

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

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
UNITÉ-DIGNITÉ-TRAVAIL  
\*\*\*\*\*



# DIRECTIVES NATIONALES DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



VERSION JANVIER 2013

## Sommaire

LISTE DES ACCRONYMES ET ABREVIATIONS .....	4
2. BUT ET OBJECTIFS.....	7
3. INSTRUCTIONS POUR L'APPLICATION DES PROTOCOLES DE TRAITEMENT DU PALUDISME .....	8
4. DIRECTIVES RELATIVES AU DIAGNOSTIC.....	8
4.2. Diagnostic clinique.....	9
4.3. Diagnostic paraclinique.....	11
5. DIRECTIVES RELATIVES AU TRAITEMENT DU PALUDISME .....	12
5.1. Principes.....	12
5.2. Populations cibles.....	12
5.3. Les molécules recommandées en première ligne. ....	12
5.3.1. Traitement de première intention ; Artémether + Luméfantrine (AL) .....	13
5.3.2 Molécules recommandées en traitement de deuxième intention : Prise en charge des échecs thérapeutiques pour le traitement du paludisme simple .....	13
5.4. Molécules recommandées en traitement de deuxième ligne : Paludisme grave.....	15
5.4.1. Traitement de première intention : Artésunate injectable.....	15
5.4.2. Traitement de deuxième intention : Artémether ou Quinine injectable.....	15
5.5 Grossesse et paludisme.....	17
5.5.1 Traitement du Paludisme simple .....	17
5.5.2 Traitement du Paludisme grave .....	17
6. DIRECTIVES RELATIVES AU TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME .....	18
6.1 Principes .....	18
6.2. Traitement préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte par la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP).....	18
6.3. Traitement préventif Intermittent chez le nourrisson par la Sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) .....	19
6.4. DIRECTIVES RELATIVES AUX SUJETS NON IMMUNS.....	20
6.4.1. La prophylaxie chez les expatriés ou sujets non immuns.....	20
6.4.2 Traitement chez les sujets non immuns .....	20

<b>8. DIRECTIVES RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE D PALUDISME (PECADOM).....</b>	<b>21</b>
8.1. Principes.....	21
8.2. Stratégie.....	22
<b>9. DIRECTIVES RELATIVES AUX ROLES DES AGENTS DE SANTE ET RELAIS COMMUNAUTAIRES .....</b>	<b>22</b>
9.1. Dans la communauté : .....	22
Le Relais communautaire doit :.....	22
9.2. Au niveau des FOSA.....	23
9.2.1. L’agent de santé Chef de Poste de santé doit : .....	23
9.2.2. L’agent de santé Chef de centre de Santé, et Responsables des établissement de soins doivent veiller à : .....	23
9.2.3. Au niveau des Centres Hospitaliers, et autres structures sanitaires de référence .....	24
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>25</b>
<b>LISTE DES EXPERTS AYANT PRIS PART A LA REDACTION DU DOCUMENT .....</b>	<b>26</b>

## **LISTE DES ACCRONYMES ET ABREVIATIONS**

AL	Artémether Luméfantrine
ASAQ	Artésunate Amodiaquine
CPS	Chef de préfecture sanitaire
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'Artémisimine
FOSA	Formation sanitaire
OMS	Organisation mondiale pour la santé
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PECADOM	Prise en charge à domicile des cas de paludisme
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
RCA	République centrafricaine*
SP	Sulfadoxine pyrimithamine
TDO	Traitement directement observé
TDR	Test de diagnostic rapide
TPI	Traitement préventif intermittent du nourrisson
TPIIn-SP	Traitement préventif intermittent avec la Sulfadoxine pyrimithamine
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b><u>Tableau 1</u></b> : Signes cliniques associés à la fièvre	Page 7
<b><u>Tableau 2</u></b> : Schéma posologique pour l'Artémether + Luméfantrine	Page 9
<b><u>Tableau 3</u></b> : Schéma posologique pour l'Artésunate + Amodiaquine	Page 10
<b><u>Tableau 4</u></b> : Schéma posologique pour la Malanil®	Page 15

# Sommaire

LISTE DES ACCRONYMES ET ABREVIATIONS .....	4
2. BUT ET OBJECTIFS.....	7
3. INSTRUCTIONS POUR L'APPLICATION DES PROTOCOLES DE TRAITEMENT DU PALUDISME .....	8
4. DIRECTIVES RELATIVES AU DIAGNOSTIC.....	8
4.2. Diagnostic clinique.....	9
4.3. Diagnostic paraclinique.....	11
5. DIRECTIVES RELATIVES AU TRAITEMENT DU PALUDISME.....	12
5.1. Principes.....	12
5.2. Populations cibles.....	12
5.3. Les molécules recommandées en première ligne. ....	12
5.3.1. Traitement de première intention ; Artémether + Luméfantrine (AL) .....	13
5.3.2 Molécules recommandées en traitement de deuxième intention : Prise en charge des échecs thérapeutiques pour le traitement du paludisme simple .....	13
5.4. Molécules recommandées en traitement de deuxième ligne : Paludisme grave.....	15
5.4.1. Traitement de première intention : Artésunate injectable.....	15
5.4.2. Traitement de deuxième intention : Artémether ou Quinine injectable.....	15
5.5 Grossesse et paludisme.....	17
5.5.1 Traitement du Paludisme simple .....	17
5.5.2 Traitement du Paludisme grave .....	17
6. DIRECTIVES RELATIVES AU TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME .....	18
6.1 Principes.....	18
6.2. Traitement préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte par la Sulfadoxine- pyriméthamine (SP).....	18
6.3. Traitement préventif Intermittent chez le nourrisson par la Sulfadoxine-pyriméthamine (TPIIn- SP).....	19
6.4. DIRECTIVES RELATIVES AUX SUJETS NON IMMUNS.....	20
6.4.1. La prophylaxie chez les expatriés ou sujets non immuns.....	20
6.4.2 Traitement chez les sujets non immuns.....	20
<b>8. DIRECTIVES RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE D PALUDISME (PECADOM).....</b>	<b>21</b>

8.1. Principes.....	21
8.2. Stratégie.....	22
<b>9. DIRECTIVES RELATIVES AUX ROLES DES AGENTS DE SANTE ET RELAIS COMMUNAUTAIRES .....</b>	<b>22</b>
9.1. Dans la communauté : .....	22
Le Relais communautaire doit :.....	22
9.2. Au niveau des FOSA.....	23
9.2.1. L’agent de santé Chef de Poste de santé doit : .....	23
9.2.2. L’agent de santé Chef de centre de Santé, et Responsables des établissement de soins doivent veiller à :.....	23
9.2.3. Au niveau des Centres Hospitaliers, et autres structures sanitaires de référence .....	24
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	25
ANNEXES: .....	26
Annexe I: LISTE DES EXPERTS AYANT PRIS PART A LA REDACTION DU DOCUMENT .....	26

## **1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

En République Centrafricaine, le paludisme est au premier rang des causes de morbidité et de mortalité. Selon les données collectées en routine (SNIS), en 2010, le paludisme est responsable de 58% des causes de consultations externes et 54% des décès hospitaliers. Les résultats de l'enquête MICS4 (2010) montrent que, le paludisme touche 32,2% des enfants de moins de 5 ans qui constituent avec les femmes enceintes le groupe le plus vulnérable.

La prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme est une priorité pour la lutte contre le Paludisme. Elle consiste en un diagnostic précoce et le traitement sans retard de la maladie au moyen d'antipaludéens efficaces afin de réduire la durée de la maladie, prévenir la progression vers une forme plus sévère et les décès imputable au paludisme.

Avec l'émergence croissante des souches de plasmodium chloroquino-résistantes, le pays a opté en 2005 pour un changement de politique de traitement antipaludique. Ce processus de changement de molécules, a abouti à l'introduction et à la vulgarisation des combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine (CTA) dans les formations sanitaires et dans la communauté. Ce qui a débouché en 2008 sur l'élaboration du premier document de directives de prise en charge des cas de paludisme en RCA.

Depuis mai 2012, au vu des recommandations de l'OMS sur l'utilisation des médicaments à base d'artémisinine<sup>1</sup>, le pays a fait de nouveau le choix de l'artésunate injectable comme traitement de première intention du paludisme grave.

Avec ce choix, un nouveau processus de révision de directives est initié par le Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida en collaboration avec les Partenaires afin de présenter clairement les principes et les orientations relatifs à l'utilisation des antipaludiques pour une prise en charge efficace des cas de paludisme dans le contexte Centrafricain.

## **2. BUT ET OBJECTIFS**

### **2.1 But**

Formuler des principes et orientations pour assurer une prise en charge efficace des cas de paludisme au regard des recommandations de l'OMS

### **2.2 Objectifs globaux**

- Détecter tous les cas de paludisme via une confirmation parasitologique du diagnostic

---

<sup>1</sup> [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598927\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598927_eng.pdf)

- Assurer de manière précoce et correcte le traitement des cas de paludisme confirmé
- Réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme
- Prévenir la progression des cas de paludisme simple vers les formes plus sévères (surtout l'anémie liée au paludisme)
- Réduire l'impact de l'infection paludéenne chez la femme enceinte et le nouveau-né

### **3. INSTRUCTIONS POUR L'APPLICATION DES PROTOCOLES DE TRAITEMENT DU PALUDISME**

- Administrer les CTA devant tout cas de paludisme simple confirmé;
- En absence de moyens de diagnostics, administrer les CTA devant les cas de fièvre/paludisme simple probable;
- Les molécules retenues par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) pour le paludisme simple sont les associations Artémether-Luméfantrine (AL) et Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) ;
- L'Artésunate en intraveineuse, l'Artémether (en intramusculaire seulement) et la Quinine en parentérale (intramusculaire et intraveineuse) sont réservés au cas grave.
- Le traitement du paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme une urgence ;
- Les indications et les posologies doivent être strictement respectées en fonction de l'âge ou du poids pour les cas simple et grave ;
- En l'absence de réponse clinique favorable ou en cas de survenue d'effets secondaires graves, le traitement doit être changé ou référer le sujet à la FOSA de référence la plus proche.

### **4. DIRECTIVES RELATIVES AU DIAGNOSTIC**

#### **4.1 Principes**

Une prise en charge efficace de la maladie requiert qu'un diagnostic soit posé dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes. Le diagnostic repose sur la suspicion clinique d'un paludisme suivi de la confirmation parasitologique par la microscopie pour la recherche des hématozoaires dans le sang (frottis sanguin et/ou goutte épaisse) ou la détection des antigènes spécifiques du parasite par le Test de Diagnostic Rapide (TDR).

Le TDR doit être le premier choix pour le diagnostic dans les FOSA en dehors des structures de référence

Les TDR doivent être utilisés aussi dans les structures de référence comme complément de la microscopie pour une orientation rapide du diagnostic et du traitement au cas où le résultat de la microscopie n'est pas disponible rapidement ou la capacité du laboratoire est dépassée.

Seulement les TDR sensibles à l'antigène spécifique au *Plasmodium falciparum* (HRP II-Pf) sont recommandés dans le contexte Centrafricain, au vu de la faible prévalence des autres espèces. Le TDR doit être conforme aux critères de performance de l'OMS<sup>2</sup> adaptés au contexte du pays.

Tenant compte de l'épidémiologie et des espèces de vecteurs circulant, les TDR optés par la RCA, doivent à la concentration de 200 parasites/microlitre, être conforme aux critères suivants :

- Avoir un score de détection sur le panel pour *Plasmodium falciparum* doit être  $\geq$  à 75%
- Avoir un taux de faux positif  $<$  10%
- Avoir un taux de tests invalides  $<$  5%

Conformément à la réglementation et aux résultats de l'étude menée par le SLP en collaboration avec l'Institut Pasteur de Bangui<sup>3</sup>, les TDR ayant reçu une autorisation dans le pays sont :

1. Malaria Antigen Pf-SD Bioline
2. Malaria Antigen Pan/Pf-SD Bioline
3. Paracheck

Cette liste reste ouverte au fur et à mesure où des nouveaux TDR seront enregistrés auprès de la Direction des Services Pharmaceutique, de Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle (organe de réglementation du MSPPLS).

#### **4.2. Diagnostic clinique**

Dans le contexte centrafricain caractérisé par un risque palustre élevé, le diagnostic clinique doit être basé sur une notion de fièvre au cours des dernières 24 heures associée aux signes présentés dans le tableau ci-dessous.

Par définition :

- Le Paludisme simple se définit de la manière suivante (voir tableau ci-dessous pour les signes associés) :

---

<sup>2</sup> Note d'information sur les critères de sélection recommandés pour le choix des TDR (OMS 12 avril 2012)

<sup>3</sup> Rapport intermédiaire de l'étude d'évaluation des TDR du paludisme « SD Bioline » versus « Paracheck » ( août 2011

- (1) Cas suspect : c'est la présence d'un état fébrile ou d'antécédents de fièvre sans signe de gravité
- (2) Cas confirmé : c'est la présence d'un état fébrile ou d'antécédents de fièvre sans signe de gravité avec confirmation biologique du parasite par la microscopie et/ou détection de l'antigène du parasite par le TDR
- Le Paludisme grave se définit de la manière suivante (voir tableau ci-dessous pour les signes associés) :
  - (1) cas suspect : c'est la présence d'un état fébrile ou d'antécédents de fièvre associée à au moins un signe de gravité
  - (2) cas confirmé : c'est la présence d'un état fébrile ou d'antécédents de fièvre associée à au moins un signe de gravité avec confirmation biologique du parasite par la microscopie et/ou détection de l'anticorps du parasite par le TDR

NB : En attendant que les conditions de confirmation biologique soient disponibles à tous les niveaux ; tout cas suspect de paludisme doit être traité comme tel.

