

MINISTERE DE LA SANTE ET DES
AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE
PUBLIQUE

SOUS-DIRECTION DE LA SANTE
DE LA REPRODUCTION



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Procédures en Santé de la Reproduction

SURVIE DE L'ENFANT DE 0 A 5 ANS

VOLUME 4

↻ Juin 2019 ↻

PREFACE

Le Mali a élaboré les premiers documents de Politique, Normes et Procédures en Santé Familiale en 1987. En 1995, après la conférence du Caire sur la population et le développement, la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing, les documents ont été révisés pour les adapter au concept de la santé de la reproduction y compris la survie de l'enfant. Une autre révision a été faite en 1999 pour prendre en compte l'approche genre et la santé de la reproduction des jeunes adultes.

Pour le Mali, la santé de la reproduction est un aspect fondamental de la vie et concerne chaque individu. Elle est le reflet de la santé au cours de l'enfance et de l'adolescence. Elle est essentielle pendant la période d'activité génitale et conditionne également la santé des hommes et des femmes à un âge plus avancé.

L'objectif final de la santé de la reproduction est de permettre à chacun de vivre une sexualité responsable et aussi une reproduction sans crainte conformément aux réalités socioculturelles du Mali. Cet état de fait requiert un changement d'attitude des prestataires, une meilleure coordination des interventions, une opérationnalisation efficace des activités en vue de l'amélioration de l'accès et la qualité des services.

Dans la pratique, il y a un besoin continu de se mettre à jour. En effet, l'élargissement du nombre des intervenants du fait d'un engagement politique plus fort et surtout l'évolution des connaissances justifient la révision périodique des politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction dans le but de garantir la qualité des prestations offertes.

De la dernière révision à nos jours, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées par le Mali et elles méritaient d'être intégrées dans les documents.

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, garant de la qualité des services, vient de réviser les politiques, normes et procédures avec l'appui de ses partenaires, comme outil de référence pour l'ensemble des prestataires.

Par conséquent, ces documents dynamiques doivent être largement diffusés et utilisés par tous les prestataires et gestionnaires de programme à tous les niveaux d'une manière adéquate afin d'offrir des services de qualité à la population malienne.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES


Monsieur Michel Hamala SIDIBE
Officier de l'Ordre National du Mali



REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales remercie les partenaires au développement :

- ❖ USAID
- ❖ OMS
- ❖ UNICEF
- ❖ UNFPA

pour leur appui technique, financier et matériel à l'élaboration et à l'utilisation des premiers documents de Normes et Procédures de SMI/PF ainsi qu'à la révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction au Mali.

Il remercie particulièrement l'UNICEF et l'OMS pour leur appui financier et technique à cette nouvelle révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction.

Il remercie l'USAID à travers IntraHealth, SSGI, PSI Mali, Measure/evaluation, HP+, KJK, HRH 2030 et d'autres partenaires : Marie Stopes Mali (MSI), ASDAP, AMPPF, et Groupe Pivot, pour leur assistance technique lors de la présente révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction.

Il remercie aussi toutes les coopérations bilatérales et multilatérales, pour leur appui technique et financier ayant permis l'organisation de l'atelier de validation des PNP/SR révisés.

Les remerciements vont également à toutes les personnes ressources du secteur public et des ONG pour les efforts fournis lors des révisions des dits documents.

Table des matières

PREFACE	i
REMERCIEMENTS	ii
ABRÉVIATIONS	v
INTRODUCTION	vi
GUIDE D'UTILISATION	ix
I. SURVIE DE L'ENFANT DE 0 A 5 ANS	1
A. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL DE COMPORTEMENT (CCSC)	2
B. SOINS AUX NOUVEAU-NÉS	2
1. Soins essentiels aux nouveau-nés dans les structures de santé.....	2
2. Soins simples aux nouveau-nés dans les ménages et communautés.....	4
3. Les pathologies du nouveau-né.....	7
C. SURVEILLANCE PREVENTIVE	18
1. Définition.....	18
2. Etapes de la surveillance préventive.....	18
3. Faire la promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)	
.....	33
4. Faire la vaccination	35
D. CONSULTATION CURATIVE	40
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).....	40
1. Nourrisson de la naissance à 2 mois.....	40
2. Enfant de 2 mois à 5 ans.....	46
II. FICHES TECHNIQUES	66
FICHE TECHNIQUE N° 1 - a : REANIMATION EN SALLE DE NAISSANCE.....	67
FICHE TECHNIQUE N° 1 - b : REANIMATION EN SALLE DE NAISSANCE.....	68
ALGORITHME DE LA REANIMATION.....	70
FICHE TECHNIQUE N° 1 – c : ASPIRATION DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES	
.....	71
FICHE TECHNIQUE N° 1 - d : VENTILATION AU MASQUE.....	72
FICHE TECHNIQUE N° 2 : EXAMEN SYSTEMATIQUE DU NOUVEAU – NE.....	73
FICHE TECHNIQUE N° 3 : PHOTOTHERAPIE.....	77
FICHE TECHNIQUE N° 4: RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION (Pour l'enfant	
malade et l'enfant en bonne santé).....	78
FICHE TECHNIQUE N° 5 : ALLAITEMENT EXCLUSIF.....	82
FICHE TECHNIQUE N° 6 : ALIMENTATION DE REMPLACEMENT DE L'ENFANT DE	
MERE SEROPOSITIVE.....	83
FICHE TECHNIQUE N° 7 : ALLAITEMENT EXCLUSIF D'UN ENFANT NE DE MERE	
SEROPOSITIVE.....	86
FICHE TECHNIQUE N° 8 : VACCINATION.....	87
FICHE TECHNIQUE N° 9 : TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES	
GRAVE CHEZ ENFANT AGE DE 2 MOIS A 5 ANS.....	89
FICHE TECHNIQUE N° 10 : TRAITER LA DIARRHEE A DOMICILE.....	91
FICHE TECHNIQUE N° 11 : TRAITER LES SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION	
AVEC UNE SOLUTION DE SRO.....	92
FICHE TECHNIQUE N° 12 : TRAITER RAPIDEMENT LA DESHYDRATATION SEVERE	
.....	93
FICHE TECHNIQUE N° 13 : TRAITER LA DIARRHEE PERSISTANTE SEVERE.....	94
FICHE TECHNIQUE N° 14 : DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DU PALUDISME.....	95
FICHE TECHNIQUE N° 15 : PRISE EN CHARGE DES CONVULSIONS.....	96
FICHE TECHNIQUE N° 16 : TRAITER LA ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUEE ..	97

FICHE TECHNIQUE N° 17 : APPRENDRE A LA MERE COMMENT ASSECHER L'OREILLE A L'AIDE D'UNE MECHE	98
FICHE TECHNIQUE N° 18 : DEPARASITAGE DES ENFANTS.....	99
FICHE TECHNIQUE N° 19 : PRISE EN CHARGE DE LA DREPANOCYTOSE	100
FICHE TECHNIQUE N° 20 : PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE PAR LA TECHNIQUE DE SUCCION PAR LA SONDE	101
Noter sur la fiche	102
FICHE TECHNIQUE N° 21 : PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION SEVERE SANS COMPLICATION	103
TRAITEMENT NUTRITIONNEL	103
TRAITEMENT MEDICAL SYSTEMATIQUE	104
➤ Aucun autre nutriment ni minéraux ne doivent être donné.....	104
Résumé du traitement systématique.....	104
FICHE TECHNIQUE N° 22 : CONSEILS A LA MERE POUR LE TRAITEMENT DE L'ENFANT MALADE A DOMICILE	105
FICHE TECHNIQUE N° 23 : DIAGNOSTIC ET CLASSIFICATION DU VIH ET DU SIDA CHEZ L'ENFANT.....	107
FICHE TECHNIQUE N° 24 : TRAITEMENT ARV	109
FICHE TECHNIQUE N° 25 : CHIMIOPROPYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE	111
FICHE TECHNIQUE N° 26 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE PNEUMONIE	112
FICHE TECHNIQUE N° 27 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE DIARRHEE PERSISTANTE	113
FICHE TECHNIQUE N° 28 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE DYSENTERIE.....	114
FICHE TECHNIQUE N° 29 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE PALUDISME SIMPLE .	115
FICHE TECHNIQUE N° 30 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE ROUGEOLE	116
FICHE TECHNIQUE N° 31 : SUIVI D'UN ENFANT ROUGEOLEUX AVEC COMPLICATIONS AUX YEUX OU A LA BOUCHE	117
FICHE TECHNIQUE N° 32 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE INFECTION DE L'OREILLE	118
FICHE TECHNIQUE N° 33 : SUIVI DES SOINS DU NOURRISSON MALADE	119
FICHE TECHNIQUE N° 34 : TABLEAU DE POSOLOGIE DES MEDICAMENTS POUR LES ENFANTS DE 2 MOIS A 5 ANS	121
FICHE TECHNIQUE N° 35 : MEDICAMENTS A ADMINISTRER AU CENTRE DE SANTE.....	126
FICHE TECHNIQUE N° 36 : TABLEAU DE POSOLOGIE DES MEDICAMENTS POUR LES NOURRISSONS DE LA NAISSANCE A 2 MOIS	129
III. ANNEXES	130
ANNEXE 1 : Examen physique du nouveau-né : Résultats normaux à vérifier.....	131
ANNEXE 2 : Examen physique du nouveau-né, résultats anormaux et actions.....	133
ANNEXE 3 : Tableau récapitulatif des soins au nouveau-né durant les 6 premières semaines.....	137
ANNEXE 4 : Âge d'apparition des dents	138
ANNEXE 5 : Promotion des pratiques familiales essentielles	139
ANNEXE 6 : Apprendre à la mère à donner les médicaments par voie orale à domicile	140
ANNEXE 7 : Evolution du poids, de la taille et du périmètre crânien du nourrisson.....	141
ANNEXE 8 : Utilisation de flacons de vaccins entamés (Déclaration OMS de politique générale)	143
ANNEXE 9 : Démonstration culinaire	144
ANNEXE 10 : Teneur en vitamine A de quelques aliments courants	146
ANNEXE 11 : Conseils sur l'allaitement maternel (Bonne position et bonne prise de sein).....	147
ANNEXE 12 : Conduite à tenir devant les effets secondaires des vaccins	149
ANNEXE 13 : Suivi de l'enfant né de mère VIH+ pendant les 18 premiers mois	151
GLOSSAIRE	156
FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	157
Liste des participants	159
BIBLIOGRAPHIE	163

ABRÉVIATIONS

AAS	Acide acétyle salicylique
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
BCG	Bacille de Calmet et Guérin
CPN	Consultation prénatale
CRP	C Réactive protéine
CSCCom	Centre de santé communautaire
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
GE	Goutte épaisse
IRA	Infections respiratoires aiguës
IST	Infection sexuellement transmissible
IV	Injection intramusculaire
LCR	Liquide céphalo-rachidien
Men. A	Méningitis A
NFS	Numération de la formule sanguine
PAG	Poids âge gestationnel
PB	Périmètre brachial
PC	Périmètre crânien
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCR	Protéine C réactive
PFE	Pratique familiale essentielle
POK	Parasite œuf kyste
Polio	Poliomyélite
PPN	Petit poids de naissance
RDV	Rendez-vous
SAT	Sérum antitétanique
SEC	Soins essentielles dans la communauté
SI	Santé infantile
SMK	Soins mère kangourou
SNSE	Stratégie nationale de survie de l'enfant
SRO	Sel de réhydratation orale
TDCI	Troubles dus à la carence en iode
TDR	Test de diagnostic rapide
URENI	Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive
VAD	Visite à domicile
VAR	Vaccin anti-rougeoleux
VAT	Vaccin anti-amalique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine.
VS	Vitesse de sédimentation

INTRODUCTION

Au Mali, la situation sanitaire et sociale est caractérisée par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés. Il en résulte des implications et conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescent(e)s/jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit.

Selon, EDSM-V : 2012 - 2013, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 56 pour 1000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale est de 35 pour 1 000 naissances vivantes.

Le taux de séroprévalence du VIH est de 1,1% dans la population générale. De façon générale, les femmes sont plus touchées que les hommes. La tranche d'âge la plus touchée est de 25 à 40 ans. Le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans est de 1,4% (EDSM-V : 2012 - 2013). Le taux de prévalence chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites PTME est de 0,52% (Rapport 2017 - DGSH/CSLS/MSHP). La couverture sanitaire est à 76% dans un rayon de 15 km (Annuaire du système local d'information sanitaire - 2017).

Cet état de fait est lié essentiellement à :

- ☞ l'insuffisance de couverture en infrastructures socio-sanitaires, dotées de moyens adéquats ;
- ☞ la faible accessibilité aux services de santé de qualité ;
- ☞ l'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels y compris les contraceptifs ;
- ☞ l'inadéquation de la gestion des ressources humaines et son insuffisance à couvrir les besoins ;
- ☞ des pratiques socioculturelles et des comportements néfastes à la santé des groupes vulnérables.

Aussi pour améliorer la situation sanitaire et sociale, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales tenant compte des importants acquis de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population procédera désormais à une approche globale du développement sanitaire et social dite approche programme dans le cadre de son nouveau plan décennal de développement sanitaire et social 2012 - 2023.

Dans le souci de fournir des prestations de qualité correspondant aux besoins prioritaires des populations, les documents de Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction ont été révisés et doivent servir de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants.

Ils doivent servir également de guide opérationnel au personnel socio-sanitaire dans l'offre du paquet minimum d'activités. Ils comprennent essentiellement deux parties :

- la Politique et les Normes de services ;
- les Procédures.

La Politique et les Normes de Services

La politique définit les missions de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité.

Les normes précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

Les documents de Politique et Normes sont destinés principalement aux décideurs, aux gestionnaires de services, aux superviseurs, aux responsables des ONG et associations intervenant dans le secteur public, para public, communautaire et privé pour leur permettre de mieux définir et organiser leurs interventions en matière de santé de la reproduction à différents niveaux.

Les Procédures

Elles décrivent les gestes logiques et chronologiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

Le but principal des procédures est d'aider les prestataires à offrir des services de qualité. Elles doivent alors être largement diffusées et constamment utilisées pour résoudre les problèmes de santé de la reproduction.

Les documents de procédures sont destinés à **tous les prestataires** des services de Santé de la Reproduction (relais, ASC, matrones, infirmiers, sages-femmes, techniciens d'hygiène, techniciens de laboratoire, techniciens et administrateurs sociaux, ingénieurs sanitaires et médecins). Ils seront également utilisés par les **formateurs, les superviseurs**, et ceux qui sont chargés de gérer et d'évaluer les programmes de santé de la reproduction.

Ces documents intègrent les éléments de la santé de la reproduction traduisant ainsi le souci de promouvoir la santé de la femme, de l'enfant, de l'adolescent(e) et du jeune, de l'adulte et les droits en matière de santé de la reproduction, notamment à travers les approches innovatrices.

Les procédures doivent être régulièrement « adaptées et mises à jour » afin qu'elles soient toujours utiles. Ces procédures sont élaborées pour préciser les activités, les tâches logiques et chronologiques requises pour l'exécution des services de santé de la reproduction à chaque niveau de la pyramide sanitaire en tenant compte des droits des clients.

Pour s'assurer que les procédures seront utilisées de manière efficace et pour faciliter leur accès aux prestataires, elles ont été élaborées en cinq (5) volumes selon les composantes des activités menées en SR :

- **VOLUME 1 : Composantes d'appui.**
 - Communication pour la promotion de la santé de la reproduction ;
 - Qualité des soins et services de la santé de la reproduction ;
 - Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte ;
 - Prévention des infections.

- **VOLUME 2 : Composantes communes.**
 - Planification familiale ;
 - IST/VIH et Sida/PTME ;
 - Genre et santé ;
 - Pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez la femme.

- **VOLUME 3 : Gravido-puerpuralité.**
 - Soins prénatals ;
 - Soins pernatals ;
 - Soins postnatals.

- **VOLUME 4 : Survie de l'enfant de 0 - 5 ans.**
 - Soins préventifs ;
 - Soins curatifs : PCIME.

- **VOLUME 5 : Santé des adolescent(e)s et des jeunes et santé sexuelle des hommes.**
 - Santé des adolescent(e)s et des jeunes (SAJ) ;
 - Santé sexuelle des hommes.

Dans ce volume, il n'y a pas eu de nouvelles approches et initiatives intégrées.

GUIDE D'UTILISATION

Ces **procédures** indiquent les étapes et les gestes cliniques nécessaires à suivre pour l'offre des services de qualité en matière de santé de la reproduction au Mali. Elles découlent de la politique et des normes des services définies par le Ministère en charge de la Santé.

Chaque volume comprend :

- Une introduction ;
- Un guide d'utilisation ;
- Les procédures de santé de la reproduction et ses différentes sections ;
- Les annexes ;
- Un glossaire.

Les différentes parties des procédures sont rédigées sous forme de :

- **Succession de gestes logiques à suivre** par le prestataire de service dans la prise en charge des patients ;
- **Description de la prise en charge** des pathologies ou complications par niveau ;
- **Fiches techniques** ;
- **Algorithmes.**

L'application de ces procédures doit tenir compte du niveau de compétence du prestataire et du niveau de la structure socio sanitaire où celui-ci exerce.

La prise en charge des pathologies et de leurs complications est décrite par niveau de structure.

Certaines parties de ces procédures sont élaborées sous forme d'algorithmes ou d'arbres de décision ou encore d'ordinogrammes.

L'algorithme est la représentation graphique d'un raisonnement systématique, étape par étape, à partir d'un problème donné, jusqu'à l'aboutissement à une ou plusieurs solutions et ce, dans le but de standardiser le diagnostic et le traitement des patients pour toutes sortes d'affections.

Le principe des algorithmes est fonctionnel surtout lorsque les problèmes abordés sont simples ou lorsque les moyens d'action sont limités par manque de ressources : manque de temps, manque d'infrastructure ou de compétences.

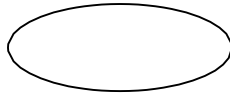
A chaque étape, un éventail d'options est proposé et les niveaux de décision sont identifiés.

Les algorithmes ont été conçus pour être clairs, faciles à comprendre et faciles à utiliser. C'est pourquoi ils se composent de figures géométriques.

Ces figures géométriques varient selon qu'elles représentent un problème clinique identifié, des signes et symptômes, une prise de décision ou une action à adopter.

Chaque algorithme fonctionne selon les étapes suivantes :

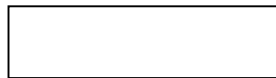
- L'**identification du problème clinique** représentée par une ELLIPSE



- La **recherche des signes et/ou symptômes qui se manifestent chez le patient**, représentés par un PRISME



- La **prise de décision et l'adoption d'une action thérapeutique**, représentées par un RECTANGLE



N.B : Les algorithmes doivent être lus de haut en bas et généralement de gauche à droite.

L'utilisateur devra lire attentivement ces procédures afin de se familiariser avec les différents gestes et procédés cliniques qui y sont décrits. Ces documents permettront aux prestataires, aux formateurs, aux superviseurs d'harmoniser leurs prestations et d'améliorer la qualité des services.

Les procédures seront mises à jour périodiquement, afin que les étapes et gestes décrits soient toujours valides. Les utilisateurs devront signaler aux superviseurs et aux autorités médicales régionales et nationales les procédés à réviser.

I. SURVIE DE L'ENFANT DE 0 A 5 ANS

A. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL DE COMPORTEMENT (CCSC)

([Cf. Volume 1](#))

B. SOINS AUX NOUVEAU-NÉS

1. Soins essentiels aux nouveau-nés dans les structures de santé

Les soins essentiels au nouveau-né après la naissance sont l'ensemble des gestes et actes à effectuer chez lui au moment de la naissance jusqu'à 28 jours de vie, pour optimiser sa survie.

La **période néonatale** s'étend de la **naissance au 28^{ème} jour de vie** et est répartie en :

- Période néonatale précoce : les sept premiers jours de la vie ;
- Période néonatale tardive : du 8^{ème} au 28^{ème} jour.

Les soins essentiels comprennent :

- Les soins immédiats à la naissance ([cf. Volume 3](#)) ;
- Les autres Soins à donner au nouveau-né.

1.1. Soins immédiats à la naissance

Pour le nouveau-né qui crie et qui respire bien, suivez les étapes ci-dessous pour donner les soins ([cf. Volume 3](#)).

1.2. Soins au nouveau-né au cours des six premières heures

Il est important que les accouchées soient gardées dans la structure de santé au moins 24 heures après l'accouchement. Évaluez chaque heure pendant les six premières heures de la vie (éléments à surveiller) :

- a. La **respiration** : Le nouveau-né normal respire 30 - 60 fois par minute sans geignement, sans tirage de la poitrine.
- b. La **coloration** : Le nouveau-né normal a une coloration rose ou rouge.
- c. La **température** : Prendre la température axillaire. Elle ne doit pas être inférieure à 36°5 ni supérieure à 37°5.
- d. Le **cordon ombilical** : Au fur et à mesure que le cordon sèche, la ligature peut se détacher et favoriser le saignement du cordon. Si la ligature du cordon se détache, faites une nouvelle ligature plus serrée avec un nouveau fil.
- e. L'**allaitement maternel** : Vérifier auprès de la mère la pratique de l'allaitement et l'efficacité de la tétée.
- f. Les **selles** et les **urines** : Vérifier l'émission du méconium et des urines.
- g. Vérifier les autres **signes de danger (convulsion, léthargie, cris cérébraux...)**.
- h. Faites le **premier examen physique**.

Bien qu'une évaluation rapide des signes vitaux et des signes de danger soit indiquée à la naissance puis périodiquement, un examen systématique du nouveau-né doit être pratiqué comme indiqué ci – dessous :

➤ **Objectif de l'examen**

- Vérifier que le nouveau-né est en bonne santé, bien adapté à la vie extra – utérine.
- Dépister chez le nouveau-né des problèmes de santé pouvant être pris en charge (difficultés respiratoire, malformations...).

➤ **Quand faire l'examen ?**

Le plus tôt possible après la naissance, mais attendre que le nouveau-né soit en mesure de garder une température corporelle normale de 36,5 – 37,5 ° C.

Cet examen devra être répété tous les jours dans la formation sanitaire, le jour de la sortie et au cours des visites post – natales.

➤ **Où faire l'examen ?**

Faites l'examen du nouveau-né dans un environnement propre et chaud. Limitez le temps pendant lequel le nouveau-né est découvert pour éviter le refroidissement. Si vous examinez le nouveau-né sur une surface différente (table ou lit), assurez-vous que le tissu qui recouvre la surface est propre, sec et chaud si possible.

➤ **Examen physique du nouveau-né**

Il s'agit d'un examen systématique des différentes parties du nouveau –né de la tête aux pieds qui devra apprécier les signes de danger ([Voir Fiche technique n°2](#)).

1.3. Soins au nouveau-né de six heures à 28 jours de vie

Donner un bain au nouveau-né à partir de la 6^{ème} heure de vie, si la mère n'est pas positive au VIH et/ou à l'hépatite B, en évitant de le refroidir.

Les autres soins consistent à surveiller :

- La température ;
- Le sommeil ;
- L'affection ;
- La protection contre les infections ;
- Le bain ;
- Les soins du cordon ombilical ;
- Les vaccinations ;
- L'allaitement maternel ;
- La protection *et la sécurité*.

Enregistrer les données dans les dossiers et registres.

1.4. Problèmes particuliers et éléments de surveillance des visites périodiques

Au moins trois visites supplémentaires sont recommandées pour tous les nouveau-nés :

- 1^{ère} visite : entre le 2^{ème} et le 3^{ème} jour.
- 2^{ème} visite : entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour.
- 3^{ème} visite : vers le 28^{ème} jour de vie.

DATE	PROBLEMES PARTICULIERS	ELEMENTS DE SURVEILLANCE
1^{ère} Visite <i>Entre 2^{ème} et 3^{ème} jour</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problèmes d'adaptation à la vie extra utérine. ✓ Malformations évidentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Signes de danger. ✓ Maintien de la température. ✓ Urines (avant la 48^{ème} heure). ✓ Selles (avant la 24^{ème} heure). ✓ Allaitement.
2^{ème} Visite <i>Entre 7^{ème} et 14^{ème} jour</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problèmes d'infection, d'ictère et de croissance. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Signes de danger. ✓ Ictère. ✓ Poids (la perte pondérale ne doit pas dépasser 10%). ✓ Allaitement. ✓ Aspect de l'ombilic.
3^{ème} Visite <i>Vers le 28^{ème} jour de vie</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problèmes d'adaptation à l'environnement. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Signes de danger. ✓ Problèmes mineurs. ✓ Allaitement. ✓ Poids (gain pondéral 25 à 30 g/jour à partir du 10^{ème} jour). ✓ Vaccinations.

1.5. Les signes de dangers chez le nouveau-né

- Incapable de téter ;
- Vomit tout ce qu'il consomme ;
- Ballonnement abdominal ;
- Convulsions ;
- Léthargie (bouge seulement quand il est stimulé) ;
- Coma (ne bouge pas même après stimulation) ;
- Poids inférieur à 2 500 g ;
- Hypothermie (refroidissement) ;
- Fièvre ;
- Tirage sous costal marqué ;
- Geignements, battement des ailes du nez ;
- Respiration rapide ;
- Ictère sévère (jaunisse au corps/plantes des pieds) ;
- Saignement.

Ils doivent être recherchés chez tout nouveau-né et lors de chaque visite ([Voir Fiche technique n° 2](#)).

2. Soins simples aux nouveau-nés dans les ménages et communautés

Les soins simples aux nouveau-nés en milieu communautaire constituent une stratégie globale visant à améliorer la santé et la survie des nouveau-nés immédiatement après la naissance. Ces soins prodigués par les ASC commencent par la constitution du répertoire des femmes enceintes et nouvelles accouchées vivant dans le village en collaboration avec le relais.

Les étapes des soins simples au nouveau-né comprennent :

- Le maintien de la température du nouveau-né : maintenir au chaud pendant les saisons froides et l'habiller léger (en privilégiant les habits en coton) pendant la période de haute chaleur ;
- Le retard du premier bain (pas avant la 6^{ème} heure) ;
- La mise au sein précoce (dans les 30 mn qui suivent l'accouchement) ;
- La promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- La préservation de l'hygiène autour du nouveau-né ([cf. Annexe 5](#)) ;
- La visite à domicile (VAD).

Les VAD ont pour but d'inciter la famille à adopter des pratiques favorables à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Des VAD en dehors des soins simples au nouveau-né sont assurées mensuellement au niveau des ménages par les relais pour la promotion des 13 pratiques essentielles adoptées par le Mali ([cf. Annexe n° 5](#)).

Tâches à faire par l'ASC lors des visites à domicile (VAD) :

l'ASC doit :

➤ **Informier et donner des conseils sur :**

- L'importance de la CPN ;
- La vaccination de la femme enceinte et de l'enfant ;
- La supplémentation en micronutriments (fer acide folique, iode..) et le déparasitage (Albendazole/Mébéndazole) ;
- La promotion de la consommation des aliments locaux riches en vitamine A, fer, zinc et/ou fortifiés ;
- La prévention du paludisme (dormir sous moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée, désherber l'entourage immédiat et assécher les eaux stagnantes...) ;
- L'alimentation de la femme enceinte et de la mère allaitante ;
- La prévention de la transmission mère enfant des IST/VIH et sida ;
- Les signes de danger chez la mère et le nouveau-né ainsi que les éléments à surveiller à domicile chez ce dernier ;
- Le recours précoce aux soins en cas de signe de danger ;
- La consultation post natale ;
- La planification familiale ;
- Le développement et la stimulation psychomotrice et cognitive de l'enfant ;
- L'enregistrement de l'enfant à la naissance ;
- L'allaitement maternel exclusif ;
- L'alimentation de complément à partir de 6 mois ;
- L'alimentation de l'enfant malade ;
- Le lavage des mains au savon aux moments critiques ;
- La consommation de l'eau potable ;
- L'hygiène alimentaire ;
- Le maintien de la température ;
- La protection et la sécurité.

➤ **Rechercher les signes de danger et organiser la référence.**

➤ **Peser les nouveaux nés et recenser ceux qui ont un faible poids de naissance.**

Périodicité de la VAD de l'ASC après l'accouchement :

- Dans les 24 heures après l'accouchement ;
- Jour 2 ;
- Jour 5 ;
- Jour 7 à jour 14, faire une visite ;
- Jour 15 à jour 28, faire une visite.

Les signes de danger chez le nouveau-né :

L'ASC lors de chaque visite de suivi doit utiliser la fiche de dépistage pour identifier chez le nouveau-né des signes de danger :

- Difficultés de téter ou ne tète pas ;
- Incapable de téter ;
- Ne peut pas être réveillé pour téter ou ne reste pas éveillé assez longtemps pour téter et vider le sein ;
- Tête mais ne semble pas satisfait ;
- Problèmes de respiration ;
- La respiration est plus rapide (plus de 60 mouvements par minute) ;
- Le bébé émet des geignements avec la respiration ;
- Il y a un tirage sous costal marqué ;
- La couleur de la peau est bleuâtre ou blanche ;
- Convulsions ou antécédent de convulsion :
 - Le bébé peut avoir des secousses au niveau des membres et/ou clignotements des yeux et/ou mâchonnements ;
 - Le bébé peut devenir rigide.
- Fièvre : Le corps (l'abdomen ou le dos) est chaud au toucher par rapport à une personne qui se porte bien ou la température axillaire est élevée (> 37,5° C).
- Hypothermie : le corps (l'abdomen ou le dos) est froid au toucher par rapport à une personne qui se porte bien ou la température axillaire est moins de 36,5°C.
- Saignement du cordon ou par l'anus : le nouveau-né n'a pas beaucoup de sang, donc la perte d'une petite quantité est néfaste à sa santé.
- Ictère sévère :
 - La coloration jaune de la peau/des yeux qui commence avant 2 jours de vie ou qui dure plus de 10 jours ;
 - La coloration jaune de la peau qui s'étend à la paume des mains et la plante des pieds.
- Diarrhée : Beaucoup de selles liquides comme de l'eau.
- Vomissements persistants/ballonnement abdominal.
Le vomissement est dangereux lorsque de grandes quantités de liquides sont perdues ou quand l'abdomen est ballonné.
- Infections du cordon, des yeux, ou de la peau (gonflement, écoulement, rougeur) : ces infections peuvent affaiblir l'organisme du bébé et causer la mort.
- Le bébé dort trop et ne se réveille pas (sommolence/inconscience).
- Impossibilité d'uriner ou d'émettre des selles : cela peut entraîner de sérieux problèmes à sa santé.

En présence d'un seul de ces signes, l'enfant doit être amené immédiatement au centre de santé le plus proche.

Les signes de danger chez la mère :

- Les hémorragies du post partum (saignement après l'accouchement) ;
- Les convulsions (éclampsie) ;
- Les fortes fièvres (hyperthermie).

Devant un seul signe de danger l'ASC doit informer l'époux/les membres de la famille et organiser la référence.

3. Les pathologies du nouveau-né

3.1. Asphyxie du nouveau-né
(Cf. [Volume 3, soins périnataux](#))

3.2. Autres problèmes du nouveau-né***3.2.1. Infections néonatales ou Sepsis néonatal :***

Les maladies spécifiques telles que la septicémie, la méningite, la pneumonie et la diarrhée sévère sont difficiles à diagnostiquer chez le nouveau-né : elles sont désignées par le terme générique de « sepsis » en santé publique.

a. Définition :

Le sepsis néonatal est une infection qui affecte l'ensemble du corps du nouveau-né. Elle peut se situer dans le sang (septicémie) ou dans un ou plusieurs organes du corps.

b. Signes :

- Premiers symptômes vagues et parfois difficiles à reconnaître : simple impression visuelle que le nouveau-né ne se porte pas bien, d'une "grimace" du bébé.
- Convulsions.
- Incapable de s'alimenter.
- Respiration rapide (60 mouvements respiratoires par minute ou plus).
- Tirage sous costal marqué.
- Geignement expiratoire.
- Fièvre 38° C ou plus.
- Hypothermie (en-dessous de 35.5° C).
- Bouge seulement après avoir été stimulé ou ne bouge pas même après avoir été stimulé.

