



GUIDE POUR LES SOINS INFIRMIERS DANS LES PROGRAMMES ANTITUBERCULEUX

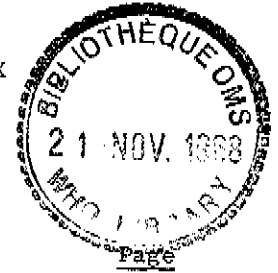


Table des matières

	<u>Page</u>
1. INTRODUCTION	3
2. HISTORIQUE DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE	4
2.1 Généralités	4
2.2 Hôpitaux pour tuberculeux et sanatoriums	4
2.3 Dispensaires antituberculeux	5
2.4 Vaccination par le BCG	5
2.5 Chimiothérapie	6
2.6 Adaptation de l'infirmière au traitement ambulatoire	6
3. FONCTIONS DU PERSONNEL INFIRMIER AUX DIFFERENTS ECHELONS	7
3.1 Echelon périphérique	7
3.1.1 Prévention	8
3.1.2 Dépistage	9
3.1.3 Chimiothérapie ambulatoire	10
3.1.3.1 Enregistrement et orientation du malade	10
3.1.3.2 Ordre de priorité	10
3.1.3.3 Première entrevue	11
3.1.3.4 Première visite à domicile	11
3.1.3.5 Surveillance du malade	12
3.1.3.6 Défaillances dans la prise des médicaments	13
3.1.3.7 Résistance aux médicaments	13
3.2 Echelon intermédiaire	14
3.2.1 Fonctions d'administration générale	14
3.2.2 Fonctions d'encadrement	14

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

	<u>Page</u>
3.3 Echelon central	16
3.3.1 Fonctions au Ministère de la Santé	16
3.3.2 Responsabilités à l'égard des infirmières de l'échelon inter- médiare	17
4. QUALIFICATIONS DES INFIRMIERES AUX DIVERS ECHELONS	17
4.1 Echelon périphérique	17
4.2 Echelon intermédiaire	18
4.3 Echelon central	18
5. EVALUATION	18
6. RESUME	19
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	20

1. INTRODUCTION

Le présent document a pour objet de fournir des directives générales sur l'utilisation des services infirmiers dans les programmes antituberculeux. Il définit l'utilité de ces services et expose leur mise en place, leur organisation et leur fonctionnement. Il se fonde sur l'expérience accumulée au cours de nombreuses années, notamment dans les pays en voie de développement.

L'ampleur du problème que pose la tuberculose du point de vue mondial est mise en lumière par les chiffres suivants, émanant du Service de la Tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé¹ : on estime actuellement à 15 millions le nombre de personnes atteintes de tuberculose contagieuse dans le monde, et plus de trois millions de personnes en meurent tous les ans. Deux à trois millions de cas nouveaux se produisent chaque année et des enquêtes spéciales ont révélé que, dans les pays en voie de développement, la morbidité atteint parfois 1 %. Il est donc du devoir, non seulement des gouvernements mais aussi des individus, de s'efforcer d'apporter une solution à un problème qui présente une telle importance du point de vue sanitaire et social. Dans ce contexte, il convient de ne pas sous-estimer le rôle que peuvent jouer les organisations bénévoles, car beaucoup de pays leur attribuent le succès de leurs programmes antituberculeux.

Un programme antituberculeux, au sens large de l'expression, a essentiellement trois objectifs : la prévention, le dépistage et le traitement, et il faut l'envisager dans l'ensemble de ses rapports avec les autres services de santé préventifs et curatifs. Plus précisément, le programme est fonction des facteurs démographiques et épidémiologiques : natalité, mortalité générale, mortalité et morbidité tuberculeuses. Les choix sont également déterminés par les ressources humaines et matérielles dont on dispose.

Des tendances récentes de l'administration de la santé publique, il découle que la lutte antituberculeuse doit faire partie intégrante des services généraux de santé, et la responsabilité doit en incomber au pouvoirs publics dans la plupart des pays. La structure des services de lutte antituberculeuse peut varier mais, en général, on distingue trois échelons administratifs : central, intermédiaire et périphérique. A l'échelon central, le ministère de la santé coordonne ses activités avec celles d'autres départements ministériels : agriculture, éducation, affaires sociales, etc., mais il porte la responsabilité de l'action sanitaire générale, assurant des services aux groupes vulnérables de la population. Ces services doivent être intégrés à l'ensemble de l'infrastructure sanitaire et fonctionner de façon permanente et continue. C'est aussi à l'échelon central que doivent être établies les normes relatives à l'administration hospitalière, aux soins hospitaliers et à la formation du personnel médical et infirmier. L'élaboration des programmes et des politiques doit se faire de même à l'échelon central, tandis que la responsabilité de l'exécution sera déléguée aux autres échelons. Le personnel infirmier participe à l'administration à tous les niveaux et collabore à tous les programmes sanitaires, depuis leur conception jusqu'à leur évaluation.

Dans la pratique, les soins infirmiers qu'exige la lutte antituberculeuse seront confiés à l'échelon périphérique, et en grande partie assurés par du personnel auxiliaire qui doit être étroitement surveillé. C'est pourquoi le présent guide est en majeure partie consacré aux fonctions du personnel infirmier à cet échelon.

¹ Santé du monde, mars 1964.

2. HISTORIQUE DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

2.1 Généralités

La tuberculose était connue et très répandue dès les temps les plus reculés, ainsi qu'en témoignent les traces de lésions osseuses guéries qui ont été observées sur des momies égyptiennes. Il y est constamment fait allusion au cours des siècles dans les écrits de l'Antiquité.

L'industrialisation de l'Europe, commencée vers le dernier quart du dix-huitième siècle, s'est accompagnée d'une forte progression de la tuberculose, qui frappait surtout les éléments les moins favorisés de la population car le surpeuplement des logements, les horaires excessifs et les mauvaises conditions de travail, l'insuffisance des salaires et la malnutrition faisaient d'eux des victimes désignées.

Les recherches scientifiques sur la nature de la tuberculose ont commencé au dix-septième siècle, époque à laquelle les tubercules, les cavernes et les ganglions lymphatiques tuberculeux ont été décrits pour la première fois. Dans les années qui ont suivi, de nombreux chercheurs de divers pays ont apporté de nouvelles contributions à la masse rapidement croissante des connaissances et, en 1872, Robert Koch isolait le micro-organisme responsable de la maladie et l'appelait le bacille tuberculeux. La tuberculose fut alors reconnue comme une maladie contagieuse, et plus précisément transmise par l'air, pouvant être contractée par une personne saine à la suite de l'inhalation de particules émises par un tuberculeux en toussant.

2.2 Hôpitaux pour tuberculeux et sanatoriums

Ces données étiologiques ont conduit à l'idée d'isoler les malades et ont amené la création d'hôpitaux spéciaux ou sanatoriums, où les contagieux étaient consignés, quelquefois pendant très longtemps. Ces établissements étaient généralement situés à la campagne ou à la montagne, dont l'air était considéré comme salubre et même nécessaire à la guérison. Le traitement consistait en un alitement prolongé, une nourriture abondante, une cure d'air et le soulagement des symptômes, généralement la toux et les douleurs thoraciques. Les critères d'amélioration étaient la régression des symptômes, le gain de poids et le maintien d'une température corporelle normale. Le critère de la guérison était, et est encore, l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats. Le malade était alors encouragé à faire quelques exercices physiques et à les augmenter progressivement jusqu'à ce que la reprise d'une activité normale soit possible.

