

Sommaire

MODE DE VIE SAIN	8
INTRODUCTION :	8
I-Concepts et définitions :	8
QUI EST EXPOSE AU RISQUE DE DEVELOPPER UNE MNT ?	8
RÔLES ET RESPONSABILITES DU PROFESSIONNEL DE SANTE.....	9
QUELLE APPROCHE VIS-A-VIS DU PATIENT ?.....	9
QUELLES INFORMATIONS VEHICULEES AU PATIENT ?.....	9
1. Informations générales relatives à :	9
2. Promotion d'une alimentation saine.....	9
2-1-Maintenir un poids idéal :	9
2-2- Limiter la consommation de graisses et d'huiles saturées :.....	9
2-3- Limiter la consommation de sucres, en particulier les aliments et les boissons industriels :	10
2-4- Limiter la consommation de sel :.....	10
2.5-Manger des céréales de préférence les grains entiers :.....	10
2-6- Manger plus de fruits et de légumes chaque jour :	10
2-7-Varié chaque jour son alimentation :	10
3-Promotion de l'activité physique	11
4- Lutte contre l'abus de la consommation de l'alcool :	11
Le Programme National de Lutte contre le Tabagisme.....	13
I-Introduction :	13
II-Concepts et Définitions :	14
1. Objectifs du programme :	14
Objectif général :.....	14
Objectifs spécifiques :.....	14
2. Mesures :	14
3. Rôle des professionnels de santé en matière de lutte anti-tabagisme :.....	16
4. La prise en charge du fumeur :.....	17
Le Programme de Prévention et de Contrôle de l'Hypertension Artérielle.....	19
I-Introduction :	19
Le Programme de Prévention et de Contrôle de l'Hypertension Artérielle.....	19
I-Introduction :	19
II-Concepts et Définitions :	20
Définition.....	20

Classification :	20
Techniques de mesure de la Tension Artérielle :	20
III. Programme de Prévention et de Contrôle de l’Hypertension Artérielle :	21
1. Objectifs du programme :	21
Objectif général :	21
Objectifs spécifiques :	21
2. Axes stratégiques :	21
IV-Aspects pratiques :	22
Etape de dépistage de l’HTA.....	22
Etapes de diagnostic de l’HTA	22
Quels sont les signes fonctionnels de l’HTA ?.....	22
Que cherche l’interrogatoire ?.....	22
Comment poser le diagnostic de l’HTA ?.....	23
Etape de prise en charge de l’HTA	23
Etape de suivi de l’HTA.....	26
V. Aspects programmatiques et gestionnaires	28
1. Principes de la planification.....	28
Rôles et attributions des différents niveaux	28
1.1. Niveau national	28
1.2. Niveau régional.....	28
1.3. Au niveau provincial.....	29
Suivi et évaluation.....	31
1. Système d’information	31
1.1. Objectifs.....	31
1.2. Supports d’information	31
1.3. Indicateurs.....	31
1.4. Circuit de l’information	32
2. Outils de suivi	32
2.1. Tableau de bord :.....	32
2.2. Réunions de coordination :	32
2.3. Supervision :.....	32
Programme National de Prévention et de Lutte contre le Rhumatisme Articulaire Aigu.....	33
Introduction.....	33
Définitions, concepts et rappels.....	33
PROGRAMME DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE RAA	34

1. Objectifs du programme	34
a. Objectif général	34
b. Objectifs spécifiques :	34
2. Population cible du programme.....	34
3. Axes stratégiques :	34
Aspects pratiques	34
1. Prévention primaire du RAA.....	34
2. Diagnostic du RAA	36
3. Prise en charge du RAA	37
V. Aspects programmatiques et gestionnaires	38
Suivi et évaluation	39
1. Système d'information	39
1.1. Objectifs.....	40
1.2. Supports d'information	40
1.3. Indicateurs.....	40
1.4. Circuit de l'information	40
2. Outils de suivi	40
2.1. Tableau de bord :	40
2.2. Réunions de coordination :	41
2.3. Supervision :	41
b. Objectifs spécifiques :	43
PROGRAMME DE LA DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DU SEIN ET DU COL DE L'UTÉRUS.....	50
Introduction.....	50
1. Définition et concepts :	50
2. Aspects pratiques et aspects programmatiques et gestionnaires :	53
1. Principes de la planification :	53
3. Suivi et évaluation.....	53
INTRODUCTION.....	57
1. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LES CANCERS DE L'ENFANT.....	57
Définition :	60
Objectifs général :	60
Population cible :	60
Organisation des soins palliatifs :	60
Programme National de la Santé Bucco-dentaire (PNSBD)	63
Introduction :	63

I-Définitions et Concepts :	63
II-Description des activités et cibles du PNSBD	63
2.1. Objectifs du PNSBD :	64
2.1.1. Objectif général :	64
2.1.2. Objectifs spécifiques :	64
2.2. Population cible du PNSBD	64
2.2.1. Population cible des actions préventives et prophylactiques :	64
2.2.2. Population cible des actions curatives	64
III-Gestion des actions du PNSBD :	65
3.1. Actions préventives et prophylactiques :	65
Au niveau central	65
Au niveau régional :	65
3.1.1. Actions d'Information, Education et Sensibilisation :	66
3.1.2. Actions de scellement des puits et fissures	67
3.1.3. Actions de Rinçage de Bouches aux Solutions Fluorées (PRBSF) :	67
3.1. 4. Plan d'action, rapports et bilans des actions préventives :	68
V-Gestion des actions de prise en charge	68
5.1. Gestion du matériel, médicaments et produits pour soins dentaires	68
5.1.1. Estimation des besoins et répartition des équipements et matériel dentaires :	68
5.1.2. Estimation des besoins et répartition des médicaments et produits dentaires :	69
5.2. Suivi de l'entretien et de la maintenance des équipements dentaires	69
5.3. Répartition des ressources humaines	69
5.4. Renforcement des compétences des professionnels qui œuvrent dans le domaine de la santé buccodentaires	69
5.5. Gestion de la structure dentaire et prise en charge du malade	70
5.5.1. Dossier patient :	70
5.5.2. Accueil patient :	70
5.5.3. Prise en charge bucco-dentaire du patient :	70
5.5.4. Asepsie et sécurité des prestations dentaires :	70
5.5.5. Gestion des déchets :	71
VI-Suivi et évaluation du PNSBD :	71
6.1. Système et supports d'information	71
6.2. Indicateurs de suivi	71
6.2.1. Indicateurs de prévention	71
6.2.2. Indicateurs de prise en charge	72

PROGRAMME NATIONAL DES MALADIES RARES	73
Introduction :	73
Le Programme National des Maladies Rares dans la stratégie du Ministère de la Santé.....	73
ANNEXES.....	77

Introduction générale

Les maladies non transmissibles (MNT), également appelées maladies chroniques, ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont de longue durée et évoluent en général lentement. Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète. Elles ont en commun quatre facteurs de risque: le tabagisme, la sédentarité, l'usage nocif de l'alcool et la mauvaise alimentation.

Ces maladies constituent la principale cause de décès dans le monde, représentant plus de 63% de la totalité des décès annuels. Chaque année, 36 millions de décès sont imputés à ces maladies. Près de 80% d'entre eux surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.¹

Plus de 9 millions des décès attribués aux maladies non transmissibles surviennent avant l'âge de 60 ans. 90% de ces décès «prématurés» sont enregistrés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Au Maroc, les MNT sont à l'origine de 75% de tous les décès soit 34% imputables aux maladies cardiovasculaires, 12% au diabète, 11% aux cancers et 4% aux maladies respiratoires chroniques². De plus, la charge de la morbidité liée aux maladies non transmissibles est importante soit 33,6% pour l'hypertension artérielle, 6.6 % pour le diabète, 17.2% pour le tabagisme (hommes: 34%; femmes: 0.6%) et 13.2% pour l'obésité (hommes: 7.3%; femmes: 19.1%)³.

Les projections de l'OMS concernant l'état actuel des maladies non transmissibles et des facteurs de risques montrent une nette augmentation de leur prévalence.

De ce fait, la lutte contre les MNT est une priorité nationale de santé publique, 16 actions sont réservées à la prévention et le contrôle des MNT dans la stratégie sectorielle du Ministère de la Santé 2012-2016.

¹ OMS, 10 faits relatifs aux maladies non transmissibles, 2013.

² OMS, Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2014

³ Ministère de la Santé, enquête sur les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires, 2000.

Le présent guide est destiné aux professionnels de santé des Etablissements de Soins de Santé Primaires (ESSP). Il comporte des informations concernant la prévention, le dépistage et la prise en charge des MNT. Il est composé de six parties relatives au mode de vie sain et aux maladies non transmissibles suivantes :

MODE DE VIE SAIN
MALADIES CARDIOVASCULAIRES
DIABETE
CANCERS
SOINS PALLIATIFS
SANTE BUCCODENTAIRE
MALADIES RARES

MODE DE VIE SAIN



INTRODUCTION :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a identifié les facteurs de risque responsables des maladies non transmissibles (MNT). Il a été prouvé que ces facteurs de risque comme les antécédents d'une personne, son mode de vie et son environnement augmentent la probabilité de certaines MNT. Il s'agit de l'âge, du sexe, des antécédents génétiques, l'exposition à la pollution de l'air et les comportements.

Les recherches ont démontré que 80% des MNT sont associées à quatre grands facteurs de risque comportementaux – le tabagisme, la consommation de l'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activité physique.

Un des moyens efficaces de lutte contre les MNT est la réduction des facteurs de risque comportementaux. En effet, il a été démontré que les interventions ciblant ces facteurs de risque ont un impact significatif sur la réduction de la charge des MNT dans le monde.

Prévalences des facteurs de risque des MNT au Maroc *

Tabagisme : 18%

Obésité : 17.9%

Consommation de sel : 9-12g/jour

Consommation de sucre : 67g/jour

Consommation totale d'alcool par habitant, en litre d'alcool pur (2010) : 0.9l/habitant

*OMS, profils des pays pour le cancer, 2014.

I-Concepts et définitions :

Définitions :

Mode de vie : Façon de vivre qui repose sur des types définissables de comportement qui sont déterminés par les relations réciproques entre les caractéristiques personnelles d'un individu, les relations sociales et les conditions de vie socioéconomiques et environnementales.

Facteur de risque : Un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

Surpoids et Obésité : Correspondent à l'accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé"

Indice de Masse Corporelle (IMC) : est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. $IMC = P/T^2$ (kg/m²).

QUI EST EXPOSÉ AU RISQUE DE DÉVELOPPER UNE MNT ?

Tous les groupes d'âges peuvent être affectés par les MNT y compris les enfants et les personnes âgées. Ces maladies sont associées souvent aux groupes les plus âgés, mais les données épidémiologiques montrent que plus de 9 millions des décès attribués aux maladies non transmissibles surviennent avant l'âge de 60 ans.

RÔLES ET RESPONSABILITES DU PROFESSIONNEL DE SANTE

- Informer le patient sur les facteurs de risque des MNT,
- Dépister les comportements à risque,
- Fournir des conseils appropriés,
- Assurer la prise en charge des patients.

QUELLE APPROCHE VIS-A-VIS DU PATIENT ?

Au cours de la consultation, le professionnel de santé devrait :

- essayer d'obtenir des renseignements utiles à travers un interrogatoire bien dirigé et un examen bien conduit à la recherche de facteurs de risque et/ou de signes d'une MNT et fournir des conseils à travers des supports de communication tels que les dépliants et les affiches .
- La prise de la tension artérielle, le tour de taille et le poids seront systématique

QUELLES INFORMATIONS VEHICULEES AU PATIENT ?

1. Informations générales relatives à :

-la relation entre mode de vie et maladies non transmissibles : MCV, Diabète et cancers

-l'intérêt de la prévention des facteurs de risque communs évitables des MNT.

-les informations et éducation sur les mesures préventives des facteurs de risque comportementaux évitables et modifiables.

2. Promotion d'une alimentation saine

Une mauvaise alimentation est l'un des principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète ainsi que celles liées à l'obésité. Afin de prévenir ces maladies, il est conseillé de :

2-1-Maintenir un poids idéal :

Le surpoids est un facteur de risque important pour l'apparition des maladies non transmissibles. Les mauvaises habitudes alimentaires tels que l'apport accru de gras saturés et de sucre et la diminution de la consommation de céréales, de légumineuses, légumes et fruits accompagnés d'une faible pratique de l'activité physique sont responsables en partie du surpoids.

2-2- Limiter la consommation de graisses et d'huiles saturées :

Les graisses sont une composante essentielle de l'alimentation. Ils contiennent des vitamines liposolubles et des nutriments essentiels. Le type et la quantité de graisses consommées sont importants dans le régime alimentaire. En fonction du type de graisses consommées, ces derniers peuvent avoir des effets néfastes sur les lipides sanguins et le risque de maladies cardio-vasculaires.

Indice de Masse
Corporelle (IMC)

$IMC = \text{Poids} / \text{Taille}^2$
(kg/m^2)

Si $IMC \geq 25$ →
Surpoids

Si $IMC \geq 30$ → Obésité

L'apport en graisses est associé à l'incidence de diabète de type 2, l'hypertension et certains types de cancer.

Il est important de conseiller les patients de **limiter la consommation de graisses totales**, et **les graisses saturées** en particulier, en incitant le patient à remplacer les graisses animales et hydrogénées par des huiles végétales telles que l'huile d'olive, ainsi que d'augmenter la consommation d'oméga-3 par la consommation régulière de certains types de poissons tels que les sardines.

2-3- Limiter la consommation de sucres, en particulier les aliments et les boissons industriels :

Des apports élevés de sucre compromettent la qualité nutritionnelle d'une alimentation en fournissant une énergie importante sans les éléments nutritifs essentiels. La plupart des sucres consommés aujourd'hui sont «dissimulés» dans des aliments transformés qui ne sont généralement pas considérés comme sucrés. Par exemple, une canette de soda en contient jusqu'à 40 grammes (environ 10 cuillères à café).

2-4- Limiter la consommation de sel :

L'augmentation de la pression artérielle est associée à une augmentation du risque d'AVC ischémique et maladie cardiaque. Plusieurs études scientifiques ont montré qu'une réduction de l'apport en sodium alimentaire réduira la pression sanguine moyenne de la population, ainsi que la prévalence de l'hypertension.

2.5-Manger des céréales de préférence les grains entiers :

Les études récentes ont montré que les fibres des céréales et des graines entières jouent un rôle important dans la diminution du risque de contracter certaines maladies non transmissibles comme les maladies coronariennes et certains types de cancers. Les céréales sont une importante source de fibres dans l'alimentation, ce qui est important pour la santé du côlon.

2-6- Manger plus de fruits et de légumes chaque jour :

La consommation régulière de fruits et légumes est associée à un risque beaucoup plus faible de développer les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, plusieurs types de cancers, le diabète sucré de type 2, la cataracte et la dégénérescence maculaire de l'œil, et, éventuellement, l'hypertension. Les effets protecteurs de ces aliments sont dus à de nombreux nutriments bénéfiques, notamment des antioxydants, vitamines, minéraux, et des fibres

2-7-Varier chaque jour son alimentation :

Un régime basé sur un large éventail d'aliments peut faire en sorte que les nutriments essentiels soient fournis en quantités suffisantes et peut protéger contre les carences en vitamines et en sels minéraux, ainsi que certaines maladies non transmissibles. Plusieurs études ont montrées une relation inverse entre la diversité alimentaire et les carences en micronutriments, le cancer, les maladies cardiovasculaires et toutes les causes de mortalité.

Comment varier son alimentation ?

-Manger des légumes et des fruits chaque jour
-Manger quotidiennement et en alternance soit du poisson ou de la volaille ou de la viande rouge ou des œufs

-Ne pas exclure la consommation des graines entières des céréales et des légumineuses Consommez quotidiennement les produits

Recommandation de l'OMS

L'OMS recommande de consommer moins de 5g de sel/jour pour les adultes et 2g/jours pour les enfants de

3-Promotion de l'activité physique

La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (6%). Selon l'organisation mondiale de la santé, on enregistre chaque année 3,2 millions de décès dus au manque d'exercice physique. Les femmes étant plus sédentaires que les hommes (hommes 28% et femmes 34%) .

Plusieurs études scientifiques ont montré que la sédentarité est à l'origine de nombreux problèmes de santé notamment le développement des maladies non transmissibles ainsi que l'explosion de l'obésité. En effet, la sédentarité est responsable de 21 à 25% des cancers du sein ou du colon, de 27% des cas de diabète et d'environ 30% des cas de cardiopathie ischémique (OMS) et elle double les risques de l'obésité.

Chez l'adulte, la pratique régulière de l'activité physique, permet de réduire les risques de développer une maladie coronaire de 11% et celui du cancer du côlon de 40 à 50 %. D'autres études ont montré une diminution de 30% du risque de contracter un cancer du sein chez la femme, notamment après la ménopause.

4- Lutte contre l'abus de la consommation de l'alcool :

Les risques liés à la consommation d'alcool sont généralement sous-estimés. Une consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres standards par jour en moyenne pour les hommes, plus de 2 verres standards en moyenne pour les femmes) augmente le risque de développer de nombreuses maladies : certains cancers (de l'œsophage, du larynx, et cirrhoses du foie), des maladies cardiovasculaires et gastro-intestinales, des maladies du système nerveux et des troubles psychiques.

Il est conseillé de promouvoir auprès des patients de pratiquer la marche rapide au moins 30mn par jour quel que soit l'âge, ou une activité physique équivalente.

En d'autres termes, pour être efficace, l'activité physique doit être :

Régulière, au mieux quotidienne,

Continue, et d'intensité modérée, sans chercher à dépasser les limites individuelles comme l'essoufflement

La consommation excessive d'alcool est fortement déconseillée aux:

Femmes enceintes (très hauts risques pour le fœtus)
Personnes souffrant de maladies hépatiques
Conducteurs de véhicules
Personnes manipulant des machines
Jeunes (augmentation des risques des dépendances alcoolique et autres troubles)

De nombreuses études montrent des associations directes avec le nombre de décès liés à ces maladies, ainsi qu'aux traumatismes liés aux accidents de la route dus à la conduite en état d'ébriété, et aux conséquences liés aux troubles additifs.

Le Programme National de Lutte contre le Tabagisme

I-Introduction :

Le tabagisme est la principale cause de décès évitable dans le monde et un fumeur régulier sur deux mourra d'une maladie qui y est liée. Si les tendances actuelles se poursuivent, le tabac causera la mort de plus de 8 millions de personnes par an d'ici à 2030.

Les projections de l'OMS pour le Maroc estiment que le tabagisme a été à l'origine de 3370000 décès prématurés (plus de 3 350 000 pour les hommes et 17 000 pour les femmes) en 2010⁴.

En 2008, la prévalence du tabagisme dans la population marocaine a été de 16% (30% pour l'homme, 1% pour la femme). Chez les non fumeurs, le tabagisme passif est aussi important : 32% de la population sont exposés dans leur entourage familial proche, 17% sont exposés dans leur entourage professionnel et 60% sont exposés dans les lieux publics.

Les résultats des études Global Youth Tobacco Survey (GYTS) menées par le Ministère de la Santé Marocain en milieu scolaire, font ressortir des prévalences inquiétantes du tabagisme chez les jeunes. En effet, ces prévalences chez la tranche d'âge de 13 à 15 ans sont respectivement de 10,8% (2001), 11% (2006) et 9,5% (2010).

Pour cela, la lutte contre le tabagisme constitue une priorité nationale de santé publique.

