

**Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la
Gestion des Etablissements Publics de Santé**



**Recueil de Textes sur la
Prévention**

Textes réunis et classés par :
Med OULD-KADA

Décembre 2008

INTRODUCTION

Le présent fascicule qui porte le numéro 16 de la série des Fascicule comportant les textes réglementaires relatifs à la gestions des établissements publics de santé 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. Ce Fascicule regroupe les textes concernant la prévention générale (lutte contre les maladies transmissibles, vaccination.....etc), l

Je souhaiterais aussi que la mise à jour de ce travail soit continue et même complétée par les textes que je n'ai pas eu la possibilité d'avoir dans mon travail de rassemblement.

Les Fascicules de textes réglementaires sont:

- Fascicule N°1 : Textes Fondamentaux et autres Textes Utiles
- Fascicule N°2 : Statuts et Organigrammes des Etablissements de Santé
- Fascicule N°3 : Soins de Santé de Base
- Fascicule N°4 : Gestion Economiques et Financières
- Fascicule N°5 : Bureau des Entrées
- Fascicule N°6 : Médicaments
- Fascicule N°7 : Urgences Médico-Chirurgicales
- Fascicule N°8 : Orsec et Situation d'Urgence
- Fascicule N°9 : Œuvres Sociales
- Fascicule N°10 : Médecine du Travail et Protection des Personnels de Santé
- Fascicule N°11 : Formation des Personnels de Santé
- Fascicule N°12 : Hygiène Hospitalière
- Fascicule N°13 : Santé Scolaire
- Fascicule N°14 : Santé Mentale
- Fascicule N°15 : Transfusion Sanguine
- Fascicule N°16 : Prévention
- Fascicule N°17 : Gestion des Ressources Humaines
- Fascicule N°18 : Exercice à titre Privé



L'auteur souhaite vivement vos avis, critiques et suggestions il est fonctionnaire au niveau de l'Etablissement Hospitalier El Mohgoun
Hôpital Mohgoun commune d'Arzew w. d'Oran
Téléphone : 07 71 79 36 91
Adresse Email ouldkada@voila.fr

Sommaire

- 1- Introduction
- 2- Table des matières
- 3- Déclaration et surveillance des Maladies Transmissibles
- 4- Programmes Nationaux de Santé Publique
- 5- Vaccination
- 6- Population et Maitrise de la Croissance Démographique
- 7- Maladies à Transmission Hydrique
- 8- Contrôle Sanitaire aux Frontières
- 9- Règles de Préparation et Mise à la Consommation de Certains Produits
- 10- Autres Textes sur la Prévention

Table des Matières

1- Déclaration et surveillance des maladies transmissibles	Page
Maladies à déclaration obligatoire	9
Surveillance des maladies transmissibles	11
Dispositif de lutte contre la méningite cérébro-spinale	17
Conduite à tenir devant la typhoïde	29
Fiche technique sur le choléra	31
Fiche technique de la Diphtérie	36
Plan national d'élimination de la rougeole	41
Pneumopathie	50
Mesures concernant le SRAS	57
Grippe Aviaire	63
Fiche technique sur l'envenimation scorpionique	65
Médicaments de la tuberculose	76
Directives techniques pour le traitement de la tuberculose	77
Schéma de traitement des brucelloses humaines	81
Conjonctivite	82
2- Programmes nationaux	
Programme national du RAA	85
Programme national de lutte contre les IRA	95
Programme national dépistage cancer du col de l'utérus	115
Renforcement du programme de prévention de rachitisme	150
Programme de lutte contre les carences nutritionnelles	151
Fiche technique de la diarrhée du nourrisson	155
Programme National de Périnatalité	158
3-Vaccination	
Législation et calendrier de vaccination	178
Evaluation du programme de vaccination	180
Conservation des vaccins	184
Complications neuro-cérébrales après vaccination	185
Vaccin contre l'hépatite B pédiatrique	187
Remplacement du VAT par le DT	188
Introduction de la vaccination contre l'hépatite B dans le PEV	191
Surveillance des manifestations post-vaccinales	193
Respect des procédures et techniques de vaccination	197
Respect des contre indications des vaccinations	200
Principes de reconstitution et d'administration du vaccin BCG	201
Conduite à tenir devant une plaie à risque tétanigène	202
Conduite à tenir devant une paralysie flasque	204
4- Population et maîtrise de la croissance démographique	
Relance du programme de population	206
Centre de planification familiale	209
Comité national et de wilaya de population	211
Participation des gynécologues privés à la promotion du DIU	213
Programme de santé de la reproduction et planification familiale	216
Promotion de l'allaitement maternel	218
Maternité sans risque et prise en charge du risque hémorragique	219
Prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né	220
CAT devant une femme du groupe rhésus négatif	221
Plan d'élimination du tétanos néo-natal	225
5- Maladies à transmission hydrique	
Prévention des maladies à transmission hydrique	228
Fonctionnement du comité national de lutte contre les MTH	232
Chloration de l'eau des puits par procédé de la brique poreuse	233
Qualité bactériologique de l'eau de boisson	234
Qualité requise des eaux de baignade	238
Création de bureau d'hygiène communale	245
Organisation et fonctionnement des BHC	246
Mesures applicables a la rage animale	248
Conduite à tenir en cas de morsure	251
Démoustication	266
Mesures de lutte contre les leishmanioses	270
Lutte anti-acridienne	271
6- Contrôle sanitaires aux frontières	
Contrôle sanitaires aux frontières	275
Extrait du règlement sanitaire international	277
Dératisation des navires et aéronefs	281

7-Règles de préparation et mise à la consommation de certains produits	
Règles de préparation et mise à la consommation des viandes hachées	285
Conservation par réfrigération, congélation ou surgélation des denrées alimentaires	286
Consommation des volailles abattues	289
Mise à la consommation des produits de pêches	290
Spécifications bactériologiques de certaines denrées alimentaires	294
Spécifications techniques des yaourts	313
8- Autres textes sur la prévention	
Visite médicale des pèlerins	337
Lieux publics où l'usage du tabac est interdit	338
Déclaration des causes de décès	339
Institution du certificat de décès périnatal et néonatal	341
Comité national de protection sanitaire contre le risque toxique	342



Prévention Générale

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ARRETE N° 179/MS/CAB DU 17 NOVEMBRE 1990 FIXANT LA LISTE DES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE ET LES MODALITES DE NOTIFICATION

Le Ministre de la Santé,
Vu la loi 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée par la loi n°88-15 du 3 mai 1988 relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment ses articles 53 et 54 ;
Vu le décret Présidentiel n°90-224 du 25 juillet 1990 modifiant et complétant le décret présidentiel n°89-178 du 16 septembre 1989 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n°90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la Santé ;
Vu l'arrêté n°52 du 3 mai 1986 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et les modalités de notification ;
Vu l'arrêté n°115/MSP/CAB du 4 novembre 1985 portant création des services d'épidémiologie et de médecine préventive au sein des secteurs sanitaires.

ARRETE

Article 1 : En application des articles 53 et 54 de la loi 85-05 du 16 février 1985 sus-visée, le présent arrêté a pour objet de fixer la liste des maladies à déclaration obligatoire et d'en arrêter les modalités de notification.

Article 2 : La liste des maladies à déclaration obligatoire est annexée au présent arrêté.

Article 3 : En vertu de l'article 54 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 sus-visée, tout médecin, quels que soient son régime et son lieu d'exercice, est tenu, sous peine de sanctions administratives et pénales, de déclarer immédiatement toute maladie à déclaration obligatoire diagnostiquée, qu'elle soit suspectée ou confirmée.

Tout responsable de laboratoire public ou privé est tenu de déclarer les confirmations de maladies à déclaration obligatoire faites dans son laboratoire.

Article 4 : Les notifications des maladies à déclaration obligatoire suspectées ou confirmées sont faites sur des imprimés spécialement conçus à cet effet. Ces imprimés sont fournis par les Secteurs Sanitaires, les CHU et les Hôpitaux Spécialisés.

Article 5 : Exception faite pour certaines maladies, notamment l'infection HIV, qui feront l'objet de dispositions particulières précisées par circulaire du Ministère de la Santé :

Le Secteur Sanitaire territorialement compétent assure de manière régulière la collecte des déclarations de maladies suspectées ou confirmées faites par les médecins et les laboratoires du Secteur Sanitaire, des CHU et des Hôpitaux Spécialisés.

Les médecins et pharmaciens exerçant à titre privé notifient au Secteur Sanitaire territorialement compétent les cas de maladies suspectées ou confirmées. Ces déclarations sont faites le cas échéant par voie et en franchise postale.

Article 6 : Les modèles d'imprimés de déclaration, la périodicité, le mode d'acheminement ainsi que les destinataires des relevés sont définis par circulaire du Ministère de la Santé.

Article 7 : En plus des notifications sur les imprimés mentionnés à l'article 4 ci-dessus, le médecin ou le responsable du laboratoire est tenu de déclarer par les voies de communication les plus rapides (téléx, téléphone ou tout autre moyen) certaines situations épidémiologiques définies par circulaire du Ministère de la Santé.

Article 8 : Dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, l'Institut National de la Santé Publique est chargé du traitement, de l'analyse, et de la diffusion des statistiques épidémiologiques nationales.

Il est notamment tenu de transmettre à la Direction de la Prévention du Ministère de la Santé un état mensuel des déclarations des maladies et de faire paraître régulièrement un bulletin épidémiologique national.

Article 9 : Le Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive du Secteur Sanitaire est chargé du traitement de l'information collectée et d'assurer la mise en œuvre des mesures préventives de la lutte contre les maladies transmissibles déclarées dans le territoire du Secteur Sanitaire.

Article 10 : Les modalités d'application des dispositions du présent arrêté seront précisées par circulaire du Ministère de la Santé.

Article 11 : L'arrêté n°52 du 03 mai 1986 est abrogé.

Article 12 : Monsieur le Directeur du Cabinet du Ministère de la Santé et Messieurs les Walis sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application du présent arrêté qui sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Le Ministre de la Santé
H. SIDI SAID

**ANNEXE A L'ARRETE N°179/ MS. DU 17 NOVEMBRE 1990
FIXANT LA LISTE DES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE
ET LES MODALITES DE NOTIFICATION**

Choléra
Fièvre typhoïde et paratyphoïde
Toxi-infections alimentaires collectives
Hépatites virales
Diphthérie
Tétanos
Coqueluche
Poliomyélite
Rougeole
Méningite cérébro-spinale
Autres méningites non tuberculeuses
Tuberculose
Paludisme
Leishmaniose viscérale
Leishmaniose cutanée
Kyste hydatique
Rage
Charbon
Brucellose
Bilharziose
Lèpre
Leptospirose
Urétrite gonococcique
Urétrite non gonococcique
Syphilis
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HIV)
Typhus exanthématique
Autres rickettsioses (fièvre boutonneuse méditerranéenne)
Peste
Fièvre jaune
Trachome

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA PREVENTION

SOUS DIRECTION DE LA PREVENTION
GENERALE

CIRCULAIRE N°1126 MS/ DP/ SDPG DU 17 NOVEMBRE 1990

-----DESTINATAIRES -----

- MM. LES WALIS (CABINET) * pour information*
MM. LES WALIS
(DIRECTION DE SANTE ET DE PROTECTION SOCIALE)
M. LE DIRECTEUR GENERAL DE L'INSP) *Pour exécution*
MM. LES DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U.)
MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES)

OBJET : Système de surveillance des maladies transmissibles.

REFER : Arrêté n° 179 /MS/ CAB du 17/11/1990 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et les modalités de leur notification.

I. Introduction

La mise en œuvre du système de déclaration et de surveillance des maladies transmissibles mis en place depuis 1986 a révélé la nécessité de réajuster ce dispositif en vue de le rendre plus performant.

Il apparaît nécessaire de fonder en un seul document les nombreuses instructions existantes actuellement et d'en améliorer le contenu de façon à obtenir une information plus fiable et une surveillance plus efficace des maladies transmissibles. D'autre part, l'apparition récente de l'infection HIV impose d'énoncer rapidement les instructions nécessaires à l'intégration spécifique de cette maladie au système de déclaration et de surveillance des maladies transmissibles.

Enfin l'expérience de ces trois dernières années a montré la nécessité de définir clairement les attributions respectives dans le domaine de la déclaration et de la surveillance des maladies transmissibles des différents intervenants : INSP, Wilaya, Secteurs Sanitaires, CHU.

La liste des maladies à déclaration obligatoire fixée par l'arrêté visé en référence est jointe en Annexe I de la présente circulaire.

L'ensemble des médecins, pharmaciens et responsables de laboratoires, quels que soient leurs lieu et régime d'exercice, sont astreints à la notification des maladies à déclaration obligatoire suspectées ou confirmées.

II Notification des maladies à déclaration obligatoire

La déclaration est effectuée sur le modèle de formulaire joint en Annexe II.

II. 1 Circuit des déclarations selon leur origine

Au niveau du CHU

Le directeur de l'unité du CHU collecte chaque jour les relevés 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. En l'absence de déclaration pendant une semaine, le Directeur de l'unité du CHU adresse un état hebdomadaire avec mention néant aux mêmes destinataires que précédemment.

Au niveau du Secteur Sanitaire

Suivant les conditions locales, le Directeur 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 excéder une semaine.

En cas d'absence de déclaration de maladies pendant une semaine, un état hebdomadaire avec mention néant est établi par le responsable de la structure sanitaire et remis au Directeur du Secteur Sanitaire.

Au niveau des structures privées

Le médecin exerçant à titre privé adresse par voie et en franchise postales au fur et à mesure les déclarations de maladies au Directeur du Secteur Sanitaire territorialement compétent.

II. 2 Remarques pour établir le relevé

Selon le cas les indications suivantes doivent figurer dans la colonne observations des relevés servant à la déclaration des maladies diagnostiquées par les médecins.

Maladies à transmission hydrique et intoxications alimentaires : choléra, hépatite virale A et B, fièvre typhoïde, intoxication alimentaire : cas confirmé, cas décédé, porteur sain.

Maladies contrôlable par la vaccination : diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, méningite en cas d'épidémie. Cas confirmé, vacciné, non vacciné, vaccination indéterminée, cas décédé.

Maladies à transmission vectorielle : paludisme, leishmaniose cutanée et viscérale, typhus exanthématique, bilharziose urinaire, lèpre, peste, fièvre jaune : cas confirmé, cas décédé.

Zoonoses : kyste hydatique, rage humaine, charbon, brucellose : cas confirmé, cas décédé.

Tuberculose : cas confirmé.

Maladies à transmission sexuelle : urétrites, syphilis : cas confirmé.

Les déclarations des maladies sont traitées et exploitées par le service d'épidémiologie et de médecine préventive 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 de maladies sur le modèle de relevé de l'Annexe III de la présente circulaire. Cet état est adressé régulièrement en un exemplaire aux destinataires suivants :

Ministère de la Santé Direction de la Prévention
Institut National de Santé Publique
Direction de Santé et de Protection Sociale de Wilaya

Le service d'Epidémiologie et de médecine préventive doit tenir un registre où figure l'ensemble des structures sanitaires situées sur le territoire du Secteur Sanitaire. Le responsable de ce service note chaque semaine sur ce registre la réception des relevés afin de suivre et d'évaluer les origines des déclarations.

Quand des cas de maladies sont originaires d'un autre Secteur sanitaire, le Directeur du Secteur Sanitaire qui en a reçu notification est tenu d'en informer immédiatement le Secteur Sanitaire intéressé.

III Notification des maladies par les laboratoires

La déclaration est effectuée sur le modèle de relevé joint en annexe IV de la présente circulaire.

Circuit des déclarations selon leur origine

Au niveau du CHU

Le Directeur de l'unité de CHU collecte chaque jour les relevés établis par les responsables des laboratoires 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.

En l'absence de déclaration pendant une semaine, le Directeur de l'unité adresse un état hebdomadaire avec mention néant aux mêmes destinataires que précédemment.

Au niveau du Secteur Sanitaire

Suivant les conditions locales, le Directeur du Secteur Sanitaire organise la collecte des relevés précités établis par les laboratoires relevant de son autorité.

La périodicité de cette collecte ne doit en aucun cas excéder une semaine.

En cas d'absence de confirmation pendant une semaine un état hebdomadaire avec mention néant est établi par le responsable du laboratoire et remis au Directeur du Secteur Sanitaire.

Au niveau des structures privées

Le responsable de laboratoire privé adresse par voie et en franchise au fur et à mesure un état des maladies confirmées au Directeur du Secteur Sanitaire territorialement compétent.

2. Traitement des relevés de maladies à déclaration obligatoire.

Les cas confirmés des maladies à déclaration obligatoire sont récapitulés mensuellement sur le modèle de l'Annexe V de la présente circulaire.

Un exemplaire de cet état récapitulatif mensuel est adressé régulièrement aux destinataires suivants :

Ministère de la santé Direction de la prévention
Institut national de la Santé Publique
Direction de santé et de Protection Sociale de Wilaya

Le service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive du Secteur Sanitaire tient un registre où figure l'ensemble des laboratoires situés sur le territoire du Secteur Sanitaire. Le responsable de ce service note sur ce registre les relevés reçus et évalue le taux des déclarations.

IV. Notifications particulières de certaines maladies à déclaration obligatoire Tuberculose

Nonobstant les conditions selon les modalités précédentes, les cas de tuberculose continuent à être déclarés mensuellement au Ministère de la Santé – Direction de la Prévention – et à l'INSP sur le rapport actuellement utilisé et dont le modèle est joint en Annexe VI de la présente circulaire.

Paludisme

De même un état des cas positifs de paludisme devra continuer à être établi et adressé par les différents laboratoires anti-paludiques au Ministère de la Santé – Direction de la Prévention et à l'INSP. Les éléments relatifs à l'espèce parasitaires, au lieu de résidence et à l'âge du malade seront précisés. Parallèlement à la notification, la lame de prélèvement doit être transmise pour confirmation au laboratoire de la Division du paludisme et des maladies parasitaires de l'INSP.

Bilharziose uro-génitale Les cas dépistés de bilharziose continueront à être déclarés suivant la procédure instituée par la circulaire n°7/MS/ DPES/ SDPG du 13 avril 1986 relative au programme de lutte contre la bilharziose uro-génitale.

Infection HIV

Tout médecin, quand il suspecte une infection HIV ou lorsqu'il est en présence d'un cas de séropositivité établie hors du pays doit envoyer un prélèvement ou adresser le malade au laboratoire habilité à confirmer l'infection HIV, avec une lettre confidentielle pour le chef du laboratoire. Cette lettre doit contenir les renseignements figurant sur la fiche conforme au modèle de l'Annexe n°VII. 1 de la présente circulaire.

En cas de séropositivité, le laboratoire adresse le sérum positif au Laboratoire National de Référence – Institut Pasteur d'Algérie – en joignant les renseignements figurant dans la fiche conforme à l'annexe n°VII.2 de la présente circulaire. Le laboratoire est tenu de déclarer immédiatement au Ministère de la Santé, Direction de la Prévention – les cas positifs qu'il établit. Ces déclarations sont faites sous pli confidentiel à l'aide de la fiche conforme à l'Annexe VII.3 de la présente circulaire. Les déclarations faites au Ministère de la santé – Direction de la Prévention – ne comportent pas le nom du malade mais un numéro code établi par le laboratoire.

Le laboratoire national de référence de l'IPA informe le laboratoire demandeur du résultat obtenu suite à l'examen du prélèvement envoyé, qu'il soit positif, négatif, ou douteux.

Les cas positifs qu'il confirme sont immédiatement déclarés par le laboratoire national de référence de l'IPA au Ministère de la Santé – Direction de la Prévention – et à l'INSP à l'aide du modèle de fiche de l'Annexe n°VII. 4 de la présente circulaire. Le nom du malade ne doit pas figurer dans cette fiche qui doit en revanche comporter le numéro de code initial du laboratoire demandeur et celui du laboratoire de référence.

Nonobstant ce qui précède, le laboratoire de référence de l'IPA adresse en tout état de cause au Ministère de la Santé – Direction de la Prévention – et à l'INSP l'ensemble des résultats positifs de tous les prélèvements qu'il effectue ou qu'il reçoit quelle qu'en soit l'origine.

A la réception de la confirmation d'un cas par le laboratoire national de référence, le laboratoire demandeur informe immédiatement le médecin traitant du malade en lui adressant une lettre confidentielle contenant les résultats définitifs.

V. Déclaration spéciale de situations épidémiologiques

Conformément à l'article 7 de l'arrêté n°179 du 17/11/1990, le médecin ou le responsable de laboratoire est tenu de déclarer au Secteur Sanitaire territorialement compétent par les voies de communications les plus rapides (téléx, téléphone, ou tout autre moyen) les situations épidémiologiques suivantes :

-Apparition d'une maladie jusque là apparemment inexistante ou ayant disparu depuis plus d'une année dans le secteur sanitaire.

-Manifestation d'un processus épidémique :

-Apparition dans une commune en mois d'une semaine de 5 cas ou plus de typhoïde, hépatite virale, dysenterie, coqueluche, rougeole, brucellose, bilharziose.

-Diagnostic de 2 cas de méningite cérébro-spinale dans une commune en moins d'une semaine.

-Diagnostic d'un cas de poliomyélite, diphtérie, paludisme, choléra, charbon.

VI. Rôle de l'Institut National de la Santé Publique

et de la Direction de Santé et de Protection Sociale de Wilaya.

Rôle de l'Institut National de la Santé Publique

L'Institut National de la Santé Publique est chargé du traitement, de l'analyse et de la diffusion des statistiques épidémiologiques nationales.

Il est tenu de transmettre régulièrement à la Direction de la Prévention du Ministère de la Santé un état mensuel des déclarations des maladies et de faire paraître un bulletin épidémiologique national.

Rôle de la Direction de la Santé et de Protection Sociale de Wilaya

La Direction de la Santé et de Protection Sociale de Wilaya élabore mensuellement une situation épidémiologique de la wilaya dont elle assure la diffusion. Elle veille à la régularité des déclarations faites par les Secteurs Sanitaires. Elle coordonne et contrôle les activités de prophylaxie et de lutte au niveau de sa wilaya.

Les dispositions de la présente circulaire prennent effet à compter du 1^{er} janvier 1991. Sont abrogées toutes les dispositions qui lui sont contraires notamment celles des circulaires suivantes :

Circulaire n°9 MSP/DPES/SDPG du 6 mai 1986 relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

Circulaire n°812 MS/DPG/SDMT du 17 mai 1982 portant informations supplémentaires sur le mode de notification et de surveillance des maladies transmissibles.

Circulaire n°50 /MSP/DPG du 23 janvier 1985 relative à la notification des zoonoses.

Circulaire n°5 /MSP/DPES/SDPG du 24 février 1986 relative à la surveillance de la rougeole.

Messieurs les Walis, Direction de Santé et de Protection Sociale de Wilaya,

Messieurs les Directeurs Généraux et Directeurs des CHU, des Secteurs Sanitaires et des Hôpitaux spécialisés

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 PREVENTION

Signé : Dr A. CHAKOU

ANNEXE I - CIRCULAIRE N° 1126 MSP/DP/SDPG...DU 17 NOVEMBRE 1990

LA LISTE DES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

Choléra
Fièvre typhoïde et paratyphoïde
Toxi-infections alimentaires collectives
Hépatites virales
Diphtérie
Tétanos
Coqueluche
Poliomyélite
Rougeole
Méningite cérébro-spinale
Autres méningites non tuberculeuses
Tuberculose
Paludisme
Leishmaniose viscérale
Leishmaniose cutanée
Kyste hydatique
Rage
Charbon
Brucellose
Bilharziose
Lèpre
Leptospirose
Urétrite gonococcique
Urétrite non gonococcique
Syphilis
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HIV)
Typhus exanthématique
Autres rickettsioses (fièvre boutonneuse méditerranéenne)
Peste
Fièvre jaune
Trachome

ANNEXE II - CIRCULAIRE N°1126 MSP/DP/SDPG DU 17 NOVEMBRE 1990

Wilaya de..... Relevé des maladies à déclaration obligatoire
 Secteur Sanitaire de Unité Sanitaire :.....
 CHU de..... Service :..... Date :.....
 Hôpital Spécialisé de..... Autre.....
 Code..... Adresse.....

N°	DATE	AGE	SEXE		ADRESSE	MALADIES	OBSERVATIONS
			M	F			

NOM ET QUALITE DU SIGNATAIRE

FAIT A.....LE.....
 Signature du Médecin

ANNEXE III - CIRCULAIRE N°1126 MSP/ DP/ SDPG DU 17 NOVEMBRE 1990

WILAYA DE.....
 SECTEUR SANITAIRE DE.....
 CODE.....

Relevé hebdomadaire des maladies à déclaration obligatoire

NATURE DE L'AFFECTION COMMUNE D'ORIGINE DU MALADE														

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION
SOUS DIRECTION DE LA PREVENTION GENERALE

CIRCULAIRE N° 182/ MSP/ DP/ SDPG DU 26 / 03 / 1994

----- DESTINATAIRES -----

MESSIEURS LES DIRECTEURS DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE DES WILAYAS

OBJET : - Système de surveillance et de notification des maladies à déclaration obligatoire
Situation épidémiologique mensuelle de la wilaya.

REFER : Circulaire n° 1126 /MS / DP/ SDPG du 17 novembre 1998 relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

Le titre IV paragraphe 2 de la circulaire visée en référence prévoit la Direction de la Santé et de la Protection sociale de la Wilaya élabore un bulletin mensuel de la situation épidémiologique de la wilaya, établi sur la base des déclarations de maladies reçues.

Je vous serais obligé de vouloir bien adresser régulièrement ce document à la Direction de la Prévention, Sous Direction de la Prévention Générale.

Le Directeur de la Prévention

Signé : Prof. A. DIF

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION
SOUS DIRECTION DE LA PREVENTION
GENERALE

CIRCULAIRE N°187 / MSP /DP/ SDPG DU 02 AVRIL 1994

----- DESTINATAIRES -----

MESSIEURS LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

MESSIEURS LES DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U. DES EHS

ET DIRECTEURS : - DES SECTEURS SANITAIRES

* POUR EXECUTION*

MESSIEURS LES DIRECTEURS GENERAUX DE :

L' I. N. S. P

* POUR INFORMATION*

L' I. P. A

OBJET : Système de surveillance et de notification des maladies à déclaration obligatoire.

REFER : - Arrêté n° 179/MS/ CAB du 17/11/1990 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et les modalités de leur déclaration.

- circulaire n° 1126/MS/DP/SDPG du 17/11/1990 relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

La présente circulaire a pour objet de préciser les destinataires des déclarations rapides de maladies à l'occasion de l'apparition des situations épidémiologiques telles que prévues à l'article 7 de l'arrêté susvisé et décrite dans le titre V de la circulaire n° 1126 du 17/11/1990 qui le complète.

Je vous rappelle que les critères objectifs de constatation de ces situations épidémiologiques spéciales sont les suivantes :

Apparition d'une maladie jusque-là apparemment inexistante ou ayant disparu depuis plus d'une année dans le secteur sanitaire.

Manifestation d'un processus épidémiologique.

Apparition dans une commune en moins d'une semaine de 5 cas ou plus de typhoïde, hépatite virale, dysenterie, coqueluche, rougeole, brucellose, bilharziose.

Diagnostic de 2 cas ou plus de méningite cérébro-spinale dans une commune en moins d'une semaine.

Diagnostic d'un seul cas de poliomyélite, diphtérie, paludisme, choléra.

Dans le but d'éveiller la vigilance des responsables sanitaires, les dispositions des textes visés en référence font dans tous les cas obligation aux médecins responsables de laboratoires de procéder aux notifications des maladies par les moyens les plus rapides telles que télex et téléphone du secteur sanitaire territorialement compétent.

Je vous précise que le secteur sanitaire destinataire de cette information rapide doit lui même répercuter dans les mêmes conditions, par télex ou téléphone aux destinataires suivants :

Ministère de la Santé et de la Population

Direction de la Prévention

Institut National de la Santé Publique

Direction de la Santé et de la protection Sociale de la Wilaya

Le Directeur de la Prévention

Signé : Prof .A. DIF

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Direction de la Prévention
et de l'Education Sanitaire

Sous Direction de la Prévention Générale

CIRCULAIRE N° 557 / MSP/ DPES / SDPG / du 14 mai 19 88

Objet : Mise en place d'un dispositif de lutte contre la méningite cérébro-spinale.

La dernière épidémie importante de méningite cérébro-spinale dans notre pays remonte à l'année 1979.

L'évolution cyclique tous les dix ans de cette maladie faisant craindre pour les prochaines années de nouvelles flambées, il est nécessaire d'actualiser et de renforcer le dispositif de surveillance et de lutte contre cette affection pour mieux réagir aux différentes situations épidémiologiques.

A cet effet, j'ai l'honneur de vous adresser trois instructions techniques élaborées par des experts nationaux, relatives au diagnostic, au traitement et à la prophylaxie des méningites purulentes en général et de la méningite cérébro-spinale (à méningocoque) en particulier.

La première instruction technique a trait au diagnostic bactériologique, aux indications techniques de la ponction lombaire et aux méthodes de conservation et d'ensemencement du liquide céphalo-rachidien.

La seconde instruction technique concerne le traitement des méningites purulentes : méningites à méningocoque, méningites à pneumocoque, méningites à hémophilus influenzae, ainsi que certaines situations particulières comme la résistance du germe aux ATB, l'allergie aux

b-lactamines et les méningites néonatales.

La troisième instruction technique traite de la surveillance épidémiologique, de la chimioprophylaxie, de la vaccination ainsi que certaines mesures prophylactiques à éviter et contient un modèle d'enquête épidémiologique.

Je vous demande d'assurer une large diffusion de ces documents auprès de tous les personnels et services concernés et de veiller à une stricte application des directives qui y sont contenues.

FICHE TECHNIQUE * A*

DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE

La méningite cérébro-spinale ou à méningocoque est une maladie infectieuses, contagieuse, épidémique à déclaration obligatoire dont le diagnostic repose sur la ponction lombaire, geste facile à réaliser mais qui nécessite cependant certaines précautions.

La Ponction Lombaire :

I - Indications :

Elle doit être pratiquée devant :
tout syndrome méningé aussi minime soit-il
un purpura aiguë fébrile
des troubles neuropsychiques accompagnés de fièvre
chez le nourrisson devant toute altération de l'état général avec fièvre inexplicée, fontanelle bombante et non battantes (en dehors des cris), une nuque molle, des troubles vasomoteurs, des troubles du comportement
d'autres indications peuvent être envisagées et laissées à l'initiative du praticien.

II - Contre-indications :

La ponction lombaire est contre indiquée en cas de processus expansif intracrânien :
S'assurer du fond d'œil, quoiqu'un fond d'œil normal n'élimine pas le diagnostic ;
Interroger minutieusement le malade et son entourage en précisant en particulier les modalités du début ; l'examen clinique recherchera les signes neurologiques en foyers ;
La pratique d'un fond d'œil ne peut faire différer une ponction lombaire devant un tableau fortement évocateur d'une méningite.

III – Prélèvements :

Matériel utilisé :

Tube à essai stérile
Aiguille de PL avec mandrin
Milieux de culture constitués par : Gélose au sang cuit (G.S.C.) en tube incliné ;
De l'alcool chirurgical, de l'alcool iodé, du coton, du sparadrap ;
Coffret Slidex, méningite kit (latex sensibilisé pour : hémophilus influenzae, le pneumocoque, le méningocoque A et C).

Technique de la ponction lombaire :

- La PL est pratiquée au niveau de l'espace L3- L4 ou L4- L5.
La désinfection doit être soigneuse, de l'intérieur vers l'extérieur sans revenir au milieu avec de l'alcool iodé.
L'aiguille PL (stérilisé) doit être insérée dans un plan sagittal passant par le grand axe de la colonne vertébrale.
Apprécier l'aspect du LCR et noter sa pression.
Une position correcte du malade est essentielle à la réussite de la ponction lombaire. Le malade doit être en position fœtale, de préférence couché.

Ensemencement et examen LCR :

Le matin sortir une série de GSC du réfrigérateur et les placer à l'étuve à 37°C ou bien à température ambiante pour éviter un refroidissement préjudiciable au germe (le méningocoque ne supportant pas les basses températures).
Au moment de la PL préparer un tube de GSC + 02 tubes à essai stériles ;
Laisser tomber 10 gouttes de LCR dans le GSC et une quinzaine de gouttes dans un tube à essai stérile et 10 gouttes dans l'autre ;
Prendre soin de bien imprégner la gélose et de ne pas visser complètement le tube ;
Le premier tube à essai servira à l'examen cytologique et chimique ;
Le second tube servira à pratiquer l'examen direct et à rechercher les antigènes solubles par l'agglutination des particules de latex sensibles.

Cette technique permet un diagnostic rapide qu'il faut confronter avec les données cliniques vu le caractère non absolu du résultat.

Une réaction est retenue positive quand elle se produit avec un latex sensibilisé pour un germe et quand elle est immédiate.

La culture du LCR reste l'examen fondamental.

Les prélèvements sont transmis rapidement au laboratoire en prenant soin de maintenir les GSC à 37°C.
L'agglutination des particules de latex sensibilisées se fait aussi au laboratoire, elle nécessite le chauffage du LCR (voir fiche contenue dans le coffret).

Tout LCR soustrait doit être ensemencé sur GSC (purulent, clair ou même hémorragique).

L'aspect purulent du LCR commande la mise en route du traitement.

Si une étiologie tuberculeuse est suspectée, ensemencer aussi sur milieu de Lowenstein.

Fiche de renseignements :

Doit absolument accompagner les prélèvements.

Elle comportera :

L'identité du malade :

Nom :

Prénom

Age :

Adresse exacte :

Lieu d'hospitalisation :

Interrogatoire :

Notion de contagé

Notion de traumatisme crânien même ancien

Autres :

Durée d'évolution avant l'hospitalisation exprimée en nombre d'heures ou de jours.

Préciser si le malade a reçu avant la PL des antibiotiques franchissant la barrière méningée tels que : Pénicilline G, Ampicilline, Amoxicilline, Chloramphénicol, Sulfamides, Cotrimoxasol.

N.B : Les géloses au sang cuit sur tubes inclinés peuvent être commandées à l'Institut Pasteur d'Alger.

Toutes les souches isolées doivent être envoyées sur SGC enveloppées dans du coton cardé au laboratoire de bactériologie médicale – Service de Bactériologie – Institut Pasteur d'Alger.

FICHE TECHNIQUE *B*

TRAITEMENT DES MENINGITES PURULENTES

Dès l'entrée : Ampicilline 300 mg / kg / jour (nourrissons et enfants)
200 mg / kg / jour (adultes) en IVD à raison de 04 injections dans la tubulure de la perfusion.

Dès que le germe est identifié et testé (antibiogramme) ou si forte présomption ajuster selon le schéma suivant.

Méningite à méningocoque :

Signes d'orientation (inconstants) :

contexte épidémique

purpura – herpes – arthralgies – splénomégalie - rash

Maintenir l'ampicilline, secondairement dès 7°- 8° jour la perfusion peut être arrêtée et l'ampicilline est administrée par voie IM.

Durée moyenne 12 jours.

Méningites à pneumocoques :

Signes d'orientation (inconstants)

otite – otomastoidite –pneumonie

traumatisme crânien (récidive méningée)

Maintenir l'ampicilline, secondairement (autour du 10^{ème} jour) la perfusion peut être arrêtée et l'ampicilline administrée par voie IM.

Durée moyenne : 21 jours.

Méningites à hémophilus influenzae :

Signes d'orientation : début insidieux.

1-sensible à l'ampicilline : Maintenir cet antibiotique, secondairement (autour du 10eme jour) la perfusion peut être arrêtée et l'ampicilline est administrée par voie IM.

2-Résistance à l'ampicilline : Prescrire l'hémisuccinate de chloramphénicol (solnicol) à raison de 75 mg / kg / jour chez l'enfant, 100 mg / kg / jour chez le nourrisson en IVD à raison de 06 injections par jour dans la tubulure de la perfusion. Secondairement le relais peut être pris par le chloramphénicol per os.

Durée moyenne : 21 jours.

Au cours de ces méningites purulentes.

Remarques : dès que la ponction lombaire redevient strictement normale ou s'il y a moins de 30 éléments lymphocytaires par mm³ et si l'albuminorachie est inférieure ou égale à 0,30 g/l, le malade est considéré comme guéri et le traitement est arrêté.

Pour tous les autres germes seul l'antibiotique pourra guider le traitement.

Situations particulières :

En cas d'allergies aux bêta-lactamines :

Hémisuccinate et chloramphénicol (solnicol)

100 mg / kg / jour IVD chez le nourrisson

75 mg / kg / jour IVD chez l'enfant

50 mg / kg / jour IVD chez l'adulte

En cas de méningite néo-natale :

Dès l'entrée : Ampicilline 300 mg / kg / jour IVD

Gentamicine 5 mg / kg / jour IM (en deux injections)

Adapter rapidement l'antibiothérapie seul l'antibiogramme peut servir de guide.

PROPHYLAXIE DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE**La surveillance épidémiologique :**

La surveillance épidémiologique repose avant tout sur :
la déclaration obligatoire de tout cas de méningite cérébro-spinale conformément à la circulaire n°009 du 06 mai 1986 relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

Outre les modalités de notification contenues dans cette circulaire et qui restent valables et compte tenu du contexte épidémiologique particulier de cette maladie, il est demandé au service de Santé des Wilayas d'informer par télex ou téléphone la Direction de la Prévention et de l'Education Sanitaire chaque fois que (02) deux cas ou plus de méningite cérébro-spinale sont diagnostiqués au niveau d'un Secteur Sanitaire en moins d'une semaine en précisant pour chaque cas les indications suivantes : date de diagnostic, âge, sexe, adresse en indiquant la Commune et la Daïra, diagnostic étiologique si possible.

L'enquête épidémiologique pour chaque cas de méningite purulente déclarée (selon modèle ci-joint).

La surveillance médicale des sujets qui ont été en contact avec le malade afin de dépister précocement une éventuelle méningite cérébro-spinale.

Il est recommandé d'appliquer une antibioprofylaxie par administration de Pénicilline aux personnes qui ont été en contact proche et répété avec le malade, c'est-à-dire dans la majorité des cas :

Aux personnes vivant au foyer du malade.

A la classe fréquentée par le malade.

Aux pensionnaires de l'internat du lycée.

Casernes militaires.

L'appréciation d'une situation de risque épidémique se fera sur la base de 02 cas ou plus de méningite cérébro-spinale notifiés par semaine.

L'antibioprofylaxie :

Il sera fait appel aux pénicillines retard, Biclinocilline chez l'enfant de moins de 3 ans. Il est rappelé que l'Extencilline doit être évité chez l'enfant de moins de 3 ans.

Tableau de concordance de l'antibioprofylaxie :

Age	Produit utilisé	Dose Totale	Voie d'Administration
Moins de 1 an (10 kg)	Biclinocilline	500.000 U	1 injection IM
1 an à 3ans (10 kg)	Biclinocilline	1.000.000 Ux2	2 injections IM à 48 heures d'intervalle
3 ans à 6 ans	Extencilline	600.000 U	1 injection Im
+ de 6 ans	Extencilline	1.200.000 U	1 injection IM

En cas de contre-indication absolue à la pénicilline (allergie reconnue), il sera fait appel à la spiramycine aux doses suivantes :

Nourrissons de moins de 3 ans : Spiramycine sirop : 50 mg/ kg/ jour en 03 prises quotidiennes pendant 05 jours.

Enfant de plus de 3 ans : Spiramycine gélules : 2 gr/ jour en 02 prises quotidiennes pendant 05 jours.

La vaccination antiméningococcique :

L'opportunité de la vaccination antiméningococcique par le vaccin polysaccharidique A + C et la stratégie vaccinale à adopter est du ressort exclusif de l'autorité centrale (Ministère de la Santé Publique).

Les mesures prophylactiques inutiles ou dangereuses :

Le méningocoque est un germe fragile, vivant très peu de temps en dehors de l'organisme.

Le malade traité n'est pas contagieux.

L'éviction scolaire des frères et sœurs d'un malade et des parents quand ils sont membres de l'enseignement est sans objet.

La fermeture des établissements scolaires est inutile (au contraire, la présence des enfants à l'école permettra une surveillance plus facile de ce groupe d'âge particulièrement menacé.

La désinfection des locaux scolaires éventuellement fréquentés par le malade est inutile.

La désinfection des locaux d'habitation du malade est inutile.

la désinfection des objets ayant servi au malade est inutile.

la recherche des porteurs de germes dans l'entourage du malade en vue de leur stérilisation est illusoire, sans intérêt et dangereuse.

Dans une collectivité fermée où sont apparus des cas de méningite, il est formellement contre-indiqué d'admettre des sujets neufs donc réceptifs (recrues, nouveaux élèves,...).

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION
SOUS-DIRECTION DES PROGRAMMES DE LA SANTE

CIRCULAIRE N° 575 MSP/DP/SDPS DU 16 DEC 2000

Destinataires :

MM LES WALIS – CABINET -	POUR INFORMATION
MM LES DSP	POUR EXECUTION
MM LES DIRECTEURS DES CHU ET EHS	POUR EXECUTION
MM LES DIRECTEURS DE L'INSP ET L'IPA	POUR EXECUTION

Objet : Dispositif de lutte contre la Méningite Cérébro-Spinale

Référence : - Circulaire n°557 MSP/DPES/SDPG du 14 mai 1988 relative à la mise en place d'un dispositif de lutte contre la méningite cérébro-spinale

- Circulaire n°001 MSP/DPES/SDPG du 16 janvier 1989.

- Instruction ministérielle n°193 MSP/DP/SDPG du 23 mars 1998.

La dernière épidémie importante cérébro-spinale dans notre pays remonte à l'année 1989.

L'évolution cyclique tous les 10 ans de cette maladie faisant craindre pour ces années de nouvelles flambées, il est nécessaire d'actualiser et renforcer le système de surveillance et de lutte contre cette affection afin de mieux réagir aux différentes situations épidémiologiques.

A cet effet, j'ai l'honneur de vous informer que le groupe d'experts nationaux de lutte contre la méningite cérébro-spinale a décidé et cela après un séminaire de consensus national, de modifier et de compléter certaines instructions contenues dans les circulaires citées en références.

Ces correctifs ou compléments portent sur le diagnostic clinique et bactériologie, le traitement curatif et prophylactique, ainsi qu'à la surveillance épidémiologique.

A cet effet, trois instructions techniques, relatives au diagnostic, au traitement et à prophylaxies des méningites purulentes en général et de la méningite cérébro-spinale en particulier ont été élaborées.

La première instruction technique traite du diagnostic clinique, bactériologique, aux indications techniques de la ponction lombaire et aux méthodes d'ensemencement du liquide céphalo-rachidien.

La seconde instruction technique concerne le traitement des méningites purulentes :

Méningites à méningocoques,
Méningites à pneumocoques,
Méningites à *hémophilus influenzae*,
Certaines situations particulières.

La troisième instruction technique concerne la surveillance épidémiologique des méningites purulentes en général et de la méningite cérébro-spinale en particulier, la chimioprophylaxie ainsi que la vaccination.

FICHE TECHNIQUE A

La méningite à méningocoque ou méningite cérébro-spinale est une maladie infectieuse et contagieuse, seule méningite bactérienne à expression épidémique, posant un problème de santé publique.

C'est une urgence médicale, car si elle n'est pas rapidement et correctement prise en charge, l'affection peut laisser des séquelles neuro-sensorielles graves.

Les méningites purulentes sévissent à l'état endémo-épidémique dans toutes les régions du pays. Elles sont la cause de nombreux décès particulièrement chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Le diagnostic repose sur un simple geste, facile à réaliser : la ponction lombaire

1- INDICATIONS : Doit être pratiquée :

Chez le nourrisson et le petit enfant devant tout syndrome infectieux inexpliqué.

Chez le sujet âgé devant tout trouble psychique dans un contexte fébrile aigu.

COMPTE TENU DE L'URGENCE ET DE LA GRAVITE DES MENINGITES BACTERIENNES PURULENTES, LA PRATIQUE DU FOND D'ŒIL NE DOIT PAS ETRE UN PREALABLE ABSOLU.

2- PRELEVEMENTS :

Doit être pratiqué dans des conditions rigoureuses d'asepsie.

Le liquide céphalo-rachidien estensemencé (5 gouttes au lit du malade directement dans un tube de gélose au sang cuit).

Un volume de 2 cc de liquide céphalo-rachidien est recueilli dans deux tubes :

Le premier tube permettra de procéder à la numération cellulaire, à l'examen direct des antigènes solubles et à la culture bactérienne.

Le deuxième tube servira à l'étude biochimique : glychorachie et protéinorachie.

- Une Hémoculture devra être faite :

1-5 cc de sang en microculture chez l'enfant.

10 cc de sang par flacon chez l'adulte.

- Le tube de GSC et le flacon d'hémoculture seront incubés 24 à 48 heures à 37°C.

RECOMMANDATIONS POUR LE RECUEIL ET LE TRANSPORT DU LCR.

1. Remplir avec précision la fiche de renseignements selon le modèle ci-après :

N° d'enregistrement date d'enregistrement.....
Nature du prélèvement.....
Nom du maladePrénom.....
AgeSexe.....
Service d'hospitalisation.....Médecin Traitant.....
Adresse
Renseignements cliniques ou diagnostic
Traitement antibiotique reçu : Non..... Oui.....
Si oui lequel :.....
Date de la dernière prise

2- Tubes stériles fournis de préférence par le laboratoire. Etiqueter soigneusement les tubes avant le prélèvement.

3- Gélose au sang cuit inclinée si nécessaire (absence de service de garde ou éloignement) remise à température ambiante ou encore un milieu de transport préconisé par L'OMS fournis par le laboratoire.

4- Asepsie rigoureuse du prélèvement

5- Prélèvement fait avant toute antibiothérapie.

6- Volume de LCR à prélever : 2 ml dans un tube stérile pour la bactériologie et une quantité suffisante dans un deuxième tube la biochimie.

7- Aspect macroscopique noté par le médecin traitant sur la fiche.

8- Eviter de réaliser une PL hémorragique qui fausse la numération cellulaire.

9- Faire une hémoculture sur Castaneda à raison de 1 à 5cc de sang, en microculture pour l'enfant et de 5 à 10cc pour l'adulte.

10- Transport immédiat du prélèvement au laboratoire et en cas d'examen différé, conserver les prélèvements à température ambiante.

11- Un résultat cyto bactériologique d'orientation sera remis dans l'heure qui suit.

12- Mise en culture systématique de toute PL, quel que soit le résultat de la numération cellulaire.

FICHE TECHNIQUE B

I- Indications de l'antibiothérapie des méningites purulentes :

Plusieurs cas sont à individualiser :

- Examen direct et / ou antigène soluble positif :

* Cocci gram négatif = N. méningitidis

Antibiotique :

De 1° intention : Ampicilline

De 2° intention : Amoxicilline

De 3° intention : Pénicilline G

De 4° intention : Chloramphénicol (en cas d'allergi e)

* Cocci gram positif = Streptococcus pneumoniae

Méningite sans signes de gravité

1° intention : Amoxicilline d'emblée

2° intention : Ampicilline

Méningite avec signes de gravité. Outre les mesures de réanimation,

1° intention : Cefotaxim ou Ceftriaxone

2° intention : Chloramphénicol (en cas d'allergi e)

3° intention : Ampicilline

4° intention : Rifampicine / Vancomycine (selon a ntibiogramme).

* Bacille gram négatif = Hémophilus influenzae

1° intention : Cefotaxim ou Ceftriaxone

2° intention : Chloramphénicol

3° intention : Amoxicilline

- Examen direct négatif – antigènes négatifs – pas de signes d'orientation.

* Chez l'enfant de plus de 3 mois et de moins de 5 ans = H.Influenzae probable :

1° intention : Cefotaxim ou Ceftriaxone

2° intention : Chloramphénicol

3° intention : Amoxicilline

* Chez l'enfant de plus de 5 ans = S. Pneumoniae

1° intention : Amoxicilline

2° intention : Cefotaxim ou Ceftriaxone

II- Durée du traitement :

Méningite à N. méningites : 8 à 10 jours avec PL à J1 et à J3

Méningite à S. Pneumoniae : 15 à 21 jours avec PL à J1 à J3 et à J15

Méningite à H. Influenzae : 21 jours avec PL à J1, J3 et à J20

Méningite à germes indéterminés : traitement de 10 à 15 jours avec PL à J1 , J3 et J8

Si à J8 la PL est normale : arrêt du traitement.

Si à J8 la PL, perturbée : maintien du traitement.

III- Critères de guérison :

Retour de la température à la normale

Absence de syndrome méningé

Examen neuro-sensoriel normal.

IV – Situations particulières :

1- Méningococcémie :

Le traitement est fonction de l'état clinique.

* Si tension artérielle normale : antibiothérapie par voie intraveineuse + surveillance de la température, le pouls, de la tension artérielle et de la diurèse.

* Si tension artérielle basse : antibiothérapie + hémisuccinate d'hydrocortisone + plasmagel et surveillance des constantes biologiques et cliniques.

* Si état de choc mise en condition + antibiothérapie + hémisuccinate d'hydrocortisone + plasmagel + réanimation médicale et héparinothérapie le cas échéant.

2- Méningite avec coma :

Après la ponction lombaire, intubation, antibiothérapie par voie intraveineuse, HHC, surveillance de la tension artérielle, pouls, températures, respiration et réanimation médicale.

3- Autres complications :

Hydrocéphalie, ventriculite, hématome sous-dural : La pratique du fond d'œil, de l'échographie transfontanelle chez le nourrisson et de la tomodensitométrie axiale devrait les dépister précocement. Un traitement adapté rapidement institué devrait réduire considérablement la fréquence de ces complications et de leurs séquelles.

4- Traitement de la porte d'entrée :

La mise en évidence d'une brèche ostéo-méningée nécessitera la mise sous traitement antibioprophylactique en attente d'une intervention neurochirurgicale destinée à obstruer la porte d'entrée.

Une infection ORL associée à une méningite purulente sera confiée au spécialiste pour une cure radicale de la porte d'entrée

FICHE TECHNIQUE C

I- La surveillance épidémiologique :

Maladie à déclaration, la méningite à méningocoque peut être à l'origine d'importantes épidémies qui doivent non seulement être détectée ai également être contrôlée. L'identification du début d'une épidémie nécessite un système de surveillance performant.

La surveillance épidémiologique repose surtout sur :

La déclaration obligatoire de tout cas de méningite conformément à la circulaire n°009 du 06 mai 1986 , relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

Outre les modalités de notification contenues dans cette circulaire et transmises aux DSP en Août 1998 par fax et compte tenu aux services de santé de wilaya d'informer par télex ou téléphone la direction de la prévention chaque fois que :

-Existence d'un cas de méningite cérébro-spinale si zéro cas était enregistré auparavant.

-Existence d'un doublement de l'apparition des cas sur trois semaines consécutives.

En précisant pour chaque cas les indications suivantes :

Date de diagnostic, nom et prénom, âge, sexe, adresse (en indiquant la commune et Daïra) et l'évolution.

Les déclarations doivent être journalières avec et toujours nécessité de déclaration du « Zéro cas » hebdomadaire en période inter épidémique et quotidien en période épidémique.

L'enquête épidémiologique se fera autour de chaque cas de méningite purulente déclaré selon modèle ci-joint.

II- CHIMIOPROPHYLAXIE :

Il est recommandé d'appliquer une antibioprofylaxie à toutes les personnes en contact du malade, c'est à dire dans la majorité des cas :

Tout sujet vivant au domicile du malade ou ayant dormi dans la même pièce, institution ou baraquement dans les dix jours qui ont précédé l'hospitalisation de celui ci.

Tout sujet ne vivant pas au domicile du malade, mais ayant des contacts proches et répétés avec le cas dans les dix jours précédant l'hospitalisation de celui ci

Le but de la chimioprofylaxie est d'éliminer le portage sain nasopharyngé et par conséquent de réduire le risque de maladie.

Elle se fera à base de SPIRAMYCINE à la dose de :

- 75.000 UI/KG deux fois par jour pendant cinq jours pour l'enfant.

- 3 millions UI deux fois par jour pendant cinq jours pour l'adulte.

III- VACCINATION :

Son but est d'arrêter la transmission de la maladie et est capable d'arrêter l'épidémie dans les deux semaines qui suivent sa survenue.

* Indications : - Collectivités fermées telles que casernes, prisons internats, écoles et crèches. - Oasis du grand sud.

Cette vaccination doit être entreprise dès qu'un cas de méningite à méningocoque est suspecté.

Dés le début de l'épidémie le personnel de santé du secteur sanitaire doit être vacciné au même titre que la population soumise au risque soit la population de la tranche d'âge allant de 06 mois à 20 ans.

IV- MESURES PREVENTIVES INUTILES :

L'isolement des malades n'est pas nécessaire.

La fermeture des écoles et des collectivités fermées n'est pas recommandée. Mieux vaut vacciner l'ensemble de l'établissement.

La chimioprofylaxie de masse est déconseillée.

La vaccination systématique des enfants n'est pas recommandée, même dans les Zones ou le risque épidémique est important.

La vaccination des voyageurs en provenance de zones épidémiques n'est pas justifiée.

MODELE DE FICHE D'ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

INVESTIGATIONS AUTOUR D'UN CAS DE MENINGITE A MENINGOCOQUE

Nom Prénom Age Sexe

Adresse Commune Wilaya

Renseignements cliniques :

Lieu d'Hospitalisation : Date

Médecin déclarant : Date de début de la maladie :

Signes cliniques : céphalées vomissements fièvre autres (à préciser).....

Antécédents pathologiques :

Familiaux :

Personnels :

Confirmation bactériologique : oui non

Si oui, type de germe

Evolution de maladie :

Guérison Décès Séquelles Préciser type

Renseignements épidémiologiques :

Le malade provient-il d'une collectivité : oui non

Si oui, préciser le type

Adresse

Contact avec un malade atteint de méningite à méningocoque : oui non

Si oui, Nom Prénom

Age.....Adresse.....

Renseignements sociaux : Profession du père

Nombre de frères et sœurs

Type de logement : Individuel collectif

Nature de l'habitat : Maison individuelle Maison traditionnelle (Haouch)

Appartement dans immeuble Logement précaire autre

Nombre de personnes dans l'habitation Nombre par pièce

Chimioprophylaxie instituée : oui non

Si oui, nature dose durée.....

Nombre de sujets contacts sous chimioprophylaxie

Si non : raisons

Vaccination contre la méningite : oui non

Date de l'enquête :

Nom de l'enquêteur :

Signature :

CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE MENINGITE PURULENTE DANS UNE COLECTIVITE FERMEE

I – INTRODUCTION

La méningite cérébro-spinale occupe la première parmi les méningites bactériennes purulentes. C'est une maladie à déclaration obligatoire, elle sévit à l'état endémo-épidémique en Algérie avec des flambées épidémiques tous les 8 à 10 ans.

Seule méningite bactérienne qui soit épidémique, elle se manifeste de façon importante, posant un vrai problème de santé publique.

C'est une urgence médicale, car si elle n'est pas rapidement et correctement prise en charge, l'affection peut être pourvoyeuse de séquelles et de décès surtout chez les nourrissons et jeunes enfants.

II- DIAGNOSTIC CLINIQUES :

a. Définition :

Une méningite bactérienne se définit comme l'association aiguë d'un syndrome méningé avec un état infectieux et des anomalies du liquide céphalo-rachidien.

Une indication assez large de la ponction lombaire (PL) est recommandée chez le nourrisson et le petit enfant devant tout syndrome infectieux inexpliqué.

Chez le sujet âgé des troubles psychiques dans un contexte fébrile aigu, imposent la pratique de la PL.
COMPTE TENU DE L'URGENCE ET DE LA GRAVITE DES MENINGITES BACTERIENNES PURULENTES, LA PRATIQUE DU FOND D'ŒIL NE DOIT PAS ETRE UN PREALABLE ABSOLU A LA PONCTION LOMBAIRE

b- Eléments d'orientation étiologique :

Seuls les examens bactériologiques peuvent affirmer l'étiologie d'une méningite bactérienne. Toutefois, ils peuvent demander plusieurs jours. Des éléments cliniques et épidémiologiques gardent toute leur importance dans l'orientation étiologique.

* Cas similaire dans l'entourage + notion de purpura, arthrite, rash.....= Méningocoque.

* Troubles neurologiques d'apparition brutale + notion de récurrence + porte d'entrée ORL + antécédent de traumatisme crânien = Pneumocoque.

* Base âge (inférieur à 5 ans) + syndrome d'allure grippale d'évolution traînante = Hémophilus Influenzae.

III- CONDUITE A TENIR

Tout cas de suspicion ou de méningite confirmée, diagnostiqué dans une structure de santé doit être admis en milieu hospitalier pour traitement.

Tout cas de méningite bactérienne purulente doit être déclaré au SEMEP territorialement compétent qui le déclarera à son tour à la DSP de sa wilaya afin qu'elle le déclare à la direction de la prévention du ministère de la santé et de la population et à l'institut national de santé publique, et ceci de façon quotidienne.

La confirmation bactériologique de chaque cas de méningite bactérienne purulente doit être également déclarée aux institutions sus-citées.

Les souches doivent être envoyées à l'institut Pasteur d'Algérie.

Une enquête épidémiologique est faite autour de chaque cas de méningite purulente.

PROTECTION DES PERSONNES RECEPTIVES :

A – CHIMIOPROPHYLAXIE :

Le but de la chimioprophylaxie est d'éliminer le portage sain nasopharyngé et par conséquent de réduire le risque de maladie. Il est recommandé d'appliquer une antibioprofylaxie à toutes les personnes contact du malade, c'est à dire dans la majorité des cas :

Tout sujet vivant au domicile du malade ou ayant dormi dans la même pièce, institution ou baraquement dans les dix jours qui ont précédé l'hospitalisation de celui-ci = famille

Tout sujet ne vivant pas au domicile du malade, mais ayant des contacts proches et répétés avec le cas dans les dix jours précédant l'hospitalisation de celui-ci = classe, chalet, cellule.

Elle se fera à base de SPIRAMYCINE à la dose de :

- 75.000 UI/KG deux fois par jour pendant cinq jours pour l'enfant.

- 3 millions UI deux fois par jour pendant cinq jours pour l'adulte

B- VACCINATION :

Son but est d'arrêter la transmission de la maladie et est capable d'arrêter l'épidémie dans les deux semaines qui suivent sa survenue.

* Indications :

- Collectivités fermées telles que casernes, établissements de rééducation, internats, établissements scolaires et de formation professionnelle, crèches, jardins d'enfants Oasis du grand sud.(Ksour)

- Bidonvilles, haouch, baraquement, camp de toile, centre de vacances.....

- Milieu professionnel impliquant des contacts proches et répétés avec la ou les personne (s) atteinte (s).

Elle doit être entreprise dès qu'un cas de méningite à méningocoque est suspecté.

La vaccination du personnel médical et para médical exerçant dans les laboratoires est recommandée.

La vaccination de toute nouvelle recrue de service national est recommandée.

La prise de ces mesures dans les meilleurs délais est impérative afin d'éviter l'apparition d'une épidémie autour des cas déclarés.

Une importance particulière est accordée à leur mise en œuvre et à l'évaluation de leur impact qui devra faire l'objet d'un rapport circonstancié à la direction de la prévention. Ministère de la santé et de la population, qui sera tenue informée de toute difficulté rencontrée dans leur application.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION

CIRCULAIRE N°342 MSP/DP/SDPG. DU 06/06/1994

DESTINATAIRES :

Messieurs les DSPS	pour exécution
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires	pour exécution
Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	pour exécution
Messieurs les Directeurs des EHS	pour exécution

Objet : Conduite à tenir devant l'apparition des cas sporadiques ou d'épidémies de typhoïde.

REF : Circulaire n°2099 /MSP/DPES/SDPG du 27. 11. 1984

Circulaire n°586 /MSP/ DP du 25. 07. 1992

Devant la recrudescence des cas de fièvre Typhoïde, j'ai l'honneur de vous rappeler les dispositions impératives à prendre devant l'apparition des cas sporadiques ou d'épidémies de Fièvre Typhoïde.

1. Toute apparition d'un cas de fièvre typhoïde doit donner lieu à une enquête épidémiologique qui a pour objectif l'identification de la source de la contamination et le dépistage des porteurs sains.
2. La source de contamination identifiée (Source, puits, réservoir, eaux usées...etc....) devra être traitée, aménagée ou supprimée selon les cas. Cette action doit se faire en liaison avec tous les services concernés.
3. Des coprocultures doivent être systématiquement pratiquées dans l'entourage du malade. Elles permettront de dépister les porteurs sains ces derniers sont soumis à la déclaration obligatoire (circulaire n°1126 du 17 novembre 1990)
4. des lors que l'enquête épidémiologique montre que le malade a été contaminé dans un autre secteur il faudra alors immédiatement aviser le secteur sanitaire et la Direction de la Santé et de la Protection Sociale d'origine.
5. tous les cas de fièvre typhoïde doivent être hospitalisés et traités. La négativation des coprocultures est indispensable avant la sortie du malade
6. Le diagnostic de confirmation repose sur les examens bactériologique suivants qui doivent être pratiqués avant toute thérapeutique : les hémocultures (au nombre de trois) avec coproculture, le sérodiagnostic de Vidal doit être pratiqué à partir du 12^{ème} jour de la maladie même si le malade est sous traitement.
7. L'antibiotique de choix préconisé (sauf contre-indication) est le Chloramphénicol à la dose de 50mg par kilogramme par jour sans dépasser 1,5 grammes par jour chez l'adulte, répartie en 4 prises, les doses doivent être progressivement croissante. Sa durée est de vingt et un (21) jours sous surveillance hebdomadaire de la numération formule sanguine.

En cas de contre-indication du chloramphénicol, utiliser l'amoxicilline ou à défaut l'ampicilline à la dose de 100 mg par kilogramme par jour chez l'enfant et 6 grammes par jour chez l'adulte suivant les mêmes modalités que le Chloramphénicol (doses progressivement croissante réparties en quatre (4) prises.

8. Les porteurs sains doivent être hospitalisés et mis en observations jusqu'à négativation de la coproculture dans la mesure du possible et ils ne doivent en aucun cas être traités.
9. Aucune antibioprophyxie ne doit être pratiquée à titre externe. La prévention repose sur l'amélioration des conditions d'hygiène du milieu et notamment l'approvisionnement de la population par une eau contrôlée et traitée et par l'évacuation hygiénique des eaux usées. L'usage du vaccin TAB (inactivé parentéral) dans ce cas n'est pas recommandé du fait et qu'il donne un faux sentiment de sécurité, et qu'il n'empêche pas la propagation de l'épidémie.

Le Directeur de la Prévention

Signé Pr A. DIF

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

CIRCULAIRE N°362/MSP/DP/SDRSE DU 29 AVRIL 1997

DESTINATAIRES :

- Messieurs les DSPS	TOUS	Pour exécution
- Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires	TOUS	Pour exécution
- Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	TOUS	Pour exécution
- Messieurs les Directeurs Hospitaliers spécialisés	TOUS	Pour exécution

OBJET : Conduite à tenir devant l'apparition de cas sporadiques ou d'épidémie de Fièvre typhoïde.

REF : Circulaire n°2099/MSP/DPES/SDPG du 27/11/1984.

Devant la persistance de la situation endémique de fièvre typhoïde dans le pays, j'ai l'honneur de vous rappeler les dispositions impératives à prendre devant l'apparition de cas sporadiques ou d'épidémie de fièvre typhoïde.

- 1)- Toute apparition d'un cas de fièvre de typhoïde doit donner lieu à une enquête épidémiologique. Celle-ci aura objectif l'identification de la source de contamination.
- 2)- La source de contamination ainsi découverte (source, puits, réservoir, eaux usées etc...) devra être traitée, aménagée ou supprimée selon le cas. Cette action doit se faire en liaison avec les services de l'A.P.C. et / ou de l'hydraulique.
- 3)- Lorsque l'enquête épidémiologique démontre que le malade a été contaminé dans un autre secteur sanitaire celui-ci et la direction de la santé et de la protection sociale de la wilaya dont il dépend doivent être immédiatement avisés.
- 4)- Des coprocultures doivent être systématiquement pratiquées chez le malade et tout son entourage. Les coprocultures pratiquées dans l'entourage du malade permettront de dépister les porteurs sains. Ces derniers sont soumis à la déclaration obligatoire (circulaire n°1126 du 17 novembre 1990).
- 5)- Le diagnostic de confirmation repose sur les examens bactériologiques suivants qui doivent être pratiqués avant toute thérapeutique :
 - Hémo-cultures (au nombre de 3) et coprocultures.
 - Le sérodiagnostic de Widal (SDW) doit être pratiqué à partir du 12^{ème} jour de la maladie même si le malade est sous traitement.
- 6)- Tous les cas de fièvre typhoïde doivent être hospitalisés et traités jusqu'à négativation.
- 7)- L'antibiotique à utiliser sauf contre-indication est le chloramphénicol à la dose de 50 mg/Kg/jour sans dépasser 1.5g/jour chez l'adulte répartie en 4 prises. Les doses doivent être progressivement croissantes. La durée du traitement est de 21 jours sous surveillance hebdomadaire de la FNS.

En cas de contre – indication au chloramphénicol (leucopénie inférieure à 3000globules blancs /mm³), utiliser l'amoxicilline ou à défaut l'ampicilline à la dose de 100 mg/Kg/jour chez l'enfant et 6 g /jour chez l'adulte suivant les mêmes modalités que le chloramphénicol (doses progressivement croissantes réparties en 4 prises).
- 8)- Les porteurs sains doivent être hospitalisés avec mise en observation jusqu'à négativation de la coproculture et ne doivent en aucun cas être traités.
- 9)- Aucune antibioprophyllaxie ne doit être pratiquée à titre externe, la prévention reposant sur l'amélioration des conditions d'hygiène du milieu.

J'accorde la plus haute importance à la diffusion et à l'application de cette circulaire au niveau de tous les services concernés.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

J P GRANGAUD

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA PREVENTION
ET DE L'EDUCATION SANITAIRE

CIRCULAIRE N° 417 MSP/ DPES/ DU 31 MARS 1990

DESTINATAIRES :

MM LES WALIS (DSP) *TOUS* POUR EXECUTION
MM LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES *TOUS*
POUR EXECUTION

OBJET : Fiche technique relative à la surveillance épidémiologique, la prévention, le diagnostic et l'organisation de la prise en charge des cas de choléra.

L'évolution cyclique du choléra constatée en Algérie depuis 1971 (pic épidémique important tous les 3 à 4 ans) associée à l'absence d'amélioration de l'hygiène du milieu et à l'insuffisance de ressources hydriques au cours de ces dernières années exposent notre pays à un haut risque de recrudescence de cette maladie au cours de la période estivo-automnale de cette année.

Les mesures préventives précoces et surtout la surveillance épidémiologique sont les meilleures mesures à même d'éviter sinon de limiter d'une façon importante l'éclosion d'un éventuel processus épidémique.

Dans ce cadre et afin de vous aider dans votre tâche je vous transmet une fiche technique relative à la surveillance épidémiologique, la prévention, le diagnostic et l'organisation de la prise en charge des cas de choléra.

J'accorde la plus haute importance à la diffusion et l'application de cette fiche technique au niveau de tous les secteurs sanitaires et services concernés.

Le Directeur de la Prévention
et de l'Education Sanitaire

Signé : DR. M. K. GRABA.

LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

I – Surveillance des cas de diarrhée.

Durant cette période inter-épidémique, il est nécessaire de renforcer le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (diagnostic, traitement selon le plan national, enregistrement des cas, gestion des stocks de SRO et autres solutés injectables, formation etc) et d'introduire des mesures spécifiques de surveillance du choléra. Celles-ci consistent principalement à :

1 – Dépister précocement tout cas de choléra

Pour cela tous les enfants diarrhéiques âgés de plus de 4 mois doivent bénéficier d'une recherche de vibron dans les selles; ce dépistage doit commencer dès que possible dans les régions à haut risque épidémiologique et au plus tard au mois de

2 – Surveiller la courbe de fréquence des cas de diarrhées enregistrés chaque semaine.

Une augmentation des cas de diarrhée doit évoquer l'hypothèse d'un début d'épidémie de choléra et doit faire prendre les mesures adéquates.

3 - Toute diarrhée suspecte cliniquement (selles très fréquentes eau de riz) et tout cas de déshydratation due à une diarrhée doivent être considérés comme suspects de choléra et entraîner les mesures d'investigation nécessaires en urgence (voir ANNEXE N°I).

Rappel clinique

DEFINITION

Le choléra est une maladie infectieuse aigue à déclaration obligatoire, endémo-épidémique due au vibron cholérique maladie microbienne très contagieuse transmise par les selles ou objets souillés par le malade.

DEBUT

La maladie apparaît soit après quelques heures, soit au plus tard cinq jours après la contamination.

SIGNES CLINIQUES

Au début : DIARRHEE – ABONDANTE – FREQUENTE (6 à 8 selles par jour), parfois douleurs abdominales.

Très vite : Après un jour apparaît la diarrhée typique (50 à 100 selles par jour).

Selles très liquide, émises sans effort en jet, de couleur blanchâtre, eau de riz,
D'odeur rade, contenant des grains blanchâtre très riches en microbes.

Ensuite : Peuvent survenir des vomissements qui s'aggraveront.

Devant ces signes : et quel que soit le stade de la maladie, il faut :

1. Hospitaliser le malade et l'isoler
2. Faire les prélèvements comme ci-dessous pour préciser le diagnostic.
3. Entreprendre le traitement.
4. Prévenir le service d'Epidémiologie de la D.S.W. ou le service de prévention du secteur sanitaire.
5. Prendre les précautions d'hygiène selon les directives ci-après.

PRELEVEMENTS POUR L'EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

1*) Sur Malades :

- Effectuer un écouvillonnage rectal chez le malade à l'aide d'un écouvillon stérile.
- Ramener le maximum de selles.
- Placer stérilement l'écouvillon dans le tube de milieu de transport.
- Fermer hermétiquement le tube.
- Inscrire lisiblement sur bande de sparadrap :
* le nom, prénom, l'âge, l'origine du malade, le lieu d'hospitalisation, la date et l'heure du prélèvement.
- Coller le sparadrap sur le tube de milieu de transport.
- les mêmes indications doivent figurer sur la fiche de renseignement qui doit obligatoirement accompagner le prélèvement.
- Envoyer les prélèvements le plus rapidement possible au laboratoire.

2*) Chez les personnes ayant été en contact avec le malade :

- Deux méthodes possibles :
 - a) De préférence par écouvillonnage comme pour les malades, chaque fois que cela est possible.
 - b) Ou prélèvement d'une quantité suffisante de selles en évitant toute contamination extérieure dans des récipients stériles : pots en plastique stérile à usage uniques (pots DAT).
- Bien fermer les récipients à l'aide de sparadrap pour éviter toute contamination extérieure.
- Porter sur chaque récipient les mêmes renseignements que ci-dessus.
- Envoyer le prélèvement le plus tôt possible au laboratoire.

TRAITEMENT

1.- Sur place, en attendant l'arrivée de l'équipe spécialisée.

Chez l'adulte

Le malade ne vomit pas

- Donner à boire abondamment (solution de réhydratation par voie orale)

- Placer une perfusion intraveineuse de sérum salé Isotonique (50 à 80 gouttes) minute suivant l'importance de la diarrhée.

Le malade vomit :

- Accélérer le débit de la perfusion intraveineuse à 120 gouttes / minute.

Chez l'enfant :

- Donner à boire abondamment de l'eau salée sucrée (solution de réhydratation orale).

- Placer une perfusion intraveineuse de sérum salé isotonique à 40 gouttes/minute.

II. À l'arrivée de l'équipe spécialisée, puis dans le centre de traitement :

A - Procéder un prélèvement bactériologique.

B – Placer le malade sur un lit de cholérique et installer le seau en plastique qui permet de mesurer le volume des selles.

Chez l'enfant :

1- les premières heures une perfusion intraveineuse de sérum salé physiologique (2 flacons de 500 cc) et sérum bicarbonaté (flacon de 500 cc) le plus vite possible jusqu'à perception pouls radial.

