

**RÉPUBLIQUE DU BURUNDI**



# **STRATEGIES PLAINTÉ-TRAITEMENT**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**  
**ET**  
**DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

*Edition 2012*

*Guide Stratégies Plainte Traitement*

## **PREFACE**

La prise en charge des affections courantes, la détection et le traitement des affections prioritaires, la référence judicieuse et la création d'un contact avec la population pour les activités préventives et le développement des services ; tels sont les objectifs de la consultation curative au centre de santé, premier point de contact du malade avec le personnel de santé qualifié.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), conscient que l'amélioration de l'état de santé de population repose sur un système de santé performant et dans le souci d'offrir des soins de qualité à la population, a élaboré un document d'aide au diagnostic et traitement à l'intention des professionnels de santé des centres de santé(CDS) du pays. Ce recueil de conduites à tenir appelé « Stratégies Plainte-Traitement (SPT) » a été élaboré dans le cadre d'un processus qui a démarré en mars 2010, sous la conduite de la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida et qui a duré plus de deux ans. Il a été réalisé avec le concours des partenaires techniques et financiers et les différents acteurs du niveau central, intermédiaire et périphérique.

Les Stratégies Plainte-Traitement faciliteront le travail du personnel en réduisant les situations d'incertitude face à la prise de décision médicale, en rationalisant la prise en charge des problèmes de santé des gens de manière efficace, en augmentant les taux de guérison et en accélérant les références utiles . Elles rendront plus efficiente la prise en charge des patients par simplification des traitements et par la diminution des références inutiles. Elles permettront de rationaliser l'utilisation des médicaments par la prescription du médicament qu'il faut, chez la personne qu'il faut, à la dose qu'il faut, au moment où il faut, pendant la durée qu'il faut, et d'harmoniser les prescriptions face à une même situation.

Tous les utilisateurs de ce document sont invités à transmettre leurs observations et suggestions d'amélioration à la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA. Les stratégies plainte- traitement seront révisées périodiquement pour tenir compte des évolutions dans les domaines scientifiques et de la santé publique.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida remercie le Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé, financé par la Coopération belge, le Projet d'Appui au Système de Santé de la province de Ngozi, financé par la Coopération suisse, le Projet d'Appui à la Politique Sectorielle du Burundi financé par l'Union Européenne, l'OMS et l'Institut National de santé Publique qui ont contribué à l'élaboration de ce document guide des « Stratégies Plaintes Traitement » spécialement pour la mise à disposition de leur expertise technique et moyens matériels et financiers durant tout le processus d'élaboration de cet outil.

**Le Directeur Général des Services de Santé et  
de la Lutte contre le Sida**

**Dr Liboire NGIRIGI**

## I. AVERTISSEMENT

Ce guide « Stratégies Plainte Traitement » s'adresse exclusivement aux infirmiers et agents de santé qui ont reçu une formation médicale générale au cours de leurs études. Les stratégies ne remplacent nullement l'enseignement reçu à l'école. Elles constituent un guide pour appliquer les connaissances acquises de la façon la plus rationnelle possible, en tenant compte des potentialités du terrain, à savoir le Centre de Santé. Les instructions données ne peuvent pas remplacer le bon sens de l'infirmier.

## II. PRESENTATION DU GUIDE

Les « Stratégies » sont conçues comme une aide au soignant du premier niveau, pour lui permettre d'aller rapidement de la plainte à la décision thérapeutique, sans manquer les cas graves pour lesquels une intervention est possible et nécessaire.

Les médicaments utilisés font partie de la liste nationale des médicaments essentiels du Burundi, édition 2011. Les traitements proposés visent la meilleure utilisation possible et la rationalisation de ces médicaments dans les prescriptions.

Ces stratégies sont désignées par un sigle de trois lettres qui représente un symptôme ou signe majeur. Ce symptôme est appelé « **symptôme dominant** », car on considère que c'est lui qui domine le tableau clinique. Il servira de point de départ à la recherche de ce qu'il faut faire pour prendre en charge le patient. Les « **Sorties SPT** » correspondent aux conduites à tenir (traitement, référence, conseils,...) auxquelles aboutissent les arbres de décision issus des symptômes dominants. Une présentation synthétique de ces symptômes dominants figure au début de chaque groupe de symptômes.