Les signes de danger constituent les meilleurs signes d'appel du sepsis néonatal.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référent vers le CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose pré transfert d'antibiotique en IM : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilline 100 mg/kg en une dose unique ; ○ Gentamicine 7,5 mg/kg en une dose unique. • Référent. • Maintenir le nouveau-né au chaud pendant le transport.
<i>Hôpital de District</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilline 100 mg/kg/jour divisée en 2 doses (50 mg/kg toutes les 12 h). ○ Gentamicine 7,5 mg/kg en une dose unique toutes les 24 h. <li style="text-align: center;"><u>OU</u> ○ Ceftriaxone 100 mg/kg/jour plus gentamicine 5 mg/kg/jour en une dose unique toutes les 24 h. • Ventilation/oxygénation. • Bilan.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district • Autre Bilan.

➤ INFECTION OMBILICALE LOCALE

a. Définition :

C'est une infection localisée autour du bout du cordon ombilical ou du nombril après la chute du cordon.

b. Signes :

- Bout du cordon humide.
- Ecoulement : clair ou purulent.
- Peau enflammée (rouge, enflée) autour du nombril.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référent vers le CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et les sécher avec une serviette propre et individuelle ou à l'air libre. • Nettoyer doucement le pus et les croûtes avec de l'eau et du savon. • Sécher la zone avec un linge propre.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer du violet de gentiane à 0,5%, ou bleu de méthylène ou éosine aqueuse à 2% ou bétadine dermique. • Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et les sécher avec une serviette propre et individuelle ou à l'air libre. • Apprendre à la mère à faire ces soins 3 fois par jour pendant trois jours. • Conseiller à la mère de chercher immédiatement les soins médicaux si le nouveau-né a un signe de danger, ou si la zone autour de l'ombilic devient rouge et/ou dure.
Hôpital de District	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CSCom. • Bilan étiologique si possible. • Traitement étiologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Bilan étiologique. • Traitement étiologique.

Dans certaines régions, l'application de substances locales sur le bout du cordon fait partie des pratiques traditionnelles. Il doit être expliqué à la mère et à la famille qu'elle peut causer le tétanos ou l'infection du sang et provoquer à terme la mort de l'enfant.

N.B : Attention !

La présence d'un bourgeon peut retarder la cicatrisation de l'ombilic, il se traite par application de nitrate d'argent en prenant soins de ne pas toucher la peau au tour.

➤ **INFECTION DE LA PEAU**

a. Définition :

L'infection de la peau est une infection localisée au niveau de la peau

b. Signes :

L'infection de la peau se manifeste par la présence de petites pustules (ampoules remplies de pus) ou un décollement de la peau laissant les tissus sous-jacents à vif.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référent vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et les sécher avec une serviette propre et individuelle ou à l'air libre. • Appliquer du violet de gentiane à 0,5%, ou bleu de méthylène ou éosine aqueuse à 2% ou bétadine dermique sur les pustules ou la plaie.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et les sécher avec une serviette propre et individuelle ou à l'air libre. • Apprendre à la mère à faire ces soins 3 fois par jour pendant trois jours. • Conseiller à la mère de chercher immédiatement les soins médicaux si le nouveau-né a un signe de danger.
Hôpital de District	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CSCom. • Bilan étiologique si possible. • Traitement étiologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Bilan étiologique. • Traitement étiologique.

➤ INFECTION DES YEUX

a. Définition :

Une infection des yeux est une infection de la conjonctive des yeux.

b. Signes :

Les paupières gonflent, deviennent rouges et il y a écoulement de liquide ou de pus.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référent vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer les deux yeux, 3 fois par jour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Se laver les mains. ○ Demander à l'enfant de fermer les yeux si possible. ○ Essuyer doucement le pus à l'aide d'un tissu propre et humide. • Ensuite, appliquer la pommade à la tétracycline dans les deux yeux, 3 fois par jour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Demander à l'enfant de regarder vers le haut si possible. ○ Appliquer une petite quantité de pommade à l'intérieur de la paupière inférieure. ○ Se laver les mains à nouveau. • Traiter jusqu'à ce que la rougeur disparaisse. • Ne pas utiliser d'autre pommade ou collyre. • Ne rien mettre d'autre dans les yeux.
Hôpital de District	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation ophtalmologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district, • Traitement étiologique.

➤ MUGUET

a. Définition :

Le muguet est une infection de la bouche causée par un champignon dont le plus commun est appelé « Candida albicans ».

b. Signes :

Sur la langue, le muguet forme une couche épaisse blanche alors qu'à l'intérieur des joues il ressemble à du lait caillé. Les plaques blanches du muguet ne peuvent pas être enlevées.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référer vers le CSCCom.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer comment et pourquoi le traitement est administré. • Observer la mère pendant qu'elle donne le premier traitement au centre de santé. • Dire de donner le traitement deux fois par jour. Elle doit revenir au centre si l'infection s'aggrave. • Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et les sécher avec une serviette propre et individuelle ou à l'air libre. • Nettoyer la bouche avec un tissu propre et doux enroulé autour du doigt et mouillé avec de l'eau salée (1 litre d'eau potable + 1 cuillère à café de sel). • Badigeonner la bouche au violet de gentiane 1% ou bleu de méthylène ou solution de bicarbonate de sodium (1 cuillère à soupe dans 1 litre d'eau potable). • Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et les sécher avec une serviette propre et individuelle ou à l'air libre. • Apprendre à la mère à faire ces soins 3 fois par jour pendant trois jours. <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <p>Donner la nystatine par voie orale (Suspension 100 000 UI/ml) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner 4 fois par jour 1 ml. • Poursuivre le traitement pendant 7 jours. • Conseiller à la mère de chercher immédiatement les soins médicaux si le nouveau-né a un signe de danger.
Hôpital de District	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CSCCom. • Bilan étiologique si possible. • Traitement étiologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Bilan étiologique. • Traitement étiologique.

3.2.2. Ictère sévère :

a. Définition :

Lorsque le niveau de bilirubine dans le sang est trop élevé, il y a ictère sévère.

b. Signes :

Il se manifeste par une coloration jaune de la peau/des yeux, débutant avant le 2^{ème} jour, pour durer plus de 10 jours et s'étendre à tout le corps, y compris la paume des mains et la plante des pieds.

N.B : La santé du nouveau-né n'est pas affectée par l'ictère simple qui apparaît le 2^{ème} jour et disparaît naturellement autour du 8^{ème} jour.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référer vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un examen physique complet du nouveau-né. • Faire le dosage de la bilirubine libre et conjuguée. • Traiter si la bilirubine est élevée (gardéнал, photothérapie) et antibiothérapie si infection. • Référer si la bilirubine est très élevée.
<i>Hôpital de District</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CSCom. • Bilan à la recherche d'autres causes. • Faire le traitement des causes. • Référer au besoin.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Exsanguino-transfusion au besoin.

3.2.3. Diarrhée :

a. Définition :

La diarrhée est définie par l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides en 24 heures.

La consistance des selles (liquides comme de l'eau) est plus importante que le nombre de selles émises.

b. Signes :

- Consistance des selles : molle ou liquide.
- Signes de déshydratation :
 - Yeux Enfoncés ;
 - Agité, irritable/léthargique, inconscient ;
 - Persistance du pli cutané (Pincez la peau de l'abdomen et laissez-la, le pli formé tarde à disparaître).

c. Classification de la déshydratation :

⇒ **Pas de déshydratation** : Pas assez de signes pour classer signes évidents de déshydratation ou déshydratation sévère.

⇒ **Signes évidents de déshydratation** (deux ou plus des signes suivants) :

- Les yeux enfoncés.
- Le nouveau-né est agité et irritable.
- Le pli cutané s'efface lentement (moins de 2 secondes).

⇒ **Déshydratation sévère** (deux ou plus des signes suivants) :

- Léthargique ou inconscient ;
- Les yeux enfoncés ;
- Le pli cutané s'efface très lentement (plus de 2 secondes).

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile Plan A (Voir Fiche technique n° 4) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner davantage de liquides ; ○ Continuer l'alimentation ; ○ Donner des suppléments de zinc ; ○ Quand revenir. • Orienter /référer vers le CSCom si pas d'amélioration ou aggravation.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile : Plan A (Voir Fiche technique n° 9) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner davantage de liquides ; ○ Continuer l'alimentation ; ○ Donner des suppléments de zinc ; ○ Quand revenir. • Traiter les signes évidents de déshydratation avec la SRO osmolarité réduite + du Zinc : Plan B (Voir fiche technique N° 10). • Traiter rapidement la déshydratation sévère : Plan C (Voir fiche technique N° 11). • Référer au besoin.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CSCom. • Bilan étiologique si possible. • Traitement étiologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Bilan étiologique. • Traitement étiologique.

3.2.4. Saignement du cordon ombilical :

a. Définition :

Le saignement du cordon ombilical est une perte de sang au niveau du cordon, C'est un problème du premier jour de vie. La ligature ou le clamp du cordon peut se desserrer à mesure que le cordon commence à sécher.

b. Signes :

- Saignement au niveau du cordon ombilical.
- Autres signes pouvant être associés au saignement :
 - Pâleur (mains et plantes des pieds) ;
 - Léthargie ;
 - Respiration rapide.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents. • Faire une nouvelle ligature bien serrée. • Référer immédiatement à une formation sanitaire appropriée. • En cours de route regarder le cordon toutes les 15 minutes pour s'assurer qu'il n'y a plus de saignement.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une nouvelle ligature bien serrée. • Regarder le cordon toutes les 15 minutes pendant 2 heures pour s'assurer qu'il n'y a plus de saignement. • Conseiller la mère d'observer tout autre signe de danger. • Faire le taux d'hémoglobine. • Référer au besoin.
Hôpital de District	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CSCCom. • Assurer la prise en charge en cas d'anémie.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Bilan. • Traiter la cause.

3.2.5. Convulsions du nouveau-né :

a. Définition :

Contractions musculaires involontaires, toniques ou cloniques souvent accompagnées de troubles de la conscience ; souvent plafonnement du regard avec hypotonie.

b. Signes :

- Contractions musculaires ;
- Troubles de la conscience ;
- Plafonnement du regard.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter/réfé rer vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la mère/parents. • Faire du diazépam : 0,5 mg en intra rectal ou en intra musculaire. <p>Si fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire la première dose d'antibiotique (Ampicilline et gentamicine) et d'antipyrétique. • Réfé rer.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la mère/parents. • Faire du diazépam 0,5 mg/kg en intra rectal ou en IM. <p>Si fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilline 200 mg/kg/jour en IV pendant 5 jours puis prendre le relais avec Amoxicilline 100 mg/kg pendant 5 jours. ○ Gentamicine 3-5mg/kg/jour en IM pendant 3 jours. • Faire prélè vements pour la glycémie. <p>Si hypoglycémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner à boire le sérum glucosé 5% si possible. <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une perfusion de sérum glucosé 10% 60 ml/kg) après avoir fait 2 ml/kg en IVL. <p>Si hypocalcémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre 2 à 3 ml/kg de gluconate de calcium dans la perfusion de sérum glucosé 10%. <p>Si amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfé rer.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district. • Demander les examens complémentaires (Ionogramme sanguin, examen du LCR, NFS, C Réactive Protéine (CRP), Echographie transfontanellaire). • Assurer la prise en charge spécifique.

3.2.6. Tétanos néonatal :

a. Définition :

C'est une infection due à une endospore : clostridium tétani.

b. Signes :

- Le Trismus (contracture des muscles masséters empêchant l'ouverture de la bouche).
- Contractures généralisées ;
- Spasmes toniques et cloniques (spontanés ou provoqués par les bruits, la lumière et le toucher) au niveau du visage, du cou et du tronc ;
- Dos arcqué.

c. Gestes d'urgence :

- Isoler le nouveau-né ;
- Eviter les stimulations extérieures.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter/référent.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la mère/parents. • Faire Diazépam : 0,5 mg en injection intra rectale ou IM. • Référent.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la mère/parents. • Isoler l'enfant. • Placer une sonde naso-gastrique. • Faire Diazépam 6 mg/kg/répartis sur 24 heures : <ul style="list-style-type: none"> ○ par la sonde nasogastrique à raison de 1 mg/kg toutes les 4 heures dilué dans 3 CC de sérum glucosé isotonique ; <li style="text-align: center;">OU ○ en perfusion continue dilué dans du sérum glucosé isotonique. • Administrer amoxicilline : 100 mg/kg/24 heures par la sonde nasogastrique. • Soins adéquats de la porte d'entrée. • Administrer ½ dose de SAT en sous cutané. • Référent.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district. • Assurer la prise en charge spécifique.

3.2.7. Malformations néonatales graves :

a. Définition :

Toute anomalie mettant en danger la vie du nouveau-né.

b. Quelques exemples de malformations :

AFFECTIONS	SIGNES	CONDUITE A TENIR
Syndrome de Pierre Robin	<ul style="list-style-type: none"> • Maxillaire inférieur petit, en retrait. • Défaut de fermeture du palais. • Bascule de la langue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une canule de Mayo. • Mettre en position couchée à plat ventre. • Alimenter à la cuillère si possible, sinon par gavage • Référer.
Fente labio palatine	<ul style="list-style-type: none"> • Fente uni ou bilatérale de la lèvre supérieure avec défaut de fermeture du palais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une sonde bucco- gastrique. • Alimenter à la cuillère si possible, sinon par gavage. • Référer.
Omphalocèle	<ul style="list-style-type: none"> • Tuméfaction laissant voir les viscères par transparence. • Implantation basse du cordon. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter l'infection par la mise en place d'un champ stérile. • Lutter contre l'hypothermie (couveuse si possible). • Mettre en place une sonde d'aspiration. • Référer.
Laparoschisis	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de paroi latérale. • Anses intestinales extériorisées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre des compresses humides. • Référer.
Extrophie vésicale	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de paroi inférieure. • Vessie extériorisée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre des compresses humides. • Référer.
Imperforation anale	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de trou anal. • Prise de la température rectale impossible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proscrire l'alimentation par voie orale. • Aspirer le contenu gastrique. • Perfuser. • Référer.
Spina bifida	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de fermeture de la colonne vertébrale avec tumeur molle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre un pansement stérile. • Mettre en position couchée à plat ventre. • Référer.

C. SURVEILLANCE PREVENTIVE

1. Définition

La surveillance préventive de l'enfant consiste à recueillir des informations régulières sur la croissance, le développement psychomoteur, le statut vaccinal et l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans en vue de prendre des décisions pour améliorer ou maintenir leur santé.

2. Etapes de la surveillance préventive

2.1. Accueillir

- Saluer la maman ou l'accompagnant(e) ;
- Se présenter ;
- Inviter la maman ou l'accompagnant(e) de façon aimable à s'asseoir suivant l'ordre d'arrivée ;
- Demander le motif de la visite ;
- Informer sur le déroulement de la visite.

2.2. Interroger/Enregistrer

- Demander :
 - Le nom et le prénom de l'enfant ;
 - L'âge, le lieu de naissance et le sexe de l'enfant ;
 - L'adresse des parents ;
 - Les antécédents :
 - ✓ L'histoire de la grossesse ;
 - ✓ Le mode d'accouchement ;
 - ✓ L'état de l'enfant à la naissance ;
 - ✓ Le rang dans la fratrie ;
 - ✓ Médicaux et chirurgicaux.
 - Si l'enfant prend des médicaments (si oui, préciser).

2.3. Surveiller la croissance

a. Peser :

Pour peser les enfants, il est recommandé d'utiliser une balance ayant les caractéristiques suivantes :

- Solide et résistante ;
- Electronique (lecture numérique) ;
- Capacité de 150 kg ;
- Précision de 0,1 kg (100 g) ;
- Dotée de la fonction tare :
 - Tarer la balance si elle n'est pas automatique ;
 - Déshabiller l'enfant ;

- Installer l'enfant sur la balance :
 - ✓ Coucher sur le pèse-bébé (0-6 mois) ;
 - ✓ Assoir sur le pèse-bébé (6 mois – 2 ans) ;
 - ✓ Faire arrêter sur la balance (2 à 5 ans).

N.B : Tenir dans les bras de sa maman sur le pèse personne si nécessaire.

- Ajuster le curseur jusqu'à ce que l'aiguille soit en équilibre (si la balance n'est pas automatique) ;
- Lire le chiffre correspondant au poids ;
- Reporter le résultat sur la courbe de croissance (Z score OMS) et apprécier son évolution (*cf. Annexe n° 7*) ;
- Marquer le poids sur le carnet de l'enfant, le registre et les fiches opérationnelles ;
- Informer la mère du résultat ;
- Rhabiller l'enfant ;
- Nettoyer la balance ;
- Se laver les mains.

b. Mesurer :

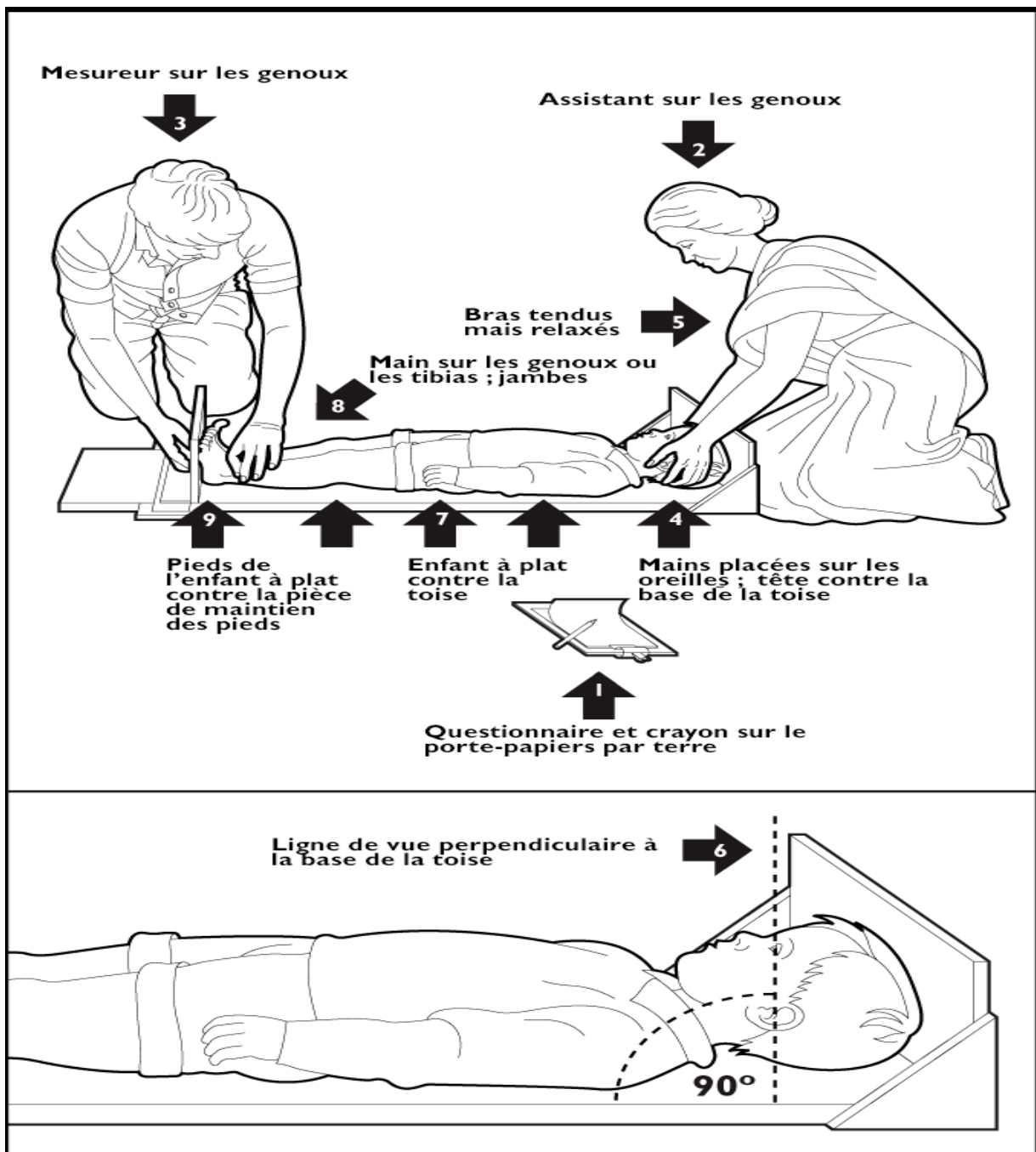
Prendre la taille couchée et debout :

➤ **Pour les enfants de moins de 2 ans :**

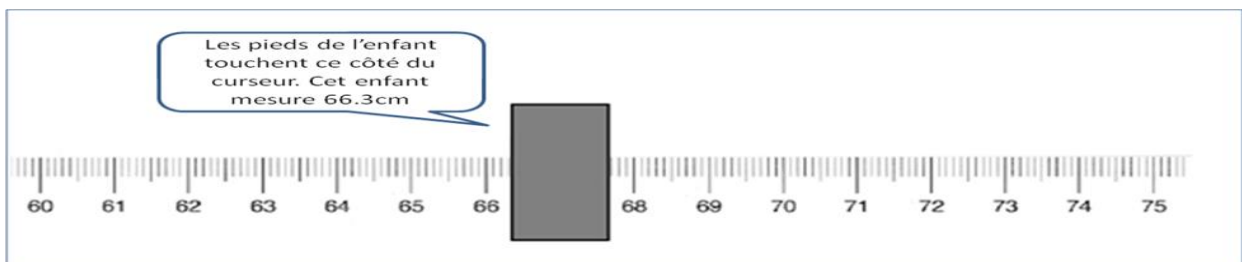
- La toise est posée à plat sur le sol. On allonge l'enfant au milieu de la toise avec l'aide de la mère, les pieds du côté du curseur.
- L'assistant tient la tête de l'enfant entre ses mains au niveau des oreilles et la maintient bien en place contre la partie fixe de la toise, les cheveux de l'enfant doivent être comprimés. L'enfant regarde droit devant lui.
- Le mesureur place ses mains au-dessus des chevilles de l'enfant, allonge doucement les jambes et place une main sur les cuisses de l'enfant pour l'empêcher de plier les jambes.
- En maintenant bien les jambes, il pousse fermement le curseur à plat contre la plante des pieds de l'enfant.
- Pour lire la mesure, le curseur doit être perpendiculaire à l'axe de la toise et vertical.
- Il effectue alors la lecture à 0,1 cm près. Le reste des procédures d'enregistrement est similaire à la mesure en position debout.

MESURE DE LA LONGUEUR DE L'ENFANT

➤ Taille couchée pour les nourrissons et les enfants de 0 à 23 mois :

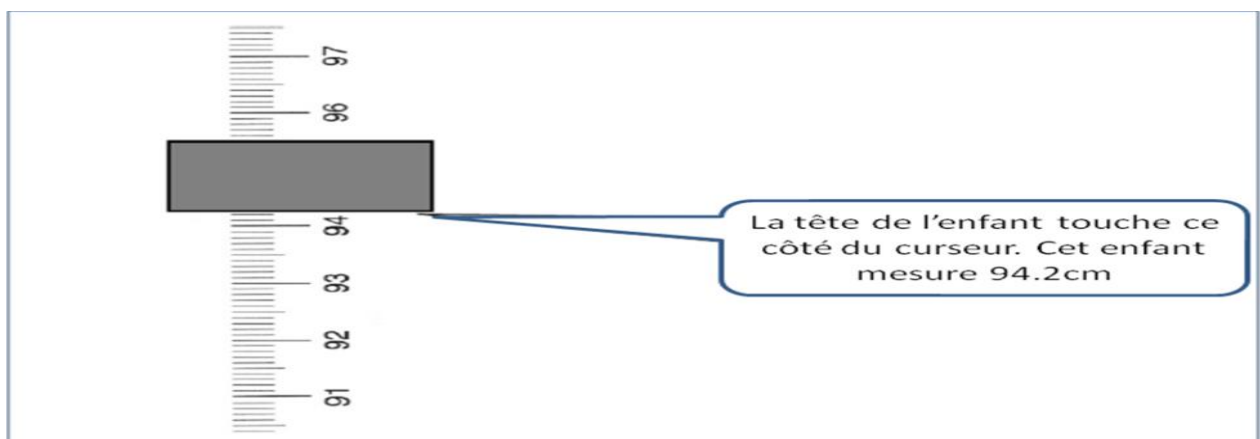


Source : How to Weigh and Measure Children : Assessing the Nutritional Status of Young Children, Nations Unies, 1986.



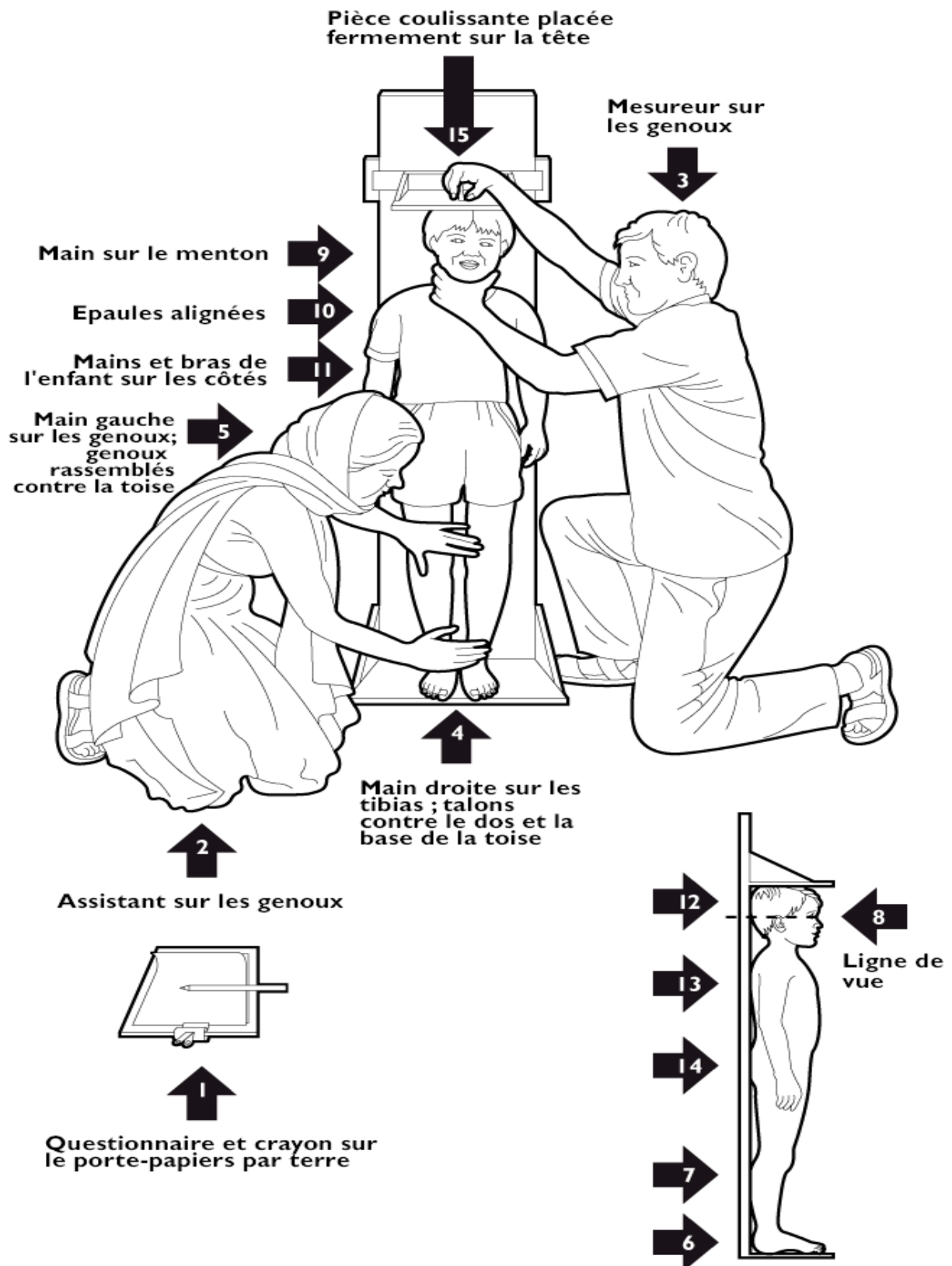
➤ **Pour les enfants de 2 ans et plus :**

- La toise est posée debout sur une surface plane et si possible contre un mur/une paroi.
- Les chaussures de l'enfant sont enlevées.
- L'enfant se tient debout, droit au milieu de la toise et touche le plan vertical de la toise.
- L'assistant maintient la tête, les épaules, les fesses, les genoux, les chevilles contre la toise pendant que le mesureur positionne la tête et le curseur.
- La taille est lue au 0,1 cm près.
- Reporter le résultat sur la courbe de croissance (Z score OMS) et apprécier son évolution ([cf. Annexe n° 7](#)).
- Marquer la taille sur le carnet de l'enfant, le registre et les fiches opérationnelles.
- Informer la mère du résultat.



MESURE DE LA TAILLE DE L'ENFANT

- Taille debout pour les enfants de 24 mois et plus :



➤ **Mesurer le périmètre crânien (PC) :**

- Enrouler le mètre ruban autour de la tête en passant par le front et par les bosses occipitales (le plus grand diamètre) chez l'enfant assis ;
- Prendre la précaution de relever les cheveux si l'enfant n'est pas rasé ;
- Lire le chiffre correspondant à la mesure ;
- Noter le chiffre dans le registre, le carnet de l'enfant et sur les fiches opérationnelles et apprécier son évolution ([cf. Annexe n° 7](#)).

➤ **Mesurer le périmètre brachial de l'enfant (PB) :**

Le PB est utilisé comme méthode alternative au poids-pour-taille pour mesurer la maigreur. Il est utilisé en particulier chez les enfants de 1 à 5 ans. Cependant, son utilisation a été étendue aux enfants de plus de 6 mois (enfants ayant une taille de plus de 67 cm). La mesure du périmètre brachial peut se faire avec la bande de Shakir ou le mètre ruban.


➤ **Utilisation de la bande de Shakir :**


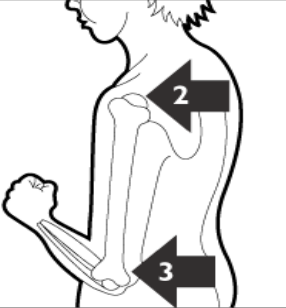
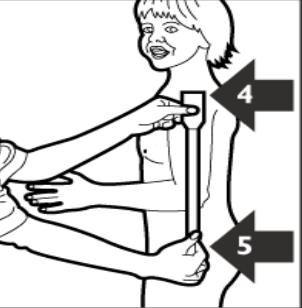


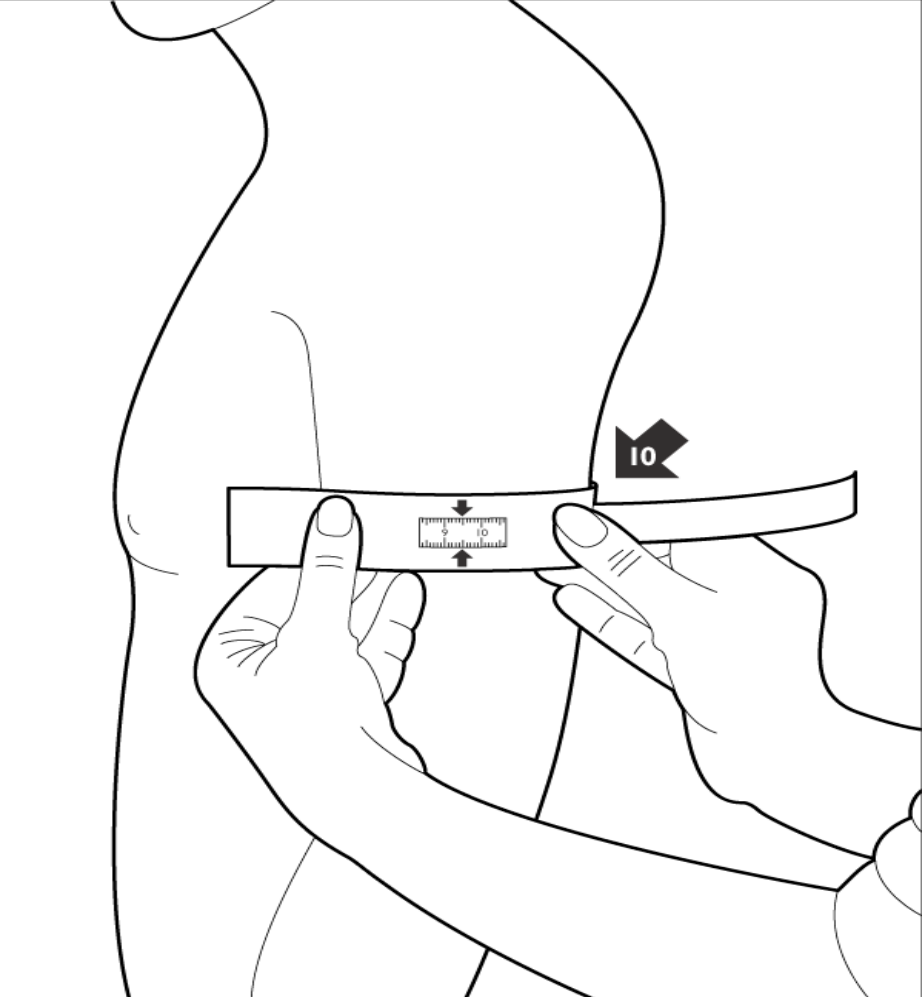


L'enfant doit être âgé de **6 mois à 5 ans** :

- Tendez doucement le bras de l'enfant de façon à le maintenir droit.
- Trouver sur le bras gauche de l'enfant le point central entre l'épaule et le coude
- Apposer l'extrémité la plus large de la bande sur le point central.
- Enrouler l'autre extrémité de la bandelette autour du bras de l'enfant, enfiler l'extrémité verte de la bande dans la deuxième petite fente de la bandelette en passant par-dessous.
- Tirer sur les deux extrémités jusqu'à ce que la bandelette se mette bien en place ; en veillant toutefois à ne pas trop serrer.
- Appuyer sur l'ouverture, sur le côté le plus large de la bandelette et noter la couleur entre les repères.
- La couleur indique l'état nutritionnel de l'enfant.