2- les heures suivantes perfuser en intraveineuse l'équivalent des pertes diarrhéiques et vomissements en prescrivant :

- 1 flacon sérum salé isotonique à 9 p. 1.000

- puis un flacon de sérum glucosé à 5. p. 100

dans chaque flacon de sérum glucosé, ajouter 2 grammes de chlorure de potassium

3- Prescrire :

- Tétracycline 500 mg toutes les heures. Ou

- Furoxane un comprimé toutes les 6 heures.

Chez l'enfant de moins de 5 ans :

- Réhydratation comme dans toute déshydratation aiguë de l'enfant.

* Antibiotique : tétracycline, suspension à la posologie habituelle

ou : Furoxane suspension :

05 à 10 kg : 2 mesures 5 fois par jour.

10 à 15 kg : 3 mesures 3 fois par jour.

15 à 20 kg : 4 mesures 3 fois par jour.

- les 6 heures passer en intraveineuses :

* 1.500 cc (40 gouttes / minute

* 1.000 cc de sérum salé 9.p.1.000

* 500 cc de sérum bicarbonaté 14 p.1.000.

- Au delà remplacer les pertes en diarrhée et vomissements en alternant :

1 flacon de sérum salé de 250 cc

1 flacon glucosé à 5 % de 250 cc avec 1 g chlorure de potassium.

1 flacon de sérum bicarbonaté 14 p. 1.000

Donner : Tétracycline 250 mg toutes les 6 heures Ou

Furoxane suspension 4 mesures 4 fois par jour.

ENFANTS DE 10 A 15 ANS :

Même traitement que l'adulte

Réhydratation et antibiotique donner la moitié de la dose adulte.

MESURES D'HYGIENE

A. – Précaution corporelle de l'entourage.

Le port d'une blouse est nécessaire pour le personnel.

Lavage soigneux des sels, murs et moyens.

B.- Mesures concernant les malades ou suspect.

1.- Les urines – les vomissements.

à recueillir dans récipients maillés ou plastique.

Ne doivent jamais être jetés ni en fosses, ni à l'égout (W.C), ni surtout sur le sol avant destruction par l'un des produits suivants

Crésyl un demi verre dans un 1L d'eau.

Javel un demi verre dans un 1L d'eau.

Chaux-vive : saupoudrer les matières.

2.- les récipients : les désinfecter par :

Ebullition si possible (meilleur moyen).

Par eau de javel un demi verre pour un 1L d'eau.

Par eau de crésyl un demi verre pour un 1L d'eau.

3.- le linge de corps et de lessive :

Ebullition avec javel ou poudre de lessive.

4.- Literie :

le lit ou le brancard doivent être lavés avec un désinfectant (javel ou crésyl).

LE MATELAS SOUILLE DOIT ETRE BRULE.

5.- Locaux et moyens de transport :

Lavage soigneux et répété des mains au savon. Transport avec eau de javel un demi verre pour un L d'eau ou crésyl un demi verre pour un L d'eau.

Précaution toute particulière pour les fosses d'aisance, urinoirs, W.C etc.....).

6.- Ordures ménagères et balayage :

à brûler.

POUR TOUT DOCUMENT ET RENSEIGNEMENTS S'ADRESSER A :
DIRECTION DE LA PREVENTION ET DE L'EDUCATION SANITAIRE
INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE
INSTITUT PASTEUR.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION GENERALE
SOUS DIRECTION DE LA PREVENTION
GENERALE

CIRCULAIRE N° 755 MSP/DP/SDPG DU 31 OCTOBRE 1994

-----DESTINATAIRES-----

- MESSIEURS LES WALIS	* POUR INFORMATION*
- MESSIEURS LES DSPS	* 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 : Fiche Technique relative à la conduite à tenir devant un cas de diphtérie.

L'Algérie, après un répit, a connu une réapparition de la diphtérie sous forme de petites épidémies localisées durant l'année 1993 (563 cas et 31 décès).

Cette recrudescence épidémique est due a des causes multiples notamment les mouvements de populations à travers les frontières du sud du pays, l'insuffisance de la couverture vaccinale et la faible protection immunitaire au sein de la population adulte.

Si le dispositif mis en place a permis de maîtriser l'épidémie, il n'en demeure pas moins que l'Algérie n'est pas à l'abri de l'apparition de nouveaux foyers épidémiques.

Ce phénomène est actuellement observé dans d'autres pays et l'OMS est mobilisé.

Aussi dans le cadre du renforcement de la surveillance et de l'amélioration de la prise en charge, je vous transmets ci-joint une fiche technique actualisée.

J'accorde la plus haute importance à la diffusion et à l'application de cette fiche technique à tous les niveaux.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

SIGNE : PROF. A. DIF

- CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC (cf. ANNEXE N°1 RAPPEL CLINIQUE)

Il est indispensable de faire un diagnostic précoce de la maladie qui doit être évoquée :

Systematiquement devant une angine à fausses membranes

Devant toute angine et toute laryngite chez un sujet mal ou pas vacciné contre la diphtérie, survenant dans un contexte épidémique.

Devant toute angine s'accompagnant de signes évocateurs :

Asthénie, pâleur, fièvre ne dépassant pas 38[°]5 et tachycardie.

La notion d'une vaccination anti-diphtérique ne doit pas faire éliminer le diagnostic de la diphtérie.

II - MESURES D'URGENCE DEVANT UN CAS SUSPECT

II- 1 Devant un cas suspect de diphtérie

Il faut immédiatement :

hospitaliser et isoler le cas

pratiquer un prélèvement de gorge (Annexe N°II diag nostic bactériologique) avant tout traitement pour identifier le germe.

Prescrire la sérothérapie (Sérum anti-diphtérique SAD) pour neutraliser la toxine, et l'antibiothérapie pour détruire le germe. (cf. chapitre mesures thérapeutiques).

Déclarer obligatoirement la maladie.

II- 2 Autour du cas suspect (cf. chapitre mesures prophylactiques)

Il faut :

entreprendre une enquête épidémiologique qui vise à limiter la propagation de la maladie au sein de la population

prescrire une antibiothérapie aux sujets contacts,

procéder à la protection des sujets contacts selon leur statut vaccinal.

III - MESURES THERAPEUTIQUES

Le traitement curatif a pour but de neutraliser la toxine circulante (sérothérapie), de détruire le germe (antibiothérapie) et de prévenir la survenue de complications. Il doit être institué en urgence, au moindre doute et avant le résultat de l'examen bactériologique.

III – 1 – Sérothérapie

Le sérum antidiphtérique (SAD) est administré selon la méthode de BESREDKA (pour éviter le choc anaphylactique) qui consiste à injecter en sous cutané 0.1 ml de SAD, puis 0.25 ml 10 à 15 mn après, et si rien ne se produit pendant 15 mn on injecte alors la dose restante en sous cutané et moitié en intramusculaire (IM).

La posologie est fonction du poids et de la gravité de la maladie. Elle est de 2000 à 5000 UI/kg soit chez l'enfant 20 000 à 50 000 UI en dose totale et chez l'adulte 60 000 à 100 000 UI et dose totale (maximum 120 000).

III- 2 – L'antibiothérapie

Elle fait appel à :

L'érythromycine à raison de 50 mg/kg/j chez l'enfant et de 2g/j chez l'adulte pendant 10 jours,

Ou à la pénicilline G à raison de 100 000 UI/kg/j chez l'enfant et de 2 millions d'unités par jour chez l'adulte en 2 injections IM pendant 10 jours.

III- 3 – Le repos au lit strict

Il est indispensable, du fait du risque potentiel non négligeable de myocardite et de mort subite. Sa durée est de 21 jours.

III- 4 – Vaccination (anatoxine diphtérique)

A l'issue de la guérison, le malade devra être vacciné contre la diphtérie quel que soit son état vaccinal antérieur car la maladie n'est pas immunisante.

III- 5 – Traitement des complications

En cas croup (laryngite diphtérique) il faudra associer des corticoïdes en IV ou en IM (Hemisuccinate d'hydrocortisone ou dexaméthazone). En cas d'aggravation ou de non amélioration après quelques heures (6H) le transfert en réanimation pour intubation ou trachéotomie s'impose.

En cas de myocardite ou de paralysies (véloplatine ou respiratoire) le traitement devra être conduit en milieu spécialisé.

IV – MESURES PROPHYLACTIQUES

Elles sont indispensables et consistent :

à pratiquer, chaque fois que possible, chez les sujets contacts, un prélèvement de gorge en vue de dépister les porteurs sains à prescrire, systématiquement, une antibiothérapie aux sujets contacts : Benzathine Pénicilline 600 000 UI pour les enfants âgés de moins de 6 ans et 1200 000 UI pour les sujets de plus de 6 ans en une seule injection intra-musculaire, ou érythromycine à raison de 50 mg/kg/j pendant 10 jours.

A procéder :

chez les sujets contacts non vaccinés à la vaccination immédiate : administration d'une dose vaccinale, la vaccination étant poursuivie selon les modalités habituelles. Le sérum anti-diphtérique peut éventuellement être administré. (1000UI)

chez les sujets contacts vaccinés depuis plus d'un an au rappel de la vaccination.

chez les sujets contacts vaccinés depuis moins d'un an. La sérothérapie et la vaccination sont inutiles.

ANNEXE N°I

FICHE TECHNIQUE : RAPPEL CLINIQUE DE LA DIPHTERIE

L'ANGINE DIPHTERIQUE COMMUNE

Phase de début

Le début est en règle insidieux marqué par :
un malaise général avec asthénie, anorexie, courbatures,
fébricule à 38 – 38.5°,
la dysphagie est discrète
avec abattement et pâleur

l'examen local découvre parfois une simple angine érythématique et une amygdale augmentée de volume, mais très souvent il montre un enduit blanchâtre semblable à du blanc d'œuf siégeant sur l'amygdale réalisant la pellicule de BRETONNEAU. Cet enduit pultacé est facilement détachable mais il a tendance à se bilatéraliser.

Cet aspect doit faire évoquer le diagnostic de diphtérie même chez le sujet vacciné. Il exige la pratique immédiate d'un prélèvement de gorge, et l'administration de sérum antidiphtérique.

A ce stade, le traitement entraîne la guérison rapide et sans complication sinon en 24 à 48 h se constitue le tableau caractéristique de la phase d'état.

Phase d'état :

C'est en règle à ce stade qu'est vu le malade et le diagnostic devient évident :

les signes généraux persistent : abattement et pâleur intense, température à 38-38.5°, tachycardie modérée, oligurie discrète et albuminurie inconstante.

L'examen de la gorge montre les fausses membranes caractéristiques, elles réalisent un enduit brillant blanc-nacré peu épais, lisse au début puis irrégulier et grisâtre. Elles sont cernées par un liséré rouge, non oedématisé et non hémorragique. En vieillissant elles deviennent jaunâtres.

Les fausses membranes sont adhérentes au tissu sous-jacent duquel on peut cependant les arracher en bloc, elles sont cohérentes, non dissociables dans l'eau, extensives et en règle bilatérales, elles envahissent rapidement l'autre amygdale, le voile du palais, le pharynx et la luette qu'elles engainent *doigt de gant*. Elles se reproduisent rapidement en quelques jours après leur arrachement. Enfin elles sont riches en bacilles diphtériques d'où l'intérêt de leurs mises en cultures avant toute antibiothérapie pour confirmation de diagnostic.

Les signes loco-régionaux : sont peu intenses : coryza avec jetage séreux ou mucco-purulent souvent unilatéral, des ADP bilatérales rétro et sous-maxillaires, fermes, mobiles, sensibles, sans périadénite.

Au total : le diagnostic est cliniquement évident, et peut être étayé par une notion d'épidémie ou de contagion. Il est confirmé par l'examen bactériologique systématique dont on n'attend les résultats pour isoler le malade, le traiter en urgence, et examiner l'entourage. Un pronostic favorable peut être porté sur l'absence de signes locaux et généraux de malignité.

Evolution :

Sous l'effet du traitement précoce l'évolution est bénigne. En quelques heures les FM cessent de s'étendre, pour se décoller par leurs bords et tomber en 2 – 5 jours, la gorge est nettoyée. La pâleur, l'asthénie persistent encore plusieurs jours.

La convalescence dure 15 jours, elle est parfois grevée d'éventuelles complications dont la survenue est toujours possible jusqu'à 90 jours après le début de l'angine.

En l'absence de traitement ou en cas de traitement tardif ou insuffisant passage à l'angine maligne et ou survenue de complications.

ANGINE DIPHTERIQUE MALIGNNE

Elle est rarement primitive le plus souvent, elle complique une angine commune qui a évolué depuis 2 à 4 jours, elle est caractérisée par :

une fièvre à 39° à 40°
un état général profondément altéré d'emblée,
une obnubilation, une prostration, ou une adynamie,
une pâleur du visage,
une tachycardie avec tendance à l'hypotension.

Les signes de malignité loco-régionale sont :

bouche recouverte laissant s'écouler une salive fétide, jetage mucco-sanglant bilatéral cou volumineux *proconsulaire* déformé par des ADP,

l'examen de la gorge confirme le diagnostic :

Les FM tapissent en une seule-nappe tout le pharynx et peuvent atteindre la face interne des joues. Elles forment un enduit épais et irrégulier d'odeur fétide, de couleur gris verdâtre ou noirâtre du fait d'hémorragies. Elles sont particulièrement adhérentes à la muqueuse sous-jacente et leur arrachage laisse une ulcération sanguinolente. Elles sont cohérentes remarquablement extensives. La muqueuse pharyngée est très oedématisée.

La dysphonie et la dysphagie sont importantes.

Les signes viscéraux :

signes cardiaques : assourdissement des bruits du cœur avec tachycardie et hypotension,

signes rénaux : oligurie, albuminurie quasi constante, hyperamnésie

Evolution :

parfois tout apparaît en quelques jours au fait de l'extension des FM à la trachée au pharynx et aux bronches. Issue fatale survenant par asphyxie.

Le plus souvent l'évolution se prolonge :

Immédiatement, il y a rétrocession des signes locaux sous l'influence du traitement, les FM tombent en 4 – 8 jours, les ADP régressent plus lentement. Par contre les signes généraux et viscéraux toxiques persistent, Secondairement tantôt la mort survient dans le tableau du syndrome secondaire de la Diphtérie maligne, tantôt elle rejoint celle de l'angine grave traitée.

FORMES SYMPTOMATIQUES :

Angine bénigne : forme frustrée

Angine purement érythémateuse : leur diagnostic est essentiellement bactériologique

Forme pseudo-phlegmoneuse :

Caractérisée par un œdème et une tuméfaction du pilier antérieur d'une amygdale, qui se couvre de FM. Le trismus est habituellement absent l'évolution spontanée se fait vers la forme maligne, alors que le traitement précoce évite l'issue fatale mais souvent au risque de paralysies tardives.

FORMES SELON LE TERRAIN :

Nourrisson :

La diphtérie n'est pas rare chez le nourrisson. La localisation nasale ou adénoïdienne est habituelle, mais on peut observer une angine à fausses membranes volontiers compliquée de croup.

Vacciné :

La diphtérie n'est pas rare, elle est habituellement bénigne et non compliquée. Cependant méconnus, elle évolue vers la malignité.

LE CROUP OU LARYNGITE DIPHTERIQUE

Il s'observe essentiellement de 2 à 6 ans, il peut être primitif, mais survient le plus souvent au cours de l'extension locale d'une angine diphtérique, il évolue en 3 phases successives.

Phase dysphonique marquée par :

des modifications de la toux et de la voie réalisant le syndrome toux rauque voie éteinte avant que la toux ne s'éteigne, signes généraux toxiques discrets, coryza parfois

* le diagnostic repose sur :
la laryngoscopie montrant les FM

le prélèvement pharyngée et laryngée dont on n'attendra pas les résultats pour traiter le malade.

* Phase dyspnéique : (24 – 48 h) caractérisée par :

une dyspnée laryngée évoluant d'abord par accès puis par grands accès entre lesquels s'instaure une dyspnée permanente. C'est une bradypnée inspiratoire avec un cornage ou un tirage sous sternal.

Phase asphyxique : elle conduit à la mort.

AUTRE FORMES CLINIQUES

Le coryza pseudo-membraneux ou rhinite diphtérique : fréquente chez les NRS et l'enfant de 2 à 6 ans mais rare chez l'adulte. Cette diphtérie nasale accompagne une angine diphtérique dans environ 60 % en zone d'endémie.

L'adénoïde diphtérique : quasi constante dans la diphtérie pharyngée, elle peut être isolée, et se traduit par un tableau d'adénoïdite banale, dont la nature diphtérique n'est révélée que par la rhinoscopie postérieure et le prélèvement. Le traitement assure la guérison s'il est précoce sinon on peut observer la survenue d'un syndrome malin d'un croup ou de paralysie.

Diphtérie cutanée : rare, elle apparaît au niveau des lésions cutanées préexistantes. Dans les cas typiques, la lésion cutanée devient douloureuse laissant s'écouler une sérosité jaunâtre, puis prend l'aspect d'un ulcère surélevé et dur, entouré d'une zone inflammatoire.

La conjonctivite diphtérique : elle s'observe surtout chez le NRS et succède d'ordinaire à une diphtérie nasale propagée par le canal lacrymal.

F – COMPLICATIONS

LA MYOCARDITE

C'est une complication majeure tant par sa fréquence que par sa gravité, elle débute généralement de façon précoce avant le 5^{ème} – 10^{ème} jour, parfois au delà de la 3^{ème} semaine. Les signes cliniques sont inconstants : tachycardie ou bradycardie, assourdissement des bruits du cœur ou bruit de galop, tableau d'assystolie aigue, l'E.C.G confirme la myocardite en mettant en évidence ces anomalies très souvent sans traduction clinique.

Trouble du rythme : (tachycardie sinusale, trouble de la conduction auriculo-ventriculaire, rarement l'allongement isolé du PR. Trouble de la repolarisation).

Trouble de la repolarisation (aplatissement ou inversion de l'onde T dénivellation ST). Elle est imprévisible dans son évolution : elle tue ou guérit rapidement.

B – PARALYSIE DIPHTERIQUE :

Elles peuvent s'observer jusqu'au 90^{ème} jour après le début de la maladie. Elles sont précoces ou tardives, partielles ou généralisées.

paralysie vélo-palatine :

elle est évoquée sur la constatation des troubles de la phonation de la déglutition. Le nasonnement de la voix le reflux par le nez des liquides injevés avec risques de fausses routes alimentaires ou salivaires. Isolée elle évolue favorablement.

paralysie de l'accommodation :

elle accompagne presque toujours la paralysie. Vélo-palatine. Elle se traduit par une gêne à la vision rapprochée (pseudo-presbytie) alors que la vision de loin est correcte. Elle guéri sans séquelles au bout de 10 à 15 jours.

paralysie des muscles du larynx et pharynx :

elle se caractérise par une voix rauque et surtout des troubles de la déglutition. Parfois sont observées des accès de dyspnée sa gravité tient à la survenue de la broncho-pneumopathie d'inhalation.

paralysie extensive des muscles respiratoires :

elle intéresse les muscles du cou, les intercostaux, les muscles abdominaux et le diaphragme. Leur évolution est émaillée d'une forte mortalité de plus de 90 % par détresse respiratoire en l'absence d'assistance respiratoire.

C – L'ATTEINTE RENALE

Une oligurie et une protéinurie modérée accompagnent quelquefois une angine commune et régressent sans séquelles. Mais une oligo-anurie, une hématurie, une hyperazotémie massive prolongée signent une néphrite qui traduit une imprégnation toxique importante. Elle se voit le plus souvent dans les angines malignes.

ANNEXE N°II
FICHE TECHNIQUE
DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE DE LA DIPHTERIE

Corynebacterium diphtheriae (C. diphtheriae) est le germe responsable de la diphtérie. Ce germe est fragile et a des exigences nutritives. Il ne pousse que sur des milieux liquides ou gélosés, enrichis (sérum, sang).

Le milieu de Loëffler est un milieu à base de sérum de bœuf coagulé utilisé pour l'isolement du germe. Il est disponible à l'Institut Pasteur d'Algérie.

Le diagnostic de certitude d'une angine diphtérique repose sur l'isolement. L'identification bactériologique du germe et la mise en évidence de la production d'une toxine.

L'isolement du germe est réalisé à partir du prélèvement de gorge ou des fausses membranes (isolement fait sur milieu de Loëffler). Il doit se faire au lit du malade et / ou lors des enquêtes sur le terrain, par le personnel médical et paramédical. Ci-joint les modalités techniques de cet isolement.

L'identification bactériologique du germe et la recherche du pouvoir toxigène se font au niveau de laboratoire de bactériologie équipés. Ces laboratoires doivent réceptionner le plus rapidement possible les isolements faits sur le terrain.

COMMENT ISOLER C.DIPHTERIAE DANS UN PRELEVEMENT DE GORGE ?

Matériel nécessaire :

Écouvillon

Tubes de milieu de Loëffler (milieu au sérum de bœuf coagulé) : température ambiante.

Étuve à 37°C.

Modalités techniques

Pour chaque patient, si possible avant traitement :

A l'aide d'un écouvillon, faire un prélèvement de gorge ou des fausses membranes, à droite et à gauche.

Avec cet écouvillon, ensemencer directement au lit du malade un tube de milieu de Loëffler (ensemencement en stries serrées).

Identifier le tube N° / Nom / Prénom / Date isolement / Nature du prélèvement.

Déposer le tube (bouchon pas entièrement vissé) à l'étuve 37°C pendant 18 heures.

Sortir le tube de l'étuve et le laisser à température ambiante.

L'acheminer le plus rapidement possible à un laboratoire de bactériologie qui effectuera l'identification de la souche et la mise en évidence du pouvoir toxigène.

ATTENTION

! RAPPEL

! ATTENTION !

ON NE FAIT PAS DE DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE DE DIPHTERIE sur la visualisation de bacilles à Gram Positif Corynéformes à l'examen microscopique après coloration de Gram d'un prélèvement de gorge (il existe de nombreuses corynébactéries non pathogènes).

ON NE FAIT PAS DE DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE DE DIPHTERIE sur l'unique existence d'une culture bactérienne en milieu de Loëffler (ce milieu n'est sélectif et de nombreuses bactéries y poussent).

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PREVENTION
Sous Direction Santé Mère et enfant

Circulaire Ministérielle N°017/MSPRH/MIN du 13 Fév . 2007

DESTINATAIRES :

- | | |
|----------------------------------------------------|------------------|
| - Messieurs les Walis | pour Information |
| - Madame et Messieurs les DSP | pour exécution |
| - Mesdames et Messieurs les DG des CHU | pour exécution |
| - Messieurs les DG des EGS | pour exécution |
| - Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires | pour exécution |

Objet : Fiche technique relative à la conduite à tenir devant un cas de suspect de Diphtérie

L'Algérie ; après un répit, a connu une réapparition de la diphtérie sous forme de flambées épidémiques durant l'année 1993 (563 cas et 31 décès).

Deux importants épidémies ont ensuite été enregistrées en 1996 (107 cas) et en 1997 (30 cas) touchant la presque totalité des Wilaya.

Les cas notifiés en 2003 (Tiaret 07 cas), en 2004 (Tamanrasset 08 cas) et en 2005 (Mila 04 cas et Adrar 03 cas) ont touché des populations nomades. Ce phénomène est du à des causes multiples notamment les mouvements de populations à travers les frontières du sud du pays, l'insuffisance de la couverture vaccinale et la faible protection immunitaire au sein de ces populations. Si le dispositif mis en place a permis de maîtriser l'épidémie, il n'en demeure pas moins que l'Algérie n'est pas à l'abri de l'apparition de nouveaux foyers épidémiques.

Il apparaît donc clairement qu'une couverture vaccinale doit être maintenue constamment au niveau le plus élevé possible pour toutes les vaccinations obligatoires.

Cette présente circulaire actualisée rappelle les modalités pratiques de la conduite à tenir devant un cas suspect de Diphtérie décrites dans la Circulaire Ministérielle N°755 MSP/ DP/SDPG du 31 Octobre 1994.

Dans le cadre du renforcement de la surveillance et de l'amélioration de la prise en charge des cas, j'accorde la plus haute importance à la large diffusion et à l'application de cette circulaire à l'ensemble du personnel de santé à tous les niveaux.

Le Directeur de la Prévention

I- CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC (ef ANNEXE N°I RAPPEL CLINIQUE).

Il est indispensable de faire un diagnostic précoce de la maladie qui doit être évoquée :

- systématiquement devant une angine à fausses membranes,
- devant toute angine et toute laryngite chez un sujet mal ou pas vacciné contre la diphtérie, survenant dans un contexte épidémique ou sporadique,
- devant toute angine s'accompagnant de signes évocateurs : asthénie, pâleur, fièvre ne dépassant pas 38°5 et tachycardie,

**La notion d'une vaccination antidiphtérique ne doit pas faire éliminer
le diagnostic de la diphtérie**

II- MESURES A PRENDRE D'URGENCES DEVANT UN CAS SUSPECT DE DIPHTERIE

II- 1 IL FAUT IMMEDIATEMENT :

- 1- hospitaliser et isoler le cas, repos strict au lit et surveillance clinique.
- 2- pratiquer un prélèvement de gorge (annexes N°I et II diagnostic bactériologique) avant tout traitement pour identifier le germe,
- 3- prescrire la **sérothérapie** (Sérum antidiphtérique SAD) pour neutraliser la toxine circulante et l'**antibiothérapie** pour détruire le germe (cf chapitre mesures thérapeutiques).
- 4- Déclarer obligatoirement la maladie selon les modalités de notification des Maladies à Déclaration Obligatoires (Arrêté n° 179/MS/CAB du 17 Novembre 1990)

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N°02 MSP / DP PORTANT PL AN NATIONAL
D'ELIMINATION DE LA ROUGEOLE**

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

INTRODUCTION :

Identification du problème :

La rougeole est une maladie infectieuse aiguë virale particulièrement contagieuse et épidémique transmissible par voie aérienne et contrôlable par la vaccination. Cette dernière a été généralisée dans notre pays depuis 1985. Cependant à partir des années 90 on note une recrudescence de la mobilité avec apparition de flambées épidémiques chez les enfants d'âge scolaire d'où la nécessité d'élaborer un programme de lutte contre la rougeole. Ce n'est qu'en 1995 qu'une première évaluation a permis de connaître la mortalité déclarée.

L'amélioration de la couverture vaccinale de routine, l'organisation de la campagne nationale de vaccination en 1996, l'introduction d'une dose à la rentrée scolaire (06 ans) conformément au niveau calendrier vaccinal 1997 ont permis une baisse de la morbidité et de la mortalité déclarée (annexe I).

Année	Nombre de cas déclarés	Nombre de décès déclarés
1995	9499	61
1996	21003	32
1997	19573	12
1998	3301	0

les objectifs du programme national

Réduire la mortalité par rougeole de 95% d'ici l'an 2005 par rapport au seuil de l'année 97
Réduire la morbidité par rougeole de 90 % d'ici l'an 2005 par rapport au seuil de l'année 97
Atteindre un taux de couverture par VAR d'au moins de 90 % pour les enfants de moins d'un an (1^{ère} dose)
Atteindre un taux de couverture par VAR d'au moins de 90 % pour les enfants âgés de 6 ans (2^{ème} dose) à l'entrée scolaire.

POPULATION CIBLE

Qui vacciner ?

Vacciner selon le calendrier vaccinal (1^{ère} dose à 09 mois et la 2^{ème} à 06 ans) : que l'enfant ait ou non contracté la rougeole (car certaines fièvres éruptives sont très souvent confondues avec la rougeole)
Rattraper les enfants non encore vaccinés ou pas correctement vaccinés (zéro ou une seule prise) jusqu'à l'âge de 14 ans lors des rattrapages.

ACTIVITES DU PROGRAMME :

4-1 identifications de la population cible :

chaque unité sanitaire qui vaccine doit connaître sa population cible, c'est à dire tous les enfants qui résident dans sa zone d'action et qui doivent être vaccinés selon le calendrier vaccinal national ainsi il sera possible pour chaque unité d'identifier les enfants qu'elle aura à vacciner.

Il existe un procédé actuellement bien établi, qui permet d'identifier tous les enfants dès leur naissance et leur inscription à l'Etat Civil. Ce procédé est communément appelé dans notre pays

LA CAPTATION DES NAISSANCES (voir guide de vaccination)

4-2 COMMANDE DE VACCINS :

au niveau de votre commune pour déterminer la qualité de vaccins à commander il faut :

estimer la population générale de la commune

calculer votre population cible

calculer le nombre de doses à administrer

calculer les pertes en vaccins ou taux d'utilisation du vaccin

prévoir un stock de réserve

date de péremption : vérifier toujours les dates de fabrication et péremption de chaque lot de vaccins avant son utilisation.

Exemple population cible - 300 ENFANTS : 100 enfants 1 an
200 enfants de 6 ans

Vaccins		Antirougeoleux
Population cible	300	
Nombre de contacts par vaccins		2
Nombre total de doses à administrer		300 x 2 = 600
Taux d'utilisation du vaccin		75 %
Nombre de doses nécessaires par année		600 / 0,75 = 800
Stock de réserve	25 %	800 X 0,25 = 200
Nombre total de doses à commander par année		800+200=1000
Nombre de flacons de vaccins à commander par année		1000/10=100
Nombre de flacons de vaccins à commander par mois		100/12=9

4-3 CONSERVATION DU VACCIN

CONSERVATION DU VACCIN

Le vaccin antirougeoleux doit être conservé entre + 4 °C depuis sa fabrication jusqu'à son utilisation d'ou la nécessité du respect de la chaîne de froid.

On appelle CHAÎNE DE FROID la série d'actions qui garantit la conservation des vaccins depuis leur fabrication jusqu'à leur utilisation.

Fabriquant -----Aéroport -----IPA-----S SANITAIRE-----centre de santé-----équipe vaccinatrice

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'élimination de la rougeole.

UN SEUL MAILLON DEFECTUEUX DE LA CHAÎNE DE FROID PEUT PROVOQUER L'ECHEC DE TOUT PROGRAMME DE VACCINATION

Aussi il est indispensable de déclarer toute rupture de cette chaîne de froid aux services compétents.

LE VACCIN ANTIROUGEOLEUX DOIT ETRE RIGOREUSEMENT TRANSPORTE ET STOCKE ENTRE + 4 ET +8 °C

LA RUPTURE DE LA CHAÎNE DE FROID ENTRAINE UNE DETERIORATION DU VACCIN D OU ECHEC A LA VACCINATION.

4-4 ORGANISATION DE LA VACCINATION

4-4-1 le vaccin Antirougeoleux

type de vaccin utilisé en Algérie :

le vaccin utilisé en Algérie est le vaccin vivant ATTENUÉ

PRESENTATION :

Le vaccin se présente sous forme lyophilisé en flacons de 10 doses avec une ampoule de 5 ml de solvant (0,5 ml / dose)

Conservation :

Le solvant doit être mis 24 heures avant son utilisation dans le réfrigérateur.

Comme tous les vaccins vivants le vaccin anti-rougeoleux est thermosensible .Il doit être conservé entre + 4) c et placé dans la partie haute du réfrigérateur

Une fois reconstitué sa température doit être entre + 4 °C +8 °C .il doit être utilisé dans les 4 ou lors des campagnes spéciales. Une seringue et une aiguille sous emballage stérile doivent être utilisées pour chaque injection et doivent être détruites immédiatement après usage. Il existe deux types de seringues et d'aiguilles à usage unique :

Les seringues jetables

Les seringues autobloquantes

Les seringues jetables classiques ; peuvent être utilisées pour la vaccination uniquement lorsqu'on est certain qu'elles seront détruites après un usage unique. La réutilisation de ce matériel fait en effet courir un risque élevé d'infection de la population cible.

les seringues autobloquantes : sont conçues de telle sorte qu'il est impossible de les utiliser plus d'une seule fois par conséquent ce sont elles qui présentent le moins de risque de transmission interpersonnelle d'agents pathogènes par le sang.

LES SERINGUES ET AIGUILLES A USAGE UNIQUE DOIVENT ETRE CORRECTEMENT ELIMINEES APRES USAGE.

Voie d'administration et technique vaccinale :

reconstituer le vaccin en introduisant le solvant dans le flacon de vaccin

pour la vaccination utiliser une seringue de 5 ml prélever 0,5 ml de vaccin reconstitué et mettre le flacon de vaccin dans le porte ou dans la bac à glaçon.

Fixer sur la seringue une aiguille de 30 mm pousser le piston jusqu'à ce qu'une goutte de vaccin apparaisse à la pointe de l'aiguille

Désinfecter le point d'injection à l'aide d'une compresse alcoolisée ; laissez sécher

Pincer la peau et pousser l'aiguille de biais. ne jamais pointer l'aiguille perpendiculairement à la peau.

Le vaccin est administré : par voie sous-cutanée dans la fosse sous-épineuse ou au niveau de la face externe du bras

rangement en fin de séance : A la fin de la séance de vaccination

détruire tous les flacons entamés en vidant le contenu dans de l'eau javellisée

incinérer les flacons vides et les flacons vidés le coton qui a servi ainsi que les ampoules de solvant vides et les seringues utilisées

remettre au réfrigérateur les ampoules de solvants non utilisées

remettre au réfrigérateur les flacons de vaccins non entamés en les marquant d'une croix pour qu'ils soient utilisés en premier lors de la prochaine séance

s'assurer cependant que les flacons sont bien conservés c'est à dire que les accumulateurs mis dans la glacière ou le porte vaccin sont encore congelés

ranger tout le matériel nettoyer la glacière et le porte vaccin et les laisser ouvert

essuyer les accumulateurs de froid et les remettre dans le compartiment congélateur du réfrigérateur.

Associations vaccinales :

Le vaccin antirougeoleux peut être associé à tous les vaccins et être administré le même jour chez le même enfant à des sites différents, si son âge le permet ceci en conformité avec le calendrier vaccinal en particulier on peut donner le VAR le jour du rappel DTC+ POLIO si l'enfant n'a pas encore été vacciné.

réactions mineures :

fièvre isolée (apparaissant 7 à 12 jours après l'administration du vaccin)

éruption d'allure rougeoleuse bénigne survenant 4 à 10 jours après la vaccination.

4-4-2-3 vérification du statut vaccinal de tout enfant en contact avec une structure sanitaire :

sensibiliser le personnel de santé à vérifier l'état vaccinal de l'enfant le cas échéant le vacciner

4-4-2-4 mini – campagnes de vaccination semestrielles :

des campagnes de vaccination de rattrapage seront organisées ciblant les enfants âgés entre 06 et 14 ans révolus qui ne sont pas vaccinés.

des campagnes de vaccination localisées ou élargie sont nécessaires :

en cas de situation épidémiologique particulière (épidémie ou flambée)

Taux de couverture de vaccinal ----ou égal 80 % dans une zone déterminée

Ces campagnes concerneront les enfants âgés de 09 mois à 14 ans révolus qui n'auront pas été vaccinés.

4-6 ACTIVITES DE NOTIFICATION

- législation : circulaire N°1126 /MS/DP/SDPG du novembre 1990 un renforcement du système de surveillance de la rougeole est fondamental pour planifier et évaluer les stratégies de lutte.

4-6-1 Déclaration de routine :

tout cas suspect de rougeole hospitalisé ou non :

doit être déclaré immédiatement au SEMEP (service d'Epidémiologie et de médecine préventive) du secteur le SEMEP transmet la déclaration à la DSP (direction de la santé et de la population) qui communiquera l'information à la direction de la prévention / ministère de la santé et de la population (MSP/DP) et à L'INSP (institut national santé publique)

4-6-2 Déclaration en cas d'épidémie de rougeole

on parle d'épidémie de rougeole lorsque survient dans une commune en moins d'une semaine 5 cas ou plus de rougeole pour cette situation il est exigé une confirmation sérologique par l'institut pasteur d'Algérie (sidi – fredj)

dans ce cas le déclaration doit être faite immédiatement par fax par telephone ou par télex à la DSP et au MSP /DP et à L'INSP

4-6-3 Rôle du laboratoire :

le laboratoire de l'institut pasteur d'Algérie doit déclarer tout cas confirmé de rougeole aux structure centrales (MSP/ INSP)

le laboratoire de l'institut pasteur (sidi – fredj) est le laboratoire national de référence pour la sérologie en cas de flambées épidémiques (voir annexe II a et II b)

4-7 ACTIVITES D'INFORMATION – EDUCATION- COMMUNICATION :

l'un des piliers fondamentaux de la réussite des programme de santé plus particulièrement du programme de lutte contre la rougeole.

ciblera tout le personnel de santé et le public

Population cible	messages	Moyens
Personnel de Santé	-importance de la vaccination -respect du calendrier vaccinal (deux prises) -diagnostic d'une rougeole -conduire à tenir devant un cas de rougeole (voir annexe III)	Séminaires de formation qui porteront particulièrement sur : 1-définition du cas et prise en charge 2-la surveillance épidémiologique 3-respect de la chaîne de froid 4-respect du calendrier vaccinal
Publics	1-le danger de la rougeole 2-respect du calendrier vaccinal	1-télévision 2-radio locales 3-presse 4-affiches

EVALUATION

L'évaluation est permanente périodique (tous les trimestres) et rétro-informative

Elle portera sur :

Indicateurs de résultats :

nombre de cas de rougeole

le nombre de dégât par rougeole

indicateurs d'action :

le nombre de flacons utilisés

le nombre de campagnes de masse organisées

le ratissage

le relevé exhaustif des sérologies.

TACHE PAR NIVEAU D'INTERVENTION

Structure Sanitaire	Activité	Modalité
UNITE DE BASE	Vaccination de routine Evaluation des TCV	Selon calendrier vaccinal (voir guide)
	-Diagnostiquer un cas de Rougeole	Voir Annexe III
	Faire une sérologie -Traitement palliatif -Enquête autour du cas -Education et information du malade et sa famille	-Déclaration au service de médecine préventive (SEMEP)
Services d hospitalisation	-Prise en charge du cas si complication -Education et information du malade et sa famille	Déclaration au SEMEP
SEMEP	-Collecte des déclarations	Annexe IV
	-Evaluation à l'échelle du Secteur	Déclarer à la DSP
	-Supervision de la prise en charge	Voir annexe III
	-Estimation des besoins en vaccins -Approvisionnement en vaccins	Voir guide
	-Organisation et formation	Séminaires
	-Action pour résolution du problème identifié -Information Education Communication	Séminaires
DSP	Coordonne le travail entre les différents SEMEP	Formation Déclare au MSP/DP et a l'INSP

Institut pasteur d'Algérie (Sidi – Fredj)
Laboratoire de la rougeole

Tel ☎ 02) 37.68.50-(02) 37.68.51
Fax : (02) 39.02.57

ANNEXE II a

PRELEVEMENT SANGUIN DEVANT TOUT CAS SUSPECT DE ROUGEOLE EN CAS D'EPIDEMIE ET / OU D HOSPITALISATION

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA ROUGEOLE :

analyse effectuée : recherche des Ig M antirougeoleuses par test immunoenzymatique
échantillon utilisé pour cette recherche : sérum (1 ml)

TECHNIQUE DE PRELEVEMENT (sérum)

faire le prélèvement après apparition de l'éruption
prélever 3 à 5ml de sang total dans un tube sec étiqueté
laisser décanter le sang sur la paillasse jusqu'à rétraction du culot pendant 30 mn
récupérer le surnageant et le centrifuger à 2000 Tr / mn pendant 15 mn à température ambiante
la centrifugation doit se faire dans les 24 heures entre temps le sang doit être conservé à + 4 °C au réfrigérateur et ne doit pas être congelé

en absence de centrifugeuse laisser décanter plus longtemps (1 heure)
récupérer le sérum dans un tube sec étiqueté
conserver le sérum au réfrigérateur entre + 4 °C + 8 °C quelques jours sinon au congélateur plus longt emps

transport des sérums :

respecter la chaîne de froid (dans une glacière + 4 °C) même condition que pour un vaccin
étiqueté correctement les tubes
joindre une fiche de renseignements pour chaque prélèvement (Annexe VII)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE CAS DE ROUGEOLE

SECTEUR SANITAIRE

WILAYA

FAX.....

NOM DU MALADE

PRENOM DU MALADE

DATE DE NAISSANCE

NOMBRE ET DATES DES DOSES DE VAR RECUES

DATE DE DEBUT DE L'ERUPTION.....

DATE DU PRELEVEMENT

NOM :
Prénom :
Grade :

Signature :

ANNEXE III

DIAGNOSTIC CLINIQUE D'UNE ROUGEOLE ET CONDUITE A TENIR

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE ROUGEOLE

ROUGEOLE / infection virale caractérisée par une éruption maculo-papuleuse se généralisant en 4 jours de façon descendante (visage – abdomen puis les membres inférieurs) cette éruption est précédée 3 à 4 jours avant par :
* fièvre 39 °- 40° * conjonctivite * écoulement nasal * toux

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

RUBEOLE	EXANTHEME SUBIT	MEGAL ERYTHEME
Eruption maculo-papuleuse généralisée d'emblée - fébricule 37°5 - 38° adénopathies cervicales pas d'écoulement occulo-nasal pas de toux	Eruption maculo-palpuneuse généralisée touchant le nourrisson après 3 jours de fièvre.	Erythème en ailes de papillon du visage fièvre 39 °- 40 ° état général conservé éruption morbiliforme pouvant se généraliser en quelques jours.

Devant un cas de rougeole

déclaration

traitement symptomatique :

baisser la température : moyens physiques

antipyrétique

Donner à boire (boissons sucrées, tisanes....)

désinfections oculaire et rhino-pharyngé : sérum physiologique

calmer la toux : humidification de l'atmosphère

hospitalisation si – laryngite et complications broncho-pulmonaires

signes neurologiques

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

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

DIRECTION DE LA PREVENTION

INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 502 MSPRH/DP DU 21 MARS 2005 PORTANT RENFORCEMENT DES ACTIVITES DU PROGRAMME NATIONAL D'ELIMINATION DE LA ROUGEOLE

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

1 - INTRODUCTION :

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE :

La rougeole est la fièvre éruptive qui atteint le plus grand nombre d'enfants dans le monde. Ses complications, rares dans les pays développés, sont fréquentes et responsables d'une très lourde mortalité dans les pays en développement.

La rougeole est due à un paramyxovirus. A l'instar des autres pays tempérés, la rougeole sévit en Algérie sous forme d'épidémie en hiver et au printemps.

Le programme national d'élimination de la rougeole a été mis en place en Avril 2001 par instruction Ministérielle n°02 MSP/DP dont les objectifs sont :

1-Maintenir à zéro le taux de la mortalité par rougeole d'ici l'an2005.

2- Réduire la morbidité par rougeole de 90% d'ici l'an 2005 par rapport au seuil de l'année 97.

3-Atteindre un taux de couverture par VAR d'au moins de 90% pour Ses enfants de moins d'un an

4-Atteindre un taux de couverture par VAR (deux prises) d'au moins de 90% pour les enfants âgés de 6 ans

L'introduction de la deuxième dose de vaccin anti rougeoleux à l'âge de 06 ans dans le calendrier vaccinal en 1997, l'amélioration du taux de couverture vaccinale, l'organisation de la campagne nationale de vaccination en décembre 2003, ont permis une baisse significative de l'incidence de la rougeole qui est passée de 49/100 000 habitants (15374 cas) en 2003 à 9/100 000 habitants (2926 cas) en 2004. Le taux de létalité est passé de 0,21 pour 100.000 habitants en 1995 à 0,035 pour 100.000 habitants en 2002. En 2003 et en 2004, aucun décès n'a été déclaré.

Des cas de rougeole sont encore notifiés dans les zones enclavées, zones éparses et dans les groupes de population à risque (nomades) présentant des taux de couverture vaccinale Inférieures à 60% ; des cas sporadiques et même des micro foyers sont encore enregistrés.

Tableau 1 - Evolution de la situation épidémiologique de la rougeole de 1997à juin 2004 :

ANNEE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
NOMBRE DE CAS	19573	3301	2503	1889	2743	5862	15374	2926
NOMBRE DE DECES	12	0	0	0	0	11	0	0

Au stade d'avancement actuel du programme national d'élimination de la rougeole, pour éviter toute résurgence épidémique à partir de poches de population réceptive il vous est demandé :

- 1- de renforcer la vaccination par des mini-campagnes de vaccination à domicile basées sur le ratissage ou « Moppin-Up »
- 2- de respecter la conduite à tenir devant des cas sporadiques ou une flambée épidémique.

II - RENFORCEMENT DES ACTIVITES VACCINALES DANS LE CADRE DE L'ELIMINATION DE LA ROUGEOLE:

L'élimination de la rougeole nécessite un renforcement des activités du programme national, et doit comprendre principalement :

1- Le renforcement de la vaccination de routine par l'organisation du mopping-up ou opération de vaccination par ratissage, visant la vaccination des populations nomades, populations enclavées et en zones éparses, zones à faible taux de couverture vaccinale, zones ayant notifiées des cas de rougeole, par des passages répétés périodiques en vu de renforcer cette vaccination anti rougeoleuse.

2- Le renforcement de la surveillance épidémiologique : notification exhaustive des cas, enquête épidémiologique autour de chaque cas, confirmation du diagnostic par la sérologie

III - CONDUITE A TENIR DEVANT UNE FLAMBEE EPIDEMIQUE DE ROUGEOLE EN PHASE D'ENTRETIEN:

Devant l'apparition d'une flambée de rougeole (05 cas dans la semaine dans une commune), il est impératif :

- 1- de procéder à une enquête épidémiologique autour de chaque cas.
- 2- de procéder à un prélèvement sérologique (03 échantillons devant toute flambée et les acheminer à l'Institut Pasteur de Sidi- Fredj pour la confirmation du diagnostic)
- 3- d'appliquer les directives de vaccination des sujets contacts afin de parvenir à une couverture des groupes de population supérieure ou égal 90% avec deux doses de VAR dès l'âge de 06 ans (1^{ère} dose à 09 mois et la seconde à 06 ans)
- 4- d'organiser une campagne de vaccination dans les collectivités fermées jusqu'à l'âge de 30 ans (casernes militaires, établissements pénitenciers, cités universitaires).

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

La Directrice de la Prévention

F. BELATECHE

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

EXPEDITEUR : Directeur des Services de Santé

DESTINATAIRES : Mesdames et Messieurs les DSP (Tous) en communication avec les Directeurs SS
(Tous), EHS (Tous)
Madame et Messieurs les Directeurs Généraux CHU (Tous)

TEXTE N°14

21/01/04

DATE :

OBJET : A/S cas Pneumopathie

Dans le cadre de la prise en charge préventive et curative des cas de pneumopathie aiguë, j'ai l'honneur de vous demander d'installer une cellule de veille au niveau de la DSP, des CHU, EHS et Secteurs sanitaires. Cette cellule aura pour tâche de veiller à :

- 1- Sensibiliser l'ensemble des professionnels de la santé à tous les niveaux d'intervention en particulier :
 - les consultations, les services des Urgences Médico-chirurgicales, de réanimation et ceux relevant des spécialités médicales suivantes : Maladies Infectieuses, Pneumologie, Médecine Interne et de Pédiatrie.
- 2- Hospitaliser rapidement les cas de pneumopathie aiguë (annexe « 1 ») ;
- 3- Recenser et déclarer le jour de l'hospitalisation tout cas de pneumopathie aiguë (annexe « 4 ») ;
- 4- Faire des prélèvements nécessaires accompagnés d'une fiche de prélèvement, les acheminer vers l'Institut Pasteur d'Algérie (annexe « 2 ») ;
- 5- Traiter selon les recommandations figurant en annexe «3 » ;
- 6- Procéder à une enquête épidémiologique autour du cas par l'équipe du S.M.E.P. dépendant de votre structure (annexe « 4 ») ;
- 7- Déclarer immédiatement les cas de décès observés en milieu hospitalier, en mentionnant de façon précise de diagnostic établi durant l'hospitalisation ainsi que les causes et circonstances de décès (annexe « 4 »).

RECONNAISSANCE DU CAS DE PNEUMOPATHIE AIGUE

Malade relevant d'une hospitalisation dans un service de médecine :

(maladies infectieuses, pneumo-phtisiologie, médecine interne, pédiatrie)
apparition chez un patient dans un délai de 10 jours :

- d'une fièvre >38°
- et d'une atteinte des voies aériennes basses : toux, gêne respiratoire.....
- et au télé thorax : pneumopathie avec infiltrats interstitiel uni ou bilatéral.

Malade relevant d'une hospitalisation en réanimation :

Patient présentant

- une polypnée >30 cycles / mn
- une cyanose
- une hypotension <90 mm hg
- une tachycardie >140 battements / mn
- des troubles de la conscience

Une fois, le cas reconnu des mesures prophylactiques urgentes s'imposent afin de prévenir la transmission nosocomiale.

Mesures immédiates :

Pour le malade :

- Hospitalisation en isolement simple dans une chambre individuelle ;
 - Limitation des déplacements ;
 - Interdire les visites ;
 - Port de masque chirurgical pour le patient
- FFP2 pour le personnel soignant
- isolement strict en cas de pneumopathie grave.

ANNEXE « 2 »

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- 1- prélèvement naso-pharyngé ou aspiration bronchique ;
- 2- hémocultures (02 au moins) avant la mise sous traitement spécifique ;
- 3- prélèvement sanguins (5cc par tube) (tube sec pour sérologie ; tube sec pour biochimie : glycémie, transaminase, ionogramme, CPK, LDH. – tube héparine : FNS avec équilibre, plaquettes, groupage ;
- 4- prélèvement urinaire ;
- 5- autres.

N.B : Les prélèvements doivent être accompagnés de la fiche de prélèvement dûment remplie.

ANNEXE « 3 »

CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE PNEUMOPATHIE AIGUE

Isolement strict pour prévenir la transmission nosocomiale ;

Antibiothérapie de première intention selon le tableau clinique à réévaluer à 48-78 heures

- adulte sain sans signe de gravité : Amoxiciline ou Erythromycine
- adulte avec une co-morbidité (âge > 65 ans, insuffisance cardiaque, hépatique rénale, diabète...) Amoxicilline – Acide clavulanique ou CIG (céfazoline inj ou Céfalexine per os)
- adulte présentant un tableau grave (signes extra respiratoires, pneumopathie étendu, nécessité d'une ventilation.....)
Amoxicilline – Acide clavulanique ou C3C (Céfotaxime) + Quinolone
(Ofloxacin inj, per os).

NB : LES RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT VOUS SERONT ENVOYÉES ULTÉRIEUREMENT.

MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE DES SYNDROMES GRIPPAUX AVEC PNEUMOPATHIE AIGUE EN MILIEU HOSPITALIER

Dans le cadre de la surveillance des syndromes grippaux avec pneumopathie aiguë, la déclaration par téléphone et fax s'impose ainsi que le respect des textes traçant le circuit de l'information auquel s'intègrent pleinement les CHU et les EHS.

La mise en place du système d'information au niveau du CHU revient au SEMEP de l'établissement. Les notifications doivent être adressées à la D.A.M.P qui transmettra l'information à la cellule de veille de la Direction de la Santé et au SEMEP du CHU qui prendra les mesures nécessaires et restera en contact avec la cellule de veille et les SEMEP des Secteurs Sanitaires dans le cadre du suivi des cas.

D'autres renseignements importants tels que les facteurs à risques, les pathologies identiques chez les sujets contacts (famille, collègues, etc.....) et les observations éventuelles devront être communiquées rapidement à la cellule de veille de la DSP.

En l'absence de cas, une fiche hebdomadaire de déclaration portant la mention « zéro cas » est exigée.

Afin de repérer les épisodes ayant un caractère rare ou particulier et les situations épidémiques à risque d'extension, il y a nécessité :

- 1- de déclarer tous les décès ayant lieu au niveau des établissements hospitaliers. Une copie du certificat de décès signée par le médecin ayant constaté le décès devra être transmise par fax à la DSP.
- 2- De déclarer les cas de syndromes grippaux avec pneumopathie aiguë hospitalisés.
- 3- De lancer les enquêtes épidémiologiques de proximité autour des cas.

PRECAUTIONS STANDARDS RENFORCEES.

POUR LE MALADE : Masque chirurgical

POUR LE PERSONNEL :

- Masque FFP2
- Double paire de gants ;
- Sur blouse ;
- Charlotte ;
- Lunettes ;
- Sur bottes ;
- Respect strict des procédures d'habillage et de déshabillage ;
- Au sortie de la chambre : lavage des mains (solution antiseptique à et désinfection des lunettes (Bactinyl) ;
- Lavage des mains (SHA)

CONSOMMABLES ET PRODUITS DE LABORATOIRE :

Sont disponibles au niveau de la pharmacie centrale des Hôpitaux.

Médicaments :

Amoxicilline inj, et per os ;
Amoxicilline – Acide clavulanique inj et per os
Erythromycine per os
Céfazoline inj;
Céfalexine per os;
Céfalexine per os;
Céftriaxone ou céfotaxime inj ;
Drogue vasopressives
Anti inflammatoires cortisoniques
Solutés
Consommables

N.B : Toute demande non satisfaite doit nous être signalée.

Par ailleurs, il vous est demandé de renforcer le dispositif mis en place en cas d'événement exceptionnel à savoir :

- garde effective administrative et médicale ;
- fonctionnalité du plateau technique (imagerie médicale, laboratoire ; CTS et banque de sang).
- Disponibilité des médicaments, consommables et réactifs ;
- Disponibilité des fluides médicaux
- Disponibilité de l'eau ;
- Fonctionnalité (groupe électrogène, parc auto et moyens de communication) ;
- Renforcement des mesures d'hygiène hospitalière.

La responsabilité des chefs d'établissements et des équipes de garde est entièrement engagée.

J'attache une attention particulière quand à l'application stricte de ces mesures.

FICHE DE PRELEVEMENTS

Expéditeur :

Nom du médecin :

Nom et adresse de l'Hôpital :

Prélèvement :

Date du prélèvement :/...../.....

Nature du prélèvement :

- Sang
- rhino-pharyngé
- sécrétions bronchiques
- Urines
- AutresPréciser :

Patient

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... ou Age

Sexe : F M

Hospitalisation : (lien).....

Signes cliniques

Fièvre > 38°	Oui	Non	Inconnu	
Dyspnée	Oui	Non	Inconnu	
Si oui, détresse respiratoire :		Oui	Non	Inconnu
Si oui, précisez :				
Leuconéutropénie	Oui	Non	Inconnu	
Trombocytopénie	Oui	Non	Inconnu	

CAT devant une grippe chez l'adulte

Mesures de soutien :

- * Se maintenir dans de bonnes conditions thermiques :
 - Eviter les écarts de température.
 - Se couvrir légèrement en cas de fièvre.
 - Boire 2 l à 2,5 l /24 h.
- * Dégager le nez :
 - Lavages fréquents des fosses nasales.
- * Pas de sirop contre la toux
- * Eviter la déshydratation surtout chez les sujets âgés.

Mesures symptomatiques contre la fièvre :

- * Paracétamol : Cp à 500 mg de 3 à 4 prises par jour.

En cas de surinfection bronchique :

- Amoxicilline gel à 500 mg, 2gl 2/jour.
- Cotrimoxazol cp à 480 mg, 2 cp 2/jour.
- Amoxicilline – acide clavulanique cp à 500 mg 2 cp, 2à3 fois par jour, surtout chez les bronchopathes chroniques.

CAT devant une grippe chez l'enfant

Mesures de soutien :

- * Se maintenir dans de bonnes conditions thermiques :
 - Eviter les écarts de température.
 - Se couvrir légèrement l'enfant en cas de fièvre.
 - Langes humides sur le front, ventre et membres
- * Dégager le nez :
 - Lavages fréquents des fosses nasales.
 - Aspiration des sécrétions
- * Pas de sirop contre la toux
- * Prévenir la malnutrition.
- * Eviter la déshydratation.

Mesures symptomatiques contre la fièvre :

- * Paracétamol : 60 mg/Kg/24H en 4 prises par voie orale ou par voie rectale.
(toujours préférer la voie orale, la biodisponibilité de la voie rectale étant très variable).

En cas de surinfection bronchique :

- * Amoxicilline 50 à 100 mg /Kg en 4 prises par jour.
- * Cotrimoxazol 8mg /Kg en 2 prises de triméthoprim.

QUAND HOSPITALISER ?

- Incapacité de boire ou de s'alimenter.
- Geignement.
- Torpeur ou agitation
- Tirage important
- Cyanose
- Stridor au repos.
- Convulsion
- Déshydratation aiguë.
- Vomissement.
- Contexte étiologique particulier ;

- Cardiopathies congénitales
- Malnutrition sévère
- Rachitisme carenciel.

Wilaya :

Secteur Sanitaire :

Commune :

Déclaration de cas hospitalisés pour complication de la grippe

Nom et prénom	Age	Adresse Complète	Date d'hospitalisation	Lieu d'hospitalisation	Antécédents Pathologiques	Diagnostic de la Complication	Evolution

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PREVENTION

INSTRUCTION N° 425 /MSP/DP DU 16 AVRIL 2003 RELATIVE AUX MESURES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SEVERE (SRAS)

DESTINATAIRES :

Pour exécution	Pour information
- MM LES WALIS (DSP) - MM LES DIRECTEURS GENERAUX DES CHU - MM LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES (S/C des DSP) - MM LES DIRECTEURS DES EHS	- LES WALIS (Cabinet) - LES DIRECTEURS DE L'ADMINISTRATION CENTRALE

REFER : Décret N°85-231 du 25/08/1985 fixant les conditions d'organisation et de mise en œuvre des interventions en cas de catastrophe ou d'événement exceptionnel.

P.J : Annexes A1, A2, B, C

L'objectif de la présente instruction est de définir les principales mesures de prévention et de prise en charge du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), d'identifier les moyens humains et matériels et de mettre en place un dispositif organisationnel fondé sur les connaissances et les techniques actuellement admises dans le domaine.

Conduite à tenir en cas de suspicion d'un SRAS

1-1- Au cours de vols aériens :

Si pendant un vol, un cas suspect est dépisté, c'est à dire un passager qui a séjourné dans un pays classé à haut risque par l'organisation Mondiale de la Santé (Chine, Hongkong, Taiwan, Hanoi et Canada) ou bien ayant été en contact d'un malade de SRAS et qui présente des signes cliniques évocateurs de SRAS, il convient prendre les mesures suivantes :

Le commandant de bord informe le responsable de l'aéroport de destination, du cas suspecté, lequel communique l'information au service du contrôle sanitaire aux frontières.

Le service du contrôle sanitaire aux frontières alerte le service de maladies infectieuses désigné pour prendre en charge le malade (Annexe A1) et informe le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière de la suspicion du cas (Annexe A2).

Faire mettre un masque au passager signalé, ce masque devra être changé toute les trois heures ou autant de fois que nécessaire (c'est à dire chaque fois que le masque est visiblement mouillé).

Demander au personnel de bord s'occupant de ce passager de mettre un masque de protection respiratoire et une paire de gants en vinyle jetables.

Utiliser une solution hydro alcoolique (en flacon individuel) pour réaliser une friction désinfectante des mains avant et après tout contact avec le passager.

Recommander de faire porter aux autres passagers un masque de protection respiratoire.

Recueillir les déchets ou tout objet (masques, mouchoirs...) qui auraient pu être en contact rapproché avec ce passager, dans des sacs en plastique hermétiquement fermés destinés à l'incinération dès que possible.

Seule l'équipe médicale du service de contrôle sanitaire aux frontières munie de masque de protection respiratoire est autorisée à se rapprocher du passager signalé qui devra être débarqué en dernier.

Au cours de l'évacuation du passager, le personnel en contact avec le cas suspect doit obligatoirement porter le masque de protection respiratoire.

La manipulation des bagages en soute doit se faire avec des gants.

Nettoyer puis désinfecter l'ensemble des surfaces des toilettes notamment les robinets et les poignées.

De la médecine du travail du secteur sanitaire :

De sensibiliser les travailleurs dont le séjour date de moins de 10 jours de se présenter à la consultation en cas d'apparition de symptômes suspects.

Faire mettre un masque au malade en cas de suspicion de maladie.

D'informer le service de référence des maladies infectieuses pour l'hospitalisation et le SAMU ou la protection civile pour l'évacuation.

Transfert sanitaire du lieu de dépistage à l'hôpital

2-1- Protection de l'équipe

L'objectif est de ne pas rentrer en contact avec les sécrétions respiratoires et les liquides organiques. A cet égard, le chauffeur ne doit pas revêtir une tenue spécifique, sauf en cas d'intervention impérative auprès du patient.

L'équipe au contact du patient doit se munir de :

Masque de protection de type respiratoire

Lunettes individuelles de protection

Une paire de gants à usage unique .Une deuxième paire doit être mise par le personnel soignant lors des actes directs au patient et renouvelée à chaque activité.

Port de sur blouse à usage unique en cas de contact avec le patient.

Tenue de patient :

Masque chirurgical

Sur blouse à usage unique.

2-2- Protection du matériel et du véhicule :

Doubler les sacs poubelles pour les déchets et les déjections liquides. Retourner les bords vers l'extérieur pour le remplissage.

Utiliser exclusivement du linge à usage unique (équipement individuel, draps et couverture aluminium – type couvertures de survie- change et allées) qui sera incinéré.

Préparer le matériel en quantité suffisante avant de prendre en charge le malade pour éviter la contamination de l'environnement et des surfaces au cours du transfert. Retirer du véhicule tout ce qui n'est pas indispensable pour le transport de ce malade.

Protéger le matériel non utilisé pour le patient , qu'il soit fixé ou non à la paroi de l'ambulance (notamment le respirateur avec des couvertures en aluminium (type couverture de survie).

3-2-3- Transport

Pas de prélèvement biologique au cours du transport.

Le chauffeur évite si possible le contact avec le malade et reste au volant.

L'infirmier ou l'autre ambulancier reste dans la cellule sanitaire pendant le transport et jusqu'au retour à la base pour éviter la contamination de la cabine Celle-ci sera quand même nettoyée et désinfectée au retour à la base.

3-2-4- Dans le service receveur

Après avoir transféré le patient, les personnels chargés des soins mettent les protections utilisées dans le véhicule dans le contenant à déchets puis ferment ce dernier. Ils les placent dans un conteneur rigide mis à disposition dans l'unité des soins recevant le patient, ainsi que leur tenue de protection. L'ensemble suivra la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).

Il est ensuite procédé à une pulvérisation de spray détergent désinfectant à l'intérieur du véhicule.

3-2-5- A la base

Ne pas rentrer l'ambulance dans le garage

Mettre une paire de gants à usage unique.

Mettre un tablier plastique à usage unique.

Nettoyer puis désinfecter avec produit détergent- désinfectant (2applications successives) l'ensemble des surfaces intérieures et l'extérieur des poignées.

N présence de souillures biologiques visibles, réaliser ensuite une désinfection à l'eau de javel fraîchement diluée au 1/10^{ème}

NB : Le produit détergent – désinfectant peut varier selon les habitudes ou les pratiques locales.

3-2-6- Déchets

Tous les déchets seront évacués par le circuit des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) de l'établissement qui reçoit le patient pour incinération.

3- Prise en charge médicale d'un cas de SARS (Annexe C)

3-1 Mesures d'isolement

3-1-1- Locaux d'isolement

Isolement en chambre individuelle, en pression négative de préférence avec un renouvellement d'air.

La porte est maintenue fermée

En l'absence de chambres individuelles disponibles, on peut regrouper des cas probables dans une même chambre.

S'il existe un système de climatisation l'éteindre (soit au niveau de la chambre si climatisation individuelle, soit au niveau central). La chambre doit être ventilée par une ouverture régulière des fenêtres, en maintenant la porte fermée.

3-1-2- Matériels

Les dispositifs médicaux (Annexe B) doivent être à usage unique ou réservés exclusivement au patient par ex : garrot, stéthoscope...) si de tels dispositifs n'existent pas à usage unique.

En l'absence de disponibilité de tels dispositifs individualisés, les dispositifs médicaux réutilisables doivent être nettoyés, puis stérilisés ou désinfectés entre deux patients, selon le niveau de traitement requis par ces dispositifs.

L'usage prioritaire de matériel de sécurité pour tous les prélèvements et actes à risque d'accident avec exposition au sang est rappelé.

Les dispositifs médicaux à usage unique introduits dans la chambre du patient, mais non utilisés, seront éliminés tels quels par incinération.

3-1-3- Tenue du Personnel

Pour toute personne entrant dans la chambre, quelque soit le motif, porter obligatoirement une tenue de protection, composée de :

Port de blouse à usage unique en cas de contact avec le patient, ou avec les surfaces ou matériels pouvant être en contaminés, ou en cas de risque de projection de liquides biologiques.

Masque de protection de type respiratoire, avant l'entrée dans la chambre.

Lunettes individuelles de protection systématiques.

Une paire de gants à usage unique avant d'entrer dans la chambre. Une deuxième paire doit être mise par le personnel soignant lors d'actes directs au patient. Cette deuxième paire doit être renouvelée à chaque activité.

A la sortie de la chambre

La blouse, puis la deuxième paire de gants sont ôtées avant de sortir.

A l'extérieur de la chambre, le masque, puis la paire de gants restant sont ôtés.

3-1-4- Hygiène des mains après sortie de la chambre

Lavage des mains après avoir ôter le masque et les gants.

Lavage soigneux avec un savon antiseptique ou désinfection par friction avec une solution hydro-alcoolique, en l'absence impérative de souillures visibles ou de poudre (gants) sur les mains.

3-1-5- Lingerie

Utiliser exclusivement du linge à usage unique (équipement individuel, draps et couvertures aluminium type couverture de survie-changes et alèzes) qui sera conditionné dans la chambre en évitant tout mouvement intempestif à risque d'aérosolisation des sécrétions puis incinéré.

3-1-6- Vaisselle

Traitement habituel.

3-1-7- Entretien des locaux

Nettoyage – désinfection quotidienne des surfaces selon protocoles usuels.

En application des précautions standards, un nettoyage suivi d'une désinfection à l'eau de javel diluée à 1/10ème doit être immédiatement réalisé en cas de souillure biologique visible.

3-1-8- Déchets

Le tri et le conditionnement des déchets s'effectuent dans la chambre.

Utiliser des contenants adaptés à la filière des DASRI (déchets d'activité de soins à risque infectieux) pour les déchets et les déjections.

Tous les déchets doivent être éliminés par la filière des paramètres.

Les patients convalescents devront être suivis et prendre leur température 2 fois par jours pendant 7 jours. En cas de repris de fièvre (38°C), ils devront être hospitalisés à nouveau. Pendant cette période de 7 jours, ils doivent rester à domicile et limiter leur contact avec autrui au minimum. Une consultation de contrôle est recommandée au bout d'une semaine pour contrôle de la radiologie pulmonaire. Cette période de 7 jours de suivi et d'isolement à domicile pourra être prolongée selon les résultats de la radiographie pulmonaire à 7 jours.

Le clinicien peut décider de revoir le patient plus tôt s'il le juge nécessaire. Le patient est revu jusqu'à la normalisation de sa radiographie pulmonaire et le retour de son état de santé à la normale.

Durant cette période le patient doit rester chez lui et avoir un minimum de contact. Il doit être informé sur la nécessité de contacter le service si son état s'aggrave et si d'autres symptômes se développent.

X

Annexes

Annexe A1

Annexe A2

Annexe B

Annexe C

Annexe A 1

Coordonnées des services de maladies infectieuses des hôpitaux référents

ALGER Monsieur le Pr Amrane Monsieur le Pr Dif Monsieur le Pr Kaid Service des maladies infectieuses EHS El Hadi Flici, El Kettar Tel : 021.96.41.24/ 021.96.29.94 Fax : 021.96.48.77	TLEMCEM Madame le Pr Benchouk Service des maladies infectieuses CHU de Tlemcen Tel : 043.27.17.69 Fax : 043.27.12.32
CONSTANTINE Monsieur le Pr Aouati Monsieur le Pr Oubira Service des maladies infectieuses CHU DE Constantine Tel : 031.94.03.32/031.62.11.97 Fax : 031.94.03.32	TIZIOUZOU Monsieur le Pr Berkane Service des maladies infectieuses CHU DE TIZI OUZOU Tel : 026.21.13.16 Fax 026.21.71.04
ANNABA Monsieur le Pr Laouar Service des maladies infectieuses CHU : de Annaba Tel : 038.88.19.07 Fax : 038.86.66.85	BATNA Madame le Pr Tebbal Service des maladies infectieuses CHU de Batna Tel : 033.86.00.00 Fax 033.86.40.00
ORAN Monsieur le Pr Bellal Service des maladies infectieuses CHU d'Oran Tel : 041.41.22.83 Fax : 041.41.34.14	BLIDA Monsieur le Dr Mansouri Service des maladies infectieuses Secteur sanitaire de Boufarik Tel : 025.47.14.10 Fax : 025.47.14.11
SETIF Monsieur le Pr Lacheheb Service des maladies infectieuses CHU Tel : 036.92.23.13 Fax : 036.92.23.13	SIDI BELABBES Monsieur le Dr Merad Service des maladies infectieuses CHU Tel : 048.56.49.92 Fax : 048.54.42.89

Annexe A2

Coordonnées des Responsables à contacter au Ministère

Cabinet Monsieur le Chef de Cabinet Tel : 021.27.87.66 021.27.92.11 021.27.96.78 fax : 021.27.96.41	Direction de la Prévention Monsieur le Directeur de la Prévention Tel : 021.27.98.03 021.27.93.34 021.27.76.79 021.27.98.15 fax 021.27.97.64 021.27.93.34
Secrétaire Général Mme la Secrétaire générale Tel : 021.27.99.80 021.27.96.80 021.27.98.53 fax 021.27.91.94	Direction des Services de Santé Monsieur le Directeur des services de santé Tel : 021.27.96.84 021.27.97.88 fax : 021.79.96.90

Annexe B
Fiche technique

Dispositifs médicaux pour la prise en charge des cas suspects de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

1. Tenue de protection du personnel susceptible d'entrer en contact avec un cas suspect de SRAS :

Blouse à usage unique
Masque de protection de type respiratoire
Lunette individuelle de protection
Paire de gants
Sur blouse à usage unique
Sur chaussure.

2. Tenue du patient

Masque chirurgical
Sur blouse à usage unique

3. Autres matériels

Couverture en aluminium (type couverture de survie) pour le transport sanitaire du malade.
Drap à usage unique
Détergent / désinfectant
Sac à déchets.

Annexe C

Fiche technique

Prise en charge médicale d'un cas de SRAS

2.1- Prise en charge par le service de maladies infectieuses (ou en cas échéant de pneumo phtisiologie ou de médecine interne).

Placer le patient dans un secteur protégé du service appelée zone A, situé au fond du service

Réaliser un premier SAS appelée zone intermédiaire

Le personnel doit observer les consignes suivantes :

- Dans la zone intermédiaire, le personnel revêt en respectant cet ordre : le masque, la sur blouse, la charlotte, les sur chaussures, la première paire de gant.

- Avant d'entrer dans le SARS de la zone A, le personnel revêt en plus en respectant cet ordre, la deuxième blouse, les lunettes de protection et la deuxième paire de gant.

- En sortant de la chambre :

- Dans le SAS : Déposer dans le sac jaune e respectant cet ordre : les sur chaussures, les gants, la sur blouse, les lunettes seront immergées immédiatement dans la solution DD.

* Dans la zone intermédiaire : Retirer en respectant cet ordre; le masque, les gants et la sur blouse.

Les seules personnes autorisées à entrer dans la chambre sont : le médecin, l'infirmière et l'aide soignante.

L'entretien de la chambre est assuré par l'aide soignante avec du matériel UU.

Le matériel est incinérée sinon désinfecté avec détergent

Conditions de prélèvements et d'analyse

Le personnel médical assure sa protection pour réaliser le prélèvement et l'examen clinique avec le port d'un masque, de lunettes et de gants jetables.

Le laboratoire doit être prévenue de la présence de prélèvements provenant de cas suspect ou probable de SRAS et de veiller à la stricte application des précautions standard.

Prélèvements sanguins : prélever deux tubes secs de sang et les placer dans un conteneur hermétique.

Prélèvements naso-pharyngés : A faire après les résultats de la numération formule sanguine. Il doit être fait avec un kit de prélèvement de virus respiratoire (voir avec IPA d'Alger).

Après prélèvement ; éliminer le matériel partiellement contaminant dans les récipients prévus à cet effet, en enlevant dans l'ordre suivant le masque, les gants (les mettre dans le conteneur) et les lunettes.

