



# INTITULE DU COURS : LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

**Nom de l'enseignant :** Dr R. KIRATI, Maitre assistant Epidémiologie

## 1. INTRODUCTION

D'après le dictionnaire Larousse, surveiller signifie "veiller avec attention, autorité et souvent avec défiance, contrôler". C'est ainsi que, traditionnellement, les services de quarantaine et de contrôle sanitaire aux frontières exerçaient la surveillance des individus, afin de contenir la propagation des maladies contagieuses telles que la peste, le choléra, le typhus ou la variole. C'est au début des années 1950 que le concept moderne de surveillance épidémiologique s'est développé sous l'impulsion du Docteur Alexander D. Langmuir au Communicable Disease Center américain, devenu depuis les Centers for Disease Control (CDC).

De la surveillance des individus, les professionnels de santé publique sont alors passés à la surveillance des maladies telles que le paludisme, la poliomyélite, la grippe et l'hépatite virale. Depuis cette époque, la gamme des problèmes de santé faisant l'objet d'une surveillance épidémiologique s'est considérablement étendue : d'abord à presque toutes les maladies infectieuses, puis aux maladies chroniques non infectieuses, et enfin à des problèmes de santé aussi variés que les blessures et les accidents, les avortements provoqués et l'état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes.

En 1963, Alexander Langmuir a défini la surveillance des maladies comme étant

**«l'observation attentive et continue de leurs distributions et de leurs tendances à travers la collecte systématique, la compilation et l'analyse des données de morbidité, de mortalité et d'autres données pertinentes ainsi que la dissémination régulière et à temps à ceux qui ont besoin de savoir».**

**Cette définition appelle trois commentaires :**

- la surveillance épidémiologique est un processus continu et systématique ; elle peut ainsi être opposée aux enquêtes, plus ponctuelles.
- la rapidité du traitement de l'information et de la diffusion des résultats est indispensable au bon fonctionnement d'un système de surveillance épidémiologique moderne.
- la finalité d'un système de surveillance est de fournir des informations servant plus ou moins directement à la prise de mesures de prévention ou de contrôle d'un problème de santé publique.

Ainsi, pour reprendre une citation d'un épidémiologiste polonais, le Docteur Jan Kostrzewski : "la surveillance, c'est de l'information appelant l'action".

Cette définition implique que les actions de surveillance traitent en priorité des problèmes pouvant faire l'objet d'une prévention, d'un traitement ou d'une action de santé publique au sens large.

La mesure de la fréquence est l'étape de la quantification de la survenue ou de l'existence du phénomène de santé dans la population. Cette mesure ne peut se faire que par la surveillance épidémiologique qui est la source des données en épidémiologie.

## **2. OBJECTIFS**

Avant même de décider comment mettre en place un système de surveillance épidémiologique, il faut se demander comment les données recueillies seront utilisées, et par qui. Autrement dit, il faut définir les objectifs de la surveillance en les regroupant autour de six axes :

1. décrire un problème de santé publique pour mieux le comprendre ;
2. définir des priorités d'action ;
3. déterminer des objectifs quantifiés de prévention, de lutte ou de contrôle ;
4. choisir une stratégie d'action ;
5. évaluer les efforts accomplis dans le cadre d'un programme de santé publique ;
6. suggérer des pistes de recherche épidémiologique.

Un même système de surveillance épidémiologique peut avoir simultanément plusieurs objectifs, mais plus il sera simple et plus ses chances de succès seront grandes. Dans tous les cas, son fonctionnement sera dépendant des ressources, humaines notamment, qui y seront investies.

### **3. Les systèmes de surveillance épidémiologique**

#### **a. La classification selon la forme de collecte des données**

##### **- Surveillance passive**

Les informations sont acheminées sans sollicitation ou intervention de la part des services responsables de la surveillance. Le système attend les notifications.

##### **- Surveillance active**

C'est la collecte de données de façon périodique par un contact régulier avec les services concernés pour s'enquérir de la présence ou de l'absence de nouveaux cas d'une maladie particulière. Le système cherche l'information.