Il faut toujours bien réfléchir aux autres causes possibles de fièvre et à la nécessité éventuelle d'opter pour une autre thérapeutique. Pour les enfants fébriles âgés de moins de cinq ans, il faut utiliser des algorithmes pratiques élaborés pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) afin qu'un bilan de santé complet soit établi et qu'ils puissent être convenablement pris en charge dans les centres de premier niveau (OMS 2008).

**Tableau 1** : Signes cliniques associés à la fièvre

	Adulte	Enfant et Nourrisson
Paludisme simple	Frisson ; céphalée ; sueur ; courbatures ; herpes labial ; hépatomégalie ; splénomégalie	Nausée ; vomissement ; diarrhée ; douleurs abdominales ;
Paludisme grave (source OMS)	Signes cliniques : troubles de la conscience (ou coma) ; prostration, c'est-à-dire que le malade est si faible qu'il est incapable de marcher ou de	

	<p>s'asseoir sans assistance ; incapacité a s'alimenter ; convulsions multiples (2 épisodes ou plus en 24 h) ; détresse respiratoire (respiration acidosique) ; collapsus cardiovasculaire ou état de choc ; ictère clinique ; hémoglobinurie (urine sombre couleur coca cola) ; saignements spontanés anormaux ; œdème pulmonaire (radiologique) ; fontanelle bombé chez l'enfant.</p> <p><b>Signes biologiques :</b></p> <p>Anémie sévère (Hb &lt; 5g/dl ou Ht &lt; 15%) ; Hypoglycémie (glycémie &lt;2,2 mmol/l ou &lt;40mg/dl) ; Insuffisance rénale (créatinine sérique &gt; 265 µmol/l) ; Acidose ; Hyperparasitémie (&gt; 5% des globules rouges parasités ou densité parasitaire &gt; 200.000 parasites/µl de sang) ; Troubles de la coagulation</p>

### 4.3. Diagnostic paraclinique

Le diagnostic paraclinique repose sur l'utilisation de :

- La microscopie (GE et FS) pour la recherche des hématozoaires dans le sang
- ou Les Tests de Diagnostics Rapides (TDR) pour la mise évidence des anticorps dans le sang.

Le choix entre les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) et la microscopie dépend du contexte local, notamment des compétences disponibles, le plateau technique, du nombre de patients, de l'épidémiologie du paludisme et de l'utilisation éventuelle de l'examen microscopique pour diagnostiquer d'autres maladies.

Pour le diagnostic d'un paludisme grave, l'examen microscopique est préférable. En effet, il permet non seulement de poser le diagnostic, mais chez un sujet gravement malade, il offre également la possibilité d'évaluer d'autres paramètres importants pour le suivi.

Les TDR ont un avantage certain, dans les zones où les sujets impaludés sont traités en dehors des services de santé officiels ou qui ne dispose pas de microscope, par exemple dans la communauté, à domicile ou par des prestataires de soins libéraux. Dans la plupart de ces cas, l'examen microscopique n'est généralement pas réalisable mais les TDR peuvent l'être.

Tableau x : niveau d'utilisation des TDR et/ou de la microscopie pour le diagnostic du palu

NIVEAU	TDR	GE et/ou FS
Communauté	XXX	
Postes de santé	XXX	
Centres de santé	XX	X
Hôpitaux secondaires	XX	X
Etablissement de soins (Hôpitaux de district, hôpitaux préfectoraux ou Hôpitaux régionaux)	X	XX
Hôpitaux centraux et autres structures de référence	X	XX

Source : SLP

## 5. DIRECTIVES RELATIVES AU TRAITEMENT DU PALUDISME

### 5.1. Principes

Tout sujet présentant une fièvre doit bénéficier d'un examen parasitologique de confirmation avant de recevoir un traitement antipaludique.

Le traitement du paludisme simple se fait par les CTA. Le traitement du paludisme grave repose désormais sur l'utilisation de l'artésunate IV en première intention suivi de 3 jours de CTA<sup>4</sup>. Les artémisinines ont un avantage supplémentaire qui tient à ce qu'elles réduisent le portage des gamétocytes et par conséquent, la transmissibilité du paludisme.

### 5.2. Populations cibles

Tout sujet présentant la fièvre avec confirmation biologique du paludisme, quel que soit son âge.

Cas particulier :

Les CTA sont contre-indiquées chez la femme enceinte au premier trimestre du fait de l'effet bradypnéisant qui peut influencer l'organogenèse de l'embryon.

### 5.3. Les molécules recommandées en première ligne.

Il s'agit des CTA pour le traitement du paludisme simple :

<sup>4</sup> Note circulaire N°730/MSPPLS/DIRCAB.12

### 5.3.1. Traitement de première intention ; Artémether + Luméfantrine (AL)

#### a. Présentation

Un comprimé d'AL comprend : Artémether : 20 mg + Luméfantrine : 120 mg

Les comprimés sont disposés dans des plaquettes de :

- 6 comprimés ;
- 12 comprimés ;
- 18 comprimés ;
- 24 comprimés ;

NB : association AL est prise pendant trois jours.

#### b. Posologie

Les comprimés sont administrés par la voie orale. Les prises seront calculées en fonction de l'âge et/ou du poids des malades. Le tableau ci après donne la posologie en fonction de l'âge et du poids :

**Tableau 2** : Schéma posologique pour le AL

Plaquettes	Âge du patient	Poids du Patients	Posologie
6 comprimés	6 mois à 3 ans	5 à 14 Kg	1cp deux fois par jour pendant 3 jours
12 comprimés	3 à 7 ans	15 à 24 Kg	2cp deux fois par jour pendant 3 jours
18 comprimés	7 à 10 ans	25 à 34 Kg	3cp deux fois par jour pendant 3 jours
24 comprimés	10 ans et plus	35 Kg et plus	4cp deux fois par jour pendant 3 jours

Les prises seront espacées de 12 heures de temps, de préférence après les repas.

### 5.3.2 Molécules recommandées en traitement de deuxième intention : Prise en charge des échecs thérapeutiques pour le traitement du paludisme simple

Devant tout échec thérapeutique survenu au cours du traitement de paludisme simple par l'Artémether-Luméfantrine, il faut faire recours aux traitements de 2ieme intention dans l'ordre de préférence ci-après : (1) Artésunate+Amodiaquine, (2) quinine par voie orale est recommandée en association avec les cyclines (Tétracycline ou Doxycycline) ou la Clindamycine.

