

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

=====

BURKINA FASO
Unité- Progrès- Justice



Ministère de la Santé



**PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES
NON TRANSMISSIBLES POUR LES INFIRMIERS ET
SAGES FEMMES DU NIVEAU PERIPHERIQUE**

Juillet 2020

Avant-propos

Le Burkina Faso, à l'instar des autres 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'elles induisent sur la santé des populations, il est urgent que des actions pertinentes soient menées pour inverser la tendance. C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a initié et recommandé la mise en oeuvre d'un ensemble de protocoles pour le dépiatage, la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau périphérique (WHOPEN).

Mon département, en s'inscrivant dans cette logique et en se basant sur les résultats de l'enquête nationale STEPs de 2013, a procédé à une adaptation de ces protocoles de prévention et de prise en charge des MNT dans les soins de santé primaires au Burkina Faso. Ce paquet d'outils destinés aux infirmiers et aux sages femmes comporte deux volets à savoir le préventif et le curatif.

Je reste convaincue que ces outils de prise en charge seront utiles aux agents de santé de la périphérie et garantiront aux populations des soins de qualité.

J'exhorte les différents acteurs de la santé à s'approprier les présents protocoles pour l'amélioration de la lutte contre les MNT et aussi pour l'atteinte de l'objectif de développement durable en rapport avec la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à celles-ci.

Le Ministre de la santé

Professeur Léonie Claudine LOUGUE/SORGHO

Chevalier de l'ordre national

Table des matières

Sigles et abréviations.....	3
Introduction.....	4
Contexte	5
Définitions opérationnelles	6
Présentation des objectifs de la formation	10
Module 1 : Les maladies cardiovasculaires	11
Chapitre 1 : L'hypertension artérielle.....	11
Protocole 1 :	16
Chapitre 2 : L'insuffisance cardiaque	19
Protocole 2	19
Chapitre 3 : Angine de poitrine et infarctus du myocarde	20
1. Angine de poitrine	20
Protocole 3	20
2. L'infarctus du myocarde.....	21
Protocole 4	21
Chapitre 4 : L'accident vasculaire cérébral.....	22
Protocole 5	22
Module 2 : Le diabète sucré	23
Protocole 6	23
Module 3 : L'asthme et les bronchopneumopathies chroniques obstructives.....	27
Chapitre 1 : L'asthme.....	27
Protocole 7	27
Chapitre 2 :La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	28
Protocole 8	28
Module 4 : le cancer	30
Chapitre 1 : Le cancer du sein	30
Protocole 9	30
Chapitre 2 : Le cancer du col de l'utérus.....	31
Protocole 10	31
Chapitre 3 : Le cancer de la prostate.....	33
Protocole 11	33
Module 5 :L'insuffisance rénale	34
Protocole 12	34

Module 6 : L'épilepsie	36
Protocole 13	36
Module 7 : La drépanocytose	38
Protocole 14	38
Module 8 : Education à la santé et conseils sur les comportements sains.....	40
Protocole 15 :	40

Sigles et abréviations

AIT : Accident ischémique transitoire :

ATCD : Antécédents

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CHR: Centre hospitalier régional

CM : Centre médical

CMA: Centre medical avec antenne chirurgicale

FA : Fibrillation auriculaire

HTA : Hypertension artérielle

HD : Hôpital de district

IDM : Infarctus du myocarde

IMC : Indice de masse corporelle

IRC : Insuffisance rénale chronique

MNT : Maladies non transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la santé :

PA : Pression artérielle

PAS : Pression artérielle systolique

PSA : Prostat specific antigen

TA : Tension artérielle

TR : Toucher rectal

TVP : Thrombose veineuse profonde

WHOPEN : WHO package of essential noncommunicable disease intervention/
paquet essentiel d'interventions de l'OMS pour les maladies non transmissibles

Introduction

La lutte contre les maladies non transmissibles constitue pour les pays en développement en général et pour le Burkina Faso en particulier un défi majeur 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 2013, le Burkina Faso a procédé à une réorganisation de la stratégie de lutte contre les MNT par la création d'un programme national de lutte contre les MNT (PNMNT) dans une approche intégrée et ensuite l'érection de ce programme en Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCM) en 2017.

La mise en place de ce programme a permis de réaliser en 2013, la première enquête nationale sur les facteurs de risque communs des maladies non transmissibles dénommée enquête STEPs.

Sur la base de cette enquête et selon les recommandations de l'OMS, le Ministère de la santé en a entrepris l'élaboration et l'utilisation d'un paquet essentiel d'interventions pour la prévention et la prise en charge des principales MNT dans les soins de santé primaires au niveau des structures périphériques.

L'intégration de ce paquet essentiel aux soins de santé primaires s'inscrit dans les différentes stratégies mondiale 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 causées par ces affections.

Contexte

Les maladies non transmissibles (MNT), représentent une charge de plus en plus lourde au niveau mondial. En effet, selon l’OMS, respectivement 63 et 68% des décès survenus dans le monde en 2008 et 2012, sont dus aux MNT, ces dernières étant responsables de plus de 40% des décès dits prématurés.

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays en développement, les MNT, principalement, les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques constituent un énorme défi pour le système de santé.

Pour faire face à ce défi, l’OMS recommande la mise en place d’un paquet essentiel d’interventions pour la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles. En effet, l’organisation de la prise en charge des MNT devra être renforcée à travers l’utilisation des directives et protocoles thérapeutiques dans une approche d’intégration de soins au niveau des structures de soins primaires.

Ce paquet essentiel d’interventions comprend **quinze (15)** protocoles de prévention et de prise en charge des principales MNT destinés à l’usage des infirmiers et sages-femmes dans les formations sanitaires périphériques

Définitions opérationnelles

- **Tabac fumé** : substance contenant le plus souvent du tabac dont la combustion produit de la fumée que le consommateur aspire par la bouche ou le nez. Exemples : la cigarette, le cigare, la pipe.
- **Tabac non fumé** : forme de tabac se consommant par mastication ou par inhalation tel que le tabac à priser, à chiquer ou la feuille de Bethel.
- **Cigarette industrielle** : petit cylindre de papier rempli de feuilles de tabac hachées et traitées, avec ou sans filtre à une de ses extrémités, fabriquée en série de manière industrielle.
- **Fumeur quotidien** : celui ou celle qui fume les produits du tabac chaque jour.
- **Fumeur actuel** : celui ou celle qui fume quotidiennement ou occasionnellement des produits du tabac.
- **Ancien fumeur** : celui ou celle qui a arrêté de fumer depuis au moins un an.
- **Exposition à la fumée de tabac** : une exposition à la fumée de tabac pendant au moins un jour au cours des sept jours ayant précédé l'entretien.
- **Consommation abusive d'alcool** : correspond à une consommation d'au moins 5 verres standards, en une seule occasion et ceci au moins 3 fois dans le mois chez les hommes, ou d'au moins 4 verres standards d'alcool en une seule occasion au moins deux fois dans le mois chez les femmes. Une consommation abusive d'alcool correspond à la prise d'une quantité moyenne d'alcool pur supérieure ou égale à 60 g par jour pour les hommes et supérieure ou égale à 40 g pour les femmes.
- **Consommation moyenne** : correspond à la prise d'une quantité moyenne d'alcool pur comprise entre 40 g et 59,9 g par jour soit 4 à 6 verres standards pour les hommes et entre 20 g et 39,9 g soit 2 à 4 verres standards pour les femmes.
- **Faible consommation d'alcool** correspond à la prise d'une quantité moyenne d'alcool pur inférieure à 40 g par jour pour les hommes et inférieure à 20 g pour les femmes.

NB : un verre standard contient 10 g d’Ethanol. Par exemple :

- un verre ou une coupe de vin correspond à un verre standard d’alcool,
- une bouteille de bière de 33 cl correspond à un verre standard d’alcool,
- un ballon (boule) d’alcool fort correspond à un verre standard d’alcool,
- une calebassée de bière de mil (dolo) correspond à un verre standard d’alcool,
- une calebassée de vin de palm ou de bandji correspond à un verre standard d’alcool.

- **Portion de fruits ou de légumes**

Pour les légumes, il s’agit de l’équivalent d’un bol de légumes verts frais et crus, en feuilles (épinards, salade, etc.), d’un demi-bol d’autres légumes, cuisinés ou crus, coupés en petits morceaux (tomates, courges, haricots verts, etc.), ou d’un demi-bol de jus de légumes. Pour les fruits, il s’agit d’un fruit de taille moyenne (orange, banane, pomme, etc.) ou d’un demi- bol de fruits en morceaux, cuisinés ou au sirop ou d’un demi-bol de jus de fruit (sans arômes artificiels).

- **Activité physique**

Trois niveaux d’activité physique (limité, moyen et élevé) ont été proposés pour classer les populations. On distingue les niveaux suivants :

activité physique élevée:

activité physique intense au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d’au moins 1500 MET-minutes/semaine,

ou

- au moins 7 jours de marche à pied et d’activité physique modérée ou intense jusqu’à parvenir à un minimum de 3000 MET-minutes par semaine.

activité physique moyenne:

- au moins 20 minutes d’activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine

ou

au moins 30 minutes d’activité physique modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine

ou

au moins 5 jours de marche à pied et d’activité physique modérée ou

intense, jusqu'à parvenir à un minimum de 600 MET-minutes par semaine.

activité physique limitée » les participants qui ne répondent à aucun des critères ci-dessus mentionnés

sédentarité: une activité physique d'intensité modérée inférieure à 150 minutes par semaine ou son équivalent.

Une personne qui ne mène pas d'activité physique d'intensité modérée ou intense est considérée comme n'ayant **aucune activité physique**.

