 J'ai déjà été malade de la tuberculose **OUI- NON**
18.2 Je connais quelqu'un qui a déjà eu la tuberculose **OUI- NON**
18.3 Par mes études : (précisez le type d'étude : _____) **OUI- NON**
18.4 Par les médias (si oui précisez le type de média : _____) **OUI- NON**
18.5 : J'ai déjà été dépisté pour la tuberculose **OUI- NON**
18.6 : Lors d'une consultation médicale :
18.6.1 De l'OFII **OUI- NON**
18.6.2 De la médecine universitaire **OUI- NON**
18.6.3 Du médecin de famille **OUI- NON**
18.6.4 Autre (précisez) _____
18.7 Autres : (précisez) _____

19. Ou chercheriez-vous <u>en premier</u>, si vous souhaitiez avoir des informations concernant le dépistage de la tuberculose :

19.1 Par internet, **OUI- NON**
19.2 Autres média : bibliothèque, journal, magazine… **OUI- NON**
19.3 Dans les Centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaire de Seine Saint-Denis **OUI- NON**
19.4 Médecine préventive universitaire **OUI- NON**
10.4 Médecin traitant **OUI- NON**
10.5 Auprès de la famille et des amis **OUI- NON**
10.6 Auprès de ma mutuelle **OUI- NON**
10.7 Auprès des associations étudiantes **OUI- NON**
10.8 Autre : (précisez) _____
10.9 Ne sait pas **OUI- NON**

20. Qu'avez-vous retenu du courrier reçu il y a 4 semaines à votre domicile vous informant de ce dépistage ?

20.1 Le lieu, les dates et les horaires de dépistage **OUI- NON**

20.2 Rien je ne l'ai pas lu, ce sont des gens de ma promo qui m'ont dit de venir aujourd'hui **OUI- NON**

20.3 Le protocole de dépistage : la radiographie pulmonaire et le tubertest **OUI- NON**

20.4 La tuberculose est contagieuse **OUI- NON**

20.5 Ce dépistage est gratuit **OUI- NON**

20.6 Quelqu'un que je fréquente a eu la tuberculose **OUI- NON**

20.7 Je dois emmener mon carnet de vaccination et de santé ainsi que le questionnaire médical joint à ce courrier **OUI- NON**

20.8 La provenance du courrier (centre départemental de dépistage et de prévention sanitaire) **OUI- NON**

20.9 Autre : (précisez) _____

21. Quelle a été votre réaction à la lecture de ce courrier ?
(1 seule réponse possible)

21.1 Inquiet(e) et angoissé(e) ⌗

21.2 Surpris(e) ⌗

21.3 Détendu(e) et serein(e) ⌗

21.4 Indifférent ⌗

21.5 Autre : (précisez) _____ ⌗

22 Avez-vous participé à la réunion d'information du jeudi 10 janvier concernant ce dépistage ?

22.1 Non ⌗

Pourquoi :_____

22.2 Oui ⌗

Pourquoi : _____

23. Pour quelles raisons êtes-vous venus aujourd'hui faire le dépistage ?

23.1 Car nous sommes plusieurs amis à avoir reçu le courrier donc nous y sommes allés ensemble **OUI- NON**

23.2 Car le courrier que j'ai reçu m'a convaincu **OUI- NON**

23.3 Car la réunion d'information m'a convaincu **OUI- NON-**

23.4 mon médecin m'a conseillé d'y venir **OUI- NON**

23.5 Parce que c'est contagieux **OUI- NON**

23.6 Parce que c'est gratuit **OUI- NON**

23.7 Parce que j'étais sur le campus aujourd'hui et que j'avais du temps de libre **OUI- NON**

20.10 Parce que je n'ai pas la sécurité sociale **OUI- NON**

23.8 Parce que je n'ai pas de mutuelle **OUI- NON**

23.9 Parce que je me sens pas bien **OUI- NON** (décrivez vos symptômes) :

_____

23.10 Autre (précisez)

_____

24. Savez-vous pourquoi vous êtes invité revenir le vendredi 25 janvier à la médecine universitaire, concernant ce dépistage ?

24.1 Non ⌗

24.2 Oui : ⌗ (précisez)

_____

25. Pouvez-vous me dire si vous craignez d'avoir la tuberculose :

25.1 Pas du tout ⌗

25.2 Peu ⌗

25.3 Pas mal ⌗

25.4 Beaucoup ⌗

25.5 Ne souhaite pas répondre ⌗

26. En matière de prévention, quel serait pour vous le (les) moyen(s) le plus pertinent pour parler du dépistage de la tuberculose auprès des étudiants :

26.1 Flyers **OUI- NON**

26.2 Par les Médias (comme les campagnes de vaccination vues à la télé ou entendues à la radio…) **OUI- NON**

26.3 Affiche/pancarte **OUI- NON**

26.4 Vidéos **OUI- NON**

26.5 Par SMS **OUI- NON**

26.6 Intervention orale durant les cours (TD et CM) **OUI- NON**

26.7 Intervention sur les lieux de vie : bibliothèque, self, cité universitaire **OUI- NON**

26.8 Intervention par les associations étudiantes (radio étudiante, actions…) **OUI- NON**

26.9 Autres : (précisez)

_____

27.Êtes-vous vacciné au vaccin BCG* :

27.1 Non ⌗

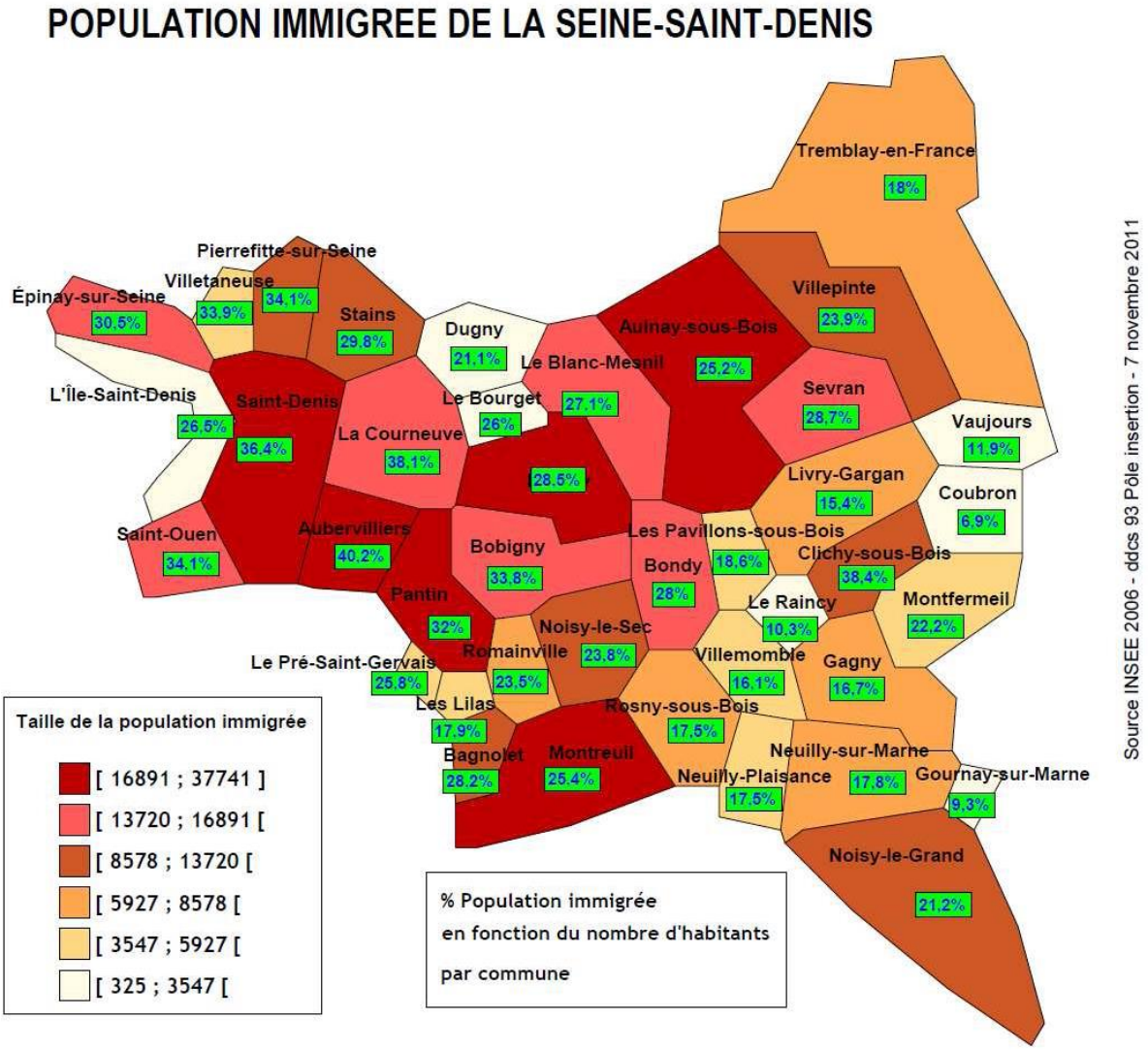
27.2 Oui ⌗

27.3 Je ne sais pas ⌗

Commentaires, suggestions :

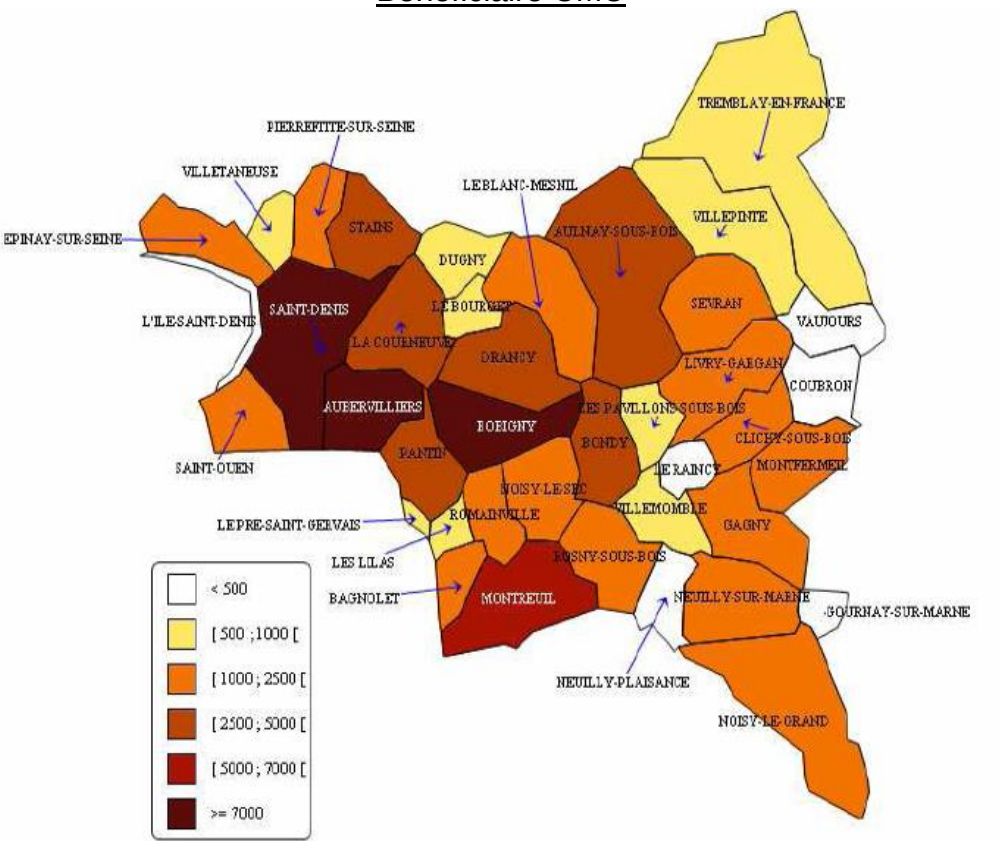
*Le vaccin BCG permet de protéger des formes graves de la tuberculose à 100% durant l'enfance et à 50% durant l'âge adulte.

Annexe 4 POPULATION IMMIGREE DE LA SEINE SAINT-DENIS (RECENSEMENT INSEE DE 2006)

