

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Abdelhamid Ibn Badis de Mostaganem
Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie



Département des Sciences Infirmières

Mémoire de Master en Sciences Infirmières

Option « Initiation à la Recherche Clinique en Epidémiologie »

Présenté par : BENYAKOUB Fatima Zohra

THEME

**Profil épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire au niveau
d'EPH Ain Témouchent**

Soutenu publiquement le : 27 Septembre

Commission d'examen :

NOM, Prénoms	Grade	Qualité	Structure de rattachement
BEN CHOIRA Fatima	Maitre assistante en Neurophysiologie	Président	Faculté de médecine Mostaganem
KOUIDRI Zouaoui	Médecin spécialiste en épidémiologie	Rapporteur	EPH Ain Témouchent
BEN ABEDSSEADOUK Ali	Maitre assistant en Anatomie Humaine	Examineur	Faculté de médecine Mostaganem

Structure de stage : Etablissement Hospitalier Dr BENZERDJEB

Septembre 2017

DÉDICACES



À Ma CHÈRE MAMAN :

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel, ma reconnaissance et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Votre patience sans fin, votre compréhension et votre encouragement sont pour moi le soutien indispensable que vous avez toujours su m'apporter.

Je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester votre fierté et ne jamais vous décevoir.

Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie et vous protéger de tout mal

À MON CHÈRE PÈRE QUE DIEU : Que Dieu ait pitié de lui

A MA SŒUR, SON ÉPOUX ;

J'ai toujours trouvé dans vos yeux et vos gestes le soutien dont j'avais besoin.

Je suis très fière de vous dans tout ce que vous accomplis et j'espère qu'il en est de même pour toi !

À MON CHÈRE Fiancé;

Ton encouragement, ton soutien moral et matériel, ta gentillesse m'ont permis de réussir mes études. Je te suis très reconnaissante, et je ne te remercierai jamais assez pour ton amabilité et ton aide précieuse. Je prie Dieu le tout puissant pour qu'il te donne bonheur, santé et prospérité. Que Dieu te protège.

À MA GRANDE MÈRE

Je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous. Vos prières, vos encouragements et votre soutien m'ont toujours été d'un grand secours. Puisse Dieu, le tout puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur et vous procurer une longue vie.

À MES CHÈRES ONCLES, TANTES, LEURS ÉPOUX ET ÉPOUSES

À MES CHÈRES COUSINS COUSINES ;

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond

À MES AMIES DE TOUJOURS

remerciements

*Je remercie tout d'abord Le Plus Puissant **ALLAH** le tout puissant de m'avoir illuminé et ouvert les portes de savoir, et de m'avoir donné la volonté et le courage d'élaborer ce travail..*

Je tiens à remercier tout d'abord mon encadreur Dr Kuidri Zouaoui, également remercier les membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail et pour toutes leurs remarques et critiques, ainsi que le personnel et les enseignants a la Faculté de Medecine Mostaganem qui ont contribué à ma formation.

*Je tiens aussi à remercier monsieur le chef du département des sciences infirmières à **Pr HALBOCHE, Mr ABSAR**, ainsi que tout le personnel et les enseignants du département pour leur soutien inestimable.*

A tous mes enseignants qui m'ont initié aux valeurs authentiques, en signe d'un profond respect et d'un profond amour !!!

Merci à vous tous

Table de Matière

Liste des figures.....	I
Liste des tableaux.....	II
Liste des abréviations.....	III
Introduction.....	01
Partie 1 : Rappel bibliographique	
I. Brucellose.....	3
1 Généralités.....	3
2 Epidémiologie.....	3
3 Prophylaxie.....	5
II. La fièvre thyroïde.....	5
1 Généralités.....	5
2 Epidémiologie.....	6
3 Prophylaxie.....	6
III. Hépatite virale aiguë.....	7
1 Généralités.....	7
2 Épidémiologie.....	8
3 Prophylaxie.....	8
IV. Hépatite virale B.....	9
1 Généralités.....	9
2 Epidémiologie.....	9
3 Prophylaxie.....	10
V. Hépatite virale C.....	10
1 Généralités.....	10
2 Epidémiologie.....	11
3 Prophylaxie.....	11
IV. Kyste hydatique.....	12
1 Généralité.....	12
2 Epidémiologie.....	13
3 Prophylaxie.....	13

V. Leptospirose	14
1 Généralité.....	14
2 Epidémiologie.....	14
3 Prophylaxie	15
VI. Leishmaniose.....	15
1 Généralité.....	15
2 Epidémiologie.....	16
3 Prophylaxie	17
VII. Méningite.....	17
1 Les types des méningites	17
a) La méningite virale.....	18
b) La méningite bactérienne.....	18
c) La méningite à méningocoque (<i>Neisseria meningitidis</i>).....	18
VIII. Rickettsiose.....	19
1 Généralité.....	19
2 Les groupes de rickettsiose	19
3 Prophylaxie	20
IX. Rage	20
1 Généralité.....	20
2 Epidémiologie.....	21
3 Prophylaxie postexposition (PPE).....	21
X. Rougeole.....	21
1 Généralité.....	21
2 Epidémiologie.....	22
3 Prophylaxie	22
XI. La syphilis.....	23
1 Généralité.....	23
2 Prophylaxie	24
XII. TIAC.....	24
1 Généralité.....	24
2 Epidémiologie.....	24
3 Microorganismes et toxines responsables des TIAC.....	24
4 CAT devant une suspicion de TIAC.....	25

5	Traitement	26
XIII	VIH	26
1	Généralité	26
2	Transmission	27
3	Prophylaxie	27

Partie 2 : Donné portique

Chapitre 1 : Matériels et Méthodes

I.	Objectifs de l'étude	28
II.	Matériel et méthode	28
1	Type d'étude	28
2	Zone de l'étude :	28
3	Population d'étude :	29
a)	Population moyenne	29
4	Analyse Statistique :	29
5	Logiciel utilisé	29

Chapitre 2 : Résultats et Discussion

Résultats

I.	Nombre de ca de chaque maladie	30
II.	Répartition géographique	30
III.	Profil épidémiologique	31
A.	Brucellose	31
B.	Dysenterie	33
C.	Fièvre thyroïde :	34
D.	Hépatite Virale A :	36
E.	Hépatite Virale B	37
F.	Hépatite virale C	38
G.	VIH	39
H.	Kyste Hydatique	41
I.	Leishmaniose	42
J.	Leptospirose	42
K.	Méningite	43

L. Rickettsiose.....	44
M. Rage.....	47
N. Rougeole.....	47
O. Syphilis.....	49
P. TIAC.....	50
IV. L'Incidence des maladies fréquentes dans tout la période d'étude.....	54
Dicusions	56
Concluion	62
Bibliographie	63
Annexes	
Résumé	

Liste des Tableaux

Tableau 1 : prophylaxie de VHA.....	08
Tableau 2 : population moyenne par année	29
Tableau 3 : distribution des cas de la dysenterie selon le sexe.....	33
Tableau 4 : Distribution des cas de VHA selon le sexe	36
Tableau 6 : distribution des cas de VIH par sexe.....	37
Tableau 7 : distribution des cas de VIH par sexe	40
Tableau 8 : distribution des cas de leishmaniose par sexe, âge, année.....	40
Tableau 9 : répartition de cas de leptospirose par sexe.....	42
Tableau 10 : répartition des cas de méningite par sexe.....	43
Tableau 11 : Distribution de la rage selon : sexe, âge, année.....	47
Tableau 12 : répartition des cas de syphilis selon le sexe	49
Tableau 13 : répartition des cas des TAIC selon le sexe.....	50
Tableau 14 : Incidences des maladies	54

Liste des Figures

Figure 1 : Mode de transmission.....	4
Figure 2 : Cycle évolutif d'ECHINOCOCCUS GRANULOSUS	13
Figure 3 : Aspect clinique d'un enfant atteint de leishmaniose	16
Figure 4 : Inflammation des méninges	17
Figure 5 : répartition des cas selon les MDO.....	30
Figure 6 : répartition des cas selon les communes	30
Figure 7 : répartition des cas de la brucellose selon le sexe.....	31
Figure 8 : répartition des cas de brucellose selon la tranche d'âge.....	31
Figure 9 : répartition des cas de la brucellose selon les mois.....	32
Figure 10 : répartition des cas de brucellose selon l'année.....	32
Figure 11 : répartition des cas de la dysenterie selon la tranche d'âge.....	33
Figure 12 : répartition des cas de la dysenterie selon l'année.....	34
Figure 13 : répartitions des cas de la Fièvre typhoïde selon le sexe.....	34
Figure 14 : répartitions des cas de la Fièvre typhoïde selon la tranche d'âge.....	35
Figure 15 : répartitions des cas de la Fièvre typhoïde selon l'année.....	35
Figure 16 : distribution des cas de VHA selon le sexe.....	36
Figure 17 : distribution des cas de VHA selon l'année.....	37
Figure 18 : distribution des cas de VHB selon le sexe.....	37
Figure 19 : distribution des cas de VHB selon l'année.....	38
Figure 20 : distribution des cas de VHC par sexe.....	38
Figure 21 : distribution des cas de VHC par âge.....	39
Figure 22 : distribution des cas de VHA par année.....	39
Figure 23 : distribution des cas de VIH par année.....	40
Figure 24 : répartition des cas de kyste hydatide par sexe.....	41
Figure 25 : répartition des cas de kyste hydatide par tranche d'âge.....	41
Figure 26 : répartition des cas de kyste hydatide par année.....	41

Figure27 : distribution des cas de leptospirose par sexe.....	42
Figure 28 : distribution des cas de leptospirose par année.....	43
Figure29 : répartition des cas de méningite par tranche d'âge.....	44
Figure 30 : répartition des cas de méningite par tranche par année.....	44
Figure 31 : répartition des cas de rickettsiose par sexe.....	45
Figure 32 : répartition des cas de rickettsiose par âge.....	45
Figure 33 : répartition des cas de rickettsiose par mois.....	46
Figure 34: répartition des cas de rickettsiose par année.....	46
Figure 35 : répartition des cas de rougeole selon le sexe	48
Figure 36 : répartition des cas de rougeole selon l'âge.....	48
Figure 37 : répartition des cas de rougeole selon l'année.....	49
Figure 38 : répartition des cas de syphilis selon la tranche d'âge.....	50
Figure 39 : répartition des cas de syphilis selon l'année.....	50
Figure 40 : distribution des TIAC selon la tranche d'âge.....	51
Figure 41: distribution des TIAC selon les mois.....	51
Figure 42 : distribution des TIAC selon les années.....	52
Figure 43 : distribution des cas de trachome par sexe.....	52
Figure 44 : distribution des cas de trachome par tranche d'âge.....	53
Figure45: distribution des cas de trachome par année.....	53

INTRODUCTION

Introduction

A l'instar des pays en voie de développement, les maladies transmissibles posent un problème de santé public en Algérie malgré un recul considérable enregistré ces dernières décennies.

Les maladies transmissibles sont des maladies à déclaration obligatoire.

Elles sont caractérisées :

- Par leur transmission d'un sujet atteint à un sujet sain par des différentes modes de contamination : voie aéroporté, voie sexuelle ou cutanée, voie parentéral, et vectorielle,
- Par l'agent causal : bactérie, virus parasite,
- Par le syndrome inflammatoire et le syndrome infectieux, et
- Par leur exposition épidémiologique : épidémique, endémique pandémique.

Elles sont regroupées en :

- Maladies contrôlables par la vaccination,
- Maladies à transmission hydrique,
- Maladies sexuellement transmissible,
- Maladies transmises par les animaux (zoonoses)
- Maladies transmise par des vecteurs (rongeurs, insectes...). (**BOUZIANI M.2002**)

La connaissance épidémiologique est nécessaire à la maîtrise, par la prévention, de la plupart des problèmes infectieux.

Le profil épidémiologique d'une maladie transmissible comporte : l'évaluation de la distribution d'une maladie dans le temps, dans l'espace, dans une population, et aussi la connaissance de l'agent infectieux, de sa transmission, de la réceptivité des individus. 2004

Une étude réalisée en niveau d'EHU d'Oran basée sur un bilan de surveillance des MDO a montré que les maladies virales (VHB, VHC, HIV....) constituent le groupe des maladies le plus fréquente avec un taux de 61,2 %, suivi des groupes des maladies bactériennes (syphilis...) et en fin le groupe des maladies parasitaires. (2013)

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont des maladies qui relèvent d'un problème national, en Algérie, elles font ravage et ont pour cause la prostitution qui demeure une pratique «sauvage», cachée, fréquente et incontrôlée.

En Algérie on estime à 40% de personnes sont atteintes de la blennorragie, qu'on appelle vulgairement «chaude pisse», la syphilis 20%, le chlamydia 15%, sida touche 80% de prostituées et 10 à 15% de femmes au foyer. **(Habel M2013).**

L'émergence de nombreuses zoonoses est un problème de santé publique. Plus de 70% des maladies infectieuses humaines sont originaires d'un réservoir animal. **(Dr. Nouar M, et all 2013)**

Partie 01

Rappel

Bibliographique

I. Brucellose

1 Généralités

La brucellose est une maladie qui se transmet de l'animal vers l'Homme (une anthroponose), elle touche le plus souvent les animaux domestiques (caprins, ovins, bovins..), elle est due à une bactérie du genre Brucella,. On l'appelle communément fièvre méditerranéenne, de Gibraltar, de Malte, elle est devenu très rare dans les pays développés, (Mustafa BOUZIANI. 2002).

L'homme se contamine au moment de son activité professionnelle ou au contact des animaux infectés ou à l'occasion de l'ingestion d'aliments d'origine animale (lait, fromages). Le germe pénètre dans l'organisme par la peau ou par voie digestive.

La durée d'incubation de la pathologie est de 15 jours

Cette maladie peut être bénigne et spontanément résolutive, elle apparaît au début sous forme aigue spécifique ou fièvre sudoro-algique (des sueurs nocturnes et des myalgies, fièvre), ou sévère et chronique, se caractérise par des manifestations générales (fatigue généralisée, sueurs, douleurs vagues, asthénie, allergie). (BEZZAOUCHA A, 2004).

Elle peut durer long temps, touchant au fil des années tous les organes et entraîner des effets neurologique, cardiaque grave, et dans de rares cas la mort.(BOUZIANI M, 2002)

2 Epidémiologie

a) L'agent pathogène

Brucella, Gram négatif. Il fait partie de la famille des parvobactériacées. On distingue trois espèces qui sont pathogènes pour l'homme Brucella melitensis, Brucella abortus bovis, Brucella abortus suis. (BEZZAOUCHA A, 2004).

b) Réservoir

- Les réservoirs des germes sont en premier lieu les ovins et les brebis (contaminé par brucella melitensis plus courante plus invasive chez l'homme), en suite les bovidés (brucella abortus), enfin les caprins ou chèvres. (KHETTAB S, et all, 2010)
- Les animaux domestique et sauvages peuvent constitués un réservoir non négligeable des germes.

- Les sources d'infections sont : le sang, le lait, les urines, et particulièrement le placenta, les sécrétions vaginal et le fœtus provenant de l'avortement des animaux infectés.

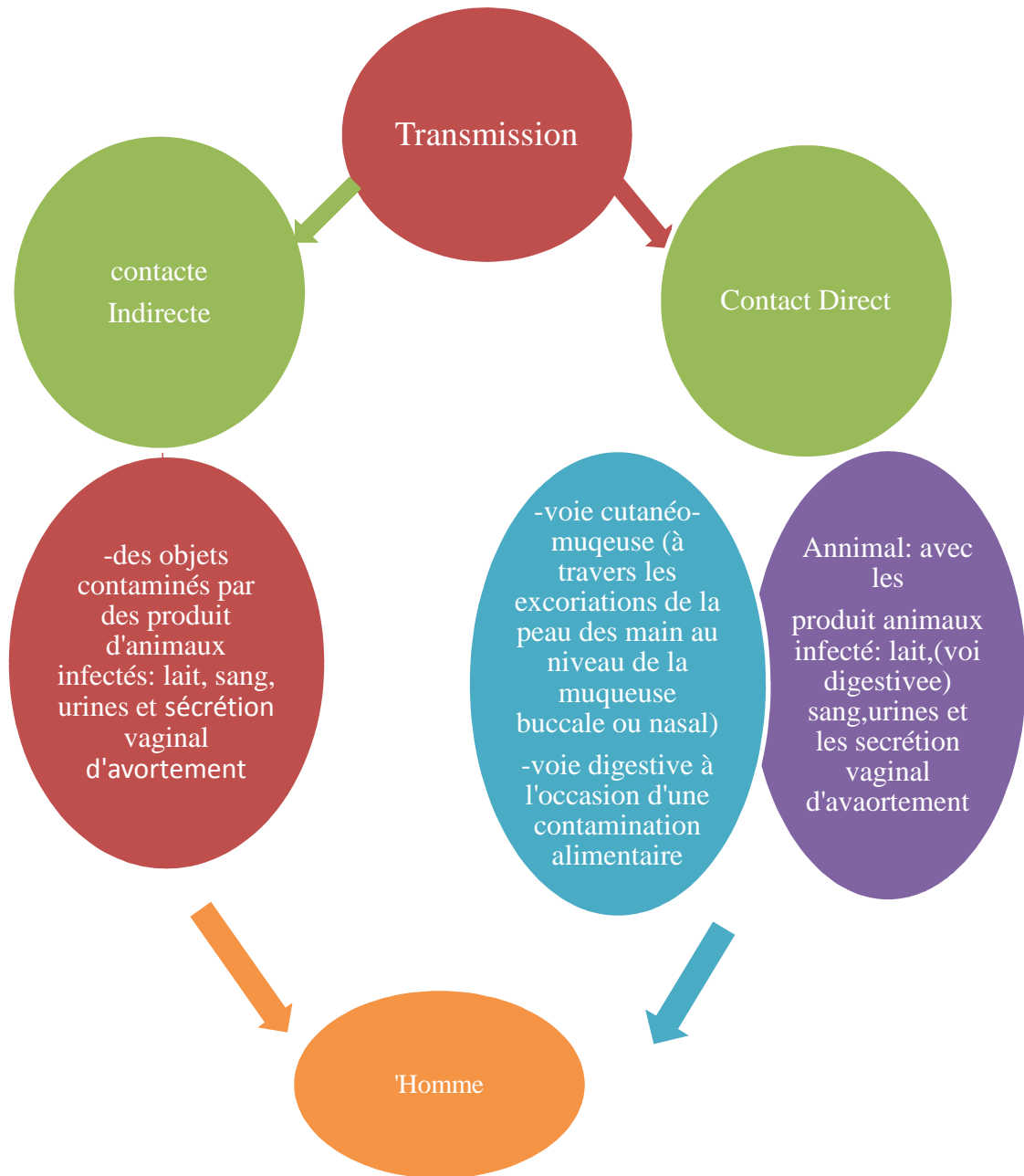


Figure 1 : Mode de transmission

(BOUZIANI M, 2002), (BEZZAOUCHA A, 2004)

3 Prophylaxie

Elle interprète en essentiel les mesures de lutte contre la transmission de la maladie chez l'homme et la prophylaxie chez l'animal

Prophylaxie chez les malades :

Traitement par l'utilisation d'antibiotique : les cyclines (tétracycline et doxycycline)

Prophylaxie chez sujet sain

Elle s'adresse aux sujets exposés au risque. Il faut appliquer les mesures d'hygiène générale :

- Hygiène personnels.
- Port de gants, tenu régulières (tablier, lunette, et bottes).
- Lavage des mains.
- Désinfection et le nettoyage des lieux et les outils de travail.
- La vaccination.

Prophylaxie chez l'animal

Est basé sur :

- Surveillance des troupeaux.
- Abattage des animaux infectés.
- Dépistage systématique des animaux infectés.
- Vaccination généralisée de tout le cheptel réceptif à la maladie est recommandé indépendamment de l'espèce, du sexe ou de l'âge des animaux, à l'aide d'un vaccin efficace. (BOUZIANI M, 2002)

II. La fièvre typhoïde

1 Généralités

Fièvres typhoïde et paratyphoïde sont des maladies à transmission hydrique. Elles se transmettent généralement par l'eau ou les aliments. La typhoïde est une infection systémique à point de départ digestif et à dissémination sanguine. Elle est causées par la bactérie *Salmonella typhi* qui est transmise lors de l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés par des selles. Les germes de la typhoïde passent dans les selles et l'urine des personnes infectées.

Un petits nombre des personnes infectées, traitées ou non, deviennent des porteuses asymptomatiques de la *Salmonella typhi*. Cela signifie que ces personnes peuvent être une source d'infection pour d'autres.

La typhoïde entraîne habituellement une fièvre élevée et soutenue, allant souvent jusqu'à 40 °C, la constipation ou une diarrhée ; des douleurs d'estomac; un mal de gorge ;des maux de tête; une anorexie ; ainsi qu'une splénomégalie et une hépatomégalie ; des taches rosées sur la poitrine ; une perte d'appétit; une toux. ; les symptômes peuvent être bénins ou graves ; ils apparaissent généralement 1 ou 2 semaines après l'infection, mais peuvent prendre jusqu'à 3 semaines. (OMS. 2017)

2 Epidémiologie

La maladie est quasiment absente dans les pays développés, mais reste fréquente dans les pays en voies de développement.

a) L'agent pathogène

Salmonella Typhi (baccille d'Eberth) responsable des formes grave et *Salmonella Paratyphi A, B ou C*. sont à l'origine de forme atténuées. (BOUZIANI M, 2002)

b) Réservoir de germe

Strictement humain pour *S. Typhi*, malades, convalescents (porteurs sain) porteurs chroniques.

c) Transmission : contamination oro-fécal

Directe : elle est rare, par des mains sales donc à transmission manu-portée, due à l'absence d'hygiène, et plus fréquente chez le porteur sain plus que chez le malade.