- **Surpoids et obésité**

Le **surpoids** a été défini pour un Indice de Masse Corporelle (IMC) compris entre 25 kg/m^2 et $29,9 \text{ kg/m}^2$

L'**obésité** a été définie pour un IMC supérieur ou égale à 30 kg/m^2 .

Les femmes enceintes ne sont pas prises en compte dans la classification de l'IMC.

- **Risque de survenue d'un évènement cardiovasculaire**

Le **risque cardio-vasculaire** fait référence à une probabilité de survenue d'un évènement cardio-vasculaire (exemple probabilité de survenue d'un infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) qui peut s'exprimer par différents indicateurs. Les **cinq facteurs** ci-après ont été utilisés pour définir ce risque : **sexe, âge, tabac, cholestérol total et pression artérielle systolique**. Ils sont modulés par la présence ou non d'autres facteurs aggravants : antécédents familiaux, diabète sucré, HDL cholestérol bas³.

Ce risque calculé et exprimé en pourcentage, correspondant à une probabilité de survenue d'un évènement cardio-vasculaire dans les 5 à 10 ans à venir, est plus pertinent chez les personnes de 40 à 64 ans.

Le **risque absolu ou risque global** est la probabilité de survenue d'un évènement cardio-vasculaire sur une période de temps donnée (5 ans, 10 ans, etc.) chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risque.

- **Risque combiné**

Les cinq facteurs ci-après ont été utilisés pour définir le risque combiné :

- la consommation quotidienne de tabac fumé,
- la consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour,
- la pratique réduite d'activité physique (<600 MET-minutes),
- le surpoids ou l'obésité (IMC \geq 25 kg/m²),
- l'hypertension artérielle (TA systolique \geq 140mmHg et/ou TA diastolique \geq 90 mmHg ou prise d'un traitement antihypertenseur).
- Le risque est considéré faible en l'absence de facteurs de risque combiné. Il est modéré en présence d'un (01) ou de deux (02) facteurs de risque et élevé s'il y a trois (03) à cinq (05) facteurs de risque.

Présentation des objectifs de la formation

L'encadreur présente aux participants le contexte et la justification de la formation, les objectifs, la méthode et le matériel dans le respect des normes et habitudes locales du lieu de formation.

- **Objectif**

Renforcer les capacités des agents de santé qualifiés pour la prévention et la prise en charge intégrées des principales MNT au niveau périphérique.

- **Objectifs spécifiques**

Etre capable :

- d'évaluer les facteurs communs de risques des principales MNT ;
- de diagnostiquer les principales MNT ;
- d'appliquer les protocoles simplifiés de prise en charge des patients souffrant des principales MNT ;
- de réaliser un suivi des patients évalués selon le niveau de risque des principales MNT ;
- d'éduquer les patients et leur entourage à l'auto-prise en charge ;
- de collecter les données sur les principales MNT ;
- de sensibiliser les patients et usagers des centres de santé sur la prévention des MNT.

Module 1 : Les maladies cardiovasculaires

Chapitre 1 : L'hypertension artérielle

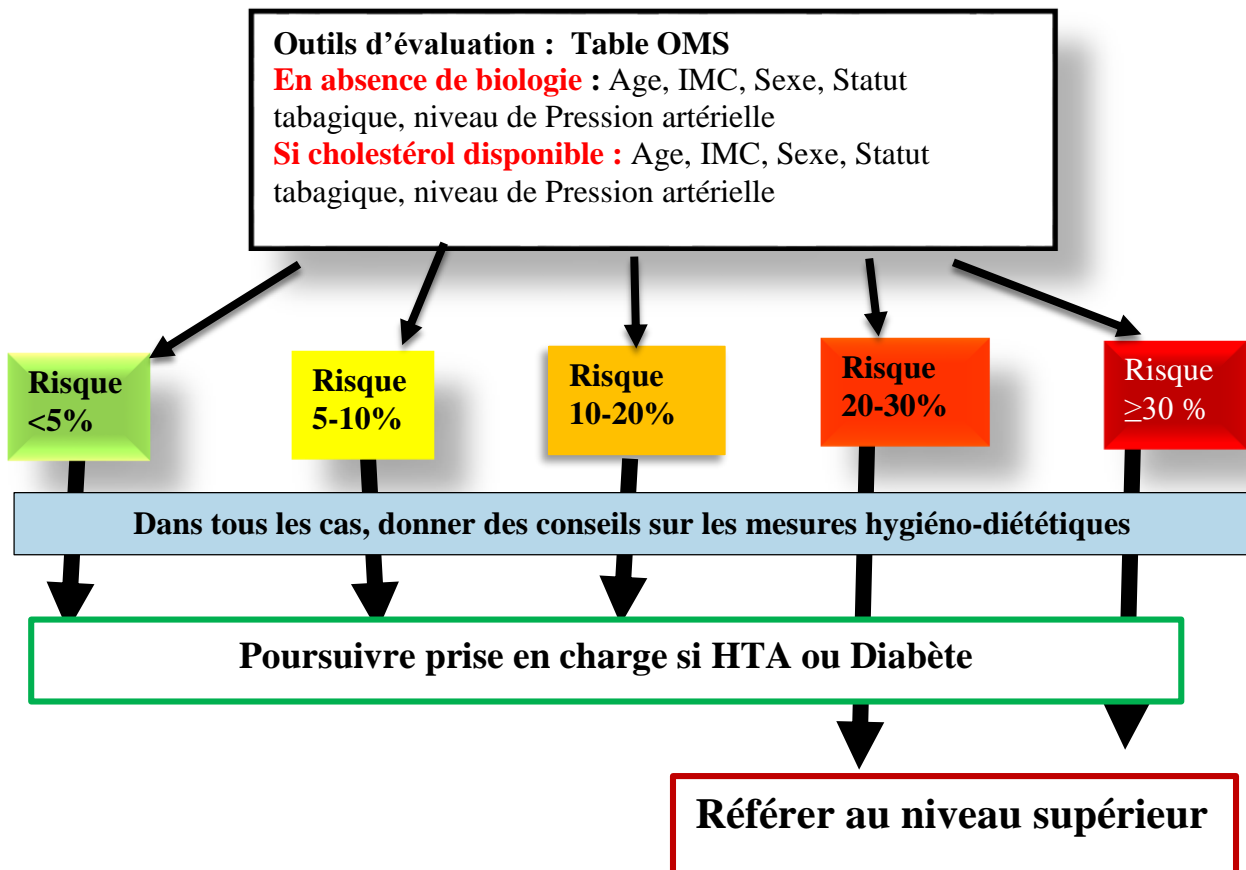
1. Définition

L'hypertension artérielle (HTA) se définit par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg, de façon permanente, mesurée au cabinet médical et confirmée au minimum par 2 mesures par consultation au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois (OMS 2003, JNC 2014).

2. Evaluation du risque cardiovasculaire :

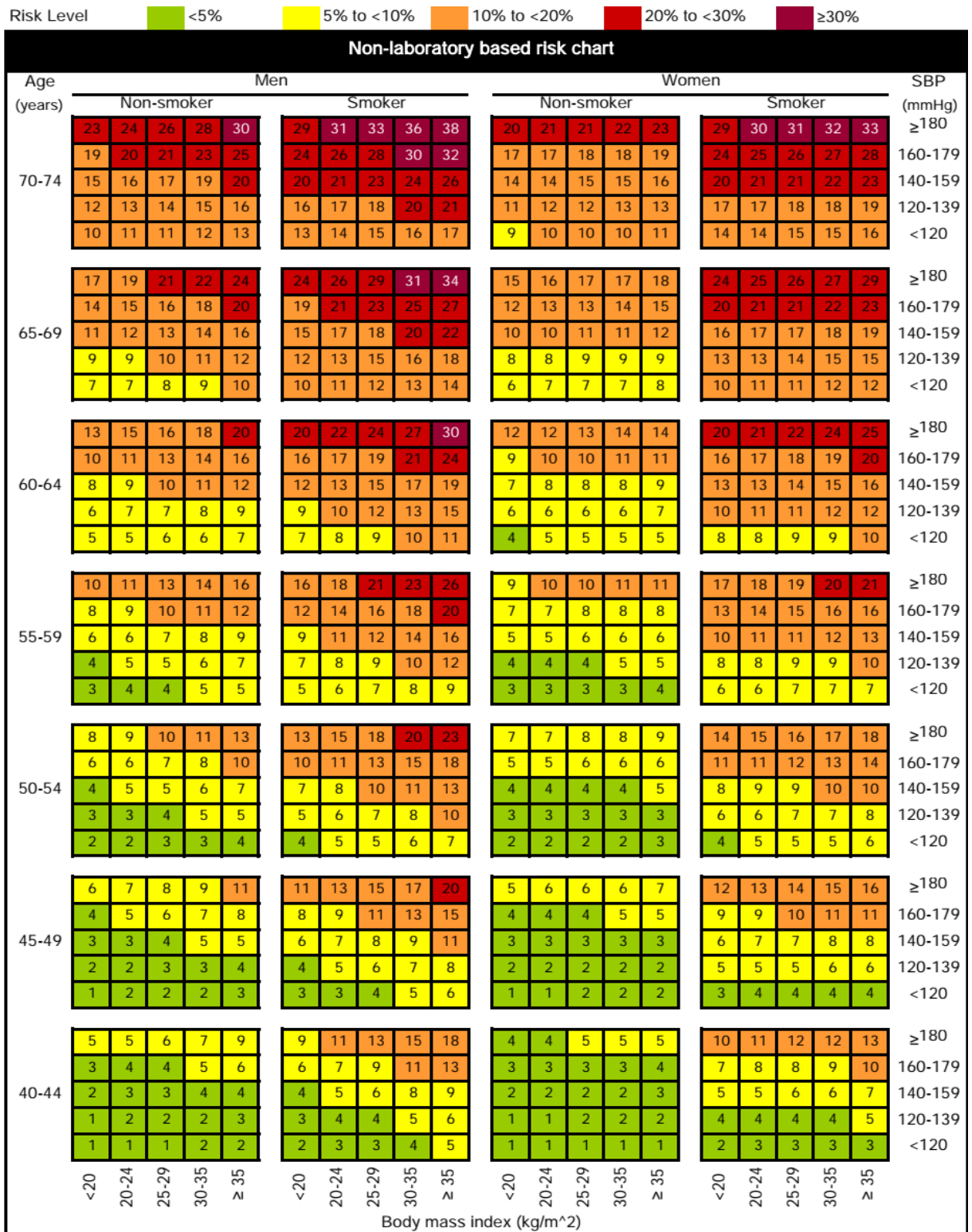
Évaluer et gérer le risque cardiovasculaire chez les personnes présentant des facteurs de risque qui n'ont pas encore développé de maladie cardiovasculaire cliniquement manifeste (prévention primaire).