Après la première guerre mondiale, la radiologie a été utilisée de façon croissante, non seulement comme auxiliaire de diagnostic, mais aussi pour suivre l'évolution de la maladie. D'autres types de traitement ont été expérimentés, notamment la collapsothérapie qui vise à mettre au repos la partie atteinte du poumon par l'introduction d'air sous pression contrôlée dans la cavité pleurale et quelquefois dans la cavité abdominale en un point aussi proche que possible de la région malade. Ce traitement présentait certains inconvénients dont l'un était l'accumulation de liquide dans la cavité pleurale, généralement à cause d'adhérences anciennes de la plèvre.

Le pneumothorax a été la première technique chirurgicale appliquée dans les sanatoriums. Il constituait une thérapie assez longue, en ce sens qu'il fallait répéter les insufflations d'air dans la cavité à intervalles réguliers, par exemple deux fois par semaine pendant des périodes variables, atteignant parfois deux ans ou davantage selon les progrès du malade. Il présentait, par contre, l'avantage notable de permettre un traitement ambulatoire après la phase initiale d'observation.

Par la suite est apparue la chirurgie thoracique, mais elle n'était pratiquée que sur des malades spécialement choisis, notamment parmi ceux sur lesquels la collapsothérapie avait échoué. La thoracoplastie, le pneumothorax extra-pleural et la résection totale ou partielle du poumon ne peuvent être pratiqués que dans les services de chirurgie de grands hôpitaux ou d'hôpitaux spécialisés. Beaucoup de pays continuent à réserver un certain nombre de lits pour les tuberculeux de toutes catégories et plus particulièrement pour les cas en début de traitement, les urgences, les interventions chirurgicales et aussi aux fins de recherche.

2.3 Dispensaires antituberculeux

Après que les malades avaient quitté le sanatorium ou l'hôpital spécialisé, la surveillance clinique incombait à divers organismes selon les services existants à proximité du lieu de résidence. Ce travail était effectué tantôt par le médecin de famille, tantôt par la consultation externe d'un hôpital. Dans les agglomérations importantes, il existait des dispensaires spécialisés chargés d'assurer les services cliniques et de contrôle, quelquefois complétés par une surveillance à domicile. A la fin du siècle dernier, un établissement de ce genre, à Edimbourg, possédait un service social. D'une façon générale, l'activité de ces dispensaires ne s'étendait guère au-delà des zones urbaines et les populations rurales ne pouvaient pratiquement pas bénéficier de leurs services.

Ces établissements s'occupaient des groupes suivants : les personnes recherchant un diagnostic, soit venues de leur propre initiative, soit envoyées par un médecin; les personnes qui avaient été traitées dans un sanatorium ou dans un hôpital pour tuberculeux; les familles des malades; certaines catégories de personnes particulièrement exposées, comme le personnel infirmier. Le personnel de ces établissements s'intéressait souvent à certains aspects du traitement tels que l'isolement du malade et son alimentation. Il collaborait souvent avec d'autres travailleurs sociaux, officiels ou bénévoles.

Depuis quelques années, la nature des programmes antituberculeux s'est modifiée et deux éléments nouveaux sont venus renforcer la qualité des services fournis : la possibilité de pratiquer largement une vaccination efficace par le BCG et la découverte de médicaments spécifiques, qui a rendu possible une thérapeutique ambulatoire dans laquelle le malade s'administre lui-même le traitement.

2.4 Vaccination par le BCG

Depuis que la nature infectieuse de la tuberculose a été reconnue, on a nourri l'espoir d'arriver à une vaccination efficace, qui constituerait le meilleur moyen de prévention. Jusqu'à la mise au point du vaccin, l'éloignement du sujet contaminant était la seule mesure préventive connue et trop souvent il intervenait après, plutôt qu'avant, la contagion. Au début du siècle, Calmette et Guérin ont préparé, après des années d'expérimentation, un bacille atténué - le bacille Calmette Guérin - capable de protéger les sujets non encore infectés. Il est maintenant démontré que le degré de protection conféré par le BCG atteint 80 %.

Comme tant d'autres découvertes scientifiques, le BCG n'a pas été immédiatement accepté et un incident malheureux survenu en 1930 a longtemps nui à sa réputation. La valeur de ce vaccin était toutefois incontestable, ainsi qu'il a été prouvé par la suite. Les années qui ont suivi la deuxième guerre mondiale ont été marquées par une recrudescence de la tuberculose en Europe. Les planificateurs sanitaires ont alors envisagé le problème des vaccinations de masse. Peu après, les pays en voie de développement ont pris conscience de l'importance que la tuberculose revêtait pour leurs propres populations et ils ont, eux aussi, adopté la vaccination par le BCG dans la phase initiale de leurs programmes antituberculeux. On a recruté à cette fin du personnel de différentes catégories pour lequel des cours accélérés de préparation aux techniques d'épreuves tuberculiques et de vaccination par le BCG ont été organisés. Plus

réemment est apparue la tendance à intégrer aux services sanitaires de base la vaccination et toutes les autres formes de lutte antituberculeuse.

Le Service OMS de la Tuberculose a standardisé les techniques d'épreuves tuberculiques, de vaccination par le BCG et d'évaluation des programmes de vaccination et il en a donné la description dans des guides techniques.¹ Des travaux récents ont montré qu'on pouvait administrer le BCG sans épreuve tuberculique préalable et en même temps que d'autres vaccins, notamment le vaccin antivariolique.

2.5 Chimiothérapie

La découverte de médicaments spécifiques de la tuberculose a inauguré une ère nouvelle qui s'est ouverte en 1945. Les produits les plus fréquemment prescrits sont l'isoniazide (I.N.H.), le thioacetazone (TbI), la streptomycine et l'acide para-aminosalicylique (P.A.S.). L'isoniazide est à la fois le plus actif, le moins coûteux et le moins toxique. A l'exception de la streptomycine qui est administrée par injection sous cutanée, tous sont présentés sous des formes administrables par voie buccale et convenant donc au traitement ambulatoire. Ces médicaments, couramment appelés "de première ligne", sont utilisés en associations diverses dont l'isoniazide constitue généralement l'élément de base. Il existe des médicaments dits de "deuxième ligne" qui agissent sur les bacilles résistants aux précédents. Toutefois, en raison de leur coût et de leur toxicité, ils ne sont généralement pas utilisés dans les programmes de masse; ils sont réservés aux traitements administrés sous la stricte surveillance d'un médecin et d'une infirmière.

Plusieurs études rigoureusement contrôlées sur l'efficacité relative de l'hospitalisation et de la chimiothérapie ambulatoire ont été faites dans différents pays. Les conclusions concordent dans une large mesure : les malades en traitement ambulatoire se rétablissent aussi rapidement que les malades hospitalisés, malgré une alimentation insuffisante, des logements surpeuplés et le manque de repos. Il semble même que les contacts familiaux des malades traités chez eux ne soient pas plus fréquemment atteints de tuberculose évolutive que les contacts des malades hospitalisés, ce qui semble indiquer que les médicaments réalisent un "isolement chimique".

Ces constatations ont apporté la preuve que la chimiothérapie était possible et que, dans la majorité des cas, elle pouvait remplacer le régime de longue hospitalisation pratiqué autrefois, qui s'accompagnait de problèmes domestiques, économiques et psychologiques. Ce progrès a eu d'autres répercussions : pour la première fois, dans beaucoup de pays, il a été possible d'étendre les services antituberculeux à la population rurale; or, la population des pays en voie de développement est en grande majorité rurale (à 80 % en Inde); les administrateurs préparent maintenant l'action antituberculeuse en prévoyant l'extension des services à toutes les zones rurales : il faut pour cela organiser des services complets au niveau du centre de santé périphérique qui se substitue de plus en plus à l'hôpital.

2.6 Adaptation de l'infirmière au traitement ambulatoire

Le traitement en sanatorium et l'importance accordée à l'alitement prolongé exigeaient des services infirmiers importants et qualifiés. La qualité des soins cliniques à donner, les nécessités de l'isolement et l'éducation sanitaire à donner au malade conduisaient à demander au personnel infirmier un niveau analogue à celui des services de médecine ou de chirurgie générale.