Indirecte : le plus souvent: ingestion d'eau souillée, d'aliments contaminés, des objets sales et les mouches. (BELATEF M, et all, 2004)

3 Prophylaxie

- Traitement : les antibiotiques utilisables seront les phénicolés, triméthoprim-sulfaméthoxazole, chloramphénicol, ampicilline, céphalosporines de troisième génération (ceftriazone, céfopérazone), ciprofloxacine ,ofloxacine, préfloxacine. (BELATAF M, 2004)

- Isolement de malade en milieu hospitalier avec un thermomètre, bassin et vaisselle individuelle.
- Déclaration de la maladie.
- Déclenchement d'une enquête épidémiologique sur le patient et son entourage.
- Dépistage pour les membres d'entourage et la coproculture pour chercher les porteurs de germes.
- Désinfection des excréta en cours de maladie puis a la sortie du malade.
- Propriété des mains.
- Hygiène alimentaire.
- Sensibilisation de la population.
- Hygiène de la collectivité.
- Assainissement du milieu.
- Contrôle sources d'eau et d'aliments.
- Vaccin (TAB), Il existe aussi un vaccin (une seule injection) qui protège de la typhoïde. **(BOUZIANI M, 2002)**

-

III. Hépatite virale aigue

1 Généralités

L'hépatite A est une infection hépatique provoquée par le virus de l'hépatite virale A (VHA). Le virus se propage essentiellement lorsqu'une personne non infectée (ou non vaccinée) ingère de l'eau ou des aliments contaminés par les matières fécales d'un sujet infecté. L'hépatite A n'entraîne pas de maladie hépatique chronique et est rarement mortelle, mais elle peut provoquer des symptômes débilitants et une hépatite fulminante (insuffisance hépatique aiguë), qui conduit souvent à une issue fatale. **(BOUZIANI M, 2002)**

L'incubation est courte, de l'ordre de 2 à 4 semaines. L'hépatite virale A est le plus souvent asymptomatique et bénigne. Une hépatite aiguë symptomatique peut être observée.

Une fois, le diagnostic d'hépatite fait, la responsabilité du VHA est affirmée par la présence

D'anticorps anti-VHA de type IgM (technique ELISA). **(CDU-HGE, 2015)**

2 Épidémiologie

a) L'agent pathogène

Le virus de l'hépatite A (VHA) est un virus à ARN de 27 nm, sans enveloppe, appartenant au genre des Hépatovirus. Son génome est un ARN simple brin de polarité positive de 7 500 nucléotides, qui possède un cadre de lecture ouvert codant pour une protéine de 2 227 acides aminés, qui est clivée en plusieurs protéines structurales (capside) et non structurales. (Item 83 2010)

b) Réservoir

Le virus de VHA sévit dans le corps humain et le chimpanzé

c) Mode de transmission

Oro-fécale, directe, interhumaine et favorisée par la vie en proximité (communauté, famille ou collectivité) ;

Une contamination indirecte est également possible par la consommation de fruits de mer et de coquillages et des végétaux consommés crus et contaminés. (<http://www.arcatsante.org/>)

3 Prophylaxie

Elle repose sur l'application des mesures préventives généralisés par la corrompue de la transmission, et le suivi des schémas de vaccination ;

Tableau 1 : prophylaxie de VHA

Mesure	Recommandations
Mesures préventive généralisés	Application des règles d'hygiène générale et spécifiques aux maladies à transmission orofécale ; Conseils d'hygiène aux voyageurs dans les régions endémiques
vaccination	-Chez les personnes non-immunisées, vaccination préexposition conseillée chez : -Voyageurs dans des régions endémiques ;

Mesure	Recommandations
vaccination	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants et adolescents de famille immigrée qui partent dans leur pays d'origine ; - Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; - Patients atteints d'une affection hépatique chronique (notamment les patients atteints d'hépatite B ou C) ; - Patients hémophiles ; - Personnel et résidents d'institutions pour personnes handicapées ou personnes moins autonomes ; - Personnes travaillant au niveau de la chaîne alimentaire ; Personnes en contact rapproché avec un patient atteint de l'hépatite V A ; - Personnes en contact étroit avec un enfant récemment adopté provenant d'un pays avec une prévalence élevée de l'hépatite A.

IV. Hépatite virale B

1 Généralités

L'hépatite virale B est une infection hépatique potentiellement mortelle causée par le virus de l'hépatite B (VHB) ; (OMS, 2017). L'incubation est longue, de 6 semaines à 4 mois. L'infection par le VHB peut entraîner une hépatite aiguë plus ou moins sévère, voire fulminante, une hépatite chronique qui peut être active avec un risque d'évoluer vers une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire. (CDU-HGE, 2015) Les deux formes de l'hépatite B sont souvent asymptomatiques mais parfois présence d'un ictère et une asthénie.

2 Epidémiologie

a) L'agent pathogène

Le virus de l'hépatite B (VHB) est un virus enveloppé de 42 nm qui appartient à la famille des Hepadnavirus, qui comporte une enveloppe externe formant, l'antigène de surface ; et une structure interne constituant l'antigène HBe (Ag HBe) ; (Anselme, 2012)

le VHB survit dans les sources de contamination qui sont : sang, sécrétions génitales et la salive pendant plusieurs semaines, et sur les surfaces au moins 7 jours à 25°C.

b) Réservoir

Le réservoir de l'hépatite V B semble strictement humain. Il constitué par :

- Les malades ;
- Les porteurs chroniques de l'Ag HBs qu'ils s'agissent de porteurs sains. (**BELATEF M, et all, 2004**)

c) Mode de transmission

Le VHB peut être transmis à partir des liquides biologiques provenant d'individus infectés, en particulier le sang et les sécrétions sexuelles (sperme, sécrétions vaginales). La transmission du virus se fait par voie sanguine : transfusions de sang ou de ses dérivés (ce mode de contamination est devenu plus rare depuis le dépistage systématique du virus B chez les donneurs de sang), inoculation accidentelle : acupuncture, tatouages, piqûre par du matériel infecté (toxicomanes par voie intraveineuse ou chez les professionnels de la santé), et transmission du virus de la mère infectée à l'enfant ou par contact interindividuel (contact hétéro ou homosexuel et contact familial). (<http://www.arcatsante.org>, 2017)

3 Prophylaxie

Pour prévenir l'hépatite B, deux types d'action sont à développer : la vaccination et l'application de mesures de réduction des risques de transmission. La vaccination contre le VHB s'inscrit dans le cadre d'une politique mondiale de lutte contre un virus, dont l'homme est le seul réservoir. Cette politique définie par l'OMS, a pour objectif de réduire le nombre de porteurs de l'AgHBs ainsi que d'éviter la survenue des complications graves de l'hépatite B. (**INPES, 2001**)

V. Hépatite virale C

1 Généralités

L'hépatite virale C est une maladie du foie causée par un virus. Ce virus peut entraîner à la fois une infection hépatique aiguë et chronique, dont la gravité est variable, pouvant aller d'une forme bénigne qui dure quelques semaines à une maladie grave qui s'installe à vie ; (**OMS, 2017**)

L'hépatite aiguë C n'est icterique que dans une minorité de cas et est sans symptômes dans la plupart des cas. Ainsi, le diagnostic clinique de l'hépatite aiguë C est rarement fait.

Les symptômes ne sont pas spécifiques : fatigue, nausées, douleurs de l'hypochondre droit suivis par l'apparition d'urines foncées et d'un ictère. Ils sont semblables à ceux observés au cours d'autres hépatites virales et durent généralement de 2 à 12 semaines. (CDU-HGE, 2015)

2Epidémiologie

a) L'agent pathogène

Le virus de l'hépatite C s'apparente à la famille des Flaviviridæ humains Il existe une grande variabilité du génome dans certaines régions sauf dans la région 5' non codante qui permet la détection de l'ARN du VHC. Les techniques de biologie moléculaire ont permis d'identifier à ce jour 6 génotypes majeurs comprenant au moins 16 sous-types, eux-mêmes constitués d'isolats. Une classification consensuelle a été proposée avec une répartition géographique différentielle de ces génotypes. (Fiches pratiques. 2017)

b) Réservoir

C'est l'homme

c) Mode de transmission

Les principaux modes de transmission du VHC sont :

- La transfusion de produits sanguins ;
- La toxicomanie ;
- La contamination nosocomiale ;
- La contamination professionnelle ;
- La transmission sexuelle ;
- La transmission familiale ;
- La transmission mère-enfants. (BOUZIANI M, 2002)

3Prophylaxie

- La prévention est basée sur la protection de toute contamination par voie sanguine et les rapports sexuels car il n'existe pas encore un vaccin contre le VHC.
- Les principaux moyens de prévention restant sont :

- Le dépistage systématique des antis corps anti-VHC sur chaque don de sang ;
- la réduction des risques chez les usagers de drogues : pas d'échange de matériel entre toxicomanes (seringues, pailles de sniff, pipes à crack, cotons), utilisation de kits stériles d'injection à usage unique, traitements de substitution ;
- utilisation d'aiguilles neuves, à usage unique et jetables et désinfection et stérilisation de tout le matériel lors des tatouages, piercings et séances d'acupuncture ;
- pas de partage d'objets de toilette (rasoir, brosse à dent, coupe-ongles etc.) car ils peuvent contenir des microgouttes de sang invisibles à l'œil nu. **(BELATEF M, et all, 2004)**
-

VI. Kyste hydatique

1 Généralité

C'est une maladie parasitaire due aux parasites ténias du genre *Echinococcus*, elle se décline en 4 formes: l'échinococcose cystique, ou hydatidose, due à *Echinococcus granulosus*; l'échinococcose alvéolaire, due à *E. multilocularis*; l'échinococcose polycystique, due à *E. vogeli*; l'échinococcose unicystique, due à *E. oligarthrus*. Ses 2 formes principales sont :

- Échinococcose cystique : l'apparition d'un ou des kystes hydatiques au niveau du foie et des poumons et rarement dans les os, des reins, la rate, les muscles, le système nerveux central et les yeux. Incubation silencieuse (peut durer des années) Jusqu'à ce que le développement des kystes déclenche des signes cliniques : des douleurs abdominales, nausées et vomissements (hydatique de foie), la toux chronique, les douleurs thoraciques et l'essoufflement (affection des poumons).
- Échinococcose alvéolaire : durée d'incubation asymptomatique entre 5ans et 15 ans, caractérisée généralement par la localisation d'un aspect tumoral au niveau du foie et accompagnée par une perte de poids, des douleurs abdominales, un malaise général et des signes d'insuffisance hépatique. La diffusion des métastases par voie sanguine ou lymphatique peut touchée d'autre organe voisins ou plus loin, elle est mortelle à l'absence du traitement.

Le traitement du kyste hydatique se fait toujours au prix d'une intervention chirurgicale lourde et difficile quelle que soit la localisation de ce dernier dans l'organisme **(OMS 2017)**

2 Epidémiologie

a) Agent pathogène

Un cestode *Echinococcus granulosus* (parasite) a une taille de 3,6 cm en moyenne.

b) Réservoir

Le chien est l'hôte définitif héberge le parasite en grand quantité sous forme d'œufs (répandus dans herbe ou eau).

c) Transmission

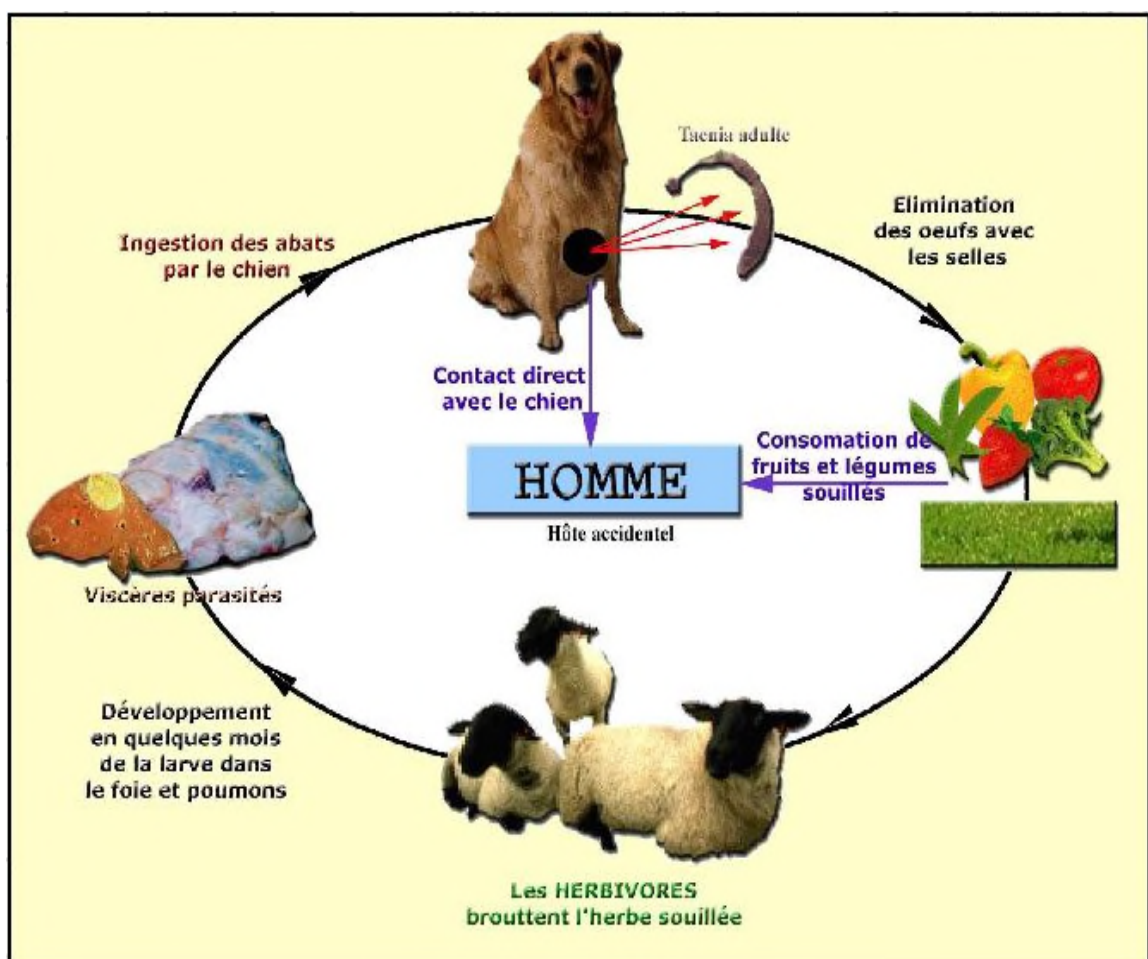


Figure 2: Cycle évolutif d'ECHINOCOCCUS GRANULOSUS (L'Institut Pasteur d'Algérie 2017)

3 Prophylaxie

Des mesures prophylactiques strictes doivent être appliquées :

- Éducation sanitaires des populations,

- Surveillance de l'abattage des animaux de boucherie,
- Euthanasie systématique des chiens errants
- Traitement des chiens domestiques par praziquantel (DRONCIT)
- Prudence dans les contacts homme chien (léchage, caresses) (**BOUZIANI M, 2002**)

I. Leptospirose

1 Généralité

C'est une zoonose provoquée par une bactérie spiralée du genre *Leptospira* qui peut contaminer un bon nombre des rongeurs et des animaux domestiques (chiens, bovins, porcs).

La durée d'incubation de la pathologie est généralement entre 3 à 7 jours.

Elle est caractérisée au début par une hyperthermie (parfois isolée), des céphalées, des myalgies (mollets, cuisses), toux, hémoptysie, douleur thoracique, hémorragie conjonctivale, ictère, herpès labial, signes sthétocoustiques de pneumonie, rash cutané, maculaire ou maculopapuleux siégeant sur le tronc. Splénomégalie, hépatomégalie et adénopathies. Cette phase dure 2 à 3 jours puis ses signes réapparaissent, dominées des signes d'irritation méningée, voire d'encéphalite ou de syndrome méningé franc. De nombreuses formes cliniques, allant des formes inapparentes, mises en évidence au cours des enquêtes épidémiologiques, des formes grippales et des formes sévères (ictéro-hémorragique ou maladie de Weil) associent insuffisance rénale aiguë, atteinte neurologique (convulsions, coma) et cardiaque et des hémorragies plus ou moins sévères (pulmonaire, digestive), complications oculaires (uvéite, kératite) tardives peuvent survenir. **HAS santé.fr 2010**)

2 Epidémiologie

a) Agent pathogène

Les leptospires (des micro-organismes spiralés mobiles) mineurs (*L. grippothyposique*) et majeurs (*L. ictéro-hemorrhagiae*).

b) Réservoir

Est l'animal (rat ++, rongeurs, porc, chien, bovin)

c) Transmission

Le plus souvent par contact indirect : eau souillée par les urines. Les excoriations cutanées, les muqueuses conjonctivale, pharyngée, digestive, ou par inhalation et rarement par contact direct avec un animal porteur.

3 Prophylaxie

Elle est essentiellement collective, elle comprend des mesures basées sur :

- La dératisation.
- Le contrôle des effluents des élevages industriels.
- Le drainage des zones inondées seraient efficaces.

La prophylaxie individuelle consiste

- À prendre des mesures d'hygiène stricte sur les lieux de travail (port de gants et de bottes).
- À lutter contre les rongeurs (dératisation, protection des aliments) et à surveiller les plans d'eau.
- Un vaccin humain, monovalent pour les travailleurs très exposés. **(BOUZIANI M, 2002)**

II. Leishmaniose

1 Généralité

Leishmaniose est une maladie parasitaire causée par protozoaire du genre *Leishmania*, lequel compte plus de 20 espèces différentes. La contamination humaine se fait par piqûre d'un phlébotome.

Il y a trois types de leishmanioses : les leishmanioses viscérales ou Kala-azar, mortelles en l'absence de traitement. Les leishmanioses cutanées, localisées ou diffuses. Les leishmanioses cutanéomuqueuses.

La leishmaniose viscérale : caractérisée par: un amaigrissement, une fièvre irrégulière, une splénomégalie, une hépatomégalie, et une anémie.

La leishmaniose cutanée : est fréquente plus que les autres types. Elle provoque des lésions cutanées à types d'ulcération touchant des parties du corps et laisse des cicatrices et des handicaps sévères. Elle survient en Algérie.

La leishmaniose cutanéomuqueuse : détruit partiellement ou totalement les muqueuses du nez, de la bouche et de la gorge.



Figure 3 Aspect clinique d'un enfant atteint de leishmaniose (ANOFEL 2014)

Le traitement local utilise l'antimoniote de méglumine (Glucantime) en injections locales. Dans les cas graves, le même produit est utilisé par voie générale, ou bien par stibogluconate de sodium (Pentostam). (OMS 2017)

2 Epidémiologie

a) Agent pathogène

Est un protozoaire du genre *Leishmania* (parasite intracellulaire situé dans le foie, la rate, les ganglions, la moelle osseuse et la peau), il compte plusieurs espèces :

- *L.tropica* et *L.brasiliensis* sont responsables des lésions cutanées.
- *L.donovani* et *L.infantum* sont responsable de leishmaniose viscérale.
- *L.infantum* et *L.major* de leishmaniose cutanée.

b) Le réservoir

L'homme malade dans les régions endémiques, les rongeurs sauvages (LV), et le chien (LV) dans le bassin méditerranéen.

c) Transmission

Par piqûre d'un phlébotome femelle infecté. Elle peut être directe (lésion cutanée, ou indirecte (transfusion). (BOUZIANI M, 2002)

3 Prophylaxie

- La lutte contre les réservoirs sauvages est illusoire et les campagnes d'élimination des chiens porteurs n'ont qu'une efficacité transitoire.
- Les mesures prophylactiques individuelles sont destinées à éviter la piqûre des phlébotomes. Elles consistent en des pulvérisations domiciliaires et péri-domiciliaires de pyréthrinoïdes de synthèse et en l'utilisation de moustiquaires imprégnées de pyréthrinoïdes.
- Le port de colliers insecticides chez le chien dans les foyers de leishmaniose viscérale à *L. infantum* est recommandé. (ANOFEL2014)

III. Méningite

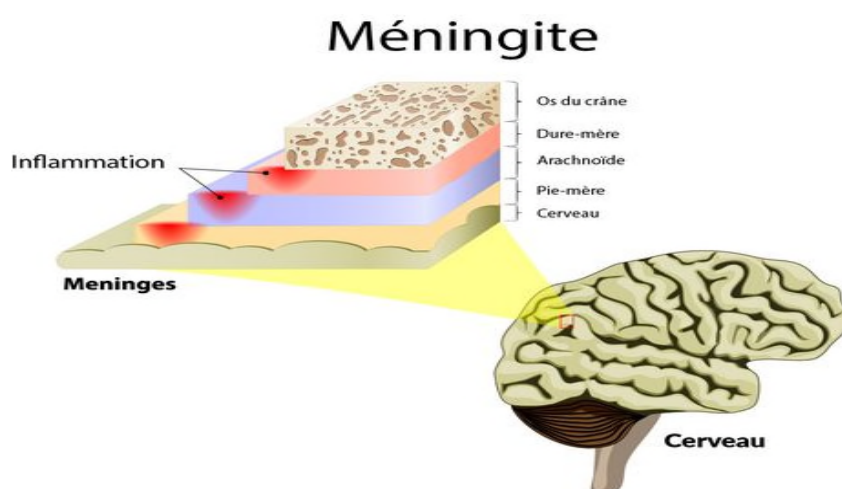


Figure 4 : Inflammation des méninges (David Bême 2016)

La méningite est une inflammation des méninges (des membranes recouvrant l'encéphale et la moelle épinière) le plus souvent d'origine infectieuse. Elle survient à la suite d'une infection du liquide entourant ces formations (liquide céphalorachidien). Il existe des méningites d'origine virales (70 à 80 % des cas), elles sont le plus souvent bénignes, des méningites bactériennes (20 à 25 % des cas), plus dangereuses et généralement fatal, et des méningites infectieuses dues à des bactéries non pyogènes, des parasites ou des processus néoplasiques (moins de 5 % des cas).