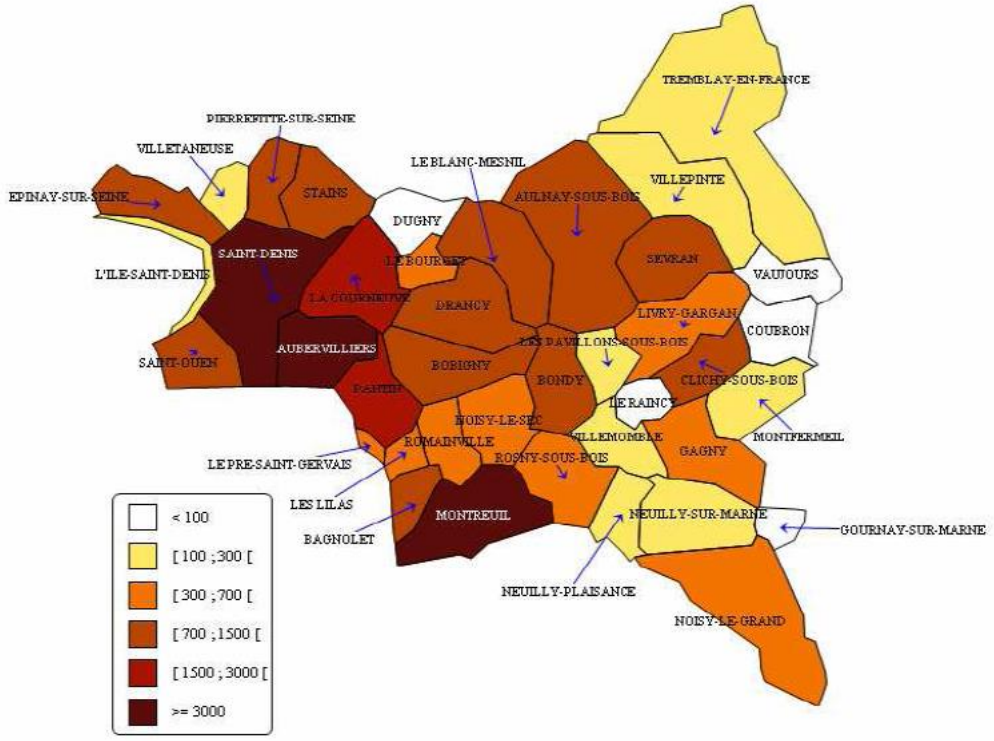


Annexe 5 CARTOGRAPHIE DES BENEFICIAIRES CMU ET AME EN SEINE SAINT DENIS EN 2009

Bénéficiaire CMU



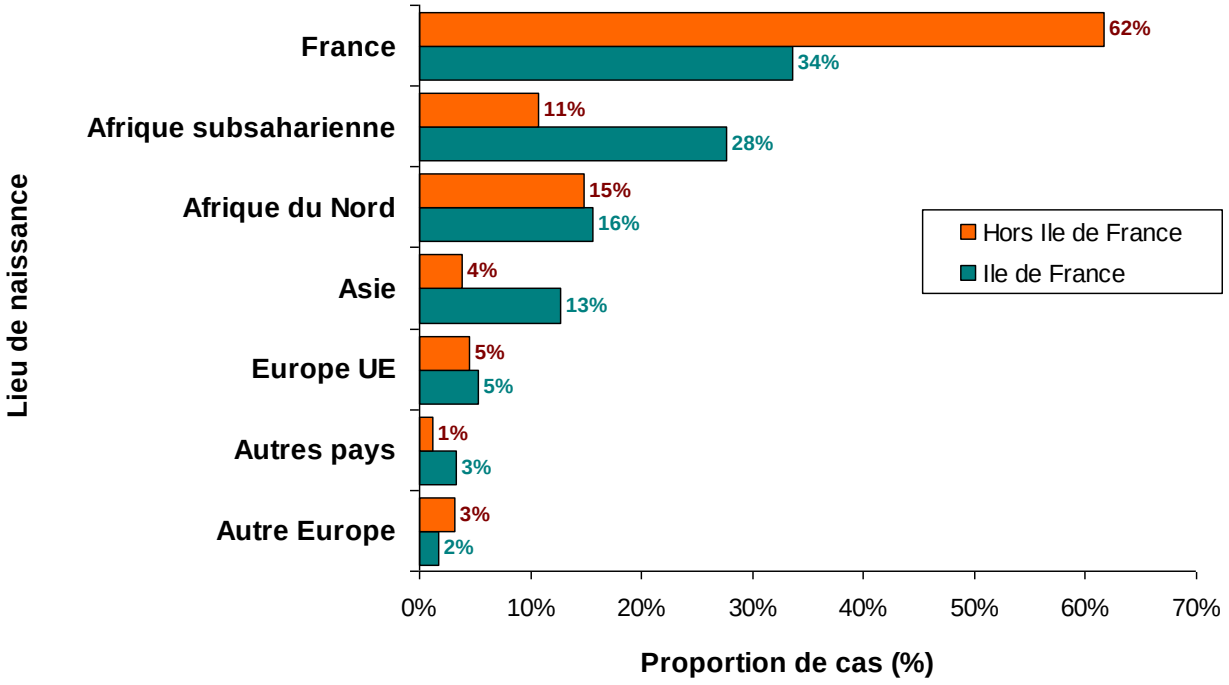
Bénéficiaires AME



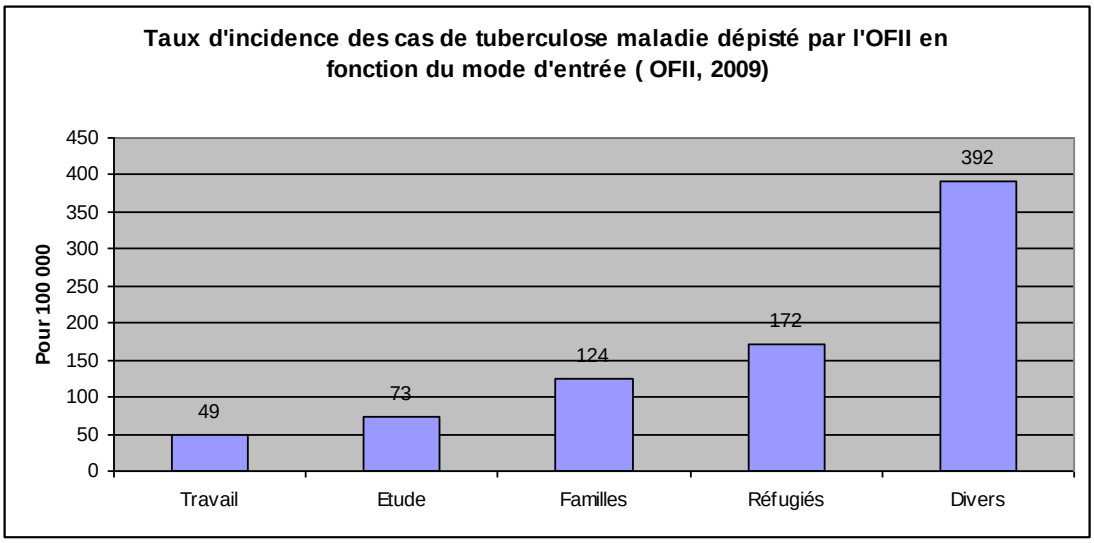
Source : Assurance Maladie Seine Saint Denis, (2009). Pauvreté –Précarité en Seine Saint Denis. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cpam93_rapport_pauvrete_precarite_2009.pdf

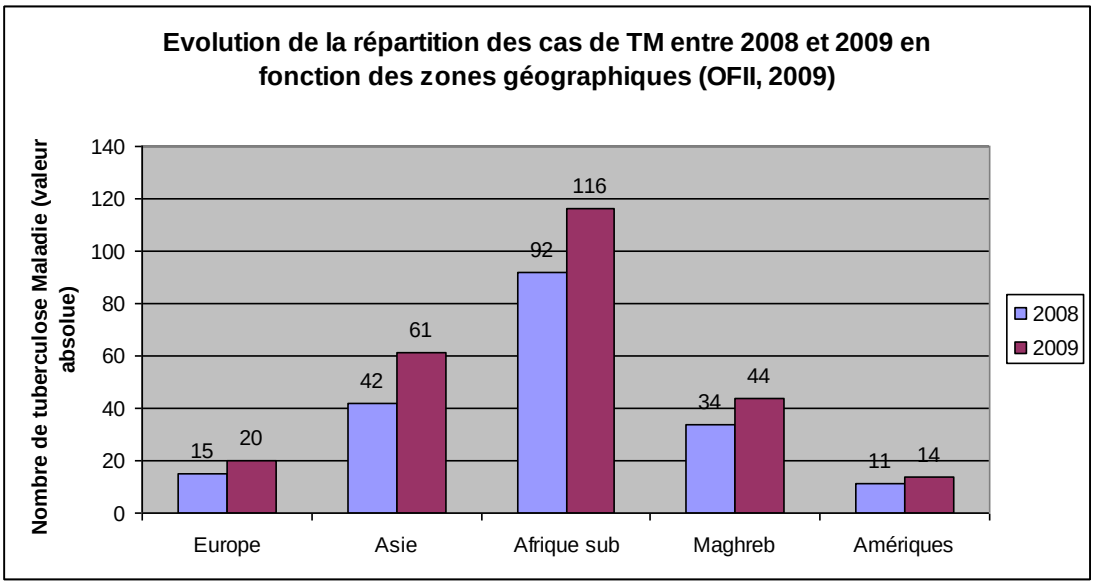
Annexe 6 DISTRIBUTION (%) DES CAS DE TUBERCULOSE MALADIE DECLARES PAR LIEU DE NAISSANCE, FRANCE METROPOLITAINE

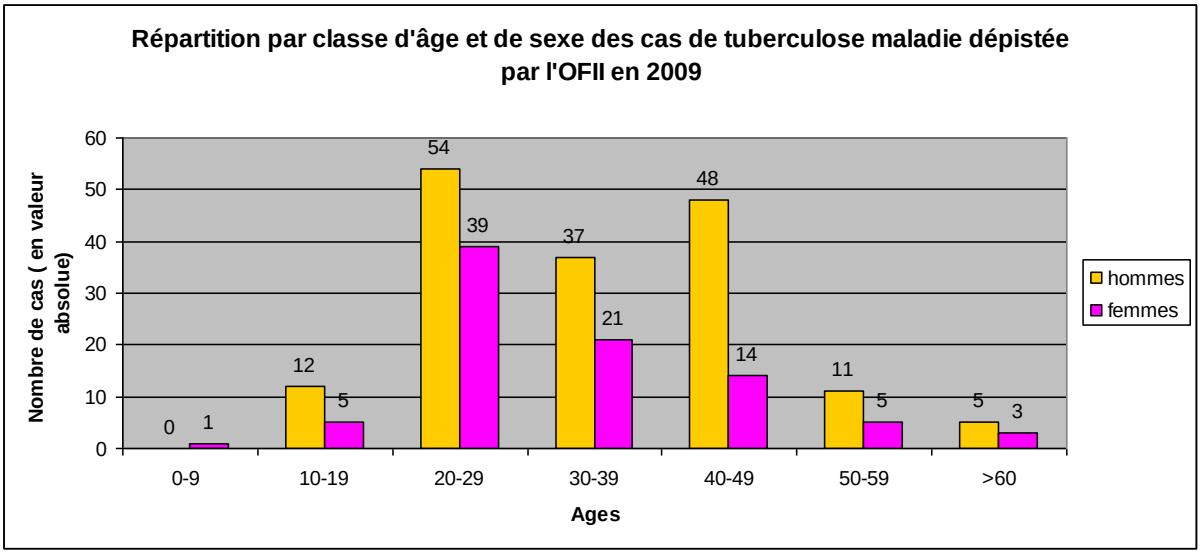
(InVs,2008, cité par Antoun, 2012)



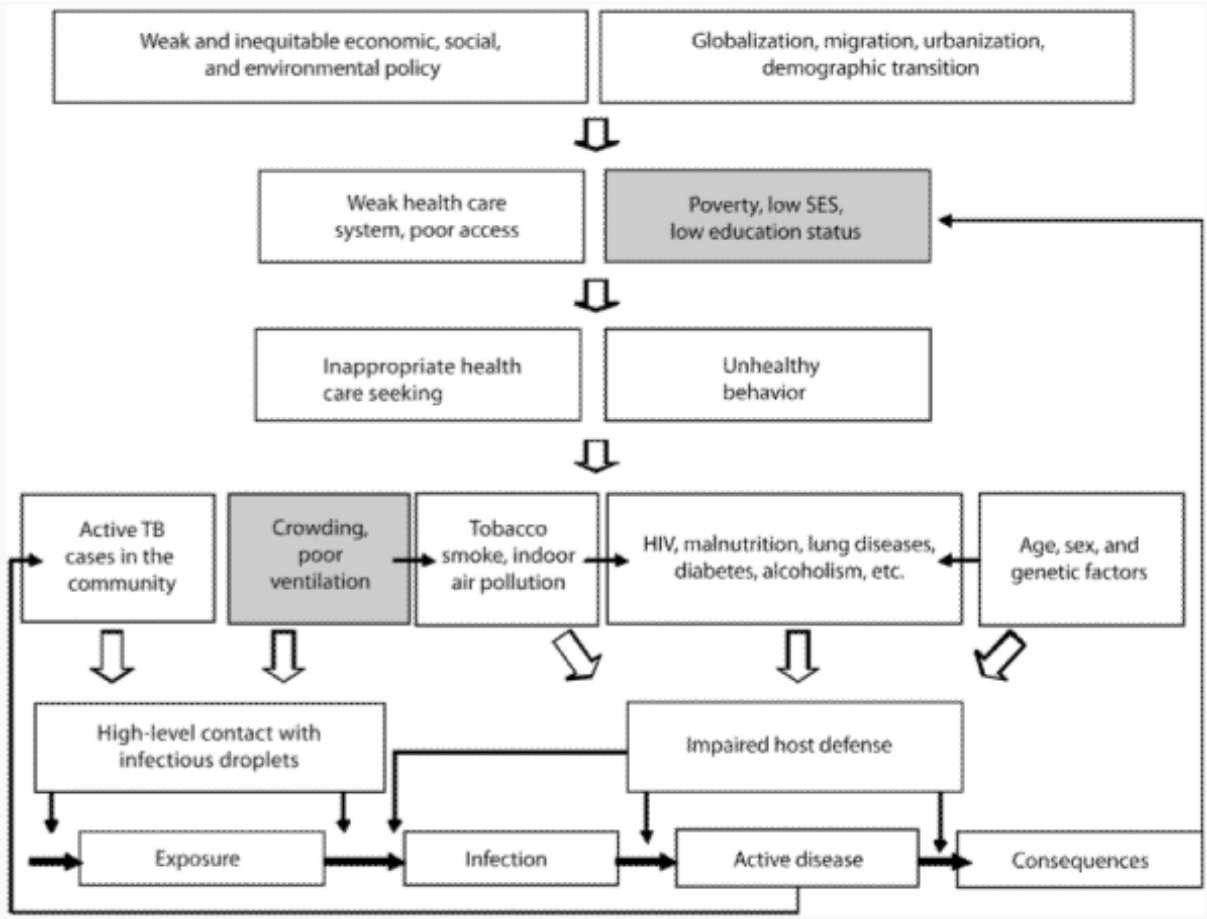
Annexe 7 DISTRIBUTION DES CAS DE TUBERCULOSE DEPISTES PAR L'OFII EN FONCTION D'INDICATEUR SOCIODEMOGRAPHIQUE DURANT L'ANNEE 2009







Annexe 8 DETERMINANTS DE LA TUBERCULOSE



Source : Lonnroth et al, (2009)

Annexe 9 FACTEURS DE RISQUE DE DEVELOPPEMENT D'UNE TB ACTIVE CHEZ LES PERSONNES INFECTEES PAR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (6è édition, 2007)		
Facteur de risque	Estimation du risque de TB chez ces personnes par rapport à celles sans facteur de risque connu	Références
RISQUE ÉLEVÉ **Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)**	**110-170**	28,29, 68
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	**50-110**	30,31
Transplantation (associée à un traitement immunosuppresseur)	20-74	32-35
Silicose	30	36 37
Insuffisance rénale chronique nécessitant une Hémodialyse	10-25	38-41
Cancer de la tête et du cou	30	42
Infection tuberculeuse récente (≤ 2 ans),	**15**	43-44
Radiographie pulmonaire anormale – maladie fibronodulaire	6-19	45-47
RISQUE ACCRU Traitement par des glucocorticoïdes	4.9	48
Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF)-alpha	1.5-4	49-50
Diabète sucré (tous les types)	**2.0-3.6**	51-54, 61, 62
Insuffisance pondérale (< 90 % du poids corporel idéal; pour la plupart des personnes, il s'agit d'un indice de masse corporelle ≤ 20)	**2-3**	55, 60
Jeune âge au moment de l'infection (0-4 ans)	**2.2-5.0**	56
Cigarette (1 paquet/jour) Alcool (ajout Élise) Radiographie pulmonaire anormale – granulome	2-3 3 -4 (tb pulmonaire) 2	57, 63-66 67 47,58
FAIBLE RISQUE Personne infectée, aucun facteur de risque connu, radiographie pulmonaire normale (« sujet positif à faible risque »)	1	59