Elle s'inscrit dans le **Plan National de la Prévention et du Contrôle du Cancer (PNPCC) 2010-2019** élaboré en partenariat entre la Fondation Lalla Salma de Prévention et Traitement des Cancers et le Ministère de la Santé. Ce plan comprend **78** mesures dont **8 mesures** sont consacrées à la lutte contre le tabagisme :

⁴ [1] David T. Levy and Al. the Abridged Simsmoke Morocco, Lombardi Comprehensive Cancer Center, Georgetown University, 2014

II-Concepts et Définitions :

Le terme « **tabagisme** » est à l'origine un terme médical désignant l'intoxication aiguë ou chronique provoquée par l'abus du tabac.

Un **fumeur régulier** est une personne déclarant fumer au moins une cigarette (ou équivalent) par jour durant 30 jours précédant l'enquête.

La **dépendance tabagique** est psycho comportementale, pharmacologique et génétique.

1. Objectifs du programme :

Objectif général :

Réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation du tabac.

Objectifs spécifiques :

- Réduire la prévalence du tabagisme de 15% d'ici 2030.
- Prévenir l'initiation au tabagisme;
- Protéger les non-fumeurs ;
- Offrir l'aide au sevrage tabagique ;
- Renforcer l'arsenal juridique de la lutte anti tabac.

2. Mesures :

Le programme National de prévention du Tabagisme s'articule autour de **8 mesures** du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer⁵ :

Mesure 1 : Prévenir le tabagisme

- Organiser et mettre en place des campagnes de sensibilisation du grand public contre le tabagisme ;
- Mettre en place des programmes d'information et d'éducation ciblant les jeunes et les groupes de personnes vulnérables ;
- Impliquer les médias dans la lutte antitabac et établir une charte de bonne conduite avec les professionnels des médias.

Mesure 2 : Encourager et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques, informer et mettre en garde les fumeurs sur les dangers du tabac

⁵ Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010-2019

- Informer et mettre en garde les fumeurs sur les dangers du tabac ;
- Mettre en place des consultations d'aide au sevrage dans les établissements de soins de santé de base ;
- Instituer le remboursement des médicaments et des produits de substitution nicotinique ;
- Soutenir les services de sevrage tabagique.

Mesure 3 : Protéger les non fumeurs

- Informer et sensibiliser aux risques du tabagisme passif en famille ;
- Informer et sensibiliser aux risques du tabagisme passif dans les lieux publics ;
- Soutenir les actions éducatives scolaires et non scolaires

Mesure 4 : réduire l'accessibilité aux produits tabagiques et l'incitation à leur consommation

- Augmenter les taxes sur le prix du tabac de façon régulière et significative ;
- Interdire la vente fractionnée ;
- Interdire la publicité directe et indirecte ;
- Interdire la vente aux mineurs ;
- Renforcer la lutte contre la contrebande.

Mesure 5 : Ratifier la Convention Cadre de la Lutte Antitabac(CCLAT)

Mesure 6 : Mettre en place les mesures d'application de la loi (15-91)

- Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux publics, au travail, dans les établissements d'enseignement ;
- Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac.

Mesure 7 : Mobiliser les associations œuvrant dans la lutte contre le tabac

Mesure 8 : Mise en place d'une instance multisectorielle de surveillance de la consommation du tabac et de suivi évaluation des actions de lutte anti-tabac.

3. Rôle des professionnels de santé en matière de lutte anti-tabagisme :

Les professionnels de la santé (PS) ont un rôle éminent à jouer dans la lutte antitabac. Ils jouissent de la confiance des populations, des médias et des leaders d'opinion, et leurs voix se font entendre dans un vaste ensemble de cercles sociaux, économiques et politiques.

Au niveau individuel, ils peuvent sensibiliser la population quant aux dommages de la consommation de tabac et du tabagisme passif⁶.

Tous les professionnels de la santé doivent indiquer qu'arrêter le tabac est la meilleure chose à faire pour améliorer son état de santé. La recherche montre qu'environ 70% de tous les usagers du tabac reconnaissent que, au fond, ils aimeraient cesser⁷. Pour cela, le Ministère de la Santé au Maroc, **a intégré la consultation d'aide au sevrage tabagique dans les centres de santé**, afin de répondre aux besoins de fumeurs désirant arrêter de fumer.

L'arrêt du tabac est positif à tout moment. Le fumeur qui arrête avant 35 peut éviter pratiquement tous les risques. Le fumeur qui arrête entre 35 et 69 ans et avant d'avoir contracté une maladie sérieuse peut éviter le risque de mourir de son tabagisme.

6 OMS, Initiative pour un monde sans tabac de l'OMS : Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte antitabac. 2005

7 Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.

Renoncer au tabac procure des avantages immédiats, et d'autres à plus long terme après⁸ :

20 Minutes :

- Baisse de la pression sanguine et du rythme cardiaque à un niveau normal

- Hausse de la température des extrémités à un niveau normal

8 Heures :

- Baisse du monoxyde de carbone sanguin au taux normal

- Hausse de l'oxygène sanguin au taux normal

24 Heures :

- Début de la baisse de probabilité d'accident cardiaque

48 Heures

- Repousse des terminaisons nerveuses

- Début de l'amélioration du goût et de l'odora

2 Semaines à 3 mois :

- Amélioration de la circulation

- Plus grande facilité de marche

- Amélioration de la fonction pulmonaire (jusqu'à +30%)

1 An : Le risque d'artérite coronarienne est divisé par deux par rapport à un fumeur

5 Ans : Le taux de mortalité par cancer du poumon est diminué de moitié +Le risque d'accident cardiovasculaire est celui d'un non-fumeur

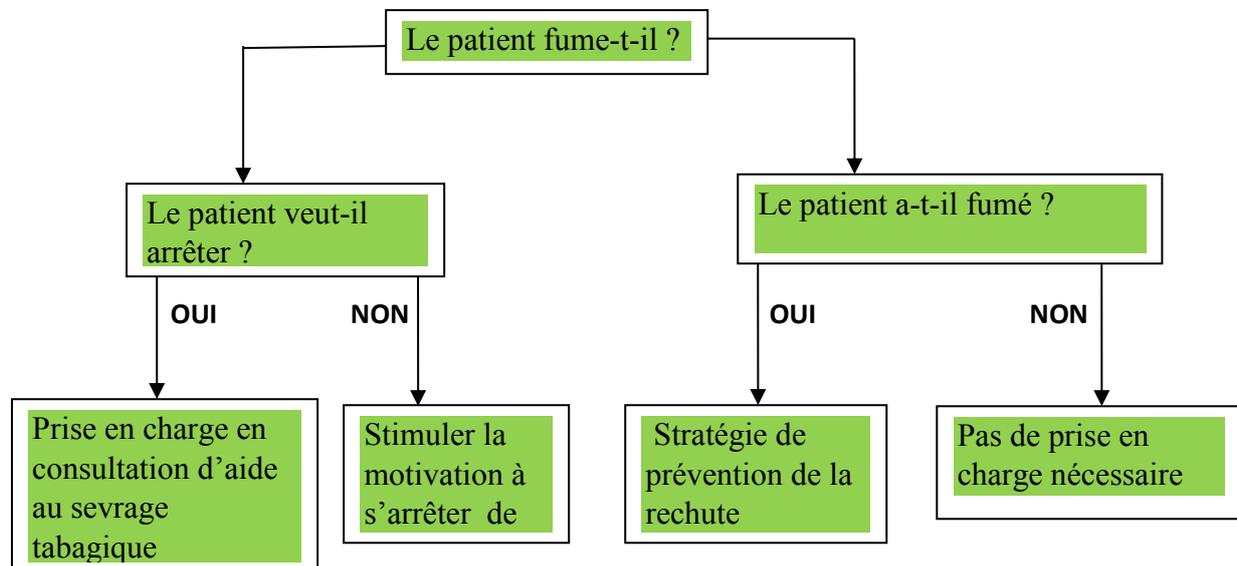
- Le risque de cancers de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, de la prostate, du rein et du pancréas diminue.

4. La prise en charge du fumeur :

Le conseil minimal : il est donné par un professionnel de la santé lors d'une consultation pour un motif autre que le tabagisme, en dehors de toute demande de sevrage de la part du patient, son but est de permettre la maturation de la décision d'arrêter.

⁸ Source: <http://www.Quittobacco.Org/whyquit/physicalbenefits.Html>

Il consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer.



Le sevrage tabagique :

Le guide d'aide au sevrage tabagique est un outil didactique, mis à la disposition des professionnels de santé. Il est destiné aux médecins qui souhaitent aider un patient dans une démarche de sevrage tabagique. Il décrit succinctement les différents modules de tabacologie et plus particulièrement le déroulement pratique du sevrage tabagique, sa surveillance et son suivi.

(http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Guide_tabac_complet.pdf)

Le Programme de Prévention et de Contrôle de l'Hypertension Artérielle

I-Introduction :

Au Maroc, l'hypertension artérielle (HTA) constitue un véritable problème de santé publique, sa prévalence est de **33,6 %** selon l'enquête nationale des facteurs de risques cardiovasculaires de 2000. La prévalence de l'HTA augmente avec l'âge et arrive à 54 % chez la population âgée de 40 ans et plus.

L'enquête sur les facteurs de risque cardiovasculaire a également mis l'accent sur l'association de l'HTA à un ou plusieurs facteurs de risque dans les 2/3 des cas, comme le diabète, le tabac, l'hypercholestérolémie ou encore l'obésité. Elle est associée à un facteur de risque dans 40% des cas, à deux facteurs de risque majeurs dans 21,9% des cas.

Le Programme de Prévention et de Contrôle de l'Hypertension Artérielle

I-Introduction :

Au Maroc, l'hypertension artérielle (HTA) constitue un véritable problème de santé publique, sa prévalence est de **33,6 %** selon l'enquête nationale des facteurs de risques cardiovasculaires de 2000. La prévalence de l'HTA augmente avec l'âge et arrive à 54 % chez la population âgée de 40 ans et plus.

L'enquête sur les facteurs de risque cardiovasculaire a également mis l'accent sur l'association de l'HTA à un ou plusieurs facteurs de risque dans les 2/3 des cas, comme le diabète, le tabac, l'hypercholestérolémie ou encore l'obésité. Elle est associée à un facteur de risque dans 40% des cas, à deux facteurs de risque majeurs dans 21,9% des cas.

II-Concepts et Définitions :

Définition

L'hypertension artérielle est une maladie dans laquelle les vaisseaux sanguins subissent en permanence une pression élevée, ce qui peut les endommager. Elle est définie de façon consensuelle par :

PAS \geq 140 mm Hg et/ou PAD \geq 90mmHg

Classification :

Classes	P.A. systolique (mm Hg)	P.A. diastolique (mm Hg)
T.A Optimale	<120	< 80
T.A Normale	120-129	80-84
T.A Normale/haute	130-139	85-89
HTA Grade 1	140-159	et/ou 90-99
HTA Grade 2	160-179	et/ou 100-109
HTA Grade 3	\geq 180	et/ou \geq 110
HTA systolique isolée	> 140	< 90

Réf : 2007 ESH-ESC, guidelines J.Hytertens, 2007 ;25 :1105-1187

Techniques de mesure de la Tension Artérielle :

La mesure de la TA vise généralement trois objectifs :

1. Dépistage ;
2. Diagnostique ;
3. Surveillance (selon le contexte elle sera plus ou moins rapprochée).

Deux méthodes manuelles permettant l'évaluation du niveau tensionnel en présence médicale sont utilisées : la méthode auscultatoire et la méthode palpatoire. Il existe également des appareils automatiques de mesure.

Pour la confirmation du diagnostic de l'HTA, car un diagnostic par excès est très fréquent en raison de la réaction d'alarme suscitée par la présence médicale (HTA dite « blouse blanche »), deux méthodes existent également à

savoir l'automesure à domicile et la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA).

Automesure à domicile

L'automesure est une mesure consciente et volontaire de la PA par le patient lui-même. Elle est indiquée pour s'assurer d'une constance de l'HTA, pour éliminer une HTA blouse blanche et en cas de HTA résistante.

Elle nécessite une formation des patients à utiliser des appareils à tension valides pour une meilleure adhésion et un suivi régulier de sa tension artérielle.

MAPA : Mesure ambulatoire de la pression artérielle

Elle évalue par des mesures répétées sur 24 heures le niveau et la variabilité tensionnels et permet de corriger les erreurs de diagnostic par excellence. Elle consiste à placer un brassard relié à une mémoire solide permettant une mesure tensionnelle à intervalles réguliers pour 24h, permettant ainsi d'avoir une moyenne sur un grand nombre de mesures (50 à 60 mesures).

III. Programme de Prévention et de Contrôle de l'Hypertension Artérielle :

1. Objectifs du programme :

Objectif général :

Réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée liée à l'hypertension artérielle et à ses complications.

Objectifs spécifiques :

- Promouvoir un mode de vie sain et lutter contre les facteurs de risque ;
- Renforcer les activités de prévention et de dépistage de l'HTA ;
- Améliorer la qualité de l'offre de soins des patients hypertendus.

2. Axes stratégiques :

Le programme de prévention et de contrôle de l'HTA s'articule autour de 6 axes stratégiques :

Axe 1 : Promotion d'un mode de vie sain et lutte contre les facteurs de risque

Axe 2 : Dépistage, diagnostic précoce et prise en charge de l'HTA

Axe 3 : Suivi et évaluation

Axe 4 : Promotion de la recherche et des études

Axe 5 : Développement du partenariat et de la collaboration intersectorielle.

Les mesures d'accompagnement pour l'accomplissement de ses axes sont :

- **Formation**
- **Communication**
- **Législation**

IV-Aspects pratiques :

Etape de dépistage de l'HTA

Quelle est la population cible du dépistage de l'HTA ?

- Les personnes âgées de plus de 60 ans
- Les personnes âgées de 40 et plus et ayant un facteur de risque :
 - Obésité ;
 - Tabagisme ;
 - Maladies rénales ;
 - Hypercholestérolémie
- Les personnes diabétiques ;
- Les femmes enceintes.

Quand est ce qu'on effectue le dépistage ?

- A chaque fois que l'occasion se présente :
 - Lors de la consultation médicale pour n'importe quel motif de consultation ;
 - Lors de la surveillance de la grossesse ;
 - Lors des activités de la planification familiale ;
 - L'équipe mobile ;
 - Les campagnes médicales spécialisées....

Sans oublier que la prise de la tension artérielle rentre dans le cadre de l'examen médical systématique de tout patient.

Par qui se fait le dépistage ?

Par le médecin et/ou l'infirmier.

Etapes de diagnostic de l'HTA

Quels sont les signes fonctionnels de l'HTA ?

L'HTA est le plus souvent silencieuse sans aucun signe fonctionnel, mais parfois elle peut se manifester par des signes neurosensoriels :

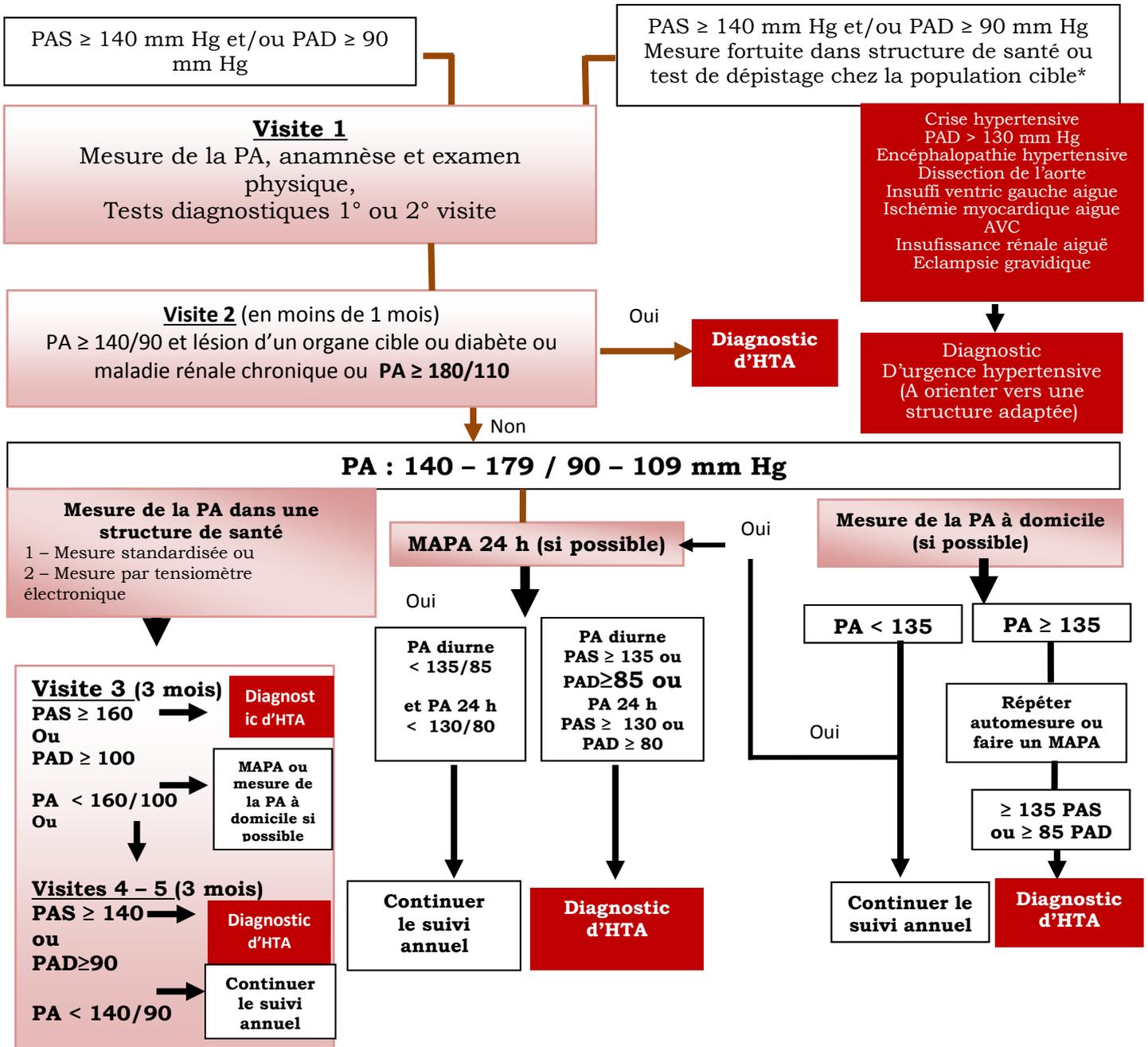
- Céphalées ;
- Bourdonnements d'oreilles ;
- Troubles visuels.

Que cherche l'interrogatoire ?

- Les antécédents personnels, notamment les ATCD néphrologiques, la notion de prise de substances susceptibles d'augmenter la PA (oestroprogestatifs, AINS, Antalgique, corticoïdes,..) ;
- Les antécédents familiaux d'HTA ;
- Les symptômes liés au retentissement viscéral (Dyspnée d'effort, douleurs thoraciques, ..) ;
- Les facteurs de risque associés : diabète, tabagisme, obésité, hypercholestérolémie, sédentarité, hyper-uricémie.

Comment poser le diagnostic de l'HTA ?

Algorithme pour le diagnostic de l'hypertension artérielle (HTA)



Etape de prise en charge de l'HTA

Comment évaluer le risque cardiovasculaire ?

Une fois le diagnostic d'HTA confirmé, une estimation globale des risques cardiovasculaires est nécessaire.

Le risque cardiovasculaire global devrait être évalué. Des modèles multifactoriels d'évaluation du risque peuvent être utilisés pour prédire de façon plus précise le risque cardiovasculaire global d'un patient et pour optimiser le traitement antihypertenseur.