Evaluation et prise en charge du risque cardiovasculaire au CSPS

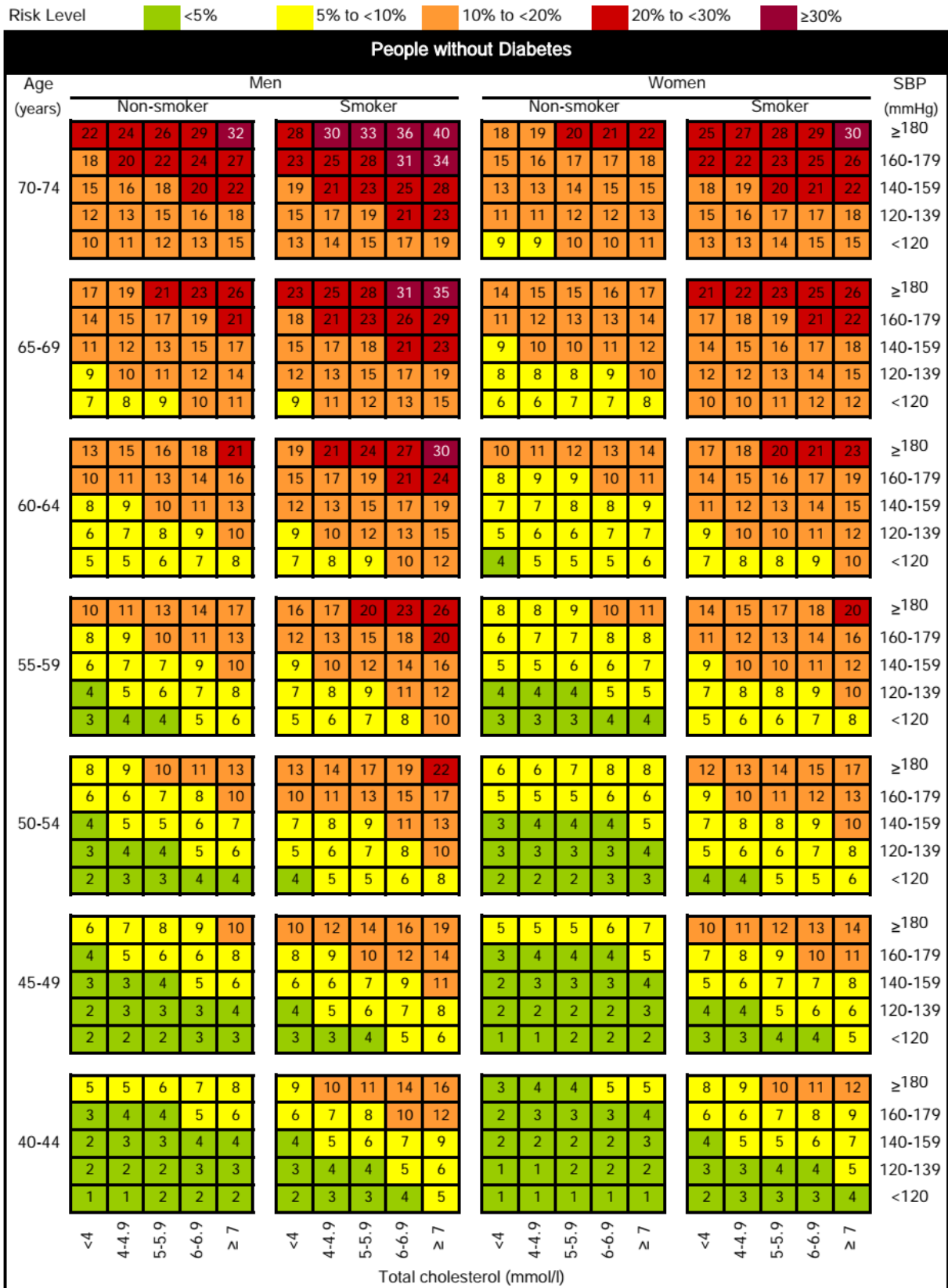


WHO/ISH risk prediction chart for AFR D. Risque cardiovasculaire fatal ou non fatal sur 10 ans selon le sexe, l'âge, la tension artérielle systolique, le cholestérol total, le tabagisme et la présence ou non de diabète sucré.

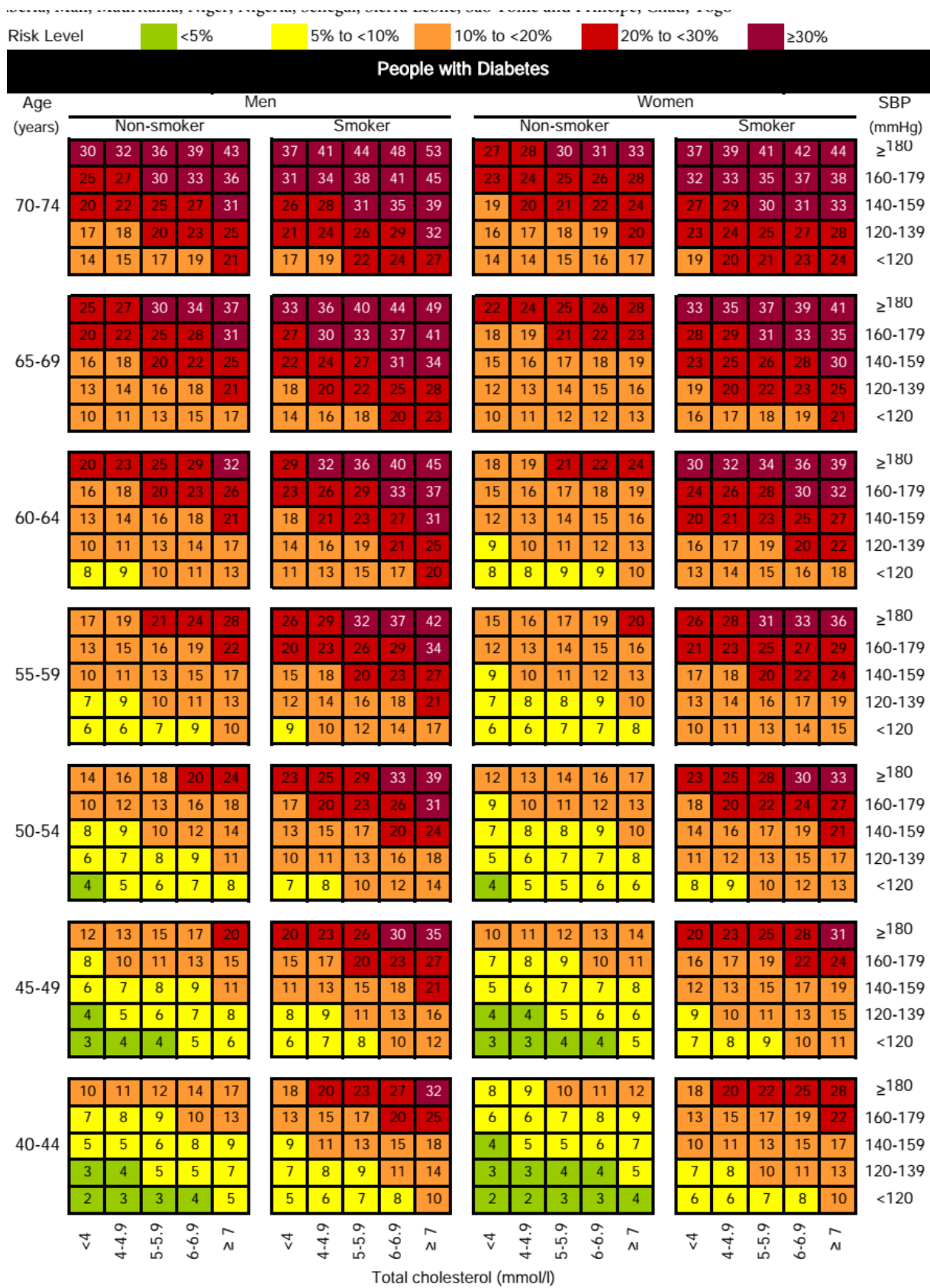
❖ **Dosage de cholestérol non disponible**