Pages 72 (86 en pdf)

28. Guelar A, Gatell JM, Verdejo J et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among HIV-infected patients. *AIDS* 1993;7:1345-49.
29. Antonucci G, Girardi E, Raviglione MC, et al. for the GISTA. Risk factors for tuberculosis in HIV-infected persons. A prospective cohort study. *JAMA* 1995;274(2):143-48.
30. Wood R, Maartens G, Lombard CJ. Risk factors for developing tuberculosis in HIV-1-infected adults from communities with low or very high incidence of tuberculosis. *J Acquir Immune Defi c Syndr* 2000;23:75- 80.
31. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1989;320(9):545-50.
32. Sakhuja V, Jha V, Varma PP, et al Th e high incidence of tuberculosis among renal transplant recipients in India. *Transplantation* 1996;61(2):211-15.
33. Aguado JM, Herrero JA, Gavalda J, et al. Clinical presentation and outcome of tuberculosis in kidney, liver, and heart transplant recipients in Spain. Spanish Transplantation Infection Study Group, GESITRA. *Transplantation* 1997;63(9):1278-86.
34. Miller RA, Lanza LA, Kline JN, et al. *Mycobacterium tuberculosis* in lung transplant recipients. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152(1):374-76.
35. Meyers BR, Halpern M, Sheiner P, et al. Tuberculosis in liver transplant patients. *Transplantation* 1994;58(3):301-306.
36. Hong Kong Chest Service/Tuberculosis Research Centre MBMRC. A double-blind placebo-controlled clinical trial of three antituberculosis chemoprophylaxis regimens in patients with silicosis in Hong Kong. *Am Rev Respir Dis* 1992;145:36-41.
37. Cowie RL. Th e epidemiology of tuberculosis in gold miners with silicosis. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;150:1460-62.
38. Malhotra KK, Parashar MK, Sharma RK, et al. Tuberculosis in maintenance haemodialysis patients. Study from an endemic area. *Postgrad Med J* 1981;57(670):492-98.
39. Lundin AP, Adler AJ, Berlyne GM, et al. Tuberculosis in patients undergoing maintenance hemodialysis. *Am J Med* 1979;67(4):597- 602.
40. Andrew OT, Schoenfeld PY, Hopewell PC, et al. Tuberculosis in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1980;68(1):59- 65.
41. Pradhan RP, Katz LA, Nidus BD, et al. Tuberculosis in dialyzed patients. *JAMA* 1974;229(7):798-800.
42. Rieder HL, Cauthen GM, Comstock GW, et al. Epidemiology of tuberculosis in the United States. *Epidemiol Rev* 1989;11:79-98.
43. Sutherland I. Recent studies in the epidemiology of tuberculosis, based on the risk of being infected with tubercle bacilli. *Adv Tuberc Res* 1976;19:1- 63.
44. Sutherland I. Th e evolution of clinical tuberculosis in adolescents. *Tubercle* 1966;47:308.
45. Nolan CM, Elarth AM. Tuberculosis in a cohort of Southeast Asian refugees: A fi ve-year surveillance study. *Am Rev Respir Dis* 1988;137:805- 809.
46. Grzybowksi S, McKinnon NE, Tuters L, et al. Reactivations in inactive pulmonary tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1966;93:352-60.
47. Grzybowski S, Fishaut H, Rowe J, et al. Tuberculosis among patients with various radiologic abnormalities, followed by the chest clinic service. *Am Rev Respir Dis* 1971;104:605-608.
48. Jick SS, Lieberman ES, Rahman MU, et al. Glucocorticoid use, other associated factors, and the risk of tuberculosis. *Arthritis Rheum* 2006;55(1):19-26.
49. Keane J, Gershon S, Wise RP, et al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. *N Engl J Med* 2001;345(15):1098-1104.
50. Brassard P, Kezouh A, Suissa S. Antirheumatic drugs and the risk of tuberculosis. *Clin Infect Dis* 2006;43(6):717-22.
51. Kim SJ, Hong YP, Lew WJ, et al. Incidence of pulmonary tuberculosis among diabetics. *Tuberc Lung Dis* 1995;76(6):529-33.

52. Silwer H, Oscarsson PN. Incidence and coincidence of diabetes mellitus and pulmonary tuberculosis in a Swedish county. *Acta Med Scand* 1958;161(Suppl 335):1-48.
53. Pablos-Mendez A, Blustein J, Knirsch CA. Th e role of diabetes mellitus in the higher prevalence of tuberculosis among Hispanics. *Am J Public Health* 1997;87(4):574-79.
54. Boucot KR. Diabetes mellitus and pulmonary tuberculosis. *J Chron Dis* 1957;6(3):256-79.
55. Comstock GW. Frost revisited: the modern epidemiology of tuberculosis. *Am J Epidemiology* 1975;101:263-382.
56. Comstock GW, Livesay VT, Woolpert SF. Th e prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. *Am J Epidemiol* 1974;99(2):131-37.
57. Maurya V, Vijayan VK, Shah A. Smoking and tuberculosis: an association overlooked. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002;6(11):942-5
58. Horwitz O, Wilbek E, Erickson PA. Epidemiological basis of tuberculosis eradication. Longitudinal studies on the risk of tuberculosis in the general population of a low-prevalence area. *Bull World Health Organ* 1969;41:95- 113.
59. Comstock GW, Edwards LB, Livesay VT. Tuberculosis morbidity in the US Navy: its distribution and decline. *Am Rev Respir Dis* 1974;110:572- 80.

Ajout de références (Élise)

60 Lönnroth K, Williams B G, Cegielski P, Dye C. A consistent log-linear relationship between tuberculosis incidence and body mass index. Int J Epidemiol 2007; 39: 149–155.
61 Jeon C Y, Murray M B. Diabetes mellitus increases the risk of active tuberculosis: a systematic review of 13 observational studies. PLoS Med 2008; 5: e152.
62 N. M. Baldé, A. Camara, L. M. Camara, M. M. Diallo, A. Kaké, O. Y. Bah-Sow "Associated tuberculosis and diabetes in Conakry, Guinea: prevalence and clinical characteristics" Int J Tu-berc Lung Dis 2006; 10(9): 1036-1040**.**
63Maurya V, Vijayan V K, Shah A. Smoking and tuberculosis: an association overlooked. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6: 942–951.
64 Bates M N, Khalakdina A, Pai M, Chang L, Lessa F, Smith K R. Risk of tuberculosis from exposure to tobacco smoke: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2007; 167: 335–342.
65 Slama K, Chiang C Y, Enarson D A, et al. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis. Int Tuberc Lung Dis 2007; 11: 1049–1061.
66 Lin H H, Ezzati M, Murray M. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2007; 4: e20.
67 Lönnroth K, Williams B G, Stadlin S, Jaramillo E, Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis: a systematic review. BMC Public Health 2008; 8: 289.
68 Havlir D V, Getahun H, Sanne I, Nunn P. Opportunities and challenges for HIV care in overlapping HIV and TB epidemics. JAMA 2008; 300: 423–430.

Annexe 10 POLITIQUE VACCINALE AU BCG
(ARS Ile-de-France)

BCG

Depuis la publication du décret de suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et des adolescents et de la circulaire d'application, la vaccination par le BCG ne peut plus être exigée à l'entrée en collectivité, mais fait l'objet d'une recommandation forte pour les enfants à risque élevé de tuberculose.

Recommandations particulières

Pour les enfants exposés à un risque élevé de tuberculose, la vaccination par le BCG est recommandée dès la naissance. Les nourrissons de moins de 3 mois sont vaccinés par le BCG sans test tuberculinique préalable. Chez les enfants à risque non vaccinés, la vaccination peut être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans.

L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine préalable à la vaccination doit être réalisée à partir de l'âge de 3 mois pour éviter de vacciner un enfant qui aurait été contaminé. La vaccination ne s'applique qu'aux personnes ayant une intradermoréaction à la tuberculine négative. Seule la forme intradermique du BCG est disponible en France.
Les contre-indications médicales temporaires à la vaccination BCG sont constituées par les dermatoses étendues en évolution, et les contre-indications définitives par les déficits immunitaires congénitaux ou acquis, notamment dus au VIH.
Sont considérés comme enfants à risque élevé les enfants qui répondent au moins à l'un des critères suivants :

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- enfant résidant en Île-de-France, en Guyane ou à Mayotte ;
- enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfant vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socioéconomiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME,…) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

Les zones géographiques à forte incidence tuberculeuse, selon les estimations de l'OMS, et en tenant compte de certaines imprécisions liées aux difficultés du recueil fiable des données épidémiologiques dans certains pays, sont :

- le continent africain dans son ensemble ;
- le continent asiatique dans son ensemble, y compris les pays du Proche et Moyen-Orient ;
- les pays d'Amérique Centrale et du Sud ;
- les pays d'Europe Centrale et de l'Est y compris les pays de l'ex-URSS ;
- dans l'Union européenne : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie.

Source : Vaccination au BCG Agence Régionale de Santé Ile –de-France
http://www.vaccination-idf.fr/bcg.html [vu le 28-02-13]

Annexe 11 CIRCULAIRE N°2002-063 RELATIVE AUX MODALITES D'INSCRIPTION ET DE SCOLARISATION DES ELEVES DE NATIONALITE ETRANGERE DES PREMIER ET SECOND DEGRES

MODALITÉS D'INSCRIPTION ET DE SCOLARISATION DES ÉLEVES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE DES PREMIER ET SECOND DEGRÉS

C. n° 2002-063 du 20-3-2002
NOR : MENEO200681C
RLR : 515-0
MEN - DESCO B6 - DAJ A1

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux chefs d'établissement

---

L'objet de la présente circulaire est de reconsidérer et de préciser les modalités d'inscription et de scolarisation des élèves de nationalité étrangère du premier et du second degré en prenant en compte les évolutions législatives et réglementaires intervenues depuis la circulaire du 16 juillet 1984.
En l'état actuel de la législation, aucune distinction ne peut être faite entre élèves de nationalité française et de nationalité étrangère pour l'accès au service public de l'éducation. Rappelons, en effet, que l'instruction est obligatoire pour les enfants des deux sexes, âgés entre six et seize ans, qu'ils soient français ou étrangers, dès l'instant où ils résident sur le territoire français. Les personnes responsables, au sens de l'article L.131-4 du code de l'éducation, d'un enfant de nationalité étrangère soumis à l'obligation scolaire, sont donc tenues de prendre les dispositions prévues par la loi pour assurer cette instruction. En outre, la convention internationale relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, ratifiée par la France, garantit à l'enfant le droit à l'éducation en dehors de toute distinction qui tienne à sa nationalité ou à sa situation personnelle.

I - Inscriptions scolaires

Il importe, au préalable, de préciser qu'en l'absence de toute compétence conférée par le législateur, il n'appartient pas au ministère de l'Éducation nationale de contrôler la régularité de la situation des élèves étrangers et de leurs parents au regard des règles régissant leur entrée et leur séjour en France. Il est précisé, en outre, que la loi n° 89-548 du 2 août 1989 a reporté de seize à dix-huit ans l'âge de détention obligatoire d'une carte de séjour temporaire ou d'une carte de résident. Enfin, pour les jeunes de plus de dix-huit ans, le Conseil d'État, dans une décision du 24 janvier 1996, a considéré que les dispositions de l'article 12 de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 subordonnant la délivrance de la carte de séjour temporaire portant la mention "étudiant" à la preuve que l'intéressé suit un enseignement en France "impliquent nécessairement qu'un étranger venu en France comme étudiant puisse être admis, au moins à titre provisoire, dans un établissement d'enseignement avant d'avoir obtenu un premier titre de séjour".
En conséquence, l'inscription, dans un établissement scolaire, d'un élève de nationalité étrangère, quel que soit son âge, ne peut être subordonnée à la présentation d'un titre de séjour. Les dispositions ci-après ont simplement pour objet d'apporter certaines précisions sur les conditions d'inscription des élèves étrangers dans les établissements scolaires.

1) Dans le second degré

Pour un jeune de moins de seize ans séjournant en France, sans ses parents, mais avec une personne qui déclare en avoir la responsabilité, et à ce titre demande son inscription dans un établissement scolaire, il y a lieu de vérifier la situation de cette personne par rapport à l'enfant. Celle-ci peut reposer sur un fondement juridique : tutelle ou délégation d'autorité parentale ; dans ce dernier cas, l'attestation sur le droit de l'acte de délégation de l'autorité parentale est établie par les services consulaires en France du pays dont le jeune étranger est ressortissant. Toutefois, les dispositions législatives relatives à l'obligation scolaire imposent à toute personne exerçant une simple autorité de fait sur un enfant la charge d'assurer son instruction (article L.131-4 du code de l'éducation). Dans ce

cas la preuve que l'enfant est régulièrement confié à cette personne peut être effectuée par tout moyen (lettre des parents, notoriété publique...). L'inscription dans un établissement scolaire ne peut donc être subordonnée à la présentation par la personne qui inscrit l'enfant d'un acte de délégation de l'autorité parentale. Si l'enfant se présente seul et, d'une manière générale, en cas de présomption d'enfant en danger, il conviendra de procéder à un signalement selon les procédures en vigueur (cf. titre II de la circulaire n° 97-119 du 15 mai 1997).
Pour les mineurs étrangers de seize ans à dix-huit ans, même s'ils ne sont pas soumis à l'obligation scolaire, il y a lieu de veiller à ce que leur scolarisation puisse être assurée, en prenant en compte naturellement leur degré de maîtrise de la langue française et leur niveau scolaire. La vérification de leur situation familiale et sociale peut être effectuée dans les conditions prévues au paragraphe précédent.
Il est précisé que le refus de scolariser un jeune qui n'est plus soumis à l'obligation scolaire doit être motivé (arrêt de section du Conseil d'État du 23 octobre 1987 consorts Métrat). Ce refus peut être justifié par un motif pédagogique.