Laver les mains et les lunettes avec du savon.

Radiographie au lit d'un malade suspect d'un SARS

Respecter les mêmes procédures d'entrée, complétée par les mesures suivantes : trois sacs plastiques pour la cassette avant d'entrée en réanimation.

Après la réalisation du cliché.

Dans le SAS : ôter un gant, puis avec la main qui contient le gant propre, saisir la cassette avec l'emballage propre, ensuite déposer le deuxième gant et la sur blouse dans le sac à ordure.

En dehors du SAS .Enlever les lunettes de protection, les tremper dans la solution DD, le masque, la charlotte, la protection de la plaque, les sur chaussures, les gants et la sur blouse et nettoyer la cassette.

A la sortie du service : enlever le masque canard

Au retour dans le service de radiologie et avant le développement du film pulvériser le DD, sur la cassette et laisser agir 15 mn.

Après le développement, réemballer la cassette (la même) à l'aide de trois protections plastifiées.

Hygiène des mains

Lavage classique, plus solution antiseptique

2- Par le service de réanimation

Placer la personne dans un secteur protégé du service appelée Zone A, dans une chambre avec SAS.

Le personnel doit observer les consignes suivantes :

Avant d'entrer dan la zone A : Mettre le masque canard.

Une fois dans la zone A : Mettre la première sur blouse, la charlotte, le masque, les sur chaussures, la première paire de gant.

Dans le SAS, avant d'entrer dans la chambre : mettre la deuxième sur blouse, les lunettes de protection, la deuxième paire de gant.

En sortant de la chambre

Dans le SAS : Déposer dans le sac jaune, la première paire de gant et la sur blouse.

Fiche Technique

A propos de la Grippe Aviaire

La grippe aviaire ou grippe du poulet, est une maladie infectieuse virale qui touche la volaille: poulet, dinde..., les oiseaux de compagnie: perroquet, perruche, canari....., les oiseaux sauvages, les chevaux et les porcs.

Elle sévit actuellement dans certains pays d'Asie:

Vietnam Thaïlande, Corée du Sud, Japon, Taiwan, Cambodge, Indonésie, Laos, Pakistan, Hong Kong, Chine.

Elle se transmet à l'homme très rarement, après un contact étroit, répété et prolongé avec les déjections et les sécrétions respiratoires d'animaux infectés vivants ou morts.

Les personnes les plus touchées sont le personnel de santé.

Les voyageurs qui se rendent dans les régions du monde touchées, doivent suivre scrupuleusement ses conseils:

- Eviter tout contact avec des volailles ou volatiles, vivants ou morts et notamment leurs déjections.
- Eviter les emplacements où se concentrent volailles et volatils; marchés, lieux d'élevages.
- Eviter la consommation de produits alimentaires dérivés de la volaille, crus ou peu cuits.
- Se laver les mains régulièrement.
- Respect strict de l'interdiction d'introduire tout type de volatiles de compagnie: perroquet, canari perruche.... , et produits dérivés:

Préparations culinaires, dans notre pays.

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

A
DSP TOUS

OBJET : VACCINATION ANTI GRIPPALE SAISONNIERE
TEXTE N°733

DEVANT LA CRAINTE DE LA MENACE D'UNE PANDEMIE DE GRIPPE HUMAINE D'ORIGINE AVIAIRE. UN PLAN NATIONAL INTERSECTORIEL DE LUTTE CONTRE CETTE MENACE EST EN COURS D'ELABORATION AU NIVEAU DE LA DIRECTION DE LA PREVENTION PARMIS LES ACTIONS A ENTREPRENDRE DANS CE DISPOSITIF DE LUTTE. LA VACCINATION ANTI GRIPPALE SAISONNIERE EST LA PLUS URGENTE. POUR CELA, JE VOUS DEMANDE DE ME TRANSMETTRE DANS LES MEILLEURS DELAIS ET CE POUR PERMETTRE D'EVALUER LE COUT DE CETTE OPERATION :

- LE NOMBRE DE PERSONNES AGEES DE PLUS DE 65 ANS DE VOTRE WILAYA
- LE NOMBRE DE PERSONNES SOUFFRANT DES PATHOLOGIES SUIVANTES :
 - DIABETE INSULINO DEPENDANT OU NON INSULINO DEPENDANT NE POUVANT ETRE EQUILIBRE PAR LE SEUL REGIME (DIABETE DE TYPE I ET DE TYPE II)
- INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE QUELLE QUE SOIT LA CAUSE
 - ASTHME PERSISTANT
 - ACCIDENT VASCULAIRE CERBRAL INVALIDANT
 - NEPHROPATHIE CHRONIQUE GRAVE ET SYNDROME NEPHROTIQUE PRIMITIF
 - FORMES GRAVES D'UNE AFFECTION NEUROMUSCULAIRE (DONT LA MYOPATHIE)
 - MUCOVISCIDOSE
- INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE, TROUBLES GRAVES DU RYTHME, CARDIOPATHIE VALVULAIRES GRAVES, CARDIOPATHIES CONGENITALES GRAVES.
- DEFICIT IMMUNITAIRE PRIMITIF GRAVE NECISSITANT UN TRAITEMENT PROLONGE,
- INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (SIDA)
- DREPANOCYTOSE HOMOZYGOTE
- AUTRES AFFECTIONS CHRONIQUES : HEPATOPATHIES D'ORIGINE VIRALE.....

URGENCE SIGNALEE
CORDIALES SALUTATIONS

STOP ET FIN
SIGNE PR. F. BELATECHE

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

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

DIRECTION DE LA PREVENTION
SOUS DIRECTION DES ACTIVITES DE SANTE DE PROXIMITE

CIRCULAIRE n°319 MSPRH / DP /SDASP du 25 mars 2 004

- Mes dames et Messieurs les DSP (tous) Pour exécution
- Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires (tous) Pour exécution
- Monsieur le directeur du secteur sanitaire de l'EHS Pour execution
El Hadi Flici (ex El Kettar)

Objet : Fiche technique relative à la prise en charge des cas d'envenimation scorpionique

L'envenimation scorpionique demeure dans notre pays une préoccupation majeure pour les services de santé. Avec 50 000 piqûres par année et pas moins de 100 décès, cette pathologie mobilise constamment le personnel médical, paramédical et auxiliaire des services sanitaires.

A l'effet de faciliter la prise en charge thérapeutique des piqûres par scorpions a travers le territoire national, le comité national de lutte contre l'envenimation scorpionique s'est fixé entre autres objectifs, la standardisation de cette prise en charge afin de diminuer le taux de létalité.

Cette standardisation ne signifie pas forcément consensus thérapeutique du fait des spécificités locales et régionales de personnes et d'environnement qui font qu'il y ait plusieurs méthodes de prise en charge.

Celle que nous vous proposons dans cette fiche technique réconcilie nos objectifs en prenant en compte les expériences vécues sur le terrain par l'ensemble des personnes qui ont collaboré à la synthèse de cette dernière.

Nous espérons que cette fiche technique contribuerait à lever toute équivoque ayant trait à la conduite pratique devant un piqué par scorpion.

J'attache la plus grande importance à la mise en œuvre des directives technique de cette instruction en vous demandant de me faire parvenir toutes vos suggestions, remarques ainsi que les difficultés que vous avez rencontrées pour la mettre en œuvre.

Le Directeur de la Prévention

Dr M.EL .KELLOU

FICHE TECHNIQUE 1

1 -ELEMENT D'EVALUATION D'UNE PIQURE DE SCORPION :

1-1 Considérations épidémiologiques :

La classification des wilayas concernées en quatre (04) zones à risque létal différent, proposée lors du consensus thérapeutique de 1999 a connu un léger changement en rapport avec l'évolution de la situation épidémiologique; C'est ainsi que quelques wilayas sont passées de zones de très forte létalité moyenne.

ZONES ROUGES LETALITE +++	ZONES ORANGES LETALITE ++	ZONES BLEUES LETALITE +	ZONES VERTES LETALITE 0
OUARGLA DJELFA EL-BAYADH BISKRA NAAMA EL OUED M'SILA	ADRAR LAGHOUAT GHARDAIA BATNA BECHAR TEBESSA MEDEA TINDOUF TISSEMSILT ILIZI TIARET TAMANRASSET	SAIDA KHENCHLA BOUIRA B.B.ARRERIDJ	BEJAIA GUELMA MILA AIN DEFLA TLEMEN

1-2 -Elément d'évaluation

A – L'ESPECE :

ANDROCTONUS AUSTRALIS

Le plus dangereux.

Espèce de grande taille, pouvant atteindre jusqu'à 10 cm.

Teinte brune avec des parties du corps (dos –pinces) souvent noires.

Queue épaisse jusqu'au 4^{ème} anneau

Possède 06 toxines redoutables.

BUTHUS OCCITANUS

Peut-être dangereux.

Taille moyenne de 4 à 7 cm

Teinte claire, jaune uniforme de la tête à la queue.

La queue est grêle.

Possède 13 toxines identifiées à ce jour.

B – LES AUTRES ELEMENTS :

- L'âge du malade :

L'adulte jeune est le plus touché par les piqûres, mais nous retrouvons les taux de létalité plus importants aux âges extrêmes.

La taille du scorpion :

La quantité de venin inoculée peut-être proportionnelle à la taille du scorpion ; Elle varie d'une piqûre blanche jusqu'à l'injection de la totalité de la bourse du venin.

- Le siège anatomique de la piqûre :

Les membres sont plus fréquemment touchés, mais la piqûre est plus dangereuse dans les régions vascularisées.

- Les tares associées :

Interviennent également dans l'évaluation.

- La saison :

La période chaude est la plus redoutable, sans oublier que dans certaines wilayas les cas de piqûres sont enregistrés le long de l'année.

Les vents de sable constituent également des facteurs de risque.

- L'heure de la piqûre :

Le plus fort aux taux de piqûres est enregistré le soir.

FICHE TECHNIQUE 2

1- TABLEAU CLINIQUE :

Sur le plan clinique, la classification est la suivante.

CLASSE 1

Signes locaux :

- Douleur d'intensité variable au point de piqure
- Fourmillements.
- Paresthésies ou brûlures pouvant s'accompagner d'un engourdissement qui peut-être déclenché par la percussion ou le toucher (Tap test +).

CLASSE 2

Aux signes locaux qui peuvent être plus marqués s'ajoutent des signes généraux signant un dérèglement neurovégétatif avec un ou plusieurs signes pouvant être Rattachés à l'un des syndromes que peut réaliser l'envenimation scorpionique (Voir Annexe).

CLASSE 3

Signes généraux majorés avec défaillance d'une ou de plusieurs fonctions vitales.

- Troubles respiratoires :

L'insuffisance respiratoire aiguë fait la gravité du tableau initial.

Elle associe polypnée, cyanose avec des signes de lutte : tirage, battement des ailes du nez, mousse aux lèvres et râles crépitants.

Le téléthorax montre fréquemment des signes d'OAP.

Il est admis que l'OAP est d'origine cardiogénique.

Et /Ou

- Troubles cardio-vasculaires :

Hypertension artérielle est rarement constatée chez nos malades piqués ; on peut Observer à la suite d'une poussée d'HTA une phase d'hypotension artérielle.

Tous les troubles du rythme peuvent être retrouvés : Tachycardie, bradycardie, fibrillation auriculaire ou ventriculaire, BAVetc.

Et /Ou

- Troubles neurologiques centraux :

Les manifestations centrales observées sont :

Les myoclonies

L'agitation

Les fasciculations

Les crampes musculaires

Les troubles de la conscience

Le priapisme

Les convulsions plus fréquentes chez l'enfant

La dysrégulation thermique

L'atteinte oculaire rare

Le coma

2- FACTEURS PREDICTIFS D'AGGRAVATION :

Dans l'évaluation des acteurs prédictifs, certaine manifestation doivent être considérées comme annonciatrices d'aggravation :

L'hyperthermie

La bradycardie

Le priapisme

L'hyperglycémie > 2 g / l

Les troubles des fonctions vitales.

Ces derniers seront d'autant plus pris en considération que d'autres facteurs peuvent s'y ajouter :

Les signes neurologiques sévères

L'espèce et la taille des scorpions

L'âge du piqué

Le siège anatomique d'inoculation

Le délai de prise en charge

Les tares associées.

ANNEXE

SYNDROMES POUVANT-ETRE INDUIT PAR
L'ENVENIMATION SCORPIONIQUE :

Syndrome cholinergique (para sympathique) :

- Hypersécrétion
- Priapisme
- Diarrhée
- Bradycardie
- hypotension artérielle

Syndrome adrénérgique (Sympathique) :

- Tachycardie
- Hyper sudation
- Hypertension artérielle
- Froideur des extrémités

Syndrome neurologique central :

- Hypertension intracrânienne
- Irritabilité
- Agitation
- Dysrégulation thermique
- Nausées
- Vomissements.

FICHE TECHNIQUE 3

A / PRINCIPE : La conduite a tenir :

- Doit tenir compte de la région géographique concernée :
- Classification des zones en fonction du taux de létalité.
- Doit éviter les gestes inutiles et / ou dangereux scientifiquement non validés :
- La succion (inutile).
- La contention du membre atteint.
- La scarification.
- La pose de garrot (expose aux dangers de l'ischémie sans faire barrage au venin).
- L'infiltration locale d'analgésiques.
- L'application de la pierre noire.
- L'utilisation de gaz (c'est le froid engendré qui calme la douleur).
- La désinfection.
- L'antibiothérapie (non justifiée en dehors de l'apparition de complications infectieuses).
- L'administration de sérum antitétanique.

B / CONDUITE PRATIQUE :

CLASSE 1

* La mise en observation :

- Garder le malade en observation 4 à 6 heures, l'absence de symptomatologie inquiétante justifiant sa sortie.

* La sérothérapie :

- SERUM Anti-Scorpionique : 1 ampoule en IM

NB : S'abstenir d'administrer le sérum anti-scorpionique aux piqués qui arrivent après 06 heures s'ils ne présentent aucun signe clinique.

* La thérapeutique adjuvante :

- Aspegic : Peut-être prescrit comme antalgique, anti-inflammatoire et antipyrétique aux doses thérapeutiques.

* 0.5 à 1 g à renouveler toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 4g chez le jeune et 2 g chez le vieillard.

- Hemisuccinate d'Hydrocortisone : Peut-être administrée à raison de 5 à 10 mg / kg par 24 heures en IVD.

CLASSE 2

- Une hospitalisation de 24 heures minimum est recommandée.

- La réanimation est en rapport avec la symptomatologie observée.

* La sérothérapie :

Du point de vue scientifique, la voie IV serait la plus efficace.

Compte tenu de la pratique sur le terrain, la voie IV est réservée aux situations potentiellement graves.

- Serum Anti-Scorpionique : 1 ampoule par voie IM profonde à renouveler toutes les 03 heures si pas d'évolution clinique favorable .

Au-delà de 12 heures, l'administration de SAS n'est plus justifiée.

CLASSE 3

* la sérothérapie : est utilisée en raison de la relibération de toxines

- Serum anti- scorpionique : 1 ampoule par voie IM profonde à renouveler toutes les 03 heures si pas d'évolution clinique favorable.

Au-delà de 12 heures, l'administration de SAS n'est plus justifiée.

* La réanimation : ne peut se concevoir que dans un service de soins intensifs disposant d'équipements adéquats :

- Unité d'urgences
- Ou salle de réveil de chirurgie

Et pouvant assurer :

- Liberté des voies aériennes supérieures (Aspiration, Intubation)
- Ventilation assistée correcte pouvant assurer une oxygénation adéquate.
- Intubation trachéale.

Compte tenu de la spécificité clinique de l'envenimation scorpionique observée en Algérie, la situation la plus fréquente est :

- L'OAP qui est d'origine cardiogénique
- Et / ou l'état de choc.

La drogue la plus efficace est :

- LE DOBUTAMINE (Dobutrex) : Utilisé en cas de défaillance cardiaque avec un remplissage vasculaire prudent et une oxygénation.

Le dobutrex est utilisé à raison de 10 à 15 gamma / kg /mn.

Exemple : Personne de 70 kg :

10 gamma /70 kg /1440 mn (soit 24 heures).

$10 \times 70 \times 1440 = 1008\ 000 \text{ gamma} = 1008 \text{ mg}$

Si une amp = 250 mg le malade doit recevoir

4 amp / 24 heures.

Après amélioration clinique, l'arrêt du dobutrex doit être progressif.

NB : La voie IV est réservée aux sérums auto logues (d'origine humaine)

Avec une condition monovalente ; Le sérum anti-scorpionique présente sous forme unidose actuellement sur notre marché est par contre hétérologue (du cheval) et polyvalent. Il ne peut alors être administré par cette voie.

* Les autres thérapeutiques : en cas de besoin.

- En cas de vomissements : utiliser du PRIMPERAN
- En cas de fièvre, L'ASPEGIC comme antipyrétique est utilisé aux doses thérapeutiques.
- Les ANTISPASMODIQUES et ANTIHISTAMINIQUES : peuvent être utilisés.
- En cas d'agitation, le LARGACTIL est prescrit aux doses usuelles :
- Adulte : 1 amp en perfusion ou en IVD à renouveler plusieurs fois par jour si nécessaire.
- Enfant : - Moins de 05 ans : 1 mg / kg en 2 ou 3 prises
 - Plus de 05 ans : 1/3 de la dose de l'adulte.

* Les médicaments entraînant une dépression respiratoire comme le VALIUM ne peuvent être utilisés qu'en cas de nécessité et avec une surveillance rigoureuse.

- Le GARDENAL est très conseillé chez l'enfant toujours aux doses habituelles.

- Adulte : 1 à 2 ampoules à 200 mg / jour en S / C ou IM

- Enfant : 12 à 30 mois 10 à 20 mg / j
30 mois à 15 ans 20 à 40 mg selon l'âge.

- En cas de bradycardie, l'ATROPINE est utilisée :

- Adulte : 0.5 à 1 mg en IVD pouvant être renouvelé si nécessaire.

- Enfant : 0.25 mg à renouveler.

- L' HEMISUCCINATE D'HYDROCORTISONE : Peut être utilisé à raison de 5 à 10 mg / kg en IVD.

En cas d'hypertension artérielle, le LOXEN est l'anti-hypertenseur à utiliser mais avec prudence.

- Respecter l'HTA si elle modérée c à d jusqu'à 170 mm hg.

- Si TA > 170 mm hg : 0.5 à 1 mg de loxen en IVD lente à renouveler éventuellement.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

DIRECTION DE LA PREVENTION
Sous-Direction des Activités de Santé de Proximité

INSTRUCTION N° 326 MSPRH / DP / SDASP du 28 FEV 2005

- - Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des CHU
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des EHS
- Mesdames et Messieurs les DSP " Pour exécution "

OBJET : A/S Canevas d'évaluation des cas de piqûres et de décès par envenimation scorpionique

De part ses taux de mortalité et de morbidité annuels, l'envenimation scorpionique est un fléau national. L'amélioration de la connaissance de la situation épidémiologique est liée obligatoirement à l'utilisation de supports simples de déclaration.

Les premiers modèles de canevas ont été introduits et mis en application dès la création du comité national de lutte contre l'envenimation scorpionique;

Ce qui a permis d'une part aux responsables de santé locaux d'analyser leurs données et de prendre les mesures nécessaires pour la mise en œuvre de plans d'actions et d'autre part au comité national de mettre en place une stratégie de prise en charge globale de ce fléau.

Seulement, l'exploitation des données recueillies par le biais de ces derniers pour le traitement de l'information nous a permis de constater que ceux mis en place à ce jour ont montré leurs limites car la maîtrise de la situation épidémiologique actuelle exige de nous une amélioration du dispositif de déclaration surtout avec l'avènement de nouveaux logiciels informatiques.

A cet effet, nous avons tenu des séminaires-ateliers dans toutes les wilayas concernées par ce problème avec la participation des responsables de ce programme pour la correction et l'amélioration des canevas de déclaration.

A la suite de ces séminaires, de nouveaux supports ont été élaborés; Ces derniers répondant mieux à nos attentes. Ainsi, les nouvelles fiches scorpion **A** et **B** dont ci-joint les modèles seront remplies dans la structure sanitaire où le malade piqué est reçu et pris en charge.

La fiche enquête décès **C** sera remplie par le médecin ayant constaté le décès dans une structure hospitalière ou extra-hospitalière ou sur les lieux de travail ou d'habitat après déclaration de ce dernier.

La nouvelle fiche mensuelle **D** sera remplie au niveau du SEMEP et transmise à la Direction de la Santé de la Wilaya; A ce niveau là, une synthèse mensuelle sera réalisée et transcrite sur une fiche scorpion identique.

Cette fiche de l'envenimation scorpionique qui représente une synthèse des différents paramètres liés à l'envenimation scorpionique sera transmise mensuellement à la Direction de la Prévention du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, à l'INSP et aux ORS de la région sanitaire accompagnée des fiches enquêtes décès.

Le circuit de transmission de l'information des situations particulières (canicules, vent de sable, etc...) restera le même que celui adopté jusqu'à ce jour.

Les membres du comité restent à votre disposition pour tout éclaircissement utile.

Afin de nous permettre d'uniformiser la déclaration à travers tout le territoire national, ces nouvelles fiches de déclaration seront mises en application à partir du mois de janvier 2005 et vous seront retournées dans le cas où elles ne respecteront pas les orientations décrites ci-dessus.

J'attache beaucoup d'importance à l'application des directives de ces présentes fiches et encourage la prise de toute initiative pouvant améliorer les objectifs du programme de lutte contre l'envenimation scorpionique.

La Directrice de la Prévention

F. BELATECHE

FICHE DE SCORPION - A •

N°-----

- Année :
 - Wilaya : - Secteur Sanitaire

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance : /___/___/___/ (Préciser le jour, le mois et l'année)
 Sexe: M /___/ F /___/
 Profession :
 Adresse de résidence :
 - Commune : - Wilaya :
 Lieu de l'accident :

o Commune : - Rural : - Urbain :

o Intérieur de la maison : 1_1 - Extérieur de la maison : - Aire de jeu ;
 - Lieu de travail
 ou de scolarisation /___/
 - Autres : /___/

Date de l'accident : /___/___/___/ Heure de l'accident : /___/ H /___/
 Date du 1^{er} examen : /___/___/___/ (Préciser le jour, le mois et l'année)
 Heure du 1^{er} examen : /___/ H /___/ Min

Circonstances de survenue (Préciser l'activité du patient au moment de l'accident)

Antécédents pathologiques :
 Siège anatomique de la piqûre :
 Décision : - Mise en observation : Oui /___/___/ (Préciser date)
 /___/___/ (Préciser date)
 /___/___/ (Préciser date)

- Hospitalisation : Oui /___/
 - Evacuation : Oui /___/
 Si évacuation, préciser type : Médicalisée Oui 1_1

Classification :

	HO	HI	H2	H3	H4	H5	H6
Classe							

(H 0 au moment de l'arrivée)

Traitement : - Sérum Anti scorpionique : Oui 1—1 Non 1—1
 - Autres (Préciser) :

Avez-vous vu le scorpion : Oui Non

Devenir : - Guérison : Oui /___/___/1 (Préciser date)

- Décès : Oui /___/___/___/1 (Préciser date) / H / / Min
 H /___/ Min

- Si décès, prière remplir Fiche d'Enquête Décès - D –

- FICHE DE SCORPION - B -

N°.....

Fiche de surveillance clinique et thérapeutique

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance : / / / (Préciser le jour, le mois et l'année)
- Date de l'accident : / / /
- Heure de l'accident: / H / / Min

HEURE		H0	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H8	H10	H12	H16	H24
CLINIQUE	Douleur												
	Tachycardie												
	Hyper sudation												
	Hypertension Art												
	Froideur des extrémités												
	Hypotension Art												
	Priapisme												
	Diarrhée												
	Bradycardie												
	Vomissements												
	Râles crépitants												
	Arythmie												
	Etat de choc												
	Choc Cardiogénique												
	Agitation												
	Contracture												
	Convulsions												
	Coma												
Hyperthermie													
Glycémie													
CLASSE													
THERAPEU TIQUE	SAS												
	Atropine												
	Aspégic												
	Corticoïdes												
	Dobutrex												
	Loxen												
	Oxygénation masque												
	Ventilation												
	Autres (préciser)												
	*												
	*												

- Devenir : - Guérison: / / (Préciser date)
- Décès : / / / (Préciser date)
- / / H / / Min

- Si décès, prière remplir Fiche d'enquête décès - D -

**FICHE D'ENQUETE DECES
DE L'ENVENIMATION SCORPIONIQUE – C –**

N°.....

- Nom du médecin coordinateur de l'enquête :

- Année :

- Wilaya :

- Secteur Sanitaire :

- Nom :

- Prénom :

- Date de naissance : / / / (Préciser le jour, le mois et l'année)

- Sexe : M / / F / /

- Adresse de résidence :

- Commune

- Wilaya

- Type d'habitat : - Maison individuelle

- Immeuble

- Hab, précaire, bidonville

- Autres

- Lieu de l'accident : - Intérieur de l'habitation

- Extérieur de l'habitation

- Lieu de prise en charge initiale du piqué : - Salle de soins, centre de santé

- Polyclinique

- Hôpital

- Autres

- Si évacuation, préciser la structure :

- Siège anatomique de la piqûre :

- Lieu du décès : - Domicile :

- Structure de santé : Hop

USB

- Autres :

- Date du décès : / / / (Préciser le jour, le mois et l'année)

- Heure du décès : / / H / / Min

- Classification :

	H 0	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6	H 8	H 10	H 12	H 16	H 24
CLASSE												

(H 0 au moment de l'arrivée)

- Préciser la classification au moment du décès

**FICHE MENSUELLE
DE L'ENVENIMATION SCORPIONIQUE – D –**

WILAYA :

MOIS :

- Nombre de piqûres par tranches d'âge :

< 1 An		1 - 4 Ans		5 –14 Ans		15 – 49 Ans		> 50 Ans		Total		Total Général
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	

- Nombre de décès par tranches d'âge :

< 1 An		1 - 4 Ans		5 –14 Ans		15 – 49 Ans		> 50 Ans		Total		Total Général
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	

- Siège de la piqûre :

	Membre Sup		Membre Inf.		Tronc		Tête		Autres	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Nombre										

- Lieu de la piqûre :

	Intérieur de l'habitation		Extérieur de l'habitation	
	M	F	M	F
Nombre				

- Heure de la piqûre :

	0 – 5 H		6 – 11 H		12 – 17 H		18 – 23 H	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Nombre								

- Traitement administré :

(Nombre d'ampoules de SAS utilisées durant la période considérée)

- Observations :

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

Instruction Ministérielle N° 023 MSPRH / MIN du 18 Juin 2007

DESTINATAIRES

- MESSIEURS LES WALIS DE /

Adrar, Chlef, Laghouat, Batna, Béjaïa, Biskra, Béchar, Bouira, Tamanrasset, Tébessa, Tlemcen, Tiaret, Tizi-Ouzou, Djelfa, Sétif, Saida, Guelma, Médéa, M'sila, Mascara, Ouargla, El Bayadh, Illizi, Bordj Bou Arreredj, Tindouf, Tissemsilt, El Oued, Khenchla, Souk Ahras, Tipaza, Mila, Ain Defla, Naâma, Ghardaïa,.

- EN COMMUNICATION A MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS DE SANTE DE WILAYAS

OBJET : Prévention et lutte contre l'envenimation scorpionique

Les accidents d'envenimation scorpionique continuent à poser un problème de santé publique en Algérie. Les hauts plateaux et le sud de l'Algérie représentent les régions les plus exposées à cette pathologie.

Le nombre de malades piqués ayant nécessité une prise en charge en 2006 a été près de 50 000 cas avec 62 décès.

Les coûts des traitements de cas simples exigeant une mise en observation ou une hospitalisation de jour et une surveillance de quelques paramètres cliniques oscillent entre 2 000 et 3 000 DA par piqûre de scorpion.

Les cas sévères exigeant une hospitalisation et une réanimation ont des coûts qui dépassent les 1500 DA par jour.

Ces dépenses grèvent lourdement les budgets des secteurs sanitaires.

Le meilleur salut à apporter aux populations, c'est l'intégration effective de l'envenimation scorpionique dans un programme multisectoriel basé en premier lieu sur les collectivités locales.

La prévention reste la seule arme efficace et doit faire participer tous les secteurs concernés ; Autorités locales, protection civile, associations, services de santé et population des régions exposées à ce fléau.

Elle a pour but de diminuer l'incidence et la morbidité des piqûres de scorpions et consiste en un ensemble de précautions et d'actions qu'il est nécessaire de prendre avant la saison estivale, à savoir :

*** L'hygiène du milieu :**

Mise en œuvre de plans communaux de développement

- Goudronnage, électrification.
- Ramassage des ordures ménagères et des gravats.
- Respect des règles urbanistiques

Sensibilisation des agriculteurs sur le respect des moyens de protection individuelle (gants, bottes surtout).

L'utilisation des prédateurs, poules, hérissons, etc...

Le ramassage de scorpions :

-Promotion et développement du ramassage de scorpion dans le voisinage immédiat et à l'intérieur des habitations qui a un double intérêt.

- Il permet la réduction de la densité des scorpions
- il permet à l'institut Pasteur de fabriquer du sérum anti scorpionique

*** L'information, l'éducation et la communication**

Qui vise en premier lieu le changement de comportements à risque comme certaines croyances et traditions préjudiciables telles que l'utilisation de la pierre noire, du gaz butane, du garrot, de la succion, etc...

J'attache la plus haute importance à l'application des recommandations prescrites ainsi qu'au contrôle et au soutien aux efforts d'application

Le 21 Janvier 2007

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
عمار تو

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 antituberculeux 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-phtisiologie 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

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

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

Direction de la Prévention

CIRCULAIRE N°919 / MSPRH / DP / DU 05 / 08 / 2002

DESTINATAIRES :

MM. LES WALIS –CABINET	POUR INFORMATION
MM. LE DIRECTEURS 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'intention des chefs de services de pharmacie de clinique, des UCTMR (ex DAT) et des SEMEP

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 les maladies respiratoires, un nouveau régime thérapeutique et de nouvelles formulations de médicaments antituberculeux seront appliqués aux malades détectés à partir du premier septembre 2002.

LES NOUVELLES FORMULATIONS se présentent comme suit :

Une association quadruple : RHZE Rifampicine 150 mg + Isoniazide 75 mg + Pyrazinamide 400 mg + Ethambutol 275 mg (par comprimé).

Une association triple : RHZ, Rifampicine 150 mg + Isoniazide 75 mg + Pyrazinamide 400 mg (par comprimé).

Une association double : RH Rifampicine 150 mg + Isoniazide 75 mg (par comprimé)

LES REGIMES THERAPEUTIQUES DE L'ADULTE :

2.1 Les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire doivent recevoir des régimes de 1^{er} 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 doublé à un seul dosage RH 150 +75 remplace les anciennes combinaisons doubles (RH 300+ 150 et RH 150+ 100).

Il n'y a plus d'injection de streptomycine à faire pendant la phase initiale.

Tableau 1 : 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.

2.2- 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 / 1RHZE / 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 400 MG
30-37	0.50	2	2	1 ET ½
38-54	0.75	3	3	2
55-70	1*	4	4	3
71 et plus	1*	5	5	3

0.75 mg- 750 mg – chez les malades âgés de plus de 60 ans .

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.

2.3- 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, nécessaire à la prescription d'un régime de 3

Isoniazide cps 100 mg et 300 mg.

Rifampicine cps 150 mg et 300 mg

Pyrazinamide cps 400 mg

Ethambutol cps 400 mg 3^{ème} ligne, ne sont disponibles qu'au niveau des CHU .Ils sont prescrit et distribués sous la responsabilité du professeur chef du service spécialisé du CHU.

2.4- Cas particuliers

les enfants contacts de moins de 5 ans soumis à la chimioprophylaxie reçoivent Isoniazide seul, disponible sous forme de comprimé à 100 mg et à 300 mg.

les malades ayant présentés un effet secondaire majeur peuvent disposer de médicaments séparés :

Pour recevoir un régime de chimiothérapie adapté.

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

4.4- A compter de la deuxième quinzaine de Août 2002, la première commande des médicaments antituberculeux devra être pour 3 mois (septembre, octobre, novembre 2002) .Elle sera adapté 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 KELOU

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PREVENTION

CIRCULAIRE N°928 MSPRH/DP/ DU 07 AOUT 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)

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.

LES NOUVELLES FORMULATIONS d'antituberculeux en association à propositions fixes sont :

Une association triple : rifampicine-isoniazide – pyrazinamide à la dose de 60mg/30mg/150mg (RHZ pédiatrie)
RADP / MSPRH /SDPS / PNAT/ circulaire antituberculeux-enfant-2002

Une association double : rifampicine Isoniazide à la dose de 60mg/30mg (RHZ pédiatrie).

Dés que le poids le permet (30kg 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 1 indique la quantité de médicaments (combinés ou séparés) à prescrire selon le poids des enfants.

Tableau 1 : La prescription des médicaments antituberculeux chez l'enfant pour les traitements quotidiens.

Poids de l'enfant en kg	Phase Initiale (2 mois)			Phase d'entretien (4 mois)
	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 traités par le régime 2SRHZ/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.

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 pédiatrique 60/30/150	4 cp x 60 jours x 10 enfants = 2400 cp
RH pédiatrique 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.

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 ave ictère ; l'enfant sera transféré vers le service de pédiatrie du CHU le plus proche pour adaptation du traitement.

REMARQUE :

Il demeure entendu qu 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 PREVENTION
Dr M. K. KELLOU

SCHEMA DE TRAITEMENT DES BRUCELLOSES HUMAINES

BRUCELOSE SEPTICEMIQUE AIGUE :

Appliquer l'un schéma suivant par ordre de préférence.

Premier Schéma :

Rifampicine : 990 mg/ jour en 1 seule prise.

Doxycycline : 200 mg/ jour en 1 seule prise.

Si Doxycycline non disponible: utiliser Oxytétracycline à la posologie de 21 g/ jour en 4 prises.

Durée du traitement : 06 semaines.

Deuxième Schéma : (au cas où Rifampicine non disponible)

Doxycycline : 200 mg/jour en Oxytétracycline 2 g/ jour,

Gentamycine : 80 mg x 2mg / jour en I.M

Durée du traitement : - Doxycycline en Oxytétracycline: 06 semaines

- Gentamycine 06 semaines

Troisième Schéma : (au cas où Doxycycline en Oxytétracycline non disponible)

Rifampicine: 900 mg/jour en une seule prise, durée: 06 semaines

Gentamycine: 80mg x 2/ jour en I.M. durée: 03 semaines

N.B/ Les Schémas 1,2 et 3 ne sont pas valables chez la femme enceinte et l'enfant d'âge inférieur ou égal à 6 ans.

Cas particuliers :

Enfants d'âge compris entre 7 et 15 ans (appliquer l'un des 3 schémas):

Utiliser les antibiotiques à la posologie suivante:

- Rifampicine: 25 mg/kg/jour en une seule prise.

- Doxycycline: 5mg/ kg/ jour en une seule prise

- Oxytétracycline: 50mg/ kg /jour en 04 prises.

- Gentamycine: en I.M. : 2 à 3 mg/ kg/ jour en deux injections

b. Enfants d'âge égal ou inférieur à 6 ans :

Rifampicine : 25mg /kg / jour en une seule prise.

Amoxicilline : 50mf/kg/ jour en 04 prises.

Durée : 06 semaines.

C. Femmes enceintes :

Rifampicine : 900 mg/jour en une seule prise.

Amoxicilline : 2g/ jour en 04 prises

Durée : 06 semaines.

BRUCELLOSES FOCALISEES /

Appliquer le même schéma thérapeutique mais pendant une durée plus prolongée;

Localisation ostéo-articulaire : 03 mois au minimum

Localisation neuro-méningée : 06 mois au minimum

La durée du traitement par la Gentamycine ne doit pas dépasser trois semaines dans tous les cas.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Direction de la prévention

Conjonctivite aigue

DEFINITION

La conjonctivite aigue correspond à l'inflammation de la muqueuse conjonctivale, très vascularisée, recouvrant la sclère et la face postérieure des paupières, c'est une affection extrêmement fréquente.

Dans la majorité des cas elle est bénigne sauf pour le trachome qui demeure encore à l'origine d'un grand nombre de cécité.

LE DEGRE D'URGENCE

Le médecin généraliste prend en charge une conjonctivite aux conditions suivantes :

- Symptomatologie récente (moins de 48 heures)
- Absence de (triade de gravité, voir messages)
- Sécrétions non purulentes.

Dans le cas contraire et s'il n'y a pas d'amélioration au bout de 48 heures adresser au spécialiste.

LES MESSAGES

- La conjonctivite est la cause la plus fréquente d'œil rouge, mais tout œil rouge ou tout œil « qui pique » n'est pas synonyme de conjonctivite.
- Avant de parler de conjonctivite, éliminer des causes plus sévères d'œil rouge, en recherchant la triade de gravité :
 - 1 - douleurs importantes
 - 2 - baisse de l'acuité visuelle
 - 3 - rougeur localisée autour du limbe (cercle périkératique)
- il ne faut jamais utiliser des antibiotiques et/ou des corticoïdes locaux en première intention, mais les antiseptiques qui n'induisent pas de résistance secondaire et ont une action polyvalente non spécifique
- si la plupart des conjonctivites sont bénignes, un certain nombre peuvent être très grave (atteinte cornéenne menaçant la vision, aux séquelles importantes), en particulier chez le nouveau-né et le nourrisson.

Confirmation du diagnostic

Notion de contag, d'infection ORL associée, de terrain allergique, d'exposition à un agent irritant (UV, toxique fumée)

L'atteinte est rarement unilatérale, la bi latéralisation secondaire est fréquente.

Le syndrome conjonctival comprend : 1 Signes fonctionnels :

- Sensation de sable de poussière ou de corps étranger
- Larmolement
- Pas de douleur véritable, pas de baisse de l'acuité visuelle nette, pas de blépharospasme
- Parfois prurit (étiologie allergique)

2 Signes d'examens

- Rougeur conjonctivale diffuse prédominante à la face postérieure des paupières associées à une hypertrophie des papilles ou des follicules conjonctivaux
- Hypersécrétion muqueuse, mucopurulente, agglutination des cils, surtout le matin au réveil
- Œdème papillaire

S'y associent parfois :

- Œdème conjonctival
- Eczéma des paupières
- Hémorragies sous conjonctivales
- Adénopathie satellite (pré auriculaire) +++

PROTOCOLE DE TRAITEMENT

- Nettoyer l'œil et les paupières avec sérum physiologique
- Instiller plusieurs gouttes antiseptiques
- Prescrire un antiseptique : 2 gouttes toutes les 2 heures pendant deux jours puis revoir le patient
- Ne pas utiliser l'antibiothérapie locale et l'antibiothérapie générale avant d'avoir fait un prélèvement cytotobactériologique conjonctival « frottis conjonctival »

En cas de sécrétions très purulentes, on peut éventuellement prescrire un antibiotique en collyre (bacitracine, rifampicine, chibroxine, néomycine,.....) après frottis, 2 gouttes toutes les deux heures, en attendant une consultation spécialisée s'il n'y a pas d'amélioration en 48 heures.

La cause la plus fréquente des conjonctivites est virale, la notion de contag est capitale au diagnostic. C'est le cas en particulier des épidémies, parfois explosives, de conjonctivites chez les enfants des crèches : des mesures prophylactiques strictes sont impératives : lavage des mains, éviction des enfants atteints, les antibiotiques ne sont d'aucune utilité dans les conjonctivites virales.

Les antiseptiques visent à prévenir la surinfection bactérienne.

Les collyres anti-viraux ne sont pas indiqués car ils sont inefficaces sur la plupart des virus mis en cause dans la conjonctivite virale.

LES EXAMENS PARA CLINIQUES

Prélèvement cytotobactériologique des sécrétions lorsque celle-ci sont abondantes et purulentes

PIEGES QU'IL FAUT EVITER

- Une conjonctivite peut être secondaire à un corps étranger superficiel méconnu, penser à le rechercher systématiquement en particulier derrière la paupière supérieure après instillation d'anesthésique local (novésine)
- Une conjonctivite peut se compliquer d'atteinte cornéenne secondaire (kérato conjonctivite) : toujours revoir le patient au bout de 48 heures de traitement
- Certaines kératites (herpès cornéen) peuvent, au début, simuler une conjonctivite épreuve à la fluorescence. Ne jamais prescrire de corticoïdes ou d'anesthésiques locaux. Se méfier car beaucoup de collyres antibiotiques sont associés à des corticoïdes.
- L'importance de sécrétions ne juge pas la gravité de la conjonctivite. Le Directeur de la Prévention

Dr M.EL .KELLOU

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

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

Direction de la prévention
N°851 / MSPRH/DP/2003

ALGER LE 23 AOUT 2003

OBJET : Mesures préventives à observer en cas d'épidémie de conjonctivite.

En complément à notre instruction n°767 / MSPRH/DP D U 26 JUILLET 2003 relative à la prise en charge d'un cas de conjonctivite, je vous adresse, à titre indicatif, les quelques mesures préventives essentielles à communiquer et à faire observer par les praticiens et leur proche en cas de suspicion de conjonctivite ou de cas avéré en vue de freiner le développement de l'épidémie.

J'attache une importance particulière à la plus large diffusion de ces mesures.

MESURES A PRENDRE CONTRE L'EPIDEMIE DE LA CONJONCTIVITE

- 1- Bien se laver les mains et le visage avec l'eau et un savon de préférence doux
- 2- Eviter la contamination par le toucher, en serrant la main d'une personne ou en utilisant ses objets personnels (serviettes, vêtements ...)
- 3- Ne pas mettre de pansements sur les yeux infectés pour éviter la prolifération des germes mais porter de préférence des lunettes teintées.
- 4- Eviter les regroupements ou le contact de la personne atteinte est plus facile, tels que les fêtes, les lieux de travail.
- 5- La personne atteinte doit garder ses distances avec son environnement et respecter la durée du traitement qui est de 15 jours pour éliminer complètement les germes.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

Dr M.EL .KELLOU



**Programme Nationaux de
Santé Publique**

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 DIRECTEURS GENERAUX DE CHU	« pour exécution »
-MM. LES DIRECTEURS ES 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 niveaux 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°11 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°1V 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 :

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 .l .

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 technique¹).

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 PENEICILLINE 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 abandons 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 identifiés 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 principes

taches 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 régional

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°1et2
	*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°V
	*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
DSPA 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	

O. R. S.	TACHES	SUPPORT
	- 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 angine	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.

**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

1ER INJ	2EME 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

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 DSPTS : 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 national. 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 national, 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 national.

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 médications 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)

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**

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 (1 mois 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 :

- 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 a 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 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 : 50.000à 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.

✓ **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.

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 Triméthorime
- ✓ 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'Epiglottite 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 L.A 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

2. Laryngite modérée : toux rauque avec tirage sans cyanose

- Mise en observation, Mesures générales
- Pas d'antibiotiques
- Corticothérapie :
Administer 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.

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 :

≥ à 60 / min chez le nourrisson de moins de 2 mois
≥ à 50 / min entre 2 et 12 mois
≥ à 40 / min entre 1 et 5 ans

- Rechercher des signes de lutte
- Rechercher une cyanose
- **Auscultation des 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 ≤ 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.

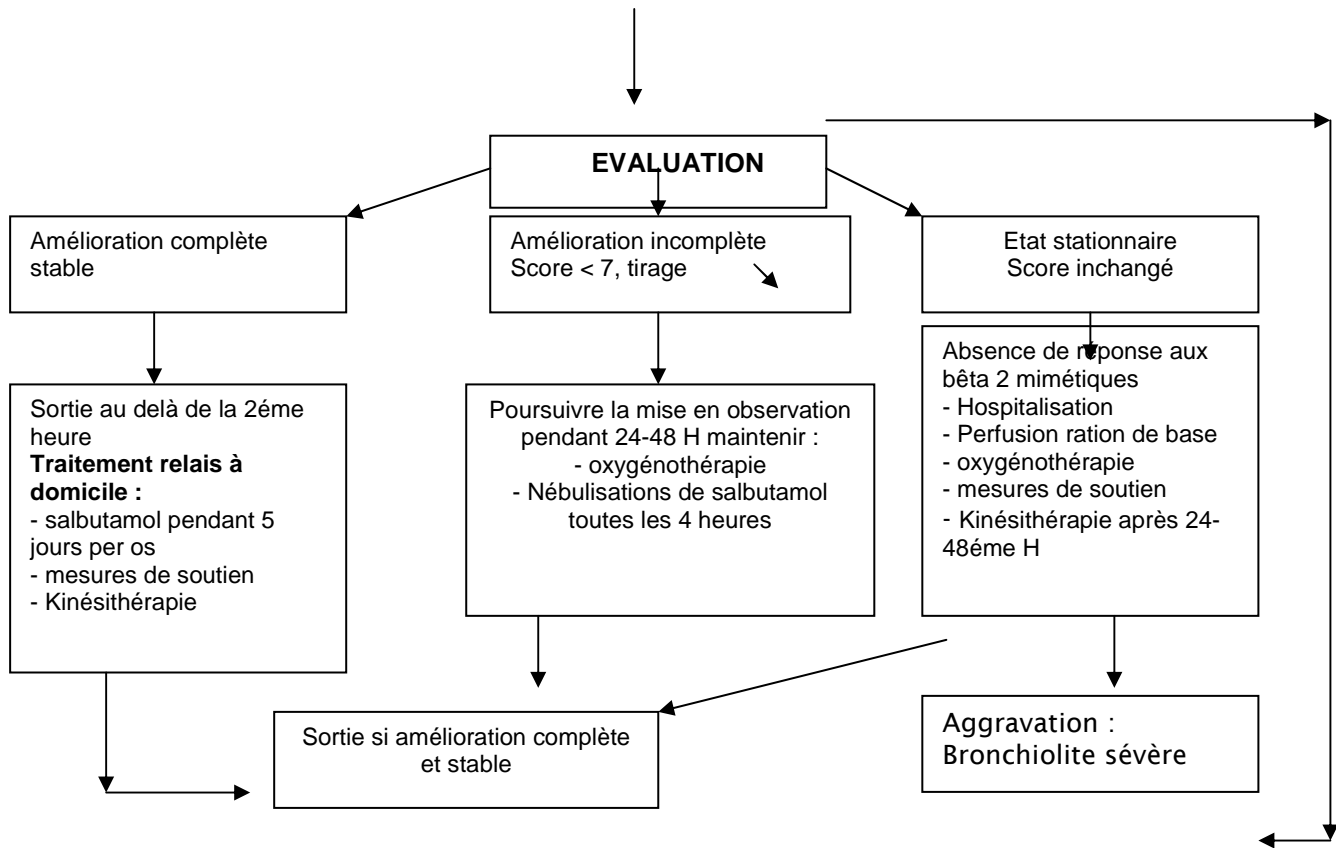
Les sirops contre la toux peuvent être nocifs en cas de bronchiolite aiguë et ne doivent pas être prescrits.

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)

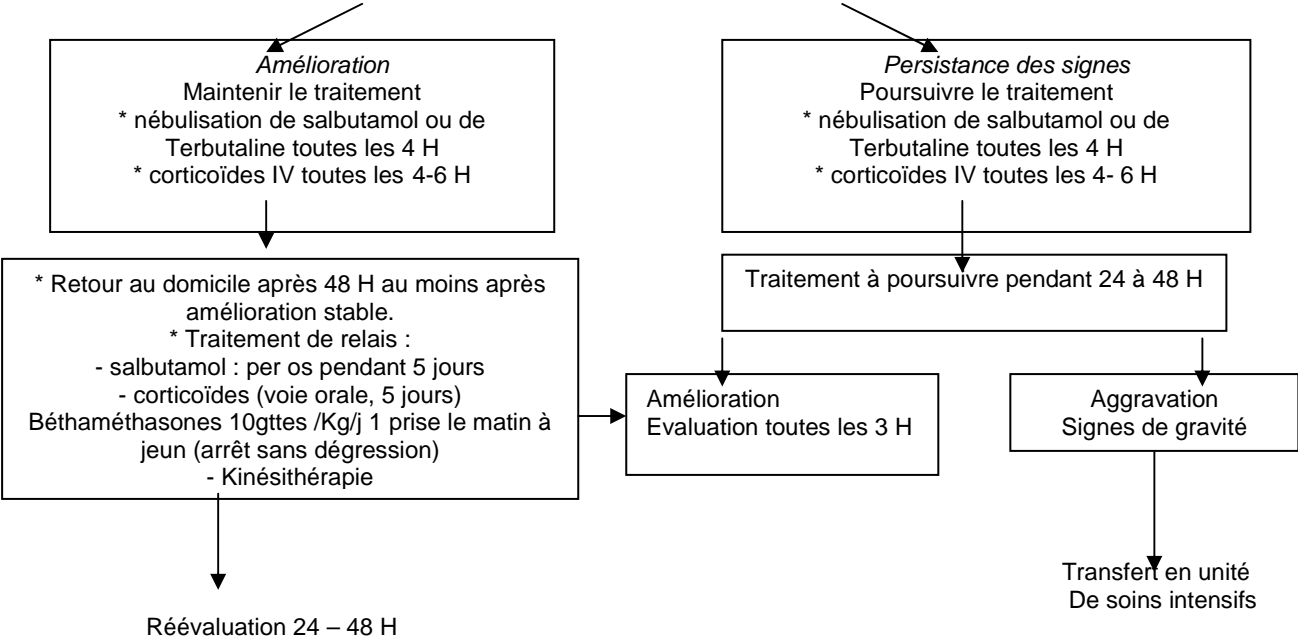
- Mise en OBSERVATION (Hôpital de jour)
- Mesures de soutien : aspiration naso-pharyngée, lutte contre la fièvre
- Oxygénothérapie : O₂ humidifié 3 L/min (canules nasales)
- Pas d'antibiotiques, Pas de corticoïdes
- ESSAI de 2 à 3 Nébulisations / 30 min d'intervalle de Salbutamol à 0,50% : 0,03 ml/Kg + 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 :
 Hémissuccinate 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.

Evaluation après 3 nébulisations



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 :

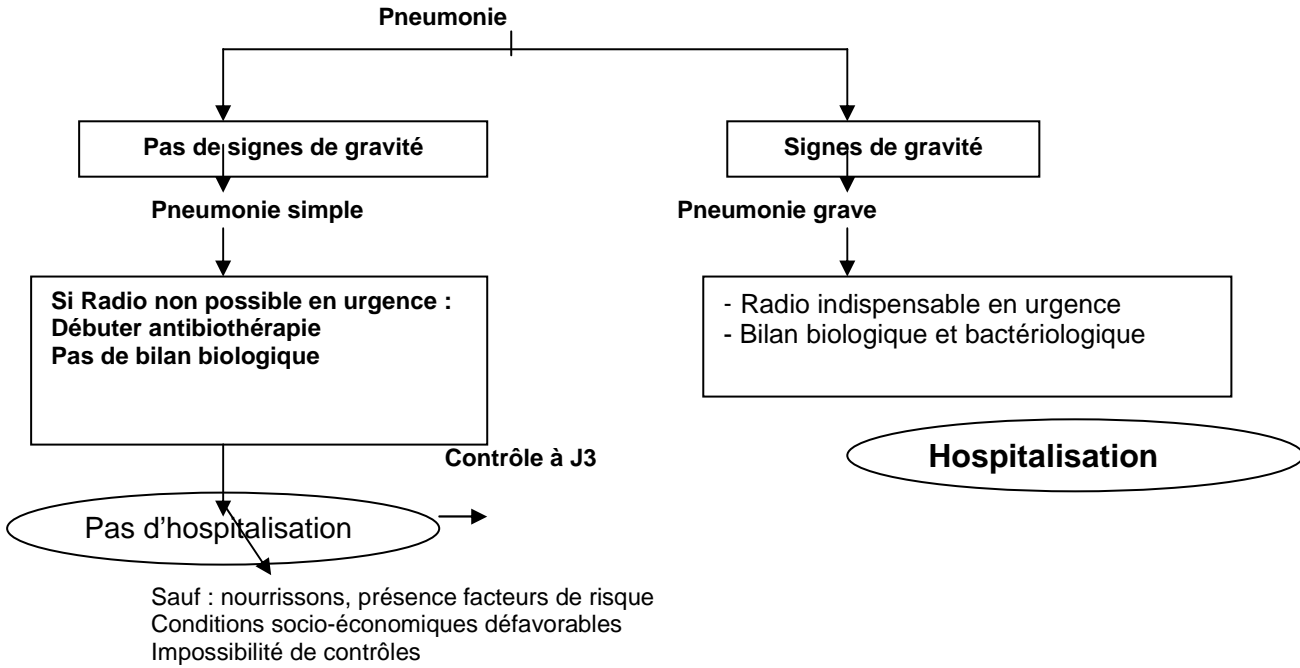
- **tableau habituel** : fièvre avec syndrome de condensation pulmonaire simple
- **soit formes compliquées de suppuration pleuro-pulmonaire** :
 - Pleurésie purulente
 - Staphylococcie pleuropulmonaire
 - Abscès du poumon

La toux avec fièvre et les difficultés à respirer sans sifflements sont des symptômes évocateurs de pneumonie chez l'enfant.

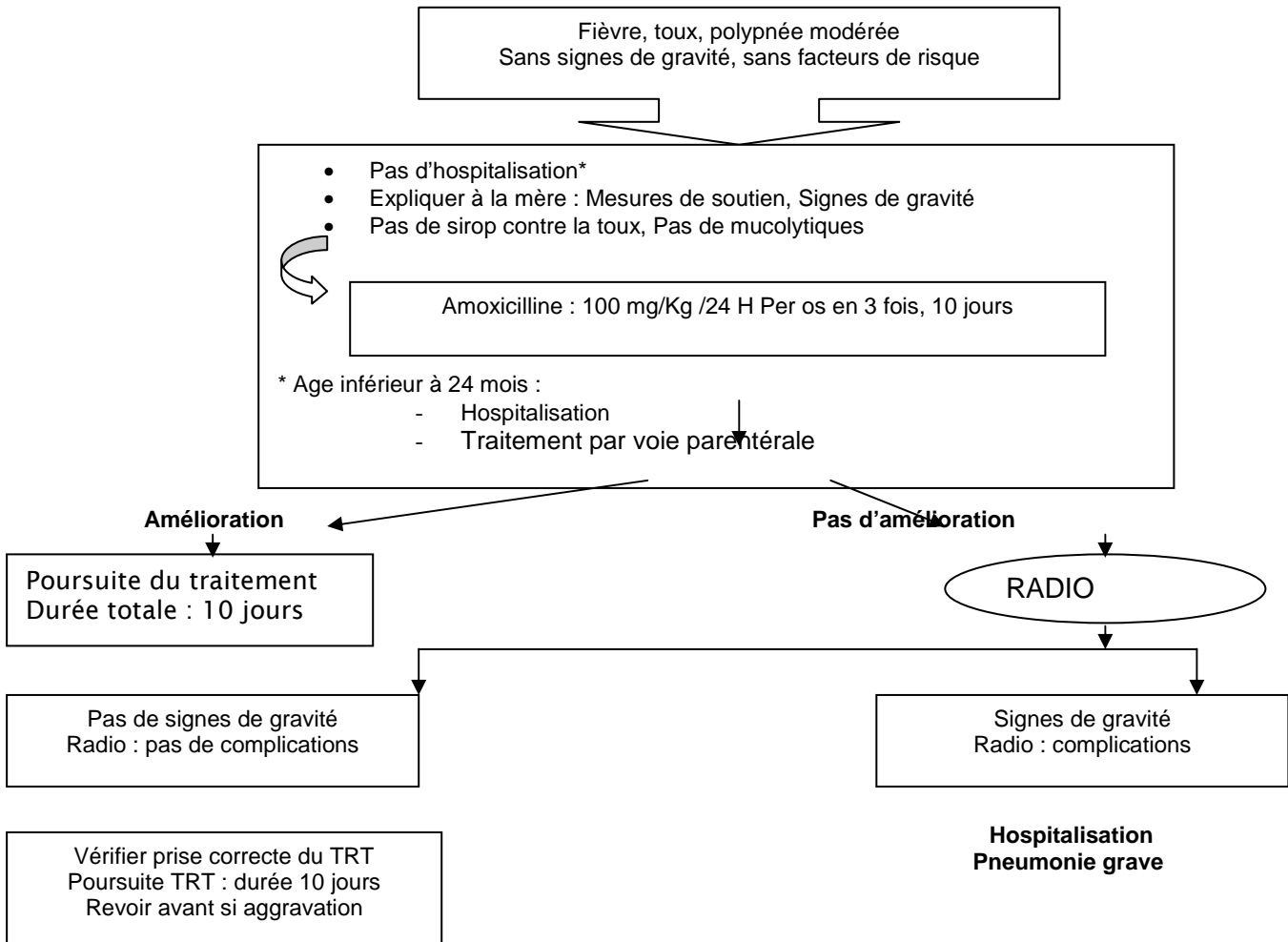
EXAMINER :

- 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)

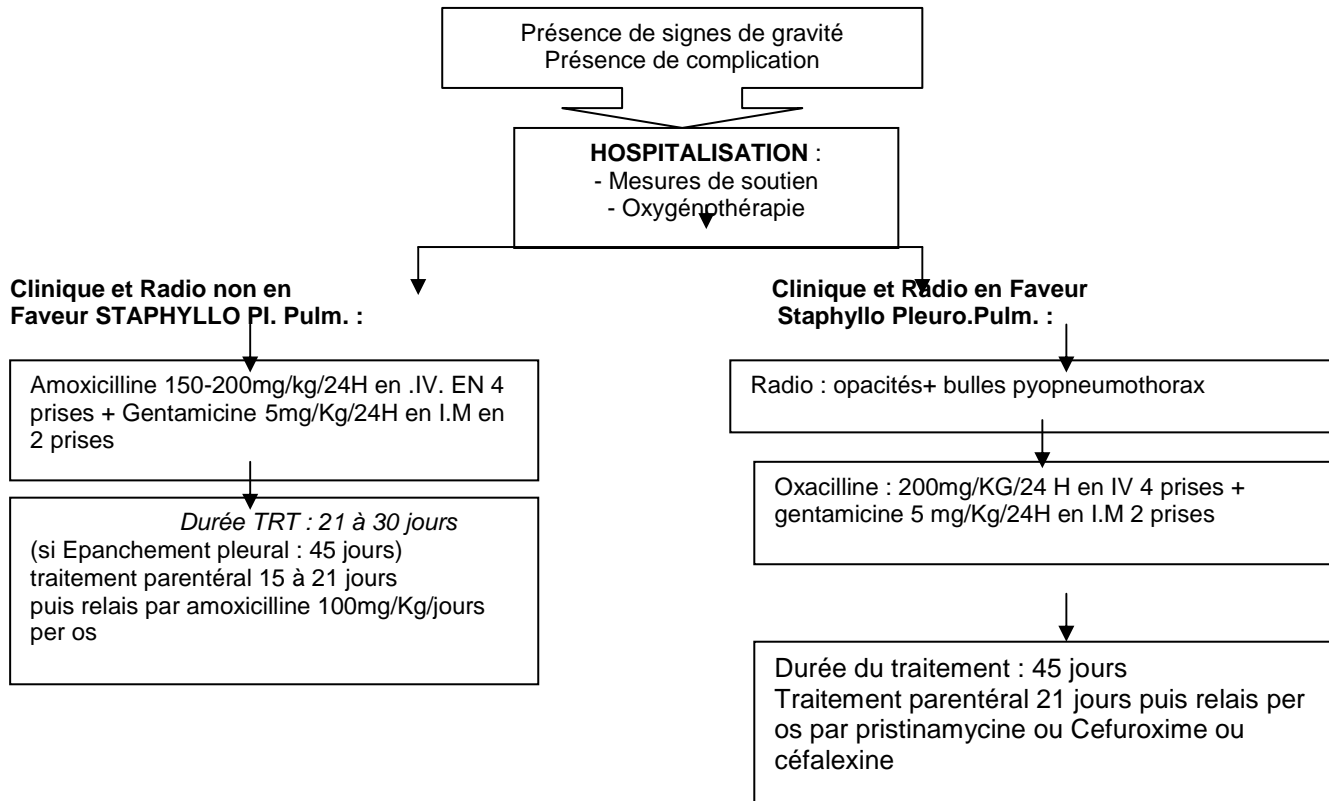
TRAITER :



1. PNEUMONIE SIMPLE



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

IV. ANNEXES :

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 carenciel

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.

وزارة الصحة والسكان و إصلاح 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'affectation 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
SOMMAIRE

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 »a ce niveau.

Dans cette première phase au total 57 personnes ont été formée dont 2pathologistes, 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 oncologiste. 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 cytodagnostic ;

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 diagnostic 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.

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 contraceptif moderne : 50,1% des femmes mariées en âge de reproduction – EDG 2000.

Comme 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, Cytopathologistes 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'examens
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 dossier

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 cytolysse 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 Sceners 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 néoplastiques 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 patientes 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

<p><u>Résultats colposcopiques normaux</u> :</p> <p>Epithélium malpighien d'origine Epithélium cylindrique Zone de remaniement</p> <p><u>Observation colposcopique anormales</u> <u>A l'intérieur de la zone de remaniement</u></p> <p>Lésion épithéliale blanche (acéto-positive) Lésions planes Micropapilles ou micro circonvolutions Ponctuation Mosaïque Leucoplasie Lésion iodo-négative (test de Schiller) Vaisseaux atypiques</p> <p>A l'extérieur de la zone de remaniement Par ex. Exocol, vagin Lésion épithéliale blanche (acéto-positive) Lésion plane</p> <p>Micropapilles ou microcirconvolutions Ponctuation Mosaïque Leucoplasie Lésion iodo-négative (test de Schiller) Vaisseaux atypiques</p>	<p>Carcinome envahissant suspect à la Colposcopie</p> <p>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</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* 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 maladies 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 scalpes, 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 endocervicale ;

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 exocervicale 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 exocervicale. 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 adénoquameux ; 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 » endométrioïde, à cellules claires et séreuses 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 élévé, 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 endométrial 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 anomalies ; des cellules à cytoplasme clair dispersées dans l'épithélium.

Candida albicans mycoses ; sous forme de levures (de 3-7 um), pseudo-hyphes et vrais hyphes (éosinophiles à marron au Pap) sur les frottis ; présence de polyneutros 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 chlamydia, 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) : CINI, CINII, CINIII : 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 lèbres) et CIN basaloïde (petites lèbres).

Lactobacilles : bacilles de Döderlein : composante majeure de la flore vaginale.

GLOSSAIRE

De quelques termes utilisées 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.

Agcus : 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 Shorr 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 µm 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 :

Des 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 :

Spéculums
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 bûcher 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'hématoxy line (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 nécessaires 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 multitétes

° 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 centres 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 xylene de Harris	Eau distillée
Ethanol à 95 %	Ethanol à 80 %	Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau de robinet	Solution aqueuse de HCL à 0.5 %
Orangé OG 6	Ethanol à 95 %	Ethanol à 95 %	E A - 50	Ethanol à 95 %	Ethanol à 95 %
Xylol	Xylol	Mélange D'éthanol Absolu et Xylol en Parties égales	Ethanol absolu	Ethanol absolu	Ethanol à 95 %

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 xyline de Harris	Eau distillée
Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau de robinet	Eosine	Eau de robinet	HCL en Solution Dans L'éthanol
Ethanol à 95 %	Ethanol à 95 %	Ethanol absolu	Ethanol absolu	Mélange d'éthane 1absolu et de xylol en parties égales	Xylol

- 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

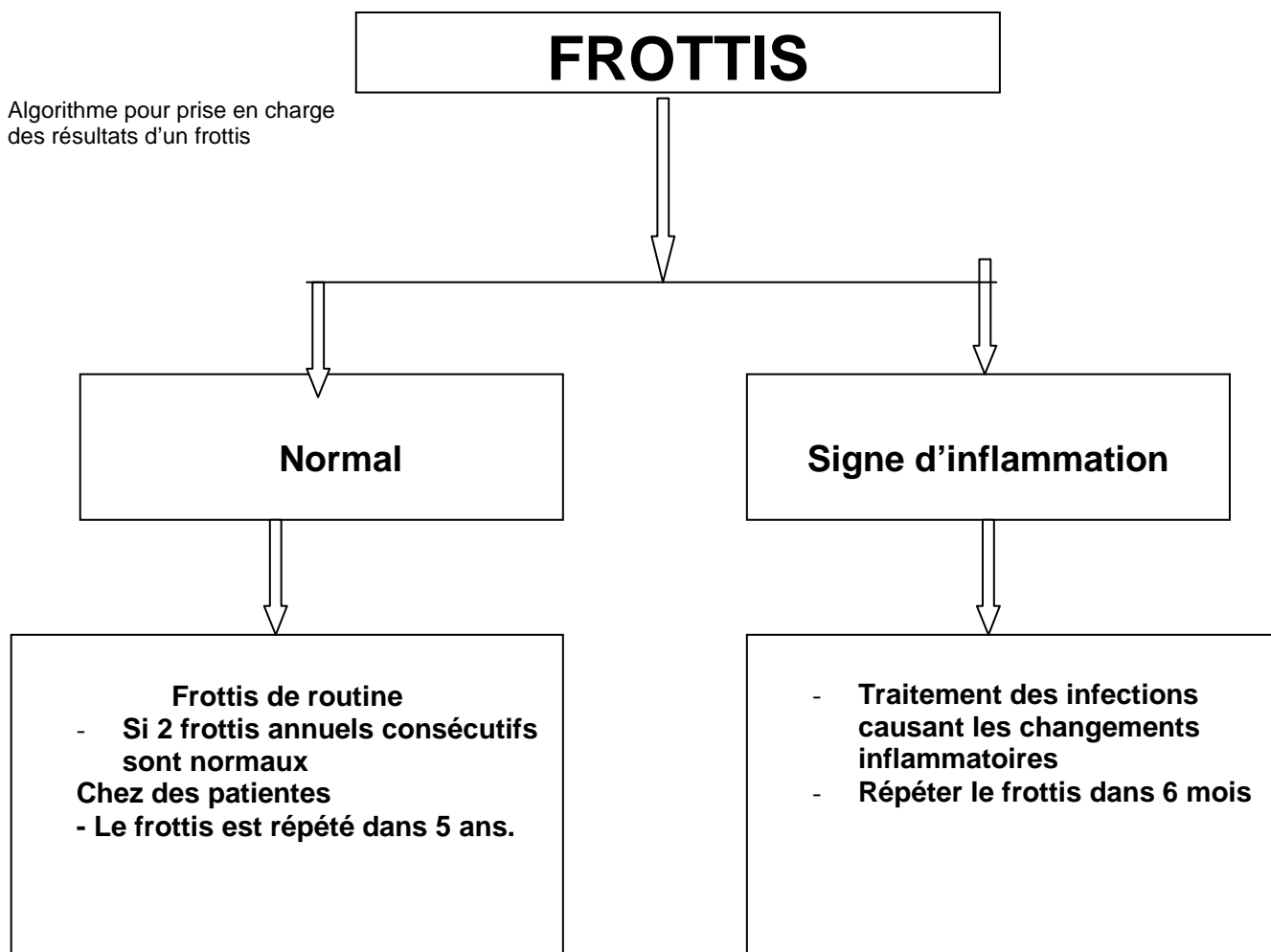
TERMINOLOGIE SELON LE SYSTEME DE BETHESDA (EN CORRELATIONS)

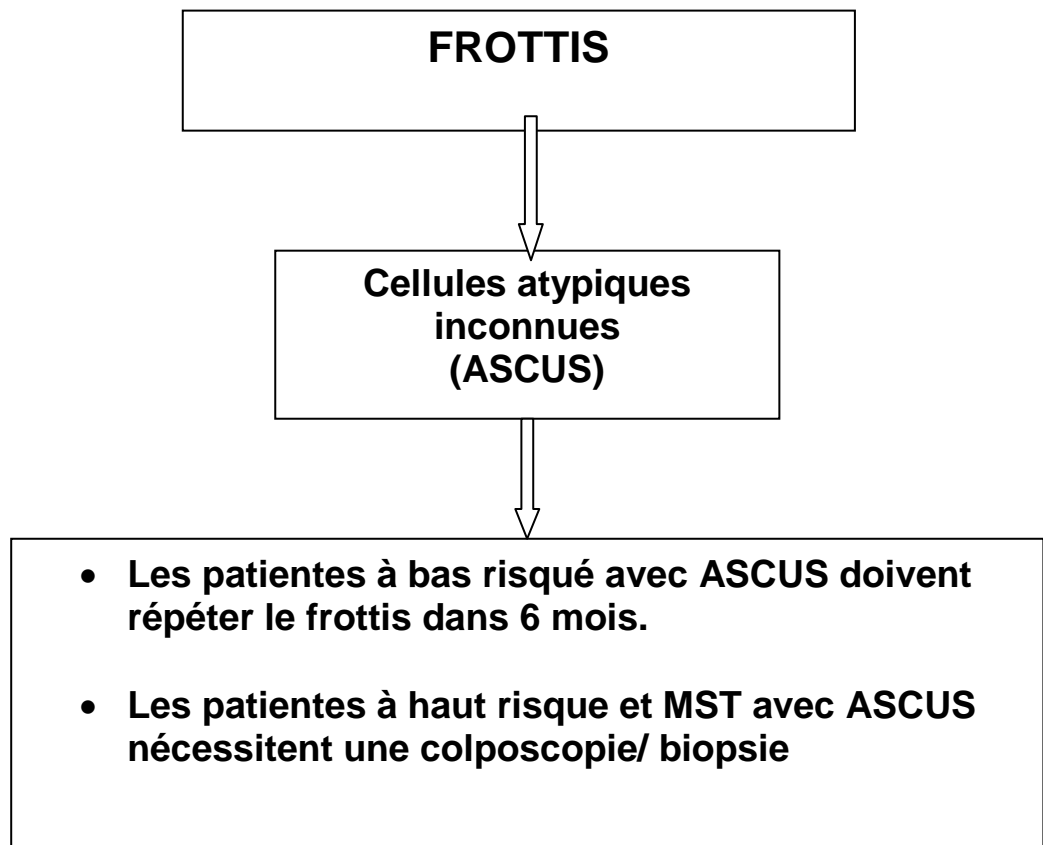
O.M.S	RICHART	BETHESDA
Dysplasie légère	CIN 1	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de Bas Grade avec ou sans HPV
Dysplasie modérée ou moyenne	CIN 2	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de haut Grade avec ou sans HPV
Dysplasie sévère Carcinome in situ	CIN 3	
Carcinome épidermoïde invasif	Carcinome épidermoïde 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

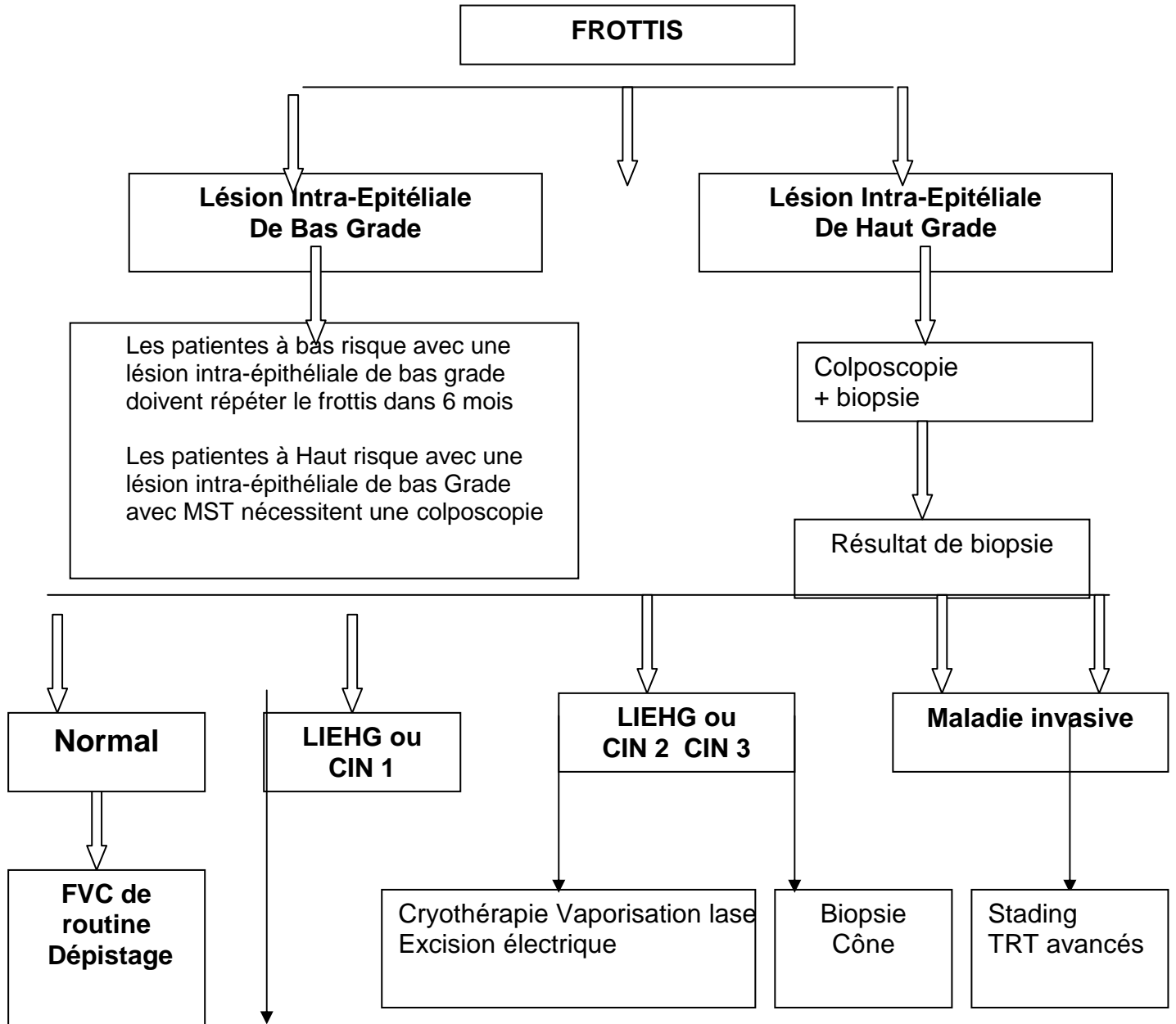
ANNEXE 5 :
TERMINOLOGIE EN CYTOLOGIE CERVICO-VAGINALE DE PAPANICOLAOU A BETHESDA

CYTOLOGIE			CONCLUSIONS	CAT
PPN	RICHART	BETHESDA		
		Ininterprétable	-FCV ininterprétable Pauccellulaire Hémorragique Mal fixé Très inflammatoire Très cytolitique	A refaire dans de bonne 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 malphibienne 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). Réépithélisation jeune	Frottis à 6 mois - Si la lésion persiste, confrontation coloscopique 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
			- Frottis avec signes de condylomes sans atypie	A confronter aux autres moyens d'investigations coloscopie-biopsie
	CINI	Lésions de bas grade	- 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	

Algorithme pour prise en charge
des résultats d'un frottis







Si ZJ bien visible, destruction par électrocoagulation
 Si ZJ non visible, lésion remonte à l'endocol, curetage et cônisation avec frottis tous les 6 mois

LE TEST HPV EN PRATIQUE CLINIQUE

FROTTIS ASCUS

Option de prise en charge

Frottis de contrôle
Faible coût

Avantages

Facile à réaliser

Largement diffusée

La spécificité de la colposcopie
(Biopsies inutiles)
Inconvénients - +

Peut méconnaître jusqu'à 30 %
Des CIN de HG sous-jacentes

Colposcopie immédiate
Forte sensibilité à détecter

Les CIN HG

Largement diffusée

- spécifiés < 60%
environ 50% de

Test HPV
permet de reconnaître les cols

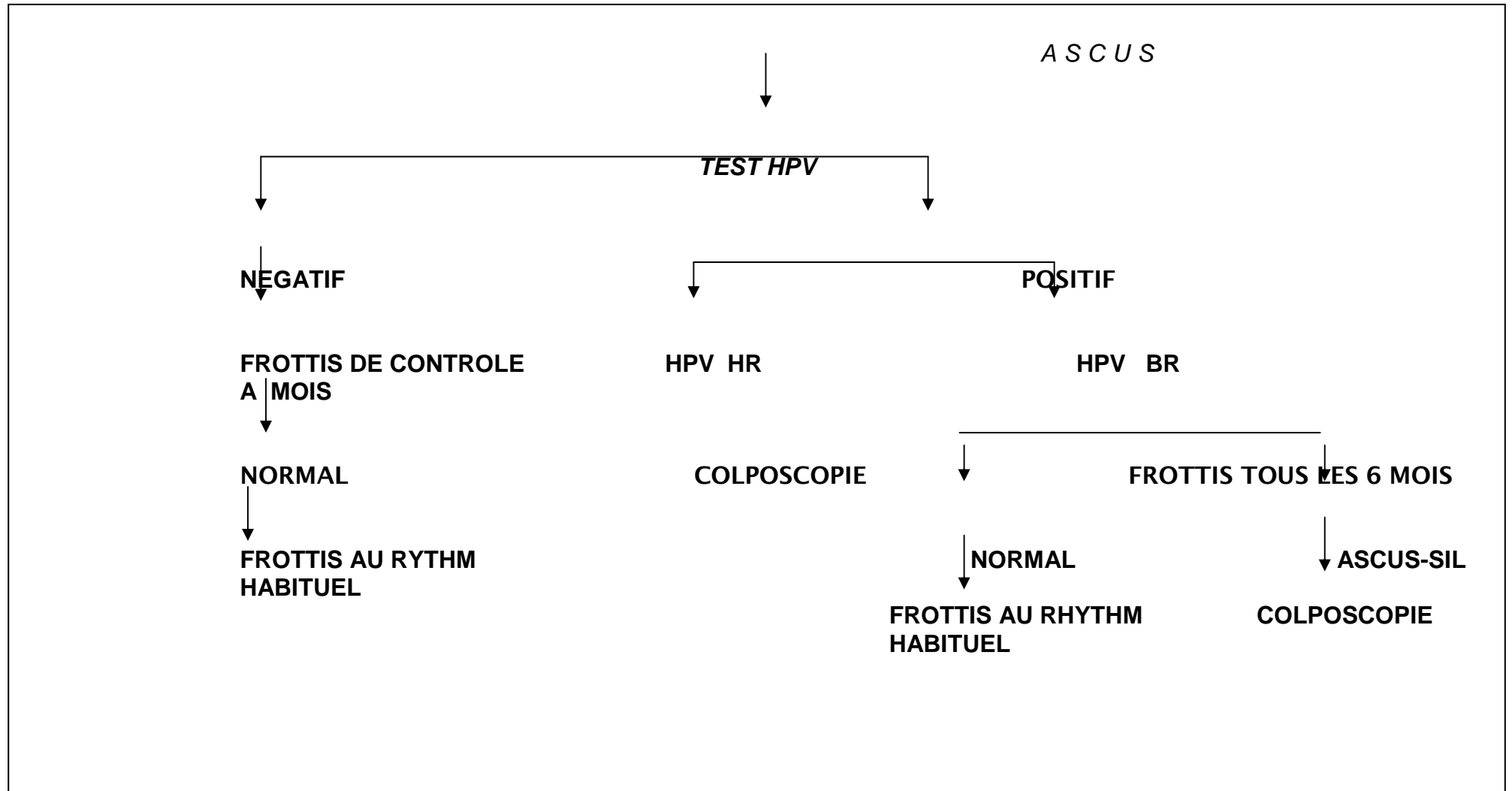
non pathologiques avec
Précision (valeur prédictive
négative de 95 % environ)

Forte sensibilité à détecter
les CIN HG (5-95 %)

- acte non encore
remboursé



LE TEST HPV EN PRATIQUE CLINIQUE



ANNEX 8

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 : hormonal 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 Absence 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 pathologie chargés 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

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.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

Synthèse du programme de lutte contre les carences nutritionnelles

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 se base.