La pratique de la collapsothérapie a encore élargi le rôle de l'infirmière qui englobe maintenant la préparation rigoureusement aseptique du matériel nécessaire, l'assistance

¹ Voir Bibliographie.

apportée au médecin pendant l'intervention proprement dite et une surveillance ultérieure très étroite.

Le recours aux techniques chirurgicales pour les malades qui réagissent mal à la collapsothérapie exige de même des soins infirmiers post-opératoires extrêmement astreignants, qui se poursuivent jusqu'à la réadaptation du malade. Le traumatisme que subit un organisme soumis à ce genre d'intervention rend nécessaires la surveillance, les soins et le soutien d'un personnel extrêmement compétent.

A mesure que la charge des soins aux tuberculeux passait progressivement des sanatoriums et hôpitaux spécialisés aux services de consultations externes, les infirmières voyaient s'accroître leur rôle coordonnateur dans le transfert des malades, la surveillance à domicile, et la coopération avec les diverses institutions pouvant apporter une aide matérielle. Elles avaient de même la responsabilité des dossiers, clichés radiographiques, rapports de laboratoire, etc.

La pratique de la vaccination par le BCG dans les dispensaires a encore augmenté le nombre des activités confiées au personnel infirmier : épreuve tuberculique, lecture des réactions et vaccination. Dans ce travail élargi, les infirmières ont participé à la mise au point de techniques normalisées pour les activités nouvelles.

La découverte de médicaments spécifiques a révolutionné l'organisation des programmes antituberculeux. Comme la majorité des malades devaient être soumis à un traitement ambulatoire, il fallait moins d'infirmières pour les soins hospitaliers. La gamme des services infirmiers s'établissait donc désormais sur une base plus large, car les infirmières participaient à toutes les activités antituberculeuses : information de la population sur les nouveaux principes de la lutte antituberculeuse; soutien des médecins dans le dépistage; surveillance à domicile; enregistrement des données destinées à permettre la planification et l'évaluation.

Tandis que cette transformation s'opérait à l'échelon périphérique, une évolution se faisait parallèlement au niveau de l'administration centrale. Alors qu'autrefois l'infirmière était, à ce niveau, essentiellement responsable de l'administration des services infirmiers hospitaliers, elle participe maintenant à l'élaboration des programmes, y compris les prévisions en matière de recrutement, à la formation du personnel infirmier et au contrôle de l'exécution. Ce travail de planification suppose une coopération poussée avec les autres catégories de personnel médico-sanitaire à l'échelon supérieur et une coordination plus étroite entre les trois échelons des services infirmiers (central, intermédiaire et périphérique).

3. FONCTIONS DU PERSONNEL INFIRMIER AUX DIFFERENTS ECHELONS

3.1 Echelon périphérique

Le centre de santé au niveau périphérique est un établissement permanent, facilement accessible à la population qu'il est destiné à desservir et équipé pour fournir des services tant sur place qu'à domicile. Parmi ses fonctions figurent le dépistage, le traitement et la prévention des maladies courantes, et plus spécialement des maladies transmissibles, comme la tuberculose. Il est doté d'une équipe de travailleurs sanitaires de catégorie professionnelle et auxiliaire : un médecin ou un assistant médical, une ou plusieurs infirmières de catégorie professionnelle ou auxiliaire, un ou plusieurs techniciens de l'assainissement et un effectif de personnel non spécialisé en fonction des besoins. Dans la plupart des pays en voie de développement, les soins infirmiers sont le plus souvent confiés à du personnel auxiliaire placé sous la surveillance administrative du médecin et sous la surveillance technique de l'infirmière.

Dans les programmes antituberculeux, l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire participe activement à la prévention (BCG), au dépistage et au traitement des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse, et à la chimioprophylaxie lorsqu'elle est financièrement possible.

3.1.1 Prévention

L'infirmière est chargée de faire connaître à la population du secteur qui lui est confié les services de prévention existants, en insistant sur l'importance de la vaccination. Elle peut mettre à profit, pour ce faire, les visites qu'elle fait à domicile, quel qu'en soit le but, ou dans les écoles; les visites des malades aux consultations externes de médecine générale (notamment dans les centres secondaires où les contacts sont peu fréquents); les réunions de caractère civique; celles des associations de mères, de parents d'élèves, etc. Les autres organismes publics ou privés qui participent aux activités sanitaires, tels que les maternités, les consultations prénatales et infantiles, et les médecins exerçant en clientèle privée, doivent être tenus au courant par l'infirmière de toutes les activités de prévention organisées à l'échelon périphérique et encouragés à y participer.

Les groupes de population à vacciner seront déterminés à un échelon administratif plus élevé. Ce seront le plus souvent les enfants d'âge préscolaire, les enfants des écoles, les contacts proches des cas diagnostiqués et tous les enfants envoyés au centre de santé par d'autres organismes. C'est à l'échelon central que l'on décidera si la vaccination doit ou non être précédée d'une épreuve antituberculique. Des séances de vaccination par le BCG seront organisées régulièrement dans le cadre des activités normales du centre : une fois par an pour les enfants des écoles, une fois par mois ou tous les deux mois pour les enfants en bas âge, mais il faudra respecter l'intervalle pour éviter les erreurs dans l'esprit du public.

Lorsque les enfants des écoles sont compris dans le groupe à vacciner, les autorités des secteurs de l'enseignement et de la santé doivent conclure à un échelon élevé un accord autorisant la vaccination dans les écoles. Au début de l'année scolaire, l'infirmière doit se rendre dans tous les établissements de la zone qui lui est confiée pour s'entretenir de l'organisation des opérations avec les enseignants et avec le service médical de l'établissement, s'il y en a un. Avec leur permission, elle relèvera le nom et l'âge de tous les enfants à vacciner, ainsi que le nom de l'instituteur ou du professeur et la subdivision de la classe, sur une formule spéciale dont on se servira le jour de l'épreuve antituberculique et de la vaccination. Ce travail devra généralement être fait une fois par année scolaire.

Quelque temps avant la date de la vaccination, l'infirmière devra encore étudier avec le personnel de l'école les détails matériels de l'opération, afin de les adapter le plus possible à la vie de l'école.

En se fondant sur le nombre approximatif de personnes à vacciner, l'infirmière devra ensuite préparer une demande de vaccin qu'elle soumettra à son supérieur hiérarchique. Celui-ci appuiera la demande en prévoyant des délais suffisants pour la livraison à bonne date. L'infirmière et les autres membres du personnel du centre devront alors rappeler au public la date, l'heure et le lieu de la vaccination. Quelques jours à l'avance, l'infirmière vérifiera l'état du matériel : réfrigérateur, seringues, aiguilles, stérilisateurs, brûleurs à alcool, écrans, etc., ainsi que les stocks de coton, d'alcool, de formules d'enregistrement et de fiches.

Le jour de l'épreuve antituberculique ou de la vaccination, l'infirmière vérifiera les préparations biologiques et notera les indications nécessaires : nom, quantité, dose et date de fabrication. Elle réunira tout le matériel, y compris la boîte isotherme à glace où seront déposées les préparations biologiques, et la liste de contrôle ou les fiches individuelles pour l'enregistrement (on trouvera dans le document WHO/TB/Technical Guide/4.65 un modèle de fiche individuelle d'enregistrement).