1 Les types des méningites

a) La méningite virale

Est caractérisée par la fièvre, des céphalées, des vomissements, et des raideurs du cou

a.1 Les virus en cause

Les principaux virus responsables d'environ 80 % des méningites virales identifiées sont les entérovirus (Echovirus, Coxsackie) et d'autres sont : les virus du groupe herpès : herpès 1 et 2, le Cytomégalovirus, le virus d'Epstein-Barr, les virus varicelle zona et le virus HHV6, et des fois, le VIH dans sa phase primo-infection, les arboviroses, les Poliovirus, l'Adénovirus, le Parvovirus B19 et le LCMV.

a.2 Traitement

Nécessitant pas de traitement spécifique, un traitement antiviral (pour les patients immunodéprimés)

b) La méningite bactérienne

LA FORME LA PLUS GRAVE.

Ses signes cliniques sont les mêmes que pour les méningites virales : fièvre, céphalées, vomissements, raideur de la nuque (signe de Kernig positif très souvent) est rare chez les nourrissons, une photophobie, ses complication : œdème cérébral associé ou non à une hydrocéphalie aiguë. L'évolution spontanée est presque toujours fatale et ces infections constituent des urgences thérapeutiques.

b.1 Les germes en cause

Ce sont des bactéries pyogènes, méningocoque *Haemophilus influenzae b*, et pneumocoque (trois principaux germes), et d'autres germes : staphylocoque, streptocoque, colibacille (chez le nourrisson), pseudomonas, listeria, bacille de la tuberculose.

c) La méningite à méningocoque (*Neisseria meningitidis*)

Le méningocoque évolue de manière sporadique ou épidémique et touche l'enfant comme l'adulte. Des déficits sanguins peuvent provoquer des méningites à répétition (déficit en complément).

a) Agent pathogène

: *Neisseria meningitidis* (bactérie Gram-négatif)

b) Transmission

Par contact direct avec les gouttelettes qu'émettent les voies respiratoires des sujets infectés (nez, gorge)

3. 1 Traitement prophylactique

Il s'applique à l'entourage proche du patient atteint de méningite à *Neisseria meningitidis*. D'ailleurs dès l'identification de l'origine méningococcique, une déclaration obligatoire de la maladie doit être adressée au service de prévention afin d'instaurer rapidement un traitement prophylactique à l'ensemble des sujets contactés.

Ce traitement repose sur la rifampicine. En cas de contre-indication, la spiramycine peut être utilisée. On peut aussi proposer une vaccination selon le type de méningocoque. Ce sont des vaccins polysaccharidiques efficaces après l'âge de 2 ans et qui concernent les sérotypes A, C, W135, Y. (**Labreze L 2017**) (**David. B 2016**)

IV. Rickettsiose

1 Généralité

Les Rickettsioses sont des infections bactériennes dues à des bactéries du type *Rickettsia*, elles sont transmises par plusieurs insectes différents, et chaque bactérie est spécifique d'un insecte, elles sont caractérisé par quelque symptômes communs : syndrome grippal, fièvre, troubles de la conscience.

2 Les groupes de rickettsiose

a) Les typhus

- Le typhus exanthématique (La fièvre typho-exanthématique) transmis par le pou, son agent pathogène est : *Rickettsia prowasek*.
- Le typhus murin : se transmet par la puce des rats, agent pathogène : *Rickettsia mooseri*.
- Le typhus des broussailles : il se transmet par la tique et ils est dû à *Rickettsia tsutsugamushi*.

b) Les différentes fièvres

- La fièvre boutonneuse méditerranéenne : elle se transmet par la tique du chien, elle est due à *Rickettsia conorii*
- La fièvre pourprée des montagnes Rocheuses : aussi transmise par la tique et due à *Rickettsia rickettsii*,
- La fièvre des tranchées : transmise par le pou due à *Rickettsia quintana* ;
- La fièvre du Queensland : transmission par des différentes moyennes le pou la tique, le lait contaminé, les poussières, elle est due à *Coxiella burnetii*.

Traitement par les antibiotiques (tétracyclines, doxycycline, clarythromycine). ‘**Jacqueline Rossant-L 2016**). (<http://www.docteurclic.com/maladie/rickettsioses.aspx>. 2017)

3 Prophylaxie

Hygiène collective.

Hygiène individuelle. (**Jacqueline R, et all, 2016**) (**Docteur clic 2017**)

V. Rage

1 Généralité

C'est une maladie infectieuse virale. Elle est à 100% fatale après l'apparition des symptômes. La plus part des transmissions à l'homme sont causée par les chiens (99%) et généralement par la salive à la suite d'une morsure ou d'une griffure. Les animaux domestiques et sauvages peuvent aussi être infectés par le virus.

La période d'incubation de la rage est généralement de 1 à 3 mois, elle peut varier de quelques jours à plusieurs années.

Elle est caractérisée au début par une fièvre suivie par des douleurs ou de fourmillements, paresthésie à l'endroit de la blessure, puis une inflammation progressive et mortelle de l'encéphale et de la moelle épinière à cause de la diffusion du virus dans le système nerveux central.

Les deux formes de la rage sont : La forme «furieuse» (une hyperactivité du malade, une excitabilité, une hydrophobie et parfois une peur des courants d'air ou de l'air frais. Le décès survient en quelques jours par arrêt cardiorespiratoire. La forme paralytique (paralysée ascendante, myélite, encéphalite). (**OMS 2017**)

2 Epidémiologie

a) Agent pathogène

Est un rhabdovirus, du genre Lyssavirus. Ce virus est fragile (hors d'un organisme infecté).

b) Réservoir

Animaux sauvages et domestiques, y compris le chien et les mammifères.

c) Transmission

Contamination par la salive d'un animal infecté au cours d'une morsure, ou sur une excoriation cutanée récente. La pénétration est cutanéomuqueuse ou contamination aérienne. **(BOUZIANI M, 2002)**

3 Prophylaxie postexposition (PPE)

C'est le traitement instantané après l'exposition à la rage ; il faut éviter la pénétration du virus dans le système nerveux. Elle comporte :

- Nettoyage de la plaie immédiatement.
- Administrations du vaccin antirabique.
- Administrer des immunoglobulines antirabiques, selon l'indication. **(OMS 2017)**

VI. Rougeole

1 Généralité

C'est une maladie très contagieuse, virale, est due à un virus de genre *Morbillivirus* de la famille des *Paramyxoviridae*, elle peut entraîner des complications graves à tout âge. **(Ameli.fr 2017)**

C'est une cause importante responsable de décès des jeunes enfants, la vaccination à permis de descendre le nombre de décès.

Elle commence par une période invasive de 3 à 5 jours

Elle est caractérisée premièrement par une fièvre très forte, puis une rhinite, rougeur des yeux et le larmoiement, de petits points blanchâtres sur la face interne des joues, la toux.

Après quelques jours, l'éruption cutanée apparaît aux premiers jours sur le visage et le haut du cou. Après 3 jours environ elle atteint les mains et les pieds. Elle dure 5 ou 6 jours.

Les complications peuvent être : Digestives : (diarrhées et de déshydratation) ; Neurologiques : encéphalite ; respiratoires (pneumonie) ; auriculaires (infections).

Les jeunes enfants puis les femmes enceintes non vaccinés sont les plus exposés au risque de la rougeole et ses complications. **(OMS 2017)**

La période d'incubation est à environ 10 jours.

Il existe deux formes difficiles à reconnaître : la rougeole modifiée chez de très jeunes enfants, et atypique chez l'enfant qui avaient reçu le vaccin inactivé.

2 Epidémiologie

a) Agent causal

Virus à ARN, Morbillivirus, il ressemble un peu le virus de la grippe sur l'enveloppe.

b) Réservoir

Seulement l'homme. Pas de porteurs sains.

Transmission

Elle se fait par voie aérienne, transmission directe par les gouttelettes de flügge. **(BEZZAOUCHA A, 2004).**

3 Prophylaxie

La vaccination : Le meilleur moyen de prévenir la rougeole est d'être vacciné et de faire vacciner les enfants. Le vaccin existe sous forme combinée et protège efficacement contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (vaccin « ROR »). Deux doses doivent être administrées aux enfants, une à l'âge de 12 mois et l'autre entre 13 et 24 mois.⁵ **(Ameli.fr .2017)**

VII. La syphilis

1 Généralité

La syphilis est une maladie sexuellement transmissible, elle peut être congénitale (transmission mère enfant), elle est due à *Treponema pallidum* (bactérie), qui entre dans l'organisme par lésions muqueuses ou cutanée.

L'incubation est en moyenne de 3 semaines

La syphilis est une infection qui évolue dans trois phases successives :

1 LA SYPHILIS PRIMAIRE

À ce stade, après la contamination on observe un chancre : lésion rosée, indolore elle disparue après quelque semaine.

2 LA SYPHILIS SECONDAIRE

A l'absence de traitement, une éruption cutanée peut survenir (roséole syphilitique), Le malade présente également des symptômes d'infection (fièvre, céphalée). Une personne atteinte de la syphilis secondaire est contagieuse.

3 LA SYPHILIS TERTIAIRE :

La syphilis tertiaire apparaît à la fin de quelques années après l'infection primaire avec des complications suivantes : des lésions cutané-muqueuse, des lésions cérébrales, es lésions du cœur et des vaisseaux sanguins. **(BOUZIANI M, 2002)**

4 LA SYPHILI LATENTE : en distingue la syphilis latente précoce (pendant la première année suivant la contamination) et la syphilis latente tardive (après la première année).

Absence de manifestations cliniques mais les réactions sérologiques sanguines sont retrouvées positives. **(Dr Jacqueline R, 2016)**

Traitement

Pour la syphilis précoce : 1 seule injection intramusculaire de benzathine-pénicilline.

Pour la syphilis secondaire Trois injections intramusculaires de benzathine-pénicilline.

En cas d'allergie, cyclines pendant 15 jours par voie orale.

2 Prophylaxie

Le Suivi des mesures de prévention contre les affections appelées jadis maladies vénériennes qui sont :

- Le dépistage obligatoire des prostituées.
- Lors de premier examen prénatal
- Le traitement obligatoire. (Loi portant promotion de la santé février 1985)

Mesures préventives :

- Education sexuelles chez les adolescents.
- L'utilisation des préservatives.
- Le contrôle de la prostitution. (BOUZIANI M, 2002)

VIII. TIAC

1 Généralité

Les toxi-infections alimentaires sont déterminées par l'apparition de 2 cas minimum similaires d'une symptomatologie de type gastro-intestinale, et dont la cause est commune : l'origine alimentaire et à la rupture de la chaîne du froid et du chaud lors de la préparation des aliments,. Dans tous les cas de toxi-infection alimentaire collective, le groupe de personnes atteint de la maladie présente des troubles digestifs : diarrhées, vomissements....,

Une toxine responsable de la contamination (substance toxique) est libérée dans l'aliment par l'agent en cause ou directement dans le tube digestif.

2 Epidémiologie

Les TIAC sont plus marquées dans les différents services de restauration collective (milieu scolaires), les restaurants ou dans Les foyers familiaux. (medqual.fr 2012).

3 Microorganismes et toxines responsables des TIAC

Les principaux microorganismes et toxines responsables des TIAC sont :

- Salmonella (enteritidis ou typhimurium) : aliments responsables : volailles - viandes de boucher - charcuterie - œufs - produits laitiers - fruits de mer, caractérisé par : fièvre,

douleurs d'estomac - nausées, vomissements - diarrhées - - maux de tête, frissons.ils apparaissent 6 à 48 h après le repas et disparaissent en 3 à 5 jours.

- *Staphylococcus aureus* : La souillure alimentaire staphylococcique est en général d'origine humaine, les aliments responsables (Les gâteaux à la crème, glaces, conserves, charcuterie), l'incubation est rapide après 1h jusqu'à 4h, les symptômes accompagnent sont : des troubles digestives (vomissement, diarrhée abondante), des nausées et absence de fièvre
- *Clostridium perfringens* : thermorésistant, ces germes se trouvent un peu partout (les sauces - les viandes préparées), l'incubation est relativement longue 8 à 12 h ou plus la symptomatologie caractérise par diarrhée (8 à 12 h après l'ingestion de l'aliment contaminé) et des troubles digestives,

Les autres germes responsables :

- *Shigella* : strictement humaines, transmission interhumaine directe, symptomatologie caractérisée par : diarrhées, sang, douleurs abdominales, vomissement, fièvre. Incubation 1 à 3 jours
- *Yersinia (entérocolitica)* – se trouve dans : viande de porc, eau - incubation : 3 à 7 jours après avoir été infecté par la bactérie - symptômes : syndrome pseudo - appendiculaire. Fièvre modérée, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées et parfois rougeurs sur la peau.
- *Campylobacter* : d'origine animal en particulier de la volaille et le lait, incubation : 2 à 5 jours - symptômes : douleurs, fièvre, diarrhées
- *Listéria* : se trouve dans le lait, la viande, charcuterie, eaux, Légumes, incubation: 1 à 2 jours - symptômes : syndrome pseudo-grippal
- *Clostridium botulinum (grave)* - réservoir : conserves insuf. Cuites - incubation : 12 à 36 h voir 8 jours - symptômes : signes neurologiques (diplopie, dysphagie, troubles respiratoires) *Vibrio parahemolyticus* - réservoir : poissons peu cuits, fruits de mer crus - incubation : 12 à 24 heures - symptômes : douleurs et diarrhées aqueuses.

4 CAT devant une suspicion de TIAC

1) Confirmer le diagnostic

- Identifier les malades ayant des signes cliniques pour affirmer l'épidémie

Effectuer les prélèvements des selles, des vomissements et sur l'aliment pour l'isolement du germe

2) Ecarter le diagnostic de diarrhées non infectieuses

3) Identifier l'aliment responsable :

- Conserver le reste des matières servies en collectivité au cours des 3 derniers jours.
- Préparer une liste des repas des 3 derniers jours. (**BEZZAOUCHA A, 2004**)

5 Traitement

- Réhydratation hydro électrolytique est essentielle
- Mesures diététiques essentielles : Éviter les aliments stimulants le péristaltisme intestinal
- Traitement contre les diarrhées. (**HELENE DALMA**)

IX. VIH

1 Généralité

Le virus de l'immunodéficience humaine existe dans deux types ; VIH-1, VIH-2. Il est spécifique par rapport aux autres virus car il s'attaque au système immunitaire. C'est un rétrovirus (transcription d'ARN en ADN). Les cellules porteuses de la molécule CD4 sont les cellules ciblées et colonisées par le VIH. Il utilise les cellules CD4 pour se multiplier, s'y amasser et constituer des réservoirs de ce virus soutenus à vie et diffusés dans l'organisme, puis il détruit les CD4. Il affaiblit le système qui permet aux infections d'attaquer le corps humain facilement.

Au début la personne est séropositive (porteuse de VIH sans être malade), après plusieurs années, l'infection par le VIH ne se manifeste pas. En suite la maladie apparaît. À son stade avancé le SIDA.

Un mois après la contamination par le VIH se déclare la phase primo-infection qui est souvent asymptomatique, parfois elle se manifeste par un syndrome pseudo-grippal : (une fièvre ; augmentation de volume des ganglions; une pharyngite ; une éruption de plaques rouges sur le corps et le visage ; des maux de tête, de ventre, des douleurs musculaires ; une diarrhée, des vomissements).

La phase chronique du VIH : après la primo-infection

- Phase chronique du VIH asymptomatique et le développement de VIH est en continuation, peut durer plusieurs années.

- Phase chronique symptomatique (une fièvre modérée mais persistante, des sueurs nocturnes, une perte de poids, une augmentation de volume des ganglions, une diarrhée, des infections de la peau).

Le stade avancée SIDA : une baisse des défenses immunitaires entraînant des complications (cancer spécifiquement du système immunitaire, infection peut être d'origine bactérienne, fongique, virale ou parasitaire, une perte de poids chez 20% des cas peut provoquer l'amaigrissement, et rarement une atteinte du cerveau. **(Ameli.fr 2017)**)

Sérologie VIH : réalisé par le test **ELISA**. (Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay).

Les tests rapides (T.R.O.D) : Test Rapide d'Orientation Diagnostique, Tests salivaires), doit toujours être confirmé Par la sérologie ELIZA (**Diane D, 2015**)

2 Transmission

il peut se transmettre d'une personne à autre par :

- Le sang, (des injections et piqûre avec matériel contaminé)
- Le sperme et le liquide séminal
- Les sécrétions vaginales
- Transmission mère enfant pendant la grossesse
- Le lait maternel.

3 Prophylaxie

- Contrôle du don de sang.
- Protéger les rapports sexuels (utilisations des préservatifs)
- Surveiller la grossesse
- Lames neuves chez le coiffeur
- Matériels stériles (dentiste, laboratoire...). **(Ameli.fr 2017)**

Partie 02

Les

Données

Pratiques

Chapitre 01 :

Matériels

ET

Méthodes

I. Objectifs de l'étude

- ✓ Le but de ce travail est de contribuer à l'étude d'aspect épidémiologique des MDO à travers les cas déclarés au service d'épidémiologie et de médecine préventive d'EPH Ahmed Medagheri.
- ✓ Décrire et déterminer les maladies à déclaration obligatoire fréquente à Ain Témouchent
- ✓ Au cours de travail nous analyseront successivement :
 - La répartition géographique et le mode d'expression des MDO
 - L'aspect démographique des MDO
 - Le taux d'incidence.

II. Matériel et méthode

Les données relatives aux patients sont recueillies à partir des relèves hebdomadaires des MDO comprend :

- Type de maladie
- L'âge ;
- Sexe,
- Mois
- Année
- La commune de résidence.

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée menée en mai 2017. Notre étude couvre une période de 16 ans (01 janvier 2001 au 31 décembre 2016).

2 Zone de l'étude :

L'étude a été menée au service d'épidémiologie et de médecine préventive de l'établissement public hospitalier d'Ain Témouchent « Ahmed Medegheri » qui couvre les quatre daïras : Ain Témouchent, Ain kihal, Al Amria, et El Malah, qui englobent 15 communes

- 3 **Population d'étude** : Elle a concerné l'ensemble des Sujets attient, hospitalisés et pris en charge pour maladies transmissibles.

a) **Population moyenne**

Tableau 2 : population moyenne des quartes secteurs

Année	Population moyenne
2001	189838
2002	193590
2003	198723,5
2004	201612
2005	204870
2006	207764
2007	208549
2008	209318
2009	213718
2010	218413
2011	221275,5
2012	224173,5
2013	227108,5
2014	230083
2015	233096,5
2016	236149

- 4 **Analyse Statistique** : Consiste à calculer les moyens, la valeur maximale et la valeur minimale, le mode, ainsi que d'étudié les caractéristiques des patients et leur selon les critères d'âge, de sexe et les commune de résidence.
- 5 **Logiciel utilisé** : Pour notre analyse statistique nous avons utilisé le logiciel« SPSS » Statistique Package for the Social Sciences 24, et logiciel Microsoft Excel 2010.

Chapitre 02

Résultats

Et

Discussions

Résultats

L'analyse a porté sur 3770 cas déclarés des MDO dans l EPH d'ain témouchent durant la période 2001-2016.