2) Dans le premier degré

Les dispositions législatives relatives à l'obligation scolaire (livre I, titre III, chapitre 1er du code de l'éducation) sont les mêmes que pour le second degré. En conséquence, les dispositions du premier paragraphe du titre I-1 ci-dessus sont également applicables à l'enseignement du premier degré. Toutefois, il appartient au maire, comme pour les enfants français, de délivrer le certificat d'inscription au vu duquel le directeur de l'école procède à l'admission de l'enfant.

II - Scolarisation des élèves de nationalité étrangère

Ces élèves ont les mêmes droits à être instruits que les élèves de nationalité française. Toutefois, des difficultés particulières peuvent être rencontrées, notamment lorsque ces élèves ne sont pas en situation régulière au regard des lois relatives à l'immigration. Plusieurs situations justifient des précisions complémentaires :

1) La poursuite d'études

Les dispositions du titre premier du code de l'éducation relatives au droit à l'éducation sont applicables aux élèves de nationalité étrangère comme aux élèves français. Il en est ainsi de l'alinéa 1 de l'article L. 111-2 qui dispose que "tout enfant a droit à une formation scolaire, qui, complétant l'action de la famille concourt à son éducation" et de l'article L. 122-2 qui prévoit que "tout élève qui, à l'issue de la scolarité obligatoire, n'a pas atteint un niveau de formation reconnu doit pouvoir poursuivre des études afin d'atteindre un tel niveau". Par ailleurs, l'article L.131-4 dont le premier alinéa pose le principe de l'obligation scolaire de 6 à 16 ans, dispose, dans son 2ème alinéa que "la présente disposition ne fait pas obstacle à l'application de prescriptions particulières imposant une scolarité plus longue".
À cet égard, doivent être notamment rappelées les dispositions de l'article 19 du décret n° 90-484 du 14 juin 1990 relatif à l'orientation et à l'affectation des élèves ; elles s'appliquent à tous les jeunes scolarisés : "Tout élève admis dans un cycle de formation doit pouvoir parcourir la totalité de ce cycle dans l'établissement scolaire, sous réserve des dispositions réglementaires relatives aux procédures disciplinaires".
En conséquence, les élèves de nationalité étrangère doivent pouvoir, comme les élèves de nationalité française, poursuivre des études engagées. Toutefois, la poursuite d'études ne confère pas aux jeunes étrangers de plus de 18 ans, ressortissants d'un État tiers à l'Union européenne et à l'Espace économique européen, un droit au séjour sur le territoire français. Seuls, en effet, les étrangers ressortissants d'un État membre de l'Union européenne et de l'Espace économique européen peuvent se prévaloir d'un droit au séjour sur le fondement de la poursuite d'études.

2) Les examens

Un jeune étranger scolarisé a le droit de s'inscrire à un examen.
Certains candidats étrangers peuvent cependant ne pas être en mesure d'obtenir une pièce d'identité. Etant scolarisés, ils devront au moins présenter un certificat de scolarité très récent, avec une photographie, certifiée par le chef d'établissement d'origine.

3) Les stages en entreprises

Les services de l'éducation nationale ont été à plusieurs reprises confrontés à des difficultés pour permettre aux jeunes de nationalité étrangère d'effectuer des stages en entreprise. Ces difficultés sont souvent liées à une confusion entre la situation des jeunes sous statut scolaire qui doivent, dans le cadre de leur scolarité, effectuer une période de formation en entreprise et celle des jeunes, titulaires d'un contrat d'apprentissage passé avec une entreprise. Il convient donc de bien distinguer ces deux situations :

a) Sous statut scolaire

Lorsqu'ils sont sous statut scolaire, les élèves mineurs de nationalité étrangère quelle que soit leur situation administrative au regard du séjour, doivent effectuer les stages et les périodes de formation prévus dans les programmes d'enseignement. L'entreprise n'a pas à contrôler la régularité de leur situation.
Pour les élèves majeurs, le chef d'entreprise est en droit de demander un titre de séjour régulier. Il est précisé à cet égard que la carte de séjour temporaire portant la mention "étudiant" permet à son détenteur de suivre un enseignement en alternance dans la cadre d'une convention de stage entre l'établissement d'enseignement et le jeune.
Les modalités de la présence de l'élève, mineur ou majeur, dans l'entreprise d'accueil sont fixées par cette convention de stage.
Étant sous statut scolaire :
- l'élève bénéficie des dispositions de la législation sur les accidents du travail (article L. 412-8 du code du travail) pour les dommages qu'il subirait dans le cadre du stage ;
- l'élève stagiaire, qu'il soit de l'enseignement général ou professionnel, continue de relever, pendant la durée du stage, de l'autorité et de la responsabilité du chef d'établissement, ainsi que le rappelle, pour les élèves de l'enseignement professionnel, la note de service n° 96-241 du 15 octobre 1996 relative à une convention-type sur la formation en milieu professionnel des élèves de lycées professionnels ;
- l'élève stagiaire ne peut prétendre à aucune rémunération, en vertu de l'article D. 412-6 du code de la sécurité sociale, mais à une rétribution d'un montant égal ou inférieur à 30 % du SMIC.
b) Sous contrat d'apprentissage
Le contrat d'apprentissage relève des dispositions du code du travail.
En effet, l'article L. 117-1 du code du travail définit le contrat d'apprentissage comme étant "... un contrat de type particulier par lequel un employeur s'engage, outre le versement d'un salaire, à assurer à un jeune travailleur une formation professionnelle méthodique et complète, dispensée pour partie en entreprise et pour partie au centre de formation d'apprenti...".
De ce fait, il résulte de la combinaison des dispositions de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 modifiée relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France (articles 9, 12 bis et 15) et des dispositions du code du travail (notamment articles L. 341-4 et R. 341-4) que l'apprenti étranger, ressortissant d'un État tiers à l'Union européenne et à l'Espace économique européen, doit, pour bénéficier d'un tel contrat, être en situation régulière au regard du séjour et titulaire d'une autorisation de travail.
En revanche, l'accès à un contrat d'apprentissage par un ressortissant d'un État membre de l'Union européenne et de l'Espace économique européen n'est pas subordonné à la présentation préalable d'un titre de séjour.

4) Les voyages à l'étranger

En cas de voyage à l'étranger, il y a lieu de respecter très attentivement les formalités préalables, afin d'éviter des difficultés au moment du passage de la frontière. Il convient en particulier de s'assurer avant le départ que l'on est en possession des documents nécessaires pour permettre à tous les élèves de franchir les différentes étapes du voyage (entrée dans le pays de destination, passage par les pays de transit, retour en France).
Le tableau ci-dessous fait le point sur les documents requis, dans le cadre de la réglementation actuelle, en matière de circulation transfrontalière et de séjour à l'étranger des élèves mineurs, en fonction, d'une part, de leur nationalité (ressortissants ou non d'un pays de l'union européenne) et, d'autre part, des pays de destination.

	Voyages scolaires à destination...	
Avec les élèves mineurs	... d'un État membre de l'Union européenne	... d'un État tiers à l'Union européenne
... ressortissants d'un autre État de l'Union européenne	• accord exprès d'un détenteur de l'autorité parentale ; la préfecture n'a pas compétence pour viser lasortie du territoire français d'unmineur étranger. • un titre certifiant l'identité du mineur (carte d'identité	• accord exprès d'un détenteur de l'autorité parentale ; la préfecture n'a pas compétence pour viser la sortie du territoire français d'un mineur étranger. • un titre certifiant l'identité du mineur (carte d'identité ou passeport en cours de validité) ;se renseigner auprès du consulat du pays de destination des

	ou passeport en cours de validité).Cette obligation demeure malgréla libre circulation des personnes.	exigences d'entrée et séjour pour la nationalité considérée (visa).
... ressortissants d'un État tiers à l'Union européenne(réf. : décision du Conseilde l'Union européenne du 30 novembre 1994).	• accord exprès d'un détenteur del'autorité parentale ; la préfecture n'a pas compétence pour viser la sortie du territoire français d'un mineur étranger. • un titre d'identité ou de voyage au nom du mineur : - soit un passeport en cours de validité (ou, le cas échéant, un titre de voyage pour réfugié et apatride délivré par la préfecture*) accompagné :. d'un document de circulation pour étranger mineur délivré par la préfecture ; . ou d'un titre d'identité républicain délivré par la préfecture ; . ou d'un visa préfectoral de retour (un visa d'entrée peut être exigé par le pays de destination) ; - soit une liste collective établie par la préfecture valant document de voyage et visa d'entrée (elle concerne tous les élèves) ; cette liste n'est pas valable pour les voyages à destination de la Grande-Bretagne ou de l'Irlande.	• accord exprès d'un détenteur del'autorité parentale ; la préfecture n'a pas compétence pour viser la sortie du territoire français d'un mineur étranger. • un titre d'identité ou de voyage au nom du mineur : Passeport en cours de validité (ou, le cas échéant, un titre devoyage pour réfugié et apatridedélivré par la préfecture*),accompagné : - soit d'un document de circulation pour étranger mineur délivré par la préfecture ; - soit d'un titre d'identité répu-blicain délivré par la préfecture ; - soit d'un visa préfectoral de retour. Se renseigner auprès du consulat du pays de destination des exigences d'entrée et séjour pour la nationalité considérée(visa).

** Ce document ne permet pas à son titulaire de séjourner dans le pays dont il est originaire.*

La circulaire n° 84-246 du 16 juillet 1984 relative aux modalités d'inscription des élèves étrangers dans l'enseignement du premier et du second degrés est abrogée.
Pour le ministre de l'éducation nationale
et par délégation,
Le directeur du Cabinet
Christian FORESTIER

Annexe 12 MODALITES DE SCOLARISATION DES ETUDIANTS ETRANGERS (HORS RESSORTISSANTS DE L'UNION EUROPEENNE) DANS UNE UNIVERSITE FRANÇAISE

Étudiants étrangers : références aux textes nationaux

L'accueil des étudiants français et étrangers, dans les universités et les établissements relevant du ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, est régi par le décret n°71-376 du 13 mai 1971 modifié par les décrets n° 81-1221 du 31 décembre 1981 et n°88-1145 du 21 décembre 1988 et par la loi n°84-52 du 26 janvier 1984.
Les titulaires de titres ou diplômes étrangers peuvent demander à bénéficier d'une validation de leurs études, selon les modalités fixées par le décret n°85-906 du 23 août 1985.
Les dispositions relatives aux études de 3e cycle figurent dans l'arrêté du 30 mars 1992.

Formalité d'entrée de séjour en France

Formalités d'entrée
Tout ressortissant étranger souhaitant suivre des études en France doit, avant de quitter son pays, obtenir un visa de long séjour, mention "Étudiant".

La demande se fait auprès des services consulaires français du pays de résidence.

Sont dispensés du visa de long séjour : les ressortissants de l'Union européenne, ceux d'Andorre, de Monaco, du Vatican, de Suisse, de Saint-Marin et du Liechtenstein.

Le visa de long séjour est exigé pour obtenir la carte de séjour temporaire régularisant la situation de l'étranger en France.

NB : il est **impossible de régulariser sa situation une fois en France** si l'on est seulement muni d'un visa de court séjour (tourisme).

Le minimum à justifier dans le cas d'un étudiant est équivalent au montant de l'allocation mensuelle de base versée aux boursiers du gouvernement français, soit environ 615 euros.

Formalité de séjour

Tout étudiant étranger qui vient en France pour un séjour d'études supérieur à trois mois doit demander, sauf s'il est ressortissant de l'Union européenne, une carte de séjour.

Il devra se présenter dès son arrivée à l'un des organismes suivants : s'il est domicilié à Paris, dans les centres de réception des étrangers ; s'il est domicilié dans les départements des Hauts de Seine, Seine-Saint-Denis ou Val de Marne, à la préfecture compétente ; et s'il réside en province, au commissariat de police ou à la mairie. En règle générale, il devra produire en plus du visa de long séjour mention "Étudiant" apposé sur son passeport par le consulat de France dans son pays de résidence : une attestation provisoire d'inscription dans un établissement

d'enseignement supérieur, un certificat médical, un justificatif de ressources, un justificatif de couverture sociale (attestation d'adhésion à la Sécurité sociale ou d'assurance volontaire), un justificatif de domicile et trois photos d'identité.

NB : Les étudiants de l'Union européenne et de certains pays dispensés de visa doivent néanmoins présenter un passeport en cours de validité ou leur carte nationale d'identité.

Tous renseignements utiles seront donnés aux intéressés par le consulat de France dans leur pays.