Prise en charge anti hypertensive en fonction de la catégorie de risque cardiovasculaire

Stratification du risque cardiovasculaire en fonction du niveau de la pression artérielle (HTA)				
Facteurs de risque autres que l'HTA, atteinte d'organes cibles ou maladies cardiovasculaires	Normale Haute Systolique 130-139 ou diastolique 85-89	HTA stade 1 Systolique 140 – 159 et / ou diastolique 90 – 99	HTA stade 2 Systolique 160 – 179 et / ou diastolique 100 – 109	HTA 3 Systolique ≥ 180 et / ou diastolique ≥ 110
	Pas de facteurs de risque	Pas d'intervention sur la TA	Améliorer le style de vie durant plusieurs mois, puis médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie durant plusieurs semaines, puis médicaments. TA cible <140/90
1-2 facteurs de risque	Améliorer le style de vie. Pas d'intervention sur la TA	Améliorer le style de vie durant plusieurs semaines, puis médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie durant plusieurs semaines, puis médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90
≥ 3 facteurs de risque	Améliorer le style de vie. Pas d'intervention sur la TA	Améliorer le style de vie durant plusieurs semaines, puis médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90
Atteinte des organes cibles, maladies rénales chronique stade 3 ou diabète	Améliorer le style de vie. Pas d'intervention sur la TA	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90
Maladie cardiovasculaire symptomatique, maladie rénale chronique stade ≥ 4 ou diabète avec atteinte d'organes cibles/facteurs de risque	Améliorer le style de vie. Pas d'intervention sur la TA	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90

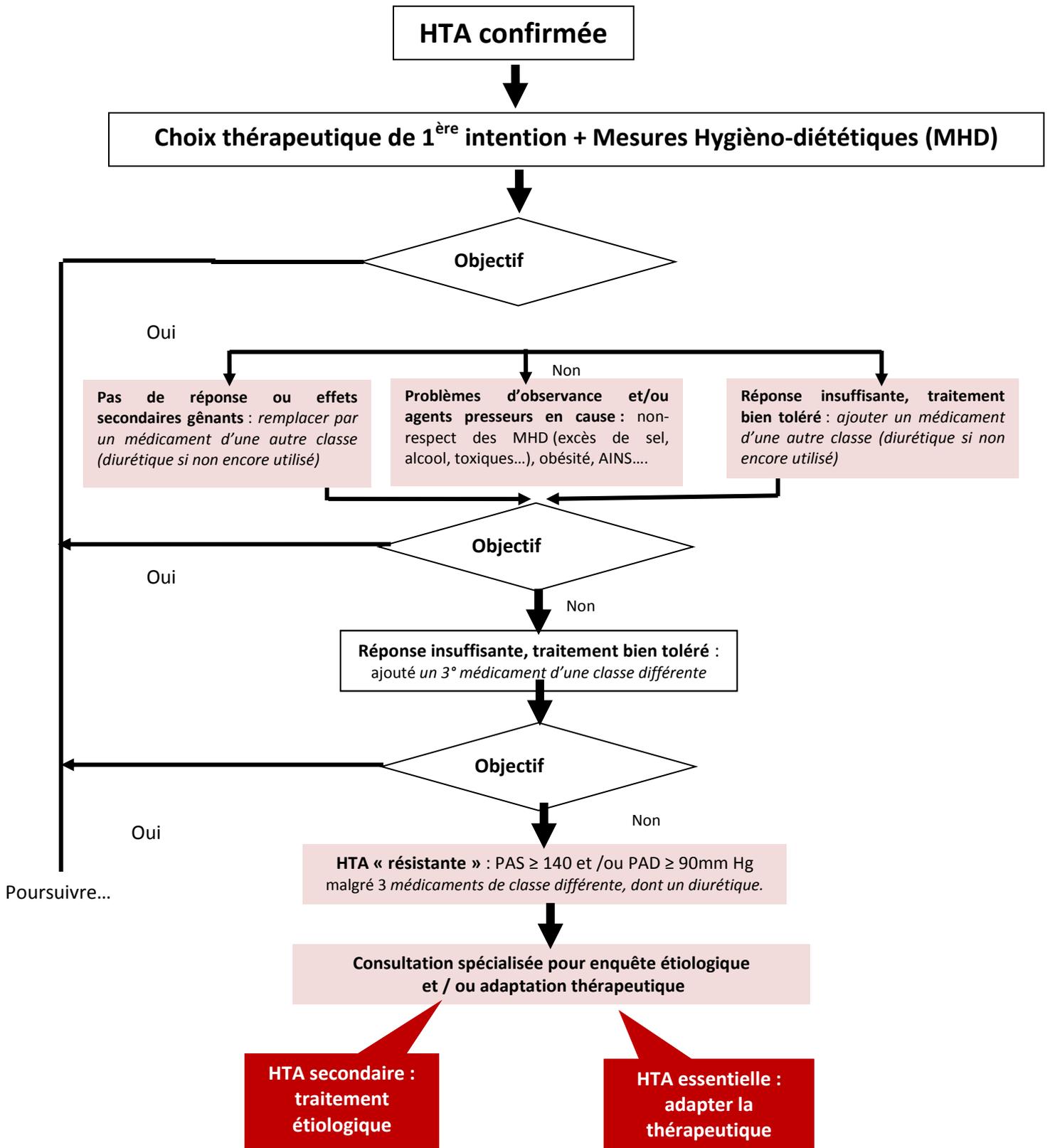
Risque CV absolu à 10 ans Faible Moyen Elevé Très élevées

Référence : JNC8 2014, ESH and ESC Guidelines

Quel est le bilan biologique minimal ?

- Glycémie à jeun à la recherche d'un diabète
- Bilan lipidique après 12 heures de jeûne (cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides)
- Kaliémie à la recherche d'une hypokaliémie pouvant traduire un hyperaldostérionisme (prélèvement sans garrot et sans fermer le point et acheminé rapidement au laboratoire)
- Créatinémie pour évaluer la fonction rénale
- Bandelette urinaire sur des urines fraîches à la recherche d'hématurie, de glycosurie ou de protéinurie
- ECG de repos (à renouveler une fois par an quand il est normal et en absence de nouveaux symptômes cardiovasculaires)

Quel schéma thérapeutique ?

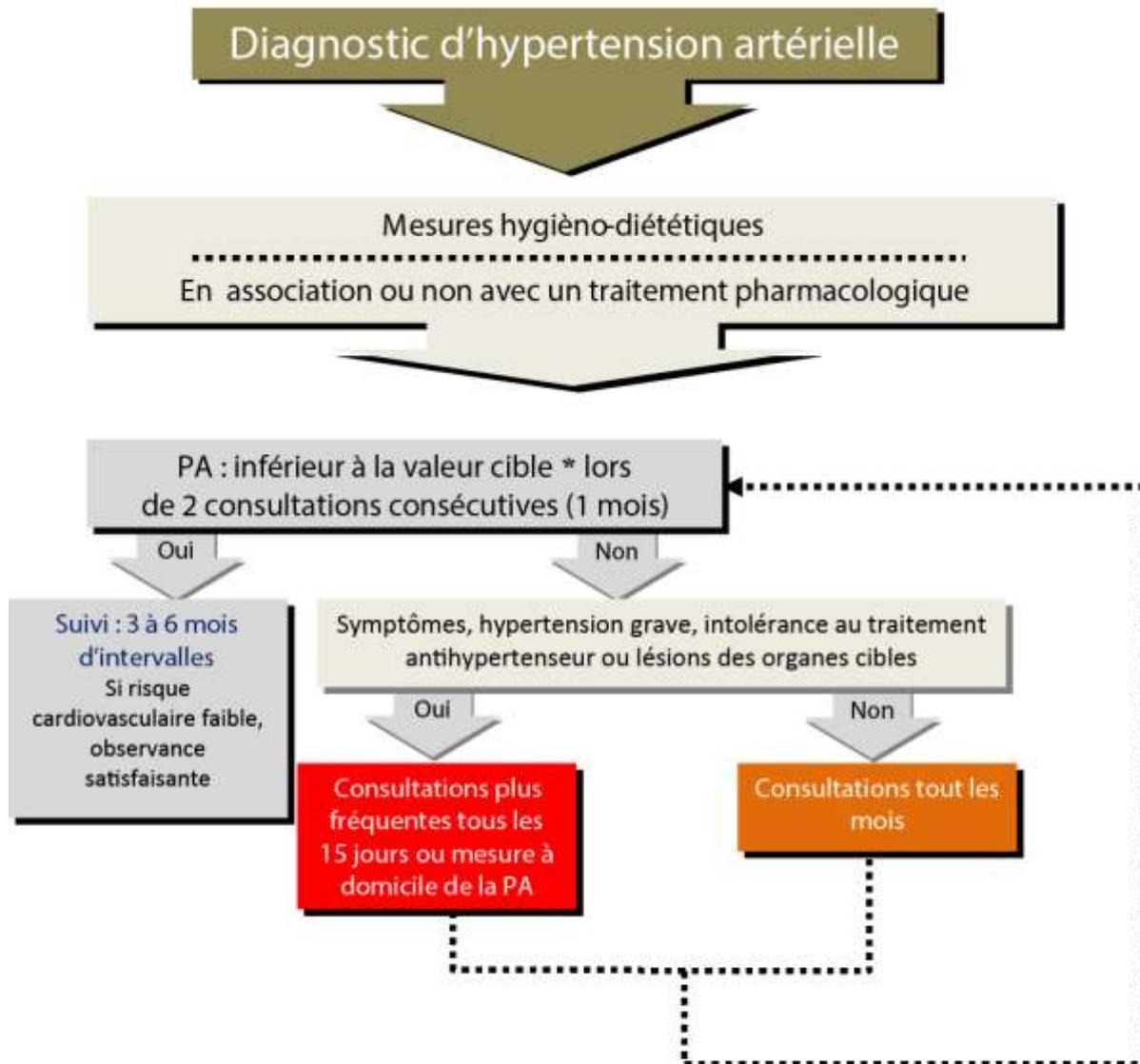


Etape de suivi de l'HTA

Quel rythme de suivi ?

Les consultations de suivi visent à accroître l'intensité des modifications des habitudes de vie et du traitement pharmacologique, à surveiller la réaction au traitement et à évaluer l'observance thérapeutique.

Recommandations relatives au suivi de l'HTA



*Valeurs cibles de traitement par des mesures hygiéno-diététiques ± traitement pharmacologique

Population	PAS <	PAD <
Patients diabétiques	140	85
Patients avec maladie rénale+ protéinurie	130	90
Personnes très âgées	150	90
Patients sans comorbidités	140	90

N.B : Intervalles de consultations plus courts augmentent l'observance

V. Aspects programmatiques et gestionnaires

1. Principes de la planification

Le programme de prévention et de contrôle de l'HTA est mis en place depuis 1996, il est domicilié au Service des Maladies Cardiovasculaires (SMCV), à la Division des Maladies Non Transmissibles au niveau de la Direction de l'Épidémiologie et de Lutte contre les Maladies.

Rôles et attributions des différents niveaux

Quel que soit le niveau d'intervention, le professionnel de santé est tenu d'être en mesure d'arrêter des objectifs opérationnels et de planifier les ressources nécessaires pour aboutir aux résultats escomptés.

1.1. Niveau national

Le niveau central du Ministère de la Santé représenté par le Service des Maladies Cardio-vasculaire est chargé de l'élaboration de la planification stratégique du programme. Cette planification stratégique consiste à concevoir des actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés par le plan national en matière de prise en charge de l'HTA. A ce rôle s'ajoute également la formation, la conception du système d'information, la supervision et l'évaluation du programme.

Les réalisations du programme de prévention et de contrôle de l'HTA en terme de nombre de cas d'HTA suivis au niveau des ESSP, **en 2014**, est de **561.312 cas** d'HTA, soit **8% du nombre total des hypertendus présumés âgés de 20 ans et plus** au niveau national.

L'objectif du programme est de suivre, d'ici **2018**, **15 %** du nombre estimatif des hypertendus âgés de 20 ans et plus, au niveau des ESSP, soit **1.050.000 cas**, soit un nombre total des nouveaux cas à dépister, d'ici 2018, de **488.688**.

Le tableau suivant résume les objectifs du programme de 2015 à 2018 :

	2015	2016	2017	2018
Objectifs du programme	9,5%	11,5%	14%	15%
Nombre des hypertendus suivis au niveau des ESSP	680.000	795.000	915.000	1.050.000
Nombre de nouveaux cas dépistés	115.000	120.000	125.000	128.688

1.2. Niveau régional

Le responsable du service de santé publique est tenu d'assurer la gestion et la planification des différents aspects du programme à l'échelle de la région en coordination avec les responsables des délégations et des SIAAP. Il est tenu de :

- Elaborer le plan d'action annuel régional qui consiste entre autre à :

- arrêter les besoins en ressources humaines et en équipements des provinces et préfectures en matière de dépistage et de prise en charge de l'HTA;
- arrêter les besoins en formation continue et assurer sa mise en œuvre;
- planifier des actions avec la société civile et les collectivités locales;
- Assurer la mise en œuvre et le suivi du plan d'action régional.

1.3. Au niveau provincial

Le niveau provincial s'occupe des aspects opérationnels de l'implantation et la mise en œuvre des actions du programme. Il s'occupe également de fournir l'ensemble des données et statistiques (rapports) relatives à l'HTA qui permettront, par la suite, de mieux cerner le processus de planification et l'évaluation du programme.

- Au niveau du Centre de santé urbain et rural

Les activités qui doivent être développées à ce niveau sont celles relatives au dépistage, diagnostic et prise en charge de l'HTA non compliquée.

A ce niveau, les responsables du centre de santé sont tenus de :

- connaître la population cible de dépistage de l'HTA,
- fixer les objectifs à atteindre en termes de nombre des hypertendus suivis au niveau de chaque centre de santé,
- déterminer les besoins en ressources humaines, en matériels biomédicaux (tensiomètres, ECG, MAPA) et audiovisuel ainsi que les besoins en médicaments.

Objectifs à atteindre

Nombre des hypertendus suivis = Population âgée de plus de 20 ans desservit par le CS X 33,6 * X objectif du programme durant l'année

* Prévalence de l'HTA selon l'enquête des facteurs de risque maladies cardiovasculaires 2000. Une enquête sur les facteurs de risque est en cours, une fois les résultats disponibles, la prévalence de l'HTA sera remplacé par les données récentes.

Méthodes de calcul des besoins en médicaments

Le programme assure l'achat de trois familles d'antihypertenseurs :

- Les diurétiques thiazidiques ;
- Les inhibiteurs calciques ;
- Les Antagonistes des récepteurs de l'Angiotensine II (ARA II).

Dans un but de standardiser la prise en charge de l'HTA, il est fortement recommandé de s'aligner avec le programme en matière de commande des médicaments par les provinces et les préfectures dans le cadre de leurs budgets de fonctionnement, afin d'assurer plus d'efficacité et de qualité en matière de prise en charge de l'HTA.

Étant donné l'importance que représente le médicament dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge, le processus d'estimation des besoins doit être très

bien étudié. Pour aboutir à une estimation efficiente des médicaments il est important de se baser sur un système d'information fiable.

L'estimation de la commande des médicaments dépend de l'objectif de chaque région, province ou centre de santé et se fait en fonction des grades de l'HTA et de l'association de l'HTA avec le diabète.

Ainsi, selon l'enquête nationale sur les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires de l'année 2000, 54.6% des hypertendus sont de grade I, 25.7% sont de grade II et 19,7% sont de grade III. Selon les données de la même étude, le diabète est souvent associé à l'HTA, presque 14% des hypertendus sont diabétiques.

Une fois l'objectif du centre de santé est calculé en termes de nombre des hypertendus à suivre durant l'année N+1, la stratégie adoptée pour le calcul des besoins en médicaments pour les différents grades de l'HTA est la suivante :

- Pour l'HTA grade I :
 - Pour 50% des cas, les mesures hygiéno-diététiques sont suffisantes pour normaliser les chiffres tensionnels ;
 - Pour 50% des cas, on prescrit une monothérapie à base de l'un des classes thérapeutiques achetées dans le cadre du programme. En cas d'association d'HTA et diabète (14%), la monothérapie choisie doit être à base d'ARA II.
- Pour l'HTA grade II :
 - Pour 50% des cas, on préconise une monothérapie à base de l'un des classes thérapeutiques achetées dans le cadre du programme. En cas d'association d'HTA et diabète on a recours aux d'ARA II.
 - Pour 50%, on commence d'emblée par une bithérapie dont un diurétique thiazidique.
- Pour l'HTA grade III :
 - Pour 50% des cas, on commence par une bithérapie dont un diurétique;
 - Pour 50% des cas, on commence d'emblée par une trithérapie dont un diurétique thiazidique.

N.B : -il faut toujours garder à l'esprit, qu'en cas d'association de l'HTA avec le diabète, on donne les ARA II.

-Chaque malade consomme un comprimé par jour, durant toute l'année, pour chaque médicament, donc, 360 comprimés par an.

- Au niveau de la délégation du Ministère de la Santé

Au niveau provincial, la gestion et la planification des différents aspects du programme, doivent être assurées par le SIAAP. Le délégué du Ministère de la Santé, en concertation avec les médecins chefs du SIAAP, est tenu de préparer un plan d'action provincial émanant des planifications faites au niveau des CSU, des CSR et des équipes mobiles.

Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation du programme de prévention et de contrôle de l'HTA se basent sur un système d'information implanté au niveau de tous les établissements de soins de santé primaire.

1. Système d'information

La collecte, le traitement ainsi que la diffusion de l'information sont des points importants pour le suivi et l'évaluation des performances du programme à tous les niveaux.

1.1. Objectifs

L'objectif visé à travers la mise en place du système d'information est de fournir des informations statistiques permettant la connaissance et le suivi régulier de l'atteinte des objectifs fixés par le programme aux différents niveaux.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Suivre l'évolution des indicateurs du programme au niveau national, régional et provincial ;
- Fournir les statistiques permettant d'élaborer les rapports;
- Assurer une meilleure planification.

1.2. Supports d'information

Les différents supports d'information mis en place pour assurer le suivi du programme sont:

- Registre des hypertendus ;
- Registre de gestion des médicaments antihypertenseurs ;
- Fiche de suivi des hypertendus ;
- Rapport trimestriel de la surveillance des hypertendus ;
- Fiche de référence et contre référence des hypertendus ;
- Dossier médical de l'hypertendu et Carnet de suivi des hypertendus.

1.3. Indicateurs

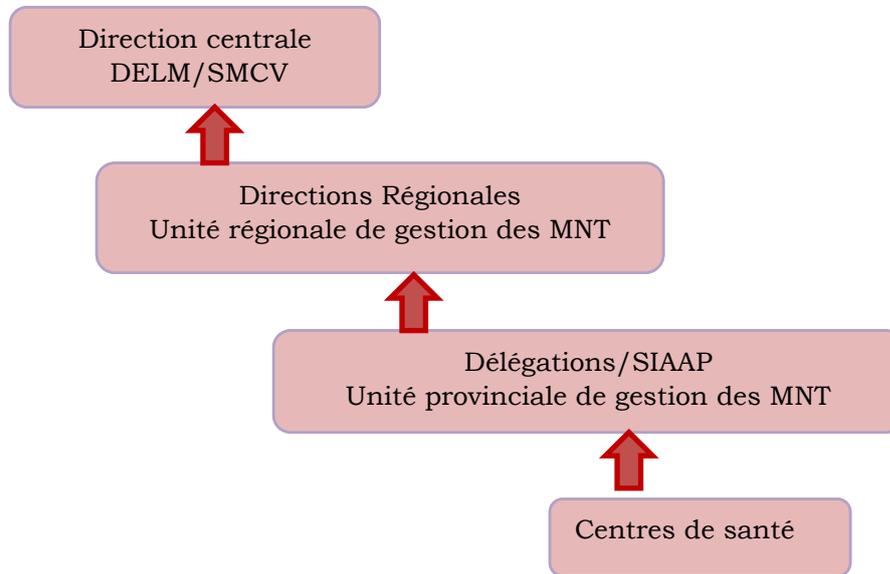
Un indicateur a pour objet de mesurer dans le temps et dans l'espace les progrès réalisés vers la réussite d'un objectif ciblé au préalable.