I. Nombre de ca de chaque maladie

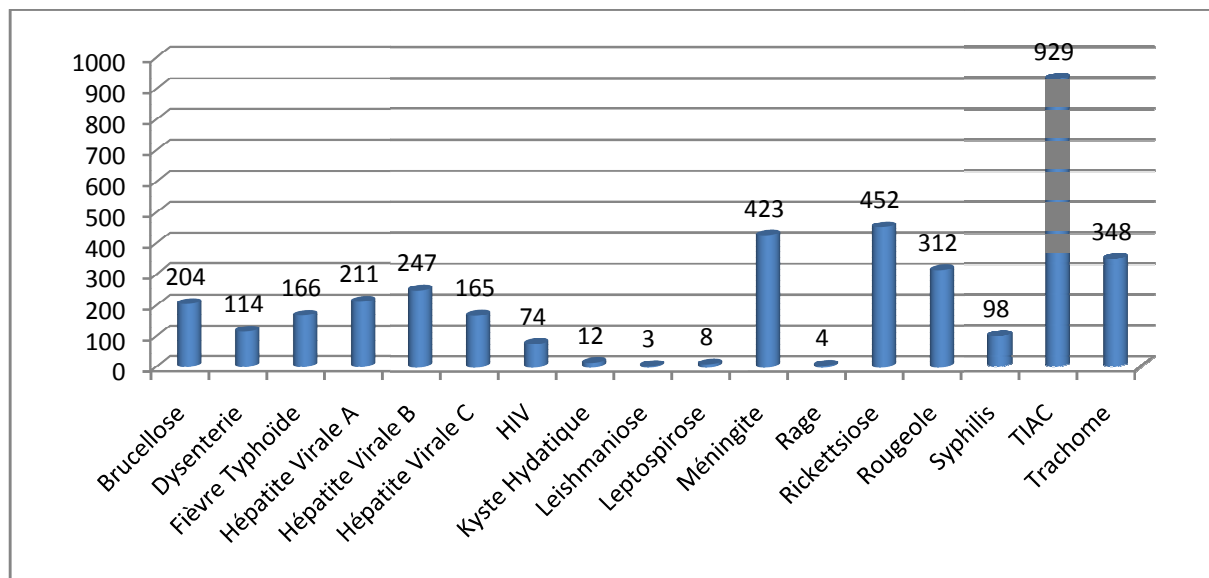


Figure 5: répartition des cas selon les MDO

II. Répartition géographique

Les cas collectés inclus dans cette étude résident dans les 15 communes suivantes :

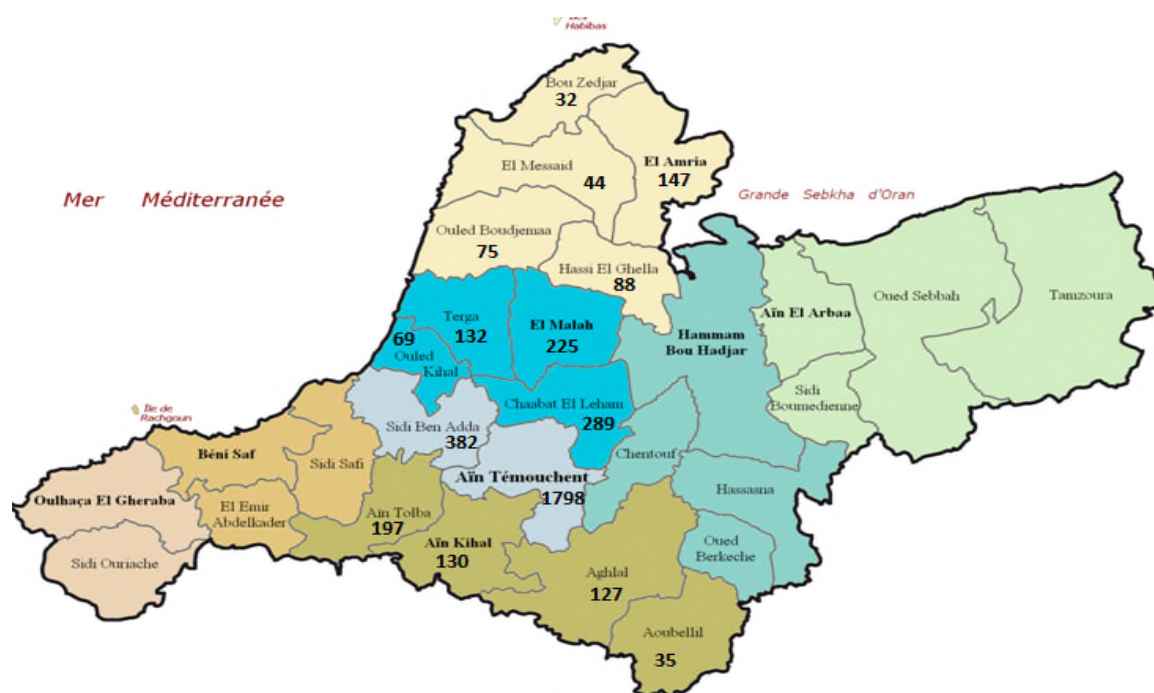


Figure 6: répartition des cas selon les communes

III. Profil épidémiologique

A. Brucellose

a) Sexe :

Le nombre des malades est 204 cas, 133 de sexe masculin (65,2%) et 71 de sexe féminin (34,8%), Le sexe ratio est 1,87

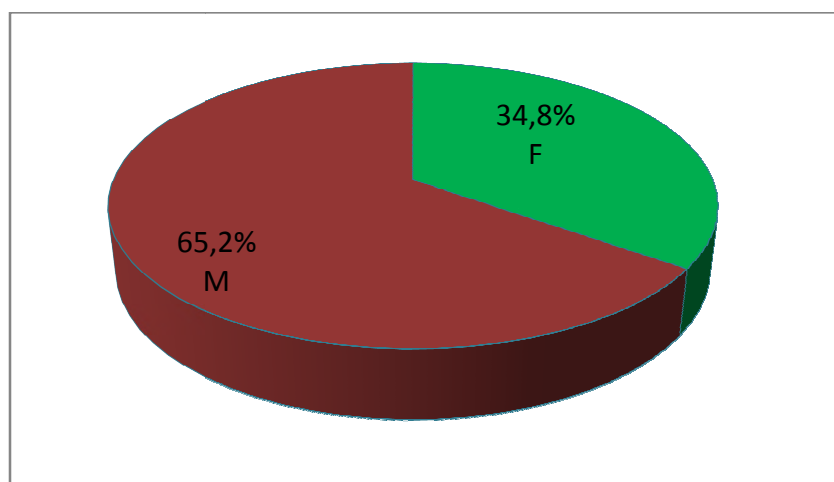


Figure 7 : répartition des cas de la brucellose selon le sexe

b) Age

L'âge moyen des cas de la brucellose dans la période (2001-2016) est 36,15, l'analyse des répartitions des cas montre que toutes les tranche d'âge son concernée et particulièrement la tranche d'âge [20-45[avec un pourcentage de 49%

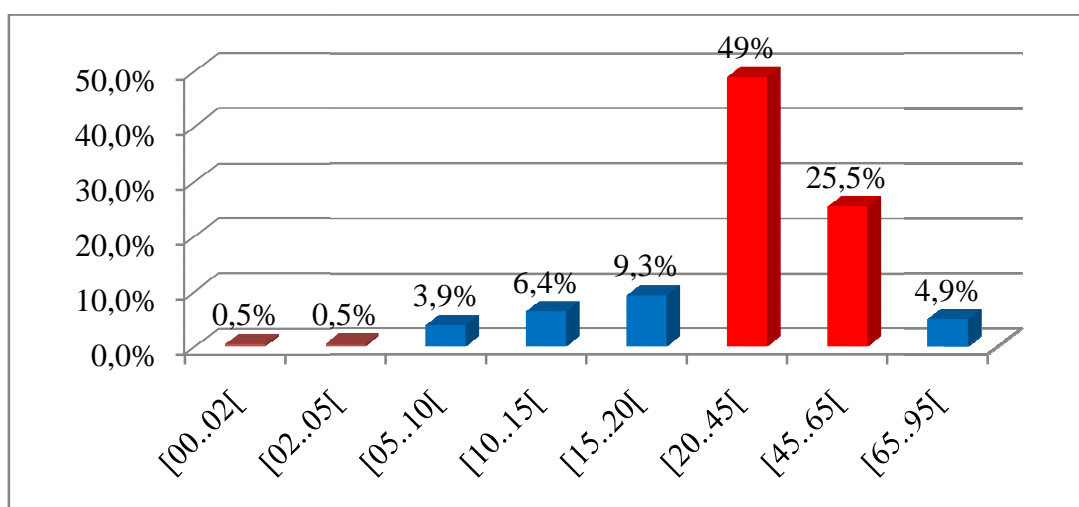


Figure 8 : répartition des cas de brucellose selon la tranche d'âge

c) Mois :

Le mois de juillet est le mois où le nombre des cas est élevé. L'analyse des répartitions des cas selon le mois indique que la période d'été (juin 42% ; juillet : 25% ; aout : 25%) les cas son plus nombreux par rapport aux autres périodes.

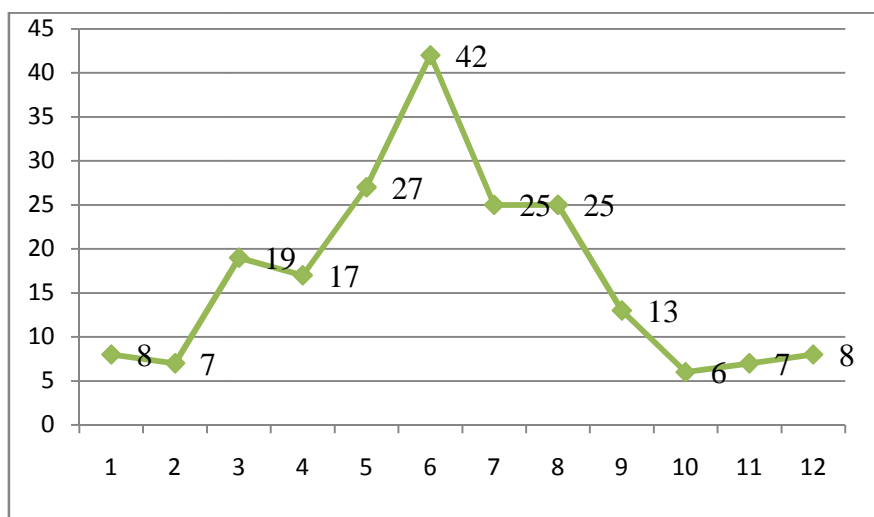


Figure 9 : répartition des cas de la brucellose selon les mois

d) Année

La brucellose est présente dans les 16 ans, dans l'année 2007 le pourcentage des cas est élevé 16,2% puis ce nombre est diminué jusqu'au 2014 avec un pourcentage de 6,9% pour reprendre en 2015 12,7%.

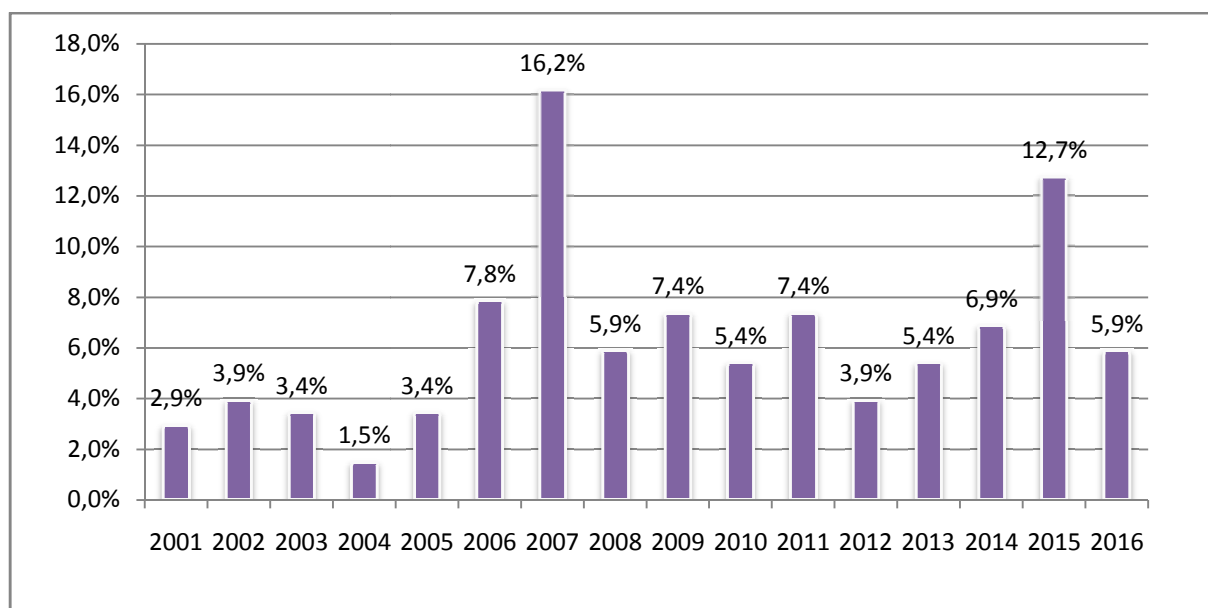


Figure 10 : répartition des cas de brucellose selon l'année

B. Dysenterie

a) Sexe

Le nombre global des cas de la Dysenterie est de 114 dans les 16ans, 57% sont des femmes, et 43% de sexe Masculin. Le sexe ratio est 0,75.

Tableau 3 : distribution des cas de la dysenterie selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	65	57%
M	49	43%
Total	114	100%

b) Age

L'âge moyen des cas de la Dysenterie est : 29,25. Toutes les tranches sont touchées par la Dysenterie et leurs pourcentages sont proches, le pourcentage le plus élevé et 21,1% correspond à la tranche 45-65

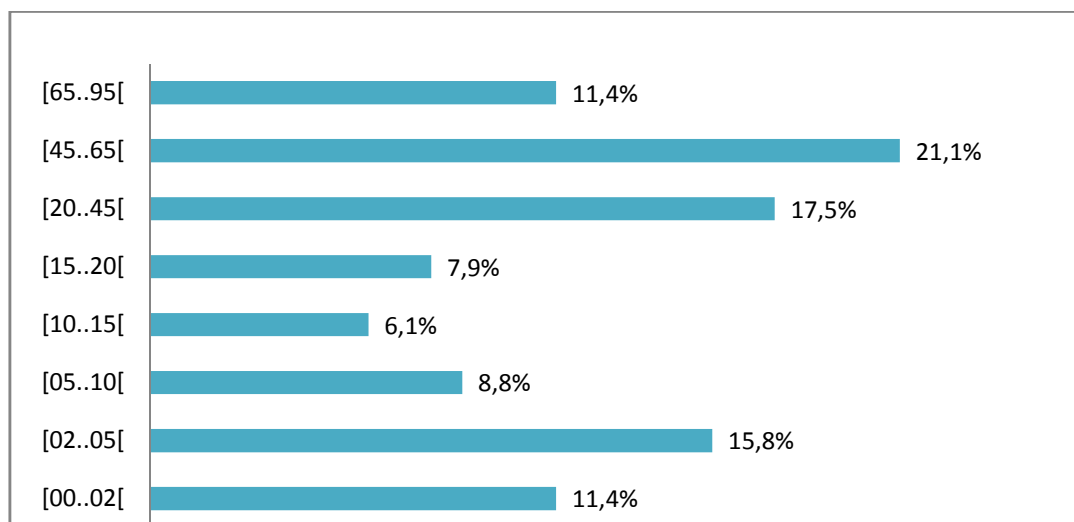


Figure 11 : répartition des cas de la dysenterie selon la tranche d'âge

c) Année :

D'après l'analyse de la répartition des cas selon l'année, Le nombre des cas est plus élevé dans l'année 2001 ; ainsi que dans la période 2001 à 2006, puis une diminution progressive depuis 2007 jusqu'au 2009 et après l'année 2009 la maladie a été éradiquée

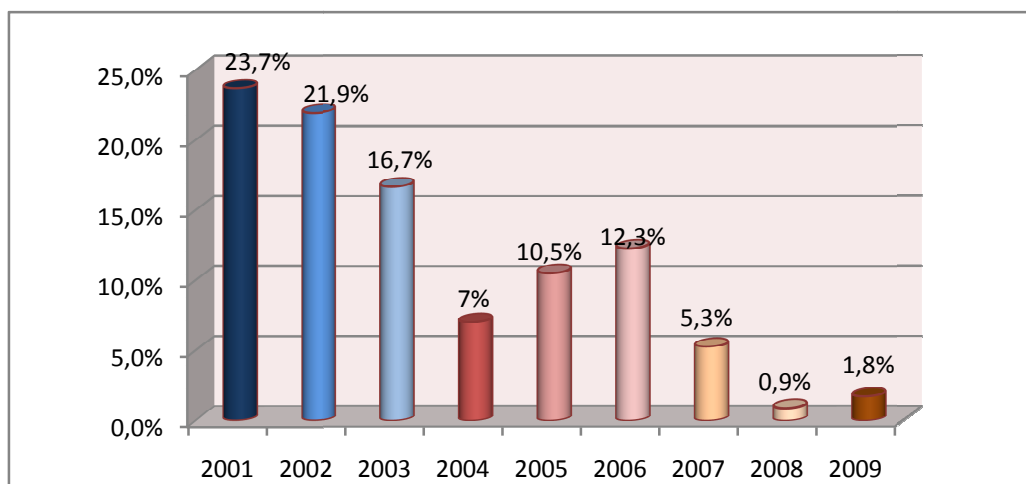


Figure 12 : répartition des cas de la dysenterie selon l'année

C. Fièvre tyroïde :

a) Sexe

Le nombre des cas déclaré de la fièvre typhoïde est de 166 cas, 91 sont des hommes et 75 sont des femmes avec un sexe ratio 1, 21.

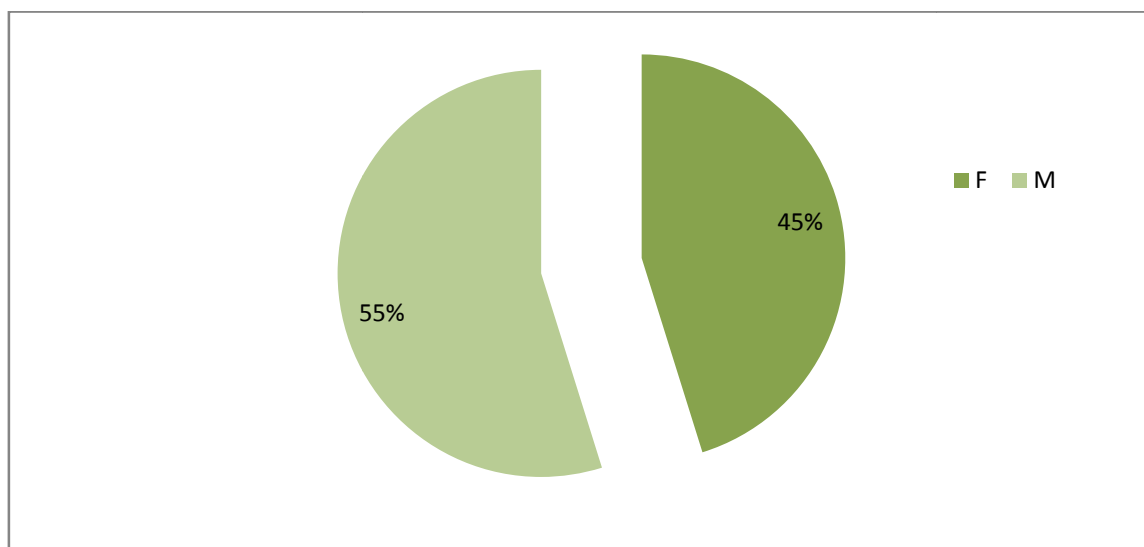


Figure 13 : répartitions des cas de la Fièvre typhoïde selon le sexe

b) Âge

L'âge moyen des cas est 32 avec des extrêmes allant de moins de 2ans et plus de 80ans, la tranche d'âge la plus touchée est de [20-45[.

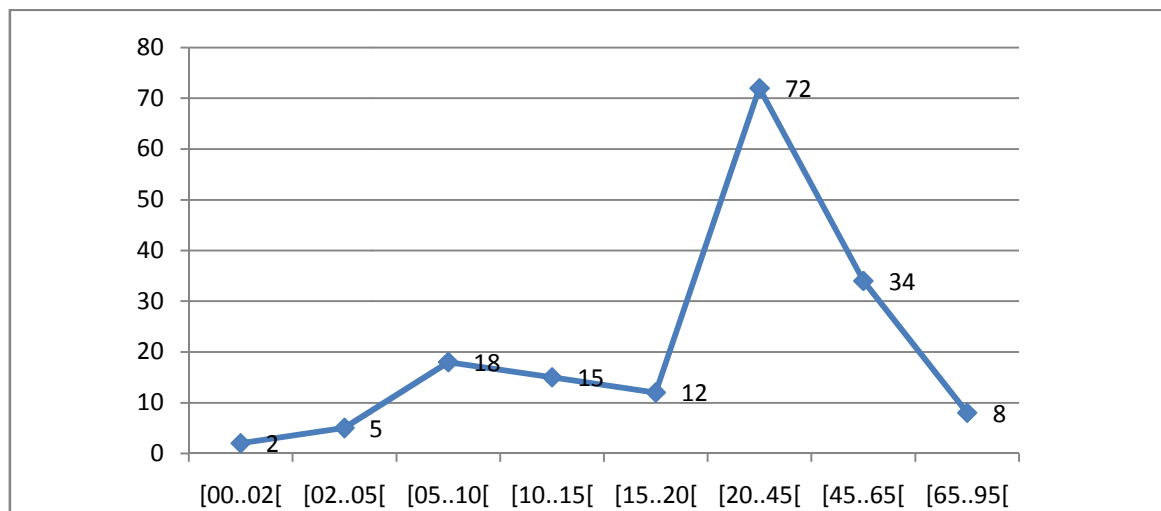


Figure 1 : répartitions des cas de la Fièvre typhoïde selon la tranche d'âge

c) Année

On observe que la fièvre typhoïde était très fréquente dans la période de 2001-2004 puis en remarque une diminution progressive dès les années 2005 jusqu'à 2015 puis une faible fréquence avec un pourcentage de 0,6%.