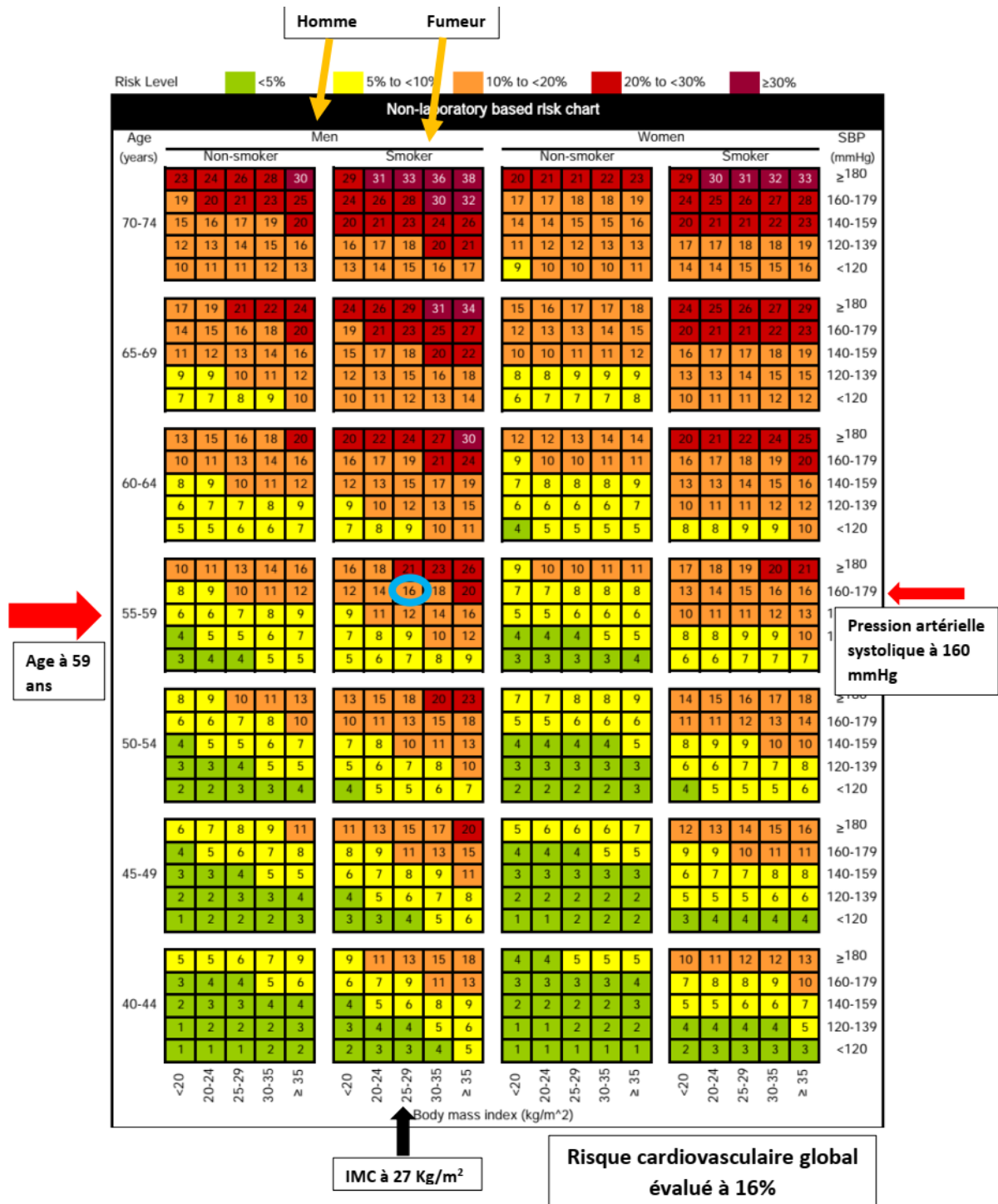
Dosage de cholestérol disponible (sujets non diabétiques)



❖ Dosage de cholestérol disponible (sujets diabétiques)



Technique de lecture : Pour un homme de 59 ans, fumeur avec une PAS à 160 et un IMC à 27Kg/m² : son risque cardiovasculaire est évalué à 16%



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.

Protocole 1 :

Plateau technique requis : tensiomètre, stéthoscope, mètre ruban, bandelette urinaire (albumine, sucre) ± glucomètre

Action 1 : rechercher à l'interrogatoire, la notion de :

- cardiopathie, d'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 ;
- traitement en cours ;
- usage du tabac (oui / non) ;
- consommation abusive d'alcool (oui / non)
- profession (sédentaire ou active)
- pratique de plus de 30 minutes d'activité physique quotidienne au moins 03 jours par semaine (oui / non).

Action 2 :

- mesurer le tour de taille, poids et taille
- rechercher albuminurie/glucosurie;
- doser la glycémie.

Action 3. Evaluer le risque cardiovasculaire.

- Se servir des cartes de risques OMS/ISH relatives à la sous-région en tenant compte de : âge, sexe, consommation de tabac, PAS, diabète, cholestérol ;
- Si âge compris entre 50 – 59 ans, sélectionner la tranche d'âge 50 ; si compris entre 60 – 69 ans, sélectionner la tranche d'âge 60 etc Pour les personnes d'âge < 40 ans, sélectionner la tranche d'âge 40.

Action 4. Prise en charge conformément à l'algorithme ci-dessous

❖ **Cas particulier de la femme enceinte**

- Référer à un niveau supérieur
- Si Pression artérielle $\geq 160/100$ mmHg, initier d'emblée Alpha méthyl dopa : 250 -500 mg, 1cp toutes les 8 à 12 heures avant de référer.

Action 5 :

Visite à 3 mois : répéter actions 2, 3 et 4

- ❖ Risque < 20% : suivi et réévaluation tous les 3 mois.
- ❖ Risque > 20% - Référer au niveau supérieur

Action 6 :

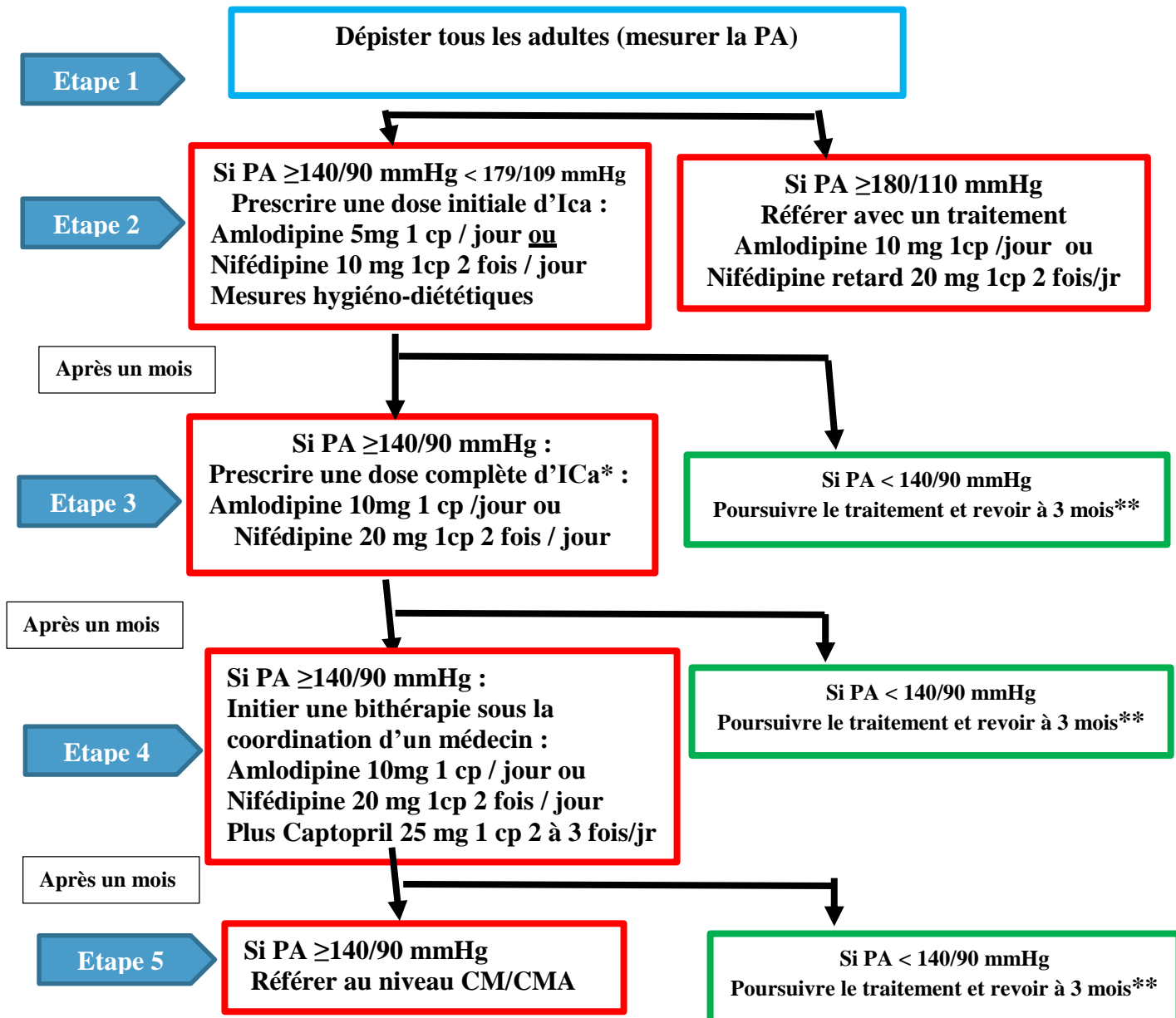
Suivi ultérieur après 3 mois d'un patient HTA

- Evaluer
- Référer si besoin.

Critères de référence pour toutes les visites :

- PA \geq 140/90 mm Hg chez les sujets âgés de moins de 40 ans ;
- PA élevée \geq 140 / 90 (PA > 130 / 80 mm Hg si diabète) malgré une 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
- PA instable ;
- présence d'albumine dans les urines ;
- persistance d'une dyspnée sévère ou d'un gonflement des jambes.

