

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

PAQUET ESSENTIEL D'INTERVENTIONS DE L'OMS POUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

**PROTOCOLES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE INTEGREES
DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)**

DESTINES A L'USAGE DES MEDECINS (M) ET DES NON MEDECINS (NM) DES CENTRES DE SANTE DU
NIVEAU PERIHERIQUE

MAI 2010

PREFACE

Le Bénin à l'instar des pays en développement paie un lourd tribut du fait de l'émergence des Maladies Non Transmissibles (MNT). Face à cette situation et à la menace grandissante qu'elle induit sur la santé des populations, il urge que des actions pertinentes soient menées pour inverser la tendance. C'est pourquoi l'OMS a initié et recommandé la mise en œuvre d'un ensemble de protocoles de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles au niveau périphérique. Il s'agit d'un Paquet Essentiel d'interventions (PEI) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les MNT.

Mon département, en s'inscrivant dans cette logique et en se basant sur les résultats de l'enquête nationale STEPS de 2008, a procédé à une adaptation de ces protocoles de prévention et de prise en charge des MNT dans les soins de santé primaire au Bénin. Ce paquet d'interventions destiné aux médecins et aux paramédicaux repose sur deux volets à savoir le préventif et le curatif.

Je reste convaincu que la mise en œuvre de ce paquet d'interventions servira d'outil utile aux agents de santé de la périphérie et de garantit aux populations un bon rapport coût efficacité des soins de santé. Aussi voudrais-je rassurer la population de l'accessibilité aux médicaments et aux soins de qualité dans les Formations Sanitaires du niveau opérationnel.

J'exhorte les différents acteurs de santé à l'utilisation efficiente de ce paquet pour l'atteinte de l'objectif mondial de la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux MNT en particulier.

INTRODUCTION

La lutte contre les Maladies Non Transmissibles constitue pour les pays en développement en general et pour le Bénin en particulier une arme indispensable à cause de l'ampleur de ces affections, de leurs conséquences sur la vie des populations et de leur impact sur le développement socio-économique. C'est pourquoi depuis quelques années, le Bénin a procédé depuis 2007 à une réforme et a réorienté sa stratégie de lutte contre les Maladies Non Transmissibles vers une approche intégrée.

En effet, la mise en place d'un Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT), a permis de réaliser entre autres en 2008 la première enquête nationale STEPS de recherche des facteurs de risque des MNT.

Sur la base des résultats de cette enquête, le Ministère a opté pour l'utilisation d'un Paquet Essential d'Interventions pour la prévention et la prise en charge des principales MNT au niveau des soins de santé primaires. Ce paquet dénommé par les anglo-saxon **WHO-PEN** (**World Health Organization - Package for integrating Essential interventions for major Non communicable diseases**) a été élaboré et mis à la disposition du Programme par l'OMS. Ce dernier est venu à point nommé pour pallier aux contraintes actuelles liées à la lutte contre les MNT dans les pays en développement en general et au Bénin en particulier. Il s'agit de :

- la difficulté d'intégration des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires ;
- la faible allocation des ressources ;
- le mauvais rapport coût - efficacité pour des interventions actuellement disponibles ;
- l'inaccessibilité géographique et financière aux soins spécialisés ;
- l'insuffisance des compétences nécessaires dans le domaine des MNT.

L'intégration de ce paquet essentiel aux soins de santé primaires s'inscrit dans les différentes stratégies mondiales et régionales de l'OMS pour la lutte contre les MNT. Elle vise la réduction significative de la double charge de morbidité et de mortalité causée par ces affections.

Ce paquet Essential d'Interventions comprend quarante (40) protocoles de prévention et de prise en charge des principales MNT dont vingt (20), destinés à l'usage des Non Médecins et vingt (20) à l'usage des Médecins dans les formations sanitaires périphériques.

PAQUET ESSENTIEL D'INTERVENTIONS DE L'OMS POUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

**PROTOCOLES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE INTEGREES
DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)**

DESTINES A L'USAGE DES NON MEDECINS (NM) DES CENTRES DE SANTE DU NIVEAU PERIPHERIQUE

Contenu

Protocole 1 NM : Prévention des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des maladies rénales. Prise en charge intégrée du Diabète et de l'HTA. (Evaluation et gestion du risque cardiovasculaire en utilisant l'HTA, le diabète et le tabagisme comme points d'entrée

Protocole: 2NM Détection Précoce des cancers

Protocole: 3 NM Applicable à Tous. Conseils et education pour la Santé

Protocole: 4 NM Des Conseils pour le Sevrage tabagique Etapes - 5As

Protocole: 5NM Orientation Diagnostique basée sur les caractéristiques E la
D de la douleur thoracique

Protocole: 6NM Orientation diagnostique

Protocole: 7NM Tuméfaction des jambes

Protocole: 7NM Tuméfaction d'une
jambe

Protocole: 8NM Perte de poids

Protocole: 9NM Traitement de la douleur cancéreuse

Protocole: 10NM Coma ou obnubilation

Protocole: 11 NM Accident Ischémique Transitoire (AIT) et AVC

Protocole: 12 NM Syndrome coronarien Aigu (SCA) Angor instable/Infarctus aigu du
Myocarde

Protocole: 13NM Angine de poitrine, Infarctus du Myocarde recent ou passé

Protocole: 14 NM Insuffisance Cardiaque Chronique (ICC)

Protocole: 15 NM Suivi des cas stables d'Asthme / BPCO

Protocole: 16NM Management of l'Asthme ou de BPCO

Protocole: 17 NM Exacerbation de l'Asthme et de la BPCO

Protocole: 18NM Infections Respiratoires Basses

Protocole: 19 NM Prévention des récives de rhumatisme articulaire Aigue et des cardiopathies Rhumatismales

Protocole: 20 NM Protocole simplifié de traitement médical des epilepsies (niveau CS)

PROCOLE 1NM: Prévention des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des maladies rénales. Prise en charge intégrée du Diabète et de l'HTA. (Evaluation et gestion du risque cardiovasculaire en utilisant l'HTA, le diabète et le tabagisme comme points d'entrée).

Appliquer ce protocole à toutes les personnes ayant l'une des caractéristiques suivantes :

- Age > 40 ans
- fumeurs
- tour de taille \geq 90 cm chez les femmes et 100 cm chez les hommes
- T A élevée
- glycémie élevée –
- antécédents personnels ou familiaux de maladies cardiovasculaires (HTA, IDM, AVC/AIT, Insuffisance Cardiaque ...etc)
- antécédents personnels ou familiaux de diabète, ou de maladie rénale

Action 1. Se renseigner sur :

- Cardiopathie connue, Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), Accidents Ischémiques Transitoires (AIT), maladies rénales ;
- Douleur à la poitrine et/ou, essoufflement à l'effort, douleur dans le mollet à l'effort ;
- Les médicaments que le patient est en train de prendre
- L'usage du tabac (oui / non)
- La consommation d'alcool (oui / non)
- La profession (sédentaire ou active)
- La pratique de plus de 30 minutes d'activité physique quotidienne au moins 05 jours par semaine (oui / non).



Action 2. Evaluer :

- Le tour de taille
- Le poids
- La taille
- La Tension Artérielle (TA)
- La glycémie à jeun ($N \geq 7$ mmol/ ou 1,26g/l ou non à jeun ($N \geq 11,1$ mmol/L ou 2g/l))
- L'Albuminurie
- La présence d'ulcère de jambe, troubles sensitifs du pied si diabète



Action 3. Critères de référence pour toutes les visites :

- Tension Artérielle Systolique (TAS) \geq 140 ou Tension Artérielle Diastolique (TAD) \geq 90 mm Hg chez les sujets âgés de moins de 40 ans.
- TA élevée \geq 140 / 90 (TA > 130 / 80 mm Hg si diabète) malgré un traitement par bi-ou trithérapie.
- Notion de douleur de poitrine à l'effort
- Notion de douleur dans le mollet à l'effort.
- Antécédents de crise cardiaque ou d'AVC si TA instable
- Tous nouveaux cas de diabète ;
- Patients diabétiques avec ulcères, engourdissement ou fourmillement des pieds,
- Patients diabétiques avec infections sévères ;
- Patients diabétiques avec une baisse récente de l'acuité visuelle ou qui n'ont pas subi d'examen ophtalmologique les deux dernières années ;
- Présence d'albumine dans les urines ;
- Persistance d'une dyspnée sévère ou d'un gonflement des jambes ;

Conversion glycémie : 1mmol/L = 0,18 g/L

PROTOCOLE 1NM: (suite)

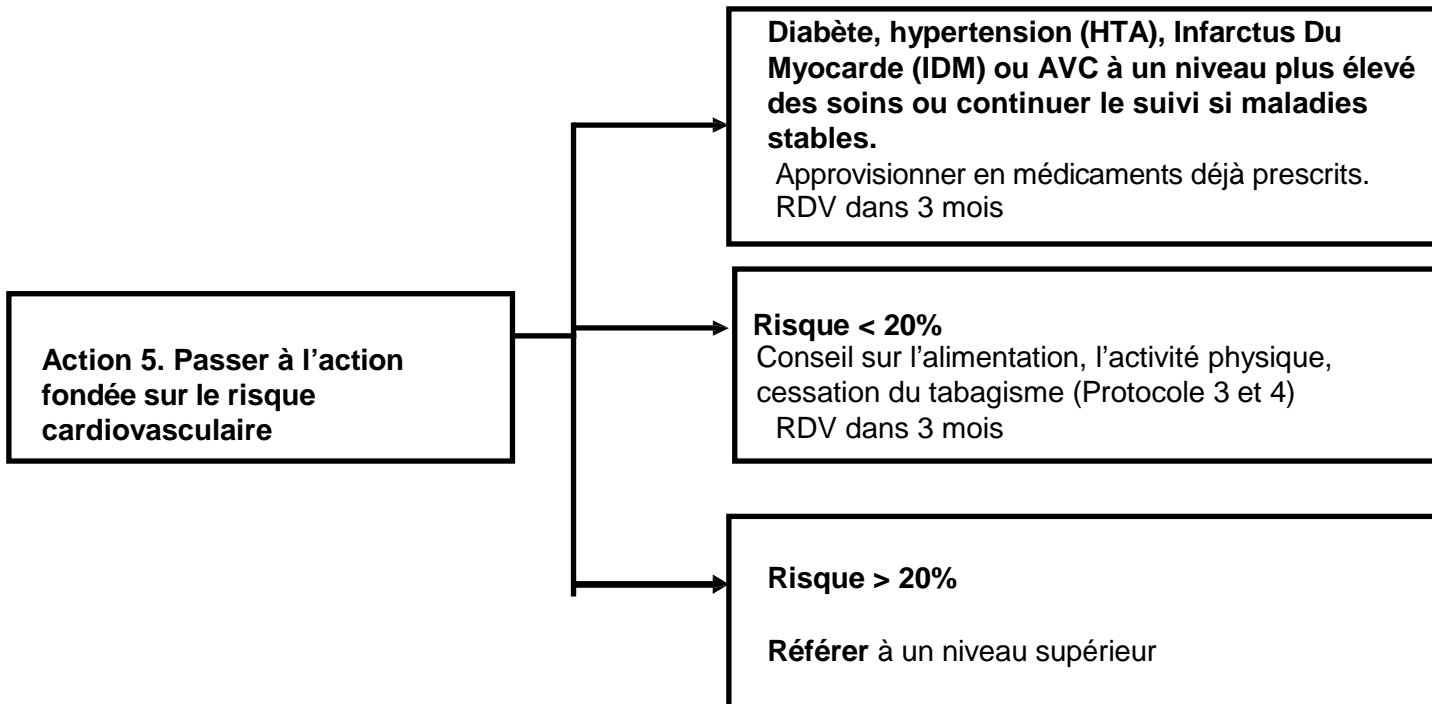
Action 4. Chez ceux qui n'ont pas été référés, procéder à l'estimation du risque cardiovasculaire.

Se servir des cartes de risques OMS/ISH relatives à la sous-région (Annexe et CD).

Se servir de : âge, sexe, comportement vis-à-vis du tabac, TAS, diabète (et cholestérolémie si disponible).

NB : Si âge 50 – 59 ans, sélectionner la tranche d'âge 50 ; si 60 – 69 ans, sélectionner la tranche d'âge 60 etc ... Pour les personnes d'âge < 40 ans, sélectionner la tranche d'âge 40).

PREMIERE VISITE



PROTOCOLE 1NM : (Suite)

SECONDE VISITE (après 3 mois)

Répéter Actions 2, 3 et 4

Risque < 10%

- Suivi et réévaluation après 12 mois.

10 à 20 % Risque

- Suivi et réévaluation après 6 mois.

- Si risque > 20% - **Référer** au niveau supérieur.

Diabète, hypertension, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral diagnostiqué à un niveau supérieur des soins ou stable:

Approvisionner en médicaments déjà prescrits.

VISITS ULTERIEURES Après 3mois)

Action pour visites ultérieures

- Si TA reste $\geq 140/90$, commencer de faibles doses de diurétiques Hydrochlorothiazide (HCT) 12,5mg
- Conseiller sur l'alimentation, l'activité physique, cessation du tabagisme (Protocole 3 et 4)
- Examiner les pieds chez les patients diabétiques
- Suivre les critères de référence pour toutes les visites
- Suivi des patients diabétiques ou hypertendus tous les 3 – 6 mois
- Référer les patients diabétiques pour l'examen des yeux tous les 2 ans.

PROTOCOLE 2 NM:

DETECTION PRECOCE DES CANCERS

Appliquer ce protocole:

- Si les signes listés sont retrouvés lors d'une consultation de routine ;
- Si les malades se plaignent des problèmes listés ;
- Pour dépister précocement les cancers.

Action 1. Chercher les symptômes ou signes suggestifs de cancer

Symptômes

Perte de poids inexplicée

Fébricule et sueurs nocturnes

Hématurie

Toux persistante ou voix rauque pendant plus de 3 semaines

Saignement post-coïtal, saignement vaginal inexplicé, perte vaginale excessive

Modification du transit intestinal ou présence de sang dans les selles (inexpliquées)

Epistaxis, obstruction nasale permanente, surdité (inexpliquées)

Signes

Présence d'une masse dans une partie du corps persistant plus de 3 semaines

(cou, aisselles abdomen, aine...)

Nodule du sein, asymétrie mammaire, écoulement sanguin du mamelon (rétraction cutanée, peau d'orange)

Lésions buccales : blanches ou rouges, excroissance ou ulcération persistantes plus de 3 semaines

Marques de naissance (grain de beauté ou autres) : changeant de couleur, de taille et /ou de forme et/ou de consistance

Lésions cutanées: lésion ou plaie ne guérissant pas

Tache blanche sur la pupille, strabisme convergent dans l'enfance

Gonflement d'un testicule

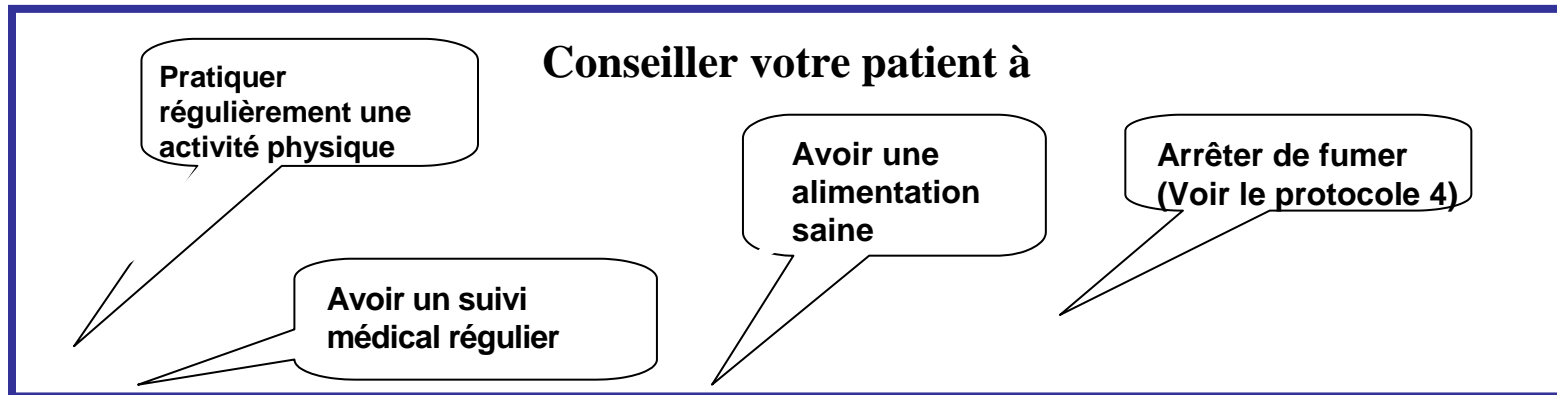


Action 2.

Collecter les informations ci-dessus et **référer** pour investigation et confirmation du diagnostic

PROTOCOLE 3 NM: (Applicable à tous)

CONSEILS ET EDUCATION POUR LA SANTE



Arrêter de fumer et de consommer de l'alcool

- Encourager les non fumeurs à ne pas commencer à fumer ;
- Conseiller vivement tous les fumeurs à arrêter de fumer et les soutenir dans leurs efforts (Protocole 4) ;
- Les personnes qui fument d'autres formes de tabac (feuille de betel, tabac à mâcher, etc) doivent être exhortées à ne plus continuer ;
- L'abstinence à la consommation d'alcool doit être renforcée ;
- Eviter de conseiller la consommation d'alcool comme raison de santé (décoctions, autres) ;
- Les hommes qui consomment plus de 2 verres standards d'alcool par jour et les femmes qui consomment plus d'un verre standard, doivent être exhortés à diminuer leur dose. Ne pas boire plus de 5 jours dans une semaine ;

Une unité = 1 petite bouteille de bière de 33cl (5% d'alcool); 100 ml de vin (10% d'alcool); 25 ml de spiritueux (40 % d'alcool : sodabi, liqueurs...)

- Exhorter les patients à éviter de consommer l'alcool :
 - ✓ Lorsqu'ils doivent conduire ou utiliser les machines
 - ✓ Lorsqu'il s'agit de femmes enceintes ou qui allaitent
 - ✓ Lorsqu'ils prennent des médicaments incompatibles avec l'alcool
 - ✓ Lorsqu'ils ont des difficultés à contrôler leur consommation

PROTOCOLE 3NM : (suite)

Avoir une alimentation saine

- **Sel (chlorure de sodium)**
 - ✓ Réduire à moins de 5 g (1 cuillère à café) par jour
 - ✓ Réduire la quantité de sel pendant la cuisson des aliments; éviter les conserves et les « fast-foods » (frites, chawarmar, glace);
- **Fruits et légumes**
 - ✓ 5 portions (400-500g) de fruits et légumes par jour.
 - ✓ 1 portion équivaut à une orange, une pomme, une mangue, une banane ou 3 cuillères à soupe de légumes cuits.
- **Aliments gras**
 - ✓ Limiter la consommation de viandes grasses, des produits laitiers (beurre, crème, fromage) et l'huile de cuisine (moins de 2 cuillères à soupe par jour)
 - ✓ Préférer les huiles végétales aux huiles animales.
 - ✓ Remplacer l'huile de palme et celle de coco, par l'huile d'olive, de soja et autres grains (maïs, coton, etc)
 - ✓ Remplacer les autres viandes par le poulet sans la peau
- **Poisson**

Consommer le poisson 3 fois par semaine de préférence les poissons comme le thon, le maquereau, le saumon.

Pratiquer régulièrement une activité physique

- Augmenter progressivement l'intensité de l'activité physique de façon modérée (comme la marche rapide); exemple 30 mn de marche rapide par jour au moins 5 jours par semaine
- Contrôler le poids et éviter la surcharge pondérale en réduisant la quantité d'aliments énergétiques consommés et en ayant une activité physique adéquate.

Adhésion au traitement

Si l'ordonnance est prescrite au patient:

- Expliquer au patient comment les prendre à la maison
- Expliquer la différence entre un traitement de longue durée (HTA, diabète...) et de courte durée (paludisme, pneumonie...);
- Dire au patient la raison pour laquelle l'ordonnance lui a été prescrite;
- Montrer au patient la posologie appropriée (nombre de comprimés et de prise par jour, durée du traitement);
- Expliquer :
 - ✓ combien de fois il doit prendre les médicaments par jour
 - ✓ Désignation et formes des médicaments
 - ✓ Sensibiliser le patient sur la conservation adéquate des médicaments;
- Etre sure de la compréhension du patient avant son départ du centre de santé
- Expliquer l'importance :
 - ✓ -d'avoir des quantités suffisantes en médicaments
 - ✓ -de prendre régulièrement les médicaments tel que prescrits même s'il n'y a plus de symptômes.

PROTOCOLE 4 NM :

**DES CONSEILS SUR LE SEVRAGE
TABAGIQUE**
(Etapas - 5As)

**A1:
QUESTION**

Utilisez vous du
tabac?

Non

Renforcer le
message que le
tabac augmente
les risques de
maladies cardiovasculaires,
respiratoires
chroniques, cancer.