Deux principaux indicateurs sont retenus dans le rapport trimestriel de la surveillance des hypertendus :

- **Le nombre des hypertendus suivis** : Tout patient suivi au niveau des ESSP qui est déjà connu hypertendu quelle que soit sa provenance.
- **Le nombre de nouveaux cas d'HTA diagnostiqués** : Tout patient qui est dépisté et diagnostiqué hypertendu pour la première fois.

1.4. Circuit de l'information

Le schéma ci-dessous illustre le circuit de l'information (Figure).



2. Outils de suivi

2.1. Tableau de bord :

Chaque responsable, quel que soit son niveau de compétence, est tenu d'afficher un tableau de bord concernant le programme de prévention et de contrôle de l'HTA (CS – SIAAP – Délégation– Unité Régionale de Gestion des MNT). Ce tableau de bord aidera le gestionnaire à assurer le suivi régulier des réalisations du programme et comportera toutes les informations clés telles : les populations cibles, les objectifs annuels du programme, les indicateurs clés, des graphiques...

2.2. Réunions de coordination :

Tous les responsables sont tenus d'organiser des réunions pour assurer la coordination et le suivi du programme. Ces réunions doivent être hebdomadaires au niveau des C/S, mensuelles au niveau des provinces et trimestrielles au niveau central.

2.3. Supervision :

La supervision et les missions d'accompagnement doivent être instaurées de façon régulière pour évaluer la qualité des activités selon une grille préétablie composée de deux parties (voir annexe).

Chaque responsable selon son niveau de compétence devra établir un calendrier de supervision et informera les niveaux à superviser.

Programme National de Prévention et de Lutte contre le Rhumatisme Articulaire Aigu

Introduction

Dans les pays développés, le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est devenu une rareté. Cependant, il reste un problème de santé publique majeur dans les pays en développement, d'une part par la gravité de ses complications cardiaques et d'autre part par les coûts sociaux et économiques de la maladie.

Le RAA est une maladie du pauvre. Elle est particulièrement rampante dans les communautés à faibles revenus, surpeuplées, avec des mauvaises conditions d'habitat, une mauvaise nutrition et des services de santé inadéquats.

Selon les estimations de recherches récentes, environ 15,6 millions de personnes sont affectées dans le monde, dont 2,4 millions d'enfants âgés entre 5 et 14 ans dans les pays en développement. Presque un demi-million de nouveaux cas et environ 350 000 décès attribuables aux conséquences de l'affection sont déclarés chaque année.

Au Maroc, d'après le système de surveillance de routine du RAA pour l'année 2014, on compte :

- 1 450 448 d'angines traitées dans les ESSP ;
- 8 389 nouveaux cas de RAA déclarés dont :
- 747 nouveaux cas de Cardite Rhumatismale (CR).

Définitions, concepts et rappels

Le Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA) ou maladie de Bouillaud est une complication inflammatoire retardée des infections des voies aériennes supérieures par le streptocoque bêta hémolytique du groupe A (SBHA). C'est une conséquence possible de mécanismes probablement auto immuns dans les suites d'une angine bactérienne non ou mal soignée due au SBHA.

Il s'agit d'une inflammation non suppurative qui touche principalement les grosses articulations (arthrite) et les valves cardiaques (cardite), moins fréquemment le cerveau (chorée), la peau et les tissus sous cutanés.

Le RAA est une maladie à déclaration obligatoire

PROGRAMME DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE RAA

1. Objectifs du programme

a. Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité liées au RAA et sa principale complication la cardite rhumatismale.

b. Objectifs spécifiques :

- Renforcer les activités de prévention et de dépistage du RAA ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients avec RAA.

2. Population cible du programme

- Enfants âgés de 5 – 15 ans ;
- Tous les patients suivis pour RAA avec ou sans atteinte cardiaque.

3. Axes stratégiques :

La stratégie de prévention et de lutte contre le RAA s'articule autour des axes suivants :

Axe I : Renforcement de la prévention primaire du RAA ;

Axe II : Amélioration de la prise en charge ;

Axe III : Suivi et évaluation ;

Axe IV : Communication en matière de RAA ;

Axe V : Développement de partenariat et de la collaboration intersectorielle ;

Axe VI : Promotion de la recherche.

Aspects pratiques

1. Prévention primaire du RAA

La prévention primaire repose sur le diagnostic et le traitement de toute angine à streptocoque bêta hémolytique de type A.

L'angine streptococcique



L'OMS propose une stratégie diagnostique distinguant une angine streptococcique (30% des angines) d'une angine virale (70% des angines). (Voir tableau ci-dessous).

Caractéristiques cliniques	Angine streptococcique	Angine non streptococcique
Age	Souvent 5 – 15 ans	A tout âge
Mode d'apparition	Brutal	Graduellement
Symptômes initiaux	Gorge irritée avec déglutition douloureuse	Gorge moyennement irritée
Fièvre	élevée >38	Pas très élevée
Apparence de la gorge	Rougeur, congestion, œdème, exsudat (taches jaunes) augmentation du volume des amygdales	Simple rougeur du pharynx
Autres signes	Absence de toux Sensibilité des ganglions cervicaux antérieurs Erosion scabbeuses au bord des narines Tableau de scarlatine Caractère épidémique en printemps et en hiver	Toux Enrouement Sécrétion nasale aqueuse conjonctivite

Quel traitement ?

Poids des patients	Extencilline et lidocaïne
Jusqu' à 30 Kg	600 000 UI + 1/2 cc lidocaïne à 1%
Supérieur à 30 Kg	1,2 millions UI + 1cc lidocaïne à 1%

Avantages du traitement par Extencilline :

Meilleure accessibilité + Meilleure observance + Moins d'effets indésirables

En cas d'allergie à la pénicilline, utiliser un macrolide par voie orale à raison de 20mg/Kg/j en 2 prises pendant 10

N.B : -L'association **Amoxicilline + acide clavulanique** n'a plus d'indication dans le traitement de l'angine.

-En dehors du traitement, le germe peut persister au niveau de l'oropharynx jusqu'à 4 mois.

Qui traite les angines ?

- Tout médecin qui fait le diagnostic d'angine streptococcique au niveau des ESSP ou équipes mobiles.
- Les professionnels de la santé scolaire lors de la visite médicale systématique (VMS) en milieu scolaire et universitaire.

2. Diagnostic du RAA

Comment faire le diagnostic positif du RAA ?

Il est basé sur les critères de Jones modifiés selon les recommandations australiennes de 2012 :

La preuve d' une infection streptococcique récente 3 semaines avant l' épisode

+

2 critères majeurs

Ou

1 critère majeur + 2 critères mineurs

Diagnostic de rechute de RAA connu :

La preuve d' une infection streptococcique récente 3 semaines avant l' épisode

+

2 critères majeurs

Ou

1 critère majeur + 2 critères mineurs

Ou

3 critères mineurs

Critères de Jones modifiés

Critères majeurs	Critères mineurs
-Cardite clinique ou infra clinique -Polyarthrite -Nodules sous cutanés -Chorée de Sydenham -Erythème marginé -Poly arthralgies et/ou mono arthrite aseptique.	-Allongement du PR à l'ECG -Fièvre -Marqueurs de l'inflammation (procalcitonine, VS, CRP, leucocytose, ASLO) élevés -Poly arthralgies et/ou mono arthrite aseptique.

3. Prise en charge du RAA

La crise de RAA est une urgence médicale qui impose l'hospitalisation

Le traitement doit être curatif et prophylactique :

Traitement curatif de la crise

- **Le repos au lit**
- **Les antibiotiques** : la Pénicilline est le meilleur antibiotique contre le streptocoque.
- En cas d'allergie à la pénicilline : Érythromycine
- **Les anti-inflammatoires : Corticoïdes**

➤ **Traitement prophylactique**

Le traitement prophylactique est obligatoire pour prévenir les rechutes qui sont toujours consécutives à l'absence, l'arrêt ou à une irrégularité du traitement de la première crise.

En quoi consiste l'antibioprophylaxie ?

Benzathine pénicilline + lidocaïne en intramusculaire, au rythme d'une injection toutes les trois semaines	
Poids des patients	Extencilline et lidocaïne
Jusqu' à 30 Kg	600 000 UI + 1/2 cc lidocaïne à 1%
Supérieur à 30 Kg	1,2 millions UI + 1cc lidocaïne à 1%

Quelle durée de l'antibioprophylaxie secondaire ?

RAA sans cardiopathie rhumatismale ou atteinte cardiaque frustrée :

Prophylaxie jusqu'à l'âge de **21 ans** ;

RAA avec Cardiopathie rhumatismale modérée :

Prophylaxie maintenue jusqu'à l'âge de **35 ans** ;

RAA avec Cardiopathie rhumatismale sévère ou avec des valves mécaniques ou réparées :

Prophylaxie devrait être maintenue jusqu'à l'âge de **40 ans** (au-delà de 40 ans les rechutes sont rarissimes).

En plus de l'antibioprophylaxie, des examens cliniques et dentaires ainsi que des consultations spécialisées chez le cardiologue, dont le rythme varie en fonction de la sévérité de l'atteinte cardiaque (chaque année ou chaque deux ans), sont fortement recommandés chez les patients avec RAA.

Pourquoi l'hygiène bucco-dentaire ?

L'hygiène bucco-dentaire méticuleuse avec soins dentaires au moins une fois par an pour éviter l'endocardite infectieuse (ou maladie d'Osler).

V. Aspects programmatiques et gestionnaires

Le programme national de prévention et de lutte contre le RAA a été mis en place par le Ministère de la Santé en 1995. Il est géré par le Service des Maladies Cardiovasculaires (SMCV) à la Division des Maladies Non Transmissibles au niveau de la Direction d'Épidémiologie et de Lutte contre les Maladies.

Rôles et attributions des différents niveaux

Quel que soit le niveau d'intervention, le professionnel de santé est tenu d'être en mesure d'arrêter des objectifs opérationnels et de planifier les ressources nécessaires pour aboutir aux résultats escomptés.

Les missions et les attributions des niveaux central, régional et provincial sont les mêmes que pour le programme de prévention et de contrôle de l'HTA.

Méthodes de calcul des besoins en médicaments

La population cible du programme de prévention et de lutte contre le RAA est représentée par les enfants âgés de 5 – 15 ans (21.4% de la population générale), soit 6,5 millions d'enfants. En moyenne, chaque enfant fait 2 épisodes de rhinopharyngite par an, soit 13 millions d'épisodes d'angine/an à l'échelle nationale.

Ce même calcul peut se faire à tous les niveaux, ce qui permet à chaque structure de calculer ses objectifs et d'établir ses besoins en médicaments.

Si l'on considère que 30% des rhinopharyngites sont d'origine streptococcique il y aurait à peu près **4 millions d'angines streptococciques chez les enfants de 5 – 15 ans à l'échelle nationale.**

Méthode de calcul des médicaments au niveau du Centre de santé urbain et rural

Commande en Benzathine pénicilline pour le traitement des angines streptococciques :

-Calcul du nombre d'enfants âgés de 5-15 ans desservis par le CS=la population desservie par le CS (N) X 21.4/100.

-Le taux de fréquentation des CS par la population est de 0.5. Donc, le nombre de contact pour les enfants âgés de 5-15 ans = $(N \times 21,4/100) \times 0,5$

-Si l'on considère que chaque enfant fait 2 épisodes de rhinopharyngite par an, le nombre de contact pour rhinopharyngite= $((N \times 21,4/100) \times 0,5) \times 2$.

-Le nombre de contact pour angines streptococciques

= $((N \times 21,4/100) \times 0,5) \times 2 \times 30/100$.

-Selon la moyenne nationale, le tiers de la population cible aura besoin de Benzathine pénicilline 600000UI (poids inférieur à 30 Kg) et les deux tiers auront besoin de Benzathine pénicilline 1,2 millions UI.

Commande en Benzathine pénicilline pour le traitement du RAA :

Les patients suivis pour RAA avec ou sans atteinte cardiaque sont traité par Benzathine pénicilline toutes les trois semaines (21 jours), donc le nombre de flacons de Benzathine pénicilline à commander par an= le nombre de cas de RAA suivis X 17 (le tiers sous forme de flacons de 600000 UI et les deux tiers sous forme de flacons de 1,2 millions UI).

évention et de contrôle du RAA se
au niveau de tous les établissements

1. Système d'information

La collecte, le traitement ainsi que la diffusion de l'information sont des points importants pour le suivi et l'évaluation des performances du programme à tous les niveaux.

1.1. Objectifs

L'objectif visé à travers la mise en place du système d'information est de fournir des informations statistiques permettant de :

- Suivre l'évolution des indicateurs du programme au niveau national, régional et provincial ;
- Fournir les statistiques permettant d'élaborer les rapports;
- Assurer une meilleure planification.

1.2. Supports d'information

Le support d'information mis en place pour assurer le suivi du programme est le rapport trimestriel de la surveillance épidémiologique du RAA.

D'autres supports d'information sont élaborés et mis en place dans une province pilote, leur généralisation sera effectuée ultérieurement et sont :

- Au niveau des ESSP :
 - Dossier médical du patient ;
 - Carnet de suivi ;
 - Rapport trimestriel de la surveillance épidémiologique du RAA.
- Au niveau de l'hôpital :
 - Fiche de déclaration de toute nouvelle manifestation de RAA;
 - Rapport trimestriel des angines et crises de RAA traitées au niveau de l'hôpital ;
- Au niveau provincial et/ou régional :
 - Rapport trimestriel provincial et/ou régional de la surveillance épidémiologique du RAA.

1.3. Indicateurs

Deux principaux indicateurs sont retenus dans le rapport trimestriel de la surveillance du RAA :

- Le nombre de nouveaux cas du RAA ;
- Le nombre de cas de cardite rhumatismale.

1.4. Circuit de l'information

Le circuit de l'information en matière du programme du RAA est le même que pour le programme de l'HTA.

2. Outils de suivi

2.1. Tableau de bord :

Chaque responsable, quel que soit son niveau de compétence, est tenu d'afficher un tableau de bord concernant le programme de prévention et de lutte contre le RAA (CS – SIAAP – Délégation– Unité Régionale de Gestion des MNT). Ce tableau de bord aidera le gestionnaire à assurer le suivi régulier des réalisations du programme et comportera toutes les informations clés telles : les populations cibles, les objectifs annuels du programme, les indicateurs clés, des graphiques...

2.2. Réunions de coordination :

Tous les responsables sont tenus d'organiser des réunions pour assurer la coordination et le suivi du programme. Ces réunions doivent être hebdomadaires au niveau des C/S, mensuelles au niveau des provinces et trimestrielles au niveau central.

2.3. Supervision :

La supervision et les missions d'accompagnement doivent être instaurées de façon régulière pour évaluer la qualité des activités selon une grille préétablie composée de deux parties.

PROGRAMME NATIONAL DE PREVENTION ET DU CONTROLE DU DIABETE

1. INTRODUCTION

Maladie chronique et complexe, le diabète est un problème de santé publique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement.

Selon la Fédération Internationale du Diabète, environ 382 millions de personnes dans le monde sont atteintes de diabète et un diabétique sur deux n'est pas diagnostiqué (Atlas 6ème édition 2013).

Il est la principale cause des maladies cardiovasculaires, d'insuffisance rénale, de cécité et des amputations des membres inférieurs.

Au Maroc, le diabète constitue un problème majeur de santé publique. L'enquête nationale réalisée en 2000 a montré une prévalence du diabète de 6,6% soit, (1,5 millions à 2 millions) le nombre de diabétiques dont 50% méconnaissent leur maladie.

Une prise en charge correcte et un dépistage précoce de la maladie et des complications revêtent une importance capitale. C'est ainsi que le Ministère de la santé a inscrit la prévention et le contrôle du diabète comme priorité dans sa Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016.

2. DEFINITIONS, CONCEPTS ET RAPPELS

➤ Définition

Le diabète est un groupe d'affections métaboliques caractérisées par la présence d'une hyperglycémie chronique. Celle-ci résulte d'une déficience de sécrétion d'insuline, d'anomalie de l'action de l'insuline sur les tissus cibles, ou de l'association des deux.

Selon la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) le diabète est une maladie qui se caractérise par une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l retrouvée à 2 reprises.

➤ Différents types de diabète

Classe	Etiologie
Diabète de type 1	Diabète du sujet jeune, résulte d'une destruction des cellules β du pancréas par un mécanisme le plus souvent auto-immun 5 à 10 % des cas
Diabète de type 2	Diabète du sujet adulte associe deux anomalies : insulino-résistance et carence relative en insulino-sécrétion. Forme la plus répandue du diabète 90 à 95% des cas
Diabètes des autres types spécifiques	Peu fréquents, comprennent des affections génétiques, infections, affections du pancréas exocrine, endocrinopathies et causes médicamenteuses

Diabète gestationnel	Trouble de la tolérance glucidique débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse quelque soit le traitement et l'évolution dans le post-partum
----------------------	--

1. Objectifs du programme :

a. Objectif général :

Réduire la morbidité et la mortalité prématurée dues au diabète et à ses complications.

b. Objectifs spécifiques :

- Promouvoir le mode de vie sain et la lutte contre les facteurs de risque.
- Procéder au dépistage systématique chez les personnes à risque.
- Définir les modalités de prise en charge de qualité chez le diabétique.
- Améliorer les compétences des professionnels de santé.
- Réorganiser la filière de soins des diabétiques.
- Mettre en œuvre un plan de communication
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités du programme a différents niveaux
- Impliquer les partenaires dans la prévention et le contrôle du diabète
- Soutenir la recherche sur le diabète

2. Axes stratégiques :

Le programme national de prévention et de contrôle du diabète s'articule autour de 6 principaux axes à savoir :

Axe 1 : Renforcement de la prévention primaire

Axe 2 : Amélioration de la qualité de la prise en charge du diabète et de ses complications

Axe 3: Mise en place d'une stratégie de communication

Axe 4 : Mise en pace d'un système de suivi et d'évaluation

Axe5 : Développement d'une stratégie de partenariat

Axe 6 : Promotion et développement de la recherche

3. Aspects pratiques :

➤ Dépister et diagnostiquer un diabète :

- Dépister les sujets à risque de développer un diabète de type 2

Population cible du dépistage du diabète ?

- Les personnes âgées de 45 et plus et ayant un facteur de risque :
 - ✓ Obésité ;
 - ✓ HTA ($\geq 140/90$ mmHg);
 - ✓ Diabète chez un parent de premier degré ;
- Une femme qui a accouché d'un macrosome ou avec antécédents de diabète gestationnel
- Les tuberculeux ;
- Les femmes enceintes.

Les signes cliniques :

- Polydipsie
- Polyurie
- Polyphagie
- Asthénie
- Amaigrissement

Le diabète est une maladie silencieuse, il reste généralement asymptomatique pendant longtemps, c'est pourquoi le dépistage doit être systématique chez la population à haut risque.