Le guide SPT de Burundi présente des stratégies regroupées en cinq groupes :

**ABDOMINAL**  
**THORACIQUE ET ORL**  
**GENITO-URINAIRE**  
**DERMATO-VENERIEN**  
**AUTRES MALADIES (FREQUENTES)**

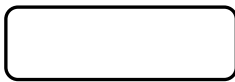
D'une façon générale, les symptômes sont classés par ordre d'importance décroissante au sein de ces groupes. Le récapitulatif de toutes les stratégies avec le numéro de page est mentionné dans la table des matières.

**Pour les enfants de moins de 5 ans**, il existe certaines stratégies spécialement adaptées, qui sont intégrées dans le groupe correspondant (sigle de trois lettres suivi de « e »). Dans les autres cas, il faut utiliser les stratégies adultes qui s'appliquent aussi aux enfants en adaptant les posologies. Le guide SPT ne remplace pas la stratégie PCIME, elle la complète.

Enfin, des « **Fiches Techniques** » complètent ce guide, auxquelles se réfèrent certaines stratégies. Les stratégies sont conformes aux programmes nationaux de santé (PNSR, PNLP, PEV, PNLT, PRONIANUT, PNLMCnT, USLS, MTN,.... etc....).

### Les formes utilisées dans les SPT

Les SPT se lisent de gauche à droite et de en haut à en bas, ils ressemblent à des arbres et chaque nouveau symptome ouvre le chemin à droite pour une nouvelle branche.



La stratégie se termine dans la plupart des cas par une case ovale à l'extrême droite de la feuille où il est marqué Stop ou Référer.



Le titre d'une SPT donne le symptôme dominant, après il s'ajoute des symptômes qui se trouvent dans un case rectangulaire avec des coins arrondi à gauche.

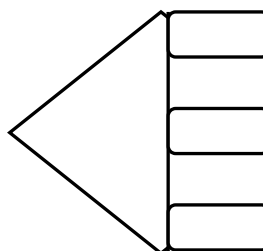
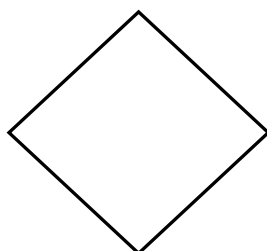


Si le symptôme mentionné est valide (oui) on part vers la droite pour chercher le traitement dans une case similaire avec coins arrondis



Si le symptôme n'est pas valide (non) on suit l'arbre vers le bas.

Il y a des formes qui signifient une décision : oui ou non ou plusieurs resultats par exemple d'un test de laboratoire :



Beaucoup des traitements nécessitent un contrôle. Cependant l'approche adoptée est de donner la cure complète au malade au moment de la première consultation surtout pour les antibiotiques afin de réduire la résistance.

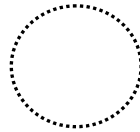
Les SPT demandent souvent de revoir le malade pour suivre l'évolution. En cas de visite de retour la prise en charge commence avec une forme rectangulaire avec coin aigu et l'abréviation FFT = Féliciter (pour être revenu) et Finir le traitement.



FFT

C'est à l'infirmier à renforcer ce comportement car souvent les malades ne reviennent pas quand ils n'ont plus des symptômes. Cependant la cure doit finir.

Si dans une SPT, un autre symptôme dominant devient prioritaire la fin de la branche prend une forme pointue avec le sigle de la SPT à suivre (parce que mieux adaptée). On utilise alors un rond.



Les fiches techniques à consulter et suivre sont mentionnées dans les cases :  
« Voir FT Paludisme » implique se référer à la fiche technique paludisme qui est conçue sur base de la stratégie nationale de prise en charge du paludisme.

### III. METHODE D'UTILISATION DU GUIDE

#### 1. Chez l'adulte

Il faut d'abord **repérer le symptôme dominant** en écoutant le patient décrire sa plainte.