Législation du travail temporaire

Les étudiants étrangers non-boursiers possédant un visa de séjour longue durée peuvent obtenir le droit de travailler, sous certaines conditions qui leur seront précisées par le service de la main-d'œuvre étrangère à la direction départementale du Travail et de l'emploi. L'étudiant ne peut travailler qu'un maximum de 19 h 30 par semaine ou 800 heures par an compatibles avec ses études et la situation de l'emploi en France.

http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20203/references-aux-textes-nationaux.html mise à jour le 11 janvier 2013 [vu le 28-02-13]

Annexe 13 DECRET N° 2008-1026 RELATIF A L'ORGANISATION ET AUX MISSIONS DES SERVICES UNIVERSITAIRES ET INTERUNIVERSITAIRES DE MEDECINE PREVENTIVE ET DE PROMOTION DE LA SANTE

9 octobre 2008 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 27 sur 87

Décrets, arrêtés, circulaires
TEXTES GÉNÉRAUX
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Décret no 2008-1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé

NOR : *ESRS0815497D*
Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1411-8 et L. 1411-11 ;
Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L. 711-7, L. 831-1 et L. 831-3 ;
Vu le décret no 2000-1220 du 13 décembre 2000 relatif aux centres de santé et modifiant le code de la santé publique ;
Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 19 mai 2008,
Décrète :
Art. 1er. − Chaque université organise, conformément aux dispositions de l'article L. 831-1 du code de l'éducation, une protection médicale au bénéfice de ses étudiants. Elle crée, à cet effet, un service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé par délibération statutaire du conseil d'administration qui en adopte les statuts dans les conditions fixées par le présent décret.
Plusieurs universités peuvent avoir en commun un même service, appelé service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé.
Les autres établissements publics d'enseignement supérieur assurent également à leurs étudiants les prestations correspondant aux missions indiquées à l'article 2 ci-dessous. L'exécution de ces prestations peut être confiée par voie contractuelle à un service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de leur choix, moyennant une contribution aux frais de fonctionnement fixée par le directeur du service.
Art. 2. − Dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique d'établissement, les services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé sont chargés, dans la continuité de la politique de santé en faveur des élèves, d'organiser une veille sanitaire pour l'ensemble de la population étudiante :
– en effectuant au moins un examen préventif intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale au cours des trois premières années d'études dans l'enseignement supérieur ;

– en assurant une visite médicale à tous les étudiants exposés à des risques particuliers durant leur cursus ;
– en contribuant au dispositif d'accompagnement et d'intégration des étudiants handicapés dans l'établissement ;
– en participant aux instances de régulation de l'hygiène et sécurité ;
– en impulsant et en coordonnant des programmes de prévention et des actions d'éducation à la santé, en jouant un rôle de conseil et de relais avec les partenaires, notamment dans le cadre du plan régional défini
à l'article L. 1411-11 du code de la santé publique ;
– en développant des programmes d'études et de recherches sur la santé des étudiants avec les différents acteurs de la vie universitaire et notamment des études épidémiologiques.
En outre, les services peuvent, à l'initiative de l'université ou des universités cocontractantes :
– se constituer en centre de santé conformément aux dispositions prévues à cet effet ;
– assurer, pour le compte de l'organisme national chargé de l'accueil des étrangers et des migrations, l'examen médical obligatoire prévu par le code du travail pour les étudiants étrangers autorisés à séjourner en France ;
– contribuer, lorsque les moyens appropriés sont mis à leur disposition, aux actions de médecine du sport et à la médecine de prévention des personnels.
9 octobre 2008 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 27 sur 87
. .
Ils peuvent également contribuer à l'organisation de la gestion de dispositifs d'urgence et d'alerte sanitaire.
Art. 3. − Lorsqu'un service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé est créé, conformément aux dispositions du présent décret, les universités intéressées règlent par convention l'organisation et les modalités de gestion de ce service. Cette convention mentionne l'université au sein de laquelle le service établit son siège, appelée université de rattachement, ainsi que les droits et obligations des universités cocontractantes.
Art. 4. − Le service universitaire ou interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé est dirigé par un directeur assisté d'un conseil du service.
Art. 5. − Le directeur du service universitaire ou interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé est un médecin. Il est nommé par le président de l'université après avis du conseil d'administration ou par le président de l'université de rattachement du service, après avis des conseils d'administration des universités cocontractantes. Il est choisi parmi les médecins titulaires d'un diplôme de spécialité en santé publique et médecine sociale, ou du certificat d'études spéciales de santé publique ou possédant une qualification en santé publique. En l'absence de candidat possédant de tels diplômes ou qualifications, il pourra être fait appel à un médecin du secteur libéral.
Art. 6. − Sous l'autorité du président de l'université ou du président de l'université de rattachement, le directeur du service met en oeuvre les missions définies à l'article 2 du présent décret et administre le service.
Le directeur du service est consulté et peut être entendu sur sa demande, par les instances délibérantes et consultatives de l'établissement ou des établissements cocontractants, sur toute question concernant la protection de la santé des étudiants.

Il rédige le rapport annuel d'activité du service qui sera présenté au conseil du service et au conseil des études et de la vie universitaire et transmis au président de l'université et, le cas échéant, aux présidents des autres universités cocontractantes.
Art. 7. − Le conseil du service universitaire ou interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé est présidé par le président de l'université ou son représentant, ou par le président de l'université de rattachement ou son représentant, assisté du directeur du service et du vice-président étudiant du conseil des études et de la vie universitaire de l'université ou de l'université de rattachement.
Le conseil d'administration de l'université ou les conseils d'administration des universités cocontractante fixent le mode de désignation, la durée du mandat et le nombre des membres du conseil du service. Lorsqu'un membre du conseil vient à perdre la qualité au titre de laquelle il a été désigné, il est procédé à son remplacement selon les mêmes modalités pour la durée du mandat restant à courir.
Le conseil comprend, outre un médecin et un membre du personnel infirmier exerçant des fonctions dans le service, des membres désignés parmi les représentants des personnels administratifs techniques ou sociaux, des personnels enseignants et des étudiants élus aux conseils de l'université ou des universités cocontractantes. Il comprend également des personnalités extérieures désignées en raison de leurs compétences.
Le conseil peut, sur proposition de son président, inviter toute personne dont il juge la présence utile à assister à ses séances.
Art. 8. − Le conseil du service est consulté sur :
– la politique de santé de l'établissement ou des établissements associés au service ;
– les moyens mis à disposition du service, préalablement à leur adoption par le conseil d'administration de l'université ou par le conseil d'administration de l'université de rattachement du service ;
– le rapport annuel d'activité du service ;
– le cas échéant, les conventions liant le service à d'autres organismes extérieurs à l'université, préalablement à leur adoption par le conseil d'administration de l'université ou par le conseil d'administration de l'université de rattachement.
Le conseil approuve le règlement intérieur du service.
Art. 9. − La constitution des services de médecine préventive et de promotion de la santé par les universités, dans le respect des dispositions du présent décret, intervient dans le délai d'un an à compter de sa publication.
Les services de médecine préventive et de promotion de la santé constitués en application du décret no 88-520 du 3 mai 1988 sont maintenus jusqu'à la constitution des nouveaux services.
Art. 10. − Le décret no 88-520 du 3 mai 1988 relatif aux services de médecine préventive et de promotion de la santé est abrogé.
Art. 11. − Les dispositions du présent décret s'appliquent dans le territoire de la Polynésie française, de la
Nouvelle-Calédonie ainsi que dans les îles Wallis-et-Futuna.
Art. 12. − La ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au
Journal officiel de la République française.
Fait à Paris, le 7 octobre 2008.
9 octobre 2008 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 27 sur 87

. .
FRANÇOIS FILLON
Par le Premier ministre :
La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
VALÉRIE PÉCRESSE
La ministre de l'intérieur,
de l'outre-mer et des collectivités territoriales,
MICHÈLE ALLIOT-MARIE
La ministre de la santé,
de la jeunesse, des sports
et de la vie associative,
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

Annexe 14 TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE MALADIE ET DES INFECTIONS TUBERCULEUSE LATENTES

Recommandations de la SPLF [6]

- ITL

- Chez l'enfant, lorsqu'un traitement d'infection tuberculeuse latente est indiqué en cas de contact avec un cas de tuberculose à bacilles a priori sensible, l'association *isoniaziderifampicine* (isoniazide 10 mg/kg/j avant 2 ans et 5 mg/kg/j après 2 ans, rifampicine 10 mg/kg/j) est recommandée pour une durée de 3 mois (C).
- Chez l'adulte, lorsqu'un traitement de l'infection tuberculeuse latente est justifié en cas de contact avec un cas de tuberculose à bacilles a priori sensibles, il est recommandé d'administrer l'isoniazide à la dose de 5 mg/kg/j pour une durée de *9 mois* (B). L'association *isoniazide (5 mg/kg/j) et rifampicine* (10 mg/kg/j), pour une durée de 3 mois est une alternative possible (B)

- Tuberculose Maladie

- Le *traitement standard de la tuberculose maladie* recommandé en France chez l'adulte, est le traitement quotidien en deux phases comprenant durant la première phase de 2 mois l'association de 4 antibiotiques : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol, puis durant la deuxième phase de 4 mois l'association isoniazide et rifampicine (A).
  - Chez *l'enfant*, le traitement recommandé est l'association isoniazide, rifampicine et pyrazinamide, l'utilisation de l'éthambutol est réservée aux cas riches en bacilles ou suspect d'être à bacilles résistants. Chez l'enfant de moins de 2 ans, il est recommandé d'administrer l'isoniazide à la posologie de 10 mg/kg/j (B).
  - Chez la *femme enceinte,* bien que l'AMM française n'ait pas été modifiée en ce sens, compte tenu des données accumulées sur la tolérance du pyrazinamide par l'OMS, un traitement standard peut être utilisé, en particulier en cas de tuberculose bacillifère (B).

Recommandation Haute Autorité de Santé 2007 [7]

● Traitement antituberculeux standard chez l'adulte

Traitement quotidien de 6 mois en deux phases comprenant :

◗ durant la première phase de 2 mois, l'association de 4 antibiotiques : isoniazide (INH), rifampicine (RMP), pyrazinamide (PZA) et éthambutol (EMB) ;

◗ puis durant la deuxième phase de 4 mois, l'association isoniazide et rifampicine.

Les formes galéniques combinées sont recommandées afin de favoriser l'observance et réduire le risque de résistance aux médicaments.

● Traitement antituberculeux standard chez l'enfant

Traitement quotidien de 6 mois en deux phases comprenant :

◗ durant la première phase de 2 mois, l'association de 3 antibiotiques : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide. L'utilisation d'éthambutol est réservée aux cas riches en bacilles ou suspects d'être à bacilles résistants ;

◗ puis durant la deuxième phase de 4 mois, l'association isoniazide et rifampicine.

Important : tenir compte de toutes les interactions médicamenteuses en particulier en cas d'utilisation de la rifampicine.

Annexe 15 REGLEMENTATIONS DU DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ENFANTS MIGRANTS DE 0 A 17 ANS PAR PAYS

Pays	Examen clinique	IDR	Radio	BCG
Australie	Oui pour < 16 ans	Non	Oui ≥ 11ans (< 11ans selon les résultats de l'examen clinique)	Non
Canada	Oui pour < 11 ans	Non	Oui > 11 ans	Non
France	Oui toute la tranche d'âge	Oui ≤ 15 ans	Oui ≥ 10 ans (sauf < 10 ans avec BCG et radio < 3 mois)	Oui < 15 ans (si IDR négative et enfants originaires d'un pays à forte incidence de la TB)
Germany	Oui (âge non obtenu)	Non	Oui > 15 ans	Non
Israël	Oui (seulement pour les personnes originaires d'un pays à forte incidence de la TB et qui candidate à une résidence permanente) toute la tranche d'âge	Oui (seulement pour les personnes originaires d'un pays à forte incidence de la TB) Toute la tranche d'âge	Oui (seulement pour les personnes originaires d'un pays à forte incidence de la TB et qui candidate à une résidence permanente) toute la tranche d'âge	Oui < 5 ans (si IDR négative et enfants originaires d'un pays à forte incidence de la TB)
Jordanie	Non	Oui	Oui > 14 ans	Non
Pays-Bas	Non	Oui < 12 ans	Oui toute la tranche d'âge	Oui < 12 ans (si IDR négative et enfants originaires d'un pays à forte incidence de la TB)
Nouvelle Zélande	Oui de 12 à 18 ans (les enfants de < 12 ans ne sont pas dépistés)	Non	Oui > 11 ans	Non
Norvège	Non	Oui < 18 ans	Oui > 15 ans	Non
Suède	Non	Oui < 18 ans	Oui toute la tranche d'âge (si IDR positive)	Non

Suisse	Oui toute la tranche d'âge (questionnaire spécifique pour les demandeurs d'asile)	Oui	Oui toute la tranche d'âge (si suspicion de TB lors de l'examen clinique par questionnaire)	Oui (ne fait pas partie de du programme de lutte anti-tuberculose mais des recommandations de la politique vaccinale)
Royaume-Unis	Oui (seulement pour les enfants originaires d'un pays à forte incidence de la TB et qui reste > 6 mois sur le territoire)	Oui * < 11 ans pour enfant migrant de tous les pays * Entre 11 et 16 ans pour les enfants originaires d'un pays à forte incidence de la TB et radio normale * Entre 16 et 35 ans pour migrants issus d'un pays d'Afrique Sub-saharienne	Oui > 11 ans (seulement pour les enfants originaires d'un pays à forte incidence de la TB et qui reste > 6 mois sur le territoire) Pas de radio pour les femmes enceintes	Oui < 16 ans (si IDR négative et enfants originaires d'un pays à forte incidence de la TB)
Etats-Unis	Oui toute la tranche d'âge	Oui (ou IGRA) * pour les pays ayant une incidence avec à seuil ≥ 20/100 000 * enfant entre 2 et 14 ans	Oui ≥ 15 ans (Précision : si IDR ou IGRA positif pour enfants âgés de 2 à 14 ans, Infection au VIH, suspicion de TB lors de l'examen clinique)	Non

Source : Alvarez, G ; Clark, M ; Alpeter, E ; Douglas, P ; Jones, J ; Paty, M-C, Posey, D & Chemtob, D, (2010). *Pediatric tuberculosis immigration screening in high-immigration, low-incidence country*. The international Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 14 (12); 1530-1537

Annexe 16 TABLEAU DE SYNTHESE DES EXPERIENCES DE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE EN MILIEU SCOLAIRE EN FRANCE

	CLAT 95	**CLAT 75**
Source	Entretiens	Entretiens+ article Comparaison de différentes stratégies de dépistage de la tuberculose par test tuberculinique chez les enfants scolarisés en classe de CM2 à Paris. D. Lévy-Bruhl , H.-P. Mallet , C. Strady , S. Larnaudie (2008) Revue épidémiologique de santé publique
Épidémiologie du pays d'accueil	En 2010 France métropolitaine, incidence : 8,1/100 000 (Invs) En 2011,Polynésie française, incidence : 23/100 000 (OMS) En 2010, Ile de France : 16,3/100 000 En 2010 , Guyane Française : 15.9/100 000	
Réglementation dépistage des personnes migrantes	Pour les personnes migrantes passant par l'OFII : - Bilan clinique - Radio pulmonaire pour toute personne excepté les enfants < 10 ans avec BCG et personne ayant une radio datant de moins de 3 mois - IDR pour les enfants < 15ans Proposition du BCG enfant issu d'un pays à forte incidence et IDR-	
Stratégie adoptée en complément du cadre national	- **Dépistage systématique en milieu scolaire** (expérimentation courant année 2011-2012)	**Dépistage systématique dans une école (classe de CM2) si cas de tuberculose diagnostiquée l'année précédente** (précision : la stratégie auparavant était de pratiquer des IDR chez tous les élèves de CM2) **Dépistage de la tuberculose au moment de la mise à jour des vaccins lors de l'inscription scolaire des enfants**