Le diagnostic est affirmé dans l'un des 4 cas suivants :

- 1- Glycémie à jeun (prélèvement de sang veineux) $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l), réalisée après au moins 8h de jeûne
- 2- En cas de symptômes cliniques d'hyperglycémie avec une glycémie $\geq 2,00$ g/l à n'importe quel moment de la journée
- 3- Glycémie $\geq 2,00$ g/l, 2 heures après ingestion de 75 g de glucose par voie orale (HGPO non recommandée en pratique clinique)
- 4- HbA1C supérieure ou égale à 6,5%

Par ailleurs, le diabète de type 2 doit être différencié des autres anomalies du métabolisme du glucose :

Intolérance au glucose :

- Glycémie à jeun < 1,26 g/l
- et glycémie 2 heures après repas (ou HGPO) \geq 1,40 g/l et < 2,00 g/l

Etat de pré diabète :

- Glycémie à jeun \geq 1,10 g/l et < 1,26 g/l
- et glycémie 2 heures après repas (ou HGPO) < 1,40 g/l

Qui fait le dépistage ?

Le personnel médical et/ou paramédical.

Logigramme de dépistage : (Voir annexes)

➤ **Stratégie de traitement**

Le diabète de type 2 est une maladie évolutive nécessitant une révision régulière et une adaptation du traitement, en procédant par étapes.

Objectifs thérapeutiques : Recommandations de Bonnes Pratiques Médicales du Diabète type2 2013

- Rechercher un équilibre glycémique le plus correct possible c'est à dire :
 - Glycémie à jeun < 1,20 g/l ou mieux <1,10 g/l
 - Préprandiale < 1,20 g/l.
 - GPP < 1,60 g/l ou mieux < 1,40 g/l.
 - HbA1c < 7%.

Ces objectifs peuvent être modifiés en fonction du terrain du diabétique.

- Chez les sujets âgés ou cardiaques: il ne faut pas s'acharner à avoir un équilibre parfait car il y a un risque important d'hypoglycémie.
- Équilibre des autres facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA, lipides, ...).

Traitement initial :

Etape 1

La stratégie de traitement doit être mise en œuvre et poursuivie dès que le diagnostic de diabète de type 2 est confirmé. Le programme alimentaire et l'activité physique constituent la pierre angulaire du traitement initial du diabète.

Une réduction des apports lipidiques est recommandée, et chez les sujets en surpoids ou obèses (IMC > 25 ou 30 kg/m²) une perte d'environ 5 % du poids corporel dans les 3 à 6 premiers mois doit être recherchée. Si ces objectifs ne sont pas atteints grâce aux conseils donnés par le médecin, le recours à une éducation diététique individuelle par un diététicien ou, si possible, en groupe doit être envisagé.

L'objectif glycémique est une HbA1c \leq 6,5 % et si l'objectif est atteint, il n'y a pas lieu de prescrire d'hypoglycémiant oral.

Etape 2

- Si après 3 à 6 mois de prise en charge hygiéno-diététique l'HbA1C reste supérieure à 6,5 %, On aura recours à la Metformine.

En cas d'intolérance ou de contre-indication, on prescrira:

- un insulinosécréteur (sulfamide ou glinide)
- ou une gliptine (inhibiteurs de la DPP-4 (Dipeptidyl peptidase 4))
- ou un inhibiteur de l'alpha-glucosidase (surtout s'il existe une hyperglycémie postprandiale)

Etape 3

Si malgré une monothérapie à dose maximale l'HbA1C est > à 7% on a alors recours à une bithérapie en adaptant les doses selon les résultats et en respectant les doses maximales autorisées pour chaque molécule Les différentes associations utilisées sont :

- metformine + insulinosécréteur (sulfamide ou glinide)
- metformine + gliptine
- metformine + inhibiteur des alpha-glucosidases
- En cas d'intolérance avérée et persistante à la metformine ou de contre-indication de celle-ci on peut utiliser l'une des associations suivantes :

- insulinosécréteur + inhibiteur des alpha-glucosidases.
- Le recours à une insuline basale + metformine : en utilisant le soir, une injection unique d'une insuline intermédiaire (NPH) ou d'un analogue lent. Dans ce cas, l'autosurveillance glycémique devra être introduite.

Pour certains patients, le souci de simplifier la thérapeutique pourra faire recourir à des formes de bithérapie en un seul comprimé : metformine + sulfamide hypoglycémiant ou metformine + gliptine.

Le choix de l'association devra prendre en compte la tolérance et les contre-indications de chaque classe de médicaments, l'âge du sujet, le risque hypoglycémique, le poids du patient, l'importance de l'hyperglycémie ainsi que le profil clinique et biologique propre à chaque patient.

Etape 4

En cas d'échec de la bithérapie : (l'HbA1c dépasse 7 % après 3 à 6 mois ou plus de bithérapie), Il est alors recommandé :

- soit un essai d'une trithérapie orale, en respectant toujours les doses maximales autorisées pour chaque molécule :
- metformine + insulinosécréteur + gliptine
- soit l'association à la bithérapie d'une injection unique d'une insuline intermédiaire (NPH) ou d'un analogue lent le soir. Dans ce cas, l'auto surveillance glycémique devra être introduite pour les patients qui ne la pratiquaient pas jusqu'alors.

Etape 5

En cas d'échec de la trithérapie : (après plus de 3 à 6 mois, l'HbA1C reste supérieure ou égale à 7 %), il conviendra d'assurer le passage à l'insuline. Plusieurs schémas thérapeutiques peuvent être adoptés :

- Si l'insuline n'est pas prescrite avant :
- soit association insuline basale + traitement oral maximal
- soit association insuline basale + GLP1 (Glucagon-like peptide-1)
- Si insuline basale préalable :

- Intensification du traitement : schéma basal plus, voire basal bolus
- soit association insuline basale + traitement oral
- soit association insuline basale + GLP1

Rythme de suivi ?

Les consultations de suivi visent à accroître l'intensité des modifications des habitudes de vie et du traitement pharmacologique, à surveiller la réaction au traitement et à évaluer l'observance thérapeutique, en général le rythme de suivi du diabétique est **trimestriel**, mais c'est au médecin traitant de définir la fréquence du suivi en fonction de l'état de santé du diabétique.

3. Aspects programmatiques et gestionnaires

1. Principes de la planification

Le Programme National de Prévention et de Contrôle du Diabète est mis en place depuis 1993, il est domicilié au Service des Maladies Métaboliques et Endocriniennes (SMME), à la Division des Maladies Non Transmissibles au niveau de la Direction de l'Épidémiologie et de Lutte contre les Maladies.

Rôles et attributions des différents niveaux

1.1 Niveau national

Le Ministère de la Santé représenté par le Service des Maladies Métaboliques et Endocrinienne est chargé de la planification stratégique du programme, celle ci consiste à définir les domaines d'interventions, à concevoir des actions à mettre en œuvre dans le cadre du plan national de prévention et du contrôle du diabète en concertation avec le comité technique du programme représenté par les CHUs, le secteur privé, les services déconcentrés et les ONG.

Les réalisations du programme de prévention et de contrôle du diabète :

	2013	2014	2015	2016
Objectifs du programme	30%	33%	35%	40%
Nombre des diabétiques suivis	530.000	560.000	600,000	650 000
Nombre de nouveaux cas dépistés	30.000	40.000	50.000	60 000

1.2 Niveau régional

Le chef du service de santé publique et son équipe doivent assurer la planification et la gestion des différents aspects du programme au niveau de la région en coordination avec les délégations. En l'occurrence :

- Elaborer le plan d'action annuel régional
 - Définir les besoins en équipements médico-techniques, fongibles et médicaments nécessaires au dépistage et à la prise en charge du diabète ;
- Assurer la mise en œuvre et le suivi du plan d'action régional.
- Assurer la disponibilité des données épidémiologiques du diabète au niveau de la région.

1.3 Niveau provincial

Ce niveau est responsable des aspects opérationnels de la mise en œuvre des activités du programme à savoir :

- Dépistage
- Prise en charge
- Suivi et évaluation du programme

Au niveau du Centre de santé

A ce niveau se font les activités relatives au dépistage, diagnostic et prise en charge du diabète non compliqué.

Les responsables du centre de santé sont tenus de :

- connaître la population cible de dépistage du diabète,
- fixer les objectifs en terme, de nombre des diabétiques suivis et de nombre de nouveaux cas dépistés
- Définir les besoins en matériels médico-techniques et fongibles ainsi que les besoins en médicaments.

Objectifs à atteindre

Nombre des diabétiques suivis= Population âgée de plus de 20 ans desservie par le CS X 6,6 %* X objectif du programme durant l'année

* *Prévalence du diabète selon l'Enquête Nationale sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires en 2000.*

Méthodes de calcul des besoins en médicaments

Étant donné l'importance que représente le médicament dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des diabétiques, l'estimation des besoins doit être basée sur un système d'information fiable et des critères d'établissement des commandes bien définies.

- **ADOs**

Le programme assure l'achat de trois familles d'antidiabétiques oraux de la liste nationale des médicaments:

- Metformine 1000mg ; Glimeperide 1-4mg ; Gliclazide 30-60mg

Le calcul des besoins en médicaments se fait selon la méthode de morbidité qui se base sur le nombre de cas suivis par année et les schémas types de traitement pour la pathologie (Consensus)

Formule de calcul :

Quantité totale annuelle nécessaire = Quantité de médicaments pour un traitement type pour un mois X nombre de cas suivis X 12

Selon le consensus avec la société savante, les malades diabétiques suivis sont sous :

- 100% Metformine 1000 mg,
- 40 % la Glimeperide
- 60 % la Gliclazide
- **Pour l'Insuline :**

Dotation en insuline = 1,5 flacon/ patient / mois soit 18 flacons / patient/ an

L'établissement des commandes en insuline en fonction des différents types doit se faire par décision du comité provincial des médicaments en tenant compte de l'avis des médecins traitants en général 50% d'insuline pré-mixée et 25 % d'insuline intermédiaire (NPH) et 25% d'insuline rapide.

Filière de soins du diabète :

La prise en charge des diabétiques suivis au niveau des structures du MS doit obéir à un parcours orienté défini par la filière de soins spécifique au diabète et l'HTA qui a été institutionnalisée selon la circulaire N° 129/DE du 9 octobre 2015 (voir annexes)

5. Suivi et évaluation

Le suivi du programme de prévention et de contrôle du diabète se base sur un système d'information, implanté au niveau de tous les établissements de soins de santé primaire.

1.1. Système d'information intégré Diabète /HTA

Ce système d'information permet le suivi et l'évaluation des performances du programme à tous les niveaux.

Objectifs

L'objectif du système d'information est de fournir des données statistiques permettant de connaître la situation épidémiologiques des diabétiques suivis au niveau des ESSB, et évaluer ainsi la performance du programme à différents niveaux pour la prise de décision.

1.2. Supports d'information existants dans les ESSB

Le système d'information comporte six supports de base pour collecter toutes les informations relatives au diabète et de l'HTA, il s'agit du :

- Registre des diabétiques/hypertendus.
- Registre de gestion de l'insuline et des antidiabétiques oraux et des antihypertenseurs.
- Dossier médical.
- Fiche de référence et contre référence.

- Rapport trimestriel de surveillance épidémiologique des diabétiques et des hypertendus.

Ces supports sont utilisés au niveau des différents niveaux (mensuels au niveau des centres de Santé, SIAAP, Province et trimestriel au niveau de la région et DELM).

1.3. Indicateurs

Trois principaux indicateurs sont retenus dans le programme national de prévention et de contrôle du diabète :

- Le nombre de nouveaux cas de diabétiques diagnostiqués : tout patient dépisté et diagnostiqué diabétique pour la première fois.
- Le nombre des anciens cas diabétiques suivis : tout patient suivi au niveau des ESSP déjà connu diabétique quelque soit sa provenance.
- Taux de complications liées au diabète : pourcentage des complications parmi tous les diabétiques suivis

1.4. Circuit de l'information (voir annexes)

1.5. Outils de suivi :

- Tableau de bord
- Supervisions
- Missions d'accompagnement

1.6. Annexes :

Logigramme de dépistage

Filières de soins

Circuit de l'information

PROGRAMME DE LA DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DU SEIN ET DU COL DE L'UTÉRUS

Introduction

Les cancers du sein et du col utérin constituent un véritable problème de santé publique au Maroc. Ils représentent 50% de l'ensemble des cancers de la femme avec respectivement 36,1% pour le cancer du sein et 13 % pour le cancer du col⁹.

1. Définition et concepts :

Concepts Clés

Le dépistage est défini comme étant une action collective de santé publique minutieusement préparée permettant l'identification d'une maladie ou d'une anomalie non connues chez des sujets considérés comme indemnes.

Le diagnostic précoce consiste à diagnostiquer des signes précurseurs et symptômes du cancer afin de faciliter le diagnostic avant que le mal ne soit à un stade avancé, ce qui permet un

La détection précoce est l'implantation organisée et systématique d'interventions qui comprennent le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement qui s'en suit.

L'objectif du programme de la détection précoce du cancer du sein et du col utérin est de diminuer la mortalité et la morbidité liées au cancer du sein et du col utérin.

Détection précoce du cancer du sein

A qui s'adresse le dépistage ?

A toute femme âgée de 45 à 69 ans et à toute femme avec des antécédents familiaux de cancer du sein (grand-mère, mère, sœur, tante)

Où se fait le dépistage ?

Dans les centres de santé urbains ou ruraux. Il se pratique dans une salle d'examen respectant l'intimité de la femme, bien éclairée : salle de SMI/PF, salle de consultation médicale.

Par qui ? Par des médecins généralistes, des sages-femmes et/ou des infirmières de SMI/PF formés.

Par quel moyen de dépistage (test) ?

Par l'examen clinique des seins

Rythme du dépistage :

Tous les deux ans.

Détection précoce du cancer du col utérin

A qui s'adresse le dépistage ?

Femmes âgées de 30 à 49 ans révolus

Où se fait le dépistage ?

Dans les centres de santé urbains ou ruraux. Il se pratique dans une salle d'examen respectant l'intimité de la femme, bien éclairée : salle de SMI/PF, salle de consultation médicale.

Par qui ? Par des médecins généralistes, des sages-femmes et/ou des infirmières de SMI/PF formés

Par quel moyen de dépistage (test) ?

Par **inspection visuelle** du col utérin avec l'**acide acétique(IVA)**.

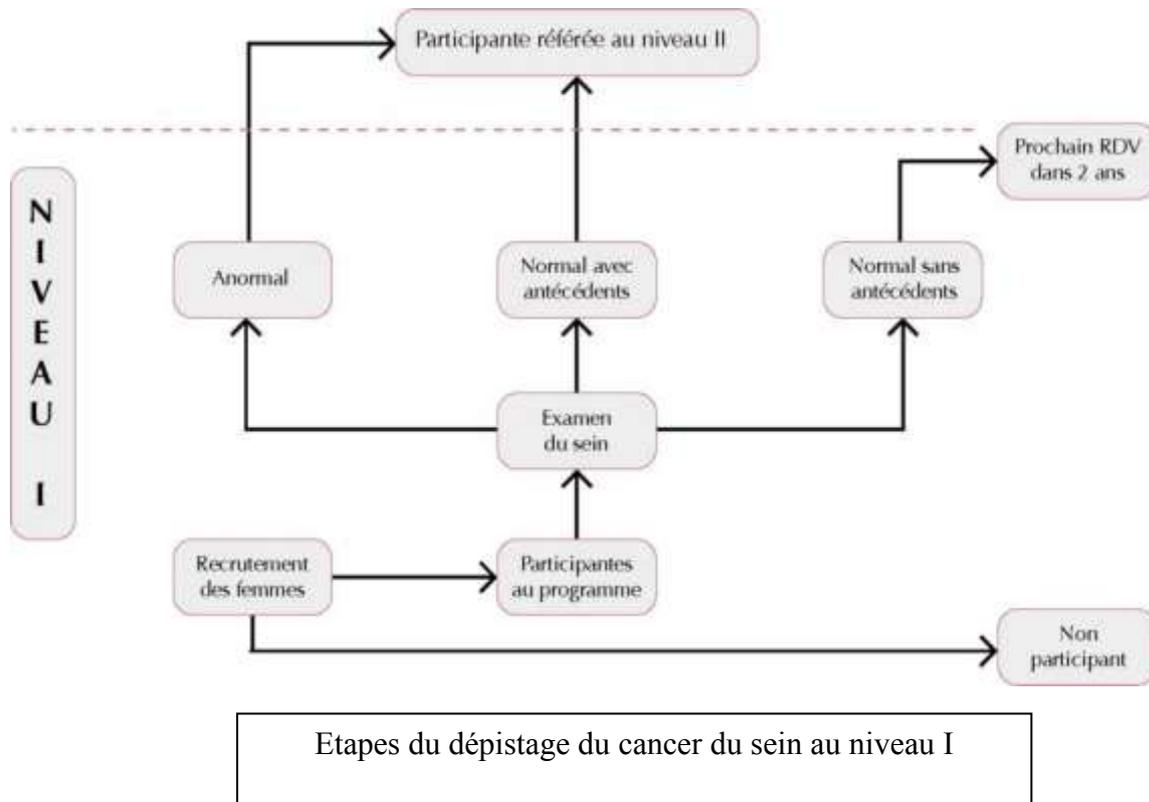
Rythme du dépistage :

Tous les trois ans.

⁹Registre du cancer du Grand Casablanca, 2005-2006-2007

Conduite à tenir après l'examen clinique du sein :

Trois cas de figures sont illustrés dans le schéma ci-dessous.



Etapes du dépistage du cancer du sein au niveau I

En cas d'anomalie, le professionnel de santé est tenu d'informer la participante du résultat de l'examen tout en la rassurant et lui expliquant l'importance et la nécessité d'être réexaminée et suivie par un médecin spécialiste au niveau du Centre de Référence de la Santé Reproductive (CRSR).

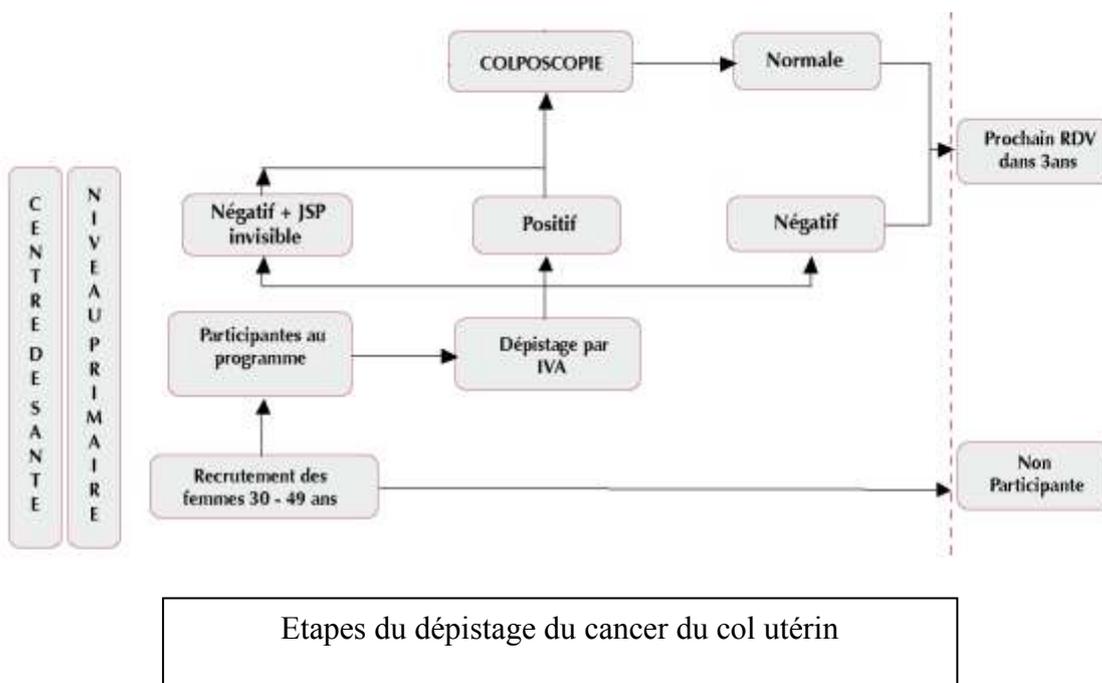
Il doit consigner le siège de l'anomalie et sa taille sur les supports d'information

Conduite à tenir en fonction des résultats de l'IVA :

Deux cas de figures sont illustrés dans le schéma ci-dessous.