Identification des différents modèles du programme.

- La malnutrition protéino-énergétique
- Les malnutritions en micro nutriments:
- L'avitaminose D
- Les carences matérielles
- Les carences iodée.

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 a toutes les unités sanitaires du pays.

- A la continuité de la prise en charge du programme :

L'expression a monte 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 a 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 a 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 carenciales

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 proteino - 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 à 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 à au moins

80% des femmes qui consultent en pré-natal

- Assurer une éducation nutritionnelle à 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 au 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 à 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

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.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

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. Elle 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.

Elle 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) 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 l'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 enfants 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 familiale.

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 du sel est stimulé 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 fait par l'intermédiaire du chlorure 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 à un virus nommé ROTAVIRUS (40 à 70 % des cas)

Quelques cas sont dus à des microbes genre bactéries les (E. coli., Salmonelles, Shigelles, Campylobacter. Yersinias Entérolitica)

Dans 20 à 50 % des diarrhées aiguës du nourrisson. On ne trouve aucun germe responsable. Elles sont probablement liées à l'abandon de l'allaitement maternel aliment protecteur par excellence et à 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 à 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 à 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 24^{ème} 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 côté 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 au 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- Inscrire 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 de l'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 dès 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 Aou el 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 NÉONATALOGIE

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.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

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 mortalité 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 24 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 و السكان و إصلاح المستشفيات
عمار تو

ANNEXE 2
Formulaire de constatation de Décès Périnatal et Néonatal Tardif

(Concerne les enfants mort-nés et ceux décédés avant le 6ème 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 /
 Structure de santé : الهيكل الصحي
 Adresse عنوان
 Nom- Prénom du Père اسم و لقب الأب
 Fonction المهنة
 Adresse العنوان
 Nom- Prénom de la mère اسم و لقب الأم
 Fonction المهنة
 Adresse العنوان

N°	Renseignements	المعلومات	الرمز Code
Q 01	N° d'ordre de l'enfant	الرقم الترتيبي للطفل	/---/---/
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	Etat de la naissance	حالة الولادة	Né vivant	1 <input type="checkbox"/>	المولود حيا	/---/
			Mort-né	2 <input type="checkbox"/>	المولود ميتا	
Q 06	Genre	النوع	Masculin	1 <input type="checkbox"/>	ذكر	/---/
			Féminin	2 <input type="checkbox"/>	أنثى	
Q 07	Type de naissance	نوع الولادة	Unique	1 <input type="checkbox"/>	وحيدا	/---/
			Gémellaire	2 <input type="checkbox"/>	توأم	
			Autre Si q05= 1, allez à Q09	3 <input type="checkbox"/>	اخر اذا كان السؤال 5 = 1 انتقل الى السؤال 9	
Q 08	Rang de naissance	صف الولادة التوأمية	Premier jumeau	1 <input type="checkbox"/>	التوأم الأول	/---/
			Deuxième jumeau	2 <input type="checkbox"/>	التوأم الثاني	
			Autre	3 <input type="checkbox"/>	اخر	
Q 09	Date de naissance	تاريخ الميلاد	Jour		اليوم	/---/---/
			Mois		الشهر	/---/---/
			Année		السنة	/---/---/
			Heures		الساعة	/--/--/ --/--/
Q 10	Date de décès pour les Nés vivants	تاريخ الميلاد بالنسبة للمواليد للأحياء	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	Accouchement assisté par	الولادة بمساعدة	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"/>	اخر	

Pour les nés vivants (Q05= 1)		بالنسبة للمواليد أحياء (السؤال =5 1)			
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	الرتبة بين الأخوة و الأخوات		/--/--/
Q 20	Nombre de consultations prénatales	Nombre de consultations	عدد المكشوفات الطبية قبل الولادة		/--/--/
Q 21	الأمراض أثناء الحمل Pathologie pendant la grossesse	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 Mode d'accouchement, voie	Basse naturelle	1	منخفضة طبيعية	/---/
		Basse instrumentalisée	2	منخفضة آلية	
		Césarienne	3	قيصرية	
Q 23	وضع الجنين Présentation	Sommet	1	رأس	/---/
		Autre	2	آخر	
Q 24	سن الجنين Age gestationnel	de 24 à 32 semaines	1	من 24 إلى 32 أسبوع	/---/
		de 32 à 36 semaines	2	من 32 إلى 36 أسبوع	
		plus de 36 semaines	3	أكثر من 36 أسبوع	
Décès constaté par Nom : معاينة الوفاة من طرف الاسم.....					
Q 25	الصفة Qualité	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

pour suivi

- Les Directeurs Généraux des CHU.

- Les Directeurs d'Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

- Les Directeurs de Secteurs Sanitaires.

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 sont 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

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 19 99 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)

DESTINATIAIRE :

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'excédent 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 de 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.

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 utéro, macrosomie, malformations.

Le dosage de la glycémie n'est pas suffisant pour dépister un diabète gestationnel.

Il est donc nécessaire de recourir au test de 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 و إصلاح 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 و إصلاح المستشفيات
عمار تو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIC ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE REFORME HOSPITALIERE

Instruction n°10 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 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 et 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
REPUBLICQUE 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-FŒETALE

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 و إصلاح 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 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 vernix caseosa auront été essuyés lors du séchage à la naissance, il n'est pas nécessaire d'enlever les restes de vernix 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 un 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 représentent 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^e -3^e 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

Vaccination

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Décret 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 chouhada, 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

Arrêté du Aouel Chaâbane 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 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 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)
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

Arrêté du 30 Joumada 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 obligatoires certaines vaccinations, notamment ses articles 1^{er} et 16 ;
Vu le décret présidentiel n°07-173 du 18 Joumada 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 Joumada Ethania 1428 correspondant au 15 juillet 2007.

Amar Tou

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

وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات

مديرية الوقاية

INSTRUCTION MINISTERIELLE N°002 MSP/MIN DU 13SEPTEMBRE 2008 R ELATIVE 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 où 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 MININGITES

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^{ème} 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 à partir de 18 Ans	Dt Adulte

DTC .Hib = Diphtérie Tétanos Coqueluche, Haemophilus influenzae b

**TOUT DOIT ETRE 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

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

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 5a 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 quant 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 $\times 100 \wedge$ % 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 $\times 100 =$ 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 devaccination ?

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 parcequ'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 $\times 3/100 =$ nombre d'enfants de la cible annuelle.

Exemple:

Population de votre région ; 10 000

Nombre de naissances par an ; $10\ 000 \times 3/100 = 300$

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:

- Incrire 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 total 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.

Étudiez 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 SÉRIEUX 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 donné 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 parlé 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 ou 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..

Conservation des vaccins

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 -indiqué 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 millimètre (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 degrésC

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.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION

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 MALLETT 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 panencephalites ainsi que la connaissance des encéphalites morbilleuses et la fréquence des nomades attestent la 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 révélé 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 subaiguë. 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 dont 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 contact 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.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

Direction de la Prévention

Fiche technique d'utilisation du vaccin antihépatite B pédiatrique

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 antéro-latérale de la cuisse chez le nourrisson.

Exceptionnellement, le vaccin peut être administré par voie sous cutanée chez les enfants ayant une thrombocytopenie 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.

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 août 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 antitétanique (VAT) par la vaccination antidiphthérique antitétanique (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 antidiphthérique 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 antidiphthérique anti-tétanique. Il n'existe pas de contre indication à la vaccination combinée antidiphthérique, 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 antidiphthérique– 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
1ere enfance	3 DTC	2 dt *	2dt	1dt	1dt
2eme 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 DE CEMBRE 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 RATTRAPAGE

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

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION

INSTRUCTION MINISTERIELLE N°01 DU 09 AVRIL 2001 M SP/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 Élargi 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 aigue

Encéphalopathie

Méningite

Convulsions

C- Autres

Fièvre

Anaphylaxie aigue

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 arrive pas à trouver la cause de la MMPVI, 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			
WILAYA :		SECTEUR SANITAIRE :	
Nom et Prénom du malade :		Date de naissance : / / / / / / /	
/ / / / / / / / / / / / / / / /		SEXE :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<u>Description de la /ou des manifestations indésirables :</u>			
Date d'apparition: / / / / / / /			
Date de déclaration : / / / / / / /			
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'ENQUÊTE 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 :		
- Absès 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	MPVI LIEE AU VACCIN MPVI survenue par coïncidence ou inconnue	
Partie réservée au Comité de Pharmacovigilance		
CLASSIFICATION FINALE/		
ERREUR PROGRAMMATIQUE		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MPVI LIEE AU VACCIN		
MPVI SURVENUE PAR COINCIDENCE ou inconnue		
EVOLUTION :		
MPVI persistante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Guérison	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Séquelles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type de séquelles :
Décès	<input type="checkbox"/> <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 de actions liées à ce plan national.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

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 ou 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 CHAINE 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 MAR S 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

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

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 un 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 élargi 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 tuberculose 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 tangentielle 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 des 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 le 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 nouveaux-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.

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 ÊTRE 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**



**Population et Maîtrise de la
Croissance Démographique**

FICHE D'ORIENTATION STRATEGIQUE EN MATIERE D'EXECUTION ET DE RELANCE DU PROGRAMME DE POPULATION

La réalisation pour le court et moyen terme (triennal 97-99) des objectifs nationaux en matière de population, qui impliquent de fait un accroissement notable de la pratique contraceptive ont suscité au niveau central, des réajustements stratégiques, ainsi que des actions spécifiquement dirigées. Ces réajustements stratégiques concernent :

La généralisation de la contraception par des actions visant à l'amélioration du niveau qualitatif de ces prestations au niveau des unités sanitaires de base,

Son intégration systématisée et normalisée dans les programmes de Santé Reproductive en général et du Post Partum en particulier.

Quelques éléments d'orientation stratégiques :

Ces éléments sont synthétisés comme suit :

Une stratégie régionale en matière de planification familiale, avec la collaboration des observatoires régionaux de la santé et des directions de la santé et de protection sociale de Wilayas :

Celle – ci a été marquée notamment par :

- la réalisation de cinq Séminaires Ateliers Régionaux qui ont ciblé des opérateurs du programme à l'échelon intermédiaire en vue du renforcement de leurs capacités techniques en matière de gestion et d'évaluation du programme.
- Ces Séminaires ont par ailleurs abouti, à la définition d'indicateurs spécifiques par Région Sanitaire, à même de constituer les outils nécessaires à l'évaluation quantitative des performances du programme au niveau des Wilayas concernées.
- Création d'un Comité National de la santé Reproductive et de Planification Familiale (SR/PF). Organe consultatif en matière d'exécution et de suivi du programme. Ce Comité intègre dans sa composition des praticiens médicaux et paramédicaux au titre des cinq Régions Sanitaires.

Une stratégie visant à la normalisation de l'infrastructure de prise en charge du programme et de l'activité de planification familiale et son intégration dans les programmes liés à la santé reproductive, aux différents niveaux du système sanitaire public.

Il s'agit notamment de :

- la création de Centres de Planification Familiale (CPE) intégrés aux maternités des CHU et des Secteurs Sanitaires par les Arrêtés Ministériels N°39/MSP/CAB du 04 septembre 1994 et N°05/MSP/MIN du 25 février 1995,
- la standardisation de leur mode d'organisation et de fonctionnement : équipement type, produits contraceptifs, personnel prestataire, supports d'évaluation des activités. réalisation des monographies par Wilaya et par Région Sanitaire.

Stratégie visant à l'amélioration du niveau qualitatif des prestations :

Les actions dans ce domaine, ont concerné l'amélioration des performances des personnels prestataires en matière de SR / PF en général et de leurs aptitudes techniques vis à vis du DIU, (méthode devant être valorisé) ainsi que des actions visant à assurer la disponibilité des produits contraceptifs.

En matière de valorisation des ressources humaines, il s'est agi notamment, de (du)

L'adaptation du programme de formation de base des sages femmes aux objectifs du programme de SR/PF, perfectionnement des professeurs d'Enseignement Paramédical (Pl. PM) en SR/PF (cours international), perfectionnement de médecins responsables de CPF, (23 médecins cf. annexe), renforcement du plateau technique des Ecoles de Formation Paramédicale (matériel pédagogique, fonds documentaire), l'élaboration d'un plan de formation continue en SR/PF en collaboration avec la Direction de la Formation ciblant les médecins responsables de CPF au sein des maternités et des sages femmes.

*- qualification des besoins (réalisée au niveau central) : 476 sages-femmes et 300 médecins pour les cinq régions.

*- budgétisation pour l'exercice 1996 :

2.050.000 DA (au titre de la Direction de la Population).

111.494.000 DA ont été alloués au titre des secteurs sanitaires et des EHS pour les activités locales de Formation Continue.

En matière de régulation de l'approvisionnement en produits contraceptifs :

Les actions dans ce domaine ont notamment concerné :

- la standardisation des circuits de gestion et de distribution des produits contraceptifs : Note Ministérielle d'application émanant de la Direction de la Pharmacie et du Médicament N°316/MSP/DPM du 16 mars 1996.

Ce circuit met en rapport direct les pharmaciens des secteurs sanitaires avec les services de la pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH).

- déglobalisation des besoins et la décentralisation de la gestion financière des produits contraceptifs :

* budgétisation pour une couverture de besoins complémentaires en produits contraceptifs d'un montant de 161 millions de DA répartis sur l'ensemble des secteurs sanitaires pour l'exercice 1996.

* budgétisation en vue de la couverture globale des besoins des secteurs sanitaires en produits contraceptifs et la décentralisation de leurs achats à l'échelle des secteurs sanitaires pour l'exercice 1997. Les budgets prévisionnels ont été estimés à 650 millions de DA.

ACTIONS A DEVELOPPER PAR LES ORS :

Les contraintes

Les actions initiées à l'échelon central ont connu, au plan de leur traduction et de leur exécution sur le terrain un niveau inégal et en deçà des niveaux attendus.

Application des dispositions des Arrêtés Ministériels N°39 du 04 septembre 1994 et N°05 du 25 février 1995 : portant création de Centres de Planification Familiale au sein des maternités :

Ces arrêtés ont rencontré un niveau d'exécution minimale au niveau des secteurs sanitaires

(cf. Annexe) ; par ailleurs un état de leur application fait ressortir les contraintes ci-dessous qui compromettent la réalisation des objectifs nationaux.

- l'absence quasi totale d'actions visant à la promotion de la planification familiale dans le post partum en général et des méthodes barrières et du DIU en particulier,
- l'absence de valorisation de l'activité de planification familiale auprès du personnel médical qui reste très peu concerné et peu impliqué dans la prise en charge de ce programme lequel demeure du domaine quasi exclusif de la sage-femme .
- la prestation faible en matière de DIU est enregistré dans l'ensemble des unités sanitaires de base et est aggravée par des indices de retraits élevés (fréquemment supérieurs aux indices d'insertion) ; ce qui se traduit dans les faits par une incidence négative de l'utilisation du DIU.

Cette utilisation très faible du DIU est « compensée » par une prescription excessive de la contraception orale ce qui remet en cause les critères d'efficacité du programme d'une part, grève lourdement les budgets de l'état (75 % des budgets prévisionnels pour l'achat des produits contraceptifs concernent les contraceptifs oraux) et compromet la disponibilité des produits contraceptifs, d'autre part.

ACTION EN MATIERE DE SUIVI DE RELANCE DU PROGRAMME DE SR/PF A METTRE EN ŒUVRE PAR LES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE LA SANTE

Objectif général :

Améliorer les performances du programme SR/PF au niveau du Système Sanitaire de Base.

Objectifs spécifiques :

- 1- Normaliser l'infrastructure de base de prise en charge du programme
- 2- Dynamiser les activités de planification familiale et promouvoir l'utilisation du DIU.
- 3- Améliorer l'information Sanitaire et les capacités techniques des personnels prestataires et gestionnaires dans le domaine.

I – Normalisation du réseau de base de prise en charge du programme et dynamisation des activités de SRPF :

- Actualisation et finalisation des Monographies par Wilaya et par Région Sanitaire élaborées par la Direction de la Population avec identification précise des maternités par secteur sanitaire (hospitalière ou extra hospitalières) et soustraction des salles de soins. Les maternités constituent l'entité Sanitaire prioritaire pour la concrétisation au niveau du terrain du programme de SR/PF.

Susciter l'application des Arrêtés Ministériels n°39 du 4 septembre 1994 et n°95 du 25 février 1995 et suivre l'état de leur application au plan qualitatif des prestations et des modalités pratiques d'exécution conformément aux dispositions réglementaires de ces arrêtés et aux objectifs nationaux en matière de SRPF. Intervenants : ORS – DSPS (gestionnaires de programmes au niveau des wilayas).

- Mise en place d'un réseau « sentinelle » de Maternités par Région Sanitaire :

Les maternités à cibler initialement sont celles qui bénéficient d'un personnel médical responsable formé en SR/PF ; s'agissant de médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation intensive internationale en SR/PF (cf. annexe ; identification des personnes ressources et des maternités par Région Sanitaire). Les objectifs escomptés concernent la constitution d'un réseau de référence en vue de la promotion des méthodes contraceptives les plus appropriées dans le post partum

(barrières et DIU) et l'intégration effective de programmes liés à la promotion de la Santé Reproductive ; S'agissant notamment de la prévention et de la prise en charge des MST et de la prévention et dépistage des cancers génitaux de la femme ; ces derniers posent un problème de santé public majeur dans notre pays.

Intervenants ORS-DSPS- médecins responsables des maternités.

2- Dynamisation des activités de planification familiale :

2-1- Valorisation des ressources humaines :

- Qualification motivée des besoins en formation complémentaire des personnels prestataires impliqués (médecins et sage-femmes).

- Les besoins quantifiés par le niveau Central (Direction de la Population) font état de :

Région EST : 436
Région Centre : 405
Région Ouest : 267
Région SUD Est : 26
Région Sud Ouest : 110

Les objectifs visent à atteindre par région sanitaire pour l'année 1996 les taux suivants :

Région Est : 25 %
Région Centre : 25 %
Région Ouest : 40 %
Région Sud Est : 50 %

- Justifier cette qualification telle qu'opérée à l'échelle régionale,
 - Procéder à sa traduction et à sa déglobalisation à l'échelon intermédiaire et local,
 - Contribuer avec les cellules de formation continue à la concrétisation des plans de formation continue au niveau local.
- Définition des objectifs pédagogiques et des programmes de formation continue en fonction de besoins spécifiques aux régions, consommation des crédits qui leur sont alloués au titre des actions locales de formation continue.
- Intervenants : Direction de la population – ORS – DSPS (cellules de formation continue)

2-2- Suivi de l'exécution des indicateurs spécifiques retenus par les Régions et leur évolution comme indicateurs de performances pour les régions

- Taux brut de natalité, prévalence de la contraception, taux d'acceptation par méthode contraceptive, taux d'accouchement en milieu assisté.

2-3- Régulation de l'approvisionnement en produit contraceptifs :

- Suivi de l'exécution des crédits décentralisés alloués aux secteurs sanitaires pour l'achat des produits contraceptifs selon leurs besoins et conformément à la note ministérielle d'application n°316/MSP/DPM du 16 Mars 1996 .

3- Amélioration de l'Information Sanitaire :

Il est attendu dans ce domaine la poursuite du processus et le renforcement des actions qui ont été engagés à travers les séminaires ateliers régionaux dont un des axes privilégiés a concerné l'amélioration des outils d'information (supports d'évaluation) et l'introduction d'un nouveau support portant sur l'évaluation de la Natalité .

Les actions futures doivent objectiver l'amélioration des aptitudes des personnels chargés de l'évaluation des activités en vue d'accroître la fiabilité du Système d'information et de gestion.

Il est ainsi demandé :

La réalisation de journées « pédagogiques » de soutien aux personnels gestionnaires et prestataires chargés de l'évaluation des activités au niveau des wilayas.

L'institution d'un calendrier de supervision des activités d'évaluation par les responsables de programme (formés) au niveau de leurs wilayas et par les personnels des ORS au niveau des Régions. L'organisation de sessions accélérées de courte durée des personnels gestionnaires du programme en Système d'Information et de Gestion.

Activités préparatoires :

Identification des personnels cibles par wilaya et par Région : ORS – DSPS Elaboration des programmes de perfectionnement : Direction de la Population – ORS.

L'amélioration de l'information sanitaire et des aptitudes de personnels ressources doit tendre pour le moyen terme à l'établissement par ORS d'indicateurs de performances par wilayas, à même de permettre à terme, de constituer au niveau Central des Indicateur de performances par Région.

Le choix de ces indicateurs doit se faire en adéquation avec les objectifs du programme National, ces indicateurs concerneront la base de données d'une grille de cotation des activités et du fonctionnement des services par secteur sanitaire et par wilaya. On retiendra à titre d'illustration des indicateurs suivants :

Taux d'utilisation du DIU.

Taux d'utilisation de la contraception orale seule.

Taux de contraception dans le post partum

Taux d'utilisation du DIU dans le post partum.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POULATION

Arrêté N°05/MSP/MIN du 25 Février 1995 Portant Création de Centres de Planification Familiale dans les Secteurs Sanitaires

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 de la santé ; et notamment ses articles n°70 et 71, modifiée et complétée.
- Vu le décret présidentiel n°94-93 du 13 Avril 1994 , portant nomination du Gouvernement, complété et modifié par le décret présidentiel n°94-233 du 31 Avril 1994
- Vu le décret exécutif n°90-204 du 08 Septembre 1990 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des services de santé et de protection sociale, notamment son article 3
- Vu le décret n°81-242 du 05 Septembre 1981, portant création et organisation des secteurs sanitaires, modifié et complété.
- Vu le décret n°90-124 du 30 Avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la Santé
- Vu l'arrêté n°26/CAB/MSP du 17 Juillet 1994, portant création et organisation des services extra-hospitaliers.

ARRETE

Article 1^{er} : Il est créé auprès des services de gynécologie obstétrique des structures hospitalières des secteurs sanitaires; des maternités urbaines et des maternités rurales, des centres de planification familiale, par abréviation C.P.F, dénommé ci-après Centre.

Article 2 : Le centre a pour mission :

- La prescription de toute méthode à visée contraceptive consacrée par la nomenclature nationale des produits pharmaceutiques
- Le contrôle et le suivi de l'application des méthodes contraceptives agréées.
- L'orientation, l'information et l'éducation des acceptantes
- L'évaluation périodique des actions engagées.
- La participation, en tant que de besoin, aux stages de recyclage et de perfectionnement en matière de planification familiale au profit des personnels de santé.

Article 3 : Le centre est placé sous la responsabilité directe du chef de service de la structure considérée.

Article 4 : Les normes en matière d'équipement et de personnels, seront définies par instruction du Ministre de la Santé et de la Population.

Article 5 : Les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale des Wilayas des Secteurs Sanitaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POULATION

Arrêté N° 39 CAB/MSP du 04 Septembre 1994 portant création de " Centre de Planification Familiale " dans les Centres Hospitalo-Universitaires

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, et notamment ses articles n°70 et 71, modifiée et complétée.

Vu le décret n°86-25 du 11 Décembre 1986 portant statut-type des centres hospitalo-universitaires, modifié par le décret n°86-294 du 16 Décembre 1986,

Vu les décrets n°86-295 à 86-306 du 16 Décembre 1986 portant création des centres hospitalo-universitaires, respectivement d'Alger Centre, d'Alger Est, d'Alger Ouest, de Constantine, d'Oran, de Annaba, de Blida, de Tizi-Ouzou, de Batna, de Sétif, de Sidi-Bel-Abbès, de Tlemcen,

Vu le décret n°88-20 du 2 Février 1988, portant création du Centre Hospitalo-Universitaire de Bab-El-Oued,

Vu le décret exécutif n°90-124 du 30 Avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la Santé,

Vu le décret présidentiel n°94-93 du 15 Avril 1994 portant nomination du Gouvernement,

Vu l'arrêté ministériel n°82/SM du 22 Mai 1993, portant définition, organisation et fonctionnement du service hospitalo-universitaire et de ces unités constitutives et fixant les conditions et modalités de désignation aux fonctions de chef de service et de chef d'unité.

ARRETE

Article 1^{er} : A titre transitoire et en attendant la définition de son statut, il est créé auprès de chaque service de gynécologie-obstétrique de CHU un Centre de Planification Familiale par abréviation CPF dénommé ci-après Centre.

Article 2 : Le Centre sera érigé en unité hospitalo-universitaire, conformément aux dispositions de l'arrêté interministériel n°82/SM du 22 Mai 1993 sus-visé dès que les conditions requises sont réunies.

Article 3 : Le centre a pour mission :

- La prescription de toute méthode à visée contraceptive consacrée par la nomenclature nationale des produits pharmaceutiques
- La recherche et/ou l'expertise d'autres méthodes, contraceptives,
- Le contrôle et le suivi de l'application des méthodes contraceptives,
- L'orientation, l'information et l'éducation,
- L'évaluation périodique des actions engagées.

Article 4 : Le centre est placé sous la responsabilité directe du chef de service.

Article 5 : Les normes en matière d'équipement et de personnels, seront définies par instruction du Ministre de la Santé et de la Population.

Article 6 : Un support mensuel des activités du centre est transmis au Ministère de la Santé et de la Population/Direction de la Population.

Article 7 : Les Directeurs Généraux des CHU sont chargés de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

Décret exécutif n°02-312 du 25 Rajab 1423 correspondant au 2 octobre 2002 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de population et des comités de population de wilaya.

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 promotion et à la protection de la santé ;

Vu la loi n°90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n°90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n°90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations ;

Vu le décret présidentiel n°02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°02-208 du 6 Rabie Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°96-166 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°98-157 du 19 Moharram 1419 correspondant au 16 mai 1998 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de population ;

Décète :

Article 1^{er} : Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement du comité national de population et des comités de population de wilaya.

CHAPITRE 1

LE COMITE NATIONAL DE POPULATION

Article 2 : Il est créé, auprès du ministre chargé de la population, un comité national de population.

Article 3 : Le comité national de population est un organe permanent de consultation et de concertation chargé de contribuer à la définition, à la coordination, à l'animation, au suivi et à l'évaluation de la politique nationale de population.

A ce titre, le comité national de population est chargé notamment :

- de proposer et d'élaborer toute étude contribuant à la définition de la politique nationale de population et au réajustement de ses objectifs ;
- de proposer toute mesure de nature à assurer la mise en œuvre de la politique nationale de population de manière rationnelle et efficace ;
- de contribuer à l'élaboration du programme national d'action relatif à la maîtrise de la croissance démographique et au développement de la planification familiale ;
- d'évaluer les programmes sectoriels arrêtés en matière de population ;
- de proposer toute mesure susceptible de contribuer à la réalisation de l'équilibre entre la croissance démographique et le développement économique et social ;
- de collecter et d'analyser les informations et données relatives à la population et à la croissance démographique ;
- de contribuer à la consolidation de la banque de données par des informations relevant de son domaine d'action ;
- de promouvoir les activités d'information, d'éducation et de communication en matière de population ;
- d'assurer le suivi et la coordination des activités des comités de population de wilaya et leur orientation.

Article 4 : Le comité national de population est présidé par le ministre chargé de la population ou son représentant.

Il est composé :

— d'un représentant des ministres chargés :

- de l'intérieur et des collectivités locales ;
 - des affaires étrangères ;
 - des affaires religieuses et des wakfs ;
 - de l'aménagement du territoire et de l'environnement ;
 - de la jeunesse ;
 - de l'agriculture et du développement rural ;
 - des finances ;
 - de la communication et de la culture ;
 - des ressources en eau ;
 - de l'éducation nationale ;
 - de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
 - de la formation et de l'enseignement professionnels ;
 - de l'habitat et de l'urbanisme ;
 - du travail et de la sécurité sociale ;
 - de l'emploi et de la solidarité nationale ;
 - de la famille et de la condition féminine.
- d'un représentant du délégué à la planification ;
- d'un représentant au titre des organismes et institutions nationaux suivants :
- le conseil national économique et social ;
 - l'office national des statistiques ;
 - l'institut national de santé publique ;
 - le centre national d'études et d'analyses en population et développement ;
 - le centre national d'information et d'animation de la jeunesse ;
 - l'institut national de la vulgarisation agricole ;
 - l'office national d'alphabétisation et d'enseignement aux personnes adultes ;
 - de cinq (5) représentants d'associations œuvrant dans le domaine de la population et du développement désignés par le ministre chargé de la population ;
 - de cinq (5) experts dans les domaines liés à la population désignés par le ministre chargé de la population.

Article 5 : Le comité national de population peut faire appel, en tant que de besoin, à toute personne physique ou morale qui, en raison de ses compétences, peut l'aider dans ses travaux.

Article 6 : Les membres du comité national de population sont nommés par arrêté du ministre chargé de la population, sur proposition des autorités dont ils relèvent pour une période de trois (3) ans, renouvelable.

Article 7 : Le comité national de population se réunit en session ordinaire au moins deux (2) fois par an sur convocation de son président Il peut en outre, se réunir en session extraordinaire à l'initiative de son président ou des deux tiers (2/3) de ses membres.

L'ordre du jour des sessions est fixé par le président.

Les délibérations du comité national de population sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signé par le président.

Article 8 : Le comité national de population peut créer en son sein, des comités *ad hoc* dans les domaines se rapportant à son objet.

Article 9 : Le comité national de population élabore annuellement un rapport portant bilan de ses activités et plan d'action intersectoriel en matière de population. Ce rapport est transmis au Chef du Gouvernement.

Article 10 : Le secrétariat du comité national de population est assuré par les services compétents du ministère chargé de la population.

Article 11 : Le comité national de population élabore et adopte son règlement intérieur.

CHAPITRE II LE COMITE DE POPULATION DE WILAYA

Article 12 : Il est créé, auprès du wali, un comité de population de wilaya.

Article 13 : Le comité de population de wilaya est un organe permanent de concertation, de coordination et d'animation en matière de population à l'échelle de la wilaya dans le cadre de la déglobalisation de la politique nationale de population. A ce titre, le comité de population de wilaya est chargé notamment :

- de contribuer à l'élaboration des programmes de population au niveau de la wilaya dans leur dimension multisectorielle, en tenant compte à la fois des priorités, en matière de politique de population, fixées au niveau national et des spécificités locales ;
- de proposer toute mesure de nature à assurer la mise en œuvre de la politique nationale de population de manière rationnelle et efficace au niveau de la wilaya ;
- de contribuer à la définition des objectifs en matière de population au niveau de la wilaya en tenant compte des objectifs fixés au niveau national ;
- de proposer toute mesure susceptible de contribuer à la réalisation de l'équilibre entre la croissance démographique et le développement économique et social au niveau de la wilaya ;
- de procéder à l'évaluation des programmes arrêtés en matière de population au niveau de la wilaya ;
- de contribuer aux études et recherches en matière de population initiées par le comité national de population ;
- de proposer toute mesure susceptible d'améliorer la qualité des données relatives à la population au niveau de la wilaya ;
- de contribuer à la mise en place des banques de données en matière de population au niveau de la wilaya ;
- de contribuer à la promotion des activités d'information, d'éducation et de communication de proximité en matière de population.

Article 14 : Le comité de population de wilaya est présidé par le wali ou son représentant. Il est composé:

- du directeur de la santé et de la population ;
- des représentants des services déconcentrés, au niveau de la wilaya, des départements ministériels membres du comité national de population ;
- de deux (2) à cinq (5) représentants d'associations œuvrant dans le domaine de la population et du développement au niveau de la wilaya, désignés par le wali.

Article 15 : Le comité de population de wilaya peut faire appel, en tant que de besoin, à toute personne physique ou morale qui, en raison de ses compétences, peut l'aider dans ses travaux.

Article 16 : Les membres du comité de population de wilaya sont nommés par décision du wali pour une période de trois (3) ans, renouvelable.

Article 17 : Le comité de population de wilaya se réunit en session ordinaire au moins deux (2) fois par an, sur convocation de son président. Il peut en outre se réunir en session extraordinaire à l'initiative de son président ou des deux tiers (2/3) de ses membres.

L'ordre du jour des sessions est fixé par le président.

Les délibérations du comité de population de wilaya sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signé par le président.

Article 18 : Le comité de population de wilaya élabore un rapport semestriel portant bilan de ses activités et son plan d'action. Ce rapport est transmis à la commission nationale de population.

Article 19 : Le secrétariat du comité de population de wilaya est assuré par les services compétents de la direction de la santé et de la population de la wilaya.

Article 20 : Le comité de population de wilaya élabore et adopte son règlement intérieur.

Article 21 : Sont abrogées les dispositions du décret exécutif n°98-157 du 19 Moharram 1419 correspondant au 16 mai 1998, susvisé.

Article 22 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Rajab 1423 correspondant au 2 octobre 2002.

Ali BENFLIS.

Arrêté interministériel du 22 octobre 1997 fixant les modalités de participation des gynécologues privés à la promotion du dispositif intra-utérin

Le Ministre de la santé et de la population,

Le Ministre du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle,

Le Ministre de la solidarité nationale et de la famille,

Vu la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales modifiée et complétée ;

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 n°88-209 du 18 octobre 1988 modifiant et complétant l'article 4 du décret 84-27 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application du titre II de la loi 93-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales ;

Vu le décret exécutif n°96-45 du 26 Chaâbane 1416 correspondant au 17 janvier 1996 modifiant et complétant le décret exécutif n°94-310 du 3 Joumada El Oula 1415 correspondant au 3 octobre 1994 relatif aux modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n°302-069 intitulé " Fonds spécial de solidarité nationale "

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°97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 fixant les modalités d'organisation de la direction de la santé et de la population de la wilaya

ARRETERENT :

Article 1 : Le présent arrêté interministériel a pour objet de fixer les conditions et modalités de participation des praticiens médicaux spécialistes en gynécologie-obstétrique exerçant à titre privé au renforcement des activités de planification familiale à travers leur contribution à la promotion du dispositif intra-utérin.

Article 2 : Les praticiens privés visés à l'article 1er ci-dessus sont tenus d'assurer la pose du dispositif intra-utérin en assurant les prestations définies ci-dessous.

La consultation initiale comprend :

- l'information et le conseil sur l'utilisation du dispositif intra-utérin : les avantages de la méthode, les précautions d'utilisation, les effets secondaires et les signes d'alerte nécessitant un contrôle médical.

- l'examen clinique et gynécologique à la recherche de contre-indications absolues à la méthode

- la fourniture gratuite du dispositif intra-utérin et sa pose. Les consultations complémentaires dites de contrôle comprennent notamment l'examen gynécologique ; un examen échographique est recommandé à la première consultation de contrôle.

Article 3 : Les contrôles médicaux sont à effectuer conformément au schéma retenu au niveau national qui comprend :

- Un 1^{er} contrôle 8 jours après l'insertion

- Un 2^{ème} contrôle 6 semaines après le 1^{er} contrôle

- Un 3^{ème} contrôle 6 mois après le 2^{ème} contrôle.

Article 4 : L'acte médical lié à la consultation prévue aux articles 2 et 3 du présent arrêté est payé par la cliente sur la base du tarif forfaitaire en annexe II. Le premier contrôle est gratuit : est cependant payé l'examen échographique éventuel sur la base des tarifs fixés par le présent arrêté et figurant en annexe II. Les contrôles de rang 2 et 3 sont payés par la cliente sur la base du tarif forfaitaire fixé par le présent arrêté.

Article 5 : L'acte médical est remboursé à 100% par la CNAS conformément à la réglementation en vigueur. Le remboursement concerne la consultation initiale, les contrôles et le retrait conformément aux dispositions du présent arrêté.

Article 6 : Les personnes démunies de ressources et non assurées sociales peuvent sur présentation de la carte délivrée par leur commune de résidence bénéficier de la gratuité totale de la prestation, incluant l'examen gynécologique, la fourniture du dispositif intra-utérin, sa pose, ses contrôles y compris l'examen échographique recommandé à la première consultation de contrôle conformément à l'article 2 ci-dessus, et son retrait. La consultation est payée dans ce cas au praticien sur le Fonds spécial de solidarité nationale. L'imputation financière sur le Fonds spécial de solidarité nationale est effectuée après transmission par le Ministère de la Santé et de la Population au Ministère de la Solidarité Nationale et de la Famille, d'un état trimestriel des consultations réalisées en direction des personnes démunies de ressources et non assurées sociales, sur la base du formulaire individuel joint en annexe.

Article 7 : Les dispositifs intra-utérins sont fournis gratuitement au médecin conventionné à fréquence trimestrielle par les services de la direction de la santé et de la population de la Wilaya sur la base des consultations effectuées.

Article 8 : Le médecin est tenu de transmettre trimestriellement une évaluation des consultations à la Direction de la santé et de la population de la Wilaya conformément au canevas en annexe. Le praticien transmet également chaque trimestre à la Direction de la santé et de la population de la Wilaya, les formulaires individuels dûment renseignés, relatifs aux consultations effectuées au profit des personnes démunies de ressources et non assurées sociales. Le praticien doit tenir à cet effet un registre de consultations et un dossier médical individuel comprenant les paramètres figurant dans le canevas en annexe.

Article 9 : Le praticien est tenu de disposer de l'équipement et instrumentation requis pour assurer la pose et les contrôles de dispositifs intra-utérins conformément à la fiche technique en annexe.

Article 10 : En application des dispositions du présent arrêté, des conventions seront passées entre le Directeur de la santé et de la population de Wilaya et le gynécologue privé, conformément à la convention-type en annexe.

Article 11 : Toute convention doit obligatoirement comporter les mentions relatives :

- aux prestations médicales fournies par le praticien

- au système d'évaluation et de gestion de l'activité

- aux conditions de remboursement des frais de prise en charge médicale des assurés sociaux et leurs ayants-droit

- aux obligations et prérogatives de la direction de santé et de population de Wilaya, conformément aux stipulations de la convention en annexe au présent arrêté

Article 12 : Le présent arrêté interministériel sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 22 Octobre 1997

Le Ministre de la Santé et de la Population

Yahia GUIDOUM

Le Ministre du Travail de la Protection Sociale et de la Formation Professionnelle

Le Ministre de la Solidarité Nationale et de la Famille

Annexe I

Convention type applicable aux conventions entre les gynécologues privés et les directions de santé et de population en vue de la promotion du dispositif intra-utérin

Le Directeur de la santé et de la population de la Wilaya de

Adresseet

Docteur Gynécologue-obstétricien (ci-après désigné le praticien)

Adresse

Ont convenu de qui suit :

Article 1 : objet

La présente convention-type a pour objet de fixer les droits et obligations des directeurs de la santé et de la population de wilaya et praticiens spécialistes en gynécologie obstétrique exerçant à titre privé dans le cadre de la promotion du dispositif intra-utérin.

Article 2 : Le Directeur de la Santé et de la Population s'engage à fournir gratuitement les dispositifs intra-utérins au praticien à fréquence trimestrielle sur la base des consultations effectuées. Le Directeur de la Santé et de la Population est également tenu de fournir au praticien les ordonnances portant obligatoirement la mention "praticien conventionné-dispositif intra-utérin gratuit"

Article 3 : Le praticien s'engage à dispenser une consultation de planification familiale comme définie ci-dessus. La consultation initiale comprend :

- l'information et le conseil sur l'utilisation du dispositif intra-utérin : les avantages de la méthode, les précautions d'utilisation, les effets secondaires et les signes d'alerte nécessitant un contrôle médical.

- l'examen clinique et gynécologique à la recherche de contre-indications absolues à la méthode

- la fourniture gratuite du dispositif intra-utérin et sa pose.

- les consultations complémentaires dites de contrôle comprennent notamment l'examen gynécologique ; un examen échographique est recommandé à la première consultation de contrôle.

Article 4 : Le praticien s'engage à effectuer les consultations de contrôle selon le schéma retenu au niveau national qui comprend :

- Un 1^{er} contrôle 8 jours après l'insertion

- Un 2^{ème} contrôle 6 semaines après le 1^{er} contrôle

- Un 3^{ème} contrôle 6 mois après le 2^{ème} contrôle.

Article 5 : Le praticien s'engage à fixer ses honoraires sur la base des tarifs fixés par la réglementation en vigueur et figurant en annexe. La première consultation de contrôle est gratuite : est cependant payé l'examen échographique éventuel sur la base des tarifs en annexe. Les consultations de contrôle de rang 2 et 3 sont payées par la cliente sur la base du tarif en annexe.

Article 6 : En ce qui concerne les personnes démunies de ressources et non assurées sociales, le praticien s'engage à en assurer gratuitement les prestations sur présentation de la carte délivrée par leur commune de résidence. Ces prestations concernent l'examen gynécologique, la fourniture du dispositif intra-utérin, sa pose, ses contrôles, y compris l'examen échographique recommandé lors du premier contrôle, et son retrait. Le praticien doit transmettre au Directeur de la santé et de la population les formulaires relatifs à ces consultations selon le modèle en annexe, dûment renseignés.

Article 7 : Le praticien s'engage à transmettre trimestriellement une évaluation des consultations à la direction de la santé et de la population de Wilaya conformément au canevas en annexe. Le praticien doit tenir à cet effet un registre de consultations et un dossier médical individuel comprenant les paramètres figurant dans le canevas en annexe.

Article 8 : Le praticien est tenu de disposer de l'équipement et instrumentation requis pour assurer la pose et les contrôles de dispositif intra-utérin conformément à la fiche technique en annexe.

Article 9 : La présente convention est conclue pour une durée d'une année renouvelable par tacite reconduction. Elle peut toutefois être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des deux parties.

Article 10 : Toute révision ou modification de la convention ne sera définitive qu'après accord des deux parties concernées.

Article 11 : La présente convention peut être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre des deux parties. Toutefois la résiliation ne peut intervenir qu'après expiration d'un préavis d'un mois formulé par la partie concernée. En cas de résiliation, le praticien restitue au Directeur de la Santé et de la Population le reliquat des dispositifs intra-utérins mis à sa disposition.

Fait à, le

Le Directeur de la Santé et de la Population

Le praticien

Annexe II

I- Tarifs appliqués pour les actes relatifs à l'utilisation du dispositif intra-utérin (DIU)

- Pose de DIU : 200DA
- 2^{ème} et 3^{ème} contrôles de DIU : 100 DA
- Examen avec échographie : 400 DA
- Retrait du DIU : 100 DA

II- Participation des gynécologues privés à la promotion du DIU Fiche mensuelle d'évaluation

Wilaya de : année : mois : N° de la convention :

Nom du médecin :

Adresse :

Nombre de DIU reçus :

Nombre de pose de DIU effectuées :

Nombre total de contrôles :

Nombre de premiers contrôles :

Nombre de 2^{ème} contrôles et suivants :

Nombre d'échographies :

Nombre de personnes reçues au titre de l'aide sociale :

Répartition des contraceptrices par tranches d'âge :

Groupe d'âge	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et +
Nombre de consultantes						

Problèmes rencontrés :

- Nombre d'expulsions :
- Nombre total de retrait :
- " retraits pour problèmes médicaux :
- " retraits pour convenance personnelle :
- " retraits avec réinsertion :

III- Formulaire individuel (personnes à prendre en charge sur le fonds national de solidarité)

Nom : Prénom :

Age : Adresse :

N° de carte :

Nature de la prestation :

- Pose de DIU :
- 1^{er} contrôle :
- contrôle avec échographie :
- 2^{ème} et 3^{ème} contrôle :
- retrait :

Observations :

Fiche technique : matériel requis pour la pose et le retrait

- Stérilisateur
- Lampe d'examen
- Hystéromètre
- Spéculum
- Pincettes (Pozzi,- Kocher,- pincettes à pansement,...)
- Ciseaux
- Solutions antiseptiques ; gants
- Echographe (éventuellement)

Le Ministre,

INSTRUCTION N 04 /MSP/MIN 31 JUI 2001

OBJET : RENFORCEMENT DU PROGRAMME DE SANTE ET DE LA REPRODUCTION ET PLANIFICATION FAMILIALE

DESTINATAIRES :

Madame et Messieurs les Walis " pour information "

A: Mesdames et Messieurs les Directeurs de Santé et Population des Wilayas (tous) pur exécution et diffusion aux Directeurs des Secteurs Sanitaires.

La réalisation des objectifs nationaux fixés en matière de population implique la réactivation des programmes de santé reproductive et planification familiale (SR/PF). En effet, malgré les résultats tangibles enregistrés au niveau national en la matière, des écarts importants sont encore observés entre les Wilayas, appelant ainsi à l'élaboration de stratégies plus ciblées et tenant compte des spécificités locales.

Dans ce sens, l'enquête sur la santé de la mère et de l'enfant réalisé par le Ministère de la Santé et de la Population en 2000, indique une progression importante du recours à la planification familiale, avec un taux de prévalence de la contraception, toutes méthodes confondues, passant de 26,9% en 1995, à 64% en 2000. Toutefois, cette avancée de la pratique contraceptive au niveau national, masque d'une part une faible augmentation de l'utilisation des méthodes modernes (de 49 à 50.1% entre 1995 et 2000) et d'autre part, des disparités importantes entre les régions du pays. C'est ainsi que le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception, qui est par ailleurs un révélateur du " dynamisme " des structures de santé, se situe à 56.1% à l'Ouest du pays contre à l'Est, 48.5% au Centre et 29.8% dans la région du sud. Du " dynamisme " des structures de santé de santé, se situe à 56.1% à l'Ouest du pays contre 55.5% à l'Est, 48.5% au Centre et 29.8% dans la région du sud.

Il est à noter que les régions elles-mêmes ne sont pas homogènes et des inégalités sont souvent apparentes au sein d'une même région, entre les différentes wilayas qui la composent.

C'est pourquoi , il a été décidé que l'année 2001 soit marquée à la fois par une relance effective des activités, notamment dans les wilayas qui enregistrent les résultats les plus faibles, et par une déglobalisation des programmes , en fonction de la situation particulière de chaque Wilaya .

La nouvelle dynamique à impulser à l'échelon de la wilaya, dans le domaine de la santé reproductive et planification familiale, doit viser tout particulièrement:

- l'optimisation des moyens humains et matériels existants ;
- l'adéquation de l'offre de services aux besoins des populations concernées ;
- l'amélioration qualifiant les prestations de SR/PF;
- la gestion rigoureuse des produits contraceptifs et médicaments essentiels;

1/- Amélioration de l'organisation générale des services de santé de la reproduction et de la planification familiale (SR/PF)

les gestionnaires sont tenus d'assurer au niveau des structures de base, une intégration effective des activités de SR/PF au plan organisationnel et fonctionnel. L'ensemble des personnels, autres que le personnel médical et les sages-femmes, doit être à même d'orienter convenablement les femmes en consultations de SR/PF.

Conformément à la réglementation en vigueur en matière d'horaires de travail, les services de SR/PF doivent être rendus disponibles tous les jours ouvrables par du personnel qualifié (médecin ou sage femme).

Dans ce volet, on veillera tout particulièrement à :

Une implication effective du corps des médecins généralistes en particulier ceux ayant bénéficié des sessions de perfectionnement initiées par la Direction de la Population.

Une stabilisation des sages-femmes recyclées, au niveau des structures de protection maternelle et infantile.

Les secteurs sanitaires ne bénéficiant pas de la couverture minimum requise en médecins et en sages-femmes devront, en liaison avec les DSP procéder à l'une ou l'autre des mesures correctives suivantes :

- Redéploiement des ressources humaines dans la mesure du possible, dans le sens d'une répartition plus équitable;
- Assurer un roulement de personnels qualifiés (rotation à raison d'un ou deux jours par semaine au minimum) au niveau des structures qui en sont dépourvues, notamment dans les zones défavorisées et/ou enclavées;
- Organiser et mettre en place des services itinérants de soins de santé reproductive essentiels (surveillance des grossesses, planification familiale, suivi post-partum).

Dans ce volet particulier de l'amélioration de la couverture sanitaire médicale, on veillera à l'exécution des conventions passées avec les médecins spécialistes privés et à leur contrôle.

Le respect des règles d'hygiène et d'asepsie doit impérativement prévaloir, dans le cadre de l'exécution des activités de santé de la reproduction. Toute négligence en ce sens peut en effet entraîner des complications infectieuses graves en générant des états morbides, lourds de conséquences pour la femme.

Des structures et de dégager, à temps plein et permanent, un ATS chargé de la décontamination et du nettoyage de la petite instrumentation et matériel. Il reste entendu que la stérilisation reste du domaine d'intervention de la sage-femme.

2/- Amélioration du service " conseil "

Une information large et complète, sur l'ensemble des mesures contraceptives disponibles, devra être donnée à la consultante et, ce à l'effet d'assurer la pleine adhésion de l'utilisatrice et par là même d'améliorer la continuité de la méthode choisie.

Pour dispenser les informations, le personnel devra s'aider de tout support de démonstration disponible (maquette, dépliants, affiches).

S'agissant spécifiquement de la promotion du dispositif intra-utérin, il ressort très nettement (d'après l'enquête nationale sur les facteurs de résistance à l'utilisation du DIU) que ce procédé est mal connu par les femmes, il conviendra ainsi de développer des actions de vulgarisation en vue de renforcer l'information et à terme l'utilisation de cette méthode.

A titre d'illustration, le personnel ne devra pas hésiter à retirer de son emballage pour la démonstration, un dispositif intra-utérin (parmi un lot de DIU périmés ou parmi ceux dont l'emballage est en apparence défectueux) et en permettre la manipulation.

Le matériel audiovisuel (téléviseur et vidéo incorporée) dont ont bénéficié un grand nombre de secteurs sanitaires, doit être rendu opérationnel, au niveau des salles d'attente, dans les centres de référence concernés par cette dotation ou au niveau des unités " post partum" des maternités.

Les initiatives locales, avec l'apport du mouvement associatif, sont à encourager pour la multiplication des matériaux de communication (vidéo, films...).

3/- Optimisation des ressources existantes

Il s'agit de procéder à une hiérarchisation des paliers d'intervention en matière de santé reproductive et planification familiale à travers.

L'identification par secteurs sanitaires et sous-secteurs, de structures de référence pour les soins de santé maternelle et de planification familiale, et leur dotation en moyens matériels et humains suffisants ; l'affectation des équipements acquis dans le cadre de la coopération doit cibler en priorité ces structures.

L'identification parmi les personnels prestataires et gestionnaires d'un " pool de personnes-ressources " en vue d'assurer le renforcement des capacités locales notamment en matière de pratiques contraceptives, par la formation à l'inspection et au retrait du DIU ; de renforcer les actions de supervision et de contrôle au niveau des structures.

La dynamisation des instances locales de coordination, d'animation et de suivi (comité locaux de SR/PF et de Population) qui intègrent dans leur composition le mouvement associatif, en veillant à traduire leurs recommandations plan d'action de proximité.

La disponibilité des produits contraceptifs et médicaments essentiels engage en termes de coûts, des efforts importants. Leur prescription ainsi que leur utilisation doivent être conduites dans un esprit de rationalisation. A ce titre, un système rigoureux de gestion doit être développé en faveur de ces produits et médicaments. Une évaluation des besoins, des états de stocks et des consommations, devra être périodiquement effectuée aux différents niveaux (structures sanitaires, sous-secteurs secteurs sanitaires) avec l'introduction et la tenue de fiches de stocks permettent chronologiquement de préciser le statut de la femme (selon les critères de continuité) facilitera, au niveau des structures l'activation de ce système de relance.

Il est demandé un suivi de l'instruction Ministérielle n°6 du 3.10.1998, portant systématiquement du groupage sanguin chez les femmes enceintes, et tout particulièrement de la disposition relative à la prévention du risque d'incompatibilité fœto-maternel, notamment de type Rhésus. Ce risque est estimé, au niveau national; à 2,5% des couples en âge de procréation. On assurera l'orientation des femmes, risque d'incompatibilité dépistées, vers les maternités avec un système de fiches navettes, Des commandes prévisionnelles en sérum Anti D seront établies à fréquence régulière, par les secteurs sanitaires.

J'attache une importance particulière à l'application de cette instruction.

Une évaluation trimestrielle de son exécution devra être transmise aux services concernés de l'administration centrale (Direction de la Population).

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION DE LA PREVENTION

INSTRUCTION N° 312 / MSAS/DP/SDMI DU 22 AVRIL 1992

OBJET : Promotion de l'allaitement maternel

L'enquête sur la mortalité et morbidité infanto-juvénile en 1989 a montré qu'en moyenne 62% des enfants de moins de 02 ans sont allaités au sein. Cependant cette fréquence diminue rapidement avec l'âge de la manière suivante :

94% des nourrissons sont allaités le premier mois.

55% le sont jusqu'à un an.

24% le sont jusqu'à deux ans.

La fréquence diminue également lorsque le niveau d'instruction de la mère augmente et dans les zones urbaines en général.

Ces résultats restent très faibles. Des possibilités d'améliorer cette fréquence existent, si des efforts de sensibilisation sont dirigés en faveur des 94% de femmes qui allaitent leur enfant le premier mois afin qu'elles prolongent l'allaitement maternel jusqu'à 12^{ème} mois.

L'atteinte de cet objectif nécessite la mobilisation du personnel de santé, une réorientation des activités sanitaires dans le sens d'une reprise ou d'une redynamisation des activités d'éducation sanitaire et l'abandon de certaines pratiques qui concourent à décourager l'allaitement maternel comme :

a. au niveau des maternités :

- La séparation de l'enfant de sa mère dès sa naissance et son installation dans les salles appelées pouponnières.
- La mise au sein tardive du nouveau né au 2^{ème} jour voir au 3^{ème} jour sous prétexte de l'attente de montée laiteuse.
- Le fait de donner au biberon des solutions de glucose ou de tisane avant que la lactation ne commence.
- La disponibilité d'importantes quantités de substituts au lait maternel qui suggère sinon encourage le recours (facile) au biberon.

b. au niveau des services de pédiatrie :

- l'hospitalisation des nouveau-nés ou des nourrissons sans leur mère provoquant un sevrage brutal et précoce.

Compte tenu de ce qui précède, je vous demande de prendre toutes les mesures nécessaires pour la concrétisation et l'application des directives suivantes :

I. CHANGEMENT DE CERTAINES ATTITUDES ET PRATIQUES :

La suppression des salles appelées pouponnière et l'installation des nouveaux-nés dans des lits près de leur mère.

La mise au sein dans la demi-heure qui suit l'accouchement si la mère est disposée (ou le plus tôt possible). La montée laiteuse est plus rapide si la mise au sein est précoce.

L'alimentation du nouveau-né avec des substituts au lait maternel ne doit se faire qu'en cas de stricte nécessité.

II. EDUCATION SANITAIRE :

- La mère étant le premier niveau de promotion et de protection de la santé pour l'enfant, chaque contact avec les services de santé doit être fructifié et permettre aux mères d'acquérir le maximum d'information sanitaire. A cet effet il faut :
- Organiser aux niveaux des services de maternité et des PMI des séances d'éducatives sanitaires par groupe (séances collectives) ou individuelles.

La consultation prénatale est un des moments privilégiés pour cette activité et le séjour à la maternité constitue une période clé.

III. FORMATION DE PERSONNEL DE SANTE :

Comme l'attitude du personnel de santé est déterminante pour l'échec ou le succès de l'allaitement maternel il est impératif de :

- assurer une formation continue du personnel en contact avec les mères ou les futures mères (Sages-femmes, et techniciennes affectées aux services de la PMI et de la maternité) par l'organisation de journées d'études, de conférences, la disponibilité de documentation etc....
- insister sur l'allaitement maternel pendant la période de formation aux niveaux des écoles de formation des sages-femmes et des techniciennes en soins généraux, prévoir des sujets de thèse et de mémoire sur l'allaitement maternel.

Vous voudrez bien assurer une large diffusion auprès des services concernés (pédiatrie, maternité et des unités sanitaires de base) et de me rendre compte de l'exécution de la présente instruction.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 06/ DU 06/09/1998

OBJET : Maternité sans risque prévention et prise en charge du risque hémorragique.

Dans le cadre de la protection de la santé maternelle et infantile et en particulier en vue de la maternité sans risque, il est retenu pour le court terme la prévention et la prise en charge du risque hémorragique identifié comme l'un des facteurs majeurs de morbidité et de mortalité maternelle

Parmi les mesures prioritaires retenues figure la nécessité absolue du groupage sanguin systématique des femmes enceintes se présentant en consultation prénatale.

La mise en œuvre de cette disposition implique :

- le renforcement de la captation des femmes enceintes visant à la généralisation de la surveillance de la grossesse et le respect de quatre consultations prénatales au minimum,
- la systématisation du groupage sanguin chez les femmes enceintes, pour ce faire il est demandé :
 - de procéder à un contrôle auprès des femmes disposant déjà d'une carte de groupage.
 - de faire procéder dès la première consultation à l'identification du groupe sanguin et Rhésus des femmes dont le groupe n'est pas connu.
- les femmes enceintes Rhésus négatif étant considérées potentiellement comme grossesse à risque, il sera en conséquence procédé systématiquement au groupage du conjoint ; le groupage et Rhésus du conjoint sera mentionné sur la carte de la parturiente.
- le personnel de santé est chargé de sensibiliser les femmes sur l'importance de ce document et sur la nécessité de le faire valoir lors de toute consultation et / ou hospitalisation et notamment en cas d'urgence.
- l'application de ces dispositions nécessite la mobilisation des services de santé en vue d'assurer :
 - * l'information et l'orientation des femmes enceintes ;
 - * la facilitation de l'accès des femmes aux services chargés de réaliser cet examen paraclinique ;
- la sensibilisation des personnels pressentis pour la systématisation effective du groupe ;
- la gestion des produits et consommables avec les services concernés en vue d'assurer la continuité de l'action.
- il est entendu que les actions de sensibilisation doivent dépasser le cadre strict du domaine sanitaire et impliquer en particulier le mouvement associatif local.
- l'application des dispositions de la présente instruction fera l'objet d'une évaluation trimestrielle, conformément à la annexe ci-jointe, portant sur :
 - * l'impact de cette opération ;
 - * l'identification des contraintes entravant, le cas échéant, sa bonne exécution.

ANNEXE : Evaluation trimestrielle à transmettre chaque trimestre

MATERNITE DE
SOUS SECTEUR DE P.M.I DE.....
TRIMESTRE :.....

NOMBRE TOTAL DES FEMMES ENCEINTES AYANT CONSULTEES	
NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES AYANT ETE GROUPEES	
NOMBRE TOTAL DE CONTROLES DE GROUPAGE EFFECTUEES	
(Femmes dont le groupage Sanguin a déjà été identifié)	
NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES RH NEGATIF	
NOMBRE DE COUPLES A RISQUE D'INCOMPATIBILITE RHESUS	

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION
DIRECTION DE LA PREVENTION
MSP/DP/SDSM

INSTRUCTION N°571 DU 08 OCT 2000
RELATIVE A LA PREVENTION DE LA MALADIE
HEMMORAGIQUE DU NOUVEAU-NE

DESTINATAIRES :

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population (tous).
Messieurs les Directeurs Généraux des CHU (tout).
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires (tous).
Messieurs les Directeurs des EHS (tous)

EN COMUNICATION A

Mesdames et Messieurs les Chefs des Services de Gynécologie obstétrique et des maternités cliniques et privées.
Mesdames et Messieurs les Chefs des Services de pédiatrie.
Messieurs les Responsables des PMI.

(POUR EXECUTION)

Messieurs les Présidents des Conseils Régionaux de la Santé.
Messieurs les Directeurs des ORS

(POUR INFORMATION)

OBJET : Prévention de la Maladie Hémorragique du Nouveau-né

Dans le cadre de l'application du programme national lutte contre la maladie et la mortalité maternelle et prénatale la prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né s'impose de la période néonatale.

La maladie hémorragique du nouveau-né est liée à un défaut transitoire en facteurs de la coagulation vitamine K1 dépendant du fait des faibles réserves du gélus en vitamine K1.

A la naissance tout nouveau-né doit recevoir de la vitamine K1 selon le schéma suivant :

1- Chez le nouveau-né quelque soit son terme ou son poids de naissance :

Administrer une dose unique de :

01 mg de vitamine K1 en intramusculaire, dans les 06 heures suivant la naissance.

2- Chez les femmes enceintes traités par les barbituriques ou les Antiépileptiques :

Administrer :

- 01 fois/semaine 10-20 mg de vitamine K1 par voie intramusculaire pendant les deux dernières mois de la grossesse.

- Une autre injection de 10 mg de vitamine K1 par voie intramusculaire 04 heures avant l'accouchement.

3- Chez les nouveau-nés issus de mères traités pendant leur grossesse par les Barbituriques ou les Antiépileptiques :

Administrer une dose de charge de :

- 05 mg de vitamine K1 par voie intramusculaire.

Je vous prie de bien vouloir veiller à l'application de la présente instruction dont l'importance ne saurait vous échapper.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

مدير الوقاية
الأستاذ ع. سميد

INSTRUCTION N°02 DU 15 JUILLET 1996

DESTINATAIRES :

« Pour Information »

Directeur Santé et Protection Sociale (Tous)

Directeur des Secteurs Sanitaires (Tous)

Directeur Général CHU (Tous)

« Pour Application »

Chefs de service de :

Gynécologie-Obstétrique –Maternité-Pédiatrie –C T S –Hématologie-SEMEP-Laboratoires-Pharmacie-Médecin chef de sous secteur.

OBJET : - Conduite a tenir devant une femme du groupe Rhésus négatif dont le conjoint est du groupe Rhésus Positif.

- Modalités d'Utilisation de l'Immunoglobuline Anti – D.

On définit comme Rhésus Négatif tout sujet pour lequel la recherche du Rhésus standard D., complétée par le D " est négative.

Ainsi, devant un Rhésus Négatif, la première grossesse d'un enfant Rhésus Positif met l'organisme maternel en « alerte ».

En effet, un faible passage d'hématies Rhésus positif du fœtus dans la circulation maternelle, peut induire la fabrication chez la mère d'anticorps anti-rhésus.

Une situation similaire peut se voir en cas d'avortement.

Le premier enfant sera indemne, mais la mère peut-être, dans ce cas sensibilisée ce qui se manifestera biologiquement par la présence d'agglutinines irrégulières anti D (Recherche d'Agglutinines Irrégulières positive « RAI + »).

Lors d'une grossesse ultérieure, les anticorps ou agglutinines maternelles traversent la barrière placentaire et circuleront dans le sang fœtal.

A ce moment là, deux situations sont observées :

- Le fœtus est Rhésus positif comme son père.

Dans ce cas, les anticorps anti-D se fixent sur les hématies fœtales et les lysent entraînant une anémie hémolytique fœtale ou néonatale.

Elle sera d'autant plus sévère que le titre des anticorps maternels est élevé.

(*)- Du est une variante de l'Ag D qui s'exprime très faiblement.

PREVENTION

Toute femme Rhésus Négatif doit être considérée comme une personne à risque pour son enfant.
Tout nouveau-né de mère Rhésus négatif doit être groupé dès sa naissance avec recherche du Du éventuellement.
Cette femme doit bénéficier d'une prévention se situant à deux niveaux :

PREVENTION DURANT LA GROSSESSE :

Recherche systématique et répétée des anticorps anti-D (R.A.I).
Surveillance de l'évolution du titre d'anticorps en cas de R.A.I positive.

PREVENTION APRES L'ACCOUCHEMENT :

Injection à la mère d'immunoglobuline anti D : 250 mg Intra-Musculaire dans les 72 heures au plus tard qui suivent l'accouchement.

Cette injection doit se faire :

1. Chez les femmes Rhésus négatif, après le premier accouchement d'un enfant Rhésus positif
2. Chez les femmes ayant déjà reçu le sérum anti-D pour les grossesses antérieures, l'injection doit être répétée chaque accouchement d'un enfant Rhésus positif.
3. En cas d'interruption de grossesse
4. En cas d'accouchement d'un mort-né.

CONDITIONS DE DELIVRANCE DE L'IMMUNOGLOBULINE ANTI- D

L'immunoglobuline anti-D est un produit qui ne doit être utilisé que dans les situations concernées ci-dessus.

Sa délivrance obéit à certaines règles :

Elle ne se fera que sur présentation d'un dossier comprenant :

Une demande signée du médecin traitant

Un certificat attestant l'accouchement

La carte du groupage de la mère et du nouveau-né

Le résultat du test de COOMBS direct chez le nouveaux-né (*)

Le résultat récent d'une Recherche d'Agglutines Irrégulières chez la mère.

