

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIC ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة, السكان وإصلاح المستشفيات
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

INSTRUCTION N° 01 DU 15 JAN 2015 RELATIVE AUX MODALITÉS DE
VACCINATION DANS LES CABINETS MÉDICAUX ET LES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS PRIVÉS

Destinataires	<ul style="list-style-type: none">▪ Messieurs les Walis▪ Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie▪ Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population : <p>En communication à Mesdames et Messieurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les Directeurs des Établissements Hospitaliers privés• Les médecins des cabinets médicaux privés	<p>Pour information</p> <p>Pour exécution</p> <p>Pour exécution et suivi</p> <p>Pour exécution</p> <p>Pour exécution</p>
---------------	--	--

Pièces jointes :

- Canevas de notification des actes vaccinaux
- Canevas de notification des Manifestations Post Vaccinales Indésirables (MPVI)

Suite aux différentes missions d'inspection menées dans les structures de santé privées, il a été constaté des dysfonctionnements et des anomalies inacceptables en matière de vaccination caractérisées notamment par i) le non-respect de la chaîne de froid, ii) le non-respect des délais d'utilisation des flacons multidoses, iii) l'absence de toute notification des actes vaccinaux et des manifestations post vaccinales indésirables.

Partant du principe que le secteur privé est un acteur dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique, il est, par conséquent, attendu de ce dernier de se conformer aux directives nationales, notamment, dans le cas présent, en matière de vaccination.

A cet effet, la présente instruction vient préciser les modalités réglementant l'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre du Programme Élargi de Vaccination (PEV).

CONCERNANT L'AUTORISATION DE DISPENSE DES PRESTATIONS DE VACCINATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Seuls les Cabinets Médicaux privés et les Etablissements Hospitaliers Privés qui satisferont aux conditions, ci-dessous édictées, seront autorisés à dispenser ces prestations de vaccination.

Cette autorisation sera délivrée par le Directeur de la Santé et de la Population de la wilaya territorialement compétent. Elle est assujettie à :

- **l'inscription dans le fichier client de l'Institut Pasteur d'Algérie,**
- **la souscription au cahier des charges ci-après.**

CONCERNANT LE CAHIER DES CHARGES

Le cahier des charges qui vient organiser les modalités de vaccination dans les cabinets médicaux et les établissements hospitaliers privés comporte les clauses et règles suivantes auxquelles doit souscrire tout postulant :

- 1. l'engagement à ne pratiquer la vaccination qu'avec les vaccins fournis par l'Institut Pasteur d'Algérie,**
- 2. le strict respect du calendrier vaccinal national en vigueur, et le report de chaque acte vaccinal sur le carnet de santé**
- 3. le strict respect des règles inhérentes à l'acte vaccinal telles qu'édictées ci-dessous :**
 - **l'ouverture et la tenue d'un registre des vaccinations coté et paraphé à l'effet d'enregistrer :**
 - **chaque acte vaccinal réalisé sur un registre côté et paraphé dans lequel seront reportés : nom, prénom, date de naissance, nom du père et/ ou de la mère, numéro de téléphone du père et/ou de la mère, adresse complète des parents, type de vaccin administré, numéro de lot, date de péremption ;**
 - **tout cas de manifestation post vaccinale indésirable(MPVI), et de le reporter sur le carnet de santé de l'enfant ;**
 - **la notification mensuelle à la Direction de la Santé et de la Population, territorialement compétente, conformément au canevas ci-joint, de tous les actes vaccinaux réalisés ;**
 - **la notification de toute manifestation post vaccinale indésirable (MPVI) et ce, dès son apparition, à la Direction de la Santé et de la Population territorialement compétente conformément aux canevas ci-joints (formulaire 1 et formulaire 2) ;**
 - **le respect des délais d'utilisation des flacons entamés qui ne doivent pas dépasser les 24 heures après leur ouverture.**
- 4. le strict respect de la chaîne de froid depuis l'enlèvement du vaccin de l'Institut Pasteur d'Algérie jusqu'à son utilisation (transport, conservation et stockage) et par conséquent :**

- la disponibilité d'un réfrigérateur destiné spécifiquement à la conservation des vaccins (qui doivent être réfrigérés à une température comprise entre +2°C et +8°C), doté d'un thermomètre de contrôle de la température ;
- la disponibilité d'une glacière munie d'accumulateurs de glace.

A l'effet de mettre en œuvre les mesures édictées dans la présente instruction :

- Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie est chargé de :
 - ouvrir un fichier client « vaccins du PEV » à tout demandeur tel qu'identifié ci-dessus et de lui délivrer une attestation d'inscription dans le fichier client ;
 - n'approvisionner un cabinet médical ou un établissement hospitalier privé que sur présentation d'une autorisation de dispense de l'activité de vaccination du PEV établie par la Direction de la Santé et de la Population;
- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya sont chargés de :
 - établir l'autorisation de dispense de l'activité de vaccination du PEV selon les modalités ci-dessus édictées ;
 - effectuer des contrôles réguliers au niveau des Cabinets Médicaux et des Etablissements Hospitaliers Privés sur le respect des conditions afférentes à cette pratique et procéder, en cas de non respect, au retrait de l'autorisation d'activité de vaccination.