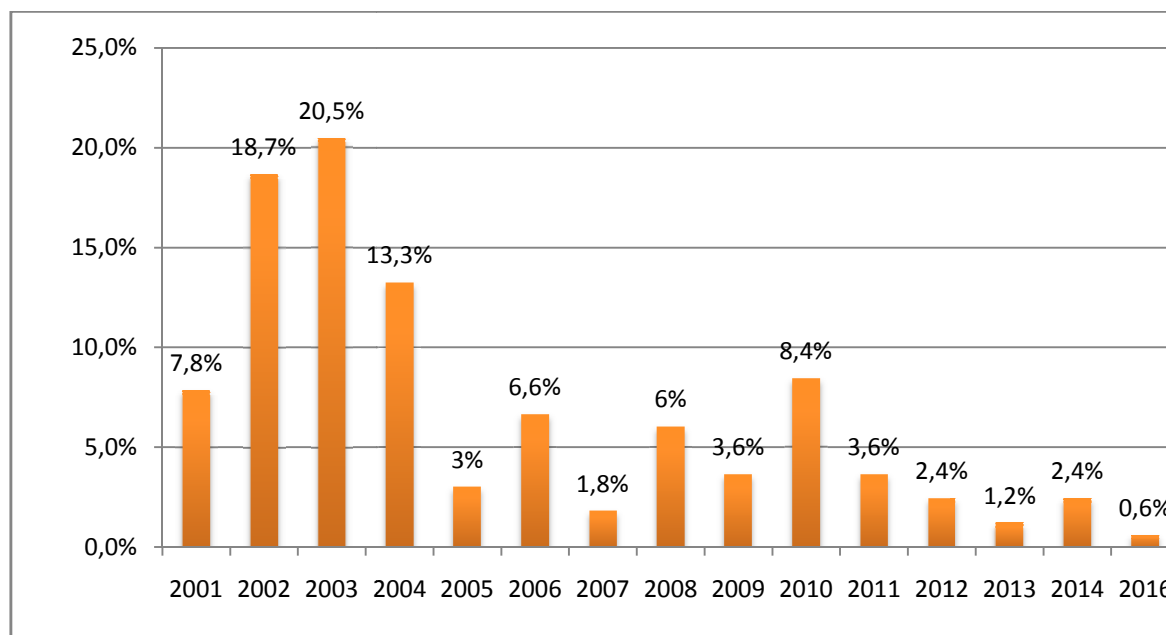


Figure 2 : répartitions des cas de la Fièvre typhoïde selon l'année

D. Hépatite Virale A :

a) Sexe

D'après l'analyse des répartitions des cas d'hépatite virale A selon le sexe le nombre des est de 211 cas, 110 sont des hommes et 101 des femmes de sexe ration 1,08.

Tableau 4 : Distribution des cas de VHA selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	101	47,9
M	110	52,1
Total	211	100,0

b) Age

La répartition des cas de VHA par tranches d'âge montre qu'aucun cas n'a été affecté par le VHA avant 02 et après 65 ans, le pic de fréquence se situe entre 5..10 avec un pourcentage élevé 38,9%, l'âge moyen des cas est 13,27 ans.

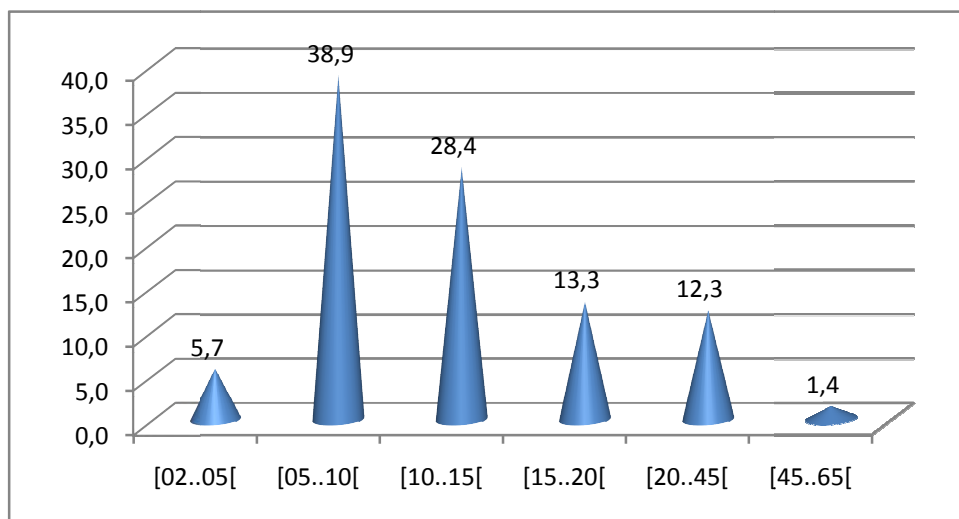


Figure 16: Distribution des cas de VHA selon le sexe

c) Année

Le VHA est présent dans tous les 16 ans, les pic des fréquences sont trouvés dans les années 2007, 2008, 2012, 2013, représentent respectivement les pourcentages 13,3 %, 10,4%, 21,3%, 17,5%, puis une diminution progressive de puis 2014.

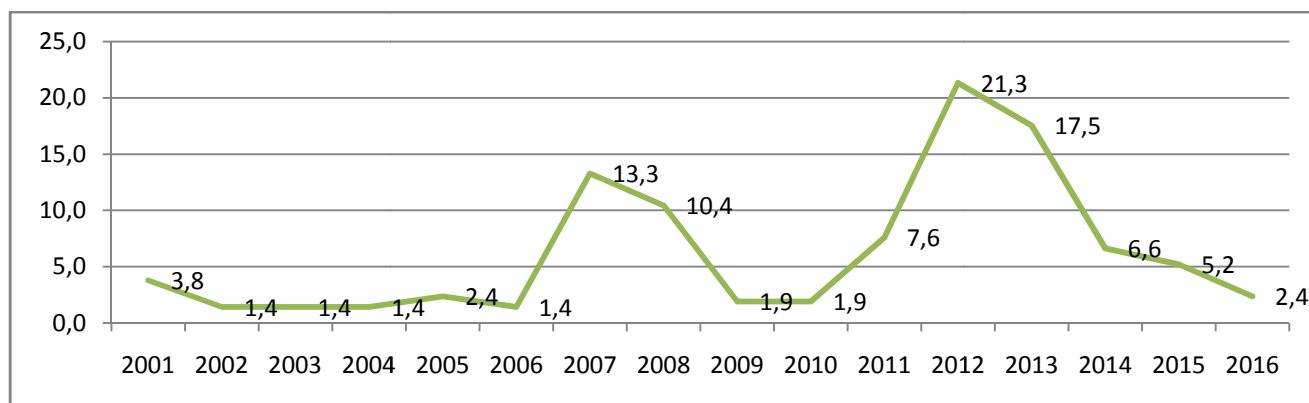


Figure 17 : distribution des cas de VHA selon l'année

E. Hépatite Virale B

a) Sexe

Le nombre des cas de VHB est 247cas, la répartition selon le sexe est de 173 de sexe masculin et 74 de sexe féminin, avec un sexe ratio de 3,33.

Tableau 5 : distribution des cas de VHB selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	74	30%
M	173	70%
Total	247	100%

b) Age

La tranche d'âge [20-45[est la plus touchée de pourcentage 67,6%, la moyenne d'âge est de 38,85 ans

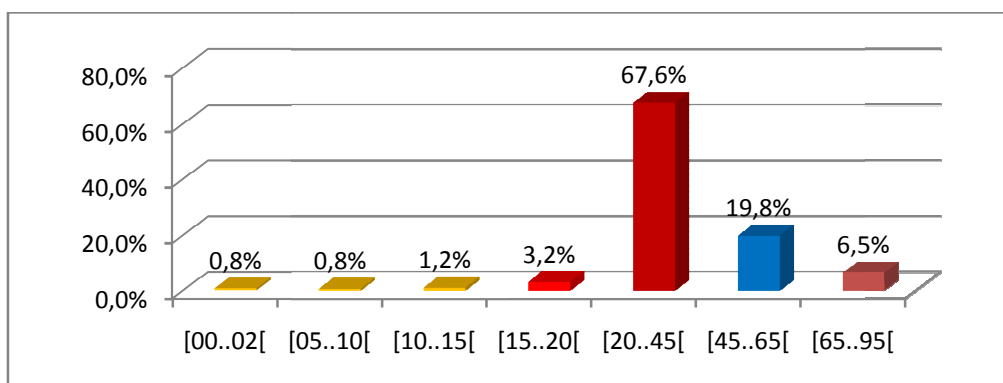


Figure 18 : distribution des cas de VHB selon le sexe

c) Année

le VHB au cours des 16 ans était en augmentation, en compte dans l'année 2016 une fréquence plus élevé des nombre des cas de VHB.

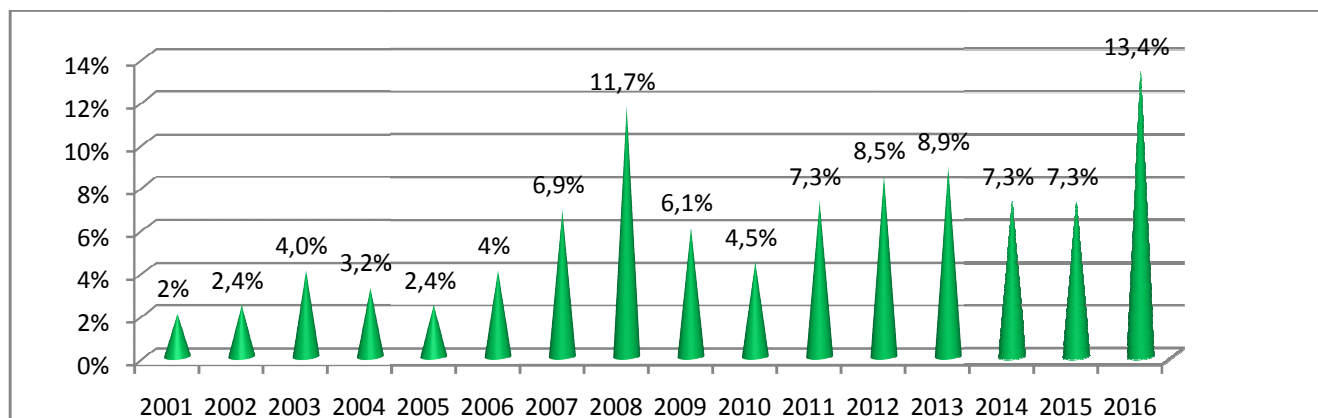


Figure 3 : distribution des cas de VHB selon l'année

F. Hépatite virale C

a) Sexe

Le nombre des cas déclarés de VHC et de 165, 89 cas sont des femmes et 76 cas sont des hommes, avec un sexe ration 0,85.

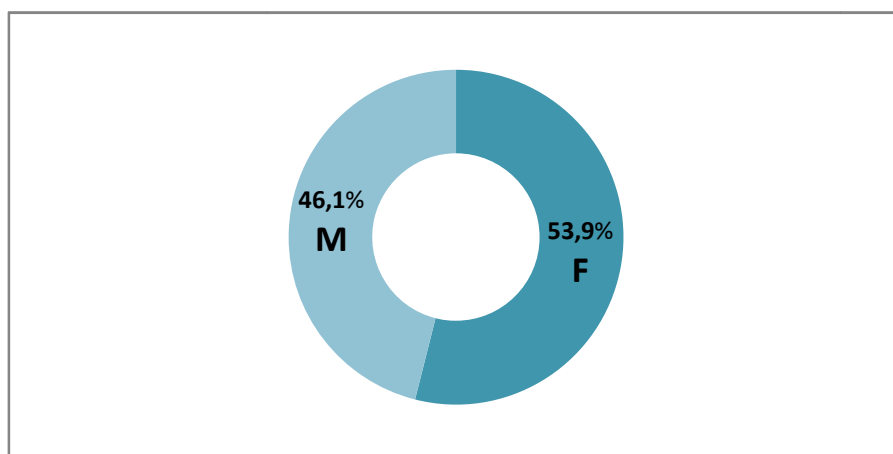


Figure 20 : distribution des cas de VHC par sexe

b) Age

La moyenne d'âge des cas déclarons est de 50ans, avec des extrêmes allant de moins de 2ans et plus de 65ans les tranche les plus touchés sont [20-45[et [45-65[de pourcentage de 79,4%.

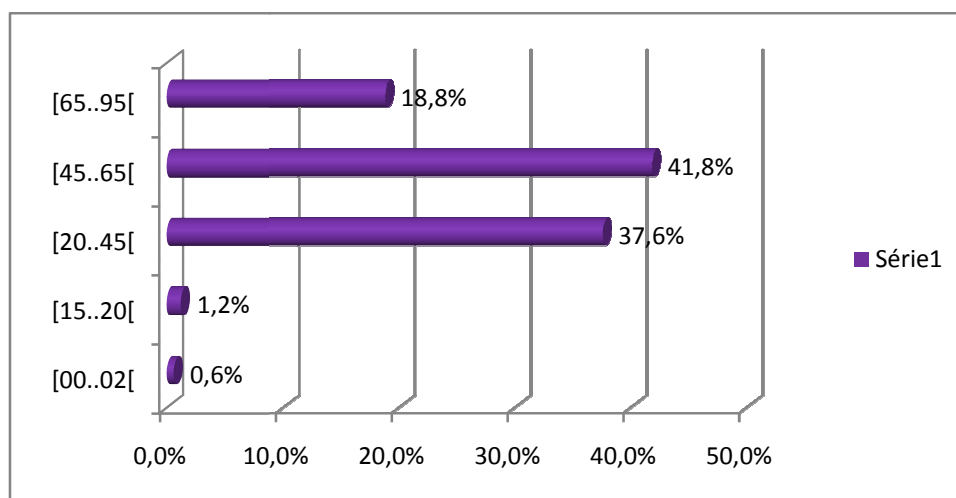


Figure 21 : distribution des cas de VHC par âge

c) Année

Le nombre des cas est en augmentation dans les 16 ans avec une petite diminution dans l'année 2016.

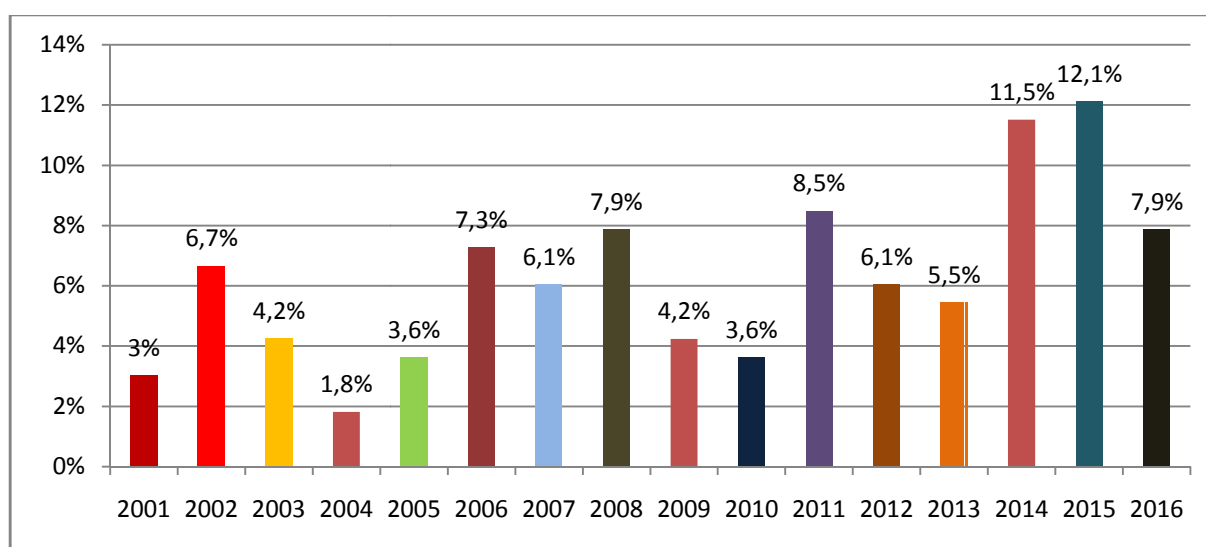


Figure 22 : distribution des cas de VHA par année

G. VIH

a) Sexe

Le nombre des cas déclarés de VIH est de 74 cas, 37 sont des femmes, et 37 des hommes, avec un sexe ratio de 1.

Tableau 6 : distribution des cas de VIH par sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	37	50%
M	37	50%
Total	74	100%

b) Age

L'analyse des cas de VIH selon la répartition de groupe d'âge montre que la tranche d'âge [20-45[est spécialement concernée avec un pourcentage de 70,3%, la moyenne d'âge est de 34,69 ans.

Tableau 7 : distribution des cas de VIH par sexe

Groupe d'âge	Fréquence	Pourcentage
[00..02[	1	1,4%
[02..05[	4	5,4%
[15..20[	3	4,1%
[20..45[	52	70,3%
[45..65[	11	14,9%
[65..95[	3	4,1%
Total	74	100%

c) Année

VIH est en accélération progressive depuis l'année 2001 jusqu'à l'année 2016.

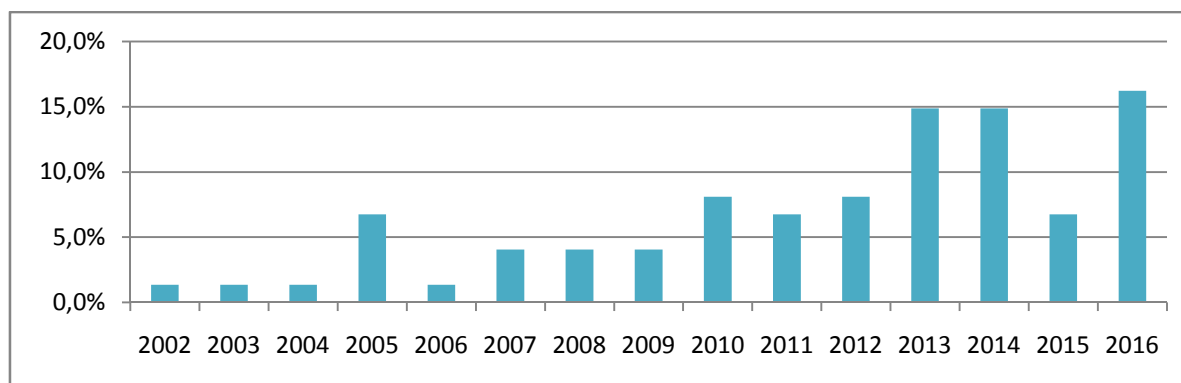


Figure 23 : distribution des cas de VIH par année

H. Kyste Hydatique

a) Sexe

La répartition des cas du kyste hydatique selon le sexe est de 50% femmes et 50% hommes avec un sexe ratio de 1.

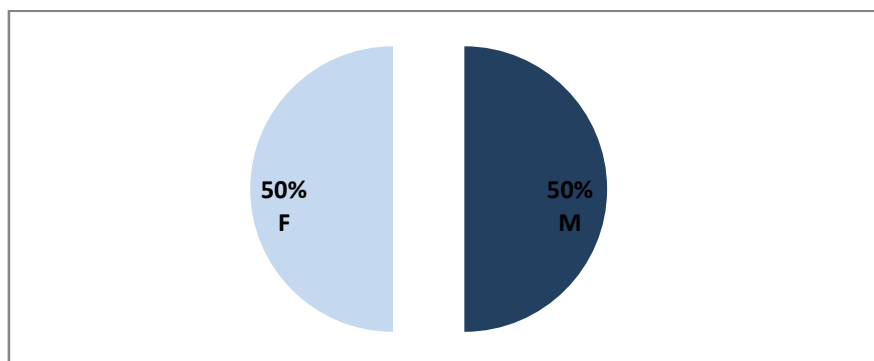


Figure 44 : répartition des cas de kyste hydatide par sexe

b) Age

Le kyste hydatique touche que les adultes et les personnes âgées et la tranche d'âge la plus touchée est [45-65], l'âge moyen est 49,12ans.

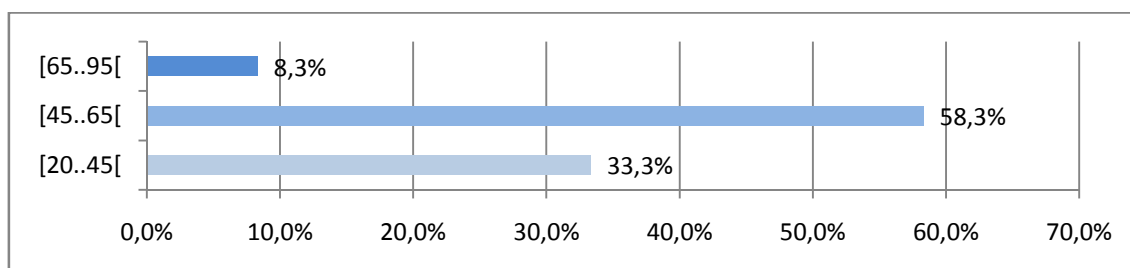


Figure 55 : répartition des cas de kyste hydatide par tranche d'âge

c) Année

D'après l'analyse des cas selon l'année en résumé que le kyste hydatique n'est pas fréquent dans la région d'ain témouchent.

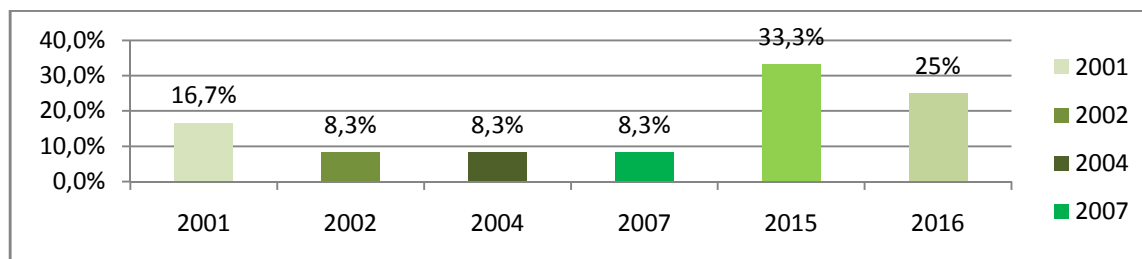


Figure 6 : répartition des cas de kyste hydatide par année.