Algorithme pour le traitement de l'HTA au niveau CSPS



* s'assurer d'une bonne observance thérapeutique (mesures diététiques et prise effective des médicaments)

** Prévoir une consultation avec le Médecin généraliste
A chaque visite, réévaluer le risque cardiovasculaire

Chapitre 2 : L'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque est une incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant pour satisfaire les besoins de l'organisme au repos et à l'effort. Des fluides peuvent alors s'accumuler dans les jambes, dans les poumons et dans d'autres tissus de l'organisme.

Protocole 2

❖ Action 1 : rechercher :

✓ à l'interrogatoire,

- Limitation de l'exercice physique ;
- **Dyspnée** ;
- Antécédent de cardiopathie ;

❖ Action 2 : examiner

- Prendre pression artérielle, pouls et fréquence cardiaque, fréquence respiratoire ;
- **Rechercher des signes de surcharge hydrique :**
 - oedèmes des membres inférieurs bilatéraux mous prenant le godet indolores (chevilles, sacrum, ascite) ;
 - râles crépitants symétriques aux deux bases pulmonaires.

❖ Action 3 : Traiter et référer

- MHD : conseiller sur le régime alimentaire, l'activité physique, le sevrage tabagique et éviter l'usage nocif de l'alcool
- Si signes de surcharge hydrique : furosémide : 20-60 mg en IVD ou per os à répéter (8 à 12 heures plus tard) si persistance de signes de surcharge hydrique ;
- Réduire l'apport de sel.

NB : ne pas substituer le furosémide par une autre molécule.

Référer au niveau supérieur pour investigation et une meilleure prise en charge.

Chapitre 3 : Angine de poitrine et infarctus du myocarde

1. Angine de poitrine

L'angine de poitrine ou angor (en latin angor pectoris "constriction de la poitrine") est un syndrome douloureux thoracique assez caractéristique et symptomatique d'une ischémie myocardique (différent de nécrose myocardique).

Protocole 3

Action 1 : Reconnaître les caractéristiques de la douleur de l'angine de poitrine ;

- Douleur angineuse : douleur thoracique de siège rétrosternal en barre d'un pectoral à l'autre qui irradie dans les deux épaules, les avant-bras, les poignets et les mâchoires, parfois dans le dos, parfois unilatérale volontiers au membre supérieur gauche.
- Elle est constrictive et angoissante (angor).
- Son intensité est variable
- Durée brève car l'intensité de la douleur oblige le patient à cesser l'effort déclenchant. C'est la claudication intermittente du cœur. Dans ces conditions elle dure rarement plus de 4 mn.

Action 2: examiner

Prise de pression artérielle

Action 3 : traiter et référer

Aspirine orale : 75 à 150 mg par jour;

Référer à un niveau supérieur.

2. L'infarctus du myocarde

L'infarctus du myocarde ou crise cardiaque est la nécrose (mort) d'une zone plus ou moins étendue du muscle cardiaque (myocarde) par thrombose coronaire aiguë. **C'est une urgence médicale vitale**

Protocole 4

Action 1 :

- Reconnaître la douleur de l'IDM :

douleur thoracique constrictive spontanée étendue à tout le thorax d'intensité extrême, le patient ayant l'impression que sa poitrine est broyée dans un étau ; irradiant aux 2 membres supérieurs et aux mâchoires, d'une durée prolongée de plus de 30 min. **Elle s'accompagne de sueurs et d'angoisse.**

Action 2 : traiter

- Mettre le patient en position semi-assise si détresse respiratoire;
- Administrer de l'Aspirine (ASL) 250 mg (IVD ou per os) immédiatement;
- Antalgiques : paracétamol injectable 1g/ 6 à 8 heures,

Action 3 : Evacuer immédiatement à l'hôpital

Une thrombolyse est possible les 06 premières heures de la douleur si le patient est référé dans les délais.

NB : les premiers gestes ne doivent en aucun cas retarder l'évacuation du patient vers les structures spécialisées. Il s'agit d'une URGENCE VITALE.

Chapitre 4 : L'accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral (AVC ou *stroke en anglais*) est selon l'OMS, « un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire ». L'AVC, également désigné par le nom d'« attaque cérébrale », survient lors de l'interruption brutale du flux sanguin cérébral, privant ainsi une ou différentes parties du cerveau en oxygène, causant leur dysfonctionnement puis leur mort en quelques minutes. C'est une urgence vitale ; le patient doit être hospitalisé sans délais.

Protocole 5

L'objectif pour le niveau paramédical est d'être capable de reconnaître les signes d'AVC afin de ne pas retarder la prise en charge médicale du patient.

Action 1 : Rechercher

- Un déficit neurologique d'installation brutale (paralysie hémicorporelle, troubles du langage, troubles visuels, céphalées intenses, coma ...) d'emblée maximale.
- Un malaise ;
- De violentes céphalées ; des vomissements ;
- Facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, tabagisme, diabète, dyslipidémie...)
- Antécédents personnels ou familiaux d'AIT ou d'AVC

Action 2 : Examiner :

Il est recommandé d'utiliser l'échelle F A S T (ou son équivalent en français) qui doit être utilisée comme outil diagnostique pour les infirmiers et sages-femmes. Cet outil diagnostique permet de standardiser la prise en charge des patients.

Si vous suspectez quelqu'un de faire un AVC, demander à cette personne de faire ce qui suit :

FACE : demander à la personne de sourire. Est-ce qu'un côté de son visage s'affaisse ?

ARM (BRAS) : demander à la personne de soulever les 2 bras. Y a-t-il un bras qui baisse ?

SPEECH (LANGAGE) : demander à la personne de répéter une phrase simple. Les mots sont-ils mal articulés ? La personne peut-elle répéter correctement la phrase, ou a-t-elle des difficultés pour comprendre ?

TEMPS : si la personne présente un de ces symptômes, le temps est important.

Action 3 : évacuer immédiatement à l'hôpital.

Pour les patients comateux, évacuer sans délai pour des soins de réanimation.

Module 2 : Le diabète sucré

Le diabète sucré est une maladie chronique non transmissible qui se traduit par un taux de sucre dans le sang (glycémie) permanemment élevé, dû à une production insuffisante d'insuline par le pancréas ou et/ou à un défaut d'utilisation de l'insuline produite (anomalie de sécrétion et/ou d'action de l'insuline).

Protocole 6

Matériel requis : glucomètre, bandelettes pour la mesure (glycémie, cétonurie/glycosurie). Tensiomètre (électronique ou manuel), stéthoscope, mètre ruban, pèse personne.

Action 1 : rechercher :

- ATCD familiaux de diabète ;
- un syndrome polyuro-polydipsique
- une polyphagie ;
- des symptômes graves (coma, dyspnée, déshydratation) et plaies chroniques ;
- Perte de poids idiopathique ;
- Fatigue inhabituelle.

Action 2 :

- mesurer : poids, taille, PA, tour de Taille
- calculer l'IMC,
- rechercher glycosurie /cétonurie (bandelette urinaire)
- doser la glycémie capillaire.

Action 3 : Prendre en charge

- prodiguer des conseils hygiéno-diététiques ;
- conseiller la pratique régulière d'activité physique ;
- sensibiliser pour la prévention des facteurs de risque modifiables ;
- traiter selon le protocole recommandé¹ ;
- organiser des séances d'éducation thérapeutique (ETP).

¹ Sous la coordination d'un médecin.

Action 4 : critères de référence

- glycémie supérieure à 18 mmol (recommandations nationales 13,75 mmol) ;
- cétonurie positive ;
- diabète compliqué (infection sévère ou ulcère infecté, mauvais état général, coma ...).
- diabète gestationnel ;
- diabète de type1 ;

Algorithme pour le diagnostic du diabète au niveau CSPTS

Proposer systématiquement le dépistage du diabète à tout sujet ayant des facteurs de risque (HTA, âge ≥ 40 ans, grossesse, ATCD familiaux de diabète, surpoids/obésité, ATCD de macrosomie fœtale) et/ou présentant des signes évocateurs (syndrome polyuropolydipsique, polyphagie, amaigrissement paradoxal, fatigue inhabituelle)

Glycémie à jeun $< 6,1$ mmol/l

**Sujet non diabétique
mais ayant des facteurs
de risque de diabète**

- ✓ Communiquer pour le changement de comportement continu ;
- ✓ Conseiller la pratique d'activité physique régulière ;
- ✓ Contrôler la glycémie au moins une fois par an.