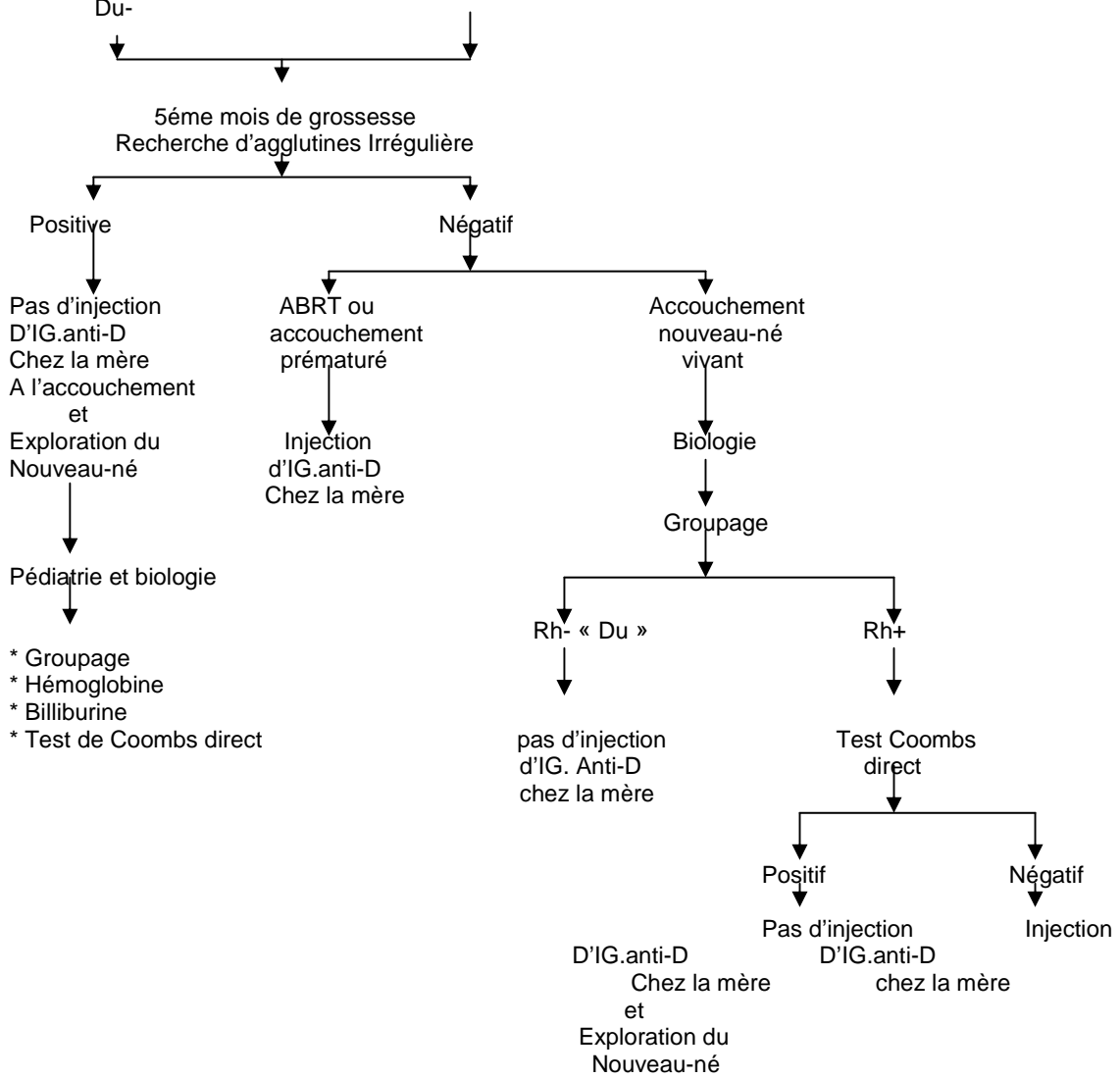
Ce dossier doit être présenté au service distributeur (Pharmacie hospitalière) par un personnel médical ou paramédical habilité.

(*) Si le test de COOMBS ne peut être réalisé, se référer à la CAT 2

1 CONDUITE A TENIR DANS UN CENTRE EQUIPE

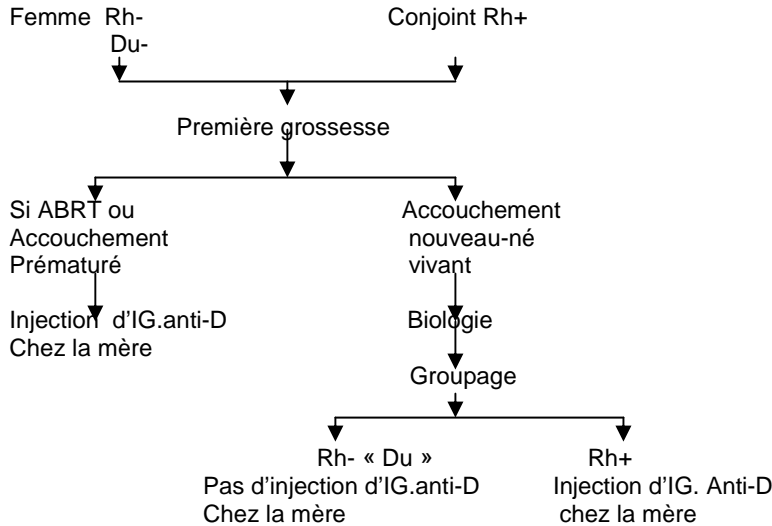
femme Rh-
Du-

Conjoint Rh+



(pédiatrie-biologie)

2 CONDUITE A TENIR DANS UN CENTRE NON EQUIPE



NB : Une fois cette femme captée et identifiée par les services de santé, pour toute grossesse ultérieure, elle devra être prise en charge par un spécialiste en gynéco-obstétrique ou se référer à un centre équipé à chaque fois que cela est possible

L'injection d'immunoglobuline anti D est INUTILE et ne DOIT PAS SE FAIRE pour les cas suivants :

- Chez la mère déjà immunisée et dont le sang contient des agglutinines irrégulières (RAI+)
- Chez la mère Rhésus négatif et dont l'enfant est Rhésus négatif.
- Chez une femme Rhésus négatif dont le conjoint est Rhésus négatif.
- Dans les incompatibilités dans le système Rhésus autre que le grand D (exemple c ;e).
- Dans les autres systèmes du groupe (exemple : Kell).

IMPORTANT

- Seules 10% environ des femmes Rhésus négatif s'immunisent, d'où l'intérêt de la recherche d'agglutinines irrégulières pendant la grossesse, même après une R.A.I Négative.

Si le délai de 72 heures après accouchement est dépassé, sans excéder une semaine, l'injection d'immunoglobuline anti D peut être faite, mais son efficacité ne peut être garantie.

PLAN D'ACTION D'ELIMINATION DU TETANOS NEO-NATAL « T.N.N »

1- INTRODUCTION

L'élimination du tétanos néonatal -TNN- s inscrit dans le cadre de lutte contre la mortalité infantile notamment en matière de vaccination.

En effet notre pays continue d'enregistrer des cas de tétanos dont 3/4 environ sont des TNN.

Par ailleurs certaines régions de part leur contexte socioculturel et économique sont particulièrement vulnérables essentiellement en zone éparses. C'est la qu'est enregistré le plus fort taux d'accouchement à domicile.

2- ANALYSE DE LA SITUATION

1. Données démographiques

1.1 Population de femmes en âge de procréer

elle représente 22/100 environ de la population générale

En 1990 il y a plus de 6 millions de femmes à prendre en charge sur

le plan de la vaccination et des accouchements en milieu assisté.

1.2 Nombre annuel de naissances

En 1991 il y a eu 755.459. Il y a donc de 750.000 enfants par an qui pourraient être protégés contre le TNN si les mères sont vaccinées.

2- Incidences du TNN

1991 = 42 cas de tétanos ont été déclarés au Ministère de la Santé ainsi qu'à l'Institut National de Santé Publique.

29 de ces cas sont des tétanos néonataux -70/100 Ces cas sont survenus dans les zones éparses ou résident

30/100 de la population algérienne.

3- Couverture Vaccinale des Femmes

Jusqu'à Décembre 1992 seule les femmes enceintes étaient vaccinées dans le cadre de la lutte contre le Tétanos

Néonatal trois 3 prises vaccinales étaient pratiquées.

L'enquête d'Avril 1991 montre les taux suivants

• 23/100 des femmes enquêtées ont reçu 1 dose de VAT

• 20/100 des femmes enquêtées ont reçu 2 doses de VAT

• 6/100 des femmes enquêtées ont reçu 3 doses de VAT

Ces taux restent très bas eu égard à la couverture sanitaire du pays.

4- Accouchements

Selon des enquêtes près de 80% des accouchements se font en milieu assisté. Cependant ce taux est très différent d'une région à une autre du pays.

3- OBJECTIFS DU PLAN D ACTION

1- Elimination du tétanos néonatal d'ici l'an 1995

- Atteindre un taux de couverture vaccinale au VAT d'au moins 80% des femmes en âge de procréer aussi en milieu urbain ou éparses.

3- Atteindre un taux d'accouchements en milieu assisté d'au moins 90%.

IV- STRATEGIE D'ELIMINATION DU TETANOS NEONATAL

La stratégie repose sur 7 éléments essentiels :

1 – la vaccination antitétanique :

Augmenter rapidement la couverture vaccinale de la population en âge de procréer et en particulier des femmes enceintes

1.1 Introduction du calendrier vaccinal à 5 doses de l'OMS.

1.2 Vaccination systématique à tout contact -consultation pour elle-même ou autre raison.

1.3 Renforcement des sorties des équipes mobiles essentiellement en zone éparses.

1.4 Organisation de campagne de vaccination au niveau des secteurs sanitaires.

1.5 Adaptation des journées Maghrébines de Vaccination au programme d'éradication du Tétanos Néonatal.

1.6 Adoption d'une carte de VAT standard.

1.7 Intégration de la vaccination antitétanique aux activités d'hygiène scolaire.

1.8 Sensibilisation du secteur privé à la vaccination antitétanique

2- Respect des règles d'asepsie pendant et après l'accouchement

2.1 Favoriser et augmenter le taux d'accouchement en milieu assisté surtout en zone éparses par une meilleure captation des femmes enceintes.

2.2 Promouvoir et recommander le respect des règles d'asepsie du cordon ombilical essentiellement pour les accouchements à domicile.

2.3 Renforcer les consultations prénatales

2.4 Encourager et redynamiser les consultations post-natales.

2.5 Lutter contre les méthodes et gestes traditionnels.

3- Surveillance épidémiologique du Tétanos Néonatal

3.1 Diffusion de la définition standard du cas de TNN -OMS-

un cas de TNN devrait être suspecte quand un enfant a présente les 3 symptômes suivants :

- Cri et tétées normale pendant les 2 premiers jours de la vie
- Début de la maladie entre le 3eme et le 2eme jour de la vie
- Incapacité à téter suivie par une rigidité et/ou des convulsions.

3.2 Déclarer séparément les cas de TNN

3.3 Institution de la déclaration * zéro cas de TNN * c est le zéro reporting

* dans le support des maladies a déclaration obligatoire déjà existant dans les unités et adresse hebdomadairement,

3.4 Evaluation de la completeness de la notification

3.5 Investigation des cas de TNN déclarés en vue de la détermination des causes. Utiliser la fiche d'enquête TNN.

3.6 Evaluation de la situation a l'échelle du secteur sanitaire * S,S* et de la Wilaya.

3.7 Elaboration de la carte ou sont apparus les cas de TNN au niveau du secteur sanitaire et la Wilaya -zone a risque.

4- Communication et Mobilisation Sociale

Etablir un programme qui insistera sur

- l'intérêt de la vaccination antitétanique
- le calendrier vaccinal
- la nécessité de l'aseptie du cordon
- le danger des traitements traditionnels du cordon ombilical
- l'intérêt de l'accouchement en milieu assisté

Ce programme se fera a destination des personnels de santé et de la population.

5- Dynamisation de la formation

Elle sera axée sur :

- la situation épidémiologique du TNN
- le calendrier vaccinal antitétanique
- la notion de vaccination des FAP a tout contact avec les structures de santé.
- le danger des méthodes traditionnelles de traitement de la plaie ombilicale
- l'investigation ou enquête épidémiologique du cas de TNN
- l'éducation sanitaire en matière de TNN

6- Supervision du programme national d'élimination du TNN

C'est une étape importante pour s'assurer du bon déroulement de l'exécution du programme

- au niveau du secteur sanitaire pour le SEMEP
 - au niveau de la Wilaya pour le responsable du PEV ou de la PMI
- au niveau de la centrale par les membres du comité technique PEV.

Elle sera axée sur le terrain sur :

- l'identification des problèmes après l'analyse de la situation
- le choix des stratégies et la mise en place de solutions appropriées.

7- Evaluation

Elle sera basée sur les éléments suivants

- le nombre de cas de TNN notifiés
- le nombre d'enquêtes faites autour des cas
- le pourcentage des structures qui déclarent - zéro cas -
- le taux d'accouchement en milieu assisté
- le taux de couverture vaccinale au VAT.



Maladies à Transmission Hydrique

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DES
COLLECTIVITES LOCALES

MINISTRE DE LA SANTE
PUBLIQUE

MINISTERE DE L'HYDRAULIQUE DE
L'ENVIRONNEMENT ET DES FORETS

N°02/DDL/87

ALGER, le 13 Janvier 87

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE

A

MESSIEURS LES WALIS
EN COMMUNICATION A :
MESSIEURS LES CHEFS DE DAIRA
LE PRESIDENT DU C.P.V.A
LES PRESIDENTS D' A.P.C.

OBJET : Prévention des maladies à transmission hydrique

REF : Décret du C.I.M du 14 décembre 1986

L'évolution des maladies à transmission hydrique durant cette dernière décennie, s'est caractérisée par une extension géographique et une augmentation régulière du nombre de cas enregistrés.

Les principaux facteurs à l'origine de ces maladies résident essentiellement dans :

l'insuffisance des ressources hydriques mobilisées et distribuées ;
l'existence de zones à population sous-desservies, en milieu urbain, et de zones défavorisées en milieu rural ;
lé généralisation des rejets sauvages des eaux usées, notamment dans les oueds et les pages ;
les faiblesses dans la prise en charge des installations hydrauliques existantes et dans le contrôle et le traitement des points d'eau (réservoirs, puits, sources) ;
l'irrigation des cultures maraîchères par les eaux usées ;
l'absence de traitement des puits en milieu agricole.

Cette situation a engendré une endémicité de certaines maladies graves, sévissant à longueur d'année, avec parfois des flambées spectaculaires et massives.

Il est évident que les maladies à transmission hydrique, outre les nombreuses pertes en vies humaines, ont une incidence financière importante sur le budget de l'état, à travers les frais induits par les coûts de la prise en charge médico-sanitaire, des pertes sur le plan économique et la charge sociale.

Ainsi, l'estimation financière des seuls coûts de la prise en charge médico-sanitaire, fait ressortir un montant annuel de un (1) milliard de dinars soit l'équivalent de :

Toutes les opérations d'assainissement inscrites au titre du plan annuel 1989.

L'ensemble des crédits de paiement affectés aux communes au titre des PCD pour la tranche 1985.

Compte tenu des risques potentiels de ces maladies, la direction politique a pris, tout un ensemble de mesures aux différents plans politiques, législatifs, réglementaires et financières.

Cependant les mesures arrêtées n'ont pu aboutir aux résultats escomptés en raison des insuffisances et difficultés enregistrées d'une part, et à l'absence d'une prise en charge rigoureuse et permanente des opérations de prévention d'autre part.

C'est ainsi, qu'à la faveur des missions d'inspection de contrôles et d'évaluation dans plus de 40 wilaya du comité interministériel chargé du suivi quotidien du programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique, durant l'été 1986, il a été confirmé que la responsabilité collective et individuelle est en grande partie à l'origine de la propagation de ces maladies à transmission hydrique ; elle était due également à :

L'absence d'une prise de conscience réelle des risques encourus ;
L'irrégularité des actions de prévention, de contrôle et suivi, et de traitement des points d'eau ;
l'absence d'évaluation des mesures prises ;
au manque de coordination et de concertation.

De toute évidence, l'éradication de toutes ces maladies, réside dans la volonté et la capacité des élus, responsables et services techniques à tous les échelons, d'assurer la prise en charge correcte, rigoureuse et surtout permanente des opérations de prévention, de contrôle et de surveillance .

Dés lors, il est impérieux de mettre en œuvre le programme d'action qui a été adopté par le C.I.M du 14 décembre 1986, en vue de réduire les risques potentiels pour l'année 1987 d'une part et d'entamer le processus d'éradication de ces maladies a plus long terme d'autre part.

Ce programme devra s'articuler sur des supports conséquents au plan organisationnel, humain, financier et matériel, et exige pour son exécution la mobilisation soutenue des collectivités locales ainsi que l'ensemble des secteurs et opérateurs concernés (Ministère de l'agriculture, des industries, du commerce, du tourisme).

Les actions prioritaires a concrétiser à partir du mois de janvier 1987 par les secteurs de l'hydraulique de la santé et par les communes devront permettre d'assurer d'ici juin 1987 :

1- PAR LE SECTEUR DE L'HYDRAULIQUE :

Le lancement d'une enquête nationale sur l'A.E.P et l'assainissement ;
Le recensement, la protection et le traitement régulier des réservoirs et châteaux d'eau gérés par les E.P..
L'équipement des ouvrages de traitement des eaux distribuées ;
L'achèvement du programme planifié de rénovation et d'extension des réseaux de distribution et d'assainissement en cours au niveau de plusieurs grandes agglomérations ;
La réhabilitation de 10 Stations d'épurations des eaux usées urbaines déjà diagnostiquées ;
La conception et la diffusion de procédés techniques (bassins de décantation-fosses septiques collectives....) ;
L'élaboration de textes relatifs aux conditions et normes de potabilité, à la concession des réseaux d'assainissement et à la concession du domaine public hydraulique.

2- PAR LE SECTEUR DE LA SANTE :

le renforcement du système de surveillance épidémiologique ;
l'actualisation du programme de contrôle de l'hygiène du milieu et de l'assainissement ;
le développement du réseau de laboratoire d'hygiène des wilaya des grosses agglomérations et secteur sanitaires ;
le développement du contrôle en hygiène alimentaire ;
le renforcement de l'hygiène et de la salubrité dans les établissements sanitaires.

3- PAR LES COMMUNES :

la stricte interdiction de l'irrigation par les eaux usées ;
le recensement, la protection, et le traitement régulier des puits collectifs ;
le recensement, la protection, le captage des sources et la construction des bassins permettant le traitement des eaux alimentant les populations ;
le recensement, la protection et le traitement des réservoirs et châteaux d'eau non pris en charge par les entreprises de gestion des eaux (EPE) ;
l'approvisionnement par citernes d'eau javellisée des communautés dépourvues d'eau potable ;
la déclaration et le traitement régulier par leurs propriétaires des puits privés servant à l'alimentation en eau ;
la construction de fosses septiques collectives; bassins de décantation sur la base des normes et fiches techniques élaborées par le MHEF ;
la rénovation et la réhabilitation des fontaines publiques existantes ;
la redynamisation des commissions d'hygiène et des décisions de contrôle et de suivi.

A cet effet, il vous est rappelé toutes les instructions et directives précédentes demeurent en vigueur, de même que la continuité des actions et missions des organes de surveillance et de suivi.

Des instructions complémentaires précisant les modalités et conditions de mise en œuvre et de suivi, vous parviendront incessamment.

Aussi, il vous est demandé d'organiser des réunions avec l'exécutif de wilaya d'une part, et les présidents d'A.P.C et responsables de Kasmate d'autre part, en vue de les sensibiliser et les mobiliser pour assurer la concrétisation effective de ce programme et d'entamer d'ores et déjà les opérations de chaulage et de javellisation.
En outre, la mise en œuvre d'un tel programme fera l'objet d'un suivi régulier et d'une évaluation périodique, par les comités permanents qui seront institués tant à l'échelle nationale, qu'à l'échelle local de la wilaya, de la Daïra et de la commune.

Par ailleurs, une réunion se tiendra le 28 janvier 1987 à Alger regroupant les Ministères concernés et les responsables locaux de la wilaya, de l'hydraulique et de la santé.

LE MINISTRE DE L'INTERIEUR ET
DES COLLECTIVITES LOCALES
M. HAMED YALA

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DJAMEL HOUHOU

LE MINISTRE DE L'HYDRAULIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DES FORET

MOHAMED. ROUGH

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DES COLLECTIVITES LOCALES
DIRECTION DU DEVELOPPEMENT LOCAL

REF : 10/DDDL/87

Alger, le 17 février 1987

INSTRUCTION

LE COMITE NATIONAL CHARGE DU SUIVI DU PROGRAMME DE PREVENTION DES MALADIES
A TRANSMISSION HYDRIQUE

A

MESSIEURS LES WALIS
EN COMMUNICATION A MESSIEURS :
LES CHEFS DE DAIRA
LE PRESIDENT DU C.P.V.A
LES PRESIDENTS D' A.P.C

OBJET : A/S programme de prévention des maladies a transmission hydrique / création de décharge contrôlées communales et / ou intercommunales des résidus urbains.

REFE : Décisions du conseil des ministres du 14/01/1987

Circulaire Interministérielle N°02/DD/L/87 du 12/11/1987

Instruction Interministérielle (A) N°508 /SGOL/DAFL/SDSFSPL/ DU 30/16/1983.

Parmi les mesures contenues dans la circulaire interministérielle N°02/DDDL/87 du 13 janvier 1987, figure la création et l'aménagement de véritables décharges contrôlées des déchets solides urbains.

En effet la prolifération des rejets sauvages la généralisation d'un des facteurs à l'origine de la propagation des maladies à transmission hydrique de pollution de nappes aquifères et Oueds, et de pollution de l'environnement et d'atteinte à la santé publique d'une manière générale.

A ce titre, il est utile de vous rappeler que le Ministère de l'intérieur et des collectivités locales a organisé plusieurs cycles de formation et de recyclage en direction des élus et responsables locaux d'une part, et a assuré une large diffusion de documents techniques et textes réglementaires (traités de gestion, guides pratiques, cahiers techniques, instructions A à 1 – etc.....) en vue de permettre aux collectivités locales, d'assurer la prise en charge correcte : de la gestion, de l'élimination et du traitement des résidus urbains, conformément aux directives et instructions édictées en la matière .

Aussi, les communes sont-elles tenues de procéder, à la mise en place de décharges publiques véritablement contrôlées, pour les grandes et moyennes agglomérations, et surveillées pour les petites agglomérations dans le respect des normes et techniques contenues dans l'instruction « A » visée en référence, cette opération devrait se traduire par :

1)- l'aménagement des décharges publiques existantes en décharges contrôlées.

2)- la création de décharges contrôlées nouvelles dans les agglomérations qui sont dépourvues, en favorisant toujours celles du type intercommunal, afin de réduire les coûts de réalisation, les frais d'exploitation et éviter la multiplication des foyers de pollution et nuisances.

La concrétisation de ce programme requiert d'une part l'utilisation rationnelle et optimale des ressources et moyens locaux et d'autre part une mobilisation et un suivi rigoureux par les autorités locales et les responsables des services techniques concernés (en particulier ceux de l'environnement et des forêts).

En matière d'équipement il y a lieu d'insister particulièrement sur les moyens à dégager sur les parcs existants à l'échelle de la commune ou de la wilaya d'une part, et sur leur disponibilité constante sur la décharge d'autre part (compactage et recouvrement des déchets.....).

En matière de financement, si plusieurs wilayas et communes ont bénéficié des subventions allouées par le FCSL en 1985 et 1986, il reste que le taux de réalisation, et la consommation des crédits sont nettement insuffisants.

Quand aux autres wilayas et communes elles sont invitées à proposer l'inscription d'opération de création de décharges contrôlées au titre des PCD et des subventions allouées par le FCSL, dans leurs tranches annuelles respectives, crédits y afférents devront être utilisés selon leur objet et dans le respect rigoureux des délais fixés.

Par ailleurs, des missions de suivi et de contrôle seront organisées à travers les wilayas et communes bénéficiaires et le cas échéant il sera procédé à des retraits de crédits, pour les affecter à d'autre collectivités locales.

Toutes les actions de mise en place de décharge contrôlées devront faire l'objet d'un rapport bimensuel, qui sera adressé à la tutelle et au comité national et qui fera ressortir le bilan des opérations engagées à partir de janvier 1987, les résultats réels obtenus, et les contraintes éventuellement rencontrées.

Messieurs les walis, les chefs de Daïras et présidents d'A.P.C, devront veuillez, chacun en ce qui le concerne, à l'application de ces mesures et assurer toutes les conditions nécessaires à leur exécutions.

COPIE A :

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE (S.G)

PREMIER MINISTRE (CABINET)

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (S.G)

MINISTERE DE L'HYDRAULIQUE ENVIRONNEMENT ET DES FORETS (S.G)

MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE (S.G)

MINISTRE DU COMMERCE (S.G)

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION.

CIRCULAIRE N° 11/MSP/CAB/ DU 06 FEVRIER 1993

Destnataires:

- MESSIEURS LES WALI – TOUS -

OBJET : Relance du programme national de lutte contre les maladies à transmission hydrique

La persistance de foyers épidémiques de fièvre typhoïde et d'hépatites épidémiques ainsi que la faible pluviométrie enregistrée au cours des premiers mois de la saison hivernale constituent des facteurs de risques considérables d'aggravation de la situation épidémiologique des maladies à transmission hydrique.

A l'effet de consolider les résultats encourageants enregistrés les dernières années dans la lutte contre ces affections, j'ai l'honneur de vous rappeler la nécessité de relancer et développer l'activité de tous les « comités de suivi du programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique » au niveau de la wilaya, de la daïra et de la commune. L'efficacité de ces comités s'est avérée comme instrument privilégié de cette lutte. Aussi convient-il selon un calendrier préétabli de séances de travail et de sorties sur le terrain, de redéployer l'action de ces comités pour la saison hivernale 1993 autour de la réalisation et du suivi des recommandations suivantes :

Evaluer les moyens matériels disponibles (ou à commander) indispensables à la mise en œuvre du programme.

Assurer, en étroite collaboration avec les services de l'hydraulique, le traitement et les contrôles chimique et bactériologique des eaux destinées à la consommation humaine en maintenant un taux de chlore actif libre de 0,2 à 0,4 mg/l en période normale et 0,4 à 0,6 mg/l en période épidémique ;

Mettre en œuvre des plans de citernage au niveau des agglomérations dépourvues d'eau potable, en assurant un approvisionnement de 20 litres d'eau /habitant et par jour ;

Œuvrer à la pose systématiquement de la brique poreuse standardisée dans les puits, en respectant les instructions y afférentes ;

Réparer les fuites d'eau potable et d'eaux usées constatées sur le réseau ;

Etablir un planning de sorties des commissions communales pour le contrôle systématique des commerces à caractère alimentaire ;

Assurer un contrôle systématique des eaux de baignade et veiller au respect des prescriptions d'interdiction de baignade touchant aux zones considérées comme dangereuses ;

Veiller au respect de l'interdiction d'irrigation par les eaux usées ;

Informers et sensibiliser les citoyens sur règles fondamentales d'hygiène individuelle et collective ;

Il appartient aux responsables des comités de suivi de veiller la réalisation intégrale de ce programme minimum.

Des missions d'inspection intersectorielle devrait être organisées dès le début de cette année à l'effet d'évaluer l'état d'avancement du programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique.

J'attache la plus haute importance à l'application des recommandations prescrites ci-dessus, ainsi qu'au contrôle et au soutien les plus conséquents aux efforts d'application.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

MOHAMED SEGHIR BABES

LE MINISTRE DE L'INTERIEUR, DES COLLECTIVITES LOCALES
ET DE L'ENVIRONNEMENT

**Arrêté interministériel du 4 Dhou El Kaada 1418 correspondant au 3 mars 1998
modifiant et complétant l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417
correspondant au 26 mai 1996 portant création, organisation et fonctionnement
du comité national de lutte contre les maladies à transmission hydrique.**

Le ministre de l'intérieur, des collectivités locales et de l'environnement,
Le ministre de la santé et de la population et
Le ministre de l'équipement et de l'aménagement du territoire,
Vu le décret présidentiel n°97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement;
Vu le décret exécutif n°90-122 du 30 avril 1990 fixant les attributions du ministre de l'équipement;
Vu le décret exécutif n°90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du ministre de la santé;
Vu le décret exécutif n°94-247 du 2 Rabie Ethani 1415 correspondant au 10 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'intérieur, des collectivités locales et de l'environnement;
Vu l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417 correspondant au 26 mai 1996 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de lutte contre les maladies à transmission hydrique.

Arrêtent :

Article 1^{er} : Le présent arrêté a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions de l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417 correspondant au 26 mai 1996 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de lutte contre les maladies à transmission hydrique.

Article 2 : Les dispositions de l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417 correspondant au 26 mai 1996 sont complétées par un *article 8 bis* rédigé comme suit :

" *Art. 8 bis.* — Il est institué au niveau de chaque wilaya un comité de wilaya, des comités de daïras et des comités communaux.

Lorsque le champ d'action d'un ou de plusieurs comités de wilaya couvre un bassin hydrographique complémentaire et solidaire, il peut être créé des comités inter-wilayas par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, des collectivités locales et de l'environnement, du ministre de la santé et de la population et du ministre de l'équipement et de l'aménagement du territoire, qui en fixe la consistance territoriale, les missions, la composition et le fonctionnement".

Article 3 : Les dispositions des *articles 9 et 10* de l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417 correspondant au 26 mai 1996 susvisé, sont modifiées ainsi qu'il suit :

" *Art. 9.* — Le comité de wilaya est mis en place par arrêté du wali.

Il se compose des membres suivants :

- le wali ou son représentant, président;
- le directeur de la réglementation et des affaires<générales;
- le directeur de la santé et de la population;
- le directeur de l'hydraulique;
- le directeur de la planification et de l'aménagement du territoire;
- le directeur des services agricoles;
- le directeur des mines et de l'industrie;
- le directeur de l'urbanisme et de la construction;
- le représentant de la protection civile;
- l'inspecteur de l'environnement.

Il peut faire appel à toute personne ou organisme dont les compétences sont jugées utiles pour les travaux du comité".

"*Art. 10.* — Le comité de wilaya se réunit une fois par semaine en séance ordinaire.

Il se réunit en cas de besoin en séance extraordinaire à la demande de l'un de ses membres.

Le secrétariat du comité de wilaya est assuré par les services du secrétariat général de la wilaya".

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

Fait à Alger, le 4 Dhou El Kaada 1418 correspondant au 3 mars 1998.

Le ministre de l'intérieur,
des collectivités locales
et de l'environnement
Mostéfa BENMANSOUR

Le ministre de la santé
et de la population
Yahia GUIDOUM

Le ministre de l'équipement
et de l'aménagement du territoire
Abderrahmane BELAYAT

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA PREVENTION ET DE L'EDUCATION SANITAIRE
SOUS DIRECTION DE LA PREVENTION GENERALE

**INSTRUCTION TECHNIQUE
N°001 / MSP / DPES du 18 JANVIER 1986**

DESTINATAIRES :

MM.	LES WALIS- CABINET	« Pour Information »
	LES DIRECTEURS DE LA SANTE DE LA WILAYA – TOUS –	« Pour exécution »
	LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES – TOUS –	« Pour exécution »

**OBJET : Chloration de l'eau des puits par procédé de la brique céramique poreuse
(ou briques rouges).**

Dans le cadre de la prévention des maladies à transmission hydrique, un procédé simple et économique de désinfection par l'utilisation de briques céramiques poreuses (ou briques rouge) a été expérimenté par les services de santé de la wilaya de Sétif.

Ce système est efficace en raison de la perméabilité des parois de la brique qui permet 24 heures après sa mise en place une diffusion des ions de chlore de façon régulière pendant une durée de 4 à 5 mois environ. Les dosages de chlore résiduel obtenus pendant les 2 premiers mois se situent entre 0,2 mg / l et 0,6 mg/l (doses largement suffisantes).

Cette méthode a eu un résultat positif sur le plan épidémiologique ; une diminution de la morbidité des maladies à transmission hydrique dans toutes les communes des secteurs sanitaires ayant réalisé le programme de chaulage des puits par procédé de brique a été observée.

De ce fait, j'ai l'honneur de vous demander de prendre les dispositions nécessaires avec la contribution des A.P.C pour le lancement de ce système à travers les communes des secteurs sanitaires de votre wilaya conformément à la fiche technique relative à la chloration de l'eau des puits par procédé de brique céramique poreuse jointe en annexe.

Le Directeur de la Prévention
et de l'Education Sanitaire

Docteur B. HADJ.LAKHEL

Recommandations pour la qualité bactériologique de l'eau de boisson

1. Introduction :

L'eau destinée à la consommation humaine doit être exempte de germes nocifs pour la santé (l'emplacement, la construction, l'exploitation et la surveillance d'un système d'alimentation en eau (avec ses réservoirs et son réseau de distribution) doivent être de nature à exclure tout risque de pollution.

Nous nous proposons dans la présente note relative à la qualité en l'eau de boisson.

- De guider les techniciens et autres personnes qui assurent la distribution, le traitement et la surveillance bactériologique des eaux.

2. Considération à prendre pour les prélèvements

2.1 Un prélèvement correct est indispensable à l'obtention de résultats significatifs et doit être considéré comme une phase préliminaire de l'analyse. On devra donc prélever l'eau avec toute précaution d'asepsie, et pour cela plusieurs conditions s'imposent.

Les échantillons seront recueillis dans des flacons soumis au préalable à un nettoyage rigoureux, et stérilisés (les eaux traitées par le chlore ou ses dérivés doivent être obligatoirement recueillies sur des flacons contenant 5 à 10 mg d'hyposulfite de sodium)

Pour le prélèvement proprement dit, on procédera de la manière suivante :

- Eaux de puits, de rivière, d'oued, tremper doucement le flacon à l'intérieur de l'eau et prélever à environ 60 cm de la surface. Eviter de toucher le fond.

- Eaux des réseaux de distribution, les prélèvements sont effectués aux robinets, supprimer tout brise-jet, raccord de caoutchouc (etc. ...) et prélever directement au robinet métallique –flamber énergiquement avant de faire le prélèvement (chalumeau ou tige métallique avec coton imbibé d'alcool).
et laisser couler l'eau pendant 5 minutes.

2.2 Pour une analyse bactériologique 0.5 à 1 litre d'eau suffit aussitôt les flacons bouchés, on protège le bouchon et le col du flacon à l'aide d'un papier, ou mieux de sparadrap. Les flacons sont étiquetés avec du sparadrap sur lequel on note.

- L'origine de l'eau

- L'adresse exacte au lieu de prélèvement

- La date et l'heure de prélèvement.

2.3 La durée de transport de l'échantillon depuis le point de prélèvement jusqu'au laboratoire chargé de l'analyse doit être la plus courte possible (moins de 8 h). L'échantillon doit être placé dans une boîte isotherme munie d'éléments réfrigérants.

2.4 Tout échantillon doit être accompagné d'une fiche de renseignements (voir annexe).

2.5 L'échantillonnage

Deux cas sont à envisager selon que l'on a affaire à la méthode de fermentation en tubes multiples ou la technique des membranes filtrantes.

2.5.1 : Cas de la méthode de fermentation en tubes multiples

Plusieurs possibilités sont à prendre en considération selon que l'on a affaire à :

- Une eau de bonne qualité du point de vue bactériologique.

- Une eau de qualité douteuse.

- Une eau fortement polluée.

Dans le 1er cas, deux échantillonnages sont possibles ;

a) Une fois 50 ml

05 fois 10ml

b) 05 fois 10 ml

Dans le deuxième cas, 02 procédés également au choix.

a) 1 fois 50 ml

5 fois : 10 ml

5 fois 01 ml

b) 3 fois 50ml

5 fois 01 ml

3 fois 0.1 ml

Dans le troisième cas :

5 fois 10 ml

5 fois 1 ml

5 fois 0.1 ml

et s'il va lieu de pousser les dilutions de 10⁻¹ jusqu'à 10⁻⁵

En résumé

L'échantillonnage Procédé au choix	Eau bonne qualité	Eau de qualité douteuse	Eau fortement polluée
A	1X 50 ml 5X 10 ml	1X 50 ml 5X 10 ml 5X 1 ml	5X 10 ml 5X 10 ml 5X 0.1 ml
B	5X 10 ml	3X 10 ml 3X 1 ml 3X 0.1 ml	

2.5.2 Cas de méthodes des membranes filtrantes

Cette technique convient dans le cas des eaux habituellement surveillées et peu polluées

- Eaux souterraines de caractère stable
- Eaux de surface traitée.

Car dans ce cas, il est possible de faire passer sur les membranes des quantités importantes d'eau Jnème 100 ml et de déceler ainsi des traces de pollution fécale .En général, on filtre.

- 100 ml
- 50 ml

On peut utiliser le schéma suivant :

Température à laquelle sont incubées les membranes (voir technique)	37°C	44°C
-Eau de distribution traitée -Eau de distribution non-traitée (puits - forage)	100 20 à 50ml	100 100 ml
-Eau de surface peu polluée -Eau de surface polluée	10 à 50ml 0.5 à 10 ml	100 1 à 10

Ce procédé est inapplicable dans le cas des eaux fortement turbides contenant des proportions notables de substances amorphes. Celle présentant un louche à 50 mm de profondeur à l'oeil nu seront examinés en utilisant la méthode des milieux liquides .

5. Surveillance des eaux

Les modes d'approvisionnement en eau potable varient beaucoup avec la densité et la répartition géographique de l'habitat -On peut considérer cependant.

- Les eaux distribuées par canalisations réseaux urbains
- réseaux privés, domaines agricoles, écoles, camp, bases, etc.

- Les eaux non distribuées par canalisation : sources et puits.
- Les eaux embouteillées.

La surveillance de la qualité bactériologique de l'eau de consommation sera effectuée en tenant compte des modes d'approvisionnement et de l'importance des populations concernées.

3. 1 Eaux distribués par canalisation

Il est nécessaire, en premier lieu d'avoir une connaissance exacte du réseau de distribution nombre, localisation et interdépendance des réservoirs châteaux d'eau, canalisation, station de pompage et de refoulement existence on non de traitement physico-chimique et surtout d'une désinfection de l'eau distribuée.

Le contrôle doit s'effectuer sous deux formes:

- Contrôle journalier, et en tout points du réseau, de la présence de chlore actif libre dans l'eau dans le cas d'eaux stérilisées par les composés chlorés (stérilisation la plus largement répandue)
- Prise d'échantillons périodique pour analyses bactériologiques.

Elles permettent de vérifier l'efficacité de la stérilisation.

3.1.1 Contrôle de la présence de chlore actif libre : (Fiche sur chloration des eaux de boissons)

3.1.2 Prise d'échantillon pour analyses bactériologiques :

Elles doivent être effectuées à deux niveaux :

a) A l'entrée du réseau de distribution

- Au moins une fois par jour les grands réseaux.
- A l'intervalle d'une semaine pour les réseaux plus petits (moins 10.000 personnes)

b) Sur 1e réseau, le nombre et la fréquence des prélèvements dépend de l'importance des populations desservies.

- Plus de 100.000 habitants : 1 échantillon par 10.000 hab et par mois.
- Moins de 100.000 habitants : 1 échantillon par 5000 hab .et par mois.

Les échantillons ne seront pas forcément prélevés chaque fois au même point mais il importe que les points soient définis après une étude minutieuse de l'habitat).

En cas de situation particulière (travaux de canalisation, travaux d'aménagement du territoire, risque de passées épidémiques). Des analyses doivent être effectuées en plus de la périodicité prévue.

3.1. 3 Opportunité des contrôles de laboratoires pour la surveillances des eaux

La présence de chlore actif libre dans une eau constitue la preuve d'une stérilisation suffisamment énergique .En conséquence l'analyse bactériologique ne doit normalement pas révéler la présence de germes fécaux dans cette eaux.

La présence de germes fécaux dans une eau TRAITÉE signifie une insuffisance de stérilisation, les contrôles de chlore actif libre pourraient le confirmer.

Il convient alors de signaler ces anomalies à l'organisme chargé du traitement des eaux afin qu'il veille au rétablissement d'une stérilisation suffisamment efficace et continue.

3.2 Les eaux non distribuées par canalisation

Les puits et sources représentent des modes d'approvisionnement en eau de consommation difficilement contrôlable en raison de leur grand nombre et de leur extrême dispersion.

3.2.1 Puits

Lorsque l'eau d'un puits sera reconnue non potable par l'analyse bactériologique, ce puits devra subir une désinfection

L'efficacité de cette désinfection devra être vérifiée par des contrôles bactériologiques ultérieurs

Dans le cas où la contamination réapparaît dans l'eau du puits, des mesures supplémentaires devront être prises.

Si la contamination réapparaît après un laps de temps assez long (15 jours, mois etc.)

Une désinfection périodique devra être envisagée et des mesures d'assainissement devront être prises.

Sources (id 3.2. 1)

3.3 Les eaux embouteillées

Leur surveillance est du ressort des organismes producteurs et des laboratoires spécialisés.

Cependant l'approvisionnement des collectivités devra être l'objet d'une surveillance particulière.

Lorsque des stocks sont constitués une analyse bactériologique doit être effectuée, avant toute distribution sur un échantillonnage de bouteilles représentatif du stock dans le cas où ces eaux ne répondent pas aux normes de potabilité, le stock devra être retiré de la consommation.

4. Examens de laboratoire

4.1 Types d'analyses

Type : examen d'une eau inconnue destinée à une distribution nouvelle

- Recherche et dénombrement des germes totaux avec indication du milieu de culture employé et la température d'incubation.

- Recherche et dénombrement des coliformes fécaux avec identification du colibacille.

- Recherche et dénombrement des streptocoques fécaux avec indication de la technique utilisée.

- Recherche et dénombrement des clostridiiums sulfite-réducteurs.

- Recherche de germes pathogènes : salmonella et V. Cholérique.

Il est recommandé de compléter l'analyse bactériologique par la recherche des bactériophages fécaux en cas où les résultats de l'analyse s'avèrent non conformes : la quantité d'eau à analyser est dans ce cas 2 à 5 litres.

Type 2 Analyse sommaire ou de surveillance (une fois par trimestre) il sera pratiqué:

- Recherche et dénombrement des germes totaux.

- Recherche et dénombrement des conformes avec identification du colibacille.

- Recherche et dénombrement des streptocoques fécaux dans le cas d'une eau non traitée

- Recherche et dénombrement des clostridiiums sulfite-réducteurs en cas d'une eau traitée.

Il serait souhaitable de pratiquer dans certains cas une recherche au échantillons d'eau de 500 ml à 1 litre.

Type 3 Analyse de surveillance réduite ou courante

- Recherche et dénombrement des coliformes totaux avec identification du colibacille

L'échantillon d'eau dans ce cas est de 350 ml

4.2 Méthodes d'analyses proposées

On envisagera le cas d'une analyse normale. Les examens à pratiquer dans ce cas sont les suivants

1) Dénombrement des germes dit totaux dans les eaux.

2) Recherche et dénombrement des coliformes avec identification des coliformes fécaux.

3) Recherche et dénombrement des streptocoques fécaux.

4) Recherche et dénombrement des clostridiiums sulfite-réducteurs,

4.2.1 Dénombrement des germes dits Totaux dans l'eau

Cette numération renseigne sur le degré de protection des nappes souterraines d'où provient l'eau à analyser. Dans ce cas un dénombrement unique et sans valeur, les examens doivent être répétés à diverses périodes de l'année, si montrent une teneur habituelle en bactérie sensiblement constante, le fait est en faveur d'une bonne protection de la nappe.

Cette numération se fait en gélose tryptone extrait de levures egar (TGEA) le nombre des dilutions étudiées dépend de la richesse de la population microbienne décelé au cours d'une première analyse.

L'incubation à 37°C permet la culture des germes pathogènes tandis qu'à 22 °C on a les germes saprophytes.

Un dénombrement sont consignés en nombre de colonies apparues par boîte par millilitre d'eau et aux différentes températures.

4.2.2 Recherche et dénombrement des conformes et de l'Eschérichia-coli

La colimétrie d'une eau tend à déceler et à dénombrer dans l'eau de boisson -les germes coliforme et E.Coli qui en dernier lieu fera l'objet d'une recherche lecture.

Nous décrivons deux types de technique •

- La colimétrie sur milieux liquides qui se fait selon la technique du nombre le plus probable.

- La colimétrie sur milieux liquides qui se fait selon la technique du nombre le plus probable.

- La colimétrie sur membranes filtrantes.

4.2.2.1 Colimétrie par la méthode de fermentation en tubes multiples

Cette technique consiste en une épreuve de présomption qui fait en bouillon lactose au pourpre de bromocrésol (B.C.P.L) incubé à 37 °C et une épreuve de confirmation qui se fait en milieu indol-mannitol (milieu de schubert) muni d'une cloche de durham incubé à 44°.

Les dilutions sont fonction de l'origine de l'eau à étudier.

4.2.2.2 Colimétrie sur membrane filtrante

La colimétrie sur membrane filtrante permet d'obtenir d'emblée sur boîtes de pétri des colonies isolées des germes contenus dans l'eau.

Les membranes filtrantes en cellulose et en esters sels de cellulose retiennent la totalité des germes de l'eau - Perméables aux substances nutritives.

Elles permettent quand elles sont déposées sur ceux-ci, le développement des colonies à leur surface.

Le milieu électif pour identification après culture des *Eschérichia coli* est le plus souvent une gélose lactosée additionnée de Triphényl tétrazolium et de Tergite.

La technique nécessite l'emploi d'un appareil à filtrer d'une façon générale, on filtre deux quantités d'eau.

- 100 ml : le milieu avec sa membrane est incubé de 16 à 18 h à 42°5+ 0.5 en atmosphère humide .dans ces conditions seuls les *Eschérichia Coli* sont capables de cultiver .Certaines *Klebsiella* poussent .mais leurs colonies muqueuses sont caractéristiques.
- 100 ml : le milieu avec sa membrane est incubé 24 h à 37°C. Les colonies jaunes à halo doivent être identifiées sommairement.
- Recherche du caractère fermentant sur milieu TSI.
- Test à l'oxydase à partir du TSI

4,2.3 Recherche et dénombrement des streptocoques fécaux

La méthode utilisée est une technique sélective qui a pour but d'isoler les streptocoques fécaux des autres germes susceptibles de se trouver dans l'eau en particulier les bacilles gram négatifs .Dans ces cas .on choisit généralement une gélose à l'acide de sodium -On utilisera là aussi deux techniques

- a) Une technique sur milieu liquide.
- b) La technique des membranes filtrantes.

4.2.3.1 Méthode en milieu liquide

Le test présomptif est effectué sur un bouillon à l'acide de sodium à 0,02% PH : 7,4 .incubation à 37° C pendant 24 h à 48 h. Teste confirmatif sur bouillon à l'acide de sodium et à l'émyl violet (EVA) 0,83% Incubation à 45°C pendant 24h à 48h.

4. 2. 3. 2 Technique sur membrane

On filtrera les mêmes quantités d'eau que pour la colimétrie. Le milieu utilisé dans ce cas est un milieu gélose électif qui combine l'action du triphényl tétrazolium et celle de l'azide de sodium.

Après filtration, les membranes sont incubées pendant 24 h à 37°C.

- Toutes les colonies rouges ou violettes seraient celles des streptocoques fécaux.
- Epreuve d'identification des colonies suspectes par technique classique de bactériologie.

4. 2. 4 recherche et dénombrement des clostridium sulfite-réducteurs

Ensemencer les volumes d'eau préalablement chauffés à 80°C pendant 10 minutes, en tubes de viande fois additionnée de sulfite de sodium (2,5%) et d'alun de fer 2%.

01. *Perfringens* donne des colonies entourées d'une large auréole noire

05. Spécifications bactériologiques pour l'eau de boisson

Toute eau distribuée doit être régulièrement contrôlée depuis le captage jusqu'au robinet de l'usage et les prélèvements doivent être répétés en fonction.

- Des périodes : après de fortes chutes de pluie notamment.
- De la densité de la population.

5. 1 Eau distribuée sous canalisation

a) Eau à l'entrée du réseau

Eau traitée : Dans 95% des échantillons examinés au cours d'une année les bactéries coliformes doivent être absentes. Donc, dans aucun cas, on ne doit trouver de coliformes dans 100 ml ou de colibacille

On pourrait au maximum tolérer 1 coliforme pour 100 ml et par mois .Ceci ne devrait pas se produire dans deux échantillons consécutifs; .Dans ce cas, faire plusieurs analyses en différents points du réseau .au captage de la source et aux stations de pompage, afin de déceler l'origine et la contamination

Qualité requise des eaux de Baignade
Décret exécutif n°93-164 du 10 juillet 1993 définissant la qualité requise des eaux de baignade.

Le Chef du Gouvernement,
Sur le rapport du Ministre de l'Education Nationale
Vu la Constitution, notamment des articles 81 et 116 ;
Vu l'ordonnance n°76-80 du 23 octobre 1976 portant code maritime ;
Vu la loi n°83-03 du 05 février 1983 relative à la protection de l'environnement ;
Vu la loi n°83-17 du 16 juillet 1983 relative au code des eaux ;
Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 modifiée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;
Vu la loi n°89-23 du 19 décembre 1989 relative à la normalisation ;
Vu le décret n°83-457 du 23 juillet 1983 portant création de l'agence nationale pour la protection de l'environnement ;
Vu le décret n°85-13 du 26 janvier 1985 fixant les conditions d'utilisation des plages ;
Vu le décret présidentiel n°92-304 du 08 juillet 1992 portant nomination du Chef du Gouvernement ;
Vu le décret présidentiel n°92-307 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n°92-489 du 28 décembre 1992 fixant les attributions du ministre de l'éducation nationale.

Décète :

Article 1 : Le présent décret a pour objet de définir la qualité des eaux de baignade à l'exception des eaux destinées aux usages thérapeutiques et des eaux de piscines.

Article 2 : Au sens du présent décret on entend par :

« Eaux de baignade » les eaux ou parties de celles-ci dont, courantes ou stagnantes ainsi que l'eau de mer, dans lesquelles la baignade est autorisée on n'est pas interdite et habituellement pratiquée par un nombre important de baigneurs.

« Zone de baignade » l'endroit où se trouve des eaux de baignade.

Article 3 : La qualité des eaux de baignade doit satisfaire aux paramètres micro - biologiques et physico-chimiques indiqués à l'annexe du présent décret. Méthodes d'échantillonnage, de conservation de manipulation et d'analyses des échantillons sont effectuées selon les normes algériennes en vigueur.

Article 4 : La fréquence minimale des prélèvements, le nombre minimal d'échantillons et d'analyses sont déterminées par arrêté conjoint du Ministre chargé de l'environnement et des Ministres concernés.

Article 5 : Lorsque la qualité des eaux de baignade ne satisfait pas aux paramètres prévues à l'annexe du présent décret, le Wali territorialement compétent interdit la baignade pour cause de pollution.

Article 6 : L'agence nationale pour la protection de l'environnement (A.N.P.E) est chargée d'effectuer les opérations de surveillance de la qualité des eaux de baignade et ce, en liaison avec les organismes et institutions concernés. Elle peut, à cet effet, faire appel à des laboratoires agréés conformément à la réglementation en vigueur agissant sous sa direction et son contrôle.

Article 7 : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 10 juillet 1993

BELAÏD Abdesselam

Annexe Qualité requise des eaux de baignade.

Paramètres	Unités	Valeurs guides	Valeurs limites
Microbiologiques			
Coliformes totaux	/100 ML	500	10 000
Coliformes fécaux	/100 ML	100	2 000
Streptocoques	/100 ML	100	
Salmonelles	1 L		0
Entero cholériques	PFY/10 L		0
Vibrions cholériques	/450 ML		0
Physico-chimiques			
Coloration	MG /L		
Huiles minérales	MG /L		Pas de changement anormal de la couleur
Substances tensioactives réagissant au bleu de Méthylène	MG /L		Pas de film visible à la surface de l'eau et absence d'odeur.
Phénols (indice phénols)	MG /L	> 0,3	
Transparence	C6 45 04		
Résidus goudronne et matières flottantes (bois, plastique, bouteille et toute autre matière débris ou éclats).	M	> 0,005	Pas de mousse pétrissante
PH		2	
Oxygène dissous			1
Autres substances	0% saturation en oxygène		Absence
			- 8
			- 120
			Ne doit pas contenir de substances susceptibles de nuire à la santé des baigneurs.

Les concentrations inférieures ou égales aux valeurs guides indiquent une eau de bonne qualité. Les eaux dont les concentrations sont comprises entre les valeurs guides et les valeurs limites sont de qualité acceptables et doivent faire l'objet d'une surveillance continue.

ARRETE INTERMINISTERIEL N°008 DU 17 JANVIER 1994
FIXANT LA FREQUENCE MINIMALE DES PRELEVEMENTS.
LE NOMBRE MINIMAL D'ECHANTILLONS ET D'ANALYSES POUR UNE SURVEILLANCE DE LA QUALITE
DES EAUX DE BAINADE.

Le ministre de l'Intérieur et des Collectivités Locales
Le Ministre de la Santé Publique
Le Ministre Délégué aux Universités et à la Recherche Scientifique

Vu la loi n°83-03 du 05 février 1983 relative à la Protection de l'Environnement ;
Vu la loi n°83-17 du 16 juillet 1983 relative au code des eaux ;
Vu la loi n°83-05 du 16 février 1985, modifiée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;
Vu la loi n°89-23 du 19 décembre 1989 relative à la normalisation ;
Vu le décret n°85-13 du 26 janvier 1985 fixant les conditions d'utilisation des plages ;
Vu le décret exécutif n°93-164 du 10 juillet 1993 définissant la qualité requise des eaux de baignade ;

ARRETEMENT :

Article 1^{er} : En application de l'article 4 du décret exécutif n°93-164 du 10 juillet 1993 sus visé, le présent arrêté a pour objet de fixer la fréquence minimale des prélèvements, le nombre minimal d'échantillons et d'analyses requis pour la surveillance de la qualité des eaux de baignade.

Article 2 : La fréquence minimale des prélèvements, le nombre minimal d'échantillons et d'analyses sont indiqués à l'annexe I du présent arrêté.

Pendant la saison estivale, les fréquences des prélèvements et d'analyses sont multipliées par un facteur de quatre (4).

Article 3 : Les échantillons devront être prélevés dans les zones où la densité moyenne journalière des baigneurs est la plus élevée. Ils devront, en outre être prélevés à 30 centimètres sous la surface de l'eau, à l'exception des échantillons d'huiles minérales qui devront être prélevés à la surface.

Les modalités pratiques d'échantillonnages et d'analyses seront précisées par une circulaire interministérielle élaborée à cet effet.

Article 4 : Conformément aux dispositions de l'article 6 du décret susvisé, les prélèvements et les analyses microbiologiques au titre des opérations de surveillance des eaux de baignade sont effectués par l'Agence Nationale pour la Protection de l'Environnement (ANPE).

L'ANPE peut, lorsque ses moyens propres ne lui permettent pas, recourir aux compétences des services des secteurs sanitaires et des bureaux d'hygiène communaux et de tout laboratoire agréé conformément à la réglementation en vigueur pour effectuer les opérations visées à l'alinéa 1 ci-dessus.

Dans ce cas les résultats d'analyses, aussitôt obtenus sont immédiatement communiqués à l'ANPE.

Article 5 : En cas de détérioration de la qualité des eaux de baignade, une surveillance journalière de ces dernières devra être instaurée.

Le nombre minimal d'échantillons et le nombre minimal d'analyses pour prélèvement à effectuer au titre de la surveillance journalière, sont déterminés à l'annexe II du présent arrêté.

La surveillance journalière prend fin lorsque la qualité des eaux de baignade devient à nouveau conforme à la réglementation.

Article 6 : Lorsque la qualité des eaux de baignade ne satisfait pas aux paramètres prévus à l'annexe du décret n° 93-164 sus cité, le wali territorialement compétent en est immédiatement informé par l'ANPE.

Dans ce cas, et conformément aux dispositions de l'article 5 du décret sus-cité, le wali prend les mesures conservatoires requises, notamment l'interdiction immédiate de toute baignade dans les eaux en cause, sans préjudice des autres dispositions susceptibles d'être prises une fois connues les causes et origines de la détérioration de la qualité de ces eaux.

Les services compétents des Ministres de l'Intérieur et des Collectivités Locales, de la Santé Publique et de l'environnement sont informés des dispositions prises.

Article 7 : Lorsque les analyses effectués par les services autres que ceux de l'ANPE révèlent une mauvaise qualité des eaux de baignade ou une détérioration de la qualité de celles-ci de nature à mettre en danger la santé des baigneurs, ces services en informent et immédiatement et simultanément le wali territorialement compétent et l'ANPE.

Article 8 : L'ANPE est tenue d'adresser aux services du Ministre chargé de l'environnement, un état mensuel de la qualité physico-chimique et bactériologique des eaux de baignade.

Article 9 : A la fin de la saison estivale, l'ANPE dresse le bilan global de la saison qu'elle transmet aux services des Ministres chargés de l'Environnement, de l'Intérieur et des Collectivités Locales et de la Santé, accompagné d'un rapport faisant ressortir les faits saillants observés ainsi que les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de cette opération.

Article 10 : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Signé :

Le MINISTRE DE L'INTERIEUR ET DES COLLECTIVITES LOCALES
LE MINISTRE DELEGUE AUX UNIVERSITES ET A LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

ANNEXE I

FREQUENCE MENSUELLE

Paramètres	Fréquence minimale de prélèvement	Nombre minimal Echant/Prélèv	Nombre minimal Analy/Echant
MICROBIOLOGIQUES			
1- Coliformes totaux	2/mois	3	3
2- Coliformes fécaux	2/mois	3	3
3- Streptocoques	2/mois	3	3
4- Salmonelles	2/mois	3	3
5- Entérovirus	2/mois	3	3
6- Vibriion cholérique	2/mois	3	3
PHYSICO-CHIMIQUES			
7- Coloration	2/mois	3	3
8- Huiles minérales	2/mois	3	3
9- Substances tensioactives réagissant au bleu de méthylène	2/mois	3	3
10- Phénols (indice phénol)	2/mois	3	3
11- Transparence	2/mois	3	3
12- Résidus goudronneux et matières flottantes (bois, plastiques, bouteilles et toute matière débris ou éclats)	2/mois	3	3
13- pH	2/mois	3	3
14- Oxygène dissous	2/mois	3	3
15- Autres substances	2/mois	3	3

ANNEXE II

FREQUENCE JOURNALIERE

Paramètres	Fréquence minimale de prélèvement	Nombre minimal Echant/Prélèv	Nombre minimal Analy/Echant
MICROBIOLOGIQUES			
1- Coliformes totaux	1/jours	3	3
2- Coliformes fécaux	1/jours	3	3
3- Streptocoques	1/jours	3	3
4- Salmonelles	1/jours	3	3
5- Entérovirus	1/jours	3	3
6- Vibrion cholérique	1/jours	3	3
PHYSICO-CHIMIQUES			
7- Coloration	1/jours	3	3
8- Huiles minérales	1/jours	3	3
9- Substances tensioactives réagissant au bleu de méthylène	1/jours	3	3
10- Phénols (indice phénol)	1/jours	3	3
11- Transparence	1/jours	3	3
12- Résidus goudronneux et matières flottantes (bois, plastiques, bouteilles et toute matière débris ou éclats)	1/jours	3	3
13- pH	1/jours	3	3
14- Oxygène dissous	1/jours	3	3
15- Autres substances	1/jours	3	3

Décret exécutif n°04-111 du 23 Safar 1425 correspondant au 13 avril 2004 fixant les conditions d'ouverture et d'interdiction des plages à la baignade.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et des collectivités locales et du ministre du tourisme,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n°84-02 du 8 septembre 1984 portant définition, composition, formation et gestion du domaine militaire;

Vu la loi n°90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n°90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n°02-02 du 22 Dhou El Kaada 1422 correspondant au 5 février 2002 relative à la protection et à la valorisation du littoral ;

Vu la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003 fixant les règles générales d'utilisation et d'exploitation touristiques des plages, notamment son article 17 ;

Vu le décret présidentiel n°03-208 du 3 Rabie El Aou el 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°03-215 du 7 Rabie El Aou el 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décète :

Article 1^{er} : En application des dispositions de l'article 17 de la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée, le présent décret a pour objet de fixer les conditions d'ouverture et d'interdiction des plages à la baignade.

Article 2 : Les plages ouvertes à la baignade doivent répondre à certaines conditions de faisabilité et de situation et doivent comporter certains équipements et aménagements dont les caractéristiques sont définies par le présent décret.

CHAPITRE 1

DES CONDITIONS DE FAISABILITE ET DE SITUATION DES PLAGES

Article 3 : Les plages ouvertes à la baignade doivent être de faisabilité facile en vue de leur utilisation par les estivants tant à l'état naturel qu'après leur aménagement.

Article 4 : Lorsqu'une plage est de nature à présenter un danger certain pour son utilisation due à sa configuration physique, elle est interdite à la baignade jusqu'à ce que des aménagements de correction lui soient apportés.

Article 5 : Tout rejet d'eau usée, tant ménagère qu'industrielle, doit être éloigné des plages ouvertes à la baignade. Lorsque la commission prévue par l'article 19 de la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée, aura pris connaissance, avant ou après l'ouverture de la plage, d'une pollution grave susceptible de porter atteinte à la santé des estivants, la plage sera interdite à la baignade.

Article 6 : Les plages comprises dans des domaines attenants à des domaines militaires réservés aux besoins de la défense nationale sont interdites à la baignade.

Un arrêté conjoint du ministre de la défense nationale et du ministre du tourisme déterminent les modalités d'application du présent article.

CHAPITRE II

DES EQUIPEMENTS ET DES AMENAGEMENTS DES PLAGES OUVERTES A LA BAIGNADE

Article 7 : Les plages ouvertes à la baignade doivent être aménagées, signalées et entretenues à l'effet de recevoir le public. Elles doivent comporter des installations adéquates notamment :

- une voie d'accès ne présentant aucun danger dont l'entrée et la sortie sont signalées par des panneaux réglementaires,
- un parking bien aménagé à l'effet de réserver des aires de stationnement avec des accès aux piétons.

Le parking doit être délimité et signalé par des panneaux réglementaires entretenus et gardés s'il y a lieu.

Il doit être aménagé loin des lieux de baignade et de détente ;

- les installations sanitaires comportant notamment des WC, avec eau courante ainsi que des robinets avec de l'eau potable,
- des cabines de déshabillage en nombre suffisant situées sur les lieux de baignade,
- des points de ramassage de débris en nombre suffisant.

Article 8 : Les plages ouvertes à la baignade doivent comporter une délimitation et un balisage des zones de baignade. Elles doivent comporter, en outre, une installation visible des mâts de signalisation à trois couleurs (vert, orange et rouge), en nombre suffisant.

Article 9 : Il peut être créé, à l'intérieur du périmètre des plages ouvertes à la baignade, des solariums dotés d'équipements nécessaires et des aires de jeux.

Article 10 : Des mesures de sécurité des personnes et des biens doivent être mises en œuvre pendant la saison estivale notamment :

- l'implantation d'un poste de la gendarmerie nationale,
- la présence de surveillants qualifiés en nombre suffisant,
- la mise en place de postes de premiers soins et de secours d'urgence de la protection civile dotés de moyens suffisants et opérationnels,
- la surveillance renforcée, par les services concernés de sécurité, des accès menant aux zones de baignade.

Article 11 : Des mesures de prévention des risques susceptibles de porter atteinte à la santé des estivants doivent être assurées au niveau des plages ouvertes à la baignade notamment par :

- le maintien permanent des plages et des lieux publics en parfait état de propreté,
- la désinfection et la désinsectisation régulières des lieux, la multiplication des points de ramassage de débris et du renforcement des opérations de nettoyage.

Article 12 : Des parties de la plage peuvent être réservées pour des commerces de restauration rapide autorisés par arrêté du président de l'assemblée populaire communale territorialement compétent.

Article 13 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le, 23 Safar 1425 correspondant au 13 avril 2004.

Ahmed OUYAHIA.

Décret exécutif n°04-112 du 23 Safar 1425 correspondant au 13 avril 2004 fixant les missions, l'organisation et les modalités de fonctionnement de la commission de wilaya chargée de proposer l'ouverture et l'interdiction des plages à la baignade.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et des collectivités locales et du ministre du tourisme,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n°90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n°90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003 fixant les règles générales d'utilisation et d'exploitation touristiques des plages, notamment son article 19 ;

Vu le décret présidentiel n°03-208 du 3 Rabie El Aou el 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°03-215 du 7 Rabie El Aou el 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décète :

Article 1^{er} : En application des dispositions de l'article 19 de la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée, le présent décret a pour objet de fixer les missions, l'organisation et les modalités de fonctionnement de la commission de wilaya chargée de proposer l'ouverture et l'interdiction des plages à la baignade ci-après désignée "la commission de wilaya".

Article 2 : La commission de wilaya est chargée d'identifier les plages susceptibles d'être ouvertes ou interdites à la baignade et de les proposer au wali territorialement compétent.

A ce titre, elle a pour missions :

- d'identifier les plages susceptibles d'ouverture à la baignade conformément aux exigences fixées par l'article 17 de la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée ;
- de proposer au wali territorialement compétent l'interdiction des plages non conformes aux exigences fixées par les articles 9 et 17 de la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée ;
- de proposer la délimitation des parties ou des superficies de plage faisant l'objet de concessions conformément aux dispositions de l'article 22 de la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée ;
- d'entreprendre ou de faire entreprendre toutes études et analyses liées à ses missions ;
- d'effectuer tous contrôles et investigations en vue de l'utilisation *et/ou* de l'exploitation commerciale des plages conformes à sa vocation
- d'évaluer l'état des plages au terme de la saison estivale
- de formuler toutes observations ou recommandations en vue de l'ouverture ou de l'interdiction des plages

Article 3 : La commission de wilaya est présidée par le secrétaire général de wilaya.

Elle comprend :

- Le directeur de wilaya chargé du tourisme ;
- L'inspecteur de wilaya chargé de l'environnement ;
- Le directeur de wilaya chargé de l'urbanisme
- Le directeur de wilaya chargé de la santé
- Le directeur de wilaya chargé des travaux publics
- Le directeur de wilaya chargé de la jeunesse et des sports
- Le chef de sûreté de wilaya
- Le commandant de groupement de la gendarmerie nationale
- Le directeur de la protection civile de wilaya

La commission de wilaya peut faire appel à tout autre directeur de wilaya concerné ou intéressé par l'ordre du jour de ses réunions.

Le secrétariat technique de la commission de wilaya est assuré par les services de la direction de wilaya chargée du tourisme.

Article 4 : La commission de wilaya se réunit au siège de la wilaya

La périodicité de ses réunions est fixée par son règlement intérieur qui sera approuvé par le wali territorialement compétent.

Article 5 : La commission de wilaya se réunit sur convocation de son président.

L'ordre du jour est fixé par le président de la commission sur proposition du directeur de wilaya chargé du tourisme.

Article 6 : Les convocations accompagnées de l'ordre du jour, sont adressées par le président de wilaya aux membres, quinze (15) jours au moins avant la date de réunion.

Article 7 : Les délibérations de la commission interviennent à la majorité des voix des membres présents.

En cas de partage égal des voix celle du président est prépondérante.

Article 8 : Les délibérations de la commission de wilaya donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux, numérotés et répertoriés sur un registre *ad hoc*, signés par le président et le secrétaire de séance.

Article 9 : Les propositions de la commission de wilaya accompagnées d'un rapport sur le déroulement de ses travaux sont adressées au wali par le président de la commission de wilaya dans la semaine qui suit la clôture de ses travaux.

Article 10 : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 Safar 1425 correspondant au 13 avril 2004.

Ahmed OUYAHIA

Décret n°87-146 du 30 juin 1987 portant création de bureaux d'hygiène communale

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 111-10° et 152,

Vu l'ordonnance n°67-24 du 18 janvier 1967, modifiée et complétée, portant code communal, et les textes subséquents pris pour son application;

Vu l'ordonnance n°69-38 du 23 mai 1969, modifiée et complétée, portant code de la wilaya et les textes subséquents pris pour son application,

Vu la loi n°78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur et les textes subséquents pris pour son application;

Vu la loi n°83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement;

Vu la loi n°83-17 du 16 juillet 1983 portant code des eaux;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé;

Vu le décret n°81-267 du 10 octobre 1981 relatif aux attributions du président de l'assemblée populaire communale (APC) en matière de voirie, de salubrité et de tranquillité publique;

Vu le décret n°84-378 du 15 décembre 1984 fixant les conditions de nettoyage, d'enlèvement et de traitement des déchets solides urbains;

Vu le décret n°85-59 du 23 mars 1995 portant statut type des travailleurs du secteur des institutions et administrations publiques;

Décète :

Article 1^{er} : Dans le cadre des dispositions de l'article 94 bis de l'ordonnance, n°67-24 du 18 janvier 1967 susvisée, et pour assister le président de l'assemblée populaire communale (A.P.C) dans la mise en œuvre de ses missions de prévention sanitaire, d'hygiène et de salubrité publique, telles que fixées par le décret n°81-267 du 10 octobre 1981, il est mis à sa disposition, par chaque secteur concerné, un personnel technique regroupé au sein d'un bureau dénommé: " Bureau d'hygiène communal"

Article 2 : Sous l'autorité du président de l'assemblée populaire communale (A.P.C) le bureau de l'hygiène communal prépare les instruments, actes et dossiers techniques requis par l'action des organes de la commune et le contrôle permanent de l'hygiène et de salubrité publique au niveau de la commune;

Il est chargé, en liaison avec les services concernés, notamment :

- d'étudier et proposer toutes mesures visant à garantir le maintien permanent de l'hygiène et de la salubrité dans les établissements de toute nature et les lieux publics;
- de proposer et, le cas échéant, de mettre en œuvre toute mesure ou programme de protection et de promotion de la santé de la collectivité, notamment en matière de lutte contre les maladies transmissibles et contre les vecteurs de maladies;
- d'organiser la lutte contre les animaux nuisibles et faire procéder à la mise en œuvre des opérations de désinfection, dératisation et désinsectisation;
- de veiller à la réalisation et, le cas échéant, de mettre en œuvre le contrôle;

1°) de la qualité bactériologique de l'eau destinée à la consommation domestique et en assurer le traitement lorsqu'il ne relève pas en propre, d'organismes publics ou de particulières,

2°) du respect des conditions de collecte, d'évaluation et de traitement des eaux usées et des déchets solides urbains;

3°) de la qualité des denrées alimentaires et produits de consommation, produits, stocks et/ou distribués au niveau de la commune,

4°) de la qualité des eaux de baignade;

Article 3 : Il peut être institué un bureau d'hygiène communale par commune comptant une population égale ou supérieure à 20.000 habitants et un bureau commun à deux ou plusieurs communes dans les autres cas.

Article 4 : Les bureaux d'hygiène communale sont créés par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et des collectivités locales, du ministre des finances du ministre de la santé et du et du ministre de l'hydraulique, de l'environnement et des forêts, sur proposition des walis;

Article 5 : Le bureau d'hygiène communale qui assiste deux ou plusieurs présidents d'assemblées populaires communales (A.P.C) met en œuvre un programme d'action préalablement arrêté conjointement par les présidents des assemblées populaires communales (A.P.C) concernés et le responsable du bureau d'hygiène communal.

Dans ce même cas, le bureau d'hygiène communal est implanté sur le territoire de la commune la plus peuplée.

Toutefois, le siège du bureau d'hygiène communal peut, après accord des présidents des assemblées populaires communales (A.P.C) concernés, être fixé sur le territoire de la commune offrant les meilleures conditions d'accueil du personnel.

Article 6 : Le bureau d'hygiène communal est dirigé par un médecin placé sous l'autorité du ou des présidents d'assemblées populaires communales (A.P.C) concernés. Il comprend, en outre :

- de 1 à 4 techniciens supérieurs ou techniciens de santé publique;
- de 1 à 2 techniciens supérieurs ou techniciens de l'environnement;
- de 1 à 2 techniciens supérieurs ou techniciens de l'agriculture;
- un (1) vétérinaire, technicien supérieur ou technicien de santé animale;
- un (1) inspecteur ou inspecteur adjoint de contrôle de la qualité;

Article 7 : Le ministre ayant pouvoir de nomination ou de gestion à l'égard du corps de fonctionnaires visés à l'article 6 ci-dessus arrêté, dans les limites fixées par le présent décret, toute mesure utile à l'affectation effective des personnels concernés.