MESURE DU PERIMETRE BRACHIAL DE L'ENFANT

Ruban « d'insertion » du périmètre brachial



				
<p>1. Trouver la pointe de l'épaule</p>	<p>2. Pointe de l'épaule 3. Pointe du coude</p>	<p>4. Mettez la bande à la pointe de l'épaule 5. Tirez le ruban au-delà de la pointe du coude plié</p>	<p>6. Marquez le point du milieu</p>	
				
				<p>7. Ajustez la tension de la bande</p>
				<p>8. Ruban trop serré</p>
<p>9. Ruban trop lâche</p>				<p>10. Ajustez la position du ruban pour le périmètre brachial</p>

Source : How to Weigh and Measure Children : Assessing the Nutritional Status of Young Children, Nations Unies, 1986.

c. Evaluer l'état nutritionnel de l'enfant :

Il existe trois types de malnutrition : la malnutrition aiguë, l'insuffisance pondérale et le retard de croissance.

L'évaluation de l'état nutritionnel se fait à travers les paramètres suivants :

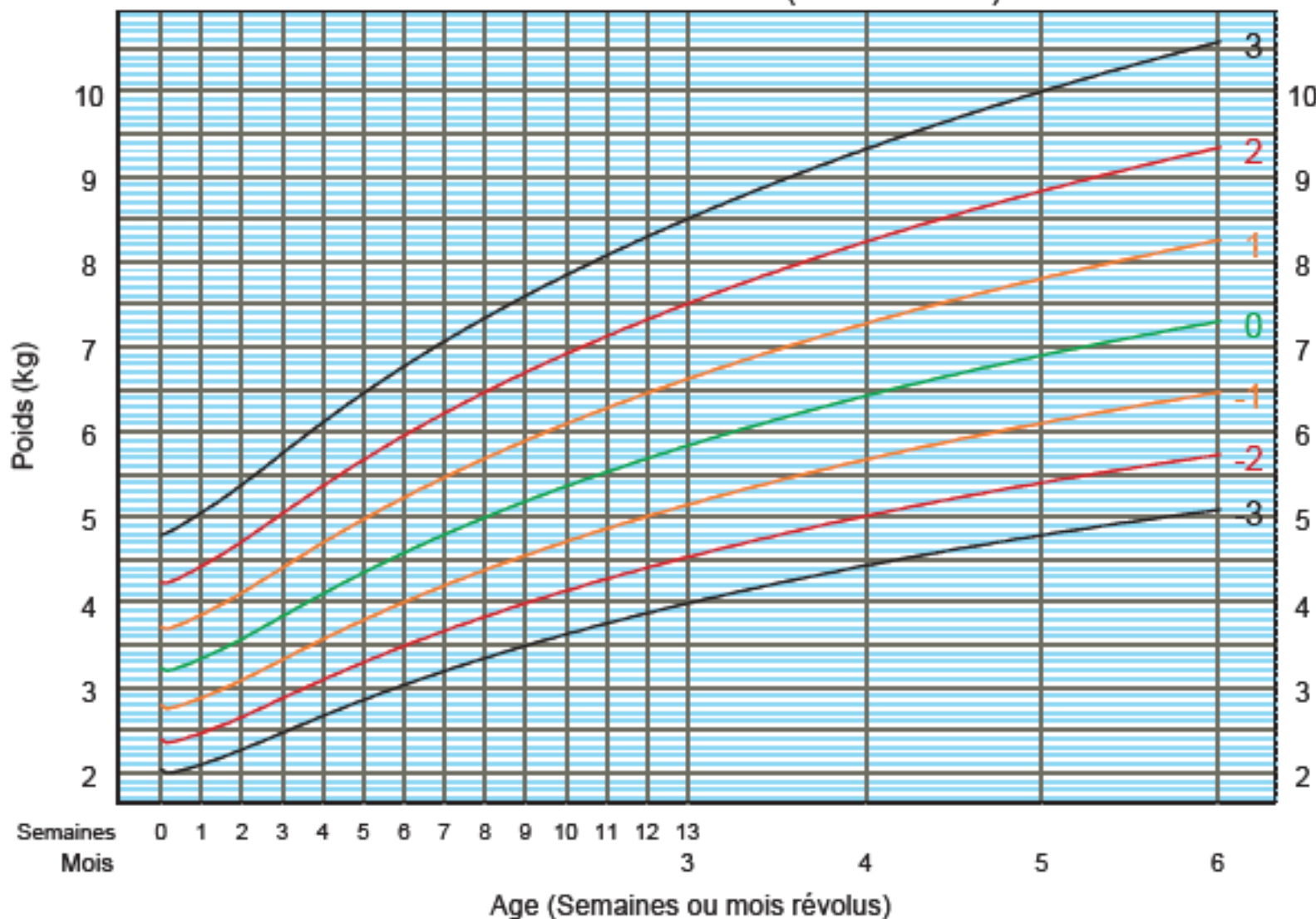
- **La courbe de poids/âge (Insuffisance pondérale) :**
 - Utiliser le diagramme poids pour âge
 - Choisir le diagramme selon le sexe et l'âge de l'enfant
- **Tracer la courbe de poids sur la fiche et dans le carnet de l'enfant :**
 - Regarder l'axe de gauche (ordonnées) pour trouver la ligne indiquant le poids de l'enfant en kg.
 - Regarder l'axe inférieur (abscisses) du tableau pour trouver la ligne indiquant l'âge de l'enfant en semaines.
 - Trouver sur le tableau le point où la ligne indiquant le poids de l'enfant coupe la ligne de l'âge de l'enfant.
- **Interpréter les résultats d'après la courbe de croissance :**
 - Décider si le point est en-dessous de la courbe, sur la courbe ou entre les courbes.
 - Si le point est, entre les courbes Z- Score + 2 et Z - score - 2, le poids de l'enfant n'est pas faible pour son âge : (Pas de malnutrition).
 - Si le point est entre les courbes Z- Score - 2 et Z- score - 3, le poids de l'enfant est faible pour son âge : (Malnutrition aiguë modérée).
 - Si le point est en-dessous de la courbe Z- Score - 3, le poids de l'enfant est très faible pour son âge : (Malnutrition aiguë sévère).

N.B :

- **Si le point est sur la ligne Z - Score - 2, le poids n'est pas faible.**
- **Si le point est situé au-dessus de Z - Score + 1, l'enfant a un risque de surpoids donc faire attention.**

POIDS POUR L'AGE – FILLES

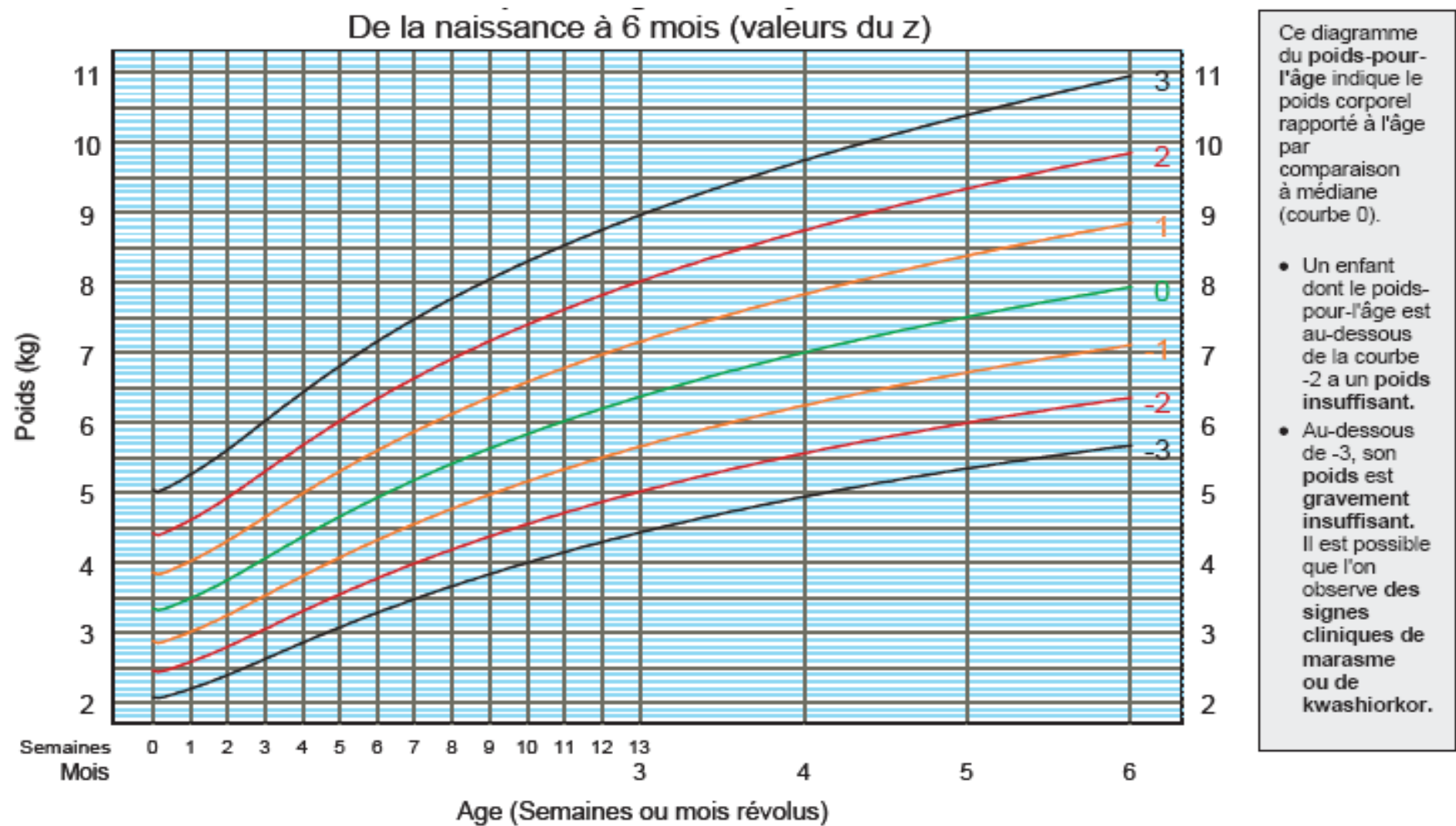
De la naissance à 6 mois (valeurs du z)



Ce diagramme du poids-pour-l'âge indique le poids corporel rapporté à l'âge par comparaison à la médiane (courbe 0).

- Un enfant dont le poids-pour-l'âge est au-dessous de la courbe -2 a un poids insuffisant.
- Au-dessous de -3, son poids est gravement insuffisant. Il est possible que l'on observe des signes cliniques de marasme ou de kwashiorkor.

POIDS POUR L'AGE - GARÇONS



- **Taille/Âge (Retard de croissance) :**
 - Utiliser le diagramme taille/âge.
 - Choisir le diagramme selon le sexe et l'âge de l'enfant.

- **Tracer la courbe de poids sur la fiche et dans le carnet de l'enfant :**
 - Regarder l'axe de gauche (ordonnées) pour trouver la ligne indiquant la taille de l'enfant en cm.
 - Regarder l'axe inférieur (abscisses) du tableau pour trouver la ligne indiquant l'âge de l'enfant en semaines ou mois révolus (de la naissance à 6 mois) en mois révolus ou années révolues au-delà de 6 mois.
 - Trouver sur le tableau le point où la ligne indiquant la taille de l'enfant coupe la ligne de l'âge de l'enfant.

- **Interpréter les résultats d'après la courbe de croissance :**
 - Décider si le point est en-dessous de la courbe, sur la courbe ou entre les courbes :
 - Si le point est, entre les courbes Z- score +2 et Z- score - 2 il n'y a pas de retard de croissance.
 - Si le point est entre les courbes Z- score -2 et Z- score - 3, l'enfant a un retard de croissance (Malnutrition chronique modérée).
 - Si le point est en-dessous de la courbe Z-score - 3, l'enfant a un important retard de croissance (Malnutrition chronique sévère), voir les nouvelles courbes de croissance de l'OMS.

- **IMC pour l'âge**
 - Indique l'indice de masse corporelle (IMC, rapport poids corporel/taille pour l'âge de l'enfant par comparaison à la médiane (courbe 0)).

Interpréter les résultats d'après la courbe de croissance :

- Si le point est entre les courbes Z- score + 1 et Z- score + 2, **risque possible de surpoids**,
- Si le point est entre les courbes Z- score + 2 et Z- score + 3, **surpoids**,
- Si le point est au-dessus de la courbe Z- score + 3, **obésité**.

➤ **La courbe poids/taille (Malnutrition aiguë):**

- Utiliser le diagramme poids taille.
- Choisir le diagramme selon le sexe et l'âge de l'enfant.

Tracer la courbe de poids sur la fiche et dans le carnet de l'enfant :

- Regarder l'axe de gauche (ordonnées) pour trouver la ligne indiquant le poids de l'enfant en kg.
- Regarder l'axe inférieur (abscisses) du tableau pour trouver la ligne indiquant la taille de l'enfant en cm.
- Trouver sur le tableau le point où la ligne indiquant le poids de l'enfant coupe la ligne de la taille de l'enfant.

Interpréter les résultats d'après la courbe de croissance :

- Décider si le point est en-dessous de la courbe, sur la courbe ou entre les courbes :

- Si le point est, entre les courbes Z- score + 2 et Z- score - 2 le poids de l'enfant n'est pas faible pour sa taille (pas de malnutrition).
- Si le point est entre les courbes Z - score - 2 et Z - score - 3, le poids de l'enfant est faible pour sa taille (malnutrition aiguë modérée).
- Si le point est en-dessous de la courbe Z- score - 3, le poids de l'enfant est très faible pour sa taille : (malnutrition aiguë sévère).

➤ **Le périmètre brachial (Malnutrition aiguë) :**

Interpréter les couleurs :

- Le **VERT** correspond à une valeur normale et se situe au-dessus de 125 mm (Pas de malnutrition aiguë) ;
- Le **JAUNE** signifie zone à risque et est compris entre 115 mm et 125 mm (Malnutrition aiguë modérée) ;
- Le **ROUGE** signifie **DANGER** et se situe en dessous de 115 mm (Malnutrition aiguë sévère).
- Informer la mère des résultats de l'évaluation.

Tableau : Résultats de l'évaluation de l'état nutritionnel

<ul style="list-style-type: none"> • Amaigrissement visible sévère <u>OU</u> • Œdèmes des deux pieds <u>OU</u> • Rapport P/T < -3 Z-score. • Couleur rouge de la bande de Shakir <u>OU</u> PB en dessous de 115 mm. 	MALNUTRITION AIGUE SEVERE
<ul style="list-style-type: none"> • P/A < -3 Z-score. 	Insuffisance pondérale sévère
<ul style="list-style-type: none"> • T/A < -3 Z-score 	Retard de croissance sévère
<ul style="list-style-type: none"> • Rapport Poids/Taille entre -2 et -3 Z- score). • Couleur jaune de la bande de Shakir <u>OU</u> PB entre 115 mm et 125 mm 	MALNUTRITION AIGUE MODEREE
<ul style="list-style-type: none"> • P/A entre -2 et -3 Z- score). 	Insuffisance pondérale modérée
<ul style="list-style-type: none"> • T/A entre -2 et -3 Z- score). 	Retard de croissance modérée
<ul style="list-style-type: none"> • Rapport Poids/Taille <u>OU</u> P/A pas faible (P/T <u>OU</u> T/A entre -2 Z et + 2 Z). • Couleur verte de la bande de Shakir <u>OU</u> PB au-dessus de 125 mm • Pas d'autres signes de malnutrition 	PAS DE MALNUTRITION AIGUE Pas d'insuffisance pondérale Pas de retard de croissance

2.4. Evaluer l'alimentation de l'enfant

- Poser des questions sur l'alimentation habituelle de l'enfant et celle durant sa maladie :
- Demander :
 - Allaitiez-vous l'enfant ?
 - Combien de fois dans la journée ?
 - L'allaitiez-vous aussi pendant la nuit ?
 - Est-ce que l'enfant consomme d'autres aliments ou liquides ?
 - Quels aliments ou liquides ?
 - Combien de fois par jour ?
 - Comment donnez-vous à manger à l'enfant ?
 - Si le poids de l'enfant est très faible pour son âge ?
 - Pensez-vous qu'il mange suffisamment ?
 - L'enfant reçoit-il sa propre part ?
 - L'enfant est-il surveillé quand il mange ?
 - Qui nourrit l'enfant et comment ?
 - Pendant cette maladie, les habitudes alimentaires de l'enfant ont-elles changé ? Si oui, comment ? Pourquoi ?
- Comparer les réponses de la mère aux recommandations pour l'alimentation selon l'âge de l'enfant.

Conseiller la mère : En utilisant la fiche de recommandation de l'alimentation selon l'âge ([Voir Fiche technique n° 3](#)).

2.5. Surveiller le développement psychomoteur

a. Rechercher les réflexes archaïques du nouveau-né :

- Les réflexes de succion en mettant un doigt propre dans la bouche du nouveau-né ;
- Le réflexe de Moro : chez un nouveau-né couché sur une surface plane, produire un bruit en tapant des deux mains près du nouveau-né ; par réflexe il y a abduction puis adduction des deux membres supérieurs avec cri ;
- Le réflexe de préhension en introduisant l'index dans la paume de la main du nouveau-né.

N.B :

- Référer tout nouveau-né qui n'a pas de réflexe de préhension ou de Moro.
- Référer tout nourrisson de plus de 4 mois chez lequel ces deux réflexes persistent.

b. Evaluer le développement sensoriel du nourrisson :

➤ **Pour s'assurer que le nourrisson voit bien :**

- Rechercher la réaction à la lumière à l'aide d'une source lumineuse (lumière du jour ou torche) à la naissance ;
- Rechercher la poursuite oculaire d'un objet lumineux ou coloré à l'âge de 2 - 3 mois.

- **Pour s'assurer que le nourrisson entend bien :**
 - Rechercher les réactions du corps à un bruit en tapant les mains sur la table ;
 - Rechercher si le nourrisson tourne la tête du côté du bruit à l'âge de 3 mois.
- **Pour s'assurer que le nourrisson sent la douleur :**
 - Rechercher la réaction à la douleur en pinçant légèrement la peau.

c. Evaluer le développement moteur du nourrisson :

- Evaluer la posture ;
- Evaluer la marche.

d. Evaluer le développement intellectuel et affectif du nourrisson :

- Demander à la mère ou à l'accompagnante si le nourrisson sourit et s'il reconnaît sa mère ou sa tutrice ;
- Demander à la mère ou à l'accompagnante si le nourrisson comprend et prononce quelques mots (vérifier en interrogeant l'enfant) ;
- Demander à la mère ou à l'accompagnante si le nourrisson est propre de jour et de nuit (selles, urines) ;
- Apprécier le développement psychomoteur à l'aide du tableau ci-après.

Etapes du développement psychomoteur du nourrisson de 0 à 2 ans	
1 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Suit des yeux.
1 – 2 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Sourit quand sa mère lui parle.
3 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Tient sa tête droite ; • Gazouille.
6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Se tient assis seul ; • Couché sur le dos, peut se retourner sur le ventre et changer de place ; • Prononce quelques syllabes.
9 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Se tient debout avec appui ; • Marche à 4 pattes ; • Répète des sons nouveaux.
12 – 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Marche seul ; • Dit quelques mots.
18 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Mange seul, utilise une cuillère, une tasse, demande le pot.
2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Court ; • Fait de courtes phrases.

- Informer la mère ou l'accompagnante des résultats de chaque étape de l'examen ;
- Référer en cas d'anomalie en tenant compte du tableau.

N.B :

- Chaque nourrisson a son propre rythme de développement ;
- Les dates de ce tableau peuvent servir de repères pour voir si un nourrisson se développe normalement.

2.6. Procéder à l'examen général de l'enfant

- Examiner la peau ;
- Examiner la face/les conjonctives/la paume de la main ;
- Examiner les fontanelles :
 - Fontanelle bombée ;
 - Fontanelle déprimée ;
 - Fontanelle fermée.
- Prendre le pouls de l'enfant ;
- Ausculter le cœur et les poumons ;
- Contrôler le rythme respiratoire ;
- Examiner les oreilles, le nez, la gorge et la dentition ([cf. Annexe 4 : Age d'apparition des dents](#)) ;
- Examiner l'abdomen, l'ombilic ;
- Examiner le dos ;
- Examiner les organes génitaux externes ;
- Examiner les membres supérieurs et inférieurs ;
- Rechercher les malformations ;
- Evaluer les réflexes et le développement psychomoteur ;
- Comparer les résultats avec les résultats normaux ([cf. Annexe 1 et 2 : Examen physique, résultats normaux et anormaux](#)) et conclure si l'examen est normal ou non ;
- Noter les informations dans le registre, le carnet de santé et/ou autres fiches opérationnelles ;
- Informer la maman ou l'accompagnant(e) des résultats de l'examen.

3. Faire la promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)

3.1. Motiver une mère à allaiter son enfant

- Accueillir la mère ;
- Lui expliquer les avantages de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois ([cf. Fiche technique n° 4](#)) ;
- Montrer à la mère la bonne position du bébé au sein et la bonne prise du sein ([Voir Annexe 11](#)) ;
- Expliquer à la mère la nécessité d'allaiter le bébé à la demande ;
- Lui expliquer qu'il ne faut donner d'autres aliments solides ou liquides au bébé que le lait maternel jusqu'à 6 mois ;
- Lui expliquer la conduite à tenir face à certains problèmes liés à l'allaitement ;
- Apprendre à la mère comment exprimer son lait, comment le donner au bébé et comment le conserver en cas d'absence ;
- Donner des conseils spécifiques sur l'alimentation de remplacement et sur l'allaitement des enfants nés de mères séropositives ([Fiches techniques n°5 et 6](#)) ;
- Donner des conseils spécifiques sur l'alimentation des nouveaux nés de faible poids de naissance.

3.2. Conseils à donner à la mère pour l'alimentation de complément en temps opportun

- Expliquer à la mère comment introduire les aliments de complément au lait maternel de façon progressive à partir de 6 mois ([cf. Fiche technique n° 3 : Recommandations de l'alimentation de l'enfant selon l'âge](#)).

3.3. Démonstration nutritionnelle

- Préparer le matériel de démonstration ;
- Installer les mères et leurs enfants ;
- Montrer aux femmes les produits locaux qui doivent servir à préparer l'aliment de démonstration en expliquant leurs valeurs nutritives ([cf. Annexe 9](#)) ;
- Démontrer aux femmes comment préparer cet aliment ;
- Goûter et faire goûter aux mères l'aliment préparé ;
- Distribuer l'aliment aux mères pour faire manger leurs enfants ;
- Demander à quelques-unes de ré expliquer les étapes de la préparation ;
- Faire un résumé des idées essentielles ;
- Donner rendez-vous pour la prochaine démonstration ;
- Dire au revoir aux mères ;
- Laver et ranger le matériel utilisé ;
- Remplir le cahier de démonstration.

3.4. Faire la supplémentation en micronutriments

- Prévenir la carence en vitamine A.

➤ Supplémentation en vitamine A chez l'enfant à titre préventif

GROUPES CIBLES	POSOLOGIE	PERIODICITE
Enfants (0 – 6 mois) non allaités	½ capsule de 100 000 UI	1 fois à la naissance.
Enfants de 6 – 11 mois	1 capsule de 100 000 UI	A partir du 6 ^{ème} mois.
Enfants de 12 – 59 mois	2 capsules de 100 000 UI <u>OU</u> 1 capsule de 200 000 UI	Tous les 6 mois.

N.B : Promouvoir la consommation des aliments locaux riches ou fortifiés en vitamine A chez la femme allaitante. Les enfants rougeoleux, présentant une diarrhée persistante, une malnutrition et ceux vivant dans la même famille qu'une personne présentant des signes oculaires de carence en vitamine A sont considérés comme à risque. Ils doivent recevoir au cours de leurs traitements une dose de vitamine A à titre préventif.

Enregistrement : Il est vivement indiqué d'identifier les enfants ayant reçu la vitamine A afin d'éviter les surdosages. Cette identification se fera par l'enregistrement de l'information sur la fiche de surveillance de la croissance, le carnet de vaccination ou le carnet de santé maternelle et infantile.

- **Promotion de la consommation d'aliments locaux riches ou fortifiés en vitamine A**
Voir la teneur en vitamine A de quelques aliments courants ([Annexe 10](#)).
- **Prévention des troubles dus à la carence en iode (TDCI)**
La politique nationale du Mali préconise la consommation du sel iodé sur toute l'étendue du territoire. La prévention de la carence en iode se fait par :
 - La promotion de la consommation des aliments fortifiés en iode par les ménages : sel iodé.
 - La promotion de la consommation d'aliments riches en iode : produits de mer.
- **Promotion de l'allaitement maternel exclusif.**
- **Prévention de l'anémie**
La politique nationale du Mali préconise la supplémentation de toutes les femmes enceintes en fer acide folique du début de la grossesse jusqu'à trois mois après l'accouchement et le déparasitage des enfants à partir de 12 mois ([cf. Fiche technique n° 17](#)), des femmes enceintes et des femmes en post-partum immédiat par Albendazole/Mébendazole.
- **La prévention de la carence en fer**
Elle se fait par :
 - La supplémentation en fer ;
 - Le déparasitage ;
 - La promotion de la consommation d'aliments riches et fortifiés en fer ;
 - La promotion de l'allaitement maternel exclusif ;
 - La diversification alimentaire ;
 - Les bonnes pratiques culinaires et nutritionnelles.

4. Faire la vaccination

[cf. Fiche technique n° 7.](#)

4.1. Préparer une séance de vaccination en stratégie fixe

a. **Organiser les postes de vaccination** :

- Choisir des bâtiments à 2 entrées pour les postes de vaccination ;
- Clôturer les zones de vaccination en plein air en ne laissant qu'une entrée et une sortie ;
- Placer les postes de vaccination à l'ombre ;
- Réserver un endroit ombragé et protégé de la pluie pour lieu d'attente des mères.

b. Disposer le matériel de vaccination et les vaccins au début de la séance :

- Placer le matériel de vaccination à chaque poste ;
- Placer la glacière à l'ombre à un endroit commode pour tous les agents ;
- Vérifier que les parois du porte vaccin ne sont pas fissurées ;
- Vérifier que le couvercle ferme bien ;
- Sortir les vaccins du réfrigérateur ;
- Mettre le Pentavalent dans un sac plastique ou l'envelopper de papier journal avant de le mettre entre les accumulateurs de froid dans le porte vaccin ;
- Mettre le thermomètre dans le porte vaccin ;
- Bien fermer le couvercle du porte vaccin ;
- Le placer à l'ombre ou à l'endroit le plus frais ;
- Conserver ainsi les vaccins au froid en permanence dans les porte vaccins depuis leur sortie du réfrigérateur jusqu'au moment où on vaccine l'enfant ;
- Sortir les accumulateurs de froid du réfrigérateur ;
- Les placer sur la table 5 à 10 minutes avant la séance.

N.B : Les parois externes des accumulateurs de froid doivent être humides et non recouvertes de givre. S'ils sont trop froids ils peuvent congeler le Pentavalent.

4.2. Préparer une séance de vaccination en stratégie avancée

a. Etablir le programme des séances :

- Demander conseil aux autorités locales sur les meilleurs jours et heures pour les séances ;
- Fixer les dates, heures et lieux à la convenance de la communauté ;
- Choisir un lieu approprié pour la séance : un espace assez vaste en fonction du nombre de postes de vaccination et du nombre d'enfants attendus ;
- Informer la communauté sur le calendrier.

b. Evaluer la quantité de vaccins à emporter :

- Prévoir 40 doses de chaque vaccin pour moins de 30 enfants attendus ;
- Prévoir 60 doses de chaque vaccin pour 30 à 50 enfants attendus ;
- Prévoir plus de 60 doses de chaque vaccin pour plus de 50 enfants attendus.

c. Préparer les portes vaccins et le matériel de vaccination stérile :

- Garnir les porte vaccins avec des accumulateurs conditionnés ;
- Placer les vaccins dans le porte vaccin ;
- Placer les accumulateurs de froid sur les vaccins si nécessaire ;
- Mettre le thermomètre dans le porte vaccin ;
- Bien fermer les porte vaccins ;
- Ranger les porte vaccins et le matériel sur la moto ;
- Rejoindre directement le lieu de vaccination sans s'arrêter, ni s'attarder.