#### a) Présentation

- Artésunate (25mg ; 50mg et 100mg) + Amodiaquine (67,5mg ; 135mg et 270mg) de combinaison en doses fixes (CDF)
- Sulfate de quinine (100 mg ; 300mg) + cyclines (tétracycline ou Doxycycline) ou Clindamycine en présentations séparées

## b) Posologie

- Artésunate + Amodiaquine (AS+AQ) en association fixe : à raison de 4mg/kg/jr de AS et 10mg/kg/jr de SP pendant 3 jours

N.B. : Les enfants de moins de 4,5 kg doit être référés à un centre où la prise en charge peut être faite avec des dérivés de l'artémisinine (Artésunate injectable ou Artemether) pendant 7 jours.

Tableau xx : présentation et posologie de ASAQ selon le poids et l'âge

Intervalle de poids	Intervalle d'âge approximatif	Présentation (forme)	Posologies
4,5 à 8 kg	2 à 11 mois	3 comprimés de AS(25mg)+AQ(67,5mg) dispersibles	1 cp.par jour pendant 3 jrs
9 à 17 kg	1 à 5 ans	3 comprimés de AS(50mg)+AQ(135mg) dispersibles	1 cp.par jour pendant 3 jrs
18 à 35 kg	6 à 13 ans	3 comprimés de AS(100mg)+AQ(270mg)	1 cp.par jour pendant 3 jrs
Plus de 35kg	14 ans et plus	6 comprimés de AS(100mg)+AQ(270mg)	2 cp.par jour pendant 3 jrs

NB : Très important, il est fortement conseillé de prendre les comprimés de l'ASAQ après un repas ou une boisson sucrée.

- Quinine ; 30 mg/kg/jour en 3 prises pendant 7 jours.
- Tétracycline: 4mg/kg/jr en 4 prises pendant 7 jours (à partir de 8 ans)
- Doxycycline : 3 à 5 mg/kg/jr une prise pendant 7 jours (à partir de 14 ans)
- Clindamycine:20 mg/kg/jr soit 10 mg/kg toutes les 12 heures pendant 7 jours

NB : A défaut des CTA citées ci-dessus, l'autre combinaison recommandée par l'OMS ci-après peut être utilisée. Il s'agit de :

- Dihydroartémisinine + Pipéraquline (DHA+PPQ) en association fixe : à raison de 4mg/kg/jr de DHA et 18mg/kg/jr de PPQ pendant 3 jours

#### **5.4. Molécules recommandées en traitement de deuxième ligne : Paludisme grave**

L'objectif premier du traitement du paludisme grave est d'éviter une issue fatale. Selon les dernières recommandations de l'OMS, le traitement de choix du paludisme grave se fait à base de l'Artésunate en intraveineuse. Mais selon la disponibilité de cette molécule, la Quinine en perfusion ou en intramusculaire, et l'Artémether en intramusculaire sont utilisés en deuxième intention. Il faut savoir que le paludisme grave est une urgence médicale. Après un bilan clinique rapide et la confirmation du diagnostic, il faut commencer sans retard le traitement par voie parentérale à l'aide des doses complètes du premier antipaludique recommandé que l'on a sous la main.

En cas de paludisme grave, il est recommandé d'administrer des antipaludéens par voie parentérale au minimum pendant les 24 premières heures (que le malade se soit montré auparavant capable ou non de tolérer une thérapie orale), puis de poursuivre le traitement jusqu'à son terme au moyen des CTA.

##### **5.4.1. Traitement de première intention : Artésunate injectable**

###### **a) présentation**

**Artésunate** : Ampoule de 60 mg en IV

###### **b) posologie**

L'Artésunate s'administre par la voie intraveineuse (voie recommandée) ou en intramusculaire à raison de 2,4 mg/kg de poids corporel par dose à 0, 12 et 24 heures (minimum 3 doses) puis une fois par jour à la même posologie.

##### **5.4.2. Traitement de deuxième intention : Artémether ou Quinine injectable**

###### **5.4.2.1. L'Artémether**

###### **a) présentation**

**Artémether** : Ampoule de 20, 40 et 80 mg

###### **b) posologie**

Il s'administre par la voie intramusculaire. L'administration se fait dès l'admission (temps zéro) à la dose de 3,2 mg/kg de poids corporel (J1), puis 1,6 mg/kg/jour à partir de J2. Un minimum de 2 doses (à 0h et 24h) est nécessaire avant de passer à la voie orale. Le patient peut passer aux CTA, une fois avoir reçu deux doses s'il tolère la voie orale.

L'Artemether ne doit pas être utilisé dans les cas de choc. Une façon simple d'identifier le choc est avec l'évaluation du remplissage capillaire au niveau des ongles. Si le

remplissage dure plus de 3 secondes on considère que le patient est en choc et le traitement de Paludisme Grave doit se faire avec Artesunate inj ou Quinine de préférence par voie intraveineuse.

#### **5.4.2.2. La Quinine**

##### **a) Présentation**

**Quinine** 200 mg, 300 mg, 400 mg et 600 mg

##### **b) Posologie**

La quinine s'administre en perfusion à raison de 30 mg/kg/jour de quinine base répartis en deux ou trois perfusions par jour dans du sérum glucosé à 10%, ou à défaut à 5%. A l'admission, la première dose doit être une dose de charge à 20 mg/kg dans du sérum glucose 10% ou à défaut 5%. Les doses suivantes seront de 10 mg/kg dans le cas de 3 administrations par jour, ou 15 mg/kg dans les cas de 2 administrations par jour. La durée de la perfusion est de 4 heures maximum. Les perfusions seront espacées de 10 à 12 heures si on fait deux perfusions par jour et une perfusion de 4 heures toutes les 8 heures si on fait trois perfusions par jour. La quantité de liquide à administrer sera de 10ml/kg chez l'enfant par perfusion.

La durée du traitement par la quinine est de minimum 24 heures ou jusqu'à que le patient tolère la voie orale et peut faire le relais avec des CTA. Si le patient ne tolère pas la voie orale au cours de toute la maladie, le traitement va de 5 à 7 jours avec Quinine seule.

#### **5.4.2.3 Traitement pré transfert :**

L'administration d'un dérivé d'Artémisinine ou de la Quinine par la voie intramusculaire ou de l'Artesunate rectale avant le transfert du malade est recommandée. Au niveau communautaire, les distributeurs communautaires administreront de l'Artésunate en suppositoires).

Une dose unique d'Artésunate en suppositoire égale à 10 mg/kg de poids corporel doit être administrée dès qu'un diagnostic présomptif de paludisme grave est posé.

Dans l'éventualité où le suppositoire serait expulsée dans les 30 minutes suivant son introduction dans le rectum, on introduira un second suppositoire et, surtout chez un jeune enfant, on tiendra les fesses serrées pendant 10 minutes pour une meilleure absorption de l'Artésunate. Dès l'arrivée à la structure sanitaire de niveau supérieur, le traitement avec Artesunate injectable ou Artemether ou Quinine doit être débuté immédiatement, indépendamment de l'heure d'administration de l'Artesunate rectale.