I. Leishmaniose

a) La répartition des cas par : sexe, âge, année

Les cas déclarant de leishmaniose est uniquement en 2013, le nombre des cas est 3 cas de sexe masculin, la tranche d'âge touché est [00-02],

Tableau 8 : distribution des cas de leishmaniose par sexe, âge, année

	fréquence	pourcentage
Sexe		
M	3	100%
Groupe d'âge		
[00_02]	3	100%
Année		
2013	3	100%

J. Leptospirose

a) Sexe

Le nombre des cas déclarant de la leptospirose est 8 cas, 75% de sexe masculin et 25% de sexe féminins avec un sexe ratio de 1,66.

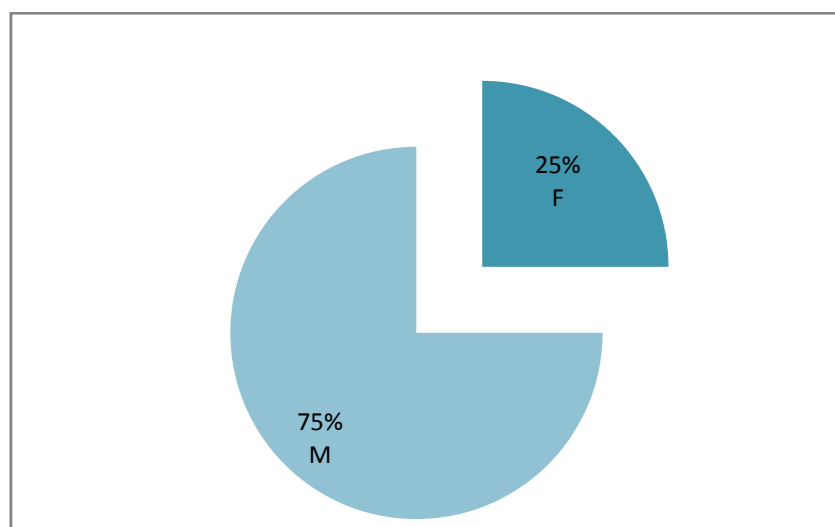


Figure 77 : distribution des cas de leptospirose par sexe

b) Age

d'après la répartition des cas déclarés les tranches d'âges touchées sont [20-45[, [45-65[.

Tableau 9 : répartition des cas par sexe

Groupe d'âge	Fréquence	Pourcentage
[20..45[	3	37,5%
[45..65[	5	62,5%
Total	8	100%

c) Année

D'après l'analyse des cas selon l'année en résulte que la leptospirose est rare dans la région d'ain témouchent.

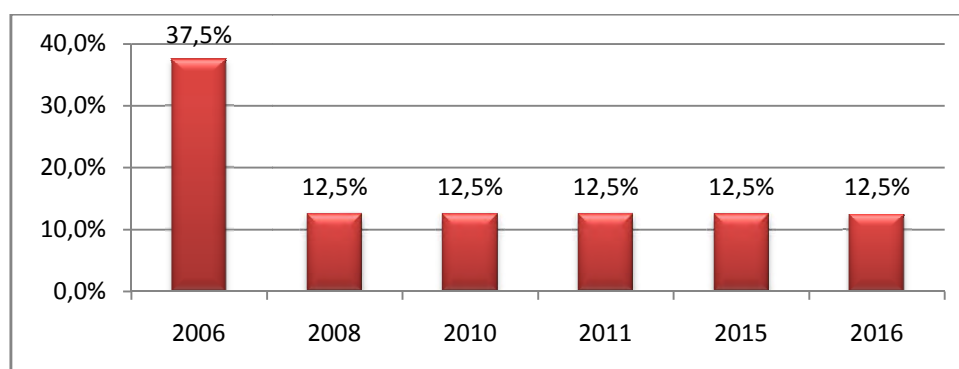


Figure 8 : distribution des cas de leptospirose par année

K. Méningite

a) Sexe

Les cas déclarés de la méningite dans les 16 ans est de 423, 34,8% femmes, 65,2% de sexe masculin et 147 cas de sexe féminin, avec un sexe ratio de 1,87.

Tableau 10 : répartition des cas de méningite par sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	147	34,8%
M	276	65,2%
Total	423	100%

b) Age

Toutes les tranches d'âge sont touchées par la méningite, la moyenne d'Age est 17 ans, On observe que les enfants sont dès la naissance jusqu'à l'âge de 15 ans présentent 62 % des cas.

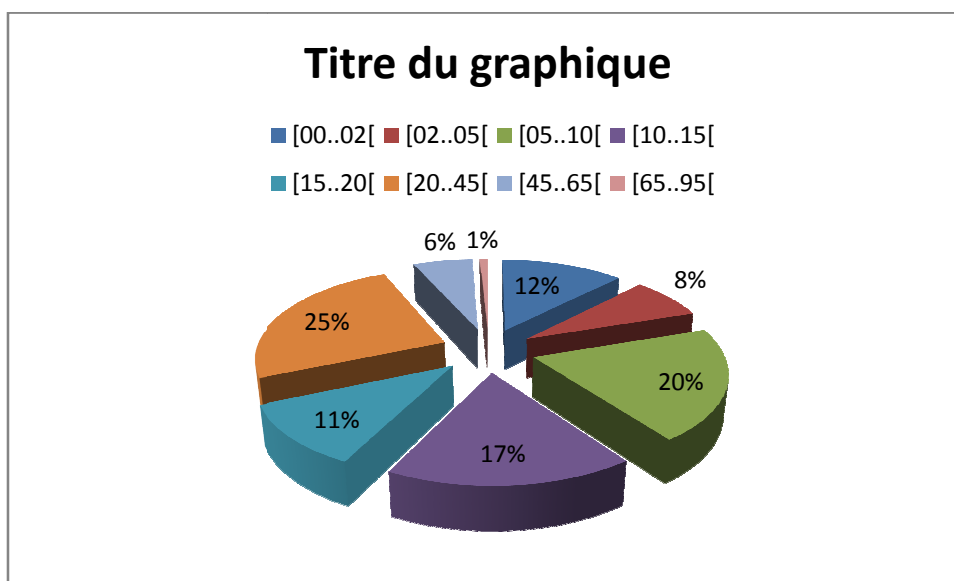


Figure 99 : répartition des cas de méningite par tranche d'âge

c) Année

On trouve que la méningite est présente au cours de toutes les années

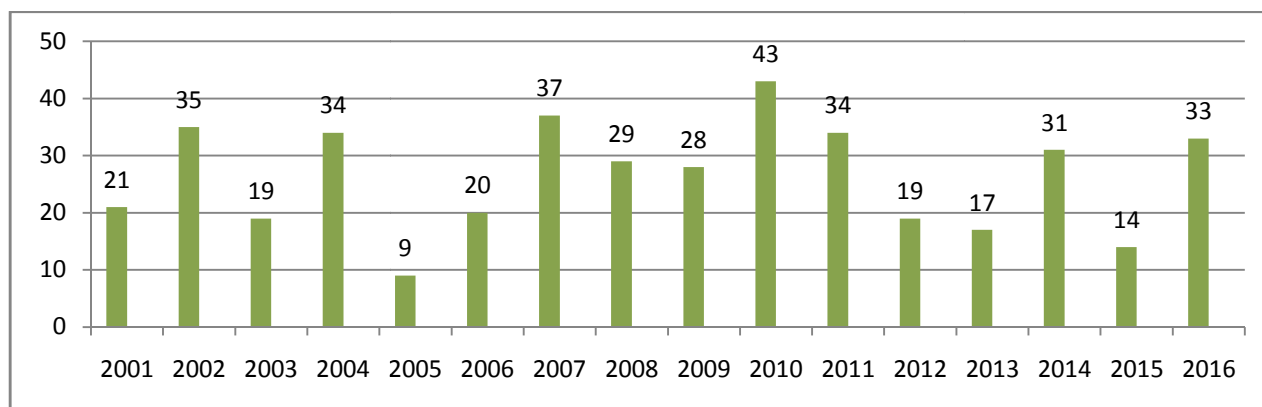


Figure 30 : répartition des cas de méningite par tranche par année

L. Rickettsiose

a) Sexe

Le nombre des cas est de 452 cas, 78% masculin et 22% féminins, de sexe ratio 3,52.

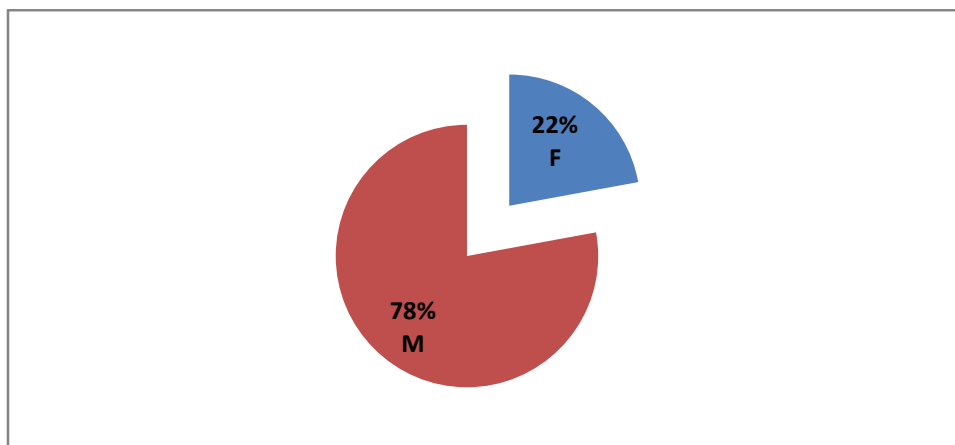


Figure 31 : répartition des cas de rickettsiose par sexe

b) Âge

La moyenne d'âge des cas de rickettsiose est 40,38 ans, la tranche d'âge [20..65[est particulièrement la plus touchées, les extrêmes s'étalant dès la naissance jusqu'à 95 ans.

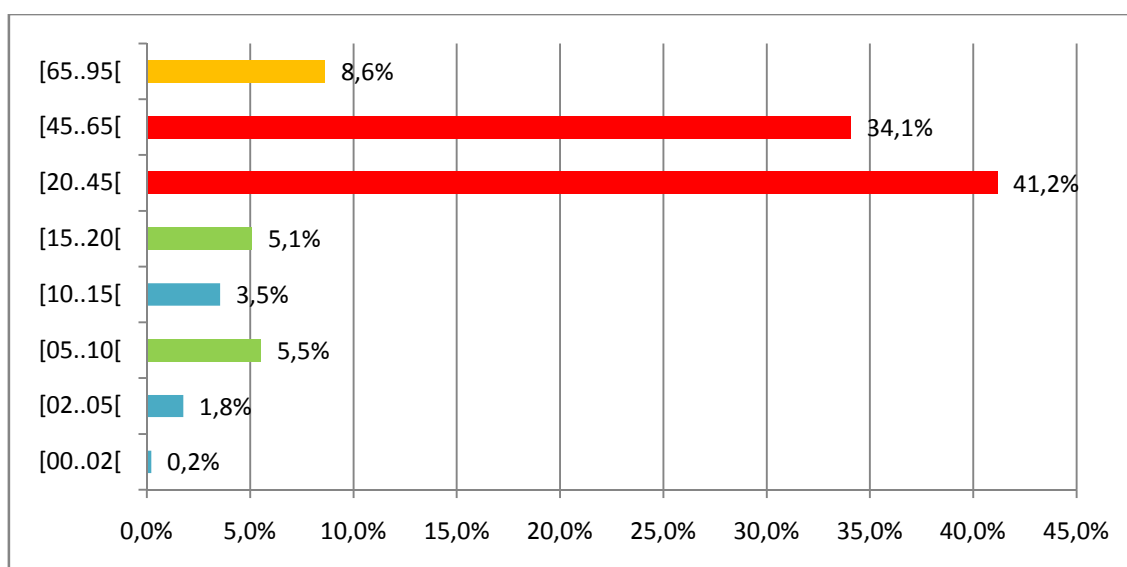


Figure 32:répartition des cas de rickettsiose par âge

c) Mois

Les mois 5 jusqu'au 11 est la période où on trouve le nombre des cas déclarés du rickettsiose, et la fréquence des cas est élevée dans les mois 7, 8,9.

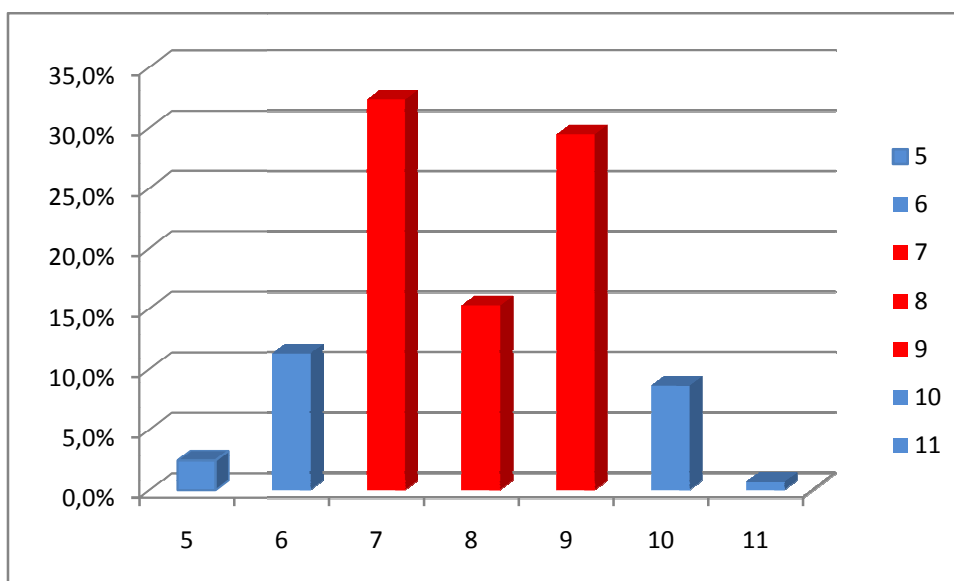


Figure 33 : répartition des cas de rickettsiose par mois

d) Année

Les rickettsioses sont présentes au cours des 16 ans.

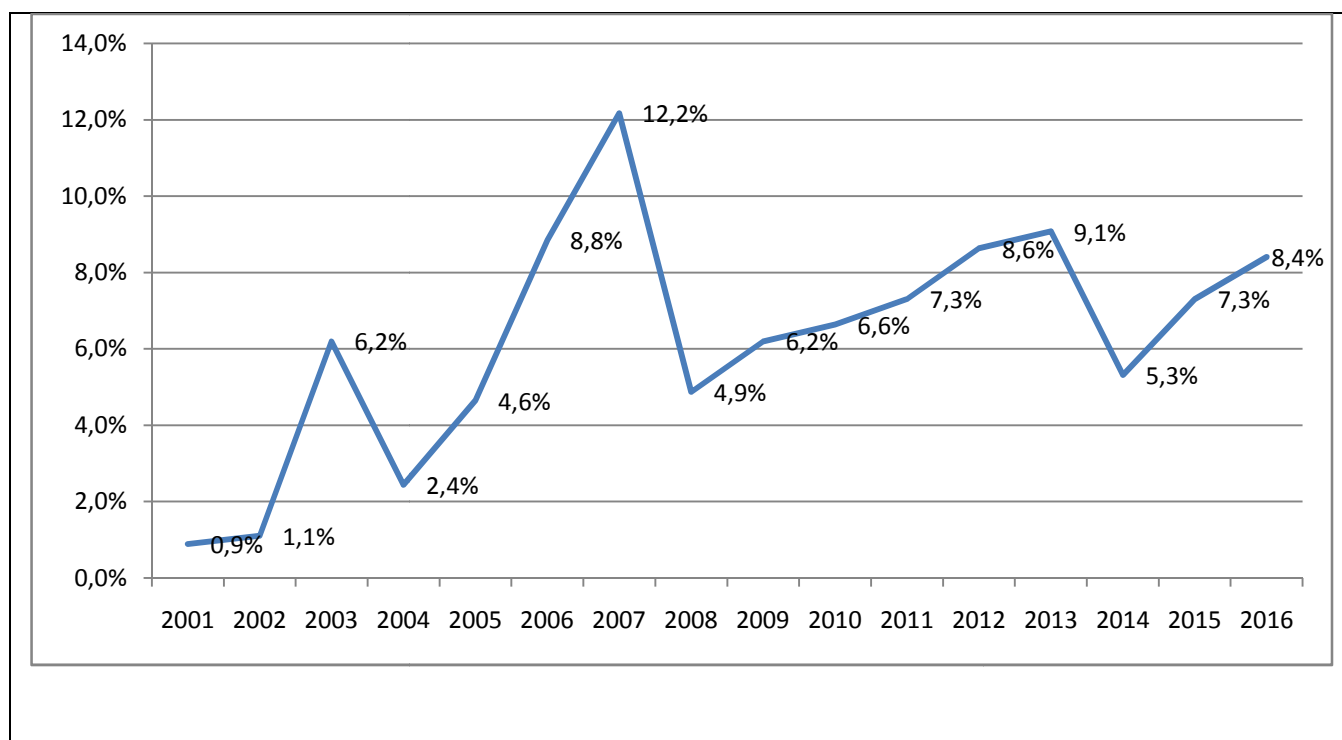


Figure 34: répartition des cas de rickettsiose par année

M. La Rage

a) La répartition des cas de la rage selon : , sexe, âge, année

D'après l'analyse du tableau, les quatre cas déclarée sont de sexe Masculin, La moyenne d'âge est de 17 ans, la rage est peut fréquente elle été présente dans 3 année.

Tableau 11 : Distribution de la rage selon : sexe, âge, année

Rage	Fréquence	Pourcentage
Sexe		
M	4	100%
Groupe d'âge		
[05..10[	1	25%
[10..15[	1	25%
[15..20[	1	25%
[20..45[	1	25%
Année		
2007	1	25%
2010	1	25%
2015	2	50%
Total	4	100%

N. La Rougeole

a) Sexe

Le nombre des cas de la rougeole est de 312, 54% de sexe féminins et de 46% sexe masculins. Le sexe ratio est 0,83.

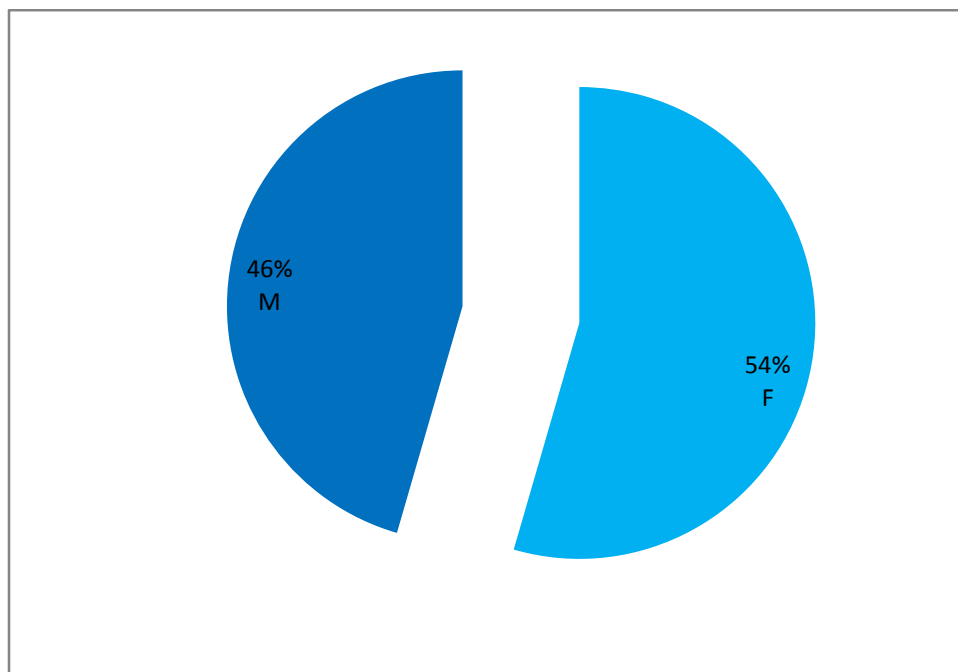


Figure 35: répartition des cas de rougeole selon le sexe

b) Age

L'âge moyen de la rougeole est de 9,23 ans, d'après l'analyse on découvre que l'enfant moins de 15 ans sont les plus touchés.