J'attache une attention particulière à l'application de la présente instruction qui doit faire l'objet d'une large diffusion.



Le Secrétaire Général

Abdelhak SAIHI

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

المديرية العامة للحماية و ترقية الصحة

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

FORMULAIRE 1

SUPPORT DE DECLARATION

MANIFESTATIONS POST-VACCINALES INDESIRABLES (MPVI)

WILAYA :	Etablissement de santé de :		
	Centre de vaccination :		
Nom et Prénom du malade:	Date de naissance:		
	Sexe:		
Description de la / ou des manifestations indésirables:			
Date d'apparition : / ___ / ___ / ___ / (Jours/Mois/Année)			
Date de déclaration : / ___ / ___ / ___ /			
Vaccin incriminé	Date d'administration	Voie d'administration (IM-ID-SC)	Point d'injection (Fesse-Deltoide..)

Antécédents de MPVI lors d'une vaccination antérieure

Le patient a-t-il déjà présenté un incident au même vaccin : Oui Non

Si oui, préciser:

Le Type de vaccin:

Le N° de la prise (DTCHibP1-DTCHibP2...):

Identité du rapporteur:

- Nom, Prénom:

- Grade:

- Lieu d'exercice:



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات
MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

المديرية العامة للوقاية و ترقية الصحة

**DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
 ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE**

**FORMULAIRE 2,
 FICHE D'ENQUÊTE**

Wilaya: :	Etablissement de santé :	Commune :
Centre de vaccination :		
Nom :	Prénom :	Sexe:
Date de naissance:	Age (en absence de la date de naissance) :	
Adresse :		
Date de déclaration :	Délai d'apparition des symptômes: (jours / Minutes / Heures) :	
Date de vaccination:	Date de l'enquête:	
Antécédents personnels : (Terrain allergique, médicaments reçus, convulsions.....) :		
Type de MPVI locale:		
• Abscès au point d'injection:	oui/non/inconnu	
• Lymphadénite liée au BCG	oui/non/inconnu	
• Réaction locale grave	oui/non/inconnu	
Autre: Anaphylaxie:	oui/non/inconnu	
Fièvre :	oui/non/inconnu	
Choc toxique:	oui/non/inconnu	
Atteinte neurologique (système nerveux central) :		
• Paralysie Flasque Aigue :	oui/non/inconnu	
• Encéphalopathies, Encéphalite/Méningite:	oui/non/inconnu	
• Convulsions :	oui/non/inconnu	
Autres manifestations (préciser):		
Vaccin(s) suspect(s)		Détails sur le vaccin
Nom du vaccin utilisé: (BCG, DTC, POLIO, Rougeole...)		N° de lot Fabricant :
Traitement: oui/non/inconnu Si oui, lequel:		Date de péremption :
Hospitalisation: oui/non/inconnu Si oui, indiquer l'hôpital :		
Décès: oui/non/inconnu		
Prélèvements et envoi d'échantillons (cas échéant) :		
Type d'échantillon	Date de prélèvement	Expédié à Date d'envoi
CAUSE RETENUE : ERREUR PROGRAMMATIQUE		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MPVI LIEE AU VACCIN		
MPVI SURVENUE PAR COINCIDENCE ou INCONNUE		
EVOLUTION :		
MPVI persistante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type de séquelles:
Guérison		
Séquelles		
Décès		
		Si Oui Date du décès:
Partie réservée au Comité de Pharmacovigilance		
Classification finale :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ERREUR PROGRAMMATIQUE		
MPVI LIEE AU VACCIN		
MPVI SURVENUE PAR COINCIDENCE ou INCONNUE		



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة، المستشفيات
ووزارة الصحة، المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

لمندوبية العامة للوقاية و ترقية الصحة

DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE

SUPPORT MENSUEL D'EVALUATION DES ACTES VACCINAUX DU PEV DE ROUTINE : ANNEE.....

MOIS DE :

Wilaya de :

Etablissement Hospitalier Privé / Cabinet Médical Privé :

Vaccins	Nombre d'Enfants vaccinés < 1 an	Vaccins	Nombre d'Enfants vaccinés > 1 an	Nombre de MPVI par vaccin
BCG				
VPO		VPO		
DTCHib 1		Dt Pédiatrique		
DTCHib 2		dT Adulte		
DTCHib 3				
HBV 1				
HBV 2				
HBV 3				
VAR				

Nombre de femmes enceintes vaccinées au : dt1

dt2

dt3

dt4

dt5