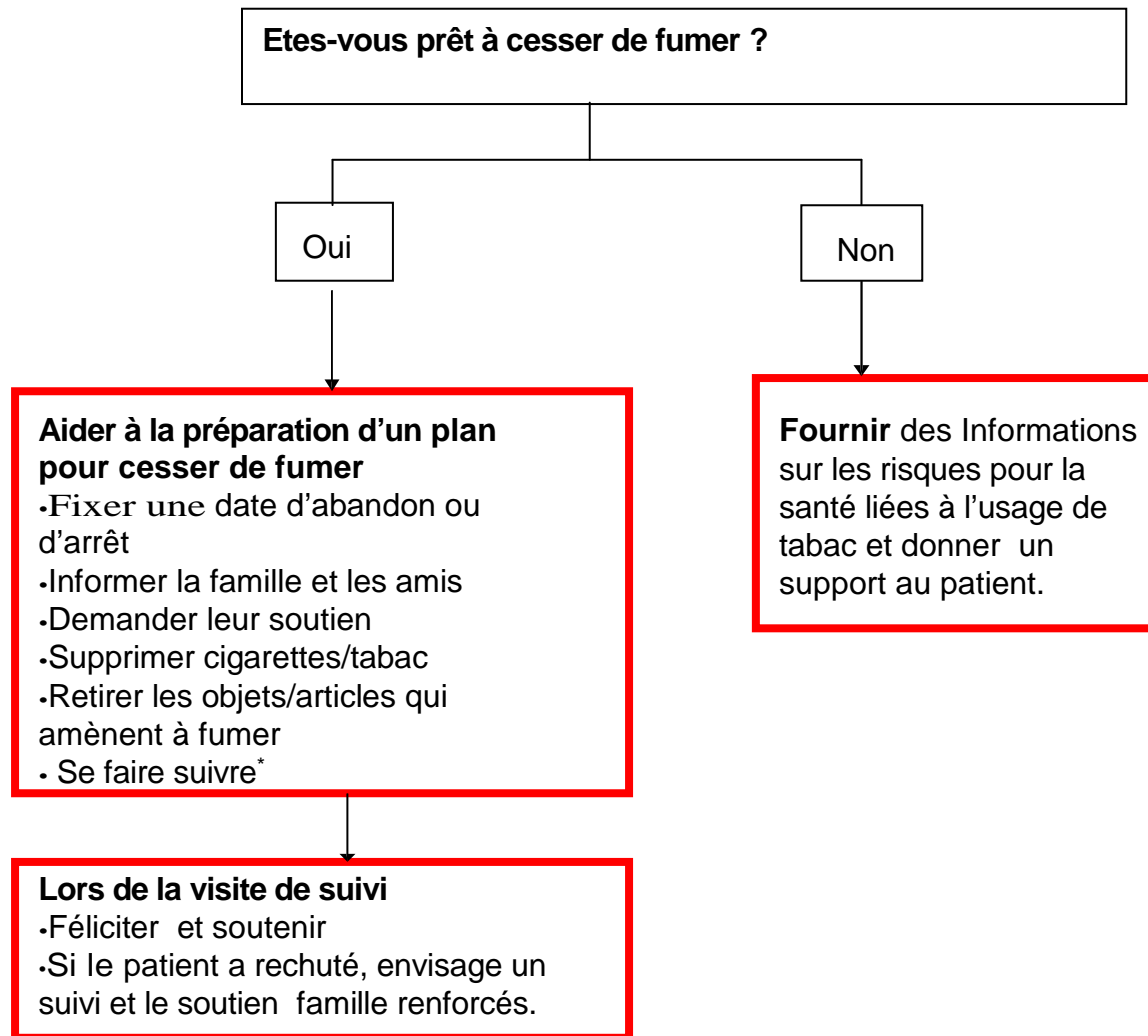
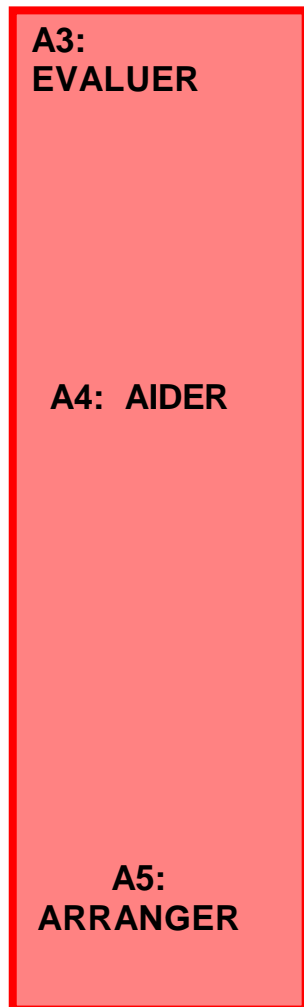
**A2:
CONSEILS**

Oui

**Conseiller de cesser de fumer d'une façon claire, forte et
personnalisée.**

*"Le tabagisme augmente le risque de développer une crise cardiaque,
accident vasculaire cérébral, cancer du poumon et maladies respiratoires.
Cesser de fumer est **la chose la plus importante** que vous puissiez faire
pour protéger votre Cœur et votre santé, vous devez arrêter de fumer
maintenant"*

PROCOLE 4 NM: (Suite)



*Idéalement une deuxième visite est recommandée dans le même mois et tous les mois pendant 4 mois et une évaluation après 1 an. Si ce n'est pas possible, renforcer les conseils chaque fois que le patient est vu pour la surveillance de la pression sanguine.

PROTOCOLE 5 NM:

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE BASEE SUR LES CARACTERISTIQUES E LA D DE LA DOULEUR THORACIQUE

QUESTIONS

Nature de la douleur: siège, irradiation, sévérité, déclenchement et durée, relation avec l'effort, symptômes associés (nausées, vomissements, sueurs, vertiges, palpitations)

Facteurs en faveur d'un IDM ou d'un SCA :

- Douleur rétrosternale intense
- Durée \geq 30 minutes, mais moins prolongée est possible
- Associée à : nausées, vomissements, sueurs, vertiges, palpitations
- Survenant au repos
- Pouvant irradier aux bras, au cou, à la mâchoire, ou à la partie supérieure de l'abdomen
- Pouvant débuter à l'effort et persister au repos
- Pouvant être l'aggravation d'un angor stable

Facteurs en faveur d'un angor stable :

- douleurs médiothoraciques ou rétrosternales fréquentes
- Survenant à l'effort et calmées au repos
- Pouvant être à type de tiraillement, pesanteur ou constriction,
- De durée $<$ 10 minutes
- Pouvant irradier aux bras, au cou, à la partie supérieure de l'abdomen

Facteurs en faveur d'une douleur thoracique d'origine non coronarienne :

- Douleur de siège quelconque au thorax
- sourde, ou évocatrice d'une maladie définie
- Pouvant être d'origine pulmonaire pleurétique (localisée, aggravée par la toux, l'éternuement ou les mouvements)

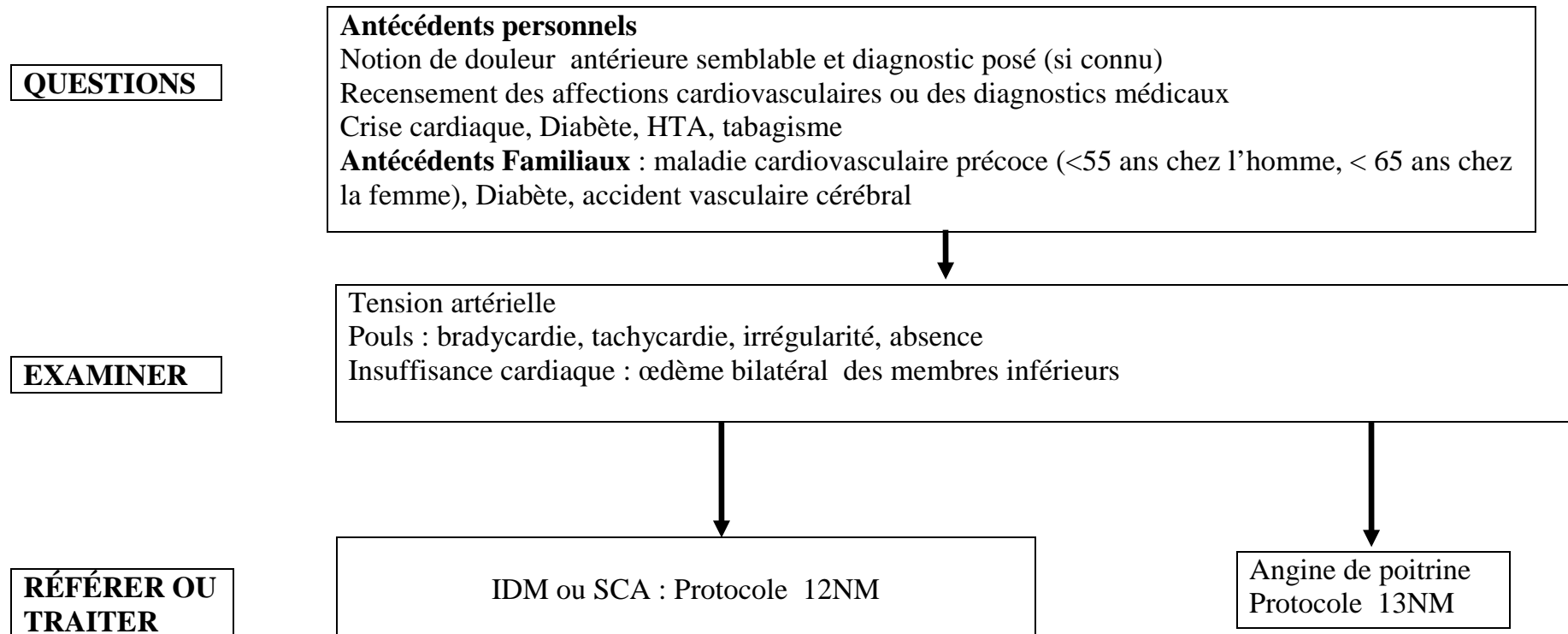
Causes possibles :

- Pleurésies
- Péricardite
- Douleurs digestives (pathologies oesophagiennes)
- Embolie pulmonaire
- Zona
- Douleurs chondrosternales, traumatisme
- Crises vaso-occlusives du drépanocytaire

La distinction entre IDM et SCA sans infarctus n'est pas toujours possible. Les symptômes peuvent être atténués ou absents en cas de diabète et atypiques chez les femmes.

PROTOCOLE 5 NM: (Suite)

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE



PROTOCOLE 6 NM:

ESSOUFFLEMENT - TOUX

Faire un diagnostic sur la base du texte suivant

Renseignez-vous sur la gravité de la dyspnée (à la marche, la montée des escaliers, la parole ou au repos), la présence d'hémoptysie, de douleurs thoraciques, d'antécédents de tuberculose, d'asthme, de BPCO, d'insuffisance cardiaque.

l'usage du tabac (oui / non).

Rechercher : une cyanose, un Œdème des Membres Inférieurs (OMI) bilatéral gardant le godet ; **mesurer** la température, la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, la pression artérielle et le débit expiratoire de pointe.

En absence de dyspnée sévère avec:

- respiration sifflante, oppression thoracique ou augmentation récente des crachats
- fréquence respiratoire de 20-30 cycles / minute

Débit expiratoire de pointe > 80%
exacerbation légère d'asthme ou de BPCO

Débit expiratoire de pointe > 50 et < 80%
exacerbation modérée d'asthme ou de BPCO

Respiration sifflante, ronchus ou silence respiratoire

Température >38° C avec ou sans douleur de type pleural, crachats purulents

OMI Bilatéral prenant le godet

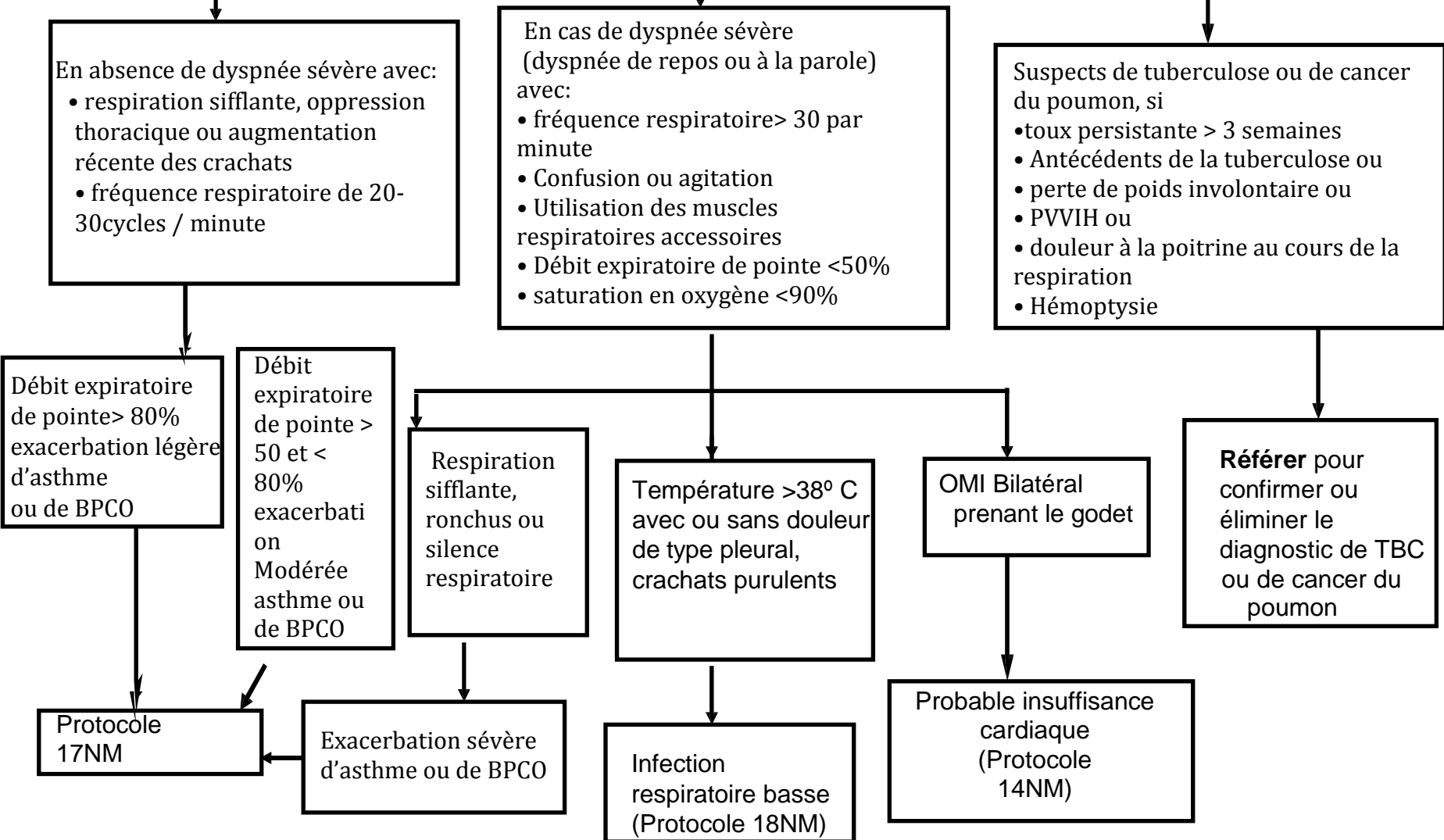
Référer pour confirmer ou éliminer le diagnostic de TBC ou de cancer du poumon

Protocole 17NM

Exacerbation sévère d'asthme ou de BPCO

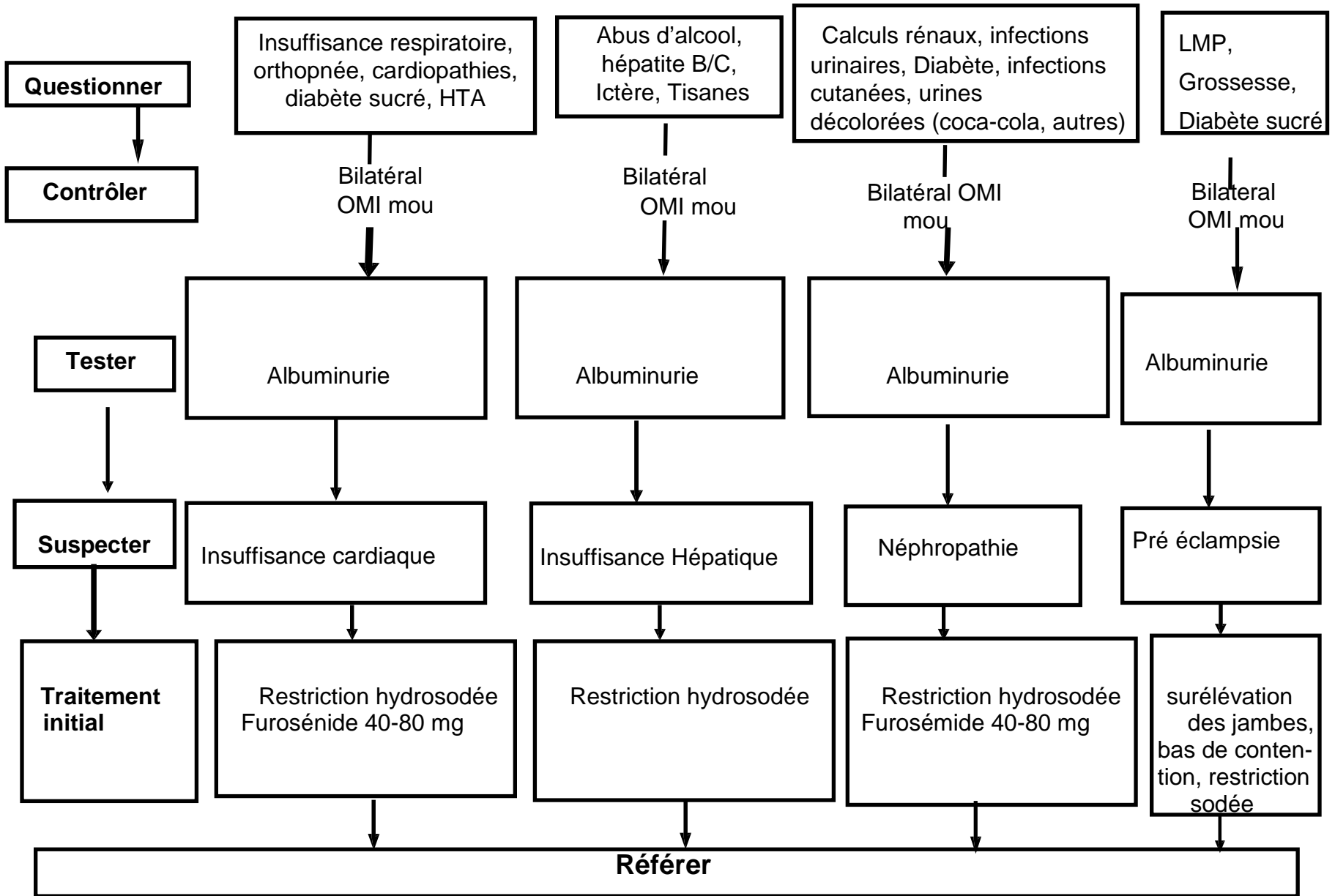
Infection respiratoire basse (Protocole 18NM)

Probable insuffisance cardiaque (Protocole 14NM)



PROTOCOLE 7 NM:

TUMEFACTION DES JAMBES



PROTOCOLE 7 NM:

TUMEFACTION D'UNE JAMBE

Questionner

Facteurs de risque : Post chirurgie, grossesse, post partum, contraception, immobilisation, traumatisme, thrombose veineuse profonde (TVP)

Examiner

Jambe gonflée sensible, rouge, Mollet douloureux à la palpation

Ulcères de la jambe décolorée, Varices

Peau de la jambe rouge, brillante et douloureuse

Tuméfaction violacée de la peau

Suspecter

TVP

Insuffisance veineuse

Cellulite : démarrer une antibiothérapie

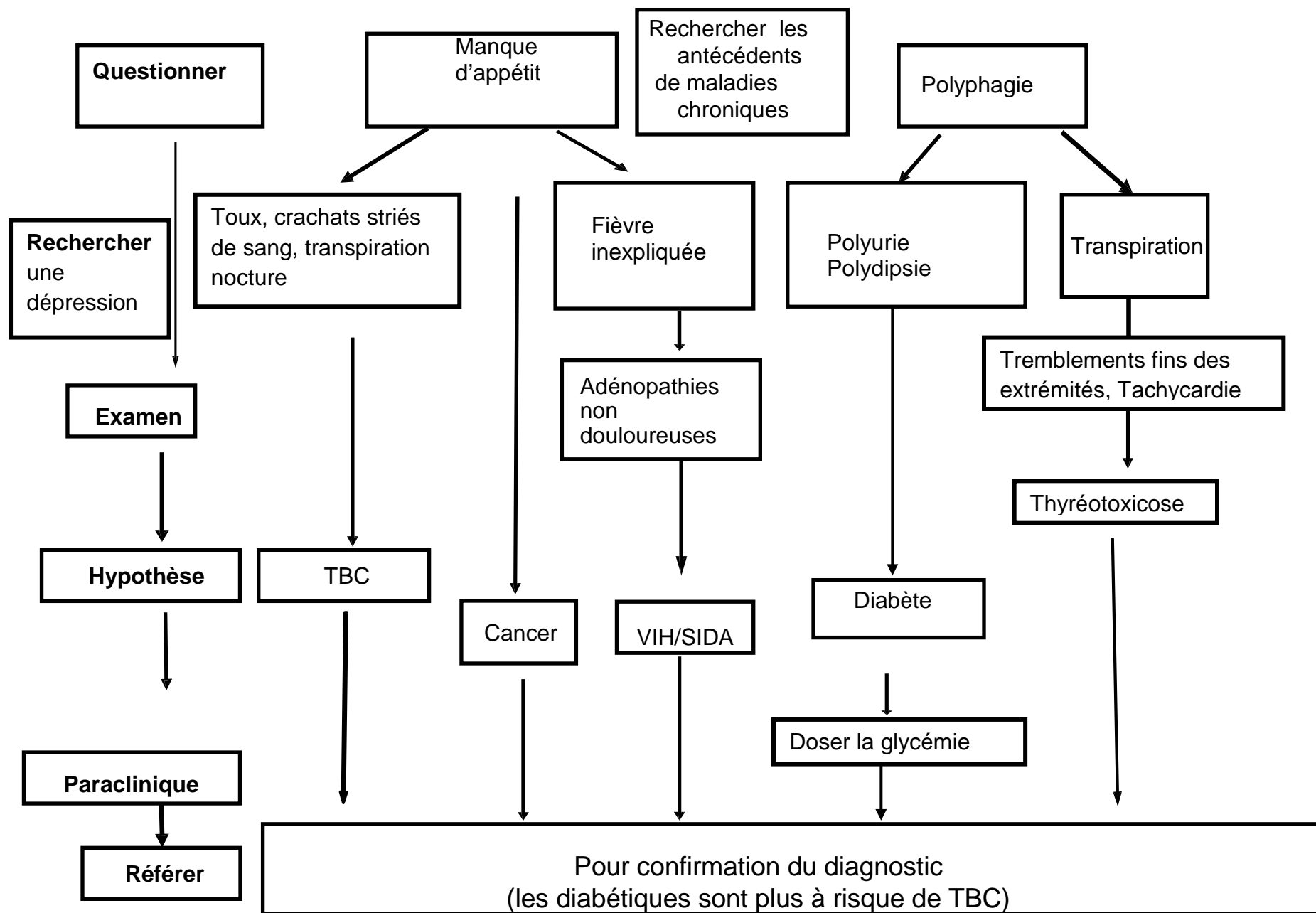
Sarcome de Kaposi

Référer

PROTOCOLE 8 NM:

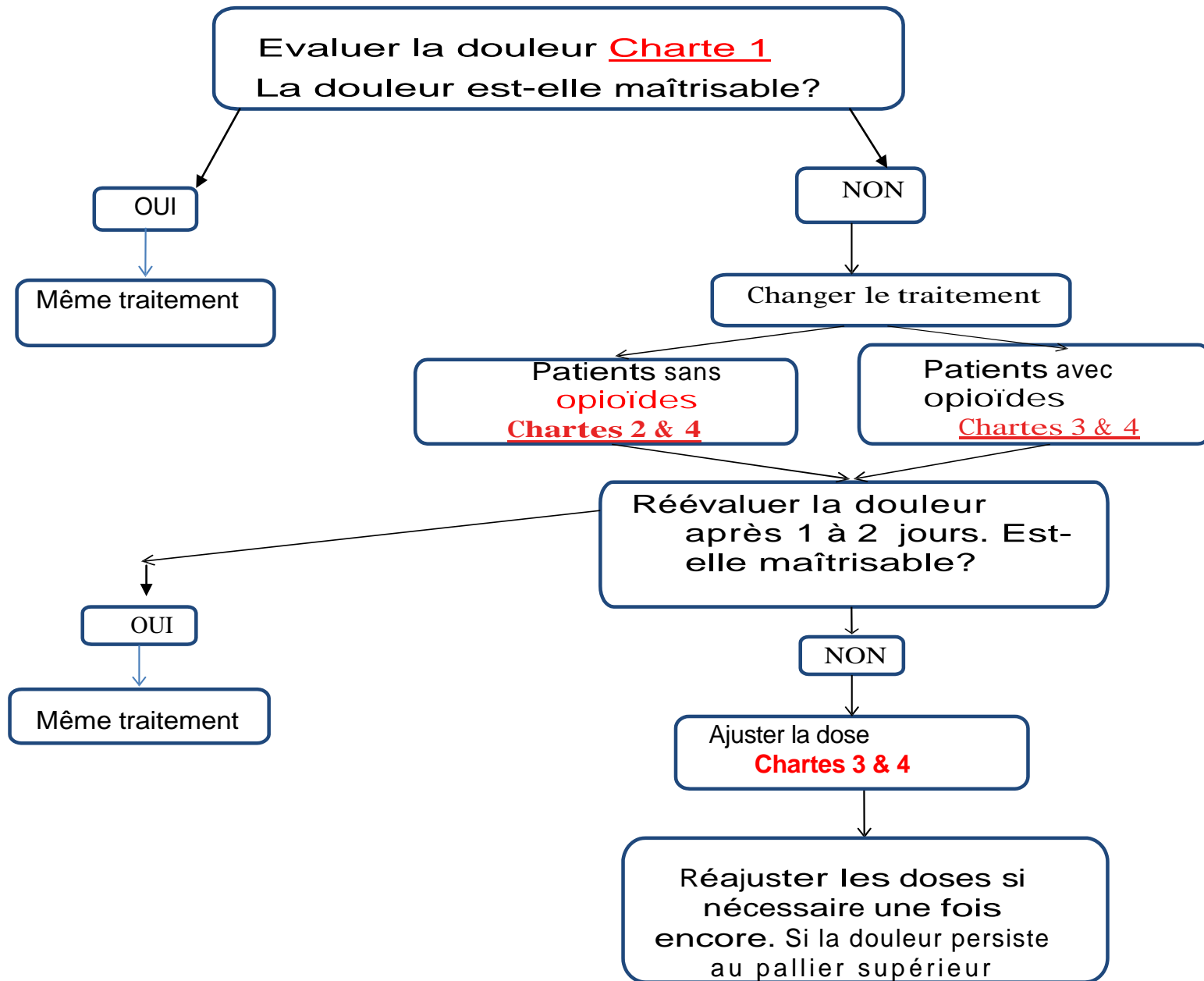
PERTE DE POIDS

(Perte non intentionnelle > 10% du poids corporel dans les 6 derniers mois ou 5% ces derniers mois)



PROTOCOLE 9 NM:

TRAITEMENT DE LA DOULEUR CANCEREUSE



PROTOCOE 9 NM: (suite)

<p><u>Charte 1</u> Evaluer la douleur</p> <p>1) Graduer la douleur - Echelle numérique 0-10: 1-3: légère 4-6: modérée 7-10: sévère - Doigts de la main: 0: pas de douleur; 1: douleur très légère, 5: Douleur très sévère</p> <p>2) Déterminer la cause de la douleur par son historique, la prise médicamenteuse et l'examen: décrire la localisation, le type et les facteurs la modifiant.</p>	<p><u>Charte 2</u> Nécessité d'un Médecin agréé pour prescrire l'opioïde</p> <p>Prescription systématique d'un laxatif pour éviter la constipation</p>	<p><u>Charte 3</u> Ajuster la dose des opioïdes par un Médecin ou un infirmier agréé</p> <p>Codéine par voie orale: augmenter la dose totale journalière d'opioïde de 30%; si la dose maximale a été atteinte sans effet, passer à la morphine</p> <p>Morphine par voie orale: Augmenter la dose totale journalière de 30%.</p>	<p><u>Charte 4</u> Evaluer et traiter les effets secondaires habituels des opioïdes</p> <p>Constipation : boire beaucoup d'eau. Donner les laxatifs: (bisacodyl 5 à 15 mg la nuit)</p> <p>Nausée et vomissement: Donner un antiémétique (halopéridol 1,5 mg une fois par jour)</p> <p>Délire, confusions: Réduire la dose totale journalière d'opioïde de 50% sous la supervision d'un Médecin agréé. Si les symptômes persistent, passer au pallier supérieur</p>
---	--	---	---

PROTOCOLE 10 NM:

COMA OU OBNUBILATION

Action 1.

- Mettre les patients en position latérale de sécurité (geste à éviter en cas de suspicion d'un traumatisme du cou)
- Libérer les Voies Aériennes Supérieures (VAS) : placer une canule
- Arrêter le saignement par contention (pansement compressif, garrot)



Action 2.

Questionner l'entourage sur l'existence d'un ATCD récent de traumatisme, convulsions, épilepsie, HTA, Traitement anti diabétiques, alcool/ substances abusives pesticides, allergie, piqûre d'insectes, morsure de serpent.



Action 3.

Mesure de la glycémie, prise de la TA, température et pouls.

Rechercher:

- Déficit moteur de l'hémicorps
- Absence de réponse à une stimulation douloureuse
- Difficultés respiratoires
- Crises/convulsions
- Grossesse évolutive, Raideur de la nuque
- Tuméfaction des lèvres, de la langue et de la peau

Action 4. Traiter de la façon suivante

Traumatisme avec une TAS < 90 mm Hg
Référez à l'hôpital

Convulsions/Crise

Si convulsions/crise sur grossesse, donner du Sulfate de Mg en IV : 4 g en 5-15 min
A défaut faire du Diazépam 10mg en IR puis, **Référez** à l'hôpital
(sauf si c'est 1 épileptique)

Suspicion d' un choc anaphylactique avec TAS < 90 mm Hg

- Faire coucher le patient en position de sécurité et mettre une canule
- Faire Adrénaline 0,01mg/kg en IM, (ne pas dépasser 0,5mg/Kg)
- Si aucune réaction, répéter adrénaline toutes les 5 min
- Faire Hydrocortisone 100-300 mg en IV

Glycémie \leq 2,8mmol/l

Si le malade peut boire, donner 1 cuillère à soupe soit 20-30g de glucose dans de l'eau ou 1 verre de jus de fruit, du miel ou des boissons sucrées.

Si pas de réaction dans les 15 mn, répéter la même action. Si le patient ne peut pas boire, faire 50ml de SG 30% en IV. Si pas de réaction dans les 10 min, référez à l'hôpital.

Si acétonurie +++ et/ou

Glycémie \geq 18mmol/l soit 3,6g/l

- Faire 10 IU d'insuline rapide en S.C
- Puis référez à l'hôpital

Si Suspicion d'intoxication aux herbicides/ pesticides

- Si la toxine est connue, administrer son antidote avant de **référez** le patient à l'hôpital

.Si Temp. > 38°C ± raideur de la nuque

. Appliquer protocole de méningite/paludisme

Si Paralysie

- Libération des VAS
- Référez à l'hôpital

Si morsure de serpent

- Faire le serum antivénimeux
- Puis **référez** à l'hôpital

PROCOLE 11NM: ACCIDENT ISCHEMIQUE TRANSITOIRE (AIT) ET AVC

Appliquer ce protocole si le patient présente de façon brutale :

- Un déficit moteur ou sensitif d'un hémicorps ou d'un membre ;
- Une difficulté à parler ou à comprendre (Aphasie) ;
- Troubles visuels ;
- Céphalées sévères, inhabituelles ;
- Vertiges et troubles de la marche et de l'équilibre.

Questionner :

- A quand remonte le début des troubles? (lieu, contexte)
- Avez-vous ressenti une faiblesse ou engourdissement dans les membres?
- Pouvez-vous parler comme d'habitude?
- Pouvez-vous voir comme d'habitude?
- Avez-vous des maux de tête?
- Les symptômes persistent-ils, ou ont-ils disparu?
- Avez-vous des ATCD d'AIT ou d'AVC ?
- Etes-vous diabétique, hypertendu, ou porteur d'une maladie cardiaque?
- Fumez-vous ou avez-vous fumé dans le passé? Oui / Non
- Consommez-vous de l'alcool? Oui / Non
- Avez-vous un carnet de santé ou autres documents?
- Avez-vous un ATCD de traumatisme crânien ou autres traumatismes récents?

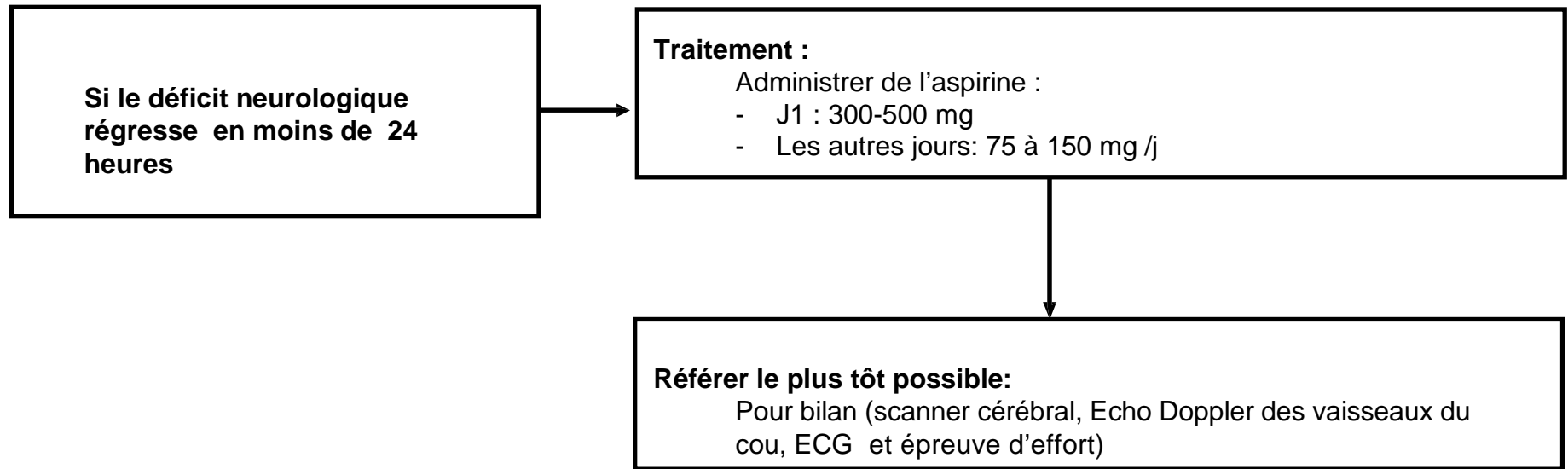
Faire l'examen clinique :

- Evaluation de l'état de conscience ;
- Prise de la TA et du pouls ;
- Mesure de la glycémie.

Si le déficit neurologique persiste plus de 24 heures

Référer en urgence
au niveau de soins
supérieur

PROTOCOLE 11 NM: (suite)



Definition

D'après l'OMS, l'**accident vasculaire cérébral** (AVC) est "le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire " : L'AIT est défini comme des signes d'AVC régressant en 24h. Il y a des limites à ces définitions. Les symptômes d'AIT régressent en quelques ou quelques heures au plus et toute personne avec des signes neurologiques persistant à l'évaluation initiale doit être considéré comme un AVC.

PROTOCOLE 12 NM:

**SYNDROME CORONARIEN AIGU (SCA) :
Angor instable/Infarctus aigu du myocarde
(Voir aussi protocole 5NM)**

Action : traitement

- Donner 2-4 litres/min d'O₂ par lunettes nasales ;
- Mettre le patient en position demi-assise, si insuffisance respiratoire, le redresser ;
- Administrer de l'Aspirine dispersible 150-300 mg (croquer de préférence) immédiatement ;
- Isosorbide dinitrate 5mg ou Glycéryl trinitrate 500 mcg en sublinguale à répéter si douleur persistante

Pour les patients porteurs de Syndrôme Coronarien Aigu (SCA) ou (angor instable)

Faire le même traitement (voir ci-dessus)

Action : Référer le plus tôt possible à l'hôpital si patient stable

Une thrombolyse est possible les 12 premières heures de la douleur si le plateau technique le permet.

NOTE: Le diagnostic d'infarctus du myocarde aigu peut être posé en présence de n'importe quel des deux éléments suivants:
Symptômes d'infarctus du myocarde
Elevation des enzymes cardiaques Positive cardiac biomarkers (bandelettes test de Troponine T positives dans les centres de santé périphériques)

PROTOCOLE 13 NM: ANGINE DE POITRINE, INFARCTUS DU MYOCARDE RECENT OU PASSE

Angine de poitrine

- Appliquer les protocoles 3 NM et 4 NM pour le conseil et l'éducation pour la santé

Donner:

- Glycéryl nitrate, comprimé Sublingual pour calmer immédiatement la douleur thoracique
- Aspirine orale (75 à 150 mg par jour)
- Aténolol de première intention pour calmer les symptômes (50-100 mg par jour)
- Si le patient a une intolérance aux Bêta Bloquants ou si non totalement contrôlé par les Bêta Bloquants, traiter par des anti calciques de longue durée d'action (exemple Amlodipine 5 -10 mg par jour)
- Simvastatine (10-40 mg par jour)

Antécédent d'infarctus du myocarde

- Appliquer les protocoles 3NM et 4NM pour le conseil et l'éducation pour la santé

Donner:

- Aspirine orale (75 à 150 mg par jour)
- Bêta Bloquant au moins un an, (Aténolol 50-100 mg par jour)
- IEC si insuffisance cardiaque ou infarctus du myocarde étendu (exemple Enalapril 10-20 mg par jour)
- Simvastatine (10-40 mg par jour)
- Glycéryl nitrate, comprimé Sublingual pour calmer immédiatement la douleur

Les patients qui ont un ATCD d'infarctus du myocarde récent (dans les 30 jours) ont besoin d'être suivis toutes les 1 à 2 semaines.

PROTOCOLE 13 NM: (suite)

Critères de référence pour les patients avec angine de poitrine ou ATCD d'infarctus du myocarde récent ou passé :

- Douleur persistante limitant les activités quotidiennes chez les patients avec angine de poitrine ou antécédents d'infarctus du myocarde ;
- Douleur angineuse chez les patients aux antécédents récents d'infarctus du myocarde ;
- Insuffisance cardiaque ;
- Arythmies cardiaques ;
- Exploration et prise en charge des facteurs de risque nécessitant des tests non disponibles sur le site.

Précautions / Contre indications

Aspirine: Antécédents d'ulcère gastroduodéal, hémorragie cérébrale, allergie ou traumatisme grave

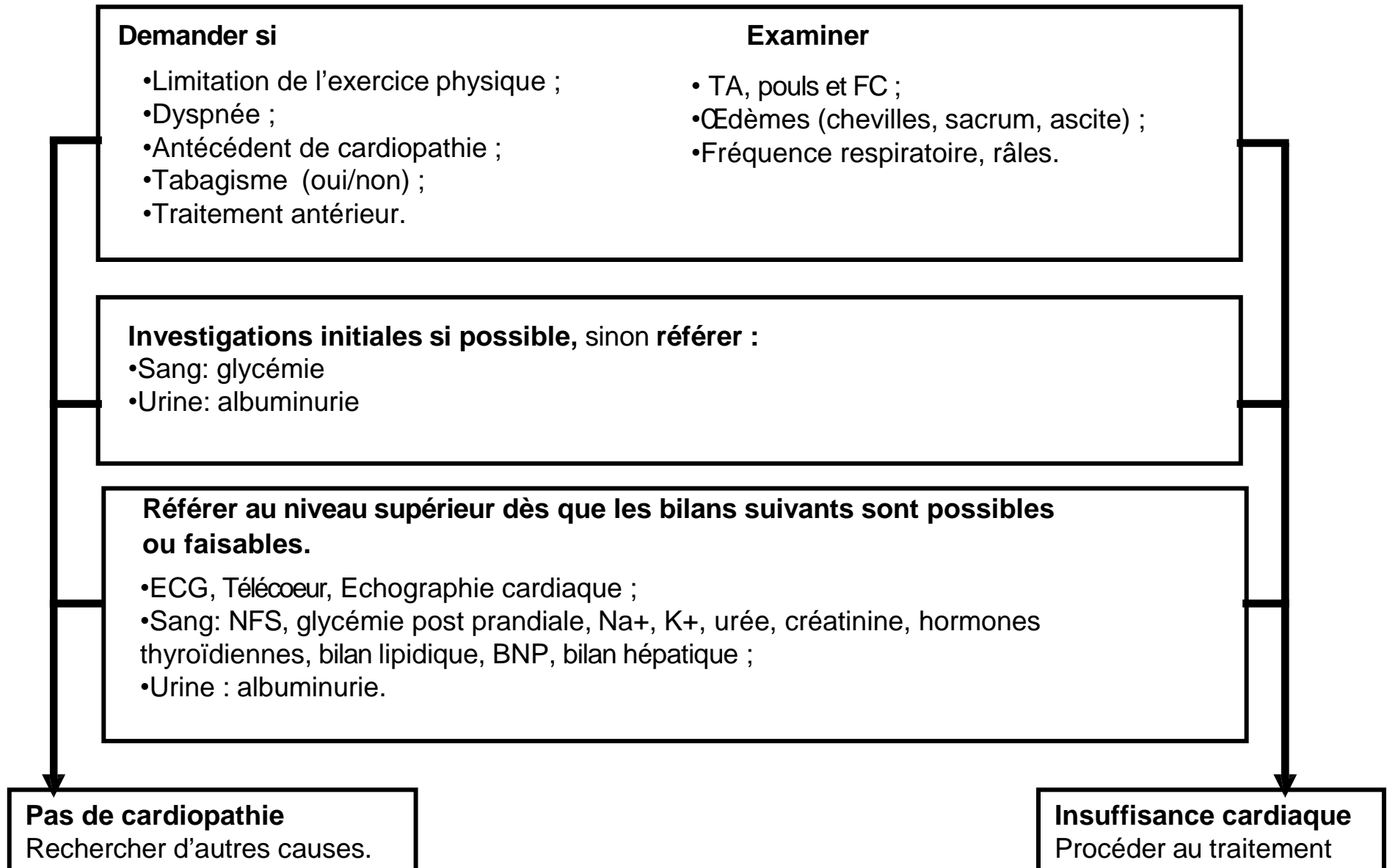
Aténolol: Asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, BAV ou bradycardie (pouls < 50 b/min)

Inhibiteurs Calciques: Insuffisance cardiaque

IEC (Inhibiteur de l'enzyme de Conversion): Allergie connue, grossesse ou intolérance due à la toux.

PROTOCOLE 14 NM:

INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE (ICC)



PROTOCOLE 14 NM : (suite)

Traitement

Evaluation de la surcharge hydrique

Prescription de diurétiques si surcharge hydrique:

- Hydrochlorothiazide 25 -50 mg par jour ;
- Appliquer les protocoles 3 et 4 d'information et d'éducation en santé ;
- Réduire l'apport de sel.

Référer au niveau supérieur pour une meilleure prise en charge

PROTOCOLE
15NM:

SUIVI DES CAS STABLES D'ASTHME / BPCO

QUESTION

L'Asthme et les BPCO se présentent avec une toux, une difficulté respiratoire et/ou sifflante
Faire la différence entre Asthme et BPCO
Si le diagnostic de l'asthme ou de BPCO était déjà connu,
Aller au protocole 16M

Considérer comme ASTHME si:	Considérer comme BPCO si:
<ul style="list-style-type: none">• Diagnostic antérieur d'asthme ;• Existence de Symptômes depuis l'enfance, l'adolescence ou le début de l'âge adulte ;• Antécédents de rhume de foins, d'eczéma et/ou d'allergies ;• Symptômes intermittents avec des périodes asymptomatiques ;• Symptômes accentués souvent la nuit ou aux premières heures du matin ;• Symptômes respiratoires déclenchés par une infection respiratoire, changements climatiques ou stress• Symptômes régressent sous Salbutamol	<ul style="list-style-type: none">• Diagnostic antérieur de BPCO• Symptômes ayant débuté après l'âge de 40 ans ;• Symptômes s'étant aggravés lentement sur une longue période de temps ;• Longue histoire de toux fréquente voire quotidienne avec crachats et précédant souvent la dyspnée ;• Symptômes persistants; ils ne sont pas présents seulement la nuit ou pendant les premières heures de la matinée ;• Antécédents de tabagisme important: plus de 20 cigarettes/jour durant plus de 15 ans.