Glycémie à jeun comprise entre 6,1 et 7mmol/l

Sujet présentant une
**hyperglycémie
modérée à jeun**

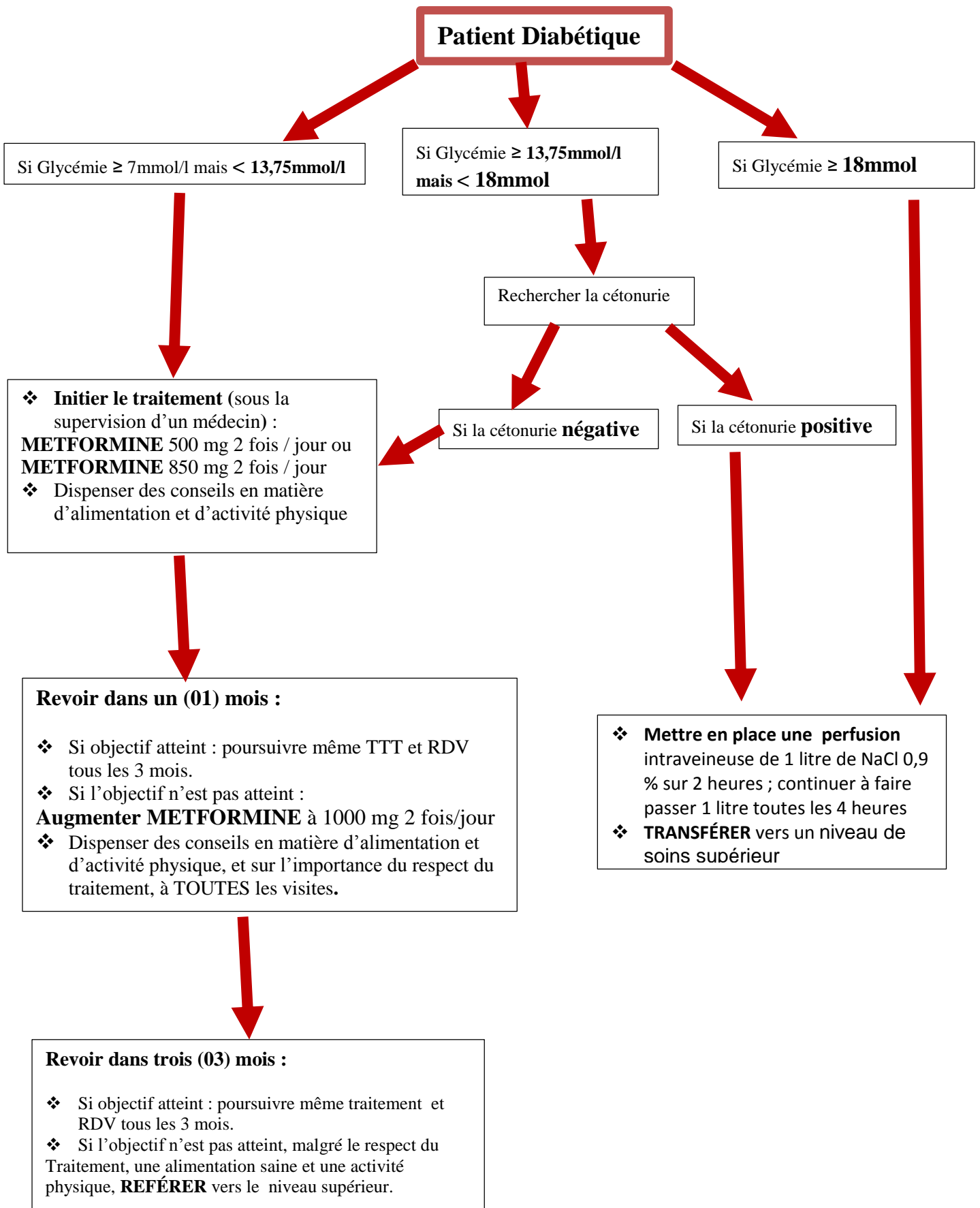
- ✓ Communiquer pour le changement de comportement continu ;
- ✓ Conseiller la pratique d'activité physique régulière ;
- ✓ Contrôler la glycémie au moins une fois par an.

Soit **Glycémie à jeun** ≥ 7 mmol/l à 2 reprises et à 48 heures d'intervalle au moins ;
Ou
Soit **Glycémie aléatoire** ≥ 11 mmol/l avec des signes évocateurs du diabète.

Sujet diabétique

- ✓ **Initier un traitement médicamenteux en coordination avec un médecin ;**
- ✓ Prodiguer des conseils hygiéno-diététiques ;
- ✓ Faire l'éducation thérapeutique d patient.

Algorithme pour le traitement du diabète au niveau CSPS



NB : *Prévoir une consultation avec un médecin pour faire un bilan des complications (rénal, ophtalmologique, cardiovasculaire) au moins chaque année.*

Module 3 : L'asthme et les bronchopneumopathies chroniques obstructives

Chapitre 1 : L'asthme

Protocole 7

Exacerbation modérée

- Traitement par bronchodilatateur à courte durée d'action (BDCA) beta 2-mimétiques (salbutamol ou terbutaline) par voie inhalée administration avec un dispositif d'inhalation (+ chambre d'inhalation si disponible)
 - 4 à 10 bouffées à renouveler toutes les 20 minutes jusqu'à amélioration clinique pendant une heure

Eviter le salbutamol ORAL sauf en l'absence d'inhalateur car il y'a beaucoup d'effets indésirables. DOSES ORALES (toutes 3 à 4 fois/jour) : de 2 à 6 ans : 1 à 2 mg, de 6 à 12 ans : 2 mg, plus de 12 ans : 2 à 4 mg)

- Corticoïdes par voie systémique (orale)
 - Prednisolone ou prednisone 1 mg/kg/jour chez l'adulte sans dépasser 50 mg/j pour une durée de 5 à 7 jours puis arrêt sans décroissance
- Oxygénothérapie 6 litres/minute si hypoxémie : objectif : SpO₂ = 93-95%

Recherche et traitement d'un facteur favorisant (infection, allergène, médicament)

- Réévaluation clinique **très rapprochée**

En cas d'amélioration persistante retour à domicile avec rendez-vous de contrôle à 7 jours.

En cas d'aggravation ou de non amélioration après une heure, EVACUER en soins intensifs (si un transport est nécessaire, il devrait être médicalisé).

Conclusion

Bien que l'asthme fasse moins de victimes que les pneumopathies obstructives chroniques ou d'autres maladies chroniques, des médicaments mal adaptés ou une mauvaise observation du traitement peuvent entraîner la mort.

Chapitre 2 :La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Protocole 8

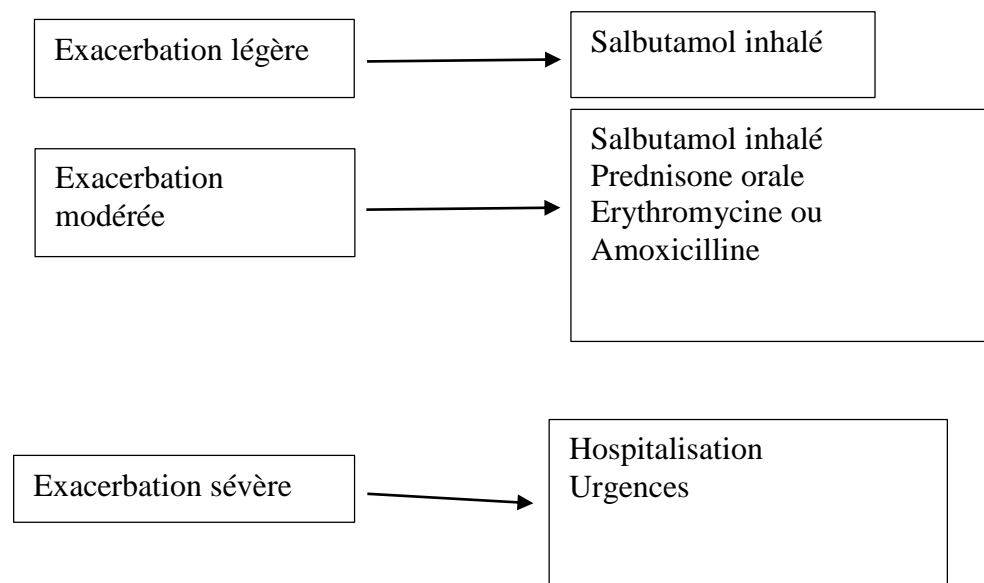
- **Si signes de gravité**

- **Salbutamol** par le biais d'une chambre d'inhalation si possible, en commençant par 10 bouffées (ne pas oublier d'agiter l'inhalateur avant chaque bouffée) puis 4 à 6 bouffées toutes les 2 à 4 heures
- Antibiotiques : amoxicilline 500 mg 3 fois/jour pendant 5 à 7 jours Si allergie à la penicilline donner érythromycine 500 mg 4 fois/jour pendant 7 jours ou doxycycline 200 mg le premier jour puis 100 mg par jour pendant 6 jours).
- Prednisone 30 à40 mg par jour en prise unique pendant 7 à 10 jours)
- Oxygène 2 litres/minute si disponible.
- EVACUER.

- **Si pas de signes de gravité et amélioration,**

- REFERER au médecin qualifié sous salbutamol aérosol,
Antibiothérapie (amoxicilline 500 mg 3 fois/jour pendant 5 à 7 jours ou érythromycine 500 mg 4 fois/jour pendant 7 jours ou doxycycline 200 mg le premier jour puis 100 mg par jour pendant 6 jours si allergie à la penicilline). et

Corticosteroïde oral (prednisone 30 à40 mg par jour en prise unique pendant 7 à 10 jours)



