

# Prise en charge de la tuberculose Multi Résistance en Algérie

Mme s. ZOUBIRI

Dr s. ALIHALASSA

# Vue générale de l'Algérie

- L'Algérie est un État d'Afrique du Nord qui fait partie du Maghreb. Sa capitale, Alger. Avec une superficie de 2 381 741 km<sup>2</sup>, c'est le plus grand pays bordant la Méditerranée et le deuxième plus étendu d'Afrique et du monde arabe après le Soudan.
- Démographie:
- Economiquement, l'Algérie est la quatrième puissance économique du continent africain avec un PIB de 171,3 milliards USD.
- Le montant du PIB par tête d'habitant est estimé en 2008 à 5,073 USD

# Historique du Programme National de lutte Antituberculeuse

# Naissance du Programme National

- Au lendemain de l'Indépendance, en 1962, la tuberculose représentait un problème majeur de santé publique en Algérie.
- En Juin 1964, une unité centrale est créée au Ministère de la Santé pour mener la lutte contre la tuberculose : **le Bureau de la tuberculose**,
- Bientôt assisté en 1966 d'une commission nationale d'experts : la **Commission nationale consultative de phtisiologie**.
- En 1966, les premières « **Recommandations sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire en Algérie** » ont permis la standardisation des procédures appliquées à l'époque sur le terrain par des médecins de nationalités et de formations différentes.

La priorité est déjà donnée à

- la détection des cas de tuberculose contagieuse, à microscopie positive,
- le traitement recommandé dure jusqu'à 24 mois puis de 12 mois, utilisant l'administration intermittente de l'isoniazide et de la streptomycine deux jours par semaine.

## Naissance du PNAT (suite)

- En 1969, deux décrets consacrent *l'engagement gouvernemental* pour l'application des grandes mesures techniques du Programme :
- l'un rend obligatoire certaines vaccinations de l'enfant, dont la vaccination BCG
- l'autre rend obligatoires et gratuits le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades atteints de tuberculose
- En 1972, *la sectorisation des services de santé* permet de décentraliser les activités de la lutte antituberculeuse et permet l'implantation d'une unité de lutte antituberculeuse équipée d'un laboratoire de microscopie dans chaque « secteur » sanitaire du pays(district).
- En décembre 1972, un décret ministériel crée le *Laboratoire national de référence de la tuberculose*, rattaché à l'Institut Pasteur d'Algérie

# Extension du Programme national

- 1<sup>er</sup> janvier 1974: La gratuité des soins médicaux dans les services de Santé Publique, appliquée, facilite l'accès aux soins de couches de plus en plus larges de la population permet d'accroître considérablement en quelques années le nombre des consultants demandeurs de soins, et favorise ainsi le dépistage de la tuberculose.
- En 1976, sont publiées et largement diffusées des « **Directives pour le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose en Algérie** », codifiant les régimes de chimiothérapie d'une durée de 12 mois, régimes de première ligne et régimes de réserve ainsi que leurs indications.
- La même année des **séminaires annuels de supervision et d'évaluation de la lutte antituberculeuse**, se déroulent dans toutes les wilayate du pays, assurant la formation continue des personnels de santé et entretenant leur motivation jusqu'en 1988.

# Renforcement des activités du Programme national

- En Mai 1980, le Ministère de la Santé a publié deux nouveaux documents élaborés par la Commission nationale consultative :
- ***le Guide technique à l'usage des médecins responsables de la lutte anti-tuberculeuse***
- ***les Directives techniques sur la lutte anti-tuberculeuse à l'usage des personnels de santé***

Ces documents consacrent les progrès accomplis :

- la généralisation de la vaccination BCG des nouveau-nés, la couverture vaccinale à un an approchant 90%
- la mise en place d'un réseau de laboratoires de microscopie,
- la généralisation, dans tous les services de Santé de la chimiothérapie « de courte durée » de six mois.
- En 1988, une enquête nationale est menée pour évaluer la prévalence de la résistance primaire de *Mycobacterium tuberculosis* aux antituberculeux, ainsi que les résultats du diagnostic et du traitement de la tuberculose

# Ralentissement des activités du Programme national.

A partir de 1990, l'application du Programme national connaît de nombreux problèmes :

- fréquentes ruptures de stocks de médicaments antituberculeux, en réactifs et en consommables de laboratoire.
- interruption du contrôle de qualité des laboratoires de microscopie périphériques.
- non respect des critères de diagnostic recommandés en raison de l'interruption des séminaires de supervision.
- fléchissement de la qualité des données recueillies sur la déclaration des cas et sur les résultats du traitement
- Par ailleurs, la dégradation des conditions socio-économiques générales et l'importance des populations migrant des zones rurales isolées vers les agglomérations urbaines rendent difficile l'adaptation des services de santé aux nouveaux besoins exprimés.