TESTER

Mesure du DEP (Débit Expiratoire Pulmonaire)
Donner 2 bouffées de Salbutamol et réévaluer après 15 minutes
Si DEP s'améliore de 20% **retenir** le diagnostic d'asthme (Protocole 16M)
Sinon **retenir** le diagnostic de BPCO (Protocole 16M)

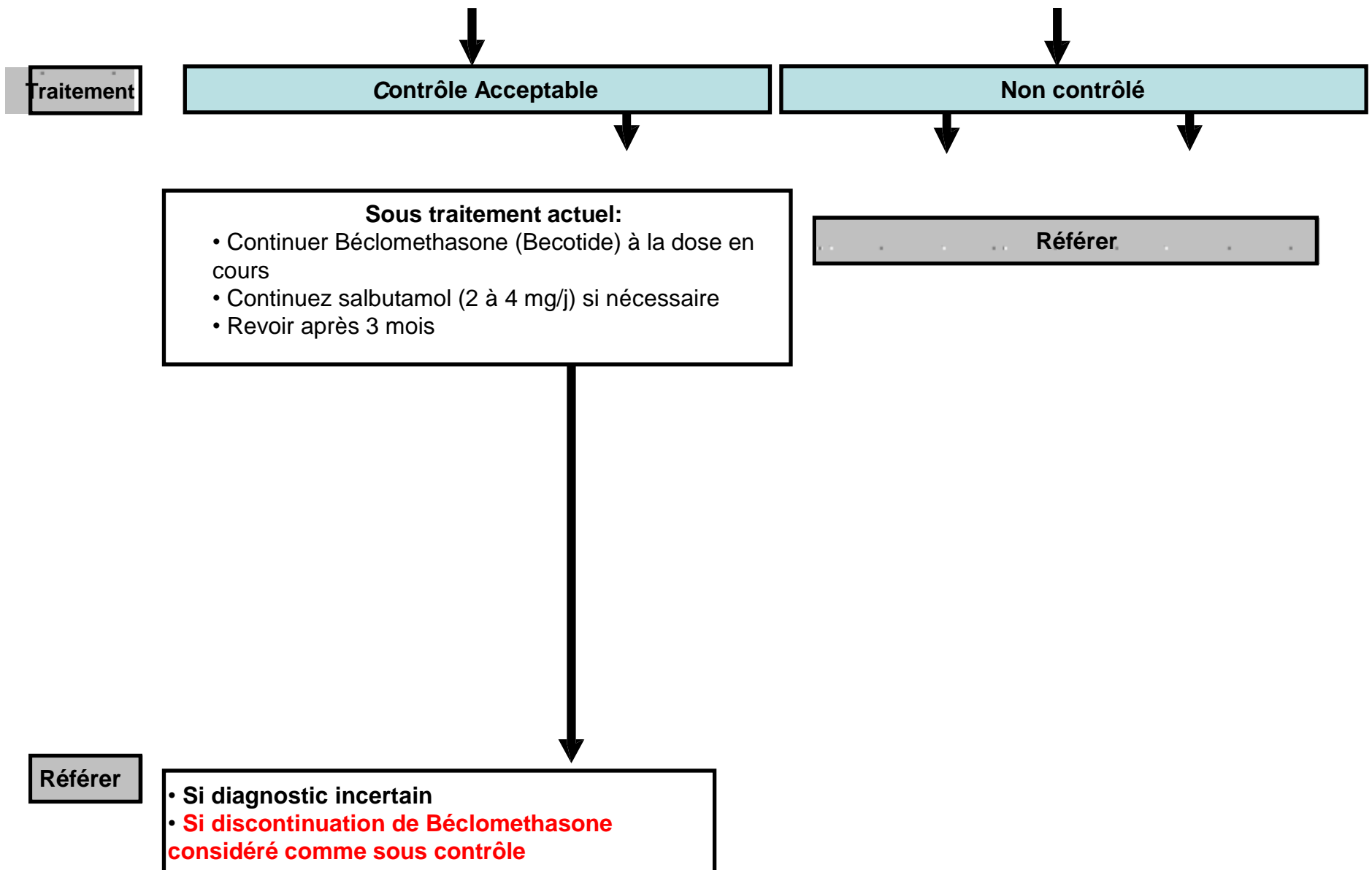
QUESTION:

Evaluer le niveau de contrôle de l'asthme

	<u>Contrôle Acceptable</u> Tous les éléments suivants	<u>Non contrôlé</u> Quelques uns des éléments
Symptômes diurnes d'asthme	2 fois ou moins par semaine	3 fois ou plus par semaine
Utilisation de bêta-agoniste	2 fois ou moins par semaine	3 fois ou plus par semaine
Symptômes nocturnes d'asthme	2 fois ou moins par mois	3 fois ou plus par mois
Limitation des activités	Absente ou minimale	Limitation fréquente des activités
DEP (si disponible)	>80% du DEP attendu	<80% du DEP attendu
Exacerbation sévère (nécessitant des corticoïdes par voie générale et/ou hospitalisation)	Une exacerbation pendant le mois précédent: Considérer le malade comme non contrôlé et revoir le traitement	



PROCOLE 16 NM: (suite)



PROTOCOLE 16 NM: (suite)

Conseils pour les patients et leur famille

- Éviter les facteurs de déclenchement des crises d'asthme ;
- Éliminer les cafards dans la maison lorsque le patient n'est pas présent ;
- Utiliser des matelas et des oreillers synthétiques ou les couvrir d'un tissu synthétique ;
- Enlever les tapis de la maison, en particulier des chambres à coucher ;
- Secouer et exposer les matelas, les oreillers, couvre-lits et des couvertures au soleil ;
- Conseils sur le nettoyage sans soulever de la poussière:
 - Saupoudrer le plancher avec de l'eau avant de balayer ;
 - Nettoyer les meubles avec un chiffon humide ;
 - Nettoyez les lames des ventilateurs pour les débarrasser de la poussière ;
 - Évitez de stocker des livres, des jouets, des vêtements, des chaussures et d'autres objets qui accumulent la poussière, dans des endroits où l'on peut dormir

Apprendre comment utiliser les inhalateurs-doseurs pour l'asthme

- Enseigner et vérifier la bonne utilisation des inhalateurs-doseurs.
- Utiliser une chambre d'inhalation muni d'un embout buccal, à moins que le patient ne peut le tolérer ou ne peut l'utiliser en raison de l'essoufflement. Dans ces cas, utiliser ***une chambre d'inhalation*** avec un masque.
- Vérifier si le patient coordonne l'inhalation avec la manipulation de l'inhalateur.

.

Catégoriser et traiter en fonction de la gravité comme ci-dessous

Catégorie de gravité	Modéré	Sévère	Complicé par les maladies associées
Symptômes et signes	Etre essoufflé lors d'une activité normale	Etre essoufflés au repos	Etre essoufflé au repos Oedème gardant le godet
Traitement	Inhaler Salbutamol 2 bouffées jusqu'à 4 fois par jour	Inhaler Salbutamol 2 bouffées jusqu'à 4 fois par jour Référez	Inhaler Salbutamol 2 bouffées jusqu'à 4 fois par jour Référez

Conseil pour les patients et leur famille

Le tabagisme et la pollution de l'air intérieur sont les principaux facteurs de risque de BPCO.

- Il est essentiel que les patients atteints de BPCO cessent de fumer et évitent les poussières, la fumée de tabac, et d'autres types de fumée
- Faire la cuisine dans des endroits bien aérés en laissant ouvertes les fenêtres et les portes ;
- Si possible, faire la cuisine au bois ou au charbon à l'extérieur de la maison ;
- Si possible, construire un four dans la cuisine avec des briques et une cheminée d'aération qui conduit la fumée dehors ;
- Utilisez les masques de protection respiratoire ou arrêter de travailler dans les zones de poussière ou de pollution.

Traitement

Exacerbation légère

Salbutamol jusqu'à 4 bouffées toutes les 20 minutes pendant 1 heure et réévaluer

Si la température est > 38° C et/ou crachats purulents :

Erythromycine, ou Amoxicilline (si la référence est difficile)

Exacerbation modérée :

Salbutamol jusqu'à 8 bouffées toutes les 20 minutes pendant 1 heure et réévaluer.

Si la température est > 38° C et/ou crachats purulents :

Erythromycine, ou Amoxicilline (si la référence est difficile)
Evaluer la réponse au traitement en 2 heures

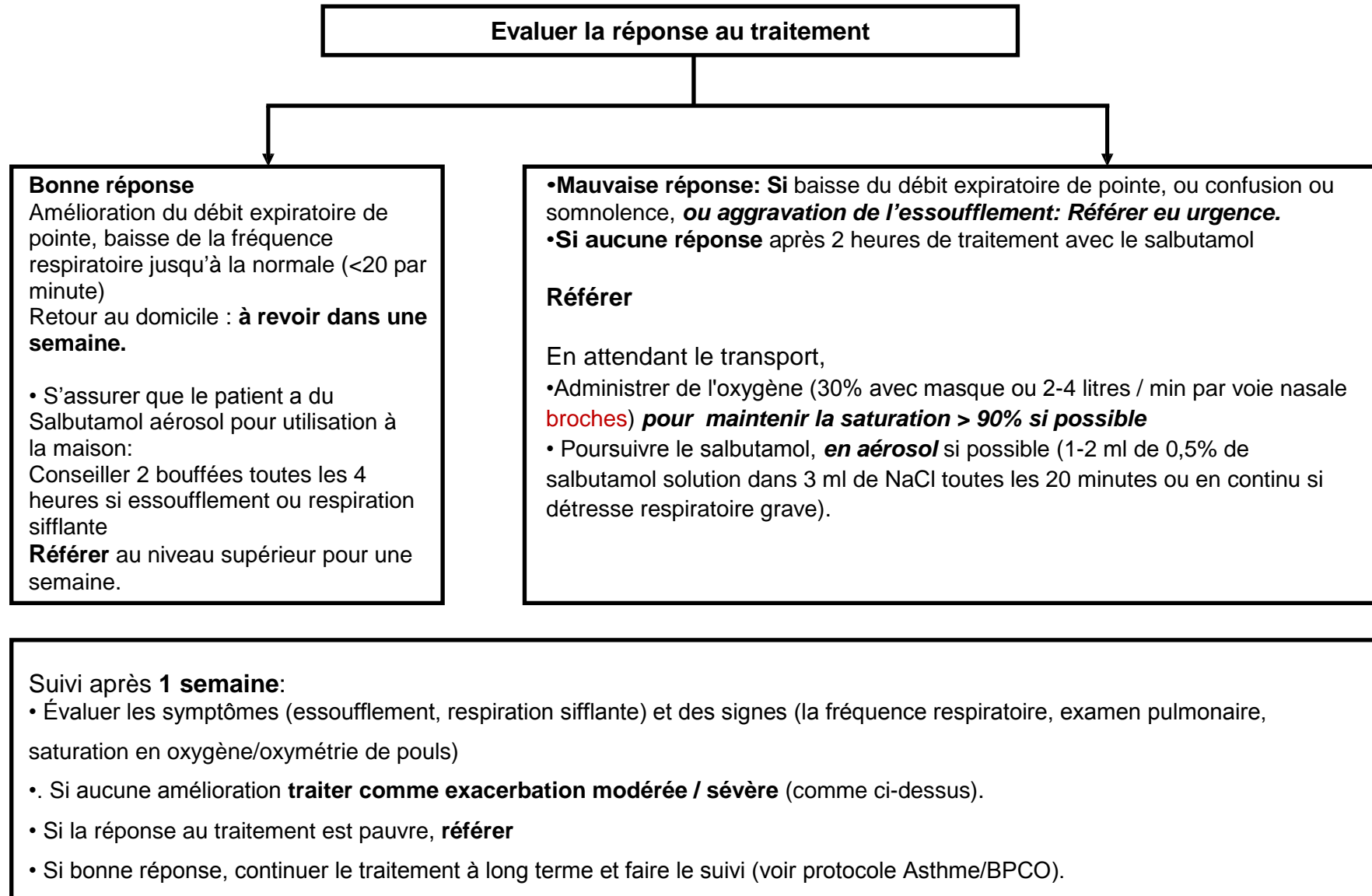
Exacerbation Sévère :

- Salbutamol jusqu'à 8 bouffées toutes les 20 minutes pendant 1 heure (de préférence avec chambre d'inhalation)
- Oxygène de plus de 4 litres/min (30%) par canule nasale pour maintenir la saturation > 90%

Référer aussi vite que possible

- Si la température est >38° C et/ou crachats purulents donner: Erythromycine (250 -500 mg toutes les 6 heures) ou Amoxicilline (250 -500 mg toutes les 8 heures)
- Evaluer la réponse au traitement dans une heure.

PROTOCOLE 17 NM: (suite)



PROTOCOLE 18 NM:

INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES

Evaluation ultérieure:

Se référer à un niveau de soins plus élevé si vous avez plus qu'un des éléments suivants:

- Confusion ;
- Fréquence respiratoire > 30 par minute ou plus ;
- Pression artérielle systolique < 90 mm Hg ;
- Pression artérielle diastolique < 60 mm Hg ;
- Age > 65 ans.



Traiter avec

- Oxygène à plus de 4 litres / min (30%) par lunettes nasales pour maintenir la saturation > 90% (si possible)
- Antipyrétique et antalgique (1-2 comprimés de paracétamol 4 fois par jour) avec de l'eau potable
- Si suspicion d' infection bactérienne : Prescrire Cotrimoxazole ou Amoxicilline si on ne peut pas référer
- Si suspicion d'infection virale : l'antibiothérapie n'est pas nécessaire. Surveiller le patient.



Surveiller pendant 2 jours

Référer si les symptômes s'aggravent ou ne s'améliorent pas

**PROTOCOLE 19 NM : PREVENTION DES RECIDIVES DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUË
ET DES CARDIOPATHIES RHUMATISMALES.**

Diagnostic	
Critères majeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Endocardite - Polyarthrites - Chorée - Erythème marginé - Nodules sous cutanés
Critères mineurs	<ul style="list-style-type: none"> - Clinique : fièvre, arthralgie, - Para clinique : accélération de la VS ou hyperleucocytose et CRP positive. - ECG : Allongement de l'espace PR
Antécédents récents d'une infection streptococcique les 45 derniers jours.	ASLO ou autres anticorps anti streptococciques positifs, ou présence de streptocoques dans un prélèvement de gorge ou test rapide de détection des antigènes streptococciques A positif, ou scarlatine récente.
Premier épisode de fièvre rhumatismale (FR)	La présence de deux critères majeurs ou un critère majeur et deux critères mineurs confirme une infection récente à streptocoque du groupe A.
Récidive de FR chez un patient sans cardiopathie rhumatismale confirmée.	La présence de deux critères majeurs ou un critère majeur et deux critères mineurs confirme une infection récente à streptocoque du groupe A.
Récidive de FR chez un patient sans cardiopathie rhumatismale confirmée ^a .	La présence de deux critères mineurs confirme une infection récente à streptocoque du groupe A ^b .
Chorée rhumatismale Début insidieux de cardite rhumatismale ^a	La présence d'autres critères majeurs ou une infection récente à streptocoque du groupe A ne sont pas obligatoires.
Lésions valvulaires chroniques telles que les cardiopathies rhumatismales (patients se présentant pour la première fois avec une sténose mitrale pure ou une maladie mitrale et / ou une Valvulopathies aortiques) ^c	Ne pas exiger d'autres critères pour confirmer le diagnostic de cardiopathie rhumatismale.

(a) L'endocardite infectieuse devrait être exclue. (b) Certains patients avec des épisodes récidivants peuvent ne pas remplir tous ces critères. (c) Les cardiopathies congénitales devraient être exclues.

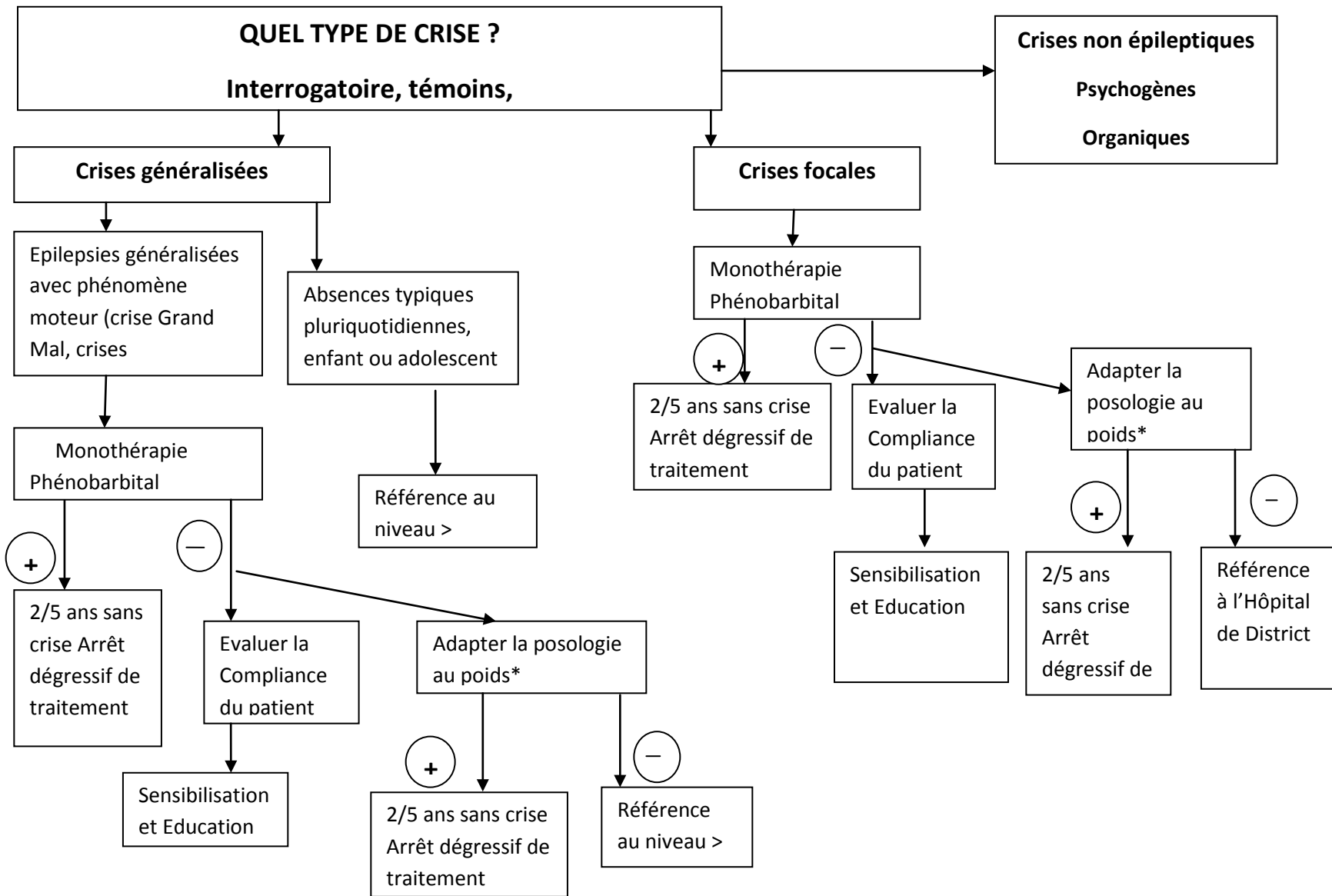
PROTOCOLE 19 NM: (suite)

ANTIBIOTIQUES – TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE		
	Mode d'administration	Dose
Benzathine penicilline G.	Une injection intramusculaire toutes les 3–4 semaines.	Pour les adultes et enfants de poids ≥ 30 kg faire 1 200 000 unités. Pour les enfants de poids < 30 kg faire 600.000 unités.
Penicilline V.	Oral	250 mg deux fois par jour.
Sulfadiazine	Oral	1 g par jour
Erythromycine	Oral	250 mg deux fois par jour.

Durée de l'antibioprophylaxie	
Catégories de patients	
Patient sans endocardite.	Pendant 5 ans ou jusqu'à l'âge de 18 ans (quelque soit la durée).
Patient avec endocardite (insuffisance mitrale légère ou endocardite guérie).	Pendant 10 ans ou jusqu'à l'âge de 25 ans (quelque soit la durée).
Valvulopathie plus sévère.	A vie
Après chirurgie valvulaire.	A vie.

PROTOCOLE 20 NM :

PROTOCOLE SIMPLIFIE DE TRAITEMENT MEDICAL DES EPILEPSIES (Niveau CS)



*Evaluation se fait après quatre mois

(+) = Evaluation positive

(-) = Evaluation négative

PAQUET ESSENTIEL D'INTERVENTIONS DE L'OMS POUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

**PROTOCOLES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE INTEGREES
DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)**

DESTINES A L'USAGE DES MEDECINS (M) DES CENTRES DE SANTE DU NIVEAU PERIPHERIQUE

Contenu (Suite)

Protocole 1 M : Prévention des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des maladies rénales. Prise en charge intégrée du Diabète et de l'HTA. (Evaluation et gestion du risque cardiovasculaire en utilisant l'HTA, le diabète et le tabagisme comme points d'entrée

Protocole: 2M Détection Précoce des cancers

Protocole: 3 M Applicable à Tous. Conseils et education pour la Santé

Protocole: 4 M Des Conseils pour le Sevrage tabagique Etapes - 5As

Protocole: 5M Orientation Diagnostique basée sur les caractéristiques E la D de la douleur thoracique

Protocole: 6 M Orientation diagnostique

Protocole: 7 M Tuméfaction des jambes

Protocole: 7 M Tuméfaction d'une jambe

Protocole: 8 M Perte de poids

Protocole: 9 M Traitement de la douleur cancéreuse

Protocole: 10 M Coma ou obnubilation

Protocole: 11 M Accident Ischémique Transitoire (AIT) et AVC

Protocole: 12 M Syndrome coronarien Aigu (SCA) Angor instable/Infarctus aigu du Myocarde

Protocole: 13 M Angine de poitrine, Infarctus du Myocarde recent ou passé

Protocole: 14 M Insuffisance Cardiaque Chronique (ICC)

Protocole: 15 M Suivi des cas stables d'Asthme / BPCO

Protocole: 16 M Management of l'Asthme ou de BPCO

Protocole: 17 M Exacerbation de l'Asthme et de la BPCO

Protocole: 18M Infections Respiratoires Basses

Protocole: 19 M Prévention des récives de rhumatisme articulaire Aigue et des cardiopathies Rhumatismales

Protocole: 20 M Protocole simplifié de traitement médical des epilepsies (niveau CS et

PROCOLE 1M: Prévention des crises cardiaques, des AVC et des maladies rénales. Prise en charge intégrée du Diabète et de l'HTA.

(Evaluation et gestion du risque cardiovasculaire en utilisant l'HTA, le diabète et l'usage du tabac comme points d'entrée).

