



Programmes Nationaux de Santé Publique

Fascicule N° 16

Textes réunis et classés par :
Med Ould Kada

2016

Dans la Collection Gestion des Etablissements Publics de Santé

Guide de Gestion Hospitalière édité en France par EDILIVRE

Projet Règlement intérieur des CHU, EHS, EPH et EPSP

Dans la Collection Textes Réglementaires sur la Santé en Algérie

- Fascicule N°1 : Textes Fondamentaux et autres Textes Utiles
- Fascicule N°2 : Statuts et Organigrammes des Etablissements de Santé
- Fascicule N°3 : Gestion des Services de l'Economet au niveau des Etablissements Publics de Santé
- Fascicule N°4 : Gestion des Services Financiers au niveau des Etablissements Publics de Santé
- Fascicule N°5 : Gestion des Ressources Humaines au niveau des Etablissements Publics de Santé
- Fascicule N°6 : Statuts des Personnels de Santé
- Fascicule N° 7 : Régime Indemnitaire servi aux Personnels de Santé
- Fascicule N°8 : Personnels Hospitalo-universitaires
- Fascicule N°9 : Formation Continue, Examens, Concours Activités Complémentaires et Service Civil
- Fascicule N°10 : Médecine du Travail
- Fascicule N°11 : Partenaires Sociaux, Retraite et Œuvres Sociales
- Fascicule N°12 : Médicaments & Pharmacie
- Fascicule N°13 : Urgences Médico-Chirurgicales, Orsec et Situation d'Urgence
- Fascicule N°14 : Bureau des Entrées
- Fascicule N°15 : Prévention
- Fascicule N°16 : Programmes Nationaux de Santé Publique
- Fascicule N° 17 : Hygiène Hospitalière
- Fascicule N°18 : Transfusion Sanguine
- Fascicule N°19 : Exercice à titre Privé

Remerciements

Je dédie ce travail à ma famille et à toutes les personnes qui ayant pu – à un moment ou un autre – contribuer à la réalisation de ce travail.

Aussi, ce travail est dédié à tous ceux qui veulent être de bon gestionnaire.

Je crois que ça sera la dernière mise à jour arrêtée au 31 décembre 2016 , je souhaiterais qu'il y'aura d'autres volontaires pour continuer ce modeste travail qui à coup sûr apportera aide et éclaircissements et contribuera peut être à l'amélioration surtout de la gestion quotidienne de nos établissements de santé. Malgré les rêves non réalisés, malgré les déceptions je suis fier d'avoir appartenu à cette grande famille de la santé.



Table des Matières

Programmes Nationaux de Santé Publique	
Programme National de Vaccination	7
Programme National anti-poliomyélite	47
Programme National de Santé Scolaire	73
Programme national du RAA	118
Programme national de lutte contre les IRA	128
Programme national dépistage cancer du col de l'utérus	150
Renforcement du programme de prévention de rachitisme	195
Programme de lutte contre les carences nutritionnelles	197
Fiche technique de la diarrhée du nourrisson	201
Périnatalité et Néonatalogie	205
Programme national de Santé Mentale	229
Programme national de Tuberculose	250
Programme national de lutte contre le VIH	265

Programme National de Vaccination

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DECRET N° 69-88 DU 17 JUIN 1969 RENDANT OBLIGATOIRE CERTAINES VACCINATIONS.

Le Chef du Gouvernement, Président du Conseil des ministres,
Sur le rapport du ministre de la santé publique,
Vu l'ordonnance n°65-182 du 10 juillet 1965 portant constitution du Gouvernement ;
Vu l'ordonnance n° 68-103 du 6 mai 1968 relative aux divers régimes de franchise postale ;

Décète :

Article 1^{er} : La protection sanitaire de l'enfant par les vaccinations contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la variole est obligatoire.

Article 2 : En cas d'épidémie ou de menace d'épidémie, les vaccinations contre la typhoïde et paratyphoïde, le typhus ou d'autres maladies transmissibles, pourront être rendues obligatoires par arrêté du ministre de la santé publique.

Article 3 : Une ou plusieurs vaccinations pourront être rendues obligatoires par arrêté du ministre de la santé publique pour les catégories de personnes exerçant des activités les exposant à certaines maladies.

Cette mesure s'appliquera en particulier, au corps médical et paramédical en fonction dans les hôpitaux de contagieux et dans les formations fixes ou mobiles de lutte contre les épidémies.

Article 4 : Les assujettis sont libres de satisfaire aux obligations du présent décret en présentant un certificat médical délivré à leurs frais, par un médecin de leur choix et attestant qu'ils ont subi valablement les vaccinations.

Article 5 : Nul ne peut être admis dans un établissement d'enseignement public ou privé ainsi que dans toute collectivité d'enfants telle que crèche, garderie, jardin et maisons d'enfants, colonie de vacances, préventorium, maison d'enfants de chouchou, sans justifier des vaccinations prévues à l'article 1^{er} et, le cas échéant, des vaccinations rendues obligatoires par application de l'article 2 du présent décret.

Article 6 : Les assujettis présentant des contre-indications temporaires ou définitives doivent en justifier par un certificat médical.

Chapitre II

Dispositions financières

Article 7 : Les dépenses résultant de ces vaccinations sont à imputer au budget du ministère de la santé publique, sous réserves des dispositions prévues aux articles 9 et 10 ci-dessous.

Article 8 : L'importation éventuelle de vaccin ou de produits et matériels nécessaires à la fabrication des vaccins, est exonérée des taxes douanières.

Article 9 : En ce qui concerne les vaccinations prévues à l'article 3 ci-dessus, les établissements, entreprises et organismes publics ou privés, sont tenus de prendre en charge les frais de vaccinations de leur personnel.

Article 10 : Les frais résultant des dispositions prévues à l'article 4 du présent décret, sont à la charge des intéressés.

Les actes vaccinaux et l'achat des vaccins ouvrent le droit, pour les assurés sociaux, aux remboursements par les caisses de sécurité sociale.

Article 11 : Les communes doivent assurer la préparation des listes d'état civil et des registres ou fichiers permettant le contrôle des vaccinations obligatoires.

Article 12 : Toutes les correspondances relatives aux vaccinations obligatoires se font en franchise postale.

Chapitre III

Dispositions pénales

Article 13 : Les parents ou tuteurs, les chefs d'établissements, entreprises et organismes publics ou privés, sont tenus personnellement responsable de l'exécution des mesures prescrites par le présent décret.

Article 14 : Quiconque commet une contravention aux prescriptions du présent décret, est passible d'une amende de 30 dinars à 500 dinars.

Chapitre IV

Dispositions transitoires et diverses

Article 15 : Jusqu'au 1^{er} septembre 1970, seules les vaccinations antivarioliques et antituberculeuses sont exigibles pour la scolarisation des enfants dans les classes primaires.

Article 16 : Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent décret.

Article 17 : Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

Article 18 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 juin 1969.

Houari BOUMEDIENE

**ARRETE DU AOUEL CHAABANE 1421 CORRESPONDANT AU 28 OCTOBRE 2000 FIXANT LE CALENDRIER DE
VACCINATION OBLIGATOIRE CONTRE CERTAINES MALADIES TRANSMISSIBLES.**

Le ministre de la santé et de la population,

Vu le décret présidentiel n° 2000-257 du 26 Joumada El Oula 1421 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret n° 69-88 du 17 juin 1969, modifiée rendant les obligatoires certaines vaccinations, notamment ses articles 1^{er} et 16 ;

Vu l'arrêté du 5 Ramadhan 1417 correspondant au 14 janvier 1997 fixant le calendrier de vaccination contre certaines maladies transmissibles ;

Arrête :

Article 1^{er} : En application des dispositions du décret n° 69-88 du 17 juin 1969 susvisé, le présent arrête a pour objet de fixer le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles.

Article 2 : Le calendrier de vaccination obligatoire contre les maladies prévues à l'article 1^{er} du décret n° 69-88 du 17 juin 1969, susvisé, est fixé conformément au tableau ci-après :

AGE DE LA VACCINATION	VACCINS
NAISSANCE	BCG Anti-poliomyélite (polio oral) 1 ^{ère} dose anti-hépatite B
1 MOIS	2 ^{ème} dose anti-hépatite B
3 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral)
4 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral)
5 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral) 3 ^{ème} dose anti-hépatite B
9 MOIS	Anti-rougeoleux
18 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral)
6 ANS	Anti-diphthérique, tétanique enfant (Dt enfant) Anti-poliomyélite (polio oral) Anti-rougeoleux
11 - 13 ANS	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte) Anti-poliomyélite (polio oral)
16 - 18 ANS	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte) Anti-poliomyélite (polio oral)
Tous les 10 ans après 18 ans	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte)

Article 3 : Sont abrogées les dispositions de l'arrêté du 5 Ramadhan 1417 correspondant au 14 janvier 1997, susvisé.

Article 4 : Le présent arrêté sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Chaâbane 1421 correspondant au 28 octobre 2000.

Mohamed Larbi ABELMOUMENE

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
ARRETE DU 30 JOMADA ETHANIA 1428 CORRESPONDANT AU 15 JUILLET 2007 FIXANT LE CALENDRIER DE
VACCINATION OBLIGATOIRE CONTRE CERTAINES MALADIES TRANSMISSIBLES.

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,
Vu le décret n° 69-88 du 17 juin 1969, modifiée rendant les obligatoires certaines vaccinations, notamment ses articles 1^{er} et 16 ;
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Jomada El Oula 1428 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;
Vu l'arrêté du Aouel Chaabane 1421 correspondant au 28 octobre 2000 fixant le calendrier de vaccination contre certaines maladies transmissibles ;

Arrête :

Article 1^{er} : En application des dispositions du décret n° 69-88 du 17 juin 1969 susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles.

Article 2 : Le calendrier de vaccination obligatoire contre les maladies prévues à l'article 1^{er} du décret n° 69-88 du 17 juin 1969, susvisé, est fixé conformément au tableau ci-après :

AGE DE LA VACCINATION	VACCINS
NAISSANCE	BCG Anti-poliomyélite (polio oral) 1 ^{ère} dose anti-hépatite B
1 MOIS	2 ^{ème} dose anti-hépatite B
3 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral) 1 ^{ère} dose anti-haemophilus influenza b
4 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral) 2 ^{ème} dose anti-haemophilus influenza b
5 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral) 3 ^{ème} dose anti-hépatite B 3 ^{ème} dose anti-haemophilus influenza b
9 MOIS	Anti-rougeoleux
18 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral)
6 ANS	Anti-diphthérique, tétanique enfant (Dt enfant) Anti-poliomyélite (polio oral) Anti-rougeoleux
11 - 13 ANS	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte) Anti-poliomyélite (polio oral)
16 - 18 ANS	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte) Anti-poliomyélite (polio oral)
Tous les 10 ans à partir de 18 ans	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte)

Article 3 : Sont abrogées les dispositions de l'arrêté du Aouel Chaabane 1421 correspondant au 28 octobre 2000, susvisé.

Article 4 : Le présent arrêté sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 30 Jomada Ethania 1428 correspondant au 15 juillet 2007.

Amar Tou

Arrêté du Aouel Safar 1436 correspondant au 24 novembre 2014 fixant le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles.

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,
Vu le décret n° 69-88 du 17 juin 1969, modifié, rendant obligatoires certaines vaccinations, notamment ses articles 1er et 16 ;
Vu le décret présidentiel n° 14-154 du 5 Rajab 1435 correspondant au 5 mai 2014 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n° 11-379 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 fixant les attributions du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;
Vu l'arrêté du 30 Joumada Ethania 1428 correspondant au 15 juillet 2007 fixant le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles ;

Arrête :

Article 1^{er} : En application des dispositions du décret n° 69-88 du 17 juin 1969, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles.

Article 2 : Le calendrier de vaccination obligatoire contre les maladies prévues à l'article 1er du décret n° 69-88 du 17 juin 1969, susvisé, est fixé conformément au tableau ci-après :

AGE DE LA VACCINATION	VACCINS
Naissance	BCG Anti-poliomyélitique (polio orale) Anti-hépatite B
2 mois	Anti-diphtérique, Anti-tétanique, Anti-coquelucheux, Anti-haemophilus influenzae B, Anti-hépatite B, Anti-poliomyélitique oral, Anti-pneumococcique
3 mois	Anti-poliomyélitique injectable
4 mois	Anti-diphtérique, Anti-tétanique, Anti-coquelucheux Anti-haemophilus influenzae B, Anti-hépatite B, Anti-poliomyélitique oral, Anti-pneumococcique
11 mois	Anti-rougeoleux, Anti-ourlien, Anti-rubéoleux
12 mois	Anti-diphtérique, Anti-tétanique, Anti-coquelucheux, Anti-haemophilus influenzae B, Anti-hépatite B, Anti-poliomyélitique oral, Anti-pneumococcique
18 mois	Anti-rougeoleux, Anti-ourlien, Anti-rubéoleux
6 ans	Anti-diphtérique, Anti-tétanique, Anti-coquelucheux, Anti-poliomyélitique oral
11 - 13 ans	Anti-diphtérique, Anti-tétanique adulte, (dT), Anti-poliomyélitique oral
16 - 18 ans	Anti-diphtérique, Anti-tétanique adulte (dT)
Tous les 10 ans à partir de 18 ans	Anti-diphtérique, Anti-tétanique adulte (dT)

Article 3: Sont abrogées les dispositions de l'arrêté du 30 Joumada Ethania 1428 correspondant au 15 juillet 2007, susvisé.

Article 4: Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Safar 1436 Correspondant au 24 novembre 2014.

Abdelmalek BOUDIAF.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
 ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE**

المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة

**INSTRUCTION N° 10 03 DU 24 MARS 2016 RELATIVE A LA MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU
 CALENDRIER NATIONAL DE VACCINATION
 DIMANCHE 24 AVRIL 2016**

Destinataires	Mr le Directeur Général de l'INSP Monsieur le Directeur Général de L'IPA Mesdames et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population : En communication à Mesdames et Messieurs : <ul style="list-style-type: none"> • Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers • Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés • Les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers • Les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité • Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Privés et les responsables de Cabinets médicaux agréés Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de l'EHU d'Oran et des CHU	Pour exécution Pour exécution et suivi Pour exécution Pour exécution Pour exécution Pour exécution et suivi Pour exécution Pour exécution
---------------	--	--

Le programme de vaccination a toujours été une des préoccupations majeures du MSPRH, et ce d'autant que la vaccination constitue une composante essentielle du droit à la santé et qu'elle a pour but de réduire significativement la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies cibles contrôlables par la vaccination, contribuant ainsi à réduire la mortalité infantile.

Dans ce cadre, le MSPRH a entrepris de mettre en œuvre un nouveau calendrier national de vaccination, introduisant simultanément quatre nouveaux vaccins. Cette actualisation tient compte de la situation épidémiologique et de ses tendances, du plan d'action mondial pour les vaccins, des recommandations de l'OMS et des avancées technologiques dans le domaine des vaccins.

La présente instruction vient fixer les modalités de mise en œuvre de ce nouveau calendrier national de vaccination.

CONCERNANT LA DATE DE MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU CALENDRIER NATIONAL DE VACCINATION

Le nouveau calendrier national de vaccination est applicable à partir du Dimanche 24 Avril 2016. Cette date coïncidera avec la célébration de la semaine mondiale et africaine de la vaccination.

- **CONCERNANT LA COMPOSITION DU NOUVEAU CALENDRIER NATIONAL DE VACCINATION**

Le calendrier national de vaccination conformément à l'arrêté ministériel du 24 novembre 2014, a vu l'introduction simultanée de quatre nouveaux vaccins : i) le vaccin antipoliomyélitique injectable (VPI), ii) le vaccin anti-rubéoleux, iii) le vaccin anti-ourlien (contre les oreillons), iv) le vaccin anti-pneumococcique. Il se compose comme suit :

Ages de la vaccination	Vaccins
Naissance	BCG-VPO-HVB
2 mois	DTC-Hib-HVB + VPO + anti pneumococcique
3 mois	VPI
4 mois	DTC- Hib HVB + VPO + anti pneumococcique
11 mois	ROR
12 mois	DTC Hib HVB + VPO + anti pneumococcique
18 mois	ROR
6 ans	DTC + VPO
11-13 ans	Dt + VPO
16-18 ans	dT
Tous les 10 ans à Partir de 18 ans	dT

- **CONCERNANT LES NOUVEAUX VACCINS DU CALENDRIER NATIONAL DE VACCINATION**

1. **LE VACCIN ANTIPOLIOMYELITIQUE INJECTABLE (VPI)**

La vaccination au Vaccin Polio Injectable (VPI) a été introduite depuis le 15 décembre 2015, et a touché tous les nourrissons nés à partir du 15 septembre 2015.

- **Description**

Le VPI est un vaccin trivalent qui contient les trois types de virus (1, 2,3) sous forme inactivée.

- **Présentation**

Le VPI se présente sous forme liquide en flacons multidoses (5 doses et 10 doses).

- **Conservation**

Le VPI étant sensible à la chaleur, il doit être stocké à une température comprise entre + 2°C et + 8°C et à l'abri de la lumière.

Le VPI est sensible au gel et ne doit pas être congelé.

Tous les flacons de VPI multidoses entamés doivent être jetés à la fin de la séance de vaccination ou dans les 6 heures qui suivent leur ouverture.

- **Age de la vaccination**

Une seule dose est administrée à l'âge de 3mois, conformément au nouveau calendrier national de vaccination

- **Technique de vaccination et voie d'administration**

- Prélever 0,5 ml avec une seringue stérile

- Administrer par voie intramusculaire de préférence ou en sous-cutané sur la partie antérolatérale de la cuisse

2. LE VACCIN ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE (ROR)

Le vaccin ROR est un vaccin combiné contenant la valence anti-ourlienne (contre les oreillons), la valence antirougeoleuse et la valence antirubéoleuse.

■ Présentation

- Le vaccin ROR se présente sous la forme lyophilisée accompagnée d'une ampoule de 5ml de solvant.
- Le vaccin ROR existe sous deux formes : en unidose et en multidoses (flacons 5 doses et 10 doses).

■ Conservation

Le vaccin ROR doit être conservé au réfrigérateur à une température comprise entre +4°C et +8°C à la partie haute du réfrigérateur.

Il doit être utilisé dans les 6heures suivant sa reconstitution en le mettant au frais et à l'abri de la lumière, au-delà il doit être détruit.

■ Age de la vaccination

Une première dose du vaccin est administrée à l'âge de 11 mois puis une dose de rappel à l'âge de 18 mois

■ Technique de vaccination et voie d'administration

Reconstituer le vaccin en introduisant le solvant qui l'accompagne dans le flacon du vaccin

Prélever 0.5 ml de vaccin reconstitué

Administer le vaccin par voie sous cutanée dans la fosse sous épineuse

3. LE VACCIN ANTI-PNEUMOCOCCIQUE

Le vaccin anti-pneumococcique est un vaccin polysidique conjugué à 13 valences 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F et 23F.

■ Présentation

- Le vaccin se présente sous forme d'une seringue pré-remplie de 0,5 ml ou de flacon unidose de 0,5 ml.

■ Conservation

Ce vaccin doit être conservé au réfrigérateur entre + 2 °C et + 8 °C,

Ce vaccin ne doit pas être congelé.

■ Age de la vaccination

- La première dose doit être administrée à l'âge de 2 mois, une deuxième dose à l'âge de 4 mois, puis une troisième dose de rappel à l'âge de 12 mois

■ Voie d'administration

- Administrer le vaccin par voie intramusculaire dans la face antérolatérale de la cuisse.

4. LE VACCIN PENTAVALENT COMBINE DTC-HIB-HVB

Ce vaccin est dit combiné, il protège contre cinq maladies: la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite virale b et l'infection à Haemophilus influenzae b.

■ Présentation

Il se présente sous forme lyophilisée : la composante lyophilisée Hib est reconstituée avec la composante liquide diphtérie, tétanos, coqueluche à germes entiers, hépatite virale b. Ce vaccin se présente en flacons de 10 doses.

■ Conservation

Le vaccin combiné DTC-Hib-HVB doit être conservé dans le réfrigérateur à une température comprise entre +4°C et +8°C. Il ne doit pas être congelé.

Le flacon entamé doit être détruit en fin de séance de vaccination.

■ Age de la vaccination

La première dose doit être administrée à l'âge de 2 mois, suivie de deux doses de rappel à l'âge de 4 mois et 12 mois,

■ Technique de vaccination et voie d'administration

Reconstituer le vaccin avec le solvant qui l'accompagne.

Utiliser une seringue de 2 ml, pour la vaccination, prélever 0,5 ml de vaccin reconstitué

- Administrer le vaccin par voie intramusculaire dans la partie antérolatérale de la cuisse.

- **CONCERNANT LA POPULATION CIBLE ASSUJETTIE AU NOUVEAU CALENDRIER NATIONAL DE VACCINATION**

Conformément au principe de la cohorte de naissance qui a été retenue lors de toutes les actualisations du calendrier national de vaccination :

- Les enfants assujettis au nouveau calendrier national de vaccination sont :
Tous les enfants nés à partir du dimanche 24 avril 2016
- Les enfants non assujettis au nouveau calendrier national de vaccination sont : Tous les enfants nés avant le dimanche 24 avril 2016 ; ces enfants restent assujettis à l'ancien calendrier national de vaccination. A titre d'exemple : un nourrisson né le 24 avril 2016 recevra à partir de cette date : le vaccin BCG, le VPO et le vaccin HVB à la naissance soit le 24 avril 2016,
La 1^{ère} dose de vaccin pentavalent (DTC-Hib -HVB), le vaccin polio oral et le vaccin antipneumococcique, à l'âge de 2 mois soit le 24 juin 2016,
le vaccin polio injectable, à l'âge de 3 mois soit le 24 juillet 2016,
– la 2^{ème} dose de vaccin pentavalent (DTC-Hib -HVB), le vaccin polio oral et le vaccin antipneumococcique, à l'âge de 4 mois soit le 24 août 2016,
la 1^{ère} dose de vaccin ROR, à l'âge de 11 mois soit le 24 mars 2017,
la 3^{ème} dose de vaccin pentavalent (DTC-Hib -HVB), le vaccin polio oral et le vaccin antipneumococcique, à l'âge de 12 mois soit le 24 avril 2017,
La 2^{ème} dose de vaccin ROR, à l'âge de 18 mois soit le 24 octobre 2017

- **CONCERNANT LES SUPPORTS D'ÉVALUATION**

L'enregistrement de l'acte vaccinal permet de savoir si les enfants ont tous été vaccinés.

C'est une tâche essentielle qui permet de calculer la couverture vaccinale, le taux d'abandon, d'identifier les enfants en retard de vaccination et ainsi de les convoquer.

L'enregistrement de l'acte vaccinal se fait sur le registre de vaccination de la structure de vaccination et sur le registre du centre de coordination de la commune et de l'EPSP, il doit être porté sur le carnet de santé.

Il y a lieu d'adapter les différents supports d'enregistrement des actes vaccinaux et d'évaluation des taux de couvertures vaccinales conformément aux annexes 1 et 2.

- **CONCERNANT LES ACTIVITES DE MISE EN ŒUVRE**

Les Directeurs de la Santé et de la Population en relation avec les chefs d'établissements et les responsables des structures de vaccination et en référence aux mesures édictées dans le guide de mise en œuvre du nouveau calendrier national de vaccination sont tenus chacun en ce qui le concerne, de :

- assurer la gestion et la coordination de la mise en œuvre et du suivi du nouveau calendrier national de vaccination ;
- superviser la disponibilité des vaccins et des fournitures et ce, en coordination avec les responsables des établissements de santé ;
- assurer et superviser la logistique de la chaîne de froid ;
- veiller à la sécurité des injections en respectant les techniques d'administration des vaccins et les modalités de traitement et d'élimination des déchets tranchants au sein de toutes les structures prestataires de vaccination ;
- assurer une planification optimale des séances de vaccination;
- organiser et superviser les sessions de formation des personnels de santé au niveau local ;
- assurer l'information et la communication des personnels de santé ;
- assurer l'information et la sensibilisation du grand public à travers notamment les médias locaux.

Je vous demande également de saisir toutes les opportunités pour sensibiliser et mobiliser tous les professionnels de santé publics et privés, à l'effet, de mettre en œuvre le nouveau calendrier national de vaccination.

Le Directeur Général

مدير عام للوقاية وترقية الصحة
الأستاذ س. مصباح

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE**

المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة

**INSTRUCTION N° 25 DU 15 DECEMBRE 2016 RELATIVE
A LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DU COMITE NATIONAL
D'EXPERTS DE LA VACCINATION CONCERNANT LA REPRISE DE LA VACCINATION
contre le Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hémophilus Influenzae b et
l'Hépatite virale B**

Destinataires	<p>Mr le Directeur Général de l'INSP Monsieur le Directeur Général de L'IPA Mesdames et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population :</p> <p style="text-align: center;">En communication à Mesdames et Messieurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers• Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés• Les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers• Les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité• Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Privés et les responsables de Cabinets médicaux agréés• Messieurs les Directeurs Généraux de l'EHU d'Oran et des CHU	<p>Pour information Pour exécution Pour exécution et suivi</p> <p>Pour exécution</p> <p>Pour exécution</p>
---------------	---	--

En référence à l'instruction n° 20 du octobre 2016 relative à la mise en œuvre des recommandations du comité national d'experts de la vaccination, prises en vertu du principe de précaution et concernant la suspension de la vaccination par le vaccin combiné pentavalent (DTC-Hib-HVB) et compte tenu du fait que la consultation effectuée par l'institut Pasteur d'Algérie auprès d'autres fournisseurs du vaccin combiné pentavalent (DTC-Hib-HVB) s'est avérée infructueuse, le comité national d'experts de la vaccination s'est réuni dans les délais impartis pour évaluer la situation qui en découle.

Le comité national d'experts de la vaccination, en référence à sa recommandation de procéder au rattrapage du vaccin combiné DTC-Hib-HVB, avant la fin du mois décembre 2016, délai qui, à titre de rappel, n'affecte ni la réponse immunitaire ni la protection de enfants éligibles à cette vaccination, a formulé les recommandations suivantes

1. le nouveau calendrier vaccinal est, à titre de rappel, maintenu dès lors que les événements graves observés n'ont aucun rapport avec la nature de ce calendrier ;
2. la reprise de la vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hémophilus influenza b et l'Hépatite Virale 13 devra se faire en procédant au **REMPLACEMENT** du vaccin DTC-Hib-HVB dit pentavalent, retiré par principe de précaution, par **le vaccin**

tétravalent (DTC-Hib) ASSOCIE au vaccin monovalent HVB.

3. l'organisation des séances de rattrapage des enfants par le **vaccin tétravalent (DTC-Hib)** associé au vaccin monovalent HVB devra se faire de manière organisée et graduelle.

A l'effet d'assurer une mise en œuvre efficiente de ces recommandations et dans un souci de transparence, je vous demande des prendre toutes les mesures nécessaires pour organiser dans les meilleures conditions la reprise et le rattrapage de la vaccination par le vaccin combiné tétravalent (DTC-Hib) associé au vaccin monovalent HVB.

11 s'agira, dans ce cadre, de :

1. assurer une large campagne d'information et d'explication auprès aussi bien des parents que des professionnels de la santé et de préciser que les recommandations du comité national d'experts de la vaccination qui s'inscrivent dans le cadre du maintien du principe de précaution visent à consolider les résultats acquis en terme de couverture vaccinale et d'adhésion de la population à la vaccination et que tout refus ou abandon de la vaccination constitue un risque important de résurgence de maladies mortelles évitables ;
2. reprendre, à partir du **20 décembre 2016**, la vaccination contre la Diphtérie (D), le Tétanos (T), la Coqueluche (C), l'Hérnophilus Influenza b (Hib) et l'Hépatite Virale B (HVB) **par le recours à l'ASSOCIATION du vaccin combiné tétravalent DTC-Hib (en monodose) avec le vaccin monovalent HVB (en monodose):**

A ce titre, il est recommandé :

- **lorsque l'enfant se présente** : d'administrer, lors de ce contact, le vaccin antipoliomyélique (VPO) par voie orale, et le vaccin combiné tétravalent (DTC-Hib) associé au vaccin monovalent HVB par voie intramusculaire dans deux sites différents, et après un intervalle d'une semaine : d'administrer le vaccin anti-pneumococcique par voie intramusculaire ;
3. de programmer de manière organisée et graduelle les séances de rattrapage par le vaccin combiné tétravalent (DTC-Hib) associé au vaccin monovalent HVB, pour les enfants dont la vaccination par le vaccin combiné pentavalent avait été suspendue.

Par ailleurs, je vous rappelle qu'il y a lieu, notamment, de veiller :

- **en matière de chaîne du froid et des commandes en vaccins**
 - au respect des conditions de la chaîne de froid au cours de leur enlèvement auprès de l'IPA, leur transport et ce, jusqu'à leur arrivée et leur conservation au niveau des structures de vaccination;
 - à ce que les besoins exprimés et les commandes établies par vos services auprès de l'institut Pasteur soient MENSUELS.
- **en matière d'organisation des séances de vaccination**
 - assurer une planification optimale des séances de vaccination et ce d'autant que le vaccin tétravalent DTC-Hib, le vaccin monovalent HVB, et le vaccin anti-pneumococcique sont en présentation MONODOSE,
 - assurer la sécurité de l'acte vaccinal en respectant scrupuleusement i) les contres indications, ii) les techniques d'administration des vaccins iii) les modalités de traitement et d'élimination des déchets au sein de toutes les structures prestataires de vaccination.

Il est impératif de veiller à l'application stricte des mesures édictées dans la présente instruction et d'en assurer une très large diffusion.

Le Directeur Général
مدير عام للوقاية وترقية الصحة
الأستاذ س. مصباح

Direction de la Prévention
N° 1279/MSPRH/DP 2005

Mesdames et Messieurs les DSP / Tous pour Application et Diffusion

- **Messieurs les Directeurs Généraux des CHU/Tous**
- **Messieurs les Directeurs Généraux des EHS / Tous**
- **Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires / Tous**

NOTE SUR LES MESURES A PRENDRE AVANT ET APRES VACCINATION

En complément des instructions Ministérielles N° 01 du 09 Avril 2001 portant plan national de surveillance des manifestations Post Vaccinales Indésirables (MPVI) , N° 419 du 13 Mars 2004 relative au respect des procédures et des techniques vaccinales et N° 434 du 14 Mars 2005 portant respect des contre indications des vaccinations du PEV , cette note précise les mesures préventives à prendre avant et après l'acte vaccinal au niveau de l'ensemble des structures sanitaires assurant des activités de vaccination, il est rappelé le strict respect des consignes suivantes:

- 1- Examen clinique de chaque enfant avant la vaccination
- 2- Prise de la température
- 3- Respect des contre indications (instruction ministérielle N° 434 du 14 Mars 2005)
hyperthermie, infection respiratoire aigue, diarrhée dermatose évolutive.....
- 4- Information et éducation des mères sur la surveillance de l'état de l'enfant, les mesures de soutien en cas de fièvre et le suivi médical en cas d'apparition de signes cliniques d'alerte (fièvre, convulsions, cyanose, pâleur, extrémités froides).

J'attache votre attention sur le strict respect de ces mesures visant à sécuriser l'acte vaccinal.

La Directrice de la Prévention

***INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 002 MSP/MIN DU 13 SEPTEMBRE 2008 RELATIVE A
L'INTRODUCTION DU VACCIN CONTRE L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE B DANS LE
CALENDRIER NATIONAL DE VACCINATION***

DESTINATAIRES :

- **MESSIEURS LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA POPULATION (TOUS)**
- **MESSIEURS LES DIRECTEURS DES EPSP (TOUS)**
- **MESSIEURS LES DIRECTEURS DES EPH (TOUS)**
- **MESSIEURS LES DIRECTEURS DES EHS (TOUS)**
- **MESSIEURS LES DIRECTEURS DES CHU (TOUS)**

POUR EXECUTION

- **MESSIEURS LES PRESIDENTS DES ASSOCIATIONS ALGERIENNES DES PEDIATRES ET MEDECINS LIBERAUX DES REGIONS CENTRE, EST, OUEST ET SUD**
- **MONSIEUR LE PRESIDENT DE LA SOCIETE ALGERIENNE DE PEDIATRIE**

POUR INFORMATION

HISTORIQUE DE LA VACCINATION EN ALGERIE

Le programme de vaccination en Algérie a connu différentes phases au cours de son évolution depuis la mise en application du décret 69-88 du 17 juin 1969 rendant obligatoire la vaccination contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et recommandant la vaccination anti-rougeoleuse. Cette dernière a été rendue obligatoire en 1985.

Le programme élargi de vaccination (PEV) a été mis en œuvre en 1977. L'Arrêté du 14 janvier 1997 introduit la vaccination anti-poliomyélitique orale à la naissance, une deuxième dose de DTP entre 11-13 ans et 16-18 ans, ainsi qu'un rappel DT tous les 10 ans après l'âge de 18 ans.

La vaccination contre l'hépatite B a été introduite en 2000 dans le calendrier de vaccination (Arrêté du 28 octobre 2000) et a été effective à partir du 1^{er} janvier 2003.

Dans le cadre de la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile ; l'introduction de nouveaux vaccins ayant fait leurs preuves demeure une nécessité.

L'OMS après avoir recommandé l'introduction du vaccin contre l'hépatite B, préconise l'intégration de la vaccination contre l'Haemophilus influenzae b.

**CETTE VACCINATION A ETE INTRODUIRE DANS LE CALENDRIER NATIONAL DE
VACCINATION (ARRETE DU 15 JUILLET 2007) EST SERRA EFFECTIVE A COMPTER DU 11
OCTOBRE 2008**

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE :

Dans le monde

En 1998 ; l'OMS a déclaré que :

Partout ou des études approfondies ont été effectuées, on a montré que l'infection à *Haemophilus influenzae b* est une cause importante de méningite et de pneumonie bactérienne.

- *Haemophilus influenzae b* est la cause majeure de morbidité et de mortalité chez le jeune enfant dans le monde entier.
- Dans les pays en voie de développement, *Haemophilus influenzae b* est la 1^{ère} cause de mortalité par méningite et la 2^{ème} cause de mortalité par pneumonie.
- *Haemophilus influenzae b* est une bactérie responsable :
 - de quelques 3 millions de cas d'infections graves
 - d'environ 400 000 à 700 000 décès par an dans le monde,
 - principalement dus à des méningites et des pneumonies. Les décès sont presque tous des enfants de moins de 5 ans,

En Algérie

L'incidence des méningites bactériennes purulentes a connue une baisse significative, passant de 7,16 cas pour 100.000 habitants en l'an 2000 à 1,87 cas pour 100.000 habitants en 2007.

23,9% de ces méningites bactériennes purulentes sont dues à *Haemophilus influenzae b*
(source : réseau de surveillance de l'IPA)

CARRACTERISTIQUES DE L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE B

- C'est un bacille Gram négatif
- Six sérotypes a-f) sont connus mais le **type b** est responsable de plus de 90% de toutes les infections traitées chez l'enfant : méningites et pneumonies

TRANSMISSION

La transmission se fait par les **sécrétions respiratoires**. Le germe se propage par la toux et les éternuements des malades qui projettent des gouttelettes dans l'air inhalées par les autres .Le risque de contagion est lorsque les enfants sont en contact proche sur de longues périodes

PORTAGE

- Le portage est le plus souvent asymptomatique
 - Concerne 3 à 5 % des enfants
 - Plus de 50% des enfants dans des populations vivant en promiscuité.
- Une forte concentration de porteurs augmente la probabilité de maladies invasives

QUELS SONT LES SUJETS A RISQUE ?

Tous les enfants non vaccinés sont exposés à l' *Haemophilus influenzae b* avant l'âge de 05 ans. Les nourrissons âgés de 4 à 18 mos sont particulièrement vulnérables.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?

- **Facteurs personnels** : Age, absence d'allaitement, maladie sous jacente, facteurs génétiques, antécédents d'infections.

- **Environnement** : Hygiène de vie, promiscuité, statut socioéconomique ;

- **Agent** : Infectiosité, capacité invasive, virulence

SEQUELLES DE MENINGITES

Les séquelles sont observées dans 28% des méningites à *Haemophilus influenzae b*

Les séquelles observées sont :

- atteinte de l'audition (surdité) dans 20% des cas
- troubles du langage dans 15% des cas
- retard mental dans 11% des cas
- retard du développement moteur dans 7% des cas

VACCINATION

TYPE DE VACCIN

Quatre vaccins conjugués sont actuellement disponibles dans le monde et parfaitement étudiés .Le vaccin conjugué PRP-T, conjugué à l'anatoxine tétanique est le plus utilisé, donne les meilleurs résultats après la 3 me injection. Le rappel à 18 mois produit une réponse > 1 microgramme/ml chez 100% des enfants.

COMMENT CE VACCIN SE PRESENTE T-IL ?

**LE VACCIN CONTRE L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE B EST LYOPHILISE
ASSOCIE SOUS FORME COMBINEE AU VACCIN DTC
(VACCIN TETRAVALENT)**

CALENDRIER DE VACCINATION APPLICABLE EN ALGERIE (ARRETE DU 15 JUILLET 2007)

AGES DE LA VACCINATION	VACCINS
Naissance	BCG +VPO + HBV
1 Mois	HBV
3 Mois	DTC. HIB + VPO
4 Mois	DTC. HIB + VPO
5 Mois	DTC. HIB + VPO + HBV
9 Mois	VAR
18 Mois	DTC. HIB + VPO
6 Ans	Dt Enfant + VPO + VAR
11-13 Ans	Dt Adulte + VPO
16-18 Ans	Dt Adulte + VPO
Tous les 10 Ans � partir de 18 Ans	Dt Adulte

DTC .Hib = Diphtérie Tétanos Coqueluche, *Haemophilus influenzae b*

**TOUT DOIT ÊTRE MIS EN ŒUVRE POUR LE RESPECT DU CALENDRIER
VACCINAL DANS L'INTERET DE L'ENFANT ET DE LA COLLECTIVITE**

J'attache une attention particulière à la large diffusion et à la stricte application de cette instruction.

Le 11 SEP 2008
Monsieur le Ministre

COMMENT EVALUER VOTRE PROPRE PROGRAMME DE VACCINATION

Guide à l'usage des agents de la santé qui administrent les vaccins

Module 1 - Les vaccins et quand les administrer

Module 2 - Seringues, aiguilles et stérilisation

Module 3 - Comment administrer les vaccins

Module 4 - préparation d'une séance de vaccination

Module 5 - Comment diriger une séance de vaccination dans un poste avancé

Module 6 - Education sanitaire dans le cadre d'un programme de vaccination

Module 7 - Comment évaluer votre propre programme de vaccination

GUIDE A L'USAGE DU FORMATEUR

Cette série de 7 textes ou modules, plus le guide à l'usage du formateur, constitue un manuel destiné à la formation des agents de santé périphériques qui administrent les vaccins.

Les textes expliquent ce que les vaccinateurs ont besoin de savoir sur les vaccinations ils décrivent et illustrent ce qu'ils doivent être capable de faire.

On a utilisé un français volontairement simplifié pour qu'un plus grand nombre de stagiaires puissent lire le matériel, même si le français n'est pas leur première langue ainsi, le texte est-il plus commode à adapter et à traduire dans d'autres langues.

Mais les agents de santé ne peuvent pas apprendre tout ce dont ils ont besoin dans un livre ou dans des cours. Ils ont besoins également d'exercices pratiques. Aussi a-t-on ajouté, au texte proprement dit, un certain nombre d'exercices et d'idées pédagogiques appropriés. Le guide à l'usage du formateur comporte des suggestions pour les exercices pratiques ainsi que des réponses et des commentaires aux questions et exercices contenus dans chaque module.

7- COMMENT EVALUER VOTRE PROPRE PROGRAMME DE VACCINATION

Pourquoi l'évaluation est-elle importante ?

Tableau de contrôle des vaccinations

Déterminer le degré de succès de votre programme

7.1 Evaluation

Pourquoi faut-il évaluer son travail ?

Quiconque travaille à un programme de vaccination a besoin d'évaluer ou de contrôler son travail.

* L'évaluation n'est pas seulement destinée aux superviseurs et directeurs de programme.

Elle est également importante pour la personne qui administre les Vaccins,

* Le but de cette évaluation est de connaître :

- le degré de succès de votre travail:
- ce qu'il vous faut pour améliorer votre programme:
- l'aide nécessaire que vous apporte votre superviseur.

* Si vous connaissez le degré de qualité de votre travail, vous le trouvez plus satisfaisant.

Alors, vous jouirez d'avantage de votre travail et vous travaillerez mieux encore.

Combien de temps l'évaluation nécessite-elle ?

L'évaluation vous demandera environ quinze minutes une fois par semaine et une heure une fois par mois.

7.2 Evaluation hebdomadaire

aggravez-vous toutes les séances de vaccination prévues?

* Avez-vous eu assez de vaccins ?

* Avez-vous vérifié le réfrigérateur chaque jour et relevé la température?

- * Est-ce que les températures du réfrigérateur sont toutes restées dans la zone de sécurité ? (de 0° à + 8° C)
- * Avez-vous contrôlé l'état vaccinal de toutes les femmes en âge d'avoir des enfants et celui de tous les enfants (malades ou en bonne santé) qui sont venus à la consultation ?
- * Avez-vous alors administré aux mères et aux enfants tous les vaccins dont ils avaient besoin
- * Les avez-vous informés au sujet des autres vaccinations dont ils auront besoins et leur avez-vous dit quand ils devaient revenir?
- * Avez-vous eu assez de seringues et autre matériel pour administrer les vaccins en toute sécurité et dans des conditions aseptiques?

S'IL N'Y A PAS DE PROBLEMES MAJEURS

Il est probable que votre programme de vaccination fonctionne efficacement.

S'IL Y A DES PROBLEMES

Trouvez-en la cause et tâchez d'y remédier -

- Séances non tenues
- Pas assez de vaccins
- Réfrigérateur trop chaud
- Pas assez de seringues

7.3 Evaluation mensuelle

- * Pourcentage d'enfants représentant la population cible mensuelle ayant reçu chaque vaccin ce mois ?
- Par exemple, DTC 1 ?

Nombre d'enfants avant reçu le DTC 1 x 100 % d'enfants vaccinés
cible mensuelle par le DTC 1

- * Pourcentage d'enfants ayant reçu le DTC 3 et qui ont reçu également le vaccin antirougeoleux ?
- % d'enfants qui ont reçu

Nombre d'enfants avant reçu le vaccin antirougeoleux x 100 = le vaccin anti rougeoleux

Nombre d'enfants ayant reçu le DTC 3 DTC 3 et le vaccin

- * Les enfants ayant contracté une des maladies cibles sont-ils venus à la séance de vaccination ?

Enregistrez le nombre d'enfants qui viennent à votre consultation bien qu'ayant contracté la rougeole ou la coqueluche. Faites le total pour chaque mois et établissez un tableau ordinaire. Comparez chaque mois avec le mois correspondant de l'année précédente. Voyez si le nombre de cas diminue d'une année sur l'autre.

Demandez-vous pourquoi les enfants qui ont contracté une des maladies cibles n'ont pas été vaccinés.

- Est-ce la mère qui n'a pas amené l'enfant à la vaccination?
- L'enfant n'a-t-il pas été vacciné parce qu'il était malade ?
- Si l'enfant a reçu le vaccin et que celui-ci n'a pas eu d'effet, quelle en est la raison?

Décidez des mesures à prendre dans chaque cas.

Comment calculer votre population cible mensuelle

Pour faire votre évaluation mensuelle, vous devez connaître votre population cible mensuelle. Vous avez besoin pour ce calcul de l'aide de votre superviseur, mais il vous incombe de le connaître avec certitude.

1. Calculez la population totale des régions desservies par le centre de santé ou l'antenne de terrain.
2. Calculez le nombre de naissances par an. Pour obtenir ce chiffre, calculez 3% de la population totale.

Population x 3/100 = nombre d'enfants de la cible annuelle.

Exemple: Population de votre région ; 10 000

Nombre de naissances par an ; 10 000 x 3/100 = 300

Donc le nombre d'enfants de la nouvelle cible annuelle, c'est - à -dire, la cible annuelle, est de 300.

3. Pour calculer la population cible mensuelle, divisez la cible annuelle par 12 300 : 12 (cible annuelle) = 25 (cible mensuelle)

7.4 Comment contrôler votre couverture vaccinale

Méthode mensuelle

Cette méthode s'appuie sur le calcul présenté à la section 7.3

Calculez

Préparation du tableau pour votre population

Commencer par calculer vos populations cibles annuelle et mensuelle. Puis, ces chiffres de la population cible inscrits à gauche du tableau constitueront l'échelle des chiffres de la cible. Voici la manière de procéder:

- Inscrire 0 dans le coin gauche inférieur du tableau

- Monter d'un cran et inscrire le chiffre pour la cible d'un mois
- Monter d'un autre cran et inscrire le chiffre pour la cible de deux mois
- Monter encore d'un cran et inscrire le chiffre pour la cible de trois mois
- Continuer ainsi de suite: à chaque fois ajouter au chiffre précédent le chiffre de la cible mensuelle
- Quand vous atteignez le haut du tableau. Vous inscrivez le chiffre de la cible correspondant à 12 mois - c'est-à-dire, le chiffre de cible annuelle.
- On peut observer que la cible annuelle se trouve en face de 100%.

Le tableau de la figure 7-1 a été établi pour une cible annuelle de 2 400 enfants dans une localité appelée Valla.

INSCRIRE LES MOIS DE L'ANNEE de janvier à décembre

Ces mois sont inscrits de gauche à droite au bas du tableau

Remplir le tableau

On peut utiliser le tableau pour contrôler un ou plusieurs vaccins. Tracez une ligne distincte au tableau pour chaque vaccin. La figure 7-1 a été établie pour les trois doses

DTC. Au-dessous du tableau, on peut observer des rangées de cases.

Vous inscrivez dans ces cases le nombre de doses que vous administrez pour chaque vaccin.

Il faut deux rangées de cases pour chaque vaccin

« NOMBRE (Nbre) EN UN MOIS »

Inscrire dans les cases de la rangée supérieure. Pour chaque vaccin, le nombre de doses que vous administrez chaque mois.

On peut observer qu'au centre de santé de Valla, le personnel a administré 150 doses de DTC1 en juillet. « TOTAL CUMULE »

Inscrire dans les cases de la rangée inférieure le nombre totale de doses que vous avez administrées pendant l'année jusqu'ici - c'est-à-dire, le nombre obtenu en additionnant les mois antérieurs et le dernier mois.

C'est ce qu'on appelle « le total cumulé ».

Ainsi peut-on observer que pour le centre de santé de Valla, le total cumulé des doses de DTC1 de janvier à juillet s'élève à 800.

Tracez les courbes au tableau

- Trouvez au tableau la ligne qui s'élève verticalement à la fin du mois.
- Remontez cette ligne jusqu'au moment où vous êtes cumulé pour le vaccin en question.
- Tracez un point.
- Au bout de quelques mois, reliez les points pour obtenir la courbe de chaque vaccin.

Interprétation du tableau

- Voyez de quelle ligne des pourcentages se rapproche votre propre courbe représentant le total cumulé.

- Ceci vous donnera approximativement le pourcentage de la population cible que vous vaccinez au fur et à mesure que l'année s'écoule.

Exercice - les courbes DTC du tableau établi pour le centre de santé de Valla

Observez la figure 7-1

Vous pouvez voir trois courbes pour Valla - une pour le DTC 1, une pour le DTC 2 et une pour DTC 3.

Regardez les chiffres et les courbes et déterminez quelle est la courbe correspondant à chaque vaccin.

Reproduire les courbes dans votre manuel.

Exercice - Lecture d'un Tableau de contrôle de la couverture vaccinale.

Etudiez le tableau établi pour Valla à la figure 7-1 et répondez aux questions ci-après.

Quelle est la population cible mensuelle pour Valla ?

Combien d'enfants auraient dû recevoir le DTC 1 entre le 1^{er} janvier et le 31 Juillet ?

Combien d'enfants ont reçu le DTC 1 entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet ?

Pourcentage, à la fin de juillet, de la population cible ayant reçu le DTC 1 au cours des sept premiers mois de l'année.

Répondez aux mêmes questions pour le DTC 2 et le DTC 3.

Répondez à la même question pour la période allant du 1^{er} janvier et le 31 Avril

7.6 - Quel est le degré de succès de votre programme ?

Si la courbe de contrôle se situe entre les lignes des 75% et des 100% représentant les pourcentages de la cible obtenue:

Votre programme a PLEINEMENT REUSSI. Peu de programmes réussissent aussi bien.

Si votre courbe de contrôle se situe entre les lignes des 50% et 75%:

Votre programme a MODEREMENT REUSSI.

Si votre courbe de contrôle se situe au-dessous des 50%:

Votre programme N'A PAS BIEN REUSSI.

Si votre courbe de contrôle se situe au-dessous des 25%:

Votre programme N'A PAS REUSSI DU TOUT.

Que faites-vous si vous constatez que vous atteignez moins de 50% de votre cible ?

Vous devez essayer d'en découvrir la RAISON

POSEZ-VOUS CES QUESTIONS.

* Faites-vous ce que vous étiez promis de faire ? (Êtes-vous SERIEUX ET PONCTUEL)

* Vos séances de vaccination sont-elles COMMODES et AGREABLES ?

(Dans certains endroits, le jour de marché est un bon jour. Ailleurs, ce jour ne convient pas. Dans certains endroits, le matin se prête bien à la vaccination. Dans d'autres endroits.

l'après-midi est préférable).

QUESTIONNEZ LES AUTRES AGENTS AYANT PARTICIPE A LA SEANCE DE VACCINATION

- Connaissent-ils une raison pour laquelle les habitants ne viennent pas?

- N'oubliez pas de demander aux personnes chargées du nettoyage -les habitants pourraient leur dire des choses qu'ils ne vous confieraient pas.

QUESTIONNEZ LES HABITANTS

- Demandez à ceux qui viennent à la séance. Demandez-leur pourquoi ils viennent (cela peut vous donner une idée sur la manière d'inciter les autres à venir).

- Demandez-leur s'ils savent pourquoi les mères ne viennent pas. - Demandez à des gens au village ou sur le marché.

QUESTIONNEZ LES CHEFS DE LA COMMUNAUTE.

- Connaissent-ils un problème quelconque que les gens ont au sujet de votre programme de vaccination ?.

- Peut-être avez vous remarqué que personne d'une région ou d'un village donnés ne venait pas à votre séance. Adressez-vous aux chefs de la communauté pour savoir s'il y a une raison spéciale à cela.

DISCUTEZ DE CE PROBLEME A VOTRE SUPERVISEUR.

DECIDEZ DE CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE A PROPOS DE CE PROBLEME.

ETUDE DE CAS - Monsieur Kabu et l'anatoxine tétanique

Monsieur Kabu, l'infirmier communautaire, savait que de nombreux nourrissons décédaient du tétanos néonatal dans son secteur. Cela l'ennuyait beaucoup de ne pouvoir guérir ces jeunes enfants et il a été très heureux d'entendre parler de l'anatoxine tétanique. Il a travaillé très dur pour persuader les femmes venant en consultation prénatale de recevoir ce vaccin. Il vaccine environ quinze mères chaque mois. Ce qui représente 75% de la cible.

Un jour, deux femmes ont refusées l'anatoxine tétanique. Puis, personne n'est venu à la consultation prénatale pendant trois semaines. Les mères ne venaient que quand elles étaient déjà en travail.

Monsieur Kabu était très inquiet, mais il ne savait que faire. Il a dit aux mères ayant un enfant de parler aux femmes enceintes.

« Elles doivent recevoir cette injection pour protéger leur nouveau-né » dit-il.

Les mères paraissaient embarrassées et n'ont rien répondu. La semaine suivante, seules deux mères avec leurs enfants sont venues pour les autres vaccins.

Pour la surveillance. Madame Mena est venue pour inspection. Elle a constaté le peu de personnes présentes à la séance de vaccination et elle a demandé quel était le problème. Elle savait que monsieur Kabu est un bon agent de santé et qu'il est méticuleux. Il n'a pas su lui répondre.

Quelques semaines plus tard. Madame Mena est revenue. Chemin faisant, elle s'est arrêtée sur le marché pour y acheter des haricots et elle a parlée avec Madame Joki qu'elle connaît depuis longtemps.

« Vous souvenez-vous de Madame Ella ? Elle a fait une fausse couche, un jour après avoir reçu la nouvelle injection. Maintenant, toutes les femmes ont peur de ce vaccin », a répondu [Madame Joki- « O! C'est bien triste. Merci de m'en avoir parlé. Nous devons essayer d'arranger cela ».

Elle est allée au poste de vaccination, a raconté l'histoire à Monsieur Kabu et ils ont discuté tous deux de la conduite à tenir.

Points à discuter

(a) Quelle était l'erreur de Monsieur Kabu?

(b) Que feriez-vous si les gens cessaient soudain de venir à vos séances de vaccination?

ETUDE DE CAS -l'obligante Sage femme

L'infirmière Sadi se réjouit de vacciner les enfants, même s'ils pleurent. Elle dirige toujours des séances activités et amicales.

L'évaluation a établi qu'elle vaccinait environ 40% de la population cible .Elle aimerait faire mieux, *mais* elle ne sait pas comment s'y prendre pour faire venir plus de mères.

Un mois, elle a constaté qu'elle avait vacciné 75% de la population cible. Le mois suivant, c'était 80% Sadi était très contente. Elle a voulu savoir la raison de ce succès, aussi a-t-elle commencée à demander à certaines mères pourquoi elles venaient.

« O! la sage-Femme a l'hôpital a dit de le faire », a répondu une mère.

«Vous savez, cette jolie sage-femme qui est nouvelle. Je pense qu'elle est l'épouse du médecin qui s'occupe des enfants à l'hôpital. Elle a dit à toutes les mères d'allaiter leur enfant et de l'amener aux vaccinations. »

« Non, je ne connais pas cette nouvelle sage femme, mais j'espère que je pourrai la rencontrer bientôt, a répondu Sadi.

Points à discuter:

Quelle leçon cette histoire nous enseigne-t-elle en ce qui concerne l'augmentation de la couverture vaccinale?

Exercice - leçons qui se dégagent des études de cas

Revoyez les études de cas des autres modules

Discutez ce qu'ils vous appartiennent en matière d'évaluation

Module 1- Le médecin enthousiaste de Munga

Les efficaces vaccinateurs de Nali

Module 2- Jour où l'infirmière Libby procède au tri des enfants à vacciner.

Module 4- L'accident de l'infirmière Martha

Module 6- La séance de vaccination qui était trop loin

Docteur Jan, le médecin qui travaille dur

7-7 CONCLUSION

Essayez toujours d'évaluer votre travail et d'accroître votre couverture vaccinale.

Si votre programme n'est pas couronné de succès, parlez- en avec les habitants de la communauté.

Découvrez-en la ou les raisons et essayez de mieux faire.

Si votre programme est couronné de succès. Faites-le savoir également autour de vous.

Remercier et félicitez toutes les personnes qui vous ont apporté, leur aide,

Remerciez les autres agents de santé

Remerciez les dirigeants locaux

Remerciez les personnes qui vous ont servi de liaison

sans oublier les mères et les enfants que vous avez vaccinés..

La conservation des vaccins

Pour que les vaccins soient efficaces il faut qu'ils conservent leur activité depuis le moment de leur fabrication jusqu'à celui de leur utilisation. Un vaccin qui n'est pas conservé dans de bonnes conditions au frais ne protège pas les enfants de la maladie contre laquelle on vaccine

Les vaccins sont vulnérables certains d'entre eux contiennent des organismes vivants qui doivent être maintenus à une température adéquate tandis que d'autres sont détruits à une température trop basse. Les vaccins doivent être rigoureusement conservés entre - 4 degrés C et + 8 degrés C

De multiples facteurs interviennent dans la dénaturation des vaccins les modifications du PH la lumière mais ce sont surtout la thermosensibilité des vaccins et la modification de la température de conservation qui posent le problème essentiel le plus difficile à résoudre.

D'une étude de l'O.M.S sur la stabilité des vaccins il ressort que les anatoxines tétanique et diphtérique sont les plus stables suivies par le vaccin coquelucheux associé au vaccin diphtérie-tétanos puis par le vaccin poliomyélitique inactivé le B.C.G lyophilisé le vaccin de la rougeole et le vaccin poliomyélitique vivant

Les vaccins diphtérique et tétanique peuvent résister à des températures aussi élevées que 37 degrés C pendant plusieurs mois tandis que le vaccin rougeole lyophilisé reconstitué n'est stable que pendant plusieurs heures

Certains vaccins peuvent être congelés lors de leur stockage il s'agit essentiellement de vaccins viraux à virus vivants atténués (polio oral, fièvre jaune, oreillons, rougeole) mais parfois leur conditionnement unitaire avec le solvant contre-indique leur congélation ampoule de solvant risque d'éclater lors de la congélation D'autres par contre ne doivent en aucune façon être congelés il s'agit des vaccins inactivés surtout adsorbés D'après les études menées par l'O.M.S il s'avère que la congélation des vaccins adsorbés (D.T Coq ou D.T) peut diminuer leur activité et contre-indiquer formellement leur utilisation granuleuses ou floconneuses à la décongélation lorsqu'ils sont secoués ils sédimentent dans les 30 minutes en donnant un dépôt surmonté d'une colonne de liquide claire indiquant que le vaccin a été congelé

Les vaccins les plus sensibles à la chaleur seront placés dans la partie la plus froide généralement en haut du réfrigérateur

Par ailleurs l'exposition répétée à des températures élevées d'un vaccin exerce un effet néfaste commutatif sur son activité

Les règles d'utilisation d'un réfrigérateur

Quelques règles sont à respecter pour employer correctement un réfrigérateur

- 1- dans le compartiment congélateur des accumulateurs de froid seront placés pour aider à tenir les vaccins au frais en cas de panne et pour garnir les glaciers
 - 2- en disposant les vaccins il faut laisser des vides entre les paquets en les séparant des solvants afin que l'air puisse circuler et maintenir les vaccins à une température constante
 - 3- Les étagères seront remplies avec des bouteilles d'eau en plastique qui forment un volant de froid de sécurité en cas de panne
 - 4- Le vaccin DTC ne doit pas être en contact avec le congélateur il risquerait d'y geler
 - 5- la Température du réfrigérateur sera vérifiée une ou deux fois par jour grâce à un thermomètre et notée sur une courbe
 - 6- Le début et la durée d'une panne seront scrupuleusement notés ainsi que les mesures prises pour protéger les vaccins
 - 7- il ne faut rien placer dans les portes et ne conserver ni nourriture ni boisson dans un réfrigérateur destiné aux vaccins
 - 8- Le dégivrage sera effectué chaque fois qu'il y a une couche de glace de quelques millimètres (maximum 5) sur le compartiment congélateur Au moment du dégivrage les vaccins seront mis temporairement dans une boîte isotherme
- Débranchez l'appareil placez un pot d'eau chaude à l'intérieur du congélateur (n'utilisez jamais un objet pointu un tournevis ou un couteau pour enlever la glace : vous risquer de percer la paroi de l'appareil)

Ne remettez les vaccins dans le réfrigérateur seulement une fois que la température inférieure est de + 8°C

- 9- La porte du réfrigérateur doit être fermée hermétiquement à clef si possible sinon l'appareil doit être placé dans une pièce se fermant à clef
- 10- Après une séance de vaccination les ampoules de vaccins qui n'ont pas été ouvertes doivent être remises sans tarder dans le réfrigérateur
- Tout flacon de vaccin ouvert et non utilisé doit être détruit
- Il ne faut jamais conserver des ampoules de vaccin ouvertes.

LES COMPLICATIONS NEURO-CEREBRALES APRES VACCINATION

Les complications neurologiques des vaccinations sont rares parfois rarissimes on les rencontre essentiellement après les vaccinations anti-coquelucheuse anti-poliomyelitique.

LES ACCIDENTS NEUROLOGIQUES APRES VACCINATION CONTRE LA COQUELUCHE

La crainte du médecin vaccinateur est surtout dominée par la surveillance de complications graves en particulier d'accidents neurologiques.

Le vaccin anti-variolique était autrefois le plus souvent incriminé mais depuis l'arrêt de cette vaccination le vaccin le plus souvent mis en cause est le vaccin coquelucheux qui continue de donner lieu à de nombreuses études et publications parfois contradictoires.

1.1 CONVULSIONS : Divers enquêteurs estiment que la fréquence des convulsions après vaccination coquelucheuse n'est pas supérieure à celle notée dans une population du même âge non vaccinée. Il est difficile de faire la différence entre les convulsions hyperthermiques ou non qui surviennent après vaccinations anti-coquelucheuse et les chiffres sont disparates.

1.2 ETAT DE CHOC : Des états de choc peuvent survenir après vaccination coquelucheuse surtout chez les nourrissons âgés de 03 à 06 mois - 6 à 10h après la première injection le début est brutal marqué par une pâleur parfois par une cyanose et une certaine agitation disparaissant en quelques minutes sans laisser de séquelles.

Des antécédents allergiques personnels et familiaux sont notés dans environ la moitié des cas. L'incidence de ces accidents est estimée selon les auteurs à environ 1 cas pour 10 000 à 20 000 vaccinations.

1.3 SYNDROME DU CRI PERSISTANT : Connu depuis la description initiale de COCKBURN en 1958 le syndrome du cri ou hurlement persistant atteint de même que les états de choc les nourrissons âgés de 3 à 6 mois 6 à 10 heures environ après la première injection. La signification de ce syndrome reste mystérieuse. Son incidence est évaluée selon les auteurs entre 0,5 et 6 pour 10.000 vaccinations. Mais CODY et COLL. Miller et Coll notent dans leurs études un taux de fréquence beaucoup plus important s'élevant jusqu'à 3/100

1.4 ENCEPHALOPATHIES : Ce sont surtout les encéphalopathies qui sont les plus redoutées par le médecin vaccinateur. La aussi ce sont de jeunes nourrissons âgés de 2 à 6 mois qui sont les plus touchés les troubles surviennent de quelques heures à 2. 3 jours après vaccination. La symptomatologie est très variée pouvant associer des troubles convulsifs et sensoriels dont 3/100 gardant des séquelles importantes.

L'incidence des encéphalopathies après vaccination coquelucheuse est différemment appréciée et varie selon les auteurs entre 0,01 pour 1 000 soit une encéphalopathie pour un million de vaccinations.

L'O.M.S donne un taux de fréquence des encéphalopathies qui varie entre 0,09 et 4/100 y compris les cas épileptiques, les signes neurologiques localisés le coma et le syndrome de Reye.

1.5 ACCIDENTS MORTELS

Les accidents mortels après vaccination coquelucheuse surviennent habituellement après l'évolution plus ou moins longue d'accidents neurologiques graves, leur incidence n'est pas connue STROM rapporte 3 décès pour 215 000 enfants vaccinés et AICARDI et CHEVRI notent 1 décès sur 25 cas d'accidents neurologiques MALLET et LABRUNE chiffrent le risque à 1 sur 5 millions de vaccinations.

Les facteurs responsables des accidents mortels ne sont pas connus mais divers auteurs incriminent le facteur sensibilisant à l'histamine due au bacille de Bordet Gengou.

LES ACCIDENTS ENCEPHALITIQUES APRES VACCINATION

2.1 Les accidents après la rougeole

Les acquisitions récentes sur le rôle possible du virus sauvage de la rougeole dans l'étiologie de certaines panencéphalites ainsi que la connaissance des encéphalites morbilleuses et la fréquence des nomades attestent le neurotropisme du virus morbilleux.

Les complications nerveuses de la rougeole ont pris récemment plus d'importance au fur et à mesure que les complications pulmonaires diminuent sous l'effet des antibiotiques, l'encéphalite morbilleuse est imprévisible et frappe quelque soit l'âge et le terrain.

2.2 LES ACCIDENTS APRES LES VACCINATIONS

LANDRIGAN WITTE étudie les manifestations neurologiques observées moins de 30 jours après vaccination chez 50,9 millions d'enfants vaccinés entre 1963 et 1971 aux Etats Unis, ont révèlent la faible incidence de telles manifestations.

Ces auteurs ont montrés que l'incidence des accidents neurologiques est de 1,16 par millions de doses de vaccin distribuées. Toutefois, le taux d'incidence chez ceux qui ont reçu la souche Edmonston B a été 1,61 par million de doses contre 0,78 par million de doses chez les sujets vaccinés par le vaccin surattenué Schwarz.

L'incidence des manifestations neurologiques post-vaccinales est de loin inférieure à celle des encéphalites dues à la rougeole naturelle qui suivent à la fréquence approximative de 1 pour 1000 à 2000 cas de rougeole.

La crainte de la vaccination rougeoleuse était surtout dominée par la survenue d'une panencéphalite sclérosante subaigüe. Cette crainte s'est révélée sans fondement et les données disponibles.

Actuellement une association plus faible de la maladie après vaccination qu'après rougeole naturelle. MODLIN a rapporté les résultats d'une étude effectuée entre 1960 et 1974. Il note 5 à 10 fois moins de panencéphalite après vaccination qu'après rougeole naturelle, soit 0,5 à 1,1 cas pour 1 million de rougeoles.

D'après l'OMS le risque de leucoencéphalite est au moins 12 fois inférieur après vaccination par rapport au risque consécutif à la rougeole.

III. LES ACCIDENTS PARALYTIQUES APRES VACCINATION CONTRE LA POLIOMYELITE

Le risque de survenue de Poliomyélite paralytique au cours de la vaccination par le vaccin Sabin est réel.

Dans certains cas, il a pu être démontré que ces accidents survenaient chez des sujets en état de carence immunitaire.

Dans une étude récente rapportée par la CDS d'ATLANTA entre 1969 et 1980 sur 291 millions de doses de vaccin buccal distribués 93 cas de Poliomyélite paralytiques associées à la vaccination ont été signalés dont 36 chez les vaccinés soit 1 cas pour 8 millions de doses et 57 dans l'entourage soit un cas pour 5 millions de doses.

La majorité des cas vaccinaux 96/100 concernaient des enfants âgés de moins de 4 ans tandis que 73/100 des sujets contacts étaient essentiellement dus aux types II et III.

Enfin il est important de souligner que les cas ayant atteint l'entourage d'un vacciné peuvent être prévenus par la vaccination des sujets réceptifs en contact.

Aux Etats-Unis, le risque de paralysie chez un individu vacciné ou chez ses proches contacts a été estimé à 1 cas pour 3,2 millions de doses distribués.

Ces incidents proportionnellement rarissimes sont bien à révéler de façon systématique en vue d'évaluation du risque mais ne doivent pas jeter le discrédit sur la vaccination antipoliomyélitique.

FICHE TECHNIQUE D'UTILISATION DU VACCIN ANTIHEPATITE B PEDIATRIQUE

Forme et présentation

Flacon d'une dose suspension injectable accompagné d'une seringue 2,5 ml.

Composition

Antigène protéique recombinant HBS – (Ag HBs)

Dosage

10 Micro – grammes

Posologie et mode d'administration

Posologie : La primo-vaccination comprend 3 doses :

la première dose est administrée à la naissance

la deuxième dose est administrée à 1 mois

la troisième dose est administrée au 5^{ème} mois

Une fois débutée, la primo – vaccination doit être poursuivie avec le même vaccin.

Mode d'administration

Ce vaccin pédiatrique doit être injecté par voie intramusculaire dans la région antérolatérale de la cuisse chez le nourrisson.

Exceptionnellement, le vaccin peut être administré par voie sous cutanée chez les enfants ayant une thrombocytopénie ou présentant un risque d'hémorragie.

Incompatibilités

Ce vaccin antihépatite B pédiatrique ne doit pas être mélangé avec d'autres vaccins dans la même seringue.

Conditions de conservation

Le vaccin doit être conservé à une température comprise entre + 2°C et 8°C

Le vaccin ne doit pas être congelé .Ne jamais utiliser un vaccin ayant été congelé.

Le contenu du flacon après stockage peut présenter un léger dépôt blanchâtre avec un surnageant limpide incolore .Après agitation le vaccin est légèrement opaque .Bien agiter le flacon avant emploi.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Direction de la Prévention

***CIRCULAIRE N° 02 DU 20 MARS 2012 RELATIVE AU RESPECT DES PROCEDURES
D'ADMINISTRATION DES VACCINS***

DESTINATAIRES :

Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur D'Algérie	Pour information
Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran	Pour exécution
Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution
Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population	Pour exécution et suivi
En communication avec Mesdames et Messieurs :	
Les Directeurs des EH	Pour exécution
Les Directeurs des EHS	Pour exécution
Les Directeurs des EPH	Pour exécution
Les Directeurs des EPSP	Pour exécution

Portant plan national de surveillance des Manifestations Post Vaccinales Indésirables (MPVI), il m'a été donnée de constater la survenue d'erreurs programmatiques à l'origine de complications, au demeurant évitables, faute de respect des règles relatives aux techniques d'administration des vaccins. A l'effet de prévenir ces complications et de sécuriser de l'acte vaccinal, je vous demande de veiller au renforcement de la surveillance des manifestations post vaccinales indésirables en veillant aux procédures de reconstitution des vaccins ; d'utilisation de matériel d'injection et d'administration des vaccins.

Les mesures suivantes doivent être scrupuleusement respectées :

1. CHOIX DE LA SERINGUE

1. Pour les vaccins multidoses ; une seringue à usage unique stérile doit être utilisée pour chaque acte vaccinal ;
2. Pour les vaccins à dose unique, la seringue accompagnant ces vaccins doit être utilisée ;
3. Pour la vaccination au vaccin BCG, il faut utiliser la seringue spéciale BCG, **il est strictement interdit d'utiliser la seringue à insuline**. La seringue qui a servi à la vaccination BCG ne doit pas être utilisée pour l'administration de vitamine K ou tout autre produit ;
4. La vitamine K devra être administrée avec une autre seringue jetable destinée à cet effet ;
5. Selon la dose, on optera pour une seringue de 2 ml ou de 1 ml

2. CHOIX DE L'AIGUILLE

Le choix de l'aiguille dépendra de la voie d'administration, de l'âge du sujet à vacciner, de volume de masse musculaire et de viscosité du vaccin. **Il est impératif de changer d'aiguille pour chaque vaccination.**

3. SOLVANT

1. Pour le vaccin lyophilisé, seul le solvant fourni par le fabricant accompagnant ce vaccin, doit être utilisé.
2. L'eau distillée pour injection ne doit pas être utilisée comme solvant pour les vaccins.
3. Le solvant doit être distribué aux unités de vaccination en même temps que les flacons de vaccins devant servir à reconstituer le vaccin.
4. Avant reconstitution du vaccin, le solvant doit être mis au réfrigérateur à une température inférieure à + 8°C pour éviter au vaccin tout choc thermique.

4. CONSERVATION DES VACCINS RECONSTITUES

1. La reconstitution des vaccins lyophilisés doit être effectuée à l'abri de la lumière, et du soleil. Une fois reconstitués ces vaccins doivent être conservés dans le porte vaccin.

2. Le vaccin BCG une fois reconstitué, doit être utilisé dans les deux heures qui suivent sa reconstitution. Au-delà de deux heures, ce même vaccin reconstitué doit être détruit.
3. Le vaccin anti rougeoleux ne doit jamais être conservé au-delà de 06 heures ; après sa reconstitution.

5. ETANCHEITE – INTEGRITE- PEREMPTION DES VACCINS ET SERINGUES

Il est impératif de vérifier l'étanchéité et l'intégrité des flacons de vaccin et leur date de péremption ainsi que, l'étanchéité de l'emballage de la seringue avant toute séance de vaccination.

6. ASSOCIATIONS VACCINALES

Les associations vaccinales sont possibles et indispensables compte tenu des vaccins à administrer et de la nécessité de simplifier les programmes de vaccination. Elles sont aussi efficaces que l'administration individuelle de chaque antigène d'autant que l'administration de plusieurs injections durant une seule visite aide à s'assurer que les enfants ont reçu les vaccins requis en fonction de leur âge. De façon générale, les nourrissons et les enfants présentent une réponse immunitaire similaire, que les vaccins soient donnés en même temps ou durant des visites différentes. Pour cela, il y a lieu de respecter les modalités suivantes :

1. Préparer les vaccins dans des seringues distinctes et clairement étiquetées afin d'identifier le contenu de chaque seringue ;
2. Administrer les différents vaccins dans des sites différents ;
3. Si deux injections IM sont nécessaires, on utilisera deux membres différents. Si l'on doit administrer plus de deux injections, les deux injections peuvent être données dans le même muscle à une distance d'au moins 2,5 cm
4. Lorsqu'on sait qu'un vaccin provoque plus de douleur d'inconfort, il devrait être administré en dernier. Les sites d'injections suivants sont recommandés :

Vaccin	Site d'administration	Voie d'administration
	Externe du bras (deltoïde)	Sous cutanée
Antirougeoleux	Face externe de la cuisse	Intramusculaire
	Face externe du bras (deltoïde)	Sous cutanée
BCG	Face antéro-externe de l'avant bras gauche	Intra dermique
Hépatite b	Partie antéro latérale de la cuisse	Intramusculaire
DT enfant et adulte	Face externe de la cuisse	Intramusculaire

Le quadrant supéro-externe de la fesse n'est pas recommandé pour l'injection de vaccins (trajet du nerf sciatique).

L'administration simultanée et au même site d'injection d'un vaccin et d'un autre produit médicamenteux, est formellement proscrite.

7. RAPPEL DES REGLES D'HYGIENE LORS DE L'ACTE VACCINAL

Il est également rappelé le strict des mesures l'hygiène universelle qui doivent prévaloir lors de chaque acte vaccinal :

Avant l'injection, il faut :

- Procéder au lavage des mains avant de manipuler le vaccin, entre chaque personne vaccinée et à chaque fois que les mains sont souillées ;
- Retirer la partie centrale de la capsule (pour les flacons de vaccins munis d'un bouchon en caoutchouc) et la désinfecter avant d'aspirer le vaccin à l'aide d'une seringue ;
- Désinfecter la peau avec un antiseptique adéquat ;
- Utiliser une aiguille et une seringue stériles distinctes pour chaque injection,

Après l'injection, il faut :

- En aucun cas, recapuchonner les aiguilles utilisées durant l'acte vaccinal ;
- Jeter immédiatement et soigneusement les seringues et les aiguilles utilisées dans un container conçu à cette fin, et ne jamais les laisser sur la surface de travail ;
- Jeter les flacons de vaccins vides dans un container conçu à cet effet.

Cette instruction, téléchargeable sur le site ands@sante.dz, doit faire l'objet d'une large diffusion parmi le personnel chargé de la vaccination et une attention particulière doit être accordée au strict respect de ces mesures visant à sécuriser l'acte vaccinal.

Le Directeur de la Prévention

مدير الوقاية
الأستاذ س مصباح

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DE LA PREVENTION

INSTRUCTION MINISTERIELLE N°932 MSPRH/DP DU 10 AOUT 2002

DESTINATAIRES

MESSIEURS LES WALIS	POUR INFORMATION
MONSIEUR LE DG DE L'IPA	POUR INFORMATION
MESSIEURS LES DSP	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES CHU	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES EHS	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES	POUR EXECUTION

OBJET: *REMPLACEMENT DE LA VACCINATION ANTITETANIQUE (VAT) PAR LA VACCINATION ANTIDIPHTERIQUE ANTITETANIQUE (DT).*

L'Algérie a connu une réapparition de la diphtérie sous forme de petites épidémies localisées durant les années 1993,1994 et 1995.

Cette situation a amené le changement du calendrier vaccinal (arrêté du 14 janvier 1997) avec l'introduction de la vaccination DT en milieu scolaire à 6 ans, et du dT (adulte) entre 11-13 ans et 16-18 ans avec un rappel tous les 10 ans après 18 ans.

L'OMS recommande le remplacement progressif du vaccin antitétanique (VAT) par le vaccin antidiphtérique antitétanique dans tous les pays où la couverture vaccinale par le DTC 3 atteint ou dépasse 70 % depuis 5 ans au moins.

Le dt adulte contient moins d'anatoxine diphtérique (de 2 à 5lf par dose) par rapport au DT enfant à cause de l'hyper-réactivité des sujets déjà sensibilisés à l'antigène.

La vaccination antitétanique chez la femme enceinte sera aussi remplacée par la vaccination antidiphtérique anti-tétanique. Il n'existe pas de contre indication à la vaccination combinée antidiphtérique, anti-tétanique chez la femme enceinte. L'OMS souligne l'innocuité totale du DT pour la femme enceinte.

De même devant toute plaie ouverte à risque tétanigène la vaccination anti-tétanique (VAT) sera systématiquement remplacée par la vaccination antidiphtérique- antitétanique (dt) en tenant compte du statut vaccinal du sujet et du calendrier vaccinal en vigueur conformément à la note Ministérielle N° 01 du 18 janvier 1997 fixant les modalités de prise en charge de toute plaie présentant un risque tétanigène.

**VACCINATION DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES EN AGE DE PROCREER NON VACCINEES
OU INCORRECTEMENT VACCINEES OÙ L'ETAT VACCINAL EST INCONNU.**

DOSES	DATE ET INTERVALLE MINIMAL
DT1	A PARTIR DU 2EME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE OU LORS D'UN PREMIER CONTACT EN DEHORS DE LA GROSSESSE POUR LES FEMMES EN AGE DE PROCREER
DT2	4 SEMAINES APRES LE DT 1
DT3	6 MOIS APRES LE dt 2 OU LORS D'UNE GROSSESSE ULTERIEURE
DT4	1 AN APRES LE dt3 OU LORS D'UNE GROSSESSE ULTERIEURE
DT5	1 AN APRES LE dt4 OU LORS D'UNE GROSSESSE ULTERIEURE

**LA VACCINATION ANTITETANIQUE DES FEMMES ENCEINTES ET DES
FEMMES EN AGE DE PROCREER VACCINEES ANTERIEUREMENT**

IL FAUT TENIR COMPTE DES VACCINATIONS ANTERIEURS RECUES

IL FAUT TENIR COMPTE DES VACCINATIONS ANTERIEURS RECUES LORS DE L'ENFANCE OU DE L'ADOLESCENCE SELON LE TABLEAU CI- DESSOUS :

LORS DE DERNIERES VACCINATION	VACCINATIONS ANTERIEURES	VACCINATIONS RECOMMANDEES			
		Population cible		Ultérieurement (à au moins 1 an d'un an d'intervalle)	
		Femme en âge de procréer	Femme enceinte	Femme en âge de procréer	Femme enceinte
1 ^{ère} enfance	3 DTC	2 dt *	2dt	1dt	1dt
2 ^{ème} enfance	3 DTC+1Rappel à 18 mois	1 dt	1dt	1dt	1dt
scolaire	3DTC+1Rappel à 18 mois, pas de rappel à 6 ans	1 dt	1 dt	1 dt	1 dt
scolaire	3 DTC+1Rappel à 18 mois+1Rappel DT à 6ans	1 dt	1dt	aucune	aucune
Adolescence	4 DTC+1 Rappel DT à 6 ans +1 Rappel à 11-13 ans	1 dt **	Aucune	Aucune	Aucune
Adolescence	4 DTC+1 Rappel DT à 6 ans +1 Rappel à 11-13 ans et 1 rappel à 16-18 ans	1 dt **	Aucune	Aucune	Aucune

SERVICE : WHO/ EPI / GEN / 95.03 modifié
4 semaines minimum entre les doses
Un rappel tous les 10 ans selon le calendrier vaccinal

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PREVENTION

DESTINAIRES

MESSIEURS LES WALIS	POUR INFORMATION
MONSIEUR LE DG DE L'IPA	POUR INFORMATION
MESSIEURS LES DSP	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES CHU	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES EHS	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES	POUR EXECUTION

INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 4074 MSPRH/DP DU 03 DECEMBRE 2002

Objet : *INTRODUCTION DE LA VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B DANS LE PEV*

INTRODUCTION

Le virus de l'hépatite B (HBV) est responsable d'une maladie dont les complications sont graves et parfois mortelles chez l'homme. Cinq pour cent (5%) de la population mondiale est porteuse chronique.

Les infections à HBV qui évoluent vers la chronicité se produisent en général très tôt dans la vie. Les lésions chroniques du foie qui se développent lentement chez les sujets qui deviennent porteurs constituent l'un des aspects les plus importants de la maladie.

Plus l'infection a été contractée tôt, plus le risque est élevé ; plus les personnes sont jeunes au moment de contracter l'hépatite B, plus les risques d'infection chronique et de conséquences graves sont élevés.

L'objectif principal de la vaccination contre l'hépatite B consiste à prévenir l'hépatite B chronique, la cirrhose et le carcinome hépato-cellulaire en réduisant la fréquence de l'état de porteur chronique du virus de l'hépatite B.

Il est actuellement reconnu que la vaccination de l'enfant constitue le seul moyen capable d'assurer la réduction de la fréquence des cas d'hépatite B et par là d'aboutir à l'élimination de la maladie.

La vaccination contre l'hépatite B est la première vaccination opérationnelle contre un cancer, car en réduisant le portage chronique du virus de l'hépatite B elle prévient les hépatites chroniques et leurs complications à type de carcinome hépato-cellulaire qui surviennent dans 20% des hépatites chroniques.

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

Dans le Monde

L'hépatite B constitue un véritable problème de santé publique dans le monde.

L'OMS dénombre plus de 280 millions d'individus infectés, qui constituent le réservoir de virus.

Dans le monde, on distingue actuellement trois situations épidémiologiques en fonction du taux de portage de l'antigène HBS.

DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DE L'INFECTION VIRALE DE L'HEPATITE B

Prévalence de l'Hbs Ag	< 2% Faible	2 – 8% Moyenne	8 % Elevée
REGIONS	AUSTRALIE AMERIQUE DU NORD EUROPE DE L'OUEST	EUROPE DE L'EST RUSSIE PAYS MEDITERRANEEES PROCHE ORIENT ALGERIE	AFRIQUE SUB SAHARIENNE ASIE DU SUD EST CHINE MERIDIONALE

Avec une population mondiale d'un peu plus de 6 milliards d'habitants, plus de 3,5 milliards vivent dans des zones de forte ou de moyenne endémicité.

EN ALGERIE

En Algérie, jusqu'en 1998, seules des données d'études parcellaires existaient.

Il s'agissait essentiellement d'études ciblant des populations bien déterminées à savoir les donneurs de sang, les hémodialysés, les femmes enceintes...

L'enquête nationale sérologique initiée par l'INSP et l'IPA en novembre 1998 sur un échantillon de 8126 personnes représentatif de la population Algérienne. Elle a montré que le taux de portage global de l'AgHBs est de 2,15% confirmant ainsi le classement de l'Algérie dans la catégorie des pays de moyenne endémicité (2% - 8%).

CALENDRIER VACCINAL

Conformément à l'arrêté du 28 Octobre 2000 fixant le nouveau calendrier de vaccination contre certaines maladies transmissibles, la vaccination contre l'hépatite B (HBV) est introduite aux âges déterminés par le tableau ci-après :

Age de la vaccination	Vaccins
Naissance	BCG + POLIO ORAL + HBV1
01 Mois	HBV2
03 Mois	DTCoq +POLIO ORAL
04 Mois	DTCoq +POLIO ORAL
05 Mois	DTCoq +POLIO ORAL + HBV3
09 Mois	ANTIROUGEOLEUX
18 Mois	DTCoq +POLIO ORAL
06 Ans	DT enfant +POLIO ORAL + ANTIROUGEOLEUX
11-13- Ans	DT adulte + POLIO ORAL
16-18 Ans	DT adulte + POLIO ORAL
Tous les 10 ans après 18 Ans	DT adulte

ENFANTS CONCERNES PAR LA VACCINATION

Sont concernés par la vaccination contre l'hépatite B tous les enfants nés à partir du 1^{er} Janvier 2003.

CALENDRIER DE RATRAPAGE

Le respect du calendrier vaccinal est primordial.

Les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2003 se présentant dans les délais autres que ceux fixés par le calendrier vaccinal en vigueur devront se soumettre au calendrier de substitution suivant :

1^{ère} dose dès la captation de l'enfant

2^{ème} dose 1 mois après

3^{ème} dose 4 mois après la 2^{ème} dose

EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE

L'évaluation de la couverture vaccinale se fera sur les mêmes supports aménagés que pour l'évaluation des autres vaccinations du PEV.

L'évaluation de la couverture vaccinale se fait par cohortes de naissance. Chaque enfant vacciné par le vaccin Hépatite B doit être comptabilisé de la même manière que pour les autres vaccins dans sa cohorte de naissance.

INFORMATION –EDUCATION – COMMUNICATION

Il est primordial de mettre en place un large plan de communication de manière à sensibiliser le grand public sur les dangers de l'hépatite B, l'intérêt de la vaccination des nourrissons et l'absence de dangers de cette vaccination. A cet effet, tous les moyens locaux de communication seront utilisés. Par ailleurs il est important de procéder à une large diffusion de cette instruction auprès du personnel de santé et organiser des rencontres de manière à avoir une complète adhésion à l'introduction de cette vaccination.

CONCLUSION

Il est impératif d'engager dès le 1^{er} janvier 2003 la vaccination de tous les nouveaux nés selon le nouveau calendrier vaccinal et de procéder au rattrapage des enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2003 qui seraient captés en retard.

J'attache la plus haute importance à l'application stricte des dispositions de la présente instruction dont il y a lieu de signaler toute difficulté d'application à la Direction de la prévention.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

Dr M. EL.K. KELLOU

***INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 01 DU 09 AVRIL 2001 MSP/DP PORTANT PLAN NATIONAL
DE SURVEILLANCE DES MANIFESTATIONS POST- VACCINALES INDESIRABLES (MPVI)***

DIFFUSION A :

MESSIEURS LES DSP/TOUS

MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES/ TOUS

MESSIEURS LES DG DES CHU/ TOUS

MESSIEURS LES DG DES EHS/ TOUS

MESSIEURS LES DIRECTEURS DES ORS

POUR EXECUTION

I- INTRODUCTION ET INTERET

La vaccination a pour but de protéger les individus et la communauté contre les maladies évitables grâce aux vaccins.

Depuis la mise en œuvre du Programme Elargi de vaccination en 1977, des millions d'enfants ont été vaccinés en Algérie. La préoccupation majeure du Ministère de la santé et de la population a été d'intensifier les activités du PEV de manière à réduire la mortalité et la morbidité dues aux maladies contrôlables par la vaccination.

Des millions de doses de vaccins ont été administrés depuis l'indépendance non seulement au cours des campagnes de vaccination, mais aussi lors de la vaccination de routine. L'objectif est d'administrer à nos enfants un vaccin de qualité, sûr et administré correctement.

Chaque vaccin administré doit répondre à certains critères :

- innocuité
- efficacité
- toxicité

Les MPVI proviennent de la réaction d'un individu donné à un vaccin donné. Puisqu'il s'agit d'un incident médical «personnel », il est peu probable que plusieurs personnes soient victimes d'une telle réaction au même vaccin administré pendant la même séance.

La plupart des MPVI liées aux vaccins sont bénignes et de courte durée. Il s'agit par exemple, de réactions générales modérées telles que fièvre et exanthème ou de réactions locales avec rougeur, sensibilité et douleur au point d'injection.

II- DEPISTAGE ET DECLARATION DES MPVI

1- Définition d'une MPVI :

Une manifestation post-vaccinale (MPVI) est un effet indésirable qui se produit à la suite d'une vaccination et dont on pense qu'il est dû à celle-ci.

Un lien de causalité doit être établi pour faire la relation entre l'effet indésirable et l'administration du vaccin.

2- Quelles MPVI faut-il inclure dans le système de surveillance ?

Toutes les MPVI suivantes doivent être rapportées si leur apparition suit l'immunisation :

Tout abcès qui se manifeste au point d'injection.

Tout cas de lymphadénite consécutive au BCG

Tout décès que soit les agents de santé, soit les membres du public, pensent qu'il est lié à la vaccination.

Tout cas d'hospitalisation que les agents de santé, soit les membres du public pensent qu'il est lié à la vaccination.

Tout autre incident médical sévère ou exceptionnel que soit les agents de santé, soit les membres du public pensent qu'il est lié à la vaccination.

CLASSIFICATION DES MPVI :

Bien que se soient des manifestations rares, leur surveillance aide à sauvegarder la confiance du public dans le programme de vaccination. Pour améliorer la qualité des services, la surveillance des MPVI doit faire partie intégrante du programme élargi de vaccination. La mise en place d'un système de

surveillance des MPVI est une nécessité elle permettra le suivi, l'investigation et la déclaration des manifestations indésirables.

A - Effets secondaire locaux :

Tout abcès qui se manifeste au point d'injection.

Lymphadénite (y compris la forme suppurative)

Réaction locale grave

B- Manifestations post-vaccinales indésirables affectant le SNC

Paralysie flasque aiguë

Encéphalopathie

Méningite

Convulsions

C- Autres

Fièvre

Anaphylaxie aiguë

Choc toxique

3- SUPPORT DE DECLARATION DES MPVI

La déclaration de toute MPVI se fait sur le support de déclaration en annexe 1 qui comporte :

L'identification du cas

L'identification de la réaction indésirable

L'évolution immédiate du cas

4- MODALITES DE DECLARATION

Toute MPVI doit faire l'objet :

D'une déclaration immédiate par le SEMEP, ou par le privé par les moyens de communication les plus rapides (fax, téléphone, télex) au niveau de :

la DSP

la Direction de la prévention : PEV (Programme Elargi de Vaccination) sur le support de déclaration :

Formulaire 1

d'une enquête immédiate sur le support d'enquête Formulaire 2 qui doit être adressé aux mêmes destinataires.

Seules les MPVI Modérées (ayant nécessité un traitement spécifique léger ou une hospitalisation) et les MPVI graves (ayant nécessité une hospitalisation et un traitement spécifique lourd) sont à déclarer.

En l'absence de toute MPVI il est nécessaire de déclarer le " zéro cas de MPVI "

(MPVI modérées et graves) sur le même support lors de la transmission du rapport trimestriel de la couverture vaccinale de routine.

La même procédure s'applique à la vaccination en milieu scolaire :

Déclaration immédiate sur le même support de toute MPVI survenue lors des activités de vaccination en milieu scolaire

Déclaration du "Zéro cas de MPVI" sur le même support lors de la transmission du rapport trimestriel de la couverture vaccinale.

5-ENQUETE AUTOUR DU CAS DE MPVI

La déclaration d'une MPVI est obligatoirement suivie d'une enquête autour du cas qui permettra d'identifier la cause d'y remédier.

Il est impératif d'utiliser une fiche d'enquête (formulaire 2) Pour chaque cas de PMVI déclaré.

6- ANALYSES DES DONNEES DE L'ENQUETE

L'analyse des données relatives aux MPVI consiste à examiner le rapport d'enquête, d'autres données liées à l'incident et à poser un diagnostic final et à identifier la cause probable de la MPVI

L'enquêteur doit classer la MPVI en une des trois catégories suivantes en fonction des indices trouvés :

Erreur programmatique

Incident lié au vaccin

Coïncidence et inconnue

Erreurs programmatiques : ce sont les erreurs programmatiques qui constitueront la cause la plus fréquente des MPVI. Par conséquent, l'enquêteur doit commencer par rechercher des indices d'erreurs de stockage, de manipulation ou d'admission des vaccins.

Liste d'erreurs fréquentes, qui peut aider l'enquêteur si la cause de la MPVI n'est pas évidente d'emblée :

Administration d'une dose excessive
Vaccination pratiquée au mauvais endroit
Mauvaise préparation du vaccin
Usage d'un médicament à la place du vaccin ou du solvant
Vaccin ou solvant contaminé
Mauvais stockage du vaccin
Réutilisation d'un vaccin entamé lors d'une séance précédente (alors qu'il fallait le jeter en fin de séance).

Les MPVI liées au vaccin

Proviennent de la réaction d'un individu donné à un vaccin donné.

Puisqu'il s'agit d'un incident médical « personnel », il est peu probable que plusieurs personnes soient victimes d'une telle réaction au même vaccin administré pendant la même séance.

La plupart des MPVI liées aux vaccins sont bénignes et de courte durée. Il s'agit, par exemple de réactions générales modérées telles que fièvre et exanthème ou de réactions locales avec rougeur, sensibilité et douleur au point d'injection.

Les MPVI survenues par coïncidence ou de cause inconnue :

Sont dues à des facteurs autres qu'une erreur programmatique ou qu'une réaction individuelle à un vaccin donné. Il s'agit d'incidents qui se seraient manifestés même sans la vaccination. Le seul rapport qui existe entre ce genre de MPVI et les vaccins ou les vaccinations est un rapport chronologique. L'indice le plus concluant qu'un incident médical est survenu par coïncidence est l'apparition des mêmes symptômes chez les personnes non vaccinées.

Le but d'une enquête sur une MPVI (ou sur un groupe de MPVI) est de trouver et d'éliminer la cause de celle-ci. Même si l'on n'arrive pas à trouver la cause de la MPVI, ou si l'on constate qu'elle est due à la vaccination, le seul fait que la MPVI ait fait l'objet d'une enquête peut renforcer la confiance du public dans la vaccination.

7- EVALUATION DE SURVEILLANCE DES MPVI

La surveillance des MPVI doit faire l'objet d'une évaluation périodique, qui doit entraîner des mesures correctrices.

8-INDICATEURS DE SURVEILLANCE

Complétude des rapports concernant le " Zéro cas de MPVI"= au nombre total de rapports reçus

Promptitude de la déclaration de la MPVI= Nombre de cas de MPVI déclarés dans les 24 heures suivant leur survenue.

Délai entre la survenue du cas de MPVI et le déclenchement de l'enquête

Nombre de MPVI signalées chaque année

Nombre de MPVI par cause

Nombre de MPVI par catégorie

Nombre de MPVI par antigène

FORMULAIRE 1

SUPPORT DE DECLARATION DES MANIFESTATIONS POST- VACCINALES INDESIRABLES			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>WILAYA :</div><div>SECTEUR SANITAIRE :</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"><div>Nom et Prénom du malade :</div><div>Date de naissance : /_/_/____/</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"><div>/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/</div><div>SEXE : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin: 0 5px;">F</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin: 0 5px;">M</div></div><div style="margin-top: 10px;"><u>Description de la /ou des manifestations indésirables :</u></div><div style="margin-top: 10px;"><u>Date d'apparition:</u> /_/_/____/</div><div style="margin-top: 10px;"><u>Date de déclaration :</u> /_/_/____/</div></div>			
Vaccin reçu responsable de l'incident	Date d'administration	Voie D'administration (ID-SM-IM)	Point d'injection (Deltoide, Avant- Bras, Fesse)

Antécédents de MPVI lors d'une vaccination antérieure

Le patient a-t-il déjà présenté un incident au même vaccin : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser: Le type de vaccin:

Le N° de la prise (DTCP1-TCP2...)

Identité du rapporteur :

Nom:

Prénom:

Grade:

FORMULAIRE 2: FICHE D'ENQUETE EN CAS DE SUSPICION DE MPVI

Wilaya :	Secteur sanitaire :	Commune :
Centre de vaccination :		
Nom :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	Age (en absence de la date de naissance) :	
Adresse :		
Date de déclaration :		
Délai d'apparition des symptômes :(jours/minutes/heures) :		
Date de vaccination :	Date de l'enquête :	
ANTECEDENTS PERSONNELS : (terrain allergique, médicaments reçus, convulsions.....)		
Type de MPVI locale :		
- Abcès au point d'injection :	oui/non / inconnu	
- Lymphadénite liée au BCG	oui/ non/inconnu	
- Réaction locale grave	oui/ non/ inconnu	
Autres :		
Fièvre	oui/non/ inconnu	
Anaphylaxie	oui/non/ inconnu	
Choc toxique	oui/non/ inconnu	
Atteinte neurologique (système nerveux central) :		
-Paralysie Flasque Aigue :	oui/non/ inconnu	
-Encéphalopathies, Encéphalite/ Méningite :	oui/non/ inconnu	
-Convulsions :	oui/non/ inconnu	
Autres manifestations (préciser)		
Vaccin(s) suspect(s)		
Type de vaccin utilisé :	N° de lot Fabricant :	
(BCG, DTC, POLIO, ROUGEOLE.....)	Date de péremption :	
Traitement :	oui/non/ inconnu	Si oui, lequel :
Hospitalisation :	oui/non/inconnu	Si oui, indiquer l'hôpital :
Décès :	oui/non/ inconnu	
CAUSE RETENUE : ERREUR PROGRAMATIQUE		<input type="checkbox"/>
MPVI LIEE AU VACCIN		<input type="checkbox"/>
MPVI survenue par coïncidence ou inconnue		<input type="checkbox"/>
Partie réservée au Comité de Pharmacovigilance		
CLASSIFICATION FINALE/		<input type="checkbox"/>
ERREUR PROGRAMMATIQUE		<input type="checkbox"/>
MPVI LIEE AU VACCIN		<input type="checkbox"/>
MPVI SURVENUE PAR COINCIDENCE ou inconnue		<input type="checkbox"/>
EVOLUTION :		
MPVI persistante	<input type="checkbox"/>	
Guérison	<input type="checkbox"/>	
Séquelles	<input type="checkbox"/>	Type de séquelles :
Décès	<input type="checkbox"/>	
Si oui Date du décès :		

Compte tenu de l'extrême importance de cette instruction Ministérielle, il vous est demandé, de procéder :

A sa large diffusion après du personnel de santé.