Il prend, en outre, toute mesure utile à la gestion et au suivi de la carrière des personnels concernés ainsi qu'à leur rémunération par ses services centraux ou déconcentrés.

Article 8 : Le ou les présidents d'assemblées populaires communales (A.P.C) concernés mettent à la disposition bureau d'hygiène communal le personnel nécessaire à l'accomplissement des tâches administratives ainsi que les moyens matériels et les locaux nécessaires à son installation et son fonctionnement.

Ils mettent, en outre, à la disposition du bureau d'hygiène communale le personnel requis pour la mise en œuvre, le cas échéant, des opérations de désinfection, de désinsectisation, de dératisation, et de lutte contre les animaux nuisibles.

Article 9 : Le ou les présidents des assemblées populaires communales (A.P.C) disposent, à l'égard du personnel du bureau d'hygiène communal, d'un pouvoir disciplinaire et de notation.

Toutefois, les sanctions du troisième degré relèvent de l'autorité ayant pouvoir de gestion à l'égard du corps auquel appartient l'intéressé.

Article 10 : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire
Fait à Alger, le 30 juin 1987

Chadli BENDJEDID

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES B.H.C

La mise en place des bureaux d'hygiène communale «BHC» obéit à une nécessité maintes fois exprimée par les pouvoirs publics mais qui s'est heurtée sur le terrain à d'innombrables entraves depuis 1986 la prise en charge de l'hygiène du milieu par les instances locales a été clairement définie c'est ainsi qu'à la faveur du démarrage du programme national de lutte contre les maladies à transmission hydrique en 1987 qu'a été élaboré le décret n°87-146 du 30 Juin 1987 portant création des bureaux d'hygiène communale.

Malheureusement la parution tardive de l'arrêté interministériel mettant en application le décret sus-cité a eu des répercussions négatives les quelques BHC mis en place n'étaient l'oeuvre que de certaines wilayas qui voulaient impulser l'hygiène du milieu en général et le programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique en particulier même la signature de l'arrêté interministériel d'application n'a pas permis de mettre en place convenablement et effectivement ces bureaux.

Parmi les raisons ayant induit cette situation nous pouvons citer les suivantes;
Interprétation fautive de certains élus locaux sur le rôle exact des BHC créant des relations conflictuelles entre les services techniques et le président d'APC.

Les moyens humains mis à la disposition du BHC ne répondent pas aux normes requises par le décret précité.

Le matériel et particulièrement les moyens de locomotion sont inexistants.

Toutes ces raisons ainsi que d'autres ont fait que jusqu'à maintenant les BHC mis en place n'ont pas pu jouer le rôle qui leur est dévolu.

Afin de donner une impulsion nouvelle dans la mise en place et le fonctionnement correct de ces bureaux il vous est demandé de mettre à leur disposition l'ensemble des moyens humains et matériels tels que précisé par la présente instruction. De même il vous est rappelé les tâches et les prérogatives de cet instrument technique mis à la disposition de la commune ceci supprimera toute équivoque et toute supputation vis à vis du rôle et du fonctionnement des BHC pour qu'ils soient l'outil essentiel de l'application effective des missions dévolues à la commune en matière d'hygiène et de salubrité publique conformément à la loi n°90.08 du 07 Avril 1990.

TACHES ET PREROGATIVES DU BUREAU D'HYGIENE COMMUNALE

Malgré son appellation de BHC cette institution doit être conçue plutôt comme service technique qu'une structure purement administrative le bureau d'hygiène communale est chargé en collaboration avec les services techniques de la wilaya notamment :

Du traitement de l'eau destinée à la boisson et distribuée par les services communaux.

Du contrôle de la qualité de toute eau de boisson sur le territoire de la commune

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène des denrées alimentaires depuis la production jusqu'à la consommation.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les établissements à caractère alimentaire // restaurants cantines marchés boucheries poissonneries boulangeries pâtisseries crémeries ...//

De l'établissement des fichiers de tous les points d'eau et des établissements à caractère alimentaire de la commune.

De la surveillance et du contrôle de l'évacuation hygiénique et de l'épuration des eaux usées.

De la surveillance de la collecte et du traitement des déchets et ordures dans tout le territoire de la commune.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les établissements socio-éducatifs, écoles lycées, crèches, cités universitaires centres de formation professionnelle....

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans lieux et établissements de loisirs, complexes, touristiques, station balnéaires, colonies de vacances, camping plages, complexes sportifs, foyers de jeunes, centres culturels....

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les établissements publics : Hôtel, hammams, cinémas, cafés, bars, salon de coiffure, salon d'esthétique et de pédicure, gares routières et ferroviaires, agences postales, grandes surfaces....

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les placettes et trottoirs.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les lieux d'habitation et de leur environnement immédiat en ce qui concerne l'entretien des lieux et des équipements collectifs.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène des pollutions et des nuisances quelqu'en soient l'origine.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les établissements classés implantés au niveau de la commune.

De la lutte contre les chiens et chats errants les arthropodes les rongeurs les mollusques et les autres vecteurs de maladies.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les hôpitaux et des services de santé situés sur le territoire de la commune.

D'appliquer les mesures nécessaires pour lutter contre les maladies transmissibles.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les abattoirs.

De veiller au respect des normes sanitaires dans tout projet d'ouvrage hydraulique approvisionnement en eau potable et stations d'épuration, ouvrages de traitement d'eau de consommation, eaux usées et de déchets solides.

De concevoir calculer construire et entretenir par des solutions et technologies adaptées aux conditions pratiques de la commune des ouvrages de captage et de distribution d'eau, des ouvrages d'assainissement, des ouvrages de traitement d'eau de consommation, d'eaux usées et de déchets solides.

Le bureau d'hygiène communale doit être consulté au préalable avant toute implantation sur le territoire de la commune d'établissements organismes ou entreprises dont l'activité risque d'engendrer toute forme de pollutions ou de conséquences néfastes sur l'environnement et l'hygiène du milieu.

Le bureau d'hygiène communale soumet à toute autorité compétente toutes les propositions ou mesures visant à sauvegarder ou à améliorer l'environnement et l'hygiène du milieu de la commune.

Le bureau d'hygiène communale doit définir en fonction des tâches et prérogatives qui lui sont dévolues un programme de travail annuel qu'il soumettra à l'autorité communale locale.

L'évaluation du programme d'action doit se faire en étroite collaboration avec le service d'épidémiologie et de médecine préventive qui est habilité dans ce cas à suivre orienter et évaluer les activités des BHC dans le cadre des programmes nationaux de prévention.

Les tâches des personnels du bureau d'hygiène communale sont définies selon les profils de formation et les prérogatives du bureau.

MOYENS HUMAINS:

PERSONNEL TECHNIQUE :

Un (01) médecin

Un (01) a quatre (04) techniciens supérieurs ou techniciens de santé publique en biométrie épidémiologie ou en assainissement entomologie.

Un (01) a deux (02) techniciens supérieurs ou techniciens de l'environnement.

Un (01) a deux (02) techniciens supérieur ou techniciens de l'agriculture.

Un (01) vétérinaire technicien supérieur ou technicien de santé animale.

Un (01) inspecteur ou inspecteur adjoint de contrôle de la qualité.

PERSONNEL ADMINISTRATIF:

Un (01) administrateur ou a défaut un attaché d'administration ou secrétaire d'administration.

Un (01) a trois (03) agents dactylographes.

PERSONNEL DE SERVICE :

Un (01) ou plusieurs agents de désinfection, désinsectisation et dératisation.

Un (01) ou plusieurs agents service

UN (01) a trois (03) chauffeurs.

LES LOCAUX

Un (01) ou plusieurs bureaux pour l'administration

Plusieurs bureaux pour les techniciens.

Une (01) salle d'archives et de réunion.

Un (01) bureau dans l'enceinte de l'abattoir de la poissonnerie et du marché communal pour le vétérinaire ou le préposé au contrôle phytosanitaire.

Un entrepôt pour les produits.

Un entrepôt pour le matériel.

Un garage.

En ce qui concerne le laboratoire le bureau d'hygiène communale fera appel au laboratoire du service d'épidémiologie et de médecine préventive au laboratoire de prévention du secteur sanitaire au laboratoire d'autres structures « commerce notamment ».

Le bureau d'hygiène communale peut se doter de son propre laboratoire si la ou les communes territorialement compétentes disposent de moyens financiers matériels et humains.

MATERIEL ET MOYENS TECHNIQUES NECESSAIRES A UN BUREAU D'HYGIENE COMMUNALE.

Matériel et produits de stérilisation de l'eau de boisson et d'épuration des eaux usées.

Javelisateurs.

Eau de javel.

Chlorure de chaux.

Chlorure etc.

Matériel de dosage du chlore dans l'eau de boisson :

Comparateurs + réactifs // comprimés DPD 1 //.

Matériel de prélèvement et de conservation des produits destinés à une analyse au laboratoire :

Flacons et pots.

Boîte isothermes et ice box.

Flambeurs etc. ...

Matériel de désinfection de désinsectisation et de dératisation :

Fumigateurs

Pulvérisateurs

Pompes à aspersion

Appareils de nébulisation portables et tractables.

Produits de désinfection : formol ammoniac etc.

Produits de désinsectisation : insecticides, Produits de dératisation, raticides ...etc.

Autres.

Tout matériel et équipement nécessaire en cas de besoin pour toute autre activité d'hygiène.

Véhicule avec sigle du bureau d'hygiène communale.

Véhicule de liaison.

Véhicule tout terrain.

Véhicule de traction " remorque "

Camion vidange « pour fosses septiques »

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de l'Intérieur
des Collectivités Locales
de l'Environnement et de la
Réforme Administrative

Ministère des Finances

Ministère de la Santé et de
la Population

Ministère de l'Agriculture

175 / SPM

ARRETE INTERMINISTERIEL RELATIF AUX MESURES SANITAIRES APPLICABLES A LA RAGE ANIMALE.

- Le Ministre de l'intérieur, des Collectivités Locales, de l'environnement et de la réforme administrative,
- Le Ministre des Finances
- Le Ministre de la Santé et de la Population,
- Le Ministre de l'Agriculture,

Vu l'ordonnance n°66-155 du 08/06/1966 modifiée et complétée portant code pénal ;
Vu la loi n°82-10 du 21/08/1982 relative à la chasse ;
Vu la loi n°85-05 du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;
Vu la loi n°88-08 du 26/01/1988 relative à la médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale et notamment ses chapitres II, III du titre IV ;
Vu la loi n°90-08 du 07/04/1990 relative à la commune ;
Vu la loi n°90-09 du 07/04/1990 relative à la wilaya ;
Vu le décret législatif N°93-01 du 19/01/1993 portant loi de finances pour 1993 notamment son article 137 ;
Vu le décret n°84-379 du 15/12/1984 fixant les statuts particuliers des médecins vétérinaires ;
Vu le décret n°84-380 du 15/12/1984 fixant les statuts particuliers des médecins vétérinaires spécialistes ;
Vu le décret n°88-252 du 31/12/89 fixant les conditions d'exercice à titre privé des activités de médecine vétérinaire et de chirurgie des animaux, modifié et complété ;
Vu le décret présidentiel n°94-93 du 15/04/1994 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n°93-148 du 22/06/1993 portant réaménagement des statuts de l'institut national de la santé animale et changement de sa dénomination en Institut national de la médecine vétérinaire ;
Vu le décret exécutif n°95-66 du 22 Ramadhan 1415 correspondant au 22/02/1995 fixant la liste des maladies animales à déclaration obligatoire et des mesures générales qui leur sont applicables ;
Vu l'arrêté interministériel du 01/09/1984 portant institution d'un comité national et des comités de wilaya de lutte contre les zoonoses ;

TITRE I DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : La rage dans toutes les espèces est une maladie contagieuse qui donne lieu à déclaration et à l'application de mesures sanitaires scientifiques définies par le présent arrêté

Article 2 : Lorsque le diagnostic de rage a été confirmé par un laboratoire agréé ou par un médecin vétérinaire, le Wali peut immédiatement déclarer zone atteinte par la maladie tout territoire défini selon les nécessités, dans lequel a été trouvé l'animal enragé.

L'arrêté du Wali portant déclaration d'une zone atteinte par la rage est affiché dans toutes les A.P.C et lieux publics de la zone concernée.

En outre, et notamment lorsque l'extension de la maladie revêt la caractéristique envahissante, le ministre de l'agriculture procédera ou fait procéder par les walis à toute mesure qu'il juge appropriée.

Article 3 : Toute personne qui a constaté chez un animal les symptômes caractéristiques de la rage dans sa forme furieuse doit, si elle en est le propriétaire ou si elle en a la garde ou a la charge des soins, procéder ou faire procéder à son abattage sur place et sans délai, et en aviser le vétérinaire de la circonscription ou le président de l'assemblée populaire communale. Tous les animaux abattus pour cause de rage doivent immédiatement être enfouis sur place.

Dès qu'il a eu connaissance d'un cas de rage, le président de l'Assemblée Populaire Communale est tenu de s'assurer de l'exécution des opérations d'abattage et d'enfouissement.

Lorsqu'ils sont reconnus atteints de rage, les animaux vivants à l'état sauvage et les animaux abandonnés ou errants sont abattus sans délai soit par les agents de la force publique, soit par les agents chargés de la police de la chasse ou toute personne titulaire d'un permis de chasse et requise par le président de l'Assemblée Populaire Communale.

Article 4 : Est considéré comme animal contaminé :

Tout animal ayant été en contact avec un animal chez qui le diagnostic de rage a été confirmé.

Tout animal sensible à la maladie qui a été mordu ou griffé par un animal chez qui le diagnostic de rage a été confirmé.

Est considéré comme éventuellement contaminé tout animal ayant été en contact par morsure, griffure ou de toute autre manière avec un animal suspect, ou d'origine inconnue.

Toute personne qui est propriétaire ou qui a la garde ou la charge des soins d'animaux domestiques contaminés est tenue d'en informer immédiatement le vétérinaire de la circonscription ou le président de l'A.P.C.

Le Président de l'A.P.C. doit faire procéder sans délai à leur abattage, à moins qu'il ne s'agisse de chiens ou d'herbivores dont la conversation est reconnue possible dans les conditions fixées aux titres II du présent arrêté.

En outre, il est sursis à l'abattage des animaux contaminés qui ont mordu ou griffé une personne : des animaux sont placés sous surveillance vétérinaire au même titre que les animaux suspects et dans les conditions définies au titre et du présent arrêté.

Article 5 : Est considéré comme animal suspect :

Tout animal sensible à la rage qui a mordu ou griffé soit une personne, soit un animal domestique.

Tout animal sensible à la rage qui présente des symptômes non susceptibles d'être rattachés de façon certaine à une autre maladie.

Toute personne qui est propriétaire ou qui à la garde de la charge des soins d'un animal suspect est tenu d'en informer le vétérinaire de la circonscription ou le président de l'A.P.C.

Conformément aux dispositions de l'article 73 de la loi n°88-08, les animaux suspects et ceux qu'ils auraient ou éventuellement contaminé sont placés sous la surveillance d'un médecin vétérinaire. Les présidents d'A.P.C peuvent en ordonner l'abattage dans le cas où ils présenteraient au danger pour les personnes ou lorsque les circonstances locales ne permettent pas la mise en œuvre effective et immédiatement des mesures de surveillance prescrites.

La mise sous surveillance est levée lorsque la rage n'a pas été mise en évidence par le médecin vétérinaire. Dans le cas contraire, un arrêté de déclaration d'infection est pris dans les conditions prévues à l'article 2.

Article 6 : Si au cours de la période de mise sous surveillance, l'animal suspect ou éventuellement contaminé est trouvé mort ou abattu le cadavre ou la tête doit être envoyée à un laboratoire en vue du diagnostic.

Seul un médecin vétérinaire est habilité à effectuer le prélèvement en vue du diagnostic de rage en prenant les précautions nécessaires.

Article 7 : Sous réserve des dispositions de l'article 8, les animaux domestiques suspects et contaminés dont la conservation par leur propriétaire a été autorisée ne peuvent faire l'objet d'aucune transaction hors des locaux, cours enclos, herbages et pâturages, sans autorisation de l'inspecteur vétérinaire de wilaya sauf en vue de leur abattage lorsque celui-ci est prescrit.

Article 8 : Les herbivores contaminés peuvent être abattus en vue de la consommation à condition que l'abattage de ces animaux soit pratiqué dans un délai compris entre quarante huit heures et huit jours après la contamination et sous réserve de ne pas appartenir à un effectif dans lequel la rage a été mise en évidence depuis moins de six mois.

Article 9 : Dans les territoires couverts par un arrêté du Wali déclarant la zone atteinte de rage, les chiens doivent être tenus en laisse et muselés et les chats doivent être enfermés.

Les chiens et les chats errants sont capturés et transportés en fourrière à la diligence du président d'A.P.C. - Les chats sont abattus immédiatement et les chiens après un délai de quarante huit heures au cours duquel ils peuvent être restitués à leur propriétaire sur présentation d'un certificat de vaccination antirabique en cours de validité et identifiant exactement l'animal.

Les chiens et les chats errants dont la capture est impossible ou dangereuse sont abattus sur place.

Article 10 : Indépendamment des mesures prises à l'article 5 ci-dessus, la surveillance à laquelle sont soumis les animaux suspects ayant mordu ou griffé une personne ou un animal domestique est fixé à une durée de quinze jours.

Cette durée peut être modifiée par arrêté du ministre de l'Agriculture.

Les modalités d'application de cet article sont déterminées au titre V du présent arrêté.

TITRE

DEROGATION A L'ABATTAGE DES ANIMAUX CONTAMINES DE RAGE

Article 11 : Pour bénéficier d'une dérogation à l'abattage d'un chien contaminé de rage, le propriétaire doit en faire la demande écrite à l'inspecteur vétérinaire de la wilaya où la contamination s'est produite

Dans cette demande, le propriétaire indique qu'il accepte de prendre l'entière responsabilité des éventuelles conséquences résultant de la conservation de son animal.

Article 12 : A l'appui de sa demande, le propriétaire doit fournir un certificat de vaccination conforme au modèle fixé par le ministre de l'agriculture, portant identification du chien.

Pour être valable, cette vaccination doit, au jour de la contamination, avoir été effectuée :

En cas de primovaccination, depuis plus d'un mois et moins d'un an.

En cas de vaccination de rappel, depuis moins d'un an.

Article 13 : Dans le cas où les conditions énumérées aux articles 11 et 12 du présent arrêté sont remplies, le chien contaminé de rage devra, pour être conservé, recevoir une injection de rappel de vaccin antirabique avant l'expiration d'un délai de cinq jours maximum suivant la contamination.

Le certificat de vaccination antirabique de rappel, délivré par le vétérinaire vaccinateur, sera joint à la demande de dérogation à l'abattage de l'animal.

Article 14 : Tout chien contaminé de rage bénéficiant de la dérogation à l'abattage est placé sous la surveillance d'un médecin vétérinaire pendant une durée de trois mois et sera soumis aux frais du propriétaire, à la visite d'un vétérinaire à l'issue de chacun de ces mois de surveillance.

Article 15 : La surveillance est levée à l'issue du troisième mois si aucun symptôme de rage n'est constaté. Toutefois, le propriétaire doit s'engager par écrit à ne pas se dessaisir de l'animal avant l'expiration d'un nouveau délai de neuf mois.

Article 16 : Pendant les trois mois de mise sous surveillance, l'apparition d'un signe quelconque de maladie ou la mort quelle qu'en soit la cause, doivent entraîner sans délai, la présentation de l'animal ou de son cadavre au vétérinaire sous la surveillance duquel il est placé sa disparition doit de même lui être signalée.

Article 17 : Pour bénéficier d'une dérogation à l'abattage des herbivores mordus ou griffés par un animal enragé, le propriétaire doit en faire la demande à l'inspecteur vétérinaire de la wilaya.

Dans cette demande, le propriétaire indique qu'il accepte l'entière responsabilité des éventuelles conséquences résultant de la conservation de ses animaux.

Article 18 : La dérogation à l'abattage des herbivores domestiques contaminés peut être accordée :

Aux animaux vaccinés qui répondent aux conditions fixées aux articles 12 et 13 du présent arrêté.

Aux animaux non vaccinés, lorsque leur abattage doit entraîner des pertes économiques importantes.

Article 19 : Les herbivores contaminés bénéficiant de la dérogation à l'abattage sont soumis à la surveillance d'un médecin vétérinaire pendant une durée de trois mois.

Ils seront visités aux frais de leur propriétaire par le vétérinaire concerné à l'issue de chacun de ces mois de surveillance.

La mise sous surveillance est levée si aucun symptôme de rage n'est constaté.

Toutefois, le propriétaire s'engage à ne pas se dessaisir de l'animal avant l'expiration d'un nouveau délai de neuf mois.

TITRE III LUTTE CONTRE LES ANIMAUX ERRANTS

Article 20 : Les Présidents d'A.P.C peuvent prendre toutes dispositions propres à empêcher la divagation des chiens et des chats.

Ils peuvent arçonner que les chiens et les chats soient tenus en laisse et que les chiens soient muselés.

Ils prescrivent que les chiens et les chats errants qui seraient trouvés sur la voie publique, dans les champs ou dans les pals seront conduits à la fourrière et abattus si leur propriétaire reste inconnu ou s'ils n'ont pas été réclamés par lui ; l'abattage est réalisé dès l'expiration d'un délai de quatre jours après la capture. Dans le cas où lequel figurent les animaux sont identifiés par le port d'un collier sur lequel figurent le nom et l'adresse de leur maître, le délai d'abattage est porté à huit jours

Article 21 : Tout chien circulant sur la voie publique, en liberté ou même tenu en laisse, doit être muni d'un collier portant les noms et adresses de son propriétaire.

TITRE IV LA VACCINATION ANTIRABIQUE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Article 22 : La vaccination antirabique des animaux de l'espèce canin et féline est obligatoire.

Elle peut être rendue obligatoire pour les autres espèces animales par arrêté du Ministère de l'Agriculture.

Article 23 : La vaccination antirabique ne peut être effectuée que par un médecin vétérinaire – Elle donne lieu à l'établissement d'un certificat de vaccination antirabique dont le modèle est fixé par le Ministre de l'Agriculture.

Article 24 : Seuls les vaccins agréés par le Ministre de l'Agriculture peuvent être utilisés.

Article 25 : Après toute vaccination antirabique de chien ou chat, le propriétaire est tenu de faire enregistrer le certificat délivré par le vétérinaire vaccinateur au niveau du bureau d'hygiène communal ou à défaut, au niveau des services compétent de l'A.P.C. du lieu résidence.

Article 26 : L'entrée en Algérie de carnivores domestiques en provenance de pays considérés comme infectés est subordonnée à la présentation par le propriétaire, d'un certificat de bonne santé et d'un certificat de vaccination attestant que celle-ci a été vaccinée depuis plus d'un mois et moins d'un an pour une primo-vaccination ou depuis moins d'un an pour une vaccination de rappel.

Ces mesures peuvent être modifiées par arrêté du Ministre de l'Agriculture.

- 2 – Lors de provenance de pays considéré comme indemne de rage depuis au moins de 2 ans, il est tenu compte de la présentation d'un certificat attestant que les carnivores ne présentent aucun signe de rage n'a été constaté depuis au moins deux ans.

TITRE V EXAMEN DES ANIMAUX MORDEURS

Article 27 : Lorsqu'un animal vacciné ou non contre la rage, a mordu ou griffé une personne, il est placé à la diligence et aux frais de son propriétaire sous surveillance d'un vétérinaire pendant une période de quinze jours à compter du jour où la personne a été mordue ou griffée.

Si le propriétaire est inconnu ou défaillant à la mise en demeure qui lui est faite, le président d'A.P.C. fait procéder d'office à cette surveillance dans la fourrière ou il fait conduire l'animal.

Pendant la durée de cette surveillance, le propriétaire ou la personne ayant la garde de l'animal ne peut s'en dessaisir ni l'abattre sans autorisation des services vétérinaires.

Article 28 : L'animal placé sous surveillance vétérinaire est présenté trois fois par son propriétaire ou son détenteur au même vétérinaire ou à son remplaçant.

La première visite est effectuée dans les heures qui suivent la morsure ou la griffure, la seconde visite sept jours après la morsure ou griffure la troisième visite quinze jours après la morsure.

En l'absence de symptôme entraînant la suspicion de rage, le vétérinaire consulté établit à l'issue de chacune de ces deux premières visites un certificat provisoire attestant que l'animal ne présente, au moment de la visite aucun signe suspect de rage.

A l'issue de la troisième visite, le quinzième jours après que l'animal ait mordu ou griffé, le vétérinaire rédige un certificat attestant que l'animal mis en observation n'a présenté à aucun moment de celle-ci, des symptômes rabique.

Article 29 : La non présentation de l'animal dans les délais prescrite à l'article 27 ci-dessus doit être immédiatement signalée à l'autorité investie des pouvoirs de police et l'inspecteur vétérinaire de wilaya par le vétérinaire sous la surveillance duquel il est placé, sa disparition doit de même, lui être immédiatement signalée.

En présence de suspicion de rage, l'animal est maintenu en observation, isolée et mis à l'attache, sauf impossibilité qui justifierait son abattage immédiat.

Article 30 : Dans le cas où l'animal qui a mordu ou griffé une personne est un animal contaminé, celui-ci doit être mis en observation isolé et maintenu à l'attache sauf impossibilité qui justifierait son abattage immédiat.

Article 31 : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 juillet 1995

Le Ministre de l'Agriculture

Le Ministre de l'Intérieur
des Collectivités Locales
de la Réforme Administrative
et de l'Environnement

Le Ministre de la Santé et de Population

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION

INSTRUCTION N° 04 MSP/DP/SDPG/ DU 03 JAN 2001 RELATIVE A LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE MORSURE

DESTINATAIRES :

POUR EXECUTION ET LARGE DIFFUSION

POUR INFORMATION

- MESSIEURS LES DSP
- MESSIEURS LES D.G DES CHU
- MESSIEURS LES D.G EHS
- MONSIEUR LE D.G DE L'IPA
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES
SECTEURS SANITAIRES
- MEDAMES ET MESSIEURS LES
MEDECINS CHEFS DES SEMEP
- MEDAMES ET MESSIEURS LES MEDECINS
CHEFS DES SERVICES DE MEDECINE DE TRAVAIL
MONSIEUR LE D.G DE L'ENSP

- MONSIEUR LE MINISTRE DE
L'AGRICULTURE (Comité
National de lutte contre les (Zoonoses)
- MESSIEURS LES WALIS
- MESSIEURS LES PRESIDENTS
DES REGIONS SANITAIRES
MONSIEUR LE D.G L'INSP
(Madame et Messieurs les Directeurs des ORS)

OBJET : FICHE TECHNIQUE RELATIVE A LA SEROTHERAPIE ET LA VACCINATION ANTI-RABIQUE HUMAINE.

La rage est une maladie fatale à 100% et sa prévention reste le seul traitement efficace, par la prise en charge correcte et précoce des cas de morsures dont le nombre avoisine les 40.000 cas par année et le seuil d'alarme a été atteint en 1995 avec 41 cas.

Pour l'année 2000 le nombre de cas enregistré est de 15 cas.

La rage est la seule maladie qui bénéficie d'une déclaration post-exposition à la fois préventive et curative.

A cet effet, la présente qui annule et remplace tout schéma antérieur de vaccinothérapie et sérothérapie antirabique a pour objet d'améliorer la prise en charge des cas de morsures et de réduire l'incidence de la rage humaine.

A- ELEMENTS D'APPRECIATION POUR UNE SERO-VACCINOTHERAPIE :

La décision d'entreprendre la séro-vaccination antirabique après exposition (morsure, griffure, léchage,.....par animal) doit tenir compte des éléments suivants :

A.1 DE LA NATURE DE L'EXPOSITION

GRADE 1 : léchage de la peau saine ou excoriée.

A.1.1. LORS D'UN CONTACT MINEUR

GRADE 2 : Griffures, écorchures, morsures à travers les vêtements .Contact indirect avec un animal. Léchage de peau excoriée autre que la tête et les organes génitaux.

A.1.2. LORS D'UN CONTACT MAJEUR :

GRADE 3 : Morsure profonde ou superficielle et étendue, morsures multiples, morsures à la tête, au cou, à la main, léchage des muqueuses et organes génitaux, projection de baves sur des muqueuses en particulier oculaires.

A.2. DE L'ETAT DE L'ANIMAL MODEUR :

Si l'animal est connu, son état sera apprécié, par un vétérinaire en plus des documents attestant.

De son statut vaccinal : vaccination datant de moins d'une année et de plus d'un mois.

De son comportement du moment.

Trois certificats de mise en observation ou/et les résultats des examens de laboratoire s'il a été abattu ou retrouvé mort ou euthanasie.

S'il s'agit d'un animal sauvage, il y a risque majeur de rage même chez les animaux en captivité (zoo).

A.3. DE LA PRESENCE DE RAGE DANS LA REGION :

En Algérie, aucune région n'est épargnée par la rage animale ; le chien et le chat sont les principaux vecteurs de la maladie suivis des bovins, caprins, d'autres vecteurs sont à souligner (rongeurs, chacal, fennec, sanglier...).

B. TRAITEMENT LOCAL :

B.1 SOINS LOCAUX :

Ils visent l'élimination du rabique au niveau du site d'exposition et la prévention de la surinfection bactérienne.

Ils consisteront à laver immédiatement et abondamment la plaie à l'eau de javel puis à l'alcool et /ou une solution iodée.

Ils doivent être entrepris aussi rapidement que possible, même quand le patient consulte tardivement, et dans tous les cas, quel que soit la nature du contact.

B.2. SEROTHERAPIE ANTI-RABIQUE LOCALE :

Lorsque celle ci est indiquée, elle se fait :

Par infiltration soigneuse autour de la plaie,

Si la plaie est profonde et étendue, adjoindre une instillation profonde sans bien sûr dépasser la moitié (1/2) de la dose prescrite par voie générale.

B.3. SUTURE DES PLAIES :

La suture immédiate des plaies est à éviter, si son indication est impérative (délabrement, hémostase à assurer) elle se fera, si possible, quelques instants après que le sérum anti-rabique ait été administré localement (le médecin est seul habilité à déterminer la gravité et la profondeur de la plaie et par conséquent la nécessité ou non de suture de la plaie).

C. TRAITEMENT D'APPOINT :

C.1. VACCINATION ANTI-TETANIQUE :

Elle est à prescrire en cas de risque et / ou d'infection bactérienne associée. La pénicilline G est le traitement de choix en première intention, ainsi que les cyclines

(Doxycycline) .En cas de suppuration l'oxacilline en IM sera le traitement préconisé.

D. LA VACCINATION ANTI-RABIQUE :

En Algérie, L'IPA commercialise deux sortes de vaccins ; le vaccin préparé sur souriceaux nouveaux nés et le vaccin préparé sur culture cellulaire.

Le vaccin ainsi que le solvant doivent être conservés au réfrigérateur à + 4°C 5 2° à 8°).

La décision de vaccin doit être prise après s'être assuré qu'il y a eu contact réel et effectif avec un animal inconnu et / ou reconnu suspect ou enragé.

La vaccination anti-rabique devra tenir compte de la nature de contact et de l'état de l'animal « mordeur ». Cette vaccination doit être entreprise selon les recommandations ci-jointes.

D.1. VACCIN PREPARE SUR SOURICEAUX NOUVEAUX NES :

L'immunité post-vaccinale est d'une durée d'une année après le dernier rappel.

D.1.1. LES DOSES ET VOIES D'INJECTION DU VACCIN ANTI-RABIQUE :

VACCIN	ENFANTS AGES DE 0 jours –4 ans révolus (5 ans moins 1 jour)	ENFANTS AGES DE 5 ans et plus ET ADULTES
Souriceaux nouveaux-nés	- Voie sous-cutanée : 1(un) ml par injection - Voie intradermique : 0,1 ml par injection	- Voie sous-cutanée : 2 (deux) ml par injection Voie intradermique : 0,25 ml par injection à répartir en deux (02) points d'injection

D.1.2. LE SCHEMA INITIAL DE VACCINATION ANTI-RABIQUE :

DE J1 A J7	S/C PERI-OMBILICALE
------------	---------------------

D.1.3. LE SCHEMA DES RAPPELS DE VACCINATION ANTI-RABIQUE :

PAR VOIE STRICTEMENT INTRADERMIQUE dans l'avant bras (face antérieure).

SERUM ANTI-RABIQUE PREALABLE	
OUI	NON
Cinq rappels J 11 J 15 J 25 J 35 J 90	Quatre rappels : J 11 J 15 J 30 J 90

D.1.4. SERO-VACCINATION : la sérothérapie ne doit être entreprise qu'après un test de Besredka

Une injection de sérum + Douze injections de vaccin

La première injection de vaccin se fait en même temps que la séro-thérapie.

SERO-THERAPIE	VACCINATION	RAPPELS
J 1 Après test	J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7	J 11 J 15 J 25 J 35 J 90
IM dans la fesse	S/C	ID

Sérum hétérologue : 40 unités / kg

Sérum homologue : 20 unités / kg

D.1.5. VACCINATION SANS SERO-THERAPIE : Onze injections de vaccin.

VACCINATION	RAPPELS
J 1	J 11
J 2	J 15
J 3	J 30
J 4	J 90
J 5	
J 6	
J 7	
S/C	ID

D.2. VACCIN PREPARE SUR CULTURE CELLULAIRE :

L'immunité post-vaccinale est d'une durée de trois années après le dernier rappel.

D.2.1. DOSES ET VOIES D'INJECTION DU VACCIN :

VACCINS	ENFANTS AGES DE 0 jours – 4 ans révolus (5 ans moins 1 jour)	ENFANTS AGES DE 5 ans et plus ET ADULTES
Culture cellulaire	0,01 ml par Kg soit 0,05 UI /Kg face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse en IM	0,5 ml soit 2,5 UI IM dans le deltoïde

D.2.2. SI SEROTHERAPIE INDIQUEE :

Une injection de sérum + 06 injection de vaccin (l'injection de sérum se fait au même moment que la première injection de vaccin dans deux sites différents).

SERO-THERAPIE	VACCINATION 04 INJECTIONS	RAPPELS 01 INJECTION
J 1	J 1 J 4 J 8 J 15	J 30 J 90
IM dans la fesse	IM dans le deltoïde	IM dans le deltoïde

- Enfant moins de cinq ans (4 ans révolus) : face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse.

D.2.3. VACCINOTHERAPIE SEULE :

Trois injections de vaccin + 01 rappel

VACCINATION 04 INJECTIONS		
J 1 02 injections	J 8	J 22
IM dans les deltoïdes droit et gauche	IM dans le deltoïde	IM dans le deltoïde

- Enfant moins de cinq ans (4 ans révolus) : face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse

E. PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DU SERUM ANTI-RABIQUE (S.A.R) :

En cas d'indication de la sérothérapie, il est recommandé d'injecter du S.A.R le plus tôt possible après la morsure en intramusculaire (deltoïde) après avoir testé la sensibilité du patient vis à vis du sérum de cheval.

On dispose du sérum de cheval purifié et concentré provenant de chevaux hyperimmunisés avec le virus de la rage et se présentant sous forme d'ampoule S.A.R de l'Institut Pasteur d'Alger (sérum hétérologue). Il est injecté de Besredka, qui consiste à injecter 0,1 ml en S/C, et ¼ heure après le test :

Si le test est négatif : poursuivre le reste en IM.

Si le test est positif : poursuivre par l'injection de 0,25 ml en S/C de sérum et enfin si tout va bien ¼ heure après le reste de la dose en S/C.

Multiplier au besoin les points d'injections pour faciliter la résorption du sérum.

Si la sérothérapie est indiquée, il faut l'administrer quelque soit le jour ou le malade se présente, il n'y a pas de date limite à sa prescription.

Prévoir Adrénaline + Hémi-succinate l'Hydrocortisone à portée de main en cas de choc anaphylactique.

P.S : Attestation avant toute administration bien vérifiée

Le dosage en unités du flacon qui peut varier d'un lot à un autre.

La date de péremption.

Un surdosage peut entraîner des accidents graves :

Sérum hétérologue : 40 UI /Kg

Sérum homologue : 20 UI/Kg = sérum humain peu utilisé en Algérie car non disponible à l'IPA.

E. LES REACTIONS POST-VACCINALES ANTI-RABIQUE :

Les plus fréquentes sont les réactions locales sans gravité au(x) point(s) d'inoculation : érythème, prurit, nodules, réactionnels qui régressent et cèdent aux antihistaminiques.

Les accidents neuro-paralytiques sont exceptionnels ;

AUSSI LA VACCINATION NE DEVRAIT JAMAIS INTERROMPUE CAR LE CHOIX QU'IL Y AURAIT A FAIRE ENTRE, CES REACTIONS POST-VACCINALES MAL SUPPORTEES, ET LE RISQUE DE RAGE CLINIQUE, DONT LE DECES PAR RAGE, PARFAIT EVIDENT ET SANS EQUIVOQUE.

En cas d'accidents neuro-paralytiques poursuivre le traitement et contacter le centre de référence anti-rabique le plus proche (se référer au point H) et le déclarer à la direction de la prévention (MSP).

G. CAS PARTICULIERS :

G.1. VACCINATION PREVENTIVE DU PERSONNEL EXPOSE :

a- Si la vaccination se fait par le vaccin préparé sur culture cellulaire, la vaccination avant toute exposition se fait à J1, J8 et J 29, et un rappel un an après puis tous les trois ans.

Nous rappelons que ces vaccinations sont effectuées de préférences à l'aide du vaccin sur culture cellulaire en IM dans le muscle deltoïde.

b- Si la vaccination se fait par du vaccin préparé sur souches nouveaux nés elle se fera selon le protocole suivant : J1. J8. J15 et un rappel tous les ans en ID (0,25 ml).

Il est recommandé de pratiquer un contrôle sérologique tous les 06 mois pour les deux types de vaccins.

G.2. TRAITEMENT APRES EXPOSITION DES PERSONNES PREALABLEMENT VACCINEES (PERSONNEL DE LABORATOIRE, ABATTOIRS, VETERINAIRES, ELEVEURS.....)

Si la vaccination a été pratiquée par le vaccin préparé sur culture cellulaire, après morsure au jour (J1) :

- Deux injections en IM seront pratiquées en deux sites différents (habituellement les deux bras),
- Rappels d'une dose à J7 et J21.

SEROLOGIE PRATIQUEE ET TITRE SUFFISANT (0,5 UI/ml)	- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU - TITRE INSUFFISANT
Deux injections à J1 et arrêt du traitement	Trois injections : J1. J7. et J21

Au – delà de trois ans reprendre la vaccination à zéro.

Si la vaccination a été pratiquée par le vaccin préparé sur souches nouveau-nés revacciner selon le protocole ci-dessous puis faire des rappels tous les ans.

- Pratiquer une sérologie à J1	- Impossible de la pratiquer ou titre insuffisant
- Titre suffisant : arrêter la vaccination	- Vacciner J1. J7 et J21
- Titre insuffisant : vacciner à J7 et J21	

G.3. MORSURE DE RATS OU TOUT AUTRE ANIMAL SAUVAGE :

Toute morsure de rat est considérée comme suspecte et le sujet doit être vacciné.

G.4. CHIENS VACCINES :

Même sur présentation du carnet de vaccination, il faut toujours mettre en observation un chien mordeur pendant 15 jours.

G.5. PERSONNES IMMUNODEPRIMEES :

La vaccination se fait par le vaccin fabriqué sur culture cellulaire.

G.6. VACCINATION INTERROMPUE :

Devant toute interruption de la vaccination, la reprendre au début.

G.7. PERSONNE MORDUE UNE DEUXIEME FOIS :

Toute personne mordue une deuxième fois après avoir terminé sa série de vaccination : se référer à la conduite à tenir décrite au point G2 en tenant compte du type de vaccin utilisé.

G.8. FEMMES ENCEINTES :

Pas de contre indication à la vaccination

H.CENTRES DE REFERENCES :

INSTITUT PASTEUR D'ALGER

EHS EL HADI FLICI (EX EL KETTAR)

TELEPHONE VERT 115.

I. CENTRES DE VACCINATION ANTI-RABIQUE :

Dans les secteurs sanitaires :

Au minimum : Un centre de vaccination ou unité anti-rabique ouverte 24 h sur 24 h et 7 j sur 7 j par secteur sanitaire, son siège sera situé de préférence dans la polyclinique de garde.

Cette unité sera placée sous le contrôle du Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP).

- Dans les CHU : la prévention contre la rage et la vaccination des personnes mordues sera placée sous le contrôle du SEMEP en collaboration avec les services de médecine interne, des urgences et de maladies infectieuses.

**TABLEAU RECAPITULATIF DE LA CONDUITE A TENIR
DEVANT UN CAS DE MORSURE**

NATURE DE LA BLESSURE OU GRADE DU CONTACT	ETAT DE L'ANIMAL MORDEUR		CONDUITE A TENIR
	Au moment de la blessure 15 jours ou sacrifié	après la mise en Observation	
GRADE 1 Absence de blessure ou de contact direct Léchage sur peau saine	Animal enragé ou sain	Enragé ou sain	Pas de traitement
GRADE II Léchage sur peau lésée, morsures, griffures bénignes siégeant ailleurs qu'à la tête, aux extrémités et aux organes génitaux	Apparemment sain Ou signes suspects de rage Enragé, inconnu, non examiné Rat	Signes non confirmés : animal sain Apparition de signes de rage confirmée	Soins locaux VAT-ATB Traitement vaccinal immédiat, qui sera arrêté au 10 ^{ème} jour l'observation si animal sain poursuivi si rage confirmée Soins locaux VAT-ATB Traitement vaccinal immédiat et complet
GRADE III Morsures graves : morsures siégeant à la face, à la tête, au cou aux mains, aux pieds, aux organes génitaux Morsures profondes ou multiples ou morsures par animal sauvage léchage ou contamination des muqueuses par la salive protection de baves sur les muqueuses en particulier oculaires	Apparemment sain Ou Signes suspects de rage Enragé, inconnu non examiné sauvage	Oui Signes non confirmés : animal sain Apparition de signes de rage confirmés NON	Soins locaux VAT-ATB Sérothérapie immédiate (1 ^{er} jour) Et vaccination arrêté le 10 ^{ème} jour si animal sain Sérovaccination Sérothérapie immédiate (1 ^{er} jour) et vaccination complète Sérothérapie immédiate (1 ^{er} jour) et vaccination complète

Enfin, telles sont les dispositions à prendre et la conduite à tenir en cas de morsure pour la prévention de la rage humaine .Leur mise en œuvre est impérative et ne doit souffrir aucun délai dès que l'indication est posée selon le tableau récapitulatif joint en annexe, qui devra faire l'objet d'un affichage dans toutes les structures de soins d'urgence et centres de vaccination ou unités anti-rabiques.

La présente instruction doit en tout état de cause faire l'objet de la plus large diffusion à tous les services et unités d'urgence.

Toute difficulté dans son application doit être signalée à la Direction de la Prévention (MSP) et à l'IPA, concernant l'organisation de la prévention de la rage ou la disponibilité du vaccin et du sérum anti-rabique.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

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

DIRECTION DE LA PREVENTION

**INSTRUCTION N° MSPRH/DP/SDPS/ DU 26 OCTOBRE 2004
RELATIVE A LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE MORSURE**

DESTINATAIRES :

<u>POUR EXECUTION ET LARGE DIFFUSION</u>	<u>POUR INFORMATION</u>
<ul style="list-style-type: none">- MMES ET MM. LES DSP- MMES ET MM. LES DG DES CHU- MESSIEURS LES DG DES EHS- MONSIEUR LE DG DE L'IPA- MONSIEUR LE DG DE LA PCH- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES- MMES ET MM. LES MEDECINS-CHEFS DES SEMEP- MESSIEURS LES PRESIDENTS DES REGIONS SANITAIRES- MMES ET MM. LES DIRECTEURS DES ORS- MMES ET MM. LES MEDECINS-CHEFS DES SERVICES DE MEDECINE DU TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none">- MONSIEUR LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE (Président du comité National de lutte Contre les Zoonoses)- MESSIEURS LES WALIS (cabinet)- MONSIEUR LE DG DE L'INSP- MONSIEUR LE DG DE L'ENSEP- MONSIEUR LE DG DE L'INPEP

SOMMAIRE

- 1. Les vaccins antirabiques disponibles en Algérie**
- 2. Eléments d'appréciation pour un vaccinothérapie ou une séro-vaccinothérapie**
- 3. Traitement : antirabique**
 - 3.1- Traitement local
 - 3.2- Traitement d'appoint
 - 3.3- Vaccination et sérovaccination Antirabique
- 4. Réactions post-vaccinales Antirabiques**
- 5. Cas particuliers**
- 6. Centres de traitement antirabiques de références**
- 7. Centres de traitement antirabiques**
- 8. Annexes**
 - 8.1- Tableau récapitulatif de la conduite à tenir après exposition
 - 8.2- Schéma récapitulatif de la séro-vaccinothérapie des deux types de vaccin

FICHE TECHNIQUE RELATIVE A LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE MORSURE (SERO-VACCINOTHERAPIE DE LA RAGE)

Le nombre de cas de rage varie entre 20 et 40 cas par année. Un pic a été atteint en 1995 avec 40 cas. En 2002, le nombre de cas de rage notifiés était de 23 cas et en 2003 de 15 cas. La rage est une maladie hautement létale et sa prévention reste le seul traitement efficace par la prise en charge correcte et précoce des cas de morsures.

La rage est la seule maladie qui bénéficie d'une vaccination post-exposition (après morsure, griffure, léchage...). Une personne bien vaccinée dans le cadre préventif (profession exposée) ou au cours d'une exposition antérieure doit faire l'objet d'une vaccinothérapie post exposition selon un schéma adapté.

A cet effet, la présente instruction rappelle et complète le schéma antérieur de vaccinothérapie et sérothérapie antirabique, afin de réduire le taux d'incidence de la rage humaine.

1. LES VACCINS ANTIRABIQUE DISPONIBLES EN ALGERIE :

En Algérie, l'institut Pasteur commercialise deux sortes de vaccin antirabique viral inactivé :

- **Le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveaux-nés** dont l'immunité post-vaccinale est de **6 à 12 mois** après le dernier rappel.
- **Le vaccin préparé sur culture cellulaire** dont l'immunité post-vaccinale est de 2 à 3 ans après le dernier rappel.
Ils peuvent être administrés quel que soit l'âge de la personne exposée.
Ce sont des vaccins sensibles à la chaleur : ils doivent être stockés et conservés, ainsi que leurs solvants, au réfrigérateur (2°C à 8°C).

2. ELEMENTS D'APPRECIATION POUR UNE VACCINOTHERAPIE OU UNE SERO-VACCINOTHERAPIE :

La vaccination antirabique devra tenir compte de la nature du contact et de l'état de l'animal « mordeur ». Cette vaccination doit être entreprise selon les recommandations suivantes :

La décision d'entreprendre la vaccination ou la sérovaccination antirabique après exposition

(morsure, griffure, léchage, projection de bave sur muqueuses....par l'animal) doit tenir des éléments suivants :

2.1. DE LA NATURE DE L'EXPOSITION :

La nature de l'exposition est classée en 3 grades :

Grade 1 : *Absence de blessure ou de contact direct ou léchage sur peau saine.*

Grade 2 : *Léchage sur peau lésée, morsures, griffures bénignes siégeant ailleurs qu'à la tête, aux extrémités et aux organes génitaux.*

Grade 3 : *Morsures même bénignes siégeant à la face, à la tête, au cou, aux mains, aux pieds, aux organes génitaux.*

- Morsures profondes ou multiples ou morsures par animal sauvage.
- Léchage ou contamination des muqueuses par la salive, projection de bave sur les muqueuses en particulier dans les yeux.

2.2. DE L'ETAT DE L'ANIMAL MORDEUR :

- Si l'animal est connu, son état sera apprécié par un vétérinaire, en plus des documents attestant :
 - De son comportement du moment.
 - De son statut vaccinal : vaccination datant de moins d'une année et de plus d'un mois.
 - Trois certificats de mise en observation obligatoires ou / et les résultats des examens de laboratoire s'il a été abattu ou retrouvé mort ou euthanasié.
- S'il s'agit d'un animal sauvage, il y'a risque majeur de rage même chez les animaux en captivité (Zoo)

2.3. DE LA PRESENCE DE RAGE DANS LA REGION :

En Algérie, aucune région n'est épargnée par la rage animale : le chien et le chat sont les principaux réservoirs de la maladie, suivis des bovins et de caprins.

D'autres réservoirs sont à signaler (rongeurs, chacals, fennecs, sangliers).

3. TRAITEMENT ANTIRABIQUE :

3.1. TRAITEMENT LOCAL DE LA MORSURE :

3.1.1. SOINS GENERAUX :

Ils visent l'élimination du virus de la rage au niveau du site d'exposition et la prévention de la surinfection bactérienne.

- Ils consisteront à laver immédiatement et abondamment la plaie à l'eau et au savon, puis à l'eau javellisée, ensuite appliquer de l'alcool et / ou une solution d'alcool iodée.
- Ils doivent être entrepris aussi **rapidement** que possible, **même quand le patient consulte tardivement**, et dans tous les cas, quelle que soit la nature du contact. (lavage abondant à l'eau des muqueuses).

3.1.2. SEROTHERAPIE ANTIRABIQUE LOCALE :

Lorsque celle-ci est indiquée (Grade III), elle se fait par infiltration soigneuse autour de la plaie, si la plaie est profonde et étendue, faire une instillation profonde d'au moins la moitié (½) de la dose prescrite et le reste par voie musculaire.

3.2.1. SUTURE DES PLAIES :

La suture hermétique des plaies est à proscrire. Si son indication est impérative, (délabrement, hémostase à assurer) elle se fera, si possible, après que le sérum antirabique ait été administré localement. Seul le médecin est habilité à déterminer la gravité et la profondeur de la plaie et par conséquent la nécessité ou non de suturer la plaie.

3.2. TRAITEMENT D'APPOINT :

3.2.1. VACCINATION ANTI-TETANIQUE (DT enfant ou DT adulte) :

Elle est indiquée car une plaie par morsure est à risque tétanique. Elle sera pratiquée après examen du statut vaccinal de la personne mordue (voir guide des vaccinations). Une injection de rappel doit être systématique.

* utiliser l'eau de javel 12° diluée à 10%

3.2.2. ANTIBIOTHERAPIE :

Elle est à prescrire en cas de risque et / ou d'infection bactérienne associée. La pénicilline G est le traitement de choix en première intention, ainsi que les cyclines (Doxycycline). En cas de suppuration l'Oxacilline en IM sera le traitement à administrer.

3.3. VACCINATION ET SEROVACCINATION ANTIRABIQUE :

Le schéma du traitement antirabique par la vaccination est différent selon qu'il y ait ou non administration de sérum.

3.3.1. VACCINOTHERAPIE : (GRADE II)

3.3.1.1. TRAITEMENT APRES EXPOSITION PAR LE VACCIN ANTIRABIQUE :

préparé sur cerveaux de souris nouveau-nés (vaccin tissulaire : tissu nerveux).

Tableau 1 : Doses et voies du vaccin antirabique tissulaire

VACCIN ANTIRABIQUE	Enfants âgés de 0 jour- 4 ans révolus ans moins 1 jour)	Enfants âgés de 5 ans et plus et Adultes
Tissulaire	- Voie sous-cutanée : 1 (un) ml par injection - Voie intradermique (rappel) : 0,1ml par injection.	- Voie sous-cutanée : 2 (deux) ml par injection. - Voie intradermique (rappel) : 0,25ml par injection à répartir en deux (02) points d'injection.

Tableau 2 : Schéma de vaccination avec le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveaux-nés

Le traitement nécessite onze (11) injections de vaccin (7 vaccinations de base et 4 rappels)

VACCINATION DE BASE EN SOUS-CUTANEE	RAPPELS EN INTRA-DERMIQUE
J0 J1 J2 J3 J4 J5 J6	J10 J14 J29 J90
S/ Cutanée péri-ombilicale	Intradermique face antérieure de l'avant-bras en 2 points d'injection

3.3.1.2. TRAITEMENT APRES EXPOSITION PAR LE VACCIN ANTIRABIQUE PREPARE SUR CULTURE CELLULAIRE :**Doses et voies d'injection**

Le dosage est identique pour l'adulte et l'enfant : 1ml de vaccin.

Seule change la voie d'administration (IM ou S/C).

Tableau 3 : Schéma de vaccination par le vaccin préparé sur culture cellulaire

Le nombre de doses vaccinales nécessaires est de quatre (04) injections de vaccin. Le schéma de vaccination préconisé est le protocole multi-sites : 2 – 1 – 1

Age	Schéma vaccinal à 4 injections		
	J 0	J 7	J 21
Enfants âgés de 0 j à 4 ans révolus	2 doses de 1ml en IM à la face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse (1ml dans la cuisse droite et 1ml dans la cuisse gauche).	1 dose de 1ml en IM à la face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse.	1 dose de 1ml en IM à la face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse
Enfants âgés de plus de 5 ans et adultes	2 doses de 1ml en IM dans le muscle deltoïde droit et 1ml dans le deltoïde gauche).	1 dose de 1ml dans le muscle deltoïde.	1 dose de 1ml dans le muscle deltoïde.

3.3.2. TRAITEMENT APRES EXPOSITION PAR SEROVACCINATION : (GRADE III)**3.3.2.1. PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DU SERUM ANTIRABIQUE :**

Il est recommandé d'injecter du sérum antirabique le plus tôt possible après la morsure, **en intramusculaire (fesse) après avoir testé la sensibilité du patient vis à vis du sérum de cheval (test de tolérance en ID)** .

On dispose du sérum de cheval purifié et concentré provenant de chevaux hyper-immunisés avec le virus de la rage et se présentant sous forme d'ampoule de 10ml fabriqué par l'institut Pasteur d'Algérie (**sérum hétérologue**).

Il est injecté à raison de 40 Unités Internationales / Kg de poids. Cette administration se fait par la méthode de Besredka au cas où le patient présente une sensibilité au test qui consiste à injecter 0,1ml en S/C, et après ¼ heures :

- Si le test est négatif, c'est-à-dire aucune réaction inflammatoire locale, poursuivre le reste de la dose en IM.
- Si le test est positif, poursuivre par l'injection de 0.25 ml en S/C de sérum et, si tout va bien ¼ d'heure après, injecter le reste de la dose.

Multiplier au besoin les points d'injections pour faciliter la résolution du sérum.

- Le sérum antirabique doit être administré quel que soit le jour où le malade se présente, il n'y a pas de date limité à sa prescription.
- Prévoir : Seringue + Adrénaline + Hémissuccinate d'Hydrocortisone à portée de main encas de choc anaphylactique.

REMARQUE IMPORTANTE :

Avant toute administration bien vérifier :

- Température de conservation.
- Le dosage en unités du flacon qui peut varier d'un lot à un autre.
- La date de péremption du produit.

La quantité de sérum (en ml) à administrer se calcule de la manière suivante :

Poids corporel (Kg) X 40 Unités

Dosage en Unités du flacon

Exemple : Pour un individu pesant 60 Kg et une ampoule de 10 ml dosée à 344 UI, la dose à injecter sera de :

$$\frac{60 \times 40}{344} = \frac{2400}{344} = 697,67 \text{ ml}$$

Un surdosage peut entraîner des accidents graves
La moitié de la dose est administrée localement au niveau de la plaie.

3.3.2.2. Schéma de Sérovaccination avec le Vaccin antirabique préparé sur cerveaux de souriceaux nouveau-nés (vaccin tissulaire) :

La sérothérapie ne doit être entreprise qu'après un test de tolérance.

La prise en charge nécessite une injection antirabique de sérum + douze (12) injections de vaccin antirabique se fait en même temps que la première injection de vaccin antirabique.

Tableau 4 : Schéma de sérovaccination avec le vaccin tissulaire :

SEROTHERAPIE en IM (une injection)	VACCINATION en S/C Peri-ombilicale	<i>PAPPELS en ID</i>
Après test de tolérance	J0 J1 J2 J3 J4 J5 J6	J10 J14 J24 J34 J90

3.3.2.3. Schéma de sérovaccination avec le vaccin antirabique préparé sur culture cellulaire :

une injection de sérum antirabique + 06 injections de vaccin antirabique (l'injection de sérum se fait au même moment que la première injection de vaccin dans deux sites différent).

Tableau 5 : Schéma de sérovaccination avec le vaccin cellulaire

SERO-THERAPIE ANTIRABIQUE	VACCINATION DE BASE 4 INJECTION	<i>PAPPELS 02 INJECTIONS</i>
J0 IM dans la fesse	J0 J3 J7 J14	J30 J90

4. LES REACTIONS APRES TRAITEMENT POST-VACCINAL ANTIRABIQUE:

Les plus fréquentes sont les réactions locales sans gravité au (x) points (s) d'inoculation : érythème, prurit, nodules, réactionnels qui régissent et cèdent aux antihistaminiques.
Les accidents neuro-paralytiques sont exceptionnels

AUSSI, LA VACCINATION NE DEVRAIT JAMAIS ETRE INTERROMPUE CAR LE CHOIX QU'IL Y AURAIT A FAIRE ENTRE, CES REACTIONS POST-THERAPEUTIQUE MAL SUPPORTEES, ET LE RISQUE DE RAGE CLINIQUE, DONT LE DECES PAR RAGE, PARAIT EVIDENT ET SANS EQUIVOQUE.

En cas d'accidents neuro-paralytique poursuivre le traitement et contacter le centre antirabique de référence antirabique le plus proche et de déclarer sur formulaire manifestations post-vaccinales indésirables (MPVI) à la direction de la prévention (MSPRH), à l'INSP, au SEMEP et à la DSP.

5. CAS PARTICULIERS :

5.1. VACCINATION PREVENTIVE DES PERSONNEL EXPOSES

(Personnel de laboratoire, abattoirs, vétérinaire, éleveurs....)

5.1.1. La vaccination se fait par le vaccin préparé sur culture cellulaire, la vaccination avant toute exposition se fait à J0, J7 et J28, et un rappel un an après puis tous les deux à trois ans.

5.1.2 si la vaccination se fait par du vaccin préparé sur cerveaux souriceaux nouveau-nés. Elle se fera selon le protocole suivant : J0, J7, J14 et un rappel tous les ans en ID (0.25ml).

Il est recommandé de pratiquer un contrôle sérologique tous les 06 mois pour les deux types de vaccins.

5.2. Séro-Vaccinothérapie chez des personnes préalablement vaccinées soit après une première exposition soit dans le cadre de la vaccinoprofylaxie des personnels exposés (personnel de laboratoire, abattoirs, vétérinaires, éleveurs....)

5.2.1. Si la vaccination antérieure a été pratiquée par le vaccin préparé sur culture cellulaire :

Vacciner avec le vaccin préparé sur culture cellulaire selon le tableau 6.

Tableau 6 : Traitement avec le vaccin préparé sur culture cellulaire :

- SEROLOGIE PRATIQUEE ET TITRE SUFFISANT 0,5 UI/ml OU - VACCINATION PREALABLE DATANT DE MOINS DE 1 AN	- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU - TITRE INSUFFISANT OU VACCINATION DATANT ENTRE 1 ET 5 ANS	VACCINATION DATANT DE PLUS DE 5 ANS
Deux injections à J0 et J3 et arrêt du traitement	Trois injections : J0, J3 et J7	Reprendre la vaccination à Zéro

Si le vaccin préparé sur culture cellulaire est non disponible reprendre la vaccination selon le protocole suivant :

Tableau 7 : Traitement avec le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveaux nés :

- SEROLOGIE PRATIQUEE ET TITRE SUFFISANT	- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU VACCINATION DATANT DE MOINS D'UN AN	- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU VACCINATION DATANT DE MOINS D'UN AN
Une injection de rappel à J0 en ID. Adulte : 0,25 ml Enfant : 0,1 ml	Une injection de rappel à J0 en ID. Adulte : 0,25 ml Enfant : 0,1 ml	Quatre injections de rappel à J0-J10-J20-J90 en ID. Adulte : 0,25 ml Enfant : 0,1 ml

2.2. Si la vaccination antérieure a été pratiquée par la vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveau-nés :

Vacciner avec le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveau-nés selon le tableau 8.

Tableau 8 : Traitement avec le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveau-nés.

- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU DATE DE DERNIER RAPPEL DATANT DE MOINS DE SIX MOIS	SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU DATE DE DERNIER RAPPEL DATANT ENTRE SIX MOIS ET UN AN
Deux injections de rappel à J0-J10 en ID. Enfants âgé de 0 jour-4 ans révolus : 0,1ml Enfants âgé de 5 ans et plus et adulte : 0,25ml	Reprendre la vaccination à Zéro

Si le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveaux nés est non disponible, reprendre le vaccin préparé sur culture cellulaire selon le tableau 9.

Tableau 9 : Traitement avec le vaccin préparé sur culture cellulaire

SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU VACCINATION DATA DE MONS DE SIX MOIS	SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU VACCINATION DATA DE MONS DE SIX MOIS
Une injection de rappel à J0 de 1ml en IM - Enfants âgés de 0 à 4 ans révolus : à la face antérolatérale externe du muscle de la cuisse. - Enfants âgés de plus de 5 ans et adulte : au niveau du del	Reprendre la vaccination à Zéro.

5.3. MORSURE DE RONGEURS OU TOUT AUTRE ANIMAL SAUVAGE :

Toute morsure de rongeur (rat, souris, etc....) est considérée comme suspecte et le sujet doit bénéficier d'une vaccination sans sérothérapie.

Pour toute morsure par des animaux sauvages, l'individu doit bénéficier obligatoirement d'une séro-vaccinothérapie.

5.4. CHIENS VACCINES OU AUTRES ANIMAUX :

Même sur présentation du carnet de vaccination, il faut toujours mettre en observation l'animal mordeur pendant 15 jours et **pratiquer la vaccination antirabique jusqu'au 15ème jour d'observation si l'animal mordeur est sain interrompre la vaccination et poursuivre si le diagnostic de rage animale est confirmé (voir tableau récapitulatif).**

5.5. PERSONNES IMMUNODERPRIMEES :

La vaccination se fait par le vaccin fabriqué sur culture cellulaire.

5.6. VACCINATION INTERROMPUE :

Devant toute interruption de la vaccination, pour le vaccin préparé sur cerveau de souris nouveau-nés : la reprendre au début.

Pour le vaccin préparé sur culture cellulaire : - le titre d'anticorps protecteur est atteint chez presque tous les sujets après une série de 3 injections ; poursuivre la vaccination.

- Si moins de 3 injections reprendre la vaccination au début.

5.7. PERSONNE MORDUE UNE DEUXIEME FOIS :

Pour toute personne mordue une deuxième fois après avoir terminé sa série de vaccination, se référer à la conduite à tenir décrite au point E. 2 en tenant compte du type de vaccin utilisé.

5.8. FEMMES ENCEINTES :

Pas de contre indication à la vaccination car le risque vital est en jeu.

6. CENTRES ANTIRABIQES DE REFERENCES :

- INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE.....021 67 23 44.
- EHS EL HADI FLICI (EX EL KETTAR).....021 96 29 97.
- TELEPHONE VERT 115
- SERVICE DES MALADES INFECTIEUSES, CHU DE ANNABA...038 86 84 36.
038 86 36 95.

7. CENTRES DE VACCINATION ANTIRABIQUE :

- **Dans les secteurs sanitaires :**

Au minimum : un centre de vaccination ou unité antirabique par secteur sanitaire. Son siège sera situé de préférence dans la polyclinique de garde ouverte 24h sur 24h et 7 j sur 7.

Cette unité sera placée sous le contrôle technique du service d'Epidémiologie et de Médecine préventive (SEMPEP).

- **Dans les CHU :**

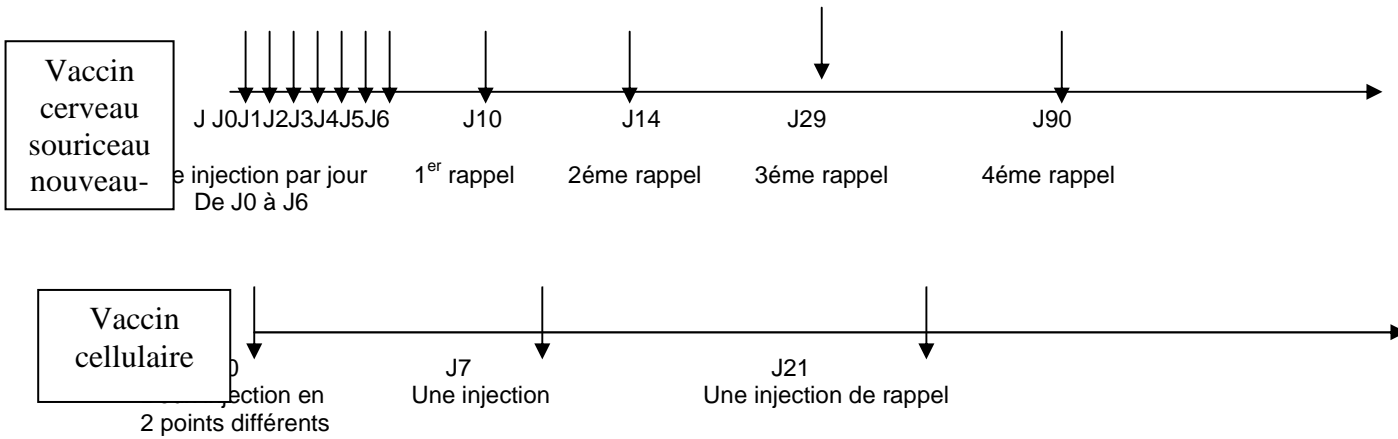
La prévention contre la rage et la vaccination des personnes mordues sera placée sous le contrôle du SEMPEP en collaboration avec les services de maladies infectieuses, de médecine interne et des urgences.

TABLEAU RECAPITULATIF DE LA CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE MORSURE

NATURE DE LA BLESSURE OU GRADE DU CONTACT	ETAT DE L'ANIMAL MORDEUR		CONDUITE A TENIR
	Au moment de la blessure	Mise en observation	
GRADE I <u>Absence de blessure ou de contact direct</u> <u>Ou léchage sur peau saine</u>	Animal enragé ou sain	Enragé ou sain	Pas de traitement Soins locaux
GRADE II Léchage sur peau lésée, morsures, griffures bénignes siègent ailleurs qu'à la tête, aux extrémités et aux organes génitaux	Apparemment Sain Ou Signes suspects de rage	Signes non confirmés : Animal sain Apparition de signes de rage confirmée	Soins locaux-vaccin DT- ATB Traitement vaccinal immédiat, qui sera arrêté au 15ème jour d'observation si animal sain; et poursuivi si rage confirmée
	Enragé, inconnu, non exam		Soins locaux-vaccin DT-ATB Traitement vaccinal immédiat et complet
GRADE III Morsures graves : Morsure siégeant à la face, à la tête, au cou, aux mains, aux pieds, aux organes génitaux. Morsures profondes ou multiples ou morsure par animal sauvage. Léchage ou contamination des muqueuses en particuliers oculaires	Apparemment sain Ou	Oui Signes non confirmés : animal sain	Soins locaux-vaccin DT-ATB Sérothérapie immédiate (1 ^{er} jour) et vaccination arrêtée le 15ème jour si animal sain
	Signes suspects de rage	Apparition de signes de rage confirmés	Sérovaccination Sérothérapie immédiate (1 ^{er} jour) et vaccination complète
	Enragé, inconnu non exami sauvage		NON

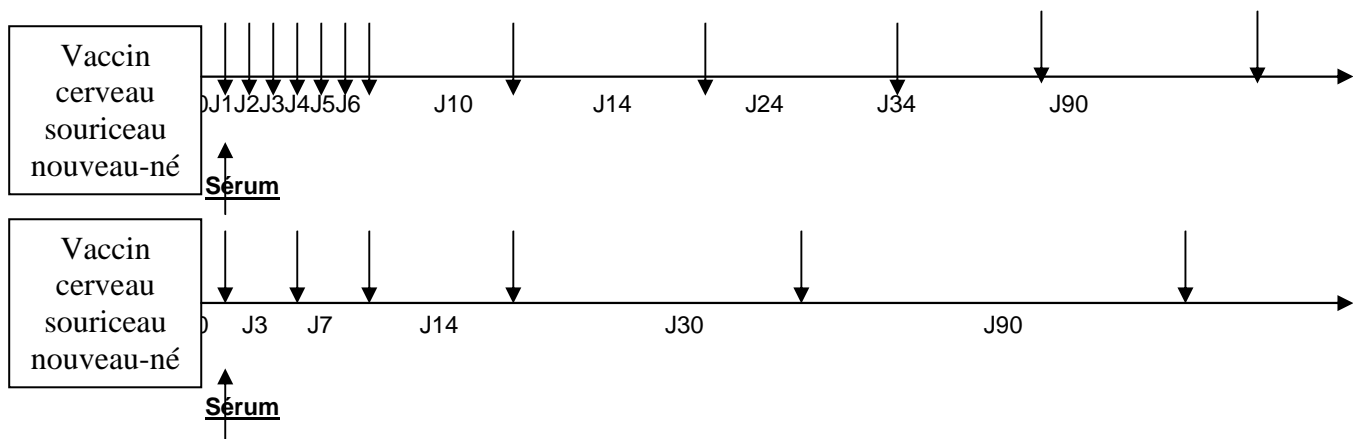
1. SCHEMA RECAPITULATIF DE LA VACCINATION ANTIRABIQUE DES 2 TYPES DE VACCINS

Vaccination seule (grade II)



2. SCHEMA RECAPITULATIF DE LA SEROVACCINATION ANTIRABIQUE DES 2 TYPES DE VACCINS

Sérovaccination (grade III)



Telles sont les dispositions à prendre et la conduite à tenir en cas de morsure pour la prévention de la rage humaine. Leur mise en œuvre est impérative et ne doit souffrir d'aucun délai dès que l'indication est posée selon le tableau récapitulatif joint en annexe, qui devra faire l'objet d'un affichage dans toutes les structures de soins d'urgence et centres de vaccination ou unités antirabique.

Il est impérativement demandé aux personnels prestataires de veiller à l'application rigoureuse de la prophylaxie complète d'attaque ainsi que des rappels en fonction du vaccin utilisé (vaccin préparé sur cerveau de souriceaux nouveaux nés, ou vaccin sur culture cellulaire).

La vaccination fait partie des programmes nationaux de prévention et, à ce titre, elle est gratuite.

Il leur est également demandé d'assurer le suivi complet du sujet mordu au niveau de la même structure de santé si possible, et de s'assurer de la disponibilité du vaccin.

Les actes pratiqués (sérum et vaccins) doivent être mentionnés sur la carte de vaccination de la personne mordue.

Des enquêtes épidémiologiques devront être systématiquement entreprises autour de chaque cas de rage.

La présente instruction doit en tout état de cause faire l'objet de la plus large diffusion à tous les services et unités d'urgence.

Toute difficulté dans son application doit être signalée à la direction de la Prévention (MSPRH) et à l'IPA, concernant l'organisation de la prévention de la rage ou la disponibilité du vaccin et du sérum antirabique.

La Directrice de la Prévention
F. BELATECHE

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION DE LA PREVENTION GENERALE

ALGER, le 28 JUIN 1982

N°324/ MS/ DPG

A

- Messieurs les directeurs de la santé de wilaya (pour diffusion)
- Messieurs les directeurs des secteurs sanitaires (pour exécution)

Objet : A/S démoustication utilisation du LINDANOL (insecticide)

REFER : ma transmission n°1022/MS/DPG du 10 juin 1982

P.J : instruction technique

Additionnellement à ma correspondance visée en référence, j'ai l'honneur de vous adresser ci-joint pour diffusion auprès des secteurs sanitaires une instruction technique relative à l'utilisation du LINDANOL insecticide organo-chloré qui est déjà largement utilisé contre les moustiques adultes à l'aide d'appareils genre TIFAQ ou SWINFOG.

Toutefois, j'attire votre attention sur la nécessité d'alterner l'utilisation de ce produit avec la Malathion solution 50% (trois passages au LINDANOL et le quatrième passage sera fait avec le malathion solution 50%) ceci en vue d'éviter toute résistance à ces produits.