Une infirmière auxiliaire ou un agent bénévole, après instruction par l'infirmière, pourra être chargé de l'enregistrement. (Dans les écoles, ce travail pourra être confié à un maître ou à un grand élève.) A mesure que les sujets à vacciner se présentent, on vérifie leur nom et leur âge sur la liste; l'infirmière examine alors la peau de la partie supérieure des deux bras pour y déceler les cicatrices éventuelles de vaccination antérieure. L'absence, tout comme la présence de cicatrices, doit être mentionnée sur la liste. L'infirmière procède ensuite à l'épreuve tuberculinique ou à la vaccination, qui ne sont portées sur la liste qu'après avoir été effectivement pratiquées. L'opération est si simple et si rapide que les mères n'ont pas le temps de s'inquiéter; elles ont, au contraire, l'impression de participer activement. Après l'épreuve tuberculinique, on fixe un rendez-vous à la mère pour la lecture de la réaction en lui expliquant la raison et l'intérêt de la vaccination. Les consultations externes offrent d'excellentes occasions de faire comprendre l'importance de cette protection pour l'enfant.

Lorsque le travail est terminé, l'infirmière rassemble les listes et les fiches, et vérifie qu'elles sont complètes : date, totaux, etc. Toutes les indications doivent être notées immédiatement, sans attendre la fin de la journée ou de la semaine. L'intérêt des données enregistrées dépend étroitement de leur exactitude et de la régularité avec laquelle elles sont soumises à l'évaluation. La plupart des organismes exigent qu'un relevé leur soit remis ponctuellement tous les mois. Il est demandé peu de rapports descriptifs à l'échelon périphérique, mais l'infirmière doit noter et commenter sur son rapport toute observation qui lui paraît importante. Elle peut, par exemple, remarquer une fréquence inhabituelle des affections cutanées ou un pourcentage particulièrement élevé de réactions tuberculiniques positives. Tous ces éléments sont utiles pour évaluer la qualité des services sanitaires.

Lorsque toutes les indications ont été notées, l'infirmière réunit tout le matériel, lave, vérifie, stérilise et sèche les seringues, aiguilles et pinces et les range séparément dans des boîtes pour la prochaine utilisation. Le matériel servant à l'épreuve tuberculinique ne doit pas être mélangé au matériel destiné à la vaccination. Le contenu de toutes les ampoules entamées doit être détruit, de préférence brûlé.

3.1.2 Dépistage

La lutte antituberculeuse ne peut réussir que si on décèle des réservoirs d'infection et si on les traite efficacement. Grâce à ses contacts étroits avec la population, l'infirmière a la possibilité de contribuer de façon appréciable à cet important travail. Elle prend l'habitude de reconnaître les symptômes, par exemple : toux persistant pendant plus de deux semaines, douleurs thoraciques, fièvre, hémoptisie, et apprend à se rendre utile.

Certaines personnes se présentent de leur propre initiative aux consultations de médecine générale parce que leurs symptômes les incitent à rechercher un soulagement, alors que d'autres acceptent comme faisant partie de leur vie quotidienne une toux chronique, même pendant des périodes très longues. Les personnes de ce dernier groupe se présentent souvent aux consultations pour d'autres affections et c'est par hasard que le personnel de santé remarque leur toux. Ce sont ces sujets que l'infirmière devra surveiller le plus activement. Elle trouvera d'autres occasions d'observation lors des visites à domicile (où elle a le temps de s'entretenir avec les membres de la famille), des consultations prénatales et post-natales, des vaccinations de groupes, etc., en fait au cours de toutes les activités qui constituent son programme quotidien de travail.

Lorsqu'un sujet présente des symptômes de tuberculose, l'infirmière doit l'envoyer au centre le plus proche possédant l'équipement nécessaire pour poser le diagnostic. S'il y a au centre de santé périphérique un microscope et une personne habituée à s'en servir, on doit faire sur place un premier examen. Si le centre n'a pas de microscope, on peut prélever un échantillon de crachats et l'envoyer au centre le plus proche disposant d'un microscope. Si les centres périphériques sont approvisionnés en lames, la procédure est facilitée : il suffit de préparer les lames et de les envoyer à un centre d'examen au lieu d'envoyer des échantillons frais. C'est là un système particulièrement commode pour les climats tropicaux.

Les malades sont généralement mieux disposés à coopérer s'ils sont maintenus dans leur milieu familial. Les soins donnés sur place apportent d'autres avantages : pas de journées de travail perdues, pas de frais de transport, pas de curiosité des voisins.

Le nombre de malades décelés dans une zone donnée dépendra dans une large mesure de la qualité et de l'intensité du dépistage. Le nombre de cas que doit suivre l'infirmière peut donc être très différent pour des zones similaires. Lorsqu'on constate un écart de ce genre, il faut s'efforcer d'en déterminer les causes.

3.1.3 Chimiothérapie ambulatoire

3.1.3.1 Enregistrement et orientation du malade

Lorsqu'un cas de tuberculose a été diagnostiqué, on enregistre le nom du sujet et diverses indications le concernant sur une fiche clinique/fiche de traitement, comme celle qui est décrite dans le document WHO/TB/Technical Guide/4.65. L'échelon immédiatement supérieur de l'administration sanitaire tient généralement un registre ou un fichier des cas de tuberculose. Le traitement peut être assuré soit par le centre de santé périphérique, soit par une autre institution, soit par un médecin exerçant en clientèle privée; le malade peut aussi être hospitalisé. Quel que soit le cas, le malade reste placé sous la responsabilité de l'institution qui l'a enregistré jusqu'à ce que l'on ait confirmation :

- a) de sa guérison (attestée par des examens bactériologiques et radiologiques);
- b) de son décès (avec indication de la cause du décès, que ce soit ou non la tuberculose);
- c) de son changement de résidence pour aller dans une circonscription qui ne dépend plus de l'autorité sanitaire qui l'a enregistré; tout devra alors être tenté pour retrouver sa trace, surtout s'il est contagieux;
- d) de sa disparition malgré toutes les tentatives faites pour retrouver sa trace;
- e) de son hospitalisation, dont la date doit être communiquée à l'autorité sanitaire la plus proche (registre des cas de tuberculose), afin que l'on ne perde pas de temps à le rechercher. Lorsqu'un malade quitte l'hôpital, l'autorité sanitaire doit de même en être informée, afin que le malade continue d'être surveillé et encouragé à poursuivre le traitement. (Cet échange de renseignements peut parfois impliquer le transfert matériel de la fiche clinique/fiche de traitement, ce transfert doit alors se faire par l'intermédiaire du registre des cas de tuberculose.)

On établira un système inter-provinces ou inter-états de transfert qui sera coordonné au niveau administratif le plus élevé. C'est là le meilleur moyen d'assurer la collecte de renseignements statistiques et épidémiologiques de valeur et les meilleurs services aux malades.

3.1.3.2 L'ordre de priorité dans le choix des personnes à traiter sera déterminé au niveau le plus élevé, en fonction des ressources humaines et matérielles. Dans les pays en voie de développement, où la prévalence de la tuberculose est très élevée, on mettra l'accent sur la recherche et le traitement des contagieux. Dans l'ordre de priorité viendront donc en premier lieu les cas "ouverts", qui excrètent des bacilles, et en second lieu les sujets présentant à l'examen radiologique des cavernes d'évolution avancée ou modérée, mais chez lesquels la présence du bacille tuberculeux n'a pas été décelée. Ce deuxième groupe est potentiellement dangereux et il ne faut donc pas le négliger. On ne s'occupera des autres catégories, chez lesquelles la maladie est moins évolutive, qu'après avoir pris les dispositions nécessaires pour ces deux premières.

3.1.3.3 La première entrevue entre le malade et le médecin et entre le malade et l'infirmière est extrêmement importante, car le succès ou l'échec du traitement peut en dépendre. Le but est d'amener le malade à coopérer. Il faut tenir compte de la réaction émotionnelle que déclenche chez le sujet la nouvelle de sa maladie. S'il est soutien de famille, son premier souci sera non pas lui-même, mais les personnes à sa charge. Il sera donc moins préoccupé par sa santé que par le problème du revenu familial. Ne se sentant en rien différent, le jour du diagnostic, de ce qu'il était la veille, il peut ne pas saisir la réalité de cette situation nouvelle et être, de ce fait, peu réceptif aux conseils. Il est donc extrêmement important que l'infirmière sache aborder le sujet avec sympathie et compréhension et donner les encouragements nécessaires.