**A l'aide de la « Liste des stratégies », on se réfère au groupe concerné.** On vérifie alors, en interrogeant le malade et en l'examinant, qu'il ne présente pas un autre symptôme dominant appartenant au même groupe mais plus important, en consultant la liste figurant en début de groupe (lire la colonne « **Exclure** »). Si c'est le cas, il faut alors suivre la stratégie du nouveau symptôme dominant (colonne « **Suivre** »).

Dans tous les cas, il faut s'appliquer à bien suivre la stratégie adéquate, en poursuivant si nécessaire l'interrogatoire et l'examen, pour aboutir à la prise en charge adaptée au patient.

#### **Exemples :**

**a)** Si un patient se plaint de mal à l'estomac ; le symptôme dominant est alors « douleurs épigastriques », et on devrait suivre la stratégie GAS. Mais on doit d'abord vérifier que le patient ne présente pas de diarrhée (DRH), ni vomissements (VOM), ni dyspnée (DPN). En effet, si le patient a de la diarrhée, c'est un signe plus important (sans doute la cause des douleurs), et il faut alors suivre la stratégie DRH (« suivre DRH »).

**b)** Si un patient se plaint de douleurs abdominales vagues, il faut d'abord « exclure » une douleur abdominale localisée (RAT, HEP,..), un ictère (ICT), une diarrhée (DRH), des vomissements (VOM).

Il est rare que l'adulte se présente avec plusieurs symptômes dominants sans liens entre eux et qu'il faille suivre plusieurs stratégies. Il est donc très important de rechercher le « vrai » symptôme dominant, et d'y rapporter éventuellement les autres signes associés.

**c)** Le cas particulier : **la femme enceinte ou allaitante avec un enfant de < 6 mois**

Pour éviter les complications pendant l'accouchement, le sous-poids du nouveau-né et la malnutrition de l'enfant, le programme national a mis en place des stratégies de dépistage des femmes enceintes et allaitantes en sous-poids. Pour la mise en œuvre de cette stratégie il faut systématiquement mesurer le Périmètre Brachial (PB) de la femme qui se présente à la CPN et de la femme enceinte qui se présente à la consultation.

## 2. Chez l'enfant (de 0-5 ans)

Comme l'enfant ne parle pas, c'est évidemment la maman que l'on interroge. Il ne faut donc pas lui souffler les réponses, mais lui demander « **qu'y a-t-il ?** ». Et quand elle a fini de parler, il faut lui demander « et quoi encore ? », sans donner le nom d'un symptôme (sinon la mère risque de répondre oui à toutes les questions même si ce n'est pas vrai...).