Critères retenus	**Territoire** : - Pas de critère retenu au préalable : recrutement des écoles et du collège à partir de villes qui se sont portées volontaire. 3 villes volontaires ; 1 retenue : Sarcelles **Public** : - Élèves nouvellement arrivés en France et allophone (ENAF) ciblé par les dispositifs du CASNAV95 **Seuil épidémiologique des pays endémiques inclus dans la stratégie** : Non précisé	**Territoire** : - Établissements scolaires régis sous la municipalité de Paris (l'ensemble des établissements du 1er degré et quelques établissements du 2aire) **Public** : - Ensemble des enfants demandant un dossier d'inscription scolaire à la municipalité de paris **Seuil épidémiologique des pays endémiques inclus dans la stratégie** : non précisé
Protocole	Dépistage : >T1 : Radio + tubertest >T2 : Lecture du tubertest - Si découverte d'ITL : notification dans le carnet de santé par l'infirmière scolaire + une convocation a se rendre au CDDS insérer dans le carnet de santé Traitement : mise sous traitement systématique Vaccination : non précisé	Dépistage : - IDR Si IDR+ : Orientation vers la consultation pneumo pédiatrique du CLAT 75 Traitement : modalité non précisée Vaccination : BCG proposé si IDR négative
Méthode	**Structures partenaires** : Education Nationale, CLAT 95 **Rôles** : - *Responsable médecin scolaire de l'académie* : donne son aval pour mettre en place cette action expérimentale - *Casnav95* : fourni la liste des élèves ENAF de la ville cible (Sarcelles)	**Structures partenaires** : Service scolaire la municipalité, Centre de vaccination de la mairie de Paris (7 centres + 4 CMS), CLAT 75 **Rôles** : - *Service scolaire de la municipalité* : dossier d'inscription avec l'adresse des différents centres de vaccination pour la mise à jour avant la validation de l'inscription

	- *Infirmière scolaire* : > vérification de la mis à jour des vaccins lors du dépistage dans le carnet de santé > Si découverte d'ITL : notification et convocation à se rendre au CDDS insérer dans le carnet de santé - *Infirmier de l'équipe mobile CLAT 95* >Réalisation des IDR et lecture > coordonne le suivi entre les IDR+ et le suivi par les CDDS - *CDDS* : prise en charge du suivi de traitement - *Surveillant des écoles* : allait chercher les élèves ciblés dans les classes pour les accompagner au dépistage (« pour une visite médicale ») **Action intra-muros** : - Réunion d'information auprès des parents dans le cadre de la médecine préventive scolaire - Dépistage scolaire par IDR + radio - Élèves du collège dispersés dans les classes - Lieux : 2 écoles et 1 collège avec déplacement du camion-radio devant chaque entrée des établissements **Suivi et accompagnement :** Relance téléphonique de la convocation par le CDDS pour la prise en charge du dépistage familial Prise en charge par l'équipe médicale du suivi de	- *Centre de vaccination* : Pratique l'IDR et le vaccin BCG (si IDR négative) - *CLAT 75* : >Prise en charge des bilans complémentaires, de la prescription et du suivi de traitement lors de la consultation pneumo-pédiatrique si IDR + **Action en dehors de l'école** **Suivi et accompagnement :** - Prise en charge par le CLAT 75, mais modalités non précisées.

	traitement. Modalités de suivi : non précisé	
Principaux résultats	38 enfants ENAF dépistés - 7 ITL (3 Haïtiens, 1 Maghreb, 2 Inde ; 1 Afrique subsaharienne) > pas de données sur la date d'arrivée (pas de questionnaire sociodémographique) -Dépistage familial : 2 ITL + 1 suspicion de TBM	Résultat de la stratégie de dépistage systématique (abandonnée) : - en 2009 : 4700 IDR pour 67 ITL trouvées - en 2010 : 597 IDR pour 5 ITL trouvées
Avantages et inconvénients+ commentaires	*Importance de préparer l'action de dépistage en fonction du calendrier scolaire - *Avantage de la fin de l'année* : infirmière scolaire avait déjà fait la première visite médicale avec les élèves donc le suivi ++ (mise à jour des vaccins etc…) -*Inconvénient de la fin de l'année* : Difficulté d'enclencher des enquêtes de cas pendant les vacances scolaires (d'été notamment)> difficulté et surcharge de travail pour le CDDS. (en sachant que dans le cadre de cette expérimentation, il n'y a pas eu de cas de TBM découvert donc pas de dépistage collectif à l'intérieur des écoles…) -Pas de dépistage lors de fêtes religieuses (l'Aid, le Ramadan…) - Éviter les vendredis, car jour de prière. >Période « idéale » : Après les vacances de la Toussaint jusqu'à fin avril * Partenariats -Pas de partenariat avec la PMI (PMI du 95> Prise en charge des enfants jusqu'à 2ans) - Contact avec la commune pour présenter la démarche de dépistage en milieu scolaire : aucune collaboration	*Action non stigmatisante, car concerne la population générale et se déroule en dehors de l'école * Pas d'évaluation concernant les perdus de vue potentiels, car le partenariat entre la municipalité et le centre de vaccination se fait sur simple orientation et pas d'accompagnement. *Résultat de l'étude cas-témoin : En dehors des antécédents multiples de vaccination BCG, le principal facteur de risque pour un enfant de présenter un résultat d'IDR anormal est le fait qu'au moins un de ses parents soit né dans un pays de forte prévalence de tuberculose.

	-Partenariat difficile avec l'ASV (PRE, CCAS et service sports) *Axe d'éducation à la santé non prise en compte (personnel éducatif non intégré notamment) *Absence d'articulation socio-sanitaire(absence d'AS dans l'action ET pas d'AS au sein des CDDS)	

Annexe 17 TABLEAU DE SYNTHESE DES EXPERIENCES DE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE EN MILIEU SCOLAIRE A L'ETRANGER

	CANADA (Montréal)	**Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles)**
Source	Article : Evaluation of a school-based tuberculosis –screening program and associate investigation targeting recently children in low burden country (Paul Brassard, MD, Colin Steensma, Louise Cadieux, Larry C. Lands, 2006) Thèse : Carle, Marie-Ève, 2011 «Vulnérabilité, observance et adhésion thérapeutique : quels risques? : la prévention de la tuberculose chez les enfants immigrants à Montréal» , Université de Montréal,.	Documents de synthèse FARES
Épidémiologie du pays d'accueil	En 2011, incidence de 4.5/100 000 (OMS)	En 2010, 1.115 cas ont été déclarés ce qui correspond à une incidence de 10,3 cas par 100.000 habitants. En 2011, 8.1/100 000
Réglementation dépistage des personnes migrantes	Pour les personnes migrantes à l'entrée du le territoire : - une radiographie pulmonaire de dépistage aux personnes >11 ans qui demandent la résidence permanente ou une prolongation de séjour (séjour de plus de 6 mois et candidat en provenance d'un pays/d'un territoire désigné). Les personnes chez qui on détecte une TB active se voient refuser l'entrée au Canada aussi longtemps qu'elles n'ont pas prouvé qu'elles aient reçu un traitement complet et approprié. Celles chez qui on détecte une TB pulmonaire inactive sont orientées vers les autorités provinciales/territoriales en vue d'une surveillance médicale. Pour les enfants migrants :	Pour les demandeurs d'asile : (qui passent par l'Office des Étrangers) - annuellement, intradermo-réaction (ID) chez les enfants ≤ 5 ans et femme enceinte - radiographie (RX) chez les plus de 5 ans pendant les 2 années qui suivent l'arrivée sur le territoire (aujourd'hui remis en cause dans les faits, car diminution des fonds. Ce sont les services médicaux des centres d'accueil qui se chargent des suivis) - Si TB alors Orientation en milieu hospitalier - Si ITL ; possibilité de retourner en centre d'accueil. Politique vaccinale : BCG n'a jamais été obligatoire, choix stratégique de vacciner les enfants < 5 ans qui

	- bilan clinique pour les enfants <11 ans - Radio pulmonaire pour les enfants >11 ans - Pas d'IDR proposé Politique vaccinale : Pas de BCG proposé	retournent de manière définitive ou régulière dans un PHP
Glossaire	CLSC : Centre Local de Service Communautaire réparti sur les différents quartiers de Montréal	SPSE : Service de Promotion de la Santé à l'Ecole CPMS : Centre Psycho-Médico Social
Stratégie des pays en complément du cadre national	**- Dépistage systématique en milieu scolaire**	Plan 2012-2017 **- Recherche systématique de tout signe d'appel de tuberculose chez les élèves à risque à l'occasion du bilan de santé obligatoire en milieu scolaire** - Des bilans de santé supplémentaires spécifiques doivent donc être organisés pour les primo-arrivants de PHP lorsque ceux-ci ne sont pas inscrits dans une année scolaire au cours de laquelle un bilan obligatoire complet est réalisé - **Développement par les SPSE et CPMS d'une stratégie d'information sur la tuberculose**
Critères retenus	**Territoire** : - Niveau de pauvreté élevé - Fort pourcentage d'immigrants sur le quartier : 129 825 habitants en 2009 dont 45.6% nés à l'extérieur du Canada et 13.9% provenait d'une immigration récente (Québec 2009 in Carle, 2011 p76) - écoles classées comme « très défavorisées » selon les critères du CLSC (critère sur la base d'indicateurs matériels et sociaux) - écoles avec pourcentage d'élèves migrants important (dont inclusion d'enfants nés au Canada, mais de parents migrants -	**Territoire** : - Taux d'incidence des territoires cibles : ➢ Bruxelles : 34/100 000 ➢ Région Wallone : 7.9/100 00 (avec des villes ciblées telles que Anvers, Liège, Charleroi) Nombre et critères des écoles incluses non précisés. **Public** : - nationalité ou pays de naissance à haute prévalence de tuberculose de l'élève - Voyage récent < 2ans dans un pays à forte prévalence de la tuberculose ou notion d'aller-retour - Élève ayant eu un contact récent avec une

	pas seulement Classe d'Accueil - depuis l'inclusion du quartier Parc-Extension en 2008-2009) - Proximité géographique de l'hôpital St Justine (située au cœur du quartier cible : Cote-des-neiges et proche Parc-Extension) **Public** : - Classe d'accueil : élèves allophones pour soutien à l'apprentissage du français avant d'intégrer des classes « ordinaires » - Déterminants sociaux de la santé : condition de logement, - Pays de naissance des parents (Quartier Parc-Extension) - Tranche d'âge : 4 à 18 ans (niveau élémentaire et secondaire) **Seuil épidémiologique des pays endémiques inclus dans la stratégie** : Non précisé <u>Précision</u> : Les pays où l'incidence de la TB est élevée sont définis au Canada comme ceux qui, d'après les estimations de l'OMS, ont 15 cas de TB pulmonaire à frottis positif pour 100 000 ou plus en moyenne sur trois ans http://www.santepublique.gc.ca/tuberculose)."	personne atteinte de la tuberculose (identifié par les SPSE/CPMS ou le directeur de l'école - Étudiant et stagiaire [en milieu hospitalier] - Tranche d'âge : 2 à 18 ans **Seuil épidémiologique des pays endémiques inclus dans la stratégie** : Taux d'incidence de 50/100 000
<u>Protocole</u>	**<u>Dépistage</u> :** - IDR Si IDR positif alors : - bilan clinique et radiographie <u>Traitement</u> : Proposition de mise sous traitement systématique	**<u>Bilan de santé</u> :** - Recherche de signes cliniques et anamnèse [algorithme de décision] Si suspicion : - IDR [+ radiographie le cas échéant] <u>Traitement</u> : modalité non précisée

	pour ITL durant 9 mois [IZN] Fin de traitement : certificat de bonne observance ; pas de radio Vaccination : pas de BCG proposé	Vaccination : pas de BCG proposé
Méthode	**Partenaires** : Clinique de la tuberculose du CHU St Justine, CLSC Côte-des-Neiges, Ecoles [infirmières scolaires] **Rôles** : - *CLSC* : fourni le matériel, coordonne le dépistage scolaire, sélectionne les classes avec l'infirmière scolaire. - *Infirmière scolaire* : Information sur le dépistage auprès des étudiants + réception des feuilles de consentement pour les enfants < 14 ans [non obligatoire pour 14 ans et +]. Va chercher les élèves dans les classes selon un échéancier préétabli - *Infirmières de la clinique* : plage horaire de 2-3h pour réaliser les TBT, revient 48h après pour la lecture Si TBT + : prise de rdv à la clinique St Justine avec les parents en charge des suivis de traitement pendant 9 mois **Action intra-muros** : - Dépistage scolaire seulement par TBT - Lieux : école intra-muros [bibliothèque, salle de cours, corridor, gymnase, cafétéria] **Action à la clinique : suivi et accompagnement** 5 visites avec l'équipe de la clinique sont prévues	**Partenaires** : Établissements scolaires, SPSE/CPMS, FARES **Rôles** : - *Directeur d'école* : déclaration systématique d'un élève primo-arrivant scolarisé dans son établissement scolaire auprès des SPSE/CPMS [feuille de liaison] - *Médecin de SPSE* : >recherche des signes d'appel de la tuberculose chez les élèves identifiés lors des bilans de sant > Organiser l'information sur la tuberculose au sein des écoles sous tutelle. (avec infirmières] - *FARES* : > Pratique les IDR et (et radio le cas échéant) > Organiser des formations à l'intention du personnel des SPSE/CPMS. > Créer du matériel d'information répondant aux besoins des services. > Participer à l'information des parents/élèves, du personnel scolaire dispensée lors du dépistage des contacts si une demande est formulée par les SPSE/CPMS. >Collaborer à la sensibilisation des partenaires au niveau local et central (Fedasil, Croix-Rouge…) > . Prise en charge thérapeutique en ambulatoire pour les personnes sans aucune couverture sociale ou sans complémentaire

	- visite initiale 1 à 4 semaines après le dépistage scolaire ➢ rencontre avec une infirmière puis un médecin [anamnèse et examen physique] + radio avec le service de radiologique du CHU [partenariat conventionné] + prescription pour la mise sous traitement de l'ITL [9 mois] ➢ Proposition d'un « bilan de santé migratoire » : inclus VIH, hépatite, hémoglobinopathies et syphilis [non obligatoire] ➢ Proposition d'un dépistage familial de la TB ➢ Proposition d'un rattrapage vaccinal - 3 visites suivantes : seulement avec l'infirmière pour le suivi et l'observance de traitement + collaboration avec les pharmacies pour suivre les renouvellements de prescription Dernière visite : certificat de fin de traitement remis par le médecin [80% de doses IZN ont été consommés = efficacité thérapeutique d'environ 90%, pas de radio]	**Suivi et accompagnement :** - Si IDR+ : orientation vers le médecin traitant qui prendra la décision mettre sous traitement
Principaux résultats	**De 1998-2003** : -3710 enfants migrants listés de 16 classes différentes > 2524 dépistés > 542 IDR + > 484 sont allés à l'hôpital pour la consultation > 375 ont eu un traitement avec 92% considéré comme bonne observance 131 sujets contacts < 18 ans ont été dépistés avec IDR > 10mm.	**Données cliniques depuis 2004-2005 à 2010-2011** : *Le nombre de cas chez les élèves varie entre 30 et 50 par année scolaire ; la tuberculose [pulmonaire le plus souvent dans 71,4% cas] * 269 cas de tuberculose chez les élèves, dont 192 tuberculoses pulmonaires * Cas selon le type de dépistage : **- 18 « actif » : à l'initiative du service médicale SPSE** - 62 « contact » : dépistage prophylactique [enquête