N.B : Il ne faut transporter les vaccins dans un porte vaccin que pendant la durée d'une journée de travail, en cas de panne, garer la moto à l'ombre.

d. Organiser les postes de vaccination comme en stratégie fixe.**4.3. Préparer une séance de vaccination en équipe mobile****a. Etablir le programme des séances :**

- Demander conseil aux autorités locales sur les meilleurs jours et heures pour les séances ;
- Fixer les dates, heures et lieux à la convenance de la communauté ;
- Choisir un lieu approprié pour la séance : un espace assez vaste en fonction du nombre de postes de vaccination et du nombre d'enfants attendus ;
- Informer les communautés sur le calendrier et itinéraire

b. Evaluer la quantité de vaccins à emporter :

- Prévoir 40 doses de chaque vaccin pour moins de 30 enfants attendus ;
- Prévoir 60 doses de chaque vaccin pour 30 à 50 enfants attendus ;
- Prévoir plus de 60 doses de chaque vaccin pour plus de 50 enfants attendus.

c. Préparer les portes vaccins, les caisses isothermes et le matériel de vaccination stérile :

- Garnir les caisses isothermes avec des accumulateurs conditionnés ;
- Placer les vaccins dans la caisse isotherme ;
- Placer les accumulateurs de froid sur les vaccins si nécessaire ;
- Mettre le thermomètre dans la caisse isotherme ;
- Bien fermer les caisses isothermes ;
- Ranger les porte vaccins, les caisses isothermes et le matériel dans le véhicule ;
- Suivre le calendrier et l'itinéraire.

d. Organiser les postes de vaccination comme en stratégie fixe.**4.4. Faire une séance de vaccination****a. Installer les mères :**

- Les faire asseoir par ordre d'arrivée ;
- Les saluer ;
- Faire la causerie sur un sujet ayant trait à la vaccination.

b. Commencer la séance proprement dite :

- Diriger les mères en file unique dans la pièce ou le lieu où les postes de vaccination sont disposés ;
- Recevoir une mère à la fois à chaque poste ;
- Trier les enfants ;
- Etablir une carte de vaccination à l'enfant qui n'en a pas ;
- Noter sur la carte les vaccins à administrer à la séance du jour ;
- Vacciner l'enfant ;
- Donner un autre rendez-vous aux mères ayant amené un enfant à une date inappropriée.

c. Administrer le vaccin retenu aux enfants :

AGE	ANTIGENES
Dès la naissance	BCG Polio O
A 6 semaines	Penta 1 + Polio 1 + Pneumo 1 + Rota 1
A 10 semaines	Penta 2 + Polio 2 + Pneumo 2 + Rota 2
A 14 semaines	Penta 3 + Polio 3 + Pneumo 3 + Rota 3+VPI
9 à 11 mois	VAR + VAA Men. A

N.B :

- Ne pas administrer le Polio O après la deuxième semaine de vie pour ne pas perturber le calendrier de vaccination ;
- Commencer alors le calendrier à partir du Penta 1 + Polio 1 + Pneumo 1 + Rota 1 à 6 semaines de vie ;
- Le vaccin contre le BCG peut se faire même après la deuxième semaine de vie ;
- Ne pas enregistrer la dose de vaccin polio O administrée à un enfant en cas de diarrhée ; reprendre cette dose de vaccin 4 semaines après ;
- **Ne pas administrer le vaccin Penta à un enfant qui a présenté une réaction grave (convulsion, état de choc à une dose antérieure) ;**
- Saisir toute occasion pour vacciner tout enfant non à jour dans ses vaccinations ;
- **En cas d'épidémie de rougeole, vacciner tous les enfants contacts dès l'âge de 6 mois. Dans ce cas il faudra réinjecter une deuxième dose à l'âge de 11 ou 12 mois ;**
- **Pour le Penta + Polio + Pneumo + Rota un enfant perdu de vue après 1 ou 2 administrations, ne doit pas recommencer à zéro lorsqu'on le retrouve. Il faut continuer normalement la série ;**
- **Un enfant complètement vacciné est celui qui a reçu une dose de BCG, 3 doses de Penta + Polio + Pneumo + Rota, une dose de VPI, une dose de VAR, une dose VAA et une dose de Men. A.**

d. Procéder aux vérifications après l'administration des vaccins à chaque enfant :

- Vérifier qu'il a reçu tous les vaccins qu'il devrait recevoir, sinon, compléter ;
- Informer la mère sur les réactions qui peuvent se produire et ce qu'il faut faire ([cf. Annexe 12](#)) ;
- L'informer sur la date du prochain rendez-vous ;
- La féliciter d'être venue avec l'enfant ;
- L'encourager à revenir ;
- Lui remettre le carnet de l'enfant ;
- Lui dire au revoir.

4.5. Remettre de l'ordre après la séance de vaccination

- Noter les types et la quantité de vaccins utilisés ;
- Détruire les flacons de vaccins entamés selon la politique des flacons entamés ([cf. Annexe 8](#)) ;
- Remettre dans le réfrigérateur les flacons non ouverts ;
- Mettre les seringues et aiguilles utilisées dans le réceptacle/boîte de sécurité ;
- Ranger tout le matériel ;
- Rédiger le rapport journalier de vaccination ;
- Nettoyer le lieu de vaccination.

D. CONSULTATION CURATIVE

Les soins curatifs de l'enfant de 0 à 5 ans concernent essentiellement la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

Etapas :

- 1) **Accueillir**
 - Saluer la maman ou l'accompagnant(e) ;
 - Se présenter ;
 - Inviter la maman ou l'accompagnant(e) de façon aimable à s'asseoir ;
 - Informer sur le déroulement de la visite ;
 - Prendre le poids et la température.

- 2) **Interroger/enregistrer**
 - Demander le nom et l'âge de l'enfant ;
 - Demander si c'est une première visite ou une visite de suivi ;
 - Demander quels sont les problèmes de l'enfant.

1. Nourrisson de la naissance à 2 mois

1.1. Infection bactérienne

a. **Généralités :**

Un nourrisson peut tomber malade et mourir très vite d'infections bactériennes graves telles que la pneumonie, la septicémie ou la méningite.

b. **Éléments de diagnostic :**

Un nourrisson est classé :

- **Maladie grave :**
 - Convulsions OU
 - Incapable de s'alimenter OU
 - Respiration rapide (60 mouvements respiratoires par minute ou plus) OU
 - Tirage sous costal marqué OU
 - Geignement expiratoire OU
 - Fièvre plus 37,5°C OU
 - Hypothermie (en-dessous de 35,5°C*) OU
 - Bouge seulement après avoir été stimulé ou ne bouge pas même après avoir été stimulé.

- **Infection bactérienne locale :**
 - Omphalite rouge ou suintant de pus OU
 - Pustules cutanées.

- **Classification au niveau de la communauté :**
 - Référer tous les nourrissons de 0 à 2 mois.

c. Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	NOURRISSON MALADE DE MOINS DE DEUX (2) MOIS.	<ul style="list-style-type: none"> • Transférer au CCom ; • Demander à la mère de continuer à allaiter l'enfant en cours de route ; • Couvrir l'enfant à l'aide d'un pagne pour éviter le froid (garder l'enfant sur la poitrine de la mère).
CCom	MALADIE GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose d'antibiotique en intramusculaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilline 100 mg/kg, en une dose unique ; ○ Gentamicine 7,5 mg/kg en une dose unique. • Traiter pour éviter l'hypoglycémie. • Couvrir l'enfant avec un pagne pour éviter le froid (garder l'enfant sur la poitrine de la mère). • Transférer d'URGENCE.
	INFECTION BACTERIENNE LOCALE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner un antibiotique approprié par voie orale. • Apprendre à la mère à traiter les infections locales à domicile. • Expliquer à la mère comment soigner le nourrisson à domicile. • Revoir après 2 jours. • Référer au besoin.
<i>Hôpital de District</i>	MALADIE GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> • Examens complémentaires (NFS, VS...) si nécessaire. • Traiter la cause. • Référer au besoin.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	MALADIE GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Faire un antibiogramme au besoin.

1.2. Diarrhée

Si la mère précise que le nourrisson a la diarrhée, évaluer et classer le nourrisson pour la diarrhée. Les selles molles fréquentes d'un bébé allaité au sein ne sont pas caractéristiques de la diarrhée.

Les nourrissons qui ont du sang dans les selles sont considérés comme étant gravement malades et sont transférés d'urgence à l'échelon supérieur.

La prise en charge de la diarrhée chez le nourrisson suit la même procédure que celle de l'enfant âgé de 2 mois à 5 ans selon l'état d'hydratation :

- Déshydratation sévère ;
- Signes évidents de déshydratation (tous les éléments du grand enfant sauf boit avidement et assoiffé) ;
- Pas de déshydratation comme chez le grand enfant.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	NOURRISSON ATTEINT DE DIARRHEE	<ul style="list-style-type: none"> • Référer au CSCom ; • Demander à la mère de donner de la SRO et de continuer à allaiter l'enfant en cours de route ; • Couvrir l'enfant à l'aide d'un pagne pour éviter le froid (garder l'enfant sur la poitrine de la mère).
CSCom	DÉSHYDRATATION SÉVÈRE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si le nourrisson n'est pas classé MALADIE GRAVE • Donner des liquides pour déshydratation sévère (Plan C : cf. Fiche technique n° 11). • Donner du Zinc ½ comprimé par jour pendant 14 jours • Conseiller à la mère de continuer l'allaitement. ➢ Si le nourrisson est aussi classé MALADIE GRAVE : • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route.
	SIGNES ÉVIDENTS DE DÉSHYDRATATION	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des liquides pour signes évidents de déshydratation (Plan B : cf. Fiche technique n° 10). • Donner du Zinc ½ comprimé par jour pendant 14 jours • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir le nourrisson dans 2 jours si pas d'amélioration • Demander à la mère de continuer l'allaitement
	PAS DE DÉSHYDRATATION	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des liquides pour traiter la diarrhée à domicile (Plan A : Cf. Fiche technique n° 9). • Donner du Zinc ½ comprimé par jour pendant 14 jours. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir le nourrisson dans 2 jours si pas d'amélioration. • Demander à la mère de continuer l'allaitement.
<i>Hôpital de district</i>	DÉSHYDRATATION SÉVÈRE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCOM si le nourrisson n'est pas classé MALADIE GRAVE. ➢ Si le nourrisson est aussi classé MALADIE GRAVE : • Faire le bilan ; • Traiter la déshydratation sévère ; • Traiter la cause ; • Transférer au besoin.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	DÉSHYDRATATION SÉVÈRE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem <i>Hôpital de district</i> si le nourrisson n'est pas classé MALADIE GRAVE : • Faire le bilan complémentaire ; • Traiter la cause.

1.3. Problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale

La meilleure alimentation d'un nourrisson est l'allaitement maternel exclusif au sein. L'allaitement exclusif au sein signifie que l'enfant n'est nourri que de lait maternel sans autre aliment, ni eau ou autre liquide supplémentaire (à l'exception des médicaments). Conseiller la diversification à partir de 6 mois

a. Éléments de diagnostic :

Un nourrisson est classé :

- **Maladie grave :**
 - Incapable de se nourrir ou ;
 - Pas de prise de sein ou ;
 - Pas de succion du tout.

- **Problème d'alimentation ou poids faible pour l'âge :**
 - Mauvaise prise de sein OU ;
 - Succion non efficace, OU ;
 - Moins de 8 tétées en 24 heures, OU ;
 - Reçoit d'autres aliments ou liquides, OU ;
 - Poids faible pour l'âge, OU ;
 - Muguet (plaques blanches dans la bouche).

- **Pas de problème d'alimentation :**
 - Pas de poids faible pour l'âge ;
 - Aucun signe d'alimentation inadéquate.

b. Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	NOURRISSON QUI NE GROSSIT PAS	<ul style="list-style-type: none"> • Référer. • Demander à la mère de continuer à allaiter l'enfant en cours de route. • Maintenir le nourrisson au chaud.
CSCoM	PROBLEME D'ALIMENTATION ET/OU POIDS FAIBLE POUR L'AGE.	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la mère d'allaiter le nourrisson au sein aussi souvent et aussi longtemps que le nourrisson réclame, jour et nuit. <p>Si la prise de sein est mauvaise ou si la succion n'est pas efficace :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer la bonne position et la bonne prise de sein. (cf. Annexe 11). <p>Si la mère allaite au sein moins de 8 fois en 24 heures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la mère d'allaiter plus souvent et aussi longtemps que le nourrisson le réclame, jour et nuit. <p>Si le nourrisson reçoit d'autres aliments ou liquides :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la mère de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Allaiter davantage ; ○ Réduire les autres aliments et liquides ; ○ Utiliser une tasse. <p>Si l'enfant n'arrive pas à prendre le sein : Montrer à la mère comment exprimer son lait et à nourrir son enfant avec une tasse.</p> <p>Si pas d'allaitement au sein :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à la mère à préparer correctement un substitut au lait maternel et à utiliser une tasse (Fiche technique n° 5). • Référer pour conseils sur l'allaitement au sein et éventuellement la rélactation. <p>Montrer à la mère comment nourrir et maintenir à chaud à la maison un nourrisson de faible poids.</p> <p>En cas d'ulcération ou de muguet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à la mère à traiter le nourrisson à domicile (Cf. Pathologies nouveau-né) ; • Revoir tout problème d'alimentation ou de muguet après 2 jours ; • Revoir tout problème de poids faible pour l'âge au 14^{ème} jour ; • Référer pour ré-nutrition à l'URENI à l'Hôpital de district.
	PAS DE PROBLEME D'ALIMENTATION	<ul style="list-style-type: none"> • Féliciter la mère pour la bonne alimentation du nourrisson ; • Apprendre à la mère à soigner le nourrisson à domicile (cf. Pathologies nouveau-né). • Encourager la mère à poursuivre l'alimentation.
Hôpital de district	PROBLEME D'ALIMENTATION ET/OU POIDS FAIBLE POUR L'AGE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCoM ; • Faire le traitement nutritionnel ; • Traiter les autres complications.

1.4. Infection à VIH chez le nourrisson né de mère séropositive

Pour le diagnostic et la classification du VIH et du sida chez l'enfant ([Voir Fiche technique n° 22](#)).

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	NOUVEAU NE DE MERE SEROPOSITIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Référer l'enfant au CSCCom.
CSCCom	INFECTION A VIH CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines (cf. Fiche technique n° 25) ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère (cf. Fiche technique n° 3) ; • Initier le traitement ARV selon le protocole (cf. Fiche technique n° 24) au besoin si disponible sinon ; • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile (cf. Fiche technique 21) ; • Référer l'enfant dans un site de traitement ARV.
	NOURRISSON EXPOSE/INFECTION A VIH POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'algorithme de suivi de l'enfant né mère séropositive (cf. Annexe 13) ; • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Faire la PCR si possible avant l'âge de 18 mois et se référer à la classification appropriée ; • Refaire la PCR deux mois après le sevrage (nourrisson sous allaitement maternel) ; Sinon, Référer l'enfant pour PCR.
	PAS D'INFECTION A VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Donner les conseils à la mère sur sa propre santé.
Hôpital de District	INFECTION A VIH CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Initier le traitement ARV selon le protocole (cf. Fiche technique n° 24). • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile.
	NOURRISSON EXPOSE/INFECTION A VIH POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'algorithme de suivi de l'enfant né mère séropositive (cf. Annexe 13). • Faire la PCR. • Débuter le traitement pour les autres classifications.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
		<ul style="list-style-type: none"> Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines. Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	INFECTION A VIH CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> Idem au niveau Hôpital de district
	NOURRISSON EXPOSE/INFECTION A VIH POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> Idem au niveau Hôpital de district

1.5. Vaccination, supplémentation en vitamine A et le déparasitage

<u>Calendrier vaccinal</u>	
AGE	VACCINS
Naissance	BCG Polio-0
6 Semaines	Penta 1 + Peumo 1 + Rota 1 + Polio-1

Supplémentation en vitamine A : Donner 50 000 UI de vitamine A au nourrisson non allaité.
Déparasitage à l'Albendazole Cp : donner 400 mg en prise unique à la femme en post partum immédiat.

1.6. Suivi des soins du nourrisson malade (cf. [Fiche technique n° 33](#)).

2. Enfant de 2 mois à 5 ans

2.1. Etapes de la prise en charge

➤ Evaluer :

- Rechercher les signes généraux de danger ;
- Poser des questions sur les 4 principaux symptômes (toux ou difficultés respiratoires, diarrhée, fièvre et problèmes d'oreille) ;
- Vérifier l'état nutritionnel, rechercher l'anémie et le VIH ;
- Vérifier le statut vaccinal ;
- Vérifier la supplémentation en vitamine A et le déparasitage à l'Albendazole ;
- Evaluer les autres problèmes.

➤ Classer la maladie :

- Prendre une décision sur la sévérité de la maladie ;
- Choisir une catégorie ou classification pour chaque symptôme majeur de l'enfant qui correspond à la sévérité de la maladie.

Les classifications ne sont pas des diagnostics spécifiques. Ce sont plutôt des catégories qui servent à déterminer le traitement.

➤ **Identifier le traitement :**

- Déterminer si le transfert urgent est nécessaire ;
- Identifier les traitements nécessaires.
- Pour les patients devant être transférés d'urgence :
 - Identifier les traitements d'urgence pré transfert ;
 - Expliquer à la mère la nécessité du transfert ;
 - Rédiger la note de transfert.

➤ **Traiter :**

- Prescrire les médicaments et autres traitements à administrer à domicile en se référant au tableau de posologie des *médicaments* ([cf. Fiche technique n° 34](#)) ;
- Administrer la 1^{ère} dose du traitement au centre de santé en se référant au tableau sur les médicaments à administrer uniquement au centre ([cf. Fiche technique n° 35](#)) ;
- Apprendre à la mère comment administrer les médicaments par voie orale à domicile ;
- Apprendre à la mère à traiter les infections locales à domicile ;
- Donner à l'enfant davantage de liquides et continuer l'alimentation ;
- Vacciner, supplémenter en vit A et déparasiter tout enfant malade si nécessaire.

➤ **Conseiller la mère :**

- Evaluer l'alimentation de l'enfant ;
- Faire des recommandations à la mère pour l'alimentation et les liquides à donner à l'enfant ([cf. Fiche technique n° 3](#)) ;
- Expliquer les circonstances dans lesquelles elle doit revenir au centre de santé avec l'enfant ([cf. Fiche technique n° 2](#)).

➤ **Faire le suivi des soins en fonction des maladies traitées** ([cf. Fiche technique n° 26 à 33](#)) :

- Réévaluer l'enfant ;
- Déterminer si le traitement est efficace, s'il doit être poursuivi ou modifié ;
- Déterminer si le patient doit être transféré à l'échelon supérieur.

➤ **Assurer la référence/évacuation et contre référence :**

- **La référence** est le transfert d'un patient à l'échelon supérieur pour bilan et ou soins.
- **L'évacuation** ou le transfert urgent est l'envoi immédiat d'un patient à l'échelon supérieur pour recevoir des soins supplémentaires.
- **La contre référence** c'est la rétro information sur l'état du patient, faite par le centre qui reçoit.

a. Référer/Évacuer :

- Prendre la décision de référer ;
- Informer les parents ;
- Remplir les supports ;

- Informer le centre qui reçoit si évacuation ;
- Prendre des dispositions pour le transport ;
- Demander au centre qui reçoit de prendre des dispositions pour la réception ;
- Administrer le médicament pré transfert.

b. Faire la contre référence :

- Remplir les supports de la contre référence ;
- Envoyer une copie de la fiche de rétro information au centre qui a référé ;
- Recommander aux parents de ramener l'enfant au centre d'origine.

2.2. Prise en charge

2.2.1. Recherche des signes généraux de danger :

a. L'enfant est-il capable de boire ou de prendre le sein ?

L'enfant présente le signe « incapable de boire ou de prendre le sein » s'il est trop faible pour boire et incapable de se nourrir au sein :

- S'assurer que la mère comprend bien la question. Si elle répond que non :
 - Lui demander de décrire la situation quand elle offre à boire à l'enfant.
 - Par exemple, est-ce que l'enfant prend le liquide dans sa bouche et l'avale ?
- Si la réponse de la mère n'est pas claire :
 - Lui demander d'offrir à l'enfant un peu d'eau propre ou du lait maternel ;
 - Observer si l'enfant avale l'eau ou le lait.

Un enfant nourri au sein peut avoir des difficultés à téter si son nez est obstrué.

- Si le nez est obstrué, le désobstruer.
- Si l'enfant tète bien après la désobstruction du nez, il ne présente pas le signe de danger.

b. L'enfant vomit-il tout ce qu'il consomme ?

Tout enfant qui ne garde rien dans son estomac présente le signe dit « vomit tout ».

La question doit être posée en des termes que la mère comprend.

Il faut lui laisser le temps de répondre.

- Si la mère ne sait pas exactement si l'enfant vomit tout ce qu'il consomme :
 - L'aider à clarifier sa réponse. Demander s'il vomit chaque fois qu'il avale des aliments solides ou liquides.
- Si les réponses ne sont pas claires,
 - Lui demander d'offrir à boire à l'enfant et observer s'il vomit.

c. L'enfant a-t-il eu des convulsions ou convulse-t-il actuellement ?

Pendant une convulsion, les bras et les jambes de l'enfant deviennent rigides car les muscles se contractent. L'enfant peut perdre conscience, ne pas réagir aux instructions orales.

- Demander à la mère si l'enfant a eu des convulsions pendant la maladie en cours.
- Utiliser des mots que la mère comprend. Par exemple, la mère peut connaître les convulsions sous le nom de « crise ».

d. OBSERVER : Voir si l'enfant est léthargique ou inconscient :

L'enfant léthargique n'est pas éveillé ou alerte comme d'habitude. Il est endormi et ne réagit pas à ce qui se passe autour de lui. Il peut avoir le regard fixe.

Un enfant inconscient ne peut pas être réveillé. Il ne réagit ni quand on le touche ou le secoue, ni quand on lui parle.

- Demander à la mère si son enfant lui semble anormalement endormi ou si elle ne peut pas le réveiller.
- Observer si l'enfant se réveille quand sa mère parle ou secoue, ou quand l'agent de santé tape des mains.

Remarque :

Si l'enfant est endormi et qu'il tousse ou a une difficulté respiratoire :

- Compter le nombre de respirations avant de réveiller l'enfant.

e. OBSERVER : Voir si l'enfant convulse :

- Observer si l'enfant convulse ou présente une révulsion oculaire.

Pendant une convulsion, les bras et les jambes de l'enfant deviennent rigides car les muscles se contractent. L'enfant peut perdre conscience, ne pas réagir aux instructions orales, présenter une révulsion oculaire.

Tout enfant présentant un signe général de danger est gravement malade, achever rapidement l'évaluation et le transférer d'urgence à l'échelon supérieur.

Au niveau de la communauté sont également retenus comme signes de danger :

Enfant à référer :

- Pâleur palmaire sévère (anémie).
- Respiration difficile avec tirage sous costal marqué ou sifflement.
- Saignement spontané.
- Urine peu abondante « couleur coca cola ».
- Incapable de s'asseoir ou de se tenir debout.
- Enfant qui devient plus malade malgré les soins à domicile.
- Toute maladie qui dure 14 jours ou plus.
- Œdèmes des membres inférieurs.
- Mauvais état nutritionnel de l'enfant : Bande de Shakir au rouge et/ou amaigrissement visible et sévère.
- L'enfant vomit tout ce qu'il consomme.

Les classifications à référer :**2 mois à 5 ans :**

- Pneumonie grave ou maladie très grave.
- Déshydratation sévère avec une autre classification grave.
- Diarrhée persistante sévère avec une autre classification grave.
- Maladie fébrile très grave.
- Rougeole grave et compliquée.
- Mastoïdite.
- Malnutrition aiguë sévère.
- Anémie grave.

N.B : Tout cas à référer doit bénéficier de traitement pré transfert.

2.2.2. Toux et difficultés respiratoires :**a. Généralités :**

Le signe difficulté respiratoire est caractérisé par une façon inhabituelle de respirer. Les mamans décrivent cette situation de diverses manières. Elles disent que la respiration est rapide ; ou fait du bruit ou s'arrête.

b. Eléments de diagnostic :

Un enfant qui présente toux ou difficultés respiratoires est classé :

- **Pneumonie grave ou maladie très grave :**
 - Tout signe général de danger OU
 - Stridor chez un enfant calme.
- **Pneumonie :**
 - Tirage sous costal OU
 - Respiration rapide :
 - 2 mois à 12 mois : 50 mouvements respiratoires par minute ou plus.
 - 12 mois à 5 ans : 40 mouvements respiratoires par minutes ou plus.
- **Pas de pneumonie toux ou rhume :**
 - Pas de signes de pneumonie grave ou maladie très grave et de pneumonie.
- **Classification au niveau de la communauté :**
 - Respiration n'est pas rapide : **Toux ou rhume**
 - 2 mois à 12 mois : moins de 50 mouvements respiratoires par minute.
 - 12 mois à 5 ans : moins de 40 mouvements respiratoires par minutes.
 - Respiration rapide : **Pneumonie**
 - 2 mois à 12 mois : 50 mouvements respiratoires par minute ou plus.
 - 12 mois à 5 ans : 40 mouvements respiratoires par minutes ou plus.

c. Prise en charge par niveau selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	RESPIRATION N'EST PAS RAPIDE : TOUX OU RHUME.	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à la mère de continuer à allaiter l'enfant ; • Donner un remède inoffensif pour calmer la toux (infusion de feuilles d'eucalyptus ou sirop balembo ou miel au citron) ; • Nettoyer les narines pour enlever les sécrétions ; • Transférer au centre de santé si : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas d'amélioration après 3 jours ○ <u>OU</u> apparition de signes de danger (si la respiration est rapide, difficile ou sifflante).
	RESPIRATION EST RAPIDE : PNEUMONIE.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner l'amoxicilline pendant 5 jours ; • Calmer la toux avec un remède inoffensif ; • Donner du paracétamol si fièvre ; • Demander à la mère de continuer à allaiter l'enfant ; • Transférer au CScCom.
CScCom	* PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose d'antibiotique approprié. • Traiter l'enfant pour prévenir l'hypoglycémie. • Traiter la respiration sifflante s'il y en a. • Transférer d'urgence à l'échelon supérieur.
	* PNEUMONIE.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner de l'amoxicilline pendant 5 jours • Calmer la toux avec un remède inoffensif. • Traiter la respiration sifflante s'il y en a. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir dans 2 jours.
	* PAS DE PNEUMONIE TOUX OU RHUME.	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter la respiration sifflante s'il y en a. • Si la toux dure depuis plus de 15 jours, référer le malade pour bilan. • Calmer la toux avec un remède inoffensif. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir dans 5 jours s'il n'y a pas d'amélioration.
Hôpital de District	* PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner. • Demander les examens complémentaires si nécessaire (Radiographie, NFS, VS, GE). • Traiter Fiche technique n° 8. • Donner un RDV après hospitalisation. • Référer si nécessaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner • Demander les examens complémentaires si nécessaire (Radiographie, NFS, VS, GE) • Traiter (antibiothérapie, oxygénothérapie et nébulisation si nécessaire) • Donner un RDV après hospitalisation.

2.2.3. Diarrhée :

a. Généralités :

C'est l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides en 24 heures.

b. Éléments de diagnostic :

Un enfant qui présente de la diarrhée aiguë (moins de 14 jours) est classé :

➤ **Déshydratation sévère :**

Si l'enfant présente deux des signes suivants :

- Léthargie ou inconscience ;
- Yeux enfoncés ;
- Incapable de boire ou boit difficilement ;
- Pli cutané s'efface très lentement.

➤ **Signes évidents de déshydratation :**

Si l'enfant présente deux des signes suivants :

- Agité, irritable ;
- Yeux enfoncés ;
- Boit avidement, assoiffé ;
- Pli cutané s'efface lentement.

➤ **Pas de déshydratation :**

Si l'enfant n'a pas assez de signes pour être classé comme signes évidents de déshydratation ou déshydratation sévère.

Un enfant qui présente la diarrhée persistante (14 jours et plus) est classé :

➤ **Diarrhée persistante sévère :**

Si la diarrhée persiste depuis 14 jours ou plus avec déshydratation sévère ou signes évidents de déshydratation.

➤ **Diarrhée persistante :**

Si la diarrhée persiste depuis 14 jours ou plus sans déshydratation.

Un enfant a la dysenterie : Si l'enfant a du sang dans les selles.

➤ **Classification au niveau de la communauté :**

- Diarrhée à traiter au site : tous les problèmes sont absents ;
- Diarrhée à référer si signes de danger : déshydratation, selles trop liquides comme de l'eau, sang dans les selles.

c. Prise en charge de la diarrhée par niveau selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	DIARRHEE A TRAITER AU SITE.	<ul style="list-style-type: none"> Donner d'avantages de liquides (eau potable, eau de riz, soupe de poisson ou de viande, de la banane, du lait caillé, du yaourt) SRO + Zinc. Continuer l'allaitement et l'alimentation (Fiche technique n° 3). Surveiller l'enfant de jour comme de nuit ; Transférer au CSCOM si : signe de danger. Demander à la mère de donner du SRO et de continuer à allaiter l'enfant en cours de route.
CSCom	DESHYDRATATION SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> Si l'enfant n'a pas de malnutrition aiguë sévère ou toute autre classification grave : Donner des liquides pour déshydratation sévère (Plan C). <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Si l'enfant a une autre classification grave : <ul style="list-style-type: none"> Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. Conseiller à la mère de continuer l'allaitement. Si l'enfant a 2 ans ou plus et si une épidémie de choléra sévit dans la région, donner un antibiotique pour le choléra.
	SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION	<ul style="list-style-type: none"> Donner des liquides, du zinc et des aliments pour signes évidents de déshydratation (Plan B). Conseiller à la mère de continuer l'allaitement, de surveiller l'enfant de jour comme de nuit ; Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. Revoir dans 5 jours. Si l'enfant a une autre classification grave : Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route.
	PAS DE DESHYDRATATION	<ul style="list-style-type: none"> Donner des liquides, du zinc et des aliments pour traiter la diarrhée à domicile (Plan A) en absence de malnutrition aiguë sévère. Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. Revoir dans 5 jours.
	DIARRHEE PERSISTANTE SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> Traiter la déshydratation avant de transférer, à moins que l'enfant n'ait une malnutrition aiguë sévère ou une autre classification grave. Transférer à l'échelon supérieur.
	DIARRHEE PERSISTANTE	<ul style="list-style-type: none"> Expliquer à la mère comment nourrir un enfant qui a une DIARRHÉE PERSISTANTE. Donner des multi-vitamines et du zinc pendant 14 jours Revoir dans 5 jours.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	DYSENTERIE	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter pendant 5 jours avec la ciprofloxacine ; • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ; • Revoir dans 2 jours.
Hôpital de District	DESHYDRATATION SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner ; • Hospitaliser ; • Appliquer le PLAN C (Fiche technique n° 11) ; • Demander des examens complémentaires si nécessaire ; • A référer si pas d'amélioration.
	DIARRHEE PERSISTANTE SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner ; • Hospitaliser ; • Traiter la diarrhée persistante sévère (Fiche technique n° 12) ; • Demander examens complémentaires si nécessaire ; • Référer si pas d'amélioration.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	DESHYDRATATION SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner ; • Hospitaliser ; • Appliquer le PLAN C (Fiche technique n° 11) ; • Demander des examens complémentaires si nécessaire ; • Référer si pas d'amélioration.
	DIARRHEE PERSISTANTE SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner ; • Hospitaliser ; • Traiter la diarrhée persistante sévère (Fiche technique n° 12) ; • Demander examens complémentaires si nécessaire.

2.2.4. Fièvre :

a. Généralités :

Selon l'approche PCIME, un enfant présente une fièvre s'il a des antécédents de fièvre ou s'il est chaud au toucher ou s'il a une température axillaire de plus de 37,5°C.

b. Éléments de diagnostic :

Un enfant qui présente de la fièvre est classé :

➤ **Maladie fébrile très grave** :

Tout signe général de danger (Incapable de boire ou de prendre le sein, vomit tout ce qu'il consomme, antécédents de convulsions, léthargique ou inconscient, convulse actuellement) ou raideur de la nuque, fontanelle bombée ou tout autre signe de paludisme grave avec si possible un diagnostic biologique du paludisme ([Fiche technique n° 13](#)).

➤ **Paludisme simple** :

Fièvre (antécédent de fièvre ou de corps chaud au toucher ou température à plus de 37,5°C) et un TDR positif ou GE positive ([Fiche technique n° 13](#)).

➤ **Pas de paludisme :**

Fièvre (antécédents de fièvre ou de corps chaud au toucher ou température à plus de 37,5°C) et TDR négatif ou GE négative.

Un enfant qui présente de la fièvre et qui a actuellement la rougeole ou l'a eu au cours des 3 derniers mois est classé :

➤ **Rougeole grave et compliquée :**

Tout signe général de danger ou opacité de la cornée ou ulcérations profondes ou étendues dans la bouche.

➤ **Rougeole avec complications aux yeux et/ou à la bouche :**

Écoulement oculaire de pus ou ulcérations dans la bouche.

➤ **Rougeole :**

Eruption généralisée associée à un des signes suivants :

- Toux ;
- Écoulement nasal et yeux rouges.