Il importe aussi que cette première entrevue se fasse en l'absence de tiers, car la plupart des malades éprouvent quelque réticence à voir leurs problèmes personnels divulgués parmi leurs voisins.

Au cours de cette première entrevue, on remettra au malade des médicaments en quantité suffisante pour un mois de traitement ou une ordonnance lui permettant de se les procurer. Une fois le traitement prescrit, c'est à l'infirmière responsable du secteur qu'il incombe de s'occuper du malade et de sa famille.

3.1.3.4 La première visite à domicile doit avoir lieu le plus tôt possible après le diagnostic, puisque c'est surtout pendant la période initiale que le malade et sa famille ont besoin de l'aide et des encouragements de l'infirmière pour faire face aux problèmes nouveaux qui se posent à eux. C'est aussi pendant cette période qu'ils sont le plus réceptifs aux conseils.

L'infirmière doit avoir une attitude empreinte de cordialité et de tact lorsqu'elle se présente chez le malade. Après s'être fait connaître et avoir exposé brièvement le but de sa visite, elle doit s'entretenir avec le chef de famille. Les infirmières comme les assistantes sociales doivent se souvenir, dans un cas semblable, qu'elles sont en visite et que la situation est donc exactement l'inverse de ce qu'elle est lorsque le malade vient au centre de consultations ou à l'hôpital.

Le but essentiel de cette visite est de faire naître chez le malade la motivation nécessaire à la prise régulière des médicaments pendant la période prescrite - généralement moins d'un an. Les autres membres de la famille doivent être présents à ce dialogue, de manière à bien comprendre les raisons de la continuité dans le traitement et des autres règles, à encourager le malade et à lui rappeler à temps ce qu'il doit faire. Dans l'idéal, la première visite a donc un caractère préventif, et non pas un caractère correctif comme la visite à domicile faite lorsque le malade n'est pas venu demander ses médicaments.

L'infirmière doit se montrer confiante et optimiste lorsqu'elle donne les indications nécessaires au malade et à sa famille, et elle doit toujours se montrer rassurante. Elle expliquera les principes du traitement, notamment les activités qui restent permises. L'alitement ne sera recommandé que dans les cas extrêmement graves. Si le malade se sent assez bien pour continuer à travailler, il faudra l'encourager à le faire pour éviter les problèmes d'ordre social et économique qu'entraînerait son impuissance à conserver sa place dans sa famille, dans sa profession et dans la collectivité.

Les méthodes modernes de traitement n'accordent pas à l'isolement du malade l'importance qu'on lui attribuait autrefois, car la chimiothérapie régulièrement suivie réduit considérablement le pouvoir infectant des crachats. Il peut être bon néanmoins de recommander au malade de prendre certaines précautions simples comme de détruire ses crachats de façon hygiénique, par exemple en les déposant dans du papier ou des feuilles sèches qu'il brûlera. Il convient de toute façon de combattre l'habitude de tousser et de cracher n'importe où et n'importe comment.

L'infirmière doit estimer les ressources de la famille, afin que ses recommandations correspondent aux possibilités. Elle encouragera, par exemple, le malade à dormir seul s'il y a un lit disponible. Elle pourra aussi donner quelques conseils quant à son alimentation, toujours en visant à la meilleure utilisation possible des ressources. Si les conditions le justifient, elle pourra aussi donner quelques indications d'hygiène, à la fois du point de vue général et du point de vue plus particulier de la maladie. Il convient de ne pas exposer au malade et à la famille plus de connaissances qu'ils ne peuvent en assimiler. En aucun cas, le malade ne doit être détourné de l'essentiel, à savoir la régularité dans l'absorption des médicaments, par des indications accessoires ou par des tentatives inopportunes d'éducation sanitaire.

En ce qui concerne les contacts familiaux, l'infirmière pourra commencer par s'enquérir des symptômes évocateurs de la tuberculose que pourraient présenter d'autres personnes vivant dans le même ménage ou faisant partie de la famille dans un sens plus large. Si certains membres présentent de tels symptômes, l'infirmière devra les adresser au centre le plus proche où un diagnostic pourra être posé. Elle fixera un rendez-vous pour soumettre à l'épreuve tuberculinique les enfants qui ne paraissent pas avoir reçu le BCG et pour vacciner ceux qui doivent l'être.

La visite à domicile, quel qu'en soit l'objet immédiat, a pour raison profonde d'apporter aide et conseils à la famille. L'infirmière ne doit pas se préoccuper de la tuberculose uniquement lorsqu'elle va voir un tuberculeux. Si, par exemple, elle se présente pour un examen prénatal et trouve dans la même maison un vieil homme affligé d'une toux persistante, elle doit évidemment diriger cet homme vers le centre d'examen le plus proche. Un système dans lequel toutes les prestations médico-sanitaires sont assurées par un organisme unique à l'échelon périphérique devrait réussir particulièrement bien parce qu'il permet de gagner du temps et d'établir des relations plus personnelles avec le malade et sa famille.

3.1.3.5 La surveillance du malade par un centre de santé, une consultation externe ou un dispensaire est extrêmement importante, puisque le traitement continu et prolongé est la condition de la guérison.

La surveillance par le personnel infirmier commence un mois après le diagnostic, lorsque le malade a déjà absorbé la provision de médicaments qui lui a été donnée pour cette durée au moment du diagnostic. Elle repose sur un système de rendez-vous réguliers qui est décrit dans le document WHO/TB/Technical Guide/4.65. Ce même document décrit également les méthodes de notation applicables dans le programme antituberculeux.

Lorsque le malade se présente à un centre de santé ou à un centre de traitement pour retirer ses médicaments, il convient de l'accueillir avec courtoisie. L'infirmière peut lui demander comment il se sent, s'il a pris régulièrement ses médicaments et, dans la négative, pourquoi il ne les a pas pris et l'envoyer chez le médecin si elle le juge nécessaire. Elle peut aussi s'enquérir de la santé des autres membres de la famille en manifestant un intérêt réel et en donnant des conseils si l'un d'eux est souffrant. Avant le départ du malade, l'infirmière lui remet une nouvelle provision de médicaments et inscrit sur sa carte de rendez-vous et sur sa fiche de traitement la date de sa prochaine visite au centre. Si les malades viennent régulièrement chercher leurs médicaments, le nombre des visites à faire à domicile est réduit et les résultats cliniques sont meilleurs.

La surveillance clinique intervient lorsque le malade a pris les médicaments pendant la période prescrite - généralement 6 mois ou 1 an - par le médecin, qui désire le revoir alors pour un examen clinique afin de vérifier l'efficacité du traitement. L'infirmière secondera le médecin pendant cette entrevue et s'assurera que le malade comprend parfaitement les instructions qui lui sont données.

Le nombre et le type des contrôles cliniques dépendra des possibilités du centre. Pour les malades dont les crachats contenaient des bacilles au départ, un moyen très efficace de contrôler les progrès consiste à faire un examen périodique des crachats par microscopie directe. Pour les malades dont les crachats ne contenaient pas de bacilles avant le traitement, on pourra faire des examens radiologiques, soit dans un service de radiologie fixe, soit grâce à une installation mobile qui se rendra périodiquement dans les centres de santé. Dans ce dernier cas, l'infirmière pourra fixer un rendez-vous au malade en indiquant la date, l'heure et le lieu de la prochaine venue de l'équipe de radiologie.