A la formation du personnel de santé pour la mise en œuvre de l'ensemble des actions liées à ce plan national.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PREVENTION
N° 1311/MSPRH/DP/2011

Alger, le 13 Octobre 2011

*Madame et Messieurs les DSP pour application et diffusion à Mesdames et Messieurs les
Directeurs des EHS, des EPSP, des EPH
Monsieur le Directeur Général de l'EHU
Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU*

**NOTE PORTANT SUR LE RENFORCEMENT DU PLAN NATIONAL DE SURVEILLANCE DES MANIFESTATIONS POST
VACCINALES INDESIRABLES (MPVI)**

En rappel de l'instruction Ministérielle N° 01/MSP/DP du 09 avril 2001 portant Plan national de surveillance des Manifestations post Vaccinales Indésirables (MPVI), j'ai l'honneur de vous demander **de** veiller au renforcement de la notification et de la prise en charge des cas de manifestations post vaccinales indésirables par l'application stricte des mesures figurant dans l'instruction Ministérielle sus citée, à savoir :

- 1. notifier tous les cas de MPVI** apparaissant suite à une vaccination qu'ils soient
 - **locaux** : abcès au point d'injection, lymphadénite, réaction locale grave. mineurs : fièvre, vomissements, sueurs
 - **modérés** ; ayant nécessité un traitement spécifique léger ou une hospitalisation
 - **graves** : ayant nécessité une hospitalisation et un traitement spécifique lourd.
 - **d'ordre neurologique**: paralysie flasque aigue, encéphalopathie, encéphalite, méningite, convulsions.
 - **ou autres**
- 2. veiller au respect des modalités de déclaration des cas de manifestations post vaccinales indésirables** qui doivent faire l'objet :
 - d'une déclaration immédiate à la DSP et à la Direction de la Prévention sur le **support de déclaration** correspondant au formulaire I de l'annexe instruction ministérielle sus citée, ci-joint :
 - d'une **enquête** épidémiologique immédiate adressée aux mêmes destinataires sur le **support d'enquête** correspondant au formulaire 2 de l'annexe instruction ministérielle sus citée, ci joint ;

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

مدير الوقاية
الأستاذ س. مصباح

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PREVENTION

N° MSPRH /DP/04

ALGER, LE

***INSTRUCTION MINISTERIELLE N°419 MSP/DP DU 25 MARS 2004 PORTANT RESPECT DES
PROCEDURES ET DES TECHNIQUES DE VACCINATION***

DIFFUSION A :

- MESSIEURS LES DSP/ TOUS
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES / TOUS
- MESSIEURS LES DG DES CHU / TOUS
- MESSIEURS LES DG DES EHS / TOUS
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES ORS

POUR EXECUTION

Dans le cadre du programme Elargi de vaccination, une instruction Ministérielle N° 01 du 09 avril 2001 portant Plan National de surveillance des Manifestations Post Vaccinales indésirables (MPVI) a été largement diffusée à l'ensemble des personnels de santé. Le respect des procédures et des techniques de vaccination est le seul garant d'une immunisation Sécurisée.

Cette note est destinée à rappeler au personnel chargé de la vaccination les règles élémentaires de la vaccination.

J'attire votre attention sur la stricte diffusion de cette instruction auprès de l'ensemble du personnel de santé.

LA DIRECTRICE DE LA PREVENTION

F.Belatèche

1- LE RESPECT DES CONTRE INDICATIONS

Les contre indications aux vaccinations sont extrêmement rares .Elles sont souvent non justifiées et retardent l'immunisation des enfants.

- une fièvre modérée
- une infection des voies aériennes supérieures.
- une diarrhée.
- la malnutrition.
- une dermatose.
- la prématurité

Ne sont pas des contre indications à la vaccination.

Une maladie aiguë préoccupante contre-indique TEMPORAIREMENT la vaccination

Toute réaction de type anaphylactique survenue lors d'une vaccination est une contre-indication à la poursuite de la vaccination par le type de vaccin incriminé.

2- LE RESPECT DES INTERVALLES ENTRE LES VACCINATIONS

A titre exceptionnel un intervalle plus large peut être toléré entre les prises d'un même Vaccin. Ceci n'implique pas de recommencer la vaccination depuis le début. Il faut

Reprendre la vaccination là où elle a été interrompue, c'est à dire administrer

Les doses manquantes comme s'il n'y avait pas d'intervalle prolongé.

Cependant pour qu'une vaccination de base soit complète le plus précocement possible (les maladies du PEV surviennent surtout dans la première année de la vie).

TOUT DOIT ETRE MIS EN ŒUVRE POUR RESPECTER LE CALENDRIER VACCINAL DANS L'INTERET DE L'ENFANT ET DE LA COLLECTIVITE

3 – LE RESPECT DE LA CHAÎNE DU FROID

L'activité du vaccin est garantie par :

- Sa parfaite conservation depuis sa fabrication jusqu'à son administration.
- Son utilisation impérative avant la date de péremption fixée par le fabricant.

Les vaccins sont vulnérables. De multiples facteurs interviennent dans la dénaturation des vaccins.

Parmi eux on peut citer :

- La chaleur.
- La congélation pour certains vaccins.
- La lumière.

LES VACCINS DOIVENT ETRE RIGOREUSEMENT TRANSPORTES ET STOCKES ENTRE +0° ET +8°

- Tous les vaccins du PEV perdent leur efficacité s'ils sont exposés à la chaleur.
- Les vaccins antitétaniques et DTC craignent également la congélation.

UN VACCIN QUI A PERDU SON ACTIVITE SUITE A L'EXPOSITION A LA CHALEUR OU A LA CONGELATION NE LA RETROUVE PAS QUAND LA TEMPERATURE DE STOCKAGE CORRECTE EST RETABLIE

Lorsque cette perte d'activité est consécutive à la chaleur, le vaccin ne change pas d'apparence. Il est donc impossible de distinguer un flacon de vaccin actif d'un flacon de vaccin inactif sans un contrôle complet.

4 – LE RESPECT DES TECHNIQUES VACCINALES

TYPE DE VACCIN	PRESENTATION	T° DE CONSERVATION	SITE D'INJECTION
BCG	Ampoules de 10, 20,50 doses	+4°C à + 8°C	intradermique
Dtcoq	- Ampoules uni doses de 0.5ml de vaccin -Flacons multidoses : 20 doses	- + 4°C à + 8°C - congélation contre indiquée	- sous cutané en sous épineux - intramusculaire
TETRA COQ	Ampoules unidose à double compartiment : 0.5 ml DTC 0.5 ml anti-polio	- + 4°C à + 8°C - congélation contre indiquée	- sous cutané en sous épineux - intramusculaire
DT ENFANT	- Ampoules uni doses à 0.5ml n -Flacons multidoses : 20 doses	- + 4°C à + 8°C - congélation contre indiquée	- sous cutané - intramusculaire
DT ADULTE	- Ampoules uni doses de 0.5ml - Flacons multidoses : 20 doses par flacon	- + 4°C à + 8°C - congélation contre indiquée	- sous cutané - intramusculaire
VPO	Flacons de 20 doses	- + 4°C à + 8°C	Voie orale
ANTI ROUGEOLEUX	Flacons de 20 doses	- + 4°C à + 8°C	- sous cutané - intramusculaire
ANTI HEPATITE B	Ampoule unidose	- + 4°C à + 8°C	intramusculaire

5- LE RESPECT DES PROCEDURES DE RECONSTITUTION DES VACCINS ET D'UTILISATION DU MATERIEL D'INJECTION

Les mesures suivantes doivent être scrupuleusement respectées :

5-1 Les seringues

- Utiliser une seringue jetable pour la vaccination de chaque enfant
- Pour la vaccination au BCG n'utiliser que la seringue spéciale BCG, ne pas utiliser la seringue à insuline
- La vitamine K devra être injectée avec une seringue jetable destinée uniquement à cet effet
- Ne pas utiliser la seringue qui a servi à la vaccination BCG pour l'injection de la vitamine K

5-2 Les diluants

- Seul le diluant fourni par le fabricant, propre au vaccin, doit être employé .N'utiliser aucun autre diluant car tous les diluants ne sont pas constitués d'eau stérile pour injection
- l'eau distillée pour injection ne doit pas être utilisée comme diluant pour vaccins

- Le diluant doit être distribué aux unités de vaccination en même temps que les flacons de vaccin qu'il va servir à reconstituer
- Avant reconstitution du vaccin, le diluant doit être mis au réfrigérateur à une température inférieure à +8°C pour éviter au vaccin tout choc thermique
- On utilisera une seringue jetable stérile pour chaque flacon de vaccin à reconstituer

5-3 – Le réfrigérateur

- S'assurer qu'aucun autre médicament, ni réactifs de laboratoire, ni milieux d'enrichissement, ni des produits pouvant être confondus avec le vaccin ou avec son diluant ne doivent être conservés dans le réfrigérateur destiné à la vaccination
- S'assurer qu'aucun aliment n'est également conservé dans ce réfrigérateur

5-4 – La conservation des vaccins reconstitués

- Il convient de procéder à la reconstitution des vaccins lyophilisés à l'abri de la lumière du soleil et de les conserver dans le porte vaccin ou enveloppés dans du papier ou dans une feuille d'aluminium
- Le BCG une fois reconstitué, doit être utilisé dans les deux heures qui suivent. Au delà de deux heures, le vaccin reconstitué doit être détruit
- L'antirougeoleux ne doit jamais être conservé plus de 6 heures après sa reconstitution.

5-5 – L'étanchéité et l'intégrité des vaccins et seringues

Il est impératif de, vérifier, l'étanchéité et l'intégrité des flacons de vaccin et leurs dates de péremption ainsi que l'étanchéité de l'emballage de la seringue avant toute séance de vaccination.

***INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 434 MSPRH/DP DU 14 MARS 2005 PORTANT RESPECT
DES CONTRE INDICATIONS DES VACCINATIONS DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION
(PEV)***

MESSIEURS LES DSP/ TOUS POUR APPLICATION ET DIFFUSION A :

- **MESSIEURS LES DG DES CHU/ TOUS**
- **MESSIEURS LES DG DES EHS/ TOUS**
- **MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES/ TOUS**

En complément des instructions Ministérielles N° 01 du 09 Avril 2001 portant Plan National de surveillance des Manifestations Post Vaccinales indésirables (MPVI) et N° 419 du 13 Mars 2004 relative au respect des procédures et des techniques vaccinales largement diffusées à l'ensemble des personnels de santé, la présente instruction rappelle le respect des contre indications de la vaccination, garant d'une immunisation sécurisée.

J'attire votre attention sur la large diffusion de cette instruction auprès de l'ensemble du personnel de santé.

Toute maladie aiguë évolutive contre-indique TEMPORAIREMENT la vaccination. On doit surseoir à tout acte vaccinal devant :

- une hyperthermie,
- une infection respiratoire aiguë,
- une diarrhée,
- une dermatose évolutive.....

Toute réaction de type anaphylactique ou toute réaction d'intolérance grave survenue lors d'une vaccination est une contre-indication à la poursuite de la vaccination par le type de vaccin incriminé et **doit obligatoirement être mentionnée sur le carnet de santé de l'enfant.**

Si un intervalle **minimum** d'un mois doit être respecté entre deux doses itératives d'un même vaccin afin de permettre une bonne réponse immunitaire, un intervalle plus large peut être toléré entre les prises d'un même vaccin. Ceci n'implique pas de recommencer la vaccination depuis le début. Il faut reprendre la vaccination là où elle a été interrompue, **c'est à dire administrer les doses manquantes comme s'il n'y avait pas d'intervalle prolongé.**

La Directrice de la Prévention

F.Belatèche

INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 4117/MSPRH/DP DU 12/12/2002
PRINCIPES DE RECONSTITUTION ET D'ADMINISTRATION DU VACCIN BCG

INTRODUCTION :

La tuberculose pose un problème de santé publique en Algérie et dans le monde entier on estime de 15 à 20 millions de cas la prévalence de la maladie évolutive avec une incidence annuelle d'environ 10 millions dont au mois 3 millions de décès.

En Algérie, l'incidence de la tuberculose toutes formes est passée de 54 à 60 cas pour 100.000 habitants entre 1996 et l'an 2000 ; l'incidence des cas de tuberculose à microscope positive s'élève légèrement de 23 à 26 cas pour 100.000 habitants entre 1996 et l'an 2000.

La tendance à vacciner à la naissance s'est accentuée depuis l'introduction par l'O.M.S du programme élargie de vaccination (PEV). Cette vaccination à la naissance à plusieurs avantages : les enfants sont vaccinés à un moment où le risque d'infection est encore faible et où ils bénéficient d'une protection contre les formes les plus graves de la tuberculose infantile : la miliaire et la méningite tuberculeuse qui restent très grave malgré la chimiothérapie.

Ces dernières années en Algérie, l'un des principaux pour la vaccination B.C.G était l'absence de seringue spécifique à cette situation, la seringue à l'insuline pour vacciner les nouveau-nés, engendrant des effets secondaires du fait que celle-ci n'est pas indiquée pour la voie intradermique.

1--I TECHNIQUE LORSQUE LE VACCIN N'EST PAS PERIME

- reconstituer le vaccin avec le solvant (qui doit être utilisé froid, il doit séjourner au moins au moins 24 heures dans le réfrigérateur) et mélanger en le roulant entre les paumes des mains.
- utiliser pour la vaccination, la seringue fournie avec le vaccin et pas une autre.
- désinfecter la peau à l'éther, sinon rien, mais ne jamais utiliser d'alcool.
- faire la vaccination par voie intradermique stricte au niveau de la face antéro externe de l'avant-bras gauche.
- la dose de vaccin est de 0,05 ml pour les enfants de moins de 1 an et de 0,1 ml pour les enfants de plus de l'an. Piquer tangentiellement à la peau dans la direction de l'épaule, biseau de l'aiguille vers le haut :
- il faut qu'il se forme une papule blanche en peau d'orange de 0,5cm environ (taille d'une lentille).
- retirer doucement l'aiguille et NE PAS DESINFECTER LA PEAU A LA FIN DE L'INJECTION. Le vaccin doit être maintenu au frais et à l'abri de la lumière pendant la durée de la séance de vaccination.
- pour la vaccination suivante, une nouvelle seringue est utilisée.

1-II EVOLUTION DE LA LESION VACCINALE

La papule provoquée par l'injection disparaît en moins d'une demi-heure.

A la fin de la 3^{ème} semaine, un petit nodule apparaît au point d'injection. Ce nodule rougit et sa partie centrale devient violace et se fistulise vers la 6^{ème} semaine.

Il faut s'abstenir de traiter la plaie, il faut la laisser à l'air libre ou la recouvrir d'un pansement sec.

Vers la 10^{ème} semaine une petite croûte apparaît, puis tombe quelque semaine plus tard dévoilant la CICATRICE VACCINALE.

1-III CONTROLE DE LA CICATRICE DUE AU B.C.G

Le contrôle de la cicatrice au BCG doit être fait dès la 1^{ère} vaccination au DTC Polio, dans tous les cas 3 mois après la vaccination BCG.

S'il y a une cicatrice : Vous saurez que la vaccin BCG à « pris »

qu'il y a pas cicatrice : vous devez revacciner, sans test à la tuberculine,

S'il n'y a pas encore de cicatrice après la revaccination, une autre revaccination,

Les caractéristiques suivantes :

le Vaccin lyophilisé est conditionné dans une ampoule au lieu d'un flacon.

le solvant est contenu dans une ampoule.

VACCIN BCG TYPE DE VACCIN

Le présent vaccin BCG est un vaccin vivant lyophilisé (desséché) en flacons de 20 doses de vaccin et une ampoule de solvant.

CONSERVATION

Sous forme lyophilisée, le vaccin doit être conservé au froid.

CONSERVER LE VACCIN A L'ABRI DE LA LUMIERE

Une fois reconstitué, il doit être utilisé dans les deux heures qui suivent. Au-delà de deux heures, le vaccin reconstitué doit être détruit.

RECONSTITUTION DU VACCIN

Respecter scrupuleusement les instructions fournies

POPULATION CIBLE

Le BCG doit être administré à tous les nouveau-nés quel soit leur poids de naissance.

Il doit être également administré à tous les enfants non porteurs de cicatrice vaccinale.

Dans tous les cas, la vaccination se fait sans test tuberculinique préalable, la vaccination est dite indiscriminée (elle sera fait jusqu'à l'âge de 12 ans).

1-IV INCIDENTS DE LA VACCINATION AU BCG

* surinfection de la lésion vaccinale : défaut d'hygiène

* abcès sous cutané : favorisé par une injection trop profonde ou un surdosage

* adénopathie inflammatoire ou suppurée : de siège axillaire et parfois au niveau du coude.

La conduite à tenir est ponctionner l'adénite lorsqu'elle est sur le point de fistuliser et injecter localement de l'isoniazide en forme injectable.

1-V CONTRE INDICATIONS : Elles sont extrêmement rares :

Enfants atteints d'infections malignes, lymphomes, leucémies et les enfants sous traitement immunosuppresseur.

Déficits immunitaires congénitaux ou acquis.

IL VOUS EST DEMANDE DE PROCEDER A UNE LARGE DIFFUSION DE CETTE INSTRUCTION AUPRES DES PERSONNES DE SANTE AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES ET PRIVEES ET DE ME TENIR INFORME DE TOUTES DIFFICULTES RENCONTREES.

Le Directeur de la Prévention

MR KELLOU

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION

Circulaire n°01/MSP/DP

Messieurs les DSPS/tous

Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires/tous

" Pour diffusion générale et affichage permanent "

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PLAIE A RISQUE TETANIGENE

STATUT VACCINAL	NATURE DU RISQUE			
	RISQUE modéré	RISQUE élevé		
	-Plaies minimisées -Ulcères cutanés -Intervention chirurgicale	-Plaies larges souillées avec corps étrangers et / ou vues tardivement -Ulcères cutanés -Avortements -Brûlures -Gangrènes -Blessures par armes à feu		
	DT (3)	BAT (4)	DT	BAT
Sujet bien vacciné (1) - Dernière dose de vaccin datant de moins de 5 ans	Non	Non	Non	Non
Dernière dose de vaccin entre 5 à 10 ans	Non	Non	1 rappel de vaccin	Non
Dernière dose de vaccin datant de plus de 10 ans	1 rappel de vaccin	Non	1 rappel de vaccin	Oui
Vaccination incomplète	1 dose da vaccin puis compléter la vaccination selon le calendrier vaccinal	Non	1 dose da vaccin puis compléter la vaccination selon le calendrier vaccinal	Oui
Sujet non vacciné ou vaccination incertaine (2)	1 dose da vaccin puis compléter la vaccination selon le calendrier vaccinal	Oui	1 dose da vaccin puis compléter la vaccination selon le calendrier vaccinal	Oui

sujet bien vacciné :

Chez l'enfant : 3 injections de DTCP +2 rappels à 18 mois et à 6 ans

Chez l'adulte : 2 injections de VAT + 1 rappel un an après la 2^{ème} injection et un rappel tous les 10 ans

Ou

2 injections de DT + 1 rappel un an après la 2^{ème} injection et un rappel tous les 10 ans

Sujet non vacciné

La primo vaccination comporte 2 doses de DT à 1mois d'intervalle

1 rappel est nécessaire 1 an après la primo vaccination

1 rappel tous les 10 ans

La dose vaccinale de DT est de 0,5ml à administrer par voie IM ou sous cutanée :

Enfant de moins de 16 ans : utiliser le DT pédiatrique

Enfant plus âgé et adulte : utiliser le DT adulte

Chez la femme enceinte : utiliser le VAT au lieu du DT

Le SAT ne doit jamais être utilisé seul. Il ne faut jamais injecter de sérum sans vacciner

Le SAT est un sérum hétérologue (d'origine équine). Il est utilisé à la dose de 1500 à 3000 unités en sous-cutanée. En raison de chocs anaphylactiques, ce sérum doit être testé par la méthode de BESREDKA (3 injections successives de 0,1-0,25ml puis la dose totale à un quart d'heure d'intervalle. si une réaction se manifeste après l'une des 2 premières injections, arrêter la sérothérapie.

L'injection de sérum se fait en un point éloigné de l'injection de vaccin et avec une seringue différente

Il est nécessaire d'avoir à sa disposition le moyen de traiter les phénomènes de choc : Adrénaline, Corticoïdes injectables

La désinfection et le parage de la plaie devront être systématiques

L'antibiothérapie sera prescrite en fonction de la nature de la plaie

Le vaccin DT, le VAT, le SAT doivent être disponibles dans toutes les structures de santé plus particulièrement celles qui reçoivent des urgences médico-chirurgicales et dans les services de chirurgie, de brûlés et de maternité.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

**INSTRUCTION N° 1 DU 15 JANVIER 2015 RELATIVE AUX MODALITES DE VACCINATION
 DANS LES CABINETS MEDICAUX ET LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVES**

Destinataires :	- Messieurs les Walis	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie	Pour Information
	-Madame et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population :	Pour exécution et suivi
	En communication à Mesdames et Messieurs les : - Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Privés - Les Médecins des cabinets privés	Pour exécution Pour exécution

Pièces jointes :

- **Canevas de notification des actes vaccinaux**
- **Canevas de notification des Manifestations Post Vaccinales Indésirables (MPVI)**

Suite aux différentes missions d'inspection menées dans les structures de santé privées, il a été constaté des dysfonctionnements et des anomalies inacceptables en matière de vaccination caractérisées notamment par i) le non-respect de la chaîne de froid, ii) le non-respect des délais d'utilisation des flacons multidoses, iii) l'absence de toute notification des actes vaccinaux et des manifestations post vaccinales indésirables.

Partant du principe que le secteur privé est un acteur dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique, il est, par conséquent, attendu de ce dernier de se conformer aux directives nationales, notamment, dans le cas présent, en matière de vaccination.

A cet effet, la présente instruction vient préciser les modalités réglementant l'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

CONCERNANT L'AUTORISATION DE DISPENSE DES PRESTATIONS DE VACCINATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Seuls les Cabinets Médicaux privés et les Etablissements Hospitaliers Privés qui satisferont aux conditions, ci-dessous édictées, seront autorisés à dispenser ces prestations de vaccination.

Cette autorisation sera délivrée par le Directeur de la Santé et de la Population de la wilaya territorialement compétent. Elle est assujettie à :

- l'inscription dans le fichier client de l'Institut Pasteur d'Algérie, la souscription au cahier des charges ci-après.

CONCERNANT LE CAHIER DES CHARGES

Le cahier des charges qui vient organiser les modalités de vaccination dans les cabinets médicaux et les établissements hospitaliers privés comporte les clauses et règles suivantes auxquelles doit souscrire tout postulant :

1. l'engagement à ne pratiquer ICI vaccination qu'avec les vaccins fournis par l'Institut Pasteur d'Algérie,
2. le strict respect du calendrier vaccinal national en vigueur, et le report de chaque acte

vaccinal sur le carnet de santé

3. le strict respect des règles inhérentes à l'acte vaccinal telles qu'édictees ci-dessous :
 - l'ouverture et la tenue d'un registre des vaccinations coté et paraphé à l'effet d'enregistrer ;
 - chaque acte vaccinal réalisé sur un registre côté et paraphé dans lequel seront reportés : nom, prénom, date de naissance, nom du père et/ ou de la mère, numéro de téléphone du père et/ou de la mère, adresse complète des parents, type de vaccin administré, numéro de lot, date de péremption ;
 - tout cas de manifestation post vaccinale indésirable(MPVI), et de le reporter sur le carnet de santé de l'enfant ;
 - la notification mensuelle à la Direction de la Santé et de la Population, territorialement compétente, conformément au canevas ci-joint, de tous les actes vaccinaux réalisés ;
 - la notification de toute manifestation post vaccinale indésirable (MPVI) et ce, dès son apparition, à la Direction de la Santé et de la Population territorialement compétente conformément aux canevas ci-joints (formulaire 1 et formulaire 2) ;
 - le respect des délais d'utilisation des flacons entamés qui ne doivent pas dépasser les 24 heures après leur ouverture.
4. le strict respect de la chaîne de froid depuis l'enlèvement du vaccin de l'Institut Pasteur d'Algérie jusqu'à son utilisation (transport, conservation et stockage) et par conséquent :
 - la disponibilité d'un réfrigérateur destiné à la conservation des vaccins (qui doivent être réfrigérés à une température comprise entre +2°C et +8°C), doté d'un thermomètre de contrôle de la température ;
 - la disponibilité d'une glacière munie d'accumulateurs de glace.

A l'effet de mettre en œuvre les mesures édictées dans la présente instruction :

Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie est chargé de :

- ouvrir un fichier client « vaccins du PEV » à tout demandeur tel qu'identifié ci-dessus et de lui délivrer une attestation d'inscription dans le fichier client ;
- n'approvisionner un cabinet médical ou un établissement hospitalier privé que sur présentation d'une autorisation de dispense de l'activité de vaccination du PEV établie par la Direction de la Santé et de la Population;

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya sont chargés de :

- établir l'autorisation de dispense de l'activité de vaccination du PEV selon les modalités ci-dessus édictées ;
- effectuer des contrôles réguliers au niveau des Cabinets Médicaux et des Etablissements Hospitaliers Privés sur le respect des conditions afférentes à cette pratique et procéder, en cas de non respect, au retrait de l'autorisation d'activité de vaccination.

J'attache une attention particulière à l'application de la présente instruction qui doit faire l'objet d'une large diffusion.

Le Secrétaire Général
Abdelhak SAIHI

FORMULAIRE 1
SUPPORT DE DECLARATION
MANIFESTATIONS POST-VACCINALES INDESIRABLES (MPVI)

WILAYA

Etablissement de santé de :

Centre de vaccination :

Nom et Prénom du malade :

Date de naissance :

Sexe :

Description de la / ou des manifestations indésirables :

Date d'apparition : /___/___/___/ (Jours/Mois/Année)

Date de déclaration : /___/___/___/

Vaccin incriminé	Date d'administration	Voie d'administration (IM-ID-SC)	Point d'injection (Fesse Deltoïde...)

Antécédents de %PVI lors d'une vaccination antérieure

Le patient a-t-il déjà présenté un incident au même vaccin : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

le Type de vaccin :

Le N° de la prise (DTCHibP1-DTCHibP2.....) :

Identité du rapporteur :

- **Nom, Prénom :**
- **Grade :**
- **Lieu d'exercice :**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME
HOSPITALIERE

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
 ET DE PROMOTION DE LA SANTE**

**FORMULAIRE 2
 FICHE D'ENQUÊTE**

Wilaya :	Etablissement de santé :	Commune
Centre de vaccination :	Nom :	Prénom :
		Sexe :
Date de naissance :	Age ('en absence de la date de naissance) :	
Date de déclaration :	Délai d'apparition des symptômes : jours/Minutes/Heures) :	
Date de vaccination :	Date de l'enquête :	
Antécédents personnels (Terrain allergique, médicaments reçus, convulsions...) :		
Type de MPVI locale : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Abcès au point d'injection</i> oui/non/inconnu • <i>Lymphadénite liée au BCG</i> oui/non/inconnu • <i>Réaction locale grave</i> oui/non/inconnu Autre Anaphylaxie : oui/non/inconnu <i>Fièvre :</i> oui/non/inconnu <i>Choc toxique :</i> oui/non/inconnu		
Atteinte neurologique(système nerveux central) : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Paralysie Flasque Aigue :</i> oui/non/inconnu • <i>Encéphalopathies, Encéphalite/Méningite :</i> oui/non/inconnu • <i>Convulsions :</i> oui/non/inconnu Autres manifestations (préciser) :		
Vaccin(s) suspect(s)	Détails sur le vaccin	
Nom du vaccin utilisé :	N° de lot Fabricant :	
(BCG, DTC, POLIO, Rougeole)	Date de péremption :	
Traitement :	oui/non/inconnu	Si oui, lequel :
Hospitalisation :	oui/non/inconnu	Si oui indiquer l'hôpital :
Décès :	oui/non/inconnu	
Prélèvements et envoi d'échantillons (cas échéant) :		
type d'échantillon	Date prélèvement	Expédié à Date d'envoi
CAUSE RETENUE : ERREUR PROGRAMMATIQUE		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
MPVI LIEE AU VACCIN		
MPVI SURVENUE PAR COINCIDENCE ou INCONNUE		
EVOLUTION : MPVI persistante <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Guérison <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Séquelles <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Décès <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		
		Type de séquelles : Si Oui Date du décès
Partie réservé au Comité de Pharmacovigilance		
Classification finale :	ERREUR PROGRAMMATIQUE	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	MPVI LIEE AU VACCIN	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	MPVISURVENUE PAR COINCIDENCE ou INCONNUE	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
 ET DE PROMOTION DE LA SANTE**

SUPPORT MENSUEL D'EVALUATION DES ACTES VACCINAUX DU PEVDE ROUTINE
ANNEE :.....

Mois De :.....

Wilaya :.....

Etablissement Hospitalier Privé/Cabinet Médical Privé :.....

Vaccins	Nombre d'Enfant vaccinés <1 an	Vaccins	Nombre d'Enfant vaccinés >1 an	Nombre de MPVI par vaccin
BCG				
VPO		VPO		
DTCHib		Dt Pédiatrique		
DTCHib		Dt Adulte		
DTCHib				
HBV1				
HBV2				
HBV3				
VAR				

Nbre de femmes enceintes vaccinées au : dT dT dT3 dT4 dT5

Plan National d'Éradication de la Poliomyélite

ALGER LE 24 /07/1993

INSTRUCTION N° 459/MSP/DP/SDSML.
PORTANT PLAN NATIONAL D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS.

DIFFUSION A :

- MESSIEURS LES DSPS TOUS.
- MESSIEURS LES DIRECTEURS GENERAUX DES CHU
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES EHS
- MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL DE L'INSP
- MADAME LE DIRECTEUR GENERAL DE L'INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE (IPA)

POUR EXECUTION

1 - INTRODUCTION :

Durant les deux années 1991 et 1992, aucun cas de poliomyélite n'a été notifié à travers tout le territoire national. Parallèlement, on note une amélioration de la couverture vaccinale. Selon les derniers chiffres de l'enquête PAPCHILD 92 pour les enfants de 03 à 24 mois, les taux suivants sont retrouvés :

DTCOQ POLIO 1: 95%

DTCOQ POLIO 2: 92%

DTCOQ POLIO 3: 89%

Aussi l'Algérie s'engage pleinement dans l'objectif mondial d'éradication de la poliomyélite et La présente instruction m pour objet la mise en œuvre de l'ensemble des actions liées à ce programme.

II -OBJECTIFS DU PLAN NATIONAL D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS :

II.1- Eradiquer la poliomyélite en Algérie d'ici l'an 1997 :

Absence de cas de poliomyélite clinique dus au poliovirus sauvage,

II.2- Atteindre et maintenir dès la fin 1993 un taux de couverture **vaccinale d'au moins 90%, chez les enfants avant L'âge d'un- an, à travers l'ensemble des communes des secteurs sanitaires du pays, que ce soit en zone **urbaine** ou en **zone** rurale, pour la 3^{ème} prise de vaccin antipoliomyélique.**

II.3- Investiguer tous les cas de paralysie -flasque aiguë <PFA> :

Tous les cas de P. F. A. sont considérés comme des cas suspects de poliomyélite.

II.4- Améliorer le système de surveillance et généraliser la déclaration de "zéro cas" au niveau de toutes les structures sanitaires du pays.

III - CONTENU DU PROGRAMME :

III.1 — Amélioration de la Couverture Vaccinales :

Pour améliorer la Couverture Vaccinale et éradiquer la poliomyélite il est nécessaire que chaque enfant avant l'âge d'un an reçoive les 3 doses de vaccin antipoliomyélitique oral.

Les stratégies de vaccination sont :

- La vaccination permanents et la mise en place de mini~ campagnes" de vaccination au niveau des secteurs sanitaires qui cibleront les zones à basse couverture vaccinale.
- La vaccination à tout contact :

Le Programme Elargi de Vaccination (P.E.V.) préconise la vaccination à tout contact des enfants avec les structures sanitaires suivant le calendrier vaccinal en vigueur. Pour cela, il s'agit de :

- vérifier l'état vaccinal de tous les enfants à consultation dans une structure de santé (services de consultations externes ou hôpital> et s'il y a lieu les vacciner. Lorsque un retard est intervenu dans la réalisation du calendrier, il n'est pas nécessaire de recommencer tout le programme de vaccination (cf guide des vaccinations-MSP 1992).
- sensibiliser le personnel de santé à fournir en plus des actes curatifs, des services préventifs tels que la vaccination
- le suivi des abandons
- Chaque structure sanitaire évalue à son niveau le taux d'abandon de la vaccination des enfants dont elle a la charge. La relance ou le suivi de ces abandons est primordial, Il se fera régulièrement par cohorte mensuelle (cf guide des vaccinations) :
- soit par convocations répétées des enfants en abandon de vaccination.
- ~ soit par prise en charge par l'équipe mobile du secteur sanitaire.

III-2 – Renforcement de la chaîne froid :

Un fonctionnement efficace de la chaîne de froid demeure une priorité de la stratégie du PEV et un élément fondamental dans la réussite du programme d'éradication de la poliomyélite.

Le vaccin antipoliomyélitique oral est le vaccin le plus sensible à la chaleur parmi les vaccins du PEV- Par conséquent l'objectif est d'obtenir une parfaite conservation de la chaîne de froid tout au cours de l'acheminement des vaccins depuis le fabricant. Jusqu'à l'utilisateur à l'échelon périphérique.

Aussi, il est indispensable de déclarer toute rupture de cette chaîne de froid aux services compétentes (cf guide de vaccination).

III.3 – Renforcement des activités de laboratoire

Le laboratoire de l'Institut Pasteur d'Algérie de Sidi-Fredj est le seul laboratoire national de surveillance pour l'isolement du poliovirus, l'identification du type antigénique (1,2 au 3 et de la souche (vaccinale au sauvage).

- *Une fiche technique relative aux prélèvements de selles et de sérums figure en annexe ainsi que la fiche de laboratoire (annexe 2) qui accompagnent obligatoirement chaque prélèvement effectué. Ces fiches doivent être diffusées largement à tous les niveaux.

III.4- Dynamisation de la formation

Pour obtenir les compétences nécessaires à l'éradication de la poliomyélite, la formation est prioritaire.

Cette formation concernera tous les aspects pratiques du plan d'action d'éradication de la poliomyélite tels que la définition du cas, la surveillance épidémiologique et les indicateurs de progrès, la collecte des échantillons et la technologie de la chaîne de froid.

A cet effet»il est nécessaire de procéder à :

- * L'établissement de supports pédagogiques à partir de la présente instruction inspirée du plan d'action d'éradication de la poliomyélite (distribué lors de la formation des responsables des Services d'Epidémiologie et de Médecine Préventive ainsi qu'au guide des vaccinations.
- * L'organisation de séminaires concernant tous les aspects pratiques- du programme d'éradication de la poliomyélite.

III. 5 - sensibilisation et mobilisation sociale

Un niveau d'engagement élevé vis à vis de l'éradication de la poliomyélite est capital si l'on veut développer la planification, les ressources et la motivation du public et ce, en élaborant un plan d'action local en matière de communication sociale par le biais des médias locaux et des voies traditionnelles de communication, en direction des professionnels, de santé et du grand public.

III. 6 - Supervision

A- Au niveau national

C* est la Commission Nationale d'Eradication de la Poliomyélite (CNEP) installée auprès de la Direction de la Prévention qui supervise le programme à l'échelle nationale. Elle sera chargée également d'effectuer des supervisions sur le terrain.

B- Au niveau intermédiaire

C'est le responsable du PEV au niveau de chaque Directions de Santé et de la Protection Sociale (DPS) de la **wilaya** (le médecin, ou le chef de bureau ou le chef de service SMI,,) qui est chargé de la supervision du programme, en collaboration avec la commission de wilaya d'éradication de la poliomyélite (CWEP).

Un rapport trimestriel de supervision des activités du programme sera adressé à la commission, nationale par cette commission de wilaya.

C- Au niveau local

Le Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) constitue la cellule primordiale pour la supervision du programme d'éradication de la poliomyélite au niveau du secteur sanitaire et du CHU, en collaboration également avec la commission de wilaya.

III 7 - Evaluation

L'évaluation du programme d'éradication doit se faire :

- Mensuellement au niveau du SEMEP.
- Trimestriellement au niveau de la DPS.

Les éléments *de* cette évaluation sont :

- a- Le taux de couverture vaccinale <cf Instruction N°342 du 28/04/92).
- b- Le nombre total de FFA déclarées (voir chapitre V.3.3)
- c- La complétude de la notification (voir chapitre V.3.3)
- d- La notification des cas en temps voulu (voir chapitre V.3.3)
- e- La complétude des échantillons de laboratoire (voir chapitre V.3.3)
- f- La complétude de l'enquête épidémiologique (voir chapitre V.3.3)
- g- Le suivi des cas (voir chapitre V.3.3)
- h- Le nombre de cas confirmés :
 - cliniquement
 - par le laboratoire

IV- ASPECTS SPECIFIQUES DU PROGRAMME :

IV. 1- Définition des cas de poliomyélite

On entend par cas suspect de poliomyélite tout patient atteint de Paralyse flasque Aiguë qui ne s'explique par **aucune** autre cause".

Voir: rappel sur la poliomyélite antérieure aiguë (annexe 3)

Il faut rappeler que l'apparition d'un seul cas de poliomyélite constitue une épidémie.

IV. 2. La conduite à tenir devant une suspicion de poliomyélite

La conduite à tenir s'appuie sur les aspects techniques développés dans les annexes de la présente instruction ;

- classification des cas ; (annexe 4)
- critères diagnostic : (annexe 5)
- fiche technique d'examen EMG : annexe b destinée aux laboratoires d'électromyographie,
- Activités liées aux examens de laboratoire (annexe 1 et 2)

IV 3 = MESURES DE LUTTE A PRENDRE DEVANT CHAQUE CAS DE PFA :

IV. 3. 1 Mini-campagnes de vaccination de contrôle de l'épidémie

Une mini-campagne de vaccination sera entreprise dans la localité, ou dans le quartier où est apparu un cas qui satisfait à la définition standard d'un cas suspect de poliomyélite.

A cet effet, il faut:

- Vacciner tous les enfants de 0 à 5 ans révolus
- Utiliser le vaccin polio oral selon le schéma suivant :
 - . Deux prises vaccinales espacées de 10 jours
 - . La troisième prise un (01) mois après la deuxième prise

IV. 3. 2= Contrôle de l'eau potable

- Analyse de l'eau potable
 - Prélever deux litres d'eau consommée habituellement par le malade, dans un ou plusieurs récipients en verre, propres et fermant hermétiquement.
 - Analyse des eaux usées:
 - Prélever deux litres d'eau, tous les six mois, à plusieurs endroits de la ville (mêmes modalités de prélèvement que pour l'eau potable).

IV. 4. Envoi au laboratoire de l'IPA des différents prélèvements

Il est impératif de respecter les éléments développés dans les annexes relatives à ce sujet.

V – LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

La poliomyélite fait partie des maladies à déclaration spéciale de situation épidémiologique puisqu'il est stipulé qu'un seul cas de poliomyélite constitue la manifestation d'un processus épidémique. Il est rappelé que le système actuel est juridiquement fondé sur une loi de 1985, repris et complété par l'arrêté n°179/MSP/CAB. du 17/11/90 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et par la circulaire n°1126/MSP/DP/SDPG de la même date, ordonnant à tout médecin quelque soit son régime et son lieu d'exercice, sous peine de sanctions administrative et pénales, de déclarer immédiatement toute maladie à déclaration obligatoire diagnostiquée, qu'elle soit suspectée ou confirmée.

Aussi, le système de déclaration d'un cas de poliomyélite s'articulera de la manière suivante :

V.1 La déclaration des cas de poliomyélite :

V.1.1 Déclaration spéciale de situation épidémiologique

En référence à ce qui précède, le médecin ou le responsable de laboratoire est tenu de déclarer au secteur sanitaire territorialement compétent, par les voies de communications les plus rapides (téléphoné, télex, ou autres moyens), la suspicion ou le

diagnostic d'un cas de poliomyélite. Cette notification sera d'autre part portée au niveau du support hebdomadaire des maladies à déclaration obligatoire.

V.1. 2- Déclaration précoce des cas suspects de poliomyélite

La déclaration de tout cas suspect de poliomyélite doit être immédiate, afin que les dispositions contenues dans la présente instruction soient prises.

« Remarques pour rétablir les relevés »

Selon les **cas**, les indications suivantes doivent figurer dans la colonne "observations" des relevés de déclaration

- statut vaccinal (date et lieu de vaccination)
- campagnes de vaccinations entreprises de contrôle de l'épidémie. analyse des eaux : « eau potable » eaux usées
- cas décédé

V.1.3 – Circuit des déclarations

a- au niveau du secteur sanitaire

La Direction du secteur sanitaire organise la collecte des notifications des maladies à déclaration obligatoire effectuées par les médecins relevant de son autorité. La périodicité de cette collecte ne doit en aucun cas excéder une semaine.

En cas d'absence de déclaration de maladie pendant une semaine, l'état hebdomadaire avec mention "**néant**" sera établi par le responsable du secteur sanitaire. Il portera en plus la mention "zéro cas de poliomyélite".

b- au niveau du CHU:

Le Directeur de l'unité collecte chaque jour les relevés de déclarations au niveau de son établissement. Il en adresse **au fur et** à mesure un exemplaire à la Direction Générale du CHU (DAPM) **et un** autre au Directeur du Secteur Sanitaire territorialement compétent.

c- au niveau des structures privées:

Le médecin exerçant à titre **privé** adressera l'état habituel, par voie et **en** franchise postale, « **au fur et** à mesure, les déclarations au directeur du secteur sanitaire territorialement compétent, conformément à la circulaire n°179 de nov 1990; cet état portera en plus la mention "**zéro cas** de polio".

d- Notification des maladies par le laboratoire:

Le laboratoire national de **surveillance** de l'institut Pasteur d'Algérie doit déclarer les cas de poliomyélite confirmés à:

- La Direction de la Prévention du Ministère de la Santé et de la Population (CNEP)
- L'Institut National de Santé Publique
- Le DSPS de la wilaya concernée (CWEP).
- Le directeur du secteur sanitaire qui a déclaré le cas.

e- Traitement des relevés des maladies à déclaration obligatoire par les SEMEP:

Les déclarations des maladies sont traitées et exploitées par le SEMEP du secteur sanitaire territorialement compétent. Après enquête épidémiologique et mise en **place** de mesures prophylactiques ou de lutte s'il y a lieu, **ce** service établit un état hebdomadaire des déclarations des maladies. Cet état qui portera en plus la mention "zéro cas de polio", **si** aucun cas **n'a** été notifié. Cet état est adressé régulièrement en un exemplaire aux destinataires suivants :

- Direction de la Prévention {Ministère de la, santé}.
- Institut National de Santé Publique.
- Direction de la Santé de wilaya.

Le SEMEP doit en plus:

- tenir un registre où figure l'ensemble des structures situées sur le territoire du secteur sanitaire.

Le responsable de service note chaque semaine la réception des relevés, il suit et évalue l'origine des déclarations»

- Faire le récapitulatif mensuel des cas confirmés un exemplaire de cet état est adressé régulièrement aux mêmes destinataires

NB : Quand des cas de maladies sont originaires d'un autre secteur sanitaire, le Directeur du secteur, **qui** a reçu notification, est tenu d'en informer immédiatement le secteur sanitaire concerné,

V.2 – Enquête des cas suspect de poliomyélite

Le responsable chargé de la surveillance épidémiologique au niveau du SEMEP sera informé immédiatement de chaque cas suspect de poliomyélite.

Il procédera à une enquête épidémiologique sur la base du support d'enquête des cas suspects de PFA adapté à partir du prototype proposé par l'OMS (annexe 7 **ci-joint**, formulaire d'enquête sur les cas de poliomyélite) et qui prévoit entre autres :

Au premier contact:

- * deux (02) échantillons de selles à 24-48 heures d'intervalle pour l'examen virologique.
- * deux (02) échantillons de sérum sanguin dont le premier sera prélevé le plus tôt possible après le début de la maladie et le deuxième trois semaines après le premier; un troisième échantillon peut être éventuellement réalisé en cas de besoin pour compléter l'examen sérologique.

Le suivi:

- ❖ un examen de suivi à 60 jours au terme duquel le cas est reclassé en cas "confirmé" au "rejeté" ou a investiguer.

Au terme de l'enquête, un rapport préliminaire devra être adressé à la CNEP et comportera le maximum de données en la possession du service de santé. Les données restantes seront adressées dès qu'elles seront réceptionnées.

V.3 - Aspects spécifiques à la notification des cas de polio.

V.3.1 - Déclaration et investigation de tous les cas de Paralyse Flaccide Aiguë (PFA).

V.3.2 – Généralisation de la notification du « zéro cas de polio » au niveau :

- de toutes les structures sanitaires de base.
- de tous les services hospitaliers des secteurs sanitaires et CHU, en particulier tous les services hospitaliers spécialisés : pédiatrie, maladies infectieuses, neurologie, centres, de rééducation – fonctionnelle.....
- du laboratoire national de surveillance de l'IPA.
- De tous les praticiens du secteur privé,

V.3.3- Utilisation d'indicateurs pour évaluer la qualité de surveillance épidémiologique

a- Complétude de la notification

C'est le pourcentage de structures sanitaires qui déclarent "zéro cas de polio" dans la semaine qui suit la date prévue de notification.

b-Notification des cas en temps voulu

C'est le pourcentage de cas suspects signalés dans la semaine qui suit le début de la paralysie. Un programme efficace devrait atteindre 80% d'efficacité pour cet indicateur.

c- Complétude des échantillons de laboratoire.

C'est le pourcentage de cas suspect pour lesquels un échantillon de selle a été prélevé dans les 24 heures qui suivent la première consultation.

d- Complétude de l'enquête épidémiologique

C'est le pourcentage de cas suspects pour lesquels une enquête épidémiologique "complète" est réalisée : fiche d'enquête, 2 prélèvements de selles à 24- 48 heures d'intervalle, 2 prélèvements de sérum sanguin, prophylaxie de l'entourage.

e- Suivi des cas

C'est le pourcentage des cas suspect suivis dans les 60 jours qui suivent le début de la paralysie. Un programme efficace doit, atteindre au moins 90% pour cet indicateur. Le Directeur du secteur sanitaire (SEMEP) est chargé de veiller au respect de ces indicateurs et de prendre les mesures nécessaires.

Le DSPS est chargé d'évaluer cette activité.

VI - ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Une Commission Nationale d'Eradication de la poliomyélite (CNEP) a été installée auprès de la Direction de la Prévention du Ministère de la Santé et de la Population.

Il est nécessaire de mettre en place au niveau de chaque wilaya une commission de Wilaya d'Eradication de la Poliomyélite (CWEP) qui sera constituée :

Des responsables des SEMEP de la wilaya.

Du responsable du PEV de la Direction de Santé de la Wilaya.

De 3 à 4 médecins choisis dans les spécialités suivantes (quelque soit leur régime d'exercice) :

Pédiatrie.

Maladies Infectieuses.

Epidémiologie.

Rééducation Fonctionnelle.

Neurologie.

Les tâches de cette commission (CWEP) sont :

Veiller à la déclaration immédiate de tout cas suspect de poliomyélite (tout cas de PFA).

Veiller à l'investigation de tout cas de PFA si possible dans les 48 heures.

Veiller à reclasser le cas en "cas confirmé", ou en "cas rejeté", ou en cas suspect dans les 60 jours qui suivent le début de la maladie.

Cette commission doit se réunir de manière extraordinaire pour statuer sur chaque cas de poliomyélite déclaré à l'échelle de la wilaya et tous les trois (03) mois de manière ordinaire pour une analyse de la situation épidémiologique de la wilaya en matière de poliomyélite.

Sur la base de toutes les données, le cas sera alors soumis à la Commission Nationale d'Eradication de la Poliomyélite (CNEP) qui entre autre, doit s'assurer que les cas suspects de poliomyélite ne soient pas déclarés plus d'une fois et procéder à la classification définitive des cas suspects de poliomyélite

La coordination de cette commission est sous la responsabilité du Directeur de la Santé de la wilaya.

Tout ce qui précède est extrait du Programme National d'Eradication de la Poliomyélite.

Il vous est demandé de procéder s

1. à une large diffusion de cette instruction auprès des personnels et des services concernés (pédiatrie, maladies infectieuses, rééducation fonctionnelle, neurologie, SEMEP....),
 2. de poursuivre et de systématiser jusqu'au niveau de l'unité de soins de base le processus de formation entamé, en matière de vaccination en général et d'éradication de la poliomyélite **en** particulier,
 3. à l'installation de la Commission de Wilaya d'Eradication de la Poliomyélite **(CWEP)** tel que stipulé dans le chapitre IV en veillant à m'adresser un exemplaire de la décision d'installation de cette commission,
- et de me tenir informé de toute difficulté rencontrée.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

SIGNE : DR A. CHAKOU

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION

INSTRUCTION N° 166/MSP/DP

DESTINATAIRES

MM LES DSP / TOUS

« Pour exécution »

MM LES DIRECTEURS DES SECTEURS

SANITAIRES / TOUS

« Pour exécution »

MM LES DG DES CHU / TOUS

« Pour exécution »

MM LES DG DES EHS / TOUS

« Pour exécution »

OBJET : CONSOLIDATION DU PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS

Le Programme National d'Eradication de la Poliomyélite a été mis en place en 1993 (Instruction Ministérielle N°459 du 24/07/1993).

Les objectifs assignés à ce programme sont

- Eradiquer la poliomyélite d'ici. L'An 2000 c'est à dire l'absence de cas cliniques dus au virus polio sauvage.
- Atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale pour la 3ème prise du vaccin. antipoliomyélique oral (VPO) d'au moins 90% chez les enfants de moins de 1an à travers l'ensemble des secteurs sanitaires aussi bien en zone urbaine qu'en zone éparsée.
- Améliorer la surveillance épidémiologique notamment par l'investigation de tous les cas de Paralysie Flasque Aiguë (PFA.) déclarés et la généralisation de la déclaration du « Zéro Cas » au niveau de toutes les structures de santé.

L'évaluation du programme montre :

- * Une persistance de la circulation du poliovirus sauvage : 1cas en 1995 à
1 cas en 1996 à Illizi

Une insuffisance du taux de couverture vaccinale pour la 3ème prise de VPO

ANNES	1991	1992	1993	1994	1995	1996
TX DE CV EN %	82	78	73	75	74	77

- Des indicateurs de performance de la surveillance des PFA très en dessous des normes OMS.
- Cette Instruction a pour objectif principal la relance du Programme National d'Eradication de la Poliomyélite.

J'attache une importance considérable à la large diffusion et à l'application de cette instruction.

Tous les moyens doivent être mis en place pour permettre un renforcement des activités du programme au niveau de toutes les structures de santé quelles soient publiques ou privées.

Le Directeur de la Prévention

Signé : Pr. J.P GRANGAUD

Dans la perspective d'une meilleure prise en charge des cas suspects de poliomyélite, les indications suivantes doivent être prises en compte :

1- DEFINITION DU CAS SUSPECT DE POLIOMYELITE

« On entend par cas suspect de poliomyélite tout cas de Paralyse flasque Aiguë (PFA) y compris le Syndrome de Guillain Barré chez un enfant de moins de 15 ans qui ne s'explique par aucune cause apparente »

Le Syndrome de Guillain Barré au même titre que toutes les autres PFA doit être investigué et faire l'objet de prélèvements de selles.

La classification du cas suspect de poliomyélite est provisoire : dans les 60 jours qui suivent le début de la paralysie, le cas est revu et reclassé :

en cas « confirmé » : paralysie flasque aiguë avec ou sans paralysie résiduelle et isolement du virus sauvage dans les selles

soit en cas « compatible » : lorsque :

- * les 2 prélèvements de selles n'ont pas été faits mais il persiste une paralysie résiduelle
- * le cas est décédé
- * le cas a été perdu de vue

soit en cas « écarté »

II- CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE (PFA) A - POUR LE MALADE

1- Déclaration immédiate Par Fax ou Téléphone :

*DSP de la Wilaya concernée

*Direction de la Prévention du Ministère de la Santé et de la Population

* INSP

2- Hospitalisation immédiate dès la première consultation

3- Effectuer les prélèvements nécessaires dans les meilleurs délais dès l'hospitalisation du cas

3-1/ Prélèvements de selles

FAIRE OBLIGATOIREMENT 2 PRELEVEMENTS DE SELLES

- * **le 1^{er} prélèvement le plus tôt possible dans les 24 heures qui suivent le début de la paralysie**
- * **le 2^{ème} prélèvement est fait 24 à 48 heures après le 1^{er} de manière à maximiser les chances d'isolement du virus**
- * **les 2 prélèvements de selles doivent être conservés au réfrigérateur à +4 °c en attendant leur envoi à l'IPA dans les 24 heures. Si l'envoi des prélèvements est différé, les selles doivent être gardées au congélateur à - 20°C.**
- * **les 2 prélèvements de selles doivent être acheminés le plus rapidement possible dans les 24 à 48 heures au laboratoire de l'IPA à Sidi-Fredj en veillant à leur transport dans une glacière munie d'accumulateurs de froid (à +4°C)**
- * **les 2 prélèvements de selles doivent être obligatoirement accompagnés de la fiche d'enquête (en Annexe)**
3-2/ Prélèvements sanguins
2 ou 3 prélèvements sanguins seront également faits et adressés à PIPA Sidi-Fredj (Voir Fiche Technique)

B/ POUR L'ENTOURAGE DU CAS DE PFA

1- Enquête épidémiologique

L'enquête épidémiologique doit être réalisée dans les 24 à 48 heures qui suivent la déclaration du cas de PFA.

Le support d'enquête (en Annexe) est adressé dès la fin de l'enquête :

- à la DSP de la Wilaya concernée
- à la Direction de la Prévention /Ministère de la Santé

- à l'INSP

- le même support est adressé à l'IPA lors de l'envoi des 2 prélèvements de selles
Seule la partie réservée au Secteur Sanitaire ou au CHU sera remplie entièrement,

Le support d'enquête est transmis une deuxième fois aux mêmes destinataires 60 jours après le début de la paralysie lors du contrôle du malade : porter la date du contrôle à 60 jours, l'évolution du malade et le diagnostic final retenu.

2- **Prélèvements des sujets contacts**

Faire 1 seul prélèvement de selles pour 5 sujets contacts du cas de PFA. Parmi les enfants et adultes vivant au niveau du même foyer que le malade.

3- **Vaccination**

Dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de lutte, il est impératif d'entamer la vaccination antipoliomyélitique dès la déclaration du cas de PFA. Cette vaccination qui se fera en 2 phases espacées de 4 semaines concernera :

* les enfants de 0 à 5 ans vivants au contact du cas de PFA

* tous les enfants de 0 à 5 ans de la localité où réside le cas

Les enfants sont vaccinés quel que soit leur statut vaccinal antérieur.

FICHE TECHNIQUE : PRELEVEMENTS DE SELLES ET SERUM SANGUINS DEVANT TOUT CAS DE PFA

TYPE DE PRELEVEMENT	QUAND COLLECTER LES ECHANTILLONS	TECHNIQUE DE COLLECTE	MANIPULATION ET CONSERVATION DES ECHANTILLONS
SELLES	<u>Le plus tôt possible de préférence dans les 24 heures qui suivent le début de la paralysie</u> <u>Prélever 2 échantillons à 24 - 48 heures d'intervalle</u> <u>A adresser à l'IPA le plus tôt possible dans les 24 heures suivant les prélèvements</u>	Recueillir 8 grammes de selles dans un récipient propre. Les crachoirs (boîtes à vis) peuvent être utilisées à cet effet Fermer hermétiquement le récipient avec du ruban adhésif Indiquer le Nom, Prénom, le N° d'identification et les dates de collecte des selles	Conserver au réfrigérateur (0°C à + 8° en attendant l'envoi dans 24 heures au laboratoire. Si l'envoi au laboratoire est différé, les 2 prélèvements doivent être mis au congélateur (- 20° en attendant leur envoi. Transporter à l'IPA dans une glacière munie d'accumulateurs de froid Joindre la fiche d'enquête (en Annexe)
SERUM SANGUIN	1 ^{er} Echantillon le plus tôt possible après le début de la maladie 2 ^{ème} Echantillon 3 semaines après le 1 ^{er} 3 ^{ème} Echantillon au besoin	Recueillir 5 - 10 cc de sang dans un tube stérile Indiquer le Nom, Prénom, N° d'identification, et la date de prélèvement	Conserver à température ambiante jusqu'à rétraction du caillot Transvaser le sérum dans un tube en plastique; centrifuger le cas échéant Transporter, conserver expédier comme pour les échantillons de selles

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Direction de la Prévention

INSTRUCTION N° 650 MSPRH/DP/SDSMI DU 17 AVRIL 2004

DESTINATAIRES:

MESSIEURS LES DSP :	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES CHU :	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES EHS :	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES :	POUR EXECUTION
MONSIEUR LE DG DE L'IPA	POUR INFORMATION

OBJET : CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE (PFA)

L'évaluation du programme national d'éradication de la poliomyélite, montre une baisse de la surveillance épidémiologique des cas de Paralysies Flasques Aiguës (PFA) et une baisse des indicateurs de performance de cette surveillance au niveau des secteurs sanitaires et plus particulièrement au niveau des CHU. Le nombre de cas de PFA attendu qui doit être d'au moins 1 cas pour 100.000 enfants de moins de 15 ans n'est pas atteint par l'ensemble des secteurs sanitaires; sur les 97 cas de PFA attendus seuls 54 cas ont été notifiés. De même l'investigation des cas notifiés ne se fait pas selon les indications du programme national. Les prélèvements de selles qui doivent être faits obligatoirement devant tout cas de PFA chez les enfants de moins de 15 ans, ne sont pas systématiquement faits, seuls 61% des cas de PFA ont fait l'objet de deux (02) prélèvements de selles dans les 14 jours qui suivent le début de la paralysie. Les délais de déclaration des cas ne sont pas respectés. Ces prélèvements ne sont pas acheminés dans les délais (48 heures après les prélèvements) au laboratoire de virologie de l'Institut Pasteur de Sidi Fredj.

Cette instruction qui vise à redynamiser la surveillance épidémiologique des PFA doit situer les responsabilités du personnel de santé et des gestionnaires qui doivent mettre en œuvre tous les moyens pour atteindre les objectifs du programme national d'éradication de la poliomyélite.

Cette instruction doit être diffusée à toutes les structures sanitaires de base, tous les services d'hospitalisation des secteurs sanitaires, à tous les services de pédiatrie, de neurologie, maladies infectieuses et de réanimation des CHU et EHS et aux praticiens du secteur privé qui doivent se conformer aux activités suivantes:

1- A LA DECLARATION DU « ZERO CAS » DE PFA CHEZ LES ENFANTS AGES DE MOINS DE 15 ANS PAR LES SERVICES DE PEDIATRIE, DE NEUROLOGIE, MALADIES INFECTIEUSES, REANIMATION DES CHU ET EHS.

UN RELEVÉ HEBDOMADAIRE DOIT ÊTRE ÉTABLI PAR LES CHU ET EHS
LA COORDINATION DE CETTE ACTION EST ASSURÉE CONJOINTEMENT PAR LE SEMEP ET LA DAPM ET L'INFORMATION EST ADRESSÉE PAR FAX A LA DIRECTION DE LA PREVENTION AU PLUS TARD LE DIMANCHE DE LA SEMAINE QUI SUIT.

LA DECLARATION DU « ZERO CAS » DE PFA EST MENSUELLE POUR LES SECTEURS SANITAIRES.

2- A LA DECLARATION IMMEDIATE DE TOUT CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) Y COMPRIS LES CAS DE GUILLAIN BARRE PAR FAX OU TELEPHONE A LA DIRECTION DE LA PREVENTION

3- A LA REALISATION DE 2 PRELEVEMENTS DE SELLES DU CAS DE PFA :

- LE 1^{er} PRELEVEMENT LE PLUS TOT POSSIBLE DES LA DECLARATION
- LE 2^{ème} PRELEVEMENT 24 A 48 HEURES APRES LE 1^{er} PRELEVEMENT.
- LES 2 PRELEVEMENTS DE SELLES SONT CONSERVES AU REFRIGERATEUR EN ATTENDANT LEUR ENVOI AU LABORATOIRE.

4- A L'ENVOI DES 2 PRELEVEMENTS DE SELLES AU LABORATOIRE DE VIROLOGIE DE L'INSTITUT PASTEUR DE SIDI FREDJ DANS LES 48 A 72 HEURES EN VEILLANT A LEUR TRANSPORT DANS UNE

GLACIERE MUNIE D'ACCUMULATEURS DE FROID (+ 4 °C) ACCOMPAGNES D'UNE FICHE DE RENSEIGNEMENT DU CAS.

5- AU CONTROLE DU CAS DE PFA 60 JOURS APRES LE DEBUT DE LA PARALYSIE, A LA RECHERCHE D'UNE PARALYSIE RESIDUELLE OU LA GUERISON IMPERATIF POUR LA CLASSIFICATION DU CAS. LE SEMEP DU SECTEUR SANITAIRE ET DU CHU EST TENU DE PROCEDER A LA RECHERCHE ACTIVE DES CAS DE PFA HOSPITALISES AU NIVEAU DES SERVICES ET DE TRANSMETTRE CHAQUE SEMAINE LE LISTING DES CAS ET LA FICHE D'ENQUETE AVEC :

LE NOM ET PRENOM DU CAS

LA DATE DE NAISSANCE

L'ADRESSE EXACTE

LE SERVICE D'HOSPITALISATION

LA DATE D'HOSPITALISATION

LA DATE DU DEBUT DE LA PARALYSIE

LA DATE DU 1^{er} PRELEVEMENT DE SELLES

LA DATE DU 2^{ème} PRELEVEMENT DE SELLES

LA DATE D'ENVOI DES 2 PRELEVEMENTS A L'IPA SIDI-FREDJ

J'ATTACHE UNE IMPORTANCE CONSIDERABLE A LA LARGE DIFFUSION ET A L'APPLICATION DE CETTE INSTRUCTION.

TOUS LES MOYENS DOIVENT ETRE MIS EN PLACE POUR PERMETTRE UN RENFORCEMENT DES ACTIVITES DU PROGRAMME AU NIVEAU DE TOUTES LES STRUCTURES DE SANTE QU'ELLES SOIENT PUBLIQUES OU PRIVEES. TOUT MANQUEMENT A CES TACHES SERA SEVEREMENT SANCTIONNE.

LA DIRECTRICE DE LA PREVENTION

F.Belatèche

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 05 DU 20 OCT 2010
RELATIVE AU RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA POLIOMYELITIS

Destination	Madame et Messieurs les Walis Madame la directrice Générale de l'Institut National de Santé Publique) Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie Monsieur le Directeur Général de l'EHU Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU Mesdames et Messieurs les Directeurs des EHS Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya En communication avec : Les Directeurs des EPH Les Directeurs des EPSP	Pour information Pour information Pour information Pour exécution Pour exécution Pour exécution Pour exécution et suivi Pour exécution Pour exécution
--------------------	--	---

Dans le cadre de la certification de l'éradication de la poliomyélite en Algérie, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a mis en place un Programme National d'Eradication .Ce programme repose sur les stratégies fondamentales suivantes :

- Une couverture vaccinale élevée des nourrissons par quatre doses de Vaccin Polio Oral(VPO) dans la première année de vie ;
- L'administration de doses supplémentaires de VPO à tous les enfants de moins de cinq ans lors des journées nationales ou sub nationales de vaccination ;
- Une surveillance renforcée du poliovirus sauvage par la notification et l'investigation de toutes les paralysies Flasques Aigues (PFA) chez les enfants âgés de moins de quinze ans allant jusqu'aux adultes jeunes âgés de moins de 40 ans.

Les efforts entrepris ont permis à l'Algérie de ne plus signaler de cas de poliomyélite à virus sauvage depuis l'année 1996 et d'atteindre des taux de couverture vaccinale pour la troisième dose de routine de VPO de l'ordre de 90%.

Cependant, les indicateurs de surveillance encore en dessous des normes internationales fixées (soit un taux ≥ 2 au lieu de 0,9 ou encore 184 cas de PFA à notifier au lieu de 68 notifiés au 05 octobre 2010) ce qui risque de compromettre la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays .Cette faible performance dans la surveillance est due à :

- Une insuffisance de la notification des cas de PFA,
- L'absence de déclaration des cas de Guillain Barré, et
- Au non respect de la procédure de prise en charge des cas de PFA (les 2 prélèvements de selles ne sont pas acheminés dans les 72 heures à l'institut Pasteur de Sidi Fredj ; l'examen clinique du 60^{ème} jour après le début de la paralysie n'est pas pratiqué).

A l'effet, d'obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays et , en vue de renforcer la surveillance des cas de PFA , il est demandé à chaque intervenant de veiller à la mise en œuvre des instructions suivantes :

- **Le médecin traitant est tenu pour chaque cas de :**
 - Procéder à la notification du cas aux services concernés (SEMEP de l'EPSP territorialement compétent , Direction des Activités Médicales du CHU).
 - Faire 02 prélèvements de selles au cas dans les 24 à 48 heures après le début de la paralysie,
 - Veiller à leur acheminement dans les délais requis (72heures suivant le début de la paralysie), accompagnés de la fiche d'enquête dûment remplie.
 - Assurer l'examen clinique de suivi du cas au 60^{ème} jour après le début de la paralysie.

- **Le Gestionnaire (Directeur de la Santé et de la Population de wilaya, Directeur d'établissement) est tenu des :**
 - Assurer la disponibilité des moyens logistiques notamment pour l'acheminement des prélèvements de selles dans les délais requis, à l'institut Pasteur d'Algérie (Sidi Fredj).
- **Le Coordinateur du CHU/EHS/EHU est tenu de :**
 - Faire la recherche active quotidiennement des cas de paralysies flasques aiguës hospitalisés dans les différents services (pédiatrie, neurologie, réanimation médicale, maladies infectieuses, médecine interne, rééducation fonctionnelle et les urgences médicales)
 - Veiller à la notification de tous les cas de PFA y compris le syndrome de Guillain Barré apparaissant chez les enfants âgés de moins de 15 ans allant jusqu'aux adultes jeunes dont l'âge est inférieure à 40 ans, selon les modalités de notification du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,
 - Veiller aux respects de modalités de prise en charge du cas de PFA dès son hospitalisation (pratique de deux prélèvements de selles dans les 24 à 48h qui suivent début de la paralysie et leur acheminement dans les 72h accompagnés d'une fiche d'enquête dûment remplie ,à l'institut Pasteur d'Algérie « Sidi Fredj ») ainsi que la pratique de L'examen clinique du cas au 60ème jour après le début de la paralysie)
 - Collaborer dans le cadre de la coordination des activités du programme d'éradication de la poliomyélite avec le responsable de la prévention relevant de la Direction de la Santé de la Wilaya ainsi, que tous les responsables de Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) relevant de la wilaya d'origine du cas, le cas échéant.
- **Le responsable de Prévention de la DSP est tenu de :**
 - Notifier le cas au Ministère de la Santé, de la Population et de Réforme Hospitalière, et à l'INSP,
 - Assurer l'évaluation locale des activités de surveillance avec l'ensemble des intervenants en vue d'atteindre l'objectif assigné a sa wilaya pour chacun des indicateurs de performance ;
 - Organiser la formation du personnel de santé pour la mise en œuvre de l'ensemble des actions liées à la surveillance de la poliomyélite.

Dans ce cadre, chaque wilaya est tenue d'atteindre au moins le nombre de cas de PFA attendus annuellement tels que fixés dans l'Annexe1.

Compte tenu de l'extrême importance de ces mesures, il vous est demandé, de veiller personnellement à l'application et à la large diffusion de cette instruction.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
الدكتور جمال ولد عباس

Annexe 1
SURVEILLANCE DE LA POLIOMYELITIS EN ALGERIE
Objectif fixé pour chaque Wilaya à atteindre pour l'année 2010
Nombre de cas de PFA

Wilaya	Nbrs de cas de PFA attendus	Nbrs de cas de PFA notifiés AU 5 Octobre 2010
ADRAR	2	1
CHLEF	6	0
LAGHOUAT	2	0
OUM EL BOUAGHI	3	2
BATNA	6	4
BEJAIA	5	1
BISKRA	4	1
BECHAR	1	0
BLIDA	5	1
BOUIRA	4	0
TAMANRASSET	1	0
TEBESSA	4	2
TLEMCEN	5	2
TIARET	5	2
TIZI OUZOU	6	3
ALGER	13	7
DJELFA	6	0
IJEL	4	2
SETIF	9	2
SAIDA	2	1
SIKIDA	5	2
SIDI BEL ABBES	2	3
ANNABA	3	2
GUELMA	2	4
CONSTANTINE	5	0
MEDIA	5	1
MOSTAGANEM	4	0
M'SILA	6	5
MASCARA	4	2
OUARGLA	3	2
ORAN	7	3
EL BAYADH	1	0
ILLIZI	1	0
BOURDJ B ARIREDJ	4	0
BOUMERDES	4	2
EL TARAF	2	2
TINDOUF	1	0
TISSEMSILT	2	0
EL OUED	4	2
KHENCHELA	2	0
SOUK AHRAS	2	1
TIPAZA	3	1
MILA	5	1
AIN DEFLA	4	3
NAAMA	1	0
AIN TIMOUCHENT	2	1
GHARDAIA	2	0
RELIZANE	4	0
TOTAL	184	68

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Le Ministre,

الوزير

20 Octobre 2010

Objet : Certification de l'éradication de la poliomyélite

Cher confrère, Chère consœur

L'éradication de la poliomyélite est un objectif à atteindre d'ici l'an 2015. L'Algérie y adhère pleinement et ne saurait manquer ce rendez-vous important pour la santé publique.

A cet effet, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a mis en place un Programme National d'Eradication de cette maladie.

L'une des stratégies principales de ce programme repose sur la surveillance épidémiologique de toutes les Paralysies Flasques Aiguës (PFA) y compris le syndrome de Guillain Barré et leur investigation notamment le recueil de deux prélèvements de selles dès hospitalisation du cas, leur acheminement dans les 72 heures à l'Institut Pasteur de Sidi Fredj, ainsi que l'examen de suivi du cas au 60ème jour après le début de la paralysie.

Dans le souci de renforcer le dispositif de notification et de prise en charge du cas de PFA, il a été, récemment, mis en place en plus du Comité National et de Wilaya d'Eradication de la Poliomyélite, le Comité National de Certification et le Sous Comité de Confinement du poliovirus sauvage, en appui au coordinateur désigné au sein de chaque structure sanitaire (CHU/EHS/EHU).

Le succès de ce programme dépend de nous tous, il permettra à l'Algérie d'obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite, aussi chaque intervenant est appelé à assumer ses responsabilités dans le cadre des prérogatives qui lui sont dévolues.

Confiant dans la tradition de dévouement, d'abnégation et d'engagement du corps médical algérien, je reste convaincu de votre adhésion et de votre participation pleines et actives à ce programme de sauvegarde de notre enfance.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
الدكتور جمال ولد عباس

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
 مديرية الوقاية
DIRECTION DE LA PREVENTION
CIRCULAIRE N° 01 DP/MSPRH RELATIVE AUX CONDITIONS D'ACHEMINEMENT DES
PRELEVEMENTS DE SELLES DES CAS PARALYSIES FLASQUES AIGUES

Destinataires :	
* Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie	Pour information
* Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran	Pour exécution
 * Monsieur les Directeurs Généraux des CHU	 Pour exécution
* Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population	Pour exécution et suivi
en Communication avec Madame et Messieurs :	
- Les Directeurs des EH	Pour exécution
- Les Directeurs des EHS	Pour exécution
- Les Directeurs des EPH	Pour exécution
- Les Directeurs des EPSP	Pour exécution

Référence Instruction Ministérielle n°05 du 20 octobre 2010 relative au renforcement de la surveillance de la poliomyélite

Dans le cadre de la certification de l'éradication de la poliomyélite, en Algérie, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a mis en place un Programme National d'Eradication dont l'une des stratégies fondamentales repose sur la surveillance épidémiologique de tous les cas de Paralysies Flasques Aiguës (PFA) y compris le syndrome de Guillain Barré et leur investigation, notamment par le recueil de deux prélèvements de selles dès hospitalisation du cas, leur acheminement dans les 6072 heures à l'Institut Pasteur de Sidi Fredj, ainsi que l'examen de suivi du cas au 60ème jour après le début de la paralysie, A l'effet d'assurer l'acheminement de deux prélèvements de selles dans les conditions et délais requis le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, a mis en place un dispositif de transport de ces prélèvements de selles reposant sur le courrier express par UPS (United Parcel Service), réalisé dans le cadre d'un partenariat: avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La mise en œuvre de ce dispositif d'acheminement des deux prélèvements de selles de la structure de santé, jusqu'à l'Institut Pasteur de Sidi Fredj, débutera à compter du 1er mars 2012.

A cet effet, devant tout cas de PFA, y compris le syndrome de Guillain Barré, est impératif de veiller au respect des instructions suivantes :

1. S'assurer avant de faire appel au courrier express « UPS » que :
 les deux prélèvements de selles du cas de PFA ont été faits (le 1er dès hospitalisation, et le 2ème 24h à 48h après le 1er prélèvement), et mis chacun dans un récipient propre, chaque récipient de selles est hermétiquement fermé à l'aide d'un ruban adhésif.
 sur chaque récipient est étiqueté le nom, prénom et âge (ou date de naissance) du cas de PFA, les deux récipients ont été mis dans le réfrigérateur à une température variant entre +4°C et +8°C en attendant leur transport,
 la fiche de notification du cas de PFA o été dûment remplie.

2. Respecter obligatoirement le calendrier d'enlèvement des prélèvements prévu pour chaque Wilaya selon le contact « UPS » qui lui est attribué :

L'enlèvement se fera le jour même {selon le calendrier cité en Annexe 1} à condition que le contact « UPS » ai été informé (appel téléphonique ou mail) au plus tard avant 10 heures, pour les Wilayas citées dans l'Annexe 1.

L'enlèvement se fera selon le calendrier cité en Annexe 2, à condition que le contact « UPS » ai été informé au plus tard la veille avant 12 heures pour les Wilayas citées dans l'Annexe 2.

3. Respecter les modalités de remise des deux prélèvements de selles à l'agent « UPS » La personne chargée de remettre les deux prélèvements de selles à l'agent « UPS » doit :

a. Remplir le bordereau fourni par l'agent « UPS » en quatre exemplaires, en indiquant son nom, son prénom ainsi sa structure sanitaire d'exercice et garder le premier exemplaire à son niveau. Le second exemplaire accompagnera les prélèvements de selles, il doit être mis dans l'enveloppe en plastique destinée à cet effet qui est collée sur la partie externe du sac d'emballage en plastique, fourni également par l'agent « UPS ». Les troisième et quatrième exemplaires seront remis à l'agent « UPS ».

b. Mettre la fiche de notification dûment remplie dans l'enveloppe en plastique destinée à cet effet et, dans laquelle le bordereau a été préalablement mis, en veillant à la fermer hermétiquement,

c. Mettre les deux prélèvements de selles dans le sac d'emballage en plastique en veillant à le fermer hermétiquement,

d. Mettre le sac d'emballage en plastique accompagné du bordereau et de la fiche de notification, dans la glacière mise à la disposition de l'agent « UPS ».

Remarques; Tout envoi ne répondant pas à ces modalités ne sera pas accepté

Les envois collectés par l'agent « UPS » seront livrés le jour ouvrable suivant, à l'Institut Pasteur de Sidi Fredj, sauf cas de force majeure, l'expéditeur est informé par téléphone ou par mail le jour même de l'enlèvement

4. Il ne faut pas faire appel à l'agent « UPS » :

Pour l'acheminement d'un seul prélèvement de selle en attendant la pratique du second, il est impératif d'envoyer les deux prélèvements de selles par cas de PFA en même temps.

Pour l'acheminement de prélèvements autres que les deux prélèvements de selles pratiqués pour le cas de PFA

5. Une fois l'opération de remise des deux prélèvements de selles par l'agent « UPS », effectuée, il est Impératif de :

Transmettre par fax : 021 27 97 86/021 27 93 34 ou mail: pev.algerie@sante.dz, le bordereau de livraison de chaque envoi, au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière {Direction de la Prévention/ PEV}

J'attire votre attention sur le strict respect de l'application de cette circulaire et vous demande de me tenir informé de toute(s) difficulté(s) rencontrée(s).

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

مدير الوقاية
الأستاذ س. مصباح

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Direction de la Prévention

CIRCULAIRE N° 03 DP/MSPRH DU 25 MARS 2012 RELATIVE AUX OBJECTIFS DE LA SURVEILLANCE DE LA POLIOMYELITIS PAR WILAYA AU TITRE DE L'ANNEE 2012

DESTINATAIRES :

Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur D'Algérie	Pour information
Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran	Pour exécution
Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution
Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population	Pour exécution et suivi
En communication avec Mesdames et Messieurs :	
Les Directeurs des EH	Pour exécution
Les Directeurs des EHS	Pour exécution
Les Directeurs des EPH	Pour exécution
Les Directeurs des EPSP	Pour exécution

L'application du plan d'action de l'année 2011 portant sur la surveillance de la poliomyélite en Algérie a permis de constater des progrès relatifs en terme d'indicateurs de surveillance : le taux de PFA non polio atteint est passé de 1.1 en 2010 à 1.8 en 2011.

Cependant, les indicateurs de surveillance demeurant encore en dessous des normes fixées par L'OMS, ce qui risque de compromettre la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays.

Dans le cadre de cette certification de l'éradication de la poliomyélite et en référence à l'instruction ministérielle n° 05 du 20 octobre 2010 relative au renforcement de la surveillance de la poliomyélite, je vous rappelle que la performance de la surveillance des cas de PFA est appréciée par les 03 (trois) indicateurs majeurs standards de l'OMS auxquels je vous demande à veiller à leur atteinte.

- 1- **Concernant la complétude de la surveillance**, c'est -à- dire le nombre de cas annuel qui doit être notifié (il s'agit de tous le cas de PFA y compris le syndrome de Guillain Barré apparaissant chez les enfants et les adultes jeunes jusqu'à l'âge de 40 ans), l'objectif national à atteindre doit être de 210 cas au minimum pour l'année 2012, à cet effet, l'objectif minimum assigné à votre wilaya est :

WILAYA	NOMBRE CAS A ATTEINDRE	WILAYA	NOMBRE CAS A ATTEINDRE	WILAYA	NOMBRE CAS A ATTEINDRE
Adrar	3	Djelfa	9	Illizi	1
Chlef	6	Jijel	4	Bordj bouArrerdj	4
Laghouat	3	Sétif	10	Boumerdes	5
Oum ElBouaghi	4	Saida	2	El Taref	2
Batna	7	Skikda	5	Tindouf	1
Béjaia	4	S .Bel abbés	3	Tissemslit	2
Biskra	5	Annaba	3	El Oued	5
Béchar	2	Guelma	3	Khenchela	2
Blida	6	Constantine	5	Souk Ahras	3
Bouira	4	Média	5	Tipaza	3
Tamanraset	2	Mostaganem	5	Mila	5
Tébessa	4	M'sila	7	Ain Defla	5
Tlemcen	5	Mascara	5	Nàama	1
Tiaret	5	Ouargla	4	Ain Temouchent	2
Tizi Ouzou	5	Oran	8	Ghardaïa	3
Alger	16	El Bayadh	2	Relizane	5
TOTAL NATIONAL : 120					

- 2- **Concernant la Complétude de l'examen des cas** : c'est-à-dire : le nombre de cas de PFA avec 2 prélèvements de selles collectés dans les 14 jours suivant le début de paralysie, il vous est demandé de respecter rigoureusement la circulaire N° 01 du 16 février 2012 relative aux conditions d'acheminement des prélèvements de selles des cas de PFA par le biais du courrier express.
- 3- **Concernant la Complétude du suivi** : c'est-à-dire le nombre de cas de PFA avec un examen de suivi au 60^{ème} jour après le début de la paralysie (tout cas de PFA doit être revu et examiné) il vous est demandé de veiller au respect de la réalisation de cet examen.

A l'effet d'atteindre les objectifs fixés qui conditionnement pour notre pays de l'éradication de la poliomyélite, j'insiste sur le strict respect de l'application de cette Circulaire et vous rappelle les responsabilités de chacun des différents acteurs concernés par ce dispositif telles que définies dans l'instruction ministérielles n° 05 du 20 octobre 2010 citée ci-dessus.

Le Directeur de la Prévention

مدير الوقاية
الأستاذ س مصباح

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Le Ministre,

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 03 DU 02 AVR 2013 FIXANT LES OBJECTIFS DU
 PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS POUR L'ANNEE 2013**

Destinataires	-Madame et Messieurs les Walis	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'INSP	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de L'IPA	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'EHU Oran	Pour exécution
	-Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution
	-Madame et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population : En communication avec Mesdames et Messieurs	Pour exécution et suivi
	- Les Directeurs des EH	Pour exécution
	- Les Directeurs des EPH	Pour exécution
	- Les Directeurs des EPSP	Pour exécution
	- Les Directeurs des EHS	Pour exécution

Les efforts entrepris en matière de lutte contre la poliomyélite ont permis à l'Algérie de ne plus signaler de cas de poliomyélite à virus sauvage depuis l'année 1996 et de s'inscrire dans le processus de certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays.

Si la mise en œuvre du plan opérationnel 2012 a permis de constater des progrès qu'il est nécessaire de consolider, il n'en demeure pas moins deux indicateurs de surveillance, l'un relatif au pourcentage des cas de Paralysies Flasques Aigues (PFA) ayant fait l'objet deux prélèvements de selles faits dans les 14 jours et l'autre relatif à la complétude du suivi du cas de PFA au 60^{ème} jour après le début de la paralysie demeurent encore en dessous des normes internationales fixées par l'OMS.

La faible performance de ces indicateurs risque de compromettre la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays. Cette faible performance dans la surveillance est due :

- *Au non respect de la procédure de prise en charge des cas PFA : les 2 prélèvements de selles ne sont pas faits dans les 24 à 48 heures qui suivent l'admission des cas ; ils ne sont pas acheminés dans les délais de 72 heures à l'institut Pasteur de Sidi Fredj ;*
- *A la non pratique de l'examen clinique de suivi du cas de PFA au 60^{ème} jour après le début de la paralysie.*

Dans le cadre de l'obtention de cette certification de l'éradication de la poliomyélite, je vous rappelle que la performance de la surveillance des cas de PFA est appréciée par trois (03) indicateurs majeurs standards de l'OMS pour lesquels, je vous demande de prendre toutes les mesures en vue de leur atteinte cette année.

EN MATIERE D'OBJECTIFS

- 1.1. **Objectifs en matière de taux de PFA non Polio ; c'est-à-dire le nombre de cas de PFA annuel** qui doit être notifié, l'objectif national à atteindre, pour l'année 2013, doit être de 216 cas au minimum. Cet indicateur qui était de 1.8 en 2011 est passé à 2.06 en 2012. Cet indicateur a répondu en 2012 à l'objectif fixé par l'OMS, il doit être consolidé.
- A cet effet, je vous demande de prendre toutes les dispositions pour sensibiliser et mobiliser tous les personnels de santé publics et privés de votre wilayas à l'effet de notifier tout cas de

Paralysie Flasque Aigue apparaissant chez tout sujet dont l'âge est inférieur ou égal à 40 ans, afin d'atteindre, en 2013 , l'objectif fixé à votre wilaya tel qu'il figure dans le tableau suivant :

Wilaya	Cas Attendus	Wilaya	Cas Attendus	Wilaya	Cas Attendus
ADRAR	3	DJELFA	10	ILLIZI	1
CHLEF	6	IJEL	4	B.B.ARREDJ	4
LAGHOUAT	4	SETIF	10	BOUMERDES	5
OUM EL BOUAGHI	4	SAIDA	2	ELTARIF	2
BATNA	7	SKIKDA	5	TINDOUF	1
BEJAI A	5	SIDI BELABBES	3	TISSEMSILT	2
BISKRA	5	ANNABA	3	ELOUED	6
BECHAR	2	GUELMA	3	KHENCHELA	2
BLIDA	6	CONSTANTINE	5	SOUK AHRAS	3
BOUIRA	4	MEDIA	5	TIPAZA	4
TAMANRASET	2	MOSTAGANEM	5	MILA	5
TEBBESSA	4	M'SILA	7	AIN DEFLA	5
TLEMCEN	5	MASCARA	5	NAAMA	1
TIARET	6	OUARGLA	4	A.TEMOUCHENT	2
TIZI OUZOU	5	ORAN	8	GHARDAIA	3
ALGER	16	EL BAYADH	2	RELIZANE	5
TOTAL 1216					

1.2 Objectif en matière de pourcentage des cas de PFA avec deux prélèvements de selles faits dans les 14 jours : il est passé de 62% en 2011 à 54% en 2012 malgré la mise en place des procédures d'acheminement rapide des selles à l'IPA par le recours au courrier EXPRESS. Cet indicateur demeure en deçà de la norme fixée par l'OMS qui est d'au moins 80%.

A cet effet, je vous demande de prendre toutes les mesures pour que chaque de PFA notifié fasse l'objet obligatoirement de deux prélèvements de selles et, veiller à ce que leur acheminement à l'IPA de sidi Fredj se fasse dans les conditions requises.

1.3. Objectif en matière de complétude du suivi du cas de PFA : c'est-à-dire le nombre de cas de PFA avec un examen de suivi de 60^{ème} jour après le début de la paralysie (tout cas doit être revu et examiné). Cet indicateur qui était de 70% en 2011, a baissé pour atteindre le taux de 51% en 2012. Ce dernier demeure en deçà de la norme fixée par l'OMS qui est d'au moins 80%.

A l'effet d'assurer le suivi de tout cas de PFA notifié, il est impératif de revoir le cas au 60^{ème} après le début de la paralysie.

2. EN MATIERE D'ACTIVITES

Afin d'obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays et, en vue de renforcer la surveillance et la prise en charge des cas de PFA, je vous rappelle la nécessité de veiller à la mise en œuvre des directives suivantes :

- **Le Directeur de la Santé et de la Population de wilaya est tenu de :**
 - * veiller à ce que les directeurs des établissements de santé assurent la disponibilité des moyens logistiques pour la réalisation et l'acheminement des prélèvements de selles dans les délais requis, à l'Institut Pasteur d'Algérie (Sidi Fredj),
 - * veiller à ce que les notifications des cas PFA au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé), et à l'institut National de Santé Publique se fassent dans les délais requis,

*assurer l'évaluation locale des activités de surveillance avec l'ensemble des intervenants en vue d'atteindre l'objectif assigné à sa wilaya pour chacun des indicateurs de performance,
*Organiser la formation du personnel de santé pour la mise en œuvre de l'ensemble des actions liées à la surveillance de la poliomyélite.
*Assurer la tenue des réunions du comité de wilaya d'éradication de la poliomyélite d'une manière régulière et périodique.

- ***Le coordinateur du CHU/EHS/EHU/EPSP est tenu de :***

- *faire la recherche active quotidiennement des cas de paralysies flasques aiguës hospitalisés (tous les sujets dont l'âge est inférieur ou égal à 40 ans) dans les différents services notamment en : pédiatrie ; neurologie ; réanimation médicale ; maladies infectieuses ; médecine interne ; rééducation fonctionnelle ; urgences médicale
 - * veiller à la notification de tous les cas détectés
 - * veiller au respect de modalités de prise en charge du cas de PFA dès son hospitalisation jusqu'à la pratique de l'examen clinique du cas au 60^{ème} jour après le début de la paralysie
 - * Collaborer, dans le cadre de la coordination des activités du programme national d'éradication de la poliomyélite, avec le chef de service de la Prévention de la Direction de la Santé et de la Population, et avec tous les chefs de Service d'épidémiologie et de Médecine Préventive des EPSP/EPH/EH de la wilaya où le cas de PFA a été hospitalisé ainsi qu'avec ceux de la wilaya dont le cas est originaire

- ***Le médecin traitant est tenu pour chaque cas de :***

- procéder à la notification du cas de PFA aux services :

- *Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) de l'EPSP ; EPH ; EHS ; EH*

- *Direction des Activités Médicales et Paramédicales (DAMP) du CHU ; EHU*

- veiller à la réalisation de prélèvements de selles pour chaque cas de PFA dans les 24 à 48 heures qui suivent l'admission du patient et le 2^{ème} de préférence dans les 48 heures après le 1^{er} prélèvement)

- veiller à leur acheminement dans les délais requis (dans les 72 heures suivant leur réalisation) , accompagnés de la fiche d'enquête dûment remplie,

- veiller à la pratique de l'examen clinique de suivi du cas au 60^{ème} jour après le début de la paralysie

Je vous demande également de saisir toutes les opportunités pour sensibiliser tous les professionnels de santé publics et privés, à l'effet, de notifier tout cas de PFA apparaissant chez tout sujet dont l'âge est inférieur ou égal à 40 ans quelle qu'en soit l'étiologie

Compte tenu l'importance que revêt la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays, il vous est demandé, de veiller personnellement à l'application et à la large diffusion de cette instruction

**Le Ministre de la Santé de la Population
et de la Réforme Hospitalière**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
 ET DE LA PROMOTION DE LASANTE**

المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة

**NOTEN° 30 DU 20 JUILLET 2014 DE RAPPEL DES OBJECTIFS DU PROGRAMME
 NATIONAL DES CAS DE PARALYSIES FLASQUES AIGUES (PFA)**

-Monsieur le Directeur Général de l'INSP	Pour Information
-Monsieur le Directeur Général de l'IPA	Pour Information
-	
-Madame Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population :	Pour exécution et suivi
En communication avec Mesdames et Messieurs	
- Les Directeurs des EH	Pour exécution
- Les Directeurs des EPH	
- Les Directeurs des EPSP	
- Les Directeurs des EHS	
-Monsieur le Directeur Général de l'EHU	
-Madame Messieurs Madame Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution
	Pour exécution

Référence :

- instruction N° 02 du 18 mars 2014 fixant les objectifs du programme national de surveillance des cas de paralysies flasques aiguës pour l'année 2014

L'évaluation à mi-parcours de l'application des directives édictées dans l'instruction, citée en référence montre que les indicateurs de surveillance demeurent, pour un certain nombre de wilayas, en dessous des objectifs fixés.

Je vous rappelle que l'obtention de la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays est assujettie à l'atteinte des objectifs fixés dans l'instruction ministérielle sus citée pour lesquels je vous demande de prendre toutes les mesures pour leur atteinte d'ici au 31 décembre 2014.

Ces objectifs sont appréciés par trois indicateurs majeurs standards de l'OMS :

1 -Concernant la complétude de la surveillance c'est-à-dire le nombre de cas de PFA annuel qui doit être notifié (il s'agit de tous les cas de PFA y compris le syndrome de Guillain Barré apparaissant chez les enfants et les adultes jeunes ne dépassant pas l'âge de 18 ans), l'objectif national à atteindre doit être de 217 cas au minimum pour l'année 2014. À cet effet, et compte tenu des notifications du premier semestre 2014, l'objectif minimum de cas de PFA devant être notifiés assigné à votre wilaya est le suivant:

Wilaya	NB CAS ATTENDUS 2014	NB CAS NOTIFIES	Nb minimum de cas restant à notifier	Wilaya	NB CAS ATTENDUS 2014	NB CAS NOTIFIES	Nb minimum de cas restant à notifier
ADRAR	3	0	3	CONSTANTINE	5	4	1
CHLEF	6	1	5	MEDEA	5	5	0
LAGHOUAT	4	0	4	MOSTAGANEM	5	1	4
OUM EL BOUAGUI	4	3	1	M'SILA	7	2	5
BATNA	7	1	6	MASCARA	5	2	3
BEJAIA	4	3	1	OUARGLA	5	2	3
BISKRA	5	2	3	ORAN	9	0	9
BECHAR	2	0	2	EL BAYADH	2	0	2
BLIDA	7	3	4	ILLIZI	1	1	0
BOUIRA	4	1	3	BORDJ BOU ARRIRIEDJ	4	4	0
TAMNARSET	2	0	2	BOUMERDES	5	0	5
TEBESSA	4	0	4	EL TARF	3	0	3
TLEMCEN	5	3	2	TINDOUF	1	0	1
TIARET	6	1	5	TISSEMSSILT	2	2	0
TIZI OUZOU	5	0	5	EL OUED	6	1	5
ALGER	17	6	11	KHENCHELA	3	0	3
DJELFA	10	0	10	SOUK AHRAS	3	1	2
IJEL	4	0	4	TIPAZA	4	1	3
SETIF	9	2	7	MILA	5	2	3
SAIDA	2	3	0	AIN DEFLA	5	0	5
SKIKDA	5	0	5	NAAMA	1	0	1
SIDI BEL ABBES	3	1	2	AIN TIMOUCHENT	2	0	2
ANNABA	3	2	1	GHARDAIA	3	0	3
GUELMA	3	0	3	RELIZANE	4	2	2

2 - concernant la complétude de l'examen des cas de PFA : c'est-à-dire le nombre de cas de PFA avec deux prélèvements de selles collectés dans les 14 jours suivant le début de la paralysie, dont le taux n'est que de 69% (taux à atteindre doit être supérieur ou égal à 80%), je vous demande, à titre de rappel, de veiller à ce que chaque cas de PFA fasse l'objet de façon systématique de deux prélèvements de selles, qui doivent être acheminés au laboratoire de l'Institut Pasteur de Sidi Fredj dans les délais requis.

3- Concernant la complétude du suivi : c'est-à-dire le nombre de cas de PFA avec un examen de suivi au 60ème jour après le début de la paralysie, ce taux n'est que de 74% (taux à atteindre doit être supérieur ou égal à 80%). Tout cas de PFA doit être revu et examiné au 60ème jour après le début de la paralysie, aussi je vous demande, à titre de rappel, de veiller rigoureusement à ce que chaque cas de PFA fasse l'objet de la pratique de cet examen.

L'atteinte des objectifs fixés qui conditionnent l'obtention de la certification de l'éradication de la poliomyélite pour notre pays nécessite l'application rigoureuse des mesures ci-dessus édictées

Le Directeur Général
 مدير عام للوقاية وترقية الصحة
 الأستاذ س. مصباح

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LASANTE**

المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة

**INSTRUCTION N° 15 DU 29 OCTOBRE 2015 RELATIVE A L'INTRODUCTION DU VACCIN
ANTIPOLIOMYELITIQUE INJECTABLE EN DATE DU 15 DECEMBRE 20 15**

----- Destinataires -----

Mesdames et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population : Pour exécution et suivi
En communication avec Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs des EH	Pour exécution
- Les Directeurs des EHS	Pour exécution
- Les Directeurs des EPH	Pour exécution
- Les Directeurs des EPSP	Pour exécution

- Monsieur le Directeur Général de l'INSP	Pour Information
- Monsieur le Directeur Général de l'IPA	Pour Information

- Monsieur le Directeur Général de l'EHU	Pour exécution
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution

En mai 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé a déclaré l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite comme étant une urgence programmatique pour la santé publique mondiale et a appelé à l'élaboration d'une stratégie globale pour la phase finale de la lutte antipoliomyélitique

Suite à cela, l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré le « **Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale** » qui propose une approche détaillée et un calendrier concret pour achever l'éradication de la poliomyélite. Ce plan porte sur l'éradication et le confinement de tous les poliovirus soit non seulement les poliovirus sauvages mais aussi les poliovirus dérivés du vaccin antipoliomyélitique [VPO]. Pour parer aux risques associés à l'utilisation du VPO, ce Plan appelle à un retrait par étapes du VPO à l'échelle mondiale, Ce retrait par étapes commencerait par le retrait de la composante de type 2 du VPO, en remplaçant le VPO trivalent (VPOt) par le VPO bivalent (VPOb, contenant uniquement les sérotypes 1 et 3) en 2016.

JUSTIFICATIFS ET INTERET

L'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) et le retrait du vaccin antipoliomyélitique orale trivalent (VPOt) visent à:

- **réduire les risques:** l'introduction du VPI se justifie par le déficit dans l'immunité de la population contre le poliovirus 2 après le retrait du VPO trivalent (VPOt a cet effet, le Groupe Stratégique Consultatif d'Experts de la vaccination (SAGE) de l'OMS a recommandé que **tous les pays introduisent au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans leur programme de vaccination systématique avant la fin de l'année 2015**, avant le passage du VPOt au VPOb.

- **interrompre la transmission en cas de risque d'épidémie :** l'utilisation du VPI réduit le risque de réémergence ou de réintroduction du poliovirus sauvage de type 2 car la population aurait déjà reçu au moins une dose de VPI et acquis, en conséquence, une certaine immunité vis-a-vis du poliovirus de type 2

- **Accélérer l'éradication** Jusqu'à l'éradication de la poliomyélite dans le monde : le VPOb reste la principale mesure préventive contre la maladie à laquelle le **VPI est associé**.

Dans ce cadre et conformément et aux recommandations du comité d'experts de la vaccination, il a été décidé:

- *d'introduire le VPT dans le nouveau calendrier national de vaccination par arrêté ministériel en date du 24 novembre 2014,*
- *d'administrer une dose de **VPI à l'âge de trois (03) mois** qui sera suivie de quatre doses de VPO.*

A cet effets, la présente instruction vient i) rappeler les caractéristiques de ce nouveau vaccin, ii) préciser la population cible et iii) fixer les principales directives et actions à mettre en place au niveau des établissements de santé à l'échelle nationale afin d'assurer l'introduction du vaccin antipoliomyélitique injectable (VPI) le 15 décembre 2015 conformément aux engagements internationaux de l'Algérie.

1. CONCERNANT LES CARACTERISTIQUES DU VACCIN ANTI-POLIOMYELITIQUE INJECTABLE (VPI)

Le VPI utilisé en Algérie et distribué par l'institut Pasteur d'Algérie est **un vaccin préqualifié par l'OMS**

- **Type de vaccin:**
- Vaccin inactivé (tué) avec antigènes de types 1,2 et 3
- Unité d'antigène 40-8-32 pour chaque type de vaccin

- **Présentation**

- *Liquide en flacons de 5 doses*

- **Volume par dose**

- *Chaque dose contient 0,5ml de vaccin*

- **Conservation**

Le VPI est sensible à la chaleur et au gel, en conséquence :

- *le VPI doit être manipulé avec précaution et stocké à une température comprise **entre 2°C et 8°C** et à l'abri de la lumière*
- *le VPI doit être entreposé comme tous les autres vaccins sensibles à la congélation sur les étagères inférieures du réfrigérateur;*
- ***le VPI, ne doit pas être congelé ni placé sur un accumulateur de froid: car s'il est congelé :***
- *il perd son activité et n'offre plus aucune protection contre la maladie;*
- *en cas de doute, le **flacon doit être jeté : car le test d'agitation ne permet pas de mettre en évidence les dégradations dues à la congélation;***

- tous les flacons multidoses de ce vaccin doivent être jetés à la fin de la séance de vaccination ou, en tout état de cause, **dans les 6 heures qui suivent leur ouverture** :
- le VPI perd son activité lorsqu'il est **exposé à des températures** élevées et ce d'autant que l'impact de la chaleur sur les vaccins est cumulatif le VPI est muni d'une **pastille de contrôle de température (PCV) qu'il y a lieu de vérifier régulièrement.**

2. CONCERNANT LA POPULATION CIBLE

- Seront concernés par cette vaccination au VPI **seuls et seulement seuls** les nourrissons nés **à compter du 15 septembre 2015**, c'est-à-dire, ceux qui auront l'âge de 03 mois à partir du **15 décembre 2015**.
- Il est à noter que les nourrissons nés **avant le 15 septembre 2015** sont assujettis à l'application de l'ancien calendrier national de vaccination, et par conséquent **ne sont pas concernés par cette vaccination au VPI.**
- L'utilisation de stratégies de **ratissage pour les enfants nés avant la date d'introduction du VPI** et ayant déjà commencé leur programme de vaccination avec le VPO **n'est pas recommandée par l'OMS parce que ces enfants sont protégés contre le poliovirus de type 2.**

3. CONCERNANT LES MODALITES LIEES A L'ADMINISTRATION DU VPI

• Voie d'administration

Le VPI est administré par **injection Intramusculaire de préférence** ou sous-cutanée, en une dose de 0,5 ml sur la partie externe de la cuisse, il ne doit pas être mélangé à d'autres vaccins dans le même flacon ou la même seringue.