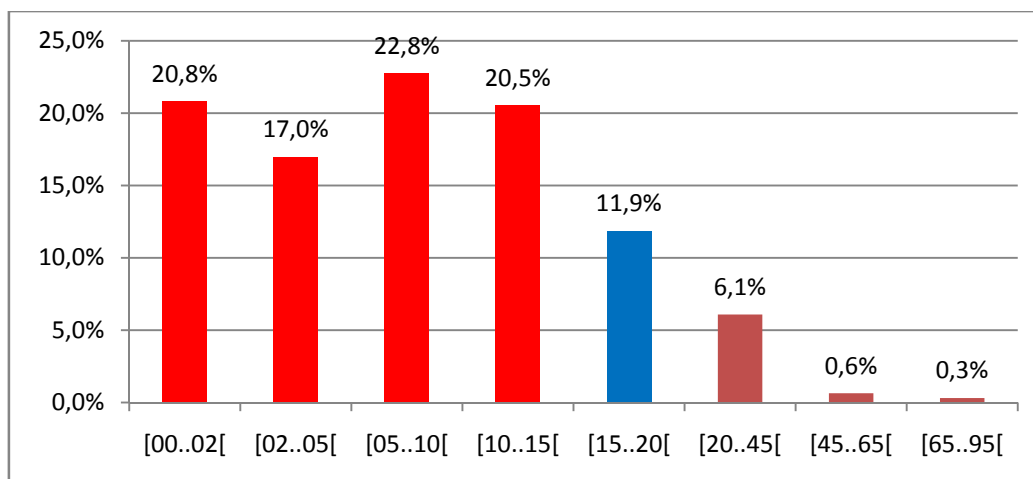


Figure 36: répartition des cas de rougeole selon l'âge

c) Année

La rougeole depuis l'année 2009 n'a été pas déclarée

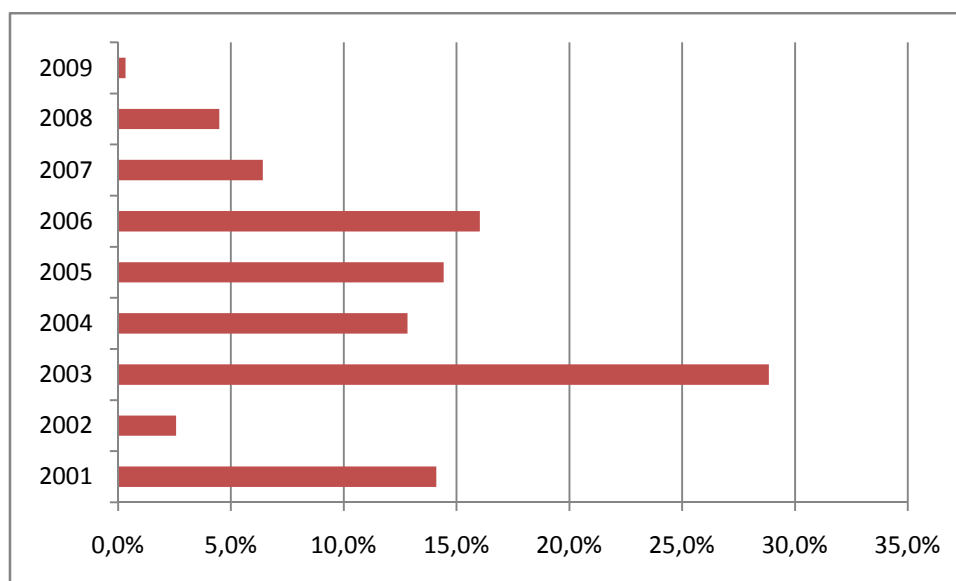


Figure 10 : répartition des cas de rougeole selon l'année

O. Syphilis

a) Sexe

La répartition des cas de syphilis dans les 16 ans selon le sexe est 81,6 % hommes et 18,4% femmes.

Tableau 12 : répartition des cas de syphilis selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	18	18,4%
M	80	81,6%
Total	98	100%

b) Âge

La moyenne d'âge de syphilis est de 43,09ans, particulièrement la tranche d'âge [20..45[est la plus touchée.

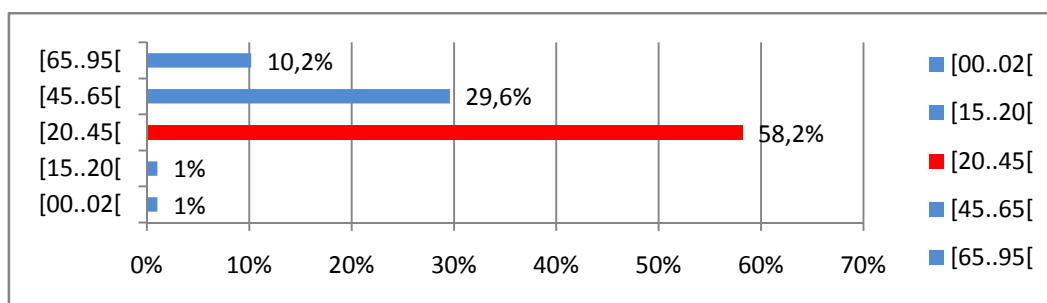


Figure 38: répartition des cas de syphilis selon la tranche d'âge

c) Année

Depuis 2001 la fréquence de syphilis est en augmentation avec un pourcentage de 2% ,jusqu'a 2015 un pourcentage de 17,3% et en 2016 avec un pourcentage de 8,2%.

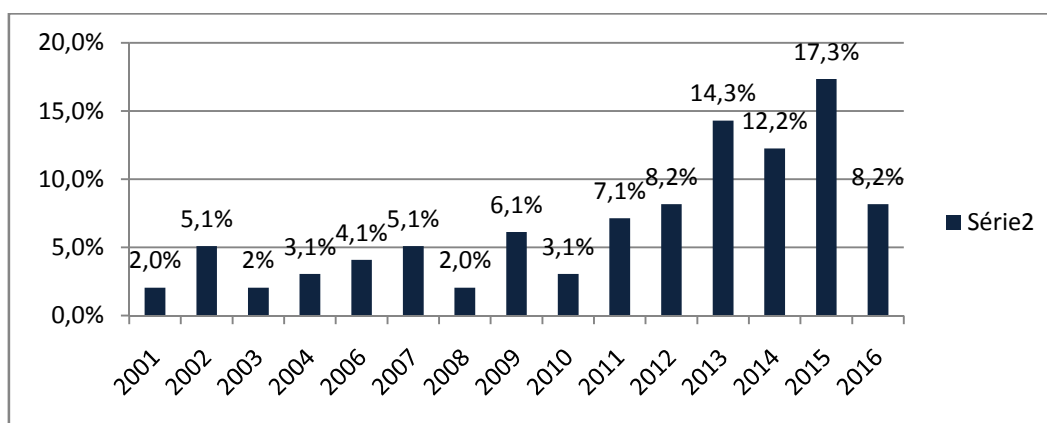


Figure 119: répartition des cas de syphilis selon l'année

P. TIAC

a) Sexe

la répartition des cas de TIAC selon le sexe et de 53,7% femmes et 46,3% hommes, de sexe ration 0,86.

Tableau 13 : répartition des cas des TAIC selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	499	53,7%
M	430	46,3%
Total	929	100%

b) Age

Toutes les tranches d'âge sont touchées par les TIAC, l'âge moyen est 24,92ans, s'étalent entre moins de 2ans et plus de 65ans.

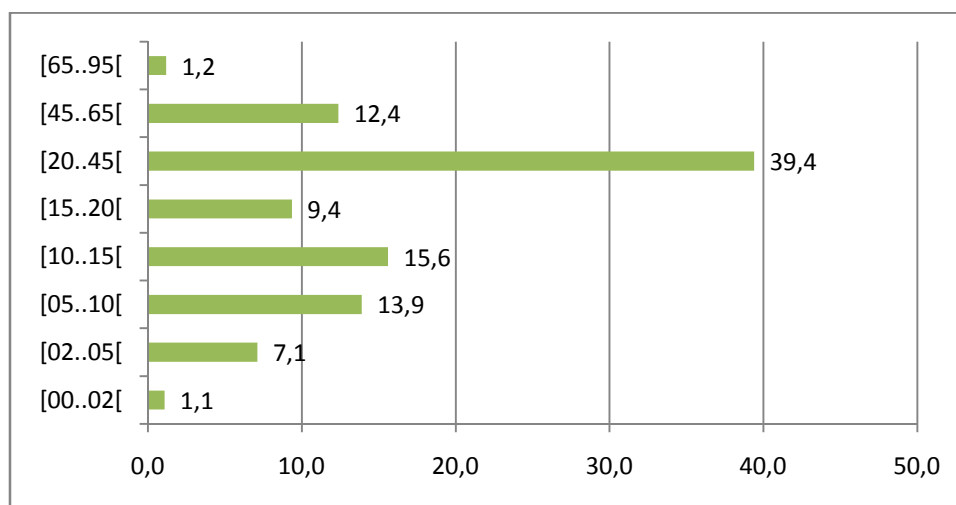


Figure 40 : distribution des TIAC selon la tranche d'âge

c) Mois

Dans Le mois de juillet la fréquence des TIAC est élevé avec un pourcentage de 30,8% (Saison d'été).

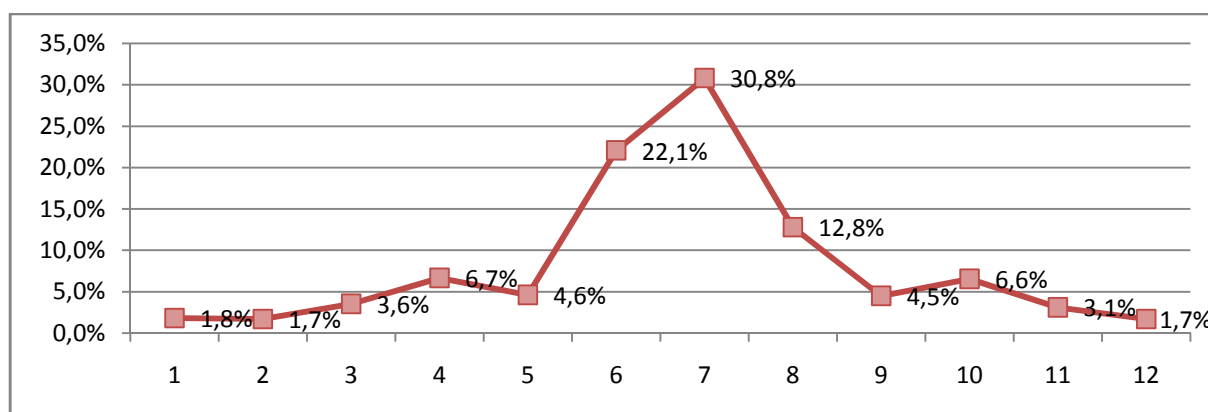


Figure 41: distribution des TIAC selon les mois

d) Année

L'année 2001 est l'année où on trouve que la fréquence des TIAC est plus élevée et aussi Les TIAC sont présents dans les 16 ans

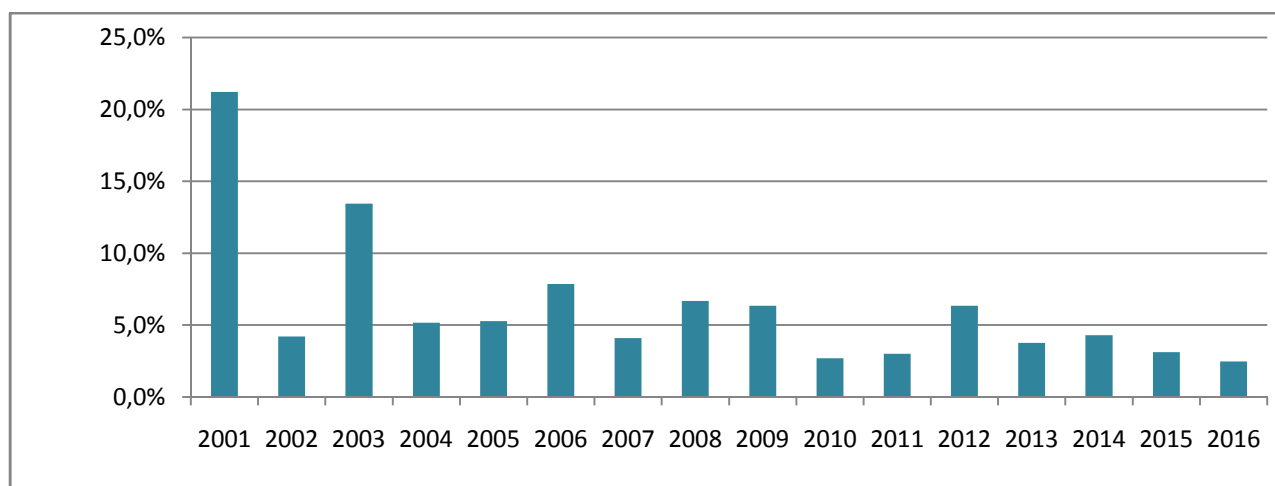


Figure 42 : distribution des TIAC selon les années

Q. Trachome

a) Sexe

Le nombre des cas déclarés est 348, 65% de sexe féminin (225) et 35% de sexe masculin (123), avec un sexe ratio 0,54.

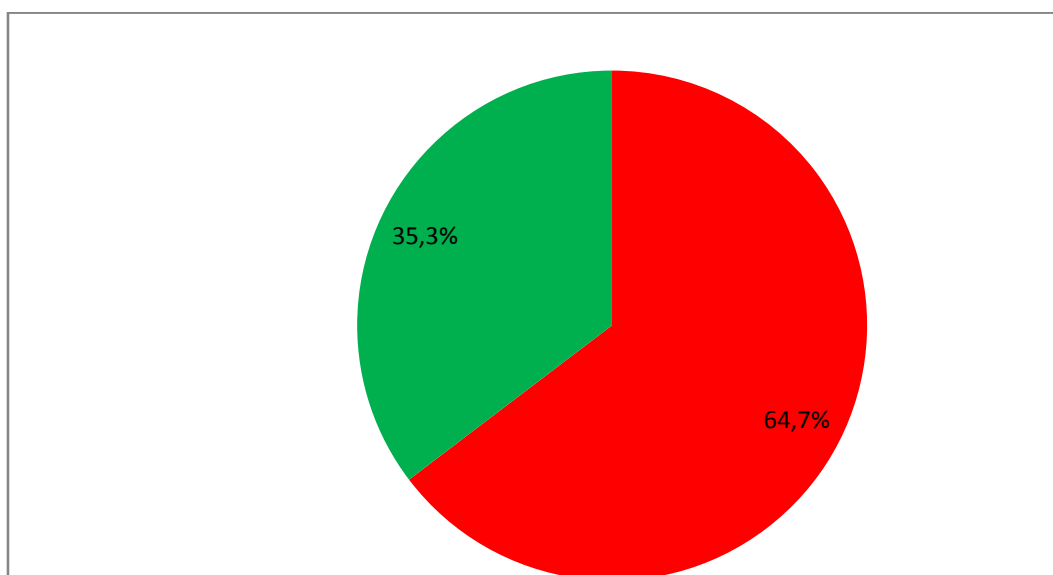


Figure 43 : distribution des cas de trachome par sexe

b) Age

L'âge moyen de trachome est 49 ans, toutes les tranches d'âge sont concernées sauf la tranche de] 00-02] mais il est fréquent chez l'adulte, et particulièrement la tranche] 45-64].

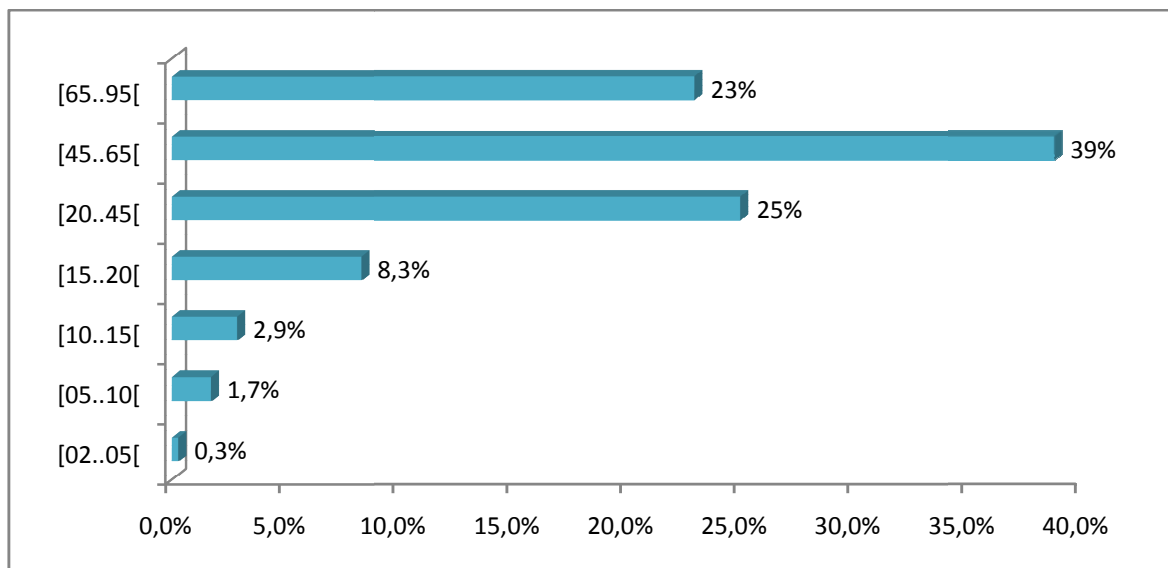


Figure 124: distribution des cas de trachome par tranche d'âge

c) Année

D'après L'analyse des cas selon l'année en trouve que le trachome a été éradiqué après l'année 2008

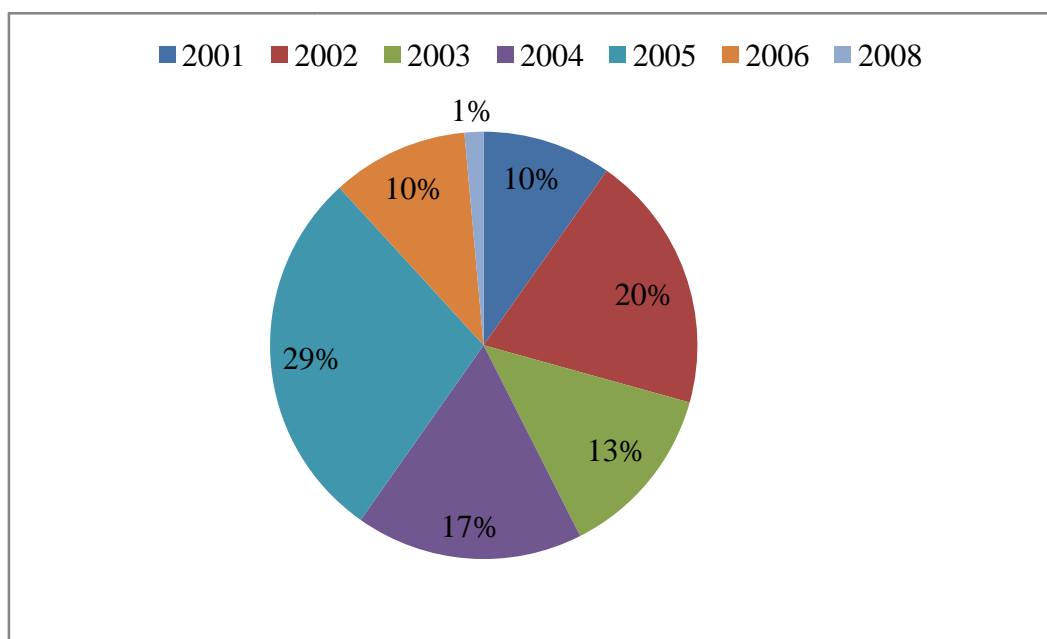


Figure 135: distribution des cas de trachome par année

IV. L'Incidence des maladies fréquentes dans tout la période d'étude

Tableau 14 : Incidences des maladies fréquentes présentes dans tout la période d'étude

Brucellose								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence	3,16	4,1	3,5	1,4	3,4	1,4	1,58	5,7
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	7,01	5,03	6,77	3,56	4,84	6,08	11,15	5,08
F Typhoïde								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence	6,84	16,01	17,1	10,91	2,44	5,29	1,43	4,77
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	2,80	2,80	6,40	2,71	1,78	0,88		0,42
HIV								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence		0,51	0,5	0,49	2,44	0,48	1,43	1,43
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	1,4	2,74	2,25	2,67	4,84	4,78	2,14	5,08
Méningite								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence	11,06	18,07	9,56	16,86	4,39	9,62	17,74	13,85
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	13,10	19,68	15,36	8,47	7,48	13,47	6	13,97
Rickettsiose								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence	2,1	2,58	14,08	5,45	10,25	19,25	26,37	10,51
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	13,10	13,73	14,91	17,39	18,05	10,43	14,15	16,09

Syphilis								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence	1,05	2,58	1	1,48	1,95	2,40	0,95	2,86
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	1,40	3,20	3,61	6,24	5,28	7,38	3,43	1,05
TIAC								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence	103,77	20,15	62,90	23,81	23,92	35,14	18,22	29,62
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	27,61	11,45	12,65	26,32	15,41	17,39	12,44	9,74
VHA								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence	4,21	1,55	1,51	1,49	2,44	1,44	13,43	10,51
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	1,87	1,83	7,23	20,07	16,29	6,08	4,72	2,12
VHB								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence	2,63	3,10	5,03	3,97	2,93	4,81	8,15	13,85
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	7,02	5,04	8,13	9,37	9,69	7,82	7,72	13,97
VHC								
Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Incidence	2,63	5,68	3,52	1,49	2,93	5,78	4,80	6,21
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence	3,28	2,75	6,33	4,46	3,96	8,26	8,58	5,50

Discussions

On a fait une étude épidémiologique rétrospective des maladies transmissibles (MT) sur des relevés hebdomadaires au niveau de service d'épidémiologie d'EPH Ain Témouchent qui couvre 15 communes. Après la collecte et l'analyse des données, il ressort que :

Brucellose

Le sexe le plus exposée est le sexe masculin, toutes les tranches d'âge sont concernées avec une prédominance chez les sujets âgés entre 20 et 45 ans , cette prédominance de sexe masculin et de la tranche d'âge [20-45] pourrait être due à leur exposition à certaines professions (boucherie, agricultures ...).

Le nombre de cas déclarés au niveau de EPH Ain Témouchent est plus élevé dans la période du juin jusqu'au septembre que durant les autres mois. La Wilaya d' Ain Témouchent fait partie du bassin méditerranéen ce qui explique l'existence de la brucellose.