➤ **Antécédents de rougeole :**

Rougeole au cours des 3 derniers mois.

c. Prise en charge par niveau selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	FIEVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner du CTA plus paracétamol. • Donner des conseils pour l'alimentation. Référer si : <ul style="list-style-type: none"> • TDR négatif et absence de pneumonie ou toux/rhume. • Fièvre avec éruption cutanée généralisée. • Enfant de moins de 6 mois avec TDR positif. • Fièvre persiste après 3 jours de traitement avec CTA bien conduit.
CSCom	MALADIE FEBRILE TRES GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer pour paludisme grave (première dose) : Artésunate injectable ou Arthémeter ou Quinine injectable sauf si urines coca cola. • Administrer la première dose d'antibiotique approprié. • Administrer du diazépam si l'enfant convulse. • Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie. • Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38,5°C ou plus). • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	PALUDISME SIMPLE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) pendant 3 jours. • Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la température est de 38.5°C ou plus. • Expliquer à la mère comment faire baisser la température à domicile. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 2 jours si la fièvre persiste. • Si la fièvre a été présente tous les jours depuis plus de 7 jours, référer pour bilan. • Donner des conseils à la mère sur la prévention du paludisme en plus de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
	PAS DE PALUDISME	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38,5 °C ou plus) • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement • Revoir l'enfant dans 2 jours si la fièvre persiste • Si la fièvre a été présente tous les jours depuis plus de 7 jours, transférer pour bilan
	ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUEE***	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer de la Vitamine A. • Administrer la première dose d'un antibiotique approprié. • Si opacité de la cornée ou écoulement de pus au niveau des yeux, traiter avec la pommade ophtalmique à la tétracycline à 1%. • Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur.
	ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS*** AUX YEUX ET/OU A LA BOUCHE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer de la Vitamine A • Administrer de l'Amoxicilline pendant 5 jours. • Si écoulement oculaire de pus, traiter avec la pommade ophtalmique à la tétracycline à 1%. • En cas d'ulcération dans la bouche, traiter au violet de gentiane dilué ou au bleu de méthylène • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 2 jours.
	ROUGEOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer de la vitamine A. • Administrer de l'Amoxicilline pendant 5 jours. • Conseiller la mère sur l'alimentation et l'hygiène. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 2 jours.
	ANTECEDENTS DE ROUGEOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer de la Vitamine A (si l'enfant n'en a pas reçu au cours des 3 derniers mois).

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Hôpital de District	MALADIE FEBRILE TRES GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner. • Demander des examens complémentaires si nécessaire (examen du liquide céphalorachidien, GE, NFS...). • Traiter : <ul style="list-style-type: none"> ○ Administrer un anticonvulsivant si l'enfant convulse (Fiche technique 14) ; ○ Donner de la quinine pour paludisme sévère ; ○ Donner un antibiotique approprié pour méningite purulente ou septicémie. • Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Administrer du paracétamol/AAS si fièvre ; ○ A référer si besoin.
	ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUEE	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un examen ophtalmologique complet. • Traiter selon la complication (Fiche technique n° 15). • Référer si besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	MALADIE FEBRILE TRES GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Autres examens complémentaires. • Traiter la cause.
	ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUEE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Autres examens complémentaires. • Traiter la cause.

2.2.5. Problèmes d'oreille :

a. Généralités :

Tout enfant ayant un problème d'oreille peut avoir une infection de l'oreille.

Lorsqu'un enfant a une infection de l'oreille, le pus s'accumule derrière le tympan et provoque des douleurs et souvent de la fièvre.

Si l'infection n'est pas traitée le tympan peut se perforer spontanément. Le pus s'écoule et la douleur se calme.

La fièvre et autres symptômes peuvent disparaître, mais l'enfant peut mal entendre car son tympan est perforé. En général, le tympan se cicatrise de lui-même. Dans certains cas, l'écoulement continue, le tympan ne guérit pas, et l'enfant devient sourd de cette oreille. Parfois l'infection de l'oreille gagne l'os situé derrière l'oreille (le mastoïde) et provoque une mastoïdite.

b. Éléments de diagnostic :

Un enfant qui présente un problème d'oreille est classé :

➤ **Mastoïdite** :

- Gonflement douloureux derrière l'oreille.

- **Infection aiguë de l'oreille :**
 - Douleur à l'oreille.
 - Ecoulement de pus visible et depuis moins de 14 jours.
- **Infection chronique de l'oreille :**
 - Ecoulement de pus visible et depuis 14 jours ou plus.
- **Pas d'infection de l'oreille :**
 - Pas de douleur à l'oreille et pas d'écoulement de pus visible.
- **Classification au niveau de la communauté :** Référer pour autres plaintes.

c. Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	AUTRES PLAINTES	<ul style="list-style-type: none"> • Transférer au CSCom
CSCom	MASTOÏDITE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose d'antibiotique approprié. • Donner la première dose de paracétamol ou de l'AAS pour calmer la douleur • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur
	INFECTION AIGUË DE L'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner Amoxicilline pendant 5 jours. • Donner du paracétamol ou de l'AAS pour calmer la douleur. • Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche (cf. Fiche technique n°16). • Apprendre à la mère comment assécher l'oreille • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement • Revoir l'enfant dans 5 jours.
	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche. • Instiller des gouttes auriculaires de Quinolone pendant 2 semaines. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 5 jours.
	PAS D'INFECTION D'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de traitement supplémentaire
Hôpital de district	MASTOÏDITE	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des examens complémentaires • Traiter par l'antibiotique approprié. • Donner du paracétamol ou de l'AAS pour calmer la douleur. • Transférer à l'hôpital si nécessaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	MASTOÏDITE	<ul style="list-style-type: none"> • Faire les autres examens complémentaires • Traiter par l'antibiotique approprié. • Donner du paracétamol ou de l'AAS pour calmer la douleur. • Faire un traitement chirurgical au besoin

2.2.6. Anémie :

Généralités : L'anémie est caractérisée par un nombre réduit de globules rouges ou une quantité réduite d'hémoglobine dans chaque globule rouge. La non-consommation d'aliments riches en fer peut entraîner une carence en fer et une anémie. Un enfant peut devenir également anémique en raison d'infections (parasitoses, de paludisme ...) de drépanocytose.

Chez tout enfant malade, évaluer l'anémie : **Rechercher la pâleur palmaire.**

La pâleur est caractérisée par une peau anormalement claire. C'est un signe d'anémie. Pour voir si l'enfant a une pâleur palmaire, regarder la paume de ses mains. Tenir les mains de l'enfant ouvertes en les prenant doucement par les côtés. Ne pas tirer vers l'arrière sur les doigts car ceci peut causer une pâleur due au blocage de la circulation sanguine.

Comparer la couleur de la paume de l'enfant à la vôtre, à celle d'autres enfants. La paume de l'enfant est pâle, l'enfant a une légère pâleur palmaire. La paume est très pâle ou si pâle qu'elle semble blanche, l'enfant souffre de pâleur palmaire sévère.

a. Éléments de diagnostic :

- **Anémie grave** :
 - Pâleur palmaire sévère ;
 - Drépanocytose avec signes de gravité.
- **Anémie** :
 - Pâleur palmaire légère.
- **Pas d'anémie** :
 - Pas de pâleur palmaire.
- **Classification au niveau de la communauté** :
 - Référer tous les cas de pâleur palmaire .

b. Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	PALEUR PALMAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Transférer au CSCoM
CSCoM	ANEMIE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose d'Artésunate injectable ou Artémether ou quinine injectable pour le paludisme grave. • Donner de la vitamine A. • Traiter l'enfant pour prévenir l'hypoglycémie • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	ANEMIE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner du fer/acide folique. • Donner une CTA si le TDR est positif. • Donner du Mébendazole ou Albendazole. • Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CONSEILLER la mère (<i>cf. PCIME</i>). • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant après 14 jours.
	PAS D'ANÉMIE	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement
<i>Hôpital de district</i>	ANEMIE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Demander examens complémentaires si nécessaires (NFS, groupe RH, GE, Test d'Emmel, VIH selles POK, etc.). • Transfuser si nécessaire. • Traiter une drépanocytose au besoin (<i>cf. Fiche technique n° 18</i>). • Traiter les autres causes. • Conseiller un régime alimentaire approprié (<i>Fiche technique n° 4</i>). • Référer si besoin.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	ANEMIE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Demander d'autres examens complémentaires si nécessaires Transfuser si nécessaire. • Prendre en charge la drépanocytose au besoin (<i>cf. Fiche technique n° 18</i>). • Traiter les autres causes. • Conseiller un régime alimentaire approprié.

2.2.7. Malnutrition :

a. Généralités :

La malnutrition aiguë est une forme de malnutrition qui se développe quand l'enfant ne tire pas de ces aliments assez d'énergie ou de protéine pour satisfaire ses besoins nutritionnels. Un enfant qui a été fréquemment malade peut souffrir de malnutrition aiguë, l'appétit de l'enfant diminue et les aliments consommés par l'enfant sont mal utilisés.

Tout enfant dont le régime alimentaire ne contient pas les quantités recommandées de vitamines et éléments minéraux essentiels peut souffrir de malnutrition. L'enfant ne consomme peut être pas assez de vitamines spécifiques telle que la vitamine A par exemple (*cf. Annexe 11 : Teneur en vitamine A de quelques aliments courants*) ou d'éléments minéraux (fer par exemple) en quantité recommandée.

Lorsque l'enfant souffre de malnutrition aiguë :

- Il peut maigrir
- Il peut maigrir sévèrement = Signe de marasme.
- Il peut avoir un œdème = Signe de Kwashiorkor.

Lorsque l'enfant souffre de malnutrition chronique (retard de croissance): Il peut ne pas grandir normalement car sa croissance est entravée.

b. Éléments de diagnostic :

Un enfant qui présente un problème de malnutrition est classé :

- **Malnutrition aiguë sévère :**
 - Amaigrissement visible Sévère OU ;
 - Œdèmes des deux pieds OU ;
 - Rapport P/T < -3 Z – score.
 - Couleur rouge de la bande de Shakir ou PB en dessous de **115 mm**.
- **Malnutrition aiguë modérée :**
 - P/T entre -2 et -3 Z- score.
 - Couleur jaune de la bande de Shakir ou PB entre **115 mm** et **125 mm**.
- **Pas de malnutrition :**
 - Rapport :
 - P/T entre -2 et + 2 Z – score.
 - Couleur verte de la bande de Shakir ou PB au-dessus de **125 mm**.
 - Pas d'autres signes de malnutrition.

Classification au niveau de la communauté :

- Malnutrition à référer :
 - Enfant ou nourrisson dans la bande rouge de Shakir ;
 - Enfant de 2 à 6 mois qui ne grossit pas ;
 - Enfant avec signe de danger.
- Malnutrition à traiter au site : Enfant ou nourrisson dans la bande jaune ou dans la bande verte de Shakir ou avec une malnutrition sévère sans complication ;
- Pas de malnutrition : Pas de signe de malnutrition.

c. Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	MALNUTRITION A TRAITER AU SITE (MAM)	<ul style="list-style-type: none"> • Donner farine enrichie /ATPE (Plumpy sup), aliments locaux. • Donner les traitements spécifiques : Albendazole, Fer + Acide folique, Vitamine A.
	MALNUTRITION A TRAITER AU SITE (MAS sans complications)	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon le protocole de la malnutrition aiguë sévère : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner de l'ATPE chez l'enfant de 6 mois ou plus ; ○ Donner systématiquement de l'Amoxicilline pendant 7 jours. • Administrer du CTA pendant 3 jours si le TDR est positif. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 7 jours : <p>Si l'enfant a moins de 6 mois ou pèse moins de 3 kg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transférer à l'URENI.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	PAS DE MALNUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> • Féliciter la mère. • Donner les conseils à la mère.
CSCom	MALNUTRITION AIGUE SEVERE SANS COMPLICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon le protocole de la malnutrition aiguë sévère : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner de l'ATPE chez l'enfant de 6 mois ou plus. ○ Donner systématiquement de l'Amoxicilline pendant 7 jours. ○ Administrer du CTA pendant 3 jours si le TDR est positif. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 7 jours : <p>Si l'enfant a moins de 6 mois ou pèse moins de 3 kg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transférer à l'URENI
	MALNUTRITION AIGUE MODEREE	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller à la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CONSEILLER LA MERE. • Revoir dans 5 jours si problème d'alimentation. • Traiter selon le protocole la malnutrition aiguë modérée : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner l'ATPE approprié ; ○ Donner de la vitamine A, si l'enfant en a reçu il y a plus de deux mois ; ○ Donner du Albendazole ou Mébendazole si l'enfant a 12 mois ou plus et s'il n'en a pas reçu pendant les 6 mois précédents ; ○ Donner du fer/acide folique. • Dépister une éventuelle infection tuberculeuse. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 7 jours.
	PAS DE MALNUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer son alimentation et conseiller la mère de le nourrir comme décrit dans l'encadré ALIMENTS du tableau CONSEILLER LA MÈRE si l'enfant a moins de 2 ans. • Revoir l'enfant dans 5 jours si problème d'alimentation. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.
Hôpital de District	MALNUTRITION AIGUE SEVERE AVEC COMPLICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Protocole PCIMA. • A référer si besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	MALNUTRITION AIGUE SEVERE AVEC COMPLICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Protocole PCIMA ; • Traiter éventuellement les autres causes.

2.2.8. Infection à VIH chez l'enfant de 2 mois à 5 ans :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire		<ul style="list-style-type: none"> • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile ; • Référer l'enfant au CScCom.
CScCom	INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines (Voir Fiche Technique n° 25) ; • Donner la vitamine A à partir de 6 mois ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile (cf. Fiche technique n° 21) ; • Revoir l'enfant dans 15 jours ; • Faire au besoin le traitement ARV si disponible (Voir Fiche Technique n° 24), si non ; • Référer l'enfant dans un site de traitement ARV.
	INFECTION A VIH ASYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole (Voir Fiche Technique n° 25) ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Evaluer si possible l'éligibilité au traitement ARV si non référer ; • Faire au besoin le traitement ARV si disponible si non référer.
	INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole (Voir Fiche Technique n° 25) ; • Donner la vitamine A à partir de l'âge de 6 mois ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Si possible confirmer (PCR avant l'âge de 18 mois, sérologie après 18 mois d'âge) et se référer à la classification appropriée ; • Evaluer si possible l'éligibilité au traitement ARV sinon référer.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	ENFANT EXPOSE/INFECTION A VIH POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole ; • Donner la vitamine A à partir de 6 mois ; • Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner les conseils appropriés à la mère ; • Confirmer Si possible (PCR avant l'âge de 18 mois, sérologie après 18 mois d'âge) et se référer à la classification appropriée ; • Si non référer.
	PAS D'INFECTION À VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Evaluer l'alimentation et donner les conseils appropriés à la mère ; • Conseiller la mère sur sa propre santé.
Hôpital de District	INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole (Voir Fiche technique n° 25) ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Faire le traitement ARV (Voir Fiche technique n° 24) ; • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile.
	INFECTION A VIH ASYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole (Voir Fiche Technique n° 25) ; • Donner la vitamine A ; • Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner les conseils appropriés à la mère ; • Evaluer l'éligibilité au traitement ARV ; • Faire le traitement ARV au besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Faire le traitement ARV (Voir Fiche technique n° 24) ; • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile (Cf. Fiche technique n° 21).

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	INFECTION A VIH ASYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole • Donner la vitamine A ; • Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner les conseils appropriés à la mère ; • Evaluer l'éligibilité au traitement ARV ; • Faire le traitement ARV au besoin.

2.3. Vérifier le statut vaccinal de l'enfant, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage

CALENDRIER VACCINAL		DOSE DE LA VITAMINE A
AGE	VACCINS	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dose de 50 000 UI à <i>un enfant de moins de 6 mois non allaité</i> • 6 mois à 12 mois : 100 000 UI • 12 à 5 ans : Tous les 6 mois 200 000 UI
Naissance	BCG + Polio 0 orale	DÉPARASITAGE SYSTÉMATIQUE
6 semaines	PENTA 1 + Polio 1 + PNEUMO 1 + ROTA 1	Donner à chaque enfant de l'Albendazole/Mébendazole tous les 6 mois dès l'âge d'un an. Noter la dose sur la fiche de l'enfant :
10 semaines	PENTA 2 + Polio 2 + PNEUMO 2 + ROTA 2	<ul style="list-style-type: none"> • Albendazole : 200 mg (à l'enfant de 12 à 24 mois) ou 400 mg (à l'enfant de 24 mois ou plus). • Mébendazole : 500 mg
14 semaines	PENTA 3 + Polio 3 + PNEUMO 3 + ROTA 3 + VPI	
9 à 11 mois	VAR + VAA + Men. A	

II. FICHES TECHNIQUES

FICHE TECHNIQUE N° 1 - a : REANIMATION EN SALLE DE NAISSANCE

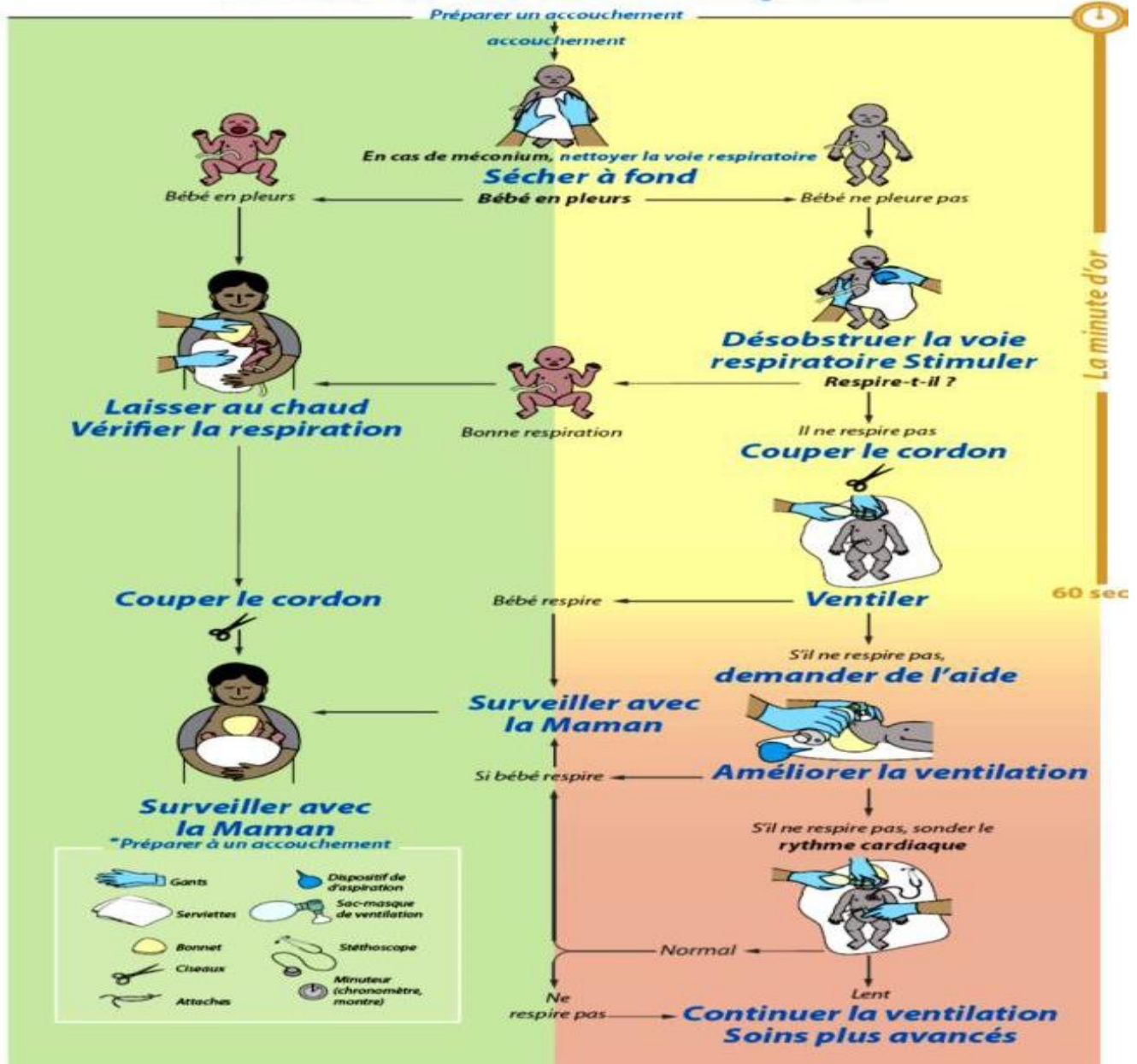
Principe de la réanimation :

La réanimation obéit à des règles regroupées sous l'acronyme **TARCiM** :

- **T** : Maintenir une température correcte du nouveau-né ;
- **A** : Assurer la libération des voies aériennes ;
- **R** : Assurer une respiration adéquate par la stimulation tactile et la ventilation au ballon et au masque ;
- **Ci** : Assurer une circulation correcte par le massage cardiaque externe ;
- **M** : Utiliser des Médicaments.

Dans la majorité des cas, les trois premières étapes suffisent (cf. Plan HBB ci-dessous).

Aider les Bébé à Respirer



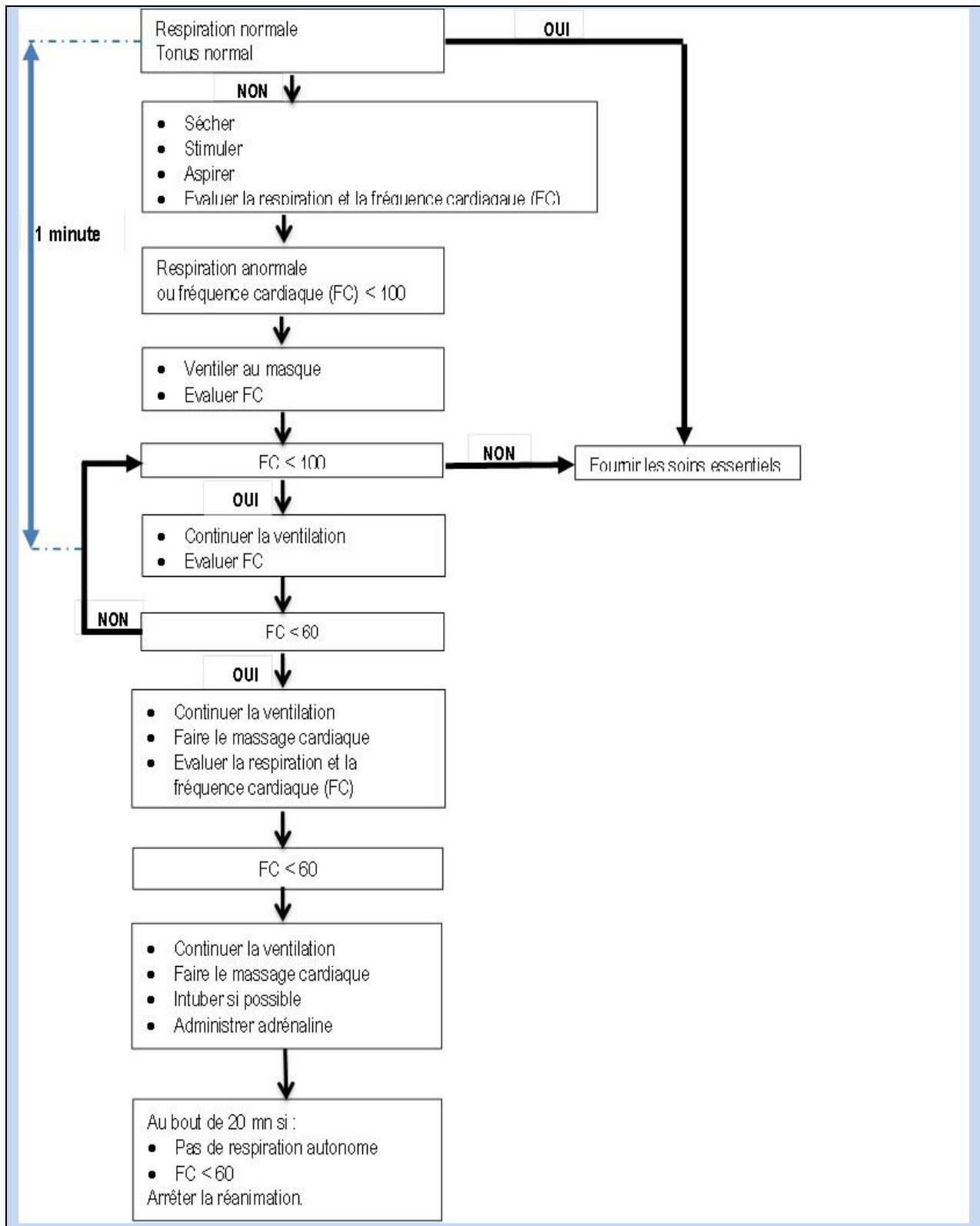
FICHE TECHNIQUE N° 1 - b : REANIMATION EN SALLE DE NAISSANCE

ACTIONS/ETAPES
<p>ATTENTION ! La 1^{ère} minute est essentielle pour la survie du nouveau-né. C'est la minute d'or. Il faut avoir à l'esprit que tout accouchement est à risque. C'est pourquoi il faut toujours être prêt pour une réanimation du nouveau-né</p>
PRÉPARATION POUR LA RÉANIMATION
L'agent de santé identifie une aide, vérifie la présence du matériel, sa propreté/stérilité et sa fonctionnalité
1. S'assurer que la température de la salle est chaude (26 à 28°C), qu'il n'y a pas de courant d'air, ni de fenêtres ouvertes.
2. Une table à surface ferme avec source de chaleur.
3. Assurer la propreté de la surface de la table.
<p>4. Préparer et rassembler : Des serviettes pour sécher le nouveau-né (au moins 02 serviettes ou à défaut des linges propres et secs un bonnet et une paire de chaussons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une poire ou un pingouin pour aspiration (ou aspirateur de préférence) • Un ballon de ventilation avec masque • Un chronomètre • Un stéthoscope à membrane • Une paire de ciseaux stériles ou une lame de bistouri • Deux paires de gants stériles • Des attaches (fil de ligature) ou clamps • Sonde d'aspiration numéros 06, 08 et 10 • Thermomètre
ETAPES DE LA RÉANIMATION
5. Se laver les mains et porter des gants stériles.
6. Recevoir le nouveau-né dans un linge propre/stérile, sec et chaud. Essuyer, sécher et mettre de côté le linge mouillé.
7. Si le bébé ne crie pas évaluer la respiration, la coloration et le battement cardiaque et décider de la réanimation,
8. Placer le bébé sur son dos sur une surface chaude et bien éclairée, tête placée du côté du réanimateur.
9. Avec un autre linge sec et stérile/propre, envelopper le corps et la tête du bébé, en laissant la poitrine exposée, et vérifier encore une fois si le bébé respire. Clamper et couper le cordon tout en appelant à l'aide et en informant la maman.
10. Si le bébé ne respire toujours pas, dégager la voie respiratoire par l'aspiration (la bouche d'abord, le nez ensuite) avec : Une sonde d'aspiration reliée à un aspirateur (pression à vide ne dépassant pas 130 cm d'eau ou 100 mm Hg). Cf fiche technique n°1C.

11. Commencer la ventilation si le bébé ne respire toujours pas ou s'il gaspe**.
12. Placer le cou du bébé en légère extension en tirant la tête et le cou avec les mains ou en plaçant un petit rouleau de tissu sous ses épaules.
13. S'assurer que le masque est bien appliqué de façon étanche recouvrant le menton, la bouche et le nez du bébé, mais pas les yeux.
14. S'assurer que la poitrine du bébé se soulève.
15. Ventiler 40 fois/minute environ (presser à 1 en comptant 1,2, 3) ; Revérifier la respiration du bébé après 1 minute.
16. Si le bébé respire, arrêter la ventilation et faire les soins de suivi.
17. Si le bébé ne respire pas ou respire mal, évaluer la fréquence cardiaque – Si >100/mn : continuer à ventiler ; Si < 100/mn : Vérifier les voies aériennes et l'extension du cou, repositionner le masque et recommencer la ventilation.
18. Si le bébé ne respire toujours pas et si la fréquence cardiaque <60/ mn, continuer à ventiler et associer le massage cardiaque externe
19. Si le bébé est bleu notamment au niveau des lèvres et de la langue, donner de l'oxygène s'il y en a, jusqu'à une coloration rose des lèvres.
20. Vérifier périodiquement (toutes les 2 à 5 minutes) la respiration, la coloration et l'activité du bébé.
21. Si le bébé ne crie ni ne respire après 20 minutes, arrêter la réanimation.
SOINS DE SUIVI
22. Expliquer à la mère ce qui a été fait et l'état du bébé après la réanimation, ainsi que les soins supplémentaires requis dans le centre et à domicile par la suite.
23. Si l'état du bébé s'améliore, le garder au chaud, en contact peau à peau avec la mère. Commencer l'allaitement maternel aussitôt que le bébé est stable et prêt à se nourrir.
24. Surveiller la respiration, la couleur et l'activité du bébé régulièrement, toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures, et toutes les 30 minutes pendant les 4 heures qui suivent. Continuer la vérification, y compris l'évaluation de l'alimentation toutes les 3 heures pendant les prochaines 48 à 72 heures.
25. Référer tout nouveau-né réanimé après stabilisation.
26. Noter toutes les constatations et traitement fournis pour l'asphyxie à la naissance dans les dossiers de la mère et de l'enfant et dans le partogramme/registre d'accouchement.
27. Se débarrasser de façon appropriée des articles jetables usagés et s'assurer que tous les matériels sont décontaminés, nettoyés et stérilisés comme il se doit, et que de nouveaux articles jetables sont rassemblés et prêts pour l'accouchement suivant.

N.B : En cas de liquide amniotique méconial, commencer la réanimation par l'aspiration dès que la tête est dégagée.

ALGORITHME DE LA REANIMATION



FICHE TECHNIQUE N° 1 – c : ASPIRATION DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES

Technique consistant à libérer les voies aériennes supérieures des sécrétions qui les encombrant à l'aide d'une sonde d'aspiration.

INDICATIONS :

- Asphyxie, détresse respiratoire ;
- Inhalation de liquide amniotique ;
- Convulsions, coma ;
- Obstruction des VAS.

MATERIELS :

- Aspirateur ;
- Sonde adapté à l'âge de l'enfant (Ch N° : 6, 8, 10) ;
- Eau de rinçage (potable) ;
- 2 paires de gants stériles.

TECHNIQUE :

- Placer l'enfant en décubitus dorsal, la tête en position neutre, légèrement en extension et dirigée vers le réanimateur ;
- Soulever les épaules de l'enfant d'environ 2 à 3 cm en plaçant un petit rouleau de linge en dessous ;
- Réguler la pression entre (100 à 150 mm hg) pour le nouveau-né, (100 à 200 mm hg) pour le nourrisson et l'enfant ;
- Aspirer seulement au retrait de la sonde ;
- Toujours commencer par aspirer la bouche, puis chaque narine ;
- Plusieurs passages sont parfois nécessaires si l'aspiration est productive, n'effectuer pas plus de 2 à 3 passages par narine ;
- Durée de chaque aspiration 5 secondes maximum ;
- Temps d'attente entre chaque aspiration : 30 à 60 secondes.

RISQUES LIES A L'ASPIRATION :

- Bradycardie ;
- Apnées réflexes ;
- Saignement ;
- Œdème de la muqueuse nasale (nouveau-né surtout) ;
- Risque infectieux.

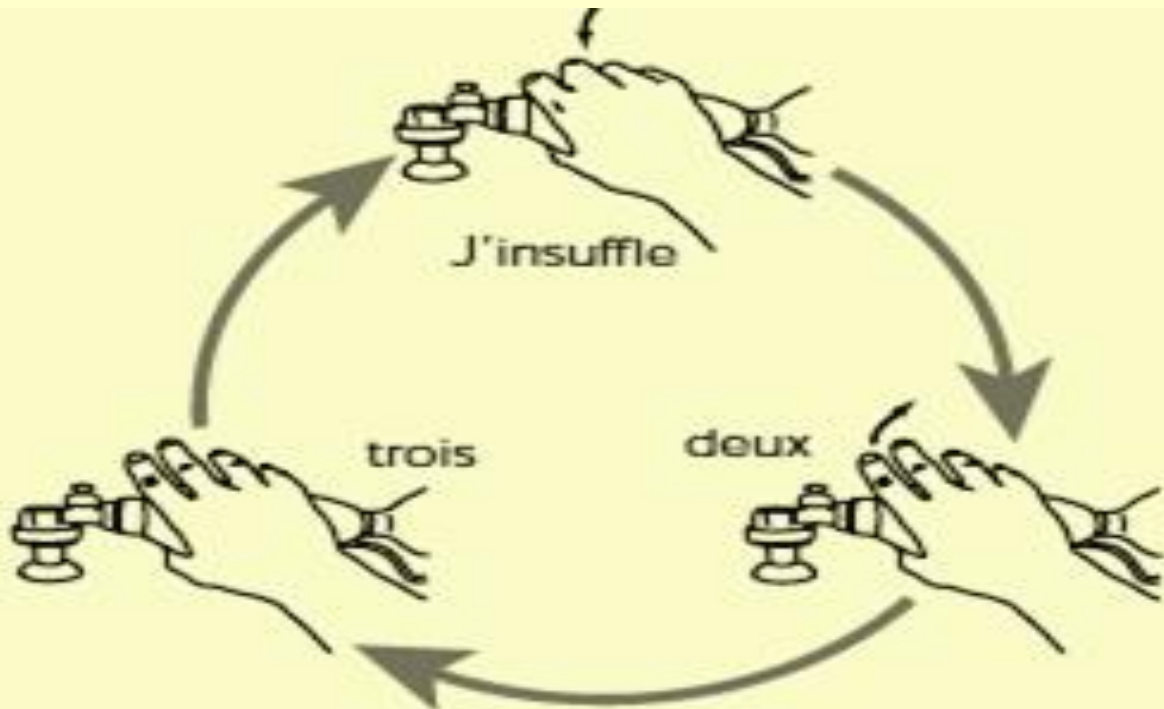
CAS PARTICULIER DE L'INHALATION DU LIQUIDE AMNIOTIQUE MECONIAL :

- Si le liquide est abondant ou épais, et le nouveau-né vigoureux : faire une aspiration simple des VAS.
- Si le nouveau-né n'est pas vigoureux, intuber et aspirer efficacement avant tout geste de réanimation.