# La relance du Programme national

- Les personnels de santé des anciens dispensaires antituberculeux, devenus « ***Unités de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires*** », contribuent à la relance des activités de dépistage et de traitement de la tuberculose, et à l'évaluation de leurs résultats. Le Manuel de la lutte antituberculeuse est réédité en 2001.
- En 2002, le Programme national de lutte contre la tuberculose adopte la généralisation des associations de médicaments antituberculeux en proportions fixes, pour le traitement de tous les malades tuberculeux (adultes et enfants) selon les recommandations de l'OMS.
- Une deuxième enquête nationale est menée sur la prévalence de la résistance bactérienne parmi les nouveaux cas de tuberculose ainsi qu'une première enquête nationale sur la séroprévalence du VIH chez les tuberculeux.

# Application de la nouvelle stratégie OMS

## « Halte à la tuberculose »

- En 2008, les structures dépendant des anciens secteurs sanitaires (l'hôpital de secteur et les unités extra hospitalières qui lui sont rattachées) sont subdivisées en deux types d'établissements :
  - les établissements publics hospitaliers (EPH)
  - les établissements publics de santé de proximité (EPSP), (salles de soins, dispensaires, centres de santé et polycliniques).

# Resultats du programme

# Organisation des structures de santé publique

- 48 DSP: coordination des structures de santé
- 271 EPSP : dépistage et traitement
- 191 EPH: hospitalisation : exploration et traitement des cas à problème
- 14 CHU: Formation et recherche, prise en charge des cas à problème
- 30 EHS: Formation et recherche, prise en charge des cas à problème

# La tuberculose à MDR en Algérie

- A partir de 1987 (7 ans après l'introduction de la R), des cas sporadiques de tuberculose à bacilles multirésistants, ont commencé à apparaître : ils ont été pris en charge empiriquement et traités avec les médicaments de réserve disponibles (éthionamide, cyclosérine, kanamycine ou amikacine, puis ofloxacine).
- En 1995, les échecs de la chimiothérapie de courte durée, après deux ou plusieurs cures, ont été traités par un régime de « 3ème ligne » associant plus systématiquement les médicaments de réserve anciens et l'ofloxacine.
- En 1999 , en raison des difficultés apparues dans la prise en charge de ces cas, il est apparu nécessaire de codifier un régime standardisé de 3<sup>ème</sup> ligne et de le faire appliquer dans tous les CHU

# Situation épidémiologique

- Au niveau national, deux enquêtes prospectives ont été menées sur des échantillons représentatifs de malades, respectivement en 1988 et 2002.
- La prévalence de la résistance primaire était égale à 8.6 % en 1988 (dont 1,2% due à une résistance primaire à l'isoniazide et à la rifampicine) et à 5,9 % en 2002 (dont 1,4% due à une résistance primaire à l'isoniazide et à la rifampicine)



# Prévalence de la résistance de *Mycobacterium tuberculosis* aux antituberculeux chez les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire au cours de deux enquêtes nationales prospectives

Cas testés (nombre)		Souches résistantes			
		A un médicament au moins		Multi résistantes	
		Nombre	%	Nombre	%
1988	243	21	8.6	3	1.2
2002	574	34	5.9	8	1.4

# Les principes de la stratégie

Les principes de base de la stratégie de la prise en charge sont :

- la **décentralisation** de la prise en charge des malades chroniques et des cas de tuberculose à bacilles multi résistants au niveau des services spécialisés des CHU.
- la **centralisation des données bactériologiques et de la surveillance** au niveau du laboratoire national de référence ( LNR ) en vue d'évaluer les résultats du traitement par une analyse de cohorte adaptée.

# Organisation générale

- La prise en charge des cas chroniques est organisée à trois niveaux:

# I. Au niveau central

**une commission spéciale dite « des cas chroniques »** est constituée sous l'égide du Comité Médical National de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires. Elle se réunit une fois par semestre en session plénière. Cette commission a les fonctions suivantes :

- Enregistrement des cas chroniques déclarés dans les CHU et/ou identifiés au LNR.
- Prévision annuelle des besoins en médicaments de réserve (à transmettre à l'unité centrale du programme)
- Prescription (confirmée ou adaptée) du régime de 3<sup>ème</sup> ligne, standardisé ou individualisé.
- Mise à jour régulière du registre central des cas chroniques, et des fiches individuelles des malades.
- Analyse des cohortes au 12<sup>ème</sup> mois, 24<sup>ème</sup> mois et 30<sup>ème</sup> mois après le début du traitement.
- Orientation pour les décisions à prendre concernant des cas particuliers (interruption du traitement, intolérance ou toxicité majeure, transfert).
- Surveillance de la gestion du stock central des médicaments de réserve au niveau de la PCH (Oued Smar) et de ses antennes d'Oran et de Annaba.
-

