




Les Programmes de Santé

Dr.T. Bachtarzi / SEMEP CHU Annaba

Trois Parties :

- Définitions et démarche pour l'élaboration d'un programme ,
- Les différents programmes en Algérie ,
- Caractéristiques spécifiques de chaque programme ,



Quelques définitions sont nécessaires avant de détailler la démarche tout en sachant que le programme est mis en œuvre pour diminuer la fréquence d'une maladie et à maîtriser le risque.

Risque : Probabilité qu'un événement survienne dans une population pendant une période ,

Estimation du Risque : Fréquence de l'événement dans un échantillon de la population ,

Facteur de Risque : Caractéristique associée à une probabilité plus élevée de la maladie,

Niveau du Risque

Risque < 2 faible risque

Risque $2 - 9$ niveau assez facilement lié à une exposition

Risque > 10 niveau où la population s'aperçoit elle même du risque.

Prévention

« Tout activité de maintien ou de promotion de la santé ayant pour instrument de diagnostique l'Epidémiologie et pour Instrument d'intervention le programme »

Pinault

Tout ce qui n'entre pas dans cette définition ne peut être considéré comme prévention.

On distingue trois niveaux de Prévention en fonction du niveau d'intervention sur le cours de l'histoire Naturelle de la maladie

Prévention Primaire

Comprend tous les actes destinés à diminuer L'INCIDENCE d'une maladie dans une population donc à réduire le RISQUE d'apparition de cas nouveaux.

Elle se situe en amont de l'apparition des maladies .(Vaccination, Assainissement etc...).

Prévention Secondaire

Comprend tous les actes destinés à diminuer la PREVALENCE d'une maladie dans une population , donc à réduire la durée d'évolution; elle se situe à l'extrême début de la maladie et prend en compte le diagnostic précoce et le traitement des premières atteintes.

Ici intervient le dépistage, ce niveau concerne les maladies chroniques

Prévention Tertiaire

Comprend tous les actes destinés à diminuer LA PREVALENCE des Incapacités chroniques et des récurrences dans une population donc à Réduire au maximum les incapacités fonctionnelle consécutives à la maladie.

Programme :

« C'est la mise en action d'un ensemble de ressources humaines et matérielles organisé de façon Cohérente dans le temps et dans l'espace afin d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé déterminé affectant une population déterminée »

Pinault

Programmer une action de santé c'est procéder par étape en Suivant les étapes :

- Identification des problèmes de santé et sélection du problème prioritaire,
- Préciser la population concernée ou cible
- Fixer les objectifs qu'on se propose d'atteindre
- Préciser les activités à pratiquer
- Mobiliser les ressources nécessaires
- L'évaluation.

L'identification des problèmes de Santé de la Population et la Sélection du Problème Sanitaire Prioritaire:

En utilisant les données sanitaires existantes (registre de consultation, Hospitalisation, Décès etc...) qui sont insuffisantes et ne reflètent pas L'état sanitaire ;

La plupart du temps on réalise une enquête du type transversale en sélectionnant un échantillon représentatif des ménages, l'exploration des résultats de cette enquête nous permet d'avoir une idée sur les maladies prévalentes.

On applique pour chaque maladie les points suivants :

- Mortalité élevée
- Morbidité élevée
- Durée prolongée de la maladie
- Incapacité induite par la maladie
- coût élevé
- Danger pour les proches
- Faisabilité du contrôle
- Disparités régionales (couverture sanitaire)
- Conscience publique
- Conscience politique.

Lorsque la maladie réunit le maximum de points ,elle est considérée comme prioritaire et on peut la choisir pour lui appliquer un programme en respectant les deux critères suivants.

LA PERTINENCE : capacité du programme à diminuer l'ampleur de la maladie
: acceptabilité du programme par la population.

- Le programme a une durée de cinq ans et renouvelable,
- Les objectifs doivent être en adéquation avec les ressources.
- Ils sont d'un point de vue quantitatif :
 - Spécifiques
 - Mesurables
 - Appropriés
 - Réalisables
 - Fixés dans le temps.
- Les activités découlent des objectifs ; préciser qui fait quoi ? Où ?

L'évaluation: elle est prévue dès le départ.

- Tout programme est sous-tendu par un support d'information qui collecte les données nécessaires au suivi et à l'évaluation.
- Les indicateurs permettent de suivre l'exécution du programme.

Le programme National de lutte Contre la Tuberculose

Au départ une enquête transversale sur un échantillon doublement stratifié sur le plan géographique : Nord, Hauts plateaux, Sud et tranches d'âges. Une intradermo réaction (IDR) à 10 IU. A été réalisée pour les individus de cet échantillon, lecture 48 h après :

on a le R. A. I

Risque annuel de l'infection qui indique l'intensité de circulation du B.K dans la population.

Le R. A. I. permet d'estimer les cas de tuberculose pulmonaire BK+ et extra pulmonaire ou en d'autre terme les cas attendus.