N.B : Tenir compte du poids de l'enfant pour le choix du calibre de la sonde et non pas seulement de son âge (< 2 500g = sonde n°6 ; > 2 500g = sonde n°8...).

FICHE TECHNIQUE N° 1 - d : VENTILATION AU MASQUE

- **Indication** : Absence de mouvement respiratoire, suffocation, gasp.
- **Position de l'enfant** : Extension modérée du cou sur le tronc.
- **Technique** :
 - Choisir le masque correct (taille 1 pour les nouveau-né à terme et taille 0 pour les PPN) :
 - Opérateur vers la tête du nouveau-né, ballon dans la main droite pour les droitiers
 - Bien positionner la tête légèrement déclive (un peu étirée),
 - Bien appliquer le masque sur le visage (le masque doit couvrir le menton, la bouche et le nez)
 - Maintenir le masque bien appliqué de façon étanche en mettant le pouce et l'index sur le haut du masque tout en tenant le menton avec le majeur et les autres doigts
 - Donner 40 insufflations par mn. En pratique on presse à 1 en comptant 1, 2, 3.

Le rythme à trois temps de la ventilation au ballon :

- **Contre-indication à la ventilation au masque** : inhalation du liquide amniotique méconial, hernie diaphragmatique

FICHE TECHNIQUE N° 2 : EXAMEN SYSTEMATIQUE DU NOUVEAU – NE

ACTIONS/ETAPES
PRÉPARATION DE L'EXAMEN
1. S'assurer que la formation sanitaire a une stratégie pour les visites post – natales précoces des mères et des nouveaux-nés, avec une prise en charge immédiate sans attente inutile, où tous leurs besoins sont satisfaits rapidement.
2. Saluer la mère/l'accompagnatrice, installer la mère et le bébé confortablement à un endroit sans courant d'air, l'encourager et expliquer ce qui va se faire.
3. Préparer les équipements nécessaires et vérifier leur fonctionnalité : Eau propre, savon, serviette, tissus et/ou pagnes propres et secs, gants propres/stériles, thermomètre, montre, ruban mètre, pèse – bébé. Un nouveau-né, ou un mannequin (ou poupée) doivent être disponibles.
4. Consulter les dossiers du couple bébé/mère : Rechercher en particulier toute pathologie maternelle qui peut affecter le nouveau-né → infection, travail dystocique, les conditions d'accouchement, le poids de naissance, notion de réanimation.
5. Interroger et écouter la mère sur tout problème remarqué depuis la naissance, le mode d'alimentation, l'émission de selles, d'urines et sur les signes de danger : <ul style="list-style-type: none"> • Tête moins ou ne tête pas. • Léthargique. • Convulsions. • Hyperthermie ou hypothermie. • Respiration difficile, rapide. • Vomissements avec ou sans distension abdominale. • Infection de l'ombilic (tuméfié, rouge, sentant mauvais).
6. Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et sèche à l'air libre ou avec une serviette propre ou du papier cellulose <u>OU</u> utiliser une solution antiseptique.
7. Placer le nouveau- né sur une surface propre, à un endroit où la mère peut regarder tout ce qui se passe ou (si pas faisable) l'examiner dans les bras de sa mère.
8. Déshabiller suffisamment le bébé tout en évitant de le refroidir.
Commencer l'examen par la recherche des signes de danger
9. Evaluer le signe de danger relatif à la léthargie : Nouveau-né mou, moins ou pas de mouvements, difficile à réveiller, ne réagissant pas à la stimulation.
10. Evaluer la difficulté respiratoire, en indiquant verbalement que le bébé est en train d'être examiné pour : <ul style="list-style-type: none"> (a) Battement des ailes du nez. (b) Geignement. (c) Respiration rapide, supérieure à 60/minutes (si plus de 60/min, revérifie la fréquence respiratoire) ou lente. (d) Tirage sous costal grave.

<p>11. Evaluer la fièvre ou l'hypothermie :</p> <p>(a) Démontrer comment nettoyer le thermomètre avec un tampon imbibé d'alcool.</p> <p>(b) Démontrer la vérification axillaire de la température avec le thermomètre, en plaçant ce dernier sous l'aisselle pendant 1 à 3 minutes (selon le thermomètre).</p> <p>(c) Indiquer que la température axillaire normale est de 36,5 – 37,5 0.</p> <p>(d) Indiquer que la fièvre et l'hypothermie, en dehors de l'échelle normale sont des signes de danger chez le nouveau-né.</p>
<p>12. Rechercher une distension abdominale : Abdomen augmenté de volume, tendu.</p>
<p>13. Rechercher l'infection du cordon ombilical :</p> <p>(a) Prendre soin de soulever le cordon pour en voir la base</p> <p>(b) Indiquer qu'il/elle est en train de détecter la présence éventuelle de</p> <p>(i) suppuration</p> <p>(ii) rougeur</p> <p>(iii) tuméfaction</p> <p>(iv) mauvaise odeur.</p> <p>N.B : Si l'examen se fait immédiatement après la naissance, ces signes ci-dessus ne sont pas présents mais vérifier plutôt la présence de saignement ou non et la qualité de la ligature du cordon.</p>
<p>Les autres signes de danger tels que vomissements et convulsions peuvent ne pas être visualisés même s'ils existent.</p>
<p>Pratiquer un examen général par :</p>
<p>14. L'examen de la coloration : Le teint doit être rose et non jaune ou cyanosé. Démontrer comment détecter un ictère en pressant doucement la pointe du nez ou l'arête nasale avec la pulpe du doigt, ensuite en relâchant la pression pour voir si la zone pâlie montre une coloration jaune.</p>
<p>15. L'examen de la peau qui peut montrer des lésions (pustules) ou d'autres caractéristiques qui sont fréquentes à cet âge mais finissent par disparaître au bout de quelques jours ou semaines, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de petites éruptions de couleur blanche ou jaune pâle sur la figure (miliium). • un rassemblement de petits vaisseaux capillaires sur la figure au-dessus du front et de la lèvre supérieure (télangiectasie). • des zones bleuâtres dans le dos et sur les membres (tâches mongoliennes). • des tâches ou traces rougeâtres sur la peau (érythème toxique) • une desquamation.
<p>Effectuer un examen systématique des appareils de la tête aux pieds</p>
<p>Tête, face, cou</p>
<p>16. Noter la forme de la tête, inspecte le cuir chevelu à la recherche de traumatisme, de contusions.</p>
<p>17. Vérifier la fontanelle antérieure pour voir s'il n'y a pas de tuméfaction.</p>
<p>18. On peut noter au niveau de la tête une bosse séro-sanguine (tuméfactions qui n'est pas limitée par les sutures) ou un céphalématome (tuméfaction plus ferme et qui est limitée par les sutures). Ne jamais masser ces tuméfactions</p>
<p>19. Vérifier toute anomalie au niveau de la face, particulièrement des mouvements asymétriques (paralysie), des signes faciaux anormaux (bec de lièvre, malformation, ...).</p>

20. Ouvrir les yeux du nouveau – né en les maintenant verticalement et les regarder afin d'apprécier leur apparence (normale, opacité, rougeur écoulement).
21. - Examiner l'intérieur de la bouche pour vérifier qu'il n'y a pas de fente du palais : Profiter d'un cri ou quand le nouveau – né baille et éviter d'introduire le doigt dans sa bouche. - Examiner la langue et les parois internes de la bouche pour voir si l'enfant ne présente pas de muguet se manifestant par de petites tâches ou plaques blanchâtres irrégulières sur la langue et sur les parois internes des joues
22. Vérifier le cou : propreté au niveau des plis, absence de tuméfaction.
Examiner ensuite le thorax
23. Vérifier la symétrie du thorax et des mouvements respiratoires.
24. Contrôler le rythme respiratoire (compter le nombre d'inspirations et d'expirations en une minute) si cela n'a pas déjà été fait au début.
25. Contrôler le rythme cardiaque qui est plus rapide chez le nouveau-né et se situe entre 110 et 160 battements par minute.
26. Les seins, tant chez les garçons que chez les filles, peuvent être engorgés et sécréter une petite quantité de lait. Il ne faut pas exprimer le lait parce que cela peut causer des traumatismes et une infection.
Examiner l'abdomen
27. Palper l'abdomen qui devrait être arrondi et mou ; on peut percevoir le foie chez le nouveau-né (à droite sous les côtes).
Examiner les organes génitaux externes
29. Examiner soigneusement les organes génitaux externes pour confirmer le sexe : <ul style="list-style-type: none"> • Chez les garçons, vérifier la position de l'orifice de l'urètre qui doit être au sommet du pénis, les bourses qui doivent être soudées, et la présence des testicules (qui peuvent manquer pendant la période néonatale), dans ce cas vérifier à chaque examen ultérieur • On peut noter une hydrocèle, qui va disparaître avec le temps • Chez les filles, vérifier la présence des 2 orifices vaginal et urétral, les petites lèvres et les grandes lèvres qui doivent être complètement séparées ; • Un écoulement blanchâtre accompagné de sang ou non est fréquent dans les premières semaines de vie (appelé crise génitale). Nettoyer avec de l'eau simple, s'assurer que le bébé a reçu sa vit K1 et rassurer la maman
Examiner les membres
30. Vérifier : <ul style="list-style-type: none"> • Les os, les muscles. • La symétrie des plis et des membres lors de leur gesticulation. • Vérifier qu'ils sont égaux.
Retourner le nouveau-né sur le ventre
31. Examiner la colonne vertébrale et vérifier : <ul style="list-style-type: none"> • En observant et en palpant toute la longueur de la colonne, • L'absence de plaie ou de tumeur.

Prendre les mensurations
32. - Le poids, en prenant soin de tarer la balance au préalable. - Les autres mensurations éventuellement : taille, périmètre crânien et thoracique.
Conclure sur l'examen
33. Comparer les résultats avec les résultats normaux (voir Manuel) et conclure si l'examen est normal ou non. <ul style="list-style-type: none"> • Informer la mère des résultats et répondre à toute autre question posée ; • L'encourager et expliquer sans l'inquiéter de la nécessité de référer le nouveau – né si l'examen est anormal.
Evaluer l'allaitement maternel
34. Rhabiller le nouveau – né et le rendre à sa mère ; évaluer : <ul style="list-style-type: none"> • Le positionnement du nouveau-né et de la mère ; • La bonne prise du sein ; • L'efficacité de la succion.
Exécuter les tâches après examen
35. Enlever les gants, se laver les mains.
36. Enregistrer tous les constats relatifs à l'examen physique dans les registres et les documents mère/enfant.
37. Si examen normal, planifier les autres visites, si examen anormal, planifier le plan de soins (cf. Manuel).
Conseiller la mère sur la bonne pratique des soins au nouveau-né
38. Conseiller (en démontrant au besoin) sur : <ul style="list-style-type: none"> • Les signes de danger et la recherche de soins, • Les soins du cordon, • L'allaitement maternel exclusif, • Le maintien de la température, • Les bonnes pratiques hygiéniques telles que le lavage des mains, le bain et les changes des couches du nouveau – né.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : PHOTOTHERAPIE

La photothérapie est le traitement de l'ictère néonatal par la lumière.

BUT : Elle vise à limiter l'augmentation de la bilirubine libre au-dessous du seuil qui nécessiterait une exsanguino-transfusion, en raison des risques de lésions cérébrales irréversibles (ictère nucléaire).

MOYENS : Appareils à photothérapie de 4 ou 8 tubes, d'énergie contrôlée, délivrant une lumière bleue ou blanche.

TECHNIQUE :

- Laver soigneusement les mains avant et après l'installation de l'enfant ;
- Déshabiller l'enfant et le mettre sur un matelas couvert par une alèse, dans un incubateur (couveuse) ou dans berceau ;
- Protéger les yeux par des lunettes spéciales, opaques, maintenues par un surgilex ;
- Protéger les testicules par un cache opaque ;
- Mise en marche de l'appareil de photothérapie à l'intensité prescrite (1 ; 1,5 ; ou 2,5 mW/cm²) selon le poids et l'intensité de l'ictère.

SURVEILLANCE ET GESTES PARTICULIERS A EFFECTUER :






- **Surveiller régulièrement :**
 - La bonne mise en place des lunettes si le bébé est sous oxygène ;
 - La température cutanée ;
 - Le nombre et l'aspect des selles et des urines ;
 - La bilirubinémie.
- **Assurer :**
 - Une augmentation de la ration hydrique quotidienne de 10 à 20% ;
 - Une variation régulière des positions de l'enfant pour exposer l'ensemble de son corps de façon harmonieuse ;
 - Une instillation de gouttes de sérum physiologique dans les yeux toutes les 6 heures.

COMPLICATIONS POSSIBLES A DEPISTER :






- **Digestives :** ballonnement abdominal, diarrhée.
- **Oculaires :** conjonctivite.
- **Métaboliques :** déshydratation+++
- **Thermique :** augmentation de la température cutanée, hyperthermie.
- **Pigmentaire :** apparition d'une coloration cutanée verdâtre tenace, si la photothérapie a été maintenue alors qu'augmentait la bilirubine conjuguée.

FICHE TECHNIQUE N° 4: RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION

(Pour l'enfant malade et l'enfant en bonne santé)

De 0 à 6 mois	De 6 mois à 9 mois	De 9 mois à 12 mois	De 12 mois à 24 mois	24 mois et plus
 <ul style="list-style-type: none"> • Allaiter aussi souvent que l'enfant le réclame. Observer les signes qui indiquent que votre bébé a faim : il commence à s'agiter, porte les mains à sa bouche ou fait des mouvements de succion avec ses lèvres ou sa langue. • Allaiter jour et nuit chaque fois que votre bébé le réclame, au moins 8 fois par 24 heures. Un allaitement fréquent augmente la production de lait. 	 <p>De 6 à 9 mois Type d'aliments: Aliments en purée Combien de fois: 2 à 3 fois par jour et 1 à 2 casse-croûtes Combien: 2 à 3 cuillerées à soupe jusqu'à la moitié (1/2) de la tasse à chaque repas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allaiter aussi souvent que l'enfant le réclame. • Lui donner aussi de la bouillie épaisse ou des aliments en purée, notamment des aliments d'origine animale et des fruits et des légumes riches en vitamine A. • Commencer en donnant 2 à 3 cuillères à café de nourriture. Augmenter progressivement à ½ tasse (1 tasse = 250 ml). • Donner 2 à 3 repas par jour. 	 <p>De 9 à 12 mois Type d'aliments: Aliments finement hachés ou en purée ainsi que les aliments que le bébé peut prendre avec ses doigts Combien de fois: 3 à 4 fois par jour et 1 à 2 casse-croûtes Combien: Au moins la moitié (1/2) de la tasse à chaque repas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allaiter aussi souvent que l'enfant le réclame. • Lui donner aussi toute une variété d'aliments du repas familial écrasés ou finement hachés, notamment des aliments d'origine animale et des fruits et des légumes riches en vitamine A. • Donner ½ tasse à chaque repas (1 tasse = 250 ml). • Donner 3 à 4 repas par jour. • Proposer 1 ou 2 goûters entre les repas. L'enfant mangera s'il a faim. 	 <p>De 12 à 24 mois Type d'aliments: Nourriture familiale coupée ou en purée au besoin Combien de fois: 3 à 4 fois par jour et 1 à 2 casse-croûtes Combien: Trois quarts (3/4) jusqu'à 1 tasse remplie à chaque repas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allaiter aussi souvent que l'enfant le réclame. • Lui donner aussi toute une variété d'aliments du repas familial écrasés ou finement hachés, notamment des aliments d'origine animale et des fruits et des légumes riches en vitamine A. • Donner ¾ tasse à chaque repas (1 tasse = 250 ml). • Donner 3 à 4 repas par jour. • Proposer 1 ou 2 goûters entre les repas. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Donner à votre enfant toute une variété d'aliments du repas familial, notamment des aliments d'origine animale et des fruits et des légumes riches en vitamine A. • Donner au moins 1 tasse entière (250 ml) à chaque repas. • Donner 3 à 4 repas par jour. • Proposer 1 ou 2 goûters entre les repas. • Si votre enfant refuse un nouvel aliment, proposer celui-ci à « goûter » plusieurs fois.

De 0 à 6 mois	De 6 mois à 9 mois	De 9 mois à 12 mois	De 12 mois à 24 mois	24 mois et plus
<ul style="list-style-type: none"> • Si votre bébé est petit (faible poids de naissance), allaiter au moins toutes les 2 à 3 heures. Réveiller le bébé pour la tétée au bout de 3 heures, s'il ne s'est pas réveillé de lui-même. • L'allaitement exclusif est particulièrement important pour les nouveau-nés de mères séropositives. L'allaitement mixte augmente le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant comparativement à l'allaitement maternel exclusif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer 1 ou 2 goûters par jour entre les repas quand l'enfant semble avoir faim. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les goûters, donner de petits aliments faciles à mastiquer que l'enfant peut tenir lui-même. Laisser votre enfant essayer de les manger seul, mais l'aider si nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à nourrir votre enfant lentement et patiemment. • Encourager votre enfant à manger, mais sans le forcer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Montrer que vous aimez cet aliment. Toujours agir avec patience. • Parler avec votre enfant pendant le repas, et garder un contact visuel.

<p>N.B : Une tasse correspond à 250 ml</p>	<p>1 Etoile</p> 	<p>2 Etoiles</p> 	<p>3 Etoiles</p> 	<p>4 Etoiles</p> 	<p>matières grasses</p> 
<p>* Tout bon régime alimentaire doit être composé d'aliments à 4 étoiles (bouillie épaisse de céréales enrichie, de la viande, du poisson, des œufs ou des légumes secs et des fruits et légume) additionnés de matières grasses (végétales ou animales)</p>					

RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION D'UN ENFANT AVEC UNE DIARRHÉE PERSISTANTE

- S'il est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et plus longtemps, jour et nuit.
- Si l'enfant consomme un autre lait :
 - remplacer ce lait en augmentant l'allaitement au sein OU
 - remplacer ce lait par des produits laitiers fermentés, tels que le lait caillé OU
 - remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi-solides très nutritifs.

Pour les autres aliments, suivre les recommandations pour l'alimentation de l'enfant selon son âge.

FICHE TECHNIQUE N° 5 : ALLAITEMENT EXCLUSIF**❖ Pourquoi ?**

- Parce que le lait maternel contient 900 ml d'eau dans un litre de lait ;
- Chaque fois que le bébé tète, il boit en même temps qu'il s'alimente ;
- Quand on lui donne de l'eau ou autre boisson, cela remplace la nourriture qu'il devrait prendre et l'expose aux microbes, le risque de malnutrition et de diarrhée est augmenté chez l'enfant ainsi que le risque de diminution de la production lactée chez la mère ;
- Le lait maternel contient tous les éléments nutritifs suffisants pour le bébé jusqu'à 6 mois ;
- Le bébé grandit mieux et est mieux protégé contre les maladies.

❖ Comment ?

- Ne rien donner d'autres (sauf les médicaments) au bébé que le lait maternel jusqu'à l'âge de 6 mois ;
- Ne pas lui donner de l'eau à boire entre les tétées ;
- Le faire téter à la demande jour et nuit ;
- Vider toujours un sein avant de passer à l'autre. La prochaine tétée commencera par le sein qui n'avait pas été vidé ;
- Exprimer le lait dans une tasse propre et le donner à boire à la tasse au bébé pendant les heures d'absence ;
- Ne jamais utiliser le biberon pour donner quoi que ce soit au bébé ;
- Ne jamais donner des sucettes ou tétine au bébé ;
- Introduire la bouillie à 6 mois révolu.

❖ Avantages de l'Allaitement :

- Le lait maternel est le plus adapté au bébé ;
- Il est facile à digérer ;
- Il est toujours sain ;
- Il est gratuit ;
- Il permet une bonne croissance du bébé ;
- Il favorise son intelligence ;
- Il protège le bébé contre certaines maladies ;
- L'allaitement favorise les relations affectives entre la mère et l'enfant ;
- Il protège la mère contre certains cancers (utérus, sein, ovaire) ;
- Il aide la mère à vite retrouver sa silhouette ;
- L'allaitement exclusif est une méthode contraceptive jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : ALIMENTATION DE REMPLACEMENT DE L'ENFANT DE MERE SEROPOSITIVE

Dans le contexte du VIH, il existe deux modes d'alimentation du nouveau-né de mère séropositive : l'allaitement maternel exclusif (AME) et l'alimentation de remplacement. Toutefois, le counseling sur le choix du mode d'alimentation commence depuis la grossesse en plusieurs étapes (cf. Annexe)

Quantité mensuelle de lait suffisante pour un enfant jusqu'à l'âge de 12 mois (boîte de 400 mg) :

- Enfant d'un mois : 6 boîtes
- Enfant de 2 mois : 7 boîtes
- Enfant de 3 mois : 9 boîtes
- Enfant de 4 mois : 9 boîtes
- Enfant de 5 mois : 10 boîtes
- Enfant de 6 mois : 10 boîtes
- Enfant de 6 à 12 mois : 20 boîtes.

Préparation :

Conditions préalables à une alimentation propre et hygiénique :

- Toujours se laver les mains avec du savon ou de la cendre avec beaucoup d'eau propre ; paume et dos de la main, entre les doigts et sous les ongles (avoir les ongles coupés).
- Garder les ustensiles à utiliser et la surface sur laquelle on fait les préparations aussi propres que possible.
- Laver les ustensiles avec une éponge et du savon.
- Maintenir les ustensiles couverts pour les protéger contre les insectes et la poussière jusqu'à l'utilisation.
- Faire bouillir l'eau pendant 5 minutes ;
- Mettre l'eau bouillie dans un récipient propre couvert et laisser refroidir.

Quantité d'eau et de lait à donner au nouveau-né/ nourrisson :

AGE	Quantité d'eau	Quantité de lait	Nombre de repas par jour
1^{ère} semaine	60 ml	2 mesures de lait	6 – 8 repas
1 mois	90 à 120 ml	3 à 4 mesures de lait	6 – 8 repas
2 mois	120 à 150 ml	4 à 5 mesures de lait	6 – 7 repas
3 mois	150 à 180 ml	5 à 6 mesures de lait	6 repas
4 mois	180 à 210 ml	6 à 7 mesures de lait	6 repas
5 mois	210 à 240 ml	7 à 8 mesures de lait	5 repas
6 mois	240 ml	8 mesures de lait	4 repas

N.B :

- **Le nouveau-né/nourrisson a besoin d'être régulièrement alimenté, environ 8 fois par jour pendant les deux premiers mois, après ce nombre peut être réduit à 6 fois par jour.**
- **Les nouveau-nés/nourrissons très petits et les nouveau-nés/nourrissons de moins de 2 mois ont besoin de repas pendant la nuit.**

Comment mesurer l'eau et le lait en poudre :

Le récipient devant servir pour mesure d'eau doit être :

- Gradué
- Facilement disponible
- Facile à nettoyer
- Transparent de préférence
- Montrer à la mère comment mesurer l'eau
- Montrer à la mère comment mesurer le lait comment faire la mesure de la cuillère rase (exemple : à l'aide du dos d'un couteau ou la manche d'une cuillère).

Comment préparer le lait :

- Se laver les mains
- Mesurer et verser la quantité d'eau bouillie refroidie dans la tasse
- Ajouter la quantité de lait nécessaire
- Remuer avec une cuillère propre

Administration :

L'administration du lait préparé se fait soit avec la tasse ou avec la cuillère :

Comment alimenter à la tasse :

- Le nouveau-né/ nourrisson doit être éveillé, bien positionné dans les bras de sa mère, la tête soutenue.
- Mettre un tissu propre sous son menton.
- Tenir la tasse contre les lèvres du nouveau-né / nourrisson et l'incliner jusqu'à ce que le lait atteigne les lèvres du nouveau-né/ nourrisson (ne pas appuyer la tasse contre la lèvre inférieure).
- Laisser le nouveau-né/ nourrisson boire à sa propre vitesse (ne pas verser le lait dans sa bouche).
- Laisser le nouveau-né/ nourrisson décider quand s'arrêter.
- Regarder le nouveau-né/ nourrisson quand on l'alimente (cela assure le contact social et l'attention de la mère).

Comment alimenter à la cuillère :

- Le nouveau-né/nourrisson doit être éveillé, bien positionné dans les bras de sa mère, la tête légèrement inclinée et soutenue.
- Mettre un tissu propre sous son menton.
- Poser la cuillère sur la langue du nouveau-né/ nourrisson et attendre le réflexe de succion.
- Laisser le nouveau-né/nourrisson boire à sa propre vitesse (ne pas verser le lait dans sa bouche).
- Laisser le nouveau-né/ nourrisson décider quand s'arrêter.
- Regarder le nouveau-né/ nourrisson quand on l'alimente (cela assure le contact social et l'attention de la mère).

Conservation :

- Une fois que le lait est préparé, il doit être conservé dans un délai d'une heure.
- La boîte de lait doit être bien fermée et gardée dans un endroit sec.
- Une fois que l'enfant finit de boire le reste du lait doit être jeté.

N.B : Habituellement quand le nouveau-né est rassasié, il ferme sa bouche et refuse de boire davantage. Parfois, il peut juste vouloir se reposer un peu et se remettre à boire encore. Alors, il faut toujours lui proposer le lait après un premier refus.

S'il boit une petite quantité de lait, on peut lui offrir plus de lait au prochain repas, ou avancer le prochain repas.

FICHE TECHNIQUE N° 7 : ALLAITEMENT EXCLUSIF D'UN ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE

Dans le contexte du VIH, il existe deux modes d'alimentation du nouveau-né de mère séropositive : l'allaitement maternel exclusif (AME) et l'alimentation artificielle (AA). Toutefois, le counseling sur le choix du mode d'alimentation commence depuis la grossesse en plusieurs étapes (cf. Annexe) et celui-ci doit être éclairé. Lorsqu'une alimentation de remplacement est acceptable, faisable, financièrement abordable, durable et sûre; la mère infectée doit éviter d'allaiter son bébé.

*Dans le cas contraire, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois est choisi, suivi d'un complément alimentaire à partir de 07 mois de vie avec sevrage à **12 mois**. Quel que soit son choix, la mère doit être soutenue.*

Instructions pour le sevrage d'un nouveau-né de mère séropositive et qui allaite

Allaitement

- La condition optimale pour l'allaitement maternel est une charge virale maternelle indétectable ou mère asymptomatique au moment de l'accouchement et pendant toute la durée de l'allaitement (faire la charge virale tous les 3 mois ou un examen clinique si pas de CV).
- La mère optant pour l'allaitement maternel doit poursuivre la trithérapie anti rétrovirale pendant toute la durée de celui-ci.
- L'aide à l'observance doit être renforcée chez la mère optant pour l'allaitement maternel.
- Allaiter aussi souvent que l'enfant réclame et éviter de donner d'autres liquides ou aliments...
- Allaiter aussi longtemps que possible.
- Arrêter précocement avant 6 mois si les conditions AFADS** sont réunies.
- Arrêter définitivement l'allaitement protégé au plus tard entre 6 mois et 12 mois d'âge.

Proscrire l'alimentation mixte

Aider la mère à bloquer sa montée laiteuse à l'arrêt de l'allaitement par :

- L'administration de bromocriptine : ½ comprimé 4 fois par jour pendant 2 jours puis 1 comprimé 2 fois par jour pendant 13 jours.
- L'administration d'aspirine, 3 g/jour pendant 2 à 3 jours.
- Des bains froids fréquents.

FICHE TECHNIQUE N° 8 : VACCINATION

❖ **Gestes pour administrer un vaccin par voie intradermique (Exemple : BCG) :**

- Sortir les vaccins et le solvant du porte- vaccins ;
- Les placer sur un coussinet à mousse ;
- Reconstituer le vaccin ;
- Charger la seringue autobloquante (0,5 ml chez l'enfant de 0 à 11 mois) ;
- Retirer de l'enfant les vêtements susceptibles de gêner ;
- Demander à la mère de tenir fermement l'enfant ;
- Tenir fermement l'avant-bras gauche de l'enfant avec la main gauche ;
- Tenir la seringue par le corps, l'aiguille dirigée vers l'épaule de l'enfant, le biseau tourné vers le haut ;
- Enfoncer doucement la pointe de l'aiguille dans la couche supérieure de la peau à la partie antéro -externe ;
- Vérifier que l'aiguille est bien dans le derme.

Si NON :

- Retirer l'aiguille en la protégeant de la lumière et repiquer.

Si OUI :

- Injecter le vaccin ;
- Vérifier que le vaccin est correctement injecté (aspect peau d'orange) ;
- Retirer doucement l'aiguille et jeter la seringue dans la boîte de sécurité sans recapuchonner l'aiguille.

N.B :

- **Si le vaccin est bien injecté il apparaît au point d'injection, une marque à l'aspect de peau d'orange ;**
- **Si le vaccin est mal injecté, il se forme une petite masse ou bien la peau reste plate au point d'injection.**

❖ **Gestes pour l'injection d'un vaccin en sous cutanée (VAR)**

- Faire sortir le vaccin et le solvant ;
- Déposer les sur un coussinet à mousse
- Reconstituer le vaccin ;
- Charger la seringue auto bloquante de 0, 5 ml ;
- Immobiliser l'enfant de la même manière que pour une intradermique avec l'aide de la mère ;
- Pincer la peau de la face externe du bras avec les doigts de la main gauche ;
- Enfoncer l'aiguille en biais dans la peau pincée ;
- Injecter 0,5 ml de vaccin ;
- Retirer lentement l'aiguille et jeter la seringue dans la boîte de sécurité sans recapuchonner l'aiguille.

❖ Gestes pour l'injection d'un vaccin en intra musculaire (Exemple : Penta) :

- Faire sortir le vaccin;
- Déposer les sur un coussinet à mousse ;
- Charger la seringue auto bloquante de 0, 5 ml ;
- Immobiliser l'enfant ;
- Injecter à la face externe de la cuisse à mi-hauteur entre la hanche et le genou ;
- Enfoncer l'aiguille perpendiculairement dans la zone d'injection ;
- Injecter 0,5 ml de vaccin ;
- Retirer lentement l'aiguille et jeter la seringue dans la boîte de sécurité sans récapuchonner l'aiguille.

❖ Administrer le vaccin par voie buccale. Exemple : Polio

- Faire sortir le vaccin et le placer sur un coussinet à mousse ;
- Remplir le compte-goutte de vaccin ;
- Ouvrir la bouche de l'enfant avec une main en exerçant une légère pression sur les 2 joues ;
- Déposer 2 gouttes sur la langue ;
- Veiller à ce que le flacon ne touche ni la langue, ni les lèvres.

FICHE TECHNIQUE N° 9 : TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE CHEZ ENFANT AGE DE 2 MOIS A 5 ANS

1. Administrer le traitement antibiotique :

Si l'enfant présente un signe général de danger ou à un tirage sous costal marqué mais n'est pas classé MALADIE FEBRILE TRES GRAVE,

- Donner de l'**Ampicilline/Amoxicilline en intramusculaire**.

Si l'Ampicilline/**Amoxicilline** en intramusculaire n'est pas disponible :

- Donner de la Ceftriaxone **en intramusculaire**.

Si l'un ni l'autre de ces médicaments en intramusculaire n'est disponible :

- Donner l'antibiotique par voie orale de première intention (amoxicilline)

OU

- Donner l'antibiotique de deuxième intention (érythromycine pour la pneumonie).