S'ils sont administrés lors de la même visite le VPI et les autres vaccins injectables doivent être administrés sur des **sites d'injection différents espacés d'au moins 2.5 cm.**

• Effets indésirables

Le VPI est sûr et très bien toléré. Des réactions locales peuvent survenir à type de: rougeur sur le site d'injection, tuméfaction, douleur. Les **réactions indésirables sévères** sont extrêmement **rares**.

D'autres effets secondaires modérés comme une fièvre passagère ont également été signalés mais une fièvre supérieure à 40°C a été signalée uniquement chez moins de 0,1 % des nourrissons.

Cependant tout cas de manifestation post vaccinale indésirable (MPVI) doit faire l'objet d'une notification et d'une investigation conformément à l'instruction ministérielle N°654 MSP/DP du 9 avril 2001.

• Contre indications

Le VPI ne doit pas être administré aux personnes:

- ayant une **allergie connue ou documentée à la streptomycine, la néomycine ou la polymyxine B** qui sont des composants inactifs du vaccin.

• Situations particulières et groupes à risque

Les sujets atteints de troubles de la coagulation et chez lesquels la voie intramusculaire est proscrite l'administration du VPI devra se faire par voie sous-cutanée.

Les sujets immunodéprimés : le VPI (vaccin tué) peut être administré sans risque chez les personnes souffrant de déficits immunitaires (par exemple, VIH/ sida, immunodéficience congénitale ou acquise, drépanocytose.).

Les nourrissons prématurés : le VPI peut être administré chez les prématurés (nés à moins de 37 semaines de gestation) à l'âge chronologique recommandé en combinaison avec d'autres vaccinations de routine.

4. CONCERNANT L'ESTIMATION DES BESOINS ET LA GESTION DES STOCKS.

• Estimation des besoins

Le nombre annuel de doses de VPI requises est le produit du nombre de nourrissons à vacciner (**population cible**), du nombre de dose(s) nécessaire(s) qui est de **01 dose** (conformément au nouveau calendrier national de vaccination) et du **facteur de perte**.

* La formule de base pour calculer le nombre de doses de VPI (N) est :

$$N = \text{population cible} \times 01 \text{ dose} \times \text{facteur de perte}$$

La formule pour calculer le taux de perte est :

$$\text{Taux de perte} = \frac{\text{doses utilisées} * \text{doses administrées}}{\text{doses utilisées}} \times 100$$

• Stock de sécurité ou de réserve

Chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement du VPI en plus des besoins requis et tenu de maintenir un stock de sécurité ou stock de réserve 25% qui correspond à la quantité de vaccin pouvant être utilisée en cas de retard d'approvisionnements, ou pertes de doses de VPI dues à une rupture de la chaîne de froid imprévue ou autre (s) cause(s).

• Gestion des déchets

Les vaccinateurs sont tenus de placer toutes les aiguilles, **sans les recapuchonner**, et les seringues utilisées dans un **collecteur de sécurité** immédiatement après avoir administré le vaccin.

Le collecteur de sécurité doit être solidement fermé lorsqu'il est plein (câd jusqu'au 3/4 de sa capacité) et entreposé dans un endroit sûr jusqu'à ce qu'il puisse être transporté, selon les directives nationales, vers sa destination finale.

4 -CONCERNANT LA COMMUNICATION ET LA MOBILISATION SOCIALES

La communication et la sensibilisation ciblant les différents publics, partenaires, intervenants, communautés et parents est un **facteur essentiel au succès de l'introduction du VPI**.

A cet effet, il va lieu de développer des actions de communication et de sensibilisation visant à atteindre les objectifs suivants:

- *Accroître la mobilisation des personnels de santé de tel sorte à ce qu'ils soient davantage engagés à soutenir et faciliter l'introduction du VPI*
- *Accroître la sensibilisation et de la communauté et notamment les mamans sur l'importance du VPI en les informant sur tous les aspects fondamentaux de cette vaccination tels que précisés dans la présente note et en veillant à répondre à toutes leurs questions*
- *Optimiser la détection et la notification des manifestations post vaccinales indésirables*

Il s'agira, dans ce cadre, et afin de mettre en exergue l'intérêt de cette vaccination au VPI et la population cible concernée:

- *d'organiser, selon les publics, des ateliers de formation et de communication interpersonnelle, des tables rondes, des séances d'éducation sanitaire*

- *d'associer les medias locaux et de participer aux émissions radiophoniques locales*

5 CONCERNANT L'EVALUATION

L'évaluation de la couverture vaccinale du VPI doit porter sur les **cohortes nées à partir du 15 septembre 2015**.

Le support de cette évaluation se fera, sur les supports habituels, (registre des vaccinations et canevas d'évaluation de la couverture vaccinale)

Une importance particulière devra être accordée à la mise en œuvre et au suivi, dès la réception de cette instruction qui est téléchargeable sur le site www.ands.dz et www.sante.gov.dz.

Le Directeur Général

مدير عام للوقاية وترقية الصحة
الأستاذ س, مصباح

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
 ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE**

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 02 DU 31 JANVIER 2016 FIXANT LES OBJECTIFS DU
 PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS POUR L'ANNEE 2016**

Destinataires	-Madame et Messieurs les Walis	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'INSP	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de L'IPA	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'EHU Oran	Pour exécution
	-Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution
	-Madame et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population : En communication avec Mesdames et Messieurs	Pour exécution et suivi
	- Les Directeurs des EH	
	- Les Directeurs des EPH	Pour exécution
	- Les Directeurs des EPSP	Pour exécution
	- Les Directeurs des EHS	Pour exécution
	Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Privés	Pour exécution
	Les responsables des structures de santé privées (Etablissements de santé de jour, Cabinets médicaux)	Pour exécution

Les efforts entrepris en matière de lutte contre la poliomyélite ont permis à l'Algérie de ne plus signaler de cas de poliomyélite à virus sauvage depuis l'année 1996, et de s'inscrire dans le processus de certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays.

Cependant, cette certification est conditionnée par l'atteinte des objectifs du programme national de surveillance des cas paralysies infantiles requis par l'OMS dans le but de s'assurer que notre système de santé est en capacité de détecter un nombre donné de cas de paralysies et de s'assurer qu'ils ne sont pas d'origine poliomyélitique.

L'évaluation de ce programme national par les trois indicateurs de surveillance requis (nombre de cas de paralysies infantiles notifiés, pourcentage des cas de paralysies infantiles ayant fait l'objet de deux (02) prélèvements de selles pratiqués dans les 14 jours suivant le début de la paralysie et acheminés à l'IPA, complétude du suivi du cas de paralysies infantiles au 60ème jour après le début de la paralysie) montrent que notre pays n'a pas atteint les objectifs fixés par l' OMS, et ce, pour plusieurs raisons :

- DE LA SOUS NOTIFICATION DE TOUT CAS DE PARALYSIE ET CE CONFORMEMENT A L'ARRETE N°133 DU 30 DECEMBRE 2013 MODIFIANT ET COMPLETANT LA LISTE DES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

– DU NON RESPECT DE LA PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE PARALYSIE:

- les 2 prélèvements de selles ne sont pas systématiquement faits dans les 24 à 48 heures suivant l'hospitalisation du cas ;

- les 2 prélèvements de selles ne sont pas systématiquement acheminés dans les délais de 72 heures à l'Institut Pasteur de Sidi Fredj;
- l'examen clinique de suivi du cas de paralysie infantile au 60^{ème} jour après le début de la paralysie n'est pas systématiquement pratiqué.

A l'effet de ne pas compromettre l'obtention de la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays et dans tous ceux issus de notre région du bloc d'Afrique de l'Ouest, et dont le processus de certification est en cours auprès de la Commission Régionale Africaine de Certification, je vous demande de prendre toutes les mesures pour i) atteindre les objectifs pour cette année 2016 et de ii) réaliser les activités de ce programme tels que définis ci-dessous :

1. EN MATIERE D'OBJECTIFS

1.1. OBJECTIF EN MATIERE DE TAUX DE PARALYSIES :

Je vous demande de prendre toutes les dispositions pour sensibiliser et mobiliser tous les personnels de santé publics et privés de votre wilaya, à l'effet de NOTIFIER OBLIGATOIREMENT TOUT CAS DE PARALYSIE INFANTILE apparaissant chez tout sujet âgé, de ZERO à 15ANS afin d'atteindre, dans les meilleurs délais, l'objectif fixé à votre wilaya tel qu'il figure dans le tableau suivant :

WILAYA	CAS ATTENDUS	WILAYA	CAS ATTENDUS	WILAYA	CAS ATTENDUS
ADRAR	06	DJELFA	20	ILLIZI	02
CHLEF	14	IJEL	08	BORDJ BOU ARRERIDJ	08
LAGHOUAT	08	SUIF	20	BOUMERDES	10
OUM EL BOUAGHI	08	SAIDA	04	EL TARF	06
BATNA	14	SKIKDA	10	TINDOUF	02
BEJAIA	08	SIDI BEL ABBES	08	TISSEMSILT	04
BISKRA	12	ANNABA	08	EL OUED	12
BECHAR	04	GUELMA	06	KHENCHELA	06
BLIDA	14	CONSTANTINE	12	SOUK AHRAS	06
BOUIRA	08	MEDEA	10	TIPAZA	08
TAMANRASSET	04	MOSTAGANEM	10	MILA	10
TEBESSA	08	M'SILA	16	MN DELLA	10
TLEMCEN	12	MASCARA	10	NAAMA	02
TIARET	12	OUARGLA	10	AIN TEMOUCHENT	04
TIZI OUZOU	10	ORAN	18	GHARDAIA	06
ALGER	34	EL BAYADH	04	RELIZANE	08

1.2. OBJECTIF EN MATIERE DE POURCENTAGE DES CAS DE PARALYSIES INFANTILES AVEC DEUX PRELEVEMENTS DE SELLES FAITS DANS LES 14 JOURS QUI DOIT ETRE D'AU MOINS 80%

Je vous demande de prendre toutes les mesures pour que chaque cas de paralysie infantile notifié fasse l'objet OBLIGATOIREMENT DE DEUX PRELEVEMENTS DE SELLES et, veiller à ce que leur acheminement à l'IPA de Sidi Fredj se fasse dans les délais et les conditions requises.

1.3. OBJECTIF EN MATIERE DE COMPLETUDE DU SUIVI DU CAS DE PARALYSIE INFANTILE : C'EST-A-DIRE LE NOMBRE DE CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE AVEC UN EXAMEN DE SUIVI AU 60^{ème} JOUR APRES LE DEBUT DE LA PARALYSIE (TOUT CAS DOIT ETRE REVU ET EXAMINE) QUI DOIT ETRE D'AU MOINS 80%

Je vous demande de veiller à ce que chaque cas de paralysie infantile notifié soit suivi et fasse l'objet IMPERATIVEMENT d'UN EXAMEN AU 60^{ème} JOUR après le début de la paralysie.

2. EN MATIERE D'ACTIVITES

En vue de renforcer la surveillance et la prise en charge des cas de paralysie infantile, je vous rappelle, chacun en ce qui le concerne, la nécessité de veiller à la mise en œuvre des directives suivantes :

Le Directeur de la Santé et de la Population de wilaya est tenu de :

veiller à ce que les directeurs des établissements de santé assurent la disponibilité des moyens logistiques pour la réalisation et l'acheminement des prélèvements de selles dans les délais et conditions requis, à l'Institut Pasteur d'Algérie (Sidi Fredj),
veiller à ce que tous les cas de Paralysie infantile soient notifiés au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé), et à l'Institut National de Santé Publique dans les délais requis,
assurer un suivi des activités de surveillance avec l'ensemble des intervenants en vue d'atteindre l'objectif assigné à la wilaya pour chacun des indicateurs de performance sus cités,
organiser la formation du personnel de santé pour la mise en œuvre de l'ensemble des actions liées à la surveillance des paralysies infantiles,
assurer la tenue des réunions du comité de wilaya d'éradication de la poliomyélite présidé par le Directeur de la Santé et de la Population, d'une manière régulière et périodique et les sanctionner par des procès-verbaux qui doivent être transmis au MSPRH, impliquer le secteur privé dans la notification des cas de Paralysie infantile

Le Coordinateur du CHU/EHS/EHU/EPSP est tenu de :

faire la recherche active quotidiennement des cas de paralysie infantile hospitalisés qui consiste à recenser tous les cas de paralysie dont l'âge est inférieur ou égal à 15 ans dans les différents services notamment de : pédiatre, neurologie, réanimation médicale, maladies infectieuses, rééducation fonctionnelle, urgences médicales,
veiller à la notification de tous les cas de paralysie infantiles détectés,
veiller au respect de modalités de prise en charge du cas de paralysie infantile dès son hospitalisation,
veiller à la pratique de l'examen clinique de contrôle du cas au 60ème jour après le début de la paralysie,
collaborer avec le chef de service de la Prévention à la Direction de la Santé et de la Population, et tous les responsables des Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) des EPSP.

- **Le médecin traitant est tenu pour chaque cas de :**

procéder à la notification du cas de paralysie infantile aux services d'Epidémiologie et de Médecine Préventive territorialement compétent,
veiller à la réalisation de 02 prélèvements de selles pour chaque cas de paralysie infantile dans les 24 à 48 heures qui suivent l'admission du patient (le 1er prélèvement à J 1) et le 2ème de préférence dans les 48 heures après le 1er prélèvement),
veiller à leur acheminement dans les délais requis (dans les 72heures suivant leur réalisation), accompagnés de la fiche d'enquête dûment remplie,
veiller à la pratique de l'examen clinique de suivi du cas au 60ème jour après le début de la paralysie.

Je vous demande également de saisir toutes les opportunités pour sensibiliser tous les professionnels de santé publics et privés, à l'effet, de notifier tout cas de paralysie infantile apparaissant chez l'enfant âgé de moins de 15 ans quelle qu'en soit l'étiologie et de le prendre en charge selon les conditions sus citées.

Compte tenu de l'importance que revêt la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays, dont l'échéance nous est fixée à la fin de l'année 2016 (au plus tard) par l'OMS, il vous est demandé, de veiller personnellement à l'application et à la large diffusion de la présente instruction.

Le Directeur Général

مدير عام للوقاية وترقية الصحة
الأستاذ س. مصباح

Santé Scolaire

N° 175/MS/MIN du 27 DECEMBRE 1989

***CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE RELATIVE A LA COORDINATION DES ACTIVITES DE
PROTECTION SANITAIRE EN MILIEU SCOLAIRE***

REFERENCES –

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé notamment les articles 77 à 82.

Instruction interministérielle n° 42 du 24 mai 1981 relative à l'établissement et à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n° 495 du 21 novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

Circulaire interministérielle n° 5 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.

Conclusion du séminaire relatif à la protection de l'enfant en milieu scolaire, Annaba du 15,16 et 17 avril 1980.

Conclusion du séminaire atelier relatif à la protection sanitaire en milieu scolaire, Bejaia du 3 au 5 janvier 1989.

Les contributions des services de santé de l'éducation et des collectivités locales doivent être coordonnées afin de réaliser les objectifs de l'hygiène scolaire.

La circulaire interministérielle n°5 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination fixait 3 niveaux de coordination : commune, Wilaya, National.

L'expérience, l'évaluation et les études entreprises ont montré, que ces comités de coordination se sont souvent avérés inefficaces.

Ces insuffisances se justifient pour deux raisons :

Les comités n'ont pas été prévus à certains niveaux importants :

L'école qui est base de toute coordination

Le secteur sanitaire

La composition des comités existants n'est pas précisée. Les personnes qui y siègent ne sont pas toujours les mêmes, ne possédant pas le pouvoir de décisions.

Lors du séminaire relatif à la protection sanitaire en milieu scolaire (Béjaia du 03 au 5 Janvier 1989), deux autres comités ont été institués et la composition et les tâches des comités déjà existants ont été modifiées.

1 - COMITES A INSTITUER

– Le conseil de santé de l'école.

L'une des décisions arrêtées au séminaire de Béjaia concerne l'institution d'un conseil de santé de l'établissement.

Ce conseil comprend :

le chef d'établissement scolaire (Président)

le médecin chargé de l'hygiène scolaire de l'établissement

le technicien du bureau communal d'hygiène

le représentant de l'association des parents d'élèves de l'établissement.

Pour les établissements du 3^{ème} palier et du secondaire, sont membre de droit le gestionnaire et surveillant général.

Il convient de souligner qu'à titre consultatif, peuvent être associée aux travaux de ce conseil, toutes personnes jugées qualifiées et susceptibles d'aider la communauté éducative.

La création du conseil de santé constitue l'innovation la plus importante dont les effets se répercuteront sur la situation sanitaire de l'établissement.

1.2 – Le comité de coordination au niveau du secteur sanitaire.
Ce comité prend en charge les problèmes non résolus au niveau communal.

Les membres du comité de coordination sont les suivants :

- le directeur du secteur sanitaire (Présent du comité)
- le médecin chef du service d'épidémiologie et de médecine préventive (secrétaire),
- les inspecteurs de l'enseignement fondamental (secrétariat)
- les médecins chef des sous secteurs,
- les présidents des APC,
- les représentants des présidents d'associations de parents élèves
- le conseil en alimentation scolaire,
- le directeur du centre d'orientation scolaire professionnelle.

Ils sont nommés par arrêté du Wali.

Le comité se réunit au minimum 2 fois par an (début et fin d'année scolaire), et en cas de besoin, sur convocation du directeur du secteur sanitaire.

Les tâches dévolues à ce comité consistent à :

- Etablir et diffuser aux comités communaux des objectifs prioritaires spécifiques au secteur sanitaire et les directives pratiques d'organisation.
- Evaluer les différents programmes établis,
- Prendre connaissance des différents PV et rapports des comités communaux pour régler les problèmes éventuels,
- Dégager les moyens nécessaires aux programmes établis.

Les P.V établis sont adressés au niveau de la Wilaya (DSP, DVRH, DRAL, MG).

2- LES COMITES EXISTANTS A MODIFIER

Les comités prévus par la circulaire n° 5 du 22 Janvier 1985 ont été modifiés au niveau de leur composition et de leurs tâches comme suit :

2.1- Le comité de coordination communal

Les membres du comité communal sont les suivants :

- le président de l'APC (président du comité),
- le représentation du bureau communal d'hygiène,
- le médecin chef du sous secteur (secrétaire),
- les médecins chargés de l'hygiène scolaire,
- le ou les inspecteurs de l'enseignement fondamental (secrétariat)
- les directeurs des écoles fondamentales,
- le ou les proviseurs de lycées,
- le représentant des associations des parents d'élèves.

Les membres de ce comité sont nommés officiellement par le wali.

Les réunions du comité communal sont provoquées au minimum tous les 3 mois, (fin et début d'année scolaire), fin des 1^{er} et 2^{ème} trimestres scolaires par le président du comité.

Le comité a pour tâches de :

- établir et /ou discuter le programme de travail des 4 intervenants (Education, APE, APC, Santé).
- Identifier les moyens à mettre en œuvre pour la réalisation de ces programmes
- Suivre l'application des mesures à prendre décidées lors des réunions.

Le Président du comité tient un registre de délibération et les PV qui seront adressés au directeur du secteur sanitaire et au DVRH.

2.2- Le comité de coordination de la Wilaya

les membres du comité de Wilaya sont :

Le DSP assisté du chef de service santé (président)

Le DRAL MG

Le DVRH

Le représentant des APE.

Ceux-ci sont assistés de leurs collaborateurs.

Le comité se réunit en fin d'année scolaire.

Les tâches dévolues à ce comité consistent en :

- Analyse des PV établis au niveau des secteurs sanitaires

- Préparation et orientation du programme d'activités pour l'an à venir, à partir des rapports des comités de secteurs et des administrations centrales concernées.

Evaluation des programmes généraux établis.

Un rapport est adressé aux ministères de tutelle pour évaluer le programme réalisé et proposer les correctifs pour l'année scolaire venir.

2.3- Le comité national de coordination

Le comité national de la promotion de la santé en milieu scolaire est composé des membres suivants :

- le directeur de la prévention et de l'éducation sanitaire (MS).
- le directeur des activités sociales et culturelles (Ministère éducation).
- le représentant de la direction du développement local (Ministère délégué aux collectivités locales).
- le représentant des associations de parent élèves.

Il se réunit une fois par an avant la rentrée scolaire pour évaluer le programme de l'année écoulée et établir les orientations du programme de l'année scolaire à venir.

Chacun de ces comités doit ouvrir un registre de délibération où seront notés les PV des réunions.

Le ministre de la santé
et de la population

Akli KHEDIS

Le ministre de l'éducation

Mohamed Brahimi EL-MILI

Le ministre délégué
des collectivités locales

Benali HENNI

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'INTERIEUR
ET DES COLLECTIVITES
LOCALES

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

***CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° 01 DU 6 AVRIL 1994 PORTANT PLAN DE
REORGANISATION DE LA SANTE SCOLAIRE***

La santé scolaire concerne plus du quart de la population et constitue un élément fondamental dans la promotion de la santé de la population dans son ensemble ce qui justifie la priorité qui doit lui être accordée dans les programmes nationaux de santé.

Or, il est constaté l'insuffisance de l'efficacité et de l'efficience des activités d'hygiène scolaire, trop souvent réduites à des rapides visites systématiques effectuées dans de mauvaises conditions et sans système de suivi opérationnel.

Partant de ce constat, les Ministères de la santé et de la population, de l'Education Nationale et de l'Intérieur et des collectivités locales ont décidé de mettre en œuvre progressivement un plan de redressement basé sur l'amélioration de la qualité des prestations et du niveau de couverture sanitaire en milieu scolaire, le développement des actions sanitaires basées sur l'approche par programme, la promotion de l'éducation sanitaire dans les écoles et lycées et enfin la coresponsabilité dans ce domaine impliquant la santé, l'éducation, les collectivités locales et les associations des parents d'élèves.

Ainsi le PROGRAMME NATIONAL à mettre en œuvre.

Ne doit pas se limiter aux aspects médicaux de l'hygiène scolaire, mais devra imposer la notion de santé scolaire.

Doit être préparé et mis en application progressivement jusqu'en Septembre 1997, avec une évaluation et un réajustement périodiques.

Doit préciser les objectifs minima communs et fournir les informations et les moyens indispensables aux personnels de base, afin qu'ils puissent choisir les modalités d'organisation et d'action les plus adaptées à leur situation, les mieux intégrés au plan local d'action sanitaire.

Dans le cadre de ce programme national, puis en application des conclusions du séminaire de SIDI FREDJ (20-22 Avril 1991) et suite aux travaux du comité national technique de la santé scolaire et Universitaire (réunissant de représentants des trois secteurs et des associations de parents d'élèves), le plan d'action portant sur l'amélioration des prestations médico-sanitaire aux profits des élèves comporte des mesures transitoires qui doivent être engagées dès le début de l'année 1994.

Aussi, il est demandé aux directeurs de la santé et de la protection sociale, aux directeurs de l'éducation de Wilaya, aux directeurs de secteur sanitaires ainsi qu'aux responsables communaux, de prendre dès le début de l'année 1994 ces mesures transitoires qui préparent une nouvelle organisation de la santé scolaire.

LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA SANTE SCOLAIRE :

La nouvelle organisation de la santé scolaire est fondée sur :

La mise en œuvre des moyens humains et matériels correspondant à l'importance de la population à couvrir.

L'amélioration des conditions et du contenu de la visite médicale systématique de dépistage : approche sur objectifs et rigueur dans le choix des tests.

La mise en place d'un suivi rigoureux des affections dépistées visant une amélioration de leur prise en charge.

L'implication étroite de tous les secteurs concernés.

Les fiches techniques annexées à la présente circulaire ont pour but d'aider les médecins, les chefs d'établissements scolaires et les responsables communaux, coordonnés par le service d'épidémiologie

et de médecine préventive (SEMEP) de chaque secteur sanitaire, à choisir les modalités d'application les mieux adaptées à leur situation.

PLAN D'OPERATION:

La première mesure, consiste en la désignation d'un coordinateur de la santé scolaire, dans le cadre des activités du SEMEP de chaque secteur sanitaire, il aura pour tâche d'aider ses confrères et leurs autres intervenants à mettre en œuvre les actions destinées à réorganiser la santé scolaire. La nouvelle organisation exige ensuite plusieurs mesures qui devront impérativement être prises durant l'année 1994.

1- Les Locaux :

Ils seront utilisés selon les normes proposées par le comité national technique de santé scolaire et universitaire.

- Les unités de santé de base seront souvent les plus aptes à accueillir les nouvelles « unités de dépistage et suivi ».

- Certains établissements scolaires pourront mettre à la disposition de la santé scolaire les locaux nécessaires, directement accessibles de l'extérieur, 44 heures par semaine, durant toute l'année y compris les périodes de congés scolaires.

- Là où il n'existe aucune de ces deux possibilités, les autorités communales devront chercher les locaux disponibles, les aménager et en assurer l'entretien et le gardiennage.

- Dans les zones éparses, l'acquisition et l'utilisation de clinomobiles est à envisager.

- Enfin, si aucun local satisfaisant n'est disponible, et si l'on ne dispose pas d'un clinomobile, les visites de dépistage devront encore se dérouler dans des classes. Cependant le directeur de l'école devra préparer convenablement ces classes.

Un local adéquat ou un clinomobile devra être inscrit au programme de développement communal.

En tout état de cause la pratique de la visite médicale systématique en classe devrait prendre fin d'ici Septembre 1995.

2- Le personnel médical :

Il devra être affecté aux activités de santé scolaire, pour chaque sous-secteur sanitaire, par la direction du secteur sanitaire, selon les normes proposées en annexe.

Il sera choisi :

Parmi le personnel existant au niveau du secteur sanitaire.

Par réintégration technique au SEMEP du secteur sanitaire, des médecins qui auraient pu être recrutés pour un établissement scolaire.

La responsabilité administrative restera dévolue à leur organisme employeur mais ils devront organiser leur activité médicale sous la responsabilité du SEMEP du secteur sanitaire.

- Par recours à la DSPS pour mutation inter secteur ou pour recrutement si nécessaire.

3- Les déplacements des élèves : vers les unités de dépistage et de suivi se fera en groupe accompagnés d'enseignants.

Ce n'est que dans l'impossibilité de retrouver un local mieux adapté ou un moyen de transport pour les élèves de certaines écoles éloignées, que ces élèves pourront être examinés dans des salles de classes, bien préparées, pour assurer le transport de l'équipe de santé scolaire vers l'école.

4- La collaboration Médecin-Inspecteurs et Directeurs d'Etablissements-Enseignants :

L'utilisation rationnelle des spécialistes disponibles.

Le recrutement de spécialistes en cas de besoin.

La collaboration des spécialistes du CHU ou du secteur le plus proche.

Nous attachons une importance particulière à l'application des dispositions de la présente circulaire et vous demandons de nous tenir informés à l'ensemble des mesures prises à l'échéance du 31 juin 1994 qui permettra une première évaluation destinée à préparer le plan d'opération pour l'année 1994 / 1995.

FICHE TECHNIQUE N° 1

LOCAUX

Les salles de classe s'étant relevées inadéquates pour effectuer un dépistage scientifiquement valide, il importe de trouver et d'équiper d'autres locaux, mieux adaptés, partout où cela sera possible, ces locaux seront organisés en «unité de dépistage et de suivi » U.D.S.

Description de l'unité de dépistage et de suivi (U.D.S) :

Une U.D.S comprend : 1 cabinet médical normalisé, chauffé, bien éclairé, avec deux vestiaires

1 Salle « paramédicale »

* longue de 5m (pour optométrie)

* bien éclairé

* abritant secrétariat et documents.

1 Salle d'attente, avec accès aux vestiaires

1 Bloc sanitaire à proximité.

Localisation :

Par exigence de proximité de la population scolaire, il conviendra d'équiper au moins une U.D.S au chef-lieu de chaque commune (correspondant à une ou plusieurs écoles fondamentales intégrées).

L'U.D.S peut être localisé :

Dans une unité de santé de base.

Dans un établissement scolaire à condition qu'il soit ouvert à tout élève des autres établissements, 44 heures par semaine et durant toute l'année y compris les périodes des congés scolaires.

Dans un local spécialement aménagé.

Dans un clinomobile.

Norme d'utilisation :

Une population scolaire de 8000 élèves dans une commune nécessite l'utilisation d'une U.D.S à plein temps (visites de dépistage, suivi, consultation, évaluation).

Quand la population scolaire est inférieure à 8000 élèves, ce local sera utilisé à raison de 1 jour par semaine, par tranche de 1500 élèves et pourra servir à d'autres activités de santé le reste du temps.

Moins de 1500 = 1 jour par semaine

1500 à 3000 = 2 jours par semaine

3000 à 4500 = 3 jours par semaine

4500 à 6000 = 4 jours par semaine

6000 à 8000 = plein temps.

Quand la population scolaire est supérieure à 8000 élèves on il faut prévoir une autre U.D.S (de 10.000 à 16.000 élèves) ou plusieurs, dans la même commune, si leur éloignement le justifie, dans ce cas contraire, il suffira d'ajouter l'U.D.S de la commune, un cabinet médical par tranche de 800 élèves.

4-Locaux spécialisés :

Les normes des locaux nécessaires aux chirurgiens-dentistes et aux psychologues de l'équipe de santé scolaire seront précisées dans les programmes spécifiques de santé bucco-dentaire et de santé mentale.

FICHE TECHNIQUE N° 2 :

PERSONNEL

Personnel médical :

La nouvelle organisation des activités de santé scolaire (préparation, programmation, dépistage, suivi et évaluation) nécessaire. Le travail à plein temps d'un médecin pour environ 8000 élèves scolarisés. Il sera donc nécessaire d'affecter aux activités de santé scolaire un ou plusieurs médecins par commune, à temps complet ou partiel, à raison de 1 jour par semaine pour chaque tranche de 1500 élèves scolarisés.

Nombre d'élève	Médecins à temps plein	Médecin à temps partiel
Moins de 1500	-	1 jour / semaine
1500 à 3000	-	2 jour / semaine
3000 à 4500	-	3 jour / semaine
4500 à 6000	-	4 jour / semaine
6000 à 8000	1	-
8000 à 9500	1	1 jour / semaine
9500 à 11000	1 +	2 jour / semaine
14000 à 16000	2 +	-
16000 à 17500	2 +	1 jour / semaine.

Ces affectations (précisant le lieu, et le temps, plein ou partiel) se feront d'abord par redéploiement du personnel médical existant, puis par réintégration technique au SEMEP des médecins qui auraient pu être recrutés « parallèlement » pour des établissements scolaires ou des communes.

Au cas où certains postes n'auraient pu être pourvus, il conviendra d'en informer la DSPS pour un redéploiement des affectés au niveau de la wilaya (mutations inter-secteurs) ou pour recrutement.

Personnel paramédical :

Il faudra affecter un ou deux infirmiers (ères) pour un médecin durant tout son temps d'activité de santé scolaire.

Les paramédicaux recrutés par l'éducation devront être intégrés aux activités de santé scolaire.

Personnel spécialisé :

La place des chirurgiens-dentistes et des psychologues dans l'équipe de santé scolaire, ainsi que les profils des psychologues seront précisés par les programmes spécifiques de santé bucco-dentaire et de santé mentale.

FICHE TECHNIQUE N° 3 :

PREPARATION – PROGRAMMATION DE LA VISITE

MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE

1- Le coordinateur obtient, à la direction de l'éducation de Wilaya (ou aux directions de lycées et écoles fondamentales intégrées) les listes des établissements scolaires du secteur sanitaire, commune par commune.

Chaque établissement est identifié par son officiel, son application usuelle si elle diffère, et son adresse précise (quartier, rue, douar....).

2- Le coordinateur ou le médecin – chef de sous secteur, obtient des directeurs de lycées et d'E.F.I. (avant le 20 Septembre) les prévisions de toutes les divisions pédagogiques (appellation officielle d'une « classe ») clairement identifiées, pour chaque établissement et annexe.

3- Les médecins, les directeurs de lycées et E.F.I. et les responsables communaux se réunissent avec le chef de service de la planification de la D.E.W pour choisir la localisation des U.D.S. aux chefs – lieux de communes et éventuellement, ailleurs :

En unité de santé de base

En établissement scolaire

En local communal

En clinomobile

4- Classe – cibles :

Une visite médicale systématique de dépistage minutieuse et précise.

La participation attentive des enseignants pour signaler certains troubles pouvant en cours d'année.

L'installation d'un système de suivi rigoureux, ne perdant aucun élève d'une année sur l'autre.

Sont trois conditions à réunir pour améliorer l'efficacité des activités de santé scolaire, il suffira alors d'examiner chaque année, en visite médicale systématique de dépistage, les élèves de 4 classes cibles :

1°, 2° et 7° AF, 1° AS, puisque ces classes cibles permettent de dépister des affections ayant pu apparaître à ces âges clés et de retrouver les élèves suivis à leur entrée dans un nouveau cycle d'études (il n'y a donc plus à tenir compte des anciennes classes cibles

1°, 6°, 9° AF, 3° AS) Dès qu'il sera possible la visite de 1ère AF sera décalée en préscolaire à l'âge de 5 ans.

5- Le coordinateur du secteur sanitaire (ou : et les médecins-chefs des sous secteur) établit, avec le ou les médecins affectés à la santé scolaire pour chaque commune, la liste des divisions pédagogiques (appellation officielle des classes) que ces derniers proposent d'examiner au minimum, toutes les divisions pédagogiques des 4 classes cibles : 1°, 2°, 7° AF et 1° AS.

Il sera important de bien distinguer.

- Les établissements dont les élèves, accompagnés de leur enseignant pourront se rendre à l'U. D.S. à pieds.

- Et ceux pour lesquels un moyen de transport sera nécessaire.

6- Le coordinateur et les médecins désignés pour chaque commune établissent ensemble, en début d'année scolaire, la programmation des VMS de dépistage, au rythme de 1 ou 2 divisions pédagogiques par jour de V.M.S. (en moyenne, 3h 30 pour une classe d'élèves).

7- Le coordinateur s'assure des moyens de déplacement.

Des classes entières, de l'école vers l'U.D.S

Ou du clinomobile vers les écoles

Pour les élèves dont le déplacement vers un local adéquat ne pourra être dès cette année, il conviendra de prévoir le déplacement de l'équipe (1 médecin + 1 ou 2 paramédicaux) vers l'école, et de s'assurer que les classes où se déroulera la VMS de dépistage auront été nettoyées, et organisées de façon à se rapprocher des conditions décrites pour l'UDS.

En tout état de cause, la pratique de la VMS EN CLASSE DEVRAIT PRENDRE FIN Septembre 1995, délai suffisant pour régler les problèmes de locaux et de transport.

Le suivi devra, dans tous les cas, être effectué, hors de classes

FICHE TECHNIQUE N° 4 :

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE

4-A Problèmes prioritaires retenus :

Pouvant bénéficier d'une stratégie de dépistage

1- Problèmes relevant d'un programme national

Rhumatisme articulaire aigu (RAA)

Malnutrition protéino-énergétique

Goitre (dans les régions d'endémie)

Anémie carencielle

Vaccination

2- Problèmes désignés comme prioritaire par le séminaire de SIDI FREDJ

Problèmes bucco-dentaires

Problèmes de santé mentale

3- Problèmes reconnus comme sévères par le comité national technique de santé scolaire et universitaire (CNTSSU).

Insuffisance rénale chronique (problème uro-néphrologiques)

Diabète

Asthme

Epilepsie

Hypoacousie

Conjonctivite chronique

Déformation du rachis

Parasitose

Ectopie testiculaire

Enurésie.

FICHE TECHNIQUE N° 5:

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE

4-B Contenu / stratégie de dépistage et affections recherchées par VMS.

1. Interrogatoire :

Antécédent connu de R.A.A ou hospitalisation pour arthrite ?
Injections tous les 15 ou 21 jours
Difficultés scolaires ?
Troubles du comportement ?
Troubles du langage
Dysurie ? Pollakiurie ? Hématurie ?
Diabète connu ? Polyurie – Polydipsie ?
Asthme connu ? Causes de dyspnées ?
Epilepsie connue ? Pertes de connaissance, crises épileptiques
Fréquente rougeur des yeux ?
Fréquent écoulement nasal ?
Parasitose intestinale ?

2. Inspection :

- Avant bras	- cicatrice de BCG
- Cuir chevelu	- pédiculose
- Yeux	=strabisme, ptôsis
- Revêtement cutané	=Gale, impétigo
- Squelette	=Déformation du rachis, déformation des membres.

3. Examen physique :

- Observation des conjonctives	= anémie
- Observation de la bouche	= carie, malposition, gingivite
- Palliation du cou	= goitre
- Auscultation cardiaque	= souffle organique
- Palliation des testicules	= ectopie testiculaire.

4.C. Déroulement de la visite médicale systématique de dépistage :

Toujours avec la présence de l'enseignant

Pour les 1ères A.F en présence de la mère (ou du père)

Toute affection dépistée doit être enregistrée (cf. préliste 4 E)

1. Activités paramédicales : par 1 infirmier (ère).

Accueil des élèves

Inspection à la recherche de :

cicatrice BCG (1ère A.F seulement)

pédiculose

gale

déformation des membres (1^{er} AF)

Observation de la bouche à la recherche de caries malpositions et gingivites.

Optométrie : baisse de l'acuité visuelle.

2- Visite médicale : Par 1 médecin = 1 infirmier (ère)

- Interrogatoire des parents (1ère A.F) et / ou analyse de leur réponses au questionnaire (2ème A.F).

- Interrogatoire de l'enseignant : analyse de ses réponses au questionnaire (1ère et 2ème A.F)

Interrogatoire de l'élève à la recherche de :

antécédents de R.A.A

diabète

asthme

épilepsie

parasitose intestinale 1ère et 2ème A.F.)

énurésie (1ère et 2ème A.F.)

dysurie, pollakiurie, hématurie

trouble du langage

problème psychologiques

- Examen physique à la recherche de :
ptôsis, nystagmus
anémie clinique (observation des conjonctives) en 1^{ère} A.F.
goitre (palpation du cou) en région d'endémie
souffle cardiaque organique (auscultation cardiaque)
déformation du rachis
ectopie testiculaire (palpation) en 1^{ère} A.F.
acoumétrie vocale (si hypoacusies signalée) 1^{ère} et 2^{ème} A.F.
« labstix » (si troubles uro-néphrologiques signalés)

3- Prescription éventuelle :

Inscription pour suivi

Orientation pour le chirurgien- dentiste (les autres orientations se feront à partir d'une consultation de suivi, en présence d'un parent).

FICHE TECHNIQUE N° 6

VISITE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE :

4-D-1--. Questionnaire à remplir par les parents de chaque élève de 1°, 2° A.F.
(avec l'aide de l'enseignant si nécessaire et à remettre à l'enseignant avant la visite médicale systématique)

Les renseignements demandés ci-dessous sont destinés à aider et orienter le médecin de santé scolaire dans son examen de l'enfant à la recherche d'une éventuelle maladie nécessitant une surveillance et un suivi ou perturbant la scolarité de l'enfant.

il est bien entendu que ces renseignements sont confidentiels et relevant du secret médical, auquel l'enseignant est également tenu.

Wilaya :

Commune :

Ecole :

Classe :

Nom et prénom :

Nombre de personnes vivant à la maison :

Père

Mère

Frères

Sœurs

Autres

Votre enfant a t-il :	OUI	NON
- été hospitalisé ou traité pour une inflammation des articulations ?		
- reçu des injections tous les 15 ou 21 jours ?		
- présenté un amaigrissement rapide ?		
- présenté des difficultés à respirer ?		
- des pertes de connaissance, évanouissements ?		
- des convulsions ?		
- des troubles du comportement (instabilité, agressivité, isolement ?		
- des troubles du langage (mauvaise articulation, bégaiement) ?		
- une baisse de l'audition ?		
- une fréquente rougeur des yeux ?		
- un fréquent écoulement nasal ?		
- des vers dans les selles ou un prurit anal ?		
- une énurésie (urine dans son lit ?		
- des besoins urinaires très fréquents ?		
- du sang dans les urines ?		
- été traité pour une des affections suivantes :		
- rhumatisme aigu		
- diabète		
- asthme		
- épilepsie		
- autre affection, si oui ; laquelle :		
- présenté d'autres trouble que vous jugez utile de signaler, lesquelles :		

FICHE TECHNIQUE N° 7 :

VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE :

4. D-2 Questionnaire à remplir par l'enseignant de chaque élève de 1° et 2° AF.
(et à joindre au dossier médico scolaire avant la visite médicale systématique de dépistage).

Wilaya : _____ Commune : _____
Ecole : _____ Classe : _____
Nom et prénom de l'enseignant : _____

Veuillez avoir l'obligeance de noter ci – dessous les remarques sur lesquelles vous aimeriez attirer l'attention du médecin qui doit examiner votre élève (Nom et prénom)

.....
Et de classer cette fiche dans son dossier médico-scolaire

Votre enfant a-t-il	OUI	NON
Votre élève a t-il :		
- une vue insuffisante ?		
- trouble de l'audition ?		
- difficultés scolaires (d'adaptation ou d'acquisition) ?		
- troubles du comportement ?		
- troubles du langage ?		
- absences répétées ?		
- fréquente rougeur des yeux ?		
- fréquent écoulement nasal ?		
- besoins urinaires très fréquents ?		

FICHE TECHNIQUE N° 8

SUIVI

5.A affection nécessitant un « suivi »

Amaigrissement, hypotrophie.

Pâleur des conjonctives

Difficultés scolaires

Troubles du langage

Troubles du comportement

Baisse d'acuité visuelle

Strabisme, ptôsis, nystagmus

Conjonctivite chronique

Hypoacousie

Rhinite chronique

Goitre

Antécédent de R.A.A

Souffle organique

Diabète

Asthme

Epilepsie

Déformation du rachis

Déformation des membres

Ectopie testiculaire

Enurésie

Dysurie pollakiurie

Absentéisme répété (signalé par l'enseignant ou le directeur)

Retour d'hospitalisation (signalé par l'enseignant ou le directeur)
Affection chronique grave (retrouvée dans les documents ou en consultation)

FICHE TECHNIQUE N° 9 :

SUIVI

5.B) Organisation :

1- Objectifs et intérêt :

préciser les diagnostic des affections dépistées
permettre prescription ou orientation pour prise en charge
contrôler les résultats des prescriptions et prises en charge
améliorer la connaissance épidémiologique de la population scolaire
recenser les ressources nécessaires pour les prises en charge.

2- Responsable : Dans toute la mesure du possible les médecins ayant pratiqué la visite de dépistage sont responsables du suivi et de l'évaluation (sauf pour ce qui relève de la compétence des chirurgiens + dentistes et psychologues de l'équipe de santé scolaire).

3- Listing des élèves à convoquer pour un suivi :

établi par l'infirmier, à la suite de la visite de dépistage de chaque classe.

4- Registre du suivi :

- Pour chaque UDS, le médecin responsable de la santé scolaire (plein temps ou temps partiel) établira un registre reclassant les élèves à suivre, par école et par classe (divisions pédagogiques). Et laissant en face le Nom, Prénom, Affection dépistée pour chacun, la place pour les dates de convocations, les diagnostics approchés ou confirmés durant les examens de suivi, et les décisions prises (orientation, traitement de longue durée...).

- Le registre regroupera non seulement les élèves dépistés en visite médicale systématique en cours d'année, mais aussi les élèves recensés des années précédentes et qui doivent continuer d'être suivis :

soit parce qu'ils présentent une affection chronique

soit parce que leur diagnostic n'est pas encore précisé

ce registre (qui peut être un simple cahier écolier) constitue l'outil indispensable.

pour la réalisation effective du suivi

pour l'amélioration de la prise en charge

pour la connaissance épidémiologique de la population scolaire.

5- Convocation :

Selon les journées choisis par le médecin pour le suivi et selon les priorités qu'il indiquera (sévérité, délai de prise en charge...) l'infirmier (e) porte le registre les dates de convocations (par exemple, au rythme de 20 par jour) et établit une convocation pour chaque élève.

La convocation portera très clairement école / classe / Nom et Prénom / localisation de l'UDS ou il se rendra / date et heure.

La convocation indiquera que l'élève doit être accompagné de sa mère (de préférence) ou de son père, et qu'il doit apporter son dossier médico-scolaire et les autres documents médicaux le concernant.

Les convocations sont adressées au directeur de l'école pour être remises aux parents d'élèves convoqués, avec les dossiers médico-scolaires sont classés à l'école et transférés avec les dossiers scolaires lors d'un changement d'établissement.

6- Examen médical de suivi ? A L'U.D.S

Toujours en présence d'un parent pour chaque élève.

L'entretien et l'examen médical se donneront pour but de :

- Préciser le diagnostic ...et l'expliquer aux parents (et aux grands élèves).

- permettre puis contrôler une prise en charge correcte :

Explication de la nécessité et des modalités d'un traitement, d'examen complémentaire, d'une consultation ou d'une hospitalisation en service spécialisé.

FICHE TECHNIQUE N° 10 :

SUIVI

5. C. Consigne à adresser à tout enseignant, de toute classe
(1^{ère} à 3^{ème} A.S) après traduction en arabe.

Direction de l'Education de la Wilaya de

La nouvelle organisation de la prévention scolaire, qui vise à préserver plus efficacement la santé de la population scolaire implique une plus étroite avec le médecin.

En pratique, il est demandé à chaque enseignant de :

- mesurer 1 ou 2 fois par an, et noter sur le dossier médico-scolaire de chaque élève : date/poids/taille.
- préparer la visite médicale systématique des 1^{ère} et 2^{ème}A.F en joignant au dossier médico- scolaire de chaque élève les réponses au questionnaire – parents et au questionnaire – enseignant.
- être présent à la VMS de dépistage (enseignant de la classe, en 1^{ère} et 2^{ème}A.F, adjoint d'éducation ou professeur d'EPS, en 7^{ème}AF et 1^{ère} AS).
- adresser au médecin de santé scolaire, chaque élève (accompagné de sa mère ou de son père, et muni de son dossier médico-scolaire) qui présenterait, en cours d'année scolaire l'un des troubles suivants :
 - perte de poids entre 2 pesées successives
 - difficultés de vision
 - aggravation des difficultés scolaire
 - troubles psychologiques, trouble du comportement
 - troubles du langage
 - pertes de connaissance, crise épileptique
 - toux pendant plus de 20 jours consécutifs
 - besoins urinaires très fréquents
 - absentéisme répété (plus de 15 jours d'absence en 3 mois) ou dès son retour en classe après un séjour à l'hôpital.

***INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 02 DU 27/02/95 RELATIVE AUX MODALITES DE
CREATION, DE GESTION ET DE FONCTIONNEMENT DES UNITES DE DEPISTAGE ET DE SUIVI
INSTALLEES DANS LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES***

DESTINATAIRES : - MM LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
-MM LES DIRECTEURS DE L'EDUCATION DE WILAYA

REFERENCE : - Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé notamment les articles 77 à 82.

Arrêté Interministériel N° 26 du 21 juin 1987 relatif aux conditions d'éviction et aux mesures de prophylaxie à prendre en cas de maladies contagieuses dans les établissements scolaires.

Instruction Interministérielle n°42 du 24 Mai 1981 relative à l'établissement et à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n° 495 du 21 Novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

Circulaire interministérielle n°5 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépiquées en milieu scolaire et à la coordination.

Circulaire interministérielle n° 175 du 27 Décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection scolaire en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n° 176 du 27 Décembre 1989 relative à l'évaluation des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n°1 du 6 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

Le plan de réorganisation de la santé scolaire, mis en œuvre suite à la circulaire interministérielle n°1 du 6 Avril 1994 comporte entre autres mesures la mise en place des moyens humains et matériels en rapport avec l'importance de la population scolarisée et les prestations préventives, curatives et éducatives pour la santé à fournir aux enfants et adolescents scolarisés.

C'est pourquoi il a été décidé de renforcer de manière significative l'effectif des praticiens médicaux exerçant en santé scolaire, par l'affectation de médecins au niveau des unités de dépistage et de suivi (U.D.S) implantées dans les établissements scolaires.

Dans ce cadre, la création des nouvelles U.D.S citées ci-dessus doit être réalisée en priorité dans les établissements d'enseignement secondaire (lycées et technicums) et les écoles fondamentales disposant de locaux pouvant abriter l'U.D.S.

Chaque U.D.S doit couvrir une circonscription pédagogique comprenant un lycée, une ou deux écoles fondamentales, les A.E.F rattachées à cette ou ces écoles fondamentales.

L'U.D.S doit être conforme aux normes définies dans la fiche technique n°1 annexée à la circulaire interministérielle n°1 du 6 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire, ci-dessus visée en référence.

MODALITES DE CREATION DES U.D.S DES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES

Les U.D.S des établissements scolaires sont créés par décision conjointe du Directeur de l'éducation de Wilaya et du Directeur de la Santé et de la Protection Sociale après avis du Directeur du Secteur Sanitaire localement compétent.

La gestion et le fonctionnement de l'U.D.S sont cependant sur le plan médical et technique le médecin de l'U.D.S est seul responsable.

L'équipement ainsi que la fourniture de produits consommables sont pris en charge par les services compétents de l'éducation.

L'affectation du personnel médical est opérée par le secteur sanitaire qui en assure la gestion administrative et technique, conformément à la réglementation et aux directives organisant les activités de santé scolaire.

Le personnel médical et paramédical est tenu au respect du règlement intérieur de l'établissement qu'il couvre durant toute l'année scolaire.

Par ailleurs le personnel médical et paramédical est dans l'obligation de suivre les sessions de formations organisées à son intention par le Ministère de la Santé et de la Population, y compris pendant les périodes de vacances scolaires.

Pendant les vacances scolaires le médecin de l'U.D.S établit ses bilans et rapports d'activité et assure le suivi des élèves nécessitant une prise en charge médicale.

Le personnel paramédical recruté et géré par les services de l'éducation doit être en priorité affecté au niveau des U.D.S implantées dans les établissements scolaires.

Le contrôle technique et l'organisation des activités de l'U.D.S, sont assurés par le secteur sanitaire.

Le programme annuel est arrêté par le médecin de l'U.D.S conjointement avec le (s) Directeur (s) des établissements scolaires, concernés conformément aux objectifs et tâches prescrits en matière de protection sanitaire en milieu scolaire.

Il est soumis à l'approbation du secteur sanitaire compétent.

2- DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE.

Les activités préventives, curatives pour la santé de l'ensemble des U.D.S implantées dans le secteur sanitaire et les établissements scolaires qu'il couvre doivent être complémentaires et organisées de telle façon qu'elles couvrent toute la population scolarisée du secteur.

A cet effet, le coordinateur de la santé scolaire du secteur sanitaire veille, en concertation avec les médecins de santé scolaire, les inspecteurs de l'éducation et les Directeurs d'établissements à l'évaluation des programmes annuels d'activités.

Outre les visites médicales systématiques de dépistage et la prise en charge des affections dépistées, les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaire sont une tâche permanente de l'équipe de santé scolaire.

Ils s'effectuent conformément aux dispositions de la circulaire Interministérielle n° 495 /CIM/MS du 21 Novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

3- L'EDUCATION SANITAIRE EN MILIEU SCOLAIRE :

Les activités éducatives pour la santé en milieu constituent une tâche prioritaire de l'équipe de santé scolaire et des enseignants.

Aussi elles doivent être organisées de façon à ne plus se limiter à des campagnes ponctuelles de célébration de journées mondiales ou nationales de prévention et de lutte contre certains fléaux.

Outre le programme d'éducation sanitaire intégré à l'enseignement, le médecin de l'U.D.S peut établir un programme d'éducation sanitaire complémentaire conjointement avec les Directeurs d'établissements et les enseignants concernant les problèmes de santé prévalant à l'échelle locale.

4- COORDINATION DES ACTIVITES :

La coordination est un élément indispensable pour le bon fonctionnement et le déroulement dans des conditions optimales des activités de santé scolaire.

Elle doit aboutir à une co-gestion effective de la santé scolaire impliquant les services de santé, les services de l'éducation, les communes et les associations des parents d'élèves.

Aussi est-il indispensable de relancer le fonctionnement des comités de coordinations prévus par la circulaire interministérielle n° 175 MS/CAB/MIN du 27 Décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire, à savoir :

le conseil de santé de l'école

le comité de santé scolaire communal

le comité de santé scolaire du secteur sanitaire

le comité de santé scolaire de la wilaya.

Nous attachons une importance particulière à la mise en place effective de ce dispositif, dont les Directeurs de la Santé et de la Population Sociale et les Directeurs de l'Education Nationale doivent nous faire rapport à l'échéance du mois de Septembre 1995.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION
N° 144/MSP/S6 du 24 mars 1997

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 144 DU 24 MARS 1997 PORTANT
NORMALISATION
DES LOCAUX ET DES EQUIPEMENTS D'UNE UNITE DE DEPISTAGE ET DE SUIVI DE SANTE
SCOLAIRE**

Le fonctionnement optimal des unités de dépistage et de suivi de santé scolaire requiert l'affectation à ces unités de locaux, de mobilier, de matériel médical et d'instrumentation qui doivent correspondre aux caractéristiques suivantes :

1- Locaux :

Locaux	Nombre	Surface	Aménagement
Cabinet médical	1	12m ²	Bien éclairé, chauffé et équipé d'un lavabo
Vestiaires	2	2x2m ²	Chauffé et ayant un double accès, l'un vers le cabinet médical et l'autre vers la salle d'attente.
Salle paramédicale	1	15m ²	Bien éclairé, chauffé et équipé d'un évier.
Salle d'attente	1	25m ²	Bien aérée, chauffé et ayant accès vers le cabinet médical, la salle paramédicale et le hall d'entrée
Blocs sanitaires	2	2x6m ²	Comprenant chacun 2 W-C et un lavabo et donnant accès vers le hall
Hall d'entrée	1	6m ²	A munir de double porte d'accès Vers la porte et vers la salle d'attente
Cabinet dentaire	1	15m ²	Bien éclairé, chauffé, équipé d'un lavabo et doit disposer d'une alimentation électrique adaptée

* : cabinet dentaire pour les U.D.S qui doivent en disposer.

2- Mobilier, matériel et instrumentation médicaux :

2.1 Cabinet médical :

2.1.1. Mobilier :

- Bureau	(2)
- Chaise	(4)
- Paravent	(1)
- Classeur métallique	(1)
- Portemanteaux	(4)
- Banc	(2)
- Tabouret à vis hauteur variable	(2)
- Guéridon roulant	(1)
- armoire métallique	(1)

2.1.2. Matériel médical :

- Pèse – personne	(1)	
- Table d'examen		(1)
- Toise	(1)	
- Echelle optométrique		(1)
- Armoire vitrée à pharmacie	(1)	
- Poupinel P.M	(1)	
- Escabeau à 2 marches		(1)
- Sceau à pédale		(2)
- Thermomètre		(2)

2.1.3. Instrumentation :

- Tensiomètre pour adulte		(1)
- Tensiomètre pour enfant		(1)
- Stéthoscope	(1)	
- Otoscope	(1)	
- Marteau à réflexe	(1)	
- Spéculum nasal		(1)
- Boite à instruments P.M		(1)
- Ciseaux droits		(1)
- Pinces à griffes		(2)
- Pinces sans griffes	(2)	
- Tambour	(2)	
- Haricot	(2)	
- Abaisse-langue métallique	(2)	
- Flacon pissette en plastique	(2)	

2.2. Cabinet Dentaire :

2.2.1.Mobilier :

- Bureau	(1)	
- Chaise		(2)
- Classeur métallique	(1)	
- Armoire vitrée		(1)
- Sceau à pédale		(1)

2.2.2. Matériel :

- Fauteuil dentaire	(1)	
- Unit dentaire	(1)	
- Compresseur d'air	(1)	
- Lampe dentaire (éclairage)	(1)	
- Stérilisateur	(1)	
- Siège opérateur		(1)
- Meuble dentaire (instruments)		(1)
- Radio dentaire		(1)

2.2.3. Instrumentation :

Daviers

* Daviers supérieurs :	- Davier pour incisive du haut	(2)	
	- Davier pour canine du haut	(2)	
	- Davier pour prémolaire du haut	(2)	(2)
	- Davier pour molaire du haut	(2)	(denture permanente)
	- Davier pour molaire du haut	(2)	
	- Davier à racines	(1)	
* Daviers inférieurs :	- Davier pour incisive du bas	(2)	
	- Davier pour canine du bas	(2)	
	- Davier pour prémolaire du bas	(2)	(2)
	- Davier pour molaire du bas	(2)	

	(denture permanente)		
	- Davier pour molaire du bas	(2)	
	- Davier à racines		(1)
Syndesmotomes :	- syndesmotome droit	(2)	
	- syndesmotome coudé	(2)	
Elévateurs :	- élévateur de Bernard	(1)	
	- élévateur droit	(2)	
	- élévateur américain droit	(1)	
	- élévateur américain gauche	(1)	
Miroir		(5)	
Excavateur		(2)	
Sonde		(3)	
Precelle			(3)
Plateau en inox			(3)
Boite de pulpectomie		(1)	
Seringue métallique		(1)	
Fraise pour turbine :	- boule		(1 boîte)
	- cylindrique	(1 boîte)	
	- conique	(1 boîte)	
Amalgamateur		(1)	
Pistolet à amalgame		(1)	
Matrice			(1)
Porte-matrice		(1)	
Spatule à bouche		(1)	
Brunissoir		(1)	
Fouloir		(1)	
Plaque en verre			(1)
Tambour		(2)	

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

***INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 02 DU 28 MAI 2000
RELATIVE AUX TACHES ET OBLIGATIONS DES MEDECINS DE SANTE SCOLAIRE***

DESTINATAIRES :

Messieurs les Walis ;
Monsieur le Directeur de la Prévention, de la Santé et de la Population de la Wilaya d'Alger
Monsieur l'Inspecteur de l'Académie de la Wilaya d'Alger
Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas
Messieurs les Directeurs de l'Education des Wilayas
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

REFERENCES :

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;
Décret présidentiel n° 99-300 du 24 Décembre 1999 portant nomination des membres du gouvernement ;
décret exécutifs n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique, modifié et complété ;
Décret exécutif n° 94-265 du 6 Septembre 1994 fixant attributions du ministre de l'éducation nationale;
Décret exécutif n° 96-66 du 27 janvier 1996 fixant attributions du ministre de la santé et de la population;
Arrêté interministériel n° 06 du 25 Octobre 1997 portant conditions de dispense de la pratique de l'éducation physique et sportive ;
Circulaire interministérielle n° 495 du 21 Novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires ;
Circulaire interministérielle n° 05 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination ;
Circulaire interministérielle n° 175 du 27 Décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire ;
Circulaire interministérielle n° 01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire ;
Instruction interministérielle n° 42 du 24 Mai 1981 relative à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire ;
Instruction interministérielle n° 02 du 27 avril 1995 relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi dans les établissements scolaires ;
Instruction interministérielle n° 03 du 24 Mai 1999 relative à la vaccination en milieu scolaire.

La réorganisation de la santé scolaire, mise en application depuis l'année 1994 nécessite dans sa mise en œuvre une coordination étroite à tous les niveaux entre les secteurs de la santé, de l'éducation et des collectivités locales ainsi que les associations de parents d'élèves.

Afin de répondre à un besoin réel l'exprimé par les médecins exerçant en santé scolaire et les gestionnaires des établissements scolaires, des clarifications s'imposent concernant les missions qui leurs sont dévolues dans l'exercice de leur tâche quotidienne.

L'objet de la présente instruction est donc de définir les tâches et obligations de ces médecins et ce quel que soit leur lieu d'exercice.

Dispositions générales

1.1-Définition des tâches :

Dans le cadre de la protection sanitaire en milieu scolaire, les médecins assurent, notamment, les activités suivantes :

diagnostic et soins ;
prévention générale et épidémiologie ;
éducation sanitaire ;
formation des personnels de santé.

1.2- Programme des Activités :

le programme annuel des activités de santé scolaire est établi, en début de chaque année scolaire, par le médecin de santé scolaire, en collaboration avec le médecin coordinateur de santé scolaire (et / ou le médecin chef du sous secteur) et les directeurs des établissements scolaires concernés.

Ce programme annuel précisera la liste des divisions pédagogiques que les médecins se proposent d'examiner lors des visites médicales systématiques de dépistage : au minimum , toutes les divisions pédagogiques des 4 classe cibles (1° AF , 2° AF , 7°AF et 1° AS) ; ainsi que les activités de suivi, d'éducation sanitaire, de vaccination et de contrôle d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires relevant de l'UDS et ceci conformément aux objectifs et tâches prescrits en matière de protection sanitaire en milieu scolaire.

1.3- Activités de dépistage et de suivi :

Pour améliorer l'efficacité des activités de santé scolaire, le médecin doit :
pratiquer une visite médicale systématique de dépistage minutieuse et précise,
susciter la participation attentive des enseignants et des parents pour signaler certains troubles pouvant survenir en cours d'année,
organiser l'installation d'un système de suivi rigoureux qui permet d'éviter toute déperdition.

Au niveau de l'UDS, la visite médicale systématique de dépistage comporte :

une analyse des questionnaires (parents et enseignants des élèves de 1° et 2° AF)

un interrogatoire,

un examen physique

la visite médicale systématique de dépistage pourrait être suivie d'une prescription ou d'une éventuelle inscription au suivi.

Au niveau de l'UDS, le médecin établit un registre reclassant les élèves à suivre. Ce registre de suivi regroupera non seulement les élèves dépistés en visite médicale systématique en cours d'année, mais aussi les élèves recensés les années précédentes et qui doivent continuer d'être suivis.

Lors du suivi à l'UDS, et toujours en présence d'un parent pour chaque élève, l'entretien et l'examen médical se donneront pour but de :

préciser le diagnostic et l'expliquer au parent

permettre puis s'assurer d'une prise en charge correcte.

Le médecin de santé scolaire est tenu au respect du secret médical.

Le médecin ayant pratiqué la visite médicale de dépistage est responsable du suivi et de l'évaluation (sauf pour ce qui relève de la compétence des chirurgiens-dentistes et psychologues de l'équipe de santé scolaire).

1.4- Autres activités :

1.4.1- vaccination :

le médecin de santé scolaire est chargé de l'organisation et de la réalisation de la vaccination en milieu scolaire en collaboration avec le médecin coordinateur de santé scolaire, le médecin chef du service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) et les directeurs des établissements scolaires relevant de l'UDS.

1.4.2- éducation pour la santé :

Les activités d'éducation pour la santé constituent une tâche prioritaire de l'équipe de santé scolaire.

Le médecin de santé scolaire peut établir un programme d'éducation pour la santé conjointement avec les directeurs des établissements scolaires et les enseignants concernant les problèmes de santé prévalent à l'échelle locale.

1.4.3- hygiène et salubrité des établissements scolaires :

Outre les visites médicales systématiques de dépistage et la prise en charge des affections dépistées, les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires sont une tâche permanente de l'équipe de santé scolaire en collaboration avec le bureau communal d'hygiène.

1.4.4- éducation physique et sportive :

Dans le cadre de la pratique de l'éducation physique et sportive à l'école, le médecin de santé scolaire ne délivre le certificat de dispense qu'après un examen médical de l'élève et avis du médecin spécialiste si nécessaire.

1.4.5- coordination intersectorielle :

Le médecin de santé scolaire est membre du conseil de santé de l'école. A ce titre il est le conseiller technique de ce comité pour tout ce qui concerne la santé de la communauté éducative. Sa présence aux réunions du conseil de santé de l'école est obligatoire.

1.4.6- évaluation :

Pour évaluer les activités de santé scolaire le médecin de santé scolaire adresse chaque mois un rapport d'activité au Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) du secteur sanitaire.

1.4.7- vacances scolaires :

Pendant les vacances scolaires, outre son congé annuel, le médecin de santé scolaire établit ses bilans et rapports d'activité et assure le suivi des élèves nécessitant une prise en charge médicale, et il est dans l'obligation de suivre les sessions de formation organisées à son intention.

Cas particulier des médecins de santé scolaire exerçant au niveau des UDS installées dans des établissements scolaires :

Les médecins de santé scolaire peuvent, en tant que praticiens médicaux de santé publique, être mis en position d'activité dans des unités de dépistage et de suivi installées dans des établissements scolaires.

Quelque soit leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, ils sont astreints, dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues, aux gardes réglementaires organisées au sein du secteur sanitaire.

L'affectation du personnel médical est opérée par le secteur sanitaire qui en assure la gestion administrative et technique, conformément à la réglementation et aux directives organisant les activités de santé scolaire.

Le contrôle technique et l'organisation des activités de l'unité de dépistage et de suivi (UDS) sont assurés par le secteur sanitaire.

La gestion et le fonctionnement de l'UDS sont assurés par le directeur de l'établissement scolaire. Celui-ci veille au bon déroulement des activités, dont cependant sur le plan médical et technique le médecin de santé scolaire de l'UDS est le seul responsable.

Le personnel médical est tenu au respect du règlement intérieur de l'établissement scolaire et assure une présence effective dans l'établissement ou les établissements qu'il couvre durant toute l'année scolaire.

LE MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

LE MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE

***INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 03 DU 24 MAI 1999
RELATIVE A LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE***

DESTINATAIRES :

- M. Le Directeur de la Prévention, de la santé et de la population du G.G. Alger
- M. L'Inspecteur de l'Académie du G.G Alger
- MM. Les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas
- MM. Les Directeurs de l'Education des Wilayas
- MM. Les Directeurs de secteurs sanitaires

REFERENCES :

- Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, modifiée et complétée.
- Décret n° 69-88 du 17 Janvier 1969 rendant obligatoire certaines vaccinations, modifié et complété notamment son article 16.
- Décret 85-282 du 12 Novembre 1985 rendant obligatoire la vaccination contre la rougeole.
- Arrêté ministériel du 14 Janvier 1997 portant le nouveau calendrier des vaccinations.

L'arrêté du Ministère de la Santé et de la population du 14 Janvier 1997 qui modifie le calendrier national des vaccinations répond à un nombre de préoccupations qui sont apparues ces dernières années.

En effet la mise au point d'un calendrier des vaccinations doit prendre en compte les aspects fondamentaux de la vaccination, à savoir la protection individuelle, la protection de groupe et les impératifs nés de l'épidémiologie des maladies cibles.

L'analyse de la situation épidémiologique montre que le recul des maladies du PEV chez le jeune enfant s'accompagne d'une augmentation de la réceptivité avec l'âge.

Cette situation nouvelle est universelle. En Algérie cet état de fait a incité au renforcement de la vaccination chez le nourrisson, le jeune enfant et la vaccination chez l'adolescent.

C'est dans ce cadre, compte tenu des faits observés et des tendances évolutives de ces maladies, que le nouveau calendrier des vaccinations a été adopté pour le renforcement de l'immunité et l'ajustement de la politique vaccinale au déplacement des maladies vers l'âge adulte.

L'objectif de la présente instruction est donc de fixer les modalités d'application du nouveau calendrier vaccinal en milieu scolaire.

1 – Le calendrier des vaccinations :

AGE DE LA VACCINATION	VACCINS
Naissance	BCG + POLIO ORAL
03 Mois	DTCOQ + POLIO ORAL
04 Mois	DTCOQ + POLIO ORAL
05 Mois	DTCOQ + POLIO ORAL
09 Mois	ANTIROUGEOLEUX
18 Mois	DTCOQ + POLIO ORAL
1 ^{ère} Année Fondamentale	Dt enfant + POLIO ORAL + ANTIROUGEOLEUX
6 ^{ème} Année Fondamentale	DT adulte + POLIO ORAL
1 ^{ère} Année Secondaire	DT adulte + POLIO ORAL
Tous les 10 ANS A PARTIR DE 18 ANS	DT adulte

2 – Population cible en milieu scolaire :

- Tous les élèves de la 1^{ère} Année Fondamentale (quel que soit l'âge) :
DT enfant + Polio oral + Antirougeoleux
- Tous les élèves de la 6^{ème} Année Fondamentale (quel que soit l'âge) : DT adulte + Polio oral.
- Tous les élèves de la 1^{ère} Année Secondaire (quel que soit l'âge) : DT adulte + Polio oral.

Note : Les élèves de la 1^{ère} Année Fondamentale justifiant d'un deuxième rappel fait, seront comptabilisés dans la population cible et la population vaccinée sans pour autant faire l'objet d'une revaccination.

3 – Techniques vaccinales :

3.1 – Vaccination au DT

3.1.1 – présentation :

Le DT se présente sous 2 formes : en flacons de 20 doses
en flacon uni doses

- chez les élèves de 1^o AF : utiliser le DT enfant.
- chez les élèves de 6^o AF et 1^{ère} AS :

3.1.2 – Voies d'administration :

Le DT peut être administré aussi bien par voie IM que par voie sous cutanée.

Utiliser une seringue de 2 ml montée d'une aiguille de 30 mm

Prélever 0,5 ml de vaccin.

Pour l'administration par voie I/M :

Désinfecter la peau à l'alcool et piquer dans le cadran supéro-externe de la fesse.

Retirer légèrement le piston pour s'assurer que l'aiguille n'est pas dans une veine.

Si une goutte de sang reflue, retirer l'aiguille, répéter l'opération et injecter la totalité du vaccin.

Pour l'administration par voie S/C :

Désinfecter la peau à l'alcool et piquer dans la fosse sous-épineuse ou au niveau de la face externe du bras.

Pincer la peau et pousser l'aiguille de biais sous la peau pincée.

Il ne faut jamais pointer l'aiguille perpendiculairement dans la peau.

Procéder ensuite de la même façon que pour la voie IM.

Pour la vaccination suivante, changer de seringue et d'aiguille et procéder comme précédemment.

3. 1.3 – Conservation :

Le vaccin DT doit être conservée entre + 4 C° et + 8°C.

Il peut être installé à la partie basse du réfrigérateur. Sa congélation est absolument contre indiquée. La présence de particules floconneuses ou de sédiments au fond du flacon témoignent d'une congélation antérieure, et dans ce cas le vaccin ne doit pas être utilisé.

3 .1.4 – Réactions post-vaccinales :

Le Dt peut donner lieu à :

- une hyperthermie dont la durée n'excède pas 24 à 48 h.
 - un nodule généralement indolore au point au point d'injection, mais qui peut persister quelques semaines.
- Ce nodule disparaît sans laisser de traces.

3 .2 – Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)

3 .2. 1- Présentation :

C'est le vaccin vivant atténué trivalent Sabin contenant les 3 types de virus (1, 2 et 3). Il se présente sous forme liquide en flacon de 20 doses.

3 .2. 2- Voie d'administration :

Le VPO est administré par voie buccale à raison de 2 gouttes directement sur la langue. Si l'enfant rejette le vaccin, il faut refaire la prise.

3 .2. 3- Conservation :

Le VPO est un vaccin vivant atténué, il est donc particulièrement fragile. C'est le plus fragile de tous les vaccins du PEV.

Il doit être placé dans la partie haute du réfrigérateur et être conservé entre 0 °C et + 4 °C, à l'abri de la lumière, y compris pendant la séance de vaccination.

Le flacon entamé dans la journée doit être détruit en fin de séance de vaccination.

3 .2. 4- Réactions post-vaccinales :

Le VPO est un vaccin très bien toléré et les incidents sont exceptionnels.

3 .3- Vaccination antirougeoleuse :

3 .3.1 – Présentation :

Il s'agit du vaccin hyperatenué souche schwartz.

Le vaccin se présente sous forme lyophilisée en flacons de 10 doses avec une ampoule de 5 ml de solvant.

3.3.2 – Voies d’administration :

Le vaccin est administré soit par voie sous cutanée dans la fosse sous-épineuse ou au niveau de la face externe du bras, soit par voie IM.

3.3.3 – Conservation :

Comme tous les vaccins vivants, le vaccin antirougeoleux est thermosensible.

Le flacon doit être placé dans la partie haute du réfrigérateur et être conservé entre 0 °C et + 4 °C, à l’abri de la lumière, y compris pendant la séance de vaccination. Il doit être utilisé dans les 8 heures qui suivent sa reconstitution.

Le flacon entamé doit être détruit en fin de séance de vaccination.

3.3.4 – Réaction post-vaccinales :

Dans l’ensemble, la vaccination antirougeoleuse est bien tolérée et les incidents et complications sont rares. Toutefois la vaccination antirougeoleuse peut être suivie d’hyperthermie n’excédant pas 24 à 48 heures.

L’éruption cutanée, les convulsions et le choc anaphylactique sont exceptionnels.

Le vaccin antirougeoleux est contre-indiqué en cas de déficit immunitaire congénital ou acquis ainsi que chez les sujets souffrant d’une allergie connue à la néomycine, polymyxine et aux œufs de poules.

3.4- Vaccination au B.C.G :

Le BCG doit être administré à tous les élèves de la 1^{ère} Année Fondamentale non porteurs de cicatrice vaccinale. Dans tous les cas la vaccination au B.C.G se fait sans test tuberculinique préalable.

4 – Associations vaccinales :

Tous les vaccins du PEV peuvent être associés. Tous les vaccins peuvent être administrés le même jour. Un élève peut recevoir le même jour le DT, le VPO et le vaccin antirougeoleux.

5 – Déclaration des réactions post-vaccinales :

Toutes les manifestations indésirables (réactions secondaires) liées à la vaccination doivent être déclarées en mentionnant : le nom et le prénom de l’enfant, la date de vaccination, le type de vaccin administré, le numéro du lot du vaccin et le type de réaction observée.

6- personnel chargé de la vaccination :

Dans ce cadre, les équipes de santé scolaire sont chargées des activités de vaccination de la population scolaire conformément au nouveau calendrier en vigueur.

Ces équipes de santé scolaire (médecins et paramédicaux) sont chargées en collaboration avec le médecin coordinateur de santé scolaire et le médecin chef du SEMEP du secteur sanitaire de :

- Veiller à la captation de l’ensemble des élèves scolarisés,
- Maintenir une chaîne de froid correcte,
- Vacciner toute la population cible (tous les élèves de 1° AF, de 6° AF et de 1° AS),
- Rechercher les réactions post-vaccinales et les déclarer,
- Evaluer les activités de vaccination selon un canevas bien déterminé (voire annexe).

7- Lieux de vaccination :

Les activités de vaccination doivent se dérouler au niveau :

- des U.D.S
- des établissements scolaires

8 - Logistique :

La direction du secteur sanitaire est chargée de mettre à la disposition des équipes de santé scolaire tous les moyens nécessaires à la réalisation de ces activités de vaccination : personnels, véhicules, glacières, consommables, réfrigérateur au niveau de l’UDS,.....

9 – Evaluation :

L’évaluation des activités de vaccination en milieu scolaire doit être établie conformément au canevas joint en annexe.

10 – Coordination intersectorielle :

Les activités de vaccination en milieu scolaire nécessitent une collaboration étroite entre les personnels des secteurs de la santé et de l’éducation.

LE MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

LE MINISTERE DE L’EDUCATION
NATIONALE

ANNEXE

EVALUATION DE LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE

WILAYA :

SECTEUR SANITAIRE :

ANNEE SCOLAIRE :

TRIMESTRE :

CLASSE	POPULATION CIBLE	POPULATION VACCINEE DTP	TX CV %DTP	POPULATION VACCINEE V.Antirougeoleux	TX CV % V.Antirougeoleux
1 ^{ère} AF					
6 ^{ème} AF					
1 ^{ère} AS					
TOTAL					

NOMBRE D'ENFANTS VACCINES AU B.C.G :

***INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE DU 27 OCTOBRE 2002
RELATIVE AU RENFORCEMENT DU PROGRAMME DE SANTE SCOLAIRE***

DESTINATAIRES :

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas.

Monsieur l'inspecteur d'Académie de la wilaya d'Alger

Mesdames et Messieurs les Directeurs de l'Education des Wilayas

Mesdames et Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires

En communication aux Services d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (S.E.M.E.P) aux Equipes de santé scolaire.

L'évaluation du programme national de santé scolaire et l'analyse de la situation sanitaire en milieu scolaire ont montré que des mesures de renforcement, nécessitant la mobilisation des professionnels de la santé et de l'éducation, doivent être mises en œuvre.

En application des Recommandations des Assises Nationales de la Santé scolaire qui se sont déroulées les 09 et 10 juillet 2002 à Zéralda et afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des activités de santé scolaire, le programme de santé scolaire devra être renforcé et consolidé par la réalisation d'une première série d'action.

Les responsables de la santé et de l'Education devront veiller, durant l'année scolaire 2002-2003, d'une part au maintien des performances acquises dans le cadre des activités réalisées en milieu scolaire ; et d'autre part à l'application et au suivi leur accordant une importance particulière, aux tâches suivantes ;

Mettre en place, au niveau de chaque secteur sanitaire ou à défaut de chaque wilaya, en fonction des moyens humains, infrastructurels et matériels, une U.D.S de référence où se dérouleront les activités suivantes,

La coordination des activités de santé scolaire.

La collecte et le traitement de l'information sanitaire,

L'organisation des circuits de prise en charge des affections dépistées nécessitant le recours aux médecins spécialistes (pédiatre, cardiologue, O.R.L ophtalmologie...)

L'organisation de la formation continue des personnels,
la prise en charge psychologique.

* Susciter une émulation par l'organisation, chaque année, d'un concours qui primera la meilleure U.D.S de chaque wilaya en vue de l'amélioration des performances des U.D.S compte tenu notamment du taux de réalisation des objectifs fixés et de la qualité des prestations fournies.

Maintenir, durant les vacances scolaires, le fonctionnement des U.D.S, notamment en matière de suivi et de prise en charge des affections chroniques et les aider à développer, avec les autres secteurs concernés, des actions de proximité (information, sensibilisation et prise en charge) en faveur des enfants et des adolescents.

Renforcer les moyens humains et matériels des U.D.S. implantées dans les établissements scolaires comme dans les polycliniques et centres de santé en fonction des normes définies.

Doter les UDS d'un budget adéquat nécessaire à la réalisation des activités de santé scolaire y compris pour les actions d'éducation sanitaire et de communication sociale.

Impliquer de façon plus étroite les parents et les enseignants dans le dépistage, dès la première année de scolarisation, des anomalies sensorielles (visuelle et auditive) et autres affections nécessitant un dépistage précoce.

Dans ce cadre les questionnaires- enseignants et les questionnaires – parent devront être remplis et remis aux équipes de santé scolaire avant la visite médicales systématique de dépistage. Assurer, en liaison avec l’U.D.S de référence et les unités de lunetterie et d’appareillage pour handicapés, la prise en charge des enfants ayant une baisse de l’acuité visuelle ou atteints d’un autre handicap.

Améliorer le dépistage et la prise en charge de la pathologie bucco-dentaire en amplifiant le programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire et veillant à la disponibilité des moyens de dépistage, de prise en charge et d’éducation sanitaire.

Une attention particulière sera accordée à la disponibilité des consommables et à la protection contre des risques infectieux des personnels et des patients, notamment les affections virales transmissibles par le sang.

Renforcer les contrôles médico-sportifs en milieu scolaire et promouvoir la pratique de l’éducation physique et sportive

10-Accorder une place privilégiée à l’éducation à l’éducation sanitaire et la communication sociale en milieu scolaire en :

dynamisant les campagnes d’éducation sanitaire et de communication sociale avec une attention plus grande aux problèmes liés au genre, à la lutte anti-tabac et contre les toxicomanies, suscitant la création de « Clubs de Santé » dans les établissements scolaires

11- renforcer les cantines scolaires, dynamiser la formation de leurs gestionnaires et assurer les contrôles d’hygiène et de salubrité.

Le Ministre de la Santé
de la Population et de la
Réforme Hospitalière

Le Ministre
de l’Education Nationale

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
DIRECTION DES ACTIONS SANITAIRES SPECIFIQUES
PROGRAMME NATIONAL
DE SANTE BUCCO-DENTAIRE
EN MILIEU SCOLAIRE**



Avec la collaboration du Bureau de Liaison de l'OMS

Mai 2001

Sommaire

Chapitre 1 : DESCRIPTIF DU PROGRAMME

I- INTRODUCTION II- CONTEXTE

III- MOTIVATIONS

1- Situation actuelle

2- problématique

3- Quel programme prophylactique choisir ?

IV- OBJECTIFS DU PROGRAMME 0

1- Objectifs de santé

2- Objectifs d'éducation sanitaire

V- POPULATION CIBLE 0

VI- STRATEGIE 0

1- Prévention primaire

2- Prévention secondaire

VII- MOYENS 0

1- Moyens humains

2- Moyens matériels

VIII- EVALUATION 0

1- Des résultats

2- Des moyens et activités

3- De la population cible

Chapitre 2 : STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

I- ORGANISATION PRATIQUE

II- PREVENTION PRIMAIRE

1- Activités

2- Moyens

III- PREVENTION SECONDAIRE

1- Activités

2- Moyens

IV- PROGRAMMATION

1- Prévention primaire

2- Prévention secondaire

V- SYSTEME D'INFORMATION

ANNEXES

- FICHES TECHNIQUES

Fiche technique du programme

Fiche technique n° 1 : Protocole de codification

Fiche technique n° 2 : Education sanitaire

Fiche technique n° 3 : Méthodes interceptives

Fiche technique n° 4 : Calcul de l'indice C.A.O.

EXEMPLE DE FICHES TECHNIQUES D'EDUCATION SANITAIRE BUCCO-DENTAIRE

Fiche technique pour 1^{ère} et 2^{ème} année fondamentale (6-7 ans)

Fiche technique pour 4^{ème} année fondamentale (9 ans)

Fiche technique pour 7^{ème} année fondamentale (12 ans)

Fiche technique pour 1^{ère} année secondaire (15 ans)

DOCUMENTS PORTANT SYSTEME D'INFORMATION

Fiche de santé bucco-dentaire

Fiche de liaison

Fiches d'évaluations de
dépistage

Fiche 1

Fiche 2

Fiche 3

Fiche 4

Fiches d'évaluation de la prise
en charge

Fiche 1

Fiche 2

Fiche 3

Organigramme

TEXTES REGLEMENTAIRES

Circulaire Interministérielle du 07 Mai 2001 relative au programme national
de santé Bucco- Dentaire en Milieu Scolaire

Instruction Ministerielle relative au programme national

Liste des abréviations

I- INTRODUCTION

Depuis l'indépendance à nos jours, les efforts déployés par les pouvoirs publics pour la prise en charge de la santé bucco-dentaire de la population étaient axés essentiellement sur la formation de chirurgiens-dentistes et la création de centres curatifs.

Devant l'échec de cette approche, une nouvelle orientation dans la politique de santé bucco-dentaire basée sur l'odontologie préventive s'impose.

Cet état de fait n'est pas propre à l'Algérie puisque, partout dans le monde, l'expérience a prouvé que quelque soit le système de santé d'un pays quelque soit le niveau socio-économique de la société, un programme de soins non accompagné d'un programme de prévention n'a jamais permis de résoudre le problème de santé bucco-dentaire.

II-CONTEXTE

1. Combattre le fléau cariogène a été défini comme l'une des priorités nationales lors des différents séminaires relatifs aux objectifs spécifiques de la santé scolaire.
2. Pour tous les problèmes de santé prioritaires qui ont été dégagés (parmi lesquels les affections liées à l'hygiène bucco-dentaire), une nouvelle approche par programme est préconisée.

Il a donc été décidé d'inclure dans le programme national de santé scolaire, un « sous-programme de santé bucco-dentaire » basé sur la promotion du brossage des dents qui sera érigé en " Programme National de Santé Bucco-Dentaire en Milieu Scolaire ".

III- MOTIVATIONS POUR UN PROGRAMME DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE

1- Situation actuelle : ampleur du problème

De 1994 à 2000 les bilans effectués à partir du support du programme de santé scolaire font ressortir le constat suivant :

1. La carie dentaire est la pathologie la plus fréquente en milieu scolaire
La prévalence est de 37 à 40 % encore que ce chiffre est bien en deçà de la réalité puisque les consultations de dépistage effectuées dans le cadre du programme de santé scolaire ne se font pas dans les conditions optimales.
En effet différentes enquêtes épidémiologiques réalisées par des confrères à l'échelle d'un établissement scolaire ou d'une localité confirment cette sous-évaluation. Pour exemple, une enquête menée en 1995 par une équipe de l'unité de pédiodontie du service de stomatologie du C.H.U. Mustapha au niveau d'une école à Alger centre donne les résultats suivants : prévalence carieuse de 96,15 % chez les garçons et de 91,66 chez les filles.
De même, l'enquête épidémiologique menée dans le cadre du programme pilote d'éducation sanitaire bucco-dentaire mis en place par le Ministère de la Santé et de la Population avec la collaboration de l'O.M.S révèle que pour 6000 élèves (répartis sur 08 localités de différentes régions du pays : El-Kala, Annaba, Khemisti, El-Khroub, El-Oued, El-Biar, Staoueli, Oran, Ghriss) dans la tranche d'âge " 6-8 ans " la prévalence carieuse est de 67 % :

2. Il existe une grande carence dans la prise en charge

Seulement 20 à 22 % des enfants orientés pour soins de carie ou de malposition dentaire sont pris en charge.

La situation n'a pas évolué d'une année à l'autre puisqu'aucune stratégie de lutte contre les pathologies bucco-dentaires n'est actuellement mise en place à l'échelle nationale.

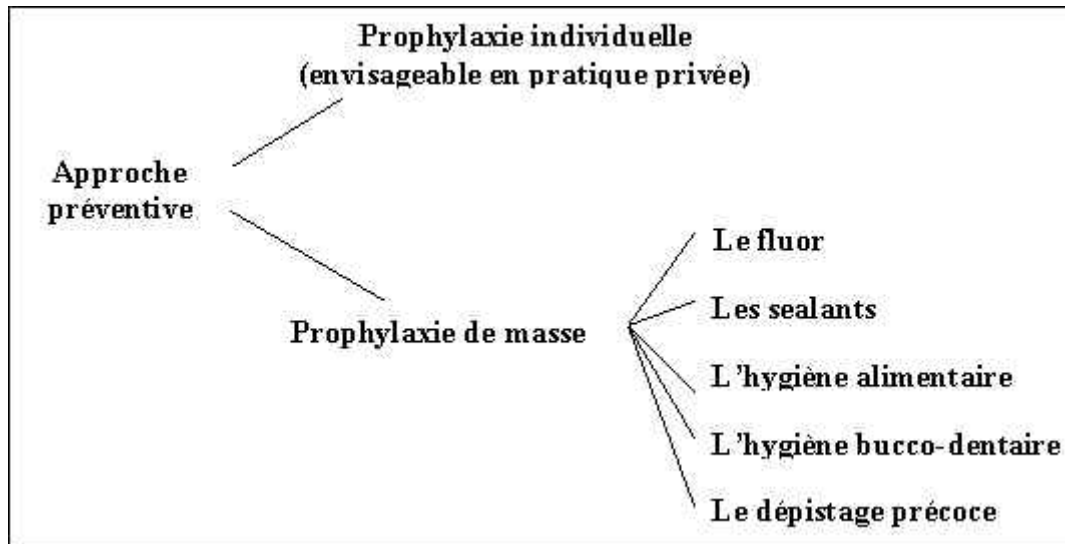
2- Problématique

1. Morbidité carieuse importante
2. Mauvaises habitudes alimentaires

3. Mauvaise hygiène bucco-dentaire
4. Manque d'information (quand à l'intérêt d'une bonne santé bucco-dentaire)
5. Soins curatifs rares, tardifs donc trop coûteux et douloureux

3- Quel programme prophylactique choisir

Les pathologies bucco-dentaires les plus courantes sont :
la carie et la gingivopathie.



1. Le fluor
Bien que l'effet préventif du fluor sur la carie dentaire n'est plus à démontrer, son utilisation par voie endogène ne doit se faire qu'après un bilan fluoré de l'apport quotidien de fluor par l'eau et l'alimentation.
Il ne pourra donc s'agir que de programmes de fluoration de masse locaux ou régionaux sur la base d'informations épidémiologiques précises tant sur le plan de l'état bucco-dentaire de la population que de la concentration en fluor des réserves d'eau potable. Sa prescription doit faire l'objet d'une réglementation.
Il va de soi que les zones endémiques de fluorose ne peuvent être concernées par un tel programme.
2. Les Sealants (ou scellement préventif des sillons)
Sachant qu'il s'agirait de sceller au composite ou au verre ionomère au moins 8 molaires et prémolaires de chacun des 7 millions d'élèves, soit 56 millions de poses de sealant, il faut bien évaluer les moyens humains et matériels à mettre en oeuvre avant d'entamer une opération d'une telle envergure.
3. L'hygiène bucco-dentaire
Elle fait partie de l'hygiène corporelle de l'enfant, et au même titre, on doit induire chez lui un changement de comportement : l'enfant doit acquérir un comportement sain vis à vis de sa santé bucco-dentaire comme pour le reste du corps et ce, par l'apprentissage correct et régulier du brossage dentaire.
4. L'hygiène alimentaire
Elle consiste à corriger les mauvaises habitudes alimentaires et à développer des conseils visant à écarter les aliments les plus cariogènes tout en favorisant une alimentation équilibrée.
5. Le dépistage précoce

La carie du premier degré ne peut être détectée que par le chirurgien-dentiste. C'est à ce stade qu'il faut intervenir car le traitement est indolore et beaucoup moins coûteux.

A la lumière de ces données, il apparaît qu'un programme d'éducation sanitaire bucco-

dentaire axé sur : l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène alimentaire, et le dépistage précoce est le plus indiqué.

Il est plus facilement réalisable et surtout, c'est la base de tout autre programme prophylactique.

IV- OBJECTIFS

1- Objectifs de santé

1. Réduire la prévalence carieuse chez l'enfant scolarisé de 20 à 25 % en cinq ans
2. Réduire la prévalence parodontale chez l'enfant scolarisé de 50 % en deux ans

2- Objectifs d'éducation sanitaire

L'enfant doit :

1. Connaître l'intérêt d'une dentition saine et les facteurs déclenchants de la carie et la parodontopathie
2. Se brosser correctement les dents au moins 2 fois/jour
3. Corriger son comportement alimentaire notamment vis-à-vis des hydrates de carbone
4. Soigner la carie dès son apparition et la gingivite dès son installation

V- POPULATION CIBLE

Enfants scolarisés dans l'enseignement fondamental. Les classes cibles choisies sont :

1. 1^{ère} A.F. - 2^{ème} A.F. - 4^{ème} A.F. - 7^{ème} A.F. et 1^{ère} A.S. correspondant respectivement aux âges suivants : 6 ans, 7 ans, 9 ans, 12 ans et 15 ans.

VI- STRATEGIE

La prévention primaire par un programme d'éducation sanitaire bucco-dentaire destiné à la population scolaire du cycle fondamental, pour la promotion du brossage des dents et de l'hygiène alimentaire et la prévention secondaire limitée aux soins des caries du premier et second degré avec une surveillance particulière de la dent de six ans.

1- La prévention primaire

La prévention primaire est l'ensemble des mesures visant à éviter l'apparition d'une maladie. Concernant les pathologies bucco-dentaires, si l'élimination de la plaque dentaire par un brossage correct et régulier (en dehors de causes locales et de certaines maladies générales) suffit à éliminer une gingivite, la carie dentaire ne peut être totalement éradiquée.

Cependant la combinaison des mesures prophylactiques précédemment citées peuvent réduire la carie dentaire de 50 à 90 %.

2- La prévention secondaire

La prévention secondaire est l'interception d'une affection, en l'occurrence :

Intercepter la carie dès son apparition et la gingivite dès son installation.

Elle nécessite au delà du dépistage d'une maladie comme en médecine, des méthodes interceptives d'odontologie qui ne peuvent être réalisées que par un chirurgien-dentiste. Cette phase interceptive s'arrête au traitement conservateur de l'amélopathie (carie du premier) et de la dentinopathie (carie du second degré).

VII- MOYENS

1- Moyens humains

1. Un comité chargé de la planification des activités du programme et de son suivi à l'échelle nationale.
2. Les différents comités de coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire institués par la circulaire interministérielle N°175 du 27.12.89 auxquels sera intégré un chirurgien-dentiste (organigramme en annexe).
3. Les chirurgiens-dentistes de santé publique dont ceux de santé scolaire
4. Le personnel de l'éducation nationale
5. Les associations de parents d'élèves
6. Les collectivités locales

2- Moyens matériels

7. Infrastructures : établissements scolaires et U.D.S.
8. Equipement et matériel dentaire
9. Produits consommables pour traitement conservateur des caries du 1^{er} et 2nd degré
10. Brosses à dents et dentifrice
11. Révélateur de plaque
12. Supports didactiques et d'information : affiches et dépliants, matériel pour la démonstration du brossage dentaire (maxillaires et brosse à dents géants), matériel audiovisuel (films, diapositives, C.D.-ROM ...).
13. Documents portant système d'information : Fiche de santé bucco-dentaire de l'élève, fiche de liaison, registre quotidien du cabinet dentaire, et fiches d'évaluation du dépistage et de la prise en charge (jointes en annexe).

VIII- EVALUATION

1- Des résultats

1-1. Evaluation clinique :

14. En comparant les paramètres cliniques des élèves de 1^{ère} A.S. ayant subi le programme depuis la 1^{ère} A.F. (soit après 12 ans d'application du programme) avec ceux des 1^{ère} A.S. avant le programme ainsi que les paramètres cliniques des élèves de 4^{ème} et 7^{ème} A.F. ayant subi le programme depuis la 1^{ère} A.F. (par des évaluations intermédiaires) avec ceux des 4^{èmes} et 7^{èmes} A.F. avant le programme.

1-2. Evaluation de la prévention primaire :

15. En mesurant l'impact de l'éducation sanitaire quand à l'acquisition du réflexe du brossage biquotidien et la qualité du brossage dentaire (par l'utilisation du révélateur de plaque).
16. En comparant le nombre de visites spontanées pour un dépistage avant et après le programme à tous les âges cibles.

2- Des moyens et activités

Afin de procéder au réajustement nécessaire chaque secteur sanitaire doit procéder annuellement à l'évaluation des moyens humains et matériels mis à la disposition du programme ainsi que les activités des chirurgiens-dentistes chargés de ce programme.

3- De la population cible

Chaque année le taux de couverture de la population cible de ce programme devra être calculé.

STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

La santé bucco-dentaire passe par des gencives saines, des dents saines et insensibles aux variations thermiques et chimiques, éventuellement bien alignées, dans une bouche où le brossage dentaire est instauré au moins deux fois par jour. Les affections les plus fréquentes sont la carie et les gingivopathies.

Il existe d'autres affections bucco-dentaires mais moins courantes dont les anomalies dento-faciales.

Le programme établi concerne l'ensemble des chirurgiens-dentistes de santé publique (généralistes et spécialistes). Il s'adresse en premier lieu aux chirurgiens-dentistes de santé scolaire.

1. Les chirurgiens-dentistes affectés dans les U.D.S. dotées d'un cabinet dentaire correctement équipé prendront en charge tous les volets du programme (dépistage, prévention primaire et prévention secondaire)
2. Les chirurgiens-dentistes affectés dans des U.D.S sans équipement dentaire prendront en charge le dépistage et la prévention primaire. Les autres

chirurgiens-dentistes du secteur sanitaire auront à charge la prévention secondaire.

3. Dans les U.D.S sans chirurgien-dentiste et là où il n'y a pas du tout d'U.D.S, tous les chirurgiens-dentistes des structures de base (centres de santé et polyclinique) sont concernés par l'application du programme.
4. Dans les secteurs sanitaires où il y a un seul chirurgien-dentiste par fauteuil, celui-ci se réservera la charge de la prévention secondaire et, si les moyens humains le permettent, le personnel paramédical préalablement formé pourra sous la direction du chirurgien-dentiste prendre en charge l'éducation sanitaire.

I- ORGANISATION PRATIQUE

1. Evaluer les ressources et les besoins en moyens humains et matériels pour l'ensemble de la population cible du secteur sanitaire.
2. Organiser des formations des personnels concernés pour la mise en application du programme à l'échelle de la Wilaya et /ou du secteur sanitaire.
3. Organiser des séances de coordination entre les chirurgiens-dentistes de santé scolaire, les chirurgiens-dentistes des structures de base concernés par ce programme et les médecins-chefs de sous-secteur.
4. Organiser des réunions de coordination intersectorielles (éducation-santé) par circonscription pédagogique et/ou par établissement scolaire afin d'établir conjointement un calendrier des activités du programme pour l'année scolaire en cours et définir les tâches de chaque intervenant.

II- PREVENTION PRIMAIRE

Elle est axée sur le dépistage précoce et l'éducation sanitaire pour la promotion du brossage des dents et de l'hygiène alimentaire (qui se fera dans les établissements scolaires).

On doit dépister dès l'âge de six ans toute affection mineure (carie et gingivite) pour une prise en charge précoce ainsi que toute autre affection.

1- Activités :

1-1. Le dépistage :

1. Il a pour objectifs de :
 1. Connaître avec précision l'état de santé bucco-dentaire de la population scolaire
 2. Evaluer la thérapeutique préventive par rapport à la curative en matière de santé bucco-dentaire.
 3. Etablir un état de référence par rapport auquel sera évalué le programme
1. Il doit se faire dans le cabinet dentaire de l'U.D.S. ou dans un local adéquat dégagé à cet effet.
2. Il doit se faire selon un protocole opératoire préalablement défini (fiche technique n° 1 jointe en annexe) et être suivi si besoin est d'une orientation vers un cabinet dentaire pour une prise en charge.

Toutes les données doivent être correctement consignées sur la fiche bucco-dentaire de l'élève

1-2. L'éducation sanitaire de l'enfant et de son environnement

3. Elle a pour objectif :
 1. d'instaurer chez l'enfant le réflexe biquotidien d'un brossage dentaire techniquement correct.
 1. Des notions d'éducation sanitaire bucco-dentaire doivent être dispensées aux élèves par le chirurgien-dentiste en collaboration avec l'enseignant, avec notamment des séances d'apprentissage du brossage dentaire dans les écoles selon une méthodologie et une périodicité préalablement définies (fiche technique n°2 et exemples de fiches techniques jointes en annexe).