#### **i. Le système de surveillance intermédiaire**

un cas intermédiaire est appelé surveillance semi-active ou surveillance passive stimulée : il s'agit d'un système de surveillance passive dans lequel tout informateur qui a omis de se manifester dans les délais prévus est systématiquement recontacté, ou bien encore où chaque cas déclaré fait l'objet d'une investigation complémentaire à la recherche d'autres cas.

b. La classification selon l'étendue de la zone couverte

1/Le système de surveillance exhaustif

2/Surveillance sentinelle

- Surveillance sentinelle par réseau : c'est généralement un groupe de services, de cliniques, de cabinets médicaux ou de laboratoires qui déclarent, à des intervalles de temps réguliers, le nombre de cas enregistré d'une maladie particulière, et ce, en général, dans le cadre d'un engagement volontaire.
- Surveillance sentinelle par site : c'est une surveillance spéciale qui s'effectue d'une façon limitée dans le temps et dans l'espace et qui est répétée régulièrement à la même période de l'année. Elle permet de suivre la tendance d'une maladie spécifique, dans un site précis et chez des groupes particuliers de la population.

c. La classification selon la source des données

i. Le système de notification obligatoire des maladies

Les systèmes de notification obligatoire des maladies

Établir une liste de maladies à déclaration obligatoire (MDO) est souvent la première étape de la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique. Les maladies faisant l'objet d'une déclaration aux autorités sanitaires sont bien sûr variables selon les zones géographiques et les époques.

Le Règlement Sanitaire International exige actuellement que tous les cas de maladies quaranténaires (choléra, peste et fièvre jaune) déclarés dans un pays fassent l'objet d'une notification à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La surveillance des MDO à l'échelon d'un pays ou d'une zone administrative plus réduite est en général régie par des textes législatifs précis et régulièrement mis à jour.

Elle est le plus souvent limitée à des maladies infectieuses aiguës. Le principal défaut de tels systèmes est leur faible rendement. En effet, la proportion de cas déclarés par rapport à l'ensemble des cas diagnostiqués est le plus souvent faible. Néanmoins, l'analyse des données ainsi collectées s'avère en général très utile pour dégager des tendances dans l'évolution de l'incidence au cours du temps de ces affections.

#### ii. Le système de surveillance par les laboratoires d'analyses biologiques et médicales

Les systèmes de surveillance par les laboratoires d'analyses biologiques et médicales Le diagnostic de certitude de certaines maladies infectieuses telles que les salmonelloses, les shigelloses ou les urétrites à gonocoque repose sur des critères de laboratoire très stricts. De même, des problèmes de santé tels que les intoxications par certains produits chimiques ne peuvent être surveillés qu'avec l'aide de laboratoires de référence. Les registres du cancer, pour lesquels le diagnostic de certitude repose sur les examens anatomo-pathologiques peuvent également rentrer dans ce cadre. La surveillance épidémiologique par des réseaux de laboratoire devient indispensable quand on veut par exemple détecter l'apparition de nouvelles souches épidémiques d'un micro-organisme ou surveiller le développement d'une éventuelle chimio-résistance. Enfin, de tels réseaux peuvent servir à mesurer l'évolution de la consommation de certains actes médicaux et des résultats qui ont été obtenus. Par exemple, la surveillance du nombre de tests pratiqués par les laboratoires pour le dépistage des anticorps anti-VIH et la fréquence des tests positifs peuvent fournir des indications utiles sur la propagation éventuelle de l'épidémie d'infection par le VIH dans une population. La surveillance épidémiologique par les laboratoires d'analyses biologiques et médicales est très souvent couplée au système de notification des MDO.

#### iii. Le système de surveillance hospitalier

Les systèmes de surveillance hospitalière Les hôpitaux sont bien sûr une source de données importante pour la notification des MDO. La surveillance d'autres problèmes de santé tels que les maladies cardio-vasculaires, les intoxications médicamenteuses, les accidents domestiques ou les tentatives de suicide peut être réalisée dans les services d'urgence, les unités de consultation ou d'hospitalisation. Un cas particulier de la surveillance hospitalière est représenté par la surveillance des infections nosocomiales, c'est-à-dire des infections acquises à l'hôpital.