Si l'enfant vomit :

- Répéter la dose ;
- Traiter l'enfant avec l'**Ampicilline/Amoxicilline en intramusculaire** jusqu'à ce que l'enfant se porte mieux (3 à 5 jours) **associée à la Gentamicine injectable pendant 3 jours** ;
- Continuer ensuite le traitement avec de l'Ampicilline/**Amoxicilline** par voie orale ;
- Traiter l'enfant pendant 10 jours au total ;
Evaluer l'enfant tous les jours. S'assurer que son état s'améliore. Si ce n'est pas le cas.

Si l'enfant est également classé MALADIE FEBRILE TRES GRAVE :

- Suivre les instructions pour les soins essentiels suivants :
 - Donner de l'Ampicilline/**Amoxicilline** ou de la Ceftriaxone et l'artésunate injectable ou à défaut la Quinine ou l'artemether injectable.

2. Donner un broncho-dilatateur :

Si la respiration de l'enfant est sifflante et que l'agent de santé dispose de **salbutamol** le donner par voie orale.

3. Traiter la fièvre :

Si la température de l'enfant est de 38,5°C ou plus,

- Donner du paracétamol toutes les 6 heures. Cela est particulièrement important pour les enfants ayant une pneumonie, car la fièvre accroît la consommation d'oxygène.

4. Administrer les liquides avec précaution :

Les enfants classés **PNEUMONIE GRAVE** ou **MALADIE TRES GRAVE** peuvent être surchargés en liquide. S'ils sont capables de boire,

- Administrer des liquides par voie orale
- Encourager la mère à continuer l'allaitement maternel si l'enfant n'a pas de détresse respiratoire.

N.B : Les enfants classés **PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE** perdent souvent des liquides pendant une infection respiratoire, notamment avec fièvre. C'est pourquoi, il faut donner des liquides, mais avec précaution.

Si l'enfant est trop malade pour téter mais peut avaler :

- Demander à la mère de tirer son lait dans une tasse ;
- Donner le lait à l'enfant avec d'une cuillère ;
- Encourager l'enfant à boire.

S'il est incapable de boire :

- Donner lui des liquides très lentement avec une tasse ou à l'aide d'une seringue sans aiguille.

Si l'enfant a une détresse respiratoire :

- Eviter l'utilisation d'une **sonde** nasogastrique ;
- Attendre jusqu'au lendemain s'il n'existe aucune autre alternative.

Liquides pour la pneumonie grave ou maladie très grave

AGE	Quantité approximative de lait ou lait maternisé à donner	Quantité total en 24 heures
<i>Moins de 12 mois</i>	5 ml/kg/h	120 ml/kg
<i>De 12 mois jusqu'à 5 ans</i>	3 – 4 ml/kg/h	72 – 96 ml/kg

- Éviter de donner un traitement intraveineux à moins que l'enfant ne soit en état de choc. Un enfant en état de choc a les pieds et les mains froids, un pouls faible et rapide et est léthargique.
- **Dégager les voies respiratoires**
 - Désobstruer le nez bouché (Un nez bouché peut empêcher d'avaler) ;
 - Utiliser une seringue en plastique (sans aiguille) pour aspirer doucement les sécrétions nasales. Les mucosités sèches ou épaisses et gluantes peuvent être détachées en les essuyant avec un tissu doux, humecté d'eau salée ;
 - Aider les enfants à rejeter les sécrétions quand ils toussent.
- **Veiller à ce que l'enfant ne prenne pas froid**

Les nourrissons se refroidissent rapidement, surtout quand ils sont mouillés :

 - Palper les mains et les pieds du nourrisson (ils doivent être tièdes) ;
 - Veiller à ce que le nourrisson malade soit au sec et bien enveloppé pour maintenir la température du corps ;
 - Demander à la mère Si possible de serrer l'enfant contre elle, de préférence contre sa poitrine ;
 - Mettre un chapeau ou un bonnet sur la tête pour prévenir la déperdition de chaleur ;
 - Chauffer la pièce dans la mesure du possible.

FICHE TECHNIQUE N° 10 : TRAITER LA DIARRHÉE A DOMICILE**PLAN A**

Apprendre à la mère les 3 règles du traitement à domicile :

Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile :

1. **Donner davantage de liquides,**
2. **Donner des suppléments de zinc**
3. **Continuer l'alimentation,**
4. **Quand revenir.**

1. DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES : Autant que l'enfant veut bien prendre.

• **EXPLIQUER À LA MÈRE:**

- Qu'il faut allaiter plus fréquemment et prolonger la durée de la tétée.
- Que si l'enfant est nourri uniquement au sein, il faut lui donner une solution de SRO ou de l'eau propre en plus du lait maternel.
- Que si l'enfant n'est pas nourri uniquement au sein, il faut lui donner une ou plusieurs fois de SRO, aliments liquides (soupe de poisson ou viande + légumes, lait caillé, eau de riz), ou eau propre.

Il est crucial de donner la SRO à domicile si :

- ✓ *l'enfant était sous traitement par Plan B ou C pendant la visite.*
- ✓ *l'enfant ne peut pas être ramené au centre de santé si la diarrhée s'aggrave.*

• **APPRENDRE À LA MÈRE À MÉLANGER ET À ADMINISTRER LA SRO.**

• **DONNER À LA MÈRE 2 SACHETS DE SRO À UTILISER À DOMICILE.**

• **MONTRER À LA MÈRE QUELLE QUANTITE DE LIQUIDE ELLE DOIT DONNER EN PLUS DE LA CONSOMMATION NORMALE:**

- Jusqu'à 2 ans 50 à 100ml après chaque selle liquide (1/2 – 1 louche Sada Diallo=SD)
- 2 ans et plus 100 à 200 ml après chaque selle liquide (1 – 2 louches SD)

Expliquer à la mère qu'il faut :

- ✓ *Donner fréquemment à boire dans une tasse, par petites gorgées.*
- ✓ *Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.*
- ✓ *Continuer à donner davantage de liquides jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.*

2. DONNER DES SUPPLÉMENTS DE ZINC

• **EXPLIQUER A LA MERE QUELLE QUANTITE DE ZINC DONNER**

- Jusqu'à 6 mois 1 /2 comprimé de 20mg soit 10mg par jour pendant 14 jours
- 6 mois et plus : 1 comprimé de 20mg par jour pendant 14 jours

• **MONTRER A LA MERE COMMENT DONNER LE ZINC**

- Nourrissons : dissoudre le comprimé dans un peu de lait maternel ou substitut, de SRO ou d'eau propre ;
- Enfants plus âgés les comprimés peuvent être mâchés ou dissous dans un peu d'eau propre ;

• **RAPPELLER A LA MERE DE DONNER LE ZINC PENDANT 14 JOURS**

• **Demander à la mère de surveiller l'enfant de jour comme de nuit**

3. CONTINUER L'ALIMENTATION

4. QUAND REVENIR

} Voir tableau **CONSEILLER LA MÈRE (cf. PECIME)**

Visite de suivi dans 5 jours pour **DIARRHÉE** sans déshydratation et **DIARRHÉE PERSISTANTE**.

- **Quand revenir immédiatement :** Tout enfant malade qui est incapable de boire ou de téter, devient plus malade, développe de la fièvre.
- **Si l'enfant a la diarrhée, revenir également si :** les selles contiennent du sang, l'enfant boit difficilement.

FICHE TECHNIQUE N° 11 : TRAITER LES SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION AVEC UNE SOLUTION DE SRO

PLAN B

Administrer, au centre de santé et sur une période de 4 heures, la quantité recommandée de SRO osmolarité réduite + du Zinc

DÉTERMINER LA QUANTITÉ DE SRO À ADMINISTRER PENDANT LES 4 PREMIÈRES HEURES.

* *N'utiliser l'âge de l'enfant que si son poids n'est pas connu. La quantité approximative de SRO nécessaire (en ml) peut aussi être calculée en multipliant le poids de l'enfant (en kg) par 75.*

ÂGE*	Jusqu'à 4 mois	4 mois à 12 mois	12 mois à 2 ans	2 ans à 5 ans
POIDS	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - 19 kg
En ml	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

- Si l'enfant veut davantage de SRO, lui en donner plus.
- Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner également 100 - 200 ml d'eau propre pendant cette période.

MONTRER À LA MÈRE COMMENT DONNER LA SRO.

- Faire boire fréquemment l'enfant à la tasse, par petites gorgées.
- Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.
- Vérifier la prise de SRO
- Continuer à allaiter fréquemment

APRÈS 4 HEURES:

- Réexaminer l'enfant et classer la déshydratation.
- Choisir le plan approprié pour continuer le traitement.
- Commencer à alimenter l'enfant au centre de santé.

SI LA CONTINUATION DU TRAITEMENT AU CENTRE DE SANTÉ N'EST PAS POSSIBLE:

- Lui montrer comment préparer la SRO à domicile.
- Lui montrer la quantité de SRO qu'elle doit donner pour finir le traitement de 4 heures à domicile.
- Lui donner assez de sachets de SRO pour terminer la réhydratation.
- Lui donner également 2 sachets, comme recommandé dans le Plan A.

• APPRENDRE A LA MERE LES 4 REGLES DU TRAITEMENT A DOMICILE :

1. **Donner davantage de liquides,**
2. **Donner des suppléments de zinc**
3. **Continuer l'alimentation,**
4. **Quand revenir ?**

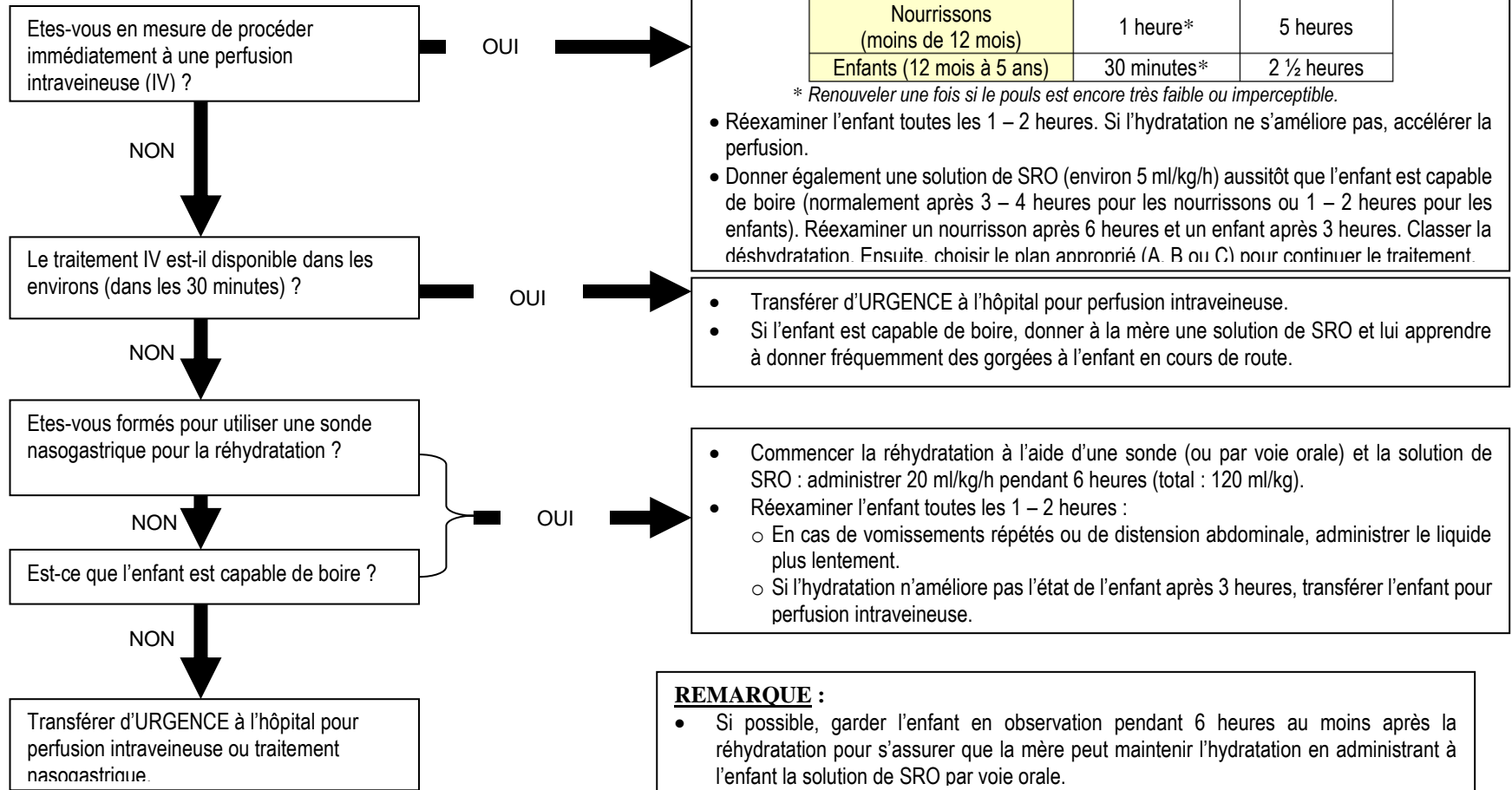
FICHE TECHNIQUE N° 12 : TRAITER RAPIDEMENT LA DESHYDRATATION SEVERE

PLAN C

Suivre les flèches, si la réponse est « oui », faire ce qui est indiqué à droite.

Si la réponse est « non », passer à la question suivante :

Commencer ici



FICHE TECHNIQUE N° 13 : TRAITER LA DIARRHÉE PERSISTANTE SEVERE

1. Traiter la déshydratation selon le plan approprié (Voir les Plans A, B, C).
2. Donner des conseils à la mère pour l'alimentation de l'enfant (Voir les recommandations pour alimentation selon l'âge).

❖ **Donner des vitamines et des minéraux**

- Donner des vitamines et des minéraux supplémentaires tous les jours pendant 2 semaines.
- Utiliser une multi vitamine contenant de nombreux types de vitamines et minéraux différents, au moins deux fois la ration recommandée de folate, vitamine A, Zinc, magnésium, fer et cuivre.

❖ **Identifier et traiter l'infection**

- Certains enfants classés **DIARRHÉE PERSISTANTE** ont des infections telles que la pneumonie, la septicémie, les infections des voies urinaires, l'infection de l'oreille, la dysenterie et l'amibiase. Ces infections doivent être traitées avec un antibiotique.
- Si aucune infection spécifique n'est identifiée, ne pas administrer de traitement antibiotique car le traitement antibiotique systématique n'est pas efficace.

❖ **Surveiller l'enfant**

- Voir la mère et l'enfant tous les jours.
- Surveiller l'alimentation et les traitements de l'enfant ainsi que sa réponse au traitement.
- Demander quels types d'aliments l'enfant mange, quelle quantité et à quelle fréquence.
- Demander le nombre de selles liquides.
- Vérifier les signes de déshydratation et de fièvre.

Dès que l'enfant se nourrit bien et n'a plus de signe de déshydratation :

- Revoir l'enfant 2 ou 3 jours plus tard.

Si le changement de régime alimentaire fait réapparaître les signes de déshydratation :

- Continuer à évaluer l'enfant tous les jours et conseiller la mère.

Recommandation pour l'alimentation d'un enfant avec diarrhée persistante :

- S'il est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et plus longtemps jour et nuit
- Si l'enfant consomme un autre lait :
 - Remplacer ce lait en augmentant l'allaitement au sein **OU**
 - Remplacer ce lait par des produits laitiers fermentés, tels que le lait caillé, les yaourts **OU**
 - Remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi solides tels que bouillie de riz, poudre de pain de singe délayée dans de l'eau ou d'autres aliments très nutritifs tels que la viande, du poisson ou des œufs.
- Pour les autres aliments suivre les recommandations pour l'alimentation de l'enfant selon son âge.

FICHE TECHNIQUE N° 14 : DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DU PALUDISME

Le paludisme est une maladie dont le diagnostic clinique peut être source de nombreuses erreurs qui conduisent à surestimer le nombre de cas de paludisme. Le diagnostic biologique ou diagnostic de certitude vient confirmer le diagnostic clinique.

Il existe trois types d'examens biologiques utilisés au Mali :

- La goutte épaisse, le plus courant qui permet de mesurer la densité parasitaire ;
- Le frottis complément de la goutte épaisse qui permet d'identifier l'espèce ;
- Le test de diagnostic rapide (TDR) utilisé là où la microscopie n'est pas disponible.

Tout cas de paludisme doit être confirmé. Cette confirmation se fera à tous les niveaux : du site de l'ASC jusqu'au niveau hôpital.

Niveau site ASC :

L'Agent de Santé Communautaire (ASC) formé doit faire un test de diagnostic rapide devant tout cas de fièvre chez un enfant de 0 à 5 ans. Le stock en TDR sera fourni par le CSCCom.

Niveau CSCCom et autres établissements de santé de l'aire :

Au CSCCom et autres établissements de santé de l'aire : les agents de santé doivent faire un test de diagnostic rapide devant tout cas de fièvre chez l'enfant de 0 à 5 ans. Le CSCCom doit être approvisionné en TDR. Au niveau des autres structures de santé de l'aire où la GE/FM est possible prioriser celle-là.

Niveau Hôpital de district :

Le diagnostic ou la confirmation des cas sera fait par le TDR chez le jeune enfant de moins de 5 ans et la GE/FM chez l'enfant plus grand. En cas de non disponibilité des réactifs pour la GE, les TDR seront utilisés.

Niveau EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence :

La confirmation sera faite à ce niveau par la GE/FM.

N.B : Les autres examens complémentaires à ces 2 niveaux (Hôpital de district et EPH) ne sont pas gratuits (glycémie, Hémoglobine/Hématocrite...).

FICHE TECHNIQUE N° 15 : PRISE EN CHARGE DES CONVULSIONS

- **Dégager les voies respiratoires :**
 - Placer l'enfant sur le côté, tête en extension ;
 - Ne rien mettre dans sa bouche ;
 - Si les lèvres et la langue sont bleuâtres, ouvrir la bouche pour s'assurer que les voies respiratoires sont libres ;
 - Si besoin, aspirer les sécrétions de la gorge avec une sonde introduite par la narine.

- **Administer le diazépam par voie rectale :**
 - Aspirer la quantité de diazépam nécessaire dans une seringue ;
 - Rajouter 1 à 2 ml d'eau ;
 - Retirer l'aiguille de la seringue ;
 - Administrer par voie intra-rectale le médicament ;
 - Tenir les fesses serrées pendant quelques minutes ;
 - Si rejet immédiat de la solution, répéter l'administration intra rectale.

POIDS (âge)	DIAZEPAM A ADMINISTRER PAR VOIE RECTALE Solution de 10 mg/2ml Dose : 0,5 mg/kg
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	0,5 ml
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1 ml
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	1,25 ml
13 à <18 kg (30 mois à 5 ans)	1,5 ml

- **En cas de fièvre associée à la convulsion :**
 - Faire baisser la fièvre :
 - ✓ Administrer du paracétamol ou de l'AAS ;
 - ✓ Envelopper l'enfant dans un linge propre et mouillé avec de l'eau tiède.
 - Traiter l'étiologie.

FICHE TECHNIQUE N° 16 : TRAITER LA ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUEE

1. Traitement des complications de la rougeole

Le traitement dépend des complications de la rougeole.

Si l'enfant a des ulcérations dans la bouche :

- Appliquer du violet de gentiane dilué de moitié (0,25%) ou du bleu de méthylène ;
- Aider la mère à alimenter l'enfant.

Si l'enfant est incapable d'avaler :

- Nourrir l'enfant par sonde nasogastrique ;
- Traiter avec de l'ampicilline en intramusculaire.

S'il existe une opacité de la cornée :

- Evaluer avec précaution les yeux ;
- Baisser la paupière inférieure sans appuyer sur le globe de l'œil ;
- Appliquer la pommade ophtalmique à la tétracycline dans les yeux ;
- Recouvrir les yeux d'un léger pansement de gaze ;
- Faire une iridectomie optique ;
- Référer si besoin.

Traiter également les autres complications de la rougeole, telles que la pneumonie, la diarrhée, les infections d'oreille.

2. Donner de la vitamine A

- Donner 3 doses de vitamine A :
 - Administrer la première dose le premier jour ;
 - La deuxième dose, le deuxième jour ;
 - La troisième dose, 1 mois plus tard.

3. Nourrir l'enfant pour prévenir la malnutrition.

**FICHE TECHNIQUE N° 17 : APPRENDRE A LA MERE COMMENT
ASSECHER L'OREILLE A L'AIDE D'UNE MECHE****Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche**

- Assécher l'oreille au moins 3 fois par jour.
 - Se laver les mains
 - Rouler en forme de mèche un tissu propre et absorbant ou du papier doux et résistant.
 - Placer la mèche dans l'oreille de l'enfant.
 - Retirer la mèche quand elle est humide.
 - Remplacer la mèche par une autre mèche propre et répéter la procédure jusqu'à ce que la mèche soit sèche.
 - Ne rien mettre d'autre dans les oreilles (huile, etc.).
 - Se laver les mains à nouveau.

FICHE TECHNIQUE N° 18 : DEPARASITAGE DES ENFANTS

Le déparasitage est un traitement pour éliminer les vers intestinaux du corps. Il permet :

- Elimine certains vers intestinaux
- Prévient l'anémie
- Renforce les capacités d'apprentissage
- Contribue à la croissance harmonieuse

Le déparasitage doit être efficace pour éradiquer aussi bien les protozoaires (amibes, entamoebacolis, trichomonas intestinalis) que les helminthes les plus fréquents (ascaris, oxyure, trichocéphale, ankylostome, anguillule).

1. Traitement préventif :

Enfants de 12 à 23 mois	Enfants de 24 à 59 mois	Femmes enceintes	FPPI
1 comprimé de 200 mg ou 1/2 comprimé de 400 mg tous les 6 mois	1 comprimé de 400 mg tous les 6 mois	1 comprimé de 400 mg à partir du 2 ^{ème} trimestre de la grossesse	1 comprimé de 400 mg

A partir de 12 mois :

- Donner mébendazole :
500 mg (5 cuillères mesure de suspension ou 5 comprimés de 100 mg) en prise unique tous les 6 mois.

2. Traitement curatif :

- Traitement curatif contre les helminthes :
La prise de mébendazole ou d'albendazole sera renouvelée 1 à 2 mois après. Dans le cas particulier de l'anguillulose la dose d'albendazole sera doublée (800 mg).
- Le traitement curatif contre les protozoaires :

Tranches d'âge	Métronidazole comprimé 250 mg donner 2 fois par jour pendant 7 jours	Suspension buvable (1 cuillère mesure =125 mg) Donner 2 fois par jour pendant 7 jours
6 à 36 mois	1/2 cp	1 Cuillère (5 ml)
37 à 59 mois	1 cp	2 Cuillères (10 ml)

FICHE TECHNIQUE N° 19 : PRISE EN CHARGE DE LA DREPANOCYTOSE

NIVEAUX	CLASSIFICATION DE DREPANOCYTOSE	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Autres plaintes 	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Donner du paracétamol si douleur. • Transférer au CSCom.
CSCom	Suspicion de crise de drépanocytose devant : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur fréquente des pieds et des mains • Douleur fréquente des os et des articulations • Douleur abdominale fréquente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander : test d'Emmel, Hématocrite. • Donner du paracétamol. • Conseiller aux parents de donner fréquemment à boire à l'enfant. • Eviter le froid. • Donner de l'acide folique (5 mg par jour). • Vacciner selon le PEV. • Référer.
Hôpital de district	Crises de drépanocytoses/ Complications aiguës	<ul style="list-style-type: none"> • Demander des examens complémentaires (TE, GE, GR /Rh NFS, électrophorèse de l'HB, radiographie). • Donner des antalgiques et des anti inflammatoires. • Faire l'hyper hydratation (sérum salé à défaut glucosé avec des électrolytes ou Ringer). • Donner de l'acide folique (5 mg par jour). • Donner un antibiotique approprié si complications infectieuses. • Transfuser en cas d'anémie sévère. • Donner étilefrine si priapisme. • Donner des conseils pour prévenir la crise : éviter le froid, les efforts physiques intenses, donner à boire fréquemment à l'enfant. • Prévenir les infections (vaccination, micronutriments, prophylaxie anti palustre par utilisation des MIILD, pénicillothérapie orale). • Faire un suivi tous les deux mois avec NFS, VS, HB. • Référer si besoin.
EPH 2^{ème} 3^{ème} Référence		<ul style="list-style-type: none"> • Bilan complémentaire. • Traitement spécifique.

N.B : En cas d'anémie :

- Si taux d'Hb supérieur ou égal à 10 g/dl, pas de transfusion ;
- Si taux d'Hb compris entre 7 et 10 g/dl, la décision de transfusion dépend de l'état clinique du malade ;
- Si le taux d'Hb inférieur à 7g/dl, la transfusion est indiquée.

Au cours de la drépanocytose, la transfusion a pour but de corriger l'anémie et de baisser le taux d'Hbs. Elle est indiquée dans de nombreuses circonstances (séquestration splénique, infection sévère) et en particulier en cas de :

- Anémie sévère avec un taux d'hémoglobine < 4 g/100 ml ;
- Anémie avec un taux d'hémoglobine à 4-6 g/100 ml avec des signes de mauvaise tolérance.

FICHE TECHNIQUE N° 20 : PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE PAR LA TECHNIQUE DE SUCCION PAR LA SONDE

1. Préparation du lait pour la TSS

Le lait utilisé pour la TSS peut être soit le lait maternel exprimé soit F100-dilué soit du lait 1^{er} âge.

REMARQUE : Ne jamais donner de F100 entre (100 ml pour 100 kcal) pour les nourrissons de moins de 3 kg. La charge ionique rénale est trop élevée pour cette catégorie d'enfant et peut provoquer une déshydratation hypernatrémique.

2. Type de lait

Pour les nourrissons avec présence d'œdèmes bilatéraux :

- Donner du F75.

Pour les nourrissons amaigris uniquement :

- Donner du lait maternel exprimé ou F100-dilué ou lait 1^{er} âge.

Si vous avez le choix, utiliser les laits pour prématurés.

REMARQUE : Le lait entier non modifié NE doit PAS être utilisé.

3. Préparation

Exprimer manuellement le lait maternel (enseigner la technique de l'expression manuelle de lait) :

- Pour le F100-dilué :
 - Ajouter 670 ml d'eau potable (au lieu de 500 ml) à 38° C à un petit sachet de F100 (ou, si vous n'avez pas de petit sachet, ajouter 2,7 l d'eau tiède préalablement bouillie à 38° C (et non 2 litres) dans un sachet de 457 g de F100), pour préparer des petites quantités diluer une dosette Nutris et dans 24 ml d'eau tiède préalablement bouillie.
 - Prendre 100 ml de F100 déjà reconstitué (selon les instructions sur le sachet) et ajouter 35 ml d'eau, vous aurez à ce moment-là 135 ml de F100-dilué pour 100 kcal. Jeter tout excès de lait non consommé.
- Pour le lait 1^{er} âge :
 - Diluer le lait selon les instructions qui se trouvent sur la boîte.

4. Quantité à administrer par la TSS

- Donner les quantités de lait-SS à chaque repas selon le tableau 20.
- NE **PAS** augmenter les quantités données lorsque le nourrisson commence à reprendre de la force, à téter plus fermement et à gagner du poids.
- Encourager la mère lorsque le nourrisson prend du poids ; lui dire que « son enfant guérit grâce à son lait ».
- Suivi SS les informations.

Tableau 1 : Quantités de lait-SS par repas pour 8 repas par jour par classe de poids, pour nourrissons durant la technique de supplémentation par succion

CLASSE DE POIDS (KG)	MI par repas (pour 8 repas/jour)
	Lait maternel exprimé, F100-dilué lait infantile 1 ^{er} Age
>=1,2 kg	25 ml par repas
1,3 – 1,5	30
1,6 – 1,7	35
1,8 – 2,1	40
2,2 – 2,4	45
2,5 – 2,7	50
2,8 – 2,9	55
3,0 – 3,4	60
3,5 – 3,9	65
4,0 – 4,4	70

Dire à la mère d'allaiter toutes les 3 heures pendant environ 20 minutes, et plus souvent si le nourrisson pleure ou semble avoir encore faim.

Peu de temps après (30 à 60 minutes) avoir allaité, remettre le nourrisson au sein et aider la mère à lui donner le lait infantile 1^{er} âge/F100-dilué en utilisant la TSS.

Noter sur la fiche

Les nourrissons de moins de 6 mois avec œdèmes, doivent commencer avec du lait maternel exprimé ou F75 et non du F100-dilué. Lorsque les œdèmes se résorbent et que le nourrisson tète avec fermeté, continuer avec le lait maternel exprimé ou passer au F100-dilué ou au lait infantile 1^{er} âge. Poursuivre le traitement comme chez l'enfant sans œdèmes.

FICHE TECHNIQUE N° 21 : PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION SEVERE SANS COMPLICATION

TRAITEMENT NUTRITIONNEL

- Sensibiliser la mère sur l'importance de l'allaitement maternel et sur le fait que l'enfant doit toujours être allaité⁽¹⁾ et à la demande avant qu'on lui donne des ATPE (nourriture et un médicament destiné exclusivement aux patients malnutris) ;
- Expliquer à la personne en charge comment donner les ATPE à domicile (ne jamais partagé avec les autres membres de la famille) :
 - Pour l'allaitement des enfants, **toujours** leur donner le lait maternel⁽¹⁾ avant les ATPE ;
 - Laver les mains de l'enfant ainsi que son visage avec du savon avant de le nourrir ;
 - Les patients ont généralement un appétit modéré durant les premières semaines et mangent lentement ;
 - Expliquer que durant la première ou les deux premières semaines, le patient ne consommera probablement pas tous les ATPE donnés. L'ATPE non consommé ne doit pas être pris par un autre membre de la famille. Expliquer que l'ATPE est l'unique nourriture dont a besoin l'enfant durant la période dans le programme. Il contient tous les ingrédients dont il a besoin pour se rétablir et constitue réellement un médicament spécial. Il n'est pas nécessaire de donner d'autres aliments⁽²⁾ ;
 - Dire et expliquer à l'accompagnant qu'il y a des nutriments médicamenteux spéciaux et du lait en poudre dans les ATPE, et que ce n'est pas de la pâte d'arachide⁽²⁾ ;
 - Expliquer que la maladie a fragilisé les intestins de l'enfant et donc que la nourriture consommée par la famille n'est pas suffisante pour l'enfant et peut même causer des diarrhées. S'il demande d'autres aliments, de petites quantités peuvent lui être administrées, seulement après la prise de l'ATPE ;
 - Ne jamais mélanger les ATPE avec d'autres aliments ;
 - Expliquer que l'enfant ne doit JAMAIS être forcé à manger et doit avoir à sa disposition beaucoup d'eau potable afin de se désaltérer à tout moment tout en prenant les ATPE ;
 - Expliquer que l'accompagnant doit tout en nourrissant l'enfant adopter une attitude compatissante, lui parler, lui chanter une chanson et jouer avec lui afin de stimuler son appétit et son développement.

CLASSE DE POIDS (KG)	ATPE – PATE		ATPE – SACHETS (92 g)		BP 100®	
	GRAMMES PAR JOUR	GRAMMES PAR SEMAINE	SACHET PAR JOUR	SACHET PAR SEMAINE	BARRES PAR JOUR	BARRES PAR SEMAINE
3.0 – 3.4	105	750	1 ¼	8	2	14
3.5 – 4.9	130	900	1 ½	10	2 ½	17 ½
5.0 – 6.9	200	1400	2	15	4	28
7.0 – 9.9	260	1800	3	20	5	35
10.0 – 14.9	400	2800	4	30	7	49
15.0 – 19.9	450	3200	5	35	9	63
20.0 – 29.9	500	3500	6	40	10	70
30.0 – 39.9	650	4500	7	50	12	84
40 – 60	700	5000	8	55	14	98

Quantité à donner aux patients soignés à l'URENAS.

Les ATPE peuvent être conservés en toute sécurité pendant plusieurs jours après ouverture de l'emballage à condition d'être protégés des insectes et rongeurs. Ils peuvent être également utilisés dans les services de jour.

TRAITEMENT MEDICAL SYSTEMATIQUE

➤ **Aucun autre nutriment ni minéraux ne doivent être donné**

Il faut informer l'accompagnante sur la nécessité de donner suffisamment d'ATPE à l'enfant et de ne pas le partager.