Appliquer ce protocole à toutes les personnes ayant l'une des caractéristiques suivantes :

- Age > 40 ans
- Fumeurs
- Tour de taille \geq 90 cm chez les femmes et 100 cm chez les hommes
- TA élevée
- Diabète
- Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire
- Antécédents familiaux de diabète ou de maladie rénale

PREMIERE VISITE

ACTION 1 : Se renseigner sur :

- Maladie cardiaque connue, accidents vasculaires cérébraux, accident ischémique transitoire (AIT), diabète, maladie rénale
- Angine de poitrine, essoufflement, claudication
- Médicaments que le patient est en train de prendre
- Tabagisme (oui/non)
- Consommation d'alcool (oui/non)
- Profession (sédentaire ou active)
- Pratique pendant plus de 30 minutes d'une activité physique au moins cinq jours par semaine (oui/non)

PROCOLE 1M : (suite)

ACTION 2 : Evaluation

- Tour de taille
- Palpation des pouls périphériques et de l'abdomen
- Auscultation cardiaque et pulmonaire
- Tension artérielle
- Glycémie à jeûn ou tout-venant (diabète si glycémie à jeûn ≥ 7 mmol/l ou glycémie tout-venant $\geq 11,1$ mmol/l)
- Albuminurie
- Recherche de troubles sensitifs des pieds si diabète



ACTION 3: Critères de référence pour toutes les visites

- TA ≥ 140 ou ≥ 90 mmHg chez les personnes < 40 ans (pour exclure l'HTA secondaire)
- Maladie cardiaque connue, accidents vasculaires cérébraux, Accidents ischémiques transitoires (AIT), diabète, maladie rénale (pour exploration si nécessaire)
- Angine de poitrine, claudication
- Aggravation de l'insuffisance cardiaque
- Elévation de la TA $\geq 140/90$ (ou supérieur à 130/80mmHg en cas de diabète malgré un traitement par bi- ou trithérapie)
- Albuminurie ≥ 2
- Diabète maigre nouvellement diagnostiqué chez les personnes < 30 ans
- Diabète avec glycémie > 14 mmol/l malgré metformine à dose maximale avec ou sans sulfomyurée
- Diabète avec infection sévère et/ou ulcère du pied
- Diabète avec détérioration récente de la vision ou sans examen des yeux depuis 2 ans



ACTION 4 : Estimer le risque cardiovasculaire chez les personnes qui n'ont pas été référées

- Utiliser les cartes de risques **WHO/ISH** relatives à la sous région (Annexe et CD)
- Utiliser âge, sexe, tabagisme, TA systolique, diabète (et cholestérolémie si disponible)
- si âge 50-59 ans, sélectionner la tranche d'âge 50, si 60-69 ans, sélectionner la tranche d'âge 60 etc. Pour les personnes < 40 ans, sélectionner la tranche d'âge 40

PROCOLE 1 M: (suite)

Action 5 : Traiter comme indiqué ci-dessous

- Toutes les personnes avec une TA persistante $\geq 160/100$ mmHg devraient bénéficier d'un traitement antihypertenseur
- Toutes les personnes avec une glycémie à jeûn persistante > 6 mmol/l malgré un régime approprié devraient bénéficier de Metformine
- Toutes les personnes avec un diabète ou une maladie cardiovasculaire confirmée (insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, accidents ischémiques transitoires, insuffisance vasculaire cérébrale ou périphérique), si stables, devraient continuer le traitement déjà prescrit et être considérées comme à risque $> 30\%$

Risque $< 20\%$

- Conseils sur l'alimentation, l'activité physique, la cessation du tabagisme (Protocole 3 et 4)
- Suivi tous les 3 mois jusqu'à ce que les objectifs soient atteints, puis 6-9 mois après

Risque compris entre 20 - 30 %

- Conseils sur l'alimentation, l'activité physique, la cessation du tabagisme (Protocole 3 et 4)
- HTA persistante $\geq 140/90$ mmHg (ou $\geq 130/80$ mmHg en cas de diabète) : envisager l'un des médicaments suivants à faible dose : hydrochlorothiazide 25-50mg par jour, Enalapril 5-20mg par jour, Aténolol 50-100mg par jour, Amlodipine 5-10mg par jour
- Ajuster les antidiabétiques oraux jusqu'à ce que la glycémie se normalise
- Prescrire Symvastatine 10-40mg par jour si diabète
- Suivi tous les 3-6 mois

Risque $> 30\%$

- Conseils sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabagisme
- TA persistante $\geq 130/80$ mmHg : prescription de l'un des médicaments suivants : thiazide, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, bêta - bloquant, inhibiteur calcique
- Donner Symvastatine 10-40mg par jour
- Donner Aspirine 75-150mg par jour
- Suivi tous les 3-6 mois

PREMIERE VISITE

PROCOLE 1 M: (suite)

- Répéter les actions 2, 3 et 4
- Suivre les critères de référence pour toutes les visites (voir action 3)
- Traiter comme indiqué ci-dessous

DEUXIEME VISITE

- **Si risque < 20%** ; suivi dans 12 mois et réévaluation du risque cardiovasculaire
- Conseils sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabagisme (Protocole 3 et 4)

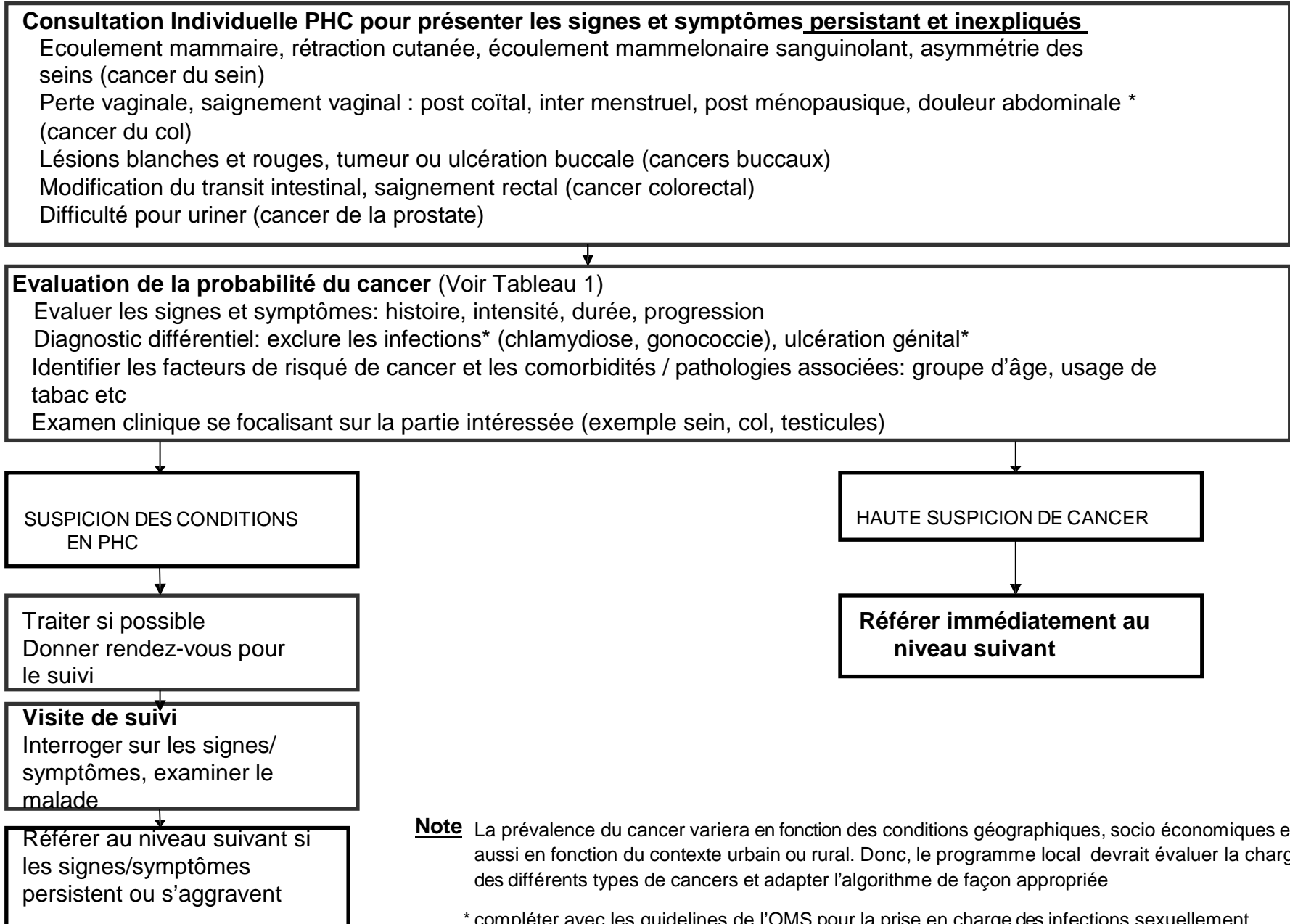
- **Si risque compris entre 20 et 30 %** : continuer comme indiqué à l'action 4 et suivi tous les 3 mois

- **Si le risque est toujours > 30 %** : 3-6 mois après les interventions prescrites à la première visite, référer à un niveau supérieur

Conseils aux patients et à la famille

- Si vous êtes sous un antidiabétique qui peut provoquer une baisse excessive de la glycémie, prenez du sucre et des bonbons avec vous
- Faites contrôler régulièrement la glycémie, la TA et les urines
- Si possible, faites un examen des yeux chaque année
- Eviter de marcher pieds nus et sans chaussettes
- Se laver les pieds dans l'eau tiède et bien les sécher, particulièrement entre les orteils
- Ne pas couper les callosités ou cors, ni utiliser des agents chimiques sur eux
- Examiner les pieds tous les jours, et si vous constatez un problème ou une anomalie, adressez-vous à votre agent de santé
- Eviter le sel de table et diminuer les aliments salés tels que les cornichons, le poisson salé, la restauration rapide, les aliments transformés, en conserve et les bouillons en cubes.

PROTOCOLE 2 M : DETECTION PRECOCE DES CANCERS



Note La prévalence du cancer variera en fonction des conditions géographiques, socio économiques et aussi en fonction du contexte urbain ou rural. Donc, le programme local devrait évaluer la charge des différents types de cancers et adapter l'algorithme de façon appropriée

* compléter avec les guidelines de l'OMS pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (OMS 2003)

PROTOCOLE 2 M: (suite)

Tableau 1: Symptômes selon les types de cancer quand une détection précoce peut apporter une amélioration

Interroger A: perceptible par les patients:

Examiner B: perceptible par les professionnels de la Santé

Symptômes précoces	Cancer possible	A faire par les Médecins	A faire par les non Médecins
A: - Modification de la taille, aspect, perception du sein par la malade A,B: - Ecoulement mammaire rétraction cutanée ou écoulement mammelonnaire, eczéma du sein, - Ecoulement axillaire	Sein	Référer au niveau supérieur	Référer au niveau supérieur
A: Saignement Vaginal (post coital, inter menstruel, post ménopausique), Ecoulement Vaginal	Col	Eliminer une infection VIA	Référer au Spécialiste
A :- Diarrhée persistante et/ou constipation, modification du transit intestinal - Saignement rectal, perte de poids	Colon/rectum	Rechercher une anémie ferrine Eliminer une infection et une Hémorroïde FOBT	Référer au Spécialiste

PROTOCOLE 2 M: (suite)

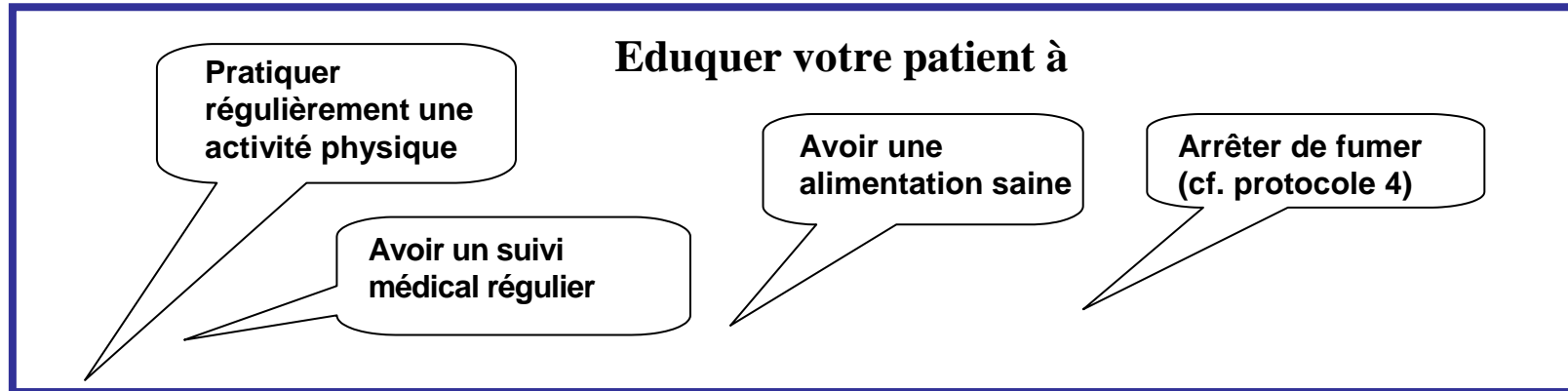
<p>A, B : - Kératose persistant (lèvre) - Adénopathie cervicale - Ulcération ou tumeur buccale /ou de la langue >3 semaines - Mauvaise haleine, mobilité dentaire B: Nécrose buccale rouge ou blanche A: Toux persistante ou voix rauque >3 semaines A,B: - Surdit�e unilatérale, dysphagie, otalgie, paralysie des nerfs crâniens, epistaxis, obstruction nasal,</p>	<p>Oral larynx Nasopharynx</p>	<p>- Arrêter le tabac - référer si persistance après 2 semaines - Référer au niveau supérieur</p>	<p>Référer au niveau supérieur</p>
<p>A,B: - Lésions cutanées rouges pourpres, B:- Infiltration cutanée</p>	<p>Sarcome de Kaposi</p>	<p>- Référer au niveau supérieur</p>	<p>Référer au niveau supérieur</p>
<p>A, B: - Nouveau et/ou mole croissant - Saignement, changement de coloration des moles existants (asymétriques), le mole contient différentes couleurs, on a des plages rouges (règles des A, B ,C,D) - kératose persistante ou plaie qui ne cicatrise pas</p>	<p>Peau</p>		
<p>A,B: - Fréquence urinaire, jet irrégulier, hesitation, implosit� avec dysmie</p>	<p>Prostate</p>	<p>Examen Rectal</p>	<p>Référer a u m � d e c i n</p>
<p>A,B:- Point blanc sur la pupille, strabisme convergent dans l'enfance, perte de vision, protusion du globe oculaire</p>	<p>Retinoblastoma</p>	<p>Référer au niveau supérieur</p>	<p>Référer au niveau supérieur</p>
<p>A,B: Tuméfaction testiculaire unilatérale</p>	<p>Testicules</p>	<p>Référer au niveau supérieur</p>	<p>Référer au niveau supérieur</p>
<p>A,B :H�matie sans douleurs, strangury</p>	<p>Vessie</p>	<p>Eliminer une infection</p>	<p>Référer au Spécialiste</p>

PROTOCOLE 2 M : (suite)

Types de Cancers pour lesquels les symptômes apparaissent seulement à un **stade** de la maladie ou qui ne s'améliorent pas par détection sont:

- **Estomac** (perte de poids, dysphagie, dyspepsie, douleur abdominale, satiété précoce, indigestion, diarrhée répétée, constipation, déficit en fer, anémie, nodule deVirchow)1, 2, 4
- **Poumon** (toux chronique plus de 3 semaines, dyspnée, pneumonie récurrente, hémoptysie, voix rauque, douleur thoracique) 1, 2, 3, 4, 5
- **Oesophage** (dysphagie) 1, 2
- **Vésicule biliaire/** (jaunisse) 1
- **Ovaire** (douleur abdominale, distension, perte de poids) 1
- **Foie** (hypoglycémie, hémorragie intra péritonéale, taux de sérum alpha-fetoprotéine élevé (diagnostic différentiel: cancer de l'ovaire et des testicules), ascites, hépatomégalie)1
- **Système Nerveux Central (SNC** glioblastome)2 (A, B)- Céphalées,1, 2 convulsion, vomissement, céphalées matinales) 1 (A) – épilepsie.

PROTOCOLE 3 M : CONSEIL ET EDUCATION POUR LA SANTE
(Applicable à tous)



Arrêter de fumer et de consommer de l'alcool

- Encourager les non fumeurs à ne pas commencer à fumer
- Conseiller vivement tous les fumeurs à arrêter de fumer et les soutenir dans leurs efforts (Protocole 4)
- Les personnes qui fument d'autres formes de tabac (feuille de betel, tabac à mâcher, etc) doivent être exhortées à ne plus continuer.
- L'abstinence d'alcool doit être renforcée
- Les gens ne doivent pas être conseillés à commencer à consommer de l'alcool pour raison de santé
- Les hommes qui consomment de l'alcool plus de 2 fois par jour et les femmes qui en consomment plus d'une fois, doivent être exhortés à diminuer leur dose. Pas plus de 5 jours de consommation par semaine.

Une unite = ½ verre standard de bière (5% d'alcool): 100 ml de vin équivaut à 10% d'alcool; 25 ml de spiritueux équivaut à 40 % d'alcool.

Exhorter les patients à éviter de consommer l'alcool

- Lorsqu'ils doivent conduire ou utiliser les machines
- Lorsqu'il s'agit de femmes enceintes ou qui allaitent
- Lorsqu'ils prennent des médicaments incompatibles avec l'alcool
- Lorsque leur état de santé peut être aggravé par l'alcool ;
- Lorsqu'ils ne peuvent plus s'arrêter de boire.

PROTOCOLE 3 M : (suite)

Avoir une alimentation saine pour maintenir le coeur en bonne santé

Sel (chlorure de sodium)

Réduire à moins de 5 g (1 cuillère à café) par jour
Réduire la quantité de sel pendant la cuisson des aliments; éviter de manger à la hâte; bien mâcher les aliments

•Fruits et légumes

5 portions (400-500g) de fruits et légumes par jour.

1 portion équivaut à une orange, une pomme, une mangue, une banana ou 3 cuillères à soupe de légumes cuits.

•Aliments gras

Limiter la consommation de viandes grasses, des produits laitiers (beurre, crème, fromage) et l'huile de cuisine (moins de 2 cuillères à soupe par jour)
Préférer les huiles végétales aux huiles animales.

Remplacer l'huile de palme et celle de la noix de coco, par l'huile d'olive, de soja et autres grains (maïs, coton, etc)

• Poisson

Consommer le poisson 3 fois par semaine de préférence les poissons comme le thon, le maquereau, le saumon.

Pratiquer régulièrement une activité physique

- Augmenter progressivement l'intensité de l'activité physique de façon modérée (comme la marche rapide); comme exemple 30 mn de marche rapide par jour sur 5 jours de la semaine
- Contrôler le poids et éviter la surcharge pondérale en réduisant la quantité d'aliments énergétiques consommés afin d'avoir un physique adéquat.

Adhésion au traitement

Si l'ordonnance est prescrite au patient:

- Apprendre au patient comment les prendre à la maison
- Expliquer la différence entre un traitement de courte durée (par exemple une maladie respiratoire)
- Dire au patient la raison pour laquelle l'ordonnance lui a été prescrite
- Montrer au patient la posologie appropriée
- Expliquer combien de fois il doit prendre les médicaments par jour
- Sensibiliser le patient sur la conservation adéquate des médicaments
- Etre sure de la bonne adéquation du patient avant son départ du centre de santé
- Expliquer l'importance et la nécessité de:
 - avoir un approvisionnement suffisant en médicaments
 - les prendre régulièrement tel que recommandé même s'il n'y a plus de symptômes.

PROTOCOLE 4 M:

DES CONSEILS SUR LE SEVRAGE TABAGIQUE

(Etapes - 5As - 5As)

**A1:
QUESTION**

Utilisez- vous du
tabac?

Non

Renforcer le
message que le
tabac augmente
les risques de
maladies du coeur

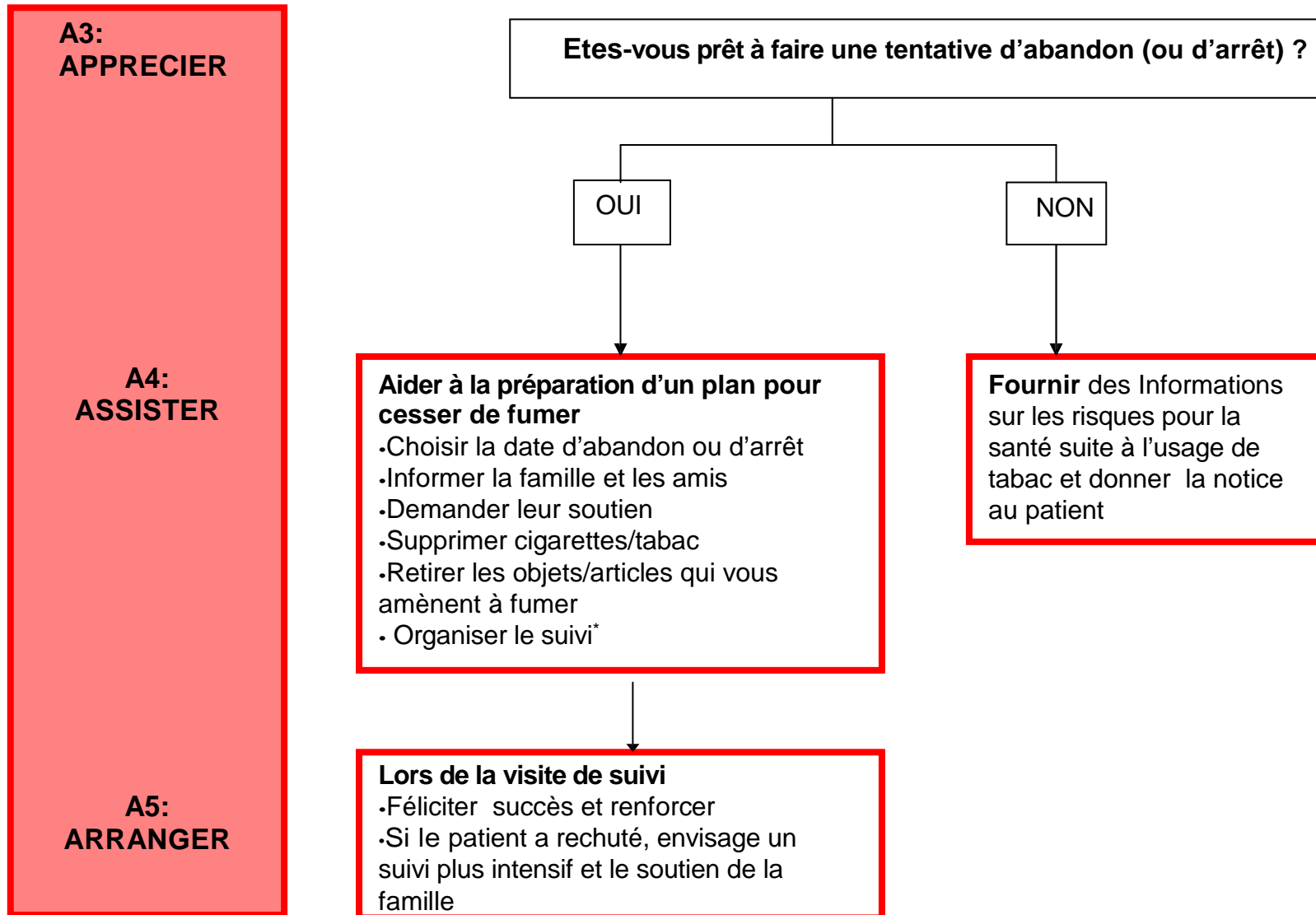
**A2:
CONSEIL**

Oui

Conseiller de cesser de fumer d'une façon claire, forte et de manière personnalisée.

"Le tabagisme augmente le risque de développé une crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, cancer du poumon et maladies respiratoires. Cesser de fumer est **la chose la plus importante** que vous puissiez faire pour protéger votre Cœur et votre santé, vous devez arrêter de fumer maintenant"

PROTOCOLE 4 M: (suite)



*Idéalement deuxième visite est recommandée dans le même mois et tous les mois pendant 4 mois et l'évaluation après 1 an. Si ce n'est pas possible, renforcer les conseils chaque fois que le patient est vu pour la surveillance de la pression sanguine.