**N.B :**

- a) **Traitement relais** : Qu'il s'agisse de l'Artésunate, de l'Artémether ou de la Quinine, le relais par la voie orale se poursuit par les CTA dès que le patient est conscient (capable d'avaler).
- b) **Dans les situations où la Quinine ne peut être administrée en perfusion**, elle peut l'être en intramusculaire. Toutefois, elle doit être évitée chez les enfants.
- c) Toujours utiliser les sérums glucosés 10% ou à défaut 5% pour les perfusions de Quinine.
- d) Ne jamais dépasser la dose de 1800 mg de quinine base par 24 heures chez tous patients

## 5. Grossesse et paludisme

### 5.5.1 Traitement du Paludisme simple

Les options suivantes sont recommandées pour le traitement du paludisme simple durant la grossesse.

#### a) Au premier trimestre

Quinine + Clindamycine

**NB** : si l'on ne dispose pas la clindamycine, une femme enceinte présentant un paludisme simple à falciparum au cours du premier trimestre doit être traitée par la quinine en monothérapie conformément à la recommandation de l'OMS (2012) pendant 7 jours.

#### b) Deuxième et troisième trimestre : le traitement repose sur le choix d'un des schémas thérapeutique ci-après :

1. Les CTA recommandés par le PNLP
  - Artémether : + Luméfantrine : Artésunate et d'Amodiaquine
2. Quinine + Clindamycine
3. Artésunate + Clindamycine

### 5.5.2 Traitement du Paludisme grave

Le traitement du paludisme grave repose sur le choix des médicaments ci-après :

1. Artésunate IV (première, deuxième et troisième trimestre);
2. Quinine en perfusion intraveineuse (première, deuxième et troisième trimestre);;
3. Artémether IM (deuxième et troisième trimestre);.

**NB** : la prescription chez la femme enceinte de ces antipaludiques se fait conformément aux posologies décrites ci-dessus.

## **6. DIRECTIVES RELATIVES AU TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME**

### **6.1 Principes**

Le TPI consiste à administrer aux femmes enceintes et aux nourrissons de moins d'un an, au moins deux doses de sulfadoxine pyriméthamine lors des CPN et de PEV de routine, qu'ils présentent ou non des symptômes de paludisme.

La SP en TPI doit être pris sous observation directe (TDO).

### **6.2. Traitement préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte par la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP)**

Le traitement préventif intermittent par la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) est administré à partir de la 16e semaine de grossesse (après que la mère a perçu les premiers mouvements actifs du fœtus).

#### **a) Présentation**

Comprimés combiné de **Sulfadoxine 25 mg / Pyriméthamine 500 mg** (Fansidar®, Maloxine®)

#### **b) Posologie**

La SP est administrée à la dose de 3 comprimés en prise unique en deux ou trois cures.

- La première cure : donner les comprimés de SP que la femme enceinte avale au Centre de Santé,
- La deuxième cure : à un (1) mois d'intervalle de la première cure (quelque soit la période de la grossesse).
- La troisième (si possible une quatrième) cure est recommandée (conformément aux nouvelles orientations de l'OMS) chez la Femme enceinte séropositive au VIH, du fait du risque de modification de la barrière placentaire par le *P. falciparum* qui favorise l'infection directe du fœtus par le VIH.

**NB :** Chez une femme enceinte séropositive au VIH sous chimioprophylaxie primaire par le Cotrimoxazole, il c'est CONTREINDIQUE de prescrire de la Sulfadoxine-Pyriméthamine en traitement prophylactique intermittent.

### 6.3. Traitement préventif Intermittent chez le nourrisson par la Sulfadoxine-pyriméthamine (TPIIn-SP)

L'administration du TPIIn-SP se fait à travers le PEV de routine. Le nourrisson de moins d'un (1) an reçoit trois (3) doses, en même temps que les Penta2, Penta3 et la vaccination antirougeoleuse (VAR).

#### a) Présentation

Comprimés combiné de **Sulfadoxine 25 mg / Pyriméthamine 500 mg** (Fansidar®, Maloxine®)

#### b) Posologie

La posologie correcte dépend du poids de l'enfant.

- On administre ¼ de comprimé aux enfants pesant moins de 5 kg
- On administre ½ comprimé aux enfants à partir de 5 kg.

Le schéma posologique est le suivant :

- Première dose (TPIIn-SP1) au moment de la vaccination **Penta2** à 10 semaines)
- Deuxième dose (TPIIn-SP2) au moment de la vaccination **Penta3** à l'âge de 14 semaines)
- Troisième dose (TPIIn-SP3) au moment de la vaccination contre la **rougeole** (à 9 mois)

#### N.B :

- Si un enfant vomit dans les 30 minutes suivant l'administration, il faut le laisser se reposer 30 minutes avant de faire un nouvel essai. Si l'enfant vomit de nouveau, il ne faudra pas faire de troisième essai. L'agent de santé doit dire à la mère quand elle doit revenir pour la prochaine vaccination prévue au calendrier et pour la dose suivante du TPIIn-SP.
- Que le TPIIn-SP ait ou non été administré, si le nourrisson a un accès de paludisme, il doit être traité avec une CTA.
- Si les vaccins sont en rupture de stock au moment où l'enfant vient au dispensaire, il faut administrer la dose TPIIn-SP.
- C'est important d'informer la mère que si l'enfant présente des altérations dans la peau ou de l'ictère dans les jours suivants à l'administration de SP elle doit le ramener au Centre de Sante ou Hôpital pour évaluer une possible apparition d'effets secondaires. Dans le cas d'un enfant qui a présenté des effets secondaires après une prise de SP, les prochaines doses de SP doit être évitées (noter sur le carnet de sante de l'enfant).

## **6.4. DIRECTIVES RELATIVES AUX SUJETS NON IMMUNS**

### **6.4.1. La prophylaxie chez les expatriés ou sujets non immuns**

Il est recommandé les médicaments suivants :

- L'association Atovaquone + proguanil hydrochloride (Malanil®)
- La Proguanine + Chloroquine (Savarine®) en combinaison dose fixe (CDF)
- Méfloquine (Lariam®)
- Doxycycline

### **6.4.2 Traitement chez les sujets non immuns**

#### **6.4.2.1 Paludisme simple :**

On utilise conformément aux posologies ci-dessus, les médicaments ci-après :

- atovaquone + proguanil (15/6 mg/kg, dose pour adulte : 4 comprimés, 1 fois par jour pendant 3 jours),
- artéméter + luméfantrine,
- dihydroartémisinine + pipéraquline,
- quinine + doxycycline ou clindamycine.

#### **6.4.2.2 Paludisme grave**

- le traitement du paludisme chez les voyageurs est le même que celui indiqué dans les directives relatives au traitement de paludisme grave plus haut (voir section x),
- les voyageurs présentant un paludisme grave doivent être pris en charge dans un service de soins intensifs.