Par ailleurs, je vous rappelle que pour la continuité des opérations de démoustication les APC et les secteurs sanitaires pourront commander directement ce produit auprès des services commerciaux de la SONATRACH. Ils devront prendre en charge toute commande de produit émanant d'eux.

P/ LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION GENERALE
SOUS DIRECTEUR DE L'HYGIENE DU MILIEU

SIGNE. DR. A. BOUBAKEUR

LINDANOL

INSECTICIDE

CONCENTRE EMULSIFIABLE CONTENANT 15% DE LINDANE

Matière active : Lindane (organo-chloré)

Nom chimique : Hexachlorocyclohexane (isomère gamma)

Formule chimique : C₆ H₆ Cl₆

Formulation : Concentré émulsifiable

Teneur en matière active : 15%

Solvants : solvant pétrolier, cyclohexanone

Mode d'action : par contact et ingestion

Indication d'emploi : mouches, moustiques en traitements extérieurs

Dose d'emploi : 1 à 2 litres par hectare dilués dans du kérosène (pétrole lampant)

Utilisation : selon le réglage de l'appareil, il est possible d'appliquer 5 à 10 litres de produit dilué (Lindanol+ pétrole) par hectare

- 1) – Réglage 5 litres / ha : il faut 1 L de Lindanol + 4 L de pétrole (gas-oil)
ou 2 L de Lindanol + 3 L de pétrole (gas-oil)
- 2) – Réglage 50 L / ha il faut 1 L de Lindanol + 49 L de pétrole (gas-oil)
ou 2 L de Lindanol + 48 L de pétrole (gas-oil)

En cas de réglage différent, il faut respecter la dose de Lindanol par hectare (1 ou 2 litres selon l'ingestion)

PRECAUTIONS D'EMPLOI : Toxique pour les abeilles, éviter de traiter directement les végétaux.

Pour les manipulations : -

- Eviter tout contact du produit concentré avec la peau et les yeux
- Eviter de respirer le brouillard du produit
- Se laver les mains et le visage après l'utilisation

En cas d'intoxication accidentelle, faire vomir, ne pas faire boire de lait, traitement symptomatique, contacter centre anti-poison.

ASPERSIONS AVEC DU MALATHION PAR NEBULISATION (FUMIGATION)

CONSIGNES EN CAS D'INTOXICATIONS

Chaque infirmier sera muni d'une trousse contenant :

- Seringues stériles de 2cc et 5cc
- Aiguilles IM et IV
- Alcool
- Coton hydrophile
- Compresse
- 10 ampoules de sulfate d'atropine
- Tonicardiaque (solucamphre)
- 1 garrot

En cas d'intoxication légère :

- Nausées, vertiges, céphalées,

Faire : Atropine ½ mg à 1 mg par voie I.V

Solucamphre I.M

A placer en observation à l'hôpital

Intoxication sévère :

- Vomissements,
- Vertiges,
- Céphalées intenses,
- Dyspnée – Polypnée,
- Extrémités froides.

Faire : Atropine 1 mg à répéter ¼ d'heure après, puis renouveler si nécessaire, à raison d'1/2 mg tous les ¼ d'heure pendant 1 heure.

Dose maxima : 4 mg

Diparcol : 0,25 intramusculaire ou

0,10 dans 10 ml de sérum par voie I.V

Toni-cardiaques : (solucamphre, coramine).

Hospitalisation d'urgence

En cas d'ingestion du produit : Lavage d'estomac avec du charbon animal + traitement précédent.

Hospitalisation d'urgence.

ABSOLUMENT CONTRE INDIQUES :

- Morphine
- Esérine,
- Lait,
- Purgatifs,
- Respiration artificielle,
- L'application ou l'absorption de corps gras facilite la diffusion du produit, donc à proscrire

MANIPULATION :

Les manipulateurs doivent éviter absolument de porter leurs mains à leur bouche ou à leurs yeux, de fumer ou de manger pendant le travail. Avant de le faire, ils devront se laver soigneusement mains et avant bras.

MALATOX 50%
INSECTICIDE

Matière active : MALATHION (organo-phosphoré)
Nom chimique : Di (ethoxy carbonyl) ethyl co-dimethylphosphorodithioate)
Formule chimique : C 10 H 19 S 2 P
Formulation : Concentré émulsifiable
Teneur en matière active : 50%
Solvants : Solvant pétrolier, cyclohexanone
Mode d'action : par contact et ingestion
Indication d'emploi : mouches et moustiques en traitements extérieurs
Dose d'emploi : 0,5 à 1 litre par hectare dilué dans du kérosène (pétrole lampant)
Utilisation : selon le réglage de l'appareil, appliquer 5 à 50 litres de produit dilué (Malatox+ pétrole)

- 1) – Réglage 5 litres / ha : 0,5 litre de malatox + 4,5 L de kérosène
ou 1 L de malatox + 4 L de (gas-oil

- 2) – Réglage 50 L / ha il faut 0,5 L de malatox + 49,5 L de kérosène
ou 1 L de malatox + 49 L de kérosène

En cas de réglage différent, il faut respecter la dose de malatox par hectare

PRECAUTIONS D'EMPLOI : Toxique pour les abeilles, éviter de traiter directement les végétaux en fleur.

- Eviter tout contact du produit concentré avec la peau et les yeux
- Eviter de respirer le brouillard du produit
- Se laver les mains et le visage après l'utilisation
- En cas d'intoxication accidentelle, l'atropine est un antidote à utiliser sous surveillance médicale.

RECOMMANDATIONS D'UTILISATION DES INSECTICIDES DANS LA LUTTE CONTRE LES LEISHMANIOSES

Les produits :

Les deux produits insecticides à effet rémanent (deltaméthrine et perméthrine) sont recommandés dans la lutte anti vectorielle. Un des deux produits suivants peut être utilisé dans la lutte contre les leishmanioses. Le mode d'utilisation et la formulation figurent dans le tableau suivant :

INSECTICIDE	Dose D'emploi (g / m ²)	Rémanence (en mois)	Nombre D'applications	Formulation	Avantages	Inconvénients	Coût moyen du Kg de produit en D.A
DELTAMETHRINE	0,025	6	Une application tous six mois	En poudre mouillable 2,5% (25grammes pour 1litre d'eau)	Très actif sur les phlébotomes Longue rémanence 30 fois plus actif que la perméthrine	Irritant Toxicité modérée	1.500
PERMETHRINE	0,125	3	Une application tous trois mois	En poudre mouillable 25% (250grammes pour 1litre d'eau)	Actif action rapide	Rémanence limitée	1.500

Méthode d'application :

Le produit reconstitué à la concentration indiquée doit être en PULVERISATION (spray) sur les parois des murs des habitations et des chambres.

Lieux d'application :

- Intradomiciliaire (intérieur des maisons)
- Péridomiciliaire (alentours de maisons, cours, murs des clôtures, étables, caves, bergeries, latrines...)
- Ne pas faire les aspersion dans les cours d'eau (oueds, barrages,.....)
- Les régions concernées par les campagnes d'aspersion sont :
toutes les habitations et dépendances des communes affectées par les leishmanioses
les villages situés aux frontières des communes limitrophes.

Matériel :

Pulvérisateurs individuels portables à compression manuelle (modèle utilisé en agriculture). En moyenne, vingt pulvérisateurs par commune sont nécessaires.

Période des opérations de pulvérisation :

Produit	1 ^{ère} application	2 ^{ème} application
Deltaméthrine	entre le 15 Avril et le 15 Mai	1 ^{er} Septembre
perméthrine	entre le 15 Avril et le 15 Mai	entre le 15 et le 30 Juillet

Précautions :

Les agents devant exécuter les opérations de pulvérisation doivent porter obligatoirement une tenue de protection (port d'un chapeau, de combinaison de gant et de masque)

Mesures à prendre pendant l'aspersion : ne pas manger, ni boire, ni fumer....

Couvrir les ustensiles de cuisine ou les aliments avec du plastique pour éviter tout contact avec le produit insecticide.

Mesures à prendre après l'opération : lavage soigneux des mains et des parties du corps exposées.

Autres mesures :

Il est recommandé pour la protection individuelle des citoyens de promouvoir l'utilisation large des moustiquaires.

Pour que la lutte chimique anti vectorielle soit efficace et réussie, il est impératif qu'elle soit accompagnée de mesures d'hygiène et d'assainissement du milieu :

- ramassage et incinération des ordures,
 - drainage des eaux usées,
 - restauration des maisons vétustes (boucher les fissures des maisons, enlever les amas de pierres etc...)
- Toutes ces actions nécessitent la participation active des citoyens qui doivent être impérativement informés sur les objectifs des programmes de lutte et les actions à mener.

La participation de la population est un préalable à la réussite du programme de lutte contre les leishmanioses.

Source : I.P.A / I.N.S.P

Le Secrétaire Général
N°398/MSPRHSG

11 MAI 2004

**INSTRUCTION RELATIVE A LA PROTECTION DES TRAVAILLEURS
EXPOSES AUX PESTICIDES DANS LE CADRE DE LUTTE ANTIACRIDIEENNE**

DESTINATAIRES

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas
concernées par la
Mesdames et Messieurs les Directeurs de Secteurs Sanitaires, lutte anti-acridienne

En communication à :

Mesdames et Messieurs les Médecins du Travail Inspecteurs et les Responsables des Activités de Médecine du Travail,
Mesdames et Messieurs les Chefs de Services de médecine du Travail,

REFERENCES :

Instruction ministérielle n°1511 du 24 Octobre 2000 relative à la mise en place du poste de commandement wilaya de lutte anti-acridienne.
Correspondance n°524/MSPRH/DP du 28 Mars 2004 relative à la conduite à tenir devant une intoxication.
Instruction n°325/MSPRH/SG du 20 Avril 2004 sur la mise en place du poste de commandement wilaya.
Correspondance n°366/MSPRH/SG du 5 Mai 2004 relative aux prélèvements pour dosage de cholinestérasés

OBJET : Surveillance médicale des travailleurs exposés aux pesticides.

J'ai l'honneur de vous demander d'intégrer dans les meilleurs délais un spécialiste en médecine du travail dans le dispositif de Wilaya de lutte anti-acridienne afin d'assurer le suivi médical des personnels utilisant les pesticides, organiser les opérations de prélèvements sanguins pour le dosage des cholinestérasés et informer et sensibiliser les travailleurs concernés sur les risques liés aux opérations de lutte anti-acridienne.

En complétant des instructions et des dispositions prévues par les circulaires et notes visées en références, il y a lieu de préciser que :

Les travailleurs appelés à utiliser les insecticides organophosphorés devront dans la mesure du possible subir un examen médical avant toute exposition avec prélèvement sanguin pour le dosage de l'activité cholinestérasique afin de déterminer la valeur de base avant exposition.

Les prélèvements sanguins sont à adresser au Centre national de toxicologie à Alger (C.H.U de Bab El Oued).

Pour la surveillance de l'exposition il y a lieu de revoir les travailleurs régulièrement tous les 15 jours afin de dépister précocement d'éventuels signes d'intoxication et de pratiquer une fois par mois, en fin de semaine de travail, les prélèvements sanguins pour le dosage de l'activité cholinestérasique.

Toute diminution du taux de 30 % de l'activité cholinestérasique globulaire ou de 50 % de l'activité cholinestérasique doit entraîner une éviction et l'exclusion des opérations de désinsectisation pendant 2 à 3 mois.

La réexposition ne doit être autorisée qu'après retour du taux à 80 % de la valeur de base.

Le traitement des éventuelles intoxications par pesticides nécessite la disponibilité des antidotes à assurer par le Poste de Commandement de Wilaya (P.C.W), à raison d'un lot ou kit par tranche de 10 travailleurs utilisant les pesticides, comprenant pour le traitement des intoxications aux insecticides organophosphorés :

Sulfate d'atropine : 50 Ampoules
Pralidoxime (Contrathion) : 15 flacons de 200 mg

Le schéma thérapeutique à utiliser le plus précocement possible après l'intoxication, en plus des mesures de réanimation et de décontamination est le suivant :

* Traitement vagolytique, à instaurer dès que la cyanose a disparu : 2 à 4 mg de sulfate d'atropine par voie intra-veineuse toutes les 10 à 30 mn jusqu'à apparition de la rougeur de la face et de sécheresse de la peau et des muqueuses, en contrôlant la dilatation pupillaire.

* Le traitement régénérateur des cholinestérases qui complète l'action de l'atropine.

Il fait appel au Pralidoxime (Contrathion) qui se présente en flacons de 200 mg à l'état sec, à utiliser en solution dans du soluté isotonique de chlorure de sodium.

La première injection de 200 à 400 mg (1 à 2 flacons) est administrée en injection intra-veineuse lente (1 ml par mn) ou perfusion dans un sérum glucosé ou chlorure isotonique en 20 mn.

La seconde injection de 200 mg sera effectuée 30 mn plus tard.

Les injections ultérieures de 200 mg sont pratiquées toutes les 4 à 6 heures.

La dose maximale ne doit pas dépasser 1g en une fois et 3 g par 24 h.

- Déclaration des cas d'intoxication

Tout cas d'intoxication par les pesticides doit être signalé dans les Rapports transmis au Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière et faire l'objet également d'une déclaration de maladie professionnelle à l'agence C.N.A.S concernée, au titre du Tableau n°34 des maladies professionnelles indemnisables qui concerne les troubles digestifs, respiratoires, nerveux, vasculaires ou biologique liés aux organophosphorés, les phosphoramides et les carbamates.

Le diagnostic doit être par un abaissement significatif des cholinestérases (sauf pour les carbamates) et le délai de prise en charge est de 7 jours.

Le Secrétaire Général

Rachida BENKHELIL

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات
**MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DES ACTIONS
SANITAIRES SPECIFIQUES
N°924/MSPRH/DASS

ALGER LE 24 DEC 2004

Mesdames et Messieurs les Directeurs
de la santé et de la population
des wilayas concernées par la lutte anti-acridienne

OBJET : Surveillance médicale des travailleurs exposés aux pesticides dans le cadre de la lutte anti-acridienne.
REF : Instruction MSPRH/SG N°398 du 11 Mai 2004.

J'ai l'honneur d'attirer votre attention sur la nécessité d'assurer, pour les travailleurs manipulant ou au contact des insecticides organophosphorés par un médecin du travail spécialiste, ou à défaut le médecin généraliste chargé de la médecine du travail, le suivi médical et l'organisation des prélèvements sanguins pour le dosage des cholinestérases, l'interprétation des résultats transmis par le Centre national de toxicologie, et la prise des mesures d'éviction et d'exclusion des opérations de désinsectisation en cas de baisse des cholinestérases sériques $\geq 50\%$ chez un même travailleur, même en l'absence de signes chimiques. Une baisse des cholinestérases sériques $\geq 30\%$ doit faire surveiller de façon particulière le travailleur concerné et le faire exclure du risque s'il y a présence de signes cliniques d'intoxication par les organophosphorés. La présence de signes cliniques est bien sûr à elle seule un motif d'exclusion du risque en plus de la thérapeutique appropriée. Il y a lieu d'appliquer strictement les dispositions de l'Instruction ministérielle sus-visée et en particulier de pratiquer une fois par mois, en fin de semaine de travail, les prélèvements sanguins pour le dosage des cholinestérases sériques. Dosage doit être effectué, suivi de dosages tous les mois pour dépister une éventuelle baisse des cholinestérases sériques de l'ordre de $\geq 50\%$ pour les mesures d'exclusion ou de $\geq 30\%$ pour la surveillance particulière. Les travailleurs dont les cholinestérases sont inférieurs à 6000 u/l sont à examiner et surveiller de façon particulière, même s'il s'agit d'un premier dosage. Un nouveau prélèvement devra être opéré dans les meilleurs délais les concernant. Les travailleurs ayant eu un taux particulièrement bas < 3500 u/l, doivent être exclus des opérations par mesure de précaution, en surveillant au bout de 2 à 3 mois la réascension du taux. Un prélèvement pour dosage des cholinestérases sera pratiqué toutes les 3 semaines chez eux. Dans tous les cas les interprétations de taux devaient se faire en fonction de l'exposition ou non aux insecticides organophosphorés avant le dosage et une attention particulière sera portée à la vitesse avec laquelle baissent les cholinestérases. Ainsi une baisse de l'ordre de 30 % en quelques heures ou jours peut s'accompagner de signes cliniques sévères alors que la même baisse en plusieurs semaines ou mois ne se manifeste pas par des signes clinique. - Si le travailleur a eu 2 ou plusieurs dosages l'interprétation des résultats doit impérativement se faire par rapport à la valeur initiale correspondante au premier dosage des cholinestérases et aux valeurs suivantes. Toute baisse $\geq 50\%$ des cholinestérases sériques doit entraîner une éviction et l'exclusion des opérations de désinsectisation pendant 2 à 3 mois. Toute baisse $\geq 30\%$ doit entraîner une surveillance médicale particulière et être suivie d'exclusion des opérations en présence de signes cliniques. La réexposition ne doit être autorisée qu'après retour du taux à 80 % de la valeur de base. Au cas où le taux cholinestérases reste abaissé malgré l'éviction du risque il faut rechercher une étiologie : (insuffisance hépato-cellulaire grave, dénutrition, myopathie, déficit congénital).

Le Directeur des Actions Sanitaires Spécifiques
Pr A. Semid

The title text is centered within a thin black oval border. The text is in a bold, black, sans-serif font.

Contrôle Sanitaire aux Frontière

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA PREVENTION

Le contrôle sanitaire aux frontières

Suite a l'exploitation des données relatives au fonctionnement et a l'organisation des activités du contrôle sanitaire aux frontières -CSF- et au vu de l'essor de plus en plus considérable que prennent le trafic et les échanges internationaux et de redynamiser le CSF.

A ce titre d'exemple l'entrée en Algérie de citoyens étrangers toutes nationalités confondues s'élèvent uniquement pour le mois de décembre 1993 a 37.650 pour la même période le nombre de citoyens nationaux s'élèvent a 181.160.

L'Algérien moyen voyage de plus en plus fréquemment pour diverses raisons vers de lointaines contrées ou des risques sérieux de maladies transmissibles sont présents et susceptibles de se propager a leur retour au pays. Les importations de produits alimentaires ne sont pas négligeables. Elles pourraient provenir de zones infectées auquel cas un contrôle biologique s'impose.

Je vous transmets ci-joint des éléments de programme susceptible de vous aider dans l'élaboration d'un programme local tenant compte des caractéristiques de votre secteur et de vos moyens.

Dans l'attente de la réception de votre programme je reste à votre disposition pour tout complément d'information et d'assistance dans le cadre de la réalisation de votre programme d'action.

Veillez agréer Monsieur Le Directeur l'expression de mes salutations les plus distinguées.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

LE CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIERES ELEMENTS DE PROGRAMME

A- CONSIDERATIONS GENERALES: Les postes sanitaires aux frontières doivent être implantés dans tous les secteurs sanitaires à frontières internationales – maritimes, aériennes et terrestres- Les activités du CSF n'étant qu'un prolongement des activités de prévention le poste sanitaire fera partie intégrante du service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive -SEMEP- du secteur sanitaire de rattachement et est placé sous l'autorité du médecin chef de ce service.

Selon l'importance du poste peuvent s'y trouver affectés des médecins spécialistes en épidémiologie des médecins généralistes des techniciens supérieurs de la santé en assainissement et entomologie des techniciens de la santé en soins généraux des agents d'administration ou agents de bureau.

Le poste sanitaire aux frontières doit avoir la possibilité d'une manière intégrée aux structures sanitaires ou à défaut d'une manière autonome de procéder à des examens de laboratoires d'isoler et de traiter rapidement les personnes infectées de procéder ou de faire procéder à la désinfection, désinsectisation et à la dératisation conformément aux mesures prévues par le règlement sanitaire international -ci-joint extrait du règlement.

Enfin le poste sanitaire aux frontières reste le lieu le plus adéquat pour dispenser aux voyageurs internationaux des informations relatives aux risques de santé présents dans certains pays - guides de santé brochures ordonnances etc...

B- BUT DU PROGRAMME: Le but du programme d'action relatif au CSF est de permettre aux postes sanitaires frontaliers -algériens terrestres et maritimes- de s'acquitter de la mission qui leur est dévolue dans les meilleures conditions possibles. L'objectif vise étant de prévenir l'installation et la propagation des maladies transmissibles soumises au Règlement Sanitaire International.

La stratégie à adopter sera la surveillance épidémiologique des mouvements de population et de marchandises observés à nos frontières. Cette stratégie devrait permettre l'identification et l'élimination des sources d'infections et faire en sorte qu'il y ait peu de risques qu'une infection venue de l'extérieur puisse s'implanter et se disséminer sur le territoire national.

C. OBJECTIFS OPERATIONNELS:

1. Réorganiser la répartition des moyens humains et matériels en fonction des postes sanitaires existants en créer d'autres si besoin est.
2. Mettre en place les moyens pour promouvoir les activités et tâches du CSF,
3. Adapter les recommandations et les activités du CSF telles qu'elles sont définies par la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé - titre II chapitre III *- prévention et lutte contre les maladies transmissibles- et par le règlement sanitaire international et aux réalités du terrain.
4. Initier des contacts étroits et permanents avec les secteurs concernés - douanes- agriculture etc...- pour des échanges d'information et définition des tâches à exécuter en commun.

D. MOYENS HUMAINS ET MATERIELS: Les moyens humains et matériels seront définis selon les paramètres suivants.

- destination et provenance des voyageurs
- importance du trafic - nombre de personnes qui transitent
- importance des échanges enregistrés
- distance séparant deux postes sanitaires frontaliers

Moyens Humains: L'équipe du contrôle sanitaire aux frontières se composera selon les paramètres cités ci-dessus des éléments suivants:

- médecins
- TSS en soins ou à défaut TS
- TSS en assainissement et entomologie ou à défaut TS ou TSS recyclés
- agents d'administration
- chauffeur et autres personnels de soutien

Moyens Matériels: Tenant compte des paramètres cités ci-dessus le poste frontalier doit disposer.

A/ d une structure comprenant :

- Une salle pour les consultations -urgences et soins médicaux
- Une salle d'observation médicale comprenant quelques lits d'hospitalisation qui pourraient servir de salle d'isolement temporaire.
- Une salle de vaccination anti-amarille - fièvre jaune- si dans les environs du poste il n'existe pas de structure sanitaire dispensant une telle vaccination et si le poste assure un passage vers les pays endémiques.

B/ de matériel servant à la :

- désinfection
- dératisation

C/de moyens de communications rapides :

- téléphone
- télex
- télécopieur - fax-

D/ de moyens de déplacements adéquats -véhicule utilitaire- ambulance- moyens de déplacement en mer-.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة و السكان

DIRECTION DE LA PREVENTION

N°824 MSP / D.P

ALGER Le, 09 OCT 1999

MONSIEUR LE DIRECTEUR
DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

Afin d'amener le maximum de sécurité vis à vis des voyageurs contre la propagation des maladies d'un pays à l'autre, les autorités sanitaires devraient veiller à ce que les mesures sanitaires prescrites par le règlement sanitaire international soient appliquées scrupuleusement .

Pour cela, la direction du service de prévention souhaiterait diffuser largement au niveau de tous les postes de contrôle sanitaire aux frontières se rattachant à votre wilaya, quelques articles figurant au règlement sanitaire international.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

Pr : J.P GRANGAUD

Article 14 : Les administrations sanitaires font en sorte que les ports et les aéroports de leur territoire soient pourvus d'une organisation et d'un outillage adéquats pour permettre l'application des mesures prévues au règlement. Tout port ou aéroport doit disposer d'eau potable et de denrées alimentaires saines, de provenances approuvées par l'administration sanitaires, à l'usage et pour la consommation du public, soit à bord des navires ou des aéronefs. L'eau potable et les denrées alimentaires sont conservées et manipulées dans des conditions propres à les protéger de toute contamination. L'autorité sanitaire inspecte périodiquement le matériel, les installations et les locaux, et prélève des échantillons d'eau et de denrées alimentaires, qui sont soumis à des examens de laboratoire afin de vérifier que les dispositions de présent article sont respectées.

Tout port ou aéroport doit disposer d'un système efficace pour évacuer et rendre inoffensives les matières fécales, les ordures ménagères, les eaux usées, ainsi que les denrées alimentaires impropres à la consommation et autres matières reconnues dangereuses pour la santé publique.

Article 15 : Le plus grand nombre possible de ports et d'aéroports d'un territoire donné doit pouvoir disposer d'un service médical et sanitaire comportant le personnel, le matériel et les locaux nécessaires et, en particulier, les moyens pour isoler et traiter rapidement les personnes infectées, pour procéder à des désinfections, désinsectisations et dératisations, à des examens bactériologiques, à la capture et à l'examen des rongeurs pour la recherche de l'infection pesteuse, à des prélèvements d'échantillons d'eau et de denrées alimentaires ainsi qu'à leur expédition à un laboratoire pour examen, enfin pour appliquer toutes autres mesures appropriées prévues au règlement.

Article 16 : L'autorité sanitaire du port ou de l'aéroport :

Prend toutes mesures utiles pour maintenir les installations du port ou de l'aéroport exemptes de rongeurs ;
Fait tous efforts pour mettre à l'abri des rats les installations du port ou de l'aéroport.

Article 18 :

1 - Selon l'importance du trafic international de leur territoire, les administrations sanitaires désignent comme aéroports sanitaires un certain nombre d'aéroports sanitaires de ce territoire, étant entendu que les aéroports ainsi désignés doivent satisfaire aux conditions énoncées au paragraphe 2 du présent article, ainsi qu'aux dispositions de l'article 14.

2 - Tout aéroport sanitaire doit disposer :

d'une organisation médicale comportant le personnel, le matériel et les locaux nécessaires.

des moyens voulus pour transporter, isoler et traiter les personnes infectées ou les suspects.

des moyens nécessaires pour une désinfection et une désinsectisation efficaces, pour la destruction des vecteurs et des rongeurs, ainsi que pour l'application de toute autre mesure appropriée prévue au règlement.

d'un laboratoire bactériologique ou des moyens voulus pour l'envoi des matériels suspects à un tel laboratoire.

des moyens nécessaires, soit à l'intérieur soit à l'extérieur de l'aéroport, pour la vaccination contre la fièvre jaune.

Article 19 :

1 - Tout port, de même que la superficie comprise dans le périmètre de tout aéroport est maintenu exempt d'aèdes *ægypti* à l'état immature ou à l'état adulte et de moustiques vecteurs du paludisme ou d'autres maladies revêtant une importance épidémiologique pour le trafic international. A cette fin, des mesures de démoustication sont appliquées régulièrement dans une zone de protection s'étendant sur une distance d'au moins 400 mètres autour du périmètre.

2 - Dans la zone de transit direct d'un aéroport situé soit dans une zone où se trouvent les vecteurs mentionnés au paragraphe 1 du présent article, soit dans le voisinage immédiat d'une telle zone, tous les locaux destinés à recevoir des personnes ou des animaux sont mis à l'abri des moustiques.

3 - Aux fins du présent article, le périmètre d'un aéroport désigne la ligne qui circonscrit la zone où se trouvent les bâtiments de l'aéroport et le terrain ou plan d'eau servant ou destiné à servir au stationnement des aéronefs ;

Article 25 : La désinfection, la désinsectisation et toutes autres opérations sanitaires sont exécutées de manière à éviter toute gêne inutile et à ne causer aucun préjudice à la santé des personnes.

à ne causer aucun dommage à la structure du navire, aéronef ou autre véhicule ou à ses appareils de bord.

à éviter tout risque d'incendie.

En exécutant ces opérations sur les cargaisons, marchandises, bagages, conteneurs et autres objets, les précautions voulues sont prises pour éviter tout dommage.

Article 36 : L'autorité sanitaire d'un port ou d'un poste frontière peut soumettre à la visite médicale à l'arrivée tout navire, aéronef, train, véhicule routier, autre moyen de transport ou conteneur, ainsi que toute personne effectuant un voyage international.

Dans un pays où l'administration sanitaire doit faire face à des difficultés spéciales qui peuvent constituer un grave danger pour la santé publique, il peut être exigé de toute personne effectuant un voyage international qu'elle indique par écrit, à l'arrivée, son adresse de destination.

Article 46 : Les cargaisons et marchandises ne sont soumises aux mesures sanitaires prévues au présent règlement que si elles proviennent de zones infectées et si l'autorité sanitaire a des raisons de croire que ces cargaisons et marchandises peuvent avoir été contaminées par l'agent causal d'une des maladies soumises au règlement ou constituer un facteur de propagation de l'une de ces maladies.

Les marchandises, autres que les animaux vivants, qui passent en transit sans transbordement ne sont soumises à aucune mesure sanitaire ni retenues aux ports, aéroports ou stations frontalières.

La délivrance d'un certificat de désinfection pour les marchandises faisant l'objet d'un commerce entre deux pays peut être réglée par des arrangements bilatéraux entre le pays exportateur et le pays importateur.

Article 54 : Dans des circonstances épidémiologiques exceptionnelles, quand la présence de rongeurs est soupçonnée à bord, un aéronef peut être désinsectisé et dératisé.

Article 57 : À l'arrivée d'un navire infecté ou suspect, ou d'un aéronef infecté, l'autorité sanitaire peut appliquer les mesures suivantes :

Désinsectisation et surveillance des suspects, la surveillance ne devant pas durer plus de six jours à compter de l'arrivée ;

Désinsectisation et, au besoin, désinfection :

des bagages des personnes infectées ou des suspects ;

de tout autre objet, tel que literie ou linge ayant servi, et de toute partie du navire ou de l'aéronef qui sont considérés comme contaminés.

Article 67 : La possession d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire pour tout personne employée dans un port ou un aéroport situé dans une zone infectée, ainsi que pour tout membre de l'équipage d'un navire ou d'un aéronef qui utilise ce port ou cet aéroport.

Les aéronefs quittant un aéroport situé dans une zone infectée sont désinsectisés conformément à l'article 25, à moins que l'autorité sanitaire de l'aéroport d'arrivée n'exige pas cette partie de la déclaration générale d'aéronef. Les Etats intéressés acceptent la désinsectisation pratiquée en cours de vol au moyen du dispositif approuvé de désinsectisation par vapeurs.

Les navires quittant un port situé dans une zone d'où *Aedes aegypti* a été éliminé sont maintenus exempts d'*Aedes aegypti* à l'état immature ou à l'état adulte.

Les aéronefs quittant un aéroport où *aedes aegypti* est présent à destination d'une zone d'où *aedes aegypti* a été éliminé sont désinsectisés conformément par l'organisation.

Article 68 : L'autorité sanitaire d'une zone où le vecteur de la fièvre jaune est présent peut exiger qu'une personne effectuant un voyage international, d'une zone infectée et qui n'est pas munie d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune, soit isolée jusqu'à ce que le certificat devienne valable ou que six jours au plus se soient écoulés à compter de la dernière exposition présumée à l'infection, la période la plus courte étant retenue.

Article 71: A l'arrivée d'un navire ou d'un aéronef infecté ou suspect, l'autorité sanitaire peut : dans une zone où le vecteur de la fièvre jaune est présent, appliquer à l'égard de tout passager ou membre de l'équipage quittant le bord sans être muni d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune, les mesures visées à l'article 68 .

procéder à l'inspection du navire ou de l'aéronef et la destruction totale d'*Aedes aegypti* ou d'autres vecteurs de la fièvre jaune. Dans une zone où le vecteur de la fièvre est présent, il peut en outre être exigé que le navire, jusqu'à exécution de ces mesures, reste à quatre cents mètres au moins de la terre.

Le navire ou aéronef cesse d'être considéré comme infecté ou suspect quand les mesures prescrites par l'autorité sanitaire, ont été dûment exécutées. Le navire ou l'aéronef est dès lors admis à la libre pratique.

D- CONSEILS A DONNER PAR LES PRESCRIPTEURS AUX PARENTS DE JEUNES ENFANTS.

Les enfants sont particulièrement exposés car ils peuvent vite tomber gravement malades à la suite d'une infection paludéenne. N'emmener des nourrissons ou de jeunes enfants dans une zone impaludée qu'en cas d'absolue nécessité.

Protéger les enfants contre les piqûres de moustiques. Ne pas retirer la moustiquaire entre le coucher et le lever du soleil. Appliquer une prophylaxie aux nourrissons allaités au sein ou au biberon car ils ne sont pas protégés par celle suivie par la mère.

La chloroquine et le proguanil peuvent être administrés sans danger aux nourrissons et aux jeunes enfants, on peut écraser les médicaments et les mélanger à de la confiture.

Calculer la dose d'antipaludique en divisant la dose pour adulte en fonction de l'âge ou du poids de l'enfant.

Ne pas donner de Sulfadoxine – Pyriméthamine (Fansidar) aux nourrissons de moins de deux mois.

ne pas donner de Doxycycline (Vibramycine) à titre prophylactique aux enfants de moins de huit ans Garder les antipaludiques dans les récipients que les enfants ne peuvent ni atteindre, ni ouvrir. La chloroquine est particulièrement toxique pour les enfants si l'on dépasse la dose recommandée.

10- Consulter immédiatement un médecin si un enfant fait une fièvre, apprendre que les symptômes du paludisme chez les enfants peuvent être atypiques, aussi devrait-on toujours songer au PALUDISME et consulter au moindre doute, on devrait suspecter le PALUDISME même en cas de maladie non fébrile.

E- CONSEILS A DONNER PAR LES PRESCRIPTEURS AUX PERSONNES QUI ONT L'INTENTION DE SEJOURNER DANS UNE ZONE IMPALUDEE PENDANT PLUS D'UN MOIS.

L'autoprotection contre les piqûres de moustiques doit être constante.

poursuivre la prophylaxie antipaludique recommandée à moins qu'un médecin local spécialisé dans le paludisme ne suggère une solution de remplacement plus efficace. La posologie ne devrait pas être réduite.

toujours disposer d'antipaludiques qui serviront à un traitement d'urgence dans le cas où un médecin ne pourrait être rapidement consulté.

toute personne ayant pris 300 mg de CHLOROQUINE par semaine pendant plus de cinq devrait se soumettre, deux fois par an, à un examen pour le dépistage de modifications précoces de la rétine.

MESURES DE PROTECTION CONTRE LE PALUDISME A L'ATTENTION DES VOYAGEURS

Les voyageurs qui se rendent dans les pays et zones impaludés sont souvent exposés au risque d'infection, aussi l'information des voyageurs sur les mesures préventives à prendre quand ils pénètrent dans une région impaludée ou la quittent est primordiale quant à la prise en charge réelle du voyageur d'où l'importance de la connaissance de différentes lignes de contrôle.

A – LISTE DE CONTROLE POUR LES PRESCRIPTEURS

Les voyageurs se rendent dans des zones où il y a risque de paludisme devraient :

Etre renseignés sur le degré de risque, les femmes enceintes et les parents emmenant de jeunes enfants devraient s'interroger sur l'opportunité de leur voyage.

Savoir comment se protéger contre les piqûres de moustiques.

Savoir qu'ils peuvent contracter le paludisme malgré la prophylaxie antipaludique.

Savoir que le paludisme peut être mortels si le traitement est différé, qu'il doit consulter sans retard en cas de fièvre, et il est nécessaire de prélever et d'examiner une ou plusieurs fois, un échantillon de sang pour rechercher les parasites du paludisme .

Signaler leurs allergies à tel ou tel médicament et toute autre problème de santé. En cas d'antécédents connus d'allergie, il ne faudrait jamais leur prescrire des médicaments analogues, si une allergie est suspectée, demander au patient de prendre sans tarder les médicaments à titre prophylactique et vérifier le résultat avant le départ.

Savoir comment prendre les antipaludiques prescrits à titre prophylactique.

Savoir que la prophylaxie doit être poursuivie pendant les six (06) semaines qui suivent le retour au pays.

Savoir que certains antipaludiques peuvent avoir des effets secondaires graves et qu'en pareil cas il faut consulter sans tarder un médecin. De légères nausées des vomissements occasionnels ou des selles liquides ne devraient pas entraîner l'arrêt de la prophylaxie, Cependant un médecin devrait être consulté.

Savoir que les symptômes du paludisme peuvent souvent être bénins et qu'il faut suspecter la maladie dès qu'une fièvre se déclare, accompagnée ou non d'autres symptômes et consulter immédiatement.

Savoir que s'ils ont eu, ou ont été suspectés d'avoir, le paludisme pendant un séjour en zone d'endémie, ils devraient subir un contrôle médical à leur retour dans leurs pays d'origine.

B- PROTECTION CONTRE LES PIQURES DE MOUSTIQUES :

Les mesures suivantes permettent de réduire le risque de piqûres de moustiques :

éviter, si possible, de sortir entre le coucher et le lever du soleil, car les moustiques piquent d'ordinaire pendant cette période, si l'on sort la nuit, porter les vêtements à manches longues et des pantalons longs, et éviter les couleurs sombres qui attirent les moustiques.

Enduire les parties exposées du corps d'un insectifuge.

Fermer les portes et les fenêtres la nuit si l'on ne peut pas protéger au moyen d'un treillis.

Si les moustiques peuvent pénétrer dans la chambre, placer une moustiquaire autour du lit en la fixant sous le matelas et en s'assurant qu'elles n'est pas trouées et qu'aucun moustique n'a été retenu à l'intérieur, pour une meilleure protection, on peut imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine.

Pulvériser des insecticides, utiliser des diffuseurs d'insecticides qui sont pourvus de plasquettes imprégnées de pyréthrinoides, ou faire brûler dans les chambres la nuit des serpentins anti-moustiques contenant des pyréthrinoides.

C- CONSEIL A DONNER PAR LES PRESCRIPTEURS AUX FEMMES ENCEINTES ET AUX FEMMES EN AGE DE PROCREER.

Femmes enceintes

1- le paludisme chez une femme enceinte accroît le risque de décès maternel, de décès néonatal, de fausse couche et de mort - naissance.

2- Ne se rendre dans une zone impaludée qu'en cas d'absolue nécessité.

3- Appliquer scrupuleusement les mesures de protection contre les piqûres de moustiques.

4- Prendre de la chloroquine ou proguanil à titre prophylactique.

5- Ne pas prendre de Méfloquine ou de Doxycycline à titre prophylactique.

Consulter immédiatement un médecin si l'on suspecte le paludisme

Femmes non enceintes

1- elles peuvent prendre de la Méfloquine à titre prophylactique, mais doivent éviter toute grossesse pendant les trois mois qui suivent l'arrêt de la prophylaxie.

2- En cas de grossesse pendant la prophylaxie antipaludique, le médecin traitant doit se renseigner sur les risques auprès des fabricants des médicaments en cause, à l'exception de la chloroquine et du proguanil.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

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

Direction de la Prévention

INSTRUCTION N°778 MSPRH / DP / DU 29JUIL 2003 RELATIVE AUX MESURES DE DERATISATION AU NIVEAU D'UN NAVIRE OU UN AERONEFS.

Destinataires :

- * DSP des wilayas aéroportuaires (pour exécution)
- * Ministère des Transports (pour information)

Références :

Règlement Sanitaire International
Voyages internationaux et Santé

P.J : Annexes 1, 2,3

L'objectif de cette fiche technique est de définir les méthodes de dératisation et de désinsectisation et de rappeler les mesures sanitaires telles que définies par le Règlement Sanitaire International afin de s'inscrire dans le dispositif de lutte contre l'épidémie de peste déclarée dans une localité de la wilaya « Oran ».

I/ REGLES GENERALES DE DERATISATION D'UN NAVIRE. (Voir annexe 1)

- 1- Les navires doivent être périodiquement dératisés.
- 2- Ils doivent être maintenus en permanence exempts de rongeurs et vecteurs de la peste.
- 3- L'autorité sanitaire d'un port doit faire effectuer l'opération de dératisation par des services spécialisés sous sa direction et son contrôle.
- 4- la dératisation doit être effectuée de manière à éviter autant que possible tout dommage au navire et à sa cargaison.
- 5- Elle se fait en cale vide ou avant chargement pour les navires sur lest.
- 6- Quand la dératisation a été exécutée à sa satisfaction ; l'autorité sanitaire délivre un certificat de dératisation dont la durée de validité est de 6 mois.
- 7- Le navire doit être contrôlé même si l'autorité du navire présente un certificat encore valide.

II- METHODE DE DERATISATION

La destruction des puces de rongeurs par désinsectisation doit précéder ou accompagner les mesures de lutte antimurine dératisation.

- 1- Rechercher la présence de rongeurs dans le navire au niveau des stocks de vivres, des cales et des garages par :

La présence de taches foncées et grasses.

La présence de l'empreinte de la queue et des pattes dans la poussière.

L'absence totale de poussière sur le dessus d'un tuyau ou l'absence de toiles d'araignées dans le coin d'un local.

La présence de déjections surtout près des sources de nourriture.

En absence de traces évidentes, il faut étaler de nombreuses plaques de poudre de talc.

- 2- Reconnaître l'espèce Voir annexe 2

- 3-Déterminer le mode de destruction

Désinsectisation ou destruction des puces vectrices

Les produits les plus fréquemment utilisés sont la Permethrine et la Deltaméthrine, ils sont efficaces contre les puces adultes et leurs larves.

(Voire annexe 3).

Les poudres sont la formalisation de choix. Les rongeurs traversant des taches de poudre sur leurs pistes, la ramassent dans leur fourrure et la répandent lorsqu'ils se lèchent, tuant ainsi les ectoparasites des puces.

Les taches de poudre de 15 à 30 cm de largeur sont disposées sur le passage des rats de long murs, des poutres et autant que possible à des endroits où elles ne sont pas touchées par une activité humaine.

- b) Destruction des rongeurs réservoirs

Le procédé de choix pour la dératisation des navires est la fumigation. Elle est très efficace car le gaz pénètre dans les parties les plus inaccessibles des structures. Pour donner au gaz le temps d'agir, toutes les ouvertures seront fermées et les petites fissures colmatées.

La fumigation est un procédé extrêmement dangereux qui ne doit être employé que par des spécialistes.

On utilise aussi le chlérate en appâts :

En nombre et en volume suffisant

A dose convenable du poison

De fréquence de renouvellement de l'appât respectée.

III DERATISATION D'UN AERONEF

Dans des circonstances épidémiologiques exceptionnelles, quand la présence de rongeurs est soupçonnée à bord, un aéronef peut être dératisé.

IV – RISQUE POUR LES VOYAGEURS

Le risque est généralement faible. Les voyageurs qui se rendent dans des zones rurales de régions d'endémie peuvent toutefois être exposés, en particulier s'ils campent ou chassent ou s'ils ont des contacts avec des rongeurs.

Il existe un vaccin contre la peste bubonique mais il est exclusivement réservé aux personnes fortement exposés à la peste du fait de leur profession.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

Annexe 1

TITRE V – DISPOSITIONS PROPRES A CHACUNE DES MALADIES SOUMISES AU REGLEMENT

Chapitre 1- Peste

Article 50 : Aux fins du présent Règlement, la période d'incubation de la peste est fixée à six jours.

Article 51 : La vaccination contre la peste ne continue pas une condition mise à l'admission d'une personne dans un territoire.

Article 52 : 1 - Les Etats emploient tous les moyens en leur pouvoir pour diminuer le danger de propagation de la peste par les rongeurs et leurs ectoparasites. Leurs administrations sanitaires se tiennent constamment renseignées, par la collecte systématique et l'examen régulier des rongeurs et de leurs ectoparasites, sur la situation existant dans les zones – les ports et aéroports notamment – infectées de peste des rongeurs ou suspects de l'être. Pendant le séjour d'un navire ou aéronef dans un port ou aéroport infecté de peste, des mesures spéciales sont prises pour éviter que des rongeurs ne pénètrent à bord.

Article 53 : 1. **Les navires sont** :

maintenus de façon permanente dans des conditions telles qu'il n'y ait à bord ni rongeurs ni vecteurs de la peste, ou périodiquement dératés.

2. Les certificats de dératation et les certificats d'exemption de la dératation sont délivrés exclusivement par les autorités sanitaires des ports agréés à cette fin aux termes de l'article 17. La durée de validité de ces certificats est de six mois. Toutefois cette durée peut être prolongée d'un mois pour les navires se dirigeant vers un port ainsi agréé, s'il est prévu que les opérations de dératation ou l'inspection, selon le cas, peuvent s'y effectuer dans de meilleures conditions.

3. Les certificats de dératation et les certificats d'exemption de la dératation sont conformes au modèle donné à l'Appendice 1.

4. Si aucun certificat valable ne lui est présenté, l'autorité sanitaire du port agréé aux termes de l'article 17 peut, après enquête et inspection :

a) Dans le cas d'un port de la catégorie visée au paragraphe 2 de l'article 17, dératifier elle-même le navire ou faire effectuer cette opération sous sa direction et son contrôle.

Elle décide, dans chaque cas, de la technique à employer pour assurer la destruction des rongeurs sur le navire. La dératation s'effectue de manière à éviter, autant que possible, tout dommage au navire et à la cargaison ; elle ne doit pas durer plus du temps strictement nécessaire pour sa bonne exécution. L'opération a lieu autant que faire se peut, en cales vides. Pour les navires sur lest, elle s'effectue avant chargement. Quand la dératation a été exécutée à sa satisfaction, l'autorité sanitaire délivre un certificat de dératation ;

Les certificats de dératation et les certificats d'exemption de la dératation sont valables pour une durée de six mois, mais, sous certaines conditions, la validité de ces certificats peut faire l'objet d'une prolongation unique d'un mois (OMS, Actes officiels n°87, P 404 et n°95. 1959, P 482).

Si l'inspection d'un navire, effectuée à la fin de la période de validité d'un certificat d'exemption de la dératation, un nouveau certificat doit être délivré. La dératation périodique des navires n'est pas nécessaire si l'inspection prouve que la délivrance d'un certificat d'exemption de la dératation est justifiée (OMS, Actes officiels, n° 87, 1958, p 405). Le règlement ne contient aucune disposition qui autorise l'autorité sanitaire d'un port à opposer sur des certificats valables de dératation ou d'exemption de la dératation une mention indiquant que l'inspection du navire a confirmé l'exactitude des renseignements indiqués sur le certificat (OMS, Actes officiels, n°79, 1957p50 2)

b) Dans tout port agréé aux termes de l'article 17, délivrer un certificat d'exemption de la dératation si elle s'est rendue compte que le navire est exempt de rongeurs. Ce certificat n'est délivré que si l'inspection du navire a été faite en cales vides, ou encore si celles-ci ne contiennent que du lest ou des objets non susceptibles d'attirer les rongeurs et dont la nature ou l'arrimage permettent l'inspection complète le certificat d'exemption de la dératation.

5- Si l'autorité sanitaire du port ou la dératation a eu lieu estime que les conditions dans lesquelles cette opération a été effectuée n'ont pas permis d'obtenir un résultat satisfaisant elle mentionne le fait sur le certificat de dératation existant.

Article 54 : Dans des circonstances épidémiologiques exceptionnelles, quand la présence de rongeurs est soupçonnée à bord, un aéronef peut être désinsectisé et dératé.

Article 55 : Avant leur départ d'une zone où existe une épidémie de peste pulmonaire, les suspects effectuant un voyage international doivent être soumis à l'isolement par l'autorité sanitaire pendant une période de six jours à compter de leur dernière exposition à l'infection.

Article 56 : 1. Un navire ou aéronef est considéré à l'arrivée comme affecté :

a). s'il y a un cas de peste humaine à bord ;

b). si un rongeur infecté de peste est trouvé à bord.

Un navire est considéré également comme infecté si un cas de peste humaine s'est déclaré plus de six jours après l'embarquement.

2. Un navire est considéré à l'arrivée comme suspect :

a). si, bien qu'il n'y ait pas de peste humaine à bord, un cas s'est déclaré dans les six jours après l'embarquement ;

b). s'il est manifesté parmi les rongeurs à bord une mortalité insolite de cause non encore déterminée ;

c). s'il y a à bord une personne qui a été exposée à la peste pulmonaire et à laquelle n'ont pas été appliquées les mesures prévues à l'article 55.

3. Bien que provenant d'une zone infectée ou ayant à bord une personne en provenance d'une zone infectée, un navire ou aéronef est à l'arrivée considéré comme indemne si à la visite médicale, l'autorité sanitaire a pu s'assurer que les conditions prévues aux paragraphes 1 et 2 du présent article n'existent pas.

Article 57 : A l'arrivée d'un navire infecté ou suspect ou d'un aéronef infecté, l'autorité sanitaire peut appliquer les mesures suivantes :

a). désinsectisation et surveillance des suspects, la surveillance ne devant pas durer plus de six jours à compter de l'arrivée ;

b). désinsectisation et, au besoin, désinfection ;

i)- des bagages des personnes infectées ou des suspects ;

ii)- de tout autre objet, tel que literie ou ligne ayant servi, et de toute partie du navire ou de l'aéronef qui sont considérés comme contaminés.

2. A l'arrivée d'un navire, aéronef, train, véhicule routier ou autre moyen de transport ayant à bord une personne atteinte de peste pulmonaire, ou si un cas de peste pulmonaire s'est produit à bord d'un navire dans les ix jours précédant son arrivée, l'autorité sanitaire peut, en plus des mesures prévues au paragraphes 1 du présent article, isoler les passagers et l'équipage du navire, aéronef, trains, véhicule routier ou autre moyen de transport pendant une période de six jours à compter de leur dernière exposition à l'infection.

3. En cas de peste murine à bord ou dans les conteneurs, le navire est désinsectisé et dératisé, au besoin en quarantaine, conformément aux stipulations de l'article 53 sous réserve des dispositions suivantes :

- a). les opérations de dératisation ont lieu dès que les cales sont vidées ;
- b). en vue d'empêcher les rongeurs infectés de quitter le bord, il peut être procédé à une ou plusieurs dératisations préliminaires du navire, qui peuvent être prescrites avant ou pendant le déchargement de la cargaison ;
- c). si du fait qu'une seulement de la cargaison d'un navire doit être déchargée, la destruction complète des rongeurs ne peut pas être assurée, le navire est autorisé à décharger cette partie de la cargaison, sous réserve pour l'autorité sanitaire d'appliquer les mesures jugées par elle nécessaires et qui peuvent comprendre la mise en navire, en quarantaine afin d'empêcher les rongeurs infectés de quitter le bord.

4. Si un rongeur infecté de peste est trouvé à bord d'un aéronef, l'aéronef est désinsectisé et dératisé, au besoin en quarantaine.

Article 58 : Un navire cesse d'être considéré comme infecté ou suspect et un aéronef cesse d'être considéré comme infecté quand les mesures prescrites par l'autorité sanitaire, conformément aux dispositions des articles 38 et 57, ont été dûment exécutées ou lorsque l'autorité sanitaire a pu s'assurer que la mortalité insolite parmi les rongeurs n'est pas due à la peste. Le navire ou l'aéronef est dès lors admis à la libre pratique.

Article 59 : A l'arrivée, un navire ou aéronef indemne est admis à la libre pratique ; toutefois, s'il provient d'une zone infectée, l'autorité sanitaire peut :

- a). soumettre tout suspect quittant le bord à la surveillance pendant une période qui ne doit pas dépasser six jours à compter de la date à laquelle le navire ou aéronef a quitté la zone infectée ;
- b). ordonner la destruction des rongeurs à bord du navire et la désinsectisation dans des cas exceptionnels et pour des motifs bien fondés qui sont communiqués par écrit au capitaine du navire.

Article 60 : Si un cas de peste humaine est constaté à l'arrivée d'un train ou d'un véhicule routier l'autorité sanitaire peut appliquer les mesures prévues à l'article 38 et aux paragraphes

1 et 2 de l'article 57, étant entendu que les mesures de désinsectisation et, si besoin est, de désinfection sont appliqués à telles parties du train ou du véhicule routier qui sont considérées comme contaminées.

**Règles de Préparation et Mise à
la Consommation de Certains
Produits**

MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

Arrêté interministériel du 19 Jomada Ethania 1420 correspondant au 29 septembre 1999 fixant les règles de préparation et de mise à la consommation des viandes hachées à la demande.

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

Le ministre du commerce et,

Le ministre de la santé et de la population,

Vu le décret présidentiel n°98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n°91-53 du 23 février 1991 relatif aux conditions d'hygiène lors du processus de la mise à la consommation des denrées alimentaires;

Vu l'arrêté interministériel du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994, modifié et complété, relatif aux spécifications microbiologiques de certaines denrées alimentaires;

Arrêtent :

Article 1^{er} : En application de l'article 31 du décret exécutif n°91-53 du 23 février 1991, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer les règles de préparation et de mise à la consommation des viandes hachées à la demande, destinées à la consommation humaine.

Article 2 : Les viandes hachées à la demande doivent être préparées sur le champ, à la demande et à la vue du client. Le découpage à l'avance, en menus morceaux, de pièces de viandes destinées à être hachées à la demande est interdit.

Article 3 : Au sens du présent arrêté, on entend par :

- viandes hachées : Les viandes qui sont soumises à une opération de hachage en fragments ou à un passage dans un hachoir à vis sans fin dans un magasin de détail, en vue de leur vente directe au consommateur;
- conditionnement : La protection des viandes hachées, par l'emploi d'une première enveloppe ou d'un premier contenant en contact direct de la denrée;
- emballage : La mise des viandes hachées conditionnées dans un deuxième contenant.

Article 4 : Les viandes hachées à la demande sont préparées exclusivement à partir de viandes bovines, ovines, caprines, camelines et équines, fraîches, saines et exemptes :

- d'abats et de tissus adipeux de réserve;
- de parties aponévrotiques, de chutes, de déchets de parage et de plaies de saignées;
- de parties tendineuses et de viandes de la tête.

Article 5 : Les viandes destinées à la préparation des viandes hachées à la demande, doivent être issues d'animaux abattus au niveau de structures d'abattage contrôlées et agréées, conformément à la réglementation en vigueur.

Article 6 : Les viandes destinées au hachage à la demande, doivent être entreposées en chambre froide à une température comprise entre 0°C et 3°C, jusqu'au moment même de leur hachage.

Article 7 : Toute viande hachée à la demande non préparée dans les conditions visées aux articles 4, 5 et 6 sus-citées, doit être retirée de la commercialisation et dénaturée, sans préjudice des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

Article 8 : Le conditionnement et l'emballage des viandes hachées à la demande, doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Le conditionnement doit se faire notamment dans du papier cellophane ou paraffiné.

Article 9 : Les instruments, les appareils et tout ustensile utilisés pour le hachage des viandes, doivent être en matériaux résistants à la corrosion et maintenus en parfait état d'entretien.

Ils doivent être régulièrement et soigneusement nettoyés avec de l'eau chaude (+ 82°C) et désinfectés, chaque fois qu'il est nécessaire et obligatoirement en fin de travail.

Les produits utilisés pour le nettoyage et la désinfection doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Article 10 : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Jomada Ethania 1420 correspondant au 29 septembre 1999.

Le ministre de l'agriculture et de la pêche

Benalia BELHOUADJEB

Le ministre du commerce

Bakhti BELAIB

Le ministre de la santé et de la population

Yahia GUIDOUM.

Arrêté Interministériel du 13 novembre 1999 relatif aux températures et procédés de conservation par réfrigération, congélation ou surgélation des denrées alimentaires

Le Ministre du Commerce,

Le Ministre de l'Agriculture et de la Pêche,

Le Ministre de la Santé et de la Population,

Le Ministre de l'Industrie et de la Restauration,

Le Ministre de la Petite et Moyenne Entreprise.

Vu la loi n°89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;

Vu le décret présidentiel n°98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°90-12 du 1^{er} janvier 1990, modifié et complété, fixant les attributions du Ministre de l'Agriculture ;

Vu le décret exécutif n°91-53 du 23 février 1991 relatif aux conditions d'hygiène lors du processus de la mise à la consommation des denrées alimentaires ;

Vu le décret exécutif n°94-207 du 7 Safar 1415 correspondant au 16 juillet 1994 fixant les attributions du Ministre du Commerce ;

Vu le décret exécutif n°94-211 du 9 Safar 1415 correspondant au 18 juillet 1994 fixant les attributions du Ministre de la Petite et Moyenne Entreprise ;

Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 28 septembre 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;

Vu le décret exécutif n°96-319 du 15 Joumada El Oula 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de l'Industrie et de la restructuration.

Arrêtent :

Article 1^{er} : en application de l'article 30 du décret exécutif n°91-53 du février 1991, sus-visé le présent arrêté détermine les températures et les procédés de conservation par réfrigération, congélation ou surgélation des denrées alimentaires.

Article 2 : au sens du présent arrêté, on entend par :

Réfrigération : le procédé de conservation qui consiste à abaisser la température de la denrée alimentaire de manière à ce qu'elle soit voisine de celle de la glace fondante (PC) et à la maintenir à une température au dessus de 0°C. La durée de réfrigérateur est limitée suivant le produit, la température et le type de conditionnement.

Congélation : le procédé de conservation qui transforme l'eau contenue dans une denrée alimentaire en glace, sous l'action du froid. Ce procédé doit permettre d'obtenir une température à cœur comprise, selon le produit, entre -10°C et -18°C après stabilisation thermique,

Surgélation : le procédé de conservation par le froid des denrées alimentaires qui consiste en un abaissement ultra-rapide de la température qui atteint au moins -18°C à cœur, après stabilisation thermique.

Article 3 : les procédés de congélation sont notamment :

la congélation par l'air à une température de -20°C à -50°C ;

la congélation par contact direct avec une surface métallique maintenue froide par circulation de liquide réfrigérant ;

la congélation par contact direct avec un liquide cryogénique dont l'évaporation assure l'action réfrigérante.

Article 4 : les températures des denrées alimentaires réfrigérées doivent être en tout point de la denrée alimentaire, constamment inférieures ou égales à celles mentionnées ci-dessous :

Denrées alimentaires	Températures maximales
Produits de la mer frais, notamment les poissons, crustacés, mollusques	+2°C
Abats	+3°C
Viandes découpées de boucherie et viandes conditionnées en unité de vente au consommateur	+3°C
Plats cuisinés à l'avance	+3°C
Plats froids préparés le jour même, sandwichs et fond de sauce	+3°C
Pâtisserie fraîche, crème pâtissière, entremets frais	+3°C
Volailles, lapins, gibiers	+4°C
Produits de charcuterie non stables, notamment le cachir, le pâté et le merguez	+4°C
Ovo produits	+4°C
Œufs en coquilles réfrigères	+6°C
Lait cru, lait pasteurisé	+6°C
Produits laitiers frais non stérilisés, notamment le yaourt, le lait fermenté et la crème dessert	+6°C
Beurre	+6°C
Crème fraîche	+6°C
Fromage à pâte molle, fromage à pâte persillée	+6°C
Autres fromages	Entre +10 et + 15°C
Viandes en carcasse et en quartiers	+7°C
Lait destiné à l'industrie	+8°C
Toute semi-conserve exceptée celle à base de produits de la pêche	+10°C
Produits de charcuterie stables (produits stabilisés par fumage ou famaison)	+15°C
Semi conserves de produits de la pêche, notamment l'anchois	+15°C

Article 5 : Les températures de congélation et de surgélation des denrées alimentaires doivent être en tout point de la denrée alimentaire, constamment inférieures ou égales à celles indiquées dans le tableau ci-dessous :

Denrées alimentaires	Températures maximales
1- Abats	-12°C
2- Volailles, lapins	-12°C
3- Ovoproduits	-12°C
4- Beurres, graisses alimentaires, y compris la crème à la beurrerie	-14°C
5- Produits de la pêche	-18°C
6- Viandes	-18°C
7- Plats cuisinés	-18°C
8- Toutes denrées préparées avec des produits d'origine animale	-18°C
9- Cuisses de grenouilles, escargots	-18°C
10- Glaces et crèmes glacées	-20°C

Article 6 : Les denrées alimentaires à la congélation ou à la surgélation doivent être dans un parfait état de fraîcheur, exemptes de germes pathogènes et satisfaire aux conditions bactériologiques fixées par la réglementation en vigueur.

Ces produits doivent être préalablement préparés à la congélation ou à la surgélation.

Les fruits et légumes frais à congeler ou à surgeler doivent atteindre avant la congélation ou la surgélation, un stade de développement ou une maturité qui on permet la consommation.

Article 7 : Conformément à la réglementation en vigueur, l'équipement d'entreposage, de manutention et de transport des produits soumis à congélation et/ou surgélation doit être conçu pour permettre une manutention rapide et efficace des denrées alimentaires, se prêter à un nettoyage facile et complet et construit de manière à ne pas provoquer la consommation de celles-ci.

Article 8 : Le transport des denrées réfrigérées, congelées ou surgelées s'effectue au moyen d'équipements frigorifiques aptes à maintenir ces denrées à une température égale ou inférieure à celle fixée par le présent arrêté.

Article 9 : Les denrées réfrigérées, congelées ou surgelées doivent être exposées à la vente dans des meubles de vente frigorifique conçus à cet effet et équipés d'un thermomètre.

Article 10 : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Le Ministre de l'Agriculture et de la Pêche
BELAHOUADJEB BEN ALIA

Le Ministre du Commerce
Le Ministre de l'Industrie et de la Restructuration
Abelmadjid MENASSERA

Le Ministre de la Santé et de la Population
Pr. Y. GUIDOUM
Le Ministre de la Petite et Moyenne Entreprise
BOUJARA SOLTANI

Ministère du commerce

Arrêté interministériel du 3 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 26 mai 2001 modifiant et complétant l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 relatif à la mise à la consommation des volailles abattues

Vu le décret exécutif n°90-367 du 10 novembre 1990 relatif à l'étiquetage et à la présentation des denrées alimentaires; Vu le décret exécutif n°92-65 du 12 février 1992, modifié et complété, relatif au contrôle de la conformité et de la qualité des produits fabriqués localement ou importés ; Vu le décret exécutif n°94-207 du 7 Safar 1415 correspondant au 16 juillet 1994 fixant les attributions du ministre du commerce; Vu le décret exécutif n°95-363 du 18 Joumada Ethania 1416 correspondant au 11 novembre 1995 fixant les modalités d'inspection des animaux vivants et des denrées animales ou d'origine animale destinés à la consommation humaine ; Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 relatif à la mise à la consommation des volailles abattues ;

Arrêtent ;

Article 1^{er} : Le présent arrêté a pour objet de modifier et compléter l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé.

Article 2 : Les dispositions de l'article 2 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont modifiées comme suit :

"Art. 2. — Au sens des dispositions du présent arrêté, on entend par :

- Volailles abattues :

Tous les oiseaux vivant à l'état domestique tels que les poules, dindes, canards, oies et autres y compris les oiseaux de même espèce que le gibier s'ils sont nés et élevés à la ferme et ayant subi un abattage conforme aux spécifications légales en vigueur et notamment aux dispositions du présent arrêté.

- Viandes de volailles :

Toutes carcasses de volailles ou morceaux de carcasses de volailles.

- Volailles éviscérées:

Les volailles complètement dépourvues de plumes et ayant subi l'ablation totale de la tête, de l'œsophage, du jabot, de la trachée, du cœur, des poumons, du proventricule, du gésier, du foie, des intestins et des pattes."

Article 3 : L'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, est complété par un article 2 bis rédigé comme suit :

"Art. 2 bis. — L'éviscération doit être opérée au niveau de l'abattoir, aussitôt après l'abattage."

Article 4 : Les dispositions de l'article 3 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont modifiées comme suit :

"Art. 3. — Seules les volailles abattues éviscérées et ayant atteint l'âge minimum de sept (7) semaines, sont mises à la consommation."

Article 5 : Les dispositions du point 2 de l'article 7 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont modifiées comme suit :

"Art. 7. —....."

Réfrigération :

Sont soumis à la réfrigération, les volailles abattues éviscérées en carcasses ou en morceaux de carcasses ainsi que les abats. La température interne du produit réfrigéré doit être comprise entre 0°C et 4°C".

Article 6 : L'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, est complété par un article 10 bis rédigé comme suit :

"Art. 10 bis. — Les volailles abattues éviscérées fraîches, congelées ou surgelées et les carcasses découpées en morceaux doivent être conditionnées avant leur mise à la consommation.

Le conditionnement doit être réalisé au niveau de l'abattoir, après éviscération, nettoyage et essuyage de la volaille."

Article 7 : Les dispositions de l'article 13 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

"Art. 13. — L'étiquetage des volailles abattues doit comporter :

a) Pour les volailles fraîches :

- la dénomination de l'espèce animale ;
- le numéro d'agrément de l'abattoir délivré par les services vétérinaires officiels ;
- le nom ou la raison sociale et l'adresse de l'abattoir ou du conditionneur ;
- la date d'abattage ;
- la température de conservation ;
- la date limite de consommation exprimée par la mention "à consommer avant le".

b) Outre les indications ci-dessus, l'étiquetage des volailles congelées ou surgelées doit comprendre:

- la mention "surgelée" ou "congelée" ;
- la date de congélation ou surgélation.

Ces mentions sont rédigées en langue arabe de façon visible, lisible et indélébile sur une étiquette apposée sur l'emballage."

Article 8 : A titre transitoire et dans un délai n'excédant pas une (1) année à compter de la date de publication du présent arrêté, la volaille abattue éviscérée peut ne pas être conditionnée. Dans ce cas, les mentions d'étiquetage citées à l'article 13 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont inscrites sur un écriteau à proximité de la volaille.

Article 9 : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 26 mai 2001.

Le ministre du commerce
Mourad MEDELICI

Le ministre de l'agriculture
Saïd BARKAT

Décret exécutif n°99-158 du 7 Rabie Ethani 1420 cor respondant au 20 juillet 1999 fixant les mesures d'hygiène et de salubrité applicables lors du processus de la mise à la consommation des produits de la pêche.

Le ministre du Gouvernement,
Sur le rapport du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4 et 125 (alinéa 2);
Vu l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal;
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°88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale;
Vu la loi n°89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de la protection du consommateur;
Vu le décret législatif n°94-13 du 17 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 28 mai 1994 fixant les règles générales relatives à la pêche;
Vu le décret présidentiel n°98-427 du 26 Chaâbane 1419 correspondant au 15 décembre 1998 portant nomination du Chef du Gouvernement;
Vu le décret présidentiel n°98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement;
Vu le décret exécutif n°90-39 du 30 janvier 1990 relatif au contrôle de la qualité et à la répression des fraudes;
Vu le décret exécutif n°90-367 du 10 novembre 1990 relatif à l'étiquetage et à la présentation des denrées alimentaires;
Vu le décret exécutif n°91-04 du 19 janvier 1991 relatif aux matériaux destinés à être mis en contact avec les denrées alimentaires et les produits de nettoyage de ces matériaux;
Vu le décret exécutif n°91-53 du 23 février 1991 relatif aux conditions d'hygiène lors du processus de mise à la consommation des denrées alimentaires;
Vu le décret exécutif n°95-363 du 18 Joumada Ethania 1416 correspondant au 11 novembre 1995 fixant les modalités d'inspection des animaux vivants et des denrées animales ou d'origine animale destinés à la consommation humaine;

Décète :

Article 1^{er} : En application des dispositions de l'article 25 du décret législatif n°94-13 du 17 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 28 mai 1994 susvisé, le présent décret a pour objet de fixer les mesures d'hygiène et de salubrité applicables lors du processus de la mise à la consommation des produits de la pêche.

**CHAPITRE I
DES DISPOSITIONS GENERALES**

Article 2 : Au sens du présent décret, il est entendu par :

- * **Produit de la pêche** : Tous les animaux ou parties d'animaux marins ou d'eau douce, y compris leurs oeufs et laitances, à l'exclusion des mammifères aquatiques.
Produit frais Tout produit de la pêche, entier ou préparé, n'ayant subi en vue de sa conservation aucun traitement autre que la réfrigération.
- Produit réfrigéré** : Tout produit de la pêche dont la température est abaissée par réfrigération et maintenue au voisinage de la température de la glace fondante, comprise entre 0° et 4° C.
- Produit congelé** : Tout produit de la pêche ayant subi une congélation permettant d'obtenir à coeur une température inférieure ou égale à - 18°C après stabilisation thermique.
- * **Produit Préparé** : Tout produit de la pêche ayant subi une opération modifiant son intégrité anatomique tel que l'éviscération, l'étêtage, le lavage, le tranchage, le filetage, le hachage ou l'emballage.
- * **Produit transformé** : Tout produit de la pêche qui a subi un procédé chimique ou physique tel que le chauffage, la fumaison, le salage, la dessiccation, le marinage, le saumurage, la fermentation ou une combinaison de ces différents procédés, appliquée aux produits réfrigérés ou congelés associés ou non à d'autres denrées alimentaires.
- Conserve** : Procédé consistant à conditionner les produits de la pêche dans des récipients hermétiquement fermés et à les soumettre à un traitement thermique suffisant pour détruire ou inactiver toutes les toxines et micro-organismes qui pourraient proliférer.
- Emballage** : Opération réalisant la protection des produits par l'emploi d'une enveloppe ou d'un contenant ou de tout autre matériel adapté.
- Eau potable** : Eau douce propre à la consommation humaine.
- * Eau de mer ou saumâtre propre : Eau ne présentant pas de contamination microbiologique, de substances nocives et/ou de plancton marin toxique en quantité susceptible d'avoir une incidence sur la qualité sanitaire des produits de la pêche.
- Moyens de transport : Parties réservées au chargement dans les véhicules automobiles, dans les véhicules circulant sur rails, dans les aéronefs ainsi que les cales des bateaux ou les conteneurs pour le transport par terre, mer, air.
- Etablissement de manipulation des produits de la pêche : Tout local ou ses annexes où des produits de la pêche sont préparés, transformés, réfrigérés, congelés, décongelés, conditionnés, reconditionnés, emballés, entreposés ou exposés à la vente ou vendus en gros ou au détail.
- * Vente en gros : Détention ou exposition, mise en vente et vente aux professionnels de produits de la pêche présentés dans leur emballage d'origine et/ou dans leur conditionnement d'origine sans qu'il y ait modification du contenu.
- * Navire de pêche : Tout navire armé pour la capture et la conservation des produits de la pêche, à bord duquel ceux-ci sont éventuellement manipulés pour la saignée, l'étêtage, l'éviscération, l'enlèvement des nageoires, la réfrigération ou la congélation.
- * Navire naine : Tout navire à bord duquel des produits de la pêche subissent une ou plusieurs des opérations suivantes : préparation, transformation et congélation, obligatoirement suivies d'un conditionnement et éventuellement d'un emballage. Ne sont pas considérés comme navires usines, les navires de pêche qui ne pratiquent que la cuisson des crevettes et des mollusques à bord et ceux qui ne procèdent qu'à la congélation à bord desdits navires cuiseurs et congélateurs.

* Mise sur le marché : La détention ou l'exposition en vue de la vente, la vente, la livraison ou toute autre manière de mise sur le marché des produits de la pêche. Sont exclues de cette définition, les cessions directes de petites quantités par un pêcheur au consommateur sur les lieux mêmes de débarquement ou sur un marché proche.

Article 3 : La mise sur le marché des produits indiqués ci-après est interdite :

Tous produits de la pêche vénéneux, notamment des familles suivantes :

* Tetraodontidae, molidae, diodontidae, cauthigasteridae.

Les produits de la pêche contenant des biotoxines telle (s) que la ciguatoxine ou les toxines paralysantes des muscles.

Article 4 : Il est interdit de destiner à la consommation humaine des produits de la pêche pour lesquels les opérations de conservation, de stockage, de traitement, de manipulation, de transport, de transbordement, de débarquement et de vente et achat n'ont pas été effectuées dans le respect des dispositions du présent décret

Article 5 : Les prescriptions d'hygiène et de salubrité applicables au personnel manipulant les produits de la pêche sont fixées par arrêté conjoint des ministres, chargés respectivement, de la pêche et de la santé.

CHAPITRE II

DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES A LA CONSTRUCTION, A L'AMENAGEMENT DES LOCAUX ET EQUIPEMENT EN MATERIEL A BORD DES NAVIRES DE PECHE, DES NAVIRES USINES ET DES ETABLISSEMENTS A TERRE DE MANIPULATION DES PRODUITS DE LA PECHE

Article 6 : Les navires de pêche doivent :

être conçus de façon à permettre une manipulation rapide et une conservation satisfaisante des produits de la pêche, un nettoyage et une désinfection facile;

être construits avec des matériaux qui ne puissent endommager ou contaminer les produits de la pêche;

* les navires de pêche d'une longueur supérieure à 12 mètres et inférieure à 24 mètres doivent disposer d'une cale isotherme pour maintenir les produits de la pêche à une température requise;

les navires de pêche d'une longueur supérieure ou égale à 24 mètres doivent disposer d'une installation frigorifique.

