

Tunis, le 03 Janvier 1992

N° MSP/ 01 /DSSB.

CIRCULAIRE N° 01/92

O B J E T : La lutte antituberculeuse en Tunisie.

Bien qu'ayant régressé, la Tuberculose occupe encore, avec l'Hépatite, le premier rang parmi les maladies contagieuses les plus endémiques.

Pour améliorer le rendement du Programme National de Lutte contre la Tuberculose, un guide technique a été élaboré à l'intention de tous les intervenants et après avis et consultation de plusieurs personnes compétentes et notamment des pneumophthisiologues.

Ce guide regroupe des directives concernant le programme dont une récapitulation est faite ci-dessous.

1- SUR LE PLAN DE LA PREVENTION :

Pour prévenir l'apparition des formes aiguës et souvent mortelles de Tuberculose infantile, la vaccination par le BCG est maintenue. Elle est obligatoire en Tunisie depuis 1959. Elle est intégrée au Programme National de Vaccination.

2- SUR LE PLAN DU DEPISTAGE :

La priorité est donnée aux examens bactériologiques à effectuer chez les sujets suspects de Tuberculose, souvent symptomatiques avec notamment :

- Toux persistante pendant deux semaines ou plus, accompagnée souvent de crachat et parfois d'hémoptysie.
- Douleur thoracique
- Anorexie, amaigrissement, sueur nocturne, fièvre et dyspnée.

Ces symptômes isolés ou associés font suspecter la Tuberculose d'autant plus qu'ils apparaissent chez un sujet contact de tuberculeux.

Ces examens bactériologiques doivent être demandés par toutes les structures de santé et notamment les Centres de Santé de Base.

Ils sont renforcés par le recours à l'examen radiologique et au test tuberculinique notamment chez les sujets suspects asymptomatiques et les sujets contacts de malades dépistés.

A cette occasion, il est rappelé à tous les médecins exerçant en Tunisie et à tous les responsables de laboratoire d'analyse biologique qu'ils doivent procéder rapidement à la déclaration de tout cas de Tuberculose dépisté conformément à la loi 69-53 du 29 Juillet 1969.

Cette déclaration concerne tout malade chez lequel le diagnostic de Tuberculose est porté et ceci quel que soit le moyen utilisé à cette fin et quelle que soit la forme ou la localisation de la maladie.

Il est rappelé aux autorités sanitaires régionales qu'elles doivent procéder rapidement aux enquêtes épidémiologiques à effectuer sur les sujets contacts de tout malade tuberculeux nouvellement dépisté.

3- SUR LE PLAN DU TRAITEMENT :

Le souci principal demeure de traiter tout malade dépisté jusqu'à guérison complète.

Le schéma thérapeutique standard retenu pour être appliqué à la majorité des cas est comme suit :

- *Pour une Tuberculose pulmonaire de première atteinte, le traitement durera huit mois. Le schéma standard préconisé est le suivant : (2SHRZ/6R2H2).*

Δ. Administration quotidienne pendant les deux premiers mois de la phase d'attaque de la Streptomycine (S), de l'Isoniazide (H), de la Rifampicine (R) et du Pyrazinamide (Z),

Δ. Et pendant les six mois suivants ;
Administration en bihédomadaire de la Rifampicine (R) et de l'Isoniazide (H).

- *Pour la Tuberculose extra-pulmonaire, le traitement durera 10 mois avec deux mois en quotidien et 8 mois en bihédomadaire.*

- *Pour la Primo-infection :*

Δ. la primo-infection patente sera traitée comme une tuberculose commune selon le schéma 2SHRZ/6R2H2, précédemment cité ;

Δ. la primo-infection latente, c'est-à-dire un virage récent dûment vérifié au test tuberculinique chez un enfant jamais vacciné par le BCG auparavant, sera soumis pendant 3 mois à une bithérapie associant Rifampicine et Isoniazide à administrer quotidiennement (3 RH).

Pour améliorer l'absorption des médicaments et obtenir un pic sérique élevé la dose quotidienne doit être administrée à jeun et en une seule prise.