3.1.3.6 Les défaillances dans la prise des médicaments doivent faire l'objet d'un examen sérieux. L'expérience a montré que les raisons qui conduisent les malades à négliger de venir chercher et d'absorber leurs médicaments sont diverses, et qu'on peut les éliminer si l'on réussit dès le début à créer chez les malades une motivation suffisante. L'infirmière peut envisager les éventualités suivantes : le malade a simplement oublié; il travaillait et n'avait personne qu'il pouvait envoyer chercher le médicament pour lui au dispensaire; il ne veut pas que ses voisins sachent qu'il suit un traitement contre la tuberculose; s'il s'agit d'une jeune fille, elle craint que ses chances de se marier n'en souffrent; le malade n'a pas bien mesuré l'importance du traitement parce qu'il ne se sent pas vraiment malade; au bout de quelques semaines, il s'est senti tellement mieux qu'il lui a paru inutile de continuer (en fait, ou bien il va effectivement beaucoup mieux et doit être encouragé à terminer le traitement, ou bien son état s'est aggravé et il a encore plus grand besoin de poursuivre le traitement); dans certains pays de développement avancé, les gens considèrent que si un médicament est gratuit ou peu coûteux il est moins efficace qu'une spécialité pharmaceutique (qui très souvent contient une quantité de l'élément spécifique inférieure à la dose nécessaire quotidiennement); le stock de médicaments était épuisé quand le malade s'est présenté au centre et cet incident l'a découragé de revenir.

Quelques-unes de ces raisons peuvent être le résultat d'une première entrevue trop courte ou mal conduite, ou d'un défaut d'organisation. Ainsi, il arrive que le dépistage de masse, surtout au cours de la première campagne, ait fait apparaître en peu de temps un nombre de cas tel qu'il n'est pas possible de consacrer suffisamment d'attention à chacun.

L'épuisement des stocks de médicaments est l'une des principales raisons de la défaillance des malades et rien ne contribue davantage à leur faire perdre confiance. Or, c'est un des écueils les plus faciles à éviter. Il suffit que les centres de santé commandent et délivrent une quantité de médicaments suffisante pour la cure complète de chaque malade.

L'infirmière verra d'après les inscriptions de remise des médicaments, qu'elle vérifiera mensuellement ou plus souvent, combien de malades suivent régulièrement le traitement. Elle n'aura donc à surveiller que les défaillants. Elle pourra aller les voir chez eux; ces visites à domicile auront pour but principal de déterminer la cause de la défaillance et d'y remédier. Le fait que le malade se soustrait au traitement est l'indice d'une fragilité physique, émotionnelle, ou intellectuelle. L'infirmière doit s'efforcer tout particulièrement de créer une atmosphère de sympathie au cours de l'entrevue, si possible en y faisant participer également les autres membres de la famille afin de les amener avec tact à donner les raisons du refus de coopération du malade et à suggérer des moyens d'y porter remède.

3.1.3.7 La résistance aux médicaments est également un facteur important et c'est pour l'éviter qu'il faut poursuivre le traitement sans interruption. La pharmacorésistance est rarement la cause de l'échec du traitement. Il est plus fréquent, en fait, qu'elle en soit la conséquence, c'est-à-dire qu'elle résulte de la prise irrégulière des médicaments. On peut la suspecter lorsqu'on constate la persistance des bacilles dans les crachats après quatre ou six mois de chimiothérapie.

On procède parfois à des contrôles d'urine occasionnels pour déterminer si le malade prend ou non ses médicaments. Des tests très simples, qui consistent à plonger dans l'urine

des papiers imprégnés de réactif, ont été mis au point à cette fin. Dans certains cas, on recourt à un schéma thérapeutique dit "intermittent" (le malade se présente au centre une ou deux fois par semaine et absorbe en une seule prise, sous la surveillance de l'infirmière, la dose totale du médicament correspondant à l'intervalle entre les visites). Ce sont là les diverses méthodes qui permettent de distinguer l'irrégularité dans la prise du médicament et par voie de conséquence la résistance aux médicaments.

3.2 Echelon intermédiaire

A l'échelon intermédiaire, les responsabilités de l'infirmière se situent sur deux plans : administration générale et encadrement. Lorsque la population à desservir est très importante, ces responsabilités peuvent être réparties entre deux infirmières, une infirmière en chef principale et une infirmière en chef adjointe. Dans ce cas, l'infirmière en chef principale a la responsabilité d'une zone plus vaste et elle assure la liaison entre l'échelon administratif le plus élevé et les échelons inférieurs, tandis que l'infirmière en chef adjointe assure la liaison entre l'infirmière en chef principale et le personnel du réseau périphérique. Dans beaucoup de pays, cependant, les fonctions d'administration et d'encadrement sont assurées pour une zone déterminée par une seule infirmière, qui fait rapport à l'infirmière de l'échelon administratif le plus élevé. Elle est généralement établie dans un chef-lieu de province ou dans quelque autre agglomération importante à une distance commode de la zone dont elle a la charge.

3.2.1 Fonctions d'administration générale

L'infirmière de l'échelon intermédiaire assume généralement ces fonctions sous la direction générale d'un médecin de la santé publique et sous la direction technique de l'infirmière de l'administration centrale. Ces fonctions sont les suivantes :

- Elle doit tenir ses supérieurs hiérarchiques au courant de la situation, notamment en matière de tuberculose, dans la zone de son ressort. Elle doit présenter à cet effet des rapports récapitulatifs sur le travail accompli. Pour la tuberculose, elle y indiquera notamment : le nombre de personnes soumises à l'épreuve tuberculinique et à la vaccination par le BCG, le nombre de cas nouveaux de tuberculose enregistrés au cours du précédent trimestre, le nombre de malades inscrits au traitement, le nombre de malades effectivement traités, etc.
- Elle doit soumettre à ses supérieurs des propositions accompagnées de toute la documentation nécessaire concernant les questions telles que le recrutement et la sélection du personnel infirmier; la délégation des fonctions; l'orientation du personnel nouveau; la formation en cours d'emploi; les crédits budgétaires; les fournitures, etc.; les propositions concernant les modifications et améliorations à apporter à l'organisation des activités doivent être accompagnées de données en démontrant l'utilité.
- Elle doit aider à établir des contacts avec les personnalités et les groupes dont l'appui peut être une condition du succès du programme.
- Elle doit participer à la planification et à l'évaluation des programmes sanitaires locaux (notamment de la lutte antituberculeuse) et à leur intégration : elle doit aider les médecins à se faire une idée juste des capacités du personnel infirmier de santé publique, afin que les fonctions qui lui seront déléguées y soient adaptées.

3.2.2 Fonctions d'encadrement

L'encadrement, dans un programme sanitaire, est l'activité par laquelle une infirmière désignée s'efforce d'améliorer le rendement d'un service par la formation continue

du personnel et l'amélioration des conditions d'exécution. Il ne doit pas consister simplement en un ensemble de règles, de contrôles, de récompenses et de punitions, mais avoir un caractère positif : la personne chargée de cette fonction doit encourager les agents placés sous sa responsabilité à juger leur propre travail et à prendre des décisions en conformité avec les objectifs du service et en fonction des moyens mis à sa disposition.

Il est très important que le personnel d'exécution soit tenu au courant des changements intervenus dans les directives générales émanant de l'échelon supérieur. La personne chargée de la supervision doit donc interpréter ces changements et donner au personnel d'exécution les instructions correspondantes.