PROCOLE
5 M:

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE
(Basée sur les caractéristiques de la douleur thoracique)

QUESTION

Nature de la douleur: siège, irradiation, sévérité, déclenchement et durée, relation avec l'effort, symptômes associés (nausées, vomissements, sueurs, vertiges, palpitations)

Facteurs en faveur d'un IDM ou d'un SCA :

- Douleur rétrosternale intense
- Durée \geq 30 minutes, mais moins prolongée possible
- Associée à : nausées, vomissements, sueurs, vertiges, palpitations
- Survenant au repos
- Pouvant irradier aux bras, au cou, à la mâchoire, ou à la partie supérieure de l'abdomen
- Peut débuter à l'effort et persister au repos
- Peut être l'aggravation d'un angor stable

Facteurs en faveur d'un angor stable :

- Fréquentes douleurs médiothoraciques ou rétrosternales
- Survenant à l'effort et calmées au repos
- Pouvant être à type de tiraillement, pesanteur ou constriction,
- Durée < 10 minutes
- Pouvant irradier aux bras, au cou, à la partie supérieure de l'abdomen
- Peut débuter à l'effort et persister au repos

Facteurs en faveur d'une douleur thoracique d'origine non coronarienne :

- Douleur diffuse au thorax
- Peut être la douleur d'expression de la maladie
- pouvant être d'origine pulmonaire pleurétique (localisation, aggravation par la toux, la respiration, l'éternuement ou les mouvements)

Causes possibles :

- Pleurésies
- Péricardite
- Douleurs digestives (pathologies oesophagiennes)
- Embolie pulmonaire
- Zona
- Douleurs chondrosternales,
- traumatisme
- Crises vasoocclusives

La distinction entre IDM et SCA sans infarctus n'est pas toujours possible. Les symptômes peuvent être atténués ou absents en cas de diabète et atypiques chez les femmes.

PROTOCOLE 5 M :

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (suite)

QUESTIONS

Antécédents personnels

Notion de douleurs antérieures semblables et diagnostic posé connu
Recenser affections cardiovasculaires ou diagnostics médicaux
Crise cardiaque, Diabète, HTA, tabagisme

Antécédents Familiaux : maladie cardiovasculaire précoce (<55 ans chez l'homme, < 65 ans chez la femme), Diabète, accident vasculaire cérébral

EXAMINER

- Pression artérielle
- Pouls: bradycardie, tachycardie, irrégularité, absence
- Insuffisance Cardiaque: oedème bilatéral des membres inférieurs
- ECG disponible

**Référer
ou
Traiter:**

IDM ou SCA Protocole 12M

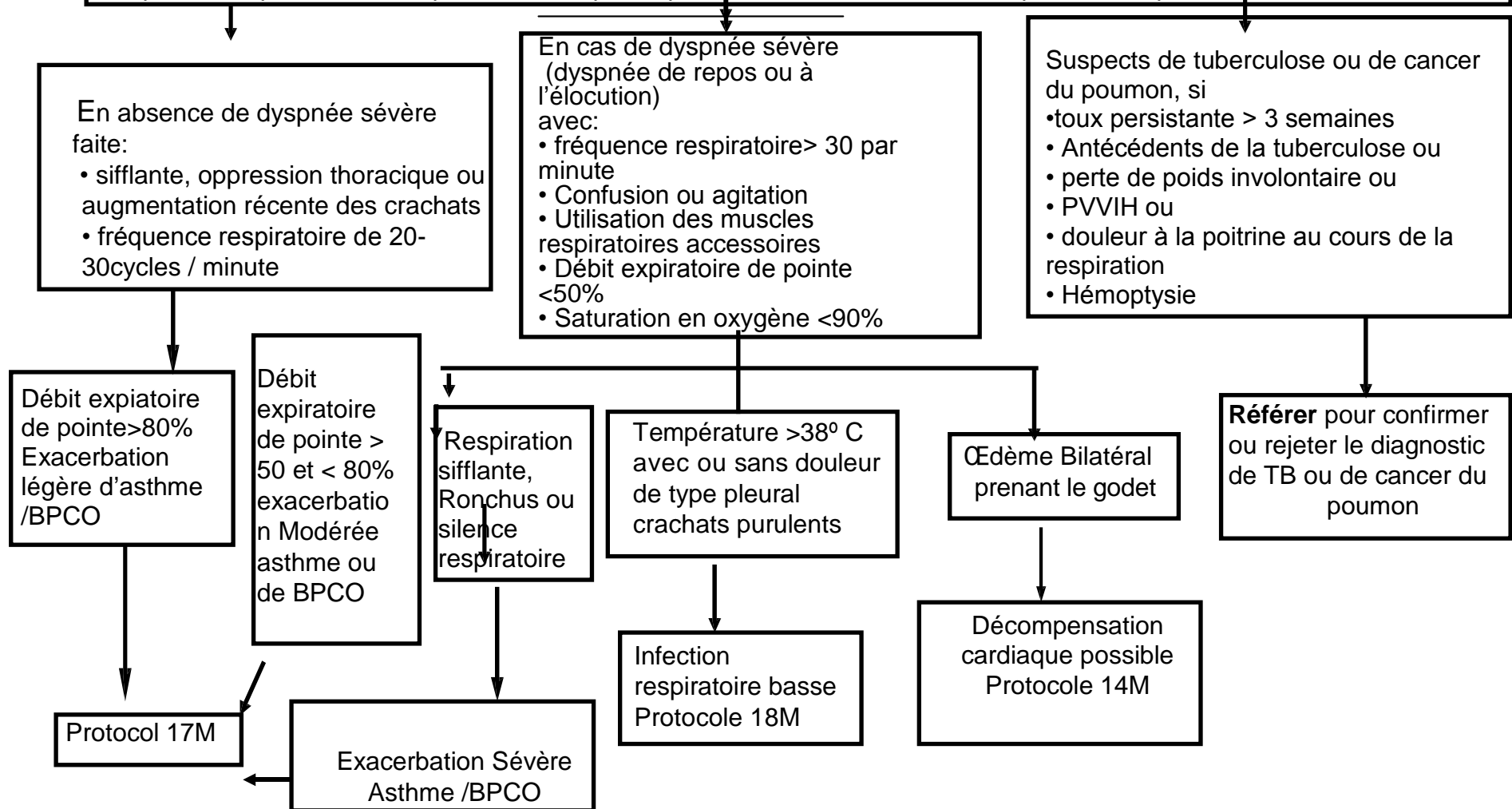
Angor Stable:
Protocole 13M

PROTOCOLE 6 M :

ESSOUFFLEMENT / TOUX

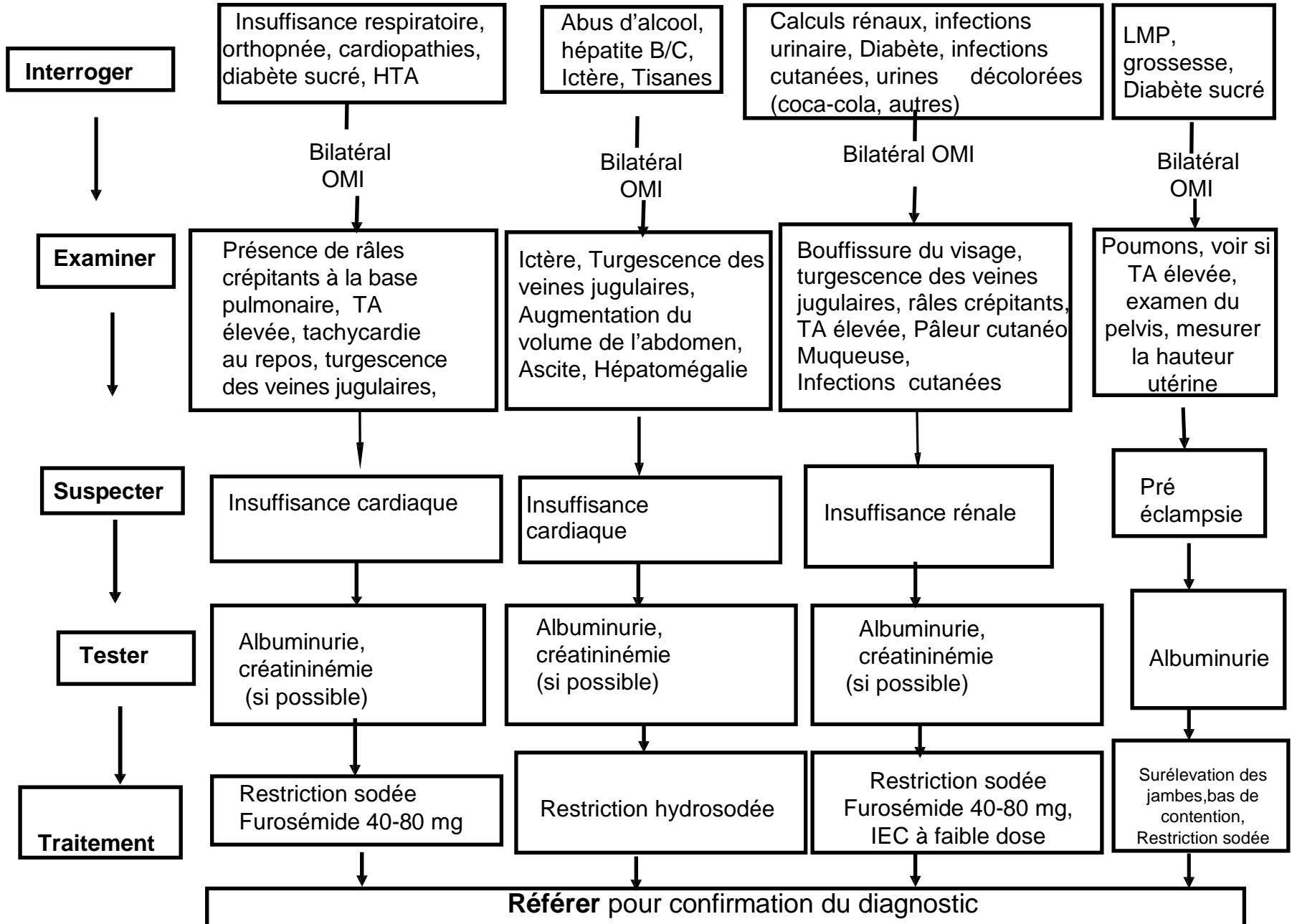
Faire un diagnostic probable sur la base du texte suivant

Renseignez-vous sur la gravité de la dyspnée (à la marche, la montée des escaliers, l'élocution ou au repos), la présence d'hémoptysie, de douleurs thoraciques, d'antécédents de tuberculose, d'asthme, de BPCO, d'insuffisance cardiaque. l'usage du tabac (oui / non).
Recherchez : une cyanose, des œdèmes bilatéraux gardant le godet ; bruits respiratoires, mesurer la température, la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, la pression artérielle et le débit expiratoire de pointe.



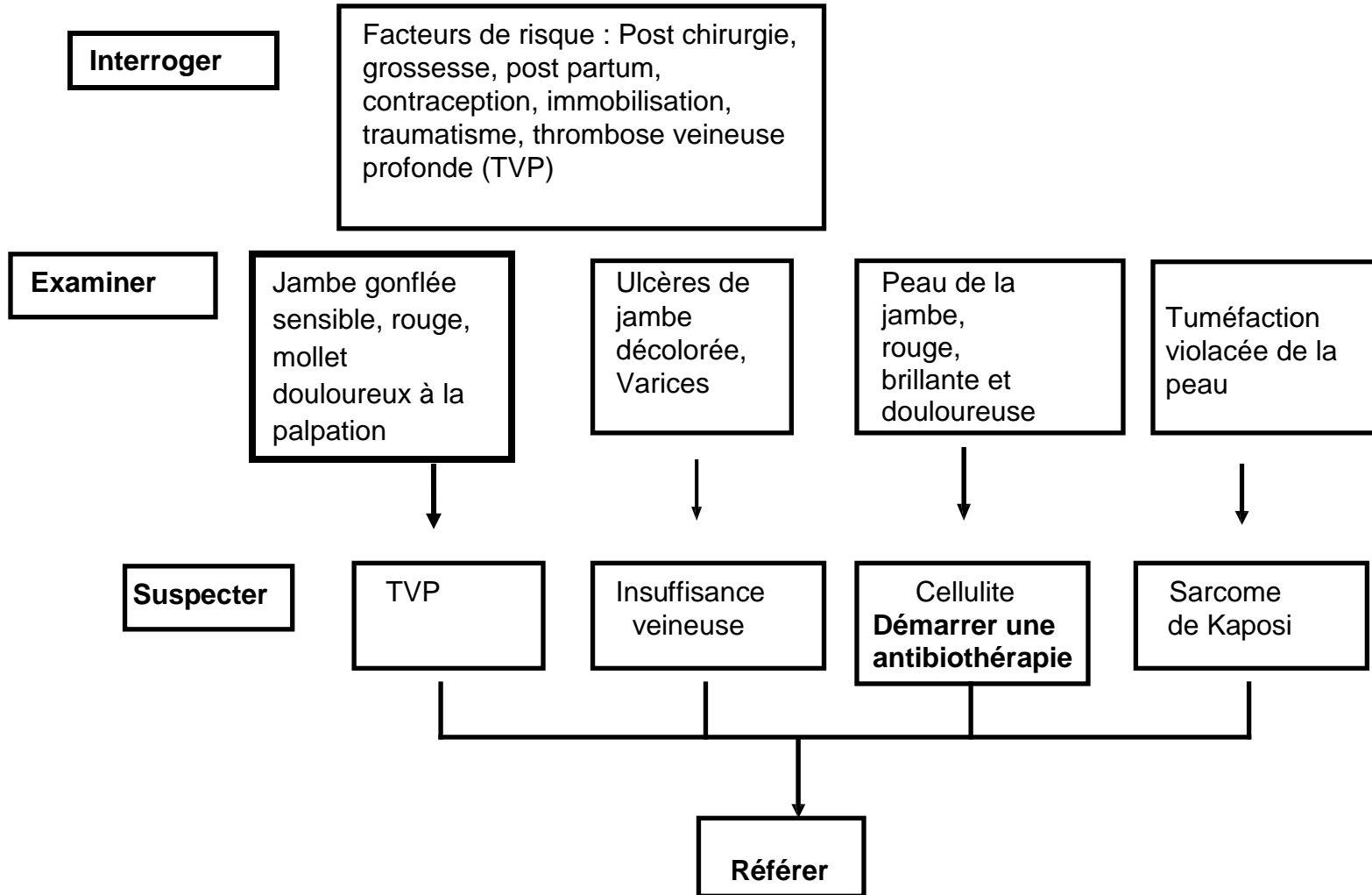
PROTOCOLE 7 M :

TUMEFACTION DES JAMBES



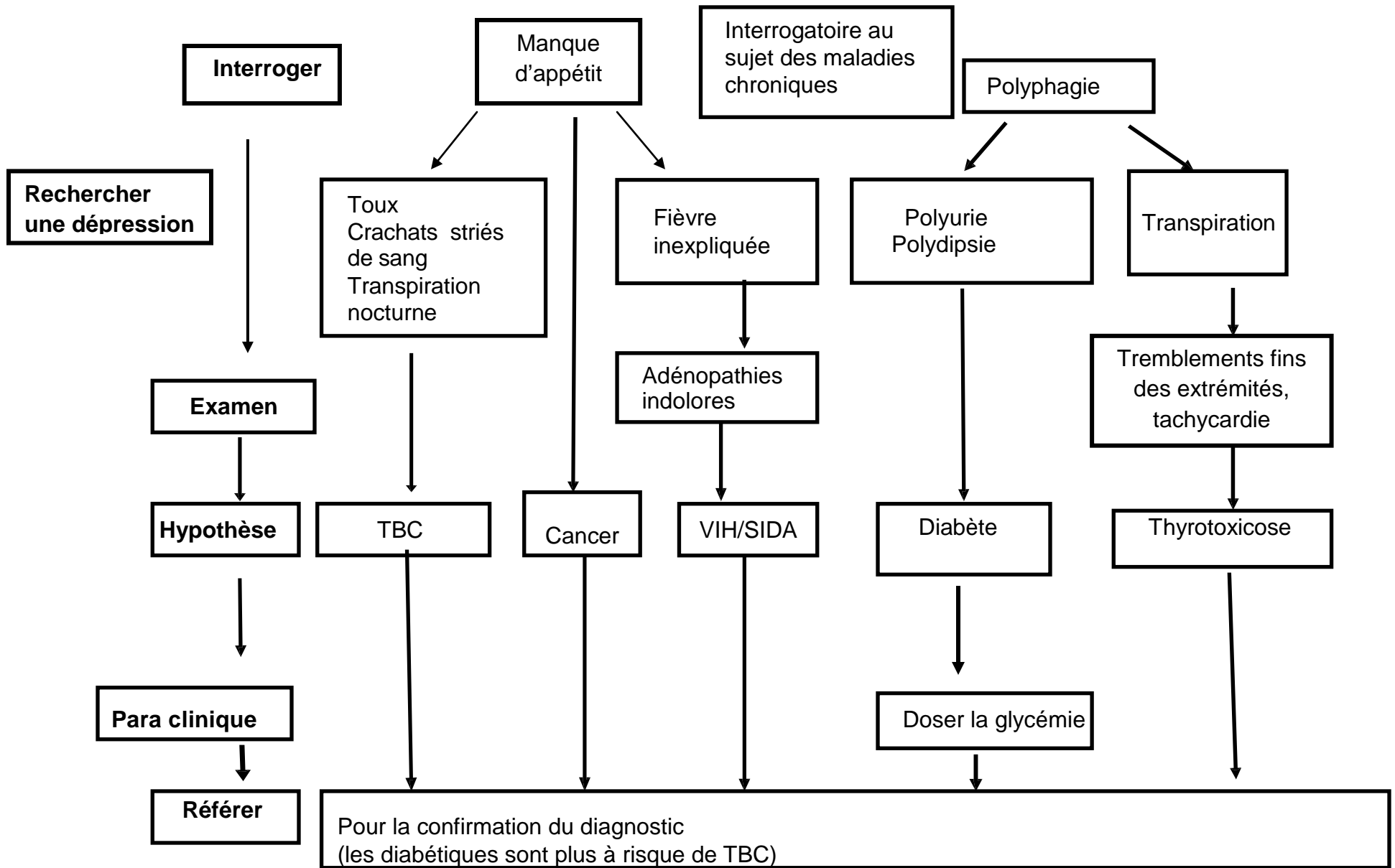
PROTOCOLE 7 M: (suite)

TUMEFACTION D'UNE JAMBE



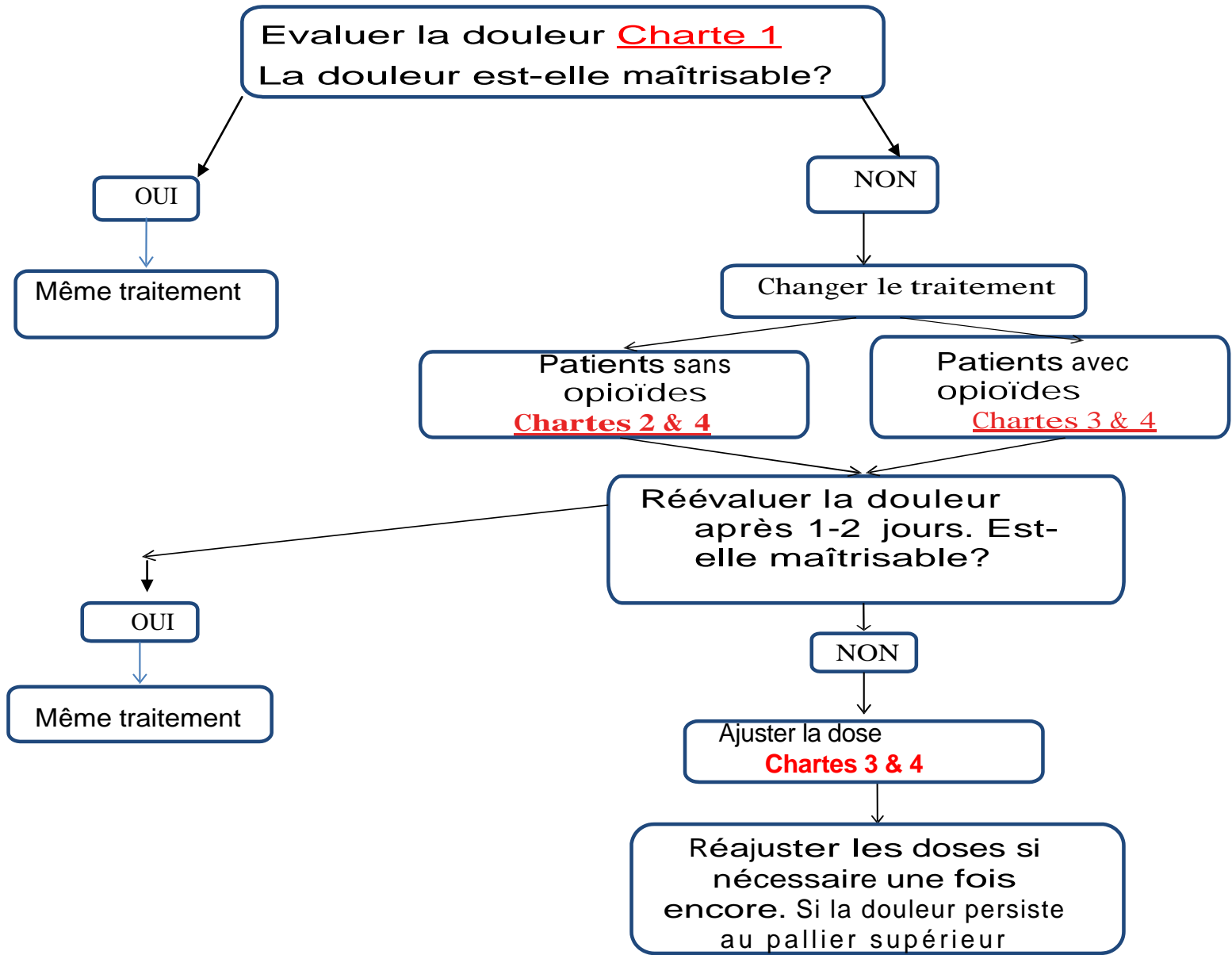
PROTOCOLE 8 M:

PERTE DE POIDS



PROTOCOLE 9 M:

TRAITEMENT DE LA DOULEUR CANCEREUSE



PROTOCOLE 9 M: (suite)

<p><u>Charte 1</u> Evaluer la douleur</p> <p>1) Graduer la douleur</p> <p>- Echelle numérique 0-10: 1-3: légère 4-6: modérée 7-10: sévère</p> <p>- Doigts de la main: 0: pas de douleur; 1: douleur très légère, 5: douleur très sévère</p> <p>2) Déterminer la cause de la douleur par son historique, la prise médicamenteuse et l'examen: décrire la localisation, le type et les facteurs la modifiant.</p>	<p><u>Charte 2</u> Nécessité d'un Médecin agréé pour prescrire l'Opioïde (opiacés)</p> <p>Prescription systématique d'un laxatif pour éviter la constipation</p>	<p><u>Charte 3</u> Ajuster la dose des Opioïdes par un Médecin ou un Infirmier agréé</p> <p>Codéine par voie orale: augmenter la dose totale journalière d'Opioïde de 30%; si la dose maximale a été atteinte sans effet, passer à la Morphine</p> <p>Morphine par voie orale: Augmenter la dose totale journalière de 30%.</p>	<p><u>Charte 4</u> Evaluer et traiter les effets secondaires habituels des Opioïdes</p> <p>Constipation : boire beaucoup d'eau. Donner les laxatifs: (Bisacodyl 5 à 15 mg la nuit)</p> <p>Nausée et vomissement: Donner un antiémétique (halopéridol 1,5 mg une fois par jour)</p> <p>Délire, confusions: Réduire la dose totale journalière d'Opioïde de 50% sous la supervision d'un Médecin agréé. Si les symptômes persistent, passer au pallier supérieur</p>
---	--	---	--

PROTOCOLE 10 M:

COMA OU OBNUBILATION

Action 1.