IVA négatif : annoncer le résultat à la participante, tout en la rassurant sur le caractère normal du test et lui recommandant de revenir pour un nouvel examen après 3 ans.

IVA positif : annoncer le résultat de l'examen et l'orienter systématiquement vers le CRSR où elle va bénéficier de colposcopie pour un diagnostic plus précis.



Le professionnel de santé est tenu d'informer la participante du résultat de l'examen et lui expliquer l'importance et la nécessité d'être réexaminée et suivie par un médecin spécialiste au CRSR.

Il doit consigner le siège de l'anomalie et sa taille sur les supports d'information destinés à cet effet. Une fiche de référence sera délivrée à la femme.

2. Aspects pratiques et aspects programmatiques et gestionnaires :

1. Principes de la planification :

Au niveau du Centre de santé urbain et rural :

Les activités qui doivent être développées à ce niveau sont celles relatives au dépistage des cancers du sein et du col utérin. A ce niveau, les responsables du centre de santé sont tenus de :

- calculer les populations cibles,
- fixer les objectifs à atteindre en terme, de participation à ce programme,
- déterminer les besoins en ressources humaines en équipement technique, informatique et audiovisuel.

Populations cibles :

Dépistage du cancer du sein : population totale féminine couverte par le CS X 8%.

Dépistage du cancer du col utérin : population totale féminine couverte par le CS X 13%.

L'objectif du programme de dépistage des cancers du sein et du col est d'atteindre et de se maintenir à un taux de participation de **50 à 60 % après 3 ans de dépistage**. Le **taux de participation annuel** se calcule selon la formule suivante :

Dépistage du cancer du sein : $\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 45 – 69 ans ayant participé au programme de dépistage}}{\text{Nombre annuel de femmes totales ayant 45 – 69 ans ciblées par le programme}} \times 100$.

Dépistage du cancer du col : $\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 30 – 49 ans ayant participé au programme de dépistage}}{\text{Nombre annuel de femmes totales ayant 30 – 49 ans ciblées par le programme}} \times 100$.

3. Suivi et évaluation

Les principes et les mécanismes de suivi et d'évaluation du programme de détection précoce des cancers du sein et du col utérin s'appuient sur le système d'information informatisé et les études de recherche opérationnelles.

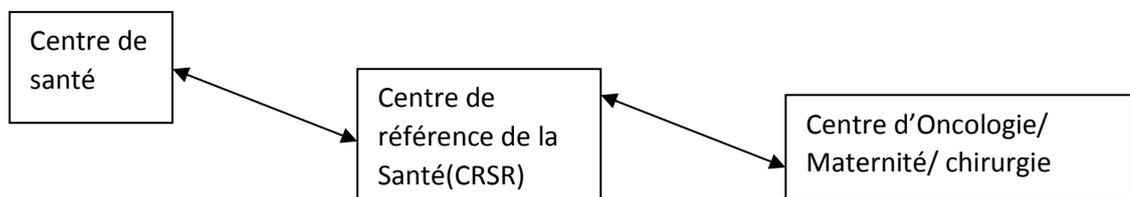
3.1. Système d'information :

La gestion de l'information est essentielle pour toutes les étapes du processus de détection précoce des cancers du sein et du col utérin.

L'objectif visé à travers la mise en place d'un système d'information concerne l'automatisation du processus de détection précoce des cancers du sein et du col utérin ainsi que le stockage de toutes les données pertinentes issues de chaque étape de ce processus. Le processus de détection précoce est hiérarchisé en trois niveaux d'interventions :

Le niveau I est représenté par les Centres de Santé de niveau I et II. C'est à ce niveau que se fait le dépistage. Les professionnels de santé, selon la tâche qui leur est dévolue, sont tenus de consigner les informations concernant les participantes consentantes sur les supports retenus pour ce niveau.

3.2. Circuit de l'information :



Circuit de l'information entre les différentes structures de prise en charge

3.3. Supports d'information :

Les différents supports d'information mis en place pour assurer le suivi de ce programme sont:

Le dossier de la participante en papier et format électronique,

Le registre pour la santé de la reproduction,

Le Carnet de Santé de la Femme,

La Fiche de référence et contre référence ;

Les Rapports réguliers.

3.4. Les indicateurs :

Indicateur objectivement vérifiable	Méthode de calcul	Cible à atteindre Source	sources
Taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein	Nombre de femmes (45-69 ans) participantes / population ciblée pour dépistage cancer du sein X 100	Atteindre et se maintenir à un taux de participation de 60 % après 3 ans de dépistage	Centre de sante (registre/dossier des participantes)
Taux de participation au programme de dépistage du cancer du col utérin	Nombre de femmes (30-49 ans) participantes / population ciblée pour dépistage cancer du col X 100	Atteindre et se maintenir à un taux de participation de 60 % après 3 ans de dépistage	Centre de sante (registre/dossier des participantes)
Taux de référence pour anomalies du sein	Nombre de participantes référées pour anomalies du sein/ nombre de participantes X 100	10% à 13 % des femmes participantes au programme	Centre de sante/ CR SR (registre)
Taux de référence pour anomalies du col	Nombre de participantes référées pour anomalies du col/ nombre de participantes X 100	10% à 13 % des femmes participantes au programme	Centre de sante/ CR SR (registre)

3.5. Outils de suivi :

Chaque responsable, quelque soit son niveau de compétence, est tenu d'afficher un tableau de bord concernant le programme de détection précoce. Ce tableau de bord aidera le gestionnaire à assurer le suivi régulier des réalisations du programme et comportera toutes les

informations clés telles : les populations cibles, les objectifs annuels du programme, les indicateurs clés, des graphiques...

DIAGNOSTIC PRECOCE DES CANCERS DE L'ENFANT

INTRODUCTION

Les cancers de l'enfant sont rares (1 à 3% des cancers humains) ; leur localisation variée et potentiellement généralisée ; leur nature histologique, embryonnaire ou sarcomateuse, leur évolution spontanée, rapidement fatale, leur sensibilité aux traitements souvent très grande. Les progrès thérapeutiques dont ont bénéficié les cancers de l'enfant font qu'on n'a plus le droit de les négliger, même dans les pays en développement, car bien traités, près de 4 enfants sur 5 guérissent et rejoignent la cohorte des enfants du même âge avec les mêmes potentialités.

La communauté internationale estime que l'incidence annuelle des cancers de l'enfant est de 10 à 15 nouveaux cas sur 100 000 enfants de moins de 15 ans. Selon les données de la littérature, les cancers de l'enfant sont dominés par les leucémies, les tumeurs du système nerveux central (SNC) et les tumeurs de l'os et des parties molles.

Selon le Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca, le cancer chez l'enfant a représenté 3 % de tous les cancers colligés. Selon le sexe, le garçon a été touché dans 56,2% et la fille dans 43,2%, avec un sex-ratio de 1,3. L'incidence brute à Casablanca est de 12,7/ 100 000 enfants/ an qui se rapproche de celle retrouvée dans le registre des cancers de Rabat (11,8/ 100 00 enfants).

1. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LES CANCERS DE L'ENFANT

Le rôle du médecin généraliste ou non oncologue est primordial aussi bien dans le diagnostic précoce des cancers de l'enfant, l'orientation adéquate que dans la surveillance thérapeutique et pédiatrique de ce patient qui est d'abord un enfant.

Le médecin traitant est un partenaire précieux des services d'Hémo-oncologie pédiatrique, essentiel dans la guérison d'un enfant ou dans l'accompagnement de ses derniers instants.

2. DIAGNOSTIC PRECOCE

Les cancers de l'enfant ont vu leur pronostic s'améliorer de façon spectaculaire durant ces vingt dernières années. Le diagnostic précoce permet de donner à l'enfant les meilleures chances de guérison.

Les signes cliniques d'appels sont très variables selon le cancer, sa localisation, son stade et l'âge de l'enfant. Il faut savoir que la plupart des cancers de l'enfant ont une histoire naturelle très courte (de 6 semaines à 6 mois) ; ainsi que des signes d'apparition récente, sans raison évidente, sans raison évidente notamment infectieuse et survenant chez un enfant jusque-là bien portant, doivent faire évoquer une possibilité de cancer.

Une bonne écoute des parents et de l'enfant ainsi qu'un examen clinique permettent souvent de ne pas passer à côté de quelque chose de grave.

Une attention particulière doit être prêtée aux éléments suivants :

- Une modification récente du comportement
- Une adénopathie
- Un strabisme et surtout une leucocorie
- Un syndrome d'aplasie médullaire (infection à répétition, syndrome hémorragique)
- Une toux sèche, une respiration sifflante qui ne ce de pas rapidement aux Bêtamimétiques
- Une invagination intestinale aigüe chez un enfant de plus de 2 ans
- Une diarrhée liquidienne très fréquente (10 à 30 par jours)
- Des douleurs osseuses
- Une augmentation du volume de l'abdomen
- Une asymétrie récente de la face
- Une hypertrophie amygdalienne asymétrique
- Un amaigrissement important avec hypoacousie ou rhinorrhée
- Douleur localisée à un membre

3. ORIENTATION

Dès que le médecin suspecte la possibilité d'une pathologie cancéreuse chez un enfant, il doit est immédiatement orienté vers un niveau supérieur de pris en charge diagnostique et thérapeutique, **selon les arbres décisionnels en annexe**. Plutôt l'enfant est pris en charge dans un service spécialisé, plus grande seront ses chances de guérison.

Un enfant atteint de cancer doit être traité, non pas par médecin isolé, mais par une équipe pluridisciplinaire (Oncologue pédiatre, Chirurgiens, Radiothérapeutes, pathologistes, radiologues...)

Un résumé de son observation doit être adressé à chaque médecin ayant eu à s'occuper de l'enfant malade.

4. SURVEILLANCE

L'enfant soigné est d'abord un enfant avec des besoins spécifiques :

- La croissance staturo-pondérale et pubertaire est importante à noter régulièrement du fait de la toxicité possible du traitement.
- L'alimentation doit être normale et équilibrée, il n'y a pas de régime alimentaire particulier en dehors du régime hyposodé associé à une corticothérapie éventuelle.
- Le sport peut être pratiqué avec modération en évitant de se blesser en cas de thrombopénie.
- Les rappels de vaccination : DTCoq, Polio, BCG, HVB sont à faire 6 mois après l'arrêt de la chimiothérapie.
- Les soins bucco-dentaires sont très importants pour prévenir les infections et les mucites ou du moins diminuer leur gravité.
- La scolarité doit être reprise dès que l'enfant est en rémission, à condition de faire attention aux maladies contagieuse (varicelle..) chez un enfant immunodéprimé.

- La vie familiale doit être la plus proche possible de la normale et les parents doivent éviter de céder à tous les caprices de l'enfant.

La communication de l'information entre les différents intervenants, y compris l'enfant lui-même et ses parents, doit être facilitée à toutes les étapes de la maladie.

On doit souligner l'intérêt des associations des parents d'enfants atteints de cancer, qui interviennent beaucoup dans la prise en charge financière, sociale et psychoaffective.

Programme National des Soins Palliatifs

Définition :

Les soins palliatifs, tel qu'ils sont définis par l'OMS, cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs constituent une composante essentielle dans le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010-2019. Cette composante comporte essentiellement la prise en charge de la douleur (en hospitalier, en ambulatoire et à domicile) ; la définition des activités concernant l'accompagnement familial et social ; le développement et l'organisation du réseau des soins palliatifs et la définition des priorités de recherche dans ce domaine et pistes de recherches.

Objectifs général :

Les SP cherchent à améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer en fin de vie et de leur famille.

Objectifs spécifique :

- Développer la prise en charge de la douleur :
- Assurer l'accompagnement familial et social :
- Assurer le développement et l'extension des soins palliatifs en réseau :
- Développer la recherche en soins palliatifs :

Population cible :

Patients atteints de cancer en phase terminale

Organisation des soins palliatifs :

Chaque niveau de soins doit disposer d'équipe **multidisciplinaire** ainsi que des équipements et des médicaments nécessaires aux soins palliatifs (SP). Chacune des structures aura des missions en fonction du niveau de prise en charge :

	niveau	missions	Les normes des structures SP
Niveau1	Soins de Santé Primaires :	<ul style="list-style-type: none">• Prodiguer des SP en ambulatoire et à domicile à travers des équipes mobiles;• Assurer le suivi des malades;• Assurer le soutien des familles;• Fournir les conseils et assurer l'orientation des malades et de leur famille;• Sensibiliser et mobiliser les ONGs.	<ul style="list-style-type: none">• Equipe mobile de l'unité de soins palliatifs

	niveau	missions	Les normes des structures SP
Niveau2	Centre Hospitalier Préfectoral ou Provincial:	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation de répit; • Coordination avec les SSP et EMSP; • Formation, l'éducation et le soutien des patients et de leur famille. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lits dédiés / Unité mobile intra hospitalière de SP;
Nivea3	Centre Hospitalier inter régional (CHI) Centre Régional d'Oncologie: (CHR)	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des patients ; • Offre des soins palliatifs ; • Hospitalisation et Ré-hospitalisation si complication ; • Assurer la formation et l'encadrement des professionnels de santé; • Développer la recherche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un service de 10 à20 lits anti-escarres avec des chambres collectives et individuelles et plateau technique nécessaire. • Une équipe multidisciplinaire composée de médecins ; infirmiers formés en soins palliatifs, psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, aides soignants, nutritionniste, secrétaire et des bénévoles

Dans le cadre de la généralisation du projet de SP :

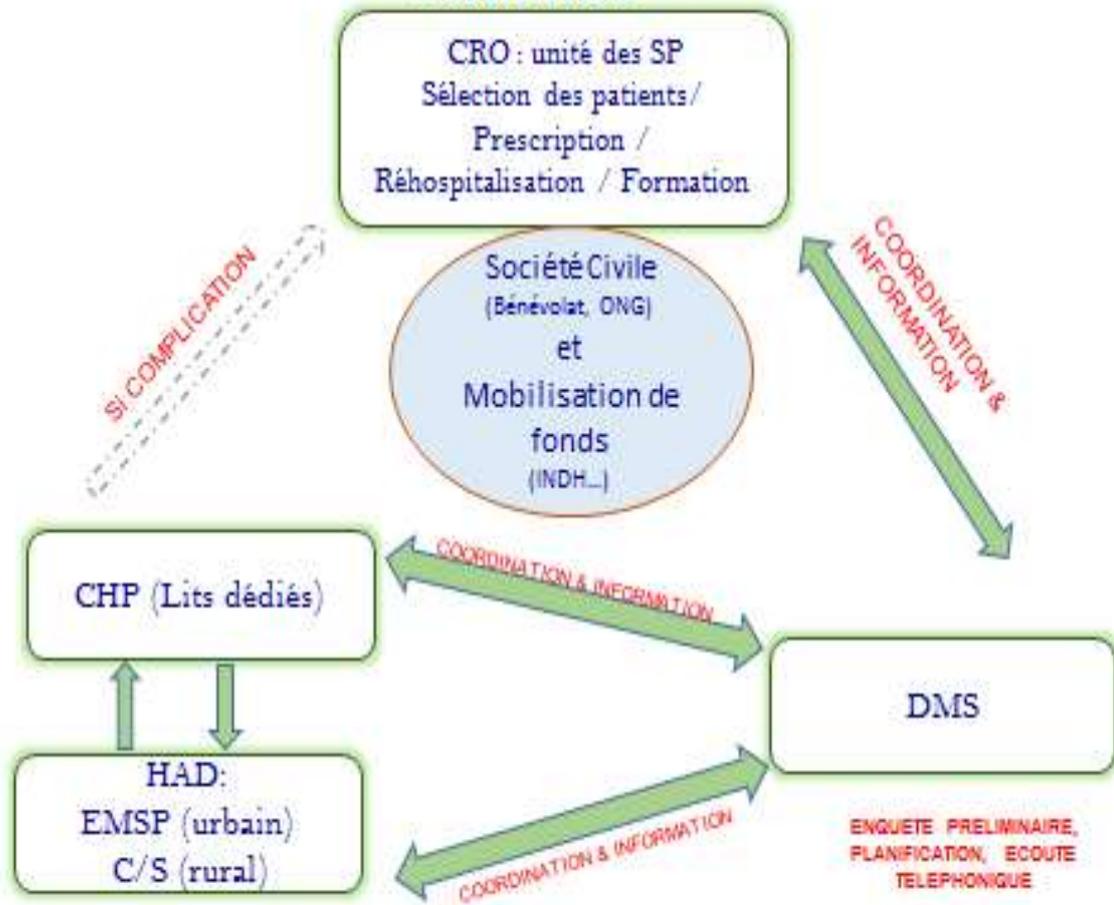
Des projets pilotes de soins palliatifs ont été mis en place dans :

- La Région de Casablanca-Settat
- La Région de Rabat-Salé-Kénitra

Extension des projets aux S.P :

- Régions de Fès Boulemane,
- Marrakech Tensift El Haouz
- et l'Oriental

Modèle d'organisation des Soins Palliatifs



Programme National de la Santé Bucco-dentaire (PNSBD)

Introduction :

Les affections bucco-dentaires sont considérées parmi les maladies les plus répandues dans le monde en raison de leur prévalence et de leur incidence élevée.

A l'échelle mondiale, selon l'OMS, 60 à 90 % des enfants scolarisés et près de 100 % des adultes ont des caries dentaires. 15 à 20% des adultes entre 35-44 ans présentent des parodontopathies sévères, pouvant entraîner la perte de dents.

A l'échelle nationale, l'enquête épidémiologique nationale réalisée par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS en 2011/2012, a montré que :

La prévalence de la carie dentaire est de : 82.9 % à 6 ans, de 81.8 % à 12 ans, de 86.7 % à 15 ans et de 91.8 % chez les adultes à 35-44 ans. L'Indice CAO est de 1.52 à 6 ans, de 4.8 à 12 ans ; de 5.5 à 15 ans et de 14.8 à 35-44 ans. La Prévalence des parodontopathies est de 42,2 % à 12 ans, 59,8 % à 15 ans et de 79,2 % à 35-44 ans.

I-Définitions et Concepts :

La carie dentaire est une maladie infectieuse, chronique, multifactorielle qui peut toucher aussi bien les dents temporaires que les dents permanentes.

Elle est due à la plaque bactérienne qui est un amas poly microbien se fixant spontanément sur les dents et les tissus parodontaux initiant ainsi la carie dentaire et les parodontopathies.

Maladies parodontales

Les maladies parodontales sont de nature inflammatoire ou dégénérative affectant les tissus de soutien de la dent. Elles comprennent deux grands groupes :

- Les unes localisées à la gencive : *les gingivites*.
- Les autres atteignant l'ensemble des tissus parodontaux : *la lyse osseuse*.

Les maladies parodontales sont provoquées par une infection bactérienne chronique affectant la gencive et l'os de soutien des dents. Elles sont principalement causées par l'accumulation de plaque bactérienne sur la surface des dents. Si cette maladie n'est pas traitée, une maladie parodontale peut entraîner une perte de dents.

