

# Chapitre 1

## EVOLUTION EPIDEMIOLOGIQUE DE 1962 A 1998

### Quatre étapes successives peuvent être individualisées :

#### 1. DE 1962 A 1975 :

Au lendemain de l'indépendance, la tuberculose constituait une de premières causes de morbidité en Algérie. Environ 20% des lits hospitaliers étaient réservés aux malades tuberculeux.

Le risque annuel d'infection a été estimé à 3% dans le Nord du pays, à partir d'enquêtes épidémiologiques réalisées en 1964-1966, ce qui représentait un taux d'incidence annuelle de la maladie de 150 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive pour 100 000 habitants au moins.

La prévalence de la résistance acquise était supérieure à 80% chez les malades déjà traités et celle de la résistance primaire à 15% chez les nouveaux cas, jamais traités.

La tuberculose a été l'une des premières maladies à bénéficier en 1965 d'un programme national de lutte dont les composantes principales ont été mises en place et progressivement étendues à tout le pays :

- identification prioritaire des tuberculeux cracheurs de bacilles par l'examen microscopique direct des crachats pour les malades consultant pour symptômes respiratoires,
- traitement ambulatoire, supervisé et contrôlé, de tous les cas reconnus,
- prévention par la vaccination B.C.G. indiscriminée de tous les nouveau-nés, et rattrapage des enfants non vaccinés entre 1 et 5 ans,
- supervision des tâches et évaluation du programme à l'aide de séminaires annuels organisés régulièrement sur le terrain.

La maladie a été déclarée prioritaire et sa prise en charge a bénéficié, dès 1969, de la gratuité totale.

Ce programme a entraîné, entre 1970 et 1975 une réduction substantielle du risque annuel d'infection qui est passé à 2%, ce qui correspond à un taux d'incidence des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive de 100 pour 100 000 habitants ainsi que de la prévalence de la résistance acquise et de la résistance primaire.

#### 2. DE 1976 A 1980

Durant cette période, la situation épidémiologique s'est rapidement améliorée grâce au développement des services de santé, qui a entraîné une couverture sanitaire de plus de 90% de la population et au renforcement continu de toutes les composantes du programme

Le risque annuel d'infection de la population générale est alors passé à 1%, le taux d'incidence annuelle des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive déclarés a commencé à régresser, passant à environ 53 cas pour 100 000 habitants en 1980. La prévalence de la résistance acquise et celle de la résistance primaire ont aussi diminué, passant respectivement à 61% et à 10%.

#### 3. DE 1981 A 1989

L'introduction en 1980 d'un régime thérapeutique standardisé de courte durée (6 mois), le renforcement des moyens de supervision et d'évaluation et la mise en place de nouveaux supports d'information ont permis d'accroître l'amélioration de la prise en charge des malades et de mieux apprécier les résultats du programme.

C'est également en 1980 que fut édité et diffusé le premier guide technique de lutte antituberculeuse.

Ces mesures se sont soldées par des résultats substantiels très encourageants.

C'est ainsi qu'entre 1981 et 1985 le risque annuel d'infection de la population générale était inférieur à 1% et que le taux d'incidence annuelle des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive a été de l'ordre de 45 cas pour 100 000 habitants. La tuberculose de l'enfant représentait alors 10% des cas déclarés.

Durant cette même période, la prévalence de la résistance acquise et celle de la résistance primaire ont été respectivement de 36,7% et de 6,3%.

Entre 1986 et 1989, l'amélioration épidémiologique s'est accentuée avec un risque annuel d'infection de la population générale estimé à moins de 0,5%, une incidence annuelle de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive de 35 cas déclarés pour 100 000 habitants et une prévalence de la résistance acquise et de la résistance primaire, respectivement de 21% et de 5,2%.

#### **4. DE 1990 A 1996**

A partir de 1990, le programme antituberculeux national a connu de sérieux problèmes liés à :

- la survenue de ruptures de stocks en médicaments antituberculeux, en réactifs et fournitures de laboratoire,
- la défaillance du réseau de laboratoires en l'absence de supervision,
- l'arrêt des séminaires de supervision et d'évaluation sur le terrain,
- le relâchement des activités de formation et de recyclage des microscopistes,
- le fléchissement du contrôle central des données épidémiologiques recueillies localement,
- la dégradation des conditions socio-économiques générales et un accroissement de l'exode des populations rurales dispersées vers les agglomérations urbaines.