#### iv. Les réseaux sentinelles de surveillance épidémiologique

Certains problèmes de santé ne peuvent être surveillés que par l'intermédiaire de praticiens libéraux généralistes ou spécialistes car ils ne nécessitent pas en général le recours à des examens de laboratoire ou à une structure hospitalière. C'est le cas en particulier de beaucoup de maladies infantiles contagieuses (oreillons, rubéole, rougeole, varicelle) mais aussi des syndromes grippaux, de certaines maladies sexuellement transmissibles, des tentatives de suicide et des blessures en général. Pour obtenir des informations sur ce type de problèmes, il s'avère utile de constituer des réseaux de praticiens volontaires. Les échantillons de médecins sentinelles ainsi constitués doivent avoir une certaine représentativité pour que l'on puisse extrapoler les résultats qu'ils fournissent à l'ensemble d'une population. Les moyens modernes de télécommunications, en particulier la

télématique en France, contribuent grandement au développement de ces réseaux et à leur extension à de nouveaux thèmes de surveillance.

#### v. La surveillance épidémiologique en population générale

Certains systèmes de surveillance utilisent comme source principale d'information des échantillons de population choisis par exemple parmi les adhérents à un système de protection sociale ou les résidents d'une zone géographique particulière. L'utilisation de listes administratives ou le tirage au sort de numéros d'appel téléphoniques permettent dans ce dernier cas de constituer ces échantillons. Par exemple, l'identification puis la caractérisation entre 1975 et 1977 d'un nouveau type de borréliose, la maladie de Lyme, a été possible par la mise en place d'une surveillance directe auprès de la population de l'État du Connecticut dans le Nord-est des États-Unis, complétée par un réseau de médecins libéraux et hospitaliers. La surveillance des facteurs de risque liés aux comportements dans le domaine de la nutrition, de l'exercice physique et des maladies cardio-vasculaires est réalisée actuellement aux États-Unis par téléphone sur un échantillon représentatif de la population adulte. Plus récemment en France, une cohorte d'employés d'une grande entreprise industrielle a été constituée avec différents objectifs de surveillance et de recherche épidémiologique.

#### d. La classification selon les types de données

Choix des données à recueillir dans le cadre de l'investigation d'un épisode épidémique, la définition des cas est l'étape clef dans la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique. Les critères retenus, qu'ils soient cliniques ou biologiques, devront être suffisamment simples pour pouvoir être utilisés par des personnels ayant des niveaux de qualification et d'expérience variés. Il est fréquent que l'on ait à modifier la définition des cas au cours de la surveillance, tout en conservant l'homogénéité nécessaire à l'analyse des données. La définition du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) utilisée pour la surveillance aux États-Unis et à l'échelon international est ainsi passée par plusieurs variantes, toujours compatibles entre elles pour que l'étude des tendances temporelles reste possible. Trois types de données peuvent être recueillies dans le cadre de la surveillance épidémiologique à l'échelon international, national ou local.

##### i- Les données de morbidités

Les données concernant la morbidité sont habituellement recueillies dans le cadre de la surveillance des MDO. En plus du nombre de cas, elles comportent en général au minimum des informations sur le sexe, l'âge des patients, ainsi que la date et le lieu de survenue de l'affection. La surveillance des maladies infectieuses est parfois élargie à des syndromes, plus faciles à définir et à reconnaître bien que d'une précision nosologique moindre.

Au-delà des maladies infectieuses, la surveillance à partir de données de morbidité peut porter sur des sujets aussi variés que les cancers et les malformations congénitales, dans le cadre de registres de ces affections, ou les accidents. Toutes les sources d'information décrites précédemment peuvent être utilisées pour recueillir des données de morbidité.