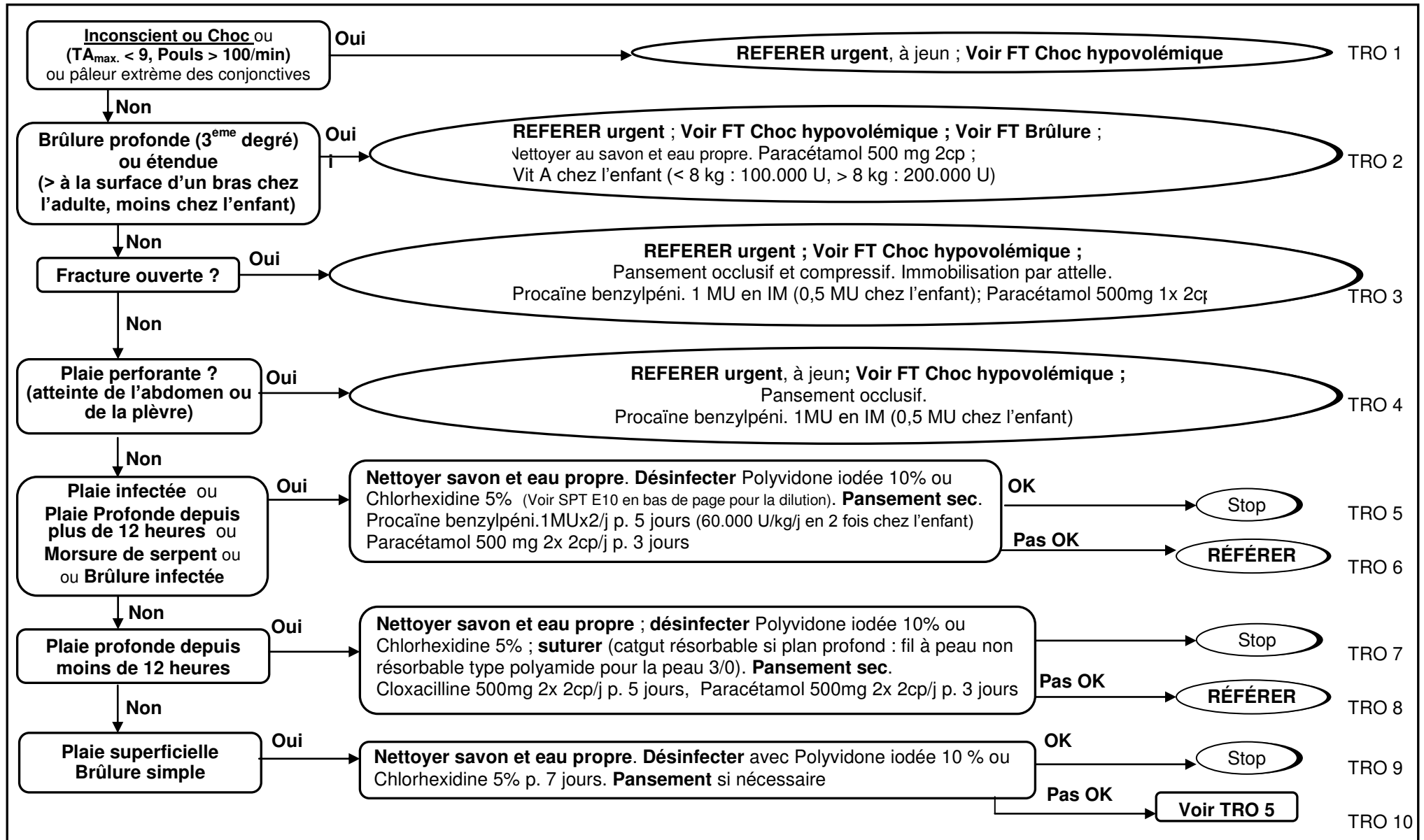
D'autre part, pour chaque enfant vu en consultation, *il faut d'abord évaluer son état de santé général et donc observer, examiner et peser l'enfant, à la recherche des signes de danger, des signes de déshydratation, des signes de malnutrition et des différents symptômes que peut présenter l'enfant.* Ceci correspond à la démarche de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) dont un résumé figure dans la fiche technique « PCIME ».

Ainsi, il faudra utiliser pour le même enfant toutes les stratégies nécessaires à la prise en charge intégrée de l'enfant, en suivant les stratégies spécifiques à l'enfant si elles existent (exemple TUXe), ou stratégies communes « adulte/enfant », en adaptant les posologies à l'aide de la fiche technique « Posologies enfants ».

La stratégie nationale prévoit le dépistage du status nutrition de chaque enfant de 0-59 mois à chaque consultation. Une fiche technique explique comment prendre correctement en charge un enfant malnourri. UN ENFANT SEVEREMENT MALNOURRI AVEC COMPLICATIONS DOIT ETRE RÉFÉRÉ EN URGENCE AU SERVICE SST qui se situe à la pédiatrie de l'hôpital.

## E.12 Stratégie TRAUMATISME OUVERT: TRO

Penser à choc hémorragique, commotion cérébrale, brûlure, fracture, plaie perforante, morsure, plaie infectée



**Pour tous cas de Trauma, plaie, brûlure :**

- Dans tous les cas où il existe de choc, voir FT Choc hypovolémique ; pour les brûlures, voir aussi la FT Brûlures
- Prévention tétanos : VAT si pas 3 doses de VAT reçues depuis moins de dix ans + Sérum Anti Tétanique si infection.