Pour augmenter le rendement de chaque infirmière (qualifiée ou auxiliaire) et donc de l'ensemble du service, l'infirmière en chef examinera si possible avec elle le travail accompli, recherchera les causes de difficultés, évaluera le potentiel de capacités non utilisées et étudiera des méthodes susceptibles d'améliorer la qualité du travail dans le double intérêt de l'agent sanitaire et du service. Voici quelques suggestions susceptibles de lui faciliter cette tâche :

- Il importe de bien comprendre la situation tant professionnelle que personnelle de l'infirmière. Par exemple, si elle vient d'une grande ville, elle peut éprouver quelque difficulté à s'habituer à un milieu rural. Les possibilités de distractions y sont plus rares et le logement peut poser davantage de problèmes. Il est possible que ces éléments aient des répercussions sur la qualité de son travail. L'infirmière en chef doit en tenir compte et aider l'intéressée à trouver des solutions.
- Les visites de l'infirmière en chef doivent offrir au personnel des unités périphériques l'occasion d'étudier les moyens d'améliorer les services fournis au public, qui constituent l'objet essentiel du programme. Le nombre des visites dépendra des crédits affectés à l'encadrement et des moyens de communication existant dans la zone considérée. L'étendue de cette zone, sa situation géographique et la répartition de la population sont des éléments importants dont il faut tenir compte quand on établit le programme des visites. Il convient de veiller à visiter aussi fréquemment que les autres les centres les moins accessibles, dont le personnel a généralement besoin de soutien et de conseils.
- Avant d'entreprendre une tournée de visites aux centres périphériques, l'infirmière en chef doit lire les rapports les concernant et noter les questions d'intérêt particulier et les changements intervenus depuis sa précédente visite. Pour ce qui est de la lutte antituberculeuse, elle passera en revue tous les relevés relatifs aux trois éléments principaux du programme - prévention, dépistage et traitement - et elle les examinera, non seulement avec l'infirmière responsable du centre, mais aussi avec les autres membres de l'équipe, en les invitant à suggérer des améliorations. En même temps, l'infirmière en chef doit proposer ses propres solutions aux problèmes considérés.
- L'étude des rapports et leur examen avec les membres de l'équipe permettront à l'infirmière en chef de connaître la qualité du travail. Par exemple, le pourcentage de vaccination des enfants de moins d'un an est fonction des qualités d'imagination et d'initiative, tandis que la distribution des réactions tuberculiques pratiquées après la vaccination reflète la qualité du travail de vaccination. Lorsque les résultats n'atteignent pas le niveau normal, il faut examiner deux points : la qualité du vaccin et la technique d'administration.
- L'infirmière en chef peut également examiner avec l'infirmière du centre le programme quotidien de travail en évaluant non seulement le temps consacré aux activités

antituberculeuses par rapport aux résultats atteints et aux autres activités, mais aussi l'ordre de priorité suivi pour les visites à domicile. Lorsqu'il semble que le temps ne soit pas utilisé de façon optimale, l'infirmière en chef peut orienter l'entretien vers les moyens d'amélioration. Le mieux est peut-être de considérer avec le personnel les solutions à apporter à des problèmes déterminés. Cette façon de procéder, qui stimule l'imagination du personnel, est préférable aux recommandations générales et abstraites.

- L'infirmière en chef s'entretiendra aussi des stocks de fournitures avec le personnel du centre, surtout si elle a la responsabilité de l'approvisionnement en médicaments, préparations biologiques et autres articles renouvelables comme les formules imprimées. Lorsque la livraison des médicaments est lente (ce qui peut être aisément déterminé par comparaison de la date d'inventaire et de la date de réception), elle doit en prendre note pour corriger ce défaut de distribution. Elle doit aussi donner des instructions précises quant aux médicaments gratuits et aux médicaments non gratuits (où se les procurer et à quel prix) et à la politique à suivre dans la distribution des médicaments aux malades, compte tenu des conditions d'approvisionnement.
- La formation en cours d'emploi pour le personnel en poste et l'orientation du personnel nouveau ne doivent pas être négligés, notamment en ce qui concerne l'enseignement des nouvelles techniques (par exemple : administration des vaccins lyophilisés, vaccinations simultanées, etc.).
- L'aspect général du centre de santé influe fortement sur l'attitude plus ou moins confiante du public à l'égard des services infirmiers, et l'infirmière en chef doit conseiller le personnel du centre sur ce point.

3.3 Echelon central

Lorsque les opérations se développent, il devient nécessaire qu'une infirmière assume à l'échelon central la direction des services infirmiers pour l'ensemble des programmes de santé. Ceci pose la question de la place de l'infirmière dans l'organisation des services de santé et pour y répondre de façon satisfaisante, il faut considérer plusieurs facteurs, notamment l'effectif et la qualité du personnel infirmier, le statut de la profession et la structure de l'administration sanitaire. L'infirmière responsable à l'échelon central peut soit être à la tête d'une "direction" des services infirmiers établie au sein du ministère de la santé, soit être placée sous la direction d'un médecin administrateur.

3.3.1 Fonctions au Ministère de la Santé

Les infirmières qui occupent des postes d'administration à l'échelon national doivent participer directement, en qualité de conseillères, à la définition des politiques et à l'élaboration du programme général de santé. Dans ce contexte, elles peuvent, en consultation avec les autres fonctionnaires intéressés (médecins, administrateurs des hôpitaux, administrateurs de la santé publique, statisticiens, administrateurs des finances, etc.), assumer les fonctions suivantes :

- définir le rôle du personnel infirmier, notamment dans la lutte contre les maladies transmissibles, dont la tuberculose est la plus importante dans certains pays;
- déterminer les besoins et les ressources, plus particulièrement pour les activités anti-tuberculeuses;
- fixer les normes de recrutement et les effectifs du personnel infirmier, notamment pour les services antituberculeux;
- fixer les normes de formation du personnel infirmier, qualifié et auxiliaire, dans le cadre de programmes d'enseignement de base et d'enseignement supérieur;

- participer à l'évaluation du programme général de santé, y compris le programme anti-tuberculeux, en vue de l'organisation des activités futures.

Dans l'évaluation des besoins et des ressources, l'infirmière responsable à l'échelon central devra déterminer les catégories de personnel dont dispose le pays, leur effectif, leur degré de formation, leurs fonctions et les possibilités de recrutement et de formation en tenant compte du développement futur du programme et de la situation générale du pays. Il faudra ensuite tenir compte de ces facteurs pour définir la politique de recrutement et les critères de recrutement et d'affectation du personnel.

Lorsqu'elle définira les normes applicables à la formation du personnel infirmier, l'infirmière responsable à l'échelon central devra examiner divers points : établissements de formation, types d'enseignement offerts, qualifications du personnel enseignant et catégories de personnel (auxiliaire et professionnel) à former. Avec le développement des services de santé publique, et l'accroissement des besoins en personnel infirmier dans cette branche, il importe que la préparation aux activités de santé publique soit intégrée à l'enseignement infirmier de base.

Pour l'évaluation du programme général de santé, l'infirmière responsable à l'échelon central devra se baser sur les renseignements que lui feront parvenir les infirmières de l'échelon intermédiaire et c'est en se fondant sur ces renseignements qu'elle pourra contribuer à une meilleure organisation des programmes sanitaires.

3.3.2 Responsabilités à l'égard des infirmières de l'échelon intermédiaire

L'infirmière responsable à l'échelon central devra communiquer aux infirmières de l'échelon intermédiaire les directives à appliquer, en les adaptant à leurs fonctions et à l'exécution du programme.

4. QUALIFICATIONS DES INFIRMIERES AUX DIVERS ECHELONS

4.1 Echelon périphérique

A ce niveau, les qualifications du personnel infirmier dépendront des ressources de la collectivité. L'idéal serait que l'infirmière (ou l'infirmier) soit diplômée d'un établissement d'enseignement infirmier reconnu et ait suivi des cours de soins infirmiers de santé publique. Il est possible, dans beaucoup de pays, qu'on ne dispose pas de personnel de ce niveau pour les centres périphériques et qu'on doive confier la responsabilité du centre à une infirmière auxiliaire.