Conclusion

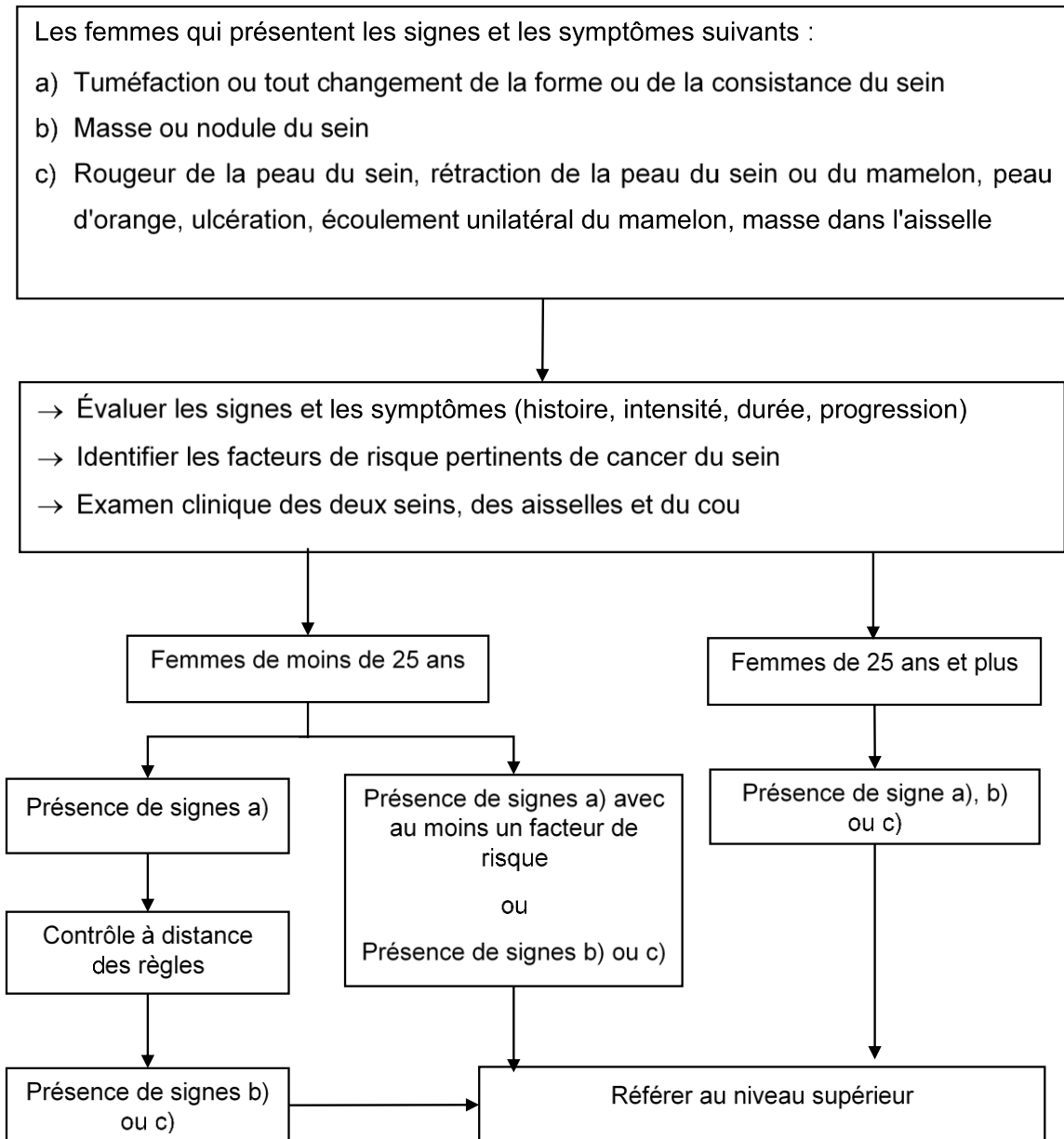
La réduction de l'exposition individuelle à la fumée du tabac, aux poussières et produits chimiques en milieu professionnel, et aux polluants domestiques et atmosphériques, est un objectif important pour éviter l'apparition et la progression de la BPCO. Le sevrage tabagique (arrêt du tabac) est le moyen le plus efficace et le plus économique pour réduire le risque de développer une BPCO et pour stopper sa progression. Pour cela, un traitement court de la dépendance tabagique peut être efficace, et tous les consommateurs de tabac devraient se voir proposer au moins ce type de traitement à chaque consultation auprès d'un prestataire de soins de santé.

Module 4 : le cancer

Chapitre 1 : Le cancer du sein

Le cancer du sein est une tumeur maligne de la glande mammaire. Il peut se développer à partir des cellules constituant la glande mammaire.

Protocole 9



Chapitre 2 : Le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est une tumeur maligne qui prend naissance dans les cellules du col de l'utérus.

Protocole 10

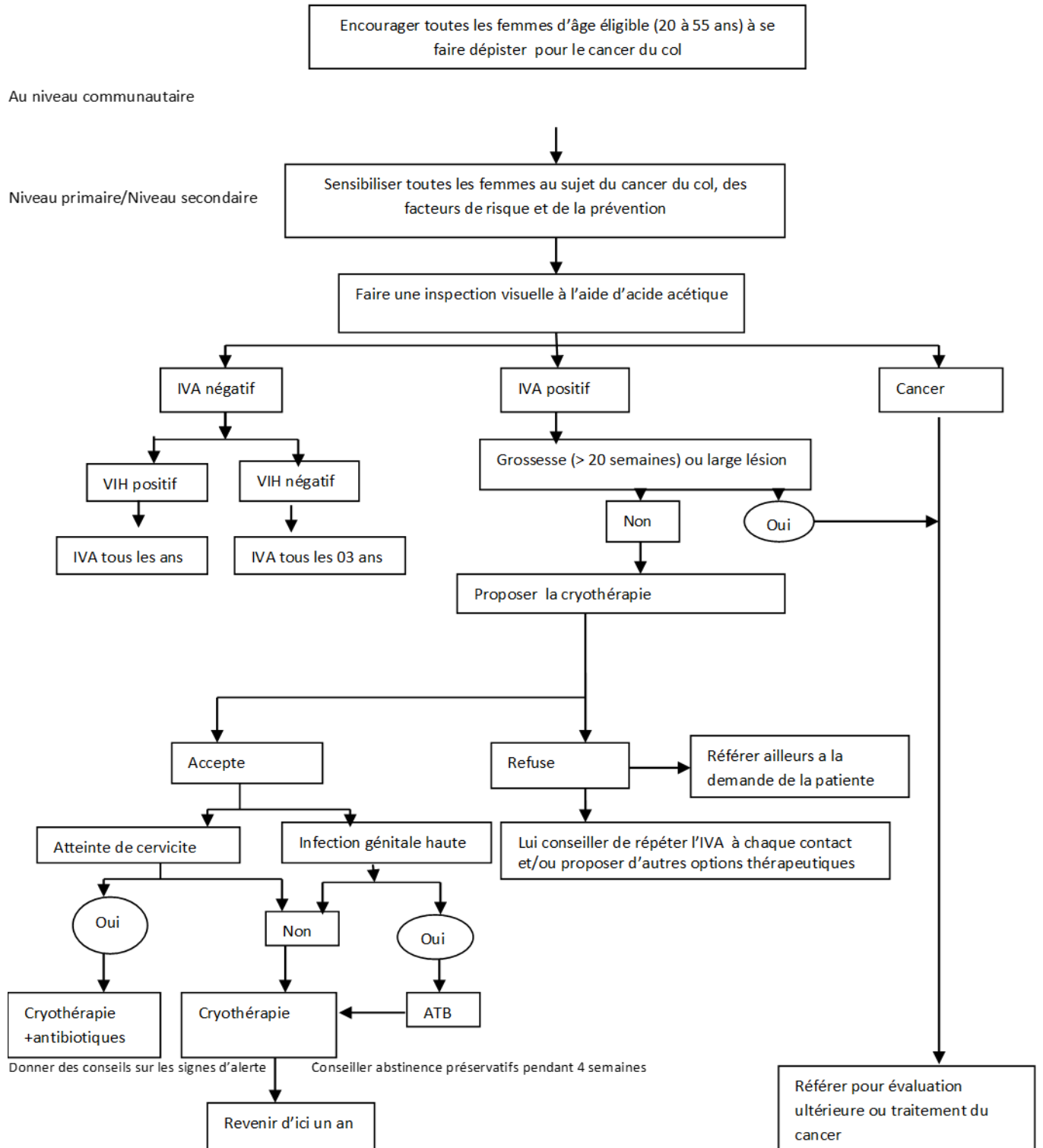


Figure : Graphique pour la Prévention du cancer du col chez la femme

¹Les nouvelles orientations de l’OMS. MELBOURNE 2014.