##### ii- Les données de mortalité

L'utilisation des statistiques de mortalité à des fins de surveillance épidémiologique est très ancienne : William Farr qui dirigeait le Bureau des Statistiques en Angleterre au XIX<sup>ème</sup> siècle a ainsi pu étudier la propagation du choléra dans son pays et en tirer des leçons capitales en matière de prévention et de contrôle de cette maladie. Les statistiques de mortalité présentent en fait deux limites essentielles à leur utilisation : d'une part, la qualité des certificats de décès est souvent médiocre, et d'autre part il s'écoule en général deux à trois ans avant que les statistiques définitives de mortalité soient disponibles pour l'ensemble d'un pays. Il a cependant été démontré que la surveillance hebdomadaire des statistiques de mortalité toutes causes confondues et par pneumonie dans un échantillon de grandes villes des États-Unis permettait de suivre avec une précision suffisante et un délai acceptable la progression des épidémies de grippe dans ce pays. Enfin, pour obtenir des informations sur certaines causes accidentelles de décès, des réseaux de médecins légistes ont été parfois constitués.

### iii- Les autres types de données

Utilisables pour la surveillance épidémiologique Il est difficile d'en établir la liste exhaustive. La surveillance de l'état nutritionnel de populations à l'aide d'indices anthropométriques, celle des comportements et facteurs de risque (tabagisme, alcoolisme, hypertension artérielle, etc.) ou l'étude systématique des circonstances de survenue des accidents mortels de la voie publique sont autant d'exemples de l'application des méthodes de surveillance épidémiologique à d'autres types de données que la mortalité et la morbidité.

Le simple dénombrement et la description de foyers épidémiques d'une maladie donnée apportent également des informations très utiles à la surveillance épidémiologique, sans que l'on ait obligatoirement une déclaration individuelle des cas. En comptant par exemple le nombre de foyers d'absentéisme en milieu scolaire ou professionnel dans une communauté, on peut se faire une idée générale et rapide sur la propagation de la grippe en début de saison automno-hivernale. A l'inverse, pour certaines affections très rares dans les pays tempérés telles que la poliomyélite ou les fièvres virales hémorragiques, la déclaration d'un seul cas suspect suffira à déclencher l'alerte épidémiologique.

La surveillance de l'utilisation de certains produits biologiques ou médicamenteux peut être également très utile en matière de surveillance épidémiologique. Ainsi, un réseau de pharmaciens peut servir à surveiller la grippe. Un des meilleurs exemples dans ce domaine est en fait celui du SIDA. La mise en évidence en 1981 d'une augmentation brutale de la demande en pentamidine, un médicament à usage restreint et surveillé aux États-Unis pour le traitement des pneumonies à *Pneumocystis carinii*, a permis de déclencher les investigations aboutissant en quelques mois à la reconnaissance de l'épidémie de SIDA dans ce pays. D'une façon plus générale, la surveillance des prestations de soins, par exemple le nombre et le type d'interventions chirurgicales effectuées ou le nombre de prescriptions d'arrêt de travail, fournit des éléments indirects d'appréciation sur certains problèmes de santé dans une population, en particulier sur les problèmes autres que les maladies infectieuses.

Enfin, la surveillance épidémiologique débouche le plus souvent sur le calcul de taux de maladie ; il est donc très important de disposer de données démographiques fiables afin que numérateurs et dénominateurs des taux soient d'une qualité équivalente.

#### **4. Les maladies sous surveillance(MDO)**

- a. L'identification des maladies sous surveillance
- b. Les sources des données
- c. Les maladies à déclaration obligatoire
- d. Les maladies à déclaration obligatoire en Algérie

### **5. RETRO INFORMATION**

#### Surveillance épidémiologique et rétro-information

Sans communication régulière des résultats du niveau central vers la périphérie, tout système de surveillance s'épuiserait rapidement. En plus des informateurs de terrain et des personnels impliqués aux différents niveaux dans la surveillance, il faut bien définir l'audience susceptible d'être intéressée par ce type de données. Les autres professionnels de santé, les médias et même le public au sens large peuvent être intéressés par tout ou partie des résultats d'une surveillance.