Résumé du traitement systématique

MEDICAMENTS	MEDICAMENTS DE ROUTINE
Amoxicilline	• 1 dose à l'admission + Traitement pendant 7 jours à domicile pour les nouvelles admissions uniquement.
Albendazole/Mébéndazole	• 1 dose au cours de la 2 ^{ème} semaine (2 ^{ème} visite) – Tous les patients.
Vaccin contre la rougeole (à partir de 9 mois)	• 1 vaccin au cours de la 4 ^{ème} semaine (4 ^{ème} visite) – Tous les patients sauf ceux qui ont déjà été vaccinés auparavant.
Vitamine A	• 1 dose durant la 4 ^{ème} semaine (4 ^{ème} visite) – Tous les patients sauf ceux ayant déjà reçu une dose dans les 2 derniers mois.

1 - Continuer à allaiter fréquemment.

2 - Jour et nuit alimenter l'enfant.

REMARQUE :

La durée de conservation de l'ATPE dépend des conditions de stockage. **LE SACHET PEUT ÊTRE GARDÉ PENDANT PLUSIEURS SEMAINES.** Un sachet entamé lors d'un repas peut être conservé dans une boîte propre fermée hermétiquement et protégée des insectes et rongeurs jusqu'au prochain repas.

FICHE TECHNIQUE N° 22 : CONSEILS A LA MERE POUR LE TRAITEMENT DE L'ENFANT MALADE A DOMICILE

Dans la communauté, l'ASC doit donner des conseils :

- Augmenter la consommation de liquides pendant toute la maladie.

Pour tout enfant malade :

- Allaiter au sein plus fréquemment le plus longtemps possible ;
- Augmenter les liquides :
 - Eau potable ;
 - Soupe de poisson ou de viande plus légumes ;
 - Bouillie enrichie.

Pour l'enfant diarrhéique, enfant classé « Diarrhée à traiter au site » :

- Donner l'eau de riz, la poudre du pain de singe délayée dans l'eau, SRO + Zinc, ESS ;
- L'administration des liquides supplémentaires peut sauver la vie de l'enfant diarrhéique.

Pour l'enfant diarrhéique, enfant classé « Diarrhée à référer » : Demander à la mère de donner du SRO (eau sucrée à l'enfant malnutris sévère ne pas donner SRO) et de continuer à allaiter l'enfant en cours de route

Dans les structures de santé :

- Donner des conseils voir ci-dessus ;
- Administrer les liquides selon le plan A ou B du tableau « Plan de prise en charge de la diarrhée ».

Dans la communauté :

- Expliquer à la mère quand revenir au site ASC :

Conseiller à la mère de revenir immédiatement si l'enfant présente l'un des signes suivants

Signes de DANGER	<ul style="list-style-type: none"> • Pâleur palmaire sévère (anémie) • Respiration difficile avec tirage sous costal ou sifflement • Saignement spontané • Urine peu abondante « couleur coca cola » • Incapable de s'asseoir ou de se tenir debout • Enfant qui devient plus malade malgré les soins à domicile • Œdèmes des membres inférieurs • Statut nutritionnel de l'enfant : Bande de Shakir au rouge et/ou amaigrissement visible et sévère • L'enfant vomit tout ce qu'il consomme
-------------------------	---

Si l'enfant est classé pneumonie/toux ou rhume, revenir également si :	Signe de DANGER
Si l'enfant a la diarrhée, revenir également si :	<ul style="list-style-type: none"> Déshydratation, selles trop liquides comme de l'eau, sang dans les selles.
Si l'enfant a le paludisme, revenir également si :	<ul style="list-style-type: none"> Devient plus malade A de la fièvre
Expliquer à la mère quand revenir au Centre de Santé :	
<ul style="list-style-type: none"> Immédiatement. 	
Conseiller à la mère de revenir immédiatement si l'enfant présente l'un des signes suivants	
Tout enfant malade qui :	<ul style="list-style-type: none"> Est incapable de boire ou de téter Devient plus malade A de la fièvre
Si l'enfant est classé pas de pneumonie : toux ou rhume, revenir également si :	<ul style="list-style-type: none"> La respiration est rapide La respiration est difficile La respiration est sifflante
Si l'enfant a la diarrhée, revenir également si :	<ul style="list-style-type: none"> Les selles contiennent du sang. L'enfant boit difficilement.
Visite de suivi :	
<ul style="list-style-type: none"> Demander à la mère de revenir pour une visite de suivi dans le plus court des délais mentionnés pour les problèmes de l'enfant. 	
Si l'enfant a :	Revenir pour une visite de suivi dans
<ul style="list-style-type: none"> Pneumonie Dysenterie Paludisme simple, si la fièvre persiste Rougeole avec complications aux yeux ou à la bouche Rougéole 	2 jours
<ul style="list-style-type: none"> Diarrhée avec déshydratation Diarrhée sans déshydratation Diarrhée persistante Infection aiguë de l'oreille Infection chronique de l'oreille Problème d'alimentation Autre maladie, s'il n'y a pas d'amélioration 	5 jours
<ul style="list-style-type: none"> Pâleur 	14 jours
<ul style="list-style-type: none"> Poids très faible pour l'âge 	30 jours
N.B : Expliquer à la mère quand revenir pour la prochaine vaccination selon le calendrier et pour la supplémentation en vitamine A.	

FICHE TECHNIQUE N° 23 : DIAGNOSTIC ET CLASSIFICATION DU VIH ET DU SIDA CHEZ L'ENFANT

A. Diagnostic du VIH

a. Chez les enfants âgés de plus de 18 mois :

Le diagnostic est établi sur la base de 2 tests sérologiques positifs selon les mêmes modalités que chez les adultes.

b. Chez les enfants de moins de 18 mois :

Chez les enfants de moins de 18 mois, les tests sérologiques ne permettent pas d'affirmer l'infection à VIH mais déterminent l'exposition au VIH. La démarche diagnostique dépendra alors de la disponibilité des tests virologiques qui seront fait à partir de la naissance ou tout au plus à 45 jours de vie.

Les nourrissons ou enfants malades présentant des signes évocateurs d'une infection à VIH doivent faire une sérologie ; si elle est positive, faire un test virologique. Il est aussi recommandé de proposer systématiquement le test de dépistage aux :

- Parents/fratrie de parents infectés.
- Tuteurs des enfants :
 - Hospitalisés aux urgences, ou atteint d'une infection grave ;
 - Ayant une malnutrition aigüe sévère ;
 - Atteints de tuberculose.

➤ Tests virologiques non disponibles

Lorsque les tests virologiques ne sont pas accessibles, le diagnostic présomptif d'infection à VIH sévère doit être évoqué chez un nourrisson ayant deux tests sérologiques VIH positifs associés à :

- Un des signes du stade IV OMS (Pneumonie à Pneumocystis jiroveci, cryptococcose, cachexie ou malnutrition sévère, maladie de kaposi, tuberculose extra pulmonaire) ;

OU

- Au moins deux des signes suivants : muguet, pneumonie sévère, septicémie, mauvaise croissance staturo-pondérale ;
- Le décès maternel récent lié au VIH, une infection opportuniste sévère liée au VIH chez la mère, un taux de lymphocytes T CD4 < 20 % chez le nourrisson sont aussi en faveur du diagnostic présomptif du VIH.

Il est nécessaire de confirmer le diagnostic clinique présomptif d'infection à VIH le plus tôt possible (test virologique). A défaut, ce diagnostic présomptif devra être confirmé par des tests sérologiques, à partir de 18 mois d'âge.

B. Classification du VIH

➤ Classification du VIH

L'appréciation du stade de l'infection VIH et Sida est basée sur des critères cliniques et immunologiques selon la classification OMS révisée. Elle permet de suivre l'évolution de l'infection et de poser les indications des traitements prophylactiques et antirétroviraux.

➤ **Clinique**

La détermination de la sévérité clinique de l'infection VIH et Sida repose sur la survenue chez l'enfant d'événements cliniques précis (Volume 2 - cf. annexe n°4).

Tableau : Classification OMS clinique du SIDA

Sévérité de l'infection VIH et Sida	Stade OMS
<i>Asymptomatique</i>	I
<i>Modérée</i>	II
<i>Avancée</i>	III
<i>Sévère</i>	IV

➤ **Immunologique**

Chez l'enfant, la sévérité du déficit immunitaire induite par le VIH est appréciée sur la base du pourcentage des lymphocytes T CD4 par rapport aux lymphocytes totaux.

Tableau : Classification OMS du déficit immunologique lié au VIH

Déficit immunitaire associé au VIH	Age de l'enfant			
	≤ 11 mois	12 – 35 mois	36 – 59 mois	≥ 5 ans
<i>Non significatif</i>	> 35%	> 30%	> 25%	> 500 mm ³
<i>Modéré</i>	30 - 35%	25 - 30%	20 - 25%	350 – 499 mm ³
<i>Avancé</i>	25 – 30%	20 - 25%	15 - 20%	200 - 349 mm ³
<i>Sévère</i>	< 25%	< 20%	< 15%	< 200 mm ³ ou

➤ **Indications du traitement antirétroviral**

Le traitement ARV doit être initié chez tout enfant/adolescent infecté quel que soit l'âge, le stade clinique et le taux ou le nombre de CD4. Pour les nouveau-nés ayant une première PCR positive, le traitement doit être initié en attendant la confirmation. Ce traitement sera arrêté en cas d'infirmité.

➤ **Régimes thérapeutiques**

Les principes du traitement antirétroviral de l'enfant sont identiques à ceux du traitement de l'adulte avec cependant quelques particularités :

- L'éducation thérapeutique de ceux qui ont la charge de l'enfant, garante de la bonne observance est primordiale.
- Les posologies doivent être ajustées en permanence en fonction de l'évolution pondérale des enfants.
- Certaines molécules n'ont pas de formes galéniques adaptées à l'usage pédiatrique.

FICHE TECHNIQUE N° 24 : TRAITEMENT ARV**Régimes thérapeutiques de première ligne VIH-1 chez l'enfant :****a. Enfants de moins de 3 ans :**

- Régime préférentiel : 2 INTI + 1IP (INTI=inhibiteur nucléosique de la transcriptase inverse IP= inhibiteur de la protéase).
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Kaletra (LPV/r)
- Régime alternatif : 2INTI + 1INNTI
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

N.B : En cas d'indéfectabilité après une période sous IP, celui-ci pourra être remplacé par la Névirapine.

b. Enfants âgés de 3 ans à 10 ans et les adolescents de moins de 35 kg :

- Schéma préférentiel en première ligne :
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV).
- Régimes alternatifs suivants sont possibles :
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Tableau : Substitution en cas de toxicité ou de contre-indication

ARV 1 ^{ère} ligne	Toxicité la plus fréquente	Changement
ABC	Réaction hypersensibilité	AZT ou TDF
AZT	Anémie sévère ou neutropénie	ABC ou TDF
TDF	Tubulopathie (rein) Déminéralisation osseuse	ABC ou AZT
EFV	Toxicité du système nerveux central persistante et sévère	NVP, ou IP si intolérance NVP
NVP	Hépatite	EFV
	Réaction d'hypersensibilité	
	Rash sévère ou mettant la vie en danger (syndrome de Stevens-Johnson et Lyell)	Ne pas donner EFV, Préférer IP boosté A défaut 3 INTI
LPV/r	Troubles digestifs	NVP ou EFV

N.B : Eviter l'AZT en cas d'anémie sévère (<7.5 g/dl) et/ou de neutropénie sévère (<500/mm³).

Régimes thérapeutiques de première ligne chez l'enfant infecté au VIH 2 ou au VIH1+VIH2 ou au VIH-1 du groupe O

Schéma préférentiel :

- Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
- Schémas alternatifs suivants sont possibles :
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Tenofovir (TDF)
 - Zidovudine (AZT)+ Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir(LPV/r)

Régimes thérapeutiques de deuxième ligne chez l'enfant

Un traitement de deuxième ligne sera proposé en cas d'échec confirmé au traitement de première ligne (cf. échec thérapeutique). Rappelons que la première cause d'échec thérapeutique est l'inobservance et que l'éducation thérapeutique devra être renforcée chez la mère ou celui qui est le responsable du traitement de l'enfant avant d'envisager un traitement de 2^{ème} ligne.

Protocoles de deuxième ligne :

- Régime préférentiel pour les enfants de plus 3 ans est le suivant :
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir / Ritonavir (LPV/r) ou Raltégravir(RAL)
- Régime préférentiel pour les enfants de moins 3 ans est le suivant :
 - Zidovudine (AZT) ou Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Raltégravir (RAL)

Le tableau suivant indique les régimes de deuxième ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne.

Différentes options thérapeutiques de deuxième ligne en fonction des régimes de première ligne :

1 ^{ère} LIGNE	ENFANTS/ ADOLESCENTS	SCHEMAS 1 ^{ère} LIGNE	SCHEMAS 2 ^{ème} LIGNE
Régimes à base de LPV/r-	Moins de 3 ans	ABC + 3TC + LPV/r	AZT ou ABC + 3TC + RAL
		AZT + 3TC + LPV/r	
	3 ans et plus	ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + RAL
		AZT + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + RAL
Régimes à base de NNRTI-	A tout âge	ABC + 3TC + EFV (ou NVP)	AZT + 3TC + ATV/r ou LPV/r
		AZT + 3TC + EFV (ou NVP)	ABC + 3TC + ATV/r ou LPV/r

N.B : Les solutions buvables lopinavir/ritonavir nécessitent une chaîne de froid.

Traitement de troisième ligne chez les enfants : La prescription et la dispensation des ARV de 3^{ème} ligne chez les enfants se feront au niveau du centre d'excellence pédiatrique du CHU Gabriel Touré après discussion du dossier de l'enfant en réunion du comité scientifique.

FICHE TECHNIQUE N° 25 : CHIMIOPROPYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

- A partir de 6 semaines avec le Cotrimoxazole et se poursuivra jusqu'à l'infirmation de l'infection ;
- La prescription du cotrimoxazole se fera conformément au tableau suivant et la posologie déterminée en fonction du poids ou de l'âge de l'enfant.

Prophylaxie au cotrimoxazole

AGE POIDS	Comprimé 100/20 mg	Suspension 5 ml 200/40 mg	Comprimé 400/80 mg	Comprimé 800/160 mg	Comprimé 100/20 mg
< 6 mois < 5 kg	1 comprimé	2,5 ml	¼ comprimé	Non adapté	1 comprimé
6 mois – 5 ans 5 - 15 kg	2 comprimés	5ml	½ comprimé	Non adapté	2 comprimés

Vaccination :

- La vaccination par le BCG est réalisée chez tous les nouveau-nés de mère séropositive.
- Si l'AgHBS est positive chez la mère, il est recommandé de vacciner l'enfant à la naissance.
- Le calendrier PEV sera respecté.

Dépistage :

- Diagnostic précoce nourrisson à partir de 6 semaines de vie.
- Sérologie de l'enfant 9 mois de vie et confirmée à 18 mois.
- Suivi mensuel pour surveiller la croissance et le bon état général de l'enfant.

FICHE TECHNIQUE N° 26 : SUIVI D'UN ENFANT **CLASSE PNEUMONIE**

➤ **Dans la Communauté :**

- L'ASC doit revoir l'enfant **classé Pneumonie** au bout de **trois (3) jours**.
- Référer si signes de **DANGER**.

➤ **Dans les structures de santé :**

- Rechercher les signes généraux de danger (Voir tableau EVALUER & CLASSER).
- Demander :
 - L'enfant respire-t-il plus lentement ?
 - La fièvre est-elle moins élevée ?
 - L'enfant se nourrit-il mieux ?
- Evaluer l'enfant pour toux et difficultés respiratoires (Voir tableau EVALUER & CLASSER).

Traitement :

Si tirage ou signe général de danger :

- Administrer une dose d'Amoxicilline ou d'Ampicilline+ Gentamicine en intramusculaire.
- Ensuite, transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur.

Si la respiration, la fièvre et la prise d'aliments ne s'améliorent pas ou s'aggravent :

- Changer le traitement pour Amoxicilline ou ampicilline + Gentamicine en intramusculaire et ;
- Conseiller à la mère de revenir dans 2 jours ou ;
- Transférer.

Si l'enfant a eu la rougeole au cours des 3 derniers mois, OU ;

Si aucun des 2 antibiotiques n'est disponible :

- Transférer.

Si la respiration est plus lente, la fièvre est moins élevée ou l'alimentation s'est améliorée :

- Terminer le traitement de 5 jours par l'amoxicilline.

FICHE TECHNIQUE N° 27 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE DIARRHEE PERSISTANTE

➤ **Dans les communautés :**

- L'ASC doit assurer le suivi de tout **enfant 0 - 5 ans** présentant une **Diarrhée Persistante** au retour du CCom.

➤ **Dans les structures de santé :**

Après 5 jours :

• **Demander :**

- La diarrhée s'est-elle arrêtée ?
- Combien de selles liquides l'enfant a-t-il chaque jour ?

Traitement :

Si la diarrhée n'est pas arrêtée (l'enfant a encore 3 selles liquides ou plus par jour) :

- Refaire une évaluation complète de l'enfant.
- Donner le traitement nécessaire.
- Puis transférer l'enfant à l'hôpital si la diarrhée persiste.

Si la diarrhée est arrêtée (l'enfant a moins de 3 selles liquides par jour) :

- Dire à la mère de suivre les conseils d'alimentation appropriés pour l'âge de l'enfant.

RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION D'UN ENFANT AVEC UNE DIARRHEE PERSISTANTE

S'il est encore allaité au sein :

- Allaiter plus fréquemment et plus longtemps, jour et nuit.

Si l'enfant consomme un autre lait :

- Remplacer ce lait :
 - En augmentant l'allaitement au sein
OU
 - Par des produits laitiers fermentés, tels que le lait caillé, les yaourts.
OU
 - Remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi solides tels que bouillie de riz, poudre de pain de singe délayée dans de l'eau, ou d'autres aliments très nutritifs tels que la viande, le poisson ou les œufs.

FICHE TECHNIQUE N° 28 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE DYSENTERIE

➤ **Dans les communautés :**

- L'ASC doit assurer le suivi de tout **enfant 0 - 5 ans** présentant une **Dysenterie** au retour du CSCoM.

➤ **Dans les structures de santé :**

Après 2 jours :

- **Evaluer l'enfant pour la diarrhée :**

- Demander :
 - ✓ Les selles sont-elles moins nombreuses ?
 - ✓ Les selles contiennent-elles moins de sang ?
 - ✓ La fièvre est-elle moins élevée ?
 - ✓ Les douleurs abdominales sont-elles moins prononcées ?
 - ✓ L'enfant se nourrit-il mieux ?

Traitement :

Si l'enfant est **déshydraté**, traiter la déshydratation.

Si le nombre de selles, la quantité de sang dans les selles, la fièvre, les douleurs abdominales ou l'alimentation sont les mêmes ou se sont aggravés et si l'enfant ne se nourrit pas :

- Remplacer la ciprofloxacine par la ceftriaxone pendant 5 jours ;
- Conseiller à la mère de revenir dans 2 jours.

Si après 2 jours il n'y a pas d'amélioration :

- Remplacer la ceftriaxone par le métronidazole.

Exceptions :

Si l'enfant :

- A moins de 12 mois, OU ;
- Etait déshydraté lors de la première visite, OU ;
- A eu la rougeole au cours des 3 derniers mois.

Si le nombre de selles, la quantité de sang dans les selles, la fièvre, les douleurs abdominales sont moindres et si l'alimentation s'est améliorée :

- Continuer à administrer le même antibiotique jusqu'à la fin du traitement.
- Transférer l'enfant à l'échelon supérieur.

FICHE TECHNIQUE N° 29 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE PALUDISME SIMPLE

➤ **Dans la Communauté :**

- L'ASC doit revoir l'enfant classé **Paludisme Simple** au bout de **trois (3) jours**.

Référer si :

- TDR négatif/réalisable et absence de pneumonie ou toux/rhume
- Fièvre avec éruption cutanée généralisée
- Enfant de moins de 6 mois avec TDR positif
- Fièvre persiste après 3 jours de traitement avec CTA bien conduit

➤ **Dans les structures de santé :**

➤ **PALUDISME SIMPLE**

Si la fièvre persiste après 3 jours ou réapparaît dans les 14 jours suivants :

Refaire une évaluation complète de l'enfant.

Rechercher d'autres causes de fièvre.

Traitement:

- Si l'enfant présente **un signe général de danger ou une raideur de la nuque**, traiter comme MALADIE FEBRILE TRÈS GRAVE OU PALUDISME GRAVE
- Si l'enfant présente **une cause de fièvre autre que le paludisme**, administrer le traitement approprié.
- Si **le paludisme est la seule cause apparente de la fièvre:**
 - Administrer la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine proposée en alternative
 - Si lors de l'évaluation la fièvre est continue depuis 7 jours, transférer pour bilan.

FICHE TECHNIQUE N° 30 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE ROUGEOLE**➤ Dans les communautés :**

- L'ASC doit assurer le suivi de tout **enfant 0-5 ans** présentant une **Rougeole** au retour du CSCom.

➤ Dans les structures de santé :***Après 2 jours :***

- Refaire une évaluation complète de l'enfant ⇨ Voir tableau Evaluer & classer.
- Rechercher les autres complications de la rougeole.

Traitement :

Si l'enfant présente une rougeole grave et compliquée :

- Transférer d'urgence à l'hôpital.

Si l'enfant présente des complications aux yeux et à la bouche :

- Traiter les infections locales.

Si l'enfant présente d'autres complications (diarrhée – pneumonie – stridor – infection de l'oreille) :

- Voir les tableaux correspondants pour le traitement.

Si l'état de l'enfant s'est amélioré,

- Terminer le traitement antibiotique de 5 jours.

FICHE TECHNIQUE N° 31 : SUIVI D'UN ENFANT ROUGEOLEUX AVEC COMPLICATIONS AUX YEUX OU A LA BOUCHE

➤ **Dans les communautés :**

L'ASC doit assurer le suivi de tout **enfant 0 - 5 ans** présentant une **Rougeole avec complications aux yeux ou à la bouche** au retour du CSCCom.

➤ **Dans les structures de santé :**

Après 2 jours :

- Regarder si les yeux sont rouges et s'il y a écoulement de pus.
- Regarder si la bouche a des ulcérations.
- Sentir l'odeur de la bouche.

Traiter l'infection de l'œil :

Si du pus s'écoule encore des yeux :

- Demander à la mère de décrire comment elle a traité l'infection de l'œil.

Si le traitement était correct :

- Transférer l'enfant à l'hôpital.

Si le traitement était incorrect :

- Apprendre à la mère à traiter correctement.

Si le pus a disparu mais les yeux sont encore rouges :

- Continuer le traitement.

S'il n'y a plus de pus ni de rougeur :

- Arrêter le traitement :

Traiter les ulcérations de la bouche :

Si les ulcérations se sont aggravées ou si la bouche dégage une très mauvaise odeur :

- Transférer l'enfant à l'hôpital.

Si les ulcérations sont identiques ou se sont améliorées :

- Continuer le traitement au violet de gentiane (dilué de moitié) ou au bleu de méthylène de 5 jours.

FICHE TECHNIQUE N° 32 : SUIVI D'UN ENFANT CLASSE INFECTION DE L'OREILLE

➤ **Dans les communautés :**

- L'ASC doit assurer le suivi de tout **enfant 0 - 5 ans** présentant une **Infection de l'oreille** au retour du CSCom.

➤ **Dans les structures de santé :**

Après 5 jours :

- Réévaluer le problème d'oreille ;
- Prendre la température de l'enfant.

Traitement :

- **S'il y a gonflement douloureux derrière l'oreille ou si la fièvre est élevée (38,5°C ou plus)** transférer l'enfant d'URGENCE à l'hôpital.
- **Infection aiguë de l'oreille : Si la douleur de l'oreille ou l'écoulement persiste :**
 - Traiter pendant 5 jours supplémentaires avec l'Amoxicilline.
 - Continuer à assécher l'oreille.
 - Revoir dans 5 jours.
- **Infection chronique de l'oreille :**
 - Vérifier si la mère assèche l'oreille correctement
 - Vérifier si la mère met des gouttes de quinolones dans les oreilles.
 - Si l'écoulement persiste transférer à l'hôpital.
- **Si l'oreille n'est pas douloureuse et ne coule pas :**
 - Féliciter la mère pour le traitement correct.
- Si elle n'a pas fini le traitement antibiotique de 5 jours lui dire de continuer le traitement jusqu'à la fin.

FICHE TECHNIQUE N° 33 : SUIVI DES SOINS DU NOURRISSON MALADE

INFECTION BACTERIENNE LOCALE

Après 2 jours :

- Regarder l'ombilic. Est- il rouge ou suppurant ?
- La rougeur s'étend-t- elle à la peau ?
- Regarder les pustules cutanées. Sont- elles nombreuses ou sévères ?

Traitement :

- Si le pus ou la rougeur persiste ou s'aggrave, transférer le nourrisson à l'échelon supérieur
- Si le pus et la rougeur se sont améliorés, dire à la mère de continuer le traitement antibiotique de 5 jours et le traitement de l'infection locale.
- **Au niveau de la communauté référer tout nouveau-né ayant une infection locale.**

MUGUET

Après 2 jours :

- Rechercher les ulcérations, plaques blanches dans la bouche.
- Réévaluer l'alimentation : voir évaluer les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale ci-dessus.
- Si le muguet s'est aggravé ou si le nourrisson a des problèmes de succion et de prise de sein, transférer à l'hôpital.
- Si le muguet est le même ou a diminué, et si le nourrisson se nourrit bien, continuer le traitement au violet de gentiane 1% (dilué de moitié) ou au bleu de méthylène ou à la Nystatine.

PROBLEME D'ALIMENTATION

Après 7 jours :

- Réévaluer l'alimentation
- Poser des questions sur des problèmes d'alimentation notés lors de la première visite

Traitement :

- Conseiller la mère sur tout problème d'alimentation nouveau ou persistant. Si vous conseillez à la mère d'apporter des changements sensibles à l'alimentation, lui conseiller de revenir pour une nouvelle visite de suivi.
- Si le poids du nourrisson est faible pour son âge, conseiller la mère de revenir 14 jours après la première visite pour une nouvelle pesée.

Exception :

Si aucune amélioration ne semble prévisible ou s'il a perdu du poids transférer à l'hôpital.

POIDS FAIBLE POUR L'AGE***Après 7 jours :***

- Peser le nourrisson et déterminer si son poids est toujours très faible pour son âge.
- Réévaluer l'alimentation : voir évaluer les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale .
- Si le poids du nourrisson n'est plus faible pour son âge, féliciter la mère et l'encourager à continuer.
- Si le poids est encore faible pour son âge, mais le nourrisson se nourrit bien, féliciter la mère. Demander de revenir peser son enfant dans un mois ou lorsqu'elle revient pour la vaccination
- Si le poids est encore faible pour son âge, et qu'il a un problème d'alimentation, conseiller la mère sur ce problème .Lui demander de revenir dans 2 jours,
- Continuer le suivi du nourrisson toutes les 2 semaines jusqu'à ce qu'il se nourrisson bien et gagne du poids régulièrement, ou que son poids ne soit plus faible pour son âge.

Exception : Si aucune amélioration ne semble prévisible ; ou s'il a perdu du poids, transférer le nourrisson.

FICHE TECHNIQUE N° 34 : TABLEAU DE POSOLOGIE DES MEDICAMENTS POUR LES ENFANTS DE 2 MOIS A 5 ANS

APPRENDRE À LA MÈRE À ADMINISTRER LES MEDICAMENTS PAR VOIE ORALE À DOMICILE

Suivre les instructions ci-dessous pour chaque médicament à administrer par voie orale à domicile.

- Suivre également les instructions du tableau de dosage de chaque médicament.
1. Déterminer les médicaments et doses appropriés selon l'âge ou le poids de l'enfant.
 2. Expliquer à la mère pourquoi l'enfant a besoin du médicament.
 3. Montrer comment mesurer une dose.
 4. Observer la mère pendant qu'elle mesure une dose.
 5. Demander à la mère de donner la première dose à l'enfant.
 6. Expliquer en détails comment donner le médicament, puis mettre le médicament dans un sachet ou un cornet et inscrire le nom du médicament sur le sachet ou le cornet.
 7. Si plusieurs médicaments sont donnés, rassembler, compter et mettre chaque médicament dans un cornet différent.
 8. Expliquer que tous les médicaments (comprimés ou sirops) doivent être pris jusqu'à la fin du traitement, même si l'enfant se porte mieux.
 9. S'assurer que la mère a bien compris avant qu'elle ne quitte le centre de santé.

- **Administer un antibiotique approprié par voie orale**
- **POUR LA PNEUMONIE, L'INFECTION AIGUE DE L'OREILLE OU MALADIE FEBRILE TRES GRAVE OU PALUDISME GRAVE**

ANTIBIOTIQUE DE PREMIERE INTENTION : AMOXICILLINE COMPRIME DISPERSIBLE
ANTIBIOTIQUE DE SECONDE INTENTION : ERYTHROMYCINE

POIDS OU AGE	AMOXICILLINE Administer 2 fois par jour pendant 5 jours (pour la pneumonie 3 jours - 25 mg/kg)				ERYTHROMYCINE Administer 2 fois par jour pendant 5 jours (Pour la pneumonie 3 jours - 30 à 50 mg/kg/jour)	
	Comprimé 250 mg	Comprimé 500 mg	Sirop 125 mg /c.m. (5 ml)	Sirop 250 mg/c.m (5ml)	Comprimé 250 mg	Sirop 125 mg /c.m. (5 ml)
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1/2 cp	1/4 cp	1 c.m.	1/2 c.m	1/2 cp	1 c.m.
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1 cp	1/2 cp	2 c.m.	1 c.m	1 cp	2 c.m.
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	1 + 1/2 cp	1 cp	3 c.m.	1 + 1/2 c.m	1 cp 1/2	3 c.m.
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	2 cp	1 cp 1/4	4 c.m.	2 c.m	2 cp	4 c.m.

➤ **POUR LA DYSENTERIE**

Administrer pendant 5 jours l'antibiotique recommandé pour la shigellose dans la région

ANTIBIOTIQUE DE PREMIERE INTENTION POUR LA SHIGELLOSE : CIPROFLOXACINE

ANTIBIOTIQUE DE SECONDE INTENTION POUR LA SHIGELLOSE : CEFTRIAXONE

POIDS <u>OU</u> AGE	CIPROFLOXACINE Administrer 10 mg/kg, 2 fois par jour pendant 5 jours		CEFTRIAXONE Administrer en IM/IV 80 mg/kg en une seule dose
	COMPRIME DE 100 mg	COMPRIME DE 250 mg	FLACON 1 g ou 2 g mélangés respectivement à 9,6 ml ou 19 ml d'eau distillée
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1/2	1/4 cp	3 ml
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1	1/2	6 ml
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	1 + 1/2 cp	1/2	10 ml
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	2 cp	1cp	14 ml

➤ **POUR LE CHOLERA**

Administrer pendant 3 jours l'antibiotique recommandé pour le choléra dans la région.

ANTIBIOTIQUE DE PREMIERE INTENTION POUR LE CHOLERA : ERYTHROMICINE ou TETRACYCLINE chez l'enfant

POIDS <u>OU</u> AGE	ERYTHROMICINE Administrer 4 fois par jour pendant 3 jours		TETRACYCLINE Administrer 4 fois par jour pendant 3 jours Comprimé 250 mg
	Comprimé 250 mg	Sirop 125 mg / c.m. (5ml)	Comprimé 250 mg
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	3/4 cp	1 + 1/2 c.m	3/4 cp
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	1 cp	2 c.m	1 cp

APPRENDRE À LA MÈRE À ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE À DOMICILE

Suivre les instructions ci-dessous pour chaque médicament à donner par voie orale à domicile. Suivre également les instructions du tableau de dosage de chaque médicament

➤ Administrer un antipaludique (CTA) par voie orale

• Artéméther - Luméfantrine (A-LU)

Artéméther (A) - Luméfantrine (LU)							
1 COMPRIME = 20 mg AM et 120 mg LM				Suspension : Artemether = 180 mg – Lumefantrine = 1.080 mg			
Age / Poids (kg)	Administrer deux fois par jour pendant 3 jours			Administrer une fois par jour pendant 3 jours			
	Jour1	