# II. Au niveau de chaque CHU

**un médecin spécialiste en pneumo-phtisiologie** est le responsable de la prise en charge des cas chroniques. Il est assisté d'un infirmier qualifié et si possible d'un psychologue clinicien. Il tient le registre des cas chroniques reconnus au CHU

Ce médecin a les fonctions suivantes :

- **Enregistrer**, et déclarer les cas chroniques
- **Ouvrir un dossier individuel** pour chaque malade
- Prescrire le **régime standardisé de 3<sup>ème</sup> ligne**, ou le régime individualisé
- Organiser **l'observation directe du traitement tous les jours**
- organiser les **visites de contrôle médical périodiques**
- Prévoir et organiser les **contrôles bactériologiques** trimestriels (microscopie et culture)
- envoyer au LNR **toute culture positive** obtenue au cours du traitement ou de la surveillance après traitement.
- **gérer le stock de médicaments de réserve**
- Signaler en cas **d'événement particulier** : décès, intolérance ou toxicité, interruption du traitement, transfert vers une autre UCTMR ou un autre CHU

# Au niveau des Districts accrédités,

- le médecin-chef du SCTMR est le responsable du traitement des malades pendant la phase d'entretien, et du respect des échéances prévues pour les visites de contrôle au CHU. Au cours du traitement, il surveille l'évolution clinique de la maladie et il détecte la survenue d'effets indésirables pour les corriger, après avoir référé au spécialiste universitaire le plus proche.

# **Le réseau de laboratoires**

- **Le Laboratoire National de Référence de la Tuberculose (LNRT)** surveillance de la prévalence de la résistance bactérienne aux antituberculeux et la prise en charge des cas résistants
  - *Microscopie-culture- antibiogramme-détection rapide de la résistance (Inno-LIPA) - formation - supervision*
- **Des laboratoires régionaux pour la tuberculose** participent à la surveillance de la résistance bactérienne aux médicaments antituberculeux. En 2010, deux laboratoires régionaux sont fonctionnels : à Constantine et à Oran. D'autres laboratoires régionaux seront créés au cours de la période 2010-2015.
  - *Microscopie-culture- antibiogramme- formation - supervision*
- **Le laboratoire de bactériologie de la tuberculose de la wilaya** réalise les examens en microscopie et les cultures demandées par les médecins exerçant dans les Etablissements de santé de la wilaya. Il contribue au contrôle de qualité des laboratoires de microscopie et au recyclage des personnels des laboratoires de microscopie de la wilaya
  - *Microscopie-culture- formation – supervision*
- **Le laboratoire de bactériologie de la tuberculose du CHU**
  - *Microscopie-culture- formation – supervision*
- **Le laboratoire de microscopie de l'EPSP (District)** réalise les examens de microscopie demandés par le médecin du SCTMR de l'EPSP (District)
  - *Microscopie*



# **Gestion des médicaments de réserve**

- Les prévisions sont faites annuellement par la commission centrale et transmises à la Direction de la Prévention.
- La commande est transmise par la Direction de la Prévention à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) : son financement est couvert par le quota réservé aux médicaments antituberculeux dans le budget des CHU.
- Dès leur livraison à la PCH, les médicaments de réserve sont répartis , en fonction des quotas décidés par la commission centrale , aux antennes de la PCH d'Oran et d'Annaba .
- Dans chaque CHU, un seul médecin spécialiste universitaire est habilité à passer les commandes des médicaments de réserve nécessaires pour les malades pris en charge dans les autres services du CHU ou les wilayate et secteurs sanitaires rattachés au CHU .
- Le médecin spécialiste universitaire désigné gère le stock des médicaments de réserve, surveille leur consommation et prépare annuellement la prévision des besoins en médicaments de réserve.

la commission centrale



la Direction de la Prévention



la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH)



CHU

# Coût de la prise en charge

- L'application d'une stratégie de prise en charge des cas de tuberculose contagieuse une organisation solide a réduit à moins de 2 % de l'ensemble des cracheurs de bacilles la proportion des cas chroniques qui excrètent encore des bacilles après avoir reçu un retraitement standardisé ; ces bacilles sont souvent multi résistants.
- Le petit nombre de cas chroniques en Algérie, leur dispersion sur le territoire national, la proportion élevée de cas à bacilles multi résistants parmi eux imposent la participation de tout les effectif de la santé dans cette stratégie de prise en charge.
- .