- Mettre les patients en position latérale de sécurité (geste à éviter en cas de suspicion d'un traumatisme du cou)
- Libérer les Voies Aériennes Supérieures (VAS) : placer une canule
- Arrêter le saignement par contention (pansement compressif, garrot)

Action 2.

Interroger l'entourage sur l'existence d'un ATCD récent de traumatisme, convulsions, épilepsie, hypertension, TTT anti diabétiques, alcool/ substances abusives pesticides, allergie, piqûre d'insectes, morsure de serpent

Action 3.

Mesure de la glycémie, prise de la TA, température et pouls.

Rechercher:

- Déficit moteur de l'hémicorps ;
- Absence de réponse à une stimulation douloureuse ;
- Difficultés respiratoires ;
- Crises/convulsions ;
- Grossesse évolutive, Raideur de la nuque ;
- Tuméfaction des lèvres, de la langue et de la peau.

PROTOCOLE 10 M: (Suite)

Action 4. Traiter de la façon suivante

Traumatisme avec une TAS < 90 mm Hg

Perfusion de Sérum salé (SS) à 9‰ puis **référer**

Convulsions/Crise

Si convulsions/crise sur grossesse, donner du Sulfate de Mg en IV (4 g en 5-15 min)
Sinon du Diazépam 10mg en IR puis, **référer** à l'hôpital (sauf si c'est 1 épileptique)

Suspicion d'un choc anaphylactique avec TAS < 90 mm Hg

- Faire coucher le patient en position de sécurité et mettre une canule
 - Faire adrénaline 0.01mg/kg en IM (ne pas dépasser 0,5mg/Kg)
 - Faire du SS à 9 ‰ en IV, (20 ml/Kg à répéter, mais ne pas dépasser 50 ml/kg au cours des 30 premières min)
- Si aucune réaction, répéter adrénaline toutes les 5 minutes
- Faire Hydrocortisone 100-300 mg en IV

Glycémie ≤ 2,8mmol/l

Si le malade peut boire, donner 1 cuillère à soupe soit 20-30g de glucose dans de l'eau ou 1 verre de jus de fruit, du miel ou des boissons sucrées.

Si pas de réaction dans les 15 mn, répéter la même action. Si le patient ne peut pas boire, faire 50ml de SG 30% en IV. Si pas de réaction dans les 10 min, référer à l'hôpital.

Si acétonurie +++ et/ou

Glycémie ≥ 18mmol/l soit 3,6g/l

- Faire 10 UI d'insuline rapide en S.C
- Puis référer à l'hôpital avec 1 perf de SS 9 ‰, 1 litre à faire passer la 1^{ère} heure

Si Suspicion d'intoxication aux herbicides/pesticides

- Si, toxine connue, donner son antidote avant de référer le patient à l'hôpital

Si Temp. > 38°C ± raideur de la nuque

Appliquer protocole de méningite/paludisme

Si Paralysie

- Libération des VAS
- Référer à l'hôpital

Morsure de serpent

- Faire le serum antivénimeux
- Puis **référer** à l'hôpital

PROTOCOLE 11 M: ACCIDENT ISCHEMIQUE TRANSITOIRE (AIT) et AVC

Appliquer ce protocole si le patient présente de façon brutale :

- Un déficit moteur ou sensitif d'un hémicorps ou d'un membre,
- Une difficulté à parler ou à comprendre (Aphasie)
- Troubles visuels
- Céphalées sévères, inhabituelles
- Vertiges et troubles de la marche et de l'équilibre

Interroger:

- A quand remonte le début des troubles? (lieu, contexte)
- Avez-vous ressenti une faiblesse ou engourdissement dans les membres?
- Pouvez-vous parler comme d'habitude?
- Pouvez-vous voir comme d'habitude?
- Avez-vous des maux de tête?
- Les symptômes persistent ils ou ont-ils disparus?
- Avez-vous des ATCD d'AIT ou d'AVC ?
- Etes-vous diabétique, hypertendu ou porteur d'une maladie cardiaque?
- Fumez-vous ou avez-vous fumé dans le passé? Oui / Non
- Consommez-vous de l'alcool? Oui / Non
- Avez-vous un carnet de santé ou autres documents?
- Avez-vous un ATCD de traumatisme crânien ou autres traumatismes récents?

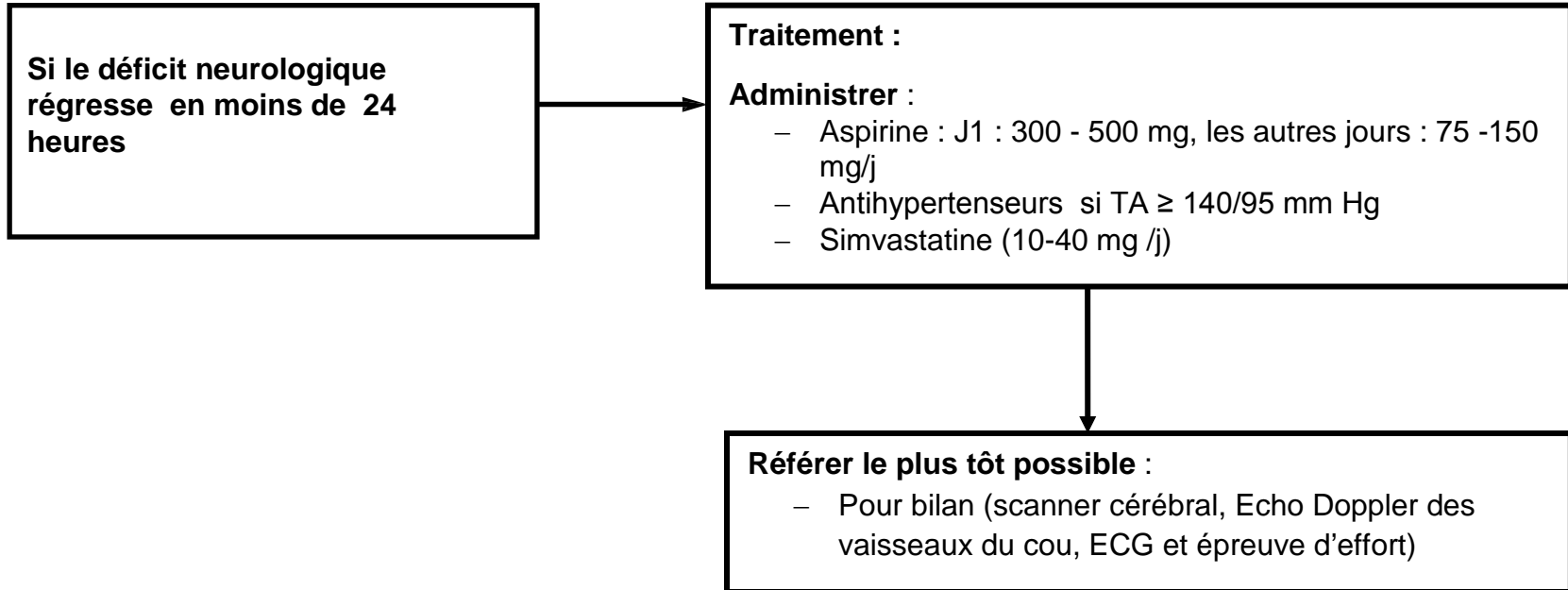
Examen clinique :

- Evaluation de l'état de conscience
- Déficit neurologique: déficit ou sensitivo- moteur hémicorporel,
- Hémianopsie, Aphasie, négligence; dysphagie, autres
- Auscultation du Cœur et des vaisseaux du cou
- Prise de la TA et du pouls
- Mesure de la glycémie

Si le déficit neurologique persiste plus de 24 heures

Référer en urgence au niveau de

PROTOCOLE 11 M : (suite)



PROCOLE 12 M :

SYNDROME CORONARIEN AIGU (SCA) : ANGOR INSTABLE/INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE

(Voir protocole 5M)

Action:

- Utiliser les bandelettes de Troponine pour confirmer l'IDM (si disponible)
- ECG (si disponible)



Action: Traitement

- Donner 2 à 4 l/min d'O₂ par lunettes nasales
- Mettre le patient en position demi-assise, si dyspnée le redresser
- Administrer de l'aspirine dispersible 150-300 mg (de préférence croquer) immédiatement
- Isosorbide dinitrate 5mg ou glycéryl trinitrate 500 mcg en sublinguale à répéter si la douleur persiste
- Pour les douleurs intenses, donner de la morphine injectable 5-10 mg IM ou IV et prométhazine 25 mg IM
- Si TA > 160/100 mm Hg, considérer qu'il s'agit d'une poussée hypertensive (voir protocole 1P)
Si dyspnée en rapport avec une insuffisance ventriculaire gauche (faire 40 mg de Furosémide IVD lente pendant plus de 10 minutes, répéter 20 mg après 2H si nécessaire)
- En l'absence de contre-indications, faire un bolus de 60-70 U/kg d'héparine en IV

Pour les patients porteurs de SCA (angor instable)

Faire le même traitement (voir ci-dessus)

Action : Référer au niveau de soins supérieur

Une thrombolyse est possible les 12h premières heures de la douleur si le plateau technique le permet.

Note : le diagnostic d'IDM peut être posé en présence de l'un des deux éléments suivants :
Symptômes d'IDM, positivité des Bio marqueurs (Test Troponine qualitatif / bandelettes)

PROCOLE 13 M: ANGINE DE POITRINE, INFARCTUS DU MYOCARDE RECENT OU PASSE

Angine de poitrine

- Appliquer les protocoles 3 et 4 Paramédicaux pour le conseil et l'éducation pour la santé
 - Glycéryl nitrate Sublingual pour calmer immédiatement la douleur thoracique ;
 - Aspirine orale (75 à 150 mg par jour) ;
 - Aténolol de première intention pour calmer les symptômes (50-100 mg par jour)
 - Si le patient a une intolérance aux Bêtabloquants ou si non totalement contrôlé par les Bêtabloquants, traiter par des anti calciques de longue durée d'action (exemple Amlodipine 5 -10 mg par jour)
 - Simvastatine (10-40 mg par jour)

Antécédent d'infarctus du myocarde

- Appliquer protocoles 3 et 4 pour le conseil et l'éducation pour la santé

Prescrire :

- Aspirine orale (75 à 150 mg par jour) ;
- Bêtabloquant pendant au moins un an (Aténolol 50-100 mg par jour) ;
- IEC si insuffisance cardiaque ou infarctus du myocarde étendu (exemple Enalapril 10-20 mg par jour) ;
- Simvastatine (10-40 mg par jour) ;
- Glycéryl nitrate, comprimés Sublingual pour calmer immédiatement la douleur ;

Les patients qui ont un antécédent d'infarctus du myocarde récent (dans les 30 jours) ont besoin d'être suivis toutes les une à 2 semaines.

PROTOCOLE 13 M: (suite)

Critères de référence pour les patients avec angine de poitrine ou antécédent d'infarctus du myocarde :

- Douleur persistante limitant les activités quotidiennes chez les patients avec angine de poitrine ou antécédent d'infarctus du myocarde ;
- Douleur angineuse chez les patients aux antécédents récents d'infarctus du myocarde ;
- Insuffisance cardiaque ;
- Arythmies cardiaques ;
- Exploration et prise en charge des facteurs de risque nécessitant des tests non disponible sur le site

Précautions / Contre indications

Aspirine: Antécédents d'ulcère gastroduodéal, hémorragie cérébrale, allergie ou traumatisme grave ;

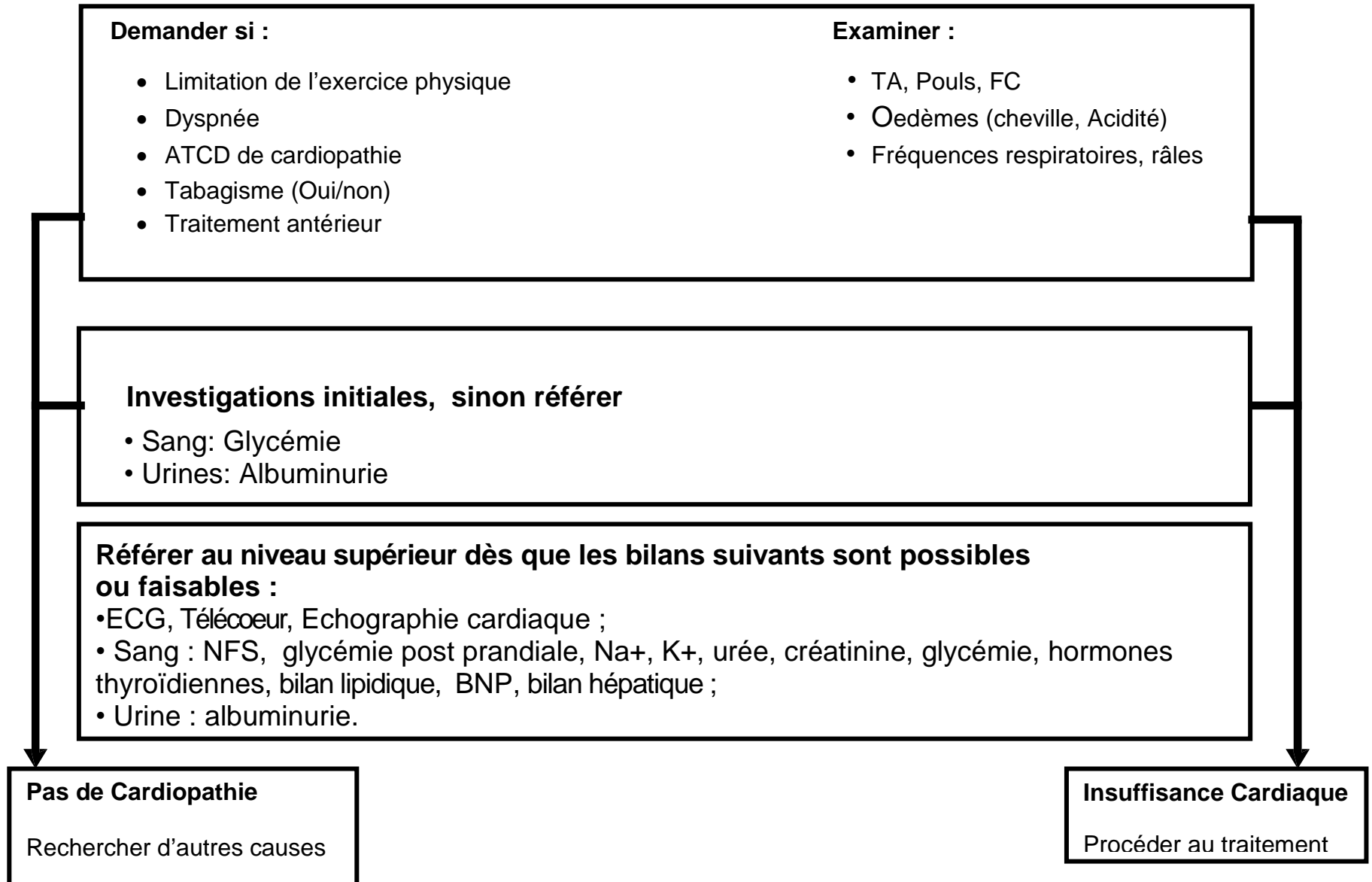
Aténolol: Asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, BAV ou bradycardie (pouls < 50 pulsation/min) ;

Inhibiteurs Calciques: Insuffisance cardiaque ;

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion: Allergie connue, grossesse ou intolérance due à la toux.

PROTOCOLE 14 M:

INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE



PROCOLE 14 M : (suite)

Traitement

Evaluation de la surcharge hydrique

Prescription de Diurétiques si surcharge hydrique:

- Parfois : Diurétiques thiazidiques (exemple Hydrochlorothiazide 25-50 mg par jour) ;
- Dans les cas les plus sévères : Furosémide (débuter à 40 mg, entretien 20-40 mg par jour) ;
- Plus tard : Association de Diurétiques (Furosémide et Thiazidiques) ;
- Traitements complémentaires (exemple Spironolactone 25-200 mg par jour) chez certains patients ;
- Appliquer les protocoles 3 et 4 pour l'éducation pour la santé et les conseils (éviter le sel).

Référer au niveau supérieur pour les cas suivants:

- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion : (contrôler les électrolytes et la fonction rénale) ;
- BBloquants (choix des doses)

PROTOCOLE
15 M:

SUIVI DES CAS STABLES D'ASTHME / BPCO

Question:

Asthme et BPCO ensemble avec une toux, une respiration difficile et /ou sifflante
Faire la différence entre Asthme et BPCO
Si le diagnostic de l'asthme ou de la BPCO est connu aller au protocole 16P

Considerer comme ASTHME si	Considérer BPCO si
<ul style="list-style-type: none">• Diagnostic antérieur d'asthme ;• Existence de symptômes depuis l'enfance ou au début de l'âge adulte ;• Antécédents de rhume des foins, d'eczéma et/ou d'allergies ;• Symptômes intermittents avec des périodes asymptomatiques ;• Symptômes accentués souvent la nuit ou aux premières heures du matin ;• Symptômes respiratoires déclenchés par une infection respiratoire, les changements climatiques ou le stress ;• Symptômes régressant sous Salbutamol.	<ul style="list-style-type: none">• Diagnostic antérieur de BPCO ;• Symptômes ayant débuté généralement après l'âge de 40 ans ;• Symptômes s'étant aggravés lentement sur une longue période ;• Longue histoire de toux fréquentes voire quotidiennes avec crachats et précédant souvent la dyspnée ;• Symptômes persistants; non présents seulement la nuit ou aux premières heures du matin ;• Antécédents de tabagisme important: plus de 20 cigarettes par jour durant plus de 15 ans.



Tester

Mesure du DEP
Donner 2 bouffées de Salbutamol et réévaluer après 15 minutes
Si DEP s'améliore de 20% retenir le diagnostic de l'asthme (protocole 16M)
Sinon, retenir le diagnostic de BPCO (protocole 16)

PROTOCOLE 16M:

GESTION DE L'ASTHME STABLE OU BPCO

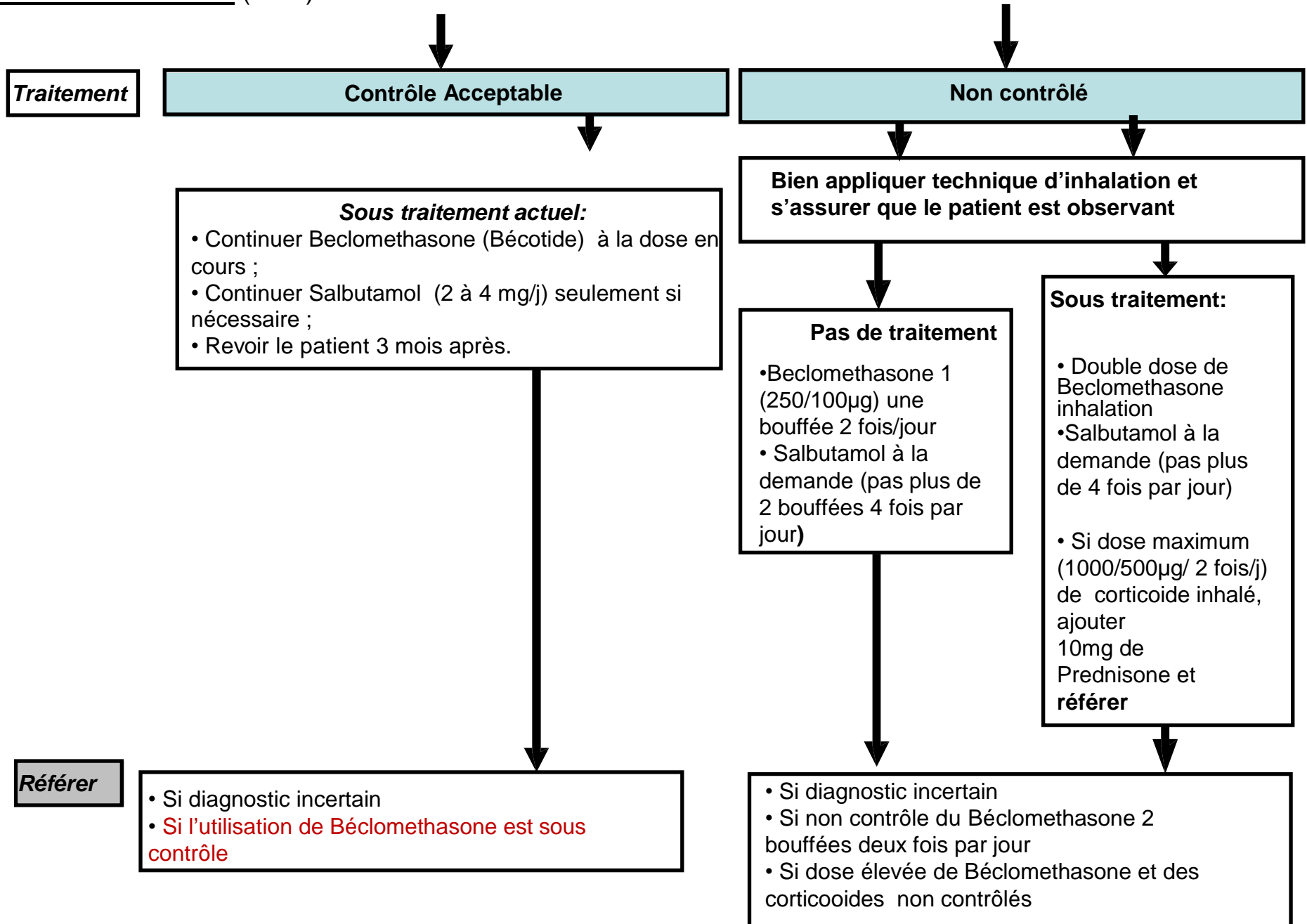
Question

Evaluer le niveau de contrôle de l'ASTHME

	<u>Contrôle Acceptable</u> <i>Tous les éléments suivants</i>	<u>Non contrôlé</u> <i>Quelques uns des éléments</i>
Symptômes diurnes d'Asthme	2 fois ou moins par semaine	3 fois ou plus par semaine
Utilisation de Bêta-agoniste	2 fois ou moins par semaine	3 fois ou plus par semaine
Symptômes nocturnes d'Asthme	2 fois ou moins par mois	3 fois ou plus par mois
Limitation des activités diurnes	Absente ou minimum	Limitation fréquente des activités
DEP (si disponible)	>80% du DEP attend	<80% du DEP attendu
Exacerbation sévère (nécessitant des corticoïdes par voie générale et/ou hospitalisation)	Une exacerbation pendant le mois précédent: Considérer le malade comme non contrôlé et revoir le traitement	



PROCOLE 16 M: (suite)



PROTOCOLE 16 M: (suite)

Conseils pour les patients et leur famille

- Éviter les facteurs de déclenchement des crises d'asthme ;
- Éliminer les cafards dans la maison en absence du patient ;
- Utiliser des matelas et des oreillers synthétiques ou les couvrir d'un tissu synthétique ;
- Enlever les tapis de la maison, en particulier des chambres à coucher ;
- Secouer et exposer les matelas, les oreillers, les couvre-lits et les couvertures au soleil ;
- Conseils sur le nettoyage sans soulever de la poussière:
 - Saupoudrer le plancher avec de l'eau avant de balayer ;
 - Nettoyer les meubles avec un chiffon humide ;
 - Nettoyer les lames des ventilateurs pour les débarrasser de la poussière ;
 - Éviter de stocker des livres, des jouets, des vêtements, des chaussures et d'autres objets qui accumulent la poussière dans des dortoirs.