II-Description des activités et cibles du PNSBD

Le Programme National de Santé Bucco-dentaire instauré depuis 1990, articule sa stratégie autour de cinq Axes phares qui synthétisent : la promotion de la prophylaxie, le renforcement des capacités et de l'infrastructure dentaire, le développement de la Gouvernance avec ses deux cadres réglementaire et partenarial, le renforcement des compétences des professionnels de la santé bucco-dentaire et la promotion de la recherche, suivi et évaluation.

Ces axes sont déclinés en :

Mesures relatives à la prévention / prophylaxie :

Traitant les différents programmes à savoir le Programme d'Information, Education et Sensibilisation en santé bucco-dentaire, le Programme de Rinçage de bouche aux solutions fluorées et le Programme de scellement des puits et fissures.

Mesures relatives à la prise en charge Visant :

Le renforcement des capacités en matière d'infrastructure dentaire ;

Le développement de la stratégie mobile

Le renforcement des compétences des professionnels de la santé bucco-dentaires;

Le développement de la coordination interrégionale et interprovinciale

Le suivi de la maintenance préventive et corrective des différents équipements dentaires

La gestion du matériel, médicaments et produits dentaires;

La gestion des déchets des cabinets dentaires.

2.1. Objectifs du PNSBD :

2.1.1. Objectif général :

Améliorer la santé bucco-dentaire de la population marocaine en général et notamment chez les enfants, les jeunes, la population vulnérable et les sujets à risque.

2.1.2. Objectifs spécifiques :

Renforcer les programmes préventifs et la communication en matière de santé bucco-dentaire ;

Renforcer l'offre de soins dentaire et améliorer les indicateurs de disponibilité et d'accessibilité ;

Développer la stratégie mobile en milieu rural ;

Améliorer la gouvernance (cadre réglementaire et partenarial).

2.2. Population cible du PNSBD

2.2.1. Population cible des actions préventives et prophylactiques :

- Enfants de 06 et de 12 ans
- femmes consultantes des cellules de SMI.

2.2.2. Population cible des actions curatives

- Enfant de 06 à 12 ans
- Population vulnérable et à haut risque
- Population présentant des urgences dentaires.

III-Gestion des actions du PNSBD :

3.1. Actions préventives et prophylactiques :

La gestion de ces actions se fait à deux niveaux : Central et Régional/local

Au niveau central

Sur la base des plans d'action régionaux, le service central (DELM) élabore un plan d'action annuel récapitulatif des différentes actions de sensibilisation organisées dans le cadre de la convention de partenariat conclue entre le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Formation des Cadres et de la Recherche Scientifique et la Société Colgate-Palmolive, à savoir :

- Les activités d'IES organisées au niveau des deux wilayas de Rabat et de Casablanca en collaboration avec les deux Facultés de Médecine Dentaire ;
- Les activités de sensibilisation organisées en collaboration avec la Société Civile à l'échelle des différentes Directions Régionales de Santé. les associations sont tenues alors de préparer et envoyer leurs propres plans d'action annuel, et ce, pour qu'ils soient intégrés aux plan d'action annuel régional et central ;
- Les activités de sensibilisations au niveau des Camps et Colonies de Vacances en collaboration avec les différentes associations thématiques, le Ministère de la Jeunesse et des Sports et les partenaires de la convention. Ainsi, un plan d'action est élaboré les mois de mai/juin en concertation avec ces partenaires et envoyé aux DRS pour la mise en œuvre.
- Les activités de sensibilisation au niveau des cellules de Santé Maternelle et Infantile. l'objectif à cibler dans ce cadre est intégré au plan d'action central annuel.

Au niveau régional :

Pour mieux s'inscrire dans la politique de régionalisation et étant donné la spécificité de la discipline dentaire, des techniques et des produits dentaires et dans un souci d'éviter la déperdition, la rupture du stock et les pannes répétitifs des équipements dentaires et assurer ainsi une meilleure gestion du programme à l'échelle régionale, la DELM a adressé en 2011, une lettre de désignation des médecins dentistes coordonnateurs régionaux et points focaux provinciaux aux différentes Directions Régionale de Santé. Ainsi, **16** coordonnateurs régionaux et **81** points focaux provinciaux ont été désignés.

Le médecin dentiste coordonnateur du PNSBD s'occupe en concertation avec sa hiérarchie (Directeur régional, Chef de service de la Santé publique ou Délégué) de coordonner les activités préventives et curatives, à savoir :

- Le suivi des dotations et des répartitions du matériel, des médicaments et des produits pour soins dentaires (seul un dentiste est capable de savoir, pour obtenir un mélange, quel produit dentaire est associé avec quel autre et à quelle quantité) ;
- Le suivi de la mise en œuvre du volet dentaire du contrat régional ou provincial de la maintenance (préventive et corrective) ;
- Le suivi des activités entreprises dans le cadre des différents programmes préventifs.

Pour se faire, en matière de sensibilisation, les points focaux provinciaux et le médecin dentiste coordonnateur régional assurent :

- L'établissement des plans d'action provinciaux des activités de sensibilisation, lesquels sont synthétisés en Plan d'Action régional, et ce, dans le cadre d'une réunion de concertation entre les différents coordonnateurs régional et provinciaux.
- La validation dudit Plan d'Action régional par les délégués provinciaux et le directeur régional, est l'envoyer au service central pour l'intégrer au plan d'action préventif central annuel, et ceci, pour planifier selon les besoins et les prévisions en consommables et kits d'hygiène dentaires.
- La coordination avec le pharmacien régional ou provincial, la réception et la répartition du consommables, des supports didactiques et des kits d'hygiène dentaires.
- La coordination avec la hiérarchie (délégation médicale ou DRS) et les associations thématiques, les modalités de mise en œuvre du plan d'action régional ou provincial.
- L'établissement des bilans des réalisations préventives provinciaux par les points focaux et les adresser à la DRS. Le médecin dentiste coordonnateur régional établit, sur la base des bilans des différentes délégations, un bilan récapitulatif régional qui sera envoyé, après sa validation par le directeur régional de la santé, au point focal à la DELM pour qu'il prépare à son tour un bilan national.

3.1.1. Actions d'Information, Education et Sensibilisation :

Ces actions ciblent principalement les enfants de 6 à 12 ans au niveau des établissements scolaires primaires, des orphelinats, des maisons des jeunes et de réinsertion sociales, ainsi qu'au niveau des Camps et Colonies de Vacances. Ces activités ciblent également comme personnes relais les instituteurs, les éducateurs et les femmes consultantes, enceintes ou en âge de procréer, au niveau des cellules de Santé Maternelle et Infantile (SMI). Ces activités visent aussi, la population vulnérable telles les handicapés et les malades chroniques du fait que ces affections partagent les mêmes facteurs de risque que les maladies bucco-dentaires.

Objectifs fixés

Activités	Objectifs
Activités organisées en collaboration avec les facultés de Médecine Dentaire	- 80 000 bénéficiaires par an avec un taux d'amélioration de 10 % par an (200 à 300 bénéficiaires par jour).
Activités de sensibilisation en collaboration avec la Société Civile	- 01 campagne par 02 mois. L'objectif ciblé est de 02 campagnes / mois (300 à 500 bénéficiaires par jour).
Sensibilisation dans le cadre du PRBSF	- 30000 bénéficiaires par an avec un taux d'amélioration de 8 % par an.
Activités organisées au niveau des Camps et Colonies de Vacances (CCV)	- 100 000 bénéficiaires par an avec un taux d'amélioration de 10 % par an.
Activités organisées au niveau des cellules de SMI	- L'objectif est de 1300 femmes sensibilisées par médecin dentiste par an

3.1.2. Actions de scellement des puits et fissures

Ces actions ciblent les enfants de 8 et 12 ans, il s'agit de mettre en place un produit de scellement au niveau des sillons et fissures des dents à risque carieux moyen ou élevé, et ce, pour éviter le développement de la carie dentaire à leur niveau. Cette technique introduite au niveau du paquet d'activités délivrées au niveau des centres dentaires publics depuis 2002 et en train d'être promue dans le cadre d'un programme. Sa mise en œuvre est en cours dans les structures publiques, et ce, dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la carie dentaire.

Objectifs fixés :

- Scellement des **04 dents de 6 ans** chez les enfants de 8 ans.
- Scellement des **04 dents de 12 ans** chez les enfants de 12 ans.

3.1.3. Actions de Rinçage de Bouches aux Solutions Fluorées (PRBSF) :

Ces actions consistent à procéder à des séances de rinçages de bouches collectives, deux fois par mois, en milieu scolaire à l'aide d'une solution de Fluorures de sodium à une concentration de **0,2 %** (obtenue en mélangeant **10 g** de poudre fluorée à **1 L** d'eau potable). La séance du rinçage dure **3** minutes et l'enfant ne doit ni boire ni manger durant les **30** minutes qui suivent le rinçage. Le PRBSF vise les enfants scolarisés de 06 à 12 ans au niveau des provinces et préfectures dont la concentration en Fluor des eaux de boisson est inférieure à la dose prophylactique (1ppm). Le programme est en cours de généralisation au niveau des villes où la concentration en Fluor le permet (en évitant les zones endémiques en Fluorose).

Une évaluation épidémiologique de l'état dentaire initial des enfants ciblés, ainsi que l'analyse de quelques échantillons de l'eau de boisson ou la consultation de la cartographie nationale de concentration en Fluor de l'eau de boisson est obligatoire avant le lancement du programme. Au début de chaque année scolaire et avant de commencer les séances de rinçage, un dépistage succinct est réalisé pour écarter tous les cas de fluorose dentaire importée (suite à une mutation de l'élève d'une zone endémique) ou induite par le rinçage.

Le programme cible dans un premier temps les enfants du 2^{ème} niveau primaire, et chaque année on intègre le niveau suivant jusqu'à atteindre tous les niveaux primaire à la 5^{ème} année du rinçage. Ainsi, une seconde évaluation est réalisée après cinq années (avant que l'enfant ne passe au secondaire) pour évaluer l'impact du programme.

Objectifs fixés :

Un maximum de **12** séances de rinçage par jour toute les deux semaines (avec une moyenne de **25 à 30** élèves par classe). En cas d'effectif important d'élèves face à un effectif insuffisant de professionnels de santé (médecins dentistes, médecins et animateurs de la santé scolaires ou autres), ces 12 séances bimensuelles peuvent être réparties en 06 séances hebdomadaires alternées de telle manière que chacun des élèves bénéficie d'une séance de rinçage bimensuelle. Ces séances sont schématisées comme l'indique le tableau suivant :

**Tableau illustrant le lancement et la mise en œuvre du
Programme de Rinçage de Bouches aux Solutions Fluorées (PRBSF).**

Années	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6, 7, 8,..... année
2^{ème} niveau	2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois
3^{ème} niveau		2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois
4^{ème} niveau			2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois
5^{ème} niveau				2 fois /mois	2 fois /mois	2 fois /mois
6^{ème} niveau					2 fois /mois	2 fois /mois

3.1. 4. Plan d'action, rapports et bilans des actions préventives :

Chacun des programmes préventifs précités a un canevas préétabli de plan d'action et de bilan des activités (voir les canevas en annexes). Chaque plan d'action, rapport ou bilan des réalisations d'IES ou de prophylaxie est ainsi transmis à la délégation de santé puis à la DRS pour qu'il soit validé et envoyé au service central (DELM). Ces données sont exploitées dans le cadre d'un Rapport National Annuel des activités préventives et curatives lequel sert à définir les critères de planification et des prévisions.

V-Gestion des actions de prise en charge

5.1. Gestion du matériel, médicaments et produits pour soins dentaires

5.1.1. Estimation des besoins et répartition des équipements et matériel dentaires :

En s'inscrivant dans la carte sanitaire et le SROS, les besoins en équipements dentaires sont exprimés au niveau central en tenant compte du ratio objectif national (01 pour 5000) et de la disponibilité des ressources humaines déjà existantes.

Les DRS sont ainsi tenues d'envoyer leurs bilan des réalisations, d'exprimer leurs besoins en équipements dentaires fixes et mobiles et en centres dentaires.

Une fois les marchés adjugés et le matériel et les équipements dentaires sont acquis et déclarés conformes, une répartition régionale est établie par le service central est envoyée à la Division de l'Approvisionnement qui procède à la ventilation desdits articles aux différentes DRS. Cette répartition se base essentiellement au niveau central sur des scores et des coefficients spécifiques régionaux, au niveau régional sur des coefficients provinciaux et au niveau provincial sur des scores par centre dentaire.

Ces coefficients tiennent compte des critères de planification suivant :

- Nombre de fauteuils / équipements dentaires ;
- L'effectif de médecins dentistes ;
- L'effectif total de la population ;
- Nombre de prestations réalisées.

Une fois le matériel acheminé à la Direction Régionale de Santé, elle établit à son tour une dotation aux provinces et préfectures qui relèvent d'elle, et ce, en se basant sur les mêmes scores et critères sus-cités.

5.1.2. Estimation des besoins et répartition des médicaments et produits dentaires :

Au niveau central les besoins sont exprimés en tenant compte de la consommation de l'anesthésie qui est de **1 à 2** carpules par patient avec une moyenne de **8** patients par équipement dentaire par jour et en tenant compte d'un taux de déperdition de **8 à 10 %** et d'un nombre maximal de **16 actes curatifs par équipement dentaires par jour**.

La région est tenue de faire la répartition provinciale des médicaments en collaboration avec le coordonnateur régional vu la spécificité des produits dentaires et leurs mélanges.

Ainsi, on évite de ventiler un produit sans un autre qui est nécessaire à son utilisation. Ceci, évitera la péremption et la déperdition desdits produits.

5.2. Suivi de l'entretien et de la maintenance des équipements dentaires

Dans un premier temps, l'entretien et la maintenance des équipements dentaires a été géré dans le cadre d'un contrat national conclue à l'échelle centrale (au niveau de la Direction des Equipements et de la Maintenance et la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies). Actuellement, et pour s'inscrire dans la régionalisation, ce contrat national a été décliné en plusieurs régionaux et provinciaux.

A cet effet, tous les médecins dentistes, notamment, les coordonnateurs et points focaux en concertation avec la hiérarchie et les techniciens biomédicaux au niveau régional et local, doivent assurer le suivi de cette maintenance préventive et corrective des différents équipements dentaires car la réussite et la qualité des soins dentaires est intimement liée à l'état de l'équipement dentaire disponible. Cela évitera la péremption des produits qui ne seraient pas utilisés en cas de panne du fauteuil dentaire.

5.3. Répartition des ressources humaines

Une cartographie de répartition des médecins dentistes est ajustée sur la base de requête et de mise à jour envoyée chaque année sur demande des différentes DRS. De ce fait, un tableau national d'estimation des besoins en ressources humaines est établi par le service central (DELM) et par les régions et envoyée à la Direction des Ressources Humaines (DRH). Ainsi, un médecin dentiste est affecté par équipement dentaire, et pour renforcer deux médecins dentistes par fauteuil, et ce, pour permettre d'assurer les programmes prophylactiques et la stratégie mobile sans qu'il n'y ait une rupture des activités curatives au niveau clinique, ce qui permettra ainsi d'atteindre l'objectif de performance par équipement dentaire et d'améliorer la densité en médecin dentiste (l'objectif national actuel est de 1 pour 5000 habitants).

5.4. Renforcement des compétences des professionnels qui œuvrent dans le domaine de la santé buccodentaires

La Stratégie Nationale de Santé Buccodentaire vise le renforcement des compétences des médecins dentistes en matière de prise en charge des patients et en matière de gestion par l'information et la formation continue. La DRS doit établir et mettre en œuvre ses besoins en formation continue et la communiquer au service central (DRH, DELM.), pour une meilleure planification en la matière.

5.5. Gestion de la structure dentaire et prise en charge du malade

5.5.1. Dossier patient :

Le dossier patient comporte les renseignements nécessaires sur l'état général du patient, ses antécédents familiaux, ses allergies, ses prises médicamenteuses. Cela permet d'éviter d'éventuelles interactions médicamenteuses avec les produits anesthésiques, d'éventuelles réactions du patient au cours de l'acte dentaire. Le dossier comporte également les actes dentaires réalisés pour permettre un meilleur suivi du patient.

5.5.2. Accueil patient :

Le patient est accueilli la première fois (nouveau patient), son dossier est rempli par le médecin dentiste. Si le patient présente une urgence, il sera traité en urgence (prescription et/ou acte) et enregistré dans le registre des urgences. Si le cas n'est pas urgent, le médecin dentiste fait l'examen clinique et sensibilise le patient à l'HBD et lui inscrit un RV sur un carnet de rendez-vous.

Les actes réalisés ainsi que le nom du patient sont enregistrés au niveau du registre des actes.

5.5.3. Prise en charge bucco-dentaire du patient :

En fonction de l'état général du patient (patient à risque ou non) et en fonction de la disponibilité du consommable dentaire, le médecin dentiste délivre différents actes dentaires : soins conservateurs ou non conservateurs, détartrages et extractions ainsi que suivi.

Si nécessaire le patient est orienté, selon la filière de soins, vers les centres dentaires publics spécialisés ou vers le CHU pour d'éventuels soins spécialisés (ODF, Chirurgie, soins parodontales, prise en charge sous anesthésie générale....).

Normes et objectifs fixés

nombre d'actes par fauteuil dans les bonnes conditions ergonomiques (norme)	14 actes par fauteuil
Norme fixée par le PNSBD	8 actes par fauteuil

5.5.4. Asepsie et sécurité des prestations dentaires :

L'unité dentaire est assimilée à un petit bloc opératoire. L'application des mesures d'hygiène et d'asepsie au cabinet dentaire est une obligation éthique et morale. Il est indéniable que la transmission de certaines infections nosocomiales ou de pathologies potentiellement fatales telles que l'hépatite B, l'hépatite C, l'HIV, la tuberculose, puisse se faire à l'occasion de soins dentaires qui s'effectuent dans un milieu hautement septique.

L'application rigoureuse de la chaîne d'asepsie que ce soit au fauteuil, vis à vis de l'instrumentation, des locaux qu'au niveau de la gestion des déchets, vise la protection du patient ainsi que le praticien et ses assistants.

La chaîne de stérilisation doit être affichée sur le mur et respectée :

- Pré-désinfection avec une solution détergente,
- Lavage avec une brosse,
- Rinçage et séchage,
- Conditionnement avec des sachets spécifiques contenant des témoins de stérilisation,
- Mise en autoclave

- Contrôle de la stérilisation.

Actuellement tous les centres dentaires publics sont dotés d'autoclaves, de thermo-soudeuses et de sachets de stérilisation.

5.5.5. Gestion des déchets :

Les médecins dentistes ont une obligation déontologique et éthique dans le cadre de la gestion des déchets émanant de leur activité professionnelle.

Les déchets d'activité de soins peuvent présenter divers risques qu'il convient de réduire pour protéger les patients, le personnel de soins, les agents chargés de l'élimination des déchets, le citoyen et l'environnement.

La chaîne des déchets est l'ensemble des étapes par lesquelles doivent cheminer les déchets médicaux à l'intérieur puis à l'extérieur de l'hôpital ou du cabinet. Les étapes sont le tri, le conditionnement, la collecte, le stockage, le transport, le traitement et l'élimination finale.

Les déchets d'amalgame secs doivent être conditionnés dans des emballages spécifiques répondant aux critères suivants :

- Identifiés à usage unique,
- étanches à l'eau en toute position,
- résistants à la perforation,
- stables,
- présentant une fermeture provisoire et une inviolabilité complète lors du transport.

Ces déchets posent peu de problème car la quantité produite par an reste faible (de l'ordre de 200 à 300 g par an et par cabinet) et se stockent aisément.

