

# Chapitre 9

## LA SURVEILLANCE DU PROGRAMME

### 1. LES OBJECTIFS DE LA SURVEILLANCE DU PROGRAMME

La surveillance du programme a pour objectifs à long terme :

- de mesurer la tendance, au cours des années, des principaux indicateurs épidémiologiques de la tuberculose et des performances du programme de lutte.
- de promouvoir la recherche opérationnelle pour améliorer l'efficacité du programme.

### 2. LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE

Cette activité est menée au niveau central par l'INSP (surveillance des maladies à déclaration obligatoires).

#### 2.1. Les indicateurs épidémiologiques principaux sont :

- Le taux annuel des cas de tuberculose, toutes formes, (tuberculose pulmonaire et tuberculose extra-pulmonaire) déclarés, pour 100 000 habitants.
- Le taux annuel des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs déclarés, pour 100 000 habitants.
- Le taux annuel des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs par sexe et par groupes d'âge, pour 100 000 habitants.

***N.B.** : Dans un programme de lutte antituberculeuse efficace, entraînant une diminution de la transmission bacillaire, l'incidence diminue chez les jeunes.*

*Par ailleurs, l'incidence annuelle de la tuberculose est habituellement similaire dans les deux sexes au-dessous de 15 ans ; chez l'adulte, elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.*

*Mais une trop grande différence entre hommes et femmes âgés de 15 à 34 ans peut indiquer une insuffisance du dépistage chez les femmes, due à des facteurs socioculturels ou économiques entraînant une inégalité d'accès, pour ces dernières, aux services de santé.*

#### 2.2. D'autres indicateurs contribuent à la surveillance épidémiologique

- L'âge moyen des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs déclarés par sexe (nouveaux cas et cas de retraitement, séparément).
- Le taux de létalité des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs par sexe (nouveaux cas et cas de retraitement).
- La prévalence de la résistance primaire des bacilles aux antibiotiques, mesurée par le LNR, selon un protocole bien défini, sur des échantillons représentatifs de malades jamais traités.
- La prévalence de l'infection au VIH chez les tuberculeux.
- Le risque annuel d'infection tuberculeuse (RAI). Cet indicateur, estimé à partir d'enquêtes de prévalence tuberculique menées périodiquement chez des écoliers est difficile à mesurer en Algérie où la vaccination B.C.G. à la naissance est généralisée.

De plus, son intérêt est problématique lorsqu'il est inférieur à 1%, comme c'est le cas en Algérie depuis les années 80.

### 3. LA SURVEILLANCE DES PERFORMANCES DU PROGRAMME

Cette activité est menée au niveau central par la Direction de la Prévention (Bureau de la tuberculose) en collaboration étroite avec l'INSP.

Les indicateurs de performances sont calculés à partir des données nationales de l'évaluation, à savoir: le taux de détection des cas et celui du succès du traitement.

**3.1. Le taux de détection des cas (%)** correspond au rapport entre :

- le nombre annuel de nouveaux cas à frottis positifs identifiés au niveau national
- et le nombre de nouveaux cas estimés.

*L'estimation du nombre de cas existant repose habituellement sur le fait qu'à un risque annuel d'infection de 1% correspond une incidence annuelle d'environ 50 cas de tuberculose à frottis positifs pour 100 000 habitants.*

*Or le RAI, reposant sur les enquêtes tuberculiques réalisées chez des enfants, est impossible à mesurer dans les pays où la vaccination par le B.C.G. est généralisée à la naissance*

*Bien plus, cette estimation est insuffisante dans les pays où le RAI est inférieur à 1% (ce qui est le cas de l'Algérie), et dans les pays à forte endémie d'infection par le VIH, c'est pourquoi, lorsque la couverture sanitaire de la population est satisfaisante, une autre méthode d'estimation des cas existants peut être utilisée. A partir d'un échantillon, stratifié par régions, des secteurs sanitaires où les performances du dépistage sont bonnes, on peut estimer le nombre de cas attendus dans les secteurs sanitaires "similaires", appartenant à la même strate (urbaine / rurale) et ayant le même niveau d'activités. Cette méthode peut servir, de façon pragmatique, à fixer par région et par wilaya, le nombre de cas estimés, et donc les objectifs de la détection des cas dans le cadre des plans d'action locaux.*

**3.2. Le taux de succès du traitement, exprimé en pourcentage est le rapport entre :**

- le nombre des cas guéris et des cas ayant reçu un traitement complet, et
- le nombre total des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs enregistrés

**3.3. D'autres indicateurs, moins importants, peuvent être calculés :**

- Le taux des cas chroniques parmi l'ensemble des cas de tuberculose à frottis positifs enregistrés. Ce taux ne doit pas excéder 2%.
- La prévalence de la résistance bactérienne acquise et de la résistance à bacilles multi-résistants calculée par le LNR à partir d'échantillons représentatifs de malades déjà traités, répartis en deux groupes : les cas admis au traitement de 2<sup>ème</sup> ligne (catégorie II) et les cas chroniques admis au traitement de 3<sup>ème</sup> ligne (catégorie IV).

## **4. LA RECHERCHE OPERATIONNELLE**

La recherche opérationnelle a pour but d'améliorer l'efficacité du programme en utilisant au mieux ou de façon plus rationnelle les moyens existants (efficience).

Elle doit être menée dans une instance officielle de recherche médicale, en fonction des thèmes ou des problèmes à résoudre qui sont proposés par le Bureau de la Tuberculose ou par le BRCTMR, à partir des données recueillies sur le terrain. .

Les équipes de recherche opérationnelle sont généralement pluridisciplinaires, et peuvent faire appel, selon les besoins, à des épidémiologistes, des bactériologistes, des cliniciens, des sociologues, des agents de santé, des gestionnaires, etc.