Apprenez comment utiliser les inhalateurs-doseurs pour l'asthme (figure)

- Enseigner et vérifier la bonne utilisation des inhalateurs-doseurs ;
- Utilisez une chambre d'inhalation muni d'un embout buccal, à moins que le patient ne peut la tolérer ou ne peut l'utiliser en raison de l'essoufflement. Dans ce cas, utiliser **une chambre d'inhalation** avec un masque.
- Vérifier si le patient coordonne l'inhalation avec une bonne manipulation de l'inhalateur.

PROCOLE 16 M: (suite)

BPCO STABLE

Catégoriser et traiter en fonction de la gravité ci-dessous :

Catégorie de gravité	Modéré	Sévère	Complicé par les maladies associées
Symptômes et signes	Etre essoufflé lors d'une activité normale	Etre essoufflé au repos	Etre essoufflé au repos Oedème gardant le godet
Traitement	Salbutamol 2 bouffées jusqu'à 4 fois par jour	Salbutamol 2 bouffées jusqu'à 4 fois par jour Ipratropium : 2 bouffées jusqu'à 4 / j Théophylline comprimés si disponible: 300mg 2 fois/ j) Béclométhasone CFC, 250-500 mg 2 fois/jour	Salbutamol 2 bouffées jusqu'à 4 fois par jour Ipratopium 2 bouffées jusqu'à 4 fois/ jour Théophylline comprimés si disponible: 300mg 2 fois/ jour Béclométhasone CFC 250-500 mg 2 fois/jour Diurétiques si signes d'insuffisance cardiaque Furosémide 40 mg

PROCOLE 16 M: (suite)

Conseils pour les patients et leur famille

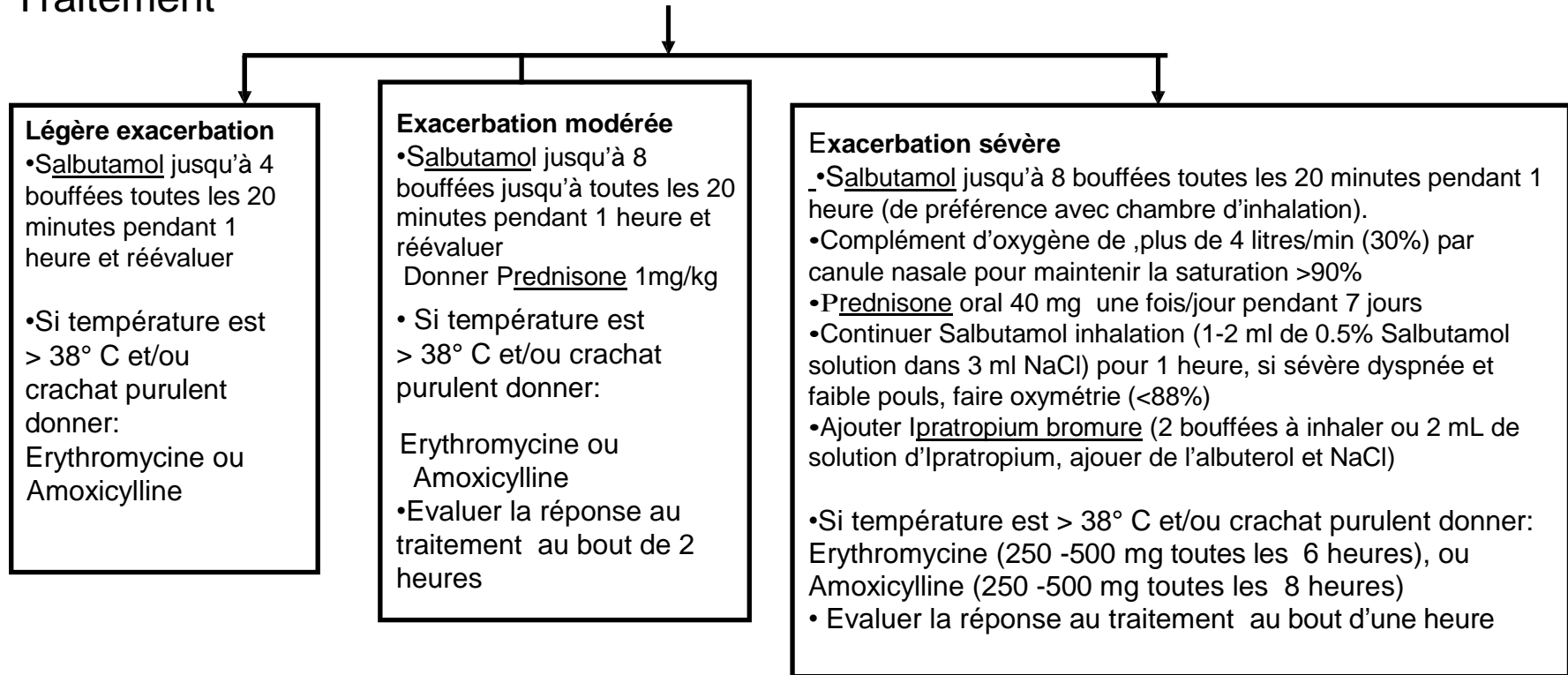
Le tabagisme et la pollution de l'air intérieur sont les principaux facteurs de risque de BPCO.

- Il est essentiel que les patients atteints de BPCO cessent de fumer et évitent les poussières, la fumée de tabac, et d'autres types de fumée
- Préparer les repas dans les cuisines bien aérées en laissant ouvertes les fenêtres et les portes
- Si possible, faire la cuisine au bois ou au charbon à l'extérieur de la cuisine ;
- Si possible, construire un four dans la cuisine avec des briques et une cheminée d'aération qui conduit la fumée dehors ;
- Utiliser les masques de protection respiratoire ou arrêter de travailler dans les zones de poussière ou les endroits pollués.

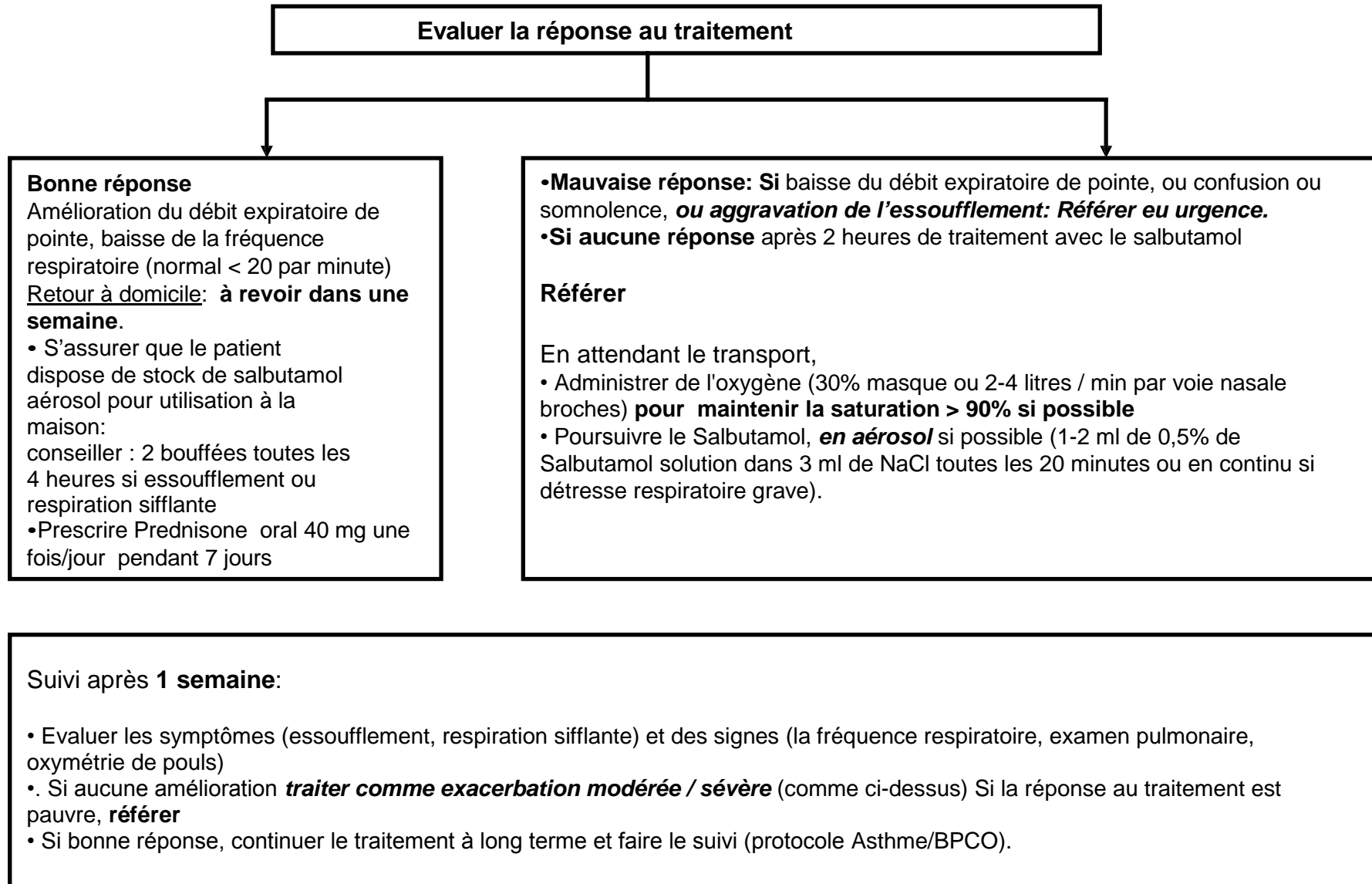
PROTOCOLE 17 M:

EXACERBATION DE L'ASTHME ET BPCO

Traitement



PROCOLE 17 M: (suite)



PROTOCOLE 18 M:

INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES

Evaluer ultérieure :

- Se **Référe**r à un niveau de soins plus élevé si vous avez plus d'un des éléments suivants :
 - o Confusion
 - o Fréquence respiratoire > 30 par minute ou plus
 - o Pression artérielle systolique < 90 mm Hg
 - o Pression artérielle diastolique < 60 mm Hg
 - o Age > 65 ans



Traiter avec

- Oxygène à plus de 4 litres/min (30%) par lunettes nasales pour maintenir la saturation >90% (si possible)
- Antipyrétique et antalgique (1-2 comprimés de paracétamol 4 fois par jour) avec de l'eau potable
- Si suspicion d'infection bactérienne : Prescrire Cotrimoxazole ou Amoxicilline si on ne peut pas référer
- Si suspicion d'infection virale : l'antibiothérapie n'est pas nécessaire. Surveiller le patient.



Surveiller pendant 2 jours

Référer si les symptômes s'aggravent ou ne s'améliorent pas

PROTOCOLE 19 M:**PREVENTION DES RECIDIVES DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUË ET
DES CARDIOPATHIES RHUMATISMALES.**

Diagnostic	
Critères majeurs	<ul style="list-style-type: none">- Endocardite- Polyarthrites- Chorée- Erythème marginé- Nodules sous cutanés
Critères mineurs	<ul style="list-style-type: none">- Clinique : fièvre, arthralgie,- Para clinique : accélération de la VS ou hyperleucocytose et CRP positive.- ECG : Allongement de l'espace PR
Antécédents récents d'une infection streptococcique les 45 derniers jours.	ASLO ou autres anticorps anti streptococciques positifs, ou présence de streptocoques dans un prélèvement de gorge ou test rapide de détection des antigènes streptococciques A positif, ou scarlatine récente.
Premier épisode de fièvre rhumatismale (FR)	La présence de deux critères majeurs ou un critère majeur et deux critères mineurs confirme une infection récente à streptocoque du groupe A.
Récidive de FR chez un patient sans cardiopathie rhumatismale confirmée ^a .	La présence de deux critères majeurs ou un critère majeur et deux critères mineurs confirme une infection récente à streptocoque du groupe A.
Récidive de FR chez un patient sans cardiopathie rhumatismale confirmée ^a .	La présence de deux critères mineurs confirme une infection récente à streptocoque du groupe A ^b .
Chorée rhumatismale Début insidieux de cardite rhumatismale ^a	La présence d'autres critères majeurs ou une infection récente à streptocoque du groupe A ne sont pas obligatoires.
Lésions valvulaires chroniques telles que les cardiopathies rhumatismales (patients se présentant pour la première fois avec une sténose mitrale pure ou une maladie mitrale et / ou une Valvulopathies aortiques) ^c	Ne pas exiger d'autres critères pour confirmer le diagnostic de cardiopathie rhumatismale.

(b) L'endocardite infectieuse devrait être exclue. (b) Certains patients avec des épisodes récidivants peuvent ne pas remplir tous ces critères. (c) Les cardiopathies congénitales devraient être exclues.

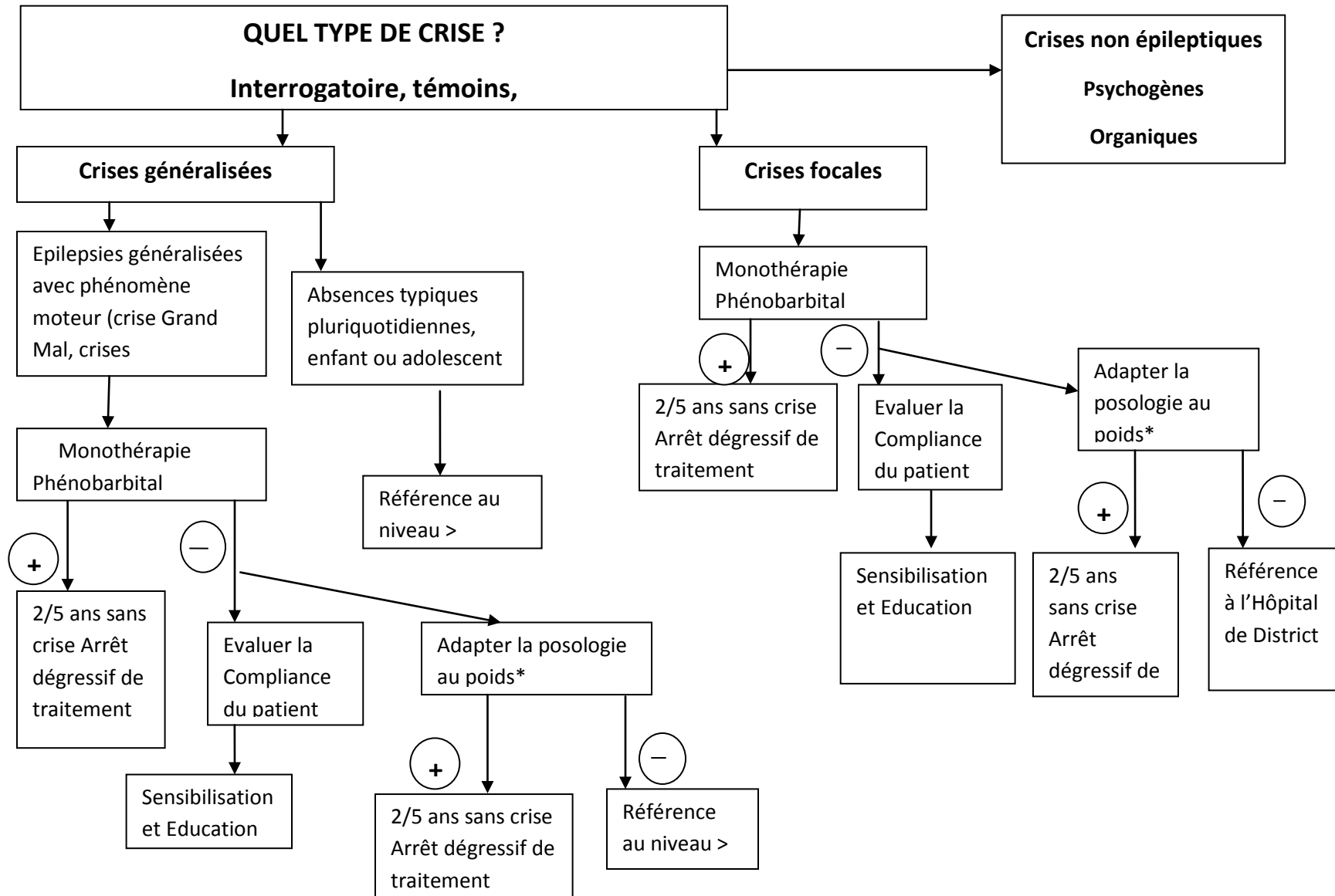
PROTOCOLE 19 M: (suite)

ANTIBIOTIQUES – TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE		
	Mode d'administration	Dose
Benzathine penicilline G.	Une injection intramusculaire toutes les 3–4 semaines.	Pour les adultes et enfants de poids ≥ 30 kg faire 1 200 000 unités. Pour les enfants de poids < 30 kg faire 600.000 unités.
Penicilline V.	Oral	250 mg deux fois par jour.
Sulfadiazine	Oral	1 g par jour
Erythromycine	Oral	250 mg deux fois par jour.

Durée de l'antibioprophylaxie	
Categories de patients	
Patient sans endocardite.	Pendant 5 ans ou jusqu'à l'âge de 18 ans (quelque soit la durée).
Patient avec endocardite (insuffisance mitrale légère ou endocardite guérie).	Pendant 10 ans ou jusqu'à l'âge de 25 ans (quelque soit la durée).
Valvulopathie plus sévère.	A vie
Après chirurgie valvulaire.	A vie.

PROTOCOLE 20 M :

PROTOCOLE SIMPLIFIE DE TRAITEMENT MEDICAL DES EPILEPSIES (Niveau CS)



*Evaluation se fait après quatre mois

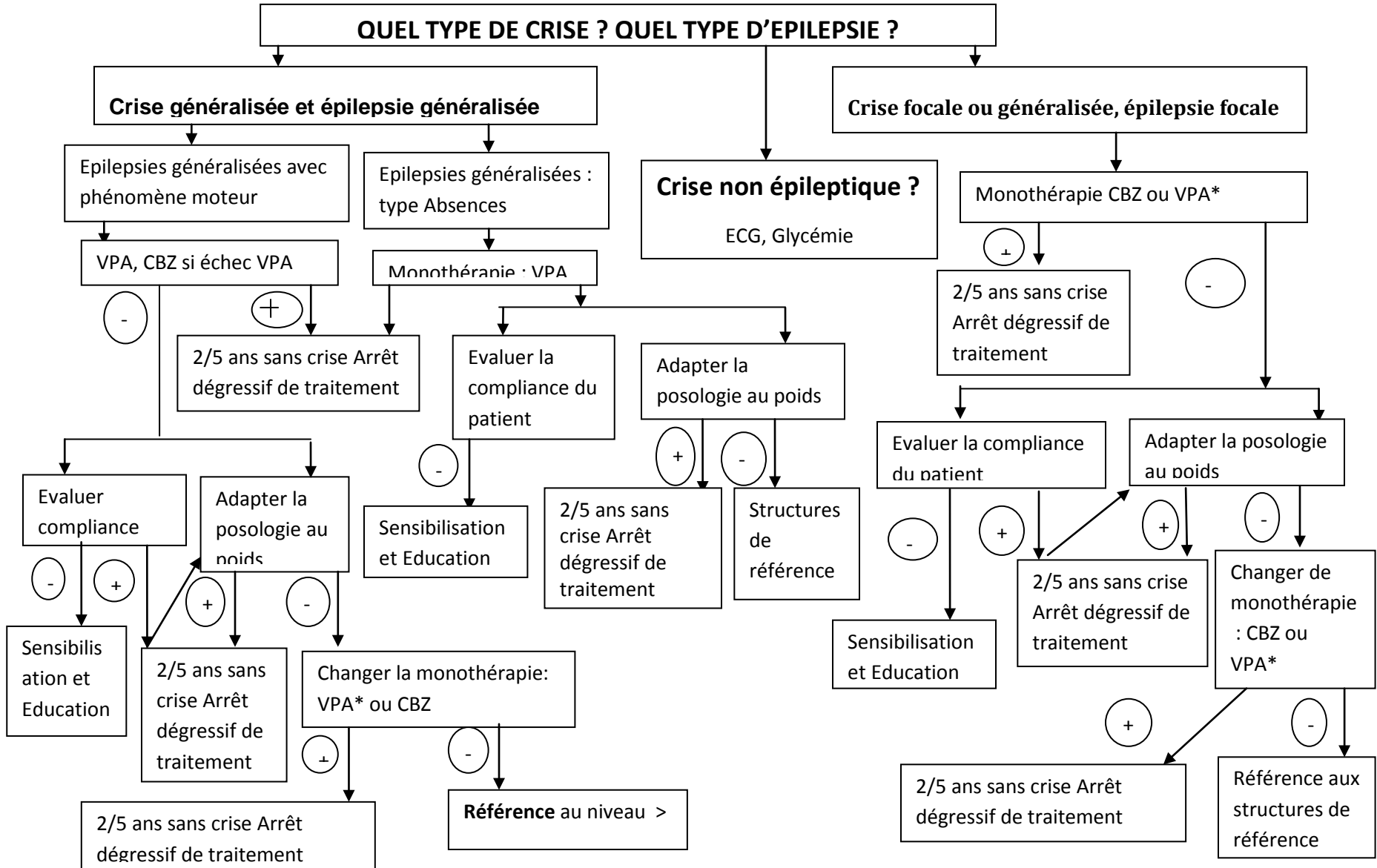
(+) = Evaluation positive

(-) = Evaluation négative

PROCOLE 20 P: (suite)

PROCOLE SIMPLIFIE DE TRAITEMENT MEDICAL DES EPILEPSIES (Niveau HZ)

NB : Si première visite, **suivre** le schéma du niveau de Centre de santé



*Dosage de transaminases au moins chaque année