	Important : Sur 99 enfants avec un IDR entre 5 et 9mm qui se sont présentés à l'hôpital : 9 ont commencé un traitement pour ITL Caractéristiques des perdus de vues : Âgé moyen : 12-13 ans Arrivée au Canada depuis : entre 11.3 et 15.8 mois Caractéristiques liées positivement à l'observance : ≥ 2 personnes de la famille de l'enfant qui se sont fait dépister. > 82, 2% des enfants dépistés avec IDR>10mm et qui se sont rendus à l'hôpital étaient arrivés il y a moins de 2 ans sur le territoire canadien (32.2% <1 an et 50% entre 1 et 2 ans]	autour d'un cas] - 187 « passif » : dépistage dans le curatif sur la base de symptômes après consultation spontanée * cas de TUB selon la <u>nationalité</u> - 127 Belgique [la majorité sont d'origine étrangère] - 67 autres pays d'Afrique - 26 Afrique du Nord - 17 autres pays d'Europe - 14 pays de l'Europe centre et de l'est -13 de l'Asie -3 Amérique centrale et du sud - 2 non spécifiés
<u>Avantages et inconvénients+ commentaires</u>	- pas d'articulation sociosanitaire : travailleur social (Carle, 2011] - Suivi : collaboration avec les pharmacies pour vérifier la prise de prescription - Dépistage intra-muros : potentiellement stigmatisante (cf analyse entretien de la thèse] - Proposition d'un bilan de santé migratoire + dépistage de la tuberculose à l'entourage familial - Membre de la famille dépisté à la tuberculose > 2 entraine une meilleure observance au traitement - Accessibilité de la clinique : géographique et bien identifié par les usagers. L'ensemble des actes médicaux [bilan clinique, radiographie, et suivi] se font au sein du même bâtiment et pour l'ensemble	- Résultats : > faible volume de diagnostic en dépistage actif (le nombre de primo-arrivant diagnostiqué selon cette modalité de dépistage n'est pas précisé > Cas de tuberculose chez les enfants Belges important : nécessité de prendre en compte le pays de naissance des parents et non la nationalité de l'enfant - Abandon du dépistage systématique auprès des élèves primo-arrivants dû au rapport coût (investissement humain et organisationnel) / bénéfice (faible rentabilité de découverte de tuberculose en dépistage actif) en 2007 - Peu de suivi et d'accompagnement, car orientation dans la médecine de ville beaucoup de perdus de vus - Dépistage inclus dans un bilan de santé global - Travail de collaboration entre les différents services de l'Education

	de la famille)	- Démarche d'information et de sensibilisation non précisée au niveau de la fréquence et du type d'intervention

Québec, Direction de santé publique, Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 2009, *Principales caractéristiques de la population du CSSS de la Montagne.*

Annexe 18 FICHE PRATIQUE DU DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE POUR LES ETUDIANTS ETRANGERS A L'UNIVERSITE DE SAVOIE (FRANCE)

Bienvenue ! Kuwakaribisha! Welcome! مرحبا ¡Bienvenido! 欢迎 Bem-vindo! Vitejte! स्वागत Benvenuto!

FICHE PRATIQUE ÉTUDIANTS INTERNATIONAUX : VALIDATION DU VISA VLS - TS

À votre arrivée sur le territoire français, si vous avez un visa long séjour valant titre de séjour (VLS-TS) vous devez le valider auprès de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). Cette démarche doit être faite **dans les trois mois suivant votre arrivée**.

Si vous êtes étudiant à l'Université de Savoie, référez-vous aux consignes données dans livret d'accueil pour étudiants étrangers disponible en ligne à l'adresse www.univ-savoie.fr

Les démarches à effectuer

Étape 1 : Envoyez à l'OFII les documents demandés

➜ Le formulaire « Visa de Long Séjour – Demande d'attestation OFII » complété.
Ce formulaire vous a été remis par l'autorité qui vous a délivré votre visa. Vous pouvez le télécharger sur le site de l'OFII : www.ofii.fr

REPUBLIQUE FRANCAISE
VISA DE LONG SEJOUR - DEMANDE D'ATTESTATION OFII
(Article R 311-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)
à adresser à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (voir adresse au verso) dès l'arrivée en France
RUBRIQUES A REMPLIR LORS DE LA DEMANDE DE VISA
NOM DE NAISSANCE
PRENOM
NOM D'EPOUSE
SEXE : MASCULIN (_) ; FEMININ (_)
NE(E) : LE (_)(_)(_)(_)(_)(_)(_)(_)
A
PAYS
SITUATION FAMILIALE : CELIBATAIRE (_) ; MARIE (_) ; VEUF (_) ; DIVORCE (_) ; SEPARE (_)

➜ Une copie des pages de votre passeport : identité, visa long séjour, cachet d'entrée en France ou dans l'Espace Schengen.

Vous devez envoyer ces documents par courrier standard à l'adresse suivante :

OFII de Grenoble
Parc de l'Alliance, 76 rue des Alliés
38100 Grenoble

Si votre dossier est complet, **vous recevrez par courrier postal une attestation de réception** du « formulaire de demande d'attestation OFII ».

Attention ! Une pièce manquante à votre dossier rend impossible la procédure de validation. N'oubliez pas que vous avez 3 mois pour faire valider votre visa. En cas de dépassement de ce délai, votre situation irrégulière vous exposerait à des sanctions administratives.

Attention ! Pour être certain de recevoir votre attestation, assurez-vous que votre nom soit inscrit sur la boîte aux lettres de votre domicile.

Étape 2 : Effectuez les visites médicales

Une fois l'attestation de réception du dossier reçue, vous devrez effectuer les visites médicales indispensables pour la validation de votre visa.

Le visa doit bien stipuler : « ETUDIANT CESEDA R311-3 6 AUTORISE TRAVAIL LIMITE 60% DUREE LEGALE ».

Vous trouverez sur votre attestation l'adresse internet et les codes d'accès au formulaire de prise de rendez-vous en ligne avec le Centre de Santé de l'*Université de Grenoble*.

Une fois le formulaire en ligne rempli, le Centre de Santé de l'*Université de Grenoble* vous convoquera par email à deux rendez-vous : une visite médicale générale et une radiographie des poumons. Vous devrez vous présenter aux rendez-vous à la date et à l'heure indiquées sur votre convocation, muni de votre passeport.

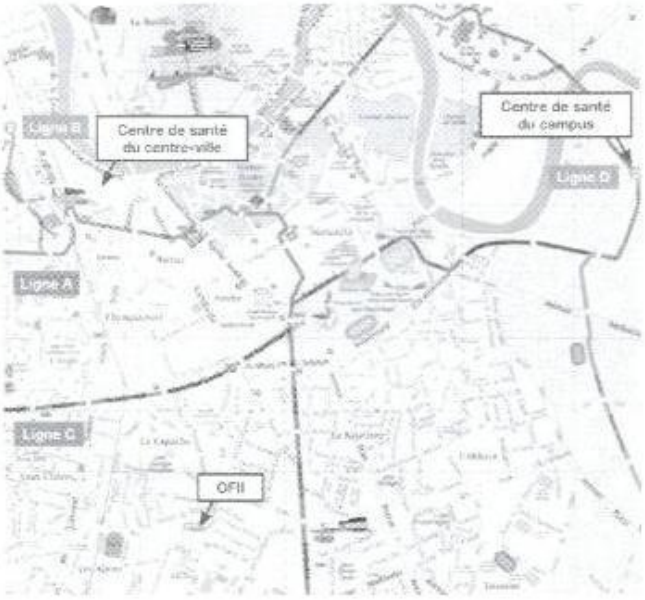
Le numéro de dossier demandé est celui qui figure sur votre attestation de réception de l'OFII.

Deux certificats vous seront remis à l'issue des rendez-vous médicaux.

À SAVOIR :
Une pathologie, décelée lors de la visite médicale, n'a aucun impact sur la validation de votre titre de séjour.

Les lieux pour les visites médicales :

- Radiographie des poumons : dans le camion sur le parking du Centre de Santé
  180 rue de la Piscine
  Domaine universitaire de Saint-Martin d'Hères / Gières
  Tram B ou C : arrêt « Les taillées »
- Visite médicale générale :
  5 rue d'Arsonval 38000 Grenoble
  Bâtiment du CROUS, 2ème étage
  Tram A ou B : arrêt « Gare ».



OFII de Grenoble
76 rue des Alliés 38100 Grenoble
Accès : Ligne de bus n°13 ou 16, arrêt : « Grenoble - Eugene Sue »
Ouverture : le lundi de 13h30 à 15h30 et le vendredi de 9h à 11h

Étape 3 : allez à l'OFII pour valider votre visa

Pour valider définitivement votre visa, présentez-vous en personne à l'OFII pendant les heures d'ouvertures qui vous sont réservées (le lundi de 13h30 à 15h30 ou le vendredi de 9h à 11h) avec les documents suivants :

- Votre passeport,
- Une photographie de face, tête nue, de format standard,
- Les deux certificats médicaux délivrés par le Centre de Santé,
- Un justificatif de domicile en France : (la photocopie d'une quittance de loyer ou une facture d'électricité/gaz/eau/téléphone fixe à votre nom ou à défaut une attestation d'hébergement accompagnée des photocopies de pièce d'identité et d'une facture au nom de l'hébergeant)
- Un timbre fiscal d'un montant de 58 euros ou le justificatif d'achat de timbres dématérialisés.

Vous pouvez acheter le timbre fiscal à la préfecture, dans certains bureaux de tabac (sur le campus à l'arrêt de tram Bibliothèques Universitaires ou celui place Victor Hugo au centre-ville de Grenoble) et même en ligne sur www.timbresofii.fr

Votre visa sera validé quand l'OFII aura apposé une vignette OFII sur votre passeport.

À SAVOIR :

Pour acheter un timbre fiscal en ligne, il vous faut :
- votre passeport,
- l'attestation de réception du dossier OFII,
- une carte bancaire.

Le justificatif d'« achat de timbres dématérialisés » doit être imprimé à la suite de la transaction. Veillez à ce qu'une imprimante soit connectée à votre ordinateur.

Service Accueil International – ISSO
1 025 avenue centrale Domaine universitaire de Saint-Martin-d'Hères
Arrêt tram B et C : « Bibliothèques universitaires »
Ouverture : du lundi au vendredi de 9h à 17h (18h en septembre)
04 76 82 61 76 / 04 76 82 84 90
isso@grenoble-univ.fr

Annexe 19 FICHE PRATIQUE DU DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE POUR LES ETUDIANTS EN MILIEU UNIVERSITAIRE EN BELGIQUE

	Belgique Fédération Wallonie-Bruxelles
Source	Entretiens+ documents FARES
Épidémiologie du pays d'accueil	En 2010, 1.115 cas ont été déclarés ce qui correspond à une incidence de 10,3 cas par 100.000 habitants. En 2011, 8.1/100 000
Réglementation dépistage des personnes migrantes	Pour les demandeurs d'asile : (qui passent par l'Office des Étrangers) - annuellement, intradermo-réaction (ID) chez les enfants ≤ 5 ans et femme enceinte - radiographie (RX) chez les plus de 5 ans pendant les 2 années qui suivent l'arrivée sur le territoire (aujourd'hui remis en cause dans les faits, car diminution des fonds. Ce sont les services médicaux des centres d'accueil qui se chargent des suivis) - Si TB alors Orientation en milieu hospitalier - Si ITL ; possibilité de retourner en centre d'accueil.
Stratégie adoptée en complément du cadre national	De 2006 à 2012 : dépistage systématique des étudiants primo-arrivants issus des pays à haute prévalence de tuberculose, ainsi que les stagiaires fréquentant le milieu hospitalier -
Critères retenus	**Territoire** : - 7 universités de la fédération Wallonie-Bruxelles sur base volontaire (en fonction de leurs ressources humaines et financières) **Public** : - Étudiant primo-arrivant issu d'un pays à forte prévalence de la tuberculose - Stagiaire en milieu hospitalier **Seuil épidémiologique des pays endémiques inclus dans la stratégie** : Non précisé
Protocole	Dépistage : - Étudiant primo-arrivant : Radiographie pulmonaire - Stagiaires en milieu hospitalier : IDR Traitement : Non précisé

	Vaccination : non précisé
Méthode	**Acteur principal : Université** **Rôles** : Réalisation des Radio et des IDR en fonction des ressources disponibles. En fonction des universités, les actes de dépistages étaient soit réalisés par le service de médecine universitaire soit par les dispensaires ou les unités mobiles radiologiques de la province à laquelle était rattachée l'université. **Suivi et accompagnement :** Modalités de suivi : non précisé
Principaux résultats	Résultats cliniques partiels 2006-2012 : - Université 1 : 1333 étudiants primo-arrivants ont passé la radio pour une tuberculose diagnostiquée - Université 2 : 220 étudiants primo-arrivants ont été dépistés par radio pour aucune tuberculose diagnostiquée - Université 3 : 300 à 400 IDR réalisés annuellement chez les étudiants primo-arrivants pour 8 à 10 prescriptions de traitement annuel (et 2 à 3 abandons de traitement annuellement) Résultats par type de dépistage entre 2004 et 2012. - 16 cas de tuberculose chez les étudiants ont été diagnostiqués • 1 en dépistage actif • 15 en dépistage passif (recours aux soins sur base curative]
Évaluation de l'action	- Disparité dans l'application de la politique de prévention de la tuberculose dans les différentes universités - 1 seul cas de tuberculose a été mis en évidence via le dépistage systématique. Le rapport cout/bénéfice est trop peu vis-à-vis des moyens mis à disposition - La tuberculose touche des étudiants en dehors du public cible [étudiant belge, mais originaire d'un pays à haute prévalence de la tuberculose] - Arrêt des financements du dépistage systématique courant 2012
Nouvelles stratégies	**Privilégier davantage une démarche globale de médecine préventive** Courant 2013 : - *Développement de l'information sur la tuberculose* *Création d'un outil pédagogique interactif sur internet de type questionnaire accessible aux étudiants