4- SUR LE PLAN DE LA SURVEILLANCE :

La grande préoccupation est de mener ce traitement à terme et de veiller à la prise régulière des médicaments par les malades.

Pour cela, il convient de rappeler aux agents de santé de quelque niveau qu'ils soient l'importance des directives suivantes :

- la bonne identification des malades.
- la bonne tenue des registres et du fichier des tuberculeux.
- la récupération systématique et rapide des malades défaillants.

5- SUR LE PLAN DE L'ORGANISATION :

L'objectif fondamental est de rapprocher au maximum les prestations des services aux malades. A cette fin trois niveaux d'intervention sont prévus à l'échelle de chaque région :

- Les centres de Santé de Base chargés du dépistage sélectif et du contrôle de la régularité du traitement ambulatoire.
- Le dispensaire antituberculeux ou la consultation de pneumophtisiologie régionale chargé de la consultation recours, de la prescription du traitement et du contrôle périodique trimestriel.
- Le ou les services spécialisés (notamment de pneumophtisiologie) chargés de la prise en charge et du traitement des malades tuberculeux hospitalisés.

A leur sortie de l'hôpital les malades tuberculeux doivent être adressés au dispensaire antituberculeux ou à la consultation externe régionale de pneumo-phtisiologie.

6- SUR LE PLAN DE L'EVALUATION :

Des supports de recueil de données ont été élaborés pour tous les niveaux.

Pour permettre une bonne évaluation et un meilleur suivi au niveau de la région, il a été décidé que :

- les supports des structures d'exécution régionales (centres de santé , laboratoires, unité de radiologie, dispensaire antituberculeux, consultation externe de pneumo-phtisiologie et services d'hospitalisation, etc,...) seront adressés à la Direction Régionale de la Santé Publique service des Soins de Santé de Base qui sont chargés de leur analyse et de leur exploitation. Les rapports mensuels des centres de santé doivent parvenir à la structure régionale qui assure la tenue du registre régional et la gestion des médicaments antituberculeux.

- Le Service Régional des Soins de Santé de Base assisté du pneumophtisiologue ou du médecin coordonnateur régional, tiendra à jour le registre régional de la lutte antituberculeuse et adressera à la Direction des Soins de Santé de Base à la fin de chaque trimestre un rapport sur la situation de la lutte antituberculeuse dans la région (situation épidémiologique, mais aussi évaluation des activités).

7- SUR LE PLAN DE LA SUPERVISION :

Celle-ci s'impose pour tous les niveaux. Elle doit permettre chaque fois de relever les défaillances rencontrées et de proposer les recommandations adéquates et pratiques pour y remédier.

Le niveau périphérique (structures de santé) doit être supervisé périodiquement par l'équipe de service régional des Soins de Santé de Base en collaboration avec le pneumophtisiologue ou le médecin coordinateur régional et le cas échéant avec l'équipe responsable de la circonscription et le médecin ou pharmacien biologiste régional.

Cette supervision consistera essentiellement à s'assurer de la fiabilité des données fournies par ces structures au service régional mais aussi de la disponibilité des moyens, du niveau d'organisation et de la bonne exécution des activités (dépistage, traitement, suivi des malades tuberculeux, recueil et analyse des données, etc ...).

Le niveau régional et local doivent être supervisés par l'équipe centrale (ou par toute personne compétente à laquelle elle fera appel).

Au cours de cette supervision on s'assurera de la fiabilité des données fournies par la région et du niveau de réalisation des tâches qui lui incombent dans le cadre de la gestion (programme (coordination, organisation, gestion des moyens, supervision et évaluation).

A cette occasion, il y a lieu d'attirer l'attention de tout le personnel médical et paramédical sur la nécessité de se conformer aux dispositions sus-mentionnées.

Le Ministre de la Santé Publique



Signé : DALI JAZI

DESTINATAIRES :

MM. : - les Directeurs d'Administration Centrale)	Pour Information.
- les Directeurs Régionaux de la Santé Publique)	
- les Médecins Chefs des Services des S.S.B.)	
- les Pneumophtisiologues et les Médecins)	Pour Exécution.
Coordinateurs Régionaux de la LAT.)	
- les Médecins et les Pharmaciens Biologistes)	