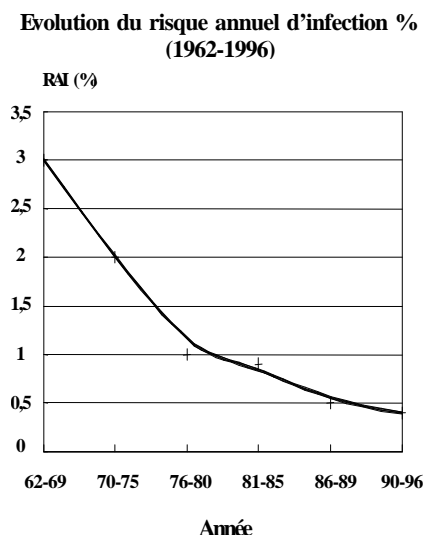
Tous ces problèmes ont entraîné une absence d'adaptation des structures sanitaires existantes à la nouvelle répartition de la population, un relâchement des activités de lutte antituberculeuse sur le terrain et une démotivation des personnels de santé qui ont eu pour conséquence immédiate une augmentation du nombre absolu des cas de tuberculose déclarés.

Cet accroissement a porté sur le nombre de cas de tuberculose pulmonaire admis au traitement sans preuve bactériologique et sur les cas de tuberculose extra-pulmonaire déclarés et traités.

En raison des insuffisances du système d'information et de la défaillance du réseau de laboratoires de diagnostic, il est difficile d'affirmer qu'il s'agit d'une recrudescence.

Les courbes et les tableaux 1, 2 et 3 montrent l'évolution au cours des quatre étapes des principaux paramètres retenus.

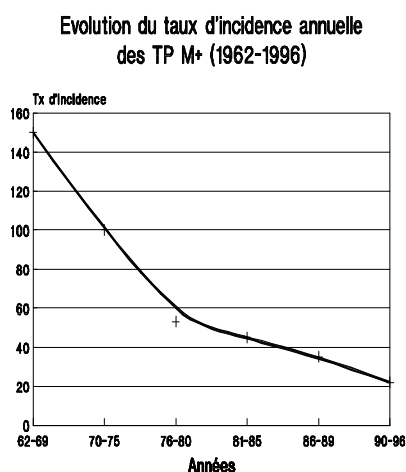
**Figure 1 : Evolution du risque annuel d'infection entre 1962 et 1996**



**Tableau 1 : Evolution du risque annuel d'infection entre 1962 et 1996.**

1962 - 1969	1970 -1975	1976 -1980	1981 -1985	1986 -1989	1990 -1996
3 %	2 %	1 %	0,9 %	0,5 %	0,4 %

**Figure 2 : Evolution du taux d'incidence de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive de 1962 à 1996.**

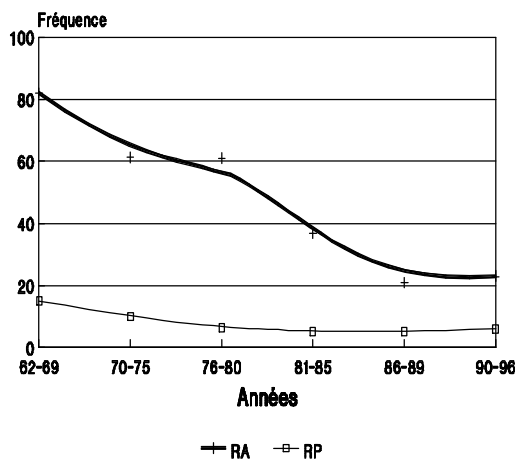


**Tableau 2 : Evolution du taux d'incidence annuelle de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive pour 100 000 habitants, de 1962 à 1996.**

1962 / 1969	1970 / 1975	1976 / 1980	1981 / 1985	1986 / 1989	1990 / 1996
150	100	53,2	45	35	22

**Figure 3 : Evolution de la prévalence de la résistance acquise et de la résistance primaire entre 1962 et 1996**

**Evolution de la résistance acquise (RA)  
et de la résistance primaire (RP) (%)**



(1982-1996)

**Tableau 3 : Evolution de la prévalence de la résistance acquise et de la résistance primaire entre 1962 et 1996.**

Périodes	1962-1969	1970-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1989	1990-1996
<b>R.A.</b>	82 %	61,3 %	61 %	36,7 %	21 %	23 %
<b>R.P.</b>	15 %	10 %	10 %	6,3 %	5,2 %	6,0 %

Si les quatre paramètres épidémiologiques retenus ;

- risque annuel d'infection,
- incidence annuelle de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive
- prévalence de la résistance acquise et
- prévalence de la résistance primaire

ont subi une décroissance régulière entre 1962 et 1989, ils se sont stabilisés entre 1990 et 1996.

Ainsi l'impact épidémiologique de la lutte antituberculeuse est en stagnation depuis 1990 et traduit l'altération de la qualité de l'application du programme sur le terrain.