#### **a) Présentation**

- Atovaquone 250 mg + proguanil hydrochloride 100 mg Malanil® adulte
- Atovaquone 62,5 mg + proguanil hydrochloride 25 mg Malanil® enfant

#### **b) Posologie**

- Adultes : un comprimé de Malanil® adulte par jour
- Enfant : un, deux ou trois comprimés par jour de Malanil® enfant

**Tableau IV : Schéma posologique pour la Malanil®**

Poids en Kg	Schémas posologique
11 à 20 Kg	un comprimé par jour de Malanil® enfant par jour en une seule prise
21 à 30 Kg	Deux comprimés par jour de Malanil® enfant par jour en une seule prise
31 à 40 Kg	Trois comprimés par jour de Malanil® enfant par jour en une seule prise
Plus de 40 Kg	un comprimé par jour de Malanil® adulte par jour en une seule prise

Pour prévenir le paludisme il importe de prendre Malanil ® chaque jour. Commencé le traitement un ou deux jours avant de voyager dans un pays où le paludisme peut être transmis. Continuer le traitement chaque jour durant le voyage puis arrêter 7 jours après le retour.

**NB :** Malanil ® ne doit pas être administré chez l'enfant de moins de trois ans ou pesant moins de 11 Kg.

## **7. DIRECTIVES RELATIVES AUX TRAITEMENT E PALUDISME SIMPLE CHEZ LES MALADES INFECTES AU VIH**

- Les malades infectés par le VIH qui font un accès palustre simple doivent recevoir sans délai un traitement antipaludique efficace conforme aux directives recommandées dans les chapitres correspondants présentés plus haut.
- Tout traitement ou traitement préventif intermittent au moyen de sulfadoxine-pyriméthamine est à proscrire chez des malades infectés par le VIH qui reçoivent du cotrimoxazole (triméthoprime+ sulfaméthoxazole) à titre prophylactique.
- Dans la mesure du possible, il faut éviter de donner des CTA contenant de l'amodiaquine aux malades infectés par le VIH qui sont sous zidovudine ou sous efavirenz.

## **8. DIRECTIVES RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE D PALUDISME (PECADOM)**

### **8.1. Principes**

La PECADOM est recommandée chez l'enfant de moins de 5 ans, dans les zones rurales les plus reculées des pays endémiques, là où les services sanitaires sont les moins performants et où la plupart des gens n'ont pas accès aux diagnostics et aux traitements, là où le paludisme fait le plus de victimes. Elle s'exécute par un Relais Communautaire disponible, formé sous la supervision d'un agent de santé.

## 7.2 Cibles

La PECADOM est recommandée pour toute la population avec une couverture progressive en fonction de la disponibilité des ressources allant des enfants de moins de 5 ans vers les personnes de plus de 5 ans.

## 8.2. Stratégie

La PECADOM s'appuie sur les éléments suivants :

- 1) Des TDR disposant d'une assurance qualité pour confirmer le paludisme chez tout patient présentant de la fièvre / des antécédents de fièvre ;
- 2) L'administration de CTA de première intention (en occurrence le AL pour la RCA) ;
- 3) L'administration de l'Artésunate en suppositoire pour les enfants incapables d'avaler un médicament oral et ou présentant tout autre signe de maladie grave avant leur référence ;

## 9. DIRECTIVES RELATIVES AUX ROLES DES AGENTS DE SANTE ET RELAIS COMMUNAUTAIRES

### 9.1. Dans la communauté :

Le Relais communautaire doit :

- S'approvisionner en CTA, en Artésunate suppositoire, en TDR, en registres et outils de collecte de données et en assurer la bonne gestion ;
- Réaliser le TDR devant tout cas de fièvre ou histoire de fièvre dans les dernières 48h;
- Assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme simple
- Assurer le suivi des malades sous traitement ;
- Sensibiliser les patients sur l'observance de traitement ;
- Référer les cas de paludisme graves et d'autres maladies qui ne s'améliorent pas ;
- Remplir le registre et les outils de collecte des données ;
- Transmettre les données au niveau des FOSA ;
- Sensibiliser la communauté sur la PECADOM et sur les mesures de prévention du paludisme.

NB : la PECADOM devra progressivement se fusionner avec la PCIME-C et s'étendre ensemble pour la couverture du pays.

## **9.2. Au niveau des FOSA**

### **9.2.1. L'agent de santé Chef de Poste de santé doit :**

- S'approvisionner en CTA, en Artésunate suppositoire, en TDR, en registres et outils de collecte de données et en assurer la bonne gestion ;
- Réaliser le TDR devant tout cas de fièvre;
- Assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme simple
- Assurer le suivi des malades sous traitement ou TPIIn/TPIIp ;
- Utiliser correctement les outils de gestion mis en place ;
- Assurer la collecte et la transmission des informations relatives à la gestion de ces médicaments ;
- Référer les cas de paludisme graves et d'autres maladies qui ne s'améliorent pas ;
- Sensibiliser les patients sur l'observance de traitement des cas et sur les mesures de prévention du paludisme.
- Superviser les relais communautaire

### **9.2.2. L'agent de santé Chef de centre de Santé, et Responsables des établissement de soins doivent veiller à :**

- Confirmer le paludisme par un examen parasitologique (goutte épaisse et frottis sanguin) ou un test de diagnostic rapide (TDR).
- Administrer correctement le traitement selon les normes et protocoles ;
- Au suivi clinique et biologique du traitement prescrit ;
- Notifier les éventuels effets indésirables signalés par les patients ;
- Utiliser correctement les outils de gestion mis en place dans les différentes unités de prestation du Centre de santé ;
- A la collecte et la transmission mensuelle des données relatives à la gestion de ces médicaments et autres informations ;
- Supervision les activités de lutte contre le paludisme des FOSA de sa zone de juridiction
- Référer les cas de paludisme graves et d'autres maladies qui ne s'améliorent pas ;
- Sensibiliser les patients sur l'observance de traitement des cas et sur les mesures de prévention du paludisme.

### **9.2.3. Au niveau des Centres Hospitaliers, et autres structures sanitaires de référence**

- Ces structures doivent prioritairement prendre en charge les cas de paludisme grave.
- Notifier les éventuels effets indésirables signalés par les patients dans le cadre de suivi de pharmacovigilance par les sites sentinelles;

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

*Comité OMS d'experts du Paludisme.* Vingtième rapport. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (OMS, Série de Rapports techniques, No 892).

Consulté sur le site [www.who.int/vaccines-documents](http://www.who.int/vaccines-documents) le 29 octobre 2012.

*Elaboration des propositions du Fonds Mondial : Récapitulatif de la politique de l'OMS sur le paludisme*, WHO policy brief May 2010.

*Plan de renforcement de la PECADOM.* Ministère de la Santé Publique, de la Population et de Lutte contre le SIDA ; Service de Lutte contre le Paludisme.

*Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les régions à forte prévalence du VIH.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. Consulté sur le site ([http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241597388/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241597388/en/index.html)) le 29 octobre 2012.