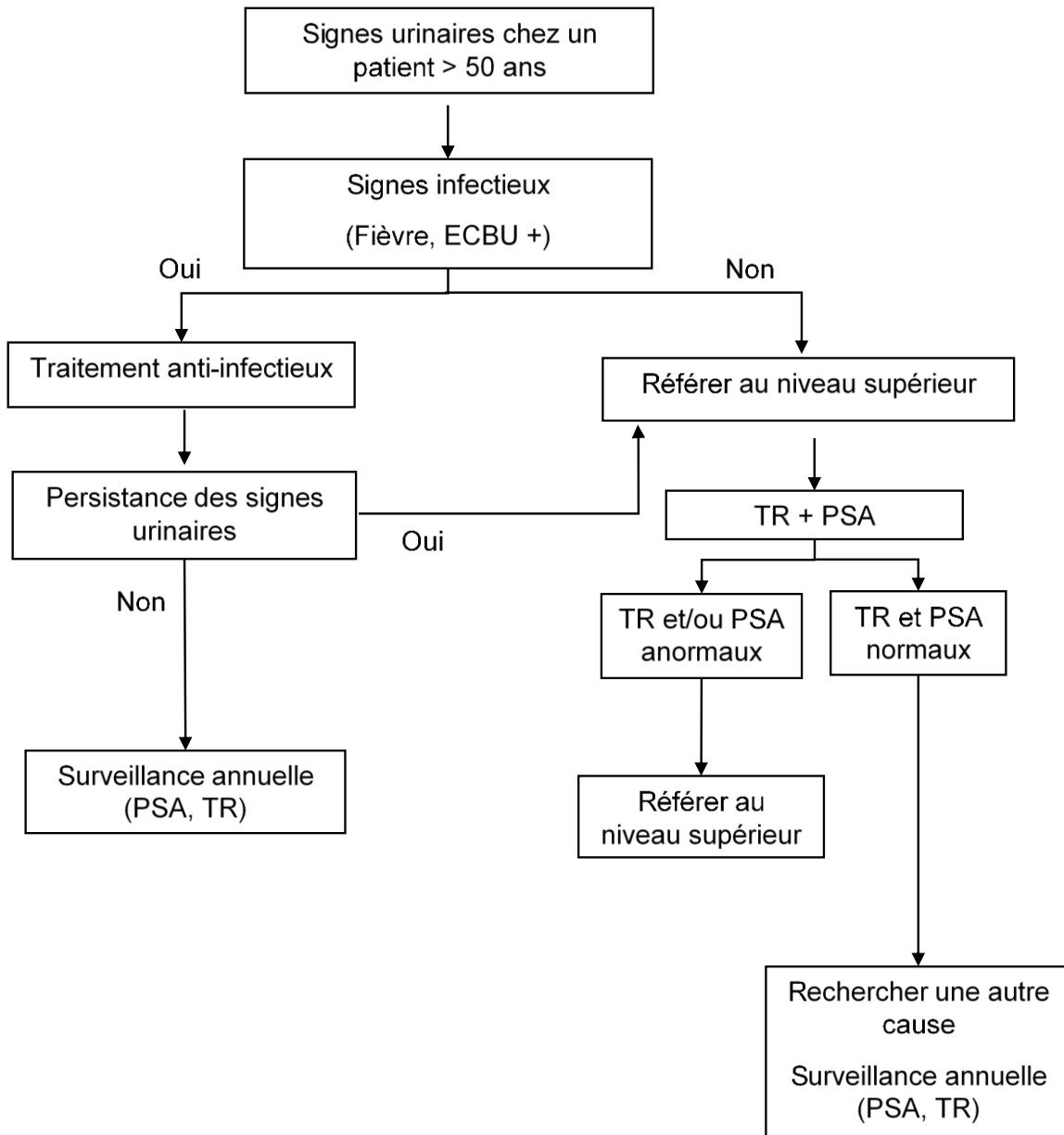
- Tranche d’âge de 20 ans à revoir ;
- Préciser plus « conseiller abstinence préservatifs pendant 4 semaines ;
- Revoir « lui conseiller de répéter l’IVA à chaque contact....d’autres options thérapeutiques » ;
- Référer ailleurs à la demande de la patiente considérer référer tout simplement

Chapitre 3 : Le cancer de la prostate

La prostate est une glande qui fait partie du système reproducteur de l'homme.

Le cancer de la prostate est une tumeur maligne développée aux dépens de la glande prostatique.

Protocole 11



Module 5 :L'insuffisance rénale

L'insuffisance rénale (IR) est définie par l'altération des fonctions rénales, particulièrement la fonction d'épuration. L'insuffisance rénale implique l'atteinte des deux reins. Il s'agit d'un syndrome pouvant compliquer toute maladie rénale.

Plateau technique : tensiomètre, examen d'urine à la bandelette

Protocole 12

Action 1 : rechercher

Signes d'alerte : œdèmes des membres inférieurs et/ou ascite, hypertension artérielle (HTA)

Action 2 : examiner

- une haleine particulière (proche de l'odeur des urines) dite urémique
- anémie (observer une pâleur conjonctivale)
- des œdèmes des membres inférieurs et/ou du visage
- une ascite
- une augmentation de la pression artérielle.

Action 3 : investiguer

Dépistage d'une maladie rénale grâce à la bandelette urinaire (BU) pour la recherche d'albumine, d'hématies ou de leucocytes dans les urines ;

Action 4 : traiter et référer

- Médicaments spécifiques : furosémide, amlodipine
 - **Conduite-à-tenir** dans le cas du patient qui n'a pas d'antécédent de maladie rénale :référer le patient à l'échelon supérieure dans tous les cas ;
 - entreprendre en attendant la référence :
 - un traitement antioœdémateux en cas d'œdèmes : restriction hydrique et sodée, prescrire le furosémide à la posologie de 2 mg/kg/jour en deux prises. Le furosémide est contre-indiqué si pression artérielle $\leq 110/50$ mm Hg ;
 - en cas d'hypertension artérielle (pression artérielle ou PA $\geq 140/90$ mm Hg) : conseiller une restriction sodée. Si PA $\geq 160/110$ mm Hg : débiter le traitement à l'amlodipine ;
 - un traitement antiémétique en cas de vomissement et antidiarrhéique en cas de diarrhée ;

- supprimer un facteur suspect : par exemple arrêt d'un traitement par un AINS, contrôle d'une hémorragie.
- **Cas particulier des patients avec une maladie rénale connue**, qui sont suivis par un médecin et qui résident dans l'aire de couverture sanitaire du CSPS :
 - insister sur les conseils préconisés dans le cadre des traitements curatif et préventif ;
 - préserver le capital veineux des membres supérieurs des patients avec une IRC évoluée.

Module 6 : L'épilepsie

C'est une pathologie cérébrale caractérisée par une prédisposition durable à générer des crises d'épilepsie et par les conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales y relatives.

Une crise épileptique, est une manifestation d'une décharge hypersynchrone, anormale de neurones corticaux hyperexcitables.

Protocole 13

Devant une crise tonico-clonique généralisée type « grand Mal » :

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire du patient et/ou de son entourage.

Action 1 : Rechercher

- contraction musculaire soudaine (la personne se raidit)
- perte de connaissance,
- chute,
- mouvements convulsifs
- amnésie post critique.

Action 2 : examiner et rechercher

- morsure de la langue,
- rigidité musculaires avec ou sans perte du contrôle des sphincters.

Action 3 : traiter et référer

- éviter les manœuvres de contention lors du déroulement de la crise, souvent nuisibles pour le patient
- mettre le patient en position latérale de sécurité pendant la période d'obnubilation post-critique
- évaluer l'état hémodynamique (pouls, PA), respiratoire (fréquence respiratoire) et le niveau de conscience.
- observer la crise et noter sa durée. La majorité des crises épileptiques durent moins de trois minutes. Au-delà, il peut être utile d'administrer une benzodiazépine : par voie rectale ou par voie buccale à la face interne de la joue (diazépam, 0,5 mg/kg et sans dépasser 10 mg, avec une seringue en plastique à insuline sans aiguille).
- chez le sujet âgé, insuffisant respiratoire ou insuffisant hépatique, il est prudent de s'abstenir d'utiliser les benzodiazépines.

- Lutter contre la stigmatisation, redonner confiance au patient et à sa famille ;
référer au médecin après contrôle des crises ou si crises répétées.

Module 7 : La drépanocytose

La drépanocytose est une maladie génétique liée à une anomalie de structure de l'hémoglobine normale A (HbA) qui aboutit à la formation de l'hémoglobine S (HbS). Egalement appelée hémoglobinose S, sicklémie ou anémie à cellules falciformes, la drépanocytose se caractérise par la modification de la forme des globules rouges (hématies) qui, normalement biconcaves, prennent une forme de croissant ou de faucille. Ces globules rouges en forme de faucille sont plus rigides et plus fragiles que les globules rouges normaux.

Protocole 14

Action 1 : rechercher :

- ATCD familiaux de drépanocytose ;
- ATCD d'anémie, de douleur osseuse ou de douleur abdominale.

Action 2 : examiner et rechercher :

- Ictère plus ou moins franc ;
- Pâleur conjonctivale ;
- Splénomégalie surtout chez les moins de 5 ans ;
- Syndrome pieds mains chez les nourrissons (6 à 18 mois) ;

Action 3 : Mener des investigations initiales si possible et référer :

- Les tests de dépistage sont :
 - le test d'Emmel (test de falciformation) ;
 - Le test de diagnostic rapide de la drépanocytose (ex : Sickle Scan)
- les tests de confirmation :
 - l'électrophorèse de l'hémoglobine.

Action 4 : traiter et référer

a- Traitement des crises vaso-occlusives et référer

Ce traitement est symptomatique et utilise des moyens dont le choix est fonction de la gravité de la crise.

- les antalgiques : utilisés de façon graduelle en fonction de l'intensité de la douleur ; allant du paracétamol à la dose de 15 mg/kg toutes les 6 heures aux AINS ;
- l'hydratation : par voie orale ou intraveineuse à raison de 2,5 à 3litres par mètre carré de surface corporelle ;

b- Traitement des complications aiguës si possible et référer

- Le priapisme aigu : drainage du corps caverneux si possible et référer
- Les infections : antibiothérapie rigoureuse à larges spectres et référer
- Anémie : acide folique cp et référer.

c- Traitement des complications chroniques

- Si ulcère de jambe : pansements humides au dakin et référer

NB : La prise en charge d'un patient drépanocytaire ne peut être envisagée sans un suivi médical régulier. Ainsi, un dossier de suivi médical doit être ouvert pour tout patient porteur d'un syndrome drépanocytaire majeur, aussi bien au niveau du centre de santé qu'au niveau de l'hôpital. Y seront consignés : l'état civil, l'histoire de la maladie, les signes cliniques, biologiques, l'évolution et les traitements : hospitalisations, transfusions, interventions chirurgicales, traitements particuliers...

Module 8 : Education à la santé et conseils sur les comportements sains

Protocole 15 :

Ces recommandations doivent être appliquées avec tous les protocoles pour la prévention primaire des MNT.

1. Faire de l'activité physique régulièrement :

Augmentez progressivement l'activité physique à un niveau modérés (tels que la marche rapide) et pour une durée d'au moins 150 minutes par semaine
Contrôlez votre poids et évitez le surpoids en réduisant les aliments riches en calories et en pratiquant une activité physique adaptée régulière

2. Adoptez un régime alimentaire sain et équilibrer
 - consommer les fruits et légumes)
 - manger moins d'aliments gras, sucré, salé
3. Arrêter/éviter le tabac et la consommation nocive d'alcool
4. Faire un suivi médical régulier