Les déchets d'amalgame humides : Les résidus récupérés par le séparateur doivent être régulièrement éliminés afin que le rendement initial de l'appareil soit maintenu. Les effluents liquides contenant des résidus d'amalgames sont évacués dans le réseau d'eaux usées après passage dans un séparateur d'amalgame, qui, quelles que soient les conditions de débit, retient 95% au moins en poids de l'amalgame contenu dans les eaux.

VI-Suivi et évaluation du PNSBD :

6.1. Système et supports d'information

Des rapports journaliers puis un rapport trimestriel des actes réalisés sont établis par l'équipe de la structure de soins et envoyés ainsi à la délégation de santé, la DRS et au niveau central (DELM). (Voir canevas du rapport trimestriel).

6.2. Indicateurs de suivi

6.2.1. Indicateurs de prévention

Nombre d'établissements visités ;

Nombre de bénéficiaires des actions préventives et prophylactiques ;

Nombre de séances de sensibilisation animées ;

Nombre de campagnes réalisées par trimestre et par an ;

Nombre de dents scellées.

6.2.2. Indicateurs de prise en charge

Nombre d'équipements dentaires installés et fonctionnels par région ;

Effectif des médecins dentistes par équipement par région ;

Nombre d'actes dentaires réalisés par équipement dentaire par jour et par an ;

Nombre d'actes conservateurs réalisés par rapport au total des actes ;

Nombre d'équipements dentaires fixe et mobiles acquis par région par an.

Nombre des centres dentaires par région

PROGRAMME NATIONAL DES MALADIES RARES

Introduction :

Les maladies rares sont des maladies dont la prévalence est inférieure à 1 personne atteinte sur 2000 Habitants. Malgré l'absence d'études exhaustives sur la fréquence de ces maladies, on estime que 6 % à 8 % de la population mondiale serait concernée par ces maladies (estimations des Etats généraux de la santé, 2000, cohérents avec ceux utilisés par l'Europe et les Etats-Unis) ; ainsi pour notre pays, plus de cinq millions de marocains seraient ainsi concernés par ces maladies.

Les maladies rares ont une origine génétique dans 80% des cas. Mais il peut s'agir aussi de maladies infectieuses, inflammatoires, auto-immunes ou néoplasiques. Elles sont caractérisées par la complexité de leur prise en charge qui recouvre plusieurs aspects : médical, diététique, kinésithérapie, contre-indications d'utilisation de certains médicaments, prise en charge sociale....

Ainsi seule une prise en charge globale pluridisciplinaire et continue est en mesure d'améliorer la qualité de vie et le pronostic de ces malades.

Le Programme National des Maladies Rares dans la stratégie du Ministère de la Santé

Au Maroc, depuis 2010 le ministère de la santé a intégré dans sa stratégie sectorielle nationale des actions pour la lutte contre deux maladies rares les plus fréquentes, l'Hémophilie et la Thalassémie, ceci dans le cadre du Programme National de Contrôle de l'Hémophilie et le Plan National de Prévention et de Contrôle de la Thalassémie.

L'approche stratégique utilisée vise surtout l'amélioration de la prise en charge de ces deux maladies et par conséquent la qualité de vie des patients.

Elles sont encore insuffisamment connues des professionnels de santé. Cette méconnaissance est à l'origine **d'une errance diagnostique**, source de **souffrance** pour les malades et leur famille et **d'un retard** dans leur prise en charge.

La création des filières de soins pour l'Hémophilie et la Thalassémie

Le premier Plan National des Maladies Rares a permis d'améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge des personnes atteintes d'Hémophilie et de Thalassémie, grâce à la mise en place de 05 centres de référence au niveau des cinq Centres Hospitaliers Universitaires du Royaume, et 10 unités de proximité aux niveaux des Centres Hospitaliers Régionaux.

Ce dispositif a été complété par la mise en place d'une enveloppe budgétaire pour la disponibilité des médicaments essentiels pour la prise en charge de ces deux maladies. Cette enveloppe a été répartie entre l'achat : des Chélateurs de Fers et des Filtres de Déleucocytation pour la thalassémie et le Facteur Anti-Hémophilique VIII pour la prise en charge des patients Hémophiles.

L'organisation de l'offre de soins pour la prise en charge de ces deux Maladies rares est illustrée dans le schéma ci-dessous :

Messages clés pour l'hémophilie :

- Tout saignement prolongé chez un garçon doit faire suspecter l'hémophilie (Maladie Héritaire liée à l'X).
- En cas de saignement superficiel chez un hémophile, il faut insister sur la compression (pas plus fort, mais plus longtemps).
- Pour des plaies plus profondes, l'injection de facteurs de coagulation est indispensable, et doit être faite le plus rapidement possible. Cette attitude est également nécessaire pour les chocs crâniens et les coups au ventre. En cas de douleur dans une articulation ou dans un muscle, il est important d'appliquer de la glace et de référer le malade pour que l'injection du facteur anti-hémophilique puisse être faite rapidement.
- Ne jamais donner chez un enfant hémophile de l'aspirine ni utiliser de l'alcool sur une plaie, ni arracher un pansement ou faire de vaccin à l'école sans l'avis du médecin spécialisé.
- Conseiller aux patients la kinésithérapie et une activité physique douce et régulière nécessaire pour prévenir l'apparition de séquelles articulaires dues aux hémorragies intra articulaires et musculaires

L'Hémophilie - Thalassémie et les Soins de Santé Primaires:

Quelques messages clés en matière d'Hémophilie pour les médecins généralistes

Tout saignement prolongé chez un garçon doit faire suspecter l'hémophilie (Maladie Héréditaire liée à l'X).

En cas de saignement superficiel chez un hémophile, il faut insister sur la compression (pas plus fort, mais plus longtemps). Pour des plaies plus profondes, l'injection de facteurs de coagulation est indispensable, et doit être faite le plus rapidement possible. Cette attitude est également nécessaire pour les chocs crâniens et les coups au ventre. En cas de douleur dans une articulation ou dans un muscle, il est important d'appliquer de la glace et de référer le malade pour que l'injection du facteur anti-hémophilique puisse être faite rapidement.

A noter qu'il est important de ne jamais chez un enfant hémophile: donner d'aspirine, utiliser d'alcool sur une plaie, arracher un pansement, faire de vaccin à l'école sans l'avis du médecin spécialisé.

Les tests phénotypiques de conductrices potentielles sont recommandés chez les filles âgées de plus d'un an.

Conseiller aux patients la kinésithérapie et une activité physique douce et régulière nécessaire pour prévenir l'apparition de séquelles articulaires dues aux hémorragies intra articulaires et musculaires répétitives, mais bannir les sports à risque.

Quelques messages clés en matière d'Hémophilie pour les médecins généralistes

La thalassémie est une maladie grave, qui en l'absence totale d'un traitement spécifique, le décès survient en général avant l'âge de 8 ans.

Toute anémie chez le nourrisson ou l'enfant en bas âge doit faire suspecter la Thalassémie et nécessite d'informer et encourager les familles des malades à consulter chez un spécialiste.

Le traitement conventionnel de la thalassémie est donc institué à vie et repose sur la transfusion sanguine mensuelle et la chélation du fer quotidienne. Avec ce mode thérapeutique, la survie est longue et quasi-identique aux non malades.

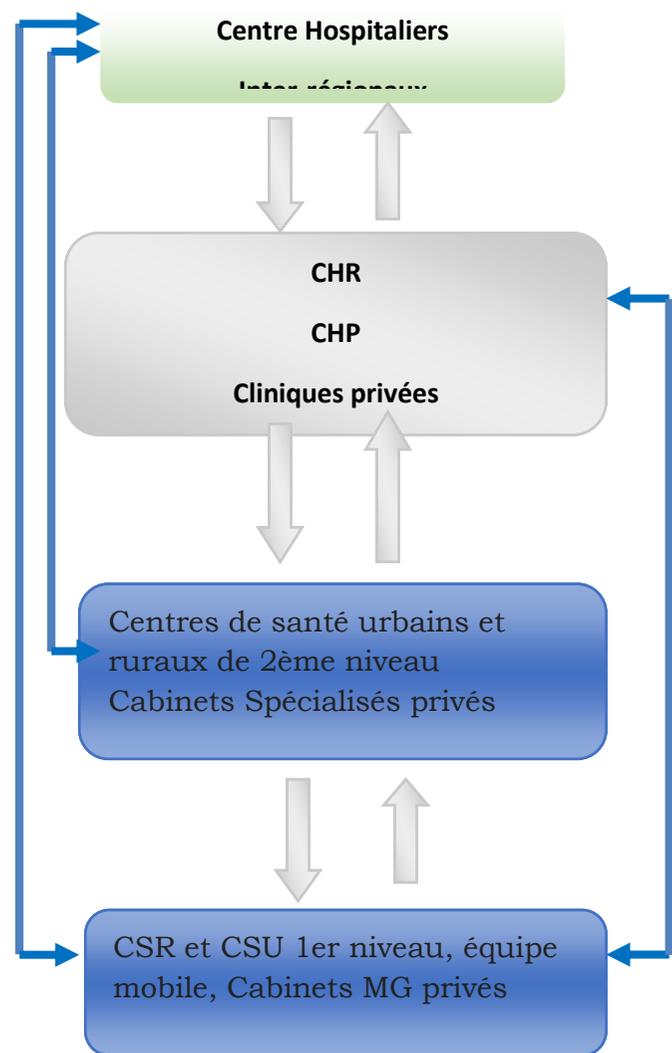
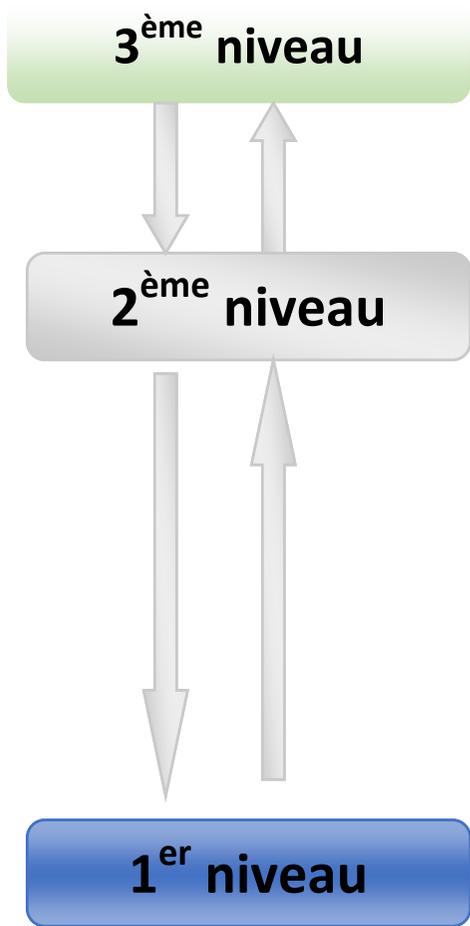
En général, sans la transfusion sanguine, le thalassémique meurt avant l'âge de 8 ans et sans chélation du fer, le décès survient en général entre 18 et 20 ans.

L'autre alternative thérapeutique repose sur l'allogreffe de moelle osseuse qui reste le seul traitement curatif à ce jour.

Sensibiliser les familles sur le risque de la consanguinité dans les zones à haut risque, et sur l'intérêt du dépistage qui reste d'un cout accessible pour la population générale.

ANNEXES

SCHEMA DE LA FILIERE DES SOINS DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU



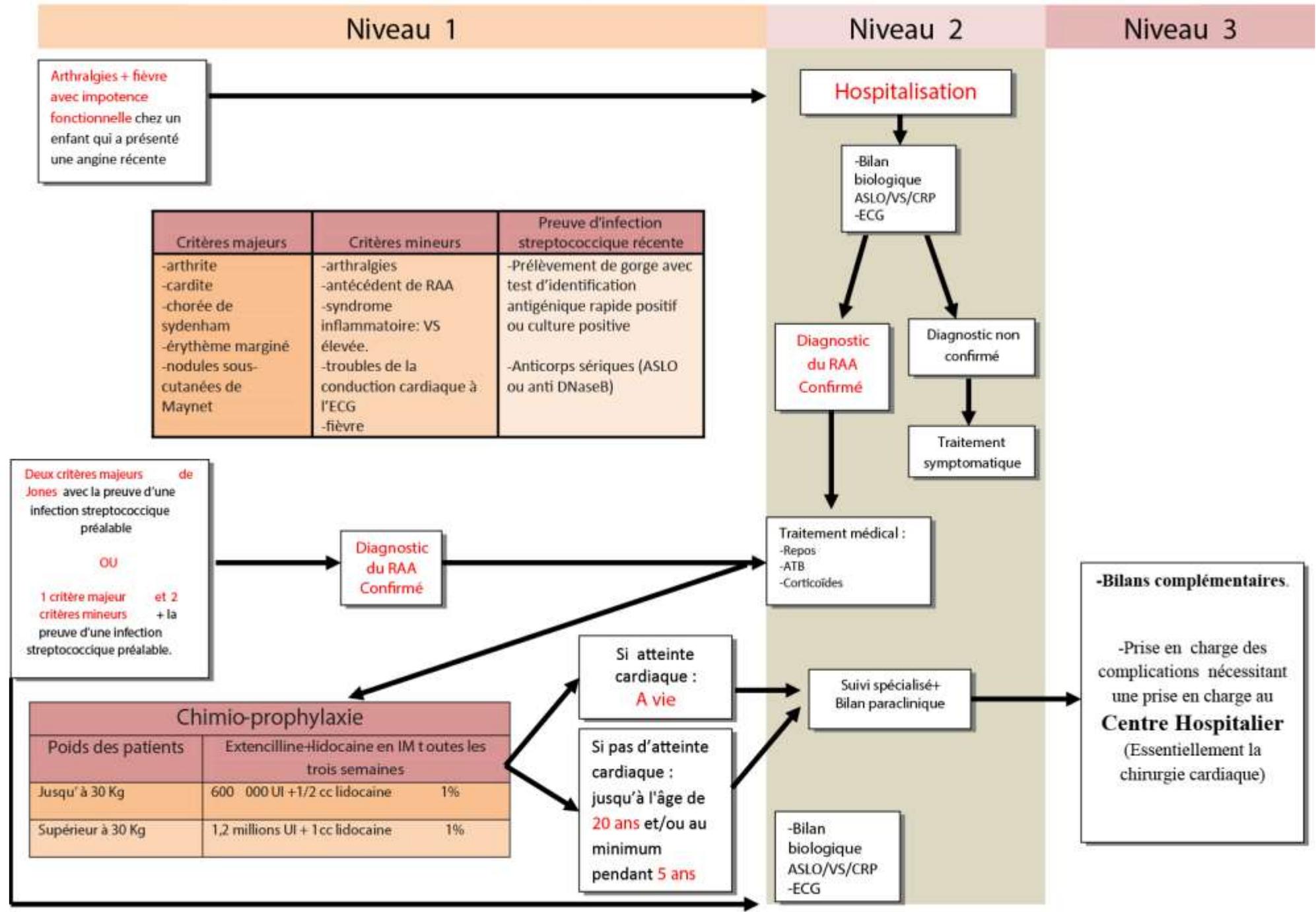
-Bilans complémentaires.
 -Prise en charge des complications nécessitant une prise en charge au CHU

-Bilan paraclinique (Biologie, Radiologie)
 -Consultations spécialisées
 -Hospitalisation pour le RAA et la Cardite Rhumatismale

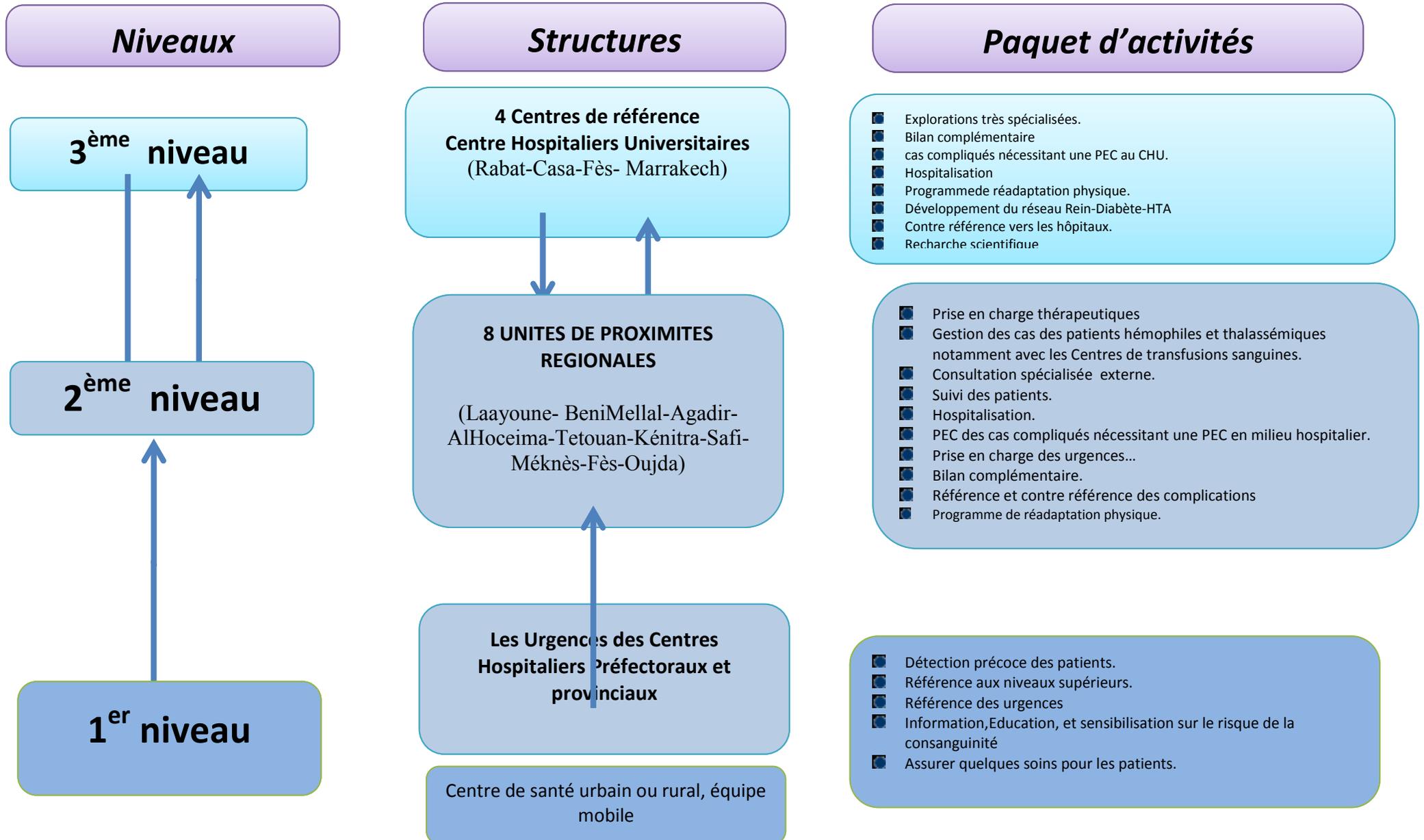
-Traitement des cas d'angines
 -Dépistage et suivi des patients atteints de RAA en post hospitalier
 -Education thérapeutique
 -Consultation de cardiologie
 -Bilan paraclinique (Biologie)
 -Référence aux niveaux supérieurs

-Traitement des cas d'angines
 -Dépistage et suivi des patients atteints de RAA en post hospitalier
 -Education thérapeutique
 -Référence aux niveaux supérieurs

Algorithme pour le diagnostic et la prise en charge du rhumatisme articulaire aiguë (RAA)



SCHEMA DE LA FILIERE DES SOINS DES MALADIES Rares (Hémophilie ET Thalassémie)



SCHEMA DE LA FILIERE DES SOINS DES MALADIES CHRONIQUES (DIABETE ET HTA)