*Traitement préventif intermittent du nourrisson à la sulfadoxine-pyriméthamine (TPIIn-SP) pour lutter contre le paludisme en Afrique : Guide de la mise en oeuvre sur le terrain.* Programme mondial de lutte antipaludique (GMP) et département Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB) et UNICEF.

MSPPLS (SLP) : Nouvelles Directives de prise en charge des cas de paludisme en RCA, version 2008

OMS. Directives pour le traitement du paludisme, deuxième édition

OMS. Accès universel aux tests diagnostiques du paludisme. Manuel Pratique.

OMS. Malaria case management. Operations manual.

## **ANNEXES:**

### **Annexe I: LISTE DES EXPERTS AYANT PRIS PART A LA REDACTION DU DOCUMENT**

<b>Pr Gérard GRESENGUET</b>	Professeur Titulaire de Santé publique. Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé
<b>Pr Abdoulaye SEPOU</b>	Professeur Titulaire de Gynécologie-Obstétrique. Chef de service de Gynéco-obstétrique à l'hôpital communautaire de Bangui
<b>Pr Gustave BOBOSSI</b>	Professeur Agrégé de Pédiatrie. Chef de service de Pédiatrie médicale au Complexe pédiatrique de Bangui
<b>Pr Boniface KOFFI</b>	Professeur Agrégé d'Anatomie pathologie. Chef de service d'Anatomie pathologie au Laboratoire nationale de biologie clinique et de santé publique
<b>Pr Pascal MBELESSO</b>	Professeur Agrégé de Neurologie. Chef de service de l'hôpital de jour au Centre national hospitalo-universitaire de Bangui
<b>Dr Jean Chrysostome GODY</b>	Médecin Colonel Pédiatre. Directeur du Complexe pédiatrique de Bangui
<b>Dr Mauricette NANGOUMA GODDOT</b>	Médecin Gynécologue obstétricienne à l'hôpital Mama Elisabeth Domitien de Bimbo
<b>Dr Gaspard TEKPA</b>	Médecin Infectiologue. Responsable du Centre de prévention et de traitement du paludisme à l'hôpital de l'Amitié
<b>Dr Jean Méthode MOYEN</b>	Médecin Epidémiologiste. Chef de service de lutte contre le paludisme
<b>Dr M'bary SIOLO MADA BEBELOU</b>	Médecin de santé publique, Paludologue. Chef de section du suivi évaluation et des statistiques sanitaires au Service de lutte contre le paludisme

### **Annexe II : Liste des institutions et partenaires ayant participé à la validation le 31 janvier 2013 dans la salle de réunion du CIDS**

- 1. Ministère de la Santé Publique, de la Population et de Lutte contre le Sida (MSPPLS)**
- 2. Université de Bangui (UB)**
- 3. Coordination nationale du Comité national de Lutte contre le Sida (CN/CNLS)**
- 4. Organisation Mondial de la Santé (OMS)**
- 5. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)**
- 6. The Mentor Initiatives**
- 7. Complexe Emergency**

**Annexe III** Tableau xx : présentation des conditions pour l'accès universel aux Tests de Diagnostic Rapide du paludisme

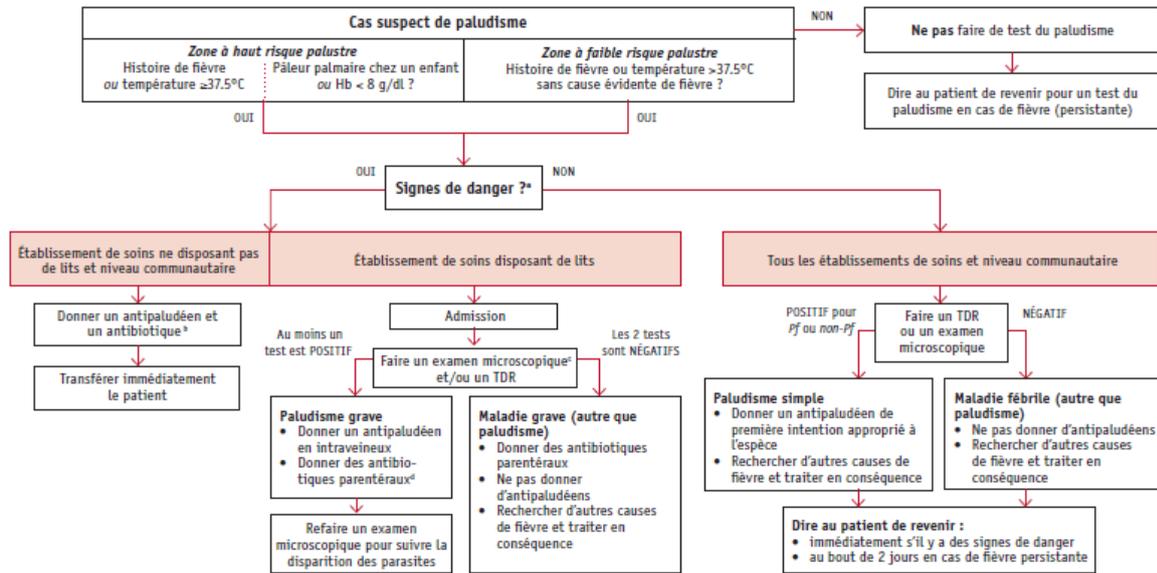
<b>Critère</b>	<b>Situation clinique ou contexte</b>	<b>TDR</b>	<b>Microscopie</b>
Densité parasitaire	Paludisme simple	OUI	OUI
	Cas sévère à l'admission	Pas seul	OUI
	Suivi des cas hospitalisés	NON	OUI
Persistance des antigènes	Paludisme confirmé et traité avec fièvre persistante	NON	OUI
	Autres situations de visites de suivi	OUI	OUI
Electricité	Hôpitaux et centres de santé	OUI	OUI
	Dispensaires et agents communautaires	OUI	NON
Durée d'exécution du test	Forte charge de travail	OUI	Pas seul
Compétence technique	Formation et supervision limitée	OUI	NON

Source : OMS. Accès Universel aux tests diagnostiques du paludisme . Manuel Pratique

Algorithme de diagnostic et de traitement du paludisme (voir exemple ci-dessous en l'adaptant au contexte national)

## Annexe IV : Algorithme pour le diagnostic et traitement du paludisme

### Algorithme pour le diagnostic et le traitement du paludisme : première visite



\* Au niveau périphérique, les signes de danger suivants constituent les critères de transfert [d'après la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA)] :  
chez l'enfant : l'enfant est incapable de boire ou de prendre le sein, vomit tout, a des convulsions, est léthargique ou inconscient ou présente une raideur de nuque, un tirage sous-costal ou un stridor;  
chez l'adulte : le sujet est très faible ou incapable de se tenir debout, est léthargique ou inconscient ou présente une raideur de nuque, des convulsions, une détresse respiratoire ou une douleur abdominale sévère.