OBJECTIFS

- Vaccination au BCG.
- Dépistage passif des cas de TP. M+
- Traitement des cas positifs.
- Atteindre et maintenir à moins de 5% la prévalence de la résistance bactérienne primaire au niveau national.
- Réduire de moitié la fréquence des méningites des miliaires tuberculeuse.

Cible : tout sujet qui tousse depuis plus de 15 jours et dont l'âge est supérieur à 15 ans.

Activités : Vaccination -atteindre le taux de 95 %

- Identification d'au moins 85% des cas de tuberculose pulmonaire M+
- Traitement de tous les cas de tuberculose et guérison d'au moins 90 % d'entre eux.
- La supervision de toutes les tâches du programme.

Les indicateurs épidémiologiques du programme de lutte contre la tuberculose :

- 1-Le risque annuel de l'infection
- 2-Incidence des cas TPM+ (tuberculose pulmonaire avec microscopie positive).
- 3-Prévalence de la résistance primaire.
- 4-Prévalence de la résistance acquise.

Resistance primaire : présence de bacilles résistants chez un nouveau cas de Tuberculose jamais traité auparavant.

Resistance acquise : présence de bacilles résistants chez un malade déjà traité.

L'évaluation : se fait sur la base de l'exploitation des supports d'information des renseignements régulièrement et la supervision.

Le programme de lutte contre le paludisme

- La phase préparation a permis d'identifier les différentes espèces de moustiques (Anophèles).
- Enquête sur l'indice splénique.

OBJECTIF : Eradication du Paludisme

*Avant 1968 le paludisme est au premier rang des maladies en Algérie
70.000 cas / an

* 1968- 1978 diminutions de 100 cas p. 100.000 à 0,5 cas p. 10.000 habitants sur les quatre types de plasmodium ,les plus répandus sont le Vivax et Falciparum

depuis les années 1990, augmentation des cas importés.

Population Cible :

- Sujets présentant une fièvre inexpliquée.
- Séjour dans une zone à risque.

Activités :

- dépistage passif chez les fiévreux (goutte épaisse)
- Déclaration des cas positifs
- Enquête épidémiologique pour déterminer le statut du cas (autochtone ou importé).
- Lutte anti vectorielle.
- Surveillance épidémiologique.


Lutte Contre les Zoonoses

Il s'agit d'un ensemble d'activités ciblant certaines maladies (Rage, Kyste Hydatique, Brucellose, Leishmanioses) ; centré sur les soins et la prise en charge des malades.

Il n'y a pas d'objectif précis.

*La lutte contre les zoonoses dépend de
L'APPROCHE INTERSECTORIELLE

Où chaque secteur contribue par des activités qui lui sont propres à éliminer les
Maladies.



Les zoonoses sont des maladies et infections qui se transmettent naturellement des animaux vertèbres à l'homme et vice versa. Toutes étiologies confondues on en Compte environ 200 avec l'apparition régulière de nouvelles

Le concept d'infection émergente a été formulé en 1989 par :

STEPHENS MORSE

(Virologue de la Ruckefeller university)

Il a été confirmé par le virologue **JOSHUA Lederberg** (Prix Nobel)

En 1995 l'OMS installe la Division des maladies émergentes et opte pour la définition suivante :

Les maladies transmissibles émergentes et réémergences sont :

- Des infections nouvelles.
- Où réapparues.
- Où devenues résistantes aux médicaments.
- Où dont l'incidence a augmentée au cours des dix dernières années.
- Où risque d'augmenter dans un proche avenir.



Le nombre des maladies émergentes tend à augmenter et on identifie de nouvelles régulièrement surtout parmi les :

ARBOVIROSES
ARENNAVIRUS.

Elles posent un problème de santé publique localement ou sur le plan international.


Une émergence virale est définie comme :

L'apparition spontanée ou progressive de nombreux cas d'une infection due à un virus nouveau sur le plan :

- Antigénique
- Génomique
- Voire générique
- et doué d'une forte invasivité où mortalité.

La réémergence virale consiste en la réapparition d'une maladie virale dûment Identifiée et ayant émergé il ya plus ou moins longtemps, il existe un temps libre silencieux entre l'émergence initiale et la réémergence.

Ex. EBOLA 1978 – 1994 – 2016.



Les conditions de la réussite émergentielle entraîne une diffusion épidémique avec extension plus ou moins rapide du virus (nombre de cas de décès élevés).

où tient compte aussi des capacités des virus à s'échapper de ses foyers naturels d'infection pour se propager à distance.



Les émergences et réémergences sont classées en quatre catégories.

- Emergences réussies.
- Celles à fort potentiel de réussite.
- Potentiel de réussite faible.
- Non réussite pour l'instant.

Le Programme National de Lutte Contre la Mortalité Infantile

L'exploitation des données de mortalité de l'année 1984 a permis de quantifier le Taux de mortalité infantile et les principales causes.