D'après le travail de fin d'études de KHETTAB S, TALLEB L Melle BOUDJEMAA W qui a été réalisé en 2009-2010 dans le CHU de Tlemcen, la brucellose survient à tous les âges avec une prédominance chez l'adulte jeune de sexe masculin. La brucellose a une répartition mondiale avec une prédominance dans le bassin méditerranéen

En Algérie, le maximum de cas est enregistré entre mai et septembre, correspondant à la période de mise bas du cheptel mais également à celle de la consommation maximale de lait et de ses dérivés, notamment, le fromage de chèvre.

Dans notre travail, on remarque une élévation des chiffres de l'incidence annuelle (pour 100 000 habitants) : en 2009 : 7,1 ; en 2010 : 5,03, en 2011 : 6,7 ; 2014: 6,08; 2015: 11,5 ; 2016 : 5,08.

D'après l'INSP, une augmentation des chiffres de l'incidence annuelle : 14,94 - 28,04 et 16,74 pour 100 000 habitants en 2009, 2010 et 2011 respectivement.(INSP 2001-2009)

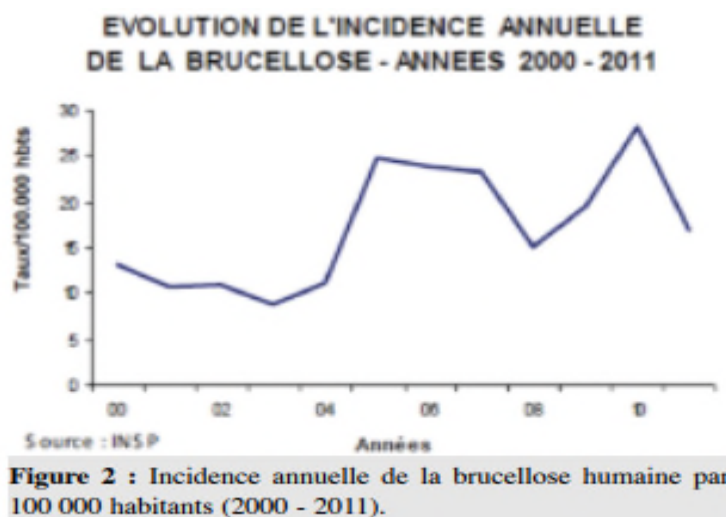


Figure 1 Incidence annuelle de la brucellose

Dysenterie

Le sexe féminin est prédominant, cette maladie englobe toutes les tranches d'âges et surtout les adultes âgées. Dns notre étude, les déclarations ce sont arrêté suite au découpage des établissements sanitaire en Algérie car les cas de dysenterie était pris en charge par les EPSP directement en consultations externe.

Fièvre typhoïde

Elle touche plus les hommes que les femmes, et les jeunes adultes [20-45], elle existe au cours de l'année mais plus fréquente durant la saison chaude. Le nombre de cas déclarés en 2016 est très faible, il montre que la F.T est en voie de disparition dans la région. L'incidence de la fièvre typhoïde à fortement reculée au cours des quatre années (2012 jusqu'au 2014), pour reprendre très légèrement en 2016.

D'après une étude épidémiologique de la fièvre typhoïde faite par KHALILI M, HEBBAR Z, SEBIANE SI sur des dossiers des malades au niveau de service des maladies infectieuse CHU Tlemcen : La fièvre typhoïde sévit pendant toute l'année avec les hautes fréquences en mai et août en rapport avec des épidémies. Les hommes sont plus exposés et atteints de la fièvre typhoïde que les femmes. La fièvre typhoïde est essentiellement une maladie de l'adolescent et de l'adulte jeune.

VIH

Les deux sexes (F et M) ayant la même possibilité de contracter le VIH et les jeunes adultes sont les plus touchés.

Selon l'OMS, les femmes sont probablement plus susceptibles d'être infectées par le VIH. La tranche d'âge la plus touchée par le VIH à Bangui est de 15 à 24 ans, selon l'ANJFAS.

L'incidence du VIH est en augmentation au cours des années d'étude et marqué un pic de 5,08 pour 100 000 habitants.

Le kyste hydatique

La fréquence du kyste hydatique est très faible dans les communes concernées de la région d'Ain Témouchent. Les deux sexes sont exposés au kyste hydatique sans aucune prédominance. Il atteint les personnes âgées de 20ans et plus.

Leishmaniose

C'est une maladie presque inexistante dans la région d'Ain Témouchent (commune concernée), elle est apparue dans une seule année et a touché trois enfants de moins de 2 ans de sexe masculin.

Leptospirose

Maladie d'une fréquence faible au niveau de la région d'étude. Quelques cas ont été déclarés (8 cas), réparti sur six années (2006,2008, 2010,2011, 2015, 2016).

Méningite

Notre travail montre qu'elle peut survenir à tout âge, mais elle est plus fréquente chez les enfants de moins de 5 ans, chez les adolescents et chez les jeunes adultes. Les hommes sont les plus exposés que les femmes.

On a constaté que l'incidence de la méningite est instable dans notre étude avec des pics enregistrés dans les années 2002(18,07), 2007(17,74) ,2010 (19,68), qui concorde avec la littérature où la méningite sévit à l'état endémo épidémique sous forme flambées épidémiques.

Rickettsioses

Représentent un ensemble complexe de maladies infectieuses. Dans notre étude, le nombre des cas de rickettsioses est très important.

La Fièvre Boutonneuse présente la majorité des cas. Le ratio Homme/Femme retrouvé 3,52 soit 78% des cas, ce qui montre une majorité masculine. L'âge le plus affecté est à partir de 20 ans.

D'après une étude rétrospective de la Fièvre Boutonneuse Méditerranéenne, dans la wilaya de Tlemcen 2007-2011 faite par BOUNACEUR F, la prédominance masculine est nette (sexe ratio 3.76) et la tranche d'âge la plus touchée reste l'adulte jeune.. En France, les tranches d'âge touchées sont celles des moins de dix ans et les plus de cinquante ans, avec sex-ratio de 1.35 et 1.48 selon deux études différentes (2,6), Au Maroc toutes les tranches d'âge sont touchées avec une moyenne de 37.5 ans (sexe ratio de 2.1) (18).

La raison de cette différence entre sexes pourrait être due à l'exposition des hommes par leurs professions.

L'incidence des rickettsioses durant les 16 ans d'étude est de 13,02 pour 100 000 habitants, cela montre que les rickettsioses sont fréquentes dans la région d'Ain Témouchent.

Rage

Elle est rare. Quatre personnes ont été déclarées, toutes décédées. Elles sont de sexe masculin.

Rougeole

La majorité des cas était des enfants, le sexe féminin présent 54%, et depuis l'année 2010 aucun cas n'a été déclaré grâce au programme élargi de vaccination.

Une étude des déterminants de la vaccination dans le district sanitaire de FOUMBAN-CAMEROUN 2009 : la majorité des enfants était de sexe masculin soit 56,19% contre 43,81% de filles. Cette majorité masculine est retrouvée dans l'enquête de l'INS [20].

Syphilis

Dans notre étude 98 cas de syphilis ont été enregistrés, la majorité des cas appartiennent au sexe masculin, et de jeunes adultes, la moyenne d'âge était de 43,09ans.

À propos d'une étude prospective au CHU de Nîmes ; en six mois, 30 cas de syphilis ont été diagnostiqués. Un tiers des malades étaient des femmes. L'âge moyen était de 46,3 ans.

On note une augmentation des chiffres de l'incidence annuelle : 6,24 ; 5,28 ; 7,38 pour 100 000 habitants en 2012, 2013 et 2014 respectivement.

Dans les pays en développement, en Afrique notamment, l'incidence de la syphilis est inconnue car les études disponibles sont des enquêtes de séroprévalence conduite dans des populations particulières (femmes enceintes, donneurs du sang, malades hospitalisés) ou à risque (prostituées). (**Pr. BENCHOUK et all, 2016**)

.Trachome

Dans notre étude on trouve que le sexe féminin était le plus exposé à la maladie, il était fréquent chez l'adulte jeune et âgés.

TIAC

Elles sont très fréquentes en période d'été, touchant plus les femmes. Les jeunes adultes sont la catégorie la plus exposée.

L'incidence des toxico-infections alimentaires collectives connaît un pic de 103,77 durant l'année 2001, puis une régression dans les années suivantes. En 2016, les TIAC ont connu une légère diminution par rapport au période précédente avec une incidence de 9,7 cas

pour 100 000 habitants, elles peuvent être justifiées par l'application des mesures d'hygiène et de surveillance.

VHA

L'âge entre 05 et 10 ans représente 38,9% de cas où on observe un pic de fréquence. L'âge moyen de cas est de 13.27 ans.

VHB

Notre étude, on a dénombré 247 patients porteurs l'hépatite virale B chronique soit une incidence de 6.1% pour 100 000 habitants ;

Dans notre série, On a trouvé 173 hommes, et 74 femmes ou le ratio (H/F) est de 2,33, La prédominance masculine 70.04% adhérent avec les résultats d'étude de Dr Benbekhti, , ou le pourcentage des hommes atteint d'hépatite virale B était de 77%.

L'analyse de la répartition des cas de VHB par tranche d'âge montre que la Tranche d'âge [20..45]est particulièrement concernée avec un pourcentage de 67,6%, Ou la moyenne d'âge était de 38,85 ans, concordent avec la littérature ou le VHB touchent le plus souvent les sujet de l'âge adultes

VHC

Dans notre étude, les cas de VHC déclarés sont de nombre de 165 cas, avec une moyenne de 10 cas par an, et un taux d'incidence de 4.7 pour 100 000 habitants ;

A Tlemcen, la somme totale des cas d'hépatite virale C notifiés dans la population général de 2005 à 2010 est : 226 cas, avec une moyenne de 21 cas par an, et un taux d'incidence de : 2.26 / 100 000 habitants.

Une enquête nationale réalisée en 2005 au niveau de 6 wilayas de l'est du pays ;
Batna, Msila, Khenchela, Oum el boughi, Tébessa et Souk ahras

A retrouvé une incidence de 3.47% pour l'hépatite virale C. **5Dr Debzi Nabil,D**

L'âge moyen de nos patients présentant une hépatite virale C est de 50,45 ans, La tranche d'âge la plus touchée est [45..65 [soit 41,8%.Le nombre de femmes est de 89 soit 53.94%, et les hommes sont de nombre de 76 soit 46.06%, Le sexe ratio est de 0,8.nos résultats concordent avec celle de l'étude qui a été procédé au niveau du service des maladies infectieuses EPH Ibn Zohr à Guelma sur l'hépatite virale C, ou l'âge moyen est de 49 ans avec une prédominance de l'infection chez les sujets de sexe féminin 52,94%, qui a été expliqué par certaines pratiques sociales plus communes parmi les femmes et connues par leur risque de transmission du VHC.

(Abstracts de la CIGH 2015. *Batna J Med Sci*2015;2:94-110)

Conclusion

Au terme de cette étude, nous concluons que la Brucellose, les VHA VHB, VHC, VIH, la Méningite, les rickettsioses, et les TIAC restent des pathologies fréquentes ces dernières années dans notre région puisqu'elles présentent la majorité des MDO. Leurs incidences sont toujours en augmentation.

Suite à l'amélioration des conditions socio-économiques, la rapidité de la prise en charge et la surveillance, une éradication des certaines maladies est possible. La variole a été éradiquée, la rougeole est contrôlée par la vaccination, le trachome, la dysenterie et la fièvre thyroïde qui sont en voie de disparition .

Le contrôle efficace des maladies transmissibles est fondé sur une surveillance efficace de ces maladies. Pour pouvoir agir sur les maladies transmissibles prioritaires, il est essentiel de pouvoir disposer d'un système national de surveillance qui fonctionne efficacement.

Ce système représente un élément-clé de la prise de décision en matière de santé publique pour tous les pays (identification des priorités, planification, mobilisation et allocation des ressources, prédiction et détection précoce des épidémies, surveillance continue et évaluation des programmes de prévention et de lutte contre les maladies).

En Algérie, le système de déclaration et de surveillance a été mis en place depuis 1986, et a été rajusté par un assise réglementaire se résumant par :

L'arrêté n° 179 du 17.11.1990 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et les modalités de notification complété et modifié par l'arrêté n° 133 du 30.12.2013

La circulaire n° 1126 du 17.11.1990 portant système de surveillance des maladies transmissible.

Bibliographie

- 1 **Ameli.fr.** Comprendre l'infection par le VIH, Principaux symptômes .2017
- 2 **ANOFEL.** Leishmaniose. 2014
- 3 **Arezki Habel M.** Les maladies, sexuellement transmissibles, (MST), sont très fréquentes et occultées, en Algérie. 2013
- 4 **BELATAF M, BOUKRINE F .** Les hépatites virales A,B,C,D,E,G,TT et F. Algérie. 2002
- 5 **BELATAF M, BOUKRINE F, ZELGUI A,** Les maladies à transmission hydrique, Choléra. Fièvre Typhoïde. Shigellose. Amibiase. Hépatites Virales à transmission Féco-orale. 2004
- 6 **BENACEUR F.** étude rétrospective de la Fièvre Boutonneuse Méditerranéenne. 2012
- 7 **BEZZAOUCHA A.** Maladie à Déclaration Obligatoire. Profil Epidémiologique. Volume 1 Maladie bénéficiant d'un programme de lutte. Office des Publications Universitaires. 2004.
- 8 **BEZZAOUCHA A.** Maladie à Déclaration Obligatoire. Profil Epidémiologique. Volume 2 Maladie à impact grandissant sur la santé public. Office des Publications Universitaires. 2004.
- 9 **BOUZIANI M.** Les pathologies infectieuses. Aspects Epidémiologique et Prophylactique Oran: Dar el Gharb.2002.
- 10 **CDU-HGE.** ABREGE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE ET DE CHIRURGIE DIGESTIVE. Elsevier-Masson. . (2015)
- 11 **CHU de Nîmes.** Etude prospective. Syphilis. 2003
- 12 **Copyright MedQual.** TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE (TIAC). Fiche n°834-TIAC-2012
- 13 **Diane D.** Infections VIH : Outils Virologiques Diagnostic de l'infection Quantification virale
- 14 **Dr Jacqueline L-** Syphilis.2017
- 15 **Faure E, Labreze L.** La méningite. 2017
- 16 **Fiches pratiques.** Le virus de l'hépatite C. 2017
- 17 **HAS.** DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA LEPTOSPIROSE. 2010
- 18 **HAS.** Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. France: Saint-Denis La Plaine CEDEX. 2011.
- 19 **HELENE D.** TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE (TIAC).

- 20 **INPES**, Hépatite Virale B .2001
- 21 **INSP**. 2001-2009
- 22 **Institut Pasteur d'Algérie**. Cycle évolutif d'ECHINOCOCCUS GRANULOSUS. 2017
- 23 **Item 83**, Hépatites virales. Anomalies biologiques hépatiques chez un sujet asymptomatique, 2009, 2010
- 24 **Jacqueline -L, Lyonel R, Jesus Cardenas**. Rickettsioses.2016
- 25 **KHALILI M, HEBBAR Z, SEBIANE S**. La fièvre typhoïde. 2014
- 26 **KHETTAB S, TALLEB L, BOUDJEMAA W**. La Brucellose (2009,2010)
- 27 **Les hépatites virales chroniques (L'hépatite B, sa vie son œuvre...)**. 2017, disponible sur le site : <http://www.arcat-sante.org/>
- 28 **Méningite cérébro-spinale**. 2017. Site : <http://www.docteurlic.com/maladie/meningite-cerebro-spinale.aspx>
- 29 **Midoun N, Benmansour Terki k, Betayeb A, Ben aicha N**. Bilan de surveillance des MDO EHU d'Oran). 2013
- 30 **MOUNPAIN S**. étude des déterminants de la vaccination dans le district sanitaire de FOUMBAN-CAMEROUN. 2009
- 31 **OMS** Rage. Aide-mémoire.2017
Ameli.fr . Rougeole : définition et modes de transmission, Symptômes, diagnostic et évolution. 2017
- 32 **OMS**. Les maladies liées à l'eau. Fièvres typhoïde et paratyphoïde.2017
- 33 **OMS**. Échinococcose Aide-mémoire N°377. 2017
- 34 **OMS**. Hépatite B. Aide-mémoire N°204. 2017
- 35 **OMS**. Hépatite C. Aide-mémoire N°164 .2017
- 36 **OMS**. Leishmaniose 2017
- 37 **OMS**. Rougeole Aide-mémoire 2017
- 38 **OMS**. VIH. 2017
- 39 **Pr. BENCHOUK et all**, Prévalence de la Syphilis chez les demandeurs de la sérologie syphilitique au laboratoire du CHU Tlemcen.2016
- 40 Résistance. 2015.
- 41 **Rickettsioses** . 2017. Site: <http://www.docteurlic.com/maladie/rickettsioses.aspx>
- 42 **VIRUS DE L'HEPATITE A (VHA)**, disponible sur le site : <http://www.chu-roouen.fr/mtph/fiches/Hepatite%20A.pdf>

Annexe

Résumé :

Les maladies transmissibles posent un problème de santé public en Algérie malgré un recul considérable enregistré ces dernières décennies. Les maladies transmissibles sont des maladies à déclaration obligatoire

Pour tracer le profil épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire et de

Connaître le cout de la prise en charge et les maladies encore existants ces dernière année, Nous avons mené une étude rétrospective effectuée au sein de l'EPH Ahmed Medaghri sur une période de 12 années allant de 2001 à 2016, 3770 cas de Maladie transmissible on à été colligé

Les principaux résultats obtenus :

Brucellose : le sexe masculin et plus exposée avec un sexe ratio 1,87. Âgé moyenne 36,7 ans.

Incidence : une élévation des chiffres de l'incidence annuelle (pour 100 000 habitants) : en 2009 : 7,1 ; en 2010 : 5,03, en 2011 : 6,7 ; 2014: 6,08; 2015: 11,5 ; 2016 : 5,08.

Fièvre Typhoïde : touche plus les hommes que les femmes, et les jeunes adultes [20-45].Incidence à fortement reculée au cours des quatre années (2012 jusqu'au 2014), pour reprendre très légèrement en 2016

VIH : l'incidence est en augmentation au cours des années d'étude et marqué un pic de 5,08 pour 100 000 habitants en 2016, les jeunes adultes sont les plus touchés.

Méningite : la méningite sévit à l'état endémo épidémique sous forme flambées épidémiques.

Fréquente chez : les enfants de moins de 5 ans, chez les adolescents et chez les jeunes adultes, les hommes.

La Fièvre Boutonneuse présente la majorité des cas de rickettsiose. Le ratio Homme/Femme retrouvé 3,52 soit 78% des cas, ce qui montre une majorité masculine. L'âge le plus affecté est à partir de 20 ans. L'incidence des rickettsioses durant les 16 ans d'étude est de 13,02 pour 100 000 habitants

Syphilis : une augmentation des chiffres de l'incidence annuelle : 6,24 ; 5,28 ; 7,38 pour 100 000 habitants en 2012, 2013 et 2014 respectivement. Majorité des cas appartiennent au sexe masculin, la moyenne d'âge était de 43,09ans.

TIAC : un pic de 103,77 durant l'année 2001, une légère diminution en 2016 : une incidence de 9,7 cas pour 100 000 habitants

VHA, VHB, VHC : une incidence élevée durant les 16

Suite a l'amélioration des conditions socio-économiques, la rapidité de la prise en charge et la surveillance, une éradication des certaines maladies été remarqué.

La prévention et l'éducation surtout en période endémique restent toujours indispensables pour lutter contre les maladies transmissibles

Mot Clés : maladies à déclaration obligatoire maladies transmissibles.

Abstract

Communicable diseases pose a public health problem in Algeria despite a considerable decline in recent decades. Communicable diseases are reportable diseases

In order to plot the epidemiological profile of notifiable diseases and

We have conducted a retrospective study carried out within the EPH Ahmed Medaghri over a 5-year period from 2001 to 2016, with 3770 cases of communicable disease on has been collated

The main results obtained:

Brucellosis: the male sex and more exposed with a sex ratio of 1.87. Average age 36.7 years.

Impact: an increase in annual incidence figures (per 100,000 population): in 2009: 7.1; in 2010: 5.03, in 2011: 6.7; 2014: 6.08; 2015: 11.5; 2016: 5.08.

Typhoid fever: affects more men than women, and young adults [20-45].Incidence to strongly decline in the four years (2012 until 2014), to resume very slightly in 2016

HIV: the incidence is increasing during the years of study and peaked at 5.08 per 100,000 inhabitants in 2016, young adults are the most affected.

Meningitis: Meningitis is prevalent in epidemic endemic form in epidemic outbreaks. Frequent in: children under 5 years, adolescents and young adults, men.

The Boutonneuse fever presents the majority of cases of rickettsiosis. The male / female ratio was 3.52, or 78% of the cases, which shows a male majority. The most affected age is from 20 years. The incidence of rickettsial disease during the 16-year study period is 13.02 per 100,000 population

Syphilis: an increase in the annual incidence figures: 6,24; 5.28; 7.38 per 100,000 population in 2012, 2013 and 2014 respectively. Majority of the cases belong to the male sex, the average age was 43.09 years.

TIAC: a peak of 103.77 during the year 2001, a slight decrease in 2016: an incidence of 9.7 cases per 100 000 inhabitants

HAV, HBV, HCV: high incidence during the 16

Following the improvement of socio-economic conditions, the speed of care and surveillance, eradication of certain diseases was noticed.

Prevention and education, especially during the endemic period, are still essential for the control of communicable diseases

Keyword: notifiable diseases .communicable diseases.