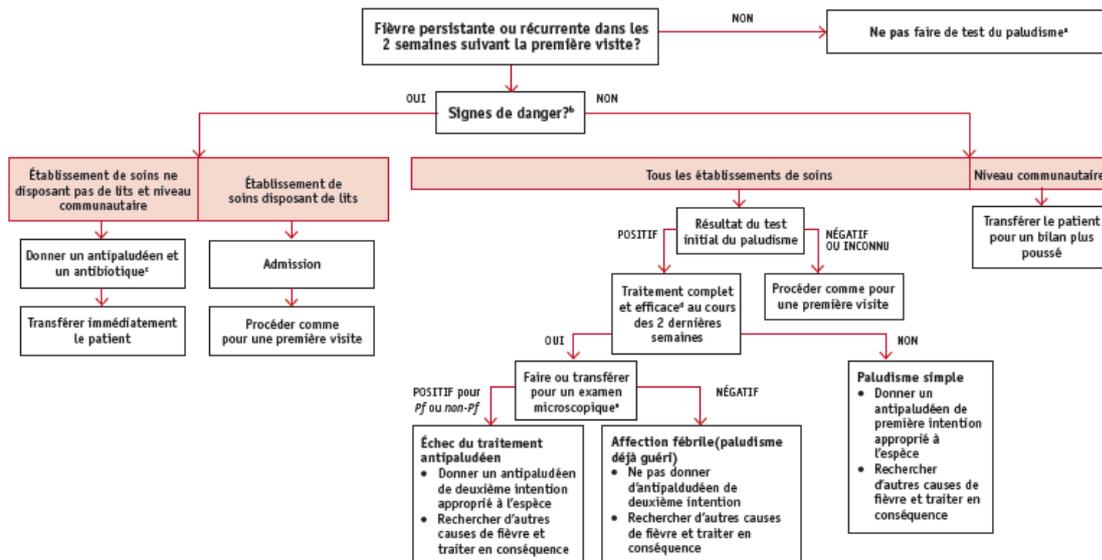
<sup>3</sup> Traitement pré-transfert comme recommandé par les "Directives pour le traitement du paludisme" de l'OMS (2010) ou par la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et par la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) : artésunate par voie rectale ou quinine par voie rectale ou quinine par voie intramusculaire, artésunate ou artéméter et ampicilline plus gentamicine par voie intramusculaire ou ceftriaxone par voie intramusculaire.

<sup>4</sup> Un TDR est effectué dans l'attente du résultat de l'examen microscopique pour décider plus tôt du traitement et pour établir qu'il s'agit d'un paludisme dans le cas des patients qui ont reçu un traitement antipaludéen pré-transfert (et qui peuvent donc déjà être débarrassés de leurs parasites).

<sup>5</sup> En raison de la possibilité d'une infection bactérienne concomitante chez les patients avec paludisme grave, en particulier les enfants, des antibiotiques doivent être administrés en plus des antipaludéens jusqu'à ce que la présence d'une infection bactérienne ait été exclue (y compris une bactériémie par hémocultures si disponible).

## Annexe V : Algorithme pour le diagnostic et traitement du paludisme : visite de suivi

### Algorithme pour le diagnostic et le traitement du paludisme : visite de suivi



\* En cas de fièvre persistante ou récurrente deux semaines après la première visite, utiliser l'algorithme relatif à la première visite (figure 4).

<sup>3</sup> Au niveau périphérique, les signes de danger suivants constituent les critères de transfert [d'après la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA)] :  
chez l'enfant : l'enfant est incapable de boire ou de prendre le sein, vomit tout, a des convulsions, est léthargique ou inconscient ou présente une raideur de nuque, un tirage sous-costal ou un stridor.  
chez l'adulte : le sujet est très faible ou incapable de se tenir debout, est léthargique ou inconscient ou présente une raideur de nuque, des convulsions, une détresse respiratoire ou une douleur abdominale sévère.

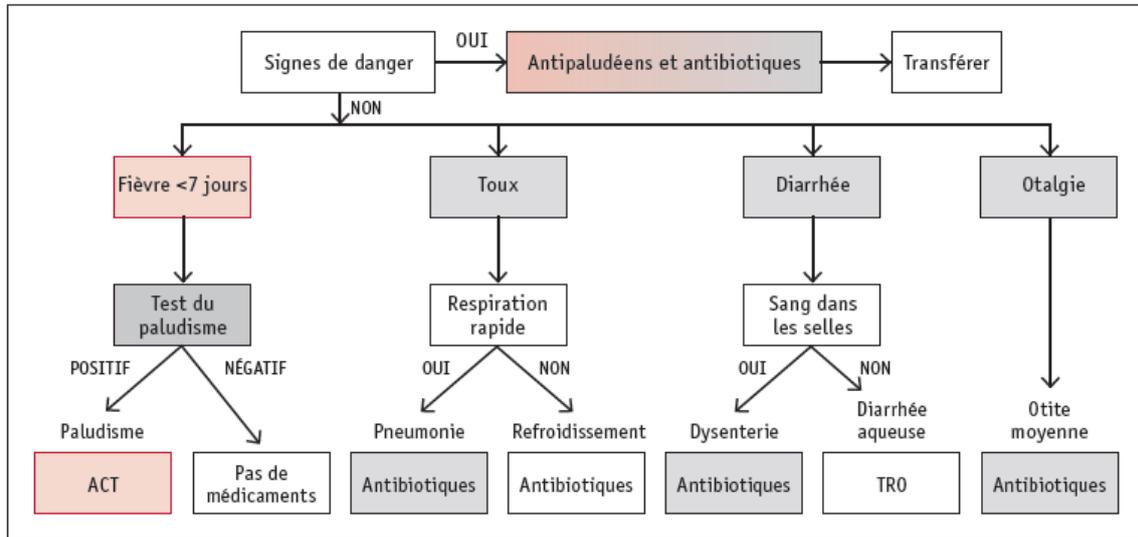
<sup>4</sup> Traitement pré-transfert comme recommandé par les "Directives pour le traitement du paludisme" de l'OMS (2010) ou par la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et par la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) : artésunate par voie rectale ou quinine par voie rectale ou quinine par voie intramusculaire, artésunate ou artéméter et ampicilline plus gentamicine par voie intramusculaire ou ceftriaxone par voie intramusculaire.

<sup>5</sup> On considère qu'un patient a pris un traitement antipaludéen efficace et complet s'il a pris toutes les doses prescrites du médicament de première intention recommandé sans avoir vomis dans l'heure suivant la prise.

<sup>6</sup> Si un examen microscopique n'est pas disponible, administrer un antipaludéen de deuxième intention.

## Annexe VI : Arbre décisionnel pour la PCIME communautaire

Diagramme décisionnel récapitulatif de la stratégie OMS/UNICEF de prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire



Adapté de la «Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant»: S'occuper de l'enfant malade dans la Communauté, WHO/UNICEF 2010.