Taux de mortalité infantile =

$$\frac{\text{nb de décès 0- 1an pendant une année}}{\text{nb de naissances vivantes pendant une année}} \times 1000$$

Il s'exprime en ‰ ou n ‰

En fonction de l'âge du décès on a :

- Le taux de mortalité périnatale =
nb de décès 0 – 7 jours en une année x 1000
nb de naissances vivants pendant une année.

- Le taux de mortalité périnatale =
nb de décès 0 – 28 jours en une année x 1000
nb de naissances vivantes pendant une année.

OBJECTIF :


- Diminuer la mortalité infantile de 50% en cinq.
- Intégrer toutes les activités du programme dans toutes les structures de santé.
- Assurer le changement des habitudes de la population et des personnels de la Santé concernant les soins de l'enfant.

Mise en place de huit (08) sous programmes :


- Lutte contre les maladies diarrhéiques.
- La vaccination.
- Nutrition et promotion de l'allaitement maternel.
- Espacement des naissances.
- Surveillance des grossesses
- Lutte contre la mortalité néo-natale.
- Lutte contre les infections respiratoires aiguës.
- Hygiène du milieu.

Toutes les activités préventives se déroulent dans les P.M.I (Protection Maternelle et Infantile) pour la lutte anti diarrhéique et la lutte contre les infections, application des conduites pratiques afin d'éviter les cas graves.

La surveillance des grossesses, dépistage des grossesses à risque et renforcement de leur surveillance jusqu'à l'accouchement pour éviter le décès.



L'allaitement maternel et sa promotion sont pris en considération pour la lutte contre la mortalité périnatale ,encouragement de la méthode kangourou dans les maternités.



La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (P.C.I.M.E) : tout enfant qui se présente à une structure de santé quelque soit le motif est une occasion pour vérifier s'il a bénéficié des actes préventifs (Vaccination, Vit. D, surveillance staturo pondérale etc...) et fournir un carnet de santé.

La lutte contre les maladies a transmission hydrique

Concerne le Cholera, la fièvre typhoïde, l'hépatite A. etc....).

OBJECTIF : Eviter les épidémies ces maladies
les zones à risque à déterminer

Dans chaque territoire en
fonction de critères pré établis.

Activités :

- déclaration des cas
- Enquêtes épidémiologiques.
- Surveillance épidémiologique
- Surveillance des eaux (urbains et rurales)
(traitement des eaux avec l'hypochlorite de sodium).
- Assainissement du milieu
- Hygiène alimentaire.

L'approche inter-sectorielle est nécessaire pour réaliser les objectifs du programme.

Lutte contre le R. A. A

OBJECTIFS :

- Diminuer l'incidence du R.A.A. de 50 %.
- Diminuer l'incidence des rechutes.
- Réduire la prévalence de la cardiopathie rhumatismale à moins de 1,5 ‰

Cible : Tranche d'âge 4 – 19 ans

Activités :

- Traitement angine par une injection Pénicilline retard.
- Hospitaliser tous malade atteint de R.A.A.
- Prévenir les rechutes organisant la prophylaxie secondaires
- Organiser l'I.E.C.
- Organiser le circuit du recueil des données.
- Faire une évaluation régulière.

Les structures concernées par la lutte sont les unités sanitaire de base :

- Services d'hospitalisation.
- Laboratoires.
- SEMEP. DSP

Au niveau des unités sanitaires de base

- Diagnostic et traitement des angines.
- Orientation des enfants suspects de R.A.A.
- Organisation de la prophylaxie secondaire elle permet de réduire des rechutes injection de Peni Retard tous les 21 jours.
- Organisation de I.E.C.

❑ Au niveau des services d'hospitalisation.

Hospitaliser les cas de R.A.A. et traiter toute cardiopathie rhumatismales doit bénéficier d'une prophylaxie secondaire au niveau de l'unité sanitaire la plus proche du domicile de l'enfant enregistrer tout cas de R.A.A et de rechute au niveau du service.

Etablir une carte R.A.A individuelle pour chaque malade.

En matière d'EVALUATION : on doit avoir :

- 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).

Lutte Contre les Maladies Carentielles

OBJECTIFS :

- Réduire de 50% la malnutrition protéine énergétique du nourrisson et du jeune enfant dont l'âge est inférieur à 5 ans.
- Réduire de 50 % la carence en fer chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans ainsi que chez les femmes.
- Eradiquer la carence en Iode.
- Eradiquer le rachitisme chez les enfants de moins de 3 ans.

Activités :

- Captation des femmes enceintes.
- Supplémentassions à partir de 6 mois : fer et acide folique.
- Nourrissons à risque et prématurés fer de 1 à 6 mois.
- Administration de vitamine D avant 6 mois.
- Consommation de sels iodés.
- Réaliser dépistage, de l'anémie, du Goitre et du rachitisme ,utiliser un protocole de traitement standardisé.
- I. E.C en direction de la femme enceinte et allaitante.

La différence entre ces programmes : 3 catégories.

- Des programmes sans objectifs (zoonoses, M.T.H)
- Avec objectifs: tuberculose , R.A.A ; Nutrition)
- Eradication : paludisme, poliomyélite, Goitre et Rachitisme.