Le niveau de préparation des infirmières auxiliaires peut varier, mais elles doivent avoir suivi des cours réguliers, portant notamment sur les activités curatives et préventives de santé publique. On peut par exemple soumettre à un recyclage le personnel monovalent d'anciens programmes spécialisés (contre le pian, le paludisme, la lèpre, la tuberculose) qui a été absorbé par les services généraux de santé, et l'employer dans les unités périphériques. Ce type de personnel présente, sur les nouvelles recrues de niveau général comparable, l'avantage d'avoir déjà travaillé dans les services de santé; il connaît la structure de l'organisme auquel il est rattaché; il a l'habitude d'assumer certaines responsabilités et, très souvent, il a une grande expérience des activités sur le terrain.

Il importe d'organiser une formation en cours d'emploi pour tout le personnel infirmier de l'échelon périphérique. On peut encourager à faire des études plus poussées les éléments qui font preuve de capacités particulières et d'un intérêt réel, afin de les préparer à assumer de nouvelles responsabilités.

Des infirmières diplômées ou auxiliaires ayant participé à des programmes de vaccination par le BCG peuvent être chargées d'enseigner au personnel des centres périphériques les techniques de l'épreuve tuberculitique (y compris la lecture des réactions) et de la vaccination.

4.2 Echelon intermédiaire

Les qualifications des infirmières à ce niveau varient en fonction des effectifs dont on dispose, du niveau général de l'enseignement infirmier dans le pays et des crédits consacrés aux services et à l'enseignement infirmiers. Les infirmières de l'échelon intermédiaire doivent être diplômées d'une école reconnue et avoir suivi des cours de santé publique. On pourra prévoir, pour celles qui n'ont pas reçu cette préparation, la possibilité de l'acquérir. Il serait bon également que les infirmières de l'échelon intermédiaire aient suivi un enseignement supérieur en santé publique, complété par une certaine expérience de l'encadrement du personnel et de l'administration.

Dans les pays où il n'y a pas d'infirmières possédant ces qualifications, on pourra choisir parmi les éléments du personnel de l'échelon périphérique qui ont fait preuve de qualités particulières, de dévouement à leur profession et d'aptitudes aux fonctions d'encadrement.

4.3 Echelon central

L'infirmière responsable à cet échelon doit être diplômée d'une école d'infirmières et avoir reçu une préparation supérieure, de préférence en santé publique. Elle doit aussi, si possible, avoir une formation et une expérience assez poussées en matière d'encadrement du personnel et d'administration; elle doit bien connaître les principes des soins infirmiers de santé publique et la structure administrative des services de santé à tous les niveaux; enfin, elle doit posséder des qualités de chef et d'administrateur et être capable de participer utilement à la planification des programmes.

5. EVALUATION

L'évaluation constitue un élément essentiel de la planification et elle doit dès le début être intégrée aux programmes. Il importe de prévoir un système simple mais efficace d'évaluation pour déterminer si un programme, une méthode, une technique ou un produit ont apporté un bienfait au malade, augmenté le rendement professionnel de l'équipe, réduit le coût, amélioré le service fourni, etc.

Selon le niveau où elles exercent leurs fonctions, les infirmières auront à assumer à des degrés divers des responsabilités dans les domaines suivants : planification en vue de l'évaluation des programmes de soins infirmiers; évaluation des objectifs des services infirmiers; collecte de renseignements de base; interprétation et utilisation des résultats pour une planification efficace des activités futures.

On peut utiliser à cette fin divers instruments :

Rapports des services infirmiers. Ce sont des comptes rendus à la fois statistiques et descriptifs des soins fournis; ils aident l'infirmière à déterminer dans quelle mesure le programme atteint les groupes de population qui en ont besoin. Pour être réellement utiles, ces rapports doivent être détaillés et porter sur des facteurs mesurables. Ils doivent indiquer non seulement le nombre de malades contactés, mais aussi leurs réactions aux soins médicaux et les raisons de ces réactions. Par exemple, le fait que de nombreux malades ne se présentent pas aux rendez-vous qui leur ont été fixés ou ne viennent pas retirer leurs médicaments (voir section 3.3.3.6) peut être dû à différents facteurs, que l'infirmière aura notés dans son rapport et qu'il importe d'étudier.

Etudes de cas. De l'analyse et de la discussion d'un seul cas ou d'un groupe de cas, l'infirmière peut dégager certains aspects généraux de son travail ou des résultats qu'elle obtient dans un type particulier de situation, et en tirer des indications précieuses pour l'établissement de critères destinés à l'évaluation des services.

Visites d'inspection. Si elles sont dirigées - tant par l'infirmière en chef que par l'infirmière du centre - vers un objectif commun, à savoir les prestations offertes aux familles, elles peuvent constituer des instruments extrêmement utiles pour l'évaluation et l'amélioration des services fournis.

Les conclusions tirées d'une évaluation des services doivent normalement faire apparaître les modifications à apporter. De même que les infirmières, à tous les échelons (et plus particulièrement aux échelons intermédiaire et central), doivent participer à l'évaluation des services, elles doivent participer à l'élaboration des plans d'amélioration. Ces plans d'amélioration peuvent entraîner une modification des objectifs, une révision de l'ordre des priorités ou même l'abandon de pratiques périmées.

6. RESUME

Les changements les plus importants intervenus dans la lutte antituberculeuse sont ceux qui ont permis aux tuberculeux de poursuivre une vie normale au sein de la société au lieu d'être isolés dans des sanatoriums. La délégation aux dispensaires généraux et aux centres de santé de la responsabilité des soins à ces malades constitue un facteur important dans la lutte antituberculeuse, qui devient ainsi l'un des objectifs principaux de tout centre de santé, quelque limitées que soient ses ressources.

Dans cette perspective, les infirmières jouent un rôle considérable. Il faut donc qu'elles comprennent bien non seulement les principes sur lesquels doit être fondé un programme antituberculeux complet, mais aussi les détails des prestations qu'un tel programme suppose. Le présent guide vise à décrire ces prestations, et plus particulièrement celles que doit assurer le personnel infirmier à l'échelon périphérique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Banerji, D. & Andersen, S. (1963) A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis. Bull. Org. mond. Santé, 29, 665 (tirage à part)
2. Dawson, J. J. Y. et al. (1966) A 5-year study of patients with pulmonary tuberculosis in a concurrent comparison of home and sanatorium treatment for one year with isoniazid plus PAS. Bull. Org. mond. Santé, 34, 533 (tirage à part)
3. Freeman, Ruth (1963) Public Health Nursing Practice (Philadelphie et Londres, W. B. Saunders Co.)
4. Kallins, Ethel (1967) Textbook of Public Health Nursing (St. Louis, C. V. Mosby Co.)
5. Ramakrishnan, C. V. et al. (1966) The diet, physical activity and accomodation of patients with quiescent pulmonary tuberculosis in a poor South Indian community. Bull. Org. mond. Santé, 34, 553 (tirage à part)
6. Fiches et relevés types pour les programmes antituberculeux de l'OMS (document WHO/TB/Techn.Guide/4, 1965) (A & F)
7. Guide technique pour l'évaluation des programmes de vaccination par le BCG (document WHO/TB/Techn.Guide/2, Rev. 4, 1965) (A & F)
8. Tuberculosis Chemotherapy Centre, Madras (1964) A concurrent comparison of intermittent (twice-weekly) isoniazid plus streptomycin and daily isoniazid plus PAS in the domiciliary treatment of pulmonary tuberculosis. Bull. Org. mond. Santé, 31, 247 (tirage à part)
9. Organisation mondiale de la Santé (1964) Comité d'experts de la Tuberculose, huitième rapport. Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 290 (A, F & E)
10. L'épreuve tuberculinique standard de l'OMS (document WHO/TB/Tech.Guide/3, 1963) (A & F)