	Autres stratégies envisagées : *implication des responsables des cercles d'étudiants étrangers * Ouverture à d'autres problématiques de santé (VIH- alimentation…] * Demande de formation sur la tuberculose par les professionnels de santé - *Privilégier le dépistage passif visant la reconnaissance rapide des signes d'appel de la tuberculose* (soit par le service de la médecine universitaire, soit par l'étudiant lui-même]

Annexe 20 TABLEAU SYNTHETIQUE DES PRINCIPAUX THEMES ISSUS DES ENTRETIENS

Thèmes	Stigmatisation	Dépistage intra-muros	Dépistage dans un bilan de santé	Dépistage via la vaccination	Formation > communication
Nombre d'entretiens/25	19	3	1	4	6

Thèmes	Ressources : humaines et financières	Action de prévention	Accompagnement Orientation Partenariat	Définir le public cible	Problématiques du public cible
Nombre d'entretiens/25	5	5	14	6	13

Annexe 21 TABLEAU DE SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES ETUDIANTS AYANT REALISE UN DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE SUITE A UNE ENQUETE AUTOUR D'UN CAS

Variables sociodémographiques [N=40]	**n**	**%**
Sexe		
Masculin	5	12,50%
Féminin	35	87,50%
Pays de naissance		
France	40	100%
Autre		
Type d'hébergement [n=39]		
Collectif	1	2,70%
Chez un tiers	2	5,10%
Logement Individuel	10	25,60%
Logement parental	26	66,60%
Année de Naissance [n=40]		
<1980	1	2,50%
Entre 1981 et 1989	4	10%
Entre 1990 et 1991	16	40%
Entre 1992 et 1993	19	47,50%

Voyage récent [<2ans > à 2 semaines]	Oui		Non	
Europe de l'Est [n=39]	3	7,7%	36	92,3%
Afrique subsaharienne et centrale [n=33]	3	9,1%	30	90,9%
Asie et sous-continent indien [n=34]	1	3%	33	97,00%

Réalisation d'un dépistage au cours des 12 derniers mois [n=40]		
Oui	10	25,00%
Non	30	75,00%

Type de dépistage	Oui		Non	
VIH [n=9]	9	100%		
IST [n=8]	7	87,5%	1	6,5%
Hépatites [n=6]	5	83,3%	1	6,7%
TUB [n=3]	1		2	

Avez-vous déjà entendu parler de la Tuberculose avant ce dépistage ? [n=40]		
Non	3	7,50%
Oui	37	92,50%

Source de connaissance de la TUB :	Oui		Non	
A déjà été malade [n=30]			30	100%
Connaissance de quelqu'un qui a été malade	18	54,5%	15	45,5%
[n=33]	10	37%	17	63%
Par mes études [n=27]	13	48,20%	14	51,80%
Par les médias [n=27]	11	39,2%	17	60,80%
J'ai déjà été dépisté pour la TUB [n=28]			17	100%
Lors d'une consultation médicale de l'OFII [n=17]				
Lors d'une consultation médicale de la médecine universitaire [n=17]			17	100%

Lors d'une consultation médicale du médecin de famille [n=21]	9	42,90%	12	57,10%
Premières sources d'informations sur la tuberculose	Oui		Non	
Internet [n=40]	38	95%	2	5%
Autre Média [n=31]	6	19,40%	25	80,6%
CDDPS [n=33]	9	27,30%	24	72,70%
Médecine universitaire [n=32]	9	22,50%	23	57,70%
Médecin traitant [n=35]	26	74,30%	9	25,70%
Famille /amis [n=34]	21	61,80%	13	37 ,20%
Mutuelle [n=31]			31	100%
Associations étudiantes [n=32]			32	100%
Qu'avez-vous retenu du courrier reçu concernant ce dépistage :	Oui		Non	
Lieu /dates/horaires [n=33]	24	72,70%	9	27,30%
Rien[n=30]	12	40,00%	18	60,00%
Le protocole de dépistage [n=28]	8	28,60%	20	71,40%
La contagiosité [n=37]	32	86,50%	5	13,50%
La gratuité [n=38]	35	92,10%	3	7,90%
Quelqu'un que je fréquente a eu la TUB [n=33]	24	72,70%	9	27,30%
Carnet de santé/ vaccination [n=31]	22	71,00%	9	29,00%
La provenance du courrier [n=31]	15	48,40%	16	51,60%
Réaction au courrier [n= 37]				
Inquiet et angoissé	14	37,80%		
Surpris	13	35,20%		
Détendu et serein	5	13,50%		
Indifférent	5	13,50%		
Participation à la réunion [n=39]				
Non	27	69,20%		
Oui	12	30,80%		
Raisons de dépistage :	Oui		Non	
Au dépistage avec plusieurs amis [n=30]	15	50,00%	15	50,00%
Courrier [n=33]	24	72,70%	9	27,30%
Réunion d'information [n=30]	12	40,00%	18	60,00%
Mon médecin [n=28]	20	71,40%	8	28,60%
Car contagieux [n=37]	32	86,50%	5	13,50%
Car gratuit [n=32]	23	71,20%	9	28,80%
Temps libre [n=29]	6	20,70%	23	79,30%
Pas de sécurité sociale [n=27]			27	100%
Pas de mutuelle [n=28]			28	100%
Parce que je ne me sens pas bien [n=31]	4	12,90%	27	87,10%
Connaissance du 2ème temps du dépistage [72H après)[n=37]				
Non	8	21,60%		
Oui	29	78,40%		
Moyen de prévention auprès des étudiants :	Oui		Non	
Flyers [n=30]	17	56,70%	13	43,30%
Médias [n=32]	25	78,10%	7	17,90%
Affiches [n=32]	17	53,10%	15	46,90%
Vidéos [n=28]	12	42,80%	16	57,20%
Par SMS [n=31]	12	38,70%	19	61,30%

Intervention durant les cours [n=34]	31	91,20%	3	7,80%
Intervention lieux de vie [n=27]	13	48,20%	14	51,80%
Intervention par les associations étudiantes [n=26]	16	61,50%	10	38,50%
Vaccin BCG [n=37]				
Non	1	2,70%		
Oui	28	75,70%		
NSP	8	21.60%		

Annexe 22 Tableau des taux d'incidence de tuberculose par pays extraits de la base de données des cas index [TBM] ayant nécessité un dépistage en établissement scolaire et de l'enseignement supérieur entre 2010 et 2012 en fonction de la répartition de l'OMS [2011]

Territoire : Seine Saint-Denis

Précision : Ce sont les pays de naissance soit du cas index et /ou d'au moins un des 2 parents

	Taux d'incidence de la tuberculose (OMS, 2011)				
	0-24/ 10^5	**25-49/10^5**	**50-149/10^5**	**150-299/10^5**	**>300/10^5**
Afrique					
Mali			62		
Mauritanie					344
Cameroun				243	
Sénégal			136		
Congo					387
Cap Vert			145		
Madagascar				238	
RDC					327
Angola					310
Côte d'ivoire				181	
Maroc			103		
Algérie			90		
Comores		34			
Tunisie		30			
Nigéria			118		
Asie					
Cambodge					424
Pakistan				231	
Inde				181	
Sri Lanka			66		
Corée du Sud			100		
Europe de l'Est					
Russie°			97		
Géorgie °			125		
Tchétchénie°	Non estimé, mais probablement > 50/100 000				
Roumanie			101		
Europe de l'Ouest					
France	8,1				
Italie	2.8				
Portugal	24				
Amérique du Sud					
Haiti				222	
Océanie					
France : Nouvelle Calédonie*		25,7			

* source : http://www.ass.nc/themes/tuberculose/donnees-epidemiologiques [vu le 26-02-2013] Données de 2009

° Ces 3 pays ne font pas partie de la base de données, mais correspondent à des cas d'ITL correspondant à notre public cible pour l'année 2010-2011. [tranche d'âge 6-15 ans arrivés depuis moins de 2 ans sur le territoire issu d'un pays à forte incidence de la Tuberculose] Données : Guillaume Le Mab

Annexe 23 ETUDE DE FAISABILITE EN MILIEU SCOLAIRE : TABLEAU D'AIDE A LA DECISION AFIN DE DEFINIR DEUX TERRITOIRES PILOTES

	Indice IDH-2 En 2008	**Pop étrangère en situation régulière [PDAI 93 2007]**	**Pop étrangère en situation régulière [PDI 93 2012-2014]**	**Nombre de bénéficiaires AME en 2009**	**Incidence TUB [/100 000]**	**Education Nationale CASNAV (2012-2013)**		**Dispositifs Politique de la ville**		**Centres sociaux**
	[http://www.mipes.org/-Indice-de-developpement-humain-.html] **Ile de France: 0,58 SSD: 0,40** source par commune: ARS idf	Part de la population en % [Source : Insee RP 1999+ DDCS 93 2006]	part de la population en % [Source: Insee 2006+ DDCS 93 2011]	(CPAM Seine Saint Denis, 2009)	ORS 2008/CG	Nbr CLA-NSA* CLA collège* 6h-EX ENAF* CLA lycée*	ASL*	ASV	PRE	Conventionnés avec le CG
Arr Saint Denis										
Saint-Ouen	0,33	24	34,1[+10,1]	1275	30-40	5				2
Aubervilliers	0,25	30	40,2 [+10,2]	3944	30-40	10	1	oui -R	oui-R	1
Saint-Denis	0,25	26	36,4 [+10,4]	6876	>40	9	1	OUI	OUI	3
L'Île-Saint-Denis	0,34	18	26,5 [+8,5]	205	10-20	2			OUI	
Épinay-sur-Seine	0,38	20	30,5 [+10,5]	956	20-30	4	1	OUI	OUI	
Villetaneuse	0,29	25	33,9 [+8,9]	285	>40	1		OUI-R	OUI	1
Pierrefitte-sur-Seine	0,28	26	34,1[+8,1]	781	>40	5	1	OUI	OUI	2
Stains	0,25	22	29,8 [+7,8]	792	30-40	2		OUI	OUI	2
La Courneuve	0,23	27	38,1[+11,1]	1650	30-40	8	1	OUI	OUI	1
Arr Bobigny										

Dugny	0,38	16	21,1 [+5,1]		10-20			OUI		
Le Bourget		18	26 [+8]	363	30-40	2				
Drancy	0,34	19	28,5 [+9,5]	1409	30-40	5		OUI	OUI	2
Bobigny	0,25	23	33,8 [+10,8]	1341	>40	9	1	OUI		1
Bondy	0,37	19	28 [+9]	777	20-30	6		OUI	OUI	4
Les Pavillons-sous-Bois	0,51	12	18,6 [+6,6]	247	20-30	2				1
Noisy-le-Sec	0,39	16	23,8 [+7,8]	654	30-40	1		OUI	OUI	1
Romainville	0,37	16	23,5 [+6,5]	472	20-30				OUI	3
Pantin	0,38	21	32 [+11]	2170	20-30	6	1	OUI	OUI	4
Le Pré-Saint-Gervais	0,45	16	25,8 [+9,8]	483	30-40	2		OUI		
Les Lilas		13	17,9 [+4,9]	306	<10					
Bagnolet	0,38	20	28,2 [8,2]	979	20-30	3	1	OUI	OUI	3
Montreuil	0,4	19	25,4 [+6,4]	3631	20-30	7		OUI	OUI-R	3
Rosny-sous-Bois		12	17,5 [+5,5]	588	20-30	2	1	OUI	OUI	4
Villemomble		10	16,1[+6,1]	260	10-20	2				1
Arr Raincy										
Neuilly-Plaisance		11	17,5 [+6,5]	117	10-20					
Neuilly-sur-Marne	0,51	12	17,8 [+5,8]	262	10-20				OUI	1
Noisy-le-Grand		14	21,2 [+7,2]	517	20-30	3				
Gournay-sur-Marne		5	9,3 [+4,3]		<10					
Gagny		12	16,7 [+4,7]	409	20-30	3	1			3
Le Raincy		6	10,3 [+4,3]		20-30					1
Clichy-sous-Bois	0,23	33	38,4 [+5,4]	850	>40	6	1	OUI	OUI	3
Montfermeil	0,39	20	22,2 [+2,2]	246	30-40	1			OUI	
Coubron		4	6,9 [+2,9]		<10	1				
Vaujours		6	11,9 [+5,9]		10-20					
Livry-		9	15,4 [+6,4]	321	10-20	1				

Gargan										
Sevran	0,38	18	28,7 [+10,7]	920	20-30	5		OUI	OUI	3
Aulnay-sous-Bois	0,4	20	25,2 [+5,2]	1077	20-30	4	1	OUI	OUI	4
Le Blanc-Mesnil	0,35	18	27,1 [+9,1]	712	20-30	2	1	OUI		3
Villepinte	0,45	14	23,9 [+9,9]	293	10-20	3		OUI		1
Tremblay-en-France	0,47	13	18 [+5]	165	10-20			OUI		1

Annexe 24 ETUDIANT ETRANGER ET DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE : REGLEMENTATION ET CIRCUIT PARTENARIAL (Territoire de Seine Saint Denis)

Réglementation
Inscription étudiant étranger à l'Université : validation Visa Long Séjour par l'OFII
(Transmission des listes des étudiants étrangers)

OFII de BOBIGNY

Missions
- Contrôle la régularisation administrative des personnes migrantes
- Santé publique : Visite médicale + dépistage de la tuberculose par Radio Pulmonaire

Orientation vers CDDPS lors d'une radiographie pulmonaire anormale

UNIVERSITES
(Paris 8, Paris 13)

Service de scolarité universitaire

Mission
- Scolarisation des étudiants (et étudiants étrangers)

Difficultés de collaboration (obtention des listes des étudiants étrangers)

Décret n°2008-1026 du 7 octobre 2008 SUMPPS
Pour le compte de l'OFII : possibilité de visite médicale des étudiants étrangers non ressortissants de l'Union européenne
(Partenariat envisagé avec Paris 13 mais sans suite)

CLAT 93

Missions : Lutte contre la tuberculose
- Enquête autour d'un cas
- Vaccination
- Dépistage systématique

PRECONISATIONS

Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion à la Santé (SUMPPS)

Missions (Décret n°2008-1026 du 7 octobre 2008 SUMPPS)
- Réalisation d'un bilan de santé dans les trois premières années universitaires
- Actions de prévention et de promotion à la santé

Enquête autour d'un cas index en milieu universitaire :
- Difficulté de travail partenarial avec les différents services universitaires
- Complexité à mener les dépistages collectifs (faible adhésion des étudiants)
- Surcharge de travail des équipes CDDPS