2. Il faut étendre l'information et la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire à tout l'environnement de l'enfant par le biais de la communication sociale avec notamment l'implication obligatoire des associations de parents d'élèves.
3. Il faut introduire l'éducation sanitaire dans les programmes pédagogiques de l'enseignement fondamental.

2- Moyens

2-1. Moyens humains :

1. Les chirurgiens-dentistes de santé publique (en premier lieu les chirurgiens-dentistes de santé scolaire)
2. Les enseignants
3. Le milieu familial (qui devra être sensibilisé par le biais des associations de parents d'élèves au sein des établissements scolaires avec l'aide des chirurgiens-dentistes ainsi que par les médias).
4. Tout autre personnel médical ou paramédical là où il n'y a pas du tout ou pas assez de chirurgiens-dentistes.

2-2. Moyens matériels :

5. Infrastructure : salles d'enseignement (salle de classe par exemple)
6. Matériel de dépistage stérile : plateau de consultation dentaire avec sonde et miroir à défaut, des abaisses langues jetables
7. Bonne source lumineuse ou lampe diagnostic, à défaut une lampe de poche
8. Brosses à dents et dentifrice
9. Matériel didactique; il est souhaitable d'utiliser du matériel audio-visuel pour augmenter l'intérêt de l'enfant
10. Supports d'évaluation : fiche de santé bucco-dentaire de l'élève, fiche de liaison et fiche d'évaluation du dépistage.

III- PREVENTION SECONDAIRE

Elle doit se faire dans toutes les U.D.S. équipées de fauteuil dentaire et tous les cabinets dentaires du secteur sanitaire désignés pour prendre en charge les élèves orientés dans le cadre de ce programme (voir circulaire jointe en annexe).

Pour une application correcte de la prévention secondaire de ce programme, il est souhaitable que chaque U.D.S soit dotée d'un équipement dentaire complet.

Aussi, en attendant que chaque U.D.S soit correctement équipée, toutes les structures de santé publique disposant d'un cabinet dentaire fonctionnel doivent réserver une à deux journée par semaine pour les enfants scolarisés.

1- Activités

1. Une consultation au fauteuil dentaire
Au cours de laquelle un dépistage systématique doit parfaire celui fait au cours de la prévention primaire. Il doit se faire en fonction de la fiche de liaison de l'élève.
2. Traitement conservateur
Après le diagnostic, un plan de traitement doit être établi et les soins de carie du premier 1^{er} et second degré doivent être entrepris selon les méthodes interceptives (fiche technique n° 3 jointe en annexe).
3. Le suivi

Le chirurgien-dentiste qui prend en charge l'enfant pour les soins conservateurs doit traiter toutes les dents cariées (1^{er} et 2nd degrés) du patient même si celui ci passe dans une classe intercalaire.

2- Moyens

2-1. Moyens humains

- Chirurgiens-dentistes de santé publique, parapublique et privés

2-2. Moyens matériels

1. Infrastructure et équipement dentaire : toutes les structures sanitaires dotées d'un fauteuil dentaire fonctionnel (U.D.S., centres de santé, polycliniques, hôpitaux) et les cabinets dentaires parapublics et privés.
2. Produits consommables et matériel dentaires : instrumentation pour dépistage, matériaux de reconstitution (ciments, composite et amalgame), et droguerie (alcool, eugénol, oxyde de zinc).
3. Supports d'évaluation : registre quotidien et fiche d'évaluation de la prise en charge.

IV - PROGRAMMATION

1- Prévention primaire

Le nombre de classes par jour à dépister doit être fixé au cours des réunions de coordination en fonction de l'effectif des chirurgiens-dentistes de santé scolaire (ou autres le cas échéant), sur la base d'une classe par jour par chirurgien-dentiste. Une heure doit être réservée au remplissage des fiches statistiques pour chaque classe, et une heure pour l'ensemble des établissements effectués.

Pour la séance théorique d'éducation sanitaire, chaque chirurgien-dentiste pourra prendre en charge deux à trois classes par jour.

Pour les séances pratiques du brossage dentaire, il pourra prendre deux à trois classes par jour.

Ainsi, pour chaque secteur sanitaire, le taux de couverture de ce programme sera fonction des moyens humains dont il dispose ; et , là où les moyens le permettent, les classes intercalaires (notamment la 3^{ème} A.F.) seront prises en charge pour une consolidation de l'éducation sanitaire.

Les chirurgiens-dentistes devront en outre programmer chaque année des journées d'information et de sensibilisation pour la promotion de la santé bucco-dentaire en direction de tout l'environnement de l'enfant (parents d'élèves, personnel de l'établissement scolaire et grand public).

2- Prévention secondaire

4. Pour calculer le nombre de patients par chirurgien-dentiste et par fauteuil dentaire, il faut compter 15 à 30 minutes pour un soin.
5. Horaires :
 - Tous les jours de 8 H à 16 H 30 dans les U.D.S. équipées de fauteuil dentaire
 - Une à deux demi-journées par semaine (les lundis et jeudis après midi éventuellement), et pendant les vacances scolaires tous les après midis dans les cabinets dentaires des autres structures sanitaires.

Le reste du temps chaque secteur doit s'organiser en fonction de sa propre spécificité.

V- SYSTEME D'INFORMATION

Il comporte :

3. La fiche de santé bucco-dentaire qui doit être intégrée au dossier médico-scolaire de l'élève. Ce dernier devra donc en comporter cinq (autant que de classes cibles).
4. La fiche de liaison qui sert à orienter l'enfant vers un cabinet dentaire désigné pour la prise en charge et qui doit retourner au chirurgien-dentiste qui a effectué le dépistage (fiche navette jointe en annexe).
5. Les fiches d'évaluation : fiche d'évaluation du dépistage et fiche d'évaluation de la prise en charge (jointes en annexe).
6. Le réseau d'information et de rétro-information (organigramme joint en annexe)
Pour des commodités pratiques l'outil d'évaluation doit suivre parallèlement le programme. Pour cela :

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire doit remplir chaque trimestre les fiches d'évaluation du sous-secteur, de l'U.D.S. ou de l'ensemble des classes effectuées et la transmettre au chirurgien-dentiste coordinateur du programme au niveau du secteur sanitaire.

Celui ci doit établir les fiches d'évaluation récapitulatives de son secteur en totalisant les fiches statistiques qu'il a reçu et la transmettre à la Direction de la Santé et de la Population de sa Wilaya.

La Direction de la Santé et de la Population de chaque Wilaya doit établir ses fiches récapitulatives en totalisant les fiches d'évaluation des secteurs sanitaires et les transmettre au Ministère de la Santé et de la Population.

A tous les niveaux, (sous-secteur, secteur sanitaire, et D.S.P.), l'indice C.A.O. pour les différentes tranches d'âge peut être calculé conformément à la fiche technique n° 4 (jointe en annexe).

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

***CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE DU 07 MAI 2001 RELATIVE AU PROGRAMME NATIONAL
DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE***

Destinataires :

Mesdames et Messieurs les Walis

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.

Messieurs les Directeurs de l'Education de Wilaya.

Références :

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et promotion de la santé modifiée et complétée.

Circulaire interministérielle n° 175 du 29 décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n° 176 du 29 décembre 1989 relative à la coordination des activités de santé scolaire.

Circulaire interministérielle n° 1 du 06 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

Instruction interministérielle n° 42 du 24 Mai 1981 relative à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.

Instruction interministérielle n° 2 du 27 Avril 1995 relative aux modalités de création de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi dans les établissements scolaires.

Instruction interministérielle n° 144 du 24 Mars 1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une U.D.S de santé scolaire.

L'évaluation du programme de santé scolaire atteste que la carie dentaire est la pathologie la plus fréquente en milieu scolaire.

C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place une stratégie de lutte contre cette pathologie qui peut être à l'origine de pathologies systémiques beaucoup plus graves.

Trois mesures prophylactiques essentielles protègent des pathologies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées (la carie et la gingivopathie) :

Une hygiène bucco-dentaire correcte et rigoureuse.

Un comportement sain vis à vis des hydrates de carbone.

Une visite de dépistage systématique tous les six mois.

Le Ministère de la Santé et de la Population en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale a décidé de mettre en place un programme axé sur l'éducation pour la santé bucco-dentaire.

Ainsi, un programme de « Santé Bucco-dentaire en milieu Scolaire » a été élaboré.

Ce programme fixe les objectifs, la stratégie de mise en œuvre et le mode d'évaluation.

Dispositions générales :

Le programme National de Santé Bucco-dentaire en milieu Scolaire est dirigé et évalué à l'échelle de la Wilaya par la Direction de la Santé et de la Population.

il est dirigé, coordonné et évalué à l'échelle du secteur sanitaire par un chirurgien-dentiste positionné au niveau du service d'épidémiologie et de médecine préventive et désigné comme chirurgien-dentiste coordinateur de santé scolaire.

Il est dirigé et coordonné à l'échelle du sous-secteur par un chirurgien-dentiste de santé scolaire en collaboration avec le médecin coordinateur du sous secteur.

Il est exécuté par un chirurgien-dentiste de santé scolaire ou tout autre chirurgien-dentiste de santé publique.

Le Programme National de Santé bucco-dentaire est axé sur :

Essentiellement l'éducation sanitaire avec notamment l'apprentissage du brossage dentaire dans les établissements scolaires

Pour atteindre cet objet les moyens suivants sont nécessaires :

Pour le traitement conservateur, le sous secteur doit réserver un cabinet dentaire pendant deux à trois demi-journées par semaine dont le lundi après midi et pendant les vacances scolaires tous les après midi pour la prise en charge des enfants orientés.

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire peut prendre en charge ses patients au niveau de ce cabinet.

U.D.S sans chirurgien-dentiste ni équipement dentaire :

Tous les chirurgiens-dentistes du sous secteur sont concernés par ce programme.

Ils doivent assurer à temps partiel l'éducation sanitaire, le dépistage et le traitement conservateur.

Chaque cabinet dentaire du sous-secteur doit réserver une à deux demi-journées pour la prise en charge des enfants orientés dont le lundi après midi et, pendant les vacances scolaires tous les après-midi.

2.2- Le Dépistage

Il doit se faire par un chirurgien-dentiste dans le local désigné à cet effet et avec un plateau de consultation contenant sonde et miroir.

L'enseignant participe à la visite de dépistage

Il signale certains problèmes de santé de l'élève et remet les convocations pour le suivi.

2.3- L'Education Sanitaire

Elle se fait en salle de classe, par un chirurgien-dentiste en collaboration avec l'enseignant.

Celui ci doit être formé à cet effet dans le cadre du programme d'éducation sanitaire intégré à l'enseignement fondamental et / ou sous forme de formation continue dans le cadre des journées pédagogiques.

L'enseignant doit aussi prendre le relais du chirurgien-dentiste pour assurer les séances de brossage.

En absence de chirurgien-dentiste, le personnel paramédical peut assurer pour l'éducation sanitaire.

Pour cela, il doit être préalablement formé à l'éducation sanitaire (notamment bucco-dentaire) dans le cadre de la formation continue.

2.4- Le Suivi :

Le suivi consiste à :

Infrastructures : sanitaires avec eau courante et miroirs au dessus des lavabos.

Moyens matériels : brosses à dents et dentifrice fluoré.

Dans les zones endémiques de fluorose à savoir : El Oued, Tougourt, Biskra, Timimoun, Ouargla et Ghardaïa le dentifrice ne doit pas contenir du fluor.

Une consultation de prévention pour un dépistage précoce.

Elle doit se faire dans un cabinet dentaire, à défaut dans un local adéquat désigné à cet effet, ou bien le cas échéant, dans le cabinet médical.

le traitement conservateur des caries du 1^{er} degré (amélopathies) et les Caries du second degré (dentinopathies).

Les autres stades de carie doivent être pris en charge dans les cabinets dentaires de santé publique autres que ceux désignés pour ce programme.

1.3- Les classes cibles sont les suivants :

Première Année Fondamentale (1^{ère} AF), deuxième année fondamentale (2^{ème}AF), quatrième année fondamentale (4^{ème} AF), septième année fondamentale (7^{ème} AF) et première année secondaire (1^{er}AS).

Activités de dépistage, d'éducation sanitaire et de suivi

2.1- Le Programme National de Santé Bucco-Dentaire en Milieu Scolaire concerne tous les chirurgiens-dentistes de santé publique mais en premier lieu, les chirurgiens-dentistes de santé scolaire et doit être exécuté comme suit :

Dans les U.D.S avec chirurgien-dentiste et équipement dentaire :

Le chirurgien-dentiste doit assurer le dépistage, l'éducation sanitaire et le traitement conservateur.

Dans les U.D.S avec chirurgien-dentiste mais sans équipement dentaire :

Le chirurgien-dentiste de l'U.D.S doit assurer le dépistage et l'éducation sanitaire.

Pour le traitement conservateur, le sous secteur doit réserver un cabinet dentaire pendant deux à trois demi-journées par semaine dont le lundi après midi et pendant les vacances scolaires tous les après-midi, pour la prise en charge des enfants orientés.

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire exerçant dans l'UDS peut prendre en charges ses patients au niveau de ce cabinet.

Dans le cas ou il n'y pas d'U.D.S

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire doit assurer le dépistage et l'éducation sanitaire

dispenser le traitement médical des gingivopathies et toute autre pathologie buccale dépistée ainsi que le traitement conservateur des caries du 1^{er} et second degré contrôler la prise en charge des enfants orientés vers les cabinets du sous secteur désignés à cet effet.
Les enfants doivent se présenter aux cabinets dentaires accompagnés de leurs parents.

Coordination intersectorielle

3.1- les inspecteurs de la circonscription, les chefs d'établissements, les enseignants doivent collaborer avec les chirurgiens-dentistes aux activités de sensibilisation et d'information en direction de la population générale (journées « porte ouvertes » conférences-débats, réunions avec les associations des parents d'élèves ...)

3.2- pour assurer les séances de brossage dans de bonnes conditions, les sanitaires des établissements scolaires doivent être équipés de réserves d'eau et des miroirs doivent être installés au dessus des lavabos.

3.3- Le transport des élèves et enseignants vers l'U.D.S et du chirurgien-dentiste vers les écoles doit être assuré par les collectivités locales (A P C)

Evaluation

Le Ministère de la Santé et de la Population qui assure le suivi et l'évaluation de ce programme doit recevoir régulièrement les supports d'évaluation trimestriels et annuels de toutes les Wilayas.

Nous attachons une attention particulière à l'application des ces dispositions afin de permettre la promotion de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés.

**Le Ministre de la Santé
et de la Population**

**Le Ministre de l'Education
Nationale**

Le Ministre
N° 009 /MSPRH/MIN

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 009 DU 25 DECEMBRE 2004
RELATIVE AU RENFORCEMENT DES ACTIVITES DU PROGRAMME NATIONAL
DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE**

DESTINATAIRES

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U.
Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires

REFERENCES

Circulaire Interministérielle n° 05 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.
Circulaire Interministérielle n° 175 du 27 décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.
Circulaire Interministérielle n° 1 du 27 avril 1994 portant plan de réorganisation de santé scolaire
Circulaire Interministérielle du 07 mai 2001 relative au programme national de santé Bucco-Dentaire en milieu Scolaire.
Instruction Ministérielle n° 19 du 19 novembre 2002 relative à la prévention des hépatites virales, du VIH et des accidents d'exposition au sang en pratique dentaire.
Instruction Ministérielle n° 116 du 21 octobre 2003 relative au fonctionnement optimal des cabinets dentaires par rentabilisation des ressources humaines et matérielles.

Dans le cadre de la consolidation du programme national de santé Bucco-Dentaire en Milieu Scolaire, et à l'issue de l'évaluation des trois premières années de son application, il apparaît nécessaire que des dispositions soient afin d'atteindre les objectifs fixés.

En effet, il a été constaté que :

Les indicateurs de la santé bucco-dentaire issus du dépistage effectué dans le cadre de la consultation de prévention présentent un écart évident avec l'état clinique réel de la population cible.

En effet , si l'on compare les indices de caries à la référence OMS pour le CAO, l'état bucco-dentaire des enfants scolarisés serait bon à 6 ans et 15 ans, très bon à 9 ans et 12 ans (voir bilan 2003/04) ce qui n'est pas le cas au vu des autres paramètres tels que la prévalence carieuse qui est de 63%, 56%, 43% et 44% respectivement à 6-7 ans, 9 ans, 12 ans et 15 ans et la densité de carie calculée à partir du dépistage effectué en cabinet dentaire qui est de 2,8 caries / bouche et surtout du constat alarmant des praticiens de terrain par rapport à l'état bucco-dentaire de la population scolaire .

L'éducation sanitaire se fait sous forme de campagnes ponctuelles à l'occasion de « journées portes-ouvertes » ou seulement pendant la consultation de dépistage.

La prise en charge est très faible face à une demande en soins sans cesse croissante.

Ce sont là quelques unes des raisons pour lesquelles il apparaît nécessaire de prendre de nouvelles dispositions pour assurer l'application rigoureuse et effective du programme nationale de santé Bucco-dentaire en Milieu scolaire afin que la santé bucco-dentaire soit abordée dans le cadre général de la prise en charge sanitaire de l'enfant au même titre que toute autre maladie.

Il est vrai que la stratégie du programme est en faveur de la prévention qui commence par un brossage dentaire correct et régulier mais, même si l'accent doit être mis sur les activités d'éducation sanitaire, une approche globale doit être envisagée afin que toutes les activités du programme se déroulent selon les modalités décrites par les fiches techniques de chacune d'elles figurant dans le manuel du programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

Aussi, et pour surmonter les problèmes et contraintes rencontrés, il est impératif de prendre les mesures suivantes :

Veiller au respect de l'application des instructions et circulaires relatives à la santé bucco-dentaire (Circulaire Interministérielle du 07 mai 2001, Instruction Ministérielle N° 19 du 19 novembre 2002, Instruction Ministérielle N° 116 du 21 octobre 2003).

Organiser une formation de mise à niveau de tout le personnel concerné par le « Programme National de santé Bucco-dentaire en milieu scolaire » (chirurgien-dentiste scolaires et autres) et ce avec la collaboration des chirurgiens-dentistes formés par la direction des Actions Sanitaires Spécifiques pour la mise en application de ce programme.

Informé du programme toutes les personnes qui interviendront dans sa mise en application, en premier lieu les chirurgiens – dentistes mais aussi les responsables et gestionnaires à tous les niveaux du programme de santé scolaire afin d'installer une bonne coordination intra sectorielle.

Améliorer les conditions de la consultation systématique de dépistage afin que l'appréciation clinique soit traduite en paramètres bucco-dentaires le plus rigoureusement possible et selon le protocole adopté par la fiche technique prévue à cet effet.

Mettre en place l'organisation nécessaire pour une prise en charge de l'enfant orienté (désignation d'un ou plusieurs cabinets dentaires fonctionnels, approvisionnement régulier en produits dentaires consommables....).

Exploiter les supports d'évaluation et, en tenant compte des autres paramètres du terrain (personnel, équipements...). Analyser la situation et définir périodiquement les actions à mener selon les besoins du moment. Lorsque les besoins sont nombreux il faut établir des priorités (par rapports aux composants du programme) ; par exemple : si l'effectif des chirurgiens-dentistes (de santé scolaire et autres) ne permet pas de prendre en charge la totalité des classes cibles au moins pour le dépistage et le volet principal qui est l'éducation sanitaire, alors il faudra recruter du personnel ; à défaut, réduire le nombre des classes cibles en priorisant les plus jeunes enfants.

Il est à noter que le support d'évaluation de la prise en charge peut aider à évaluer le rendement d'un cabinet dentaire par rapport aux moyens mis à disposition.

Lors de l'établissement des prévisions budgétaires du secteur sanitaire, il faut associer le chirurgien – dentiste coordinateur de santé scolaire afin d'exprimer et argumenter les besoins en moyens humains et matériels pour le bon déroulement du programme à l'instar du chirurgien- dentiste coordinateur de sous secteur pour qui les besoins pour la prise en charge de la population générale peuvent être différents.

J'attache une importance particulière à l'application de la présente instruction et vous demande de bien vouloir en assurer la plus large diffusion auprès des structures concernées.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE
DE LA POPULATION ET DE
LA REFORME HOSPITALIERE

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

***INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 02 DU
RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME EN MILIEU SCOLAIRE***

DESTINATAIRES :

*Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.

En Communication :

à Mesdames et Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires,
aux médecins coordinateurs de santé scolaire ;
aux praticiens des Unités de dépistage et de suivi de santé scolaire (UDS).

*Monsieur l'Inspecteur d'Académie de la Wilaya d'Alger

*Mesdames et Messieurs les Directeurs de l'Education des Wilayas

REFFERENCES :

*Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée, notamment ses articles 36- et 64.

*Décret exécutif n° 01-285 du 6 Rajab 1422 correspondant au 24 Septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.

La lutte contre le tabagisme en milieu scolaire revêt un caractère fondamental pour la promotion et la protection de la santé de l'ensemble de la population.

En effet, en inculquant aux enfants des connaissances, des qualifications et des pratiques saines vis-à-vis du tabac pour le proscrire totalement, on leur confère non seulement la capacité de mener une vie saine sans tabac mais également la capacité d'être les agents du progrès sanitaire représenté par le bannissement du tabac au sein de leur famille et de leur communauté.

C'est la raison pour laquelle les Directeurs de la santé et de la population, les Directeurs de l'Education en liaison avec les Directeurs d'établissements, les coordinateurs et les praticiens de la santé scolaire doivent intégrer dans le programme de santé scolaire comme action prioritaire de lutte contre tabagisme, et ce dès la rentrée scolaire 2002/2003.

Les activités à développer dans ce cadre doivent être permanentes et soutenues et ne pas être limitées aux périodes habituelles retenues pour la lutte anti-tabac (à l'approche de la journée mondiale de lutte contre le tabac, le 31 mai de chaque année).

Les actions à développer en terme d'information sur la loi et la réglementation anti-tabac, de communication et d'éducation pour la santé sur les méfaits du tabac et les mesures de prévention, les méthodes de sevrage, les bienfaits d'une vie sans tabac, active et productive doivent cibler non seulement les enfants et adolescents scolaires comme non scolarisés, mais également.

Les familles

Les Associations de parents d'élèves

Les Directeurs d'établissements scolaires

Les Inspecteurs de l'éducation

Les enseignants.

Dans ce cadre, il est demandé aux Directeurs de la Santé et de la Population et aux Directeurs de l'Education de prendre l'initiative de l'installation d'un comité de lutte contre le tabac autour de chaque UDS et lui confier comme action prioritaire la promotion d'un environnement scolaire favorable où l'usage du tabac est interdit.

Le comité de lutte contre le tabac de chaque U.D.S devrait être constitué des membres suivants :

Le Directeur de l'établissement siège de l'UDS, Président

les Directeurs des établissements couverts par l'UDS

les Inspecteurs de l'Education territorialement compétents

un enseignant par établissement couvert

le médecin coordinateur de santé scolaire

le ou les praticiens de santé scolaire de l'UDS

le ou les Présidents d'Associations de parents d'élèves

le ou les représentants des A.P.C concernés.

Lorsque l'UDS est implantée dans une structure de santé, la présidence du comité de lutte contre le tabac est assurée par le Directeur de l'établissement couvert le plus important en terme d'effectif des élèves.

Les missions du comité de lutte contre le tabac concerneront particulièrement.

le définition et la mise en œuvre d'une politique d'interdiction de la vente de produits du tabac aux enfants et adolescents aux abords des établissements scolaires.

L'interdiction à faire respecter par les Directeurs d'établissements et les Inspecteurs de l'Education de l'usage du tabac dans les établissements scolaires qui doivent devenir des ESPACES LIBERES DU TABAC, conformément à la loi et à la réglementation.

Le développement par l'éducation sanitaire, l'information et la sensibilisation des capacités des élèves, enseignants et autres personnels à acquérir des aptitudes vitales qui peuvent leur permettre de se défendre de la tentation de fumer.

A cet effet toutes les techniques d'information, d'éducation et de communication pour la lutte contre le tabac devront être mises en œuvre faisant appel aux supports disponibles ou pouvant être réalisés également.

La plus grande importance doit être accordée à l'application de la présente instruction dont les Directeurs de la Santé et de la Population en son avec les Directeurs de l'Education devront initier et suivre la mise en œuvre et faire Rapport de l'état d'application à l'échéance du mois de novembre 2002

**Le Ministre de la Santé
de la Population et de la Réforme Hospitalière**

**Le Ministre de l'Education
Nationale**

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

LE MINISTRE DE LA SANTE

05 JUIN 2004

Madame et Messieurs les Walis – Cabinet
Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
En communication à Mesdames et Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires

Objet : Couverture sanitaire des élèves durant la saison estivale

Dans le cadre du maintien de la couverture sanitaire des élèves et du suivi de la prise en charge des affections dépistées, j'ai l'honneur de vous demander de maintenir durant les vacances scolaires d'été, le fonctionnement des unités de dépistage et de suivi (UDS) et notamment celles installées dans les établissements scolaires.

A cet effet une séance de travail réunissant les responsables de la santé, de l'éducation et des collectivités locales, devra avoir lieu avant la fin de l'année scolaire afin d'établir le programme des activités des UDS durant cette période, mobiliser les équipes de santé scolaire et coordonner leurs actions pour la réalisation de ces activités et informer les chefs des établissements scolaires concernés.

Au niveau des unités de dépistage et du suivi (UDS) des équipes de santé scolaire devront :

- Assurer le suivi et la prise en charge des élèves dépistés durant l'année scolaire écoulée et nécessitant un suivi et des contrôles réguliers
- Organiser la vaccination des élèves qui n'auraient pas été vaccinés durant l'année scolaire écoulée. Les convocations des élèves nécessitant un suivi, une prise en charge ou une vaccination se fera en collaboration avec les chefs d'établissements scolaires concernés
- Organiser les séances d'éducation sanitaire dans les lieux de regroupements d'enfants tels que les colonies et centres de vacances et de loisirs. Ces séances auront pour thème les affections et accidents liés à la saison estivale tels que : insulations, conjonctivites, noyades, piqûres d'insectes ou d'animaux venimeux, toxi-infections alimentaires, maladies à transmission hydrique.
- Evaluer les activités de l'année scolaire écoulée
- Etablir un plan d'action pour la rentrée scolaire prochaine

J'attache une importance particulière à la mise de ce dispositif et au déroulement des activités dont vous voudrez bien procéder à l'évaluation et en faire rapport à la direction des actions sanitaires spécifiques en faisant part des contraintes et des difficultés rencontrées.

LE MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

PR. REDJIMI MOURAD

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DES ACTIONS
SANITAIRES SPECIFIQUES
N° 913 /MSPRH /DASS

ALGER LE 20 DEC. 2004

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
En Communication A Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires

OBJET : *Couverture sanitaire en milieu scolaire*

p.j - Liste des nouvelles unités dépistage et de suivi (UDS) de santé scolaire nouvellement réceptionnées

Dans le cadre de l'amélioration de la couverture sanitaire en milieu scolaire et afin de pouvoir doter de façon rationnelle toutes les UDS et particulièrement celles réceptionnées récemment en moyens humains il vous est demandé de :

- Procéder au redéploiement des équipes de santé scolaire assurant la couverture des élèves au niveau des unités des dépistage et de suivi (UDS) selon les normes fixées par la circulaire interministérielle n° 01 du 06 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire .

Ce redéploiement ne doit en aucun cas perturber les activités programmées par les équipes de santé scolaire mais il visera particulièrement à combler les insuffisances en moyens humains des nouvelles UDS qui en sont dépourvues.

- Procéder aux nouveaux recrutements nécessaires et affecter les personnels de santé recrutés (médecins, chirurgiens dentiste, psychologues et paramédicaux) aux activités de santé scolaire.

- En cas d'insuffisance de postes budgétaires, il y'a lieu d'exprimer les besoins en personnels de santé (médecins, chirurgiens dentiste, psychologues et para médicaux) a affecter aux UDS dépourvues en moyens humains notamment celles qui ont été nouvellement réceptionnées et les prévoir dans votre Plan de Gestion des Ressources Humaines.

- L'état des besoins qui devra être transmis dans les meilleurs délais à la Direction de l'Administration Générale et la Direction des Actions Sanitaires Spécifiques du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière devra préciser, en plus du nombre et profils des personnels, le nom et le lieu précis de L'UDS ainsi que l'effectif des élèves à couvrir.

J'attache une importance particulière à la réalisation de cette opération et vous demande de me transmettre, dans les meilleurs délais, l'état de vos besoins.

LE DIRECTEUR DES ACTIONS
SANITAIRES SPECIFIQUES
PR. A. SEMIR

**CIRCULAIRE N° 008/DPES/SDMTHME. DU 25 JUIN 1986 RELATIVE A LA VISITE
D'ADMISSION DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

DESTINATAIRE : — Messieurs les Walis — pour information
Messieurs les Directeurs de Santé de Wilaya de :

Pour exécution	CHLEF — OUM EL BOUAGHI — BATNA — BEJAIA — BISKRA - Pour BLIDA — TEBESSA — TLEMCEN — TIARET — TIZI OUZOU ALGER — SETIF — SIDI BEL ABBES — ANNABA — CONSTANTINE — MOSTAGANEM — M'SILA — ORAN — BOUMERDES
----------------	--

Autres Directeurs de Santé de Wilaya : — pour information

Messieurs les Directeurs de Secteurs Sanitaires de :

Pour exécution	CHLEF — OUM EL BOUAGHI — BATNA — BEJAIA — BISKRA BLIDA — TEBESSA — TLEMCEN — TIARET — TIZI OUZOU — DR SAADANE — EL HARRCH — BIRMANDREIS — HUSSEIN DEY — SETIF — SIDI BEL ABBES — IBN SINA — IBN ROCHD — BEN BADIS — SIDI MABROUK — MOSTAGANEM — M'SILA — ORAN ROUIBA — THENIA
----------------	--

Autres Directeurs de Secteurs Sanitaires : — pour information

REFER : Circulaire Interministérielle n° 0329 du 23 Septembre 1984 relative à la protection
sanitaire en milieu universitaire.

P.J. Circulaire interministérielle n° 0329 du 23 Septembre 1984 relative à la protection
sanitaire en milieu universitaire.

La visite médicale d'admission de tous les étudiants qui entrent dans un établissement
d'enseignement supérieur est une importante mesure prophylactique.

En effet le passage de l'enseignement secondaire à l'enseignement supérieur constitue un
tournant dans la vie de l'étudiant qui souvent doit s'adapter à des conditions nouvelles
d'existence et de travail et se trouve contraint de faire face à des responsabilités nouvelles et
aux soucis liés à l'avenir professionnel et à la place future dans la société.

Par ailleurs les établissements d'enseignement supérieur sont des collectivités où les
conditions sont propices aux interactions psychologiques et à la propagation des maladies
infectieuses.

1. — INTERET DE LA VISITE MEDICALE D'ADMISSION

La visite médicale d'admission outre le fait qu'elle met le nouvel étudiant, en rapport avec le
personnel responsable de sa santé et de son bien-être, dès le début de sa vie universitaire, a
essentiellement pour objet :

- de dépister les étudiants qui ont besoin de soins et de conseils immédiats et
notamment ceux qui, atteints d'une affection dangereuse pour leurs camarades doivent être
pris en charge sur le plan thérapeutique et faire l'objet d'une éviction temporaire,
- de sélectionner en vue d'examens périodiques ultérieurs fréquents, ceux qui sont plus

spécialement exposés :

- sportifs et athlètes de performance,
- sujets atteints d'affections chroniques,
- sujets manifestant des signes d'instabilité psychologique,
- sujets au contact de matériel ou de produits dangereux dans les laboratoires : toxiques divers, rayonnements ionisants, animaux de laboratoire, etc...

La visite médicale n'a pas pour objet de sélectionner les candidats à l'accès à l'université.

En effet des incapacités physiques sérieuses et chroniques telles que l'asthme, le diabète, Epilepsie et les cardiopathies ne sont pas nécessairement incompatibles avec la poursuite d'études supérieures.

2. — ORGANISATION

Il importe donc que les unités de médecine préventive implantées dans les établissements universitaires s'organisent pour assurer la visite d'admission de tous les nouveaux étudiants le plus tôt possible, afin que les mesures prophylactiques puissent être prises à temps : corrections des déficiences éventuelles, suivi des états chroniques, décision d'aptitude ou d'inaptitude à la pratique des sports, orientation de la carrière des étudiants, conseils d'hygiène.

La visite médicale d'admission doit pour cela avoir lieu si possible avant même le début des cours, si les effectifs à examiner le permettent.

En tout état de cause, cette visite devra impérativement avoir lieu avant la fin du premier trimestre de l'année universitaire, premier trimestre au cours duquel les visites d'admission doivent constituer l'activité clinique principale des unités de médecine préventive.

3. — MODALITES DE LA VISITE MEDICALE D'ADMISSION

Les résultats et conclusions de la visite d'admission seront consignés sur le dossier médical de l'étudiant et constitueront une précieuse base de référence pour les examens périodiques ultérieurs.

Cette visite médicale d'admission comportera au minimum :

- une anamnèse détaillée,
- des examens biométriques : poids, taille,
- le contrôle de l'acuité visuelle,
- un examen clinique soigneux,
- une analyse d'urines à l'aide de bandelette réactives (Labstix),

Elle sera éventuellement complétée par des examens complémentaires orientés en fonction des résultats de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

Le Directeur de la Prévention et de l'Education Sanitaire

Signé : le Dr B. HADJ LAKEHAL.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

***Arrêté interministériel du 23 Joumada Ethania 1418 correspondant au 25 octobre 1997
portant conditions de dispense de la pratique de l'éducation physique et sportive.***

Le ministre de l'éducation nationale,
Le ministre de la santé et de la population et
Le ministre de la jeunesse et des sports,

Vu l'ordonnance n° 76-35 du 16 avril 1976 portant organisation de l'éducation et de la formation, notamment l'article 25-6° ;
Vu la loi 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;
Vu l'ordonnance n° 95-09 du 25 Ramadhan 1415 correspondant au 25 février 1995 relative à l'orientation, l'organisation et le développement du système national de culture physique et sportive, notamment l'article 6 ;
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juillet 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n° 90-118 du 30 avril 1990, complété, fixant les attributions du ministre de la jeunesse et des sports;
Vu le décret exécutif n°94-265 du 29 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 6 septembre 1994, fixant les attributions du ministre de l'éducation nationale ;
Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan1416 correspondant au 27 janvier1996, fixant les attributions du ministre de la santé et de la population;

Arrêtent :

Article 1^{er} : La pratique de l'éducation physique et sportive en tant que discipline d'enseignement est obligatoire pour tous les élèves.

Article 2 : Il peut être accordé, exceptionnellement et pour des raisons de santé, des dispenses pour les élèves présentant des affections contre indiquées pour la pratique des activités physiques et sportives.

Article 3 : Il peut être également délivré des dispenses spécifiques pour la pratique de certaines activités physiques et sportives.

Article 4 : Les certificats de dispense sont délivrés par le médecin de santé scolaire après visite médicale de l'élève et étude de son dossier médical établi par un médecin spécialiste.

Article 5 : La durée de validité de la dispense doit être mentionnée sur le certificat de dispense et ne peut être renouvelée, le cas échéant, que dans les mêmes formes fixées à l'article 4 ci-dessus.

Article 6 : Si les services de la santé scolaire sont inexistantes au niveau du lieu de résidence de l'élève, le certificat de dispense peut être délivré par un médecin assermenté.

La procédure prévue à l'article 4 ci-dessus est engagée lors de la visite de médecin de santé scolaire dans l'établissement.

Article 7 : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 Joumada Ethania 1418 correspondant au 25 octobre 1997

Le ministre de l'éducation nationale
Boubekeur BENBOUZID

Le ministre de la santé et de la population
Yahia GUIDOUM

Le ministre de la jeunesse et des sports
Mohamed Aziz DEROUAZ

Ministère du Travail et de la
Sécurité Sociale

Ministère de l'Education
Nationale

Ministère de la Santé
et de la Population

N° 091

***INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE DU 25 MARS 2002 RELATIVE A L'IDENTIFICATION DE
LA NATURE DES AFFECTIONS CHRONIQUES DONT SOUFFRENT CERTAINS ENSEIGNANTS***

Les conditions et modalités de prise en charge des maladies dont souffrent une partie des personnels enseignants constituent une revendication permanente de la part des représentants de cette catégorie professionnelle. Elle figure régulièrement sur les différentes plates-formes de revendications.

Cette question ne manque pas d'avoir des répercussions négatives sur le climat social engendrant des tensions sur les relations socio-professionnelles dans le secteur de l'Education.

A la suite de la réitération récente de la même démarche, le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale a réuni le 26 février 2002 la Commission des Maladies Professionnelles qui s'est penchée exclusivement sur le dossier présenté par le Ministère de l'Education Nationale. Au cours de cette séance, il a été constaté qu'en l'état actuel des données disponibles. La Commission des Maladies Professionnelles ne peut se prononcer d'une manière objective sur ces données.

Après avoir analysé toutes les démarches et abouti à des résultats fondés sur des critères scientifiques et techniques. La Commission examinera chaque cas sur la base de ces résultats tout en prenant en considération les aspects réglementaires et sociaux.

C'est à ce titre que la commission a retenu le principe de faire préciser dans une première phase un certain nombre de diagnostics formulés de manière approximative sur l'état transmis par le Ministère de l'Education Nationale et ce en étroite collaboration avec les parties concernées afin d'identifier la nature précise des affections chroniques dont souffrent certains enseignants.

Afin de mener cette opération dans les meilleures conditions, il est demandé au Médecin Chef de Wilaya de la Caisse Nationales des Assurances Sociales (CNAS) de tenir des réunions de coordination avec le Directeur de l'Education et le Directeur de la Santé et de la Population ou leurs représentants en vue d'organiser la prise en charge des dossiers de leur wilaya par les équipes médicales concernées.

Un programme de consultation doit être établi au niveau de chaque wilaya de manière à clôturer l'opération dans un délai de 30 jours à compter de la date de signature de la présente instruction.

L'équipe médicale désignée pourra solliciter en cas de besoin tout avis spécialisé pour remplir sa mission qui est de préciser la nature de l'affection à priori comme étant une maladie chronique dont souffre l'enseignant.

Il est bien entendu que l'équipe médicale n'a pas un rôle d'expertise et n'a pour mission de se prononcer sur le reconnaissance de l'affection comme maladie professionnelle ce qui est le rôle du contrôle médical de la CNAS.

La liste des enseignants concernés accompagnée d'un état récapitulatif par pathologie, selon les formulaires ci-joints, seront transmis au Secrétariat de la Commission des Maladies Professionnelles, au plus tard 15 jours après clôture de l'opération.

Le Ministre du Travail et de la
Sécurité Sociale

Le Ministre de l'Education
Nationale

Le Ministre de la Santé
et de la Population

Le but de l'examen clinique des enseignants atteints de maladies chroniques est de déterminer avec précision la nature des affections.

Afin de standardiser cet examen, il est utile de respecter ces consignes

- I- Le dossier médical utilisé est celui de la médecine du travail validé par le Ministère de la Santé et de la Population.
- II- L'examen comprendra :
 - 1- Un interrogatoire précis afin de déterminer l'histoire de la maladie en se basant sur les doléances de l'enseignant et sur l'ensemble des pièces fournies préalablement établies (certificats médicaux, examens complémentaires),
 - 2- Un examen clinique minutieux et complet,
 - 3- Des examens complémentaires fonctionnels, (biologiques, toxicologiques, radiologiques en relation avec la symptomatologie retrouvée, chaque fois que le médecin le juge nécessaire pour confirmer le diagnostic),

III – Certaines symptomatologies ou maladies pouvant être en relation avec les conditions de travail, il y a lieu de les étayer telles que :

- 1 – Toute dysphonie ou aphonie retrouvée lors de cet examen doit faire l'objet d'un bilan qui sera effectué par un médecin spécialiste en ORL à qui il sera demandé un compte rendu de l'examen laryngoscopique avec un diagnostic précis.
- 2 – Tout asthmatique doit subir un télé thorax, une EFR, un dosage des IGE et un prick test éventuel (réalisé par un allergologue).
- 3 – Toute surdité doit être confirmée et étiquetée par le médecin spécialiste en ORL en fonction de l'audiogramme.
- 4 – Toute lésion cutanée chronique doit être étiquetée avec le concours du médecin spécialiste en dermatologie
- 5 – Tout trouble de comportement, anxiété chronique, dépression ou autre trouble psychique doit faire l'objet d'une consultation psychiatrique devant aboutir à un diagnostic précis.

IV – Un résumé concis et précis rapportant les anomalies et les diagnostics retrouvés devra être porté sur les dossiers médicaux et sur les fiches d'évaluation. Santé

COMMISSION INTERSECTORIELLE
WILYA DE.....
LISTE DES ENSEIGNANTS

N°DOSSIER	SEXE	AGE	FONCTION PRECISE (1)	LIEU D'AFECTATION (2)	NATURE DE L'AFECTION (DIAGNOSTIC)	EVOLUANT	SITUATION VIS A VIS DE LA CNAS (3)

- 1- Instituteur, Professeur (préciser la matière), autre.....
- 2- Ecole primaire, école fondamentale (3^{ème} cycle), lycée, technicum.
- 3- En arrêt de travail simple,
 En arrêt de travail de longue durée (MLD),
 En activité après traitement
 En invalidité
 Autre (préciser).

***Programme Nationaux de Santé Publique
RAA-IRA-Néonatalogie-Santé Mentale-Cancer du Col de
l'Utérus-Nutrition-Tuberculose-VIH/SIDA***

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION
SOUS DIRECTION DE LA SANTE
MATERNELLE ET INFANTILE

CIRCULAIRE N°188 MPS / DP/ SDSMI21 FEVRIER 1999

----- DESTINATAIRES -----

-MM. LES WALIS (CABINET)	« pour information »
-MM. LES WALIS (DSPS)	« pour exécution »
-MM. LES DIRCTEURS GENERAUX DE CHU	« pour exécution »
-MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES	« pour exécution »

**OBJET : RELANCE ET CONSOLIDATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
R. A. A**

Depuis plus de 10 ans les professionnels de santé s'efforcent de mettre en œuvre les activités destinées à réduire la morbidité et les rechutes dues au rhumatisme articulaire aigu. Les résultats enregistrés restent médiocres, du fait d'un manque d'organisation et de supervision de ce programme.

Il existe pourtant des ressources humaines mal exploitées, tant au niveau des services hospitaliers, qu'au niveau des unités de base, ou encore, au niveau du programme de santé scolaire.

L'évaluation de ce programme, effectué à la fin de l'année 1996, a permis au comité national de lutte contre le RAA d'identifier un certain nombre de lacunes, et de formuler des propositions en vue de la redynamisation du programme.

La présente circulaire représente le fruit du travail de ce comité dont il convient de saluer ici la continuité et l'engagement.

Un certain nombre d'aspects ont été privilégiés pour les années à venir :

En premier lieu, l'approche régionale, vu qu'un comité régional a été mis en place dans chacune des cinq régions sanitaires, c'est ce comité qui aura à dynamiser le programme dans chacune des régions, et à assurer sa supervision.

En second lieu, une attention spéciale à la prise en charge des patients victimes d'une première crise et ce, afin d'éviter les rechutes. Il est très important de prendre en considération le fait que l'enfant victime d'une atteinte rhumatismale est pris en charge à l'hôpital, mais que la prophylaxie des rechutes doit se faire à proximité de son domicile.

Cela suppose une bonne liaison structure de soins de base – hôpital qui n'est pas toujours respectée.

En troisième lieu. Il est fondamental de mieux connaître l'incidence et la prévalence de l'affection. Cela signifie qu'un très gros effort doit être fait en matière de diagnostic et de déclaration et que d'autre part, des enquêtes doivent être menées dans différents points du pays; afin que nous puissions mieux suivre l'évolution de l'importance du phénomène.

Signé le Directeur de la Prévention

J. P GRANGAUD

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

1 - OBJECTIFS

Le Programme National de Lutte le Rhumatisme Articulaires Aigu (P.N.L-R.A.A) se fixe comme objectifs pour les cinq années à venir. C'est à dire au 31 décembre 2003, chez l'enfant et l'adolescent de 4 à 19 ans de :

DIMINUER L'INCIDENCE du R.A.A de 50%

DIMINUER L'INCIDENCE de rechutes à moins de 0,4 % années patients

REDUIRE LA PREVALENCE DES CARDIOPATHES RHUMATISMALES (C.R) à MOINS DE 1,5% (pour mille)

2 - ACTIVITES :

Pour atteindre les objectifs précédemment fixés, les activités suivantes doivent être développées et/ou renforcées :

Traiter toute angine diagnostiquée par une injection unique de BENZATHINE BENZYL-PENICILLINE
Hospitaliser et traiter tout malade atteint de R.A.A

Prévenir les rechutes en organisant la prophylaxie secondaire

Organiser l'information, éducation, communication (I.EC)

Organiser le circuit de recueil des données

Faire une évaluation régulière du PNL-RAA

3 - ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE R.A.A :

La lutte contre le rhumatisme articulaire aigu intéresse tous les nouveaux d'intervention du système de santé à savoir : les unités de soins de base, les structures hospitalières, le S.E.M.E.P, la pharmacie, la direction du secteur, la direction de santé et de la population, la région sanitaire, l'institut pasteur, l'I.N.S.P et la direction de la prévention du ministère de la santé et de la population.

3. 1 - AU NIVEAU DES UNITES DE SANTE DE BASE :

Les unités de santé de base représentent le premier maillon indispensable de P.N.L--R.A.A c'est d'elle que dépend le succès du programme. On entend par unité de santé de base toutes les structures libérales, on publiques qui assurent des soins de santé primaires : centre de santé, polycliniques, unités de dépistage et de suivi de la santé scolaire (UDS), consultations des hôpitaux, centre médico-sociaux des entreprises, cabinets de médecine libérale

3. 1.1 - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ANGINES :

Toute angine diagnostiquées chez l'enfant et l'adolescent de 4 à 12ans doit être considérée comme étant d'origine STREPTOCOCCIQUE et doit être traitée par une injection unique de BENZATHINE BENZYL-PENICILLINE (voir fiche technique N°III traitement des angines).

Il faudra s'assurer de la disponibilité de cette fiche technique au niveau de toutes les unités.

3. 2. 2-ORIENTATION DES ENFANTS SUSPECTS DE R.A.A :

La prophylaxie secondaire a pour but de réduire les rechutes, elle doit être orientée vers l'hôpital (service prenant en charge cette pathologie : pédiatrie, cardiologie, médecin interne ...). Tout malade orienté doit être porteur d'une lettre ou fiche de liaison unité-hôpital (doc. N°2). Le médecin de l'unité doit s'assurer que le malade a été reçu à l'hôpital, en prenant contact avec son collègue du service d'accueil.

3. 1. 3 - ORGANISATION DE LA PROPHYLAXIE SECONDAIRE :

La prophylaxie secondaire a pour but de réduire les rechutes, elle doit être permanente et rigoureuse. Elle consiste en l'administration de BENZATHINE BENZYL - PENICILLINE tous les 21 jours à tout malade atteint de R. A. A ou de C. R ou opéré d'une valvulopathie rhumatismale ou bien L'Erythromycine quotidienne en cas d'allergie (voir fiche technique N°IV prophylaxie secondaire).

L'organisation de la prophylaxie secondaire, pour être efficace nécessite la procédure suivante :

Identification de tous les cas de R. A. A .et de C. R ou opéré de valvulopathie à prendre en charge au niveau de l'unité de base. L'identification des malades à suivre est obtenue à partir de listes établies par le S. E. M. E. P et / ou des lettres de liaison hôpital-unités.

Etablissement d'un registre de prophylaxie secondaire reportant tous les cas R. A. A et de C R à suivre. Le modèle de ce registre est reproduit en annexe (doc. N°4).

Délivrance d'une carte de suivi de R. A. A. pour chaque malade pris en charge (doc. N°1) cette carte portera les mentions suivantes obligatoires :

DOC N° 1

NOM:.....PRENOMS:.....

ADRESSE :

DIAGNOSTIC :HOSPITALISE A :

DATE DES INJECTIONS :

d- Approvisionnement en BENZATHINE BENZYL-PENCILLINE la prophylaxie secondaire du R.A.A est entièrement prise en charge par l'Etat. Elle est donc gratuite. Une estimation des besoins en BENZATHINE BENZYL – PENCILLINE et en PENCILLINE V doit être faite par le responsable du programme. Cette estimation est calculée à partir du nombre de cas suivis, en sachant que chaque patient reçoit 17 injections par an, ou 1cp par jour de pénicilline V pour l'opéré du cœur. D'une façon plus précise les besoins en BENZATHINE BENZYL – PENCILLINE 1 ,2 million U .I .

Administration de la BENZATHINE BENZYL – PENCILLINE .L'injection de B. B .P se fait au niveau de l'unité de santé. On reportera sur le registre du R.A.A et sur la carte du malade, la date précise de l'injection. On n'oubliera pas de convoquer l'enfant pour l'injection suivante.

3. 1 .4 –EVALUATION :

L'évaluation permet de savoir si les objectifs fixés ont été atteints et de recenser les difficultés rencontrées afin d'y remédier.

Au niveau des unités de soins de santé de base, l'évaluation doit être permanente, et périodique c'est à dire tous les mois. Elle doit se faire par les médecins au niveau de chaque unité car elle permet :

Un suivi régulier de la prophylaxie secondaire

De convoquer les malades en retard de prophylaxie secondaire

De réévaluer les besoins en BENZATHINE BENZYL – PENCILLINE

Chaque unité de santé doit dépister et énumérer :

Le nombre total de patients suivis en prophylaxie secondaire

Le nombre d'abandons de prophylaxie secondaire

Le nombre de nouveaux cas recensés

Le nombre de rechutes (échec de la prophylaxie secondaire).

3. 1 .5 PROPHYLAXIE DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE :

Elle est de règle chez tout enfant porteur d'une cardiopathie rhumatismale ou opéré du cœur (fiche technique N°V)

3. 1. 6 ORGANISATION DE L'INFORMATION, EDUCATION, ET COMMUNICATION (I.E.C) :

EN DIRECTION DES FAMILLES :

L'enfant et sa famille doivent être informés des dangers d'une angine non traitée ou mal traitée, notamment les répercussions sur le cœur, les affiches produites par le ministère doivent être bien mise en évidence dans les centres de santé.

Une attention plus particulière doit être portée aux enfants suivis en prophylaxie secondaire. Il faudra expliquer à la famille et à l'enfant l'intérêt de la prophylaxie secondaire, ses modalités et ses avantages. L'accent doit être porté sur la régularité de la prophylaxie secondaire.

EN DIRECTION DES ENSEIGNANTS :

Le médecin de l'unité de dépistage scolaire (UDS) sollicitera la participation des enseignants pour organiser une leçon pédagogique sur l'angine et sur le R. A. A En utilisant les supports fournis par le comité interministériel.

EN DIRECTION DU PERSONNEL DE SANTE :

La documentation élaboré par la direction de la prévention doit être disponible et accessible à tous, Cette documentation concerne le traitement de l'angine, la prophylaxie secondaire, la prophylaxie de l'endocardite infectieuse, le diagnostic et le traitement du R.A.A, et les supports d'évaluation.

3. 2 – ROLE DES SERVICES D'HOSPITALISATION :

3. 2. 1 IDENTIFICATION DES SERVICES PRENANT EN CHARGE LE R.A.A :

Tous les services d'hospitalisation du secteur sanitaire ou du C.H.U prenant en charge le diagnostic, le traitement et le suivi du R.A.A doivent être identifiés en vue de « capter » tous les cas de R.A.A et de C.R répertoriés.

3. 2 .2 ACTIVITES :

Hospitaliser tout cas de R.A.A tout signe de R.A. A doit être confirmé selon les critères de JONES (fiche technique°I).

Le rôle du laboratoire est primordial.

Tous cas de R.A.A confirmé doit être traité en milieu hospitalier (fiche technique N°II).

Toute C.R confirmée bénéficiera d'une prophylaxie secondaire au niveau de l'unité de base la plus proche ou de l'U.D.S (fiche technique N°IV).

Enregistrer tout cas de R.A.A et de rechute R.A.A au niveau du service.

Etablir une carte R.A.A individuelle pour chaque malade hospitalisé et traité.

Orienter, à la sortie de l'hôpital le malade vers l'unité de base la plus proche du domicile en vue du suivi en prophylaxie secondaire. Cette orientation se fera par lettre de liaison hôpital-unité, remise à la famille (doc.N°2).

Etablir, en collaboration avec le S.E.M.E.P, un relevé mensuel des nouveaux cas de R.A.A et de rechutes (doc. N°5) avec fiche déclaration d'un malade atteint de R.A.A (doc.N°3)

Avoir un entretien avec la famille expliquant la maladie et les modalités du suivi.

3. 3 –ROLE DU LABORATOIRE :

La place du laboratoire est primordiale dans le PNL RAA .pour le diagnostic biologique de RAA

Le responsable du PNL – RAA du secteur sanitaire doit identifier le ou les laboratoires impliqués dans la lutte contre le R.A.A se ou ces laboratoires doivent assurer les examens indispensables au diagnostic du R.A.A la V.S et titrage des ASLO et ASDOR (doc.N°6).

Le responsable du laboratoire doit :

Faire une évaluation des besoins en réactifs. Ces besoins sont pris en charge par le budget prévention.

Planifier ou organiser la formation et/ou le recyclage des personnels techniques.

Contrôler la qualité des analyses.

3.4 ROLE DU SERVICE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE MEDECINE PREVENTIVE (S.E.M.E.P)

Le S.E.M.E.P est chargé de la supervision des activités du P.N.L – R.A.A au niveau des secteurs sanitaires en particulier l'identification de tous les cas de R.A.A et de C.R à suivre, l'estimation des besoins en BENZATHINE BENZYL-PENICILLINE l'organisation du circuit du recueil des données et l'évaluation des activités.

3.4.1 IDENTIFICATION DS CAS DE R.A.A. :

Le responsable du S.E.M.E.P s'assurera du recensement de tous les cas hospitalisés et traités en collaboration avec les services hospitaliers.

Le responsable du S.E.M.E.P en collaboration avec les services hospitaliers reportera tous les cas identifiés sur le registre R.A.A du S.E.M.E.P En ce qui concerne les C.H.U, une coordination entre le service d'épidémiologie du C.H.U et celui du secteur sanitaire est nécessaire.

3. 4. 2 S'ASSURER DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PROPHYLAXIE SECONDAIRE AU NIVEAU DES UNITES DE BASE :

Etablir une liste des enfants à suivre en prophylaxie secondaire au niveau de l'unité de santé de base la plus proche du domicile et assurer de la bonne prise en charge.

Notifier tous les cas d'abandon pour les identifier et reprendre leur prophylaxie.

3.4.3 ESTIMATION DES BESOINS EN BENZATHINE – BENZYL-PENICILLINE :

Selon les secteurs sanitaires, la commande de BENZATHINE BENZYL-PENECILLINE et la PENECILLINE V, peut être faite par le S.E.M.E.P pour l'ensemble des unités de santé. Le S.E.M.E.P. se chargera par la suite de faire parvenir à chaque unité son quota.

Dans d'autres cas, l'unité de santé fait directement sa commande à la pharmacie du secteur.

3. 4. 4 EVALUATION

Le responsable du S.E.M.E.P supervisera les activités de prophylaxie secondaire au niveau de toutes les unités de soins de base. Il doit connaître à son niveau les abondons de prophylaxie secondaires.

Le responsable du S.E.M.E.P adressera une fois par mois à la D.S.P le relevé nominatif des cas de R.A.A. et de rechutes identifiées dans le mois (DOC N° 5).

ROLE DE LA DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION DE WILAYA (D.S.P) :

Le médecin responsable de la prévention au niveau de la D.S.P Wilaya :

coordonne les activités P.N.L R.A.A entre les différents secteurs sanitaires de la wilaya.

recueille les listes nominatives des cas de R.A.A identifiés par les SEMEP.

achemine ces listes vers l'observatoire régional de la santé, I.N.S.P et la direction de prévention du ministère de la santé et de la population.

Evalue le P.N.L-R.A.A au niveau de la wilaya.

3.6. ROLE DE L'INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE (I.P.A) :

L'I.P.A joue le rôle de laboratoire national de référence pour le streptocoque (service streptocoque R.A.A). Ses principales tâches sont (fiche technique N°VI) :

Le contrôle de qualité

La fonction normative

La formation et le recyclage du personnel

La prévision et la disponibilité des réactifs

La participation à la recherche appliquée et épidémiologique.

3.7 ROLE DE L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE :

Dans le cadre de la régionalisation sanitaire des comités régionaux sont créés. Le coordinateur de chaque comité régional est membre de facto du comité national de lutte contre le R.A.A

Ces comités régionaux en collaboration avec les observatoires régionaux de la santé (O.R.S) ont pour tâche :

L'évaluation et la supervision du programme à l'échelle régionale

La formation des personnels impliqués dans le P.N.L-R.A.A

La mise en place de zones sentinelles

ROLE DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE (I.N.S.P) :

L'évaluation du P.N.L-R.A.A est confiée à l'I.N.S.P pour tous les autres programmes

A ce titre, cette structure et ses annexes (O.R.S) doivent disposer de toutes les informations de routine et sont habilitées à promouvoir toute enquête permettant d'améliorer la stratégie dans le cadre de la lutte contre le R.A.A.

Les indicateurs retenus sont :

l'incidence du R.A.A

l'incidence des rechutes

la prévalence des cardiopathies rhumatismales

Information, Education et Communication (I.E.C).

Information du grand public

Education du malade

Communication Sociale vers la population cible de la maladie (spot TV, articles, affiches)

ROLE DE LA DIRECTION DE LA PREVENTION MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION :

La Direction de la prévention (D.P) doit être destinataire de toutes les informations concernant le déroulement du P.N.L-R.A.A, ainsi que des données colligées par l'I.N.S.P et les O.R.S la D.P est responsable au premier chef de la prise de décision de toute opération de nature à permettre une amélioration dans le cadre du déroulement du programme. La D.P est chargée de la rétro-information vers les secteurs sanitaires et les C.H.U.

Elle est chargée d'élaborer un budget-programme et de recueillir les ressources nécessaires, en vue de mettre en œuvre toutes les activités relevant de ses attributions dans le PNL-RAA. La Direction de prévention est assistée du Comité National de Lutte contre le R.A.A dont les tâches sont :

L'élaboration de la stratégie à l'échelon national,

La relance ou la mise en œuvre du programme,

L'élaboration des documents d'information et d'évaluation,

La promotion de la recherche appliquée sur le R.A.A

	TACHES	SUPPORT
UNITES DE SANTE DE BASE	*Diagnostic et traitement des angines	* Fiche technique N°1 et 2
	*Orientation des cas suspects de R.A.A et C.R	*Lettre de liaison doc.N°12 Unité –Hôpital
	*Assurer la prophylaxie secondaire	*Fiche technique N°IV
	*Etablissement d'un registre prophylaxie secondaire	*Registre doc.N°4 Prophylaxie secondaire
	*Etablissement d'une carte R.A.A	*Carte R.A.A doc.N°1
	*Approvisionnement en Benzathine penicilline	
	*Prophylaxie de l'endocardite infectieuse	*fiche technique FT N°V
	*I.E.C -Famille -Enseignant -Personnel soignant (formation)	Affiche Leçon Fiches techniques FT N°1-2-3-4-5-6
	*Evaluation	
	TACHES	SUPPORT
SERVICES D'HOSPITALISATION	*Diagnostic et traitement R.A.A	*Fiche technique N°1-2
	*Renseignements des cas R.A.A	*Registre d'hospitalisation
	*Orientation pour prophylaxie secondaire	*Lettre de liaison doc. N°2 Hôpital-Unité
	*Evaluation	*Relevé mensuel doc.N°5
	*Etablir carte R.A.A	*Carte R.A.A doc.N°1
	*I.E.C	

	TACHES	SUPPORT
LABORATOIRE D'hôpital de wilaya	V.S. A.S.L.O et ASDOR Prélèvement bactériologique et Sérogroupe	Registre des examens

	TACHES	SUPPORT
S.E.M.E.P	Identifier les cas de RAA hospitalisés et traités dans les services hospitaliers du secteur	Registre RAA
	S'assurer du bon suivi de la prophylaxie secondaire du secteur sanitaire	Registre de pharmacie
	Commander et répartir les différents supports et fiches techniques sur les unités de base.	
	Etablir des listes nominatives de cas de RAA et les adresser à la DSP Wilaya.	Support de déclaration (DOC N°)

	TACHES	SUPPORT
DSPS WILAYA	Coordonner les activités du P.N.L-R.A.A au sein de la Wilaya	
	Recueillir les listes nominatives des cas de RAA des secteurs.	
	Acheminer les listes des DSP vers l'INSP	

	TACHES	SUPPORT
O. R. S.	- l'évaluation et la supervision du programme à l'échelle régionale	
	- la formation des personnels impliqués dans le P.N.L – R.A.A	
	- la mise en place de zones sentinelles	

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE R.A.A

LETTRE DE LIAISON

SECTEUR SANITAIRE DE :
UNITE DE :
CABINET LIBERAL :

Mon cher confrère
Je me permets de vous adresser cet enfant

NOM :
PRENOMS :
SEXE : DATE DE NAISSANCE :
LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE EXACTE ET TELEPHONE :

QUI A CONSULTE POUR :

CHEZ QUI NOUS SUSPECTONS :

NOUS VOUS L'ADRESSONS POUR AVIS (OU HOSPITALISATION).

SI VOUS NE JUGER PAS SON HOSPITALISATION NECESSAIRE, VEUILLEZ NOUS INDIQUER LA
CONDUITE A TENIR.

.....
.....
.....
.....

EN CAS D'HOSPITALISATION POUR R.A.A, VEUILLEZ NOUS LE READRESSER POUR PROPHYLAXIE
SECONDAIRE.

AVEC NOS REMERCIEMENTS.

MEDECIN :

SIGNATURE

DOC N° 3

SECTEUR SANITAIRE DE :

C.H.U DE :

CLINIQUE LIBERALE :

**FICHE DE DECLARATION D'UN MALADE
ATTEINT DE R.A.A.**

NOM :

PRENOM :

NE LE :

AGE:

ADRESSE:

.....

WILAYA:

COMMUNE :

CODE POSTAL :

HOSPITALISE LE :

SERVICE D'HOSPITALISATION : HOPITAL :

CRITERES DE DIAGNOSTIC : (*)

Polyarthrite	Oui	Non	Température :
Cardite	Oui	Non	Taux ASLO
Chorée	Oui	Non	
Erythème angineux	Oui	Non	ASDOR..... Nodosité
	Oui	Non	CRP.....
Arthralgies	Oui	Non	
VS : 1h.....2h.....			(Valeur)
Antécédents de Cardite	Oui	Non	
BAV 1 ^{er} degré	Oui	Non	
Traitement corticoïde	Oui	Non	
Diagnostic retenu :			
.....			

Première crise

Rechute

Médecin traitant

Signature

le responsable du SEMEP

Nom.....

Prénom :

Date :

Signature :

(*) Cocher dans la case correspondante.

DOC N° 4

**REGISTRE DU SUIVI EN PROPHYLAXIE SECONDAIRE AU NIVEAU
DE L'UNITE DE BASE ANNEE.....**

N°	NOM/PRENOM	SEXE	AGE	ADRESSE EXACTE	COMMUNE DE RESIDENCE	TRAITEMENT SUIVI	DATE DE LA 1 ^{ER} INJ	NOUVEAU CAS OU RECHUTE

PROPHYLAXIE SECONDAIRE

1 ^{ère} INJ	2 ^{ème} INJ	3 INJ	4 INJ	5 INJ	6 INJ	7 INJ	8 INJ	9 INJ	10 INJ	11 INJ	12 INJ	13 INJ	14 INJ	15 INJ	16 INJ	17 INJ	OBS

DOC N° 5

RELEVÉ MENSUEL DES CAS DE R.A.A.

WILAYA DE :

SEMEP DU SECTEUR SANITAIRE DE :

SEMEP DU C.H.U :

MOIS DU :

NOM ET PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	COMMUNE DE RESIDENCE	CRITERES MAJEURS	CRITERES MINEURS (CLINIQUES)	VS ET /OU CRP	ASLO ET/OU ASDOR	NOUVEAUX CAS	RECHUTES

Adressez un exemplaire :

Au Médecin responsable de la prévention (DSP Wilaya)

Au Ministère de la Santé et de la Population – Direction de la Prévention-

A l'institut national de santé publique

Rechutes : tout malade en crise de R.A.A ayant des ATCD de R.A.A (crise antérieure) ou CP documentée et / ou mise sous prophylaxie secondaire, ou opéré

Nouveau cas : première crise de R.A.A

Le Médecin Responsable du SEMEP

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PREVENTION

SOUS DIRECTION DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE.

CIRCULAIRE N° 1810 MSPRH/SDSMI DU 25 OCTOBRE 2004

DESTINATAIRES

MM LES DSPS : TOUS

« Pour exécution »

MM LES DIRECTEURS GENERAUX DE CHU : TOUS

« Pour exécution »

MM LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES : TOUS

« Pour exécution »

MM LES DIRECTEURS DES EHS : Tous

« Pour exécution »

OBJET : *Application du Programme National de lutte contre les infections respiratoires Aiguës de l'enfant âgé de 0 à 4 ans révolus.*

Chaque année, plus de 10 millions d'enfants meurent avant d'avoir atteint leur 5^{ème} anniversaire dans les pays en voie de développement. Soixante quinze pour cent de ces enfants sont originaires d'Afrique. Ces décès sont pour la majorité imputables à 5 pathologies : la rougeole, les IRA, la diarrhée, le paludisme, la malnutrition et plus généralement à l'association de ces maladies. Les rapports statistiques de l'UNICEF montrent que les infections Respiratoires Aiguës de l'enfant de moins de 5 ans constituent la première cause de mortalité dans les pays en développement.

La mise en œuvre de programmes mondiaux de lutte contre ces pathologies a fortement contribué à faire baisser la mortalité infantile comme le montre les bulletins réguliers de l'OMS (plus de 17 millions de décès en 1970 contre 10,5 millions en 2002).

En Algérie, selon les résultats de l'enquête nationale de santé en 1990 les IRA constituent la première cause de morbidité avec 46% des consultations chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que 24% des motifs d'hospitalisation. Elles sont également la première cause de mortalité infantile (11%) avec la diarrhée (7%).

En 1993, le Ministère de la santé a mis en place un Comité National de lutte qui avait pour tâche la mise en place d'un Programme National dont les 3 objectifs principaux étaient la réduction de la mortalité due aux IRA, la réduction de la morbidité des IRA graves ainsi que la rationalisation de la prescription des médicaments inutiles en particulier des antibiotiques. La stratégie adoptée a comportée plusieurs étapes. La première a consistée dans la formation médicale sous forme de séminaires ateliers afin de standardiser le diagnostic des IRA et d'adopter une thérapeutique codifiée sous forme de directives techniques (Guide, affiches) à l'échelle nationale. De mars 1996 à la fin de l'année 2002, le comité national de lutte contre les IRA a animé 25 séminaires ateliers à l'échelle nationale, en plus des formations régionales. Cette formation a concernée les 185 secteurs sanitaires du pays et a permis l'intégration de ce programme aux programmes des soins de santé primaires et aux autres programmes nationaux (RAA, PEV, Malnutrition).

Depuis, la prise en charge standardisée des iRA fait partie des programmes d'enseignement du cursus de formation médicale et paramédicale.

L'éducation des mères par l'apprentissage des mesures de soutien la reconnaissance des signes de gravité est une partie intégrante de la stratégie de ce programme.

L'évaluation des activités du programme national ainsi que la supervision sur le terrain est effectuée depuis l'année 2003 et a permis d'identifier les difficultés et entraves à la bonne marche du programme.

Les directives contenues dans cette instruction permettront d'officialiser le PNLIRA et de faciliter l'application des recommandations par les gestionnaires des établissements sanitaires et par les praticiens sur le terrain à l'échelle nationale.

La mobilisation et l'adhésion de tout le personnel de santé est nécessaire à la réussite de ce programme qui contribuera à une meilleure prise en charge de la santé des enfants.

LA DIRECTRICE DE LA PREVENTION

F. BELATECHE

**Objet : PRESENTATION DU PROGRAMME DES INFECTIONS RESPIRATOIRES
AIGUES (enfants de moins de 5 ans).**

Les infections Respiratoire Aiguës (IRA) sont une cause majeure de morbidité chez l'enfant de moins de 5 ans.

Selon l'OMS dans les pays en développement les IRA représentent chez les enfants de moins de 5 ans : - 30 à 60% des enfants de moins de 5 ans vus en consultation.

- 30 à 40% des hospitalisations

Le nombre d'IRA hautes par enfant de moins de 5 ans est en moyenne de 6 à 8 épisodes par an.

En Algérie : Durant l'année 2002, selon les résultats préliminaires du programme IRA les infections respiratoires aiguës représentent chez les enfants de moins de 5 ans :

- 46% des motifs de consultation

- 24% des motifs d'hospitalisation

La répartition topographique des IRA a été la suivante :

- IRA haute : 70%

- IRA Basses : 30%

Les IRA sont l'une des 3 principales causes de mortalité infantile dans les pays en développement avec les maladies diarrhéiques et la malnutrition.

Ainsi chez l'enfant sur 13 millions de décès en 1990 dans les pays en développement : 33,4% (4,3 M) sont dues aux IRA, 24,8% (3,2 M) aux maladies diarrhéiques et 41,8% (5,4 M) aux autres causes. La majorité des décès dus aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans sont liés aux pneumonies bactériennes graves.

En Algérie durant l'année 2002, la répartition des causes de décès chez l'enfant de moins de 5 ans fait ressortir que 11% sont dues aux IRA, 7% sont dues aux maladies diarrhéiques et 82 % aux autres causes.

I – OBJECTIFS ET STRATEGIES DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES IRA :

Lors du Sommet Mondial de la Santé de 1991, l'OMS a établi un programme mondial de lutte contre les IRA dont le principal objectif est de réduire la gravité et la mortalité des IRA. Les pays visés par ce programme au nombre de 88 sont ceux dont le taux de mortalité infantile était supérieur à 40% (ce qui était le cas, de l'Algérie dont le taux était de 54%).

En 1993 Algérie faisait partie des pays retardataires qui n'avaient :

- Ni directives

- Ni programme national.

Ainsi un programme de travail a été établi par un groupe multidisciplinaire :

* De 1993 à 1996 : création du Comité IRA avec réalisation d'un premier Guide (Directives Nationales)

* et à partir de 1996 : séminaires de formation à l'échelle nationale.

1- Objectifs du programme :

Les objectifs du programme sont chez l'enfant de moins de 5 ans :

1- de réduire la mortalité due aux IRA

2- de réduire la morbidité des IRA graves

3- de réduire la prescription inappropriée des antibiotiques et autres médicaments dans le traitement des IRA.

2- Stratégies du programme :

Les stratégies de ce programme national sont basées sur :

1- la standardisation diagnostic et de la prise en charge.

2- Formation du personnel de santé

3- Intégration du programme : aux soins de santé primaire et aux autres programmes : RAA, P E.V

4- Education sanitaire des mères.

✓ **La standardisation du diagnostic et de la prise en charge :**

Est réalisée grâce à l'élaboration d'un Guide de Directives Techniques avec :

- * standardisation des définitions des cas (classification OMS)
- * standardisation des schémas thérapeutiques
- * hiérarchisation de la prise en charge.

✓ **La formation du personnel de santé :**

- * par l'organisation de séminaires de formation (avec formation locale en cascade)
- * population cibles : - Personnel médical : généralistes, spécialistes
- Personnel para-médical

✓ **Education Sanitaire des mères :**

- * lors des consultations, affiches, médias
- * pour diminuer la mortalité et la gravité des IRA, il est indispensable que les mères sachent reconnaître les signes de gravité de façon à ce qu'elles ramènent le plus rapidement possible leur enfant à l'unité de soins la plus proche.
- * leur apprendre à soigner leur enfant à domicile en utilisant des soins de soutien accessibles, en évitant l'automédication par les antibiotiques ou d'autres médicaments inutiles.

✓ **Intégration du programme :**

- * aux soins de santé primaire
- * aux autres programmes nationaux : RAA, Malnutrition, Vaccinations.

3- Evaluation et Supervision du programme :

Elle est réalisée grâce au recueil continu des données et une supervision sur le terrain :

1. par une évaluation des données épidémiologiques
2. par le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant accès à la prise en charge standardisée des IRA.
3. Par une réduction de l'utilisation inappropriée des antibiotiques dans les IRA hautes.

II- LES SUPPORTS D'INFORMATION DU PROGRAMME IRA :

Les objectifs du programme National de lutte contre les infections Respiratoires Aiguës de l'enfant de 0 à 5 ans révolus sont au nombre de 3 :

- 1/ Réduire la mortalité générale en réduisant la mortalité spécifique aux IRA
- 2/ Réduire l'incidence des IRA graves
- 3/ Rationaliser la prescription des médicaments en général et antibiotiques en particulier.

Les buts du programme étant fixés, 3 supports d'information sont nécessaires pour permettre de faire régulièrement une évaluation de ces objectifs.

1^{er} Objectif : La réduction de la mortalité générale par la réduction de la mortalité spécifique aux IRA :

C'est le tableau : « Morbidité Mortalité hospitalière générale, par maladie diarrhéique et par IRA » qui permet de suivre l'évolution de cet objectif.

Pour rappel, ce support est connu de tous les secteurs sanitaires puisqu'il a été mis en circulation depuis l'année 1995. Ce même support est toujours de rigueur avec quelques corrections néanmoins (Support N°1)

Les informations suivantes en fonction de l'âge sont répertoriées :

- Le nombre d'enfants hospitalisés toutes causes confondues
 - Le nombre d'enfants décédés toutes causes confondues
 - Le nombre d'enfants hospitalisés pour maladies diarrhéiques
 - Le nombre d'enfants décédés par diarrhée
 - Le nombre d'enfants hospitalisés pour IRA
 - Le nombre d'enfants décédés par IRA

Ce support est retrouvé dans chaque CHU ou secteur sanitaire qui dispose d'un service d'hospitalisation de pédiatrie. Ce support est dûment rempli chaque mois par le SEMEP du service qui doit le transmettre par voie hiérarchique à la tutelle (DSP)

Support N° 1

Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

DSP de :

Secteur Sanitaire de :

Mois de : Année.....

Tableau de Morbidité Mortalité Hospitalière Générale et par Maladie Diarrhéique et par Infection Respiratoires Aiguës de l'enfant de 0 4 ans révolus

	0 à 6 Jours	7 à 28 Jours	29 J à 4 Mois	5 à 11 Mois	12 à 23 Mois	24 à 59 Mois	TOTAL
Nombre d'enfants Hospitalisés Toutes causes Confondues							
Nombre d'enfants Décédés Toutes causes confondues							
Nombre d'enfants Hospitalisés pour diarrhée							
Nombre d'enfants Décédés par Diarrhée							
Nombre d'enfants hospitalisés pour IRA							
Nombre d'enfants Décédés par IRA							

2^{ème} et 3^{ème} Objectifs : La réduction de l'incidence des IRA graves et la réduction de la prescription des antibiotiques

Ces 02 derniers objectifs sont évalués au niveau de la consultation de pédiatrie.

2 supports sont utilisés à savoir

- Le registre de consultation
- La fiche d'évaluation de la morbidité par IRA

◆ Le registre de consultation : (Support 2)

Les registres de consultation de pédiatrie comportent en général un certain nombre de données que l'on retrouve de façon standardisée.

Pour les besoins du programme IRA, nous avons rajouté une colonne.

Celle-ci, intitulée : » Classification » permettra d'y recueillir les données concernant le programme IRA.

Pour ce faire, nous avons retenu 2 types de classification :

- La classification topographique qui indique l'étage anatomique atteint.
- La décision thérapeutique.

Pour la **classification topographique** :

- Toute IRA des voies aériennes **HAUTES** sera codé 1
- Toute IRA des voies aériennes **BASSES** sera codé 2

Pour la **décision thérapeutique**, 3 paramètres :

- Toute IRA traitée **AVEC ANTIBIOTIQUE** sera codé A
- Toute IRA traitée **SANS ANTIBIOTIQUE** sera codé B
- Toute IRA **EVACUEE** sera codé C

Ainsi le praticien chargé de la consultation portera régulièrement sur son registre de consultation chaque fois qu'il aura à traiter une IRA ces 2 types de données :

- **classification topographique et décision thérapeutique**

Support N° 2

Registre de Consultation

N°	Nom et Prénom	Age En Mois	Sexe	Adresse	Motif de Consultation	Diagn ostic	Décision Théra- Peutique	Code

Diagnostic Topographique :

1. IRA HAUTE
2. IRA BASSE

Décision Thérapeutique

- A. Prescription D'ATB
- B. Pas de prescription d'ATB
- C. Patient évacué

◆ Le support d'évaluation mensuelle (Annexe 3)

Ce support reflète les activités mensuelles du programme de lutte contre les IRA. Il permet de chiffrer le nombre de consultants toutes causes confondues, l'incidence des IRA, et les données des classifications topographiques et des décisions thérapeutiques.

Ce support d'évaluation mensuelle comprend 5 colonnes :

- Colonne 1 : Nombre d'enfants ayant consultés toutes causes confondues
Colonne 2 : Nombre d'enfants ayant consultés pour IRA
Colonne 3 : Incidence mensuelle des IRA : Rapport Colonne 2 / Colonne 1
Colonne 4 : Données relatives à la classification topographique Cette colonne se subdivise en 2 sous colonnes :
- Sous colonne 1 : Pour les IRA Hautes
 - Sous colonne 2 : Pour les IRA Basses.
- Colonne 5 : Données relatives aux Décisions thérapeutique.
Elle se subdivise en 3 sous colonnes :
- Sous colonne A : nombre d'IRA traité avec ATB
 - Sous colonne B : nombre d'IRA traité sans ATB
 - Sous colonne C : nombre d'IRA évacué.

En pratique : Chaque praticien responsable d'une consultation d'enfants doit à la fin de chaque mois faire son évaluation en tenant compte des paramètres indiqués plus haut.

Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

Wilaya de :

Mois de :

Secteur sanitaire de :

Année :

Fiche d'évaluation de la Morbidité par IRA
Etat global des consultations dans les unités périphériques et l'hôpital
du secteur

Nombre de consultants 4 ans révolus toutes causes confondues	Nombre de Consultants 0 à 4 ans révolus pour IRA	% IRA	Diagnostic Topographique		Décision Thérapeutique		

Diagnostic Topographique :

1. IRA HAUTE
2. IRA BASSE

Décision Thérapeutique :

- A : Prescription d'ATB
- B : Pas de prescription d'ATB
- C : Patient évacué

SEMEP du Secteur Sanitaire Fait le :

III- PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME IRA :

(au niveau local après le séminaire de formation)

❑ Information et préparation :

- 1- Etablir un rapport pour le Directeur du Secteur et le Directeur de la Santé et de la Protection sociale (DSPS) l'informant de votre plan sur la mise en œuvre du programme IRA.
- 2- Organiser une réunion du conseil médical pour les informer.
- 3- Planifier avec le Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) la mise en place du Programme, en établissant le calendrier des activités à réaliser.
- 4- Identifier les éventuelles difficultés qui risquent d'empêcher la mise en place du Programme, et les éventuelles solutions.
- 5- Impression et mise en place des supports d'information.
- 6- Fixer les dates des séminaires locaux de formation pour le Secteur sanitaire puis pour toute la Wilaya (1mois après le séminaire de formation).
- 7- Informer les médecins du secteur privé

❑ Identification des structures et du matériel :**1- Recenser les structures qui prendront en charge les IRA**

Niveau 1 : Unités de base (centre de santé, salles de soins)	IRA légères
Niveau 2 : Polycliniques (munies de lits de mise en observation)	IRA modérées
Niveau 3 : Hôpital ou Centre –Universitaire	IRA graves

2- Etablir l'inventaire du matériel existant pour la prise en charge des IRA :

- établir la liste du matériel manquant (pèses bébés, otoscopes, thermomètres, nébuliseurs chambre d'inhalation et sources d'oxygène)
- repérer les lieux d'utilisation

3- Etablir la liste des médicaments essentiels :

Avec le pharmacien du Secteur établir la liste et les quantités des médicaments essentiels nécessaires pour assurer la prise en charge des IRA graves.

□ Formation du personnel de santé :

1- Identifier les lieux de formation

2- Constituer l'équipe des formateurs :

Celle ci doit être renforcée par un membre du Comité National IRA pour le premier séminaire. La formation locale concernera tous les pédiatres et les médecins généralistes assurant des consultations de pédiatrie et les médecins du SEMEP.

Le nombre de participants ne doit pas dépasser 35 par séminaire.

3-Préparation de la logistique et du matériel de formation :

- support de formation Guides IRA et Affiches
- feuilles, transparents, stylos, rétroprojecteur et photocopieur

4- Formation du personnel paramédical :

Les médecins formés localement doivent former le personnel paramédical de leur centre à reconnaître les signes d'IRA graves et apprendre aux mères les mesures de soutien et donner à ces dernières des conseils d'éducation sanitaire.

5- Développer l'éducation sanitaire avec les mères :

□ Répartition des tâches du personnel médical :

1- Au niveau de la Wilaya :

Le médecin de la prévention est responsable de la coordination du Programme IRA entre les différents secteurs sanitaires de la wilaya.

2- Au niveau du secteur sanitaire :

- Un médecin du SEMEP est responsable du Programme.
- Un pédiatre est un consultant de référence.

3- Au secteur du secteur du sous secteur sanitaire :

Le médecin chef coordonne les activités de lutte les IRA entre les différentes structures de santé périphériques.

4- Au niveau des Consultations :

Les médecins sont chargés de l'application des Directives techniques IRA et de l'enregistrement des cas.

□ Mise en place du Programme :

Les médecins formés doivent mettre au point l'organisation des activités en rapport avec le nouveau programme dans les structures de santé.

□ La supervision :

- 1- S'assurer que les activités de diagnostic et de traitement sont appliquées.
- 2- S'assurer que les fiches et le registre de consultation sont remplis correctement et qu'ils sont tenus à jour.
- 3- Veillez sur l'approvisionnement régulier en médicaments d'urgence, en consommables et matériels.
- 4- Les visites de supervision sont faites par le médecin du SEMEP :
 - avec les médecins chefs des sous secteurs.
 - une fois par trimestre pour chaque structure au cours de la première année de la mise en place du programme.

□ L'évaluation :

L'évaluation du programme de lutte contre les IRA permet de renseigner :

- sur l'état d'avancement du programme afin de planifier sa destination et les moyens d'y parvenir.
- et de déceler et de résoudre les problèmes.

Cette évaluation concerne toutes les activités du programme avec en particulier :

- la prise en charge standardisée des cas d'IRA,
- l'approvisionnement des établissements de santé en médicaments et en matériel,
- la formation des personnels de santé.

Des indicateurs ont été définis pour chaque activité.

1- Faire une étude rétrospective sur les IRA :

Il faut faire en premier lieu une étude rétrospective :

- à partir des registres de consultation pour la période de l'année qui a précédé la mise en place du programme.
- elle portera sur la morbidité et la létalité par IRA.
- ainsi que sur la mortalité infantile par IRA.

2- Evaluation annuelle :

L'évaluation s'effectuera à la fin de l'année pour chaque secteur sanitaire et pour la wilaya :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la morbidité par IRA • Evaluer la mortalité par IRA • Analyse topographique des IRA • Analyse de l'utilisation des antibiotiques |
|---|

Les résultats de cette évaluation seront transmis au niveau du secrétariat du Comité National IRA au niveau de la Direction de la Prévention.

IV. STRUCTURES ET NIVEAUX D'INTERVENTION

❑ NIVEAUX D'INTERVENTION :

- LE PREMIER NIVEAU D'INTERVENTION :

Représenté par les **unités de soins de base** dont les conditions ne peuvent assurer que la prise en charge des **IRA légères**.

- LE DEUXIEME NIVEAU D'INTERVENTION :

Dont les possibilités matérielles et humaines permettent la prise en charge **des IRA légères et modérées**.

- LE TROISIEME NIVEAU D'INTERVENTION :

Niveau de référence pour les autres structures de santé. Il est représenté par les Hôpitaux et les services hospitalo-universitaires chargés en particulier de la prise en charge des IRA graves et compliquées nécessitant des soins et des examens spécialisés.

❑ LE MATERIEL ET LES MEDICAMENTS ESSENTIELS POUR LA LUTTE CONTRE LES IRA.

1- Matériel nécessaire :

Il est variable selon les niveaux de prise en charge :

- en plus du matériel habituel : thermomètre, abaisse langue, stéthoscope, otoscopes, pèse-bébés – enfants....
- Chambres d'inhalation avec masque, sources d'oxygène, nébuliseurs,
- Aspirateurs de mucosités.

2- Les médicaments essentiels :

Ils sont essentiellement représentés par :

- les antibiotiques
- les corticoïdes
- les bronchodilatateurs
- les médicaments symptomatiques.

HIERARCHISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Structure	Personnel	Moyens	Cas à prendre en charge
NIVEAU 1 : Unité de basse Pas de garde de 24 H	Généraliste	Tout sauf Nébuliseurs	IRA légères
NIVEAU 2 : Polyclinique Garde de 24 H	Généraliste et/ou Spécialiste	Tout	IRA Modérées
NIVEAU 3 : Service de pédiatrie Pédiatrie (Hôpitaux et CHU)	Spécialiste	Tout	Toutes les IRA surtout : Graves et/ou compliquées.

IV- DIRECTIVES TECHNIQUES :

1- IRA HAUTES :

1.1. RHINOPHARYNGITES AIGUES :

- DEFINIR :

La rhinopharyngite aiguë se définit comme une atteinte inflammatoire de l'étage supérieur du pharynx avec participation nasale.

Elle associe : rhinorrhée, fièvre et toux.

La rhinopharyngite aiguë est la pathologie infectieuse la plus fréquente du nourrisson. Les virus sont de très loin les principaux agents pathogènes. C'est une affection banale d'évolution simple qui ne nécessite pas habituellement d'antibiotique.

- EXAMINER :

L'examen clinique retrouve :

- une fièvre : souvent modérée (38°-38,5°), parfois > à 39°
- inflammatoire (rougeur) plus ou moins importante du pharynx
- Rhinorrhée antérieure et / ou postérieure : claire, muco-purulente ou purulente.

- TRAITER :

Prise en charge

- Lavages des fosses nasales au SSI
- Aspiration des sécrétions
- Mouchages volontaires après 3 ans
- Lutte contre la fièvre (moyens physiques, Paracétamol)
- Mesures de soutien.



Pas d'antibiotiques
Pas de gouttes nasales médicinales
Pas d'AINS
Pas d'antitussifs (pas de sirop contre la toux)

QUAND DONNER DES ANTIBIOTIQUES ?

- Fièvre élevée > 4 jours
- Réascension de la fièvre
- Aggravation des symptômes

AMOXICILLINE 50 mg/Kg/24 H en 3 prises pendant 10 jours.
ERYTHROMYCINE 30 à 50 mg /Kg/J si allergie.

1.2/ ANGINES AIGUES :

- DEFINIR :

L'angine est une inflammation aiguë d'origine infectieuse des amygdales et / ou de l'ensemble du pharynx. Les germes responsables sont des virus (50% des cas) et des bactéries : le streptocoque B hémolytique du groupe A est le plus fréquent des germes bactériens (25 à 40%). Cependant l'angine streptococcique est rare avant 3 ans.

La distinction clinique entre angine virale et bactérienne est difficile.

Pathologie banale et fréquente, la gravité potentielle de l'angine est liée au risque de survenue d'une complication post-streptococcique : GNA et RAA.

- EXAMINER :

L'examen clinique retrouve :

- La fièvre
- Examen du pharynx :
 - rougeur diffuse du pharynx
 - tuméfaction des amygdales
 - parfois exsudant blanchâtre
 - adénopathies sous-angulo-maxillaires sensibles

- TRAITER :

Selon le guide RAA (p 54)

✓ ENFANT DE MOINS DE 4 ANS

* Angines érythémateuse : (considérée comme virale)

- pas d'antibiotique
- traitement symptomatique

* Angine érythémato-pultacée : Traitement oral pendant 10 jours

pénicilline V : 50.000 à 100.000 ui /Kg / 24 H

ou Amoxicilline : 50 mg / Kg / 24 H.

✓ ENFANT DE 4 ANS ET PLUS :

Toute angine doit être considérée comme une angine streptococcique
(Programme national RAA)

Une injection en I.M unique de Benzyl-Benzathine Pénicilline :

600.000 ui si poids < 30 Kg

1.200.000ui si poids > 30 Kg

- Une injection unique de Benzathine Benzyl Pénicilline permet un taux d'éradication du streptocoque A de 93 à 96%
- La voie orale est possible : Pénicilline V : 50.000 à 100.000 ui/Kg24 H en 3 prises pendant 10 j (avec ce traitement l'éradication du streptocoque A est de 88%)
- En cas d'allergie à la pénicilline :
Erythromycine : 30 à 50 mg /Kg /24 H pendant 10 jours.

1.3. OTITES MOYENNES AIGUES :

- DEFINIR :

L'OMA est inflammation de l'oreille moyenne accompagnée habituellement d'un écoulement purulent. Elle se manifeste par les symptômes suivants : douleur (otalgie), fièvre, irritabilité. L'OMA est une affection fréquente surtout chez le nourrisson et le jeune enfant. Les germes responsables sont :

- le plus souvent l'hémophilus influenzae et le pneumocoque.
- plus rarement le staphylocoque auréus.

- EXAMINER :

L'examen doit être local et général.

A l'aide d'un otoscope avec une bonne source lumineuse, après avoir nettoyé le conduit auditif.

Permet de retrouver selon les stades évolutifs :

- tympan opaque avec congestion marquée
- tympan opaque bombé
- tympan perforé avec ou sans écoulement (habituellement)

En cas d'otites récidivantes (>4 otites /an) ou en cas d'écoulement chronique (≥15 jours), il faut demander un avis spécialisé en ORL.

- TRAITER :

✓ Dans tous les cas : Mesures générales

- soins locaux (idem que rhinopharyngite)
- lutter contre la fièvre (cf annexe)
- mesures de soutien (cf annexe)

✓ Antibiothérapie :

1^{ère} intention : Amoxicilline 80 mg /Kg /24 H en 3 prises pendant 10 j

2^{ème} intention : Cotrimoxazole : 8 mg /Kg /24 H de Triméthoprime

✓ Traitement de l'éthmoidite :

- Hospitalisation, Mesures de soutien
- Prescrire une antibiothérapie par voie intraveineuse : ampicilline + gentamycine, 15 à 21 jours puis relais per os.

1.5./ LARYNGITES AIGUES

- DEFINIR :

- inflammation du larynx le plus souvent d'origine infectieuse.
- Obstruction des voies aériennes supérieures
- Toux aboyante, modification de la voix et stridor inspiratoire (dyspnée inspiratoire) sont les manifestations cliniques habituelles.

L'Épiglottite constitue un tableau grave, heureusement rare.

- EXAMINER : L'examen clinique retrouve :

- Fièvre, Dyspnée inspiratoire avec tirage sus sternal
- Stridor et / ou cornage, toux rauque ou aboyante
- Modification du cri et de la voix.

- TRAITER :

La majorité des LA sont d'évolution souvent spontanément favorable.

1. Laryngite légère : toux rauque sans tirage

- Traitement en ambulatoire
- Mesures générales : - antipyrétiques en cas de fièvre
- traitement de la rhinopharyngite si associée.
- Pas d'antibiotiques, Pas de corticoïdes

- Mise en observation, Mesures générales
- Pas d'antibiotiques
- Corticothérapie :
Administrar des corticoïdes d'action rapide par voie intramusculaire :
Dexaméthasone 0,6 mg / Kg en I.M à renouveler éventuellement après
1 heure en cas de persistance des symptômes.

2. Laryngite modérée : toux rauque avec tirage sans cyanose

Le relais par une corticothérapie orale n'est pas nécessaire (la demi vie de la dexaméthasone est de 36 à 72 H).

3. Laryngite sévère : toux rauque avec tirage et cyanose.

- Hospitaliser l'enfant
- Mesures générales : antipyrétiques en cas de fièvre, oxygène humidifié,
- Arrêt de la voie orale, perfusion (ration de base).

* Nébulisation d'adrénaline :

L'adrénaline (effet adrénergique) entraîne une vasoconstriction locale avec diminution de l'œdème de la région sous glottique.

Nébulisation d'adrénaline à 1/1.000 (0,1%) : 0,1 ml/Kg (sans d »passer 5 ml) avec 3 ml de S.S.I. à 9 %

* Corticothérapie par voie intraveineuse :

Dexaméthasone 0,6 mg /Kg en I.V à renouveler 1 heure plus tard puis toutes les 6 heures en cas de persistance des symptômes.

* Antibiothérapie par voie intraveineuse :

Ampicilline ou amoxicilline 100-150 mg /Kg /24 H en IV en 4 fois

4. Epiglottite :

- Hospitalisation d'urgence

- Respecter la position assise : ne pas allonger
- Toute manipulation est interdite avant d'avoir assuré la liberté des voies aériennes : ne pas utiliser d'abaisse langue.

- Corticothérapie par voie intraveineuse :

Dexaméthasone 0,6 mg/Kg à renouveler 1 heure après.

- Antibiothérapie : Céfotaxime 100 mg/Kg/24 h (sinon amoxicilline 150 à 200 mg/Kg + gentamicine 5 mg /Kg /24 h)

Transfert en service ORL ou réanimation

5. Laryngite diphtérique :

1. Hospitalisation et isolement du malade en service spécialisé
2. ration de base avec électrolytes
3. traitement spécifique : sérothérapie (cf guide).

2. I.R.A. BASSES :

2.1. BRONCHIOLITES AIGUES :

- DEFINIR :

La bronchiolite aiguë est une affection virale inflammatoire survenant de manière épidémique chez les nourrissons âgés de 1 mois à 24 mois.

Les critères diagnostiques de la bronchiolite aiguë sont au nombre de 5 :

- âge inférieur à 2 ans
- sibilances diffuses et/ou râles crépitants diffus chez le nourrisson de moins de 6 mois.
- Symptômes d'infection virale des voies aériennes supérieures
- Présence ou non de signes de détresse respiratoire
- Le 1^{er} ou le 2^{ème} épisode de ce type

L'agent étiologique principal est le virus respiratoire syncytial (70%). C'est une infection d'une grande contagiosité. La bronchiolite aiguë est une affection d'évolution habituellement favorable en quelques jours (5 à 8 jours) et dans la majorité des cas le traitement est prescrit en ambulatoire.

Cependant 3 à 5 % des nourrissons peuvent présenter une forme sévère nécessitant l'hospitalisation.

- EXAMINER : L'examen clinique retrouve :

- Une fièvre modérée habituellement
- Apprécier l'état général : habituellement bon.

- Chiffrer **la fréquence respiratoire** chez le nourrisson calme
Sur une minute : Selon l'OMS on parle de **polypnée** si la F.R est :

\geq à 60 / min chez le nourrisson de moins de 2 mois
 \geq à 50 / min entre 2 et 12 mois
 \geq à 40 / min entre 1 et 5 ans

- **Auscouter les poumons :**

- râles sibilants parfois audibles à distance (wheezing)
- râles sous crépitants fins inspiratoires diffus et / ou sibilants chez le nourrisson de moins de 6 mois.

- Rechercher les signes de gravité

La radiographie du thorax est indiquée uniquement dans les situations suivantes :

- Bronchiolite sévère
- Bronchiolite traînante au delà du 10^{ème} jour.

- CLASSER :

- Bronchiolite légère : Score de Bierman et Pierson de 1 à 6 (sans signes de gravité)
- Bronchiolite modérée : Score de 7 à 9 (sans signes de gravité)
- Bronchiolite sévère : Score de 10 à 12

SCHEMAS THERAPEUTIQUES DE LA BRONCHIOLITE AIGUE

1. BRONCHIOLITE LEGERE :

Score \leq 7 (sans signes de gravité)

Dans la bronchiolite aiguë seuls sont indiqués les traitements symptomatiques : mesures de soutien, lutte contre la fièvre (toutes les autres médications sont inutiles).

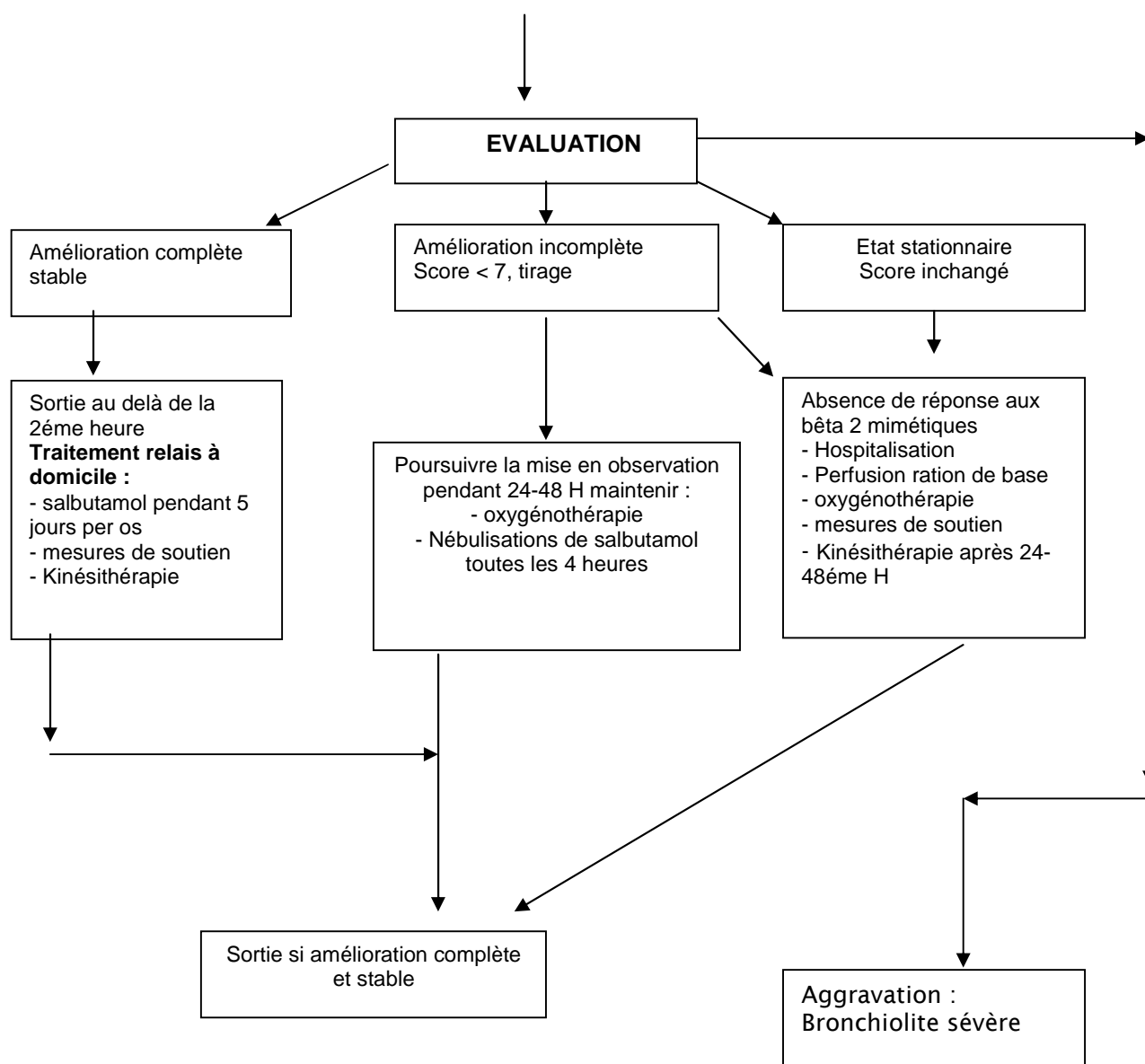
En particulier les bronchodilatateurs et les corticoïdes ne sont pas indiqués.

Les sirops contre la toux peuvent être nocifs en cas de bronchiolite aiguë et ne doivent pas être prescrits. L'évolution est habituellement bénigne.

- Traitement à domicile
- Mesures de soutien :
 - désobstruction nasale
 - augmentation des boissons
- Lutte contre la fièvre
- Pas d'antibiotiques, Pas de corticoïdes, Pas de sirops contre la toux.
- Les Bêta 2 mimétiques sont INUTILES, la Kinésithérapie n'est pas indiquée
- Expliquer aux mères :
 - les mesures de soutien
 - les signes de gravité

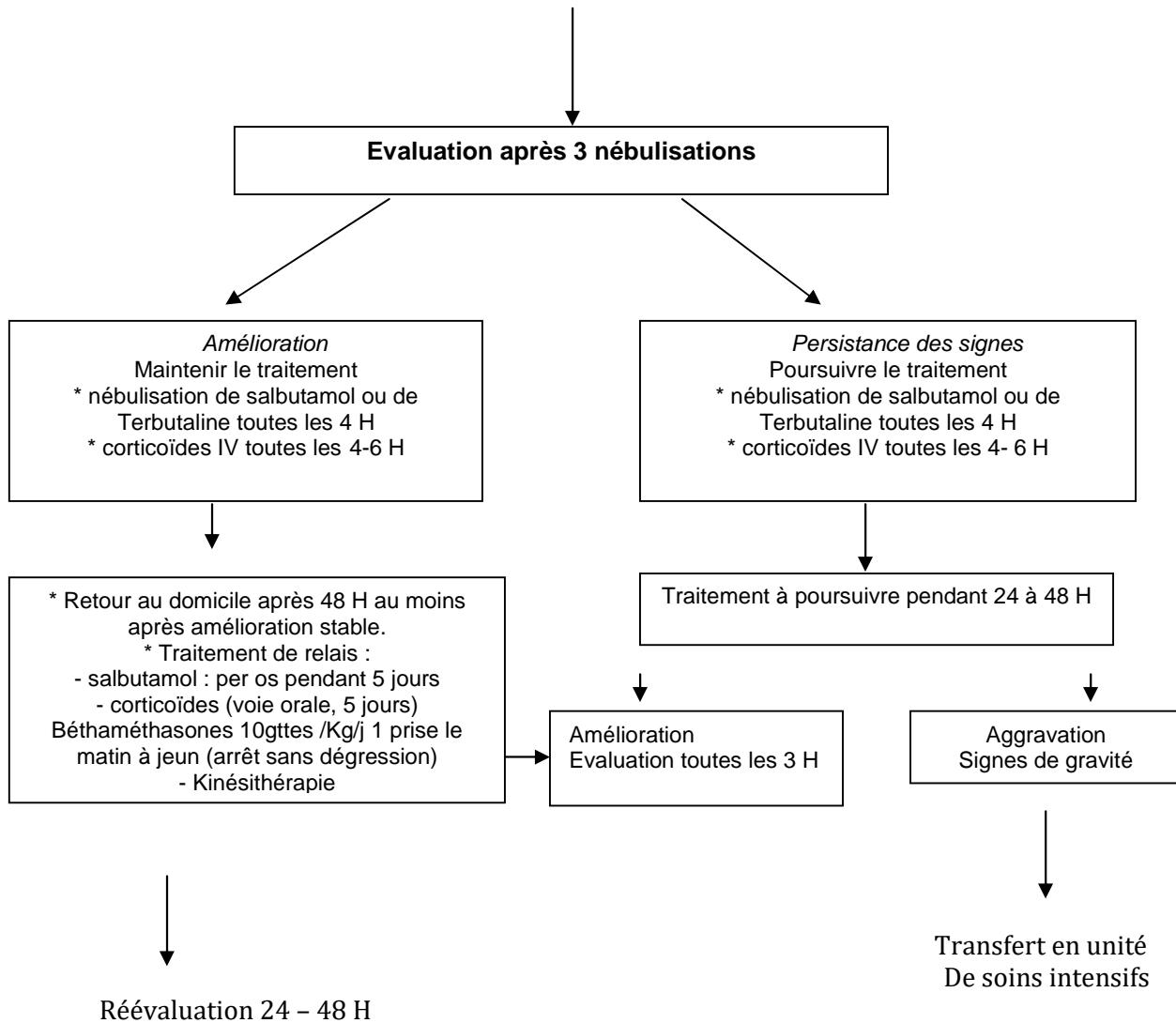
2. BRONCHIOLITE MODEREE : Score 7 à 9 (sans signes de gravité)

- Mise en OBSERVATION (Hôpital de jour)
- Mesures de soutien : aspiration naso-pharyngée, lutte contre la fièvre
- Oxygénothérapie : O₂ humidifié 3 L/min (canules nasales)
- Pas d'antibiotiques, Pas de corticoïdes
- ESSAI de 2 à 3 Nébulsations / 30 min d'intervalle de Salbutamol à 0,50% : 0,03 ml/Kg + 4 ml SSI (ou Terbutaline 0,04 ou 0,08ml / Kg + 4 ml SSI)
(ou 3 bouffées de salbutamol en spray toutes les 20 min pendant 1 heure avec chambre d'inhalation avec masque .
ou Terbutaline 7 à 10 microg/Kg en sous cutané 2 injections à 30 min d'intervalle).



3. BRONCHIOLITE SEVERE : score 10 à 12 (sans signes de gravité)

- Hospitalisation (avec Radio du thorax)
- Oxygène humidifié : 3L/min (canules nasales)
- ESSAI de 3 Nébulisations à 30 min d'intervalle Salbutamol à 0,5% :
0,03 ml/Kg + 4 ml SSI (ou Terbutaline 0,04 ou 0,08 ml/Kg + 4 ml SSI)
(ou 3 bouffées de salbutamol en spray toutes les 20 min pendant 1 heure avec chambre d'inhalation avec masque ou Terbutaline 7 à 10 microg/Kg en sous cutané 2 injections à 30 min d'intervalle)
- Perfusion d'une ration de base : 100 ml/Kg de S.G + électrolytes.
- Traitement corticoïdes par voie intraveineuse :
Hémisuccinate d'hydrocortisone (5mg /Kg/4H) ou Dexaméthasone (0,4mg/Kg/6H)
- Mesures de soutien : - aspiration naso-pharyngée, lutte contre la fièvre
- ne pas alimenter le premier jour.



Le transfert vers une unité de soins intensifs pour ventilation assistée éventuelle doit être envisagé devant la présence de : pauses ou irrégularité, respiratoires, disparition du murmure vésiculaire, torpeur, obnubilation, cyanose importante.

2.2. PNEUMONIES AIGUES :

- DEFINIR :

- Les pneumonies posent un problème de santé publique en Algérie et dans les pays en développement :
- morbidité importante : elles constituent une cause majeure d'hospitalisation (coût élevé de la prise en charge)
 - c'est la principale cause de mortalité par IRA chez l'enfant de moins de 5 ans.

Les agents infectieux responsables sont des virus (40%) ou des bactéries (60%).

Mais les étiologies des pneumonies de l'enfant de moins de 5 ans sont dominées par les bactéries : surtout le pneumocoque, l'hémophilus influenzae et le staphylocoque auréus.

En pratique l'identification du germe en cause est le plus souvent difficilement obtenue. C'est pour cela que l'antibiothérapie est probabiliste guidée par les données épidémiologiques et par le tableau radio-clinique.

En pratique il n'y a pas d'éléments discriminatifs (clinique et radiologique) permettant de différencier la pneumonie virale de la pneumonie virale de la pneumonie bactérienne.

C'est pourquoi toute pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans doit être considérée comme bactérienne et traitée comme telle

La pneumonie peut s'exprimer par des tableaux cliniques différents :

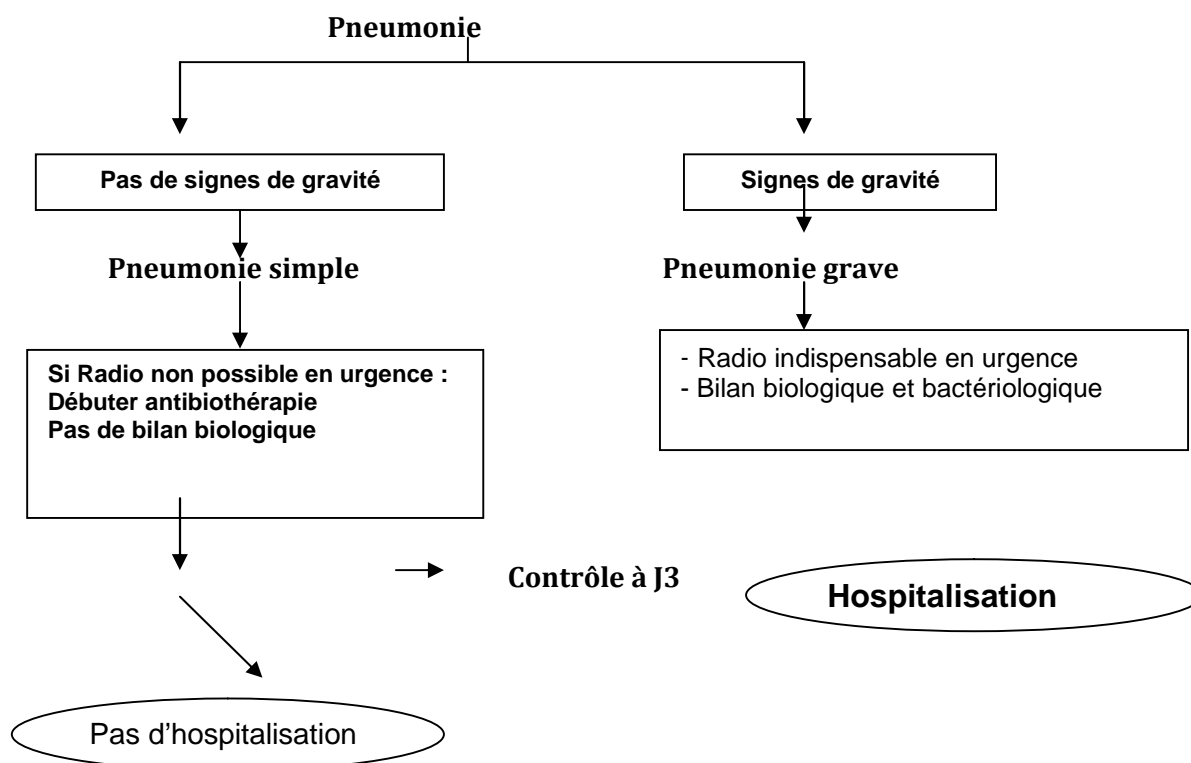
- **tableau habituel** : fièvre avec syndrome de condensation pulmonaire simple
- **soit formes compliquées de suppuration pleuro-pulmonaire** :
 - Pleurésie purulente
 - Staphylococcie pleuropulmonaire
 - Abscess du poumon

La toux avec fièvre et les difficultés à respirer sans sifflements sont des symptômes évocateurs de pneumonie chez l'enfant.

EXAMINER :

- Apprécier l'état général : altéré ou non
- Fièvre
- Signes de lutte respiratoire : Polypnée, Tirage, marqué, sus et sous sternal, intercostal, battements des ailes du nez.
- Noter la coloration : cyanose ou non
- Signes physiques :
Parfois pauvres. On peut retrouver :
 - un foyer de condensation : râles crépitants (ceux ci sont difficiles à retrouver chez les jeunes nourrissons,
 - signes en faveur d'un épanchement pleural liquidien (matité, diminution des vibrations vocales, diminution ou abolition de murmure vésiculaire) ou aérien (tympanisme).
 - rechercher un ballonnement abdominal
 - rechercher des signes de gravité (liés au terrain)

TRAITER :



Sauf : nourrissons, présence facteurs de risque
Conditions socio-économiques défavorables
Impossibilité de contrôles

1. PNEUMONIE SIMPLE

Fièvre, toux, polypnée modérée
Sans signes de gravité, sans facteurs de risque

- Pas d'hospitalisation*
- Expliquer à la mère : Mesures de soutien, Signes de gravité
- Pas de sirop contre la toux, Pas de mucolytiques

Amoxicilline : 100 mg/Kg /24 H Per os en 3 fois, 10 jours

* Age inférieur à 24 mois :

- Hospitalisation
- Traitement par voie parentérale

↓
Contrôle à J3

Amélioration

Poursuite du traitement
Durée totale : 10 jours

Pas de signes de gravité
Radio : pas de complications

Vérifier prise correcte du TRT
Poursuite TRT : durée 10 jours
Revoir avant si aggravation

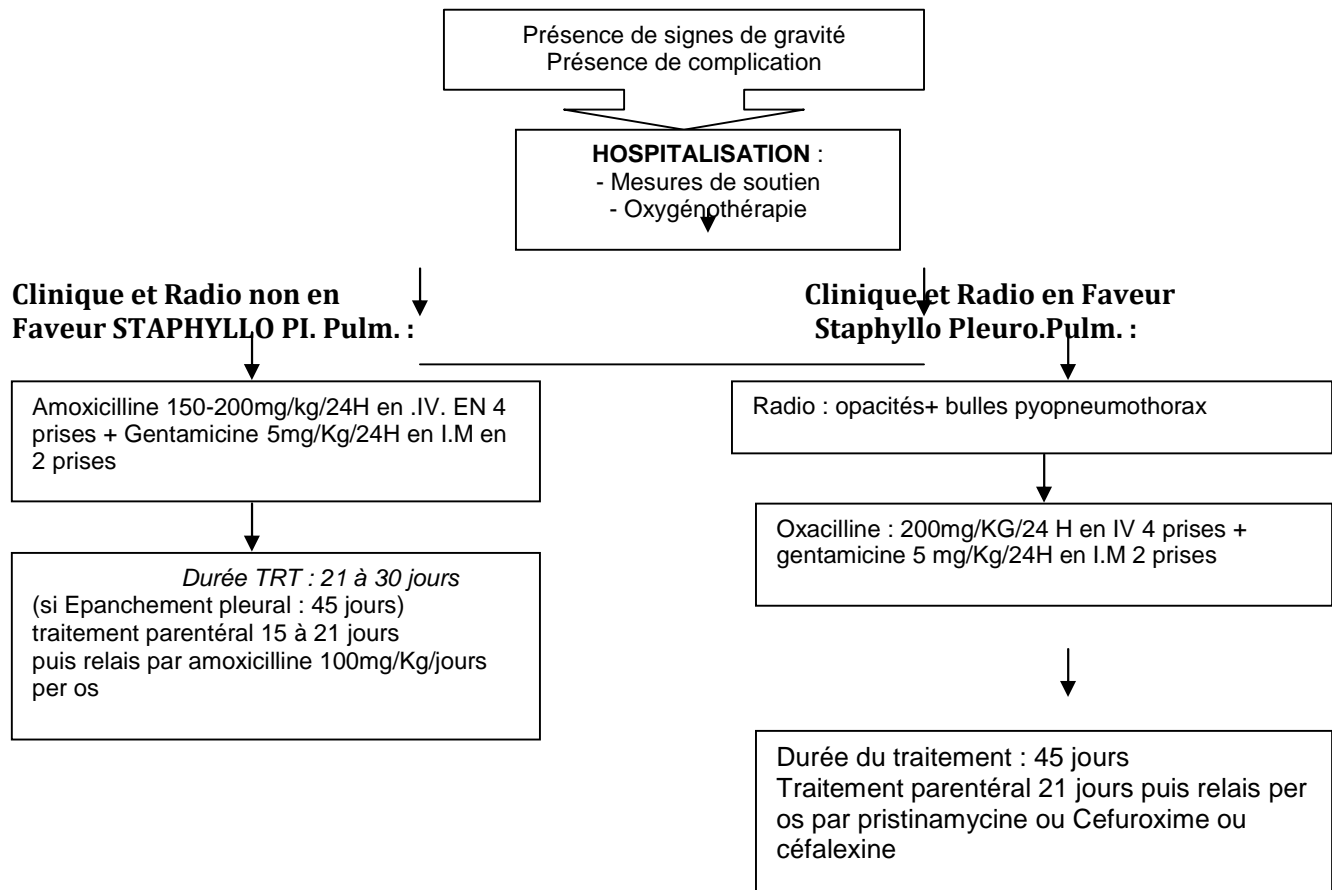
Pas d'amélioration

RADIO

Signes de gravité
Radio : complications

**Hospitalisation
Pneumonie grave**

2. PNEUMONIE GRAVE :



✓ Adaptation de l'antibiothérapie :

Penser à une résistance si après 72 H d'antibiothérapie :

- persistance d'une fièvre élevée
- avec aggravation de la détresse respiratoire
- avec une altération de l'état général
- avec aggravation des signes radiologiques

Dans ce cas l'antibiothérapie préconisée est :

- en cas de signes cliniques et radiologiques non en faveur d'une staphylococcie pleuropulmonaire :

Cefotaxime : 100 mg/Kg/24 H en I.V. en 4 prises.

- en cas de signes cliniques et radiologiques en faveur d'une staphylococcie pleuropulmonaire : Cefazoline :

100 mg/Kg/24 H en I.V en 4 prises

✓ Critères d'arrêt du traitement :

- apyrexie depuis une semaine au moins, examen clinique normal
 - F.N.S : pas d'hyper leucocytose
 - Bilan inflammatoire (V.S, CRP) : Normal
- Radiographie normale ou images radiologiques stabilisées

✓ Remarque : En cas de Pneumonie à mycoplasme pneumoniae :

Erythromycine 50 mg/Kg/24 H pendant 15 jours

LES MESURES DE SOUTIEN

➤ **Maintenir l'enfant dans de bonnes conditions thermiques**

- Eviter les écarts de température
- Couvrir légèrement l'enfant en cas de fièvre
- Langues humides sur le front, ventre et membres

➤ **Dégager le nez :**

- **Lavages fréquents des fosses nasales**

- au sérum physiologique à 9 % (ou à défaut préparer une solution « maison » à base de 2 à 3 cuillères à café de sel avec une cuillère à café de bicarbonate dans 1 litre d'eau bouillie).

- **Aspiration des sécrétions** avec une seringue ou un mouche bébé (mouchage volontaire chez l'enfant de plus de 3 ans).

- **Pas de sirop contre la toux**
- **Prévenir la malnutrition :**

- si l'enfant est au sein, poursuivre l'allaitement et augmenter la fréquence des tétées.
- chez l'enfant plus grand maintenir une ration calorique suffisante.

➤ **Eviter la déshydratation :**

Par la prise supplémentaire de boissons (eau, tisane sucrée)

MESURES SYMPTOMATIQUES CONTRE LA FIEVRE

❑ **DONNEES GENERALES :**

- * Examiner soigneusement l'enfant pour retrouver l'étiologie de la fièvre
- * Une fièvre isolée n'est pas une indication à l'utilisation des antibiotiques (sauf chez le nourrisson de moins de 2 mois et ce après la réalisation des examens complémentaires).
- * Une élévation modérée de la température est à respecter (peut améliorer les moyens de défense de l'organisme contre l'infection).
- * Une fièvre élevée (sup à 39° C) peut se compliquer de convulsions.

❑ **TRAITEMENT :** (indiqué si température > à 38 ° C)

1- Paracétamol :

- Médicament le mieux toléré et le plus efficace pour lutter contre la fièvre
- posologie : 60mg/Kg/24H en 4 prises (15 mg/Kg/ 6H) par voie orale ou par voie rectale.

2- Acide acétyle salicylique :

- 50 mg/Kg/24H en 4 prises orales (12mg/Kg/6H)
- par voie orale ou par voie rectale
- **En cas de nécessité prises alternées de paracétamol et d'aspirine: 1 prise d'un médicament toute les 3 heures.**
- **Toujours préférer la voie orale, la bio disponibilité de la voie rectale étant très variable**

3- Autres mesures :

- Suppléments hydriques et habiller l'enfant légèrement.
- Maintenir une température correcte de la chambre (25°C)
- Moyens physiques : appliquer des langes mouillés au niveau de la racine des membres, des membres du front, du ventre (les bains à l'eau ou tiède sont inutiles).

SIGNES DE GRAVITE AU COURS DES IRA DE L'ENFANT

Ce score est utilisé pour déterminer la gravité de la Détresse Respiratoire dans la bronchiolite aiguë et pour suivre l'évolution.

- Incapacité de boire ou de s'alimenter
- Geignement, Torpeur ou agitation
- Tirage important, Stridor au repos
- Cyanose
- Convulsions
- Déshydratation aiguë
- Vomissements
- Contexte étiologique particulier :
 - Cardiopathies congénitales
 - Malnutrition sévère
 - Rougeole
 - Rachitisme carentiel

SCORE DE BIERMAN ET PIERSON

Score	Fréquence	Wheezing	Cyanose	Tirage
0	< 30/min	Absent	Absente	Absent
1	31 – 45/mn	Au sthéo en Fin expiration	Péribuccale Au cri	+ faible
2	46 – 60/mn	Au sthéo en Inspiration et expiration	Péribuccale Au repos	Important
3	> à 60/mn	Inspiratoire et expiratoire Sans sthéo	Généralisée Au repos	+++ intense

- Score entre 1 et 6 = Détresse légère
- Score entre 7 et 9 = Détresse modérée
- Score entre 10 et 12 Détresse sévère

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA POPULATION

N°935 / MSP / D. Pop / SD.SR / PF / 01

Alger le 05. 12. 2001

Mesdames et Messieurs les DSP des wilayas de
Adrar- Laghouat – Oum-El-Bouaghi – Bejaia – Biskra – Bechar – Tamanrasset – Tlemcen – Tiaret –
Djelfa – Saida – Sidi-Bel-Abbes – Guelma – Médéa – Mostaganem – M’sila – Mascara – Ouargla – Oran –
E-Bayadh – Illizi – Bordj Bou arreridj – El-taref – Tindouf – Tissemsilt – El-Oued – Khenchela – Mila –
Naama – Ain-Témouchent – Ghardaïa – Relizane.

OBJET / - Programme national de dépistage des cancers du col de l'utérus.

Faisant suite à la rencontre nationale des DSP, tenue à Alger le 4 octobre 2001, et aux rencontres << est >> et << ouest >> organisées courant novembre dans le cadre de la déglobalisation de la politique de population, j'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint, le document de stratégie nationale en matière de dépistage des cancers du col, et porte à votre attention les éléments fondamentaux, visant à étendre progressivement son exécution. Le programme de dépistage a été lancé dans 16 Wilayas à travers la création d'un réseau périphérique instituant les activités de dépistage cytologique de première intention (screening) au niveau des unités de dépistage créées dans les unités de SR/PF. La mise en œuvre des activités de dépistage a nécessité à la base la formation de screeners parmi des personnels prestataires et techniciens de laboratoire.

Dans le cadre d'une graduation des niveaux d'intervention du programme, les activités de dépistage primaires sont sous- tendues par un réseau de référence constitué par les services hospitaliers (histo – cyto – anatomopathologie). Ce réseau de référence exerce des activités de supervision et de contrôle de qualité et assure le diagnostic des lésions précurseurs, justiciables d'une prise en charge adéquate et conforme aux protocoles nationaux mis en vigueur dans le cadre de la stratégie nationale.

Pour rappel, la stratégie nationale cible spécifiquement le dépistage cytologique des lésions précurseur qui constituent des états pré néoplasiques, parfaitement curables.

L'année 2002, doit effectivement connaître une extension du programme au reste des wilayas des régions << ouest >>, << centre >> et << est >> du pays.

L'extension du programme doit se faire dans le cadre d'une couverture infrastructurelle appropriée impliquant notamment la mise en réseau au niveau des wilayas, des structures effectuant les prélèvements (consultation de SR/PF) ; les unités périphériques de cytodagnostic (screening) des services de pathologie ainsi que les services de gynécologie en charge du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique des lésions.

A l'effet d'assurer la mise en route du processus d'extension et d'en étudier la faisabilité au niveau des wilayas concernées par les phases ultérieures, dont la vôtre, je vous demande de bien vouloir me communiquer un état des lieux portant notamment sur :

Le recensement des structures de SR/ PF assurant actuellement les prélèvements cervico- vaginaux ;

Les services de pathologie, inclus ceux du secteur privé qui réalisent la lecture des frottis (frottis cervico-vaginal conventionnel selon le test de Papanicolaou),

Les circuits actuels utilisés pour la lecture des frottis ;

Services de pathologie au niveau local, y inclus le secteur privé.

Laboratoire national de contrôle de qualité de l'INSP ;

Autres services de pathologie des wilayas limitrophes.

Il vous est demandé également de me faire proposition de structures de SR/PF susceptibles dans la phase ultérieure, d'intégrer les activités de screening.

Ces structures doivent disposer de locaux suffisants. Trois salles sont en effet requises: une salle de prélèvement (la salle de consultation de SR/PF), une petite salle pour la coloration des lames et la troisième pour la lecture des lames.

Je vous demande également de me communiquer une liste de candidats à la formation en cytodagnostic parmi des prestataires (médecins, sages-femmes) ou personnels techniciens de laboratoire. Ces formations spécifiques au screening seront planifiées pour le premier semestre 2002

La présente note doit effectivement contribuer dans le cadre de son exécution au niveau local, à réunir les conditions requises à la bonne exécution de la stratégie nationale et à l'extension du programme au niveau de l'ensemble des wilayas. Je vous demande donc d'y accorder tout l'intérêt requis pour son application.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Ministre

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas de :
Oran - Setif - Batna - Bouira - Boumerdes - Djelfa - Khenchela - Bechar - Ghardaia - Skikda - Annaba.

Objet /- Programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'évaluation de la phase de lancement du programme national de dépistage précoce du cancer du col «établie par la Direction de la population en charge du programme, a fait clairement ressortir un volume d'activité réduit voire nul dans un certain nombre de wilayas dont celle relevant de vos compétences. Ces performances faibles ont considérablement grevé les objectifs nationaux fixés en la matière aussi bien quantitatifs que qualitatifs.

Je vous rappelle que le programme vise à prévenir les formes cancéreuses graves qui affectent considérablement les indicateurs de santé des femmes, notamment jeunes, aux âges reproductifs. Ces résultats médiocres traduisent de toute évidence, le peu d'implication des autorités administratives que vous représentez, au plan de la gestion et de l'animation du programme au niveau de la wilaya.

Je vous rappelle en ce sens, les termes de références de la note qui vous a été adressée par la Direction de la Population, portant plan de relance des activités de dépistage pour laquelle il est à déplacer que les principales mesures n'ont pas encore connu d'application au niveau de votre wilaya. En égard à l'importance de cette action de santé publique je vous demande de veiller à assurer la reprise des activités au niveau de votre wilaya en collaboration avec les Directeurs des secteurs sanitaires. Pour cela il s'agira de mettre en place le cadre stratégique et logistique requis pour la bonne exécution des activités à travers les mesures suivantes :

- La mise en conformité des locaux et l'affection des moyens matériels manquants en particulier, l'achat de microscopes et de solvants sur marché local.
- La mise en place des passerelles entre les services de base en charge des activités de screening et les services spécialisés pour ce qui est de la prise en charge des cas.

Dans cet axe une attention particulière doit être accordée au circuit des lames et à la nécessaire coordination avec les laboratoires de référence identifiés au niveau national.

Enfin l'intégration des activités de dépistage doit être rendue effective dans le système de soins de base et doit constituer une dimension qualitative nouvelle au niveau de la consultation de planification familiale.

Ces activités doivent faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation continue conformément au support standard mis en vigueur au niveau national.

J'accorde un intérêt particulier à la bonne exécution de ces directives au niveau local ; lesquelles doivent être traduites en actions soutenues et concrètes et vous demande de me tenir régulièrement informé de l'état d'avancement de votre démarche.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET
POPULAIRE**

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA POPULATION

**SOUS DIRECTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION
PLANIFICATION**

DEPISTAGE DES CANCERS DU COL DE L'UTERUS

STRATEGIE NATIONALE

SEPTEMBRE 2001

I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

II- ETAT DES LIEUX ET DESCRIPTIF

2-1 Etat des lieux

2-2 Descriptif du programme de dépistage des cancers du col

III- ORGANISATION DU PROGRAMME DE DEPISTAGE

3-1 Objectifs du programme national

3-2 Cadre stratégique du programme

3-3 Caractéristiques de la population cible du programme

3-4 Axes stratégiques d'intervention

IV- ACTIVITES DE DEPISTAGE A L'ECHELON PRIMAIRE

4-1 Information des patients

4-2 Réalisation du Frottis

4-3 Interprétation du Frottis

4-4 Contrôle de qualité

4-5 Système d'enregistrement des données des tests de dépistage

V- DIRECTIVES TECHNIQUES

5-1 Les cytotechnologistes, les cytopathologiste et les pratique de laboratoire

5-2 Pratiques de dépistage

5-3 Terminologie utilisée dans les rapports

5-4 La colposcopie

VI- VUE D'ENSEMBLE DES METHODES ET DES TRAITEMENTS DES NEOPLASIES INTRA-EPITHELIALES CERVICALES

6-1 Rôle du typage

6-2 Indications du traitement

VII- PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES FROTTIS ANORMAUX

7- La prise en charge des lésions de haut grade

7- La prise en charge des lésions de bas grade et accus

7- La prise en charge des atypies glandulaires

TERMINOLOGIE

GLOSSAIRE

ANNEXES

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les cancers génitaux occupent la première place des affections malignes chez la femme. En Algérie, le cancer du col se place en deuxième position après celui du sein. En outre, il est constaté un rajeunissement des tranches d'âge touchées, notamment aux âges de la reproduction. Dans les pays développés, cette néoplasie est classée en 5^{ème} position des causes de cancers féminins, dans l'ordre de fréquence après le cancer du sein, du colon, de l'estomac et du poumon. Le cancer du col de l'utérus constitue ainsi un véritable problème de santé publique

Les répercussions de cette néoplasie sont lourdes au plan socio-économique et sanitaire. Les cancers du col sont le plus souvent vus à des stades avancés et impliquent de ce fait une prise en charge importante, très coûteuse et souvent inefficace ; les thérapies utilisées sont alors à visée palliative dans la plupart des cas. La couverture en ce type de soins spécialisés et de haut niveau, reste très insuffisante tant au niveau national que régional. De ce fait, l'accessibilité, pour les malades qui en requièrent les services, n'est pas toujours assurée et demeure donc aléatoire au regard des besoins.

Le dépistage des états pré-néoplasique du col (lésions précurseurs) revêt un intérêt majeur dans le cadre d'une action de santé publique. Ce dépistage, par la réalisation du frottis de Papanicolao est simple, efficace, peu coûteux et permet une prévention efficace du col.

Les lésions précurseurs peuvent persister en l'état pendant une période longue (10 à 15 ans) d'où l'intérêt d'envisager un programme qui permette leur dépistage durant cette phase de latence. Cette phase constitue une opportunité réelle pour instituer les traitements appropriés, éradiquer les lésions précurseurs et assurer ainsi une guérison définitive.

Pour être rentables et assurer une réelle action de santé publique, les activités de dépistage doivent être pratiquées à grande échelle et toucher le plus grand nombre possible de femmes à risques. La fréquence et le rythme des frottis restent très discutés, selon les populations et l'importance des ressources pouvant être mobilisées dans ce cadre.

Il est à signaler que la santé des mères et des enfants a constitué un des axes stratégiques principaux de la politique nationale de santé durant les trois dernières décennies. Dans cet axe les indicateurs de mortalité maternelle et infantile, particulièrement alarmants ont constitué le moteur des programmes nationaux ciblant l'amélioration de la prise en charge de la santé reproductive, la planification familiale en raison des niveaux de natalité très élevés entre les années 60 et 80, la également constitue un des principaux d'intervention en matière

Aujourd'hui, le cancer du col étant associé à une morbidité et une mortalité importante, la prévention de cette pathologie est érigée en priorité dans les programmes d'une stratégie nationale impliquée ainsi les étapes suivantes :

Des protocoles standards hiérarchisés selon les niveaux de prise en charge et de suivi.

Un réseau comprenant des unités de base de cytodiagnostics ; des laboratoires de référence au niveau national et régional ; des centres de traitement des états précancéreux, au niveau des services de gynécologie obstétrique.

Les unités périphériques de dépistage cytologique des lésions du col, sont situées au niveau des laboratoires des secteurs sanitaires et des centres de référence de planification familiale (CPF).

Ces unités sont placées sous la supervision et le contrôle des services spécialisés de pathologie (cytopathologie et anatomopathologie) érigés en services de référence. Ces services vont également assurer la confirmation histopathologique des lésions suspectes du col.

Dans le cadre de l'organisation de ce dépistage, le réseau de référence intègre des services de gynécologie obstétrique. Ces services seront mis à contribution au besoin, pour diagnostic clinique (colposcopique), ainsi que pour la prise en charge thérapeutique.

II- PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE DES CANCERS DU COL : ETAT DES LIEUX ET DESCRIPTIF

2.1 ETAT DES LIEUX

Les activités de dépistage, par la réalisation des frottis, ont été inscrites dans la gamme des prestations des soins de base, dès les années 70, à travers le développement du programme national de protection maternelle et infantile.

Toutefois, il est à souligner que ces activités n'étant pas systématisées et ne faisant pas l'objet d'une évaluation standardisée au niveau national, leur impact, en tant qu'action de santé publique, n'a pu être mesuré.

Les activités de dépistage ont été menées sans qu'une organisation spécifique n'ait été établie. Les services spécialisés assurent une forme de dépistage opportuniste ou à la demande d'une clientèle quelque peu sélective.

Par ailleurs, les données des enquêtes nationales sur la santé maternelle et la fécondité, n'ont pas intégré le volet des cancers du col de l'utérus. On ne dispose ainsi d'aucune donnée nationale sur l'âge moyen au premier frottis et le nombre moyen de frottis par femme, tout comme il est très difficile d'estimer le pourcentage de la population féminine couverte par cette activité.

En l'état, les cancers du col de l'utérus concernent que le système de soins

Selon le registre du cancer de la wilaya d'Alger pour la période 1993 à 1995, l'incidence brute des carcinomes du col tout type pathologiques confondue, a été de 8,8 pour 100.000 femmes. Selon ces années, les tranches d'âge les plus touchées sont les femmes de plus de 42 ans (50 ans et plus) avec une incidence de 17.6/100.000 pour les femmes de 55 à 59 ans.

Les tranches d'âge cumulées de 50 à 69 ans enregistrent une incidence globale de 66/100.000. Pour le groupe d'âge suivant, les 70 ans à 75 ans, l'incidence est de 34/100

Tableau 1- Effectifs et incidences annuelles brutes (par tranches d'âge)

Tranches d'âges	Effectifs	Incidences %
0-4 Ans	-	-
5-9 Ans	-	-
10-14 Ans	-	-
15-19 Ans	01	0.3
20-24 Ans	01	0.3
25-29 Ans	01	0.5
30-34 Ans	09	5
35-39 Ans	14	9.7
40-44 Ans	38	32.8
45-49 Ans	38	35.5
50-54 Ans	25	25.3
55-59 Ans	33	44.7
60-64 Ans	37	74.3
65-69 Ans	10	25.9
70-74 Ans	10	33
75 et plus	14	30.6
Age Indéterminé	11	-
TOTAL	242	8.8

Source : registre des cancers de la wilaya d'Alger – INSP

*- L'incidence brute pour l'année 1999 a été de 11, 05 pour 100.000.

Facteurs de risque et liens de causalité

A notre connaissance aucune étude épidémiologique rigoureuse n'a été menée au niveau national, concernant en particulier les facteurs de risque du cancer du col.

Les liens avec des facteurs de risque bien connus, tels que la précocité et la fréquence des rapports sexuels, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le niveau socioéconomique, ne sont pas clairement établis au niveau national.

Les études cliniques tendent à appréhender ces facteurs certains travaux de recherche clinique effectués au niveau de service socialisés (gynécologie obstétrique de pathologie, oncologie, radiothérapie) ciblent spécifiquement ce volet.

Il est actuellement admis que le dépistage cytologique du cancer du col utérin, par les frottis réduit la mortalité à ce cancer.

Ces considérations sont le fondamental de la mise en place d'un programme organisé, d'envergure nationale, en matière de prévention du cancer du col de l'utérus.

2-2 DESCRIPTION DU PROGRAMME DE DEPISTAGE DES CANCERS DU COL

Le programme de dépistage du col figure désormais, et pour les dix années à venir, parmi les priorités nationales en soins de santé reproductive. Les activités de dépistage doivent désormais faire partie intégrante, sur le plan organisationnel et fonctionnel, des prestations de santé de la reproduction, incluant la planification familiale.

La mise en œuvre de ce programme ainsi que son développement impliquent les différents niveaux du système national de santé, aussi bien l'échelon périphérique que les services hospitaliers des secteurs sanitaires et des CHU.

En vue de son lancement, ce programme a bénéficié d'un rapport appréciable, dans le cadre de la coopération (FNUAP-OMS) ciblant le renforcement des soins de santé reproductive. L'apport du FNUAP a concentré un équipement standard de base et des produits consommables pour la réalisation du diagnostic (FCV) et l'action thérapeutique (par la fourniture de trois anses diathermiques). Cet axe de la coopération a notamment soutenu cette première phase du programme, dans la création des unités périphériques et la mise en place du screening. Actuellement 76 unités de dépistage ont été créées.

Ces unités sont essentiellement réparties au niveau des régions sanitaires, Centre et Est du pays. Il est prévu dans une seconde phase, l'extension du cadre organisationnel du programme à d'autres régions sanitaires (Ouest et Sud du pays).

Il est à souligner à ce titre que unités périphériques sont localisées essentiellement au niveau des structures de santé de la reproduction (centre de planification familiale de référence- CPF, maternité et polycliniques), l'objectif compté étant normalisation et le renforcement de la consultation de planification familiale et de soins de santé reproductive, par l'intégration de cette activité.

La seconde phase devrait par ailleurs connaître la mise en œuvre de la stratégie nationale et figurer parmi les priorités en matière de coopération avec le fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dans le cadre du prochain programme global de coopération (2002-2006)

*** Formation**

L'implantation des unités de dépistage a nécessité la formation au screening des personnels prestataires et a également cité le personnel cytotechnicien de certains services de pathologie de supervision et ce, en vue de la création d'unités spécifiques « pathologie du col » à ce niveau.

Dans cette première phase au total 57 personnes ont été formées dont 2 pathologistes, 13 médecins généralistes, 10 biologistes, 10 sages-femmes et 22 techniciens supérieurs, recrutés à partir de neuf (09) secteurs sanitaires et de quatre (04) centres hospitalo-universitaires (CHU d'Alger).

Le volet « renforcement des capacités » à travers la formation, a également ciblé le pôle de référence par une formation en colposcopie de 6 gynécologue-obstétriciens de secteurs sanitaires ; neuf services du pôle clinique de référence ont été dotés en colposcopies et trois d'entre eux ont bénéficié d'un équipement électrochirurgical (anses diathermiques).

De plus, deux séminaires de perfectionnement de formateurs (pathologistes cytologistes, gynécologue) regroupant une soixantaine de formateurs se sont déroulés à Annaba et à Alger sous l'égide de L'INSP.

III- ORGANISATION DU PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE

La mise en œuvre du programme national des cancers du col s'appuie au plan structurel et stratégique sur deux principaux niveaux d'intervention :

Le niveau périphérique comportant les unités de diagnostic cytologique de première intention. Ces unités constituent le réseau périphérique chargé des activités de screening.

Le niveau hospitalier de l'échelon 2 et 3 du système national de santé, intégrant les services de pathologie (anatomopathologie et cytologie) et les services de gynécologie-obstétrique. Ces services constituent ainsi le réseau de référence.

Ce pôle est appelé dans le cadre de la stratégie nationale, à pour fournir les prestations liées au :

Diagnostic cytopathologique

Diagnostic clinique et colposcopique.

Ces services assureront également :

Le contrôle de qualité interne et externe ;

La prise en charge thérapeutique selon les protocoles standardisés au niveau national.

Les directives techniques concernant :

Les normes de pratique en cytopathologie et en clinique ;

Le contrôle de qualité ;

Le suivi et la prise en charge des patients

L'évaluation des activités de dépistage au niveau périphérique (screening) sera systématisée, selon des supports d'évaluation standard mis en vigueur au niveau national.

Les statistiques des services de supervision /référence des niveaux 2 et 3, seront établies et feront l'objet, par les services concernés, d'une évaluation régulière dans le cadre du suivi national du programme de dépistage des cancers du col.

3-1 OBJECTIFS DU PROGRAMME NATIONAL

L'objectif global du programme est de contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé de la reproduction, par la réduction sensible de la mortalité féminine liée aux cancers du col et à l'incidence des formes infiltrantes.

Les objectifs intermédiaires sont (d)

Evaluer l'ampleur du problème chez les femmes aux âges de la reproduction, à travers l'estimation de l'incidence annuelle des lésions précurseurs et des cancers du col utérin.

Etablir le profil épidémiologique des états néoplasiques à travers les caractéristiques socio-économiques des patients, l'âge de survenue, les facteurs de risque.

Reclasser et établir la fréquence relative des différents types de lésions précancéreuses du col utérin selon les systèmes de classification admis (Bethesda).

Evaluer :

* A moyen terme :

L'efficacité du programme de dépistage tant au plan de l'organisation et des mécanismes de suivi ;

Les protocoles cliniques et thérapeutiques mis en œuvre.

* A long terme :

L'impact du programme de dépistage sur l'incidence du cancer du col ;

La mortalité cancéreuse.

3-2 CADRE STRATEGIQUE DU PROGRAMME

Le niveau national est représenté par :

La Direction de la Population, Sous Direction de la santé de la reproduction et de la planification familiale (SR/PF), du Ministère de la Santé et de la Population .Outre ses missions principales liées à la promotion des soins de santé génésique, cette structure centrale est explicitement chargée de la coordination du programme ainsi que de son suivi et son évaluation.

L'institut National de la Santé Publique (INSP) : il constitue au niveau national, un centre d'appui et d'expertise en matière de programme et de politique sanitaire, et abrite, pour ce qui est de la cytologie du col, le laboratoire national du contrôle de qualité. Cet institut tient également le registre des cancers pour la région du centre. L'INSP est en charge des actions de formation continue en cytodagnostic et en colposcopie et ce avec la collaboration d'un pool d'enseignants de rang magistral des spécialités concernées par le programme (pathologistes, cytologistes et cliniciens).

Le comité scientifique et technique des cancers du col : ce comité est composé d'un panel pluridisciplinaire constitué de pathologistes, cytologistes, de gynécologues et d'un oncologue. L'INSP y est représenté par son Directeur Général et le personnel cytologiste du laboratoire de référence.

Le comité technique assiste la Direction de la population et contribue dans le cadre de son mandat à :

La formation et le perfectionnement dans le domaine ;

La normalisation des prestations de dépistage ;

L'élaboration des directives techniques et protocoles de prise en charge et de suivi ;

La mise en place d'un système d'information sanitaire en matière de cancer du col.

La mise en place d'un système d'évaluation des activités de dépistage.

Le pôle de supervision/référence : des services de pathologie, cytologie et de gynécologie-obstétrique ont été identifiés pour :

Constituer un réseau de référence en relation avec les unités de base ;
Superviser les activités de dépistage ;
Dynamiser les activités de cytodiagnostics ;
Prendre en charge la formation continue ;
Systématiser le contrôle de qualité ;
Evaluer les activités.

Plus globalement les services de référence constituent le cadre stratégique d'intervention majeur du programme national et assurent, au plan diagnostique et thérapeutique, la prise en charge des patientes présentant des frottis « anormaux ». Cette prise en charge se fera en conformité avec les protocoles adoptés au niveau national.

3-3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CIBLE DU PROGRAMME

Indicateurs Démographiques

Population total : 30.61 millions au 01-01-01
Taux d'accroissement naturel : 1.43% en 2000
Femmes en âge de procéder : 8.300.000 qu 01-01-01
Femmes mariées en âge de procéder : 3.943.341 au 01-01-01 dont 2.827.953 âgées de 30 ans et plus.
Indice synthétique de fécondité (ISF) : 2.6 enfants par femmes
Taux de prévalence de la contraception moderne : 50,1% des femmes mariées en âge de reproduction – EDG 2000.

omme précédemment explicité, l'intégration du programme de dépistage des lésions précurseurs du cancer du col , en particulier au niveau du système de soins de santé primaire , devrait contribuer au renforcement des soins de santé reproductive . La santé de la reproduction constitue dans le cadre de la politique nationale de population, le cadre stratégique de promotion de la planification familiale. De ce fait, les activités de dépistage seront intégrées aux prestations de santé de la reproduction/planification familiale et cibleront les femmes à risque fréquentant ces services. En 2000, la proportion des femmes ayant fréquenté les services publics a été estimée à 1.840.581. Soit de 50% de l'ensemble national des femmes mariées aux âges de la reproduction ; cette dernière catégorie pouvant être considérée comme la population générale du programme national (population de référence).

*** Groupe cible du Programme**

Dans un premier temps le groupe cible du programme est assimilé aux femmes fréquentant les services de SR/PF (CPF, maternités hospitalières et services périphérique de planification familiale) dans les zones géographiques disposant de la couverture sanitaire pour le dépistage des cancers du col. En effet, les moyens matériels actuels ainsi que les compétences humaines (en screeners, Cytophathologistes et Colposcopistes) restent relativement limitées. Comme précédemment signalé, la première formation de screeners a intéressé les régions sanitaires EST et Centre du Pays.

* Dans un second temps, ce programme devra être étendu à l'ensemble du territoire national.

Tableau 2 : Répartition des contraceptrices par tranche d'âge (données nationales en % - EDG 2000).

Groupe d'âge	Méthodes modernes	Méthodes Naturelles	Ensemble
15-19 ans	41.4	13.8	57.6
20-24 ans	45.5	15	60.5
25-29 ans	53.2	16.2	69.3
30-34 ans	57.8	14.9	72.8
35-39 ans	55.3	15.8	71.2
40-44 ans	49.9	12.5	62.3
45-49 ans	30.5	8.1	38.6
Total	50.1	13.9	64

* Objectifs quantitatifs

Il est retenu de toucher au niveau des deux régions sanitaires concernées par cette phase de lancement du programme (Est et Centre).

1/4 du groupe cible à la première année.

1/3 du programme cible la deuxième année.

50% du groupe cible la troisième année.

Les objectifs quantitatifs fixés sont ainsi estimés à 100.000 frottis à la première année.

* Age au premier frottis et rythme des frottis

De façon générale, l'âge au premier frottis ainsi que la fréquence des frottis restent sujets à controverse selon les pays et selon les ressources. Il est admis que le premier facteur de risque est l'absence de tout frottis ou un intervalle supérieur à 5 ans pour le dernier frottis.

Des études, tenant compte de l'histoire naturelle de la maladie ont clairement établi que des frottis trop fréquents, espacés d'un an sont trop coûteux et réduisent considérablement l'efficacité du dépistage et donc l'efficience du programme. De même, il est plus utile de tendre à assurer une couverture plus large des femmes en adoptant des rythmes plus longs, plutôt que des intervalles plus rapprochés pour des franges plus réduites de population.

Par ailleurs, en vue de rationaliser les ressources et moyens, tenant compte des phases de « latence » longues des lésions précurseurs, il est judicieux de « repousser » l'âge au premier frottis et d'espacer les frottis (voir tableau 3,4 et 5 ci-dessous).

Tableau 3 : Réduction de l'incidence des lésions selon l'âge au premier examen et la fréquence du frottis.

Age au premier Examen	Fréquence du dépistage	Réduction de L'incidence cumulée	Nombre d'examens
20 ans	5 ans	84	9
25 ans	5 ans	84	8
35 ans	5 ans	77	6
20 jusqu'à 39ans	2 ans	52	10

Source : OMS programme de dépistage du cancer du col A.B. Miller

Tableau 4 : Réduction de l'incidence cumulée du cancer invasif du col dans le groupe d'âge 35-64 ans, pour fréquences de dépistage.

Fréquence de dépistage	Réduction de l'incidence Cumulée en %	Nombre d'examen
1 an	93	
2 ans	93	
3 ans	91	
5 ans	84	6
10 ans	64	3

Source : OMS 1986

Tableau 5 : réduction de l'incidence cumulée du cancer invasif du col dans le groupe d'âge 35-64 ans pour différentes proportions de la population dépistées et différentes fréquences de dépistage.

Fréquence du dépistage	Proportion dépistée	Réduction de L'incidence Cumulée en %	Nombre d'exams
1 an	20%	6	6
2 ans	30%	28	4.5
3 ans	40%	37	4
5 ans	50%	42	3
10 ans	80%	51	2.4

Partant de ces constatations, il est retenu de cibler pour le dépistage, les femmes âgées de 30 ans révolus et de se conformer au rythme suivant :

1^{er} frottis : à 30 ans

2^{ème} frottis : 1 an après

3^{ème} frottis : 5 ans après si le 2^{ème} frottis est normal ; si anomalie, se conformer au protocole de prise en charge des frottis anormaux (voir annexe).

Il est bien entendu que ce programme n'exclut pas le dépistage individuel à la demande (Voir annexe).

3-4 AXES STRATEGIQUES D'INTERVENTION

Ces axes concernant

* La mise en place et l'organisation d'activités de diagnostic cytologique (screening) à l'échelon primaire à travers l'implantation d'unités de dépistage.

Le frottis de Papanicolaou sera systématisé, dans le cadre de la consultation de planification familiale.

Un premier frottis normal au moment de l'entrée dans le programme, sera systématiquement suivi d'un deuxième frottis à un an d'intervalle et ce, en vue de réduire l'incidence des faux négatifs.

* La prise en charge et le suivi des frottis « anormaux » au niveau de l'échelon 2 et 3 du système de soins selon les protocoles nationaux mis en vigueur et développés ci-après.

* Le renforcement des capacités des services de référence (de pathologie et de gynécologie) en matière de diagnostic et de traitement.

* L'institution d'un système de contrôle de qualité notamment au niveau interne.

* La mise en place d'un système de collecte des données et d'évaluation continue des activités de dépistage.

La mise en place de directives et procédures techniques pour le recrutement et le suivi, notamment

Un système de rappel des patients pour tout frottis devant être répété ou refait selon les normes en vigueur.

* La mise en place du contrôle de qualité et des différents mécanismes de suivi, de prise en charge avec une interrelation quasi-permanente entre l'intervenant du réseau périphérique, en charge du screening et les services de référence. Une coordination sera assurée par la direction centrale (Direction de la Population) en charge du programme national, avec la collaboration de l'INSP.

IV- ACTIVITES DE DEPISTAGE A L'ECHELON PRIMAIRE

4-1 INFORMATION DES PATIENTS

Le praticien (médecin, sage femme) chargé d'effectuer le frottis de dépistage doit développer les actions d'information et de communication en direction des femmes concernées en vue d'assurer leur entière participation.

L'implication de la patiente doit contribuer à terme à réduire la proportion des femmes perdues de vues et par la même, à améliorer les capacités du système de suivi. L'information de la femme doit être complète sans pour autant susciter d'inquiétude. L'accent étant mis sur l'aspect strictement préventif de la démarche.

Les conditions préalables, nécessaires à la qualité du frottis (explicitées ci-après) et impliquant tout particulièrement la femme doivent lui être communiquées et expliquées.

4-2 REALISATION DU FROTTIS

1) Les conditions du prélèvement

a)- Certaines conditions sont à respecter, le frottis doit être réalisé.

Avant toute application sur le col

En dehors des périodes de menstruation

En dehors d'épisodes infectieux (cervicite)

La patiente doit éviter 48 heures avant le prélèvement, les injections vaginales, les rapports sexuels, la toilette intime, l'usage de lubrifiants.

b)- Une des exigences de la qualité du prélèvement est de la réaliser au niveau de la zone de transformation.

2) Moyens indispensables au prélèvement

Pour la réalisation du frottis, il faut avoir à portée de main :

Des lames (deux par patiente)

Un porte-lame

Une fiche de renseignements

Des spatules d'Ayre

Des cyto-brush

Une ou deux bombes de spray. Si ce produit n'est pas disponible on peut utiliser une bombe de fixateur (laque) pour cheveux normaux.

Crayon diamant pour étiquetage des lames préparées à l'avance.

Chaque lame doit être gravée avec les initiales de la patiente.

3) Principes du geste

a) Examen clinique (examen des seins et examen gynécologique).

Situé au fond du vagin, le col utérin est mis en évidence par la pose d'un spéculum non lubrifié, représentant le geste indispensable de l'examen gynécologique, sur une table d'examen et avec un bon éclairage.

La patiente est installée en position gynécologique, les fesses au ras-du bord de la table d'examen. A l'aide du pouce et de l'index d'une main, on écarte les grandes lèvres vulvaires ;

Le spéculum non lubrifié est introduit (valves verticales et fermées) et en arrière, en prenant appui sur la face vaginale postérieure ;

Lorsque le spéculum est introduit à mi-valve, il est tourné à l'horizontale ;

On peut commencer à ouvrir les valves pour visualiser le col ;

Dès que le col est aperçu, on achève l'introduction en augmentant progressivement l'ouverture des valves qui vont se placer dans les culs-de-sac vaginaux, antérieurs et postérieurs.

Ce prélèvement reste utile chez les femmes ménopausées, sous traitement substitutif, pour évaluer le degré d'imprégnation hormonale, en fonction de la maturation de l'épithélium.

Avant de prélever, on ôtera délicatement les sécrétions cervicales (si elles sont abondantes) à l'aide d'un coton monté sur une pince.

Pour rappel le col utérin comporte trois zones de prélèvement :

L'exocol (recouvert par l'épithélium malpighien).

La zone de jonction exocol-endocol ou zone de transformation (recouverte par l'épithélium métaplasique) ;

L'endocol (recouvert par l'épithélium cylindrique).

Le prélèvement endocervical permet de dépister les lésions de l'épithélium glandulaire (Néoplasies glandulaires intra-épithéliales ou invasives) et les lésions malpighiennes hautes, situées dans l'endocol (surtout chez les patientes ménopausées).

b) La technique de prélèvement

Le prélèvement se fait en deux temps comme décrit ci-après :

* Prélever l'exocol

La brosse endocervical (cyto-brush) reste le meilleur outil de prélèvement de la zone de jonction.

Dans ce cas, la rotation ne doit être que de 90°. Il faut donc avertir la patiente que ce geste peut être désagréable et qu'il y a risque de petits saignements.

Pour utiliser la spatule d'Ayre, l'appliquer sur l'exocol, incluant la gestion squamo-cylindrique, et gratter la surface en effectuant une rotation de 90° tout en maintenant un contact avec le col. On balayera toujours dans le même sens.

La coexistence sur le frottis de cellules malpighiennes, de cellules cylindriques et / ou de cellules métaplasiques, attestera que la jonction a bien été prélevée.

Le prélèvement doit être étalée uniformément sur une lame et fixé immédiatement avec le spray conventionnel, situé à 20-25 cm de la lame, pour éviter la dispersion des cellules.

* Prélever l'endocol

A l'aide d'un écouvillon en coton humecté de sérum physiologique, on peut avoir accès à l'endocol jusqu'à 1 cm de profondeur environ.

* La fiche de renseignements (modèle en annexe)

Obligatoirement jointe aux prélèvements, la fiche de renseignements comportera les éléments nécessaires à l'identification de la patiente (nom, prénoms, âge, adresse si possible correctement écrite..) la date des dernières règles, les antécédents gynécologiques récents ou anciens (conisation, résection, laser, hystérectomie) les traitements en cours (Contraception orale et la nature du contraceptif DIU et son type, traitement substitutif et son type.) Les références des derniers examens si la patiente est déjà suivie.

4) Moyens indispensables au laboratoire.

Microscope binoculaire

Microscope avec co-observation (multi-tête)

Tabouret avec dossieret

Réactifs

Lames et lamelles.

Les lames doivent être gravées avec un numéro d'ordre sur chaque lame. Elles doivent être également enregistrées, colorées par la technique de Papanicolaou (fiche en annexe), recouvertes d'une lamelle et enfin examinées au microscope. Après lecture, les lames sont archivées et doivent être conservées durant 10 ans.

5) La qualité du prélèvement.

Une interprétation difficile ou impossible peut résulter des faits suivants :

Un mauvais étalement : épais, acellulaire ou paucicellulaire ;

Une mauvaise fixation ;

Une réaction inflammatoire importante

Une cytolysé importante ;

Un prélèvement hémorragique ou nécrotique

Le prélèvement sera fait :

2 mois après désinfection gynécologique si le frottis est inflammatoire

10 jours après traitement estrogénique, en cas de carence hormonale chez la femme ménopausée.

4-3 INTERPRETATION DU FROTTIS

(Fiche en annexe)

Si la présence de cellules endocervicales n'améliore pas forcément la fiabilité et le taux de détection des lésions dysplasiques comme cela avait été suggéré, elle peut être le témoin d'un prélèvement qui a bien intéressé l'endocol.

La présence de cellules métaplasiques et de mucus signifie que le prélèvement a été fait au niveau et / ou autour de la jonction squamo-cylindrique.

Le pathologiste n'impose pas dans ce cas de refaire un prélèvement. C'est le clinicien qui prendra cette décision en fonction de l'âge de la patiente, de ses antécédents et de la localisation de la zone de jonction.

a) Frottis normal

Le frottis peut être considéré comme « normal » s'il est clairement dit dans la conclusion qu'il n'existe pas de cellule dysplasique ou carcinomateuse ou qu'il n'existe pas de modifications bénignes réactionnelles.

b) Les modifications bénignes, réactionnelles

Il est à citer dans ce cadre :

Les infections spécifiques et non spécifiques ;

Les remaniements métaplasiques (différents degrés de maturation).

Les parakératoses et hyperkératoses ;

Les dystrophies ;

Les altérations cellulaires dues au stérilet

Les altérations post-radiques.

Ces modifications bénignes, réactionnelles, ne sont pas nature précancéreuses : elles n'imposent pas de faire obligatoirement une colposcopie.

c) Frottis anormal

Le résultat d'un frottis doit être considéré comme anormal à partir du moment où dans la conclusion, sont signalées des anomalies de signification indéterminée, de lésions précurseurs ou cancéreuses.

Le cytotechnicien est habilité à établir un compte rendu des frottis normaux sous la responsabilité du pathologiste, conformément à l'organisation et la hiérarchisation mises en vigueur dans le cadre du programme national de dépistage.

En présence d'anomalies indéterminées ou de lésions précurseurs, les frottis doivent être obligatoirement adressés au laboratoire du service de pathologie de référence, chargé de supervision et du contrôle de qualité.

Pour réduire les marges d'erreurs de faux négatifs et de faux positifs, un contrôle de qualité sera effectué par les laboratoires de référence au niveau des unités de cytodiagnostics.

4- CONTROLE DE QUALITE

1- Contrôle interne

Il est nécessaire que les Screeners et les cytopathologistes pratiquent 'auto-contrôle au sein de leur propre structure.

C'est le meilleur moyen de diminuer le nombre de faux négatifs par :

Double lecture de frottis normaux ;

Relecture des frottis antérieurement normaux lorsque le frottis suivant est anormal ;

Relecture des frottis anormaux non confirmés par l'histologie ;

Relecture du frottis antérieur lorsque la biopsie est positive.

2- Contrôle externe

Relecture au hasard de 10% des frottis négatifs par le laboratoire superviseur ;

Evaluation permanente du travail de l'équipe ;

Formation continue des screeners et des cytopathologistes ;

Organisation inter-laboratoires de cyto-séminaires ;

Participations à des journées scientifiques ;

Le contrôle de qualité amélioré la fiabilité du cytodiagnostics et contribue notablement à l'amélioration de la qualité des services, dispensés par les unités chargées du screening.

4-5 SYSTEME D'ENREGISTREMENT DES DONNEES DES TESTS DE DEPISTAGE.

Un système d'enregistrement des activités de dépistage au niveau des unités de cytopathologie doit être institué. Ce système doit être individualisé et différencié du système d'évaluation classique des activités de planification. Ce système doit comporter :

La tenue d'un registre, comportant tous les paramètres prévalant à la réalisation des frottis ; les résultats des frottis, les caractéristiques des patientes (âge, contexte clinique)

Un fichier programme (sur les douze mois de l'année) comportant l'enregistrement des dossiers médicaux individuels des consultantes ; le compte rendu cytodiagnostics, joint au dossier individuel.

Ce fichier programme doit permettre le suivi des femmes notamment en cas de contrôle, de renouvellement du frottis ou de rappel pour celles qui ne se représentent pas aux dates d'examen prévues. Les frottis en «instance» de confirmation pathologique, référés au plus haut niveau (service de pathologie de référence) seront également mis en évidence, au niveau de ce fichier.

Un système d'archivage et de classification des dossiers médicaux permettant la différenciation des frottis « définitivement anormaux » et imposant un rythme de frottis plus espacés, selon le protocole national en vigueur.

Tous les frottis présentant un type d'anomalie de nature à justifier une prise en charge à l'échelon supérieur, en conformité avec les protocoles nationaux, seront répertoriés dans un registre distinct, complété par des indications sur le suivi, la prise en charge et le résultat final du traitement. A moyen terme un système d'enregistrement informatisé est à envisager, avec une mise en réseau des intervenants aux différents échelons.

V – DIRECTIVES TECHNIQUES

5-1 LES CYTOTECHNOLOGISTES, LES CYTOPATHOLOGISTES ET LES PRATIQUES DE LABORATOIRE.

Les directives techniques concernant la pratique et l'assurance de qualité en cytopathologie concernent les aspects suivants :

La formation de base, la formation continue et le maintien de la compétence des cytotechnologistes et des cytopathologistes ;

Les installations et le matériel ;

Le processus de réception, de préparation de coloration des spécimens cytologique ;

Les pratiques internes et externes en matière de contrôle de la qualité ;

Les pratiques en matière de dépistage et de diagnostic ;

Les indicateurs de rendement ;

Les indicateurs de rendement concernent

Les taux de corrélation cyto-histologique pour chaque garde de lésion malpighiacée intra-épithéliale et pour les carcinomes, mesurés par rapport aux pièces opératoires de contrôle ou aux cliniques ;

La fraction de taux négatifs (FTN) du laboratoire. Par fraction de faux négatifs, on entend la fraction des frottis réellement anormaux qui donnent un résultat normal (sensibilité). La définition de la fraction des faux négatifs est complexe. La définition de la FTN. Quand elle est standardisée à l'échelle nationale permet les comparaisons entre les laboratoires. La FTN peut varier d'un laboratoire à l'autre, selon la population desservie.

Le taux de frottis satisfaisants, mais limités et insatisfaisants

Le nombre total et le taux d'anomalies gynécologiques et les différentes catégories diagnostiques du laboratoire :

Le délai d'exécution, entre le jour de la réception du frottis au laboratoire et celui du rapport final, ne doit pas excéder un mois.

5-2 PRATIQUES DE DEPISTAGE

La charge de travail totale des cyto techniciens ne doit pas être supérieure à 20 lames, par journée de travail de six à huit heures, pour un cyto technicien préposé au dépistage à plein temps.

5-3 TERMINOLOGIE UTILISEE DANS LES RAPPORTS

Il sera utilisé le système Bethesda (TBS) en corrélation avec les classifications antérieures de Richart (CIN) et le système de dysplasies de l'OMS (of. Fiche en annexe). Cette terminologie, utilisée dans les rapports d'histologie des biopsies du col utérin, devrait faciliter l'établissement de corrélations cytologiques.

Les lignes directrices particulières suivantes doivent être incluses :

L'existence d'une corrélation entre le diagnostic posé au moyen du frottis, et la biopsie cervicale de suivi.

Lorsque qu'une biopsie du col (faisant suite à un frottis étiqueté comme lésion précancéreuse) est négative la conduite pratique est de :

Multiplier les coupes ;

Réexaminer le frottis initial ;

Réévaluer l'ensemble des frottis et biopsie ;

Le screener doit se rapprocher du service de supervision/référence devant tout frottis difficile à interpréter. De plus, tous les intervenants doivent s'imprégner des concepts, définition et terminologie de Bethesda.

5-4 LA COLPOSCOPIE

La colposcopie est un examen qui fait intervenir l'habileté et l'expérience du clinicien chargé de la pratiquer. Cet examen vise à évaluer les patientes présentant les résultats cytologiques anormaux.

La colposcopie est utilisée pour l'exploration vaginale, vulvaire et péri-anale, ainsi que des anomalies cervicales.

La colposcopie doit être pratiquée en milieu hospitalier ou dans une clinique autorisée.

Le colposcopiste doit posséder des connaissances en cytologie et en histopathologie, tout comme il doit être au fait de l'évolution naturelle des états préneoplastiques et néoplasiques du tractus génital féminin.

Le colposcopiste doit pouvoir reconnaître une apparence colposcopique d'un col normal, tout comme il doit pouvoir distinguer les lésions de bas grade, histologiques, de celles de haut grade, et ce, en vue d'éviter tout excès ou à l'inverse un défaut de traitement des lésions existantes.

Le colposcopiste doit également posséder les connaissances et les compétences en matière de thérapie (chirurgie et chimiothérapie).

Le colposcopiste doit participer activement à l'assurance de qualité en vue d'améliorer le niveau qualitatif des soins dans ce domaine

Le colposcopiste doit pouvoir assumer un volume de patientes suffisant pour lui permettre de maintenir à niveau ses compétences en matière diagnostique et thérapeutique.

Le colposcopiste doit veiller au maintien à jour de ses compétences par la formation continue (stages de courte durée, participation à des manifestations scientifiques....)

La pratique en colposcopie requiert par ailleurs une concertation permanente et systématique avec le pathologiste afin de confronter les observations d'ordre clinique et pathologique (cytologique et histologique).

Modalités pratiques d'exécution

* Il est utile de disposer de la demande de consultation en colposcopie et d'une copie du rapport de cytologie.

La colposcopie ne doit pas être effectuée sans que l'on ait pris connaissance du rapport de cytologie.

Indications de la colposcopie

* Si la colposcopie est accessible, son indication peut être posée pour tout frottis présentant une anomalie.

* Certaines controverses existent quant à l'intérêt relatif de la colposcopie chez les patients dont le frottis indique une lésion ASCUS/CINI/LIBG (L'ADN viral HPV). Dans ces cas, il est classiquement recommandé de procéder à un nouveau frottis dans les six mois qui suivent. Si le nouveau frottis révèle une progression cytologique des lésions ou la persistance de l'anomalie révélée par le frottis.

* La présence d'une atypie des cellules glandulaires de signification indéterminée (AGUS) doit être examinée par biopsie, sous contrôle colposcopique, par curetage endocervicale et par biopsie de l'endomètre s'il y a lieu (Zweizig, 1997).

c) Terminologie de la colposcopie

* La zone de remaniement est l'origine des lésions intraépithéliales du col utérin et par conséquent, constitue la base du système de classification.

Le système de classification inclut les lésions s'étendant à l'extérieur de la zone de remaniement, ce qui n'est pas rare dans le cas des infections par le virus du papillome humain.

Tableau 6 : Terminologie Internationale de la Colposcopie

<u>Résultats colposcopiques normaux :</u> Epithélium malpighien d'origine Epithélium cylindrique Zone de remaniement	Carcinome envahissant suspect à la Colposcopie
<u>Observation colposcopique anormales</u> <u>A l'intérieur de la zone de remaniement</u> Lésion épithéliale blanche (acéto-positive) Lésions planes Micropapilles ou micro circonvolutions Ponctuation Mosaïque Leucoplasie Lésion iodo-négative (test de Schiller) Vaisseaux atypiques <u>A l'extérieur de la zone de remaniement</u> Par ex. Exocol, vagin	Examen colposcopique insatisfaisant Jonction squamo-cylindrique non visible Inflammation ou atrophie sévère Col utérin non visible Observations diverses Surface micropapillaire négative Condylome exophytic Inflammation Atrophie Ulcère Autre

Lésion épithéliale blanche (acéto-positive) Lésion plane Micropapilles ou microcirconvolutions Ponctuation Mosaïque Leucoplasie Lésion iodo-négative (test de Schiller) Vaisseaux atypiques	
--	--

* indique un changement mineur ou majeur

Les changements mineurs sont : épithélium blanc (acéto-positive), mosaïque fine, ponctuation fine et légère leucoplasie.

Les changements majeurs concernent les aspects suivants : épithélium blanc (acéto-positif) dense, ponctuation grossière forte leucoplasie ; vaisseaux atypiques et érosion.

VPH associés aux malades génitales, ceux à faible risque et ceux à risque élevé. Ce qui reflète les pourcentages observés dans les cancers envahissants (tableau «).

Les derniers développements ont mis au point l'intérêt du typage de l'ADN viral dans le contexte d'un programme de dépistage cytologique, à travers une prise en charge plus spécifique et ciblée des anomalies de type ASCUS / LIBG et en faisant intervenir ce test.

Les avantages de coût / efficacité sont également évidents comparativement à la multiplicité des FCV combinés à la colposcopie qu'imposerait le suivi classique de ce type d'anomalie (cf nouvelles approches en matière de dépistage).

RISQUE ONCOGENE PAR TYPE VAIRAL

Faible risque oncogène	Risque oncogène élevé
VPH 6 11, 26, 40, 42, 43, 44, 53, 55, 57, 59, 66, 68	VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58.

6-2 INDICATIONS DU TRAITEMENT

* Une CIN peut se développer chez n'importe quelle femme qui a déjà eu des rapports sexuels. Cette maladie peut se localiser sur la partie vaginale du col, dans le canal.

Options thérapeutiques

Les sources d'énergie utilisées pour traiter les CIN, incluent les lames (laser CO²), les générateurs électrochirurgicaux et l'équipement de cryochirurgie

Les options thérapeutiques sont les suivantes :

Excision au scalpel, au laser ou par électrochirurgie

Ablation au laser ;

Recours combiné à l'excision et à l'ablation (laser ou électrochirurgie). La méthode de traitement choisie dépend du siège de la lésion, de son étendue et des considérations liées à la fertilité.

Cryochirurgie.

a) Excision

L'excision est d'ordinaire réservée aux cas suivants :

Muqueuse endocervicale dysplasique

Maladie ayant atteint le canal endocervical ;

Corrélation inadéquate des observations cytologiques, histologiques et colposcopiques;

Différenciation entre cancer malpighien envahissant et micro-envahissant

Différenciation entre adénocarcinome envahissant et in situ ;

Colposcopie insatisfaisante ;

Les méthodes de choix de laser au CO², l'électrochirurgie ou le scalpel.

b) Ablation au laser

L'ablation au laser (d'ordinaire par laser CO²) peut être indiquée chez les patientes présentant une lésion exocervicale. Son taux de guérison global après plusieurs interventions ; est de 98 %.

L'opération est généralement effectuée sous forme de chirurgie d'un jour, sous anesthésie locale. Une anesthésie générale peut être nécessaire pour la patiente plus anxieuse.

c) Electrochirurgie

Cette technique peut être utilisée tant pour les lésions exocervicales que pour celles requérant une excision, pour quelque raison que ce soit, le taux de guérison global est de 90%. L'opération est généralement pratiquée sous anesthésie locale, mais une anesthésie générale peut être nécessaire pour la patiente plus anxieuse ou encore, lorsque l'exposition requise risque d'être excessivement inconfortable.

d) Cryochirurgie

La cryochirurgie est réservée aux patientes présentant des lésions CIN exocervicales. Les taux de guérison globaux oscillent autour de 90% mais les échecs sont fréquents dans le cas des lésions plus étendues. La technique est habituellement pratiquée en consultation externe, sans anesthésie locale ou générale.

Suivi après le traitement

Le suivi initial doit comprendre des examens cytologiques et colposcopiques, ainsi qu'une biopsie, si cela a été jugé nécessaire sur la base de la biopsie. C'est dans les six mois suivant le traitement qu'il est le plus probable d'observer une maladie persistante ou récidivante. Si la lésion persiste, il faut recommencer le traitement. Le suivi subséquent doit inclure un examen cytologique annuel, durant toute la vie de la patiente. Celle-ci doit être informée du calendrier de suivi et être renvoyée à son médecin traitant.

Indicateurs de l'issue de traitement

Les indicateurs du traitement incluent notamment les aspects suivants :

Un taux de guérison global de 90% ou plus sauf si l'on rencontre une maladie étendue ou s'il existe des déformations anatomiques cervicales ;

Les patientes, présentant une maladie persistante, sont à nouveau soumises au protocole colposcopique et le traitement est basé sur les observations histologiques et colposcopiques ;

D'après les données disponibles, l'incidence des complications devrait se situer dans des limites acceptables. Les complications incluent les suivantes :

- Hémorragie postopératoire
- Guérison retardée
- Infection cervicale et pelvienne.
- Incompétence ou sténose du col utérin
- Néoplasie intraépithéliales persistante et récidivante
- Complication d'anesthésie.

VII – PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES FROTTIS ANORMAUX

Le résultat d'un frottis doit être considéré comme anormal à partir du moment où dans la conclusion, sont signalées des anomalies de nature dysplasiques (Dysplasies OMS-Koss- De Brux- CIN – Richart, lésions de bas grade et / ou de haut grade – Système Béthesda)

Le principe générale est que la cytologie alerte, la colposcopie localise, la biopsie affirme.

7-1 LA PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS DE HAUT GRADE

En cas de lésion de haut grade (CIN II – III/CIS ou Dysplasie modérée – sévère – Carcinome in situ) une biopsie sous contrôle colposcopique doit être effectuée pour confirmer le diagnostic.

En cas de discordance histo-cytologique avec certitude cytologique, il faudra parfois aller jusqu'à la conisation qui sera alors diagnostique et thérapeutique.

En cas de certitude cytologique ou dans certains cas extrêmes (colposcopie avec jonction non accessible), il faudra faire d'emblée une conisation.

Le but de la conisation est d'exclure formellement un cancer invasif ou micro-invasif sous-jacent. Il faut préciser les limites de l'exérèse in sono ou non in sono. Si la lésion est enlevée en totalité, on compte 99% de guérison définitive.

* Si les limites supérieures ne sont pas in sono, en cas d'excision non invasive, le principe est admis surveillance par frottis réguliers et colposcopie. La reprise thérapeutique n'aura lieu qu'en cas de réapparition des anomalies cytologiques.

7-2 LA PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS DE BAS GRADE ET ASCUS

Elle reste un sujet de controverse surtout depuis les derniers développements en matière de dépistage, intégrant le rôle de HPV et conditionnant la démarche de suivi et de prise en charge des frottis ASCUS.

Il reste toutefois largement admis de suivre ces femmes par un frottis, 6 mois plus tard, car ces anomalies ne correspondent souvent qu'à des atypies de réparation : plus de 50% d'entre elles

régressent spontanément sans traitement. En cas de persistance, un examen colposcopique s'impose, car 20% de ces anomalies correspondent, pour certains auteurs, à des lésions de Haut Grade.

7-3 LA PRISE EN CHARGE DES ATYPIES GLANDULAIRES

Les lésions de CIGN justifient un contrôle colposcopique avec biopsie, tout en sachant que leur diagnostic est difficile et qu'il nécessite une grande expérience du pathologiste.

L'adénocarcinome insitu associé dans 50% des cas à une lésion de Haut grade, impose une confirmation biopsique avec conisation en cas de concordance cyto-histologique.

En cas de discordance, c'est au pathologiste d'envisager une conisation diagnostic et thérapeutique.

Toutefois, la spécificité n'est pas parfaite pour les lésions glandulaires, s'expliquant ainsi le taux élevé de faux positifs.

Aussi, devant un résultat de frottis anormal, le clinicien doit-il rester confiant, tout en sachant le suivi nécessaire à faire pour chaque cas.

TERMINOLOGIE

Actinomycète : bactérie anaérobie filamenteuse ramifiée ; retrouvée dans les frottis cervico-vaginaux des femmes porteuses de DIU. Au faible grossissement : bouquets enchevêtrés de filaments renflés en « massues » à la périphérie ; amas denses et arrondis en « balle de coton » bleus brunâtres ou violacés ; masses de leucocytes adhérents aux microcolonies de l'organisme ; polyneutros associés. L'infection est bénigne mais peut donner des abcès pelviens responsables de stérilité.

Adénoacanthome : adénocarcinome comportant des plages de métaplasie épidermoïde ; carcinome adénosquameux ; adénocarcinome comportant des cellules malpighiennes franchement malignes.

Adénocarcinome : = néoplasie maligne épithéliale glandulaire = carcinome glandulaire.

Adénocarcinome endocervical : composé de cellule de type endocervical.

La plupart des adénocarcinomes du col sont précédés de lésions précurseurs qui ont été désignées adénocarcinomes in situ (AIS) ; les AIS sont rapportées comme « AGUS endocervicales probablement néoplasiques » ; cependant, certains aspects cytologiques sont communs aux AIS et aux adénocarcinomes invasifs. Les critères indiquant l'invasivité, tels que fond tumoral et macronucléoles peuvent être absents dans la plupart des adénocarcinomes bien différenciés ; la distinction entre « AGUS endocervicales probablement néoplasiques » et « adénocarcinomes invasifs » nécessite souvent l'histologie. En présence d'un fond tumoral de macronucléoles, avec chromatine irrégulièrement distribué et parachromatine clarifiée, un diagnostic d'adénocarcinomes doit être fortement considéré.

Une grande variété de sous-types histologiques d'adénocarcinomes, en plus du type mucineux « endocervical » endométroïde, à cellules claires et sévères surviennent au niveau de l'endocol.

Adénocarcinome endométrial : composé de cellules de type endométrial.

Sur les frottis ; cellules isolées ou petits amas lâches typiques ; augmentation de taille des noyaux discrète dans adénocarcinomes bien différenciés, augmente avec le grade de la néoplasie ; variations dans la taille des noyaux, avec perte de la polarité ; particulièrement dans les adénocarcinomes de grande élévation, noyaux hyper chromatiques avec chromatine irrégulièrement distribuée et parachromatine clarifiée ; nucléoles petits à proéminents ; parfois, fond tumoral aqueux, finement granulaire ; cytoplasme typiquement rare, cyanophile, souvent vacuolisé.

AGUS (Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance = cellules glandulaires atypiques de signification indéterminée). : Cellules à différenciation endométriale ou endocervicale, montrant plus d'atypies nucléaires que des changements réactionnels ou de réparation évidents, sans les caractères indiscutables d'un adénocarcinome invasif.

Préciser si possible AGUS endocervicales « probablement réactionnelles » ou « néoplasiques »
Les critères pour séparer les cellules endométriales atypiques en « probablement réactionnelles » ou « probablement néoplasiques » ne sont pas définis ; ce groupe n'est pas subdivisé ; différencier les cellules endométriales, cytologiquement bénignes des cellules endométriales atypiques sur une légère augmentation de taille des noyaux.

Des cellules endométriales normales ou atypiques peuvent être associées à des polypes endométriaux, endométrite chronique, traitement hormonal, DIU, hyperplasie endométriale, carcinome endométrial.

La catégorie des cellules endocervicales atypiques : large spectrum allant de lésions réactionnelles bénignes d'aspect atypiques à adénocarcinome in situ.

Arias – Stella (phénomène de): les cellules décrites par Arias-Stella au niveau de l'endomètre en présence de tissu foeto-placentaire intra-ou extra-utérin ; se retrouvent rarement au niveau des glandes endocervicales et des FCV. Ce sont des cellules de grande taille, avec un noyau volumineux, hyper chromatique et plurilobé.

- **ASCUS** = Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance : anomalies cellulaires, plus marquées que celles attribuables aux changements réactionnels, mais ne permettant pas qualitativement un diagnostic de SIL. Elles peuvent correspondre soit à un processus réactionnel exubérant, soit à une lésion potentiellement sérieuse ne peuvent être classées de façon définitive.

- ASCUS est un diagnostic d'exclusion pour des aspects cytologiques pas assez nets pour un diagnostic spécifique ; leur incidence ne devrait pas dépasser 2 à 3 fois celle des CIL ; ASCUS n'est pas synonymes de « Atypie » « Atypie bénigne » « Atypie Inflammatoire » ou « Atypie réactionnelle » ; classées dans le TBS en « changements réactionnels ». Leurs étiologies sont diverses, mais le diagnostic étiologique ne peut être établi à partir de la cytologie.

Des réactions à l'inflammation et à la réparation, de même que des lésions non spécifiques précédant ou accompagnant une SIL, peuvent avoir des caractères cytologiques similaires.

Bowen (maladie de) : carcinome in situ de la muqueuse vulvaire ; zone blanchâtre ou rougeâtre ; l'épithélium malpighien est hyperkératosique et hyperacanthosique avec atypies cytonucléaires nombreuses et mitoses anormales ; des cellules à cytoplasme clair dispersées dans l'épithélium.

Candida albicans mycoses ; sous forme de levures (de 3-7 µm), pseudo-hyphes et vrais hyphes (éosinophiles à marron au Pap) sur les frottis ; présence de polynéutros fragmentés et rouleaux de cellules squameuses criblées par des hyphes. Les candidoses sont fréquentes au niveau de la vulve et du vagin plus rares au niveau du col ; associées au diabète, à la GP, aux ATB aux immunodéficits ; elles peuvent être asymptomatiques ou s'accompagner de leucorrhées crémeuses et épaisses, de brûlures et de démangeaisons

Carcinome squameux invasif néoplasie maligne la plus fréquente du col utérin. Classifications antérieures : trois sous types : Kératinisant, non Kératinisant et à petites cellules. Le carcinome à petites cellules = groupe hétérogène carcinomes, squameux à petites cellules et tumeurs neuroendocrines (en ME et à l'immunohistochimie).

Le S, Bethesda : Carcinome peu différencié avec évidence de différenciation squameuse dans catégorie " Carcinome Squameux " ; Carcinome indifférenciés en microscope optique et ceux montrant des caractères neuroendocrines dans autres " néoplasies ".

Carcinome microinvasif : l'invasion du stroma ne doit pas dépasser 3 mm en profondeur ; le pronostic est excellent après hystérectomie.

Cellules en bague à chaton : cellules à noyau périphérique et cytoplasme vacuolisé.

. déciduales : au cours de la grossesse, en cas de déciduose cervicale, le frottis cervical montre des cellules " déciduales", de grande taille à cytoplasme abondant, homogène, cytophile ou éosinophile, entourant un noyau volumineux arrondi, avec petit nucléole visible, les noyaux deviennent parfois pycnotiques et hyperchromatiques .

Naviculaires : s'observent pendant la grossesse, mais aussi pendant la ménopause. La charge élevée en glycogène (jaunâtre au pap) caractérise la cellule naviculaire : forme en nacelle typique avec noyau périphérique et liseré cytoplasmique dense fortement cyanophyte.

de langerhans : Cellules présentatrices de l'antigène ; elles comportent les granules intracytoplasmiques de Birbeck (en ME).

Chlamydia trachomatis : bactérie intracellulaire obligatoire responsable de la lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas- Favre) (mais aucun de la psittacose, du trachome, de la conjonctive et de l'urétrite à inclusions).

MST : infecte surtout la zone de jonction endo-exocervicale, et tout le tractus génital avec risque de stérilité. Dans les FCV, petits éléments coccoides au centre d'une vacuole cytoplasmique bien limitée (aspect mité du cytoplasme des cellules endocervicales ; plus tard multiples petites vacuoles contenant une inclusion éosinophile constituée par la condensation des chlamydias, important infiltrat polynucléaire et atypies cytonucléaires associés. Le diagnostic de chlamydia spp n'est pas inclus dans

le S. Bethesda à cause de la faible fiabilité du diagnostic cytologique ; des méthodes de détection plus spécifiques (culture, immunoassay) sont disponibles.

Classification

De Papanicolaou (1943) : 05 classes de frottis :

classe I : absence de cellules atypiques ou anormales.

classe II : Cytologie atypique sans évidence de malignité (bénin).

classe III : Cytologie suggérant sans certitude la malignité (suspect)

classe IV : Cytologie très suspecte de malignité.

classe V : Cytologie concluant à la malignité (malin).

De Reagan (1953) : Dysplasie légère, modérée et sévère et carcinome in situ.

De Richard (1967) : néoplasie intracervicale (CIN) : CIN I, CIN II, CIN III : Modifiée en 1990, CIN de bas grade et CIN de haut grade.

TBS (The Bethesda System) élaboré en 1988, sous l'égide du NCI (National Cancer Institut) nomenclature destinée à faciliter le diagnostic et le compte rendu cytopathologique, à uniformiser la terminologie et faciliter la communication. Le compte rendu cytopathologique comporte à la fois un diagnostic descriptif et l'évaluation de la qualité du prélèvement. Le diagnostic final, comme dans la classification de L'OMS, est basé sur les cellules les plus anormales, quel qu'en soit le nombre. L'origine exacte des cellules anormales détectées dans un FCV ne peut pas toujours être précisée (néoplasie du vagin, du col, de l'endomètre, ou de l'ovaire). L'interprétation reste subjective.

Consensus Paris Tolbiac (1991) : même que TBS.

Condyloma : lésions bénignes associées aux HPV à faible risque (6, 11, 42, 43,44) : lésions le plus souvent acuminées parfois planes, caractérisées par une acanthose, une Koilocytose avec atypies nucléaires et mitoses anormales, souvent dyskératose, hyper- et parakératose ; la papillomatose est plus ou moins prononcée. Ces lésions sont incluses dans les LSIL dans le TBS.

Exodus (ou migration) : en fin de cycle menstruel, correspond à des placards orrondis de cellules endométriales entourées de nombreux macrophages.

Gardnerella Vaginalis (Haemophilus vaginalis) : bacille en bâtonnet Gram- bleu au pap responsable de " vaginose bactérienne" avec pertes grisâtres malodorantes ; présence de " clue cells" caractéristiques (cellules violacées couvertes de bacilles).

Hyperkératose – cellules squameuses polygonales mûres, anucléées mais par ailleurs la contamination accidentelle par un matériel vulvaire peut introduire des cellules squameuses anucléées dans le FCV.

Kraurosis vulvaire : dystrophies vulvaires ; lésions atrophiques et hypertrophiques vulvaires ; dysplasies de la muqueuse vulvaire ; néoplasie intra épithéliale vulvaire (VIN) ; forme verruqueuse ou maladie de Bowen (grandes lèvres) et CIN basaloïde (petites lèvres).

Lactobacilles : bacilles de Döderlein : composante majeure de la flore vaginale.

GLOSSAIRE

De quelques termes utilisés en cytologie gynécologique

Acantholyse : disparition des ponts intercellulaires.

Acanthose : augmentation du nombre de couches cellulaires dans l'épithélium malpighien.

Acidophilie : affinité pour les colorants acides. La différence de coloration du cytoplasme ne paraît pas être en rapport avec l'acidité des colorants, puisque les colorants de Papanicolaou et de Shorr ne contiennent aucun colorant basique. L'orange G, le vert lumière, l'éosine et le brun Bismark sont tous des colorants acides. Les affinités cytoplasmiques pour les colorants dépendent davantage de phénomènes d'oxydation et de réduction des cellules vaginales, que de phénomènes chimiques acidobasiques.

Agc : abréviation de " Atypical Glandular Cells of Undetermined significance", cellules glandulaires atypiques de signification indéterminée; définition utilisée dans le système de Bethesda.

Anisocytose : hétérogénéité de la taille du noyau pour une souche cellulaire définie.

Ascus : abréviation de " Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance ", cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée; définition utilisée dans le système de Bethesda.

Basophilie : affinité pour les colorants de Papanicolaou et de Shol ne contiennent pas de colorants basiques ; dans l'état actuel de nos connaissances, il est plus exact de parler de cyanophilie.

Biologie moléculaire : étude, à l'échelle moléculaire, des êtres vivants et des phénomènes qui les caractérisent.

Carcinome : tumeur épithéliale maligne. La nomenclature anatomopathologique a remplacé le terme épithélioma, plus exact du point de vue étymologique, par le terme carcinome pour qualifier une tumeur épithéliale maligne.

Carcinome in situ ou intraépithélial : tumeur épithéliale présentant les caractères cytologiques de malignité mais ne franchissant pas la lame basale de l'épithélium.

Carcinome microinvasif : Tumeur épithéliale maligne dont la pénétration en profondeur ne dépasse pas quelques millimètres ; au niveau du col utérin cette profondeur a été arbitrairement fixée à 3 à 5 mm suivant les classifications utilisées.

Carcyomégalie : augmentation de taille du noyau.

Pycnose ou caryopycnose : densification du noyau de la cellule malpighienne superficielle, dernière étape du vieillissement du noyau ; le noyau pycnotique mesure 5 um de diamètre.

Sarcome : tumeur maligne développée à partir des tissus conjonctifs ou mésodermiques.

Virus : microorganisme se multipliant dans les cellules vivantes et possédant un seul type d'acide nucléique. Il se reproduit à partir de son matériel génétique dans la cellule parasitée. Les virus animaux s'intègrent au génome de la cellule hôte ou ils tuent la cellule

Polychromasie :

La réaction aux colorants du cytoplasme d'une cellule dégénérée peut varier d'une cellule à l'autre et dans une même cellule.

Hyperkératose :

Quelques cellules vont accumuler une grande quantité de kératine dans leur cytoplasme au cours d'une dégénérescence lente. Cette accumulation de Kératine leur confère un aspect orange, foncé et vitreux.

L'hyper kératose peut être le résultat d'un vieillissement naturel ou d'une atypie cellulaire et elle peut persister après la lyse du noyau comme on le voit dans les cellules hyperkératosiques de la leucoplasie.

Cytolyse :

L'homogénéisation et vacuolisation du cytoplasme au cours de la dégénérescence peuvent être suivies par une fragmentation et la destruction de noyaux nus.

Multinucléation :

Occasionnellement des cellules géantes multinucléées dégénératives se forment quand les cytoplasmes fusionnent.

Les limites cytoplasmiques sont mal définies et les nombreux noyaux de taille et de forme variables se chevauchent. Il n'y a pas de moulage nucléaire.

Changements nucléaires

Chromatine en motte :

Au premier stade de la dégénérescence, la chromatine a tendance à former des mottes. Ces mottes migrent vers le centre ou vers la périphérie du noyau. Ces mottes de chromatine sont différentes de celles que l'on voit dans les cellules malignes en raison de l'aspect flou de leur contour et de la régularité de leur forme.

Quand les couches superficielles manquent (inflammation) le frottis renferme un nombre élevé des cellules para basales. Ces cellules para basales sont hypertrophiques, rondes ou ovales avec des limites irrégulières mal définies.

Les noyaux sont centraux, larges avec des limites nettes, régulières.

La chromatine en motte est foncée. Les nucléoles sont proéminentes ; ronds, uniques ou multiples.

Le fond du frottis :

Augmentation des leucocytes polynucléaires.

Présence de globules rouges et de dépôts de protéines.

Présence de débris cytoplasmiques.

B. Leucoplasie :

Au lieu d'un épithélium non kératinisant, on retrouve un épithélium kératinisé.

L'épithélium est partiellement recouvert par des squames et des cellules malpighiennes qui présentent des signes de kératinisation et qui ont gardé leur noyau (parakératose).

Le frottis est caractérisé par :

De squames anucléées

Des cellules superficielles et intermédiaires avec des granules cytoplasmiques.

Un grand nombre de cellules parakératosiques (cytoplasme orangé et noyaux hyperchromatiques) .

Quelques cellules avec un espace vide dans le cytoplasme où se trouvait le noyau.

Cette hyperkératinisation des couches superficielles est souvent le résultat d'une irritation chronique.

B. Endocol

Hyperplasie des cellules de réserve :

Dans la zone de transition, les cellules de réserve bipotentielles sous l'épithélium cylindrique endocervical peuvent proliférer sans maturation.

Le frottis est caractérisé par :

La présence de petits noyaux nus à côté des cellules endocervicales

Leur chromatine est fine

Un petit nucléole peut être présent

Ces noyaux nus ont un aspect d'exfoliation caractéristique. Ils sont groupés en rangées ou en amas denses. Les noyaux peuvent se chevaucher un peu.

Cervicite

Après une biopsie ou une chirurgie (post cautérisation)

Après une irradiation

Le frottis renferme :

Des cellules inflammatoires

Des histiocytes

Des fibroblastes

Des cellules géantes multinucléées

Des cellules para basales

Des débris cellulaires

Des cellules de réparation

Les cellules de réparation :

Elles ont une importante activité métabolique

Noyau élargi et proéminent

Parfois elles ont une activité mitotique

Les cellules de réparation exfolient en amas (feuille) ou elles sont isolées.

Dans les feuilles, les limites cytoplasmiques ne peuvent pas être identifiées.

Elles apparaissent comme de larges cellules para basales hyperactives avec de nombreux prolongements type pseudopodes (cellules araignées).

Elles ont différents degrés de différenciation.

Le cytoplasme est dense ou semi-transparent, basophile ou éosinophile.

Il peut renfermer des vacuoles.

Parfois on voit une leucophagocytose.

Les noyaux sont élargis et ils varient en taille, d'une cellule à l'autre habituellement vésiculeux, ils sont centraux.

La chromatine est finement granuleuse, régulière.

On peut voir une multinucléation.

Les nucléoles sont larges, acidophiles, uniques ou multiples.

Diagnostic différentiel :

Epithélioma épidermoïde non kératinisant à grandes cellules (la chromatine est différente).
Adénocarcinome endocrinologue (groupes cellulaires tridimensionnels et du moulage nucléaire).
Sarcome des tissus mous.

Endocervicite :

Inflammation aiguë de l'endocol.
Groupes de cellules endocervicales atypiques avec des inclusions de polynucléaires dans le cytoplasme. Le rapport nucléo-cytoplasmique est conservé.
Le noyau peut contenir de nombreux chromocentres et un/ou plusieurs nucléoles.
Les mitoses sont rares.
La multinucléation peut survenir.
Des noyaux séparés du cytoplasme sont fréquents.

Autres désordres bénins :

A. Déficience en acide folique :

C'est une forme d'anémie qui se trouve le plus souvent chez des femmes post-ménopausées ou encore chez des patientes enceintes.
Déficience en vitamine B12 (avitaminose).
Il s'agit des mêmes critères cytologiques que les effets de la radiation au début.
On note une hypertrophie cellulaire.

ANNEXE 1 : EQUIPEMENTS ET FOURNITURES

UNITE DE PRELEVEMENTS

L'unité de prélèvement doit disposer de l'équipement et des fournitures nécessaires à un examen gynécologique. Il faut en particulier veiller à stériliser l'ensemble de la petite instrumentation. Le prélèvement proprement dit du frottis nécessite les fournitures suivantes :

Spéculum
Gants stériles
Un éclairage suffisant
Des spatules adaptées
Des lames de verre propres (avec une extrémité en verre dépoli pour les inscriptions au crayon).
Un poupinel (stérilisateur).
Cytobrush
Spray de fixation.
Des récipients et du matériel d'emballage pour le transport des lames.
Des fiches d'enregistrement et de demande de frottis.
Des crayons à mine ordinaire ou des crayons au diamant.
Un plan de travail pour écrire.
Des classeurs à dossiers ou tout autre dispositif d'enregistrement des données (ordinateur).
De la papeterie.
Des registres pré- établis.

LABORATOIRE DE CYOLOGIE (DE REFERENCE)

Un laboratoire de cytologie doit tenir le stock des fournitures et en assurer la distribution aux unités périphériques de prélèvement.
L'équipement et les fournitures nécessaires à un laboratoire de cytologie sont indiqués ci-dessous. On trouvera dans la même section des instructions pour la préparation de certains colorants et de certaines solutions mères.

Pour la coloration des lames :

Equipement et fournitures :

Une paillasse complétée par une petite table pour les bacs de coloration et une chaise avec dossier.

Un évier avec l'eau courante.

Un distillateur à eau.

24 bacs de coloration munis d'un couvercle d'une capacité unitaire de 30 ou 60 lames.

Un porte-lame en métal ou en verre d'une capacité de 30 ou 60 lames.

Des lamelles de verre (24x50 mm).

Des éprouvettes graduées (de 10, 20, 100 et 1000 ml).

Tiré de " dépistage cytologique du col : guide technique " OMS

Un bêcher en pyrex avec bec et poignée (3000 ml).

10 flacons de conservation (3000- 4000 ml).

Du papier filtre (dimension 33 cm).

Gaze pour le montage et le nettoyage des lames.

Des réactifs (voir ci-dessous).

Des paniers de 24 lames.

Réactifs (en quantités suffisantes pour un laboratoire examinant 40 à 50.000 frottis par an.

° Ethanol à 95 % (8 - 10 litres par mois soit 120 litres par an).

° Ethanol à 100 % (4 - 5 litres par mois, soit 60 litres par an).

° Xylol (12 litres par mois soit 150 litres par an).

° Hématoxyline, prête à l'emploi (30 litres par an.

ou

° Les réactifs nécessaires pour préparer l'hématoxyline (prévoir au moins 30 litres par an).

Hématoxyline (cristaux foncés) : 8 g

Ethanol à 95 % : 80 ml

Alun d'ammonium : 160 g

Eau distillée : 1600 ml

Oxyde mercurique : 6 g

° Orangé OG prêt à l'emploi (30 litres par an)

° Réactifs nécessaires pour préparer l'OG6

Cristaux d'orangé G : 10 g

Eau distillée : 100 ml

Alcool éthylique à 95 % : 1000 ml

Acide phosphotungstique : 0.15 g

° EA prêt à l'emploi (30 litres par an)

ou

° Réactifs nécessaires pour préparer l'EA 50 (prévoir 30 litres par an)

Eosine jaunâtre : 10 g

Brun Bismark jaunâtre : 10 g

Vert clair SF jaunâtre : 10 g

Eau distillée : 300 ml

Ethanol à 95 % : 2000 ml

Acide phosphotungstique : 2000 ml

Solution saturée de carbonate de lithium : 20 gouttes.

° Réactifs nécessaire pour la préparation de l'éosine

Eosine (jaunâtre). : 16 g

Bichromate de potassium : 8 g

Acide picrique (solution aqueuse saturée) : 160 g

Ethanol à 95 % : 160 ml

Eau distillée : 1280 ml

° Résine synthétique pour le montage des lames.

° fixateurs.

Pour l'interprétation des frottis (50.000 par an)

° 5 microscopes binoculaires complets avec 5 objectifs.

° Microscope multitêtes

° Objectifs achromatiques aplanétiques (10x et 40x)

° Lampes d'éclairage du microscope sous faible tension

° Bureau et chaise à dossier et réglable.

° Pièces de rechange.

Pour le travail de bureau et de tenue des dossiers :

Ordinateur logiciel cyto

Papeterie et fiches de demandes d'examen

° Registre

° Fichier pour les cas suspects.

° Classeur ou fichier de classement des rapports d'examen

° Divers matériel pour l'expédition des rapports et des fournitures diverses aux centre de santé de planification familiale.

Pour le typage viral : Test HPV

Equipement et réactifs pour la mise en place de la technique.

ANNEXE 2.

DISPOSITION DES REACTIFS DE COLORATION

SELON PAPANICOLAOU

Ethanol à 80 %	Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau distillée	Hémato xyline de Harris	Eau distillée
1	2	3	4	5	6
Ethanol à 95 %	Ethanol à 80 %	Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau de robinet	Solution aqueuse de HCL à 0.5 %
7	8	9	10	11	12
Orangé OG 6	Ethanol à 95 %	Ethanol à 95 %	E A - 50	Ethanol à 95 %	Ethanol à 95 %
13	14	15	16	17	18
Xylol	Xylol	Mélange D'éthanol Absolu et Xylol en Parties égales	Ethanol absolu	Ethanol absolu	Ethanol à 95 %
19	20	21	22	23	24

disposer les lames dans le bac dans de coloration

5 immersions (8 – 10s)

5 immersions (8 – 10s)

5 immersions (8 – 10s)

6 min

5 immersions (8 – 10s)

3-5 immersions (plonger lentement selon la concentration de l'hématoxyline)

6 min

12 5 immersions dans chacun des réactifs

1 ½ min

15 5 immersions dans chacun des réactifs (8-10s)

1 ½ min

23 5 immersions dans chacun des réactifs (8-10s)

24 dans l'attente du montage.

ANNEXE 3 :

DISPOSITION DES REACTIFS POUR LA COLORATION A L'HEMATOXYLINE - EOSINE

Ethanol à 80 %	Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau distillée	Hémato xylene de Harris	Eau distillée
1	2	3	4	5	6
Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau de robinet	Eosine	Eau de robinet	HCL en Solution Dans L'éthanol
7	8	9	10	11	12
Ethanol à 95 %	Ethanol à 95 %	Ethanol absolu	Ethanol absolu	Mélange d'éthane 1absolu et de xylol en parties égales	Xylol
13	14	15	16	17	18

- 1- disposer les lames dans le bac dans de coloration
- 5 immersions (8 – 10s)
- 5 immersions (8 – 10s)
- 5 immersions (8 – 10s)
- 6 min
- 1 min
- 2-3 immersions dans la solution alcoolique acide
- 10 min
- 5-10 min
- 18 5 immersions dans chacun des réactifs (8-10 minutes)


ANNEXE 4

TERMINOLOGIE SELON LE SYSTEME DE BETHESDA (EN CORRELATIONS)

O.M.S	RICHART	BETHESDA
Dysplasie légère	CIN 1	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de Bas Grade avec ou sans HPV
Dysplasie modérée ou moyenne	CIN 2	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de haut Grade avec ou sans HPV
Dysplasie sévère Carcinome in situ	CIN 3	
Carcinome épidermoïde invasif	Carcinome épidermoïde invasif	Carcinome malpighien épidermoïde invasif
Dysplasies Glandulaires	C.I.G.N.S	Lésions glandulaires intra-épithéliales de Bas et Haut Grade
Adénocarcinome in situ	A.C.I.S	Adénocarcinome in situ
Adénocarcinome invasif	Adénocarcinome invasif	Adénocarcinome invasif

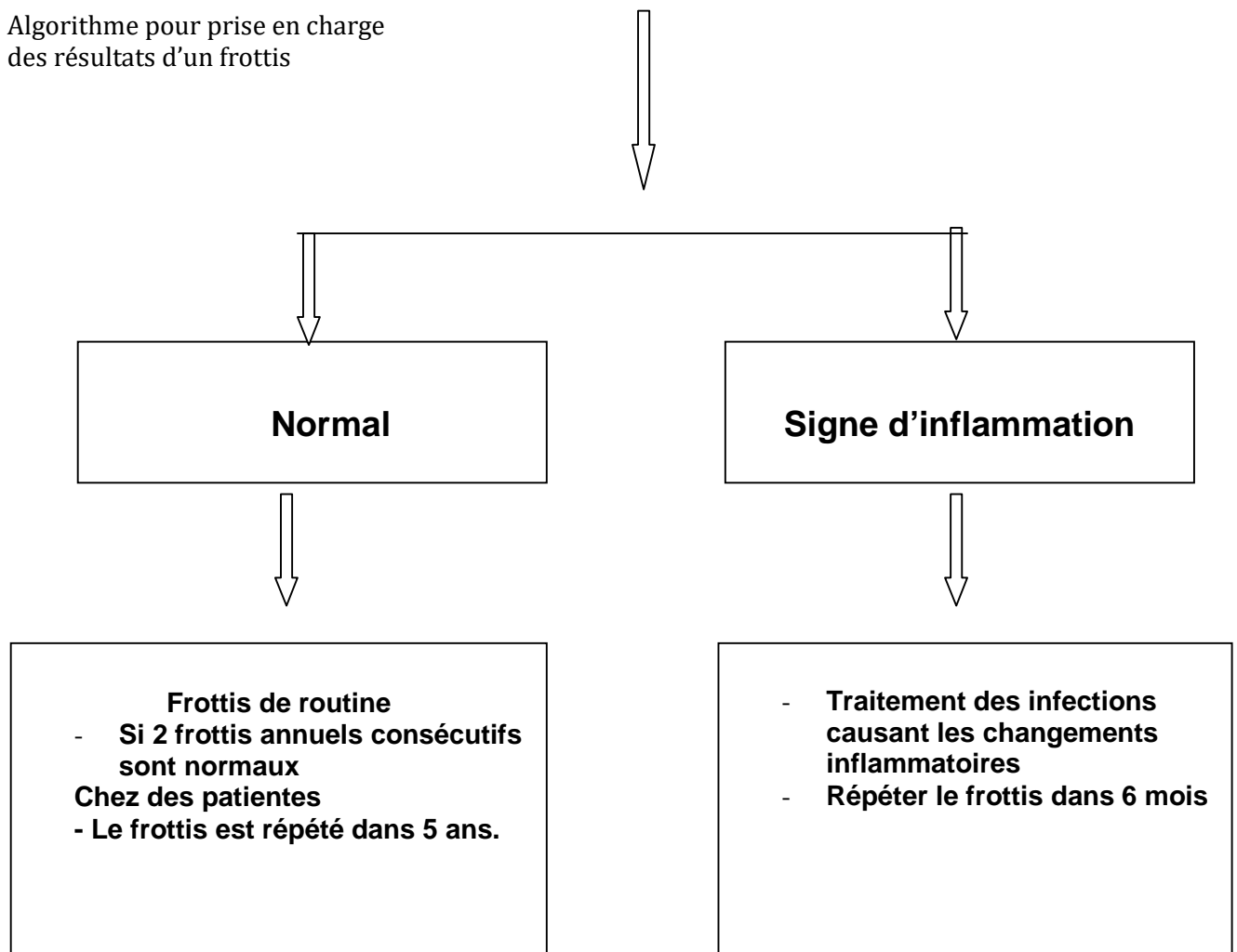
ANNEXE 5 :

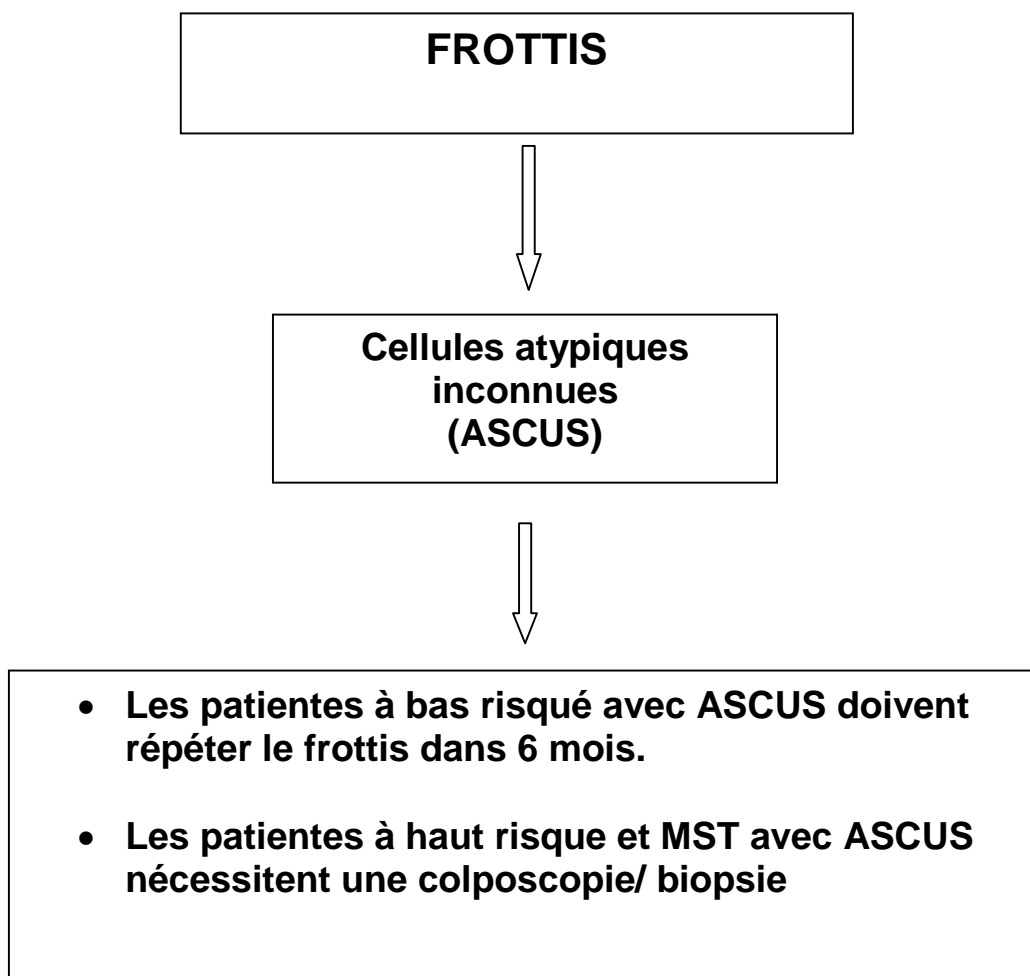
TERMINOLOGIE EN CYTOLOGIE CERVICO-VAGINALE DE PAPANICOLAOU A BETHESDA

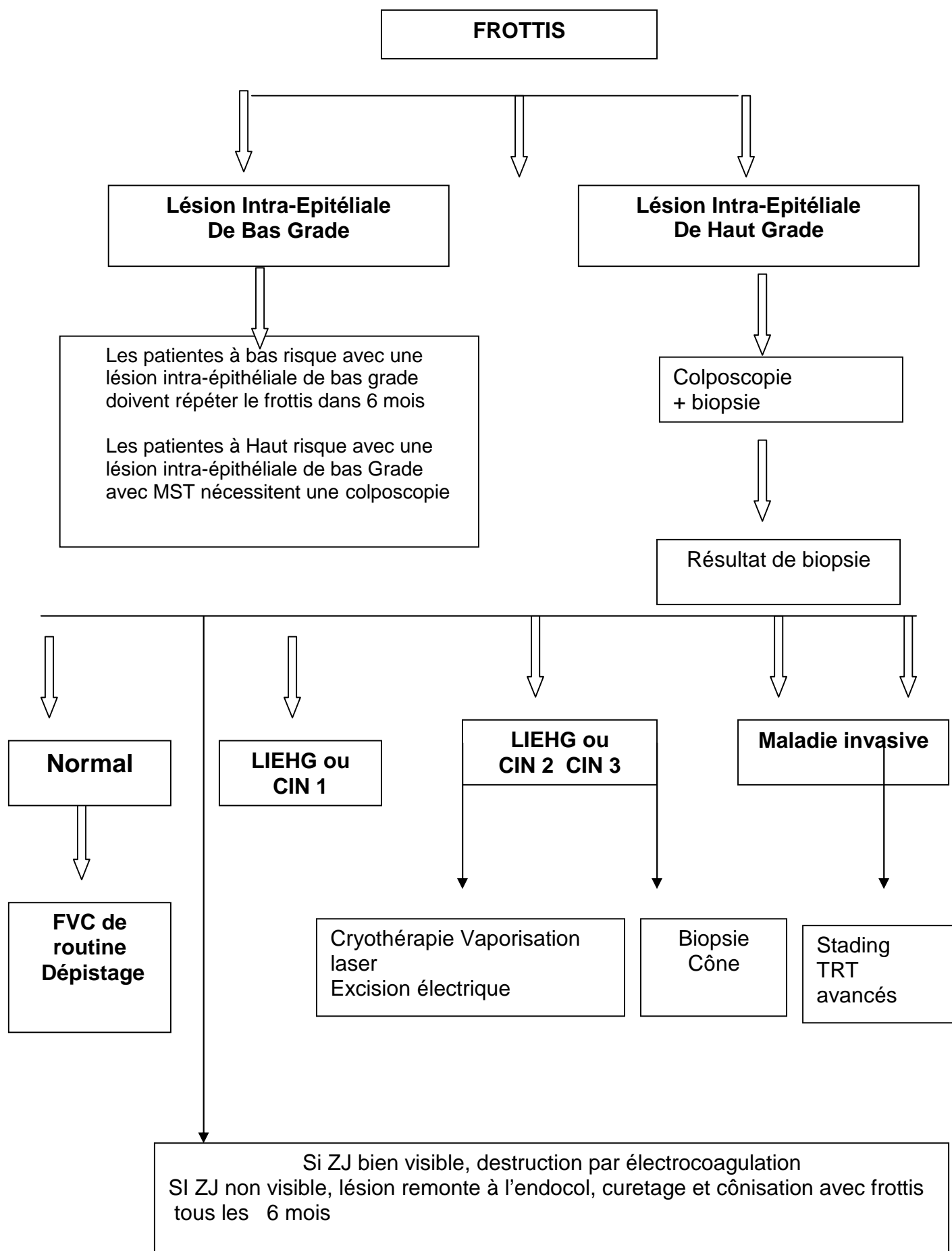
CYTOLOGIE			CONCLUSIONS	CAT
PPN	RICHART	BETHESDA		
		Ininterprétable	-FCV ininterprétable Paucicellulaire Hémorragique Mal fixé Très inflammatoire Très cytolitique	A refaire dans de bonnes conditions
Classe I		Normal	Frottis d'aspect normal	A un an d'intervalle ; 2 fois en début de vie génitale Tous les 2 ou 3 ans ensuite ; tant que normal.
Classe II		Evaluation du statut hormonal	Frottis régressifs -Sous pilules Pré-ménopause Post partum (avec ou sans dystrophie) (avec ou sans inflammation)	-traiter le terrain dystrophique -inflammation si la dystrophie disparaît Frottis à 1 ou 2 ans d'intervalle.
		Inflammation	- Métaplasie malpighienne différenciée (avec ou sans inflammation)	Lésions guéries (inflammation à traiter si elle existe) -Frottis à 2 ans.
Classe III		Réparation	Métaplasie jeune ou peu différenciée (avec ou sans inflammation).	Frottis à 6 mois - Si la lésion persiste, confrontation colposcopique et biopsique - Inflammation à traiter
Classe IV  Non cohérentes avec les classifications actuelles	Herpes		Frottis inflammatoire avec signes herpétiques	- tenir compte de l'état gravidique éventuel
		Lésions de bas grade	- Frottis avec signes de condylomes sans atypie	A confronter aux autres moyens d'investigations colposcopie-biopsie
	CINI		- Frottis avec signes de condylomes avec atypie légère	
	CINII	Lésions de haut grade	- Frottis avec signes de dysplasie moyenne (avec ou sans condylome)	
	CINIII		- Frottis avec atypies sévères. - Frottis de dysplasie grave	
	Infiltrant	carcinome	Frottis avec atypies témoignant d'un probable carcinome infiltrant.	

FROTTIS

Algorithme pour prise en charge
des résultats d'un frottis







NOUVELLES APPROCHES DIAGNOSTIQUES

LE TEST HPV EN PRATIQUE CLINIQUE

FROTTIS ASCUS

Option de prise en charge

Frottis de contrôle

Faible coût

Colposcopie immédiate

Forte sensibilité à détecter

Test HPV

permet de reconnaître les cols

Avantages

Les CIN HG

non pathologiques avec

Précision (valeur prédictive
négative de 95 % environ)

Facile à réaliser

Largement diffusée

Largement diffusée

Forte sensibilité à détecter
les CIN HG (5-95 %)

La spécificité de la colposcopie

(Biopsies inutiles)

Inconvénients - +

Peut méconnaître jusqu'à 30 %

Des CIN de HG sous-jacentes

- spécifiés < 60%

environ 50% de

- acte non encore

remboursé

LE TEST HPV EN PRATIQUE CLINIQUE

A S C U S

TEST HPV

NEGATIF

POSITIF

**FROTTIS DE CONTROLE
A MOIS**

HPV HR

HPV BR

NORMAL

COLPOSCOPIE

FROTTIS TOUS LES 6 MOIS

**FROTTIS AU RYTHM
ASCUS-SIL
HABITUEL**

NORMAL

**FROTTIS AU RYTHM
HABITUEL
NNEX 8**

COLPOSCOPIE

RAPPORT D'EVALUATION DES ACTIVITES DE DEPISTAGE DES CANCERS DU COL

RAPPORT TRIMESTRIEL

Trimestre.....

Année :

Wilaya :

Secteur sanitaire :

Unité de :

(Adresse)

1/- Répartition selon l'âge des femmes au premier frottis

> 30 ans	30 -35 ans	36- 40 ans	41- 45 ans	46 - 50 ans	+ 50ans	Total

2/- Nombre de frottis effectués

Nombre total de frottis réalisés :

DONT :

Nombre du 1^{er} frottis :

Nombre du 2^{eme} frottis :

Nombre de femmes perdues de vue :

3/- Qualité du frottis

	Bonne qualité	Insatisfaisant	Limite de la normale
Frottis 1			
Frottis 2			
Total			

Nombre de frottis faux positifs (FFP)

Nombre de frottis faux négatifs (FFN)

4/- Résultats des frottis

	Ininterprétable	Normal	Hormonal	Inflammatoire	Changements Réactionnels bénins	Total
Frottis n° 1						
Frottis n°2						

	ASCUS	Bas Grade	Haut Grade	Carcinome épidermoïde	ASGUS	Adénocarcinome	Autres	Total
Frottis n° 1								
Frottis n°2								

5/- Répartition des lésions selon l'âge

	ASCUS	Bas Grade	Haut Grade	Carcinome épidermoïde	ASGUS	Adénocarcinome	Autres	Total
-30								
30-35								
36-40								
41-45								
45-50								

6/- Recommandations du laboratoire : Conduite à tenir devant un résultat de frottis (CAT)

CAT	FCV+ 1an Puis + 5 ans	FCV contrôle post traitement	FCV+6 mois et/ou colposcopie	Typage HPV	Colposcopie/Biopsie	Autres	Total
Nombre de femmes							

ANNEXE 9.

PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Wilaya :.....

Secteur sanitaire de :

Service de pathologie :

Service de cytologie :

Unité de cytologie :

Centre de prélèvement..... Fait par.....

Date de prélèvement.....N° dossier cytologie

N° dossier clinique..... Code informatique.....

Nom de jeune fille.....Prénom.....Epouse.....

Née le..... à

Adresse.....

Tél.....

DDR.....Ménopause depuis..... Traitement hormonal

Age au 1^{er} mariage/1^{er} rapport.....Nombre de mariages.....Tabagisme.....

Grossesse..... Parité ABRT.....

Contraception ☐ orale ☐ DIU ☐ Autres

Antécédents

Gynécologiques :

Thérapeutique : hormona ☐ chimiothérapie ☐ radiothérapie ☐

Généraux :

Motif de la consultation

Signe cliniques

Frottis antérieurs n° FCV lieu Résultat

ANNEXE10.

PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN
RESULTAT CYTOLOGIQUE

Unité de cytologie N° frottis

Date de réception.....

Nom de jeune fille.....PrénomEpouse.....

Née le..... à

N° dossier clinique..... Code informatique.....

Qualité de prélèvement : satisfaisant ☐ Ininterprétable ☐

Limité par : ☐inflammation ☐bsence de la zone de transformation

Cytologie normale ☐

Cytologie inflammatoire

☐Trichomonas ☐Herpes ☐ Mycose ☐ Bactéries ☐Autres

Altérations réactionnelles associées à :

☐Inflammation ☐Vaginite atrophique ☐ Réparation
☐Irradiation ☐ Contraception/ DIU ☐ Autres

Anomalies pour lesquelles un suivi est recommandé

☐Atypies de signification indéterminée : ASCUS ☐ AGUS☐

Lésions précancéreuses

☐ Lésion intra épithéliale squameuse de bas grade (SIL) : HPV- CINI

☐ Lésion intra épithéliale squameuse de Haut grade (SIL) CIN1-CIN2-CIN3

Carcinomes invasifs : Carcinome Malpighien ☐ Adénocarcinome ☐ Autres

Recommandations

☐ Refaire le frottis dans l'immédiat
☐ Refaire le frottis dans 6 mois après traitement
☐ Orienter vers le service de gynécologie : ☐ colposcopie ☐ biopsie ☐ Autres

☐ Refaire le frottis dans 1 an☐ dans 5 ans ☐

Datele pathologiste/Superviseur Le screener

ANNEXE 11**RESEAU DE DEPISTAGE DES CANCERS DU COL DE L'UTERUS**

Laboratoire de supervision et de contrôle	Unités de dépistage
Laboratoire National de référence I.N.S.P	
Service d'anatomo-pathologie (CPMC)	-Service Anatomie pathologie (Dr CHERID) (CPMC)* - Service Histologie (CPMC)
Service d'anatomo-pathologie de Bab El Oued (Pr BABA-AHMED)	-Service d'anatomo-pathologie de Bab El Oued
Service d'anatomie et de cytopathologie du CHU Parnet (Pr BOUHAFED)	-Service Anatomo-pathologie du CHU Parnet.* -Service de cytologie de CHU Parnet. -Service de gynécologie obstétrique CHU Parnet. -Maternité de l'hôpital de Belfort secteur sanitaire d'El-Harrach -Centre de santé Boumati (secteur sanitaire d'El-Harrach) -Polyclinique sources secteur sanitaire de Kouba -Polyclinique secteur sanitaire de Rouiba -Polyclinique secteur sanitaire de Ain-Taya.
Service d'anatomie et de cytopathologie (Pr BENDISSARI) CHU Béni-Messous	-Service Anatomie pathologie et de cytopathologie de Béni-Messous* -Secteur sanitaire de Birtraria -Secteur sanitaire de Boukadir (Chlef) - Service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Zéralda. Secteur sanitaire de Zéralda
Service d'anatomie et de cytopathologie (Pr ASSELAH)	-Service Anatomie pathologie et de cytopathologie* -Secteur sanitaire de sidi-M'hamed -Service de gynécologie obstétrique CHU Mustapha.
Service de pathologie de l'hôpital Franz Fanon (DR BENKHEDDA)	-Service de pathologie de l'hôpital Franz Fanon* -Service de gynécologie obstétrique de CHU Blida. -Polyclinique du secteur sanitaire de koléa.
Service de pathologie du CHU de Tizi Ouzou (DR.AMRANI)	-Secteur sanitaire de Tizi-Ouzou. Clinique SBIHI
Service d'anatomo-pathologie CHU Ben Badis Constantine (Pr Z.TEBBI)	-Service d'anatomo-pathologie CHU Ben Badis Constantine* -EHS Sidi Mabrouk service de gynécologie obstétrique. -Clinique Daksi (Sidi Mabrouk) -Polyclinique Filali -Polyclinique Khroubs -Polyclinique El-Bir -Polyclinique Constantine
	-Service d'anatomo-pathologie CHU Sétif. -Secteur Sanitaire de Sétif
Service d'anatomo-pathologie CHU Ibn Rochd. Annaba (Pr. LANKAR)	-EHS EL-Bouni -Polyclinique secteur sanitaire de Annaba. -Polyclinique Sidi Amar, secteur d'El-Hadjar -Centre de santé Ain Berda, secteur sanitaire d'El-Hadjar -CPF hôpital Chétaibi, service sanitaire de Chétaibi -Secteur sanitaire de Skikda -Secteur sanitaire de Souk Ahras -Secteur sanitaire de Skikda -Secteur sanitaire de Batna -Secteur sanitaire de Tébessa

* Les Services de pathologies chargées de la supervision et du contrôle abritent généralement en leur sein, une unité de cytopathologie du col.

Wilayas	Unités
ALGER	-Polyclinique Ouled fayet. Secteur sanitaire de Zeralda
TIZI-OUZOU	-Maternité de l'hôpital du secteur sanitaire Azazga -Maternité urbaine de Tizi-Ghenif -Secteur sanitaire de Draa El-mizane
MEDEA	-Service de pathologie du secteur sanitaire de Médéa -P.M.I centrale du secteur sanitaire de Médéa -P.M.I centrale du secteur sanitaire berrouaghia
BEJAIA	-Maternité urbaine. Secteur sanitaire de Béjaia -Maternité de l'hôpital secteur sanitaire de Akbou -Maternité de l'hôpital secteur sanitaire de Sidi- Aich
BATNA	-Service de pathologie du CHU de Batna (supervision et contrôle) -Maternité du secteur sanitaire Arris -Maternité de l'hôpital du secteur sanitaire de N'Gaous
OUM-EL-BOUAGHI	-Maternité urbaine de Oum El Bouaghi -Maternité de l'hôpital. Secteur sanitaire de Ain-Mlila
CHLEF	-Maternité de l'hôpital de chettia secteur sanitaire de Ouled Farès -Polyclinique Oued Fodha
BLIDA	-Service de pathologie du CHU de Blida (supervision et contrôle) -Polyclinique de Ouled -Yaich -Polyclinique Bougara secteur sanitaire de Boufarik
BOUIRA	-Polyclinique de Ain-Turk secteur sanitaire de Bouira -Maternité du secteur sanitaire de Lakhdaria -Maternité urbaine du secteur sanitaire de Ain-Bessam
AIN-DEFLA	-Maternité du secteur sanitaire de Ain-Defla -Polyclinique de Boumedfaa. Secteur sanitaire de Miliana
SOUK-AHRAS	-Maternité du secteur sanitaire de Souk-Ahras
KHENCHELA	-Maternité urbaine de Khenchela
BOUMERDES	-Maternité Béni-Amrane secteur sanitaire de thenia
TIPAZA	-Maternité de l'hôpital de sidi-ghiles S.S de Cherchel -PMI Polyclinique Ben Azouz Koléa
DJELFA	-Maternité de l'hôpital de Ain-Oussara. Secteur sanitaire de Ain-Oussera -Service de pathologie de l'hôpital de Djelfa
GHARDAIA	-Unité de cytologie polyclinique du secteur sanitaire de Guerrara

***Arrêté N° 57 du 02 DEC 2011 portant création, organisation et
Fonctionnement des unités de cytopathologie de dépistage des lésions précurseurs du
cancer du col de l'utérus au niveau des établissements publics hospitaliers et des
établissements publics de santé de proximité.***

Le Ministre de la Santé, de la Population et de Réforme Hospitalière,

Vu la loi n° 85-05 du 26 Joumada El Oula 1405 correspondant au 16 Février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;
Vu le décret présidentiel n° 10-149 du 14 joumada Ethani 1421 correspondant au 28 Mai 2010 portant nomination des Membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n° 93-153 du 08 Moharam 1414 correspondant au 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la santé de la population.
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant 1416 correspondant au 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé ;
Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 portant création, organisation et fonctionnement des Etablissements Publics Hospitaliers et des Etablissements Publics de Santé de Proximité modifié et complété ;

ARRETE

Article 1^{er} : Le présent arrêté a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement des unités de cytopathologie de dépistage de lésions précurseurs du cancer du col de l'utérus, au niveau des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, dénommées ci-après « Unité ».

Article 2 : Au niveau de l'Etablissement Public Hospitalier, l'Unité est créée auprès d'un service d'anatomie pathologique, de cytologie et/ ou d'histologie, du laboratoire Central, sous la responsabilité du Chef de service.

Article 3 : Au niveau de l'Etablissement Public de Santé de Proximité, l'unité est créée auprès de la Polyclinique ou du laboratoire d'Analyses Médicales et est placée sous la responsabilité d'un médecin ou d'un biologiste, justifiant d'une compétence en cytopathologie de dépistage et dénommée « cytotechnologiste » ou « screener ».

Article 4 : L'Unité a pour mission le dépistage cytologique des lésions précurseurs du cancer du col de l'utérus par la lecture des lames conformément à la classification en vigueur et dans les limites prérogatives fixées en art 7 ci-dessous.

Article 5 : L'Unité est un centre de lecture et de diagnostic cytologique de première intention rayonnant sur les structures de santé de la reproduction et de planification familiale (SR/PF) relevant de l'Etablissement Public de Santé de Proximité.

Article 6 : En conformité avec la stratégie Nationale de dépistage, l'unité de l'établissement Public de Santé de Proximité est placée sous la supervision et le contrôle du service de pathologie hospitalier territorialement compétent.

Article 7 : Le cytotechnicien est habilité à établir un compte rendu des frottis normaux sous la responsabilité du pathologiste territorialement compétent.

Le cytotechnicien réfère obligatoirement les frottis anormaux au service de pathologie territorialement compétent.

Article 8 : Les moyens humains nécessaires au fonctionnement de l'unité sont :

- Une secrétaire
- Un cytotechnologiste. L'effectif en cytotechnologiste sera modulé en fonction du volume de l'activité.

Article 9 : Le personnel cytotechnologiste est mis en position d'activité permanente au niveau des unités créées.

Article 10 : En terme de normes des locaux, l'unité doit comporter au minimum :

- Une salle de coloration avec dispositif d'aération.
- Une salle de lecture.
- Un espace de classement et d'archivage des dossiers médicaux et autres supports d'informations.

Article 11 : L'équipement normatif de base de l'unité est fixé en annexe-1 jointe au présent arrêté.

Article 12 : La liste des unités créées est fixée en annexe-2 jointe au présent arrêté et sera mise à jour annuellement sur proposition du chef d'établissement.

Article 13 : Les unités créées au 31 novembre 2011 sont tenues de se conformer aux dispositions du présent arrêté à échéance du premier trimestre 2012.

Article 14 : Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière est chargé de l'application du présent arrêté.

Article 15 : Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Fait à Alger le 02 Décembre 2011

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Docteur. DJAMEL OULD ABBES

ANNEXE 1

Equipement normatif de base de l'unité de cytopathologie et consommables pour la réalisation de 2000 frottis cervico-utérins (FCU)

ITEM	QUANTITE
Microscope binoculaire	1
Lame porte objet à plage dépolie (76x26mm)	4000
Lamelles couvre objet grand format (50x20mm)	4000
Crayon diamant	02
Portoir à colorations	04
Pincettes de microscope à griffes 9mm	15
Panier porte lame de coloration 8cm/6cm	25
Eprouvettes graduées en verre 100ml	02
Eprouvettes en verre 250ml	02
Eprouvettes en verre 1000ml	02
Eprouvettes graduées en plastique 100ml	02
Eprouvettes graduées en plastique 1000ml	02
Ballons à 1000ml	05
Ballons à 2000ml	05
Pissette en polyéthylène	06
Papier joseph	10 rames
Papier filtre grand format	10 boîtes de 100 feuilles
Plateaux pour lames	15
Gants chirurgicaux jetables	100 paires
Brosses pour prélèvement cytologique de l'endocol (scrinet)	2000
Spatule d'Ayre	2000
Spray de fixation	10 flacons

ANNEXE 2

Liste des unités de cytopathologie au 30 novembre 2011

Wilaya	STRUCTURE	LIEU
Adrar	EPH	Adrar (Laboratoire)
Adrar	EPH	Reggan
Adrar	EPSP	Timimoun (Polyclinique)
Chlef	EPH	Sobha
Chlef	EPSP	Ouled Fares (Polyclinique)
Laghouat	EPSP	Aflou (Polyclinique)
Laghouat	EPSP	Laghouat (Polyclinique)
Oum El Bouagui	EPH	Mohamed Boudiaf (maternité cpf)
Oum El Bouagui	EPH	Ain Beida (AZERDANI SALAH) (maternité cpf)
Oum El Bouagui	EPSP	Ain Beida (Polyclinique)
Oum El Bouagui	EPSP	Ain Mila (Laboratoire)
Batna	EPH	N'Gaous (Laboratoire)
Batna	EPSP	Barika (Polyclinique)
Batna	EPH	Merouana (Maternité)
Batna	EHS	Mère et Enfant (maternité)
Bejaia	EPH	Bejaia (Frantz Fanon) (Laboratoire)
Bejaia	EPSP	Bejaia Ihdaren (Polyclinique)
Bejaia	EPSP	Seddouk (Polyclinique)
Biskra	EPSP	Ouled-Djellal (Polyclinique)
Biskra	EPSP	Tolga (Polyclinique)
Biskra	EPSP	Biskra (Polyclinique)
Biskra	EHS	GYNECO PEDIATRIE CHIRPED
Bechar	EPSP	Bechar (Polyclinique)
Blida	EPH	Larbaa (Polyclinique Meftah)
Blida	EPH	Boufarik (Salle de Soins)
Blida	EPSP	Ouled Aich (salle de soins Berzali Ali)
Blida	CHU	CHU Blida
Bouira	EPSP	Ahnif
Tamanrasset	EPH	Tamanrasset
Tamanrasset	EPSP	In Salah
Tébessa	EPSP	Tébessa (Polyclinique Bachir Mentouri)
Tébessa	EPSP	Ouenza (Polyclinique Zouabi)
Tébessa	EPSP	Bir El Ater
Tébessa	EPSP	El Aouinet (Polyclinique cité El Mansouri)
Tlemcen	EPSP	Tlemcen
Tlemcen	EPH	Maghnia (maternité)
Tlemcen	EPSP	Ghazaouet (Polyclinique)
Tiaret	EPSP	Ain El Hadid
Tiaret	EHS	MERE ENFANT
Tizi Ouzou	EPH	Draa El Mizan (maternité)
Tizi Ouzou	EPSP	Draâ Benkhedda
Tizi Ouzou	EPH	Azzazga (PMI)
Alger	EPSP	El-Harrach Hassen Badi (clinique Belfort)
Alger	EPSP	Baraki (clinique mère enfant gué de constantine)
Alger	EPSP	Bordj El Kiffan (Dergana) (Polyclinique El Djorf)
Alger	EPSP	Bordj El Kiffan (Dergana) (Polyclinique Surcouf)
Alger	EPSP	Bab El Oued (polyclinique basse Casbah)
Alger	EPSP	Cheraga (Bouchaoui) (Polyclinique Ouled Fayet)
Alger	EPSP	Bouzaréah (Polyclinique Cité Malki)
Alger	EPSP	Draria (Polyclinique Birtouta)
Alger	EPSP	Sidi M'Hamed (Bouchenafa) (Polyclinique Cité Mahieddine)
Alger	CHU	Sidi M'Hamed (Bouchenafa) (Polyclinique Les Sources)
Alger	EPSP	CHU Mustapha
Djelfa	EPH	Djelfa (laboratoire)
Djelfa	EPSP	H-Bahbah (laboratoire)
Djelfa	EPH	Messaad (polyclinique)
Jijel	EPH	Jijel (maternité)
Jijel	EPH	Taher (laboratoire)
Jijel	EPH	El-Milia (maternité)
Sétif	EPH	Bougaa (laboratoire)
Sétif	EPSP	Ain-Oulmène (SEMEP)
Sétif	EPSP	Sétif (polyclinique Bizar)
Sétif	EPSP	Ain El Kebira (polyclinique)

Sétif	EHS	El Eulma (polyclinique)
Saida	EPH	SAIDA CHIR PED
Skikda	EPH	Skikda (ancien hôpital)
Skikda	EPH	El arrouche
Skikda	EPSP	Azzaba
Skikda	EPSP	Skikda
Sidi-Bel-Abbès	CHU	Sidi-Bel-Abbès (polyclinique)
Sidi-Bel-Abbès	EPH	CHU Sidi-Bel-Abbès
Annaba	EPH	Ain Berda
Annaba	EPSP	Chataibi
Annaba	EPSP	Annaba
Annaba	EHS	El Hadjar
Annaba	EPH	El Bouni
Guelma	EPSP	Guelma ((Ibn Zouhour)
Guelma	EPSP	Oued ZEnati
Guelma	EPSP	Bouchehouf
Constantine	EPSP	Ben Mhidi (polyclinique)
Constantine	CHU	Ben Badis
Constantine	EHU	Daksi
Médéa	EPSP	Zoubiria (polyclinique Ain Dheb)
Médéa	EPSP	Berrouaghia (polyclinique)
Médéa	EPSP	Ksar El Boukhari (salle de soins 20 aout)
Médéa	EPSP	Beni slimane (polyclinique)
Médéa	EPSP	Tablat (polyclinique)
Médéa	EPSP	Chellalet Lahdoura (polyclinique)
Mostaganem	EPSP	Sidi Ali
Mostaganem	EHS	Mère enfant
M'sila	EPSP	M'sila
M'sila	EHS	EHS Slimane Amirat
Mascara	EPH	Ghriss (maternité cpf)
Ouargla	EPH	Ouargla
Ouargla	EPH	H-Messaoud
Oran	EPSP	Arzew
Oran	EPSP	Oued Tilat
Oran	EPSP	Oran (Hai Bouamama)
Oran	EPSP	Oran Seddikia
Oran	EPSP	Oran (Front de mer)
Oran	EPSP	Es senia
Oran	EPSP	Boutlilis
Oran	EPSP	Ain El Turk
Oran	EH	Ain El Turk
El-Bayadh	EPSP	El-Bayadh (polyclinique)
El-Bayadh	EPH	Labioud Sidi Cheikh
Illizi	EPH	Illizi
Illizi	EPSP	Illizi
Illizi	EPSP	Djanet
Illizi	EPSP	Debdeb
B-B-Argeridj	EPSP	B-B-Argeridj (polyclinique)
B-B-Argeridj	EPSP	Mansourah (polyclinique El yachir)
B-B-Argeridj	EPSP	Medjana (polyclinique)
Boumerdes	EPH	Thenia (polyclinique)
Boumerdes	EPSP	Boumerdes
El-Taref	EPH	El-Taref
El-Taref	EPH	Bouhdjar
El-Taref	EPSP	El-Taref
El-Taref	EPSP	El-Kala
El-Taref	EPSP	Drean 1
El-Taref	EPSP	Drean 2
El-Taref	EPSP	Bouhadjar
Tissemsilt	EPSP	Tissemsilt (polyclminique)
Tissemsilt	EPSP	TH El Had
El Oued	EPSP	El-Oued Benamor (laboratoire)
El Oued	EPSP	El Mghaier (maternité cpf)
Khenchela	EPSP	Khenchela (polyclinique)
S-Ahras	EPSP	S-Ahras (ancien hôpital)
S-Ahras	EPH	S-Ahras (polyclinique)

S-Ahras	EPSP	Sedrata (SEMEP)
Tipaza	EPSP	Tipaza (centre de santé Sidi Rached)
Tipaza	EPSP	Damous (polyclinique Gouraya)
Tipaza	EPSP	Chechell (maternité EPH Sidi Ghlès)
Tipaza	EPSP	Bousmail (cpf Benazzouz)
Mila	EPSP	Mila (frères Meghlaoui) (laboratoire)
Mila	EPH	Mila (Polyclinique)
Mila	EPSP	Ferdjioua (polyclinique)
Mila	EPSP	Chelghoum Laid (polyclinique)
Mila	EPSP	Tadjenanet (polyclinique)
Ain-Defla	EPSP	Ain Defla (maternité)
Ain-Defla	EPH	Khemis Miliana (laboratoire)
Ain-Defla	EPH	El Abadia (polyclinique)
Ain-Defla	EPSP	Boumedfaa (polyclinique)
Naama	EPSP	Ain Sefra (polyclinique)
Naama	EPSP	Mecheria (polyclinique)
Ain-Temouchent	EH	EH Benzerdjeb Ain-Temouchent
Ghardaia	EPH	El Menia (maternité)
Ghardaia	EPSP	El Menia (polyclinique)
Ghardaia	EHS	Ghardaia Chir Pédiat
Relizane	EPH	Relizane

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Direction de la Prévention
et de l'Education Sanitaire

INSTRUCTION N°1414/MSP/DPES/SDPG DU 12 novembre 1988

OBJET : Renforcement du programme de prévention du rachitisme.

Dans le cadre de la poursuite de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la mortalité infantile, j'ai l'honneur de vous demander de prendre les mesures nécessaires à l'effet de renforcer le programme de prévention du rachitisme dans différents secteurs sanitaires du pays.

Cet objectif passe nécessairement par l'administration systématique de la vitamine D aux enfants assujettis selon le calendrier joint en annexe à la présente instruction.

Il faut donc veiller à obtenir une couverture à la vitamine D satisfaisant en réalisant de manière effective l'intégration de cette activité dans le programme d'ensemble de protection de la santé de l'enfant réalisé aussi bien dans les structures sanitaires fixes qu'à l'occasion des sorties des équipes itinérantes.

L'évaluation de cette activité à l'instar de celle des vaccinations doit prendre en compte les deux aspects complémentaires suivants:

les taux de couverture obtenus par prise de vitamine D pour chaque cohorte ou génération d'enfants à un moment déterminé.

Le respect des âges d'administration des différentes prises de vitamine.

Les directeurs des secteurs sanitaires, les médecins chefs des services d'Epidémiologie et de médecine préventive, les pharmaciens responsables doivent s'assurer que les commandes en vitamine établies correspondant réellement aux besoins. Ceux-ci seront estimés en multipliant le nombre de naissances annuelles (au niveau du secteur sanitaire ou de la commune) par quatre (4).

Messieurs les divisionnaires de la santé et de la population service santé, les directeurs des secteurs sanitaires, les médecins chefs des services d'Epidémiologie et de médecine préventive doivent veiller à l'application effective de cette instruction et en assurer une large diffusion auprès de tous les services et personnels concernés.

ANNEXE

Calendrier d'administration de la Vitamine D aux enfants

PRISE	Age (mois)
1 ^{ère}	1
2 ^{ème}	6
3 ^{ème}	12
4 ^{ème}	18

N.B/ La Vitamine D sera administrée de préférence en per os, 200.000 unités pour chaque prise

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

Direction de la Prévention

INSTRUCTION N°84/MSP/DP DU 21 DECEMBRE 1988

OBJET : *Nouveau schéma prophylactique du rachitisme carentiel.*

Dans le cadre de l'application et du suivi du programme national de lutte contre les carences nutritionnelles, notamment le rachitisme, sur proposition du comité national de nutrition, le schéma prophylactique du rachitisme carentiel est modifié comme suit:

Deux prises de vitamine D3 à 200 000 UI (forme huileuse) par voie orale aux âges de 1 à 6 mois la vitamine D3 est donnée gratuitement, au même titre que les vaccins, avec obligation d'inscription sur le carnet de santé.

Il est rappelé que les dépenses afférentes à l'approvisionnement en vitamine D3 nécessaire pour la réalisation de ce programme sont intégrées aux budgets des CHU, des EHS et des secteurs sanitaires sur le titre V.

Vous voudrez bien veiller à la diffusion de cette instruction et assurer le suivi de son exécution sur le terrain et met faire des difficultés que sont application pourrait rencontrer.

Le programme de lutte contre les carences nutritionnelles s'inscrit dans le cadre général du renforcement des activités de protection maternelle et infantile et la réhabilitation des soins de santé de base.

Identification des différents modèles du programme.

- La malnutrition protéino-énergétique
- Les malnutritions en micro nutriments:
- L'avitaminose D
- Les carences matérielles
- Les carences iodées.

Principes de base: La réussite du programme est conditionnée par:

- Une intervention multisectorielle, visant l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et celle des enfants en particulier, intégrée dans une politique nationale d'alimentation par l'amélioration.
- Nutrition prenant en compte les différentes composantes du problème, c'est à dire l'accessibilité à un type d'alimentation par l'amélioration du pouvoir d'achat et la disponibilité alimentaire l'amélioration du niveau d'instruction, des conditions d'hygiène et de l'habitat etc.....
- L'intégration des activités de nutrition aux autres activités de soins de santé de base (vaccination, lutte contre les maladies diarrhéiques, surveillance des grossesses, espacement des naissances etc.....) tant aux niveaux central que périphérique, qui vise à assurer une couverture sanitaire globale et complète de la mère et de l'enfant.

Remarques particulières relatives

A L'évaluation du programme:

- L'évaluation de la mise en oeuvre du programme s'effectuera en deux étapes:
- Dans une première étape l'évaluation ne se fera qu'au niveau de certaines zones de développement qui joueront le rôle de zones sentinelles et de développement.

Dans une deuxième étape l'évolution sera généralisée à toutes les unités sanitaires du pays.

- A la continuité de la prise en charge du programme :

L'expression à montrée que le personnel du terrain recycle souffre d'une instabilité qui ne permet pas d'assurer la continuité du programme

L'une des conditions du succès reste l'intégration du programme dans le cursus de formation des médecins et des paramédicaux pour assurer une prise en charge continue et la plus large possible.

Définition de la population cible

- Enfant âge de 0 à 35 mois révolus
- Femmes enceintes et allaitantes

Objet du programme: Le secteur de la santé a l'instar des autres secteurs socio-économiques /Agriculture hydraulique industrie éducation information emploi. /partage avec ces derniers les objectifs suivants:

Objectif institutionnel

Préservation et amélioration de l'état nutritionnel des populations à risque

. Enfants âges de 0-35 mois révolus et femmes enceintes et allaitantes

Objectifs généraux

élimination de la malnutrition aiguë
réduction de la malnutrition chronique
éradication du rachitisme
-éradication du goitre endémique
- réduction des anémies carencielles

Objectifs intermédiaires

surveillance de la croissance de L'enfant
- dépistage des différentes formes de carences nutritionnelles
- prise en charge des malnutris

Objectifs opérationnels

Les objectifs sont arrêtés en tenant compte des performances enregistrées par les services de santé en matière de taux de fréquentation et de couverture sanitaire.

Pour la malnutrition protéino - énergétique

Tenant compte de l'intégration de la surveillance de la croissance staturo- pondérale de l'enfant au programme élargi de vaccination et se basant sur le taux de couverture vaccinale actuel des nourissons /plus de 85 / des enfants reçoivent les 5 prises vaccinales avant l'âge d'un an / les objectifs opérationnels ont été fixes comme suit/

Assurer un suivi de la croissance staturo-pondérale

- pour au moins 85% des enfants âgés de 0-11 mois révolus par 5 mensurations qui auront lieu lors des contacts pour les prises vaccinales ou de vitamine D
- Pour au moins 70% des enfants âgés de 12-23 mois révolus par 2 mensurations
- Pour au moins 60% des enfants âgés de 24-35 mois révolus par 2 mensurations
- Assurer une prise en charge au 100% des malnutris aigus dépistés

Pour la malnutrition en Micronutriments

Carence martiale chez l'enfant

Tenant compte des taux actuels moyens de couverture vaccinale par tranche d'âge les objectifs retenus sont - d'assurer le dépistage de la carence martiale

- chez au oins 80% des enfants âgés de 0 à 11 mois révolus
- chez 70% des enfants âgés de 12à 35 mois révolus
- d'assurer la prise en charge au 100% des cas dépistés

Carence martiale chez la femme enceinte et allaitante

Compte tenu de l'estimation du taux moyen des femmes enceintes qui

consultent au moins 1 fois en pré-natal et/ou en post-natal les objectifs retenus sont

- d'assurer le dépistage de la carence martiale et l'éducation sanitaire chez au moins 60% des femmes enceintes et allaitantes
- d'assurer la prise en charge au 100% des cas dépistés
- d'assurer la disponibilité de centrifugeuses au niveau de tous les laboratoires

Avitaminose D

- Assurer un taux de couverture par 2 prises de vitamine D à au moins 80% des enfants avant l'âge d'un an

Carence iodée

- Dépistage des troubles dus a la carence iodée chez :

- Les enfants de 0-4 ans
- Les femmes enceintes et allaitantes

- Prise en charge des cas dépistés

-Généralisation de l'utilisation du sel iodé

Pour l'allaitement maternel

Compte tenu de la particularité stratégique de l'allaitement maternel l'augmentation de sa fréquence et de sa durée sont retenues comme objectifs intermédiaires et les objectifs opérationnels se traduisent comme suit:

-Assurer une éducation sanitaire visant une préparation psychologique a au moins 80% des femmes qui consultent en pré-natal

-Assurer une éducation nutritionnelle a 80% des femmes qui accouchent dans les services de santé publique

-Atteindre taux de 70% des hôpitaux et maternités répondant aux critères " amis des bébés"

STRATEGIE DU PROGRAMME

Le programme national de lutte contre les carences nutritionnelles s'articule autour des axes stratégiques suivants:

- Prévention
- Dépistage et prise en charge
- Surveillance
- Formation et recyclage
- Communication
- Supervision
- Recherche

ACTIVITES MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE

Prévention

Protection et promotion de l'allaitement maternel par:

- L'éducation sanitaire des mères
- La mise à la disposition du personnel de santé de fiches techniques sur l'allaitement maternel
- Le respect et le renforcement de l'application de la réglementation concernant les femmes enceintes et allaitantes
- L'ne réglementation interdisant la publicité sur les substituts au lait maternel et définissant les conditions d'acceptation et d'utilisation des dons en produits laitiers infantiles
- La réorganisation des services de maternité et de pédiatrie afin de permettre la mise ai sein dès la naissance et d'encourager en cas d'hospitalisation des nourrissons celle de leurs mères pour éviter le servage précoce

Promotion de l'alimentation de l'enfant par:

- L'éducation sanitaire des mères
 - L'élaboration et la mise a la disposition du personnel de santé d'un calendrier nutritionnel incluant les recettes traditionnelles
 - La normalisation des spécifications techniques des:
 - substituts au lait maternel
 - produits spéciaux
 - produits de complément
 - La promotion de la production et de commercialisation des produits de complément (farine normoprotéinée sans gluten, farine normoprotéinée céréalière - farine riche protéines. farine de base sans gluten)
 - Le contrôle de qualité des produits diététiques infantiles
- Développement et renforcement des programmes de santé maternelle et infantile:
- programme de lutte contre les maladies diarrhéiques
 - programme élargi de vaccination-
 - programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës
 - programme de maîtrise de la croissance démographique

Dépistage et prise en charge des malnutris

- Amélioration de l'accessibilité aux soins par:
 - L'organisation des activités des unités périphériques dans sens d'une intégration des activités
- L'amélioration du niveau technique du personnel de santé par la dotation conséquente en moyens matériels

- L'organisation du suivi des cas dépistés
 - La prise en charge et le financement par l'état des actions de prévention
- Amélioration et renforcement du système de dépistage et de la prise en charge des malnutris par:
- Elaboration et mise à la disposition du personnel de santé des fiches techniques relatives à la standardisation des méthodes de dépistage de diagnostic et de conduite thérapeutique des malnutritions protéino-énergétiques

Elaboration d'un arbre de décision sous forme de placard à afficher au niveau des structures de santé

Organisation de la prise en charge des cas de malnutrition protéino-énergétique graves

- en ambulatoire
- en milieu hospitalier

SURVEILLANCE

Elaboration des supports d'information

Le registre de surveillance anthropométrique

Le registre de laboratoire

Le registre de vaccination et de captation de naissance

La fiche de croissance

La fiche de notification des anémies

La fiche de notification des malnutritions protéine-énergétiques graves hospitalisées et des rachitismes compliqués hospitalisés

La fiche d'évaluation de la couverture de la prise de la vitamine D

La fiche de notification du goitre en milieu scolaire

La fiche de contrôle de l'iodation du sel

La fiche de croissance

Mise en place des postes sentinelles

-Équipement en matériel anthropométrique

Formation et/ou recyclage du personnel

Renforcement des moyens d'exploitation de traitement et d'analyse des données épidémiologiques (MS - INSP)

-Au niveau local (sous secteur SEMEP)

-Au niveau wilaya (DSPS)

Au niveau central (MS, INSP)

Formation

Organisation des séminaires de recyclage pour le personnel chargé de l'application du programme en accordant la priorité au personnel des postes sentinelles

Officialisation de l'enseignement du programme dans le cursus de formation des médecins et des paramédicaux

Communication sociale

En direction du grand public

Confection et diffusion des spots radio et télévisés des tables rondes des articles de presse sur l'allaitement maternel le processus de servage le calendrier nutritionnel la surveillance de la croissance de l'enfant

En milieu scolaire

-Intégration de messages dans le programme d'enseignement des élèves

-Animation des séances d'éducation nutritionnelle par les équipes chargées de l'hygiène scolaire

Au niveau des unités sanitaires

-Redynamiser les séances de démonstration et d'éducation nutritionnelle

-Confection et diffusion d'affiches de dépliants

Avec les associations bénévoles

-Aider et encourager les initiatives de ces associations

Supervision

Niveau wilaya

Par le médecin chef du SEMEP

Niveau wilaya

Par les membres du Comité National de Nutrition et les représentants de la direction de la prévention

Niveau National

Par les membres du Comité National de Nutrition et les représentants de la

Direction de la prévention

Recherche opérationnelle

Identifier les thèmes de recherche

Dégager les ressources financières

ANEMIES CARENTIELLES

Prévention

-Promotion de l'alimentation diversifiée des femmes enceintes et allaitantes

-Promotion de la diversification de l'alimentation de l'enfant

Enrichissement en fer des produits spécifiquement destinés à l'alimentation des enfants

Supplémentation systématique en fer pour tous nouveaux - nés de petit poids de naissance et des jumeaux

Supplémentation systématique en fer et en folates des femmes enceintes et allaitantes

Renforcement des activités de protection maternelle et infantile

Dépistage et prise en charge des anémiés

Amélioration de l'accessibilité aux soins

Dotation conséquente en moyens matériels

Il s'agit ici de l'équipement et de fonctionnement des laboratoires des secteurs sanitaires et des polycliniques pour les examens biologiques nécessaires à ce sous programme

L'accessibilité opérationnelle

Cette activité est détaillée dans le point 2.1 du plan d'action de lutte contre les malnutritions protéino-énergétique

L'accessibilité financière des soins à la population cible doit être assurée par les pouvoirs publics comme pour tous les soins de santé primaire.

Cette accessibilité concerne aussi bien l'examen médical et les examens de laboratoire (HB, HT, et G.R)

Dépistage des anémies (population et en folates)

*Elaboration d'une fiche technique de dépistage pour chaque groupe

Prise en charge des anémies En ambulatoire

* Elaboration de fiches technique pour la prise en charge et le suivi en ambulatoire des enfants des femmes enceintes et allaitantes présentant une anémie carencielle

*Elaboration d'un arbre de décision sous forme d'affiche à partir des fiches techniques et des protocoles de prise en charge.

La Diarrhée Aigue du Nourrisson

Les diarrhées aiguës du nourrisson restent encore très fréquentes dans notre pays et dans le monde. Elles représentent encore la première cause de consultation et d'hospitalisation du nourrisson de moins de 2 ans. Elles représentent aussi la première cause de mortalité de l'enfant de moins de 1 an.

Les diarrhées aiguës sont en effet particulièrement meurtrières pour le jeune enfant, elles tuent chaque année de 3 à 5 millions d'enfants de moins de 5 ans en Asie, en Afrique et en Amérique. Elles touchent essentiellement dans le monde ce que l'on appelle les "pays du sud".

Il existe une véritable carte nationale. Les différentes études ponctuelles et locales suggèrent que près de 40.000 enfants de moins de 2 ans meurent chaque année de diarrhée aiguë.

D'autre part, il est démontré que la diarrhée aiguë joue un rôle important dans la malnutrition non seulement par la diminution des apports alimentaires qu'elle entraîne mais aussi par les pertes d'eau, de sels et de protéines qu'elle occasionne.

Bien que l'on manque d'informations très précises sur la fréquence (incidence) des diarrhées, on peut considérer que celles-ci sont très fréquentes chez le jeune enfant. L'OMS estimait à près de cinq cents millions (500.000.000) les épisodes diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans en Asie, en Afrique et en Amérique latine.

Pour notre pays, nous ne disposons malheureusement pas de chiffres; pourtant la pratique médicale et paramédicale nous prouve la très grande fréquence de cette pathologie.

La fréquence par enfant et par an peut aller de 2 à plus de 10 épisodes pour l'OMS.

Dans une enquête portant sur 123 nourrissons âgés de 0 à 2 ans suivis durant 1 année, cette fréquence a été estimée dans un secteur sanitaire en notre pays à 1,77 épisodes / enfant / an (1983-84).

En 1987, une enquête nationale portant sur 134 districts et totalisant 5,206 enfants âgés de 0 à 5 ans, la fréquence de la diarrhée a été évaluée à 2,5 épisodes par enfant et par an.

Si de tels chiffres étaient extrapolés à tout le pays qui compte quelques 2 millions d'enfants âgés de 0 à 2 ans, nous aurons entre 3 millions cinq cent quarante mille (3.540.000) et cinq millions (5.000.000) épisodes diarrhéiques à prendre en charge par nos unités chaque année.

C'est dire d'une part l'ampleur du problème et d'autre part la nécessité de sa prise en charge à tous les niveaux que ce soit sur le plan sanitaire que familial.

Définition de la Diarrhée Aigue

Pendant très longtemps la diarrhée aiguë a été simplement définie comme "des selles anormalement liquides et anormalement fréquentes survenant assez brutalement chez un enfant".

Cette définition qui fait référence à la clinique essentiellement n'est plus actuellement admise d'autant qu'elle peut prêter à confusion avec les selles de l'enfant au sein maternel qui a en effet des selles liquides et fréquentes de 5 à 6 par jour sans que cela ne soit une maladie.

Tout ceci a conduit à une définition qui fait appel à la physiologie et on définit actuellement la diarrhée comme : une rupture du cystémique de l'eau. Qu'est-ce que cela veut dire très exactement ? Pour bien comprendre cette définition, il nous faut faire un bref rappel de la physiologie de l'intestin.

L'intestin joue un rôle important dans la conservation de l'eau de l'organisme, ceci grâce à deux mouvements opposés : propriétés de l'intestin grêle : l'absorption (entrée) et la sécrétion (sortie).

a) Absorption (entrée)

Chaque jour, une grande quantité de liquides de "sels" et d'autres éléments arrivent dans l'intestin : apportent par l'amélioration d'une part et les sécrétions digestives (salivaires, biliaires, pancréatiques et intestinales) d'autre part. Tous ces liquides sont immédiatement et régulièrement absorbés par la muqueuse intestinale.

Schématiquement, cette entrée des liquides dans la muqueuse intestinale se fait grâce au sodium (sel) : l'eau pénètre dans le sel, est stimulée par la présence de sucre (glucose).

En gros, la présence du sucre et du sel favorise l'entrée de l'eau dans la muqueuse intestinale et donc dans le corps.

C'est l'absorption. Elle peut diminuer d'une façon importante dans certaines conditions.

b) Sécrétion (sortie)

Les sorties de liquides (sécrétion) de la muqueuse intestinale vers l'extérieure se font par l'intermédiaire du chlore : le chlore est expulsé de la muqueuse intestinale sous l'effet de mécanismes

multiples ; il entraîne alors avec lui des liquides. C'est la sécrétion intestinale.

Elle peut augmenter dans certaines conditions.

Diminution des entrées = Diarrhée

Augmentation = Diarrhée

Causes

On le sait maintenant les diarrhées aiguës sont essentiellement dues a un virus nommé ROTAVIRUS (40 a 70 % des cas)

Quelques cas sont dus a des microbes genre bactéries les (E coll., Salmonelles, Schigelles, Campylobacter. Yersinias Entérolitica)

Dans 20 a 50 % des diarrhées aiguës du nourrisson . On ne trouve aucun germe responsable .Elles sont probablement liées a l'abandon de l'allaitement maternel aliment protecteur par excellence et a l'introduction de laits artificiels et autres aliments plus ou moins souillés. Ce qui fait parier de nombreux auteurs de "diarrhée du sevrage" qui serait la résultante de phénomènes multiples et complexes le point de départ de tout ceci étant l'abandon de l'allaitement maternel

D'autre part des facteurs tels que l'assainissement l'hygiène publique familiale et individuelle l'existence et la qualité de l'eau .L'évacuation adéquate et hygiénique des eaux usées jouent sans aucun doute avec l'état nutritionnel de l'enfant un rôle dans les diarrhées aiguës du nourrisson.

Traitement et prise en charge

Qu'il ne faut pas faire

Donner des antibiotiques

Il n'y a aucune raison valable pour donner des antibiotiques en cas de diarrhée aiguë de nourrisson.

Nous avons en effet pu voir que ces diarrhées sont essentiellement dues a un virus et on sait que les virus ne sont pas sensibles aux antibiotiques.

Les "Ralentisseurs " du transit

Certaines publicités pharmaceutiques vantent un certain nombre de produits, réputés " Ralentisseurs " du transit dans le traitement des diarrhées .Ces produits sont pratiquement contre - indiqués chez le jeune nourrisson.

D'autant que de nombreux travaux scientifiques ont prouvé que dans les diarrhées sévères il n'y avait pas une accélération mais plutôt un ralentissement du transit intestinal ce qui favorise la pullulation microbienne.

Toute utilisation de " Ralentisseur " dans ces conditions ne peut qu'aggraver la situation.

Les adjuvants et antiseptiques

Les traitements dits " adjuvants " tels que les flores de remplacement Bactisubtil Ultra -levure, etc.....

Sont tout - a fait inutiles, ayant fait depuis longtemps la preuve de leur inefficacité, il en est de même des antiseptiques.

Quant aux produits dits " absorbants "

Arobon charbon etc.....il est prouvé qu'ils ne modifient en rien la fuite en eau et en " sels " Ils permettent seulement d'obtenir plus rapidement des selles moulées leur intérêt reste donc très modeste et ne change en rien la gravité du problème de la diarrhée et des pertes d'eau et de " sels "

Ce qu'il faut faire

1. Réhydrater très précocement

Nous avons vu que la diarrhée est essentiellement une perte d'eau et de " sels " le traitement consistera en leur remplacement immédiat et régulier ce qui évitera la DESHYDRATATION AIGUË complication majeure et mortelle de la diarrhée aiguë.

Nous avons vu que c'est le sel (sodium) qui était absorbé par la muqueuse intestinale il entraîne avec lui de l'eau et des liquides cette absorption étant favorisée et stimulée par la présence de sucre (glucose). C'est ce qui a donné naissance à la "poudre de Réhydratation" (SROPRD) de l'OMS ou aux solutions sucrées - salées populaires.

Composition de la SRO ou PRO

- Glucose 20 g
- Chlorure de sodium 3,5 g
- Bicarbonate de sodium 2,5 g
- Chlorure de potassium 1,5 g

Cette poudre est présentée sous forme de sachet. On doit dissoudre un sachet dans un litre d'eau préalablement bouillante et refroidie.

- Pour un enfant, on prépare 1 litre de solution par jour qui sera gardé au frais.
- La solution sera donnée à tout enfant diarrhéique quel que soit son âge et son état.
- Elle sera donnée selon les cas soit au verre, soit au biberon préalablement stérilisé soit à la cuillère
- Elle sera donnée à raison de 150 à 200 ml par kilo de poids et par jour (soit pendant 24 h) le premier jour pris en fonction des besoins de l'enfant.
- Elle sera donnée pendant au moins 3 jours et tant que dure la diarrhée.

Réalimenter l'enfant très précocement

1. Quel que soit le type d'alimentation de l'enfant il faut le maintenir et le continuer.
2. Enfant au sein Continuer l'allaitement sans aucune interruption et réhydrater parallèlement avec les SRO. Dès la diminution ou la fin de la diarrhée
 - Le lait artificiel : sera arrêté les 6 à 8 premières heures après le début de la réhydratation
 - Dès la 8ème heure on prépare le lait comme habituellement soit pour notre cas = 200 ml d'eau bouillie et refroidie + 6 cuillères mesure de lait
 - On ajoute à ce lait 200 ml d'eau pure bouillie et refroidie le lait est ainsi dilué de moitié.
 - On donne de ce mélange 200 ml à notre enfant pour son repas. Le lait est ainsi dilué de moitié
 - Le lendemain soit à la 24ème heure: On prépare le lait comme habituel (200 ml d'eau et 6 cuillères mesure de lait) et on le donne tel que)

2- Supplémentation

Il est recommandé d'augmenter les apports alimentaires à tout enfant diarrhéique, ayant fait réserve dès la fin de l'épisode diarrhéique ou son amélioration. Cette supplémentation consistera en un repas Supplémentaire tous les jours jusqu'au 30 e jour après le début de la diarrhée.

LES AUTRES MESURES

S'il a été démontré que dans 70 % des cas de diarrhée on trouvait un germe responsable : Rotavirus ou entérobactérie ou parasite il n'en demeure pas moins que dans les 30% restant aucun germe ou cause précise n'est retrouvée. C'est ce qui fait toute la complexité de ce nécessaire dans la lutte contre ce fléau.

1 - Intégration de la lutte contre la maladie diarrhéique dans le programme des soins primaires et de prévention de l'enfant à coté de:

A- la lutte contre les maladies infectieuses par le programme élargi des vaccinations

B- la lutte contre la malnutrition protéino -calorique par:

Une diversification alimentaire précoce par l'introduction de légumes et de protéines animales autres que le lait

La surveillance de la croissance

Le dépistage captation et reprise en charge précoce et particulière des enfants à risque de malnutrition.

C- La lutte contre le rachitisme par la prise systématique vitamine D selon le calendrier national.

D- Les visites systématiques de dépistage des maladies congénitales.

E- L'éducation pour la santé la nutrition et le développement de l'enfant.

Hygiène générale et domestique

La lutte contre les mouches et tout autre vecteur doit faire partie intégrante de tout programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

La maman doit veiller à l'hygiène de son bébé de son domicile. Elle doit aussi veiller à l'hygiène de ses mains notamment au moment où elle touche à son enfant ou lors des tétées.

En cas d'allaitement artificiel l'hygiène du biberon (en verre) doit être stricte. Il doit être bouilli à chaque tétée.

Tout lait préparé et entaillé doit être jeté dès la fin de la tétée quelle que soit la quantité prise par l'enfant. Il ne doit pas être redonné quelques heures après à l'enfant. Le lait est un véritable " bouillon de culture " et la multiplication des microbes s'y fait de façon très rapide.

Résumé des activités lors de la campagne été 89 : cf. guide de la campagne)

Rôle du médecin et ou de l'infirmier dans le cadre de la lutte contre les maladies diarrhéiques:

1 - Recevoir le malade:

La diarrhée aiguë doit être considérée comme une urgence et prise en charge dès son arrivée et quelque soit l'heure de son arrivée

On ne doit pas remettre au lendemain cette prise en charge quel que soit le prétexte.

- L'enfant doit être pesé (de préférence nu)

-La température prise

2- Prendre en charge le malade :

L'examen de l'enfant diarrhéique portera sur les éléments figurant dans la fiche individuelle de score (évaluation de la déshydratation) .Chaque signe sera coché sur cette fiche et la prise de décision se fera selon le protocole .En fonction de la gravité des signes, on choisira le plan de traitement A. B. OU C.

L'enfant sera montré du médecin en urgence s'il présente des signes de déshydratation. (B et C)

Si le médecin n'existe pas ou est absent l'enfant doit être immédiatement évacué sur un hôpital ou une unité de référence du secteur. On commencera à le réhydrater par la bouche avec les SRO du centre et tout au long de son transfert.

3- Traiter l'enfant diarrhéique

Le traitement dans l'idéal doit commencer au centre même soit par l'infirmier (e), lui (elle) - mère à qui l'infirmier (e) aura expliqué le principe et le schéma de réhydratation orale.

4- Incrire le cas

Tous enfant diarrhéique doit être inscrit sur un " registre spéciale diarrhée" Les cas référés seront spécialement notés dans le registre.

5- Reconvoquer le malade

Avant le départ du malade du centre. Le praticien ou l'infirmier(e) se doit de préciser la date et l'heure du prochain contrôle de cet enfant selon le protocole nationale de surveillance de l'enfant diarrhéique.

6- Eduquer la mère

L'éducation de la mère portera sur:

- La préparation des SRO
- La façon de la donner
- 1^{ère} quantités a donné en 24 h
- La réalimentation
- Le protocole de suivi avec la nécessité absolue des différents contrôles et leur utilité
- Les règles d'hygiène générale et domestiques.

7- Prévenir la diarrhée

C'est le travail de toute l'année le praticien et ou l'infirmier (e) doit intervenir dans la sauvegarde et la promotion de l'allaitement maternel.

Il (elle) doit veiller à l'hygiène de bébé lors de toutes les consultations.

Il (elle) donnera les conseils nécessaires pour la sauvegarde et l'amélioration del'hygiène générale au niveau de la famille. Les soins des mains en particulier (pour la mère) lors de l'allaitement de bébé.

Il (elle) doit conseiller la lutte contre tous les vecteurs - mouches en particulier.

En cas de réserve d'eau conseiller l'utilisation de récipients fermés .Proscrire les seaux et autres ustensiles non ou mal fermés.

Javelliser l'eau avant l'emploi ou la bouillir pendant une dizaine de minutes.

Sur le plan alimentaire conseiller une diversification précoce avec notamment

Introduction de légumes .Jaune d'oeuf des le 4^{ème} mois.

Assurer les vaccinations obligatoires

Contrôler la couche de croissance

Tous enfant diarrhéique doit être considéré comme un enfant à risque de malnutrition et suivi spécialement et supplémenté en conséquence.

Conclusion

La diarrhée est une urgence .Elle nécessite une prise en charge immédiate.

Elle nécessite une réhydratation précoce par les sels de réhydratations OMS

Les antibiotiques et tout autre médicament sont tout à fait inutiles.

Nécessité du suivi de tout enfant diarrhéique

Promotion et protection de l'allaitement maternel

Mesures générales dans un cadre de lutte globale et plurisectorielle

Nécessité d'une prévention de la diarrhée par la prise en charge de la mère et de l'enfant dès sa naissance.

Décret exécutif n° 05-438 du 8 Chaoual 1426 correspondant au 10 novembre 2005 relatif à l'organisation et à l'exercice de la périnatalité et de la néonatalogie.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment son article 68 ;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1^{er} mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des personnels paramédicaux ;

Vu le décret exécutif n° 91-110 du 27 avril 1991 portant statut particulier des sages-femmes ;

Décrète:

Article 1^{er}: Le présent décret a pour objet de fixer l'organisation et l'exercice de la périnatalité et de la néonatalogie.

**CHAPITRE I
CONDITIONS D'ORGANISATION
ET D'EXERCICE DE LA PÉRINATALITÉ**

Article 2 : La périnatalité, au sens du présent décret, est la médecine du fœtus et du nouveau-né avant, pendant et après l'accouchement jusqu'au sixième (6^{ème}) jour de vie révolu et sa prise en charge pendant cette période.

Article 3 : La périnatalité s'exerce dans les structures suivantes:

structures sanitaires de base publiques et privées ;

maternités publiques et privées ;

services de gynécologie-obstétrique ;

services de néonatalogie.

Article 4 : La périnatalité, exercée :

1) Dans les structures sanitaires de base, consiste à :

— s'assurer de l'évolution naturelle de la grossesse ;

— rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux susceptibles de transformer un état physiologique en un état pathologique, comportant des risques pour la mère et l'enfant ;

— orienter les patientes avec complications en consultation relevant des grossesses à haut risque ;

— vérifier la conformité des soins néonataux en salle de naissance.

2) Dans les maternités publiques et privées, consiste à:

— assurer une surveillance multidisciplinaire de la grossesse et prendre les mesures préventives permettant d'éviter les accidents néonataux ;

— assurer l'accessibilité et le suivi des grossesses à risque ;

— organiser une prise en charge préalable à l'accouchement adaptée aux risques encourus ;

— vérifier la conformité des soins néonataux en salle de naissance.

3) Dans les services de gynéco-obstétrique, consiste

— assurer une surveillance multidisciplinaire de la grossesse et prendre les mesures préventives permettant d'éviter les accidents néonataux ;

— assurer l'accessibilité et le suivi des grossesses à risque ;

— organiser une prise en charge préalable à l'accouchement adaptée aux risques ;

— faire appel, au besoin, pour avis technique, à un pédiatre dans les cas de grossesses et/ou d'accouchements à haut risque:

— vérifier la conformité des soins néonataux en salle de naissance.

4) Dans les services de néonatalogie, consiste à :

— participer au diagnostic anténatal,

— organiser une prise en charge préalable à l'accouchement adaptée aux risques ;

— vérifier la conformité des soins néonataux en salle de naissance ;

— organiser le transfert des nouveaux-nés de la salle de naissance vers la salle d'hospitalisation ;

— assurer la prise en charge des nouveaux-nés tant sur le plan curatif que préventif.

CHAPITRE II

CONDITIONS D'ORGANISATION ET D'EXERCICE DE LA NÉONATOLOGIE

Article 5 : La néonatalogie au sens du présent décret, est la médecine du nouveau-né âgé de 0 à 28 jours et sa prise en charge pendant cette période.

Article 6 : La néonatalogie s'exerce dans les structures suivantes :

- service de néonatalogie ;
- service de gynécologie-obstétrique ;
- service de pédiatrie ;
- maternité publique et privée.

Article 7 : La néonatalogie est organisée :

- soit, en service de néonatalogie dans les centres hospitalo-universitaires, contigu au service de gynécologie-obstétrique ;
- soit, en unité de néonatalogie dans les services de gynécologie-obstétrique, dans les services de pédiatrie et dans les maternités réalisant 1500 naissances par an, au minimum ;
- soit, en unité de soins intensifs néonataux dans les services de gynécologie-obstétrique, dans les services de pédiatrie contigus à la salle de naissance et dans les maternités réalisant plus de 2500 naissances par an, au minimum ;
- soit, en unité de réanimation néonatale dans les centres hospitalo-universitaires et dans les services de pédiatrie contigus à la salle de naissance.

Les unités prévues ci-dessus relèvent des services de pédiatrie.

Article 8 : La structure affectée à l'activité de néonatalogie doit être contiguë à celle affectée à l'activité de gynécologie-obstétrique à proximité de la salle de naissance.

Article 9 : Le service de néonatalogie accueille les enfants, tel que prévu à l'article 5 ci-dessus, malades ou nécessitant une surveillance particulière ou présentant des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins spécialisés.

Article 10 : L'unité de néonatalogie accueille les enfants, tel que prévu à l'article 5 ci-dessus, malades ou nécessitant une surveillance particulière.

Article 11 : L'unité de soins intensifs néonatale assure la prise en charge et la surveillance des enfants, tel que prévu à l'article 5 ci-dessus, présentant une ou plusieurs pathologies aiguës.

Elle assure une ventilation des premières heures et un transfert du nouveau-né vers une unité de réanimation néonatale en cas d'absence d'amélioration ou d'aggravation de l'état de l'enfant

Article 12 : L'unité de réanimation néonatale accueille les enfants, tel que prévu à l'article 5 ci-dessus, présentant des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins spécialisés.

Article 13 : La liste et la nature des activités de néonatalogie par unité et service sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 14 : Les structures exerçant l'activité de néonatalogie doivent répondre aux normes minimales en termes de ressources humaines, de locaux et d'équipements fixés à l'annexe jointe au présent décret

Article 15 : Les structures prévues dans le présent décret sont soumises au contrôle des services compétents du ministère de la santé conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Article 16 : Les établissements et structures de santé existants sont tenus de se conformer aux dispositions du présent décret dans un délai de deux (2) ans à compter de la date de sa publication au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Article 17 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 8 Chaoual 1426 correspondant au 10 novembre 2005.

Ahmed OUYAHIA.

ANNEXE

Normes minimales en ressources humaines, en locaux et en équipements des structures de néonatalogie.

1 - NORMES RELATIVES AUX LOCAUX :

- un espace de surveillance et de soins, d'une superficie minimale de 3 m² par lit ;
- une salle de préparation médicale pour transfert ;
- une salle d'allaitement réservée aux mères ;
- une salle d'accueil ;
- un emplacement de nettoyage ;
- une salle de détente réservée au personnel ;
- des installations sanitaires.

Lits d'hospitalisation :

- un service de néonatalogie doit disposer d'un minimum de 24 lits d'hospitalisation :
- douze (12) lits pour soins généraux ;
- six (6) lits pour soins intensifs ;
- six (6) lits pour la réanimation.
- une unité de néonatalogie doit disposer d'un minimum de six (6) lits d'hospitalisation pour soins généraux ;
- * une unité de soins intensifs néonataux doit disposer d'un minimum de douze (12) lits d'hospitalisation :
- * six (6) lits réservés aux soins généraux ;
- * six (6) lits réservés aux soins intensifs.
- * une unité de réanimation néonatale doit disposer de douze (12) lits d'hospitalisation :
- * six (6) lits pour soins intensifs ;
- * six (6) lits pour la réanimation-

II - NORMES RELATIVES A L'EQUIPEMENT :

1) L'unité de néonatalogie doit être dotée :

- * d'un équipement assurant pour chaque lit :
- * le maintien de l'équilibre thermique (couveuse, table de réanimation, berceau chauffant) ;
- * l'aspiration avec manomètre ;
- * l'administration de l'air et de l'oxygène à usage médical ;
- * la pose d'une perfusion ;
- * la photothérapie ;
- * l'alimentation continue de suppléance ;
- * d'un groupe électrogène.

2) L'unité de soins intensifs néonataux doit être dotée :

- * d'un équipement assurant pour chaque lit :
- * le maintien de l'équilibre thermique (couveuse – table de réanimation - berceau chauffant) ;
- * l'aspiration avec un manomètre ;
- * l'administration de l'air et de l'oxygène à usage médical ;
- * la pose d'une perfusion ;
- * la photothérapie ;
- * l'alimentation continue de suppléance ;
- * la surveillance continue de l'activité cardio-respiratoire ;
- * l'oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré ;
- * l'utilisation de la pression positive continue (PPC) ;
- * le contrôle continu de la saturation en oxygène ;
- * la ventilation artificielle des premières heures ;
- * une exsanguino-transfusion ;
- * la radiographie conventionnelle réalisée par un appareil mobile ;
- * l'échographie ;
- * d'un groupe électrogène.

3) L'unité de réanimation néonatale doit être dotée :

- * d'un équipement assurant pour chaque lit :
- * le maintien de l'équilibre thermique (couveuse – table de réanimation - berceau chauffant) ;
- * l'aspiration ;
- * l'administration de l'air et de l'oxygène à usage médical voire de monoxyde d'azote ;

- * la surveillance continue de l'activité cardio-respiratoire ;
- * l'oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré ;
- * l'utilisation de la pression positive continue (PPC) ;
- * le contrôle continu de la saturation en oxygène ;
- * la perfusion automatisée (2 par lit soluté) ;
- * la nutrition parentérale automatisée ;
- * la ventilation artificielle de longue durée avec un appareil adapté au nouveau-né
- * la photothérapie ;
- * la surveillance de la pression de l'oxygène et de l'oxyde de carbone transcutané ;
- * une exsanguino-transfusion ;
- * les examens de gaz du sang et les examens biologiques ;
- * la radiographie conventionnelle réalisée par un appareil mobile ;
- * l'échographie doppler du nouveau-né par un appareil mobile ;
- * l'électrocardiographie ;
- * d'un groupe électrogène.

4) Le service de néonatalogie doit disposer, en plus de l'équipement prévu pour les unités de soins intensifs et de réanimation, d'un équipement assurant :

- * l'électroencéphalographie et les potentiels évoqués ;
- * les endoscopies respiratoires et digestives du nouveau-né.

III - NORMES RELATIVES EN RESSOURCES HUMAINES :

Les structures de néonatalogie, doivent disposer d'une équipe pluridisciplinaire disponible 24 Heures/24 composée :

- * d'un pédiatre ou à défaut d'un généraliste (en dehors des centres hospitalo-universitaires) justifiant des compétences avérées en néonatalogie, responsable ;
- * d'un psychologue ;
- * d'un kinésithérapeute ;
- * d'un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie ou en soins généraux et d'un infirmier breveté pour :
- * huit (8) nouveaux-nés hospitalisés en soins généraux ;
- * trois (3) nouveaux-nés hospitalisés en soins intensifs ;
- * trois (3) nouveaux-nés hospitalisés en réanimation.

Arrêté du 27 Safar 1427 correspondant au 27 mars 2006 fixant la liste et la nature des activités de néonatalogie par unité et service.

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,
Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1^{er} mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;
Vu le décret exécutif n° 05-438 du 8 Chaoual 1426 correspondant au 10 novembre 2005 relatif à l'organisation et à l'exercice de la périnatalité et de la néonatalogie, notamment son article 13 ;

Arrête :

Article 1^{er} : En application des dispositions de l'article 13 du décret exécutif n° 05-438 du 8 Chaoual 1426 correspondant au 10 novembre 2005 susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer la liste et la nature des activités de néonatalogie par unité et service.

Article 2 : La nature des activités de néonatalogie par unité et service consiste en la prise en charge des activités de prévention, de soins généraux, de soins intensifs et de réanimation.

Article 3 : La liste des activités de néonatalogie par unité et service est annexée au présent arrêté.

Article 4 : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Safar 1427 correspondant au 27 mars 2006.

Amar TOU.

ANNEXE

LISTE DES ACTIVITES DE NEONATALOGIE PAR UNITE ET SERVICE

1. - Activités par service

Activités assurées par le service de néonatalogie destinées à la prise en charge des nouveau-nés 0-28 jours

- soins généraux ;
- soins intensifs ;
- réanimation ;
- prévention en maternité.

Les soins dispensés sont en rapport avec l'unité dans laquelle se trouve le nouveau-né malade.

2. - Activités par unité

2.1 - Activités assurées par l'unité de néonatalogie soins généraux destinées aux enfants qui ne peuvent pas être surveillés en maternité et aux nouveau-nés de plus de 1800 grammes après période d'observation et de stabilisation

- équilibre thermique du nouveau-né ;
- oxygénothérapie (enceinte de hood) ;
- mise en place d'une perfusion ;
- le gavage ;
- la photothérapie ;
- l'antibiothérapie ;
- la transfusion de sang total ou de culot globulaire en cas de risque vital.

2.2 - Activités assurées par l'unité de néonatalogie soins intensifs destinées aux nouveau-nés malades pouvant décompenser brutalement ainsi que les prématurés et/ou retard de croissance intra-utérin de 30-32 semaines d'âge gestationnel ou de poids supérieur à 1000 g ne présentant pas de pathologie majeure

- équilibre thermique d'un nouveau-né en couveuse avec surveillance de la température ;
- surveillance d'un nouveau-né présentant des symptômes sans caractère de gravité ;
- surveillance d'un prématuré et/ou d'un petit poids de naissance stable sur les plans cardiorespiratoires et hémodynamiques ;

- le gavage ou la perfusion pour une courte durée ;
 - la photothérapie intensive,
 - l'administration des médicaments par voie orale ou injectable ;
 - la mise en place d'un cathéter veineux ombilical ;
 - l'exsanguino-transfusion ;
 - le traitement de la détresse respiratoire par ventilation en pression positive continue ;
 - la ventilation des premières heures et un traitement du choc avant le transfert médicalisé vers une unité de réanimation ;
 - la poursuite des soins pour les malades ne relevant plus de la réanimation.
- 2.3 - Activités assurées par l'unité de réanimation néonatale destinées aux enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux, aux prématurés de moins de 32 semaines d'âge gestationnel et aux enfants malades présentant un retard de croissance intra-utérin de poids inférieur à 1500 g
- la ventilation artificielle;
 - la mise en place d'une voie veineuse profonde ;
 - l'imagerie et la radio interventionnelle.

Instruction N° 004 MSPRH/MIN relative à la mise en œuvre du programme national de périnatalité

Destinataires

Messieurs :

- Les directeurs de la santé et de la population

Pour suivi

- Les Directeurs Généraux des CHU.

- Les Directeurs d'Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

- Les Directeurs de Secteurs Sanitaires.

Pour exécution et suivi

La réduction de la mortalité maternelle et périnatale est un objectif de santé publique qui nécessite une attention particulière. C'est la raison pour laquelle le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière a élaboré un programme national de périnatalité dont l'application s'étale sur trois ans.

Il s'agit d'un instrument technique destiné à réduire de manière substantielle les taux de mortalité maternelle et néonatale.

Ce programme triennal s'articule autour de la réalisation de trois catégories d'objectifs :

1) Les objectifs liés à la période prénatale. Ces objectifs sont :

- La diminution de 30% de la mortalité périnatale liée aux complications de l'association diabète et grossesse ;
- La diminution de 50% de l'incidence de l'incompatibilité materno-fœtale dans le système rhésus lié au D ;
- La diminution de 30% des complications fœtales liées à l'hypertension et du nombre de décès maternels par éclampsie ;
- La prise en charge efficace de 50% des cas de pré éclampsie ;
- La prise en charge efficace de 50% des cas de pré éclampsie ou d'éclampsie.

2) Les objectifs liés à la période périnatale. Ces objectifs sont :

- La réduction de 30% de la mortinatalité du per partum liée aux conditions de la surveillance du travail ;
- La réduction de 30% de la mortalité maternelle liée aux complications de l'hémorragie de la délivrance et la prise en charge efficace de 50% des cas d'hémorragie ante partum ; La normalisation de toutes les salles de naissance.

3) Les objectifs liés à la période postnatale. Ces objectifs sont :

- La diminution de 50% de la mortalité néonatale liée à la maladie hémorragique ;
- La prévention de l'hypothermie iatrogène en renforçant le lien mère/ enfant dès la naissance, en respectant la chaîne du " chaud", et en permettant l'hospitalisation dans des conditions thermiques adéquates des nouveau-nés nécessitant des soins hospitaliers ;
- La réduction de 30% de la mortalité néonatale liée à l'infection materno-fœtale ;
- La lutte contre la mortalité néonatale dans le secteur de l'hospitalisation ;
- La réunion des conditions permettant aux mères de rester 254 heures sur 24 auprès de leur enfant hospitalisé ;
- La diminution de 30 % de mortalité des très faibles poids de naissance ;
- L'instauration de l'allaitement au sein précoce et exclusif pour l'ensemble des nouveau-nés, nés dans des établissements de santé ;
- La promotion et la généralisation de la méthode "Kangourou" au niveau de tous les établissements de santé concernés.

La mise en œuvre de ce programme a été renforcée au plan réglementaire par le décret exécutif n° 05-438 du 10 novembre 2005 relatif à l'organisation et à l'exercice de la périnatalité et de la néonatalogie. Un arrêté ministériel a été signé le 27 mars 2006 fixant la liste et la nature des activités de néonatalogie par unité et par service, en application du décret exécutif n° 05-438 sus cité.

Les établissements de santé disposent d'un délai de deux ans à compter de la publication du décret exécutif n° 05-438 sus-cité pour se mettre en conformité avec les dispositions de ce texte.

Une commission ministérielle placée auprès du ministre a été mise en place en mars 2006. Elle est notamment chargée du suivi et de l'évaluation du programme et de l'application du décret exécutif n° 05-438 sus-cités,

De ce qui précède, il est demandé aux établissements de santé concernés, la mise en œuvre de la stratégie d'action arrêtée pour chacune des phases identifiées par le programme.

Un bilan des activités en la matière devra être établi, conformément au modèle qui vous sera communiqué prochainement, et transmis à la commission ministérielle sus citée.

Toutes les dispositions antérieures à la présente instruction sont abrogées.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
عمار تو

ANNEXE 2

Formulaire de constatation de Décès Périnatal et Néonatal Tardif

(Concerne les enfants mort-nés et ceux décédés avant le 6^{ème} jours de vie révolu et ceux décédés avant le 27^{ème} jour de vie révolu).

Nom et Prénom de l'enfant :..... اسم و لقب الطفل /ة

Structure de santé :..... الهيكل الصحي

Adresse..... عنوان

Nom- Prénom du Père..... اسم و لقب الأب

Fonction..... المهنة

Adresse..... العنوان

Nom- Prénom de la mère..... Fonction.....

..... اسم و لقب الأب..... المهنة

Adresse..... العنوان

N°	Renseignements	المعلومات	الرمز Code
Q 01	N° d'ordre de l'enfant للطفل	الرقم الترتيبي	/----/---- /
Q 02	Wilaya :		/----/---- /
Q 03	Commune..... البلدية		/----/---- /
Q 04	طبيعة الهياكل Type de la structure	1 <input type="checkbox"/> 1	مستشفى
		2 <input type="checkbox"/> 1	مصلحة ولادة خارج المستشفى
		3 <input type="checkbox"/> 1	مصلحة ولادة ريفية خارج المستشفى
		4 <input type="checkbox"/> 1	مصلحة ولادة خارج المستشفى
		5 <input type="checkbox"/> 1	أخرى (تحدد)

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA NAISSANCE

Q 05	حالة الولادة Etat de la naissance	Né vivant	1 <input type="checkbox"/>	المولود حيا	/---/
		Mort-né	2 <input type="checkbox"/>	المولود ميتا	
Q 06	النوع Genre	Masculin	1 <input type="checkbox"/>	ذكر	/---/
		Féminin	2 <input type="checkbox"/>	أنثى	
Q 07	نوع الولادة Type de naissance	Unique	1 <input type="checkbox"/>	وحيدا	/---/
		Gémellaire	2 <input type="checkbox"/>	توأم	
		Autre Si q05= 1, allez à Q09	3 <input type="checkbox"/>	آخر اذا كان السؤال 1 = 5 انتقل الى السؤال 9	
Q 08	صف الولادة التوأمية Rang de naissance	Premier jumeau	1 <input type="checkbox"/>	التوأم الأول	/---/
		Deuxième jumeau	2 <input type="checkbox"/>	التوأم الثاني	
		Autre	3 <input type="checkbox"/>	آخر	
Q 09	تاريخ الميلاد Date de naissance	Jour		اليوم	/---/---/
		Mois		الشهر	/---/---/
		Année		السنة	/---/---/
		Heures		الساعة	--/--/ /- -/--/
Q 10	تاريخ الميلاد بالنسبة للمواليد للأحياء Date de décès pour les Nés vivants	Jour		اليوم	/---/---/
		Mois		الشهر	/---/---/
		Année		السنة	/---/---/
		Heures		الساعة	--/--/ /- -/--/
Q 11	Poids à la naissance	Poids en grammes :.....		الوزن بالغرام	--/--/ /- -/--/
Q 12	Apgar	à 01 minute		ايقار عند الدقيقة الاولى	/---/---/
Q 13	Apgar	à 05 minutes		ايقار عند الدقيقة الخامسة	/---/---/
Q 14	الولادة بمساعدة Accouchement assisté par	Sage femme	1 <input type="checkbox"/>	قابلة	/---/
		Médecin	2 <input type="checkbox"/>	طبيب	
		Obstétricien	3 <input type="checkbox"/>	اختصاصي في التوليد	
		Autre	4 <input type="checkbox"/>	آخر	

Pour les nés vivants (Q05= 1)			بالنسبة للمواليد أحياء (السؤال 1 = 5)		
Q 15	السبب المباشر للوفاة المبكرة قبل 164 دقيقة Cause directes des décès néonataux précoces (avant la 164ème heure de vie)	Asphyxie	1	اختناق	/---/
		Infection	2	التهاب	
		Détresses respiratoires	3	صعوبة التنفس	
		Conditions associées à la prématurité.	4	ظروف متعلقة بالولادة قبل الأوان	
		Autre	5	آخر	
Pour les morts – nés (Q 05= 2)			بالنسبة للمواليد أموات -السؤال 2 = 5		

Q 16	سبب الوفاة	Mort-né macéré avec malformation	1	مولود ميت ممرس مع تشوهات	/---/
		Mort-né macéré sans malformation	2	مولود ميت ممرس بدون تشوهات	
		Mort-né non macéré avec malformation	3	مولود ميت غير ممرس مع تشوهات	
		Mort-né non macéré sans malformation	4	مولود ميت غير ممرس بدون تشوهات	
		Asphyxie intra-partale	5	اختناق	
		Sans précision	6	بدون تدقيق	
		Autre	7	آخر	
Renseignements relatifs à la mère معلومات متعلقة بالأم					
Q 17	Age de la mère (en années)	Age de la mère en années	سن الأم بالأعوام		/---/

Antécédents obstétricaux		السوابق المتعلقة بالحمل			
Q 18	Nombre de grossesses antérieures	Nombre de grossesses antérieures	عدد الولادات السابقة		/---/
Q 19	Place dans la fratrie	Place dans la fratrie	الترتبة بين الاخوة و الأخوات		/---/
Q 20	Nombre de consultations prénatales	Nombre de consultations	عدد المكثوفات الطبية قبل الولادة		/---/
Q 21	الأمراض أثناء الحمل	Diabète	1	السكري	/---/
		HTA	2	ضغط الدم	
		Iso immunisation rhésus	3		
		Infection génitale	4	التهاب في الجهاز التناسلي	
		Infection urinaire prouvée	5	التهاب بولي مؤكد	
		Autre	6	آخر	
		Aucune	7	لا شيء	
Q 22	طريقة التوليد	Basse naturelle	1	منخفضة طبيعية	/---/
		Basse instrumentalisée	2	منخفضة آلية	
		Césarienne	3	قيصرية	
Q 23	وضع الجنين	Sommet	1	رأس	/---/
		Autre	2	آخر	
Q 24	سن الجنين	de 24 à 32 semaines	1	من 24 الى 32 أسبوع	/---/
		de 32 à 36 semaines	2	من 32 الى 36 أسبوع	
		plus de 36 semaines	3	أكثر من 36 أسبوع	
Décès constaté par Nom : معاينة الوفاة من طرف الاسم					
Q 25	الصفة	Obstétricien	1	مختص بالوليد	/---/
		Médecin généraliste	2	طبيب عام	
		Pédiatre	3	طبيب أطفال	
		Sage femme	4	قابلة	

***Instruction n° 005 MSPRH/MIN du 19 Avril 2006 relative au développement des soins
par la méthode " Kangourou" au sein des établissements publics de santé***

Destinataires

Messieurs :

- Les directeurs de la santé et de la population
- Les Directeurs Généraux des CHU.
- Les Directeurs d'Etablissements Hospitaliers Spécialisés.
- Les Directeurs de Secteurs Sanitaires.

pour suivi

Pour exécution et suivi

L'incidence élevée des petits poids de naissance en Algérie, contribue à augmenter la mortalité et la morbidité néonatale qui reste élevée en raison de l'absence d'une prise en charge appropriée, et qui constitue de ce fait un problème de santé publique.

Cette insuffisance est prise en considération par le programme national de périnatalité qui prévoit parmi ses axes de travail la promotion de la méthode "Kangourou".

Le but de cette méthode est de maintenir le nouveau-né auprès de sa mère sans altérer la qualité des soins prodigués tant à l'enfant qu'à sa mère. Son intérêt est d'ordre physiologique, affectif et économique.

La mise en œuvre de cette méthode, déjà initiée dans certains CHU, est à élargir dans les structures de néonatalogie concernées par la population d'enfants éligibles à la méthode, selon les modalités définies dans la présente instruction.

Modalités de mise en œuvre de la méthode

1) La méthode Kangourou s'adresse à des enfants :

- Dont le poids de naissance est inférieur ou égal à 2000 grammes, stables sur le plan cardio-respiratoire et exempts de pathologie grave nécessitant une réanimation néonatale.
- Qui ont pris du poids en incubateur, possèdent un réflexe de succion et chez qui la coordination succion déglutition se fait sans problème.

Sont exclus de l'application de cette méthode :

- Les nouveau-nés présentant une détresse importante ;
- Ceux présentant des signes cliniques majeurs d'infection,
- Les prématurés d'âge inférieur à trente-quatre (34) semaines.

2) La mère doit, elle aussi, être jugée "apte", Ce système de "cuvage" n'est pas de tout repos. En effet, il s'agit de garder l'enfant droit contre soi, 24 heures sur 24. De nuit, l'exercice est particulièrement contraignant dans la mesure où il faut dormir en position demi-assise.

3) les lits placés en maternité affectés à cette activité sont placés sous la responsabilité des pédiatres, et son rattachés administrativement à leur service d'origine.

4) l'établissement de santé doit disposer d'un personnel médical et paramédical ayant une formation en la matière.

Cette méthode ne nécessite pas de moyens techniques mais une organisation spécifique pour assurer des soins particuliers aux nouveau-nés grâce à une participation active des mamans.

Les locaux affectés à cette activité seront appelés dans un souci organisationnel "Unités Kangourou".

Compte tenu de ce qui précède, il est demandé aux directeurs des établissements de santé, de prendre toutes les mesures nécessaires en vue de l'utilisation de cette méthode par les services concernés.

Une évaluation semestrielle des dispositions prises à cet effet est demandée.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
عمار تو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET LA REFORME HOSPITALIERE

PROGRAMME NATIONAL DE PERINATALITE

CIRCULAIRE N° 010 DU 09 JUILLET 2006 RELATIVE A L'INITIATIVE
****HOPITAUX AMIS DES BEBES****

DESTINATAIRES :

- Mesdames et Messieurs les DSP Pour application, suivi et communication aux :
 - Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés
 - Directeurs des Secteurs Sanitaires

Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires,
Etablissements Hospitaliers Universitaires et Etablissements hospitaliers : pour mise en oeuvre

Cette circulaire rappelle les dispositions prévues dans l'instruction ministérielle n° 002 /MIN/SP de 1999 portant initiative *Hôpitaux amis des bébés*.

L'initiative *Hôpitaux amis des bébés* représente l'opportunité d'encourager et de promouvoir un allaitement au sein exclusif dès la naissance.

Cette initiative propose aux services de maternité une démarche pour assurer un accompagnement optimal du démarrage de l'allaitement maternel des règles de conduite pour le personnel hospitalier ont été établies afin d'assurer un environnement favorable aux mères allaitant leur bébés. Ces règles sont résumées par les dix recommandations suivantes :

- 1- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels de santé
- 2- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
- 3- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique
- 4- Aider les mères à commencer l'allaitement au sein leur enfant dans la demi heure suivant la naissance
- 5- Montrer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
- 6- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que du lait maternel sauf indication médicale
- 7- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24
- 8- Encourager l'allaitement au sein lorsque la mère le demande
- 9- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
- 10- Encourager la constitution d'association de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Les maternités qui suivent ces recommandations reçoivent alors le label Hôpitaux Amis des Bébé, concrétisé par une plaque apposé à la porte de l'établissement.

Les Directeurs des établissements de santé sont instruits à s'engager vis-à-vis du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière à faire de leur s structures des "Hôpitaux Amis des Bébé"

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
عمار تو

PROGRAMME NATIONAL PERINATALITE

Instruction N° 007 du 20 Novembre 2006 relative à l'organisation des consultations de référence pour les grossesses a risque (DIABETE, HYPERTENTION ARTERIELLE)

DESTINATAIRE :

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : pour application, suivi et communication pour exécution aux :
 - Directeurs des établissements Hospitalières Spécialisés en gynécologie –obstétrique et pédiatrie ;
 - Directeurs des secteurs sanitaires
- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires « **pour mise en œuvre** »
- Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalier Universitaire et Etablissement Hospitaliers «pour mise en oeuvre »

En application de l'instruction Ministérielle N°004 du 19 Avril 2006 et afin d'assurer une meilleure prise en charge des grossesses à haut risque je vous demande d'identifier dans un délai n'excédant pas trois mois, des centres de références au niveau des secteurs sanitaires relevant de votre autorité.

Ces centres devront être organisés en réseaux avec les structures extrahospitalières assurant les activités de protection maternelle et infantile (PMI) périphériques et seront chargés d'organiser des consultations multidisciplinaires en particulier pour la prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle.

Ces consultations seront assurées par :

- un cardiologue, un diabétologue, un interniste et une sage-femme

Dans tous les cas, et à défaut de spécialiste, un médecin généraliste assurera cette activité.

La liste de l'équipement nécessaire à cette prise en charge est la suivante :

- Tensiomètre fonctionnel et un stéthoscope ;
- Stéthoscope obstétrical ;
- Mètre ruban, toise et pèse personne ;
- Bandelettes réactives (type labstix et Dextrostix)
- Sérum glucosée à 30% (pour le test d'O'Sullivan)

Par ailleurs, concernant l'enregistrement et l'évaluation des activités, doivent être disponibles au niveau des centres de référence mais également au niveau des PMI périphériques, les supports suivants :

- Fiche de liaison entre la PMI et le Centre de Référence ;
- Dossier médical
- Registre de consultation (le devenir de la mère et de l'enfant doit être mentionné sur le registre du centre de référence)
- Carte de passage prioritaire.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
عمار تو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE REFORME HOSPITALIERE
PROGRAMME NATIONAL PERINATALITE

Instruction N° 008/MSPRH/MIN du 22 NOV 2006
Relative à la prise en charge du Diabète au cours de la Grossesse

DESTINATAIRE :

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé de la Population de wilaya : Pour application, suivi et communication pour exécution aux :

- Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en Gynécologie obstétrique et pédiatrie.

- Directeurs des secteurs sanitaires

- les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires : pour mise en œuvre

- les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalier universitaire et Etablissement Hospitaliers. Pour mise en œuvre.

La grossesse d'une diabétique comporte plus de risque qu'une grossesse normale. Si les risques sont maintenant mesurés, on a aussi le moyen de les diminuer. On sait bien que le pronostic de la grossesse est intimement lié au contrôle de la glycémie et ce de la préconception à l'accouchement.

L'importance d'un équilibre parfait du diabète pendant toute la grossesse, les progrès de la surveillance de la glycémie et la collaboration entre obstétricien, diabétologue et néonatalogiste ont permis de réduire la mortalité périnatale ainsi que la morbidité néonatale (malformation congénitales, complications de la prématurité).

La prévalence du seul diabète gestationnel en Algérie est estimée à 5%.

Le personnel de santé doit comprendre que l'association « Diabète et grossesse » ne doit plus être vécue comme une fatalité. Tout doit être mis en œuvre pour que l'issue de la grossesse et de l'accouchement se déroule sans incidents.

Population cible

- Toutes les femmes enceintes présentant un diabète type 1 ou 2 connu :
- Toutes les femmes enceintes présentant un diabète gestationnel

Le dépistage va cibler toutes les femmes qui ont les facteurs de risque suivants :

Antécédent familial de diabète, obésité, âge 35 ans, antécédents obstétricaux de pré éclampsie, mort in utero, macrosomie, malformations.

Le dosage de la glycémie n'est pas suffisant pour dépister un diabète gestationnel.

Il est donc nécessaire de recourir au test d'O'SULLIVAN.

Stratégie

- Information et sensibilisation des femmes enceintes diabétiques par le personnel de santé au moment où elles se présentent en consultation prénatale.
- Le dépistage du diabète gestationnel (pour les femmes à risque) doit être pratiqué dès la première consultation (dès le début de la grossesse) au niveau du centre de référence puis, s'il est négatif, renouvelé à 24-28 SA (semaine d'aménorrhée) voire à 32 SA (semaine d'aménorrhée).
- Une fois captées, les femmes enceintes seront prises en charge au niveau du centre de référence par le diabétologue et/ou le médecin interniste ou à défaut le médecin généraliste formé à cet effet.

Le Centre de Référence doit pouvoir réaliser à chaque consultation prénatale les actes suivants :

- Contrôle de la glycémie et de la glycosurie
- Dosage de la fructosamine
- Mise au point diététique
- Contrôle du poids et de la TA
- Prescription d'un ECBU à la recherche d'une infection urinaire
- L'échographie et le fond d'œil en début de grossesse et vers 26/28 (SA) seront systématiquement prescrits.

Les médecins exerçant à titre privé sont impliqués dans cette démarche.

L'accouchement et la prise en charge du nouveau-né nécessitent que toute femme diabétique soit prise en charge dans une maternité adaptée au risque.

Une fiche de liaison sera remise à la patiente par le centre de référence ou par le médecin traitant exerçant à titre privé avec la mention « PRIORITAIRE » afin de faciliter son accès au niveau des structures spécialisées.

Evaluation :

L'évaluation est basée sur :

- le nombre de femmes enceintes dépistées au niveau des structures de santé de base ;
- le nombre de femmes enceintes dépistées au niveau des structures de santé de base et orientées au niveau du Centre de Référence ;
- le nombre de femmes enceintes captées prises en charge au niveau du Centre de Référence ;
- le nombre de femmes enceintes ayant accouché dans une maternité de référence adaptée au risque ;
- le devenir de la mère ;
- le devenir du fœtus et du nouveau - né

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
عمار تو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE REFORME HOSPITALIERE

Instruction N° 009/MSP/MIN/2006 Relative à la réduction des décès maternels liés aux complications des hémorragies

DESTINATAIRES :

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**
 - Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;
 - Directeurs des secteurs sanitaires
- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires « **pour mise en œuvre** »
- Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalier et Etablissement Hospitaliers « **pour mise en œuvre** »

La période périnatale est une période cruciale pour la survie de la mère et du nouveau-né. En application de l'instruction n° 4/MSPRH/Min du 19 Avril 2006 relative à la mise en œuvre du programme national de périnatalité, les objectifs liés à la période périnatale sont de réduire la mortalité maternelle, liées aux complications de l'hémorragie de la délivrance de 30% et d'assurer la prise en charge efficace de l'ensemble des cas d'hémorragie ante partum d'ici 2009. Ces hémorragies constituent un risque vital majeur, puisque 25% des décès maternels leur sont imputables. Il s'agira tout particulièrement de réunir les conditions pour une prise en charge efficace des femmes enceintes présentant un saignement vaginal après les cinq premiers mois de grossesse, lié à un placenta praevia ou à un décollement prématuré du placenta.

A cet effet, il y a lieu de s'assurer d'un suivi minutieux du déroulement de l'accouchement en vue de réduire le risque hémorragique au moment de la délivrance. Par ailleurs les parturientes doivent faire l'objet d'un suivi attentif après l'accouchement afin de détecter tout signe de saignement anormal.

En cas d'hémorragie importante (supérieure ou égale à 500ml), selon l'évaluation du risque et des possibilités de prise en charge, s'il y a lieu de procéder en urgence au transfert de la patiente vers une maternité de référence et adaptée au risque ; le transfert de la malade nécessite ;

- L'information au préalable du service d'accueil ;
- Le respect des conditions d'évacuation conformément aux termes de l'instruction ministérielle n° 007/MSPRH/MIN du 03 septembre 2006 annulant et remplaçant l'instruction n°3 du 18 avril 1998 fixant les conditions d'évacuation de malades.
- L'accompagnement de la parturiente par un personnel capable de conduire une éventuelle réanimation en cours de transfert.
- De faire suivre le dossier d'accouchement et le carnet de santé de la parturiente.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
عمار تو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE REFORME HOSPITALIERE

Instruction n°010 MSP/MIN/2006 relative aux conditions de surveillance du travail en salle d'accouchement

DESTINATAIRES :

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**
 - Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;
 - Directeurs des secteurs sanitaires
- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires « **pour mise en œuvre** »
- Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalier et Etablissement Hospitaliers « **pour mise en œuvre** »

La période d'accouchement est une période cruciale pour la survie de la mère et du nouveau-né .En application de l'instruction n°4/MSPRH/Min du 19 Avril 2006 relative à la mise en œuvre du programme national de périnatalité, les objectifs liés à la période périnatale vise à réduire de 30% la mortalité du perpartum, liée aux conditions de surveillance.

La cible principale est de fait représentée par l'ensemble des parturientes accueillies au niveau des structures de santé.

Les objectifs quantitatifs fixés impliquent la souffrance fœtale aigüe .Dans cet axe, la normalisation des services requiert

- L'aménagement d'une unité « pré travail » pour l'ensemble des maternités de références. en outre, ces maternités doivent disposer de l'équipement requis pour la surveillance du travail, en l'occurrence un échographe, un amnioscope, un tococardiographe, une PH métrique fœtale.
- La généralisation et la systématisation du partogramme à l'ensemble des maternités

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME
HOSPITALIERE

INSTRUCTION N° 014 MSPRH/MIN DU 27 JAN 2007

***PROGRAMME NATIONAL PERINATALITE RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE
PAR INFECTION MATERNO-FŒTALE***

DESTINATAIRES

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**

- * Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;
- * Directeur des secteurs sanitaires
- * Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires

Pour mise en œuvre

- * Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers.

Pour mise en œuvre

L'infection materno-fœtale est une pathologie à laquelle les médecins s'occupant de nouveau-nés sont quotidiennement confrontés. Le cas des enfants nés dans un contexte infectieux et symptomatiques dès la naissance ne pose pas de problème diagnostique. Cette instruction s'adresse aux médecins généralistes qui sont confrontés quotidiennement à cette situation en période néonatale précoce au niveau des services de pédiatrie ou de maternité et qui ne disposent pas de moyens suffisants pour étayer suffisamment le diagnostic

Objectif :

L'objectif est de réduire la mortalité néonatale liée à l'infection materno-fœtale de 30% d'ici l'an 2009.

Population cible

Nouveau-né symptomatique (Situation 1) :

Lorsque les signes cliniques sont présents, la décision thérapeutique est aisée même si l'on sait que certains symptômes ne sont pas spécifiques de l'infection néonatale.

« Tout nouveau-né qui va mal, sans raison apparente, est à priori suspect d'infection »

Nouveau-né symptomatique (Situation 2 et 3)

C'est dans ce contexte que l'on rencontre toutes les difficultés, car on sait que l'infection bactérienne peut concerner le nouveau-né d'apparence sain. L'enfant n'a pas de signes cliniques d'appel, mais l'anamnèse obstétricale a mis en évidence des facteurs de risque. La situation risquent de se détériorer très rapidement, il faut alors rassembler tous les critères qui permettront de débiter une antibiothérapie.

Situation 2 :

Bilan infectieux :

Il n'y a pas d'examen biologique permettant à lui seul de diagnostiquer l'infection chez le nouveau-né. Les décisions de poursuite de l'antibiothérapie ne peuvent être prises que sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques

(hémogramme, CRP, fibrinogène, liquide gastrique, ponction lombaire, hémocultures) :

Traitement : qui traiter ?

1- nouveau-nés symptomatique (situation1) et asymptomatique (situation2)

Une association d'antibiotique de première intention est instituée sans délai **Ampicilline** (100 mg /Kg/j en 2 fois) + **Aminoside** (3,5 mg/Kg).

Si possible, ajouter une **Céphalosporine 3^{ème} Génération** en l'absence d'orientation étiologique et en attendant les résultats des prélèvements bactériologiques (48h) et l'antibiogramme.

Dans la « situation 2 » si la clinique et le bilan infectieux sont normaux, on peut interrompre l'antibiothérapie 48 heures après son institution.

Durée du traitement antibiotique

Pour les Béta-lactamines : 8 jours pour les bactériémies et 15 à 21 jours les méningites.

Pour les **Aminosides** : deux injections au total à espacer d'au moins 24 à 48 heures selon l'âge gestationnel et l'état clinique de l'enfant.

Place de la voie orale :

En pratique, il est habituel d'attendre la normalisation de la CRP avant de passer au traitement per os (**Amoxicilline 200 mg/Kg/j en 3 prises**).

Elle est indiquée en l'absence de troubles hémodynamiques et / ou digestifs.

Evaluation

L'évaluation est basée sur :

- le nombre de nouveau-nés
- le nombre de nouveau-nés ayant présenté une infection néonatale
- le nombre de nouveau-nés ayant présenté une infection néonatale mis sous traitement antibiotique.
- le nombre de nouveau-nés décédés par infection néonatale.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME
HOSPITALIERE

**INSTRUCTION N° 015 MSPRH/MIN DU 27 JAN 2007 RELATIVE A LA PREVENTION DE LA
MALADIE HEMMORAGIQUE DU NOUVEAU-NE**

DESTINATAIRES

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**

* Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;

* Directeur des secteurs sanitaires

* Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires

Pour mise en œuvre

* Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers.

Pour mise en œuvre

La maladie hémorragique est due principalement à une immaturité hépatique liée à un déficit en facteurs de coagulation vitamine K-dépendant. Les troubles apparaissent 2 ou 3 jours après la naissance sous forme d'hémorragie allant de la simple ecchymose à l'hémorragie intracérébrale. Elle survient rarement chez les enfants ayant une prophylaxie correcte dès la naissance, d'où la nécessité de sa prévention systématique à la naissance par l'administration de la vitamine K1, qui alors parviendrait à réduire le nombre de décès et de handicaps avec un rapport coût/ efficacité appréciable.

L'objectif fixé est de réduire la mortalité néonatale liée à la maladie hémorragique de 50% d'ici 2009

Population cible : Tous les nouveau-nés en salle de naissance

Stratégie

La vitamine K1 doit être administrée en intramusculaire dans les six heures suivant la naissance après la stabilisation initiale du bébé, selon le schéma suivant :

- Administrer **une dose unique de 0,5 mg** de vitamine K1 en **intramusculaire** chez tout nouveau-né dont le poids de naissance est **inférieur ou égal à 1500 g**.
- Administrer une **dose unique de 1,0 mg** de vitamine K1 en intramusculaire chez tout nouveau-né dont le poids de naissance est supérieur à **1500 g**.

Evaluation

L'évaluation est basée sur :

- le nombre de nouveau-nés enregistrés
- le nombre de nouveau-nés ayant reçu une injection de vitamine K1
- le nombre de cas de maladie hémorragique déclarés.

**INSTRUCTION N° 016 DU 27 JAN 2007 RELATIVE A LA PREVENTION DE
L'HYPOTHERMIE EN SALLE DE NAISSANCE
« CHAÎNE DU CHAUD »**

DESTINATAIRES :

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**

* Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;

* Directeur des secteurs sanitaires

* Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires **Pour mise en œuvre**

* Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers. **Pour mise en œuvre**

Le nouveau-né n'est pas en mesure de réguler sa température et de ce fait, il ne peut pas supporter les variations de la température ambiante, qui peuvent avoir des conséquences très graves allant jusqu'à son décès. Plus le nouveau-né est petit plus le risque est grand.

Afin de lutter efficacement contre l'hypothermie et toutes ses conséquences néfastes sur le nouveau-né, il faut agir sur les conditions qui induisent cette hypothermie.

Population cible : Tous les nouveau-nés en salle de naissance (en particulier les prématurés)

Stratégie : la « chaîne du chaud »

Cette « chaîne du chaud » est un ensemble de mesures interdépendantes qu'il faut prendre à la naissance et au cours des heures et des jours suivants afin de réduire au maximum les pertes thermiques chez les nouveau-nés.

- 1- Salle d'accouchement chaude (25 à 28°C), sans courants d'air.
- 2- Séchage immédiat du nouveau-né
- 3- Contact peau à peau avec la mère
- 4- Allaitement dès que possible après l'accouchement
- 5- Report du bilan le sang, le méconium et le vermix caseosa auront été essuyés lors du séchage à la naissance, il n'est pas nécessaire d'enlever les restes de vermix caseosa car ils sont inoffensifs et permettent de réduire les pertes thermiques et sont réabsorbés par la peau au cours des premiers jours de la vie.
- 6- Vêtements et literie adaptés dans les premiers heures suivant la naissance, l'habillage devant toujours comprendre un bonnet car 25% des pertes thermiques se produisent par la tête si elle est découverte.
- 7- Garder toujours la mère et l'enfant ensemble.
- 8- Transport au chaud s'il est nécessaire de transférer le nouveau né
- 9- Réanimation sur un plan de travail préchauffé.

Les hôpitaux soignant des nouveau-nés malades ou de faible poids de naissance doivent disposer de matériel permettant d'assurer une bonne température à ces nouveau-nés

(Couveuses, berceaux chauffants...) et des thermomètres à graduations basses (jusqu'à 25°C)

On mesurera régulièrement et fréquemment la température des nouveau-nés malades ou faible poids de naissance, toutes les quatre heures ou au moins trois fois par jour et plus souvent encore si le nouveau-né se trouve sous une source de chauffage radiant.

Les thermomètres habituels gradués jusqu'à 35°C sont en général suffisants pour les contrôles ou la surveillance systématique de la température corporelle. Si on n'arrive pas à trouver la température avec un tel thermomètre, cela indique une hypothermie modérée à grave et on prendra rapidement les mesures qui s'imposent pour réchauffer le nouveau-né.

Evaluation

L'évaluation est basée sur :

- le nombre de nouveau-nés
- le nombre de nouveau-nés ayant présenté une hypothermie
- le nombre de nouveau-nés ayant nécessité un réchauffement sur un plan de travail préchauffé
- le nombre de décès enregistrés par hypothermie sévère

PROGRAMME NATIONAL PERINATALITE
INSTRUCTION N° 017 DU 27 JAN 2007 RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DE
L'HYPERTENSION ARTERIELLE AU COURS DE LA GROSSESSE

DESTINATAIRES :

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**

* Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;

* Directeur des secteurs sanitaires

* Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires **Pour mise en œuvre**

* Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers.

Pour mise en œuvre

L'Hypertension constitue la principale complication médicale de la grossesse, elle concerne 10% des femmes enceintes, et elle est responsable d'environ 15% de la mortalité maternelle en rapport avec les complications de l'hypertension artérielle gravidique.

Les conditions de dépistage de captation et de suivi de cette catégorie de patientes ne sont pas adaptées, au niveau de l'ensemble du territoire national, à une prise en charge optimale de cette « association morbide ». Le diagnostic d'hypertension artérielle au cours de la grossesse correspondant à la mise en évidence d'une pression artérielle systolique > 130 mmHg et/ ou une pression artérielle diastolique > 85 mmHg à au moins deux prises tensionnelles.

L'objectif de cette instruction est de mettre en place un dispositif de dépistage systématique, un suivi adapté durant toute la grossesse, et assurer un accouchement sécurisé.

Population cible :

- Toutes les femmes enceintes dans le cadre du dépistage
- Toutes les femmes présentant une hypertension chronique
- Toutes les femmes présentant une hypertension artérielle gravidique

Stratégie :

- Dépister l'hypertension artérielle chez toutes les femmes enceintes qui se présentent en consultation prénatale.
- Orienter toutes les femmes hypertendues dépistées. Toutes les femmes dépistées et captées sont immédiatement orientées au niveau d'un centre de référence localisé au sein d'une structure extra hospitalière. La surveillance au niveau du centre de référence est assurée par une équipe multidisciplinaire comprenant un cardiologue et / ou un interniste (ou à défaut le médecin généraliste), un obstétricien et une sage-femme.

Le paquet de soins minimum à assurer par le Centre de Référence est :

- La pesée
- La mesure de la pression artérielle (PA) à chaque consultation prénatale.
- La recherche d'une albuminurie
- Le dosage de la protéinurie
- L'échographie (dépistage d'un éventuel retard de croissance).

Il convient de suivre ces patients régulièrement au niveau de ces centres de référence.

Le centre de référence doit orienter toutes les patientes présentant des complications vers dans une maternité de référence adaptée au risque. Une Fiche de liaison sera remise à la patiente avec la mention « PRIORITAIRE » afin de faciliter son accès au niveau des structures spécialisées.

Evaluation :

- le nombre de femmes enceintes dépistées au niveau des structures de santé de base
- le nombre de femmes enceintes captées au niveau des structures de santé de base et orientées au niveau du Centre de référence
- le nombre de femmes enceintes captées prises en charge par le Centre de référence
- le nombre de femmes enceintes ayant accouché dans une maternité de référence adaptée au risque.
- Le devenir de la mère
- le devenir du fœtus et du nouveau-né

**INSTRUCTION N° 018 DU 27 JAN 2007 RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DE
L'ASSOCIATION « FEMME RHESUS NEGATIF ET GROSSESSE »**

DESTINATAIRES

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**

* Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;

* Directeur des secteurs sanitaires

* Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires

Pour mise en œuvre

* Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers.

Pour mise en œuvre

Le « groupe sanguin » est représenté sur une carte par une lettre (**A, B, AB ou O**) et un signe (+ou-), (que toute femme enceinte doit nécessairement avoir). On dit qu'une personne est de rhésus positif lorsque ses globules rouges portent, à leur surface, une molécule, appelée molécule D, ou rhésus. Dans le cas contraire, on est de rhésus négatif. Le rhésus est une particularité génétique, on reste toujours du même rhésus positif ou négatif. La problématique se met en place lorsque la future mère est rhésus négatif et le père rhésus positif, ce qui représente 13% des couples. Dans ce cas l'enfant a deux chances sur trois d'être rhésus positif. La prévention spécifique par les « immunoglobulines anti-D » est possible et a démontré toute son efficacité. L'importance de cette prophylaxie pour réduire une partie de la mortalité et du handicap d'origine périnatale, n'est plus à démontrer.

Cette affection reste encore menaçante puisqu'elle concerne encore 1 à 3 grossesses pour 1000 naissances vivantes (soit un effectif de 700 à 2000 cas par an en Algérie)

Quand y a-t-il problème, et quelle conséquence pour le fœtus ou le nouveau-né ?

Si le premier enfant est de rhésus positif ; il n'y a aucun risque pour l'enfant.

Cependant, au cours de l'accouchement ou d'une amniocentèse, quelques globules rouges de l'enfant passent dans la circulation de la mère et ils provoquent en quelques jours la fabrication maternelle d'anticorps destinés à les détruire.

Ces agglutinines (AI) vont persister durant toute la vie de la mère. C'est le seul risque pour la mère. Cependant, on gardera à l'esprit qu'une femme iso immunisée verra son avenir obstétrical compromis lorsqu'au cours de la grossesse suivante le fœtus est rhésus positif.

Cette situation n'est plus une fatalité depuis la découverte du sérum anti D (SAD).

En cas de deuxième grossesse (sans SAD à la première grossesse), et si l'enfant est à nouveau de rhésus positif, le problème se pose avec acuité. Le risque de décès fœtal ou néonatal et de complications à type d'ictère grave ou d'anémie sévère est important.

Population cible

Toutes les femmes enceintes rhésus négatif

Stratégie

- Ne jamais transfuser de sang rhésus positif à une femme rhésus négatif
- Détermination du groupe sanguin et du facteur Rhésus avant la fin du 3^{ème} mois de la grossesse
- Prévention par le sérum anti D

L'injection doit être faite chez la femme rhésus négatif, non immunisée dans les 72 premières heures dans cas suivants ;

- Accouchement d'un enfant rhésus positif sauf si la mère est déjà iso immunisée
- Avortement tardif / mort fœtal au 2^{ème} - 3^{ème} trimestre
- Interruption volontaire de grossesse
- Saignement au cours de la grossesse
- Ponction de sang fœtal
- Amniocentèse tardive
- Les manœuvres et traumatismes obstétricaux

Que faire si la recherche d'agglutinines irrégulières est positive ?

La surveillance de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement se fera à la maternité adaptée au risque

L'évaluation de l'action menée se fera régulièrement à travers :

- le nombre total de femmes enceintes
- le nombre de femmes dépistées
- le nombre de femmes ayant reçu le sérum anti D
- le nombre de nouveau-nés ayant reçu le sérum anti D

Santé Mentale

***Circulaire n°03/MSP/DS/SDCC du 08 avril 1997
relative à la prise en charge des malades mentaux***

Compte tenu de l'évolution de la situation sanitaire et des recommandations du Comité Médical National de Psychiatrie, il est procédé à la mise à jour de la sectorisation en matière de prise en charge en Psychiatrie.

Cette sectorisation, qui a été élaborée en tenant compte des modalités d'hospitalisation prévues par loi n°85-05 du février 1985 relative à la protection de la Santé, est la suivante :

Hospitalisation en service ouvert (annexe n°01)

Comme le stipule l'article 105 de la loi 85-05, « l'hospitalisation est la sortie d'un malade en service ouvert de Psychiatrie n'est soumis à aucune réglementation particulière ». Il suffit que le médecin Psychiatre de l'établissement établisse un billet d'admission, comme pour toute admission en milieu hospitalier.

La mise en observation et l'examen Psychiatrique d'office (annexe n°2)

2.1. La mise en observation : (art. 106 à 110 de la loi n°85-05 du Février 1985)

L'hospitalisation est subordonnée à la décision du médecin Psychiatre de l'établissement, après que le patient lui soit présenté,

L'examen psychiatrique d'office : La demande est introduite obligatoirement par un certificat médical établi par tout médecin affirmant le danger que présente le malade pour lui-même ou pour autrui.

Seul le procureur général près la Cour ou le wali peuvent décider de l'examen Psychiatrique d'office. (Art 111 à 115 de la loi n°85-05).

3. Les placements administratifs :

le placement volontaire et l'hospitalisation d'office. (Annexe n°03) et civilement responsable, ou d'une autre personne désignée par le procureur de la république,

Transformer la mise en observation volontaire.

La durée du placement volontaire est indéterminée. La sortie s'effectue dans les conditions de l'article 121 de la loi n°85-05.

3.2. L'hospitalisation d'office : peut se faire au cours ou au terme de la mise en observation mais également du placement volontaire. L'hospitalisation d'office est une mesure administrative prise par le Wali sur requête motivée du psychiatre de l'établissement : (Décision prise lorsqu'il est démontré que le malade à hospitaliser d'office présente un danger pour lui-même, l'ordre public ou pour la sécurité des personnes).

La décision d'hospitalisation d'office est prise pour 6 mois, et peut être renouvelée par arrêté du Wali sur demande justifiée du médecin.

De la même manière, la sortie du malade s'effectuera par la même requête motivée de levée d'hospitalisation d'office adressée au wali par le médecin psychiatre. (Art. 122 à 138).

4- Les internements judiciaires : (Annexe n°4).

Ce mode d'hospitalisation n'est pas prévu par la loi 85-05 relatives à la protection et à la promotion de la santé.

L'internement judiciaire est défini par le code pénal en son article 21. C'est un placement ordonné par une décision de justice. Ce type de placement n'exige pas la présentation d'un arrêté du wali. C'est une mesure de sûreté prononcée par les autorités judiciaires à l'encontre de *Médoco-légaux* déclarés *Dément* et par conséquent irresponsables (sur le plan pénal) au moment des faits.

Il demeure bien entendu que cette nouvelle sectorisation a pour but d'améliorer la prise en charge des malades mentaux. Cependant le lieu de résidence de ces derniers ne doit en aucun cas constituer un prétexte et être exploité pour refuser des soins particulièrement dans le cadre de l'urgence.

Vous voudriez bien veiller à l'application des présentes dispositions et me faire connaître, le cas échéant, toute difficulté rencontrée.

ANNEXE N° 1 :
HOSPITALISATION EN SERVICE OUVERT

Siège du Secteur Psychiatrique	Wilayates Rattachées
Secteur sanitaire d'Adrar (service psychiatrique)	Adrar
Centre psychiatrique El-Madher-Batna	Batna
Service de psychiatrie de Bejaia	Bejaia
Secteur sanitaire de Biskra	Biskra
Secteur sanitaire de Bechar (service de psychiatrie)	Bechar, Tindouf
EHS Spécialisé en psychiatrie *Frantz-Fanon* de Blida	Blida, Tipaza, (sauf daïra de Chérage) Médéa, Chlef, Boumerdès, Alger, Ain-Defla, Ghardaïa
Secteur sanitaire de Sour El-Ghouzlane (service de psychiatrie) Bouira	Bouira
Hôpital Général Bendjeda Mhenia de Tébessa	Tébessa
C.H.U de Tlemcen (service de psychiatrie)	Tlemcen
EHS Spécialisé en psychiatrie (Ferhane Hanafi) Tizi-Ouzou	Tizi-Ouzou
EHS Spécialisé en psychiatrie *Drid-hocine* Alger	Alger-est : Dairate de Sidi-M'hamed, Hussein-Dey, Bir-Mourad-Rais (moins les Baladiates d'El-Biar, Bouzaréah)
Secteur sanitaire Hassi-Bahbah Djelfa	Djelfa
Secteur sanitaire El Milia Jijel	Jijel
EHS Spécialisé en psychiatrie (Ain Abnessa) Sétif	Sétif ; Bordj Bou Arreridj
EHS Spécialisé en psychiatrie *El-Harrouch* Skikda	Skikda ; Guelma (Daïra de Oued Zenati)
C.H.U de Sidi-Bel-Abbes	Sidi-Bel-Abbès ; Ain-Temouchent
EHS en Psychiatrie *Er-Razi* Annaba	Annaba ; Guelma ; (sauf daïra d'Oued-Zenati) ; El-Tarf ; Souk-Ahras
EHS en psychiatrie *Djebel-Ouahch* Constantine	Constantine ; Oum-El-Bouaghi
Secteur sanitaire de M'sila (service de psychiatrie)	Msila
Secteur sanitaire de Mohammadia (service de psychiatrie) Mascara	Mascara
Secteur sanitaire de Ouargla (service de psychiatrie) Ouargla	Ouargla ; Tamanrasset ; Illizi.
EHS spécialisé en psychiatrie *Sidi-Chami* Oran	Oran; Saida; Mostaganem; El-Bayadh; Naama; Relizane.
Secteur sanitaire d'El-Oued (service de psychiatrie)	El-Oued
EHS spécialisé en psychiatrie *Mahfoud-Boucebci* Cheraga Tipaza	Alger-Ouest : Dairates de Bab-el-Oued ; Oued-Koriche ; Bir-Mourad-Rais ; (Baladiates d'El-Biar Bouzaréah) ; Tipaza (Daïra de Chérage)
EHS spécialisé en psychiatrie *Chabane Moussa* Oued-Athmania Mila	MILA ; KHENCHELA

ANNEXE N° 2**MISE EN OBSERVATION ET EXAMEN PSYCHIATRIQUE D'OFFICE**

Siège du Secteur Psychiatrique	Wilayates Rattachées
Centre Hospitalo-Universitaire de Batna	Batna Biskra El Oued
Secteur Sanitaire de Bechar	Béchar Tindouf
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Frantz Fanon Blida	Blida Tipaza (moins Chéraga) Médéa Chlef Ain-Defla Ghardaia Djelfa
Centre-Hospitalo-Universitaire de Tlemcen	Tlemcen
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Hamdania Adda de Tiaret	Tiaret Tissemsilt Laghouat
Centre_hospitalo-Universitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou	Tizi-Ouzou Béjaia Bouira Boumerdès
Alger-Est : CHU Alger-Centre (Ibn-Imrane Hôpital Mustapha)	Alger : Sidi-Mhamed, Hussein-Dey, El-Harrach, Bir-Mourad-raïs (moins El-Biar), Bouzaréah
Alger-Ouest : CHU Bab-El-Oued	Alger : Bab-El-Oued, Oued-Koriche, Bir-Mourad-Rais, (El-Biar, Bouzaréah), Tipaza (daïra de Chéraga)
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Ain-Abassa (Sétif)	Sétif M'sila Bordj-Bouarréridj Jijel
Etablissement Hospitalier Spécialisé El-Arrouche (Skikda)	Skikda Guelma (daïra de Oued Zenati)
Cent Centre Hospitalo-Universitaire de Sidi-Bel-AbbèsAbbès	Sidi-Bel-Abbès Ain-Témouchent
Etablissement Hospitalier Spécialisé El-Razi (Annaba)	Annaba EL Tarf Guelma (moins Oued Zenati) Souk-Ahras Tébessa
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Djebel-Ouahch (Constantine)	Constantine
Secteur Sanitaire de Mascara	Mascara
Secteur sanitaire de Ouargla	Ouargla Tamnarasset Illizi Adrar
Centre Hospitalo-Universitaire d'Oran	Oran
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Sidi-Chami (Oran)	Mostaganem El Bayadh Naama Saida Rélizane
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Oued Athmania (Mila).	Mila Oum El Bouaghi Khenchela

ANNEXE N° 3**PLACEMENTS ADMINISTRATIFS (HOSPITALISATIONS D'OFFICE ET PLACEMENTS VOLONTAIRES)**

Secteurss Psychiatriques	Wilayates Rattachées
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Oued-Athmania (Mila)	Mila Batna Biskra Khenchela Illizi Ouargla
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Ain-Abassa (Sétif)	Sétif Bordj-Bou-Arréridj
Etablissement Hospitalier Spécialisé El-Arrouche (Skikda)	Skikda Guelma Jijel
Etablissement Hospitalier Spécialisé El-Razi (Annaba)	Annaba Souk-Ahras El-Oued Tébessa El Taref
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Sidi-Chami (Oran)	Oran Béchar Tindouf Tlemcen Sidi-Bel-Abbès Mascara Mostaganem Ain-Témouchent Relizane Adrar
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Hamdania Adda (Tiaret)	Tiaret Saida Tissemsilt El-Bayadh Naama
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Frantz-Fanon (Blida)	Alger Blida Chlef Médéa Djelfa M'sila Laghouat Tipaza Tamanrasset Ghardaia Ain-Defla
Etablissement Hospitalier Spécialisé Fernane Hanafi (Tizi-Ouzou)	Tizi-Ouzou Bouira Béjaia Boumerdès
Etablissement Hospitalier Spécialisé Djebel-Ouahch (Constantine)	Constantine Oum-Bouaghi

ANNEXE N° 4**INTERNEMENTS JUDICIAIRES (MEDICO-LEGAUX)**

Siège du Secteur Psychiatrique	Wilayates Rattachées
Région ouest : Etablissement Hospitalier Spécialisé de Sidi-Chami (Oran)	Oran Adrar Tlemcen Tiaret Sidi-Bel-Abbès Mascara Mostaganem El Bayadh Tindouf Ain Témouchent Relizane Naama Saida Béchar
Région Est : Etablissement Hospitalier Spécialisé de Oued-Athmania (Mila)	Oum-El-Bouaghi Batna Tébessa Constantine Annaba Skikda Illizi El-Tarf Khenchla Souk-Ahras Mila Biskra Jijel Sétif Ouargla Guelma El-Oued
Région Centre : Etablissement Hospitalier Spécialisé Frantz-Fanon (Blida)	Blida Tipaza Alger Boumerdès Bouira Médéa Djelfa Ain-Defla Chlef Laghouat Ghardaia Tizi-Ouzou M'sila Bejaia Bordj-Bou-ArréridjTamanrasset Tissemsilt

***INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 13 DU 24 SEP 2001
RELATIVE AU RENFORCEMENT ET A LA DECENTRALISATION
DES SOINS DE SANTE MENTALE***

- Madame et Messieurs les Walis « pour information »
- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la population
en communication à
Messieurs les Directeurs Généraux des CHU
Messieurs les Directeurs des EHS de psychiatrie
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

Dans le cadre de la dynamique durant l'année 2001 pour élaborer et mettre en œuvre un programme National de santé mentale et en vue de préparer les conditions de mise en place d'un tel programme, j'ai l'honneur de vous demander de prendre les mesures nécessaires au renforcement et à la décentralisation des soins de santé mentale sur lesquelles un consensus s'est engagé lors des regroupements nationaux et régionaux organisés sur la santé mentale.

Ces mesures concernent en priorité :

L'accessibilité aux soins de santé mentale qui doivent être rapprochés le plus possible des usagers et des malades.

La continuité des soins et leur hiérarchisation.

A cet effet il convient d'intégrer les soins de santé mentale dans les unités sanitaires de base (polyclinique et centre de santé) en liaison avec les services spécialisés à travers l'organisation d'un réseau de prise en charge de personnes en état de souffrance psychique.

La prise en charge des personnes souffrants de troubles mentaux, neurologiques ou psychosociaux doit autant que possible éviter leur hospitalisation ou alors la limiter au minimum absolument nécessaire afin d'éviter la désocialisation.

En effet les patients doivent impérativement être intégrés dans le circuit social et être soignés au sein de la famille et de la communauté.

Aussi, je vous demande de mettre en place, en concertation étroite avec les collectivités locales et avec leur contribution au dégagement de locaux et structures légères, des structures intermédiaires de soins de santé mentale.

Ces **Centres Intermédiaires de soins de santé mentale** : seront implantés au niveau de chaque secteur sanitaire dans une unité sanitaire de base ou un local dégagé par les collectivités locales et leur activités sera confié à un personnel médical et paramédical du secteur qui sera affecté par redéploiement des personnels ou nouveaux recrutements en cas de besoin.

Des psychologues et travailleurs sociaux, assistantes sociales, éducateurs spécialisés pourront également se joindre à la prise en charge psycho social des patients dans le cadre d'une approche global et intersectorielle de la santé mentale.

Les personnels de ces centres intermédiaires travaillent en liaison avec les spécialistes des services de psychiatrie des EHS de psychiatrie, des CHU ou des secteurs sanitaires afin d'organiser le réseau de prise en charge des patients.

Les spécialistes devront partout où cela sera possible assurer les consultations spécialisées au niveau des centres intermédiaires selon une périodicité définie selon les besoins et en liaison avec les praticiens des centres intermédiaires.

Dès la mise en place des centres intermédiaires et l'identification de leur personnel, il devra être envisagé leur formation dans la prise en charge des affections mentales les plus courantes en liaisons avec les services spécialisés à travers des sessions de formation de courte durée.

La mise en place des centres intermédiaires de soins de santé mentale est une première étape vers le renforcement et la décentralisation des soins de santé mentale qui doit également s'accompagner de mesures concernant :

- la création de petites unités de psychiatrie dans les chefs lieux de wilaya ne disposant pas de service de psychiatrie mais disposant de psychiatres, implantées au sein de l'hôpital de wilaya.
- la libération rapide, une fois le cap de l'urgence passé des passerelles avec les services d'hospitalisation de plus longue durée.
- les prévisions en terme de consommation de médicaments afin que des centres intermédiaires.
- le renforcement des consultations spécialisées et leur accessibilité à tout moment pour assurer la continuité des traitements ambulatoires et répondre aux demandes de soins.

J'attache une importance particulière à l'application de ces mesures en vous demandant de prendre attache avec les autres services de l'exécutif de wilaya , les collectivités locales et les associations pour assurer localement un dispositif cohérent et intégré de prise en charge de la santé mentale .

Un rapport sur la mise en place du dispositif de prise en charge de la santé mentale devra être établi à l'échéance du mois de décembre 2001 et adressé à la direction centrale chargée des actions sanitaires spécifiques, en faisant état des difficultés éventuelles rencontrées et des propositions de mesures à prendre.

Le Ministre de la Santé et de la Population
Abdelhamid ABERKANE

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات

LE MINISTRE

الوزير

Cir 322 MSP/MIN/SP 26 Juin 2002

Madame et Messieurs les Walis

Objet : *Prise en charge des malades mentaux errants.*

Réf : Instruction n° 506 du 22 Octobre 2001 relative à la prise en charge des malades errants dans le cadre du programme national de santé mentale.

Dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre du programme national de santé mentale, dans son volet prise en charge des malades mentaux errants, et suite aux rapports transmis par les Directions de la Santé et de la Population, il apparaît que les mesures prises au niveau des différents wilayas n'ont pas été à la mesure de l'ampleur prise par le phénomène des malades mentaux errants, une dizaine de wilaya seulement ayant procédé au recensement des malades mentaux errants et à la mise en place d'un dispositif de prise en charge.

Or il est clair que seule une organisation cohérente à l'échelle nationale avec un système intégré et hiérarchisé au niveau de la wilaya et en liaison avec les wilayas qui disposent de structures spécialisées (EHS et Services de Psychiatrie), dans le cadre de la sectorisation psychiatrique est susceptible de réduire de manière significative l'effectif des malades errants en assurant leur prise en charge médicale et sociale.

De cette évaluation il ressort que les mesures suivantes doivent être mises en œuvre afin de mettre en place et d'harmoniser un dispositif au niveau national de façon intégrée et hiérarchisée : Le dispositif à mettre en place doit être placé sous l'autorité directe des walis qui veilleront à mobiliser, outre les services de santé et ceux de l'action sociale, les services de sûreté urbaine, de la protection civile et de la gendarmerie nationale ainsi que les services des communes chargés de l'action sociale qui ont un rôle important dans l'identification des malades mentaux errants et leur acheminement vers les services ou hôpitaux psychiatriques.

Le processus de prise en charge impliquant et responsabilisant tous ces intervenants devrait être le suivant :

L'identification des malades mentaux errants et leur acheminement vers les services ou hôpitaux psychiatriques doit être faite par :

- les services de sûreté urbaine
- les services de la gendarmerie nationale
- les A.P.C
- les services de la protection civile.

Ces services doivent établir une fiche d'identification qui servira de base à toute la démarche de prise en charge.

Les associations à caractère social existantes à l'échelle de la wilaya devraient également contribuer à la prise en charge des malades mentaux errants.

2. L'acheminement pour examen se fait en fonction de la disponibilité de la structure vers :

- un service spécialisé en psychiatrie implanté dans un secteur sanitaire
- un service spécialisé en psychiatrie implanté dans un C.H.U
- un service spécialisé en psychiatrie implanté dans un E.H.S en psychiatrie
- un centre intermédiaire de santé mentale parmi ceux récemment créés et qui ont un rôle de relais particulièrement important à jouer en amont et en aval de l'hospitalisation des malades errants.

Dans l'une de ces structures et en fonction des compétences disponibles il sera procédé à une hospitalisation ou l'orientation vers la structure appropriée en fonction de la sectorisation psychiatrique.

Après examen médical le patient est :

- soit hospitalisé en cure libre dans un service de psychiatrie soit hospitalisé dans le cadre d'un placement d'office en cas de dangerosité dans un service de psychiatrie adapté.

Selon l'évolution de leur état de santé mentale après traitement approprié, les malades seront soit maintenu en hospitalisation soit orienté après stabilisation vers UN CENTRE INTERMEDIAIRE DE SANTE MENTALE pour une prise en charge ambulatoire et la continuité des soins avec la fourniture de médicaments pour éviter l'interruption des soins.

5. La prise en charge en post-cure doit être intégrée médicale et sociale et être assuré en liaison avec :

le milieu familial s'il est identifié

une structure sociale locale ou régionale s'il y'a absence d'identification du milieu familial

Ces structures doivent accueillir les malades mentaux errants stabilisés et souffrant d'une carence de prise en charge familiale dans le cadre de la post-cure et veiller à la continuité en liaison avec les centres intermédiaires et les services de psychiatrie.

Le dispositif à mettre en place peut être local ou régional en fonction des structures d'accueil existantes et revêt une importance capitale pour éviter l'aggravation du phénomène des malades mentaux errants, particulièrement dans les grandes villes.

Vous voudriez bien veiller à sa mise en place sous votre autorité directe et en faire rapport au Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Abdelhamid ABERKANE

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

***INSTRUCTION MINISTERIELLE N°006 DU 06 MAI 2002 PRECISANT LES MISSIONS ET LE
FONCTIONNEMENT DES CENTRES INTERMEDIAIRES DE SANTE MENTALE***

Madame et Messieurs les Walis (Pour information)
Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (Pour application)
En communication à
Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U
Messieurs les Directeurs des E.H.S de psychiatrie
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre de programme national de santé mentale des mesures de renforcement et de décentralisation de soins de santé mentale ont fait l'objet de l'instruction ministérielle n°13 du 24 Septembre 2001. Dans cette instruction il est fait référence à la mise en place de centres intermédiaires de santé mentales (CISM).

A l'effet de préciser les objectifs, les missions et le fonctionnement des CISM.

Vous voudriez bien noter que :

Le centre intermédiaire de santé mentale :

Est la solution adoptée sous différentes dénominations à travers de nombreux pays relevant de différents niveaux de richesse et suggérée par l'OMS.

Est le regroupement de tous les soins et les actes de prévention en santé mentale classiquement réalisés en hôpital psychiatrique : urgence, diagnostic, traitement psychothérapeutique et réhabilitation.

Est réalisable en milieu ambulatoire proche de l'utilisateur, souple à gérer et offre des soins variés et adaptés aux besoins de la population desservie.

Offre des solutions efficaces et peu coûteuses de mise en place d'un réseau santé mentale utilisant les moyens humains et matériels existant dans notre pays.

Les objectifs de la mise en place des centres intermédiaires visent à :

Réduire les rechutes chez les malades mentaux du secteur desservi

Réduire les besoins de contact des malades mentaux avec les hôpitaux psychiatriques du secteur desservi

Augmenter le nombre, la diversité et la qualité des prestations en soins de santé mentale.

Les moyens matériels nécessaires au fonctionnement des centres intermédiaires de santé mentale sont :

Une structure urbaine située dans une polyclinique ou un centre de santé constituée au minimum de 4 à 5 pièces, évolutive en fonction des besoins et des activités.

Les moyens humains sont les suivants :

Psychiatre plein temps ou contractuel, la possibilité de conventionnement avec un psychiatre privé existe souvent.

Médecin généraliste

Psychologue clinicien, Orthophoniste éventuellement.

Un ou plusieurs infirmiers (s)

Assistante sociale.

Secrétaire médicale.

Les moyens humains seront mis en place progressivement.

Au besoin le CISM pourra commencer à fonctionner avec un médecin généraliste qui recevra la formation appropriée.

4 – Missions et fonctionnement du centre intermédiaire de santé mentale :

Le centre intermédiaire de santé mentale joue un rôle d'intermédiaire entre la famille et les institutions (hôpital, CIAJ...)

Le centre intermédiaire de santé mentale fonctionne comme un maillon fondamental du réseau santé mentale qui peut être apte à évoluer dans le temps et s'enrichir au fur et à mesure des nouvelles acquisitions matérielles, humaines et organisationnelles.

Le centre intermédiaire de santé mentale s'intègre dans un réseau de soins.

Il peut être un relais entre les différentes structures de soins comme les unités de dépistage et de suivi en santé scolaire, le secteur sanitaire, l'hôpital psychiatrique, les associations qui ont pour vocation une activité de santé mentale, les cabinets des médecins privés généralistes ou

psychiatres, les familles de patients et les institutions publiques comme les collectivités locales, CIAJ et services de police.

En fonction des ressources humaines et des moyens matériels, sont organisées dans les CISM des activités de soins et de prévention comme suit :

Prise en charge des malades mentaux sortant de l'hôpital en post-cure

Délivrance de médicaments y compris à domicile (neuroleptiques à action prolongée pour les malades psychotiques chroniques refusant le traitement par voie orale).

Séances de réhabilitation

Accueil et soins des toxicomanes

Accueil et soins des victimes de violence.

Accueil et prise en charge et orientation des personnes <<suicidaires>>.

Accueil et soins des enfants ayants des troubles de santé mentale.

Dynamisation des campagnes de lutte contre la toxicomanie, le suicide, la violence.

Orientation et conseil des usagers en matière de santé mentale (enfant, adolescent et adulte).

Occupation à temps partiel dans des ateliers occupationnels de jour, d'éducation et d'apprentissage.

Les activités de chaque CISM seront évaluées trimestriellement selon le canevas-type prévu par le bilan d'activité trimestriel des structures intervenant dans le cadre du programme national de santé mentale.

J'attache une importance particulière à l'application de ces mesures en vous demandant d'adresser à la direction centrale chargée des actions spécifiques vos bilans d'activité tous les trois mois.

Le Ministre de la Santé et de la Population

Abdelhamid ABERKANE

PROGRAMME NATIONAL DE SANTE MENTALE

I - INTRODUCTION :

La santé mentale qui est un indice de l'état de santé de la population dans son ensemble est un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.

C'est un élément essentiel et indissociable de la santé dont la dimension positive est soulignée dans la définition de la santé telle qu'elle figure dans la constitution de l'O.M.S.

Pour réaliser cet objectif à atteindre, des stratégies doivent être développées pour mettre en œuvre un programme national de santé mentale avec les différentes composantes à divers niveaux des services de santé mais aussi des services de santé mais aussi des structures éducatives, culturelles, sociales et avec le concours du mouvement associatif et l'implication étroite de la communauté.

En Algérie, un pays de 30.000.000 d'habitants répartis sur le territoire de 2.370.000 Km², dont la population est jeune, 48 % ayant au moins de 20 ans et 36 % ayant moins de 15 ans, l'histoire récente a été marquée par une occupation coloniale de plus d'un siècle et d'une guerre de libération nationale avec répression sanglante qui n'a pas manqué d'engendrer un cortège de souffrances physiques et mentales constituant un lourd fardeau.

Les précurseurs de la psychiatrie algérienne, parmi lesquels Frantz-Fanon à l'œuvre admirable, se sont efforcés au mieux de soulager la souffrance mentale des victimes de la répression.

Leurs successeurs ont continué leur œuvre mise en place après l'indépendance en 1962 les jalons de la psychiatrie algérienne pour répondre aux besoins des personnes en état de souffrance psychique.

Les réponses diversifiées dans la mesure du possible, à ces besoins ont de cette décennie être étendue à la prise en charge spécifique des victimes de la violence liée au terrorisme en particulier

Le recensement général de la population et de l'habitat montrait en 1998 que 140.000 personnes présentaient une affection mentale entraînant un handicap, parmi lesquelles on dénombrait 20.000 enfants.

Les statistiques hospitalières montrent quant à celle que 150.000 consultations de psychiatrie sont assurées annuellement par les établissements hospitaliers spécialisés de psychiatrie.

Les troubles mentaux représentent environ 1,5 % des motifs de consultation en général dans les structures sanitaires et 7% des affections chroniques sont représentées par des maladies mentales. Parmi les motifs de consultation en psychiatrie, la dépression nerveuse vient en premier, suivie des affections psychiatriques, des troubles du comportement et des toxicomanies.

Pour répondre aux besoins le pays dispose de 370 spécialistes, bien qu'en ayant formé plus de 500 et de 300 psychologues cliniciens ainsi que de 160 neurologues.

On dénombre 10 établissements hospitaliers spécialisés de psychiatrie, 8 services de psychiatrie dans les centres hospitaliers universitaires et 20 secteurs sanitaires disposant de services ou de consultations de psychiatrie.

La capacité d'hospitalisation est de 4760 lits, soit 1 lit pour 6300 habitants et le taux d'occupation des lits varié de 50 à 85 % selon les établissements.

En dehors de ces établissements ils existent environ 60 cellules d'écoute et centres médico-pédagogiques mis en place pour répondre aux besoins de prise en charge et réhabilitation psychologique des victimes de la violence.

Aussi le pays dispose de services de santé mentale dont le plan de charge est important mais qui restent trop orientés et centrés sur la prise en charge des urgences et les établissements hospitaliers spécialisés.

Aussi la satisfaction des besoins en santé mentale de la population nécessite la mise en place d'un programme national de santé mentale à même de procurer les prestations préventives et curatives accessibles à tous ceux qui en ont besoin dans le cadre sur la décentralisation et l'implantation dans la communauté pour rapprocher le plus possible les soins des usagers.

II – ELABORATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTE MENTALE :

L'élaboration du programme national de santé mentale s'inscrit dans le cadre de la stratégie 2000-2010 développées par l'O.M.S pour la santé mentale et la prévention et la lutte contre les toxicomanes.

Elle a été initiée à l'occasion de la journée Mondiale de la santé, consacrée par l'O.M.S. à la santé mentale avec comme slogan << oui aux soins, non à l'exclusion >> et a connu plusieurs étapes dont la première a été l'organisation d'un séminaire atelier les 2 et 3 avril 2001 à l'institut national de santé publique pour élaborer les grandes lignes d'un avant-projet de programme national de santé mentale. Ce séminaire a réuni des intervenants relevant de spécialités diverses (psychiatres, psychologues, médecins généralistes, neurologues, juristes, épidémiologistes, médecins légistes) et appartenant à différents secteurs d'activité (Ministère de la Santé et de la Population, Ministère de la Justice, Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Locales, Ministère de la jeunesse et des Sports, Ministère de la Solidarité Nationale, Ministère des Affaires Religieuses, Ministère du Travail et de la Protection Sociale, Ministère de la culture et de la communication) avec la participation des organismes internationaux (O.M.S., UNICEF) et d'intervenants du mouvement associatif .

L'objectif du séminaire était de dégager, avec les participants un ensemble de propositions devant servir de base de travail à l'élaboration d'un programme National de Santé Mentale.

III – BUT DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTE MENTALE :

Le but du programme national de santé mentale est de prévenir et de combattre les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux, et de contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population.

Les objectifs à atteindre sont :

La réduction de l'incidence et de la prévalence de certains troubles mentaux et neurologiques, comme la dépression, l'arriération mentale, la toxicomanie, l'ellipse et les troubles psychosociaux liés aux événements traumatisants.

Mettre en place une organisation de soins la plus adaptée, la plus efficace et la moins coûteuse possible avec une législation effective en harmonie avec cette organisation des soins.

Renforcer la prévention, et mettre en place des mécanismes de réhabilitation et élaborer des programmes de communication pour l'éducation sanitaire des citoyens en terme de santé mentale dans l'approche << non à l'exclusion des malades mentaux >>.

Etablir une planification de la formation adaptée aux besoins et aux possibilités.

IV – STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME :

Les stratégies à développer pour atteindre le but du programme national de santé mentale visent :

L'organisation des soins de santé mentale en accordant une attention prioritaire à la décentralisation au niveau des soins de santé primaires et à l'approche communautaire ainsi qu'à la disponibilité des médicaments.

L'adaptation de la législation en santé mentale à la situation prévalente sur le terrain et à la nouvelle organisation.

Le développement de programmes de prévention des troubles mentaux et neurologiques.

La réhabilitation psychosociale des personnes en état de souffrance psychique liée à la violence.

La communication sociale pour l'éducation du public, des professionnels et l'association des communautés et des familles.

La formation des personnels de santé, spécialisés et des soins de santé primaires, ainsi que des intervenants en santé mentale.

Le développement de la recherche en santé mentale.

4.1. LEGISLATION ET SANTE MENTALE :

Aujourd'hui nous passons progressivement de la psychiatrie à la santé mentale, ce qui permet de prendre en considération l'individu dans l'ensemble de l'organisation socio-économique comme citoyen et non en fonction de certaines manifestations de non sociabilité.

C'est pour cette raison que la prise en charge de la santé mentale ne concerne pas exclusivement le secteur de la santé mais doit impliquer au contraire les autres secteurs notamment la protection sociale, la solidarité nationale, l'éducation nationale, la jeunesse et les sports, la justice, le mouvement associatif, etc.....

La loi n° 85-05, à travers son titre III relatif à la santé mentale a vocation à protéger et sauvegarder l'ordre public et la sécurité des personnes que peut menacer un individu atteint d'une affection psychiatrique et à protéger ce dernier (le malade) et ses biens notamment quand il est privé de sa liberté.

4.1.1. SITUATION ACTUELLE :

Globalement la loi actuelle ne souffre pas d'insuffisances majeures.

Néanmoins quelques insuffisances ont été relevées.

1- Il y'a une utilisation abusive de la mesure de placement d'office, qui à l'origine ne devrait être qu'une mesure exceptionnelle et entreprise dans le but de protéger le malade et la société. Ce fait a des conséquences négatives sur l'offre de soins et la qualité de la prise en charge.

Cette utilisation abusive est due en grande partie au fait que le placement d'office est devenu dans certaines régions comme la seule modalité d'hospitalisation. En effet, ces régions sont soit éloignées des grands centres psychiatriques et souvent ne disposent d'aucune structure de prise en charge.

2- Il y'a actuellement absence de modalités de contrôle et de suivi des placements. Les commissions de santé mentale de wilaya prévues par la loi ne fonctionnent pas.

3- Des insuffisances de la loi sont signalées concernant :

- La toxicomanie

- La protection des mineurs et des personnes âgées.

4- Les difficultés relevées sont plus d'ordre de l'application qui est faite de cette loi, difficultés inhérentes à l'insuffisance relevée dans le circuit de distribution des soins en santé mentale.

5- Certaines situations non prévues entravent l'application de la loi :

Difficultés quant à la protection et la gestion des biens des malades mentaux.

- Défaut d'application stricte de la réglementation des placements d'office administratifs, à l'origine de surcharge de certaines structures.

Insuffisance de coordination entre les différents intervenants et structures chargées de la mise en application.

Absence de mesures de protection des enfants et adolescents en danger moral.

Absence de textes concernant :

La nomenclature des produits stupéfiants.

Les textes régissant les services fermés.

Le barème d'évaluation des incapacités.

Il y'a un abus concernant la non réintégration professionnelle et les problèmes d'évolution de carrière des malades traités en psychiatrie.

Il y'a absence de distribution des rôles quant à l'intervention en cas de crise avant l'année à l'hôpital.

4.1.2. REVISION ET ADAPTATION DE LA LEGISLATION :

Il y'a eu lieu de prendre les mesures ci-après le cadre de la révision de la loi relative à la protection et à la promotion de la santé en voyant le dispositif cadre de l'organisation des soins de santé mentale.

Nécessité d'intégrer la violence comme problème de santé avec un accent particulier sur la protection des victimes de violences sexuelles notamment et de maltraitances (enfants, adolescents et personnes âgées).

Suppression de certains termes péjoratifs où prêtant à confusion comme le terme << pervers >> à l'article 136 et le terme << sénile >> à l'article 137 de la loi.

Prévoir pour l'ergothérapie, la gestion des produits fabriqués par les malades. Les biens doivent être gérés par l'administration de l'hôpital ou des associations.

Prévoir un dispositif visant à protéger les biens des malades et les conditions et modalités de manipulation de leur argent.

La judiciarisation de la décision d'internement pose le problème de l'identification de la partie devant décider de la fin de l'internement et de la santé du patient. Ce vide juridique doit être comblé.

Prévoir un dispositif régissant les champs d'intervention respectifs du wali du lieu du domicile du malade et le wali de situation de l'hôpital.

Il est important d'identifier les parties et les secteurs concernés par les interventions auprès des malade en crise : au domicile, sur les lieux publics, etc.....

Définir les statuts réglementaires de toutes les structures existantes et à créer (service ouvert, service fermé, Hôpital de jour, Centre intermédiaire de santé mentale, etc.....).

Mise en place en attendant l'élaboration et la promulgation de textes législatifs.

4.2. ORGANISATION ET PRISE EN CHARGE DES SOINS :

À l'image de toute activité de santé, la distribution des soins de santé mentale nécessite une organisation fiable, efficiente, adaptable dans le temps.

4.2.1. EVALUATION DU SYSTEME DE SOINS ACTUEL :

Les remarques suivantes s'imposent quant au système de soins actuel.

Le système actuel est insuffisamment cohérent et fonctionne essentiellement dans l'urgence.

Il fonctionne également sur la base d'une sectorisation archaïque, statique et dépassée.

Il souffre d'une déperdition importante des personnels spécialisés.

La prise en charge spécialisée des enfants et des adolescents est insuffisante voire absente
 Au cours des dernières années; porte importante d'infrastructures psychiatriques hospitalières non
 supplée par d'autres modes de prise en charge.
 La répartition des praticiens sur le terrain ne traduit pas l'effort important de la formation.
 Concernant les médicaments, des inquiétudes ont été rapportées quant à la multiplication des
 ruptures et l'augmentation des prix de certaines molécules.
 Il a été remarqué au cours de ces dernières années un accroissement objectif de la demande de soins
 et la saturation des structures existantes.
 Il y'a une demande de soins importante exprimée dans certaines wilayas qui ne disposent pas de
 structures de prise en charge.
 Les services d'urgences de la capitale couvent une population importante rendant tout projet de prise
 en charge difficile à mettre en œuvre.
 Les spécificités du sujet âgé, du malade chronique et de l'épileptique ne sont pas prise en
 considération.

4.2.2. REORGANISATION ET RENFORCEMENT DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE :

4.2.2.1. PRINCIPES GENERAUX :

La réorganisation du système de soins doit obéir aux principes généraux suivants :
 Développer les soins le plus proche possible de l'usager par l'introduction des soins de santé mentale
 dans les unités de soins de base avec toutes les mesures d'accompagnement suivantes :
 Redynamiser les structures de base et y intégrer les soins de santé mentale.
 - Formation du personnel aux questions de santé mentale notamment les médecins généralistes qui
 peuvent acquérir des compétences en terme de prévention, de diagnostic et de suivi.
 - Installation d'une coordination avec un système de hiérarchisation et de priorisation selon les régions.
 Accélérer le processus d'accréditation des services et les budgétiser selon les activités.
 Encourager et valider la création des structures intermédiaires de santé mentale en convention avec
 les collectivités locales et les mouvements associatifs.
 L'organisation des soins devra être soumise à une évaluation régulière et continue.
 Avoir pour souci la diversification des prestations en termes de :
 - Structure de prise en charge.
 - Qualité des soins.
 Assurer la continuité et la personnalisation des soins.
 Œuvrer pour la lutte contre la chronicité.
 Permettre la réhabilitation et le maintien de l'usager dans sa communauté et la lutte contre
 l'exclusion des malades mentaux.

4.2.2.2. MESURES A PRENDRE :

Développement d'espaces ou de lieux de prévention destinés à la prise en charge de certains
 problèmes de santé mentale spécifiques : toxicomanie, suicidant.
 Renforcement de la psychiatrie d'urgence par la création d'espaces supplémentaires destinés à gérer les
 états ou les situations de crise.
 Création de service de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, assurant l'ensemble des
 prestations dans le cadre d'une sectorisation.
 Renforcement du tissu extra-hospitalier en diversifiant les prestations de prise en charge tant dans
 les domaines du diagnostic, thérapeutique, psychothérapeutique et réhabilitation. La coordination
 entre les différents niveaux de prise en charge nécessite un cadre réglementaire approprié.
 Mise à jour de la sectorisation selon les critères de fonctionnalité, d'offres de services et de la notion
 d'équipe.
 Promouvoir et intégrer les travailleurs sociaux dans la participation à la prise en charge
 Créer des structures d'accueil pour patients chroniques, cas sociaux (structures intermédiaires de santé
 mentale).
 Prendre en charge la maladie épileptique en prenant en considération les trois aspects, social dans
 lequel interviennent toutes les institutions, préventif avec un rôle important dévolu à l'école et à
 l'enseignant dans le dépistage et l'aspect thérapeutique par la mise en place d'un réseau national de
 prise en charge.
 Prendre en charge les victimes de violences :
 - Cette prise en charge doit être envisagée en terme de programme national interdisciplinaire et
 intersectoriel.
 - Les intervenants doivent bénéficier d'une formation à la prise en charge des psychotraumatismes.
 - Favoriser le travail en réseau et les intervenants communautaires.

- Veiller au soutien des équipes d'intervenants.
- Réfléchir à la création d'un dispositif médico-psychologique d'urgence.
- Nécessité d'intégrer le dispositif de prévention au dispositif de soins.

Création de structures de psychiatrie infantile au sein des services de pédiatrie

Veiller à la disponibilité du médicament et sa gratuité au sein des hôpitaux et en ambulatoire dans les unités sanitaires de base (centres intermédiaires)

Veiller à la qualité et au coût de médicaments (accessibilité)

Organisation des urgences en psychiatrie et éventuellement intégrer l'urgence psychiatrique à la garde des urgences médico-chirurgicales, en renforçant les structures y compris au niveau de la capitale.

Intégrer les psychiatres privés et psychologue privés dans l'organisation des soins en santé mentale

Garantir le financement de la santé mentale en tenant compte de l'intersectorialité (MSP/CNAS/M.

Protection Sociale/Collectivités Locales).

4.3.-PREVENTION-REHABILITATION-COMMUNICATION

4.3.1. PREVENTION

Il faut rappeler le rôle de l'Etat dans les dispositifs de prévention, et mettre en œuvre des activités soutenues techniquement et financièrement.

La prévention est la pierre angulaire de la politique de santé et elle doit être redéfinie pour une véritable intégration impliquant toutes les instances concernées.

- Les pouvoirs politiques
- Les collectivités locales (A.P.C., A.P.W.).
- Le communautaire
- Les professionnels
- La société-civile

A l'heure actuelle, il devient urgent de mettre en place une stratégie adaptée qui permettra :

- La prévention primaire des troubles mentaux
- Une accessibilité aux soins de proximité

Cette stratégie se pose en termes de traduction opérationnelle sur le terrain.

A cet effet les principales actions à entreprendre reposent sur l'identification des potentialités existantes en procédant à l'état des lieux, des professionnels exerçant dans toutes les structures publiques, privées et associations engagées dans le soin et la prise en charge de la population en souffrance.

Cette identification devra s'intéresser particulièrement aux régions surpeuplées d'une part et aux régions isolées d'autre part en vue de localiser les structures d'accueil pour les activités de prévention. Par ailleurs il y a lieu de créer des postes budgétaires pour psychologues, orthophonistes, assistantes sociales et intervenants sociaux, de même que le rôle du médecin généraliste et du psychologue seront renforcés en matière de prévention.

Il y a lieu également de donner un ancrage plus important au niveau de la commune pour les cellules de proximités et porter plus particulièrement la réflexion sur les mécanismes à mettre en place pour les rendre opérationnelles.

Ainsi il y a lieu d'accorder une attention particulière aux actions ci-après :

Identification de population à risque en santé mentale et développement de programmes en leur faveur :

Ex : - enseignants / enseignés ;

- personnel soignant ;
- population vulnérable : sans ressources.
- chômeurs, S.D.F., pathologies additives,
- victimes de grands stress (catastrophe naturelle, terrorisme).

Les structures chargées de la surveillance de la mère et la protection de l'enfant doivent aussi être identifiées ; il s'en suivra un renforcement des professionnels compétents qui devront s'atteler à une réflexion sur le dépistage précoce concernant la période prénatale, périnatale et postnatale auprès de ces populations d'où l'intérêt de réhabiliter le carnet de santé. L'érigent en base d'information et de ce fait créer une culture de suivi pré et postnatale.

Aussi, il faudra porter une attention particulière aux accidents périnataux et à la santé de la mère et de l'enfant dans le choix des soins, notamment :

- La femme enceinte : surveillance de la grossesse, dépistage et prise en charge des grossesses à haut risque, surveillance de l'accouchement.

- Le nouveau-né : surveillance, dépistage et diagnostic des troubles de santé mentale en privilégiant la prévention primaire, par la recherche de pathologies comme la phényl-cétonurie, l'hypothyroïdie, la souffrance fœtale pouvant générer des troubles ayant des conséquences sur la santé mentale ultérieure de l'enfant.

La prise en charge de la santé mentale en milieu scolaire est une des plus importantes activités retenues vu l'incidence des troubles psychologiques constatés tardivement et leur impact sur la scolarité de l'enfant.

Pour cela il est impératif de définir un programme de santé mentale en milieu scolaire, il y a lieu d'intégrer les paramètres relatifs à la santé mentale dans le dossier de santé de l'élève comme les troubles de l'engagement de la lecture, l'énurésie, et autres.....

Il y a une nécessité de travailler dans l'intersectorialité et l'éducation nationale est un maillon fort de celle-ci, et l'enseignant étant un intervenant privilégié dans le dépistage des troubles.

* Il faut trouver des axes de réflexion et d'action pour la prévention des comportements d'exclusion, par le développement de message de tolérance, par la démystification de santé mentale, évitant l'amalgame entre la santé mentale et la dangerosité.

Dans ce cadre il y a lieu d'initier et développer une culture de tolérance, qui est une démarche préliminaire d'intégration des malades mentaux.

4.3.2. REHABILITATION :

4.3.2.1. PREAMBULE :

Un débat très important doit être engagé à propos de ce concept :

Le terme a été inspiré d'une démarche anglo-saxonne à une image rigide de la perception de l'individu et du désir de le contrôler, ce qui a été à l'origine de controverse.

Dans sa définition il s'agit de rétablir :

La fonction, les attitudes, le droit d'un individu ayant vécu une souffrance, dans sa société et son environnement

La définition de ce terme fait référence à des objectifs de réinsertion et du rétablissement des droits et c'est ce qui a été retenu.

Actuellement les structures d'accompagnement qui permettent la réhabilitation d'un individu, en situation de post-cure sont très rares, même méconnues.

Ces structures permettent la réinsertion de l'individu dans son milieu familial, éducatif, professionnel, et le rétablissement dans ses droits juridiques.

Il n'existe pas de textes réglementaires régissant de fonctionnement de ces structures (hôpital de jour).

Les structures de réhabilitation doivent avoir un rôle essentiel de réinsertion et d'intégration sociale, une définition des rôles et des objectifs de ces structures est primordiale.

La prise en charge des polyhandicapés souffrant d'un retard mental grave, sont insuffisantes.

4.3.2.2. MESURES A PRENDRE :

Les mesures à prendre concernant :

La reconversion des structures mal ou sous utilisées en structures d'accompagnement des individus en état de souffrance mentale,

Ces structures ou organisations alternatives doivent être souples, accessibles, ouvertes, flexibles et diversifiées selon les cas et les régions.

Réduire le nombre de malades errant par l'ouverture de centres d'accueil, à temps partiel, ou la reconversion des structures déjà existantes,

réhabiliter les personnes âgées en institution et en dehors des institutions

favoriser la mise en place d'actions communautaires qui au delà des soins médicaux apportent l'information, la sensibilisation

Dépister précocement les personnes en souffrance, sensibiliser par un travail de proximité leur entourage Humaniser et professionnaliser la prise en charge des malades

Privilégier les approches alternatives entre les soins médicaux et l'approche médico-socio-sanitaire, Maîtriser les techniques de réhabilitation (ergothérapie, psychothérapie).

Encourager la thérapie familiale, prendre en charge la vulnérabilité sociale par la création de structures d'accueil et de postcure.

Favoriser et aider la création par les associations de structures d'accueil et d'écoute.

Développer des réseaux de soutien et de suivi des patients centrés sur les services de réhabilitation.

Encourager les expériences locales déjà existantes.

Comblar les déficits en matière de personnel de soutien (travailleurs sociaux, orthophonistes, psychothérapeutes,.....)

Pour les victimes de violence la prise en charge psychologique des traumatismes psychologiques se fera selon recommandations suivantes :

Nommer la violence liée au terrorisme
 Nommer la violence faite à l'enfant et l'adolescent
 Nommer la violence faite aux femmes notamment sexuelle
 Identifier et nommer toutes les autres violences (les sortir des tabous et du silence)
 Faire une évaluation des expériences et actions réalisées en matière de prise en charge des victimes de violence
 Evaluer les cellules d'écoute tous secteurs confondus
 Mise en place d'un programme national de prise en charge
 Faire un état des lieux des violences faites à l'enfant (en institution et ailleurs) , et des violences faites aux femmes.
 Mise en place ou renforcement des modèles d'intervention en situation de crise (Type SAMU PSY).
 Mise en conformité des textes et des lois algériennes avec la convention des droits de l'enfant.
 Mise en application des textes relatifs aux mineurs en danger moral et les faire connaître aux différents intervenants.
 Réglementer l'obligation de déclarer les maltraitances par témoins.
 Quant aux autres types de violences :
 Faire un état des lieux de ce qui a été mis en œuvre dans les secteurs et mouvement associatif.
 Recenser les travaux et recherche ayant un rapport avec les différentes catégories de population victimes de violence au niveau des institutions et du mouvement associatif.
 Mise en place de passerelles intersectorielles pour l'installation d'un réseau de surveillance épidémiologique de la population victime de violence.
 Parallèlement développer la capacité d'observance à travers une entité fonctionnelle, un observatoire de la violence par exemple.

4.3.3. COMMUNICATION :

4.3.3.1. PRINCIPES GENERAUX :

La sensibilisation et la prévention étant l'objectif principal de la communication, l'efficacité de celle-ci repose essentiellement sur le flux d'information et l'exploitation des canaux véhiculant cette information ou le message approprié à l'objectif visé.

En l'absence d'une stratégie de communication dans le domaine de la santé mentale, la prise en charge des aspects liés à celle-ci nécessite une volonté ferme de traduire sur le terrain une démarche cohérente et intégrée des différents secteurs concernés par les préoccupations générales de la santé et afin de rompre avec les approches isolées qui induisent une dispersion des efforts et des énergies. Cette absence de coordination et d'échanges intersectoriels en matière d'information et de communication engendre un manque d'efficacité et de productivité, ce qui met en évidence l'urgence de la mise en place aussi bien d'une structure directrice que d'une stratégie d'information et de communication.

La multisectorialité définit une diversité des intervenants en santé mentale, aussi et pour niveler les connaissances il faut développer un programme d'information des intervenants.

La volonté de coordination constitue un atout majeur pour définir ensemble les moyens d'une mobilisation cohérente des dispositifs de prise en charge des aspects considérés afin de rechercher de nouvelles réponses aux problèmes posés par l'évolution rapide des préoccupations du monde contemporain .

Il s'agit d'actualiser et d'améliorer en permanence les messages de communication à partir de l'écoute des usagers et le plan de communication doit tenir compte des besoins de la population et des individus ciblés.

4.3.3.2. Actions à mener :

Professionnalisation dans les structures de santé (I.E.C., production audio-visuelle).

Amélioration de la communication interne.

Créer et/ou développer des lignes vertes-émissions radiophoniques, télévisées, site Internet par pathologie.

Création du bulletin de liaison entre les acteurs de la prévention.

Portes ouvertes sur les structures de santé mentale (régularité et durabilité).

Rentabiliser les moyens existants.

Dédramatiser la perception de l'image publique des pathologies mentales par des campagnes éducatives

Initier les professionnels de la santé mentale à la communication de masse sur les questions de santé mentale.

Travailler sur les représentations de la maladie mentale auprès du public.

Evaluation par les observatoires régionaux de santé.

4.4. FORMATION DES INTERVENANTS EN SANTE MENTALE :

4.4.1. SITUATION ACTUELLE :

L'assistance en santé mentale ne peut s'organiser sans une capacité à fournir des soignants, en nombre et qualités satisfaisantes. Nous assistons actuellement à de graves distorsions, plus importantes peut être en zones rurales.

Les remarques suivantes s'imposent concernant la formation des intervenants en santé mentale :

Il existe actuellement une absence d'adéquation formation – emploi.

Nous vivons actuellement une situation paradoxale marquée par l'importance du nombre de personnes formées et la persistance d'une situation chaotique et insuffisante sur le terrain. Dans ce cadre il est à noter la défection d'un grand nombre de psychiatres et une mauvaise répartition des personnels existants.

Absence de gestion des ressources humaines quand :

Au plan de carrière des différents personnels

A la formation continue

A la formation des personnels administratifs aux questions de santé mentale et la gestion des équipes.

Absence jusqu'à une date récente d'un service central pour élaborer et appliquer la politique sanitaire en santé mentale. Ce service est créé depuis peu à travers la sous direction de la promotion de la santé mentale au Ministère de la santé et de la population.

Le manque d'effectif spécialisé en santé mentale en général et en soins psychiatriques en particulier a été relevé. Pour rendre accessible à une large demande ce type de soins, il faut impliquer le réseau de soins de base dans lequel le médecin généraliste occupe une large place.

Prioriser les options en fonction de la réalité et des besoins recensés.

4.4.2. MESURES A PRENDRE :

1- Reprise ou création de formations concernant certaines catégories actuellement insuffisantes ou inexistantes de personnels nécessaires dans les équipes de prise en charge. C'est le cas :

Ergothérapie

Des assistantes sociales

Des psychomotriciens

Des éducateurs spécialisés

Des infirmiers spécialisés

2- Formation de psychologie clinique :

Il existe actuellement des lacunes importantes dans la formation des psychologues. Leur formation universitaire n'est pas assez coordonnée avec les structures de la santé publique. Des conventions devraient exister entre les comités pédagogiques et les structures de santé.

Il n'existe pas par ailleurs de formation post universitaire en psychopathologie. Il y'a lieu d'envisager dans ce domaine une année de formation supplémentaire avec stage obligatoire en milieu psychiatrique.

3- Formation en psychiatrie :

La formation est insuffisante dans le cadre de la formation graduée. Elle est limitée actuellement à 3 semaines et devrait être étendue à 6 semaines.

La formation des spécialistes en psychiatrie devrait comporter une année d'études supplémentaire et les équipes d'enseignants devraient être complétées.

Mettre rapidement en place le certificat d'Etudes spécialisées (C.E.S) de psychiatrie infanto- juvénile.

Enfin il y'a lieu d'institutionnaliser les échanges nationaux et internationaux entre les différents services et secteurs.

Un manque de prise en charge d'une certaine catégorie de la population en soins psychiatriques de prise en charge d'une certaine catégorie de la population en soins psychiatriques de façon spécifique et adapté, comme la psychiatrie de l'adolescent, la psychogériatrie, nous renvoie à élargir l'éventail des C.E.S. en santé mentale .

4. Formation en psychologie médicale :

La formation des médecins en psychologie médicale doit être intégrée au cursus de formation dès le début des stages hospitaliers et doit être continue durant toute la période du cursus clinique.

Actuellement cette formation se fait sous forme d'un module dispensé en fin de cursus.

5. Formation des ergothérapeutes :

Actuellement en voie d'organisation sur des bases spécifiques pour l'intervention en santé mentale.

6. Formation des gestionnaires :

Celle-ci représente actuellement une nécessité vu la particularité de l'exercice en santé mentale, notamment le milieu psychiatrique. Elle doit particulièrement viser la gestion des ressources humaines et des équipes d'intervenants.

Formation de formateurs, auditeurs, évaluateurs et gestionnaires de programmes.

7. Formation continue des médecins généralistes :

Organiser une formation en santé mentale et dans la prise en charge des troubles neurologiques, notamment l'épilepsie pour les médecins généralistes dans le cadre de la formation médicale continue afin de répondre à la demande de soins en santé mentale qui dépasse les capacités de l'effectif en spécialiste existant.

8. Autres catégories de personnel :

Il est important de sensibiliser, dans le cadre de la prévention et pour une meilleure orientation et prise en charge des patients, les autres catégories de personnels de santé notamment les sages-femmes et les médecins généralistes aux problèmes de santé mentale.

4.5. DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE :

Il est fondamental, pour cerner au mieux les besoins en santé mentale de la population et planifier les services de santé mentale, d'engager des travaux de recherche sur les déterminants, la nature et les conséquences des troubles mentaux dans la population.

4.6. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET SYSTEME D'INFORMATION :

L'insuffisance des données épidémiologiques relatives à la santé mentale de la population impose :

La mise en place d'un système d'information et de recueil des données concernant les soins de santé mentale.

L'étude et la mise en œuvre d'un système de surveillance épidémiologique des troubles post-traumatiques liés à la violence.

V- ECHEANCIER DE MISE EN ŒUVRE :

Création des centres intermédiaires de santé mentale : 4^{ème} trimestre 2001.

Formation des médecins généralistes à la prise en charge des affections mentales courantes : courant 2002.

Révision de la législation relative à la santé mentale : courant année 2001.

Renforcement de la psychiatrie d'urgence et mise à jour de la sectorisation avec hiérarchisation des soins : 1^{er} trimestre 2002.

Assurer la disponibilité des psychotropes au sein des hôpitaux et dans les centres intermédiaires : courant année 2002.

Renforcement de la prise en charge des victimes de violence : 1^{er} trimestre 2002.

Formation des intervenants à la prise en charge des psychotraumatismes : 1^{er} trimestre 2002.

Organisation de la prise en charge des malades errants : 4^{ème} trimestre 2001.

Organisation de campagnes de communication sociale : 1^{er} trimestre 2002.

Révision de la formation en santé mentale dans le cadre de la formation graduée : année 2002/2003

Organisation de la formation des ergothérapeutes : année 2002.

Organisation de la formation des gestionnaires : année 2002.

Création de C.E.S en santé mentale, notamment en psychiatrie infanto-juvénile : année 2002/2003.

Organisation du recueil des données en santé mentale : 1^{er} trimestre 2002.

Mise en place d'un système de surveillance épidémiologique de la violence : 1^{er} trimestre 2002.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

INSTRUCTION N° 024 MSPRH/MIN DU 28 JUIN 2007
RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

DESTINATAIRES :

Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
En communication avec
Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers
Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité

Les dommages sanitaires liés à la drogue posent un problème de santé publique de plus en plus préoccupant en particulier chez les jeunes, ce qui nécessite des mesures préventives et curatives visant l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population.

Aussi dans le cadre de la prise en charge sanitaire des toxicomanes au sein de leur communauté, il vous est demandé l'aménagement d'un espace protégé constitué de 5 à 10 lits, destiné à la prise en charge des toxicomanes au niveau des établissements publics hospitaliers.

La prise en charge des toxicomanes doit être distincte des pathologies psychiatriques et faire appel à une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge médicale et psychologique.

Par ailleurs, il y a lieu de prévoir à la sortie du toxicomane de l'établissement hospitalier, son orientation pour un suivi psychosocial et une réadaptation appropriée à son état.

Il y a lieu de prévoir également la formation des intervenants pour la prise en charge adaptée en collaboration avec le Comité national de lutte contre la toxicomanie et les Services spécialisés dans ce domaine.

Ce dispositif sera renforcé à moyen terme, par un réseau de prise en charge spécifique de la toxicomanie constitué de 53 centres intermédiaires de soins aux toxicomanes et de 15 centres de cure de désintoxication répartis sur le territoire national.

Un premier Rapport d'étape sur l'application de la présente instruction doit être transmis à la direction des services de santé du ministère de la santé Population et de la réforme Hospitalière au plus tard le 31 juillet 2007 et sera suivi d'un rapport final au plus tard le 31 décembre 2007.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

عمار تو

Programme National de lutte Anti-tuberculeuse

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE

**ARRETE N° 38/MS/CAB/MIN. DU 16 Avril 1990 ERIGEANT LE LABORATOIRE DE LA
TUBERCULOSE DE L'INSTITUT PASTEUR EN LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE DE
LA TUBERCULOSE**

LE MINISTRE DE LA SANTE ;

- Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 modifiée et complétée par la loi n° 88-15 du 03 Mai 1988 relative à la protection et à la promotion de la santé .
- Vu l'ordonnance n° 71-45 du 21 Juin 1971 portant création de l'Institut Pasteur ;
- Vu le décret n° 72-165 du 27 Juillet 1972 portant organisation de l'Institut Pasteur notamment son article 2 ;
- Vu le décret n° 64-110 du 10 Avril 1964 portant création et statut de l'Institut de santé publique ;
- Vu le décret exécutif n° 89-80 du 06 Juin 1989 fixant les attributions du Ministère de la santé publique ;
- Vu le décret présidentielle n° 89-178 du 16 Septembre 1989 portant nomination des membres du gouvernement ;
- Vu l'arrêté n° 1003/MSP/DGSS/DPG du 1^{er} Octobre 1984 rattachant le laboratoire de la tuberculose ex ; laboratoire d'épidémiologie situé 07 chemin Oued Kriss, Kouba, Alger, à l'Institut National de la santé publique.

= A R R E T E =

ARTICLE 1 : Le Laboratoire de la tuberculose de l'Institut Pasteur est érigé en laboratoire National de référence de la tuberculose.

A ce titre il est chargé ;

- 1) De contrôler la qualité des examens bactériologiques réalisés par les laboratoires périphériques.
- 2) De former et de recruter les personnels techniques ;
- 3) De contribuer à la prévision, à la normalisation et à la standardisation des équipements nécessaires au diagnostic bactériologique de la tuberculose, il diffuse dans ce but des guides et des listes standardisées ainsi que toute autre information utile sur les matériels et réactifs utilisés dans les laboratoires,
- 4) D'initier ou de collaborer à des travaux de recherche entrepris dans le cadre du programme national de lutte contre la tuberculose,

ARTICLE 2 : Le Laboratoire national référence de la tuberculose est doté de tous les moyens nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions,

ARTICLE 3 : L'arrêté n° 1003/MSP/DPG du 1^{er} Octobre 1984 sus-visé est abrogé, Les biens meubles et immeubles visés par son article 2 sont transférés à l'Institut Pasteur,

ARTICLE 4 : Le Directeur de la Prévention et de l'Education Sanitaire du Ministère de la Santé, Les Directeurs Généraux de l'Institut Pasteur et de L'Institut National de la Santé Publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté.

LE MINISTRE DE LA SANTE
AKLI KHEDIS

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION

CIRCULAIRE N° 521 /MSP/DP/SDPS DU 01 JUIL 2001

DESTINATAIRES :

MM. LES WALIS – CABINET	« pour information »
MM. LES D.S.P	« pour exécution »
MM. LES DIRECTEURS DES CHU ET EHS	« pour exécution »
MM. LES DIRECTEUR DE L'INSP ET L'IPA	« pour exécution »
MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES	
(A l'attention des chefs de service de pharmacie,	« exécution »
de, DAT (UCTMR) et des SEMEP)	« pour exécution »

OBJET : *Approvisionnement en Médicaments Antituberculeux.*

Le nouveau manuel de lutte antituberculeuse a codifié l'utilisation des médicaments antituberculeux en Algérie, depuis 2000.

1°) Les médecins exerçant dans les structures de santé publique peuvent disposer des médicaments antituberculeux essentiels, nécessaires aux traitements standardisés (de 1^{ère} ligne et de 2^{ème} ligne en retraitement) pour tous les malades atteints de tuberculose.

Isoniazide et Rifampicine, Streptomycine, Pyrazinamide pour tous les nouveaux malades (traitement de première ligne).

Ethambutol, à associer aux médicaments précédents dans le régime de 2^{ème} ligne réservés aux tuberculeux pulmonaires : présentant une rechute, ou demeurant et redevenant positifs cinq mois ou plus après le début du traitement, ou présentant une reprise évolutive.

2°) Les médecins spécialistes en pneumo-phthisiologie exerçant dans les CHU ont seuls le droit de prescrire les médicaments antituberculeux de seconde intention pour les cas chroniques de tuberculose pulmonaire, (c'est à dire les échecs bactériologiquement prouvés d'un régime standardisé de 2^{ème} ligne correctement suivi).

Ethionamide, Ofloxacine, Kanamycine et Cycloserine (éventuellement associé au Pyrazinamide et / ou à l'Ethambutol).

3°) Les commandes de médicaments antituberculeux devront être faites en fonction du nombre des cas déclarés l'an dernier, en tenant compte de la répartition des cas à traiter :

par le régime de 1^{ère} ligne : nouveaux cas de tuberculose pulmonaire, primo-infection patente, tuberculose extra pulmonaire ;

par le régime de 2^{ème} ligne : échecs, rechutes et reprise de traitement après interruption.

la proportion des cas admis au régime de 2^{ème} ligne ne devrait pas dépasser 10% de l'ensemble des cas de tuberculose pulmonaire.

Cette circulaire annule le fax N° 235/MSP/DP du 08.06.1999

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

Dr .M . K KELOU

CIRCULAIRE N° 919 / MSPRH / DP / DU 05 / 08 / 2002

DESTINATAIRES

MM. LES WALIS - CABINET " POUR INFORMATION "

MM. LE DIRECTEUR GENERAL DE LA PCH " POUR EXECUTION "

MM. LES D.S.P " POUR DIFFUSION "

MM. LES DIRECTEURS DES CHU ET EHS " POUR DIFFUSION "

MM. LES DIRECTEURS DE L'INSP ET L'IPA " POUR INFORMATION "

MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES " POUR EXECUTION "

(A l'attention des chefs de services de Pharmacie

de Clinique, des UCTMR (ex DAT) et des SEMEP)

Mr. Le DG de L'Hôpital Central de l'Armée " POUR DIFFUSION "

Objet : ***DIRECTIVES TECHNIQUES POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DE L'ADULTE***

Conformément aux recommandations du Comité Médical National de la Lutte Contre la Tuberculose et des Maladies Respiratoires, un nouveau régime thérapeutique et de nouvelles formulations de médicaments antituberculeux seront appliqués aux malades détectés à partir du premier septembre 2002.

1. LES NOUVELLES FORMULATIONS se présentent comme suit :

- Une association quadruple : RHZE Rifampicine 150mg + Isoniazide 75mg + Pyrazinamide 400mg + Ethambutol 275mg par comprimé.
- Une association triple : RHZ Rifampicine 150mg + Isoniazide 75mg + Pyrazinamide 400mg par comprimé
- Une association double : RH Rifampicine 150mg + Isoniazide 75mg par comprimé

2. LES REGIMES THERAPEUTIQUES DE L'ADULTE :

Les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire doivent recevoir des régimes de 1^{ère} ligne pour les catégories I et III (définies en annexe).

Les régimes à prescrire sont :

- 2 RHZE / 4 RH pour les malades entrant dans la catégorie I
- 2 RHZ / 4 RH pour les malades entrant dans la catégorie III

Le nombre de comprimés à faire absorber sous contrôle direct chaque jour par le malade est indiqué dans le tableau ci dessous, selon le poids du malade au premier jour de la phase initiale et selon le poids mesuré à nouveau au premier jour de la phase d'entretien.

- La combinaison double à un seul dosage RH150+75 remplace les anciennes combinaisons doubles (RH300+150 et RH 150+100).

- Il n'y a plus d'injection de streptomycine à faire pendant la phase initiale.

Tableau I : Traitement des nouveaux cas de tuberculose**(Nombre de comprimés à prescrire pour prise orale quotidienne)**

Poids des malades (Kg)	Phase initiale (2 mois)		Phase d'entretien (4 mois)
	Catégorie I	Catégorie III	Catégorie I et III
	RHZE 150/75/400/275	RHZ 150/75/400	RH 150/75
30-37	2	2	2
38-54	3	3	3
55-70	4	4	4
71 et plus	5	5	5

- Durant la phase initiale de 2 mois, la prise des médicaments par les malades doit être directement supervisée tous les jours par un agent de santé à l'hôpital ou dans un centre de santé ou par un membre de la famille, formé et contrôlé par un agent de la santé.
- Durant la phase d'entretien, la prise des médicaments est directement supervisée par un proche du malade

1. Les cas de tuberculose pulmonaire déjà traités mais ayant encore des bacilles dans l'expectoration à l'examen direct ou en culture

(échecs, rechutes, ou reprises évolutives après interruption prématurée du traitement de première ligne) doivent recevoir le régime de chimiothérapie de 2^{ème} ligne qui n'est pas modifié :

2 SRHZE / 1 RHZE / 5 RHE

Tableau II : Traitement des cas de tuberculose pulmonaire déjà traités**(Nombre de comprimés à prescrire et quantité de streptomycine à injecter)**

Poids des malades (Kg)	Phase initiale		Phase d'entretien	
	2 premiers mois	3 premiers mois	5 mois	
	Streptomycine 1 gr	RHZE 150/75/400/275	RH 150/75	E 400mg
30-37	0,50	2	2	1 et 1/2
38-54	0,75	3	3	2
55-70	1*	4	4	3
71 et plus	1*	5	5	3

***0.75gm-750 mg- chez les malades âgés de plus de 60ans.**

La streptomycine est donc réservée aux traitements de 2^{ème} ligne.

Les médicaments doivent être pris par les malades sous supervision directe d'un agent de santé pendant la phase initiale, et sous supervision directe d'un proche, contrôlé par un agent de santé pendant la phase d'entretien.

2. En cas d'échec bactériologique observé après le 5^{ème} mois ou à la fin d'un régime de 2^{ème} ligne dûment reçu sous supervision directe, le malade doit être transféré au CHU le plus proche, pour prise en charge d'un cas chronique de tuberculose. (à bacilles multi résistants ou présumés tels).

Les médicaments de réserve, nécessaires à la prescription d'un régime de 3^{ème} ligne, ne sont disponibles qu'au niveau des CHU. Ils sont prescrits et distribués sous la responsabilité du Professeur chef du service spécialisé du CHU.

3. Cas particuliers

- les enfants contacts de moins de 5ans soumis à la chimioprophylaxie reçoivent Isoniazide seul, disponible sous forme de comprimé à 100mg et à 300mg.
- Les malades ayant présentés un effet secondaire majeur peuvent disposer de médicaments séparés :

-Isoniazide cps 100mg et 300mg

-Rifampicine cps 150mg et 300mg

-Pyrazinamide cps 400mg

-Ethambutol cps 400mg

pour recevoir un régime de chimiothérapie adapté.

2. LA COMMANDE DES MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX PAR LE MEDECIN COORDINATEUR DE L'UCTMR

Les nouvelles formulations de médicaments antituberculeux facilitent les commandes trimestrielles ou annuelles des médicaments, en fonction du nombre de cas déclarés durant le trimestre ou l'année écoulés.

Les quantités indiquées dans les tableaux suivants doivent être adaptées en fonction du nombre réel des cas observés dans le secteur.

Tableau III : Exemple de commande de médicaments nécessaires pour traiter 100 nouveaux cas de tuberculose de l'adulte (50 TP et 50 TEP)

		Nombre de cps à commander
RHZE 150/75/400/275	2 mois x 4cps / jour x 50 malades	= 12.000 cps
RHZ 150/75/400	2 mois x 4cps / jour x 50 malades	= 12.000 cps
RH 150/75	4 mois x 4cps / jour x 100 malades	= 48.000 cps

De la même façon, on peut calculer et adapter la commande de médicaments à prévoir pour le traitement de 2^{ème} ligne réservé aux malades déjà traités.

Tableau IV : Exemple de commande de médicaments nécessaires pour traiter 10 anciens cas de tuberculose pulmonaire (échecs, rechutes, ou reprises évolutives)

S = 2 mois x 1gr x 10 malades = 600 ampoules 1gr
RHZE = 3 mois x 4 cps/ jour x 10 malades = 3600 cps
RH = 5 mois x 4 cps/ jour x 10 malades = 6000 cps
E = 3 mois x 4 cps/ jour x 10 malades = 6000 cps

4. MESURES TRANSITOIRES

4.1.les stocks de streptomycine existants dans les secteurs sanitaires doivent être réparti entre les secteurs de la wilaya pour assurer le traitement de 2^{ème} ligne de tous les anciens cas déjà traités.

4.2. les stocks de l'ancienne association double RH 300/150 doivent être épuisés (avant l'introduction de la nouvelle combinaison unique) selon la posologie indiquée dans le Tableau V

Poids des malades	RH, cp 300+150
30-37	1 cp
38-54	1 cp 1/2
55 et plus	2 cps

4.3 Il demeure entendu que les malades traités par les anciens schémas continueront à en bénéficier jusqu'à la fin de la durée du traitement.

3.4 A compter de la deuxième quinzaine d'août 2002, la première commande des médicaments antituberculeux devra être prévu pour 3 mois (septembre, octobre, novembre 2002). Elle sera adaptée par la suite au nombre de cas déclarés dans le rapport trimestriel du trimestre précédent.

Messieurs les Walis, Directeurs de la Santé et de la Population, Messieurs les Directeurs des CHU, EHS et des Secteurs Sanitaires veilleront à l'application stricte des instructions de la présente circulaire et à leur large diffusion à tous les personnels et services concernés.

Le Directeur de la Prévention

Dr M.K. KELLOU

ANNEXE

Les catégories de malades tuberculeux

Catégorie I :

Ce groupe est celui des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive qui doivent être traités en priorité par la chimiothérapie.

A ce groupe principal, il faut rajouter :

- les formes sévères de tuberculose extra pulmonaire : Ostéo-articulaire, Rénale, Péricardique, Génito-urinaire, Méningo-miliaire.
- les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et à culture positive,
- les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et à culture non faite ou non disponible.

Catégorie II :

Ce groupe correspond à celui des reprises évolutives, des échecs et des rechutes de tuberculose pulmonaire, observés après une première cure de chimiothérapie. Ces cas sont toujours des cas à bactériologie positive (en microscopie directe et/ou en culture).

Catégorie III :

Ce groupe est celui des cas de tuberculose extra pulmonaire simples (pleurale, Ganglionnaire périphérique, et les autres localisations viscérale, Cutanées, ou Muqueuses) et des primo-infections sans atteinte pulmonaire visible à la radiographie du thorax.

Catégorie IV :

Ce dernier groupe correspond aux cas chroniques et représente les échecs de la catégorie II.

CIRCULAIRE N° 928 MSPRH/DP/ DU 07 août 2002

-

DESTINATAIRES

MM. LES WALIS - CABINET " POUR INFORMATION "

MM. LE DIRECTEUR GENERAL DE LA PCH " POUR EXECUTION "

MM. LES D.S.P " POUR DIFFUSION "

MM. LES DIRECTEURS DES CHU ET EHS " POUR DIFFUSION "

MM. LES DIRECTEURS DE L'INSP ET L'IPA " POUR INFORMATION "

MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES " POUR EXECUTION "

(A l'attention des chefs de services de Pharmacie de Clinique, des UCTMR (ex DAT) et des SEMEP)

Mr. Le DG de L'Hôpital Central de l'Armée " POUR DIFFUSION "

Objet : ***DIRECTIVES TECHNIQUES POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DE L'ENFANT***

Les cas de tuberculose de l'enfant (0-14 ans) représentent environ 8% des cas de tuberculose déclarés en Algérie. Leur traitement a toujours posé des problèmes dans l'utilisation de posologies adaptées au poids des malades.

En 2002, et conformément aux recommandations du Comité Médical National de la Lutte Contre la Tuberculose et des Maladies Respiratoires, un nouveau régime thérapeutique et de nouvelles formulations de médicaments antituberculeux seront appliqués aux enfants malades détectés à partir du premier septembre.

1. LES NOUVELLES FORMULATIONS d'antituberculeux en association à proportions fixes sont :

Une association triple : rifampicine+isoniazide + pyrazinamide à la dose de 60mg/30mg/150mg (RHZ pédiatrie)

- Une association double : rifampicine + isoniazide à la dose de 60mg/30mg. (RH pédiatrie).

Dès que le poids le permet (30 Kg et plus), les présentations utilisées chez l'adulte peuvent être utilisées chez l'enfant.

LES REGIMES THERAPEUTIQUES ANTITUBERCULEUX CHEZ L'ENFANT :

2.1. POSOLOGIE :

Il faut impérativement peser l'enfant pour calculer la posologie en fonction du poids.

Comme chez l'adulte les médicaments oraux doivent être administrés quotidiennement, le matin à jeun en une seule prise.

La posologie des médicaments antituberculeux recommandée par l'OMS chez l'enfant est la suivante :

- Isoniazide : 4 à 6 mg/Kg tous les jours ou 8 à 12 mg/Kg 3 fois par semaine.
- Rifampicine : 8 à 12 mg/Kg tous les jours ou 3 fois par semaine.
- Pyrazinamide : 20 à 30 mg/Kg tous les jours ou 30 à 40 mg/Kg 3 fois par semaine.
- Ethambutol : 15 à 20 mg/Kg tous les jours ou 25 à 35 mg/Kg 3 fois par semaine.

- Streptomycine : 12 à 18 mg/Kg tous les jours ou 3 fois par semaine.

Pour faciliter la prescription des traitements quotidiens recommandés par le Programme National, le tableau I indique la quantité de médicaments (combinés ou séparés) à prescrire selon le poids des enfants.

Tableau I : La prescription des médicaments antituberculeux chez l'enfant pour les traitements quotidiens.

	Phase initiale (2mois)			Phase d'entretien (4mois)
Poids de l'enfant en (Kg)	RHZ cp pédiatrique 60/30/150	S amp 1 gr	Emb cp 400 mg	RH cp pédiatrique 60/30
7	1	0.15	-	1
8-9	1 + 1/2	0.20	-	1 + 1/2
10-14	2	0.20	-	2
15-19	3	0.25	1	3
20-24	4	0.33	1	4
25-29	5	0.50	1 + 1/2	5

2.2. LES REGIMES THERAPEUTIQUES :

- Chez les enfants de moins de 5 ans l'ETHAMBUTOL ne doit pas être prescrit.
- Les formes aiguës de tuberculose de l'enfant (méningite et miliaire aiguë) seront dans tous les cas traitées par le régime 2 SRHZ / 4 RH et ce quelque soit l'âge de l'enfant.

REGIME 2 SRHZ / 4 RH :

Enfants de moins de 5 ans :

- Tuberculose pulmonaire commune
- miliaire aiguë
- méningite
- Tuberculose ostéo-articulaire, rénale, péricardique

Enfants de 5 ans et plus :

- miliaire aiguë
- méningite

REGIME 2 ERHZ / 4 RH :

Enfants de 5 ans et plus :

- Tuberculose pulmonaire commune
 - Tuberculose ostéo-articulaire, rénale, péricardique

REGIME 2 RHZ / 4 RH :

Appliqué quelque soit l'âge de l'enfant dans les formes suivantes :

- adénopathie médiastinale simple ou avec trouble de la ventilation
- tuberculose des séreuses : plèvre, péritoine

- adénites superficielles
- autres localisations extra respiratoires

3- LA COMMANDE DES MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX CHEZ L'ENFANT

Cette commande doit être faite chaque trimestre. Elle est fondée sur le nombre de cas de tuberculose de l'enfant déclarés l'an dernier, augmenté de 10%, et divisé par quatre (/ 4) pour une commande trimestrielle.

La prescription et les commandes de médicaments antituberculeux à usage pédiatrique seront dorénavant faites selon les directives suivantes :

Tableau II : Exemple de commande à prévoir pour 10 enfants tuberculeux

RHZ pédiatrie 60/30/150	4 cp x 60 jours x 10 enfants = 2400 cp.
RH pédiatrie 60/30	4 cp x 120 jours x 10 enfants = 4800 cp.
Ethambutol 400 mg	1 cp x 60 jours x 4 enfants = 240 cp.
Streptomycine Ampoule 1 gr	1 ampoule x 60 jours x 2 enfants= 120 amp

Les chiffres indiqués dans le tableau ci dessus pour 10 enfants malades doivent être adaptés au nombre réel d'enfants malades dans chaque secteur.

4- EFFETS INDESIRABLES

Lorsque les médicaments antituberculeux sont utilisés à la posologie recommandée, les effets indésirables sont exceptionnels

En cas d'effets secondaires majeurs : hypersensibilité généralisée, hépatite avec ictère, l'enfant sera transféré vers le service de pédiatrie du CHU le plus proche pour adaptation du traitement.

5-REMARQUE :

Il demeure entendu que les enfants malades traités par les anciens schémas continueront à en bénéficier jusqu'à la fin de la durée de leur traitement.

Messieurs les Walis, Directeurs de la Santé, et de la population, Messieurs les Directeurs des CHU, EHS et des Secteurs Sanitaires veilleront à l'application stricte des instructions de la présente circulaire et à leur large diffusion à tous les personnels et services concernés.

Le Directeur de la Prévention

Dr M. K. KELLOU

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PREVENTION

**INSTRUCTION N°05 DU 19 SEPT 2011 RELATIVE A LA SURVEILLANCE DU
TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET A LA PREVENTION DE SES EFFETS
SECONDAIRES**

Destinataires :	* Madame et Messieurs les Walis	Pour information
	* Monsieur le Directeur Général de l'INSP	Pour information
	* Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran	Pour information
	* Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (DSP) en Communication avec Madame et Messieurs :	Pour exécution et suivi
	- Les Directeurs des EHS	Pour exécution
	- Les Directeurs des EPH	Pour exécution
	- Les Directeurs des EPSP	Pour exécution

Il m'a été donné de constater la survenue d'accidents graves chez les patients sous traitements antituberculeux faute de respect des directives du Programme National de Lutte contre la Tuberculose concernant la surveillance du traitement.

Afin de prévenir ces effets secondaires graves, au demeurant évitable, je vous instruis à l'effet de veiller au strict respect des directives suivantes telles qu'éditées dans le manuel de lutte antituberculeuse.

Il y'a lieu de rappeler que le traitement de la tuberculose est principalement ambulatoire et se déroule en majeure partie et pour la majorité des malades dans une unité sanitaire extrahospitalière : le service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires (SCTMR), ou, sous le contrôle de ce service, dans la polyclinique ou l'unité sanitaire de base la plus proche du domicile du malade.

1- CONCERNANT LE BILAN CLINIQUE AVANT TRAITEMENT

Ce bilan doit être **systématique** et il a pour but de prévenir les phénomènes d'intolérance ou d'interférence des médicaments, il doit comporter :

- ✓ **Un interrogatoire méthodique et minutieux** afin d'identifier les malades à risque :
 - Malades ayant des antécédents allergiques, neuropsychiques, hépatiques ou rénaux,
 - Malades co-infectés par le VIH,
 - Malades pour lesquels un traitement par les antiTNF alfa est indiqué,
 - Malades traités par d'autres médicaments (contraceptifs, hypoglycémisants oraux, anticoagulants, digitaliques, anti rétroviraux), susceptible d'avoir leurs métabolismes modifiés par le traitement antituberculeux.

- ✓ **La pesée du malade** en vue d'adapter strictement la posologie des médicaments à son poids.
- ✓ **La recherche de sucre et de protéines** dans les urines.
- ✓ **Le bilan biologique des fonctions hépatiques ou rénales** sera réservé aux malades à risques, identifiés par l'interrogatoire, l'examen physique et l'examen chimique des urines.

2- CONCERNANT LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX

2.1. DURANT LA PHASE D'ATTAQUE DE DEUX MOIS

- ✓ Pour tous les cas à microscopie positive (recevant un régime de première ou de deuxième ligne) une supervision directe de la prise des médicaments doit être assurée **quotidiennement** (ou 5 jours sur 7) à l'hôpital, à l'unité sanitaire extrahospitalière la plus proche, ou à domicile (par un membre de la famille ou la personne désignée par le malade, informée et contrôlée par un agent de santé), et ce, jusqu'à la fin initiale du traitement.
- ✓ Pour tous les autres cas, le même mode de supervision doit être assuré lorsque c'est possible. Dans le cas contraire, un contrôle indirect peut être assuré en organisant à jour fixe, **la délivrance hebdomadaire** des médicaments, dont la prise est contrôlée par un personnel de santé le jour de la délivrance et par la personne désignée par le malade les six autres jours.

2.2. DURANT LA PHASE D'ENTRETIEN

- ✓ La délivrance des médicaments aura lieu **toutes les 2 ou 4 semaines** selon l'éloignement du domicile du malade. Le nombre de comprimés à prendre chaque jour est déterminé par le poids du malade mesuré au début de cette phase parce que le malade a souvent augmenté de poids. La prise des médicaments doit être directement supervisée par un proche du malade dûment formé.

3. CONCERNANT LE SUIVI DU TRAITEMENT ET LA DETECTION DES PHENOMENES D'INTOLERANCE

La détection des éventuels effets indésirables du traitement doit être assurée par le personnel chargé du traitement à **chaque rendez-vous** ou à **chaque plainte du malade**.

Outre un interrogatoire, cette détection doit comporter une pesée et un examen clinique du malade.

En cas d'apparition de signes cliniques évoquant un effet secondaire, outre l'examen clinique minutieux, un bilan biologique doit être effectué immédiatement :

- ✓ **En cas de pâleur** : Numération Formule Sanguine avec équilibre leucocytaire et un test de Coombs à la recherche d'une anémie hémolytique et d'un purpura thrombocytopénique secondaire généralement à la rifampicine et à la streptomycine.
- ✓ **En cas d'asthénie, anorexie, nausées, vomissements, arthralgies, qui précèdent l'apparition d'un ictère franc qui sont les prodromes d'une hépatite médicamenteuse** : un bilan hépatique complet doit être effectué.
- ✓ **En cas d'anurie** : qui peut s'observer lors de l'administration intermittente de streptomycine et de rifampicine. Un bilan rénal doit être effectué.

Les effets secondaires sont le plus souvent mineurs, mais dans 1 à 3% des cas, des effets secondaires majeurs peuvent apparaître, imposant l'arrêt temporaire ou définitif du traitement ou du médicament incriminé.

3.1 LES EFFETS SECONDAIRES MINEURS

Ils ne nécessitent pas l'arrêt du traitement car ils régressent en général, soit spontanément, soit après un traitement symptomatique. Le personnel doit cependant leur accorder une grande importance, car ils sont souvent la cause de l'interruption spontanée du traitement par le malade et peuvent annoncer un effet secondaire majeur.

Tableau 1 : Les effets secondaires mineurs des médicaments antituberculeux

Médicament	Effets secondaires	Mesures à prendre
Isoniazide	Euphorie, Insomnie	Vérifier la posologie et la prise matinale du médicament
	Acné du visage	Traitement dermatologique si aggravation
	Paresthésie des M.I	Vérifier la posologie et prescrire pyridoxine
Rifampicine	Troubles digestifs	Aucune : prise au cours du repas, ou traitement symptomatique
	Acné du visage	Traitement dermatologique si aggravation
Pyrazinamide	Arthralgies, anorexie	Traitement symptomatique
Ethambutol	Nausées	Traitement symptomatique
Streptomycine	Striction de la face	Diminution de la dose
	Nausées, vertiges	Traitement symptomatique

3.2. LES EFFETS SECONDAIRES MAJEURS

Ils sont rares et imposent l'arrêt immédiat du traitement et l'avis du médecin pneumo-ptisiologue du SCTMR ou de l'hôpital de wilaya.

Tableau 2 : Les effets secondaires majeurs des médicaments antituberculeux.

Effets secondaires	Médicaments Responsables	Mesures à prendre
Hypersensibilité généralisée	Tous	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt du traitement - Identification du médicament responsable - Désensibilisation éventuelle, Reprise ou arrêt définitif du médicament responsable
Purpura Anémie hémolytique	Rifampicine Streptomycine	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt définitif du médicament
Hépatite avec ictère	Isoniazide Pyrazinamide Rifampicine	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt temporaire du traitement - Surveillance clinique et biologique - Reprise éventuelle du traitement en diminuant les doses ou - Arrêt définitif du traitement
Surdité Trouble vestibulaire	Streptomycine	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt total et définitif du médicament responsable
Epilepsie	Isoniazide	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle de la posologie des médicaments
Névrite optique	Ethambutol	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt total et définitif du traitement
Anurie	Rifampicine Streptomycine	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt total et définitif du traitement

3.3. LES EFFETS SECONDAIRES CHEZ L'ENFANT

Les antituberculeux sont habituellement très bien tolérés par l'enfant.

Les effets secondaires mineurs : douleurs abdominales, vomissements, nausées, arthralgies, rash cutané, sont peu fréquents, transitoires et ne nécessitent pas l'arrêt du traitement.

Les effets secondaires majeurs à type de réaction d'hypersensibilité généralisées, d'anémie hémolytique, de purpura ou d'anurie sont exceptionnels.

- ✓ Du fait du risque de survenue d'une névrite optique rétrobulbaire suite à l'utilisation de l'éthambutol dans le schéma 2 RHZE/ 4 RH, ce dernier ne doit pas être prescrit chez l'enfant pesant moins de 15 kg et le régime 2 RHZE/ 4 RH doit être appliqué
 - Chez l'enfant pesant 15 kg et plus, ce risque est faible si on utilise une posologie de 15 mg/ kg/J. Cette atteinte oculaire est réversible et disparaît après l'arrêt de l'éthambutol et l'administration du régime 2 RHZ/ 4 RH.
 - **Une seule exception** : en cas de méningite tuberculeuse associée ou non à une miliaire, l'éthambutol est remplacé par la streptomycine. On applique le régime 2 RHZE/ 4 RH.
- ✓ L'hépatotoxicité est rare chez l'enfant qui reçoit les régimes administrés selon la posologie recommandée. Une élévation isolée du taux des transaminases sériques dans les premières semaines du traitement est transitoire et ne nécessite pas l'arrêt du traitement. Si un ictère survient, le traitement doit être interrompu jusqu'à normalisation des tests (2 semaines en moyenne), puis repris en administrant les doses minimales.

Cette instruction, téléchargeable sur le site ands@sante.dz, doit faire l'objet d'une large diffusion parmi le personnel chargé de la lutte contre la tuberculose (Service de Contrôle de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires, Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive, l'Unité sanitaire de base) (Pédiatrie, Médecine Interne, Gynécologie, Maladies Infectieuses, ORL, Hématologie, Rhumatologie, Orthopédie...)

J'attache une importance particulière à la mise en œuvre et au suivi de cette instruction.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

مدير الوقاية
الأستاذ س. مصباح

VIH/SIDA

Arrêté n° 65/MSP/MIN du 19 août 1995

Le Ministre de la Santé et de la Population

- Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée ;
- Vu le décret exécutif n° 90-124 du 30 Avril 1990 fixant les attributions du ministre de la santé ;
- Vu le décret exécutif n° 93-153 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n° 94-74 du 18 CHOUAL 1414 correspondant au 30 Mars 1994 érigeant l'institut Pasteur d'Algérie en établissement public à caractère industriel et commercial,
- Vu l'arrêté n° 22 du 11 Mars 1987 érigeant le laboratoire de virologie de l'Institut Pasteur d'Algérie en laboratoire Nationale de référence pour le diagnostic de l'infection par H.I.V.

ARRETE

ARTICLE 1 : Le laboratoire de virologie de l'institut PASTEUR d'Algérie, ci après dénommer le laboratoire, est érigé en laboratoire National de référence pour le diagnostic de l'infection par H.I.V, et pour le contrôle des dérivés sanguins stables d'origine plasmatique

ARTICLE 2 : En matière de diagnostic de l'infection par H.I.V, le laboratoire est chargé du contrôle sérologique de l'infection par H.I.V

ARTICLE 3 : Les cas d'infection par H.I.V dûment confirmés doivent être déclarés au ministère de la santé et de la population – Direction de la prévention- et à l'institut National de santé publique –Direction générale-sous plis confidentiels, portant la mention « NE PAS OUVRIR »

ARTICLE 4 : En matière de contrôle des dérivés sanguins stables d'origine plasmatique, le laboratoire est chargé de rechercher :

- Les Anticorps anti H.I.V
- Les Anticorps anti H.C.V
- Les Antigènes H.B.S

Il est en outre chargé de rechercher tout autre marqueur dont la recherche est jugée nécessaire. Le laboratoire est chargé à ce titre :

- De réceptionner les échantillons au fins d'analyse ;
- De répartir les échantillons aux centres de transfusion sanguine visés à l'article 2 ;
- De transmettre les résultats définitifs au ministère de la santé et de la population, direction de la pharmacie et du médicament, sous pli fermé portant les mentions « CONFIDENTIEL- NE PAS OUVRIR »

ARTICLE 5 : En matière de contrôle des dérivés sanguins stables d'origine plasmatique, le laboratoire est assisté par :

- Le centre de transfusion sanguine du CHU d'Alger – centre sis à l'hôpital Mustapha
- Le centre de transfusion sanguine de l'hôpital central de l'armée (HCA) sis à l'hôpital Ain Nâadja.

ARTICLE 6 : Le laboratoire peut faire appel à toute personne physique ou morale qualifiée en raison de ses compétences ou de ces fonctions, pour l'aider dans ces tâches.

ARTICLE 7 : L'arrêté n°22 du 11 Mars 1987 susvisée est abrogé

ARTICLE 8 : Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du ministère de la santé et de la population.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Direction des Services de Santé

***INSTRUCTION N° 01 DU 02 MAI 2006 RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE
DES MALADES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA***

- DESTINATAIRES :**
- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
 - Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU
 - Messieurs les Directeurs des EHS
 - Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires

Le VIH/SIDA est une menace sans précédent pour le développement humain, qui a entraîné la mise en place d'actions et d'engagements soutenus, ayant permis de prévenir de nouvelles infections et d'améliorer la qualité de la prise en charge et des traitements pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Dans notre pays, des efforts considérables ont été développés dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA particulièrement les aspects préventifs et curatifs néanmoins un volet très important dans la prise en charge a été occulté celui des « Soins palliatifs » qui sont des traitements destinés à atténuer la douleur et d'autres symptômes pénibles chez les personnes incurables et souvent en phase terminale.

Ces soins palliatifs, à leur intention, impliquant ;

- Traitement médical de tous symptômes
- Soins infirmiers
- Accès à l'hospitalisation et aux explorations fonctionnelles
- Soutien psychosocial
- Soutien aux familles.

Doivent être faits par toutes les équipes médicales : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens dentistes, techniciens de la santé et psychologues, en respectant les protocoles de prise en charge liés à la pathologie du VIH/SIDA

A cet effet, je vous instruis de mettre à la disposition des ces équipes médicales tous les moyens nécessaires pour la prise en charge des malades vivant avec la VIH/SIDA.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Ministre

Instruction N° 06 du 01 DEC 2010 Relative a l'accès à la Prévention et aux soins des personnes vivant avec le VIH/Sida

Destinataires	<ul style="list-style-type: none"> • Madame et Messieurs les Walis • Monsieur le Président du Conseil National de Déontologie Médicale. • Monsieur le Président du Conseil National de l'Ethique des Sciences de la Santé • Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran • Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU • Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population 	Pour information Pour exécution Pour exécution Pour exécution
	En communication à : <ul style="list-style-type: none"> • Messieurs les Directeurs Généraux des Etablissements Hospitaliers • Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés. • Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers. • Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité • Mesdames et Messieurs les responsables des structures privées de santé (cliniques privées, cabinets médicaux) 	diffusion et suivi Pour exécution

Il m'a été donnée de constater que des cas isolés de personnes infectées par le VIH ainsi que celles qui sont présumées être infectées, ont fait l'objet d'une discrimination dans l'accès aux soins (soins dentaires, accouchement, intervention chirurgicale, exploration endoscopique...)

Il s'agit là d'une stigmatisation et d'une discrimination fondée sur l'état de santé réel ou présumé qui constitue une atteinte à un droit élémentaire de la personne humaine qui est le droit aux soins consacré dans notre Constitution.

Ces pratiques sont inadmissibles au regard des règles élémentaires de l'éthique et de la déontologie médicale édictées dans la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé et dans le décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale.

Ces pratiques constituent également un obstacle à l'accès à la prévention, au traitement et aux soins de l'infection VIH/sida et des maladies associées et vont à l'encontre des objectifs du programme national de lutte contre les IST/VIH/Sida qui vise notamment à prévenir la transmission du virus, et à mettre en œuvre des actions efficaces de soins grâce à un accès plus facile et équitable pour tous.

Il est à rappeler que les professionnels ont un rôle fondamental dans la prévention et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/Sida et que leur responsabilité ne concerne pas seulement leurs propres attitudes et pratiques, mais aussi leur influence sur les attitudes et les comportements des autres.

Aussi, je vous instruits à l'effet de prendre, en relation avec les organes consultatifs de vos établissements (conseils scientifiques, conseils médicaux) toutes les dispositions nécessaires, conformément à la réglementation en vigueur, pour rappeler, à chacun, les obligations en matière de respect des droits des patients.

J'invite, également, le conseil de la déontologie médicale et le conseil national de l'éthique des sciences de la santé, de par les missions qui leurs sont dévolues, à rappeler de manière encore plus déterminée, à l'ensemble des praticiens médicaux leurs obligation déontologiques à l'égard de l'ensemble des patients.

Par ailleurs, il y a lieu de prendre toutes les mesures utiles pour permettre à l'ensemble des professionnels de la santé d'exercer dans les meilleures conditions de sécurité.

J'attache une importance particulière à l'application de la présente instruction et vous demande de me tenir informé de toute difficulté ou contrainte rencontrée dans sa mise en œuvre.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات

الدكتور جمال ولد عباس

Le Ministre

***ARRETE N° 77 DU 01 DEC 2010 PORTANT CREATION ET MISSIONS DES CENTRES DE
DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH/SIDA ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES***

Le Ministre de la Santé, de la Population et de Réforme Hospitalière

Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret présidentiel n° 10-149 du 14 jourmada Ethani 1421 correspondant au 28 Mai 2010 portant nomination des Membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé ;

Vu le décret exécutif n° 05-428 du 5 Choual 1426 correspondant au 7 Novembre 2005 portant organisation de l'Administration centrale du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière ;

ARRETE

Article 1^{er} : il est créé, dans chaque chef lieu de wilaya, un centre de dépistage, de l'infection à VIH/Sida et des infections sexuellement transmissibles dénommé ci après « Centre de Dépistage »

Au besoin et sous préalable de l'accord de l'Administration Centrale, d'autres Centres de Dépistage peuvent être créés dans la wilaya.

Article 2 : Les missions du « Centre de dépistage » sont le conseil et le dépistage de l'infection VIH/Sida, des hépatites virales B et C de la syphilis et des autres infections sexuellement transmissibles

Article 3 : Le « Centre de dépistage » est tenu de répondre à la demande de conseil et de dépistage de tout citoyen qui se présente au centre. Les activités de conseil et de dépistage sont gratuites et sont à la charge de l'Etat ; leur anonymat et leur confidentialité sont garantis.

Article 4 : Le « Centre de Dépistage » est sous la responsabilité de l'Etablissement de Santé territorialement compétent. La dotation en moyens humains et matériels est dévolue à l'Etablissement de santé dont relève le Centre de Dépistage.

Article 5 : Le « Centre de Dépistage » est sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en maladies infectieuses ou à défaut, par un médecin généraliste, préalablement formé à la réalisation des missions du « Centre de Dépistage »

Article 6 : Le médecin responsable du « Centre de Dépistage » est assisté

- D'un laborantin diplômé d'état
- D'un infirmier diplômé d'état

Article 7 : L'activité de dépistage comprend :

- L'entretien avec la personne candidate au dépistage
- Le conseil avant et après le test de dépistage
- Le prélèvement de l'échantillon de sang
- L'analyse de l'échantillon de sang
- L'enregistrement du résultat, et
- La remise du résultat définitif exclusivement à la personne dépistée.

Article 8 : Pour la prise en charge

- La personne dépistée séropositive VIH/ est adressée au centre de référence de prise en charge de l'infection à VIH/sida le plus proche.
- La personne dépistée séropositive à l'Hépatite B, à l'Hépatite C ou à la syphilis est adressée à la consultation spécialisée (gastro-entérologie, maladies infectieuses,

dermatologie, médecine interne) de l'Etablissement de santé territorialement compétent.

Article 9 : Une collaboration étroite est instituée entre le « Centre de Dépistage » et les Centres de Références de prise en charge de l'infection VIH/Sida dénommés « **CDR** » qui assurent la prise en charge VIH / Sida et des infections sexuellement transmissibles.

Article 10 : le médecin responsable du « Centre de Dépistage » adresse mensuellement un rapport d'activités confidentiel au service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive de l'Etablissement de santé territorialement compétent.

Article 11 : Les normes en matière de fonctionnement, de moyens humains infrastructurels et matériels des « Centres de Dépistage » seront fixées par instruction du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

Article 12 : Le présent arrêté sera publié au Bulletin du Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
الدكتور جمال ولد عباس

***Décret exécutif n° 12-116 du 18 Rabie Ethani 1433 correspondant au 11 mars 2012
portant création, organisation et fonctionnement du comité national de prévention et de
lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno-
déficience acquise (SIDA).***

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 12-07 du 28 Rabie El Aouel 1433 correspondant au 21 février 2012 relative à la wilaya ;

Vu le décret présidentiel n° 10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 11-379 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 fixant les attributions du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

Après approbation du Président de la République ;

Décrète :

Article 1^{er} : Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement du comité national de prévention et de lutte contre les infections, sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno-déficience acquise, dénommé ci après « Le comité national ».

CHAPITRE 1^{er}

**COMITE NATIONAL DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE SYNDROME D'IMMUNO-DÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)**

Article 2 : Le comité national est placé auprès du ministre chargé de la santé.

Article 3 : Le comité national est un organe permanent de consultation, de concertation, de coordination et, suivi et d'évaluation de l'ensemble des activités de prévention et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA).

A ce titre, il est chargé, notamment :

- *d'élaborer les mécanismes de mise en œuvre des mesures de prévention et de lutte et d'assurer leur suivi au niveau national ;*
- *de participer à l'élaboration et à la coordination du programme national de prévention et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) et de veiller à l'élaboration et à la cohésion des plans d'action sectoriels, de concert avec tous les secteurs concernés ;*
- *d'apporter l'appui technique nécessaire aux différents secteurs concernés ;*
- *d'évaluer les besoins du plan national stratégique de prévention et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) et de proposer les procédures visant à harmoniser l'exécution des différentes actions ;*
- *de veiller à l'intégration de la notion du respect des droits de l'Homme dans les plans de mise en œuvre conformément aux conventions relatives aux droits de l'Homme ratifiées par l'Algérie ;*
- *de susciter toute activité de recherche en rapport avec ses missions ;*
- *d'initier des actions d'information, de sensibilisation et de communication sociale ;*
- *de développer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources destinées à la prévention et à la lutte contre les pathologies précitées ;*
- *de recueillir, d'examiner, d'évaluer et de valider les rapports d'activités des différents secteurs concernés ainsi que les rapports d'activités des comités de wilayas ;*
- *de proposer toute mesure à caractère médical, technique, juridique ou administratif relative à la prévention et à la lutte contre lesdites pathologies.*

Article 4 : Le comité national, présidé par le ministre chargé de la santé ou son représentant, est composé comme suit :

1. Au titre des ministères :

* d'un représentant des ministres chargés des secteurs suivants :

- *la santé ;*
- *la défense nationale ;*
- *les affaires étrangères ;*

- *l'intérieur et les collectivités locales ;*
- *les finances ;*
- *les affaires religieuses et les wakfs ;*
- *l'éducation nationale ;*
- *l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;*
- *la formation et l'enseignement professionnels ;*
- *le travail, l'emploi et la sécurité sociale ;*
- *la solidarité nationale ;*
- *la jeunesse et les sports ;*
- *la communication.*

2. Au titre des institutions et organismes nationaux :

* d'un représentant des organismes et institutions suivants :

- *l'office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie ;*
- *le conseil national de l'éthique des sciences de la santé ;*
- *l'institut national de santé publique ;*
- *l'institut Pasteur d'Algérie ;*
- *l'agence nationale du sang.*

3. Au titre des organisations et associations :

* d'un représentant des organisations et associations suivantes :

- *l'organisation syndicale des travailleurs la plus représentative ;*
- *l'organisation patronale la plus représentative ;*
- *le croissant rouge algérien ;*
- *les scouts musulmans algériens ;*
- *l'association de personnes vivant avec le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;*
- *de trois (3) représentants des associations activant dans le domaine de la prévention et de la lutte contre le SIDA.*

4. Au titre des personnalités :

* de trois (3) personnalités reconnues pour leur compétence en matière d'infections sexuellement transmissibles et de syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA), désignées par le ministre chargé de la santé.

Le comité national peut faire appel à toute personne compétente susceptible de l'aider dans ses travaux.

Article 4 : Les membres du comité national sont désignés, pour un mandat de cinq (5) ans, par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition des autorités et organisations dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre du comité national, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes pour le restant du mandat.

Article 6 : Le comité national se réunit une fois par semestre, en session ordinaire, sur convocation de son président.

Il peut se réunir en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Article 7 : L'ordre du jour des réunions est établi par le président et transmis aux membres du comité national dans un délai de quinze (15) jours au moins, avant la date de la réunion. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans être inférieur à huit (8) jours.

Article 8 : Le comité national délibère valablement en présence de la moitié de ses membres. En cas d'absence du quorum, une autre réunion est programmée dans les huit (8) jours qui suivent la date de la réunion reportée et le comité délibère, quel que soit le nombre des membres présents.

Article 9 : Les délibérations du comité national sont prises à la majorité des voix des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations sont consignées sur des procès-verbaux transcrits sur un registre spécial coté et paraphé par le président.

Article 10 : Le comité national dispose de commissions spécialisées chargées respectivement de :

- *la prévention ;*
- *la prise en charge ;*
- *la surveillance épidémiologique ;*
- *le suivi et l'évaluation ;*
- *la communication.*

Le comité national peut, en outre, créer des commissions techniques, en tant que de besoin, dans le cadre de la réalisation de ses objectifs.

L'organisation et le fonctionnement des commissions spécialisées ainsi que les conditions de création des commissions techniques sont fixés par le règlement intérieur du comité national.

Article 11 : Le comité national siège au niveau du ministère chargé de la santé.

Article 12 : Le comité national élabore et adopte son règlement intérieur.

Article 13 : Les départements ministériels devant développer un plan opérationnel de prévention et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno déficience acquise (SIDA) et identifiés par le comité national créent, en leur sein, un comité sectoriel à cet effet.

Article 14 : Le comité national est doté d'un secrétariat assuré par les services compétents du ministère chargé de la santé.

Article 15 : Le comité national élabore un rapport annuel portant bilan de ses activités en matière de prévention et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA).

Ce rapport est transmis au Premier ministre.

Article 16 : Les dépenses de fonctionnement du comité national sont inscrites sur le budget de fonctionnement du ministère chargé de la santé.

Article 17 : Le comité national dispose, dans chaque wilaya, d'un comité de prévention et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno déficience acquise (SIDA), dénommé ci-après « le comité de wilaya ».

CHAPITRE 2

COMITE DE WILAYA DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE SYNDROME D'IMMUNO DEFICIENCE ACQUISE (SIDA)

Article 18 : Le comité de wilaya est chargé, dans le cadre des missions, des orientations et des recommandations du comité national, de la coordination, du suivi et de l'évaluation de l'ensemble des activités de prévention et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA), au niveau de la wilaya.

Article 19 : Le comité de wilaya, présidé par le wali ou son représentant, est composé comme suit :

1. Au titre des directions de wilayas :

* des directeurs, ou leurs représentants, chargés respectivement des secteurs suivants :

- la santé ;
- l'intérieur et les collectivités locales ;
- les affaires religieuses et les wakfs ;
- l'éducation nationale ;
- la formation et l'enseignement professionnels ;
- l'emploi ;
- la jeunesse et les sports ;
- la solidarité nationale ;
- la communication.

2. Au titre des organisations et associations :

* d'un représentant, à l'échelle de la wilaya, de chacune des organisations et associations suivantes :

- le croissant rouge algérien ;
- les scouts musulmans algériens ;
- les associations activant dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno déficience acquise (SIDA).

Le comité de wilaya peut faire appel à toute personne compétente susceptible de l'aider dans ses travaux.

Article 20 : Les membres du comité de wilaya sont désignés, pour un mandat de cinq (5) ans, par arrêté du wali sur propositions des autorités et organisations dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre du comité de wilaya, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes pour le restant du mandat.

Article 21 : Le comité de wilaya se réunit une fois par trimestre en session ordinaire, sur convocation de son président.

Il peut se réunir en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Article 22 : L'ordre du jour des réunions est établi par le président et transmis aux membres du comité de wilaya dans un délai de quinze (15) jours au moins avant la date de la réunion. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans être inférieur à huit (8) jours.

Article 23 : Le comité de wilaya délibère valablement en présence de la moitié de ses membres. En cas d'absence de quorum, une autre réunion est programmée dans les huit (8) jours qui suivent la date de la réunion reportée et comité de wilaya délibère alors quel que soit le nombre des membres présents.

Article 24 : Les délibérations du comité de wilaya sont prises à la majorité des voix des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante. Les délibérations sont consignées sur des procès-verbaux transcrits sur un registre spécial coté et paraphé par le président. Les procès-verbaux des réunions sont adressés au wali et au président du comité national dans un délai de huit (8) jours.

Article 25 : Le comité de wilaya élabore et adopte son règlement intérieur.

Article 26 : Le comité de wilaya est doté d'un secrétariat assuré par les services compétents de la direction de la santé et de la population de la wilaya.

Article 27 : Le comité de wilaya élabore un rapport annuel portant bilan de ses activités en matière de prévention et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA).

Ce rapport est transmis au wali et au président du comité national.

Article 28 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 18 Rabie Ethani 1433 correspondant au 11 mars 2012.

Ahmed OUYAHIA.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**INSTRUCTION N° 06 DU 23 AVRIL 2013 FIXANT LES DIRECTIVES NATIONALES DU
 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION VIH**

Destinataires :	-Madame et Messieurs les Walis	Pour Information
	-Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux et les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière	Pour Information
	-Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie	Pour exécution
	-Madame la Directrice Générale de l'Agence Nationale du Sang en communication avec : - centres de transfusion sanguine	Pour exécution
	- Madame et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population / DSP: En communication avec Mesdames et Messieurs les : - Les Directeurs Généraux des CHU, EHU et EH - Les Directeurs des EPH - Les Directeurs des EHS - Les Directeurs des EPSP	Pour exécution et suivi
	Et avec Mesdames et Messieurs les responsables des : -Centre de référence pour la prise en charge du VIH/sida -Centre de dépistage -Laboratoires de diagnostic publics et privés	Pour exécution

L'une des priorités du programme national de lutte contre les IST/VIH/SIDA, est de faciliter le dépistage du VIH dans la population générale et dans les groupes les plus exposés afin de faire bénéficier les personnes dépistées d'une prise en charge précoce et donc d'améliorer leur état de santé. D'autant que le dépistage réduit le nombre de personnes ignorant leur statut sérologique et contribue à la réduction de la transmission de la maladie. C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière a, dans un souci d'harmonisation, de standardisation et d'amélioration de la qualité du diagnostic et du dépistage de l'infection à VIH, réalisé le consensus national sur les stratégies du diagnostic biologique de l'infection VIH.

La présente instruction, résulte des recommandations du consensus national sur les stratégies du diagnostic biologique de l'infection VIH qui a reposé sur i) les données scientifiques actuelles, ii) les recommandations de l'OMS, iii) la situation épidémiologique nationale. Cette instruction définit :

- *Les principes généraux du diagnostic biologique de l'infection VIH qu'il importe de respecter lors de toutes situations, auxquelles le médecin et le biologiste peuvent être conformés,*
- *Les algorithmes qu'il importe de suivre scrupuleusement pour chacune des stratégies du diagnostic biologique de l'infection VIH*

1. PRINCIPES GENERAUX

L'application de stratégies diagnostique de l'infection VIH est basée sur les principes généraux suivants :

1.1 Le diagnostic biologique de l'infection VIH est essentiellement sérologique : Il consiste à rechercher les anticorps anti-VIH 1 et 2 à partir d'un prélèvement de sang par méthodes immunoenzymatiques ou par tests rapides. Ces anticorps sont recherchés dans le cadre d'un dépistage de routine et / ou d'une confirmation du diagnostic suite à un premier prélèvement positif.

Le schéma général du diagnostic biologique du VIH repose sur :

- *Un premier test de dépistage : s'il est positif, on devra obligatoirement effectuer un deuxième test différent du premier sur le même prélèvement.*
- *Toute analyse de dépistage positive, doit être confirmée par le test western blot, qui constitue le test de référence ou a défaut, par le test immuno-enzymatique ou test simple/rapide.*

Les résultats (positifs ou négatifs) doivent être rendus de manière confidentielle, au cours d'une consultation spécifique. Un résultat négatif doit être accompagné d'informations sur la prévention du VIH ; un résultat positif implique d'orienter le patient vers le centre de référence de prise en charge de l'infection VIH/SIDA pour débiter la prise en charge et la suivi- tous ces résultats doivent être transcrits sur une feuille de résultats selon un modèle conçu à cet effet. (annexe7)

1.2 Le diagnostic biologique chez le nourrisson âgé de moins de 18 mois ne de mère séropositive au VIH, ne doit en aucun cas reposer sur la recherche des anticorps anti-VIH. Il est basé sur la recherche du génome viral, ARN ou ADN, par technique de biologie moléculaire, qui est également utilisée pour le diagnostic de la primo-infection à VIH.

1.3 Les réactifs de diagnostic utilisés dans les laboratoires de différents niveaux devront avoir été au préalable validés par le laboratoire national de référence de l'infection VIH/SIDA. Les recommandations de l'OMS exigent pour la validation à 99.5% et une spécificité supérieure ou égale à 99%.

1.4 Dans le cadre de la surveillance virologique et épidémiologique des sous-types VIH circulants en Algérie ; tout laboratoire d'analyse médicale, public et privé, sérum le confirmé<positifs> à leur niveau, au laboratoire national de référence de l'infection VIH/SIDA.

1.5 Dans le cadre de l'amélioration de la qualité du diagnostic biologique de l'infection VIH, les laboratoires de diagnostic sont tenus de participer à l'évaluation externe de la qualité des examens biologiques. Un panel d'échantillon de sérum est envoyé aux différents laboratoires pour contrôle de qualité, qui est réalisé selon un protocole défini par le laboratoire national de référence de l'infection VIH/SIDA.

1.6 La déclaration de la maladie est obligatoire. Dès confirmation, elle doit se faire, par le médecin traitant et par le chef de laboratoire, conformément à la législation actuellement en vigueur (Arrêté n° 179/MS/CAB du 17 novembre 1990 et circulaire n°1126MS/DP/SDPG du 17 novembre 1990)

2- STRATEGIES DU DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

Les stratégies du diagnostic biologique de l'infection due au VIH, font appel à six algorithmes, A1 à A6, (Annexes 1 à 7) adoptés lors du consensus national. Ces algorithmes trouvent leur indication dans quatre contextes :

- *I-Dépistage de l'infection due au VIH (A1) dans une structure chargée du dépistage.*
- *II-Diagnostic biologique de l'infection due au VIH (A2, A3, et A4) dans le laboratoire.*
- *III-Séro-surveillance épidémiologique de l'infection due au VIH (A5)*
- *IV-contrôle du don de sang et de ses dérivés vis-à-vis du VIH (A6)*

2.1. DEPISTAGE DE L'INFECTION VIH

ALGORITHME A1 : <DEPISTAGE DE L'INFECTION DUE AU VIH DANS UNE STRUCTURE CHARGÉE DU DEPISTAGE>(ANNEXE1)

Cet algorithme A1 est à appliquer dans le dépistage de l'infection à VIH/SIDA dans une structure chargée du dépistage. Il fait appel à un seul prélèvement de sang P, qui est analysé par un test T de type immuno-enzymatique ou simple/rapide.

L'acte de dépistage engendre le plus souvent une angoisse avec notamment un risque de perdu de vue du patient si le délai de rendu de résultats est long, aussi il est recommandé, lors du dépistage dans les centres de dépistage et/ou dans le cadre du programme de ETME de ne pas prolonger l'attente de ces patients et par conséquent de recourir à des tests simples/rapides unitaires dument validés.

Deux situations sont possibles :

- 1^{ère} situation : le test T est négatif, il y a lieu de considérer le résultat <négatif>
- 2^{ème} situation : le test positif, il y a lieu d'envoyer le prélèvement au laboratoire de diagnostic pour la confirmation (conformément l'algorithme A2)

2.2-DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION VIH

2.2.1-ALGORITHME A2 : <DIAGNOSTIC SEROLOGIQUE DE L'INFECTION DUE AU VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT AGE DE PLUS DE 18 MOIS> (ANNEXE 2)

L'analyse du prélèvement de sang P1 est effectuée par un premier test T1 de type immuno enzymatiques ; deux situations sont possibles :

- 1^{ère} situation : le test T1 est négatif, il y a lieu de considérer le résultat « négatif »
 - 2^{ème} situation : le test T1 est positif, il y a lieu d'effectuer un deuxième test T2 de type immuno-enzymatique ou simple / rapide sur le même prélèvement de sang P1
- Dans cette situation, deux cas de figure sont possibles :
- les tests sont concordants : il y a lieu d'effectuer un troisième test T3 de type Western blot, immuno-enzymatique ou simple / rapide sur un deuxième prélèvement de sang P2 .
 - les tests sont discordants : il y a lieu de refaire les tests T1 et T2 sur le même prélèvement de sang P1.
- Dans ce deuxième cas de figure, deux situations sont possibles :

- 1^{ère} situation : les tests T1 et T2 sont tous deux négatifs, il y a lieu de considérer le résultat «négatif»
- 2^{ème} situation : les tests T1 et T2 sont tous deux positifs ou discordants, il y a lieu de faire un test de confirmation (T3) de type Western blot ou immuno-enzymatique ou test simple/rapide) sur le deuxième prélèvement de sang P2 :
 - Si T1 positif, T2 positif et T3 positif : il y a lieu de considérer le résultat « positif »,
 - Si T1 positif, T2 positif, T3 négatif : il y a lieu de considérer le résultat « indéterminé » et de reconvoquer le patient dans un délai de 15 à 30 jours pour suivi,
 - Si T1 positif, T2 négatif, T3 positif : il y a lieu de considérer le résultat « indéterminé » et de reconvoquer le patient dans un délai de 15 à 30 jours pour suivi
 - si T1 positif, T2 négatif, T3 négatif : il y a lieu de considérer le résultat « négatif »

Les tests T1, T2, et T3 doivent être soit de principe différent soit de composition antigénique différente.

2.2.2. Algorithme A3 : Diagnostic sérologique de l'infection due au VIH CHEZ LE NOURRISSON AGE DE MOINS DE 18 MOIS NE DE MERE SEROPOSITIVE AU VIH» (Annexes 3)

L'analyse du prélèvement de sang P1 est effectuée le plus précocement par un test T1 de type PCR ARN ou ADN. Quel que soit le résultat du test T1, présence ou absence d'ARN ou d'ADN viral, il y a lieu de faire un mois après, un deuxième test T2 de type PCR ARN ou ADN sur un prélèvement de sang P2.

Deux situations sont possibles :

1^{ère} situation : les deux tests sont positifs, il y a lieu de considérer le résultat «positif»

2^{ème} situation : les deux tests sont négatifs ou discordants : il y a lieu de faire, trois mois après le test T2, un troisième test T3 de type PCR ARN ou ADN sur un troisième prélèvement de sang P3.

Trois cas de figure sont possibles :

- 1er cas de figure : le test T1 négatif, T2 négatif, T3 négatif : il y a lieu de considérer le résultat « négatif » en l'absence de traitement antirétroviral. En cas de traitement préventif antirétroviral du nourrisson, les tests sont effectués deux mois après l'arrêt du traitement.
- 2ème cas de figure : le test T1 négatif, T2 positif, T3 négatif : il y a lieu de considérer le résultat indéterminé, refaire 1e test,
- 3ème cas de figure : le test T1 négatif, T2 positif, T3 positif : il y a lieu de considérer 1e résultat « positif »

Il y a lieu de préciser que:

1. le prélèvement de sang P1 doit se faire le plus précocement possible après la naissance,
2. pour affirmer qu'un enfant n'est pas infecté, il faut deux prélèvements de sang négatifs au VIH après l'âge d'un mois et en l'absence de traitement antirétroviral de l'enfant,
3. en cas d'allaitement maternel, il faut rechercher l'infection due au VIH dans les trois mois qui suivent l'arrêt définitif de l'allaitement,

« Diagnostic sérologique de l'infection due VIH suite A UN ACCIDENT 2.2.3. Algorithme A4 D'EXPOSITION AU SANG ET/ OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AES)» (ANNEXE 4)

Devant tout accident d'exposition au sang et/ou aux liquides biologiques (AES), il y a lieu de faire en urgence un test de type immuno-enzymatique ou simple / rapide sur le prélèvement de sang P1 de la personne source et de la personne exposée, pour la recherche d'anticorps spécifiques du VIH -1/2. Ceci permettra de connaître le statut sérologique et donc évaluer le risque de contamination.

Si la personne source est VIH positive, la personne exposée devra être orientée en urgence dans les 48 heures vers le centre de référence pour sa prise en charge.

Deux situations sont possibles pour la personne exposée:

1ère situation: le test T1 est positif, il y a lieu de considérer le résultat « positif » ; Il ne s'agit pas d'un AES, le patient était déjà séropositif au VIH avant l'accident.

2ème situation : le test T1 est négatif, il y a lieu de faire un deuxième test T2 de type immuno-enzymatique ou simple / rapide sur un deuxième prélèvement de sang P2 et ce, au 30ème jour (soit un mois après l'AES).

Deux cas de figure sont possibles :

- 1er cas de figure : le test T2 est positif, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'une probable séroconversion et de se référer à l'algorithme A2 pour la démarche diagnostique.
- 2ème cas de figure : le test T2 est négatif : il y a lieu de faire un troisième test T3 de type immuno-enzymatique ou simple / rapide sur un troisième prélèvement de sang P3 et ce, au 90ème jour (soit trois mois après l'AES).

Dans ce deuxième cas de figure, deux éventualités sont possibles :

- 1ère éventualité : le test T3 est positif, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'une probable séroconversion et de se référer à l'algorithme A2.
- 2ème éventualité : le test T3 est négatif, il y a lieu de faire un quatrième test T4 de type immuno-enzymatique ou simple / rapide sur un quatrième prélèvement de sang P4 et ce, au 180ème jour (soit six mois après l'AES).

Dans cette dernière éventualité :

- le test T4 est positif, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'une probable séroconversion et de se référer à l'algorithme A2
- si le test T4 est négatif, il y a lieu de considérer définitivement le résultat « négatif »

Les tests T1, T2, T3 et T4 peuvent être de même principe ou de principes différents.

2.3. DEPISTAGE DE L'INFECTION VIH DANS LE CADRE DE LA SERO- SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE»

Algorithme A5 « DEPISTAGE de l'infection VIH dans le cadre de la sero- SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE » (ANNEXE 5)

Cet algorithme A5 est à appliquer dans les enquêtes de séro- surveillance de l'infection VIH. Il fait appel à un seul prélèvement de sang P, qui est analysé par un premier test T1 immuno-enzymatique ou simple/rapide.

Deux situations sont possibles :

1^{ère} situation : le test T1 est négatif : il y a lieu de considérer le résultat « négatif ».

2^{ème} situation : le test T1 est positif : il y a lieu d'effectuer sur le même prélèvement de sang P, un deuxième test T2 de type immuno-enzymatique ou simple / rapide.

Les tests T1 et T2 doivent être soit de principe différent soit de composition antigénique différente.

Deux cas de figure sont possibles :

1^{er} cas de figure : le test T2 est positif, il y a lieu de considérer le résultat « positif »

2^{ème} cas de figure : le test T2 est négatif : il y a lieu de refaire les tests T1 et T2.

Deux éventualités sont possibles :

1^{ère} éventualité : les tests T1 et T2 sont concordants :

les tests T1 et T2 sont tous deux négatifs, il y a lieu de considérer le résultat « négatif »

les tests T1 et T2 sont tous deux positifs, il y a lieu de considérer le résultat « positif »

2^{ème} éventualité : les tests T1 et T2 sont discordants :

Il y a lieu de considérer le résultat « indéterminé » et de transmettre le prélèvement de sang au Laboratoire National de Référence de l'infection VIH/SIDA.

2.4. CONTROLE DU DON DE SANG

Algorithme A6 : « Contrôle du don de sang » (ANNEXE 6)

Cet algorithme A6 est à appliquer dans les différentes structures chargées du contrôle du don de sang. Cet algorithme A6 fait appel à deux prélèvements de sang P1 et P2 de la poche de sang.

Le premier prélèvement de sang P1 est analysé par un test T de type immuno-enzymatique hautement sensible.

Deux situations sont possibles :

1^{ère} situation : le test T est négatif : il y a lieu de considérer le don de sang validé.

2^{ème} situation : le test T est douteux ou positif : il y a lieu de détruire la poche de sang.

Le 2^{ème} prélèvement de sang P2 est adressé au laboratoire de diagnostic pour information ou confirmation de l'infection due au VIH. En cas de positivité confirmée le patient est confié à un centre de prise en charge.

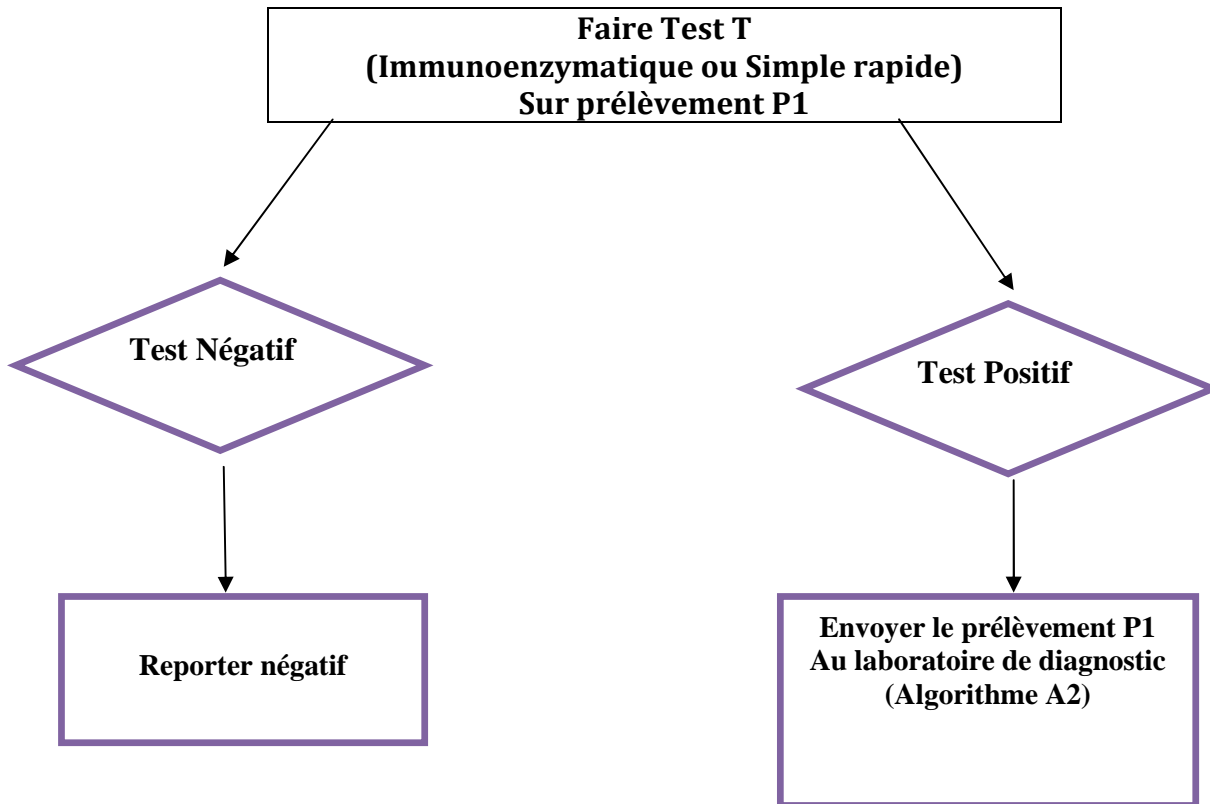
Une importance particulière doit être accordée à cette instruction, téléchargeable sur le site www.sante.dz, qui doit faire l'objet d'une large diffusion notamment aux responsables des centres de référence pour la prise en charge du VIH/sida, des centres de dépistage, et des laboratoires d'analyses médicales publics et privés.

Le Directeur Général

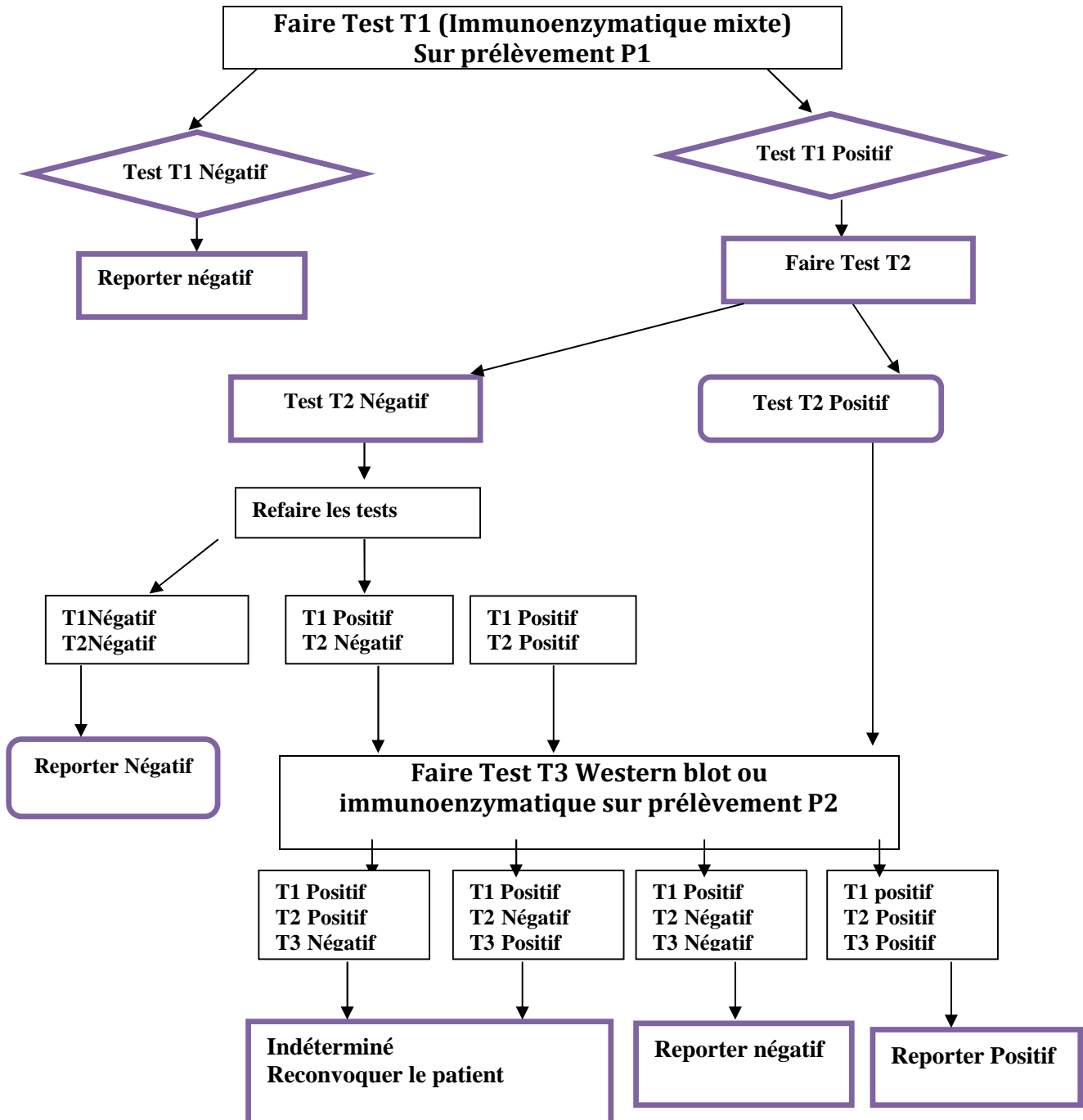
مدير عام للوقاية وترقية الصحة

الأستاذ س. مصباح

ANNEXE 1
ALGORITHME 1
DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH / SIDA
DANS UNE STRUCTURE CHARGEE DU DEPISTAGE



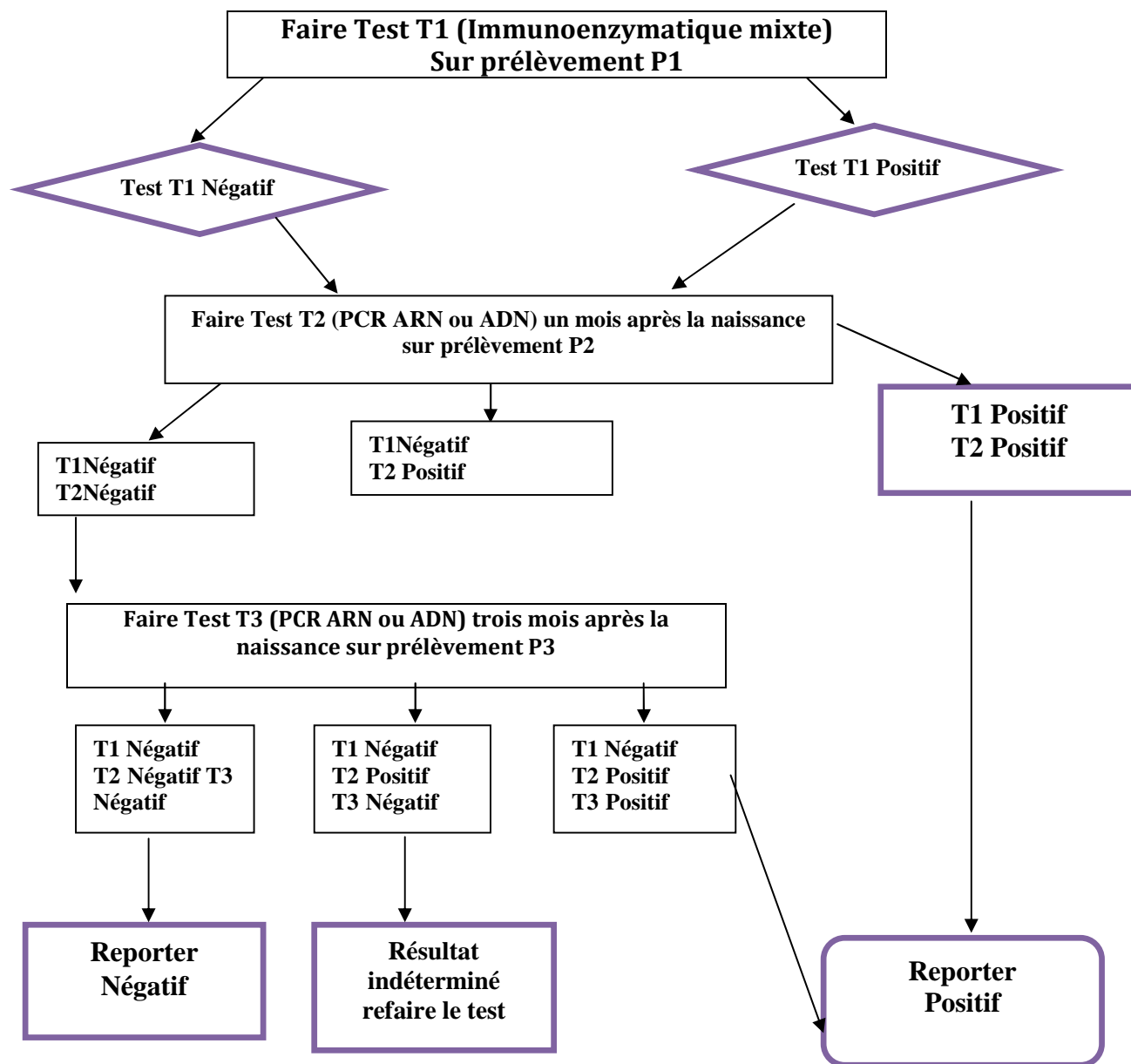
ANNEXE 2
ALGORITHME 2
DIAGNOSTIC SEROLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH/SIDA CHEZ
L'ADULTE ET L'ENFANT AGE DE PLUS DE 18 MOIS



Commentaires :

- Les tests T1, T2 et T3 sont des tests de dépistage des anticorps anti VIH de principes différents.

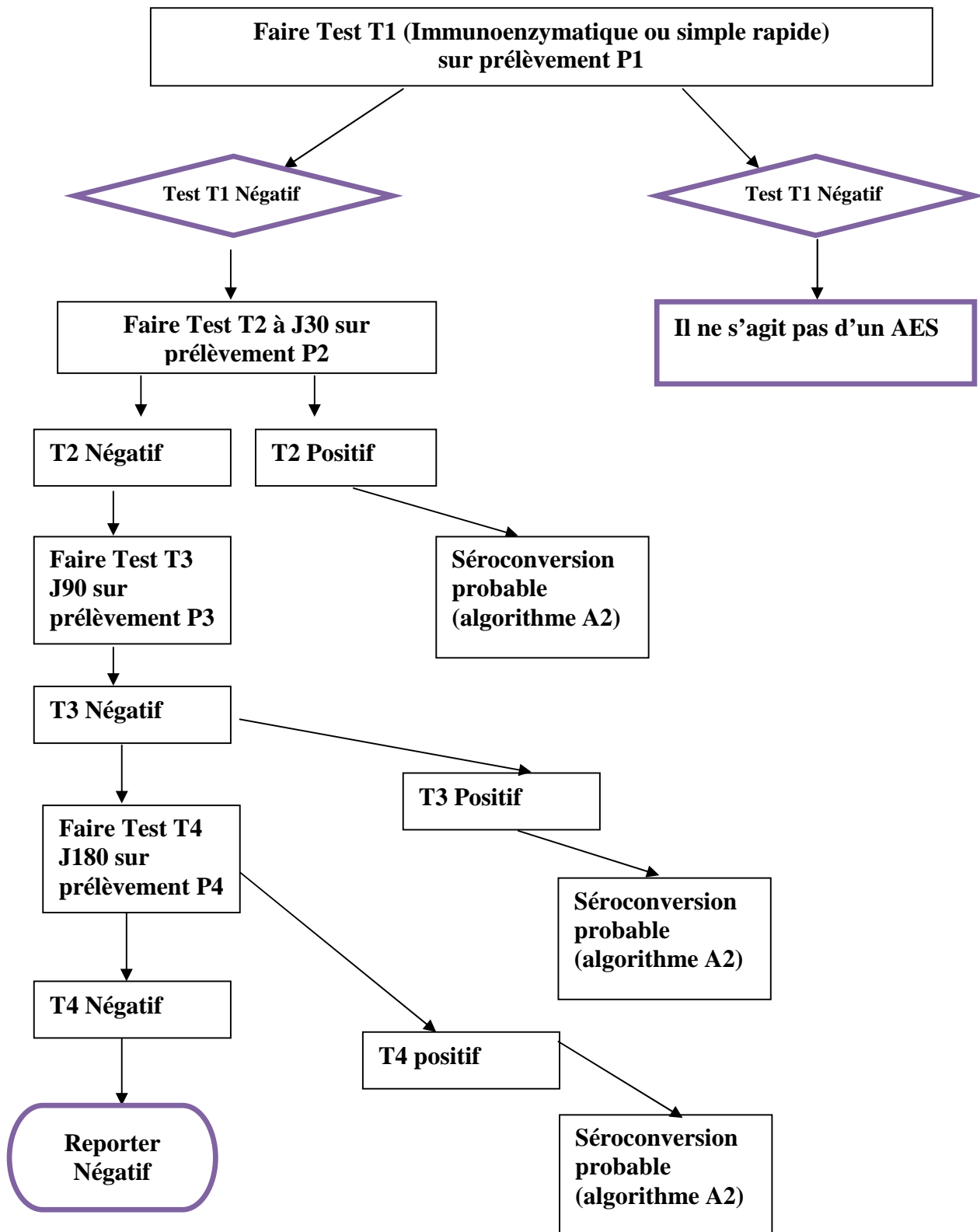
ANNEXE 3
ALGORITHME 3
DIAGNOSTIC CHEZ LE NOURISSON AGE DE MOINS DE 18 MOIS NE DE MERE
SEROPOSITIVE AU VIH



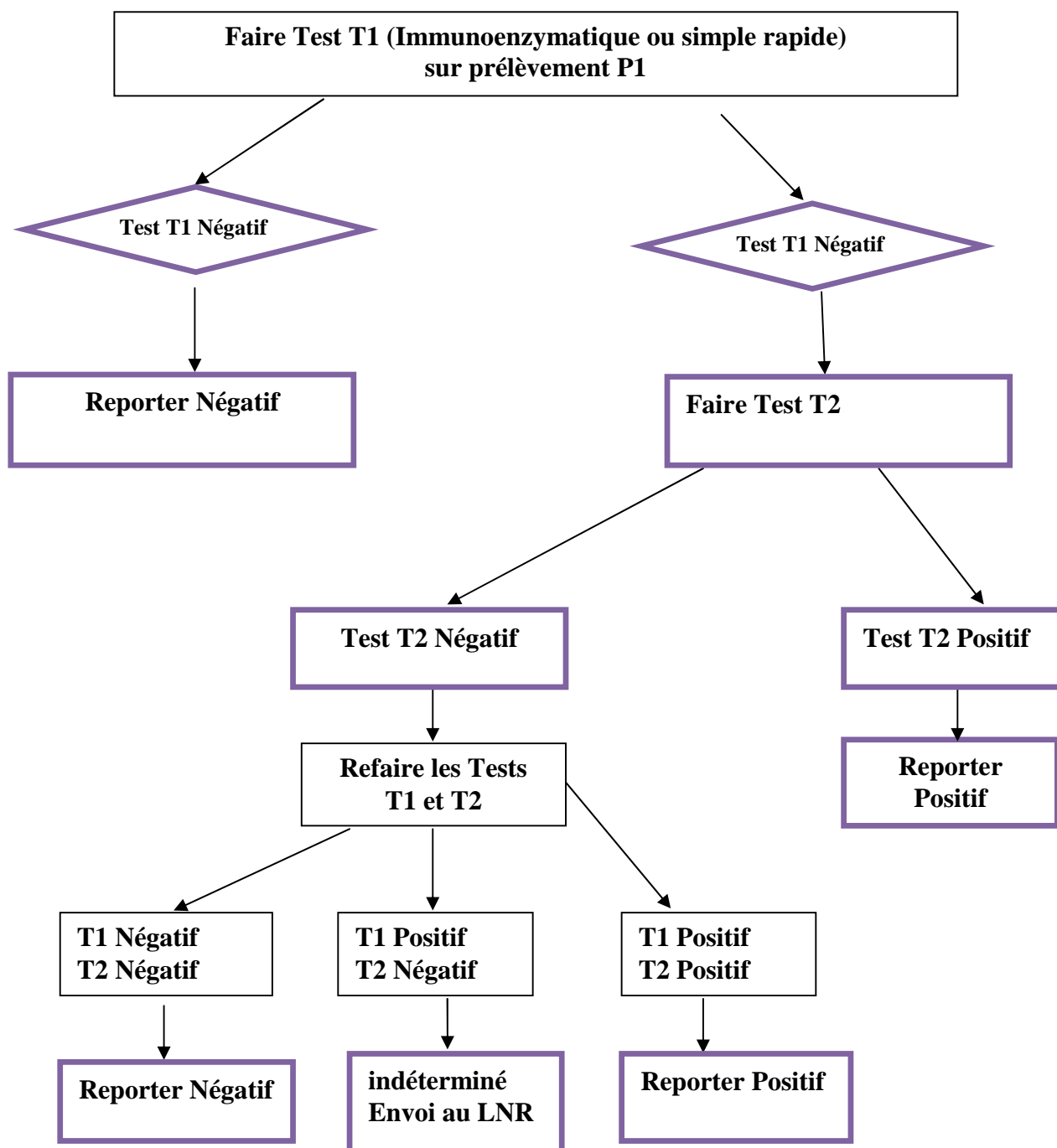
Commentaires :

- *Le prélèvement P1 doit se faire le plus précocement possible après la naissance*
- *Pour affirmer qu'un enfant n'est pas infecté, il faut deux (2) prélèvements négatifs après l'âge d'un mois en l'absence de traitement antirétroviral de l'enfant.*
- *En cas d'allaitement maternel, il faut rechercher l'infection dans les trois mois qui suivent l'arrêt définitif de l'enfant.*

ALGORITHME 4
ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG ET/OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES
(AES)

**Commentaires :**

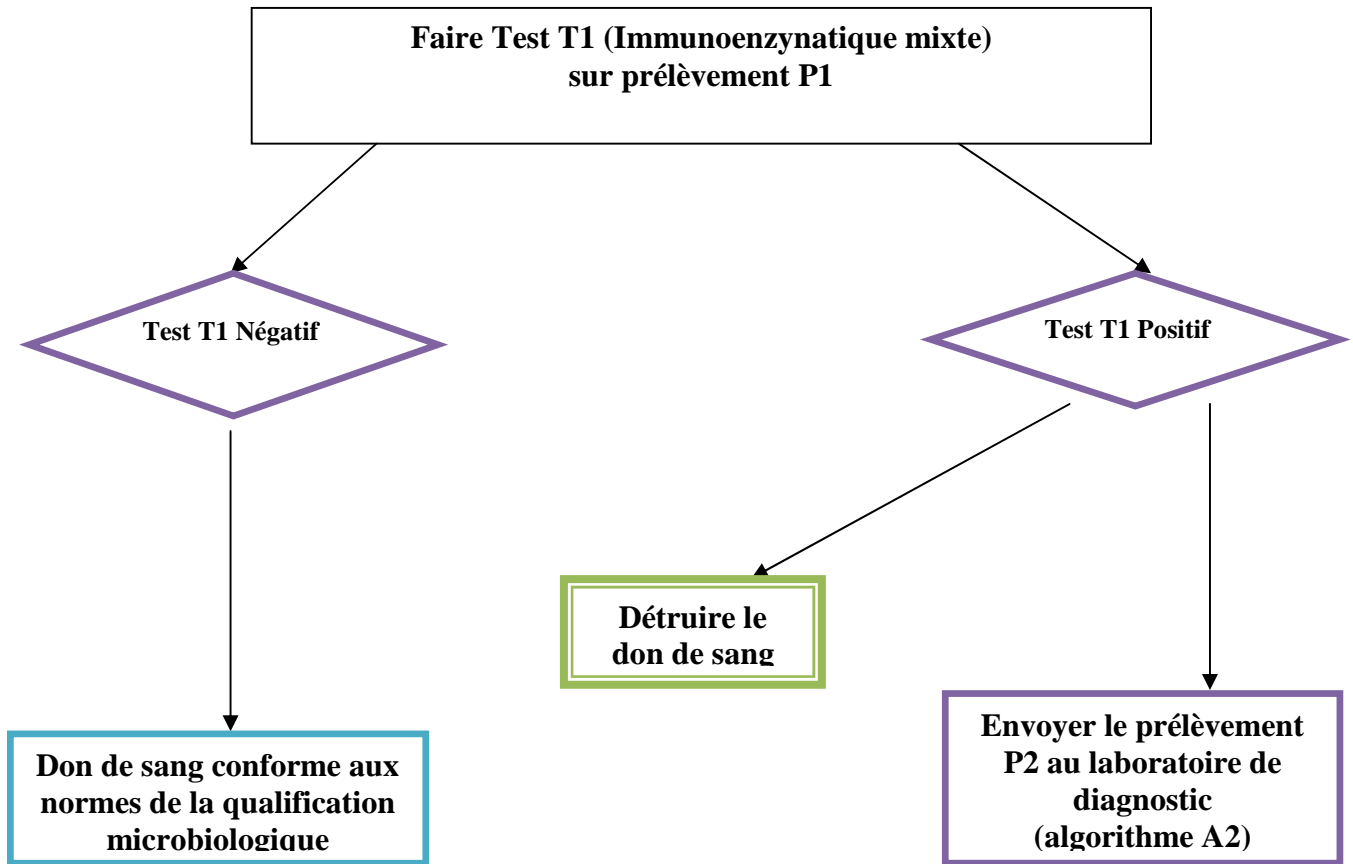
- Le test T1 doit être fait en urgence pour la personne source et la personne exposée
- Les Tests T2, T2, T3 et T4 sont des tests de dépistage des anticorps anti VIH de même principe ou de principes différents



Commentaires :

- Pour les professionnels (les) du sexe qui font le prélèvement avec consentement éclairé, utiliser l'algorithme 1 : Diagnostic sérologique de l'infection à VIH/sida chez l'adulte et le nourrisson âgé de plus de 18 mois.

ANNEXE 6
ALGORITHME 6
CONTROLE DU DON DE SANG



- Cet algorithme fait appel à deux prélèvements de sang P1 et P2 de la poche de sang

ANNEXE 7
FICHE DE RENDU DU RESULTAT
(CONFIDENTIEL)

Wilaya de :

LABORATOIRE : Tel : Fax :	Analyse demandée par : Pour : Nom : Prénom : Age :
Date de réception du prélèvement : N ° d'ordre (à rappeler pour toute réclamation) :	
<p style="text-align: center;">RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI – VIH 1/2</p> <p>Méthodes et trousse (Kits) utilisées :</p> <p>1^{er} Test :Résultat :</p> <p>2^{ème} Test :Résultat :</p> <p>3^{ème} Test :Résultat :</p> <p>Conclusion :</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">Le chef du Laboratoire Date :</div>	

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

مديرية العامة للوقاية وترقية الصحة

**INSTRUCTION N°17 DU 29 NOVEMBRE 2015 RELATIVE A LA GÉNÉRALISATION DE MISE EN
ŒUVRE DE LA STRATÉGIE NATIONALE D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE-
ENFANT DU VIH**

Destinataires	<ul style="list-style-type: none">• Messieurs les Walis• Monsieur le Directeur Général de l'INSP• Monsieur le Directeur Général de la PCH• Monsieur le Directeur Général de PIPA• Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population en communication avec :<ul style="list-style-type: none">• les Directeurs des Etablissements Hospitaliers• les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers• les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité• Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Privés• Les praticiens des Cabinets médicaux privés• Les Responsables des Etablissements parapublics de santé• Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran• Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	<p>Pour information</p> <p>Pour exécution</p> <p>Pour exécution</p> <p>Pour exécution</p> <p>Pour exécution, diffusion et suivi</p> <p>Pour exécution</p> <p>Pour exécution</p>
----------------------	--	---

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie du VIH/sida, le Plan National Stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida 2013-2015 s'est fixé comme objectif général de promouvoir l'Accès Universel aux services de prévention, de soins et de traitement et d'appui à la population générale et en particulier aux groupes de population en situation de vulnérabilité sociale et comportementale.

Partant du constat qu'en l'absence de toute intervention, le risque de transmission de la mère à l'enfant du VIH est évalué à 15%-30% pendant la grossesse et l'accouchement, et à 10%-20% durant l'allaitement au sein, et que la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, préconisée par l'OMS est l'une des stratégies les plus efficaces dans la lutte contre le VIH/sida, le 2^e axe stratégique du PNS a été consacré à « l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans l'objectif de garantir un dépistage plus de 90% des femmes enceintes attendues, et d'assurer la prise en charge à plus de 90% des femmes enceintes séropositives et de leurs enfants.

Dans un souci d'harmonisation et d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la femme enceinte séropositive au VIH, et suite à l'évaluation de la phase pilote du lancement de cette stratégie, cette instruction vient de rappeler et fixer les directives nationales de la généralisation de la mise en œuvre de la stratégie nationale d'élimination de la transmission mère-enfant dans ses modalités liées i) au dispositif organisationnel, ii) à la démarche de dépistage et à la prise en charge selon les niveaux de soins conformément au consensus thérapeutique national.

1 RAPPEL DES PRINCIPES DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LA TRANSMISION MERE-ENFANT DU VIH (eTME)

La stratégie nationale eTME a pour but de créer les conditions susceptibles de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant selon une approche intégrée qui combine le dépistage, la prévention, les soins et le traitement.

Elle a pour objectif d'assurer la disponibilité, l'accessibilité de service de prise en charge aux femmes enceintes séropositive au VIH et à leurs enfants, à travers a mise en place de réseaux opérationnels reposant sur des structures de santé déjà existantes disposant de moyens matériels et humains adéquats.

La stratégie nationale eTME que le Ministère de la Santé, de la population et de la Réforme hospitalière a adoptée, repose sur les principes généraux :

- *la grossesse chez une femme séropositive doit être considérée comme une grossesse à risque dont la prise en charge ne peut être que multidisciplinaire ;*
- *le dépistage de l'infection à VIH/sida doit être systématiquement proposé dès le premier examen prénatal et lors de tout recours aux soins d'une femme enceinte ;*
- *la prise en charge doit être globale, médicale et psychosociale conformément au consensus thérapeutique national.*

La mise en œuvre de la stratégie nationale eTME repose sur l'approche opérationnelle, Suivante:

- *une approche réseau qui repose sur des pôles centrés sur tous les CDR afin d'assurer une large couverture des femmes enceintes et de leur faciliter l'accès aux soins;*
- *une Intensification des actions de promotion du dépistage qu'il importe d'étendre à tous les niveaux de recours aux soins notamment les PMI, les consultations prénatales, les maternités, les centres de dépistage (CD), et les Centres de Référence de prise en charge de l'infection à VIH*
- *(CDR) avec l'implication des associations, dans la promotion du dépistage;*
- *une standardisation du diagnostic sérologique VIH chez les femmes enceintes, basée sur le consensus biologique national qui a intégré les tests Simples/rapides et qu'il importe de respecter en tout lieu.*

2. DISPOSITIF ORGANISATIONNEL DE MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE NATIONALE « eTME »

Le dispositif opérationnel de mise en œuvre de la stratégie nationale eTME repose sur des réseaux de prise en charge de la femme enceinte séropositive au VIH articulés principalement autour:

- de 15 Centres de Référence de prise en charge (CDR) en tant que pôle du réseau pour la prise en charge et le suivi thérapeutique (annexe 3);
- des polycliniques dont les PMI représentent la principale porte d'entrée de la femme enceinte à l'eTME, elles devront être intégrées au fur et à mesure en procédant au renforcement de leurs moyens humains et matériels,
- des Centres de Dépistage (CD) qui devront développer leurs activités de dépistage des femmes enceintes en relation avec les PMI;
- des maternités et des unités et /ou services de néonatalogie situés à proximité du CDR assurant le suivi des grossesses à haut risque et la prise en charge de l'accouchement.

3. DEMARCHE DE DEPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DE LEURS ENFANTS SELON LES NIVEAUX DE SOINS

Les prestations qui devront être dispensées, dans les différents niveaux d'intervention de prise en charge de la femme enceinte séropositive au VIH, sont basées sur le consensus national sur la prise en charge thérapeutique de l'infection à VIH/sida et des Infections opportunistes de l'adulte et de l'enfant (2010).

Elles reposent sur la démarche suivante dont je vous demande de réunir les conditions et veiller à la stricte application des mesures, ci-dessous, édictées:

❖ AU NIVEAU DE LA POLYCLINIQUE ET DU CENTRE DE DEPISTAGE;

L'équipe de la PMI (médecin, sage-femme), chargée de la consultation prénatale est tenue de:

- accueillir la femme enceinte individuellement,
- effectuer la consultation prénatale,
- conduire un entretien de conseil pré test,
- proposer le test VIH,
- effectuer le test rapide de dépistage VIH conformément à l'algorithme prévu, à Cet effet, dans les directives nationales relatives au consensus biologique national.

Si le test s'avère positif, Il y a lieu de:

- effectuer un entretien de conseil post test,
- adresser la femme enceinte séropositive, au CDR (pour prise en charge de l'infection à VIH) et au service de gynéco-obstétrique (pour suivi de sa grossesse en tant que grossesse à haut risque)

❖ AU NIVEAU DU CENTRE DE REFERENCE DE PRISE EN CHARGE (CDR):

Le médecin chargé de la prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH est tenu de:

• Avant l'accouchement:

- faire le bilan notamment viro-immunologique initial de l'infection à VIH (CD4, charge virale plasmatique) conformément au consensus national;
- prescrire le traitement antirétroviral (ARV) conformément au consensus national (cf. annexe 1);
- proposer le dépistage VIH au conjoint et aux enfants;
- assurer le suivi conformément au consensus national en veillant notamment à l'observance et à la surveillance de la tolérance et de la toxicité du traitement ARV;
- gérer les échappements virologiques conformément au consensus national;
- fournir les antirétroviraux

• Après l'accouchement :

- Chez la mère:

- poursuivre le traitement antirétroviral,
- veiller à faire un diagnostic précoce des Infections opportunistes (IO) et les prendre en charge,
- proposer l'espacement des naissances,
- veiller à assurer un soutien nutritionnel et psychologique

-

-Chez le nouveau-né;

- proscrire la prophylaxie par le traitement ARV conformément au consensus national,
- proscrire l'allaitement maternel,
- pratiquer les mesures de la charge virale plasmatique (PCR ARN ou ADN) à visée diagnostique à la naissance à 1mois et à 3mois selon la guide national du diagnostic biologique de l'infection à VIH/sida,
- poursuivre la surveillance clinique et biologique jusqu'à l'âge de deux ans.

❖ AU NIVEAU DU SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE:

L'équipe (médecins sages-femmes) chargée de la prise en charge des femmes enceintes séropositives pour le VIH est tenue de:

- *Avant l'accouchement:*
 - accueillir la femme enceinte individuellement,
 - surveiller la grossesse en tant que grossesse à haut risque avec suivi clinique mensuel plus fréquent en fin de grossesse et/ou si apparition d'infections sexuellement transmissibles (IST) condylomes, herpès génitaux,...
 - rechercher et prévenir les facteurs de risques d'accouchement prématuré;
 - éviter les manœuvres augmentant les échanges sanguins mère-enfant (cerclage, amniocentèse, version, amnioscopie...),
 - programmer l'accouchement: la dernière charge virale plasmatique (CVP) est décisive pour la modalité d'accouchement.

Lors de l'accouchement (à la maternité de référence):

- réaliser l'accouchement en veillant au respect des procédures à moindre risque de transmission mère - enfant du VIH, (cf. annexe)
- prendre en charge le nouveau-né.
 - *Après l'accouchement:*
- transférer le nouveau-né à l'unité de néonatalogie.

❖ **AU NIVEAU DU SERVICE OU DE L'UNITÉ DE NEONATALOGIE:**

L'équipe chargée de la prise en charge des nouveau-nés de mère séropositive au VIH est tenue de;

- *accueillir et prendre en charge le nouveau-né*
- *assurer l'allaitement artificiel*
- *assurer le traitement ARV conformément au consensus thérapeutique national*

Une importance particulière devra être accordée à la mise en œuvre et au suivi des mesures édictées dans la présente instruction qui doit faire l'objet d'une très large diffusion aussi bien dans les structures de santé publiques que privées et être appuyée par l'organisation de Journées d'information au profit des personnels de santé impliqués.

Le Directeur Général

عامدير
للقاية و ترقية الصحة
الأستاذ س. مصباح

ANNEXE I CONDUITE A TENIR DEVANT UNE FEMME ENCEINTE SEROPOSITIVE POUR LE VIH ET POUR SON NOUVEAU-NE

A. CAS DE LA FEMME ENCEINTE SOUS TRAITEMENT ARV

I Si le Traitement ARV est jugé efficace (charge virale plasmatique indétectable <50 COPIES/ML à la 38^{ème} semaine d'aménorrhée]

1.1 Chez la mère

• Conserver le traitement ARV en évitant:

- Didanosine et la remplacer par une autre molécule soit l'Abacavir cp à 300mg 1 cp deux fois/ jour ou Lamivudine cp à 150mg lcp deux fois/ jour ou Ténofovir à 245mg lcp/jour
- Efavirenz si grossesse Inférieur à 8 semaines d'aménorrhée (car risque d'anomalie de fermeture du tube neural), qui sera remplacée par une autre molécule Lopinavir/ritonavir (200mg/50mg) 2cps deux fois/ jour

Mode d'accouchement

- préconiser un accouchement par voie basse,

1.2 Chez le nouveau-né

- prescrire la Zidovudine solution à raison de 4mg/kg toutes les 12h débutée dans les 6 à 12 h après la naissance pendant 06 semaines
- proscrire l'allaitement maternel,
- pratiquer la charge virale plasmatique VIH(CVP) à la naissance (J0), à un mois (M1) et à 3 mois (M3).
- ne pas administrer le BCG et le vaccin polio oral jusqu'à PCR VIH négative à 3 mois,

2. Si le traitement ARV est Jugé insuffisant [charge virale plasmatique supérieure à 200COPIES/ML]:

2.1 Chez la mère

- Modifier le traitement Initial : changer au moins 02 molécules en évitant:
- Efavirenz si grossesse Inférieur à 8 semaines d'aménorrhée remplacer, par une autre molécule telle que Lopinavir/ritonavir (200mg/50mg) 2cps deux fois/ jour ou Raltégravir cp à 400mg 1cp deux fois/ jour
- Didanosine, remplacer par une autre molécule soit Abacavir cp à 300mg 1cp deux fois/ jour ou lamivudine cp à 150mg 1cp deux fois/ jour ou • Ténofovir cp à 245 mg lcp / jour
- Mode d'accouchement :
- programmer une césarienne à la 38^{ème} semaine d'aménorrhée si CVP reste 200 copies/ml à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée.

2.2 Chez le nouveau-né:

- prescrire la Zidovudine solution à raison de 4mg/kg toutes les 12h débutée 4 ans les 6 à 12 h après la naissance et pendant 06 semaines,
- proscrire l'allaitement maternel,
- pratiquer la charge virale plasmatique VIH à la naissance (J0), à un mois (M1) et à 3 mois (M3).
- ne pas administrer le BCG et le vaccin polio oral jusqu'à PCR VIH négative à 3 mois

B. CAS DE LA FEMME ENCEINTE DONT LA SEROPOSITIVITE EST DECOUVERTE EN COURS DE GROSSESSE:

1. Chez la mère

- Débuter le traitement ARV le plus tôt possible en évitant
- Efavirenz (EFV) si grossesse <8 semaines d'aménorrhée,
- Nevirapine (NVP),
- Didanosine (ddl)
- Prescrire l'association de 2 INRTI + IP/r soit ;
- Zidovudine (AZT) cp à 300mg 1cp deux fois/ jour + Lamivudine (3TC) cp à 150 mg 2cps deux fois/ jour

OU

- Abacavir (ABC) (en cas d'anémie) cp à 300mg 1cp deux fois/jour + Lamivudine (3TC) cp à 150mg 1cp deux fois/jour + Lopinavir/ritonavir (200 mg/50mg) 2cps deux fois/jour.

Mode d'accouchement:

- si charge virale plasmatique à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée est Indétectable <50 COPIES/ML, pratiquer un accouchement par voie basse
- si charge virale plasmatique à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée est >200 COPIES/ML, il faut programmer une césarienne à la 38^{ème} semaine d'aménorrhée

2. Chez le nouveau-né:

- prescrire la Zidovudine solution à raison de 4mg/kg toutes les 12h débutée dans les 6 à 12 h après la naissance et pendant 06 semaines,
- proscrire l'allaitement maternel,
- pratiquer la charge virale plasmatique VIH à la naissance (J0), à un mois (M1) et à 3 mois (M3).
- ne pas administrer le BCG et le vaccin polio oral Jusqu'à PCR VIH négative à 3 mois.

C- CAS DE LA FEMME ENCEINTE DONT LA SEROPOSITIVITE EST DECOUVERTE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT:

1. Chez la mère

- Mettre en route le traitement ARV: association 2 INRTI + IP/r, soit
 - Zidovudine (AZE) cp à 300mg 1cp deux fois/ Jour + Lamivudine (3TC) cp à 150mg 1cp deux fois/jour + Lopinavir/ritonavir (200mg/50mg) 2cps deux fois/ Jour

OU

- Abacavir (ABC) (en cas d'anémie) cp à 300mg 1cp deux fois/ Jour + Lamivudine (3TC) cp à 150mg 1cp deux fois/Jour + Lopinavir/ritonavir (200mg/60mg) 2cps deux fois/ Jour

• Mode d'accouchement

- pratiquer une césarienne avant la rupture des membranes

2. Chez le nouveau-né

Renforcer la prophylaxie néonatale par:

- Zidovudine sirop à raison de 4mg/kg toutes les 12h + Lamivudine sirop 10mg/ml 3ml deux fois /Jour associés soit au Lopinavir/ritonavir sirop 80mg/20mg 16mg/4mg/kg deux fois /Jour pendant 06 semaines
- proscrire l'allaitement maternel,
- ne pas administrer le BCG et le vaccin polio oral Jusqu'à PCR VIH négative à 3 mois,
- pratiquer la charge virale plasmatique VIH à la naissance (J0), à un mois (M1) et à 3 mois (M3),

D. CAS PARTICULIER:

1. EN CAS DE PRIMO-INFECTION AU COURS DE LA GROSSESSE

- Débuter le traitement ARV le plus tôt possible en évitant :
 - Efavirenz (EFV) si grossesse < 8 semaines d'aménorrhée,
 - Nevirapine (NVP),
 - Didanosine (ddl)
- Prescrire l'association de 2 INRTI + IP/r soit:
 - Zidovudine (AZT) cp à 300mg 1cp deux fois/ jour + Lamivudine (3TC) cp à 150mg 1cp deux fois/jour + Lopinavir/ritonavir (200mg/50mg) 2cps deux fois/ Jour

OU

- Abacavir (ABC) (en cas d'anémie) cp à 300mg 1cp deux fois/jour + Lamivudine (3TC) cp à 150 à 150 mg 1cp deux fois + Lopinavir/ritonavir (200mg/50mg) 2cp deux fois/jour.

2. EN CAS DE CO-INFECTION VIH-VIB

2.1 Pour la femme

- *Si sous traitement ARV avant la grossesse*
 - *Poursuivre Ténofovir (1DF) cp à 245 mg 1cp/Jour et/ou Lamivudine (3TC) cp à 150mg lcp deux fois/jour ou Emtricitabine (FTC) cp à 200mg lcp/ Jour dans l'association antirétrovirale*
- *Si Co-infection VIH-VIB découverte à l'occasion de la grossesse*
 - *Prescrire Ténofovir (TDF) cp à 245 mg 1cp/jour et/ou Lamivudine (3TC)cp à 150 mg lcp deux fois/Jour ou Emtricitabine (FTC) cp à 200 mg 1cp/Jour dans l'association antirétrovirale*

2.2. Pour le nouveau-né

- *Concernant le VHB:*
 - *prescrire une sérovaccination à la naissance dans les 12ères heures*
 - *Ig anti-VHB IV: 30 UI/kg à doubler en cas de présence d'Ag HBe à J0*
- +
- *Vaccin anti-hépatite B à J0, M1 et M6*
- *Concernant le VIH:*
 - *prescrire la Zidovudine solution à raison de 4mg/kg toutes les 12h débutée dans les 6 à 12 h après la naissance et pendant 06 semaines,*
 - *proscrire l'allaitement maternel,*
 - *pratiquer la charge virale plasmatique VIH à la naissance (J0), à un mois (M1) et à 3 mois (M3).*
 - *ne pas administrer le BCG et le vaccin polio oral Jusqu'à PCR VIH négative à 3 mois*

3. EN CAS DE CO-INFECTION VIH-VHC

- Pour le VHC
 - *aucun moyen de prévention du VHC n'est validé pour le moment, y compris la césarienne programmée;*
- Pour le VIH:
 - *le traitement ARV optimal, diminue la transmission mère-enfant du VHC qui est de 14%.*

ANNEXE 2. PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE SEROPOSITIVE AU VIH EN SALLE DE TRAVAIL

1. PREREQUIS: NORMALISATION DE LA SALLE DE TRAVAIL

- Assurer la disponibilité permanente des moyens de protection:
 - *tenues conformes*
 - *Kits à usage unique pour accouchements*
 - *gants stériles adaptés pour révision utérine*
 - *bavettes ou masques*
 - *lunettes de protection*
- Assurer la disponibilité permanente des moyens thérapeutiques
 - *Zidovudine (AZT) sirop à 100mg/10ml, Névirapine (NVP) cp à 200mg,*
 - *Kits en cas d'accident d'exposition au sang contaminé (AES)*

2 EN CAS DE CHARGE VIRALE PLASMATIQUE Indétectable <50 COPIES/ML) 2.1..prise en charge obstétricale

- **Accouchement par voie basse:**
 - *procéder à une désinfection de la cavité vaginale avec de la Povidone Iodée moussante toutes les 4 heures*

- rupture de la poche à minima seulement si Indication obstétricale
- éviter certaines manœuvres: versions, forceps,....
- assurer un accouchement dirigé
- clamber le cordon en veillant à ne pas le traire
- **Césarienne Indiquée:**
- pour raisons obstétricales
- pour raisons infectieuses herpès vaginal et/ou condylomes

2.2. Prise en charge du nouveau-né

- assurer un bain à la naissance + désinfection oculaire + aspiration douce naso-pharyngée
- clamber le cordon en veillant à ne pas le traire
- proscrire l'allaitement maternel,
- ne pas administrer le BCG et le vaccin polio oral Jusqu'à PCR VIH négative à 3 mois,
- prescrire le traitement préventif du VIH adapté à l'efficacité virologique du traitement de la mère : **Zidovudine (AZT)** sirop 4 mg/kg toutes les 12h à débiter de préférence dans les 6 à 12 h après la naissance
- **assurer la surveillance clinique et biologique:**
- PCR VIH à la naissance(J0), à un mois (M1) et à 3 mois (M3).
- sérologie VIH à 18 mois
- surveillance clinique et biologique de la tolérance et de la toxicité des ARV jusqu'à 2 ans

3. EN CAS DE CHARGE VIRALE PLASMATIQUE DÉTECTABLE (>200COPIES/ ml)

3.1. Prise en charge obstétricale

- Modifier le traitement Initial: changer au moins 02 molécules en évitant:
 - Efavirenz si grossesse Inférieure à 8 semaines d'aménorrhée et remplacer par une autre molécule tel que Lopinavir/rilonaïr (200mg/50mg) 2cps deux fois/ Jour ou Raltégravir cp à 400mg 1cp deux fois/jour;
 - Didanosine, remplacer par une autre molécule soit Abacavir cp à 300mg 1cp deux fois/Jour ou Lamivudine cp à 150mg 1cp deux fois/ Jour ou Ténofovir cp à 245 mg 1cp / jour

3.2. Prise en charge du nouveau-né:

- assurer le bain à la naissance + désinfection oculaire + aspiration douce naso-pharyngée,
- clamber le cordon en veillant à ne pas le traire
- proscrire l'allaitement maternel,
- ne pas administrer le BCG et le vaccin polio oral jusqu'à PCR VIH négative à 3 mois,
- prescrire un traitement préventif VIH adapté à l'efficacité virologique du traitement de la mère; on distingue deux cas de figures :

1) femme sous ARV pendant la grossesse et une CVP indétectable < 50 COPIES/ML au moment de l'accouchement: l'AZT seul suffit dans la prophylaxie du nouveau-né.

2) femme ayant reçu les ARV Juste au moment de l'accouchement: une trithérapie chez le nouveau-né est nécessaire.

- **assurer la surveillance clinique et biologique:**

- PCR VIH à la naissance (J0), à un mois (M1) et à 3 mois (M3).
- sérologie VIH à 18 mois
- surveillance clinique et biologique de la tolérance et de la toxicité des ARV jusqu'à 2 ans

4-DANS TOUS LES CAS:

- **assurer le suivi gynécologique:**

- contraception
- dépistage du cancer du col

• **assurer le suivi psychosocial:**

- *suivi psychologique*
- *évaluation sociale systématique*

ANNEXE 3- LISTE DES CENTRES DE REFERENCE DE PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A VIH (CDR)

Services de maladies Infectieuses des établissements suivants:

- *CHU Annaba*
- *CHU Bejaïa*
- *CHU Constantine*
- *CHU Oran*
- *CHU Sétif*
- *CHU Sidi-Bel-Abbès*
- *CHU Tizi-Ouzou*
- *CHU Tlemcen*
- *EHS Laadi Flici (El Kettar) Alger*
- *EPH Batna*
- *EPH Béchar*
- *EPH Boufarik*
- *EPH El Bir Constantine*
- *EPH Tamanrasset*
- *Hôpital Centrale de l'Armée Ain Naadja Alger*



Le présent fascicule fait partie de 19 fascicules regroupant les textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements publics de santé ainsi que la réglementation relative à l'exercice privé que je souhaiterais mettre à la disposition du gestionnaire de l'établissement de santé, du professionnel, de l'étudiant, du chercheur et de toute personne intéressée par la réglementation relative au domaine de la gestion des établissements de santé, un outil de travail classé par rubrique incomplet peut être me diriez vous ? Mais qui peut constituer une aide précieuse pour toute décision à prendre, recherche à mener ou proposition d'amélioration à soumettre.

Certes, l'ensemble des textes ont fait l'objet d'une publication soit au *Journal officiel* ou par le ministère de la santé, mais leur trop grande dispersion rendait leur consultation malaisée.

Je souhaiterais que ce recueil soit mis à jour continuellement pour faciliter la gestion quotidienne de nos établissements et trouver les meilleures solutions aux problèmes de gestion afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du malade.

Le lecteur me fera remarquer le manque de certains textes que malheureusement, je n'ai pas pu les trouver je lance un appel pour compléter ce présent travail.

Je souhaite aussi avoir vos avis, critiques et suggestions à l'adresse Email

ouldkadamed@gmail.com

ouldkadamed@yahoo.fr