Article 7 : Les installations d'entreposage à bord des navires de pêche dont la longueur est supérieure à 12 mètres doivent être séparées du compartiment machines et des locaux réservés à l'équipage, par des cloisons étanches pour éviter toute contamination des produits.

Article 8 : Les navires usines doivent disposer au moins :

d'une aire de réception réservée à la mise à bord des produits de la pêche, de dimension suffisante, aisément nettoyable, conçue de façon à permettre la séparation des apports séquentiels, la protection des produits de l'action du soleil, des intempéries et de toute source de souillure ou autre contamination;

— d'un système de transfert des produits de la pêche de Paire de réception vers les lieux de manipulation, conforme aux dispositions du présent décret;

des équipements spéciaux pour évacuer soit directement à la mer, soit, si les circonstances l'exigent, dans une cuve réservée à cet usage, les déchets et produits de la pêche impropres à la consommation humaine.

Article 9 : Les navires usines et les établissements où sont manipulés les produits de la pêche doivent disposer :

de lieux de manipulation de dimension suffisante pour permettre de réaliser les préparations et les transformations des produits de la pêche;

de dispositifs appropriés de protection contre les insectes et les animaux nuisibles;

de conteneurs spéciaux, étanches, en matériaux résistant à la corrosion, destinés à recevoir des produits de

la pêche non destinés à la consommation humaine et un local destiné à entreposer ces conteneurs quand ils ne sont pas évacués au minimum à l'issue de chaque journée de travail;

d'une installation permettant l'approvisionnement en eau potable froide et chaude et en eau de mer propre sous pression et en quantité suffisante. A bord des navires usines, l'orifice de pompage de l'eau de mer doit être situé à un emplacement tel que la qualité de l'eau pompée ne puisse être affectée par le rejet à la mer des eaux usées, des déchets et de l'eau de refroidissement des moteurs;

- d'une installation réservée à l'entreposage des substances nocives, notamment les détergents, désinfectants ou pesticides;

— d'un dispositif permettant une évacuation hygiénique des eaux résiduelles;

d'installation d'une puissance frigorifique suffisante pour entreposer les produits de la pêche à une température conforme aux prescriptions réglementaires en vigueur. Ces installations doivent être munies d'un système d'enregistrement de la température placé de façon à pouvoir être consulté facilement;

des lieux d'entreposage des produits finis de dimensions suffisantes, conçus de façon à pouvoir être facilement nettoyés;

d'un local d'entreposage de tout équipement de manutention, d'emballage et de transport des produits de la pêche, séparé des locaux de préparation et de transformation de ces produits.

Article 10 : Les navires usines et les établissements de manipulation des produits de la pêche doivent comporter dans les lieux où l'on procède à la préparation et à la transformation, à la congélation ou à la surgélation de ces produits :

— un sol antidérapant, facile à nettoyer et à désinfecter, pourvu d'orifices permettant une évacuation facile de l'eau;

des parois et des plafonds faciles à nettoyer, en particulier au niveau des tuyaux, chaînes ou conduites électriques;

des fenêtres entièrement vitrées et grillagées et des portes conçues en un matériau inaltérable facile à nettoyer,

une ventilation suffisante;

un éclairage suffisant;

un local suffisamment aménagé fermant à clé à la disposition exclusive du service d'inspection au cas où la quantité de produits traités nécessite une présence régulière ou permanente;

une installation appropriée permettant les meilleures conditions de survie dans les établissements où sont maintenus des animaux vivants tels que les crustacés et les poissons, alimentée d'une eau ayant une qualité suffisante pour ne pas transmettre aux animaux des organismes et des substances nuisibles;

des dispositifs appropriés pour le nettoyage et la désinfection des outils, du matériel et des installations;

des pancartes d'interdiction d'usiner, de cracher, de boire, de fumer et de marcher sur les caisses;

un nombre approprié de vestiaires dotés de murs et de sols lisses, imperméables et lavables, de lavabos et de cabinets d'aisance. Ces derniers doivent être pourvus de moyens de nettoyage des mains ainsi que d'essuie-mains. Les robinets ne doivent pas être actionnés à la main;

des dispositifs et des outils tels que les tables de découpe, les récipients, les bandes transporteuses et les couteaux, en matériaux résistant à la corrosion, faciles à nettoyer et à désinfecter.

Article 11 : Les établissements de manipulation des produits de la pêche ne doivent, en aucun cas, être accessibles aux véhicules émettant des gaz d'échappement

Article 12 : Le sol, les murs, le plafond, les cloisons, le matériel et les instruments utilisés pour le travail doivent être maintenus en bon état de propreté et d'entretien.

Article 13 : Tous les bacs, réservoirs, barils et autres matériels utilisés dans les opérations de manutention, d'éviscération, de lavage, de filetage et de transfert des produits de la pêche doivent être nettoyés à fond, désinfectés et rincés à la fin de chaque cycle d'opération.

Article 14 : Toutes les machines et tout l'équipement servant à la manipulation des produits de la pêche doivent être inspectés par un personnel qualifié et désigné à cet effet, avant le *début* des opérations afin de s'assurer qu'ils ont été convenablement nettoyés, désinfectés et rincés.

Article 15 : Les zones de réceptionnement ou d'entreposage des produits de la pêche doivent être séparées des zones où le produit est transformé, préparé ou conditionné.

Article 16 : L'utilisation d'eau potable ou de mer propre est imposée pour tous les usages.

Article 17 : La glace utilisée doit être fabriquée avec de l'eau potable ou de l'eau de mer propre et préparée, manipulée et entreposée dans les conditions susceptibles de la protéger contre la contamination.

Article 18 : Les responsables des installations ou des locaux où sont manipulés les produits de la pêche doivent prendre toute mesure de lutte contre les insectes, les *rongeurs*, les oiseaux et autres animaux nuisibles pour empêcher leur pénétration dans les lieux de manipulation de ces produits.

Article 19 : Tous les raticides, les insecticides, les désinfectants, ou toutes autres substances nocives utilisées doivent être entreposés dans des locaux ou des armoires fermant à clé et manipulés de manière à ne pas contaminer les produits de la pêche.

Article 20 : La présence de chiens, de chats et de tous autres animaux domestiques est interdite dans les zones où les produits de la pêche sont réceptionnés, manipulés, transformés, entreposés, mis en vente ou vendus.

Article 21 : Les locaux et le matériel doivent être utilisés, exclusivement, pour la préparation des produits de la pêche.

Toutefois, et après autorisation de l'autorité vétérinaire territorialement compétente, ces locaux et matériaux peuvent être destinés à l'élaboration simultanée ou à des moments différents d'autres produits alimentaires et ce, dans le seul cas des établissements à terre de traitement des produits de la pêche.

Article 22 : Les résidus des produits de la pêche retenus ou accumulés dans l'équipement de traitement doivent être éliminés à plusieurs reprises au cours de la journée de travail.

Article 23 : Les surfaces de refroidissement des installations frigorifiques doivent être dégivrées efficacement et régulièrement.

Article 24 : Les navires de pêche d'une longueur supérieure ou égale à 24 mètres, les navires usines et les établissements de manipulation des produits de la pêche objet du présent décret doivent être agréés par l'autorité vétérinaire territorialement compétente.

Les conditions et les modalités relatives à l'agrément sanitaire desdits navires de pêche, des navires usines et des établissements recevant des produits de la pêche ainsi que les moyens de transport, et celles relatives à la marque sanitaire de ces produits, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la pêche.

CHAPITRE III DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES AUX PRODUITS DE LA PECHE

Article 25 : Dès leur mise à bord ou après éviscération, les produits de la pêche doivent être *réfrigérés* avec de la glace ou un appareil de réfrigération donnant les mêmes conditions de température. Un réglage doit être effectué aussi souvent que nécessaire. La glace utilisée doit être entreposée dans des *conteneurs* propres prévus à cet effet et *maintenus* en bon état d'entretien.

Article 26 : L'éviscération doit être effectuée le plus rapidement possible après la capture, à bord, sauf en cas d'impossibilité technique ou commerciale.

Les produits éviscérés et étetés sont lavés sans délai et abondamment au moyen d'eau potable ou d'eau de mer Propre

Article 27 : Pour éviter la contamination, les opérations de filetage, de tranchage, de pelage ou de décorticage doivent avoir lieu dans des emplacements différents de ceux utilisés pour le lavage et pour l'éviscération et l'étêtage.

Les filets, tranches et autres morceaux des produits de la pêche destinés à être vendus frais sont conservés par le froid dès leur préparation, refroidis dans les meilleurs délais et maintenus à une température voisine de la glace fondante jusqu'au destinataire final.

Article 28 : Les caisses utilisées pour la distribution ou l'entreposage des produits de la pêche frais doivent être conçues de manière à assurer la protection contre la contamination et permettre un écoulement facile de l'eau de fusion.

Les caractéristiques techniques des caisses à utiliser sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la pêche et du ministre chargé du commerce.

Article 29 : Les quantités de glace à utiliser pour l'expédition doivent être telles que, à l'issue du transport, lors de leur prise en charge par le destinataire, la température interne des produits frais reste voisine de celle de la glace fondante.

Les filets et tranches emballés sont isolés de la glace

si nécessaire, des parois de l'emballage, par une pellicule protectrice propre.

Article 30 : Ne peuvent être congelés que les produits de la pêche destinés à la consommation humaine.

La recongélation des produits de la pêche est interdite.

Article 31 : Les produits de la pêche destinés à la congélation doivent être soumis à un procédé d'abaissement de température rapide pour réduire au minimum les modifications de texture et de constitution de tissus et éviter les pertes de qualité qui caractérisent les produits dont la congélation est défectueuse.

La température centrale du produit de la pêche doit être abaissée de 0°C à -5°C en un temps rapide n'excédant pas deux (2) heures *en général*. Ces produits doivent être maintenus dans l'appareil congélateur jusqu'à congélation complète à une température à cœur ne devant pas excéder -18°C.

Les dispositions prévues pour l'entreposage des produits congelés sont applicables à leur transport, à leur exposition et à leur vente. Toutefois, durant le transport, l'exposition et la vente, de brèves élévations de température, de 3°C maximum, peuvent être tolérées.

Article 32 : La décongélation des produits de la *pêche* doit être effectuée de façon à éviter toute contamination.

Lors de la décongélation, la température des produits de la pêche ne doit pas favoriser la multiplication des micro-organismes, et doit correspondre à celle de la glace fondante.

Pour leur vente, ces produits doivent porter une indication visible mettant en évidence leur état de décongelé.

Article 33 : Tout traitement de produits de la pêche doit être effectué de manière à inhiber le développement des micro-organismes pathogènes ou la formation de composés chimiques toxiques.

Article 34 : Les critères de salubrité et de qualité applicables aux produits de la pêche ainsi que les modalités de leur contrôle sanitaire sont définis par arrêté du ministre chargé de la pêche ou conjointement avec les ministres concernés.

CHAPITRE IV

DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES AU TRANSBORDEMENT ET AU DEBARQUEMENT DES PRODUITS DE LA PECHE

Article 35 : Lors des opérations de transbordement ou de débarquement, les produits de la *pêche* doivent être mis, sans délai, dans un environnement protégé de température requise, en fonction de la nature du produit, et le cas échéant, mis sous glace dans les installations de transport, de stockage ou de vente.

Article 36 : Les responsables des navires de *pêche* doivent procéder après le déchargement des produits de la pêche, à la vidange de la cale et du puisard du fond de cale, au nettoyage et à la désinfection de toutes les surfaces de la cale, des planches des parcs et du puisard.

CHAPITRE V

DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES A L'EMBALLAGE, A L'ENTREPOSAGE ET AU TRANSPORT DES PRODUITS DE LA PECHE

Article 37 : Les emballages des produits de la pêche doivent répondre, notamment aux règles d'hygiène suivantes : ils doivent préserver les caractères organoleptiques des produits de la pêche et des préparations; ils ne doivent pas transmettre aux produits de la pêche des substances nocives pour la santé publique; ils doivent être d'une solidité suffisante pour assurer une protection des produits au cours de leur transport et de leur manipulation; ils doivent être dotés d'une étiquette clairement imprimée et conforme à la réglementation en vigueur.

Article 38 : Les emballages des produits de la pêche doivent être entreposés dans un local séparé de l'aire de production et protégé de toute contamination.

Ces emballages peuvent faire l'objet d'une nouvelle utilisation lorsqu'ils sont lisses, imperméables, résistants, couverts de glace ou entreposés dans des chambres froides tel que précisé par les dispositions du présent décret.

Les revendeurs et transformateurs des produits de la pêche doivent les conserver à des températures telles que fixées ci-dessus.

Article 39 : Il est interdit d'entreposer ou de transporter les produits de la pêche avec d'autres produits pouvant affecter leur salubrité ou les contaminer, sans qu'ils ne soient emballés de façon à leur assurer une protection satisfaisante.

Les viscères et les parties pouvant constituer un danger pour la santé publique doivent être écartées des produits destinés à la consommation humaine. Les foies, les œufs et les laitances doivent être conservés sous glace ou congelés.

Article 40 : Les produits de la pêche, frais ou décongelés, ainsi que les produits de crustacés et de mollusques cuits et réfrigérés doivent être maintenus à la température de la glace fondante.

Les produits de la pêche congelés doivent être entreposés à une température égale à - 18°C.

Les produits transformés doivent, en outre, être maintenus aux températures fixées sur l'étiquette.

Article 41 : Les moyens de transport des produits de la pêche doivent être conçus et équipés de manière à assurer le maintien des températures fixées ci-dessus.

Les parois internes de ces moyens doivent être lisses et faciles à nettoyer et à désinfecter.

A cet effet, ils doivent être agréés par l'autorité vétérinaire territorialement compétente.

Les entrepôts et moyens de transports frigorifiques doivent être munis d'un système d'enregistrement de la température placé de façon à pouvoir être consulté facilement.

CHAPITRE VI

DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES A LA VENTE DES PRODUITS DE LA PECHE

Article 42 : Après le débarquement, les produits de la pêche doivent être acheminés, sans délai, vers les lieux de vente, couverts de glace ou entreposés dans des chambres froides tel que précisé par les dispositions du présent décret.

Les revendeurs et transformateurs des produits de la pêche doivent les conserver à des températures telles que fixées ci-dessus.

Article 43 : Les *étalages* de présentation des produits de la pêche doivent être aménagés de sorte que l'eau de fusion de la glace puisse s'écouler sans risque de contamination pour les produits placés à un niveau inférieur.

Ils doivent être situés à une hauteur les séparant du sol, mis à l'abri du soleil ou des intempéries et nettoyés après chaque jour de vente.

La pente du sol doit être réglée de façon à pouvoir diriger les eaux résiduelles ou de lavage vers un orifice d'évacuation muni d'un grillage et d'un siphon.

Article 44 : Lors de leur mise en vente, les produits de la pêche doivent être :

bien couverts de glace finement broyée;

classés par qualité et triés de telle manière que tous les produits d'une caisse soient de même espèce, de même taille et de même qualité;

— tenus à l'abri des souillures et soustraits à l'action du soleil et de toute source de chaleur. Ils ne doivent pas être en contact avec le sol;

Article 45 : Les conditions et les modalités d'exposition pour la vente au détail des produits de la pêche sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés, respectivement, de la pêche et du commerce.

Article 46 : Les produits de la pêche congelés doivent être mis en vente dans des meubles d'étalages frigorifiques conçus à cet effet

CHAPITRE VII

DISPOSITIONS FINALES

Article 47 : Les infractions aux dispositions du présent décret sont réprimées conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Article 48 : Les dispositions du présent décret sont définies, en tant que de besoin, par arrêtés du ministre chargé de la pêche ou conjointement avec les ministres concernés.

Article 49 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Rabie Ethani correspondant au 20 juillet 1999

Smail HAMDANI

**Arrêté interministériel du 25 Ramadhan 1418
correspondant au 24 janvier 1998 modifiant et complétant l'arrêté du 14
Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 relatif aux spécifications
microbiologiques de certaines denrées alimentaires.**

Le ministre du commerce,
Le ministre de l'agriculture et de la pêche et
Le ministre de la santé et de la population,
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°88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale ;
Vu la loi n°89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;
Vu le décret présidentiel n°97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n°90-39 du 30 janvier 1990 relatif au contrôle de la qualité et à la répression des fraudes ;
Vu le décret exécutif n°91-53 du 23 février 1991 relatif, aux conditions d'hygiène lors du processus de la mise à la consommation des denrées alimentaires, notamment son article 31 ;
Vu l'arrêté du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 relatif aux spécifications microbiologiques de certaines denrées alimentaires ;

Arrêtent :

Article 1^{er} : Le présent arrêté a pour objet de modifier et de compléter l'arrêté du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 relatif aux spécifications microbiologiques de certaines denrées alimentaires.

Article 2 : Les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

"Art. 2. — Les denrées alimentaires concernées par les dispositions du présent arrêté sont :

- les viandes rouges et blanches ainsi que leurs dérivés;
- les poissons et autres produits de la pêche ;
- les conserves et les semi-conserves ;
- les ovoproduits, les pâtisseries et les crèmes pâtisseries;
- les laits et les produits laitiers ;
- les eaux et les boissons non alcoolisées ;
- les graisses animales et végétales ;
- les produits déshydratés ;
- les confiseries ;
- les plats cuisinés ;
- les aliments pour nourrissons et enfants en bas âge".

Article 3 : Les annexes I de l'article 4, II de l'article 6 et III de l'article 9 de l'arrêté du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 susvisé, sont modifiées et complétées

ANNEXE I
CRITERES MICROBIOLOGIQUES RELATIFS A CERTAINES DENREES ALIMENTAIRES
TABLEAU 1

CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES LAITS ET DES PRODUITS LAITIERS

PRODUITS	n	C	m
1. Lait cru : - germes aérobies à 30°C - coliformes fécaux - streptocoques fécaux - <i>Staphylococcus aureus</i> - clostridium sulfito-réducteurs à 46°C - antibiotiques	1 1 1 1 1 1	— — — — — —	105 103 abs/OJml absence 50 absence
2. Lait pasteurisé conditionné : — germes aérobies à 30°C — coliformes : * sortie usine * à la vente — coliformes fécaux * sortie usine * à la vente — <i>Staphylococcus aureus</i> — phosphatase	1 1 1 1 1 1 1 1	— — — — — — — —	3.10< 1 10 absence absence 1 négatif
3. Lait stérilisé et lait stérilisé UHT (nature et aromatisé) : — germes aérobies à 30°C — test de stabilité — test alcool — test chaleur 4. Lait concentré non sucré : — test de stabilité — test alcool — "test chaleur	5 5 5 5 5 5 5 5	2 0 0 0 0 0 0 0	- < 10/0,1 ml négatif négatif négatif négatif négatif négatif négatif
5-Lait concentré sucré — germes aérobies à 30°C — coliformes — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — levures et moisissures — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5	2 0 0 0 0 0	« 10/0,1 ml absence absence absence absence absence
6. Lait déshydraté conditionné (1) : — germes aérobies à 30°C — coliformes — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — levures et moisissures — <i>Salmonella</i> — antibiotiques	5 5 5 5 5 5 1	2 2 0 0 2 0 0	5.104 5 absence absence 50 absence absence

TABLEAU 1 (suite)

PRODUITS	n	C	m
7. Lait déshydraté destiné aux industries alimentaires:			
— germes aérobies à 30°C	1	—	2.105
— coliformes	1	—	1
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	2	absence
— antibiotiques	1	0	absence
8. Yaourts ou yoghourts :			
— coliformes	5	2	10
— coliformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— levures	5	• 2	<10 ²
— moisissures	5	0	absence
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
9. Laits acidifiés :			
— coliformes	5	2	3. iœ
— coliformes fécaux	5	2	30
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	3.102
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
10. Fromages frais :			
— coliformes	5	2	10
— conformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
— <i>Listeria monocytogene</i>	5	0	absence
11. Fromages à pâtes molle :			
— coliformes	5	1	102
— coliformes fécaux	5	2	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	0	1
— <i>Salmonella</i>	5		absence
— <i>Listeria monocytogene</i>	5		absence
12. Fromages à pâtes dure et demi-dure :			
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	1	102
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
— <i>Listeria monocytogene</i>	'	0	absence
13. Glaces et crèmes glacées :			
13.1. Glaces et crèmes glacées de consommation :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	5.104
— coliformes	5	2	10 ²
— coliformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	10	0	absence
13.2. Préparation pour glaces et crèmes glacées :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	2,5. W
— coliformes	5	2	10
— coliformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	10	0	absence

TABLEAU 1 (suite)

PRODUITS	n	C	m
14. Crème crue : ... — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>salmonella</i> — <i>phosphatase</i>	5 5 5 1	2 2 0 0	102 103 absence positif
15. Crème pasteurisée : — germes aérobies à 30°C — coliformes — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i> — <i>phosphatase</i>	5 5 5 5 5 1	2 2 2 2 0 0	31/4. If t/n "A") 1 10 absence négatif
16. Crème maturée (3) : — coliformes — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>salmonella</i> — <i>phosphatase</i>	5 5 5 5 1	2 2 2 0 0	10(2) 1 10 absence négatif
17. Lait gélifié et lait emprésuré aromatisé (type crème dessert) : — germes aérobies à 30°C — coliformes — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5	2 2 • 2 2 0	102 10 1 3.102 absence
18. Lastosérum en poudre : — germes aérobies à 30°C — coliformes — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5	2 2 0 2 0	2.10 ⁵ 25 abs/0,lg 10 abs/100g
19. Caséines - caséinates : — germes aérobies à 30°C — germes aérobies à 55°C — coliformes — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5	2 2 2 0	3.10' 5.103 abs/0, 1g absence

(1) Laits destinés à la consommation humaine à l'exception des laits infantiles.

(2) Dans le cas des produits vendus en vrac : $m=10^2$

(3) Est appelée crème maturée, la crème pasteuriséeensemencée par une flore lactique espèces suivantes ou d'un mélange de plusieurs de ces espèces :

Streptococcus lactis, *Streptococcus cremoris*, *Streptococcus diacetylactis*, *Streptococcus Thermophilus*, *Leuconostoc citrovorum*, *Betacoccus cremoris*

TABLEAU II
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES VIANDES ROUGES
ET DE LEURS PRODUITS DERIVES

PRODUITS	n	C	m
1. Carcasses ou coupes de demi-gros réfrigérées ou congelées : — germes aérobies à 30°C — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — <i>Salmonella</i> — antibiotiques — sulfamides	5 5 5 1 1	2 0 0 0 0	5.102 absence absence absence absence
2. Pièces conditionnées sous vide ou non, réfrigérées ou congelées (1) : — germes aérobies à 30°C — colifonnes fécaux — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — <i>Salmonella</i> — antibiotiques — sulfamides	5 5 5 5 1 1	2 2 0 0 0 0	5.10« 102 absence absence absence absence
3. Portions unitaires conditionnées, réfrigérées ou congelées et portions unitaires du commerce de détail réfrigérées ou congelées (2) : — germes aérobies à 30°C — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — <i>Salmonella</i> — antibiotiques — sulfamides	5 5 5 5 5 1 1	3 2 2 2 0 0 0	10* 3.102 102 10 absence absence absence
4. Viandes hachées : — germes aérobies à 30°C — coliformes fécaux — <i>Escherichia coli</i> — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — <i>Salmonella</i>	5 • 5 5- 5 5 5	2 2 2 2 2 0	5.105 102 50 102 30 abs/IOg

TABLEAU II (suite)

PRODUITS	n	c	m
5. Abats crus :			
— germes aérobies à 30°C	5	3	5.105
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
6. Produits carnés cuits : pâtés, cachir, etc... :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	3.105
— coliformes fécaux	5	2	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	2	30
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
7. Merguez ou autres produits carnés crus :			
— coliformes fécaux	5	2	102
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	2	30
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
8. Préparation de viandes prêtes pour la cuisson (rôtis, escalopes...) :			
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	5.102
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	1	5.10 ²
— <i>Salmonella</i>	5	0	abs/g

(1) Le prélèvement est effectué en profondeur après cautérisation de la surface.

(2) Le prélèvement concerne profondeur plus surface sans cautérisation.

TABLEAU III
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES VOLAILLES ET DE LEURS PRODUITS DERIVES

PRODUITS	n	C	m
1. Volailles entières réfrigérées, congelées ou surgelées :			
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence (1)
— antibiotiques	1	0	absence
— sulfamides	1	0	absence
2. Volailles désossées crues, rôtis crus, escalopes crues panées ou non :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	5.105
— coliformes fécaux	5	2	103
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	5.102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	2	30
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
— antibiotiques	1	0	absence
— sulfamides	1	0	absence
3. Rôtis cuits entiers ou tranchés, escalopes et paupiettes cuites :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	3.105
— coliformes fécaux	5	2	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
4. Abats crus :			
— germes aérobies à 30°C	5	3	5.10»
— coliformes fécaux	5	3	103
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	3	5.102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	3	30
— <i>Salmonella</i>	5	0	abs/g

(1) Absence de *Salmonella* dans 25 grammes de muscles pectoraux.

TABLEAU IV
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES POISSONS ET DES PRODUITS DE LA PECHE

PRODUITS	n	C	m
1. Poissons tranchés panés ou non et filets de poissons frais réfrigérés :			
— germes aérobies à 30°C	5	3	105
— coliformes fécaux	5	3	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	3	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	3	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
2. Poissons tranchés panés ou non, filets de poissons congelés ou surgelés :			
— germes aérobies à 30°C	5	3	5.104
— coliformes fécaux	5	3	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	3	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	3	2
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
3. Poissons frais et congelés ;			
— germes aérobies à 30°C	5	3	10 ⁶
— coliformes fécaux	5	3	4
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	3	103
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
4. Crustacés entiers et mollusques cuits, réfrigérés ou congelés :			
— germes aérobies à 30°C	5	3	106
— coliformes fécaux	5	3	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	3	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	3	2
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
5. Crustacés entiers crus :			
— germes aérobies à 30°C	5	3	5.10"
— coliformes	5	3	103
— <i>Escherichia coli</i>	5	3	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	3	103
— streptocoques fécaux	5	3	103
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence

TABLEAU V
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES OVOPRODUITS DES PATISSERIES ET DES CREMES PATISSIERES

PRODUITS	n	C	m
1. Oeufs en coques : — <i>Salmonella</i> »	5	0	absence
2. Pâtisseries et crèmes pâtissières : — germes aérobies à 30°C — coliformes — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfite-réducteurs à 46°C — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5	2 2 2 2 2 0	3-IOi 102 10 102 10 absence
3. Mélanges pour gâteaux contenant des œufs : — <i>Staphylococcus aureus</i> — moisissures — <i>Salmonella</i>	5 5 5	2 2 0	102 102 absence
4. Tout autre ovoproduit ayant subi un traitement thermique : — germes aérobies à 30°C — enterobactéries — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5	2 2 0 0	105 10 absence absence

TABLEAU VI
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES GRAISSES ANIMALES ET VEGETALES

PRODUITS	n	C	m
1. Beurre cru (1) : — coliformes — <i>Staphylococcus aureus</i> — levures -- moisissures — <i>Salmonella</i> — phosphatase	5 5 5 5 5 1	2 2 2 2 0 0	10 102 103 3.102 absence positif
2. Beurre pasteurisé : — germes aérobies à 30°C (2) — coliformes — <i>Staphylococcus aureus</i> — levures — moisissures — <i>Salmonella</i> — phosphatase	5 5 5 5 5 5 1	2 2 2 2 2 0 0	102 10 10 absence absence absence négatif

TABLEAU VI (suite)

PRODUITS	n	C	m
3. Beurre concentré :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	5.102
— coliformes ¹	5	2	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— levures	5	2	absence
— moisissures	5	2	absence
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
4. Huiles de beurre-matière grasse de lait anhydre (MGLA) :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	5. W
— coliformes	5	2	absence
— coliformes fécaux	5	2	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	absence
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	2	< 9 spores
— levures et moisissures	5	2	abs/10m!
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
5. Smen :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	5.102
— coliformes	5	2	absence
— coliformes fécaux	5	2	absence
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	2	absence
— levures et moisissures	5	0	< 9 spores
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
6. Margarine et autres matières grasses végétales :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	102
— coliformes fécaux	5	2	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— levures	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence

(1) Beurre obtenu à partir de crème n'ayant pas subi de traitement

(2) Autres que les espèces lactiques

TABLEAU VII
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES EAUX ET BOISSONS

PRODUITS	n	c	m
1. Eaux de distribution traitée : — germes aérobies à 37°C/ml — germes aérobies à 22°C/ml — coliformes aérobies à 37°C/100 ml — coliformes fécaux/100 ml — streptocoques D/50 ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C/ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C/20 ml	1 1 1 1 1 1 1	— — — — — — —	20 < 102 < 10 absence absence absence <5
2. Eaux minérales plates ou gazeuses en bouteilles : — couronnes aérobies à 37°C/ml — streptocoques D/50 ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C/ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C/20 ml — <i>Pseudomonas</i> — micro-organismes revivifiables A l'émergence : * à 20-22°C/ml en 72 h * à 37°C/ml en 24 h A la commercialisation (1) • à 20-22°C/ml en 72 h * 37°C/ml en 24 h	5 5 5 5 5 5 5 5	0 0 0 0 0 0 0 0	absence absence absence absence absence absence <20 <5 <102 <20
3. Eaux potables mises en bouteilles, gazéifiées ou non : — germes aérobies à 37°C/ml — germes aérobies à 22°C/ml — coliformes aérobies à 37°C/100 ml — coliformes fécaux/100 ml — streptocoques D/50 ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C/ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C/20 ml	1 1 1 1 1 1 1	— — — — — — —	<20 < 102 <10 absence absence absence <5

(1) Analyses effectuées 12 heures après embouteillage

TABLEAU VII (suite)

PRODUITS	n	c	m
4. Boissons gazeuses sucrées : (sodas, limonades...)			
— coliformes	5	2	< 10
— coliformes fécaux/100 ml	5	0	absence
— streptocoques D/50 ml	5	0	absence
— clostridium sulfite-réducteurs à 46°C/20 ml	5	0	absence
— levures	5	0	absence
— moisissures	5	2	10
	5	0	absence
5. Emballages pour eaux et boissons embouteillées:			
— germes aérobies par récipient (1)	1	0	absence
6. Jus de fruits ou de légumes et eaux fruitées :			
— coliformes	5	2	absence
— levures osmophiles/1 litre	5	2	<20
— moisissures/100 ml	5	2	10
— <i>Leuconostoc citrovorum/ml</i> (2)	5	0	absence
— <i>Clostridium butyrique/100 ml</i>	5	1	absence

(1) Pour les produits conditionnés dans les emballages et devant subir un traitement thermique après conditionnement

(pasteurisation...), il peut être toléré la présence au maximum de 2 germes aérobies par récipient.

(2) Uniquement pour les jus d'agrumes.

TABLEAU VIII
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES PRODUITS DE CONFISERIE

PRODUITS	n	c	m
1. Chocolat et végécao :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	103
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— levures	5	2	102
— moisissures	5	2	102
— clostridium sulfite-réducteurs	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
— enterobactéries	5	2	1
2. Pâtes chocolatées :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	105
— coliformes/100 ml	5	2	absence
— coliformes fécaux/100 ml	5	2	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— streptocoques D/100 ml	5	2	10
— levures	5	2	103
— moisissures	5	2	102
3. Cacao poudre déshydratée :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	105
— enterobactéries	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— levures	5	2	102
— moisissures	5	2	103
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence

TABLEAU IX
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES SEMI-CONSERVES

PRODUITS	n	C	m
1. Semi-conserves d'origine animale (1) :			
1.1. Semi-conserves pasteurisées :			
— germes aérobies à 30°C	5	. 1	10*
— coliformes	5	0	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	absence
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	0	absence
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
1.2. Semi-conserves non pasteurisées (anchois au sel ou à l'huile...) :			
— germes aérobies à 30°C	5	1	W
— coliformes	5	0	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	absence (2)
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	0	absence
— <i>Salmonella</i>			
2. Semi-conserves d'origine végétale :			
— germes aérobies à 30°C	5	1	105
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	0	absence
— coliformes	5	0	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	absence
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence

(1) Revivification de la suspension mère pendant deux (2) heures à la température du laboratoire pour les semi-conserves et pendant 30 mn à 45 mn pour les semi-conserves non pasteurisées.

(2) Cas particulier des anchois au sel : Clostridium sulfito-réducteurs à 46°C : m = moins de 10 par gramme.

**TABLEAU X
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES ALIMENTS POUR ENFANTS EN BAS AGE
ET NOURRISSONS**

PRODUITS	n	C	m
1. Produits prêts à l'emploi autres que ceux visés aux points 2 et 3 ci-dessous :			
— germes aérobies à 30°C (1)	5	2	101
— coliformes	5	2	1/0, 1g
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	1
— levures, spores et moisissures	5	2	3.102
— clostridium sulfite-réducteurs à 46°C	5	2	1/0, 1g
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	1
— <i>Salmonella</i>	5	0	abs/30 g
1. Produits déshydratés ou instantanés à consommer après adjonction de liquide :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	5.10*
— coliformes	5	2	1/0,0 1g
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	1
— levures et moisissures	5	2	3.102
— clostridium sulfite-réducteurs à 46°C	5	2	1/0,1g
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	1
— <i>Salmonella</i>	5	0	abs/30 g
3. Produits nécessitant une cuisson (2) avant consommation :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	2.10'
— coliformes	5	2	1/0,00 1g
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	1/0, 1g
— levures et moisissures	5	2	103
— clostridium sulfite-réducteurs à 46°C	5	2	1/0,0 1g
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	1/0,1g
— <i>Salmonella</i>	5	0	abs/30 g

(1) Non applicable aux produits acidifiés par des bactéries lactiques.

(2) On entend par "cuisson" le chauffage du produit à une température d'au moins 100°C pendant au minimum 3 minutes.

**TABLEAU XI
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES PLATS CUISINES**

PRODUITS	n	C	m
1. Plats cuisinés à l'avance à base de viandes et de poissons :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	3.105
— coliformes	5	2	103
— coliformes fécaux	5	2	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— clostridium sulfite-réducteurs à 46°C	5	0	30
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
2. Plats cuisinés à base de légumes : produits végétaux crus ensaucés :			
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence

TABLEAU XI
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES PRODUITS DESHYDRATES NON REPRIS
DANS LES TABLEAUX PRECEDENTS ET AUTRES PRODUITS DIVERS

PRODUITS	n	C	m
1. Epices et plantes aromatiques séchées :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	105
— moisissures	5	2	103
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
2. Fruits secs (dattes, figues, pruneaux, raisins secs...) :			
— levures osmophiles	5	2	10
— moisissures	5	2	102
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	3
3. Céréales en grains :			
— moisissures	5	2	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	2	102
4. Produits de mouture (semoules, farines) et pâtes alimentaires :			
— moisissures	5	2	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46°C	5	2	102
5-Dérivés de céréales (biscuits, biscottes, pâtes aux œufs.....) :			
— germes aérobies à 30°C	5	2	103
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	3
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— moisissures	5	2	102
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence

TABLEAU XII (suite)

PRODUITS	n	C	m
6. Végétaux sèches (thé, tisanes...): — germes aérobies à 30°C — coliformes fécaux — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — moisissures — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5	2 2 2 2 0	10< 10 10 103 absence
1. Levure (sèche et fraîche): — germes aérobies à 30°C — coliformes — <i>Escherichia coli</i>	5 5 5	2 2 2	<10 ⁶ 102 3
8. Graines oléagineuses (noix, amandes, arachides..): — <i>Escherichia coli</i> — moisissures	5 5	2 2	2 102
9. Sucres destinés à la consommation humaine et aux industries : — germes aérobies à 30°C — germes acidifiants — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — levures — moisissures	5 5 5 5 5	2 2 n ^. 2 2	20 5 1 1 1
10. Potages déshydratés : — germes aérobies à 30°C — coliformes — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5	2 2 2 2 2 0	3.105 103 102 102 30 absence
11. Légumes frais et autres végétaux crus : — <i>Escherichia coli</i>	5	2	102
12. Colorants d'origine végétale : — germes aérobies à 30°C — <i>Escherichia coli</i>	5 5	2 2	10« 2
13. Gélatine : — germes aérobies à 30°C — coliformes fécaux — clostridium sulfito-réducteurs à 46°C — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5	2 2 2 2 0	10< 102 10 absence absence

(1) Recherche des *Salmonella* uniquement dans les dérivés de céréales contenant des œufs

ANNEX II EPREUVES DE STABILITE

Les épreuves de stabilité comportent, selon les conserves, les opérations suivantes :

1 - Conserves acides dont le pH est supérieur à 4,5 :

1.1 Conserves à base de denrées animales ou d'origine animale :

- étuvage durant quinze (15) jours de deux (2) unités d'échantillonnage à une température de trente sept degrés Celsius (37°C), plus ou moins un degré Celsius (1 °C);
- étuvage durant sept (7) jours de deux (2) unités d'échantillonnage à une température de cinquante cinq degrés Celsius (55°C), plus ou moins deux degrés Celsius (2°C);
- mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

1.2 Conserves à base de denrées végétales :

- étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant vingt et un (21) jours à une température de trente degrés Celsius (30°C), plus ou moins deux degrés Celsius (2°C);
- étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant sept (7) jours à une température de cinquante cinq degrés Celsius (55°C), plus ou moins deux degrés Celsius (2°C);
- mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

2 - Conserves acides dont le pH est inférieur à 4,5 :

2.1 Conserves à base de denrées animales ou d'origine animale :

- étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant quinze (15) jours à une température de trente sept degrés Celsius (37°C), plus ou moins deux degrés Celsius (2°C);
- mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin

2.2 Conserves acides à base de denrées végétales :

- étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant vingt et un (21) jours à une température de trente degrés Celsius (30°C), plus ou moins deux degrés Celsius (2°C);
- mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

2.3. Autres conserves dont le pH est inférieur

à 4,5 : Tomates entières ou en morceaux, tout produit acidifié ou additionné d'amidon.

2.3.1 Conserves à base de denrées animales ou d'origine animale :

- étuvage durant quinze (15) jours de deux (2) unités d'échantillonnage à une température de trente sept degrés Celsius (37°C), plus ou moins un degré Celsius (1° C) ;
- étuvage durant sept (7) jours de deux (2) unités d'échantillonnage à une température de cinquante cinq degrés Celsius (55°C), plus ou moins deux degrés Celsius (2°C) ;
- mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

2.3.2 Conserves à base de denrées végétales :

- étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant vingt et un (21) jours à une température de trente degrés Celsius (30°C), plus ou moins deux degrés Celsius (2°C);
- étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant sept (7) jours à une température de cinquante cinq degrés Celsius (55°C), plus ou moins deux degrés Celsius (2°C);
- mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

A l'issue des différentes épreuves effectuées :

- aucun défaut apparent, notamment le bombement, le flochage ou le fuitage ne doit être constaté ;
- la variation de pH entre les unités d'échantillonnage étuvées et l'unité d'échantillonnage témoin mise à la température ambiante pendant les périodes retenues, ne doit pas dépasser 0,5 unité, excepté pour les conserves du type lait stérilisé et lait stérilisé UHT où la variation de pH ne doit pas dépasser 0,2 unité ;
- il y a absence de variation de la flore microbienne du point de vue qualitatif et du point de vue quantitatif, le facteur R doit être inférieur à 100 ($R < 100$), par rapport au témoin ;

le facteur $R = n/n^{\wedge}$

où :

n : est le nombre moyen de germes pour l'unité incubée

et n^{\wedge} : est le nombre moyen de germes pour l'unité témoin.

Les épreuves de stabilité sont exclues pour les conserves conditionnées dans les emballages métalliques, en verre, en plastique ou en complexes métalloplastiques présentant des défauts majeurs tels que, le bombement, le flochage et le fuitage.

ANNEXE III
TECHNIQUE DE PRISE D'ESSAI
ET INTERPRETATION DES RESULTATS
D'ANALYSES MICROBIOLOGIQUES

1. Technique de prise d'essai :

La prise d'essai destinée à la préparation de la suspension mère et des dilutions décimales porte :

— sur les parties superficielles et profondes, notamment pour les produits en tranches, hachés, les plats cuisinés à l'avance... ;

— sur la partie profonde après cautérisation de la surface du produit, notamment pour les viandes (pièces), les volailles (pièces), les produits carnés (pièces) et les poissons entiers ;

— sur le produit homogénéisé ou sur les parties superficielles et profondes, selon la nature du produit liquide ou semi-liquide, notamment les produits laitiers.

Dans le cas des examens microbiologiques effectués à la suite de toxi-infections alimentaires, il est nécessaire de pratiquer la recherche des germes pathogènes, toxinogènes

et/ou de leurs toxines, aussi bien en surface qu'en profondeur.

M : seuil limite d'acceptabilité au-delà duquel les résultats ne sont plus considérés comme satisfaisants, sans pour autant que le produit soit considéré comme toxique ;

M = 10 m lors du dénombrement effectué en milieu solide

M ÷ 30 m lors du dénombrement effectué en milieu liquide

n : nombre d'unités composant l'échantillon ;

c : nombre d'unités de l'échantillon donnant des valeurs situées entre "m" et "M".

2. 1. 2 Application pratique :

2. 1. 2. 1 La qualité du lot est considérée comme satisfaisante ou acceptable en application de l'article 4 de l'arrêté du 23 juillet 1994 lorsque, aucun résultat ne dépasse M :

a — Les valeurs observées sont :

< 3 m lors d'emploi de milieu solide

qualité satisfaisante < 10 m lors d'emploi de milieu liquide

des résultats d'analyses

2. Interprétation microbiologiques :

En matière d'échantillonnage et d'interprétation des résultats d'analyse, il est tenu compte, dans la présente annexe, des travaux menés en la matière au sein des organisations internationales.

2. 1 Plan à trois classes

2. 1. 1 Principe :

Ce plan est ainsi désigné parce que les résultats des examens interprétés sur cette base permettent de fixer trois classes de contamination, à savoir :

- celle inférieure ou égale au critère "m" ;
- celle comprise entre le critère "m" et le seuil "M" ;
- celle supérieure au seuil "M".

Les critères qualificatifs "m" et "M", sauf autre indication, expriment le nombre de germes présents dans un gramme (g) ou un millilitre (ml) d'aliment et dans 25 grammes d'aliment pour les *Salmonella* et les *Listeria monocytogenes*.

m : seuil au-dessous duquel le produit est considéré comme étant de qualité satisfaisante. Tous les résultats égaux ou inférieurs à ce critère sont considérés comme satisfaisants ;

b — les valeurs observées sont comprises

entre 3 m et 10 m (=M)

en milieu solide,

entre 10 m et 30 m (=M)

en milieu liquide,

qualité acceptable

et c/n inférieur ou égal

au rapport fixé; par

exemple c/n < 2/5

avec le plan n = 5 et c = 2

(ou tout autre plan d'efficacité équivalente ou supérieure)

2. 1. 2. 2 Les résultats sont considérés comme non satisfaisants :

a — lorsque c/n est supérieur ou égal au rapport fixé ;

b — dans tous les cas où les résultats obtenus sont supérieurs à M.

Cependant, le seuil de dépassement pour les micro-organismes aérobies à + 30°C, alors que les autres critères sont respectés, doit faire l'objet d'une interprétation, notamment pour les viandes, volailles et produits crus.

Toutefois, le produit doit être considéré comme toxique ou corrompu lorsque la contamination atteint une valeur microbienne limite "S" qui est fixée dans la cas général à :

$$S = m \cdot 10^3$$

Dans le cas des *Staphylococcus aureus*, la valeur "S" ne doit jamais excéder $5 \cdot 10^4$ germes par gramme de produit.

2.2 Plan à deux classes :

Ce plan est ainsi désigné car les résultats des examens interprétés sur cette base permettent de déterminer deux classes de contamination.

Ce type de plan qui n'accepte aucune tolérance, même de caractère analytique, correspond souvent aux expressions :

— "absence dans" : le résultat est considéré comme satisfaisant ;

— "présence dans" : le résultat est considéré comme non satisfaisant ; dans ce cas, le produit est déclaré impropre à la consommation.

Le plan à deux classes répartit les unités d'échantillon en deux catégories :

— catégorie satisfaisante, si le résultat d'analyse est inférieur à "m" ; le produit est propre à la consommation ;

— catégorie non satisfaisante, lorsque le résultat

d'analyse est supérieur à "m" ; le produit est déclaré impropre à la consommation.

Remarque :

Ce plan est applicable aux contaminations par les *Salmonella* et les *Listeria monocytogenes* en particulier.

2. 3 Cas particuliers des conserves :

Lorsque les conserves ne répondent pas aux épreuves de stabilité telles que fixées dans le présent arrêté, la transposition au lot d'origine ne pourra intervenir que dans la mesure où un plan d'échantillonnage préalablement défini aura été mis en œuvre.

Article 4 : Les articles 7 et 8 de l'arrêté du 23 juillet 1994 susvisé, sont abrogés.

Article 5 : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Ramadhan 1418 correspondant au 24 janvier 1998.

Le ministre de la santé
et de la population

Yahia GUIDOUM

Le ministre du commerce

Bakhti BELAIB

Le ministre de l'agriculture et de la pêche

Benalia BELAHOUADJEB

**Arrêté interministériel du 16 Joumada Ethania 1419 correspondant au 7 octobre 1998
relatif aux spécifications techniques des yaourts et aux modalités de leur mise à la
consommation.**

Le ministre du commerce,
Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
Vu la loi n°89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur et ses textes pris en application;
Vu le décret présidentiel n°97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement;
Vu le décret exécutif n°90-12 du 1^{er} janvier 1990 fixant les attributions du ministre de l'agriculture;
Vu le décret exécutif n°90-367 du 10 novembre 1990 relatif à l'étiquetage et à la présentation des denrées alimentaires;
Vu le décret exécutif n°92-65 du 12 février 1992, modifié et complété, relatif au contrôle de la conformité des produits fabriqués localement ou importés;
Vu le décret exécutif n°94-207 du 7 Safar 1415 correspondant au 16 juillet 1994 fixant les attributions du ministre du commerce;
Vu l'arrêté du 18 août 1993 relatif aux spécifications et à la présentation de certains laits de consommation;

Arrêtent :

Article 1^{er} : Le présent arrêté a pour objet de définir les spécifications techniques des yaourts ou yoghourts, dénommés ci-après "yaourt" et les modalités de leur mise à la consommation.

Article 2 : Le yaourt est le produit laitier coagulé, obtenu par fermentation lactique grâce au développement des seules bactéries lactiques thermophiles spécifiques dites *Lactobacillus bulgaricus* et *Streptococcus thermophilus*, à partir de lait et de produits laitiers tels que définis à l'article 4 ci-dessous.

Les bactéries lactiques thermophiles spécifiques doivent êtreensemencées simultanément et se trouver vivantes dans le produit fini à raison d'au moins 10 millions de bactéries par gramme rapportées à la partie lactée.

Lors de sa mise à la consommation, la quantité d'acide lactique libre contenue dans le yaourt ne doit pas être inférieure à 0,8 gramme pour 100 grammes de produit.

Article 3 : Au sens du présent arrêté, on entend par :

- "yaourt gras" le produit dont la teneur minimale en matière grasse laitière est égale à 3% masse par masse;
- "yaourt partiellement écrémé" le produit titrant moins de 3% masse par masse, mais plus de 0,5% masse par masse de matière grasse laitière;
- "yaourt écrémé" le produit dont la teneur en matière grasse laitière est inférieure à 0,5% masse par masse;
- yaourt sucre", le yaourt tel que défini à l'article 2 ci-dessus, auquel ont été uniquement ajoutés un ou plusieurs sucres. Le ou les sucres ajoutés sont l'hydrate de carbone et/ou de l'édulcorant autorisé par la réglementation en vigueur;
- "yaourt aromatisé", le yaourt tel que défini à l'article 2 ci-dessus, auquel ont été ajoutés des aliments aromatisants ou d'autres substances aromatisantes.

Article 4 : Le yaourt est préparé essentiellement avec du lait pasteurisé, du lait reconstitué ou recombinaison pasteurisé, écrémé ou non, du lait concentré ou du lait sec écrémé ou non, ou de la crème pasteurisée ou un mélange de deux ou plusieurs de ces produits.

L'incorporation, en tant que produit de substitution, de matières grasses et/ou protéiques d'origine non laitière, est interdite.

Article 5 : La teneur minimale en matière sèche laitière non grasse du yaourt doit être égale à 8,2% masse par masse.

Article 6 : Les ingrédients suivants peuvent être ajoutés au yaourt : lait sec, lait écrémé en poudre, babeurre non fermenté, lactosérum concentré, lactosérum sec, protéines lactosériques, protéines lactosériques concentrées, protéines laitières hydrosolubles, caséine alimentaire, caséinates fabriqués à partir de produits pasteurisés, sucre, denrées alimentaires conférant une saveur spécifique, notamment les fruits (frais, en conserve, surgelés, en poudre), les pulpes de fruits, les jus de fruits, les confitures et marmelades de fruits, le chocolat, les ingrédients aromatisants naturels.

Les sucres et autres denrées alimentaires conférant une saveur spécifique peuvent être ajoutés au yaourt dans la limite de 30% en poids du produit fini.

Article 7 : Outre les dispositions prévues par le décret exécutif n°90-367 du 10 novembre 1990, susvisé, l'étiquetage des produits définis au présent arrêté, doit comporter :

- * la dénomination de vente "yaourt" ou "yoghourt" telle que définie à l'article 3 ci-dessus, complétée, selon le cas par:
- * l'indication de l'espèce animale ou des espèces animales dont le lait provient, dès lors qu'il ne s'agit pas de lait de vache; "au lait cru", "au lait reconstitué", "au lait recombinaison", "au mélange de laits";
- * "nature", dans le cas où le produit n'a pas subi d'adjonction de denrées alimentaires conférant une saveur spécifique;
- * "sucré", "édulcoré", ou le nom de la matière aromatisante utilisée, si le yaourt est sucré, édulcoré ou aromatisé;
- * en cas d'adjonction d'un ou plusieurs des ingrédients prévus à l'article 6 ci-dessus, la mention de cet ou de ces ingrédients doit être jointe à la dénomination de vente.
- * la mention "gras" si la teneur en matière grasse, calculée sur la partie lactée, est égale au moins à 3% du poids;
- la mention "maigre" si la teneur en matière grasse, calculée sur la partie lactée, est inférieure à 1 % en poids;
- le taux de matière grasse;
- la mention "contient des céréales" pour le yaourt contenant ces produits;
- * la mention "conserver à" suivie de l'indication de la température à respecter.

Article 8 : L'entrée en vigueur du présent arrêté est fixée à trois (3) mois à partir de la date de sa publication au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Article 9 : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.
Fait à Alger, le 16 Joumada Ethania 1419 correspondant au 7 octobre 1998.

Le ministre du commerce
Bakhti BELAIB

Le ministre de l'agriculture et de la pêche
Benalia BELHOUADJEB



Autres Textes sur la Prévention

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات

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

Le ministre
N° 008 /MSPRH/MIN

09 OCT 2004

L'évaluation des activités sanitaires tant préventives que curatives des dernières campagnes de pèlerinage a mis en évidence l'émergence de pathologies, sans cesse croissantes, souvent incompatibles avec l'accomplissement des différents rites du pèlerinage et largement démontré la nécessité qu'il y a lieu d'en tenir compte à l'avenir dans la préparation des prochains campagnes de pèlerinage.

Aussi, une attestation particulière devrait être accordée à la visite médicale que subissent, au niveau des structures de santé, les citoyens candidats au pèlerinage.

En effet, celle-ci doit être guidée par le souci de concilier le désir humain fort d'accomplir un devoir religieux et la nécessité pour l'intéressé d'être médicalement apte à le faire.

Si pour la majeure partie des affections aiguës ou chroniques prévalentes, il est possible, grâce au dispositif sanitaire mis en place tant en Algérie qu'en Arabie Saoudite, d'y faire face, il n'en est pas de même pour des affections lourdes.

Aussi, est il expressément demandé aux praticiens assurant ces visites d'être attentifs à cette préoccupation.

A l'issue de la visite médicale, qui doit comprendre un examen clinique approfondi et des examens complémentaires selon le cas, ne devront être retenus comme aptes au pèlerinage que les citoyens dont le dossier médical offre des garanties de solidité et écartés ceux qui sont vulnérables et dont les conditions particulières du pèlerinage pourraient constituer un facteur de décompensation de leur maladie.

Concernant les citoyens ayant des antécédents psychiatriques ou en cours de traitement, l'avis du spécialiste doit être requis pour la détermination de l'aptitude.

S'agissant de certaines pathologies lourdes, telles que les cancers au stade terminal, l'incompatibilité est évidente. Elle est avérée pour les affections cardiaques, pulmonaires et rénales en cas de troubles fonctionnels graves : l'avis du spécialiste de la discipline concernée est fortement indiqué.

Concernant les autres maladies chroniques stabilisées ou équilibrées (diabète, Hypertension artérielle, asthme.....etc.) les informations médicales, les résultats des investigations biologiques les traitements y afférents continueront à être soigneusement transcrits sur le carnets de santé spécial Hadj que présenteront les intéressés, à l'occasion des consultations qu'ils solliciteront auprès des médecins de la mission médicale de pèlerinage.

La sensibilisation, l'information de nos pèlerins dans le domaine de l'hygiène, de la diététique constituent un axe privilégié pour la prévention des maladies transmissibles et la décompensation de maladies préexistantes ; les médecins devront saisir l'opportunité donnée par ces visites pour dispenser les conseils diététiques, hygiéniques très utiles lorsqu'il s'agit de personnes âgées ou présentant des tares et ou des maladies chroniques.

Le risque infectieux, favorisé par le climat, le nombre élevé des individus, la promiscuité constitue pour nous tous la hantise. Le risque couvert par la vaccination obligatoire est celui de la méningite cérébrospinale.

La couverture de celui de la grippe par la vaccination est à encourager notamment pour les sujets âgés, ceux porteurs de tares ou d'affections pulmonaires chroniques.

En raison de l'intérêt que lui accorde aussi bien le citoyen que les pouvoirs publics tant sur le plan religieux que celui de l'organisation qu'il requiert.

J'attache la plus grande importance à l'application de la présente instruction.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière

Mourad REDJIMI

Décret exécutif n°01-285 du 6 Rajab 1422 correspond ant au 24 septembre 2001 fixant les lieux publics ou l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.

Le Chef du Gouvernement,
Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,
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 63 ;
Vu le décret présidentiel n°2000-256 du 26 Joumada El Oula 1421 correspondant au 26 août 2000 portant nomination du Chef du Gouvernement ;
Vu le décret présidentiel n°01-139 du 8 Rabie El Aou el 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décrète:

Article 1^{er} : En application des dispositions de l'article 63 de la loi n°85-05 du 16 février 1985, susvisée, le présent décret a pour objet de fixer les lieux publics où l'usage de tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.

Chapitre I

DISPOSITION GÉNÉRALES

Article 2 : On entend par tabac, au sens du présent décret, tout produit contenant, ne serait-ce qu'en partie, du tabac utilisé pour fumer, priser, chiquer, mâcher ou sucer,

Article 3 : Les lieux publics où l'usage du tabac est interdit sont les établissements scolaires d'enseignement préparatoire et de formation professionnelle et les lieux utilisés pour l'accueil et l'hébergement des mineurs.

Chapitre II

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AU TABAC À FUMER

Article 4 : Sans préjudice des dispositions de l'article 3 du présent décret, les lieux publics où l'usage du tabac à fumer est interdit au sens du présent décret sont, par principe, tous les lieux fermés et couverts affectés à un usage collectif et, en ce qui concerne les établissements d'éducation, d'enseignement et de formation, tous les lieux fermés couverts et non couverts fréquentés par les élèves et les étudiants.

Les lieux définis à l'alinéa ci-dessus sont notamment :

les établissements de formations et d'enseignement ;

les établissements de santé

les salles où se déroulent des manifestations sportives, culturelles, scientifiques, économiques et de loisirs ;

les lieux de travail affectés à un collectif de travailleurs : locaux d'accueil, de réceptions et de restauration collective, salles de réunions ainsi que les locaux sanitaires et médico-sanitaires ;

les transports publics routiers, ferroviaires, maritimes et aériens

les locaux commerciaux où sont consommés, sur place, des denrées alimentaires et des boissons ;

les salles et zones d'attente.

Article 5 : Des emplacements sont, le cas échéant, mis à la disposition des fumeurs, dans les lieux visés à l'article 4 ci-dessus à l'exception des lieux cités à l'article 3 et aux points 1 à 3 de l'article 4 du présent décret .

Les emplacements visés à l'alinéa ci-dessus sont, soit des locaux spécifiques, soit des espaces ou zones délimités disposant d'un débit minimal de ventilation de sept (7) litres par secondes et par occupant, pour les locaux dont la ventilation est assurée mécaniquement ou naturellement par conduit, ou de sept (7) mètres cubes par occupant, pour les locaux dont la ventilation est assurée par des ouvrants extérieurs.

Article 6 : Les emplacements prévus à l'article 5 ci-dessus sont déterminés par l'autorité sous laquelle sont placés les lieux, en tenant compte, dans tous les cas, de la nécessité d'assurer la protection des non fumeurs .

Article 7 : Une signalisation apparente rappelle l'interdiction de fumer dans les lieux visés aux articles 3 et 4 ci-dessus et indique, le cas échéant, les emplacements mis à la disposition des fumeurs.

Chapitre III

SANCTIONS ADMINISTRATIVES ET DISCIPLINAIRES

Article 8 : L'interdiction de fumer, les mesures de protection des non-fumeurs ainsi que les sanctions disciplinaires encourues en cas d'inobservation de ces règles figurent obligatoirement dans le règlement intérieur des établissements comportant des lieux publics interdits à l'usage du tabac, tels que définis aux articles 3 et 4 du présent décret et portés à la connaissance des personnels et des usagers.

Article 9 : Des sanctions administratives sont prononcées à l'encontre des organismes, entreprises et établissements contrevenant aux dispositions du présent décret,

Les sanctions administratives sont prononcées conformément à la réglementation en vigueur, notamment la mise en demeure ou le retrait temporaire de l'autorisation d'exercer pour une période de 15 jours.

Article 10 : Les sanctions disciplinaires encourues par les employés contrevenant aux dispositions du présent décret vont de l'avertissement à la mise à pied de un (1) à trois (3) jours.

Chapitre IV

DISPOSITIONS FINALES

Article 11 : Des actions d'information, d'éducation et de communication à destination des personnels, des usagers et de toutes personnes fréquentant les lieux visés aux articles 3 et 4 ci-dessus sont prises par les autorités concernées à l'effet de préparer et de mettre en œuvre les mesures édictées par le présent décret.

Article 12 : Des modalités spécifiques d'application à certains secteurs d'activité des dispositions des articles 5, 6 et 9 du présent décret sont fixées par arrêté du ministre en charge du secteur concerné.

Article 13 : Un délai de six (6) mois, comptant à partir de la date de publication du présent décret au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, est accordé pour la mise en conformité des lieux publics, visés aux articles 3 et 4 ci-dessus avec les dispositions des articles 5 et 7 à 10 du présent décret.

Article 14 : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Rajab 1422 correspondant au 24 septembre 2001.

Ali BENFLIS

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

D N O S S

CIRCULAIRE N°607 DU 24 SEPTEMBRE 1994

DESTINATAIRES : Mrs les DSPS (pour exécution)
Mrs les DG de CHU (pour exécution)

Objet : Déclaration des causes de décès

P. J. : 02 annexes.

L'état de santé d'une population est apprécié par les données de morbidité et de mortalité.

En matière de mortalité, nous notons actuellement une défaillance notable du système d'enregistrement des causes de décès, y compris en milieu hospitalier, où pourtant les causes de décès peuvent être connues.

Afin de remédier à ces insuffisances, les établissements hospitaliers seront les principaux * acteurs * dans la mise en place du système d'enregistrement des causes de décès.

Pour ce faire, les Directeurs des établissements hospitaliers sont tenus d'adresser à L'Institut National de Santé Publique, mensuellement, le relevé des causes de décès selon le modèle ci-joint (annexe 1).

Par ailleurs, en annexe 2, vous trouverez une note explicative destinée aux médecins chargés d'établir la notification des causes de décès.

Vous voudriez bien veiller à la diffusion de la présente circulaire à tous les services concernés et me faire connaître toutes les difficultés que son application pourrait rencontrer.

Le Directeur de la Normalisation
et de l'Organisation du Système de Santé

Annexe 1

RELEVÉ MENSUEL DES CAUSES DE DÉCÈS

Secteur Sanitaire de

Hôpital..... Mois de Année.....

Age du décédé	Sexe	Commune de résidence du décédé	profession	Service d'hospitalisation	Durée d'hospitalisation	Cause du décès

1 Si enfant de moins de 1 mois, donner l'âge en jours- si enfant de moins d'un an, donner l'âge en mois.

**NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS
NOTIFIANT LA CAUSE DE DECES**

Les causes de décès ont un grand rôle à jouer dans la connaissance de l'état de santé d'une population et dans la recherche médicale.

Les statistiques de mortalité habituelles sont préparées conformément aux règles et recommandations adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les causes sont regroupées et classées selon la classification internationale des maladies en vigueur selon les règles et recommandations se rapportant à la rédaction des certificats des causes de décès.

Lorsque le décès résulte d'un seul état morbide, tel qu'une maladie infectieuse aiguë, l'établissement du certificat de cause de décès ne présente pas de difficulté.

Mais une proportion croissante de décès surviennent chez des sujets atteints d'une ou plusieurs affections chroniques.

La majorité des statistiques classiques s'appuient sur une seule cause par décès, se pose alors le problème de savoir laquelle des causes à retenir.

Pour arriver à prévenir des décès prématurés, l'enchaînement des phénomènes doit être interrompu ou le traitement institué en quelque point de la séquence. L'objectif le plus rentable en santé publique est d'empêcher la cause déclenchante de se manifester. C'est dans ce sens que nous retiendrons la cause initiale de décès.

DEFINITION DE LA CAUSE INITIALE

Maladie ou traumatisme ayant provoqué l'enchaînement des phénomènes morbides qui ont abouti directement à la mort.

Ou,

Les circonstances de l'accident ou du traumatisme qui ont entraîné la mort.

On ne doit donc pas indiquer la façon de mourir (arrêt cardiorespiratoire, mort naturelle..... qui sont des termes à proscrire, mais la maladie ou l'affection qui est à l'origine du processus morbide.

Lorsqu'une succession d'affections a entraîné la mort, noter la succession en commençant par la plus récente, et en terminant par la plus ancienne, c'est à dire, celle qui a inauguré la suite des événements se situant entre l'état de santé normal et le décès.

En cas d'accident, d'empoisonnement ou tout autre mort violente, donner la cause extérieure (ex : collision de deux véhicules).

Quelques exemples :

Enfant de 10 mois meurt de pneumonie consécutive à une rougeole. La cause directe est la pneumonie qui est considérée comme due à la rougeole. La cause initiale est la rougeole.

Un homme de 49 ans meurt d'une fracture de la voûte crânienne après une collision entre la voiture qu'il conduisait et un poids lourd. Préciser les conditions de survenue de l'accident. La cause initiale est la collision entre deux véhicules à moteur.

Une femme de 38 ans décède d'un arrêt cardiaque, après une césarienne exécutée pour dystocie apparue au cours du travail par enclavement de jumeaux.

En cas de difficultés à reconnaître la cause initiale, donner le maximum d'informations, les services de traitement des causes de décès, en appliquant les règles de codage de la CIM retrouveront la cause initiale du décès.

Pour plus d'informations, lire :

Le certificat médical de la cause de décès (OMS, Genève, 1990)

CIM, 1^{er} volume, p 703 à 749 (certificat médical et règles de classement).

LE MINISTRE

Instruction n°003 du 13 MAI 2004

Mesdames, Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population des wilayas (tous)

OBJET : Institution du certificat de décès périnatal et néonatal tardif.

L'amélioration de la santé maternelle et infantile a été érigée au rang des priorités sanitaires nationales. En conformité avec les objectifs de développement du millénaire, auxquels notre pays a souscrit et en liaison avec nos potentialités et nos capacités, le but est de tendre à une accélération de la réduction de la mortalité maternelle, infantile et périnatale.

Les objectifs quantitatifs fixés à l'horizon 2010 sont notamment de réduire de moitié de taux de mortalité maternelle, enregistré en 1999 (117/100.000) et de 30% le taux de mortalité infantile enregistré en 2002(34,6 pour mille naissances vivantes) ;

Au regard des progrès tangibles enregistrés en matière de mortalité infantile, qui se situe actuellement à 34,6 pour mille, il apparaît néanmoins deux éléments majeurs :

La mortalité néonatale pèse très lourdement sur la mortalité infantile et reste sous-évaluée. Sa part, sur la base des données hospitalières est de l'ordre de 70%.

Dans la structure des décès périnatales (morts nés et décès dans les 0 à 6 jours) seuls les morts nés, sont recensés par les services de l'état civil.

Les décès de 0 – 28 jours ne sont pas différenciés de l'ensemble des décès de moins d'un an et une analyse fine de la structure par âge de la mortalité infantile ne peut être ainsi réalisée qu'à l'échelle nationale, sur la base des données d'enquêtes par sondage.

En outre, les faux mort-nés représenteraient environ 20% de la mortalité néonatale.

Au-delà de la faiblesse flagrante du système national d'information statistique, ce constat implique la nécessité de standardiser les concepts de mort fœtale, mort-né et naissance vivante.

La connaissance de la mortalité périnatale est déjà une source de progrès pour les états soucieux d'améliorer la qualité des soins dans cette tranche d'âge vulnérable.

Il est aussi nécessaire d'asseoir un système d'évaluation continu des décès périnataux et néonataux tardifs, dans le système d'information sanitaire et par là même, une évaluation fiable de la mortalité infantile par les services de l'Etat Civil.

Partant de ces considérations, il vous est demandé de suivre personnellement en communication avec les Directeurs des secteurs sanitaires, la mise en application pour une première période de 3 mois, ce nouveau support en veillant à impliquer l'ensemble des maternités et des services de pédiatrie.

A l'issue de cette première phase, les certificats de décès dûment renseignés seront retournés à l'administration centrale, direction de la population.

Je souligne que l'institution définitive de ce certificat de décès qui revêt une portée médico-légale, sera soumise aux procédures réglementaires et institutionnelles requises.

J'accorde un intérêt particulier à la concrétisation de cette action de santé publique, qui s'inscrit dans l'objectif lié à l'assurance de la qualité des soins.

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

Mourad REDJIMI

Décret exécutif n°03-353 du 19 Chaâbane 1424 correspondant au 15 octobre 2003 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de protection sanitaire contre le risque toxique.

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 ;

Vu la loi n°87-17 du 1er août 1987 relative à la protection phytosanitaire ;

Vu la loi n°88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n°88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale ;

Vu la loi n°89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;

Vu la loi n°03-10 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable ;

Vu le décret présidentiel n°03-208 du 6 Rabie El Aou el 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°03-215 du 7 Rabie El Aou el 1424 correspondant 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°90-39 du 30 janvier 1990, modifié et complété, relatif au contrôle de la qualité et à la répression des fraudes ;

Vu le décret exécutif n°90-79 du 27 février 1990 portant réglementation du transport des matières dangereuses ;

Vu le décret exécutif n°90-277 du 15 septembre 1990 portant création, mission, composition et fonctionnement du comité technique du transport des matières dangereuses (C.T.T.M.D) ;

Vu le décret exécutif n°91-04 du 19 janvier 1991 relatif aux matériaux destinés à être en contact avec les denrées alimentaires et les produits de nettoyage de ces matériaux ;

Vu le décret exécutif n°91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu du travail ;

Vu le décret exécutif n°91-53 du 23 février 1991 relatif aux conditions d'hygiène lors du processus de la mise à la consommation des denrées alimentaires ;

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°97-254 du 3 Rabie El Aou el 1418 correspondant au 8 juillet 1997 relatif aux autorisations préalables à la fabrication et à l'importation des produits toxiques ou présentant un risque particulier ;

Vu le décret exécutif n°98-188 du 7 Safar 1419 correspondant au 2 juin 1998 portant création, organisation et fonctionnement du centre national de toxicologie ;

Vu le décret exécutif n°98-339 du 13 Rajab 1419 correspondant au 3 novembre 1998 définissant la réglementation applicable aux installations classées et fixant leur nomenclature ;

Décète :

Article 1^{er} : Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement du comité national de protection sanitaire contre le risque toxique, dénommé ci-après «le comité».

Article 2 : Le comité, placé auprès du ministre chargé de la santé, est chargé, dans le cadre de la politique nationale de santé, de contribuer à l'élaboration d'un programme national de prévention et de protection sanitaire contre le risque toxique.

A ce titre, il a pour missions notamment :

- de proposer un mécanisme de coordination des actions engagées par l'ensemble des institutions et organismes concernés par le risque toxique,
- de proposer toute mesure d'ordre technique ou réglementaire destinée à la protection contre le risque toxique,
- de proposer des programmes d'information, de sensibilisation et d'éducation des populations à risque,
- de proposer un système d'alerte et de réponse en cas d'accident collectif ou de nature à évoluer comme tel, d'origine chimique, physique ou microbiologique,
- de proposer un système d'information continue sur toutes substances toxiques permettant la localisation, l'identification et l'évaluation de la gravité du risque toxique et de proposer toute mesure de protection sanitaire appropriée,
- de collecter étudier et exploiter toutes informations utiles, de participer à la création d'une banque de données et de veiller en permanence à sa mise à jour.

Article 3 : Le comité, présidé par le ministre chargé de la santé ou son représentant, est composé :

— d'un représentant des ministres chargés :

- de la défense nationale,
- de l'intérieur et des collectivités locales,
- du commerce,
- de l'énergie et des mines,
- de l'environnement,
- du transport,
- de l'agriculture et du développement rural,
- de la santé, de la population et la réforme hospitalière,
- des ressources en eau,
- de la petite et de la moyenne entreprise et de l'artisanat,
- de la poste et des technologies de l'information et de la communication,
- de l'industrie,
- du travail et de la sécurité sociale,
- de la pêche et des ressources halieutiques.

d'un représentant des structures et organismes nationaux suivants :

- commandement de la gendarmerie nationale,
 - direction générale de la sûreté nationale,
 - direction générale des douanes,
 - direction générale de la protection civile,
 - commissariat à l'énergie atomique,
 - direction générale de la "SONATRACH",
 - direction générale de la "SONELGAZ".
- de neuf (9) experts compétents dans les domaines suivants :
- toxicologie,
 - médecine du travail,
 - épidémiologie,
 - chimie,
 - agronomie,
 - environnement,
 - biologie,
 - écologie,
 - médecine vétérinaire.

Article 4 : Le comité peut faire appel à toutes personnes qui, en raison de leurs compétences, sont susceptibles de l'aider dans ses travaux.

Article 5 : Les membres du comité sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent, pour une période de trois (3) années, renouvelable.

En cas d'interruption du mandat d'un membre du comité il est pourvu à son remplacement selon les mêmes formes prévues à l'alinéa ci-dessus, jusqu'à expiration du mandat.

Article 6 : Le comité élabore et adopte son règlement intérieur.

Article 7 : Le comité se réunit en session ordinaire une fois par trimestre, sur convocation de son président.

Il peut, en outre, se réunir en session extraordinaire, à l'initiative de son président ou des deux tiers (2/3) de ses membres. L'ordre du jour est fixé par le président.

Les délibérations du comité sont consignées sur des procès-verbaux signés par le président et transmis au ministre chargé de la santé.

Article 8 : Le secrétariat du comité est assuré par les services compétents du ministre chargé de la santé.

Article 9 : Le comité élabore et adresse, au ministre chargé de la santé, un rapport annuel portant sur le bilan de ses activités et sur la situation sanitaire concernant le risque toxique.

Article 10 : Il est mis à la disposition du comité les moyens humains, matériels et financiers nécessaires à son fonctionnement.

Les crédits nécessaires au fonctionnement du comité sont individualisés et inscrits à l'indicatif du budget du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Article 11 : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire. Fait à Alger, le 19 Chaâbane 1424 correspondant au 15 octobre 2003.

Ahmed OUYAHIA