L'adaptation du format de la rétro-information à son audience est bien sûr fondamentale. Deux conseils spécifiques peuvent être donnés à ce sujet :

- faire paraître régulièrement un bulletin de rétro-information, à intervalles choisis en fonction du problème de santé sous surveillance. Si la surveillance de la grippe et de la rougeole justifie souvent une rétro-information hebdomadaire, celle des accidents ou de la consommation de certains médicaments peut seulement faire l'objet d'un rapport annuel.
- la mise en page des résultats doit être attirante et utiliser toutes les techniques de communication, en alternant en particulier commentaires, tableaux, graphiques, diagrammes, cartes, etc. Le format d'un bulletin de rétro-information doit être standardisé : ainsi, sa lisibilité en sera améliorée et sa production, en particulier les tableaux et graphiques, pourra être automatisée. Bien que des expériences aient été tentées pour rendre les données de surveillance directement accessibles dans des banques de données informatisées, les bulletins écrits restent le support de base à cette activité. Des publications telles que le Relevé Épidémiologique Hebdomadaire de l'OMS et le Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) publié par les CDC aux États-Unis sont devenues des revues scientifiques à part entière tout en restant l'outil de base de la rétro-information des données de surveillance épidémiologique. Beaucoup de pays, et même des régions administratives, publient désormais un relevé épidémiologique régulier comme, par exemple, le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire au Royaume Uni. Enfin, dans certains cas, des publications complémentaires viennent approfondir l'analyse de tel ou tel aspect de la surveillance, comme par exemple chaque année le Summary of Notifiable Diseases, United States, et les CDC Surveillance Summaries faisant la synthèse sur des sujets tels que la grippe, le paludisme ou l'état nutritionnel de la population américaine.

### **6. CRITERES DE QUALITE D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE**

#### 1/- Simplicité

Un système de surveillance simple est facile à comprendre et à appliquer. Sa structure est légère, ses procédures de recueil et de transmission de l'information sont rapides et standardisées. Il est peu coûteux.

## 2/ - Souplesse

C'est la capacité du système de s'adapter facilement à des changements de la définition de cas, des données à collecter ou des sources d'information.

## 3/- Acceptabilité

C'est le niveau d'adhésion des personnes et des structures qui participent au système de surveillance. Cette qualité est affectée par la complexité des procédures et des supports utilisés, ainsi que par le nombre et le type de données à collecter.

## 4/- Sensibilité

C'est la capacité de détecter un phénomène quand il existe réellement.

Le système doit être capable d'identifier tous les cas.

## 5/ - Valeur prédictive positive

C'est la capacité de détecter correctement un vrai phénomène.

Lorsque le système identifie un cas, celui-ci doit être un vrai cas.

## 6/- Représentativité

C'est la capacité d'un système de décrire correctement la distribution des phénomènes de santé selon les caractéristiques de temps, de lieu et de personne.

## 7/- Réactivité

Elle est représentée par la rapidité de circulation de l'information, de détection des épisodes épidémiques et de l'instauration de mesures de contrôle. C'est le délai entre l'apparition du phénomène surveillé et l'intervention.

# 7. CONCLUSION

La finalité de la surveillance étant la prise de décision et l'action, les données de la surveillance et leurs résultats sont d'abord destinés pour être utilisés au niveau local afin d'arrêter l'extension du phénomène de santé.



## **Réglementation des maladies à déclarations obligatoires en Algérie**

Parmi les éléments essentiels de la surveillance épidémiologique, la déclaration obligatoire de certaines maladies reste la plus ancienne et la plus connue des praticiens. En Algérie, l'arrêté N°179 et la circulaire N°1126 du 17 novembre 1990 ont fixé la liste des maladies à déclaration obligatoire et les modalités de leurs notifications et suivi d'une circulaire d'application.  
CIRCULAIRE N° 1126 MS/ DP/ SDPG DU 17 NOVEMBRE 1990

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 (télex, 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.

## **CIRCULAIRE N° 1126 MS/ DP/ SDPG DU 17 NOVEMBRE 199 0**

-----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 fondre 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. 9

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 (télécopie, 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 moins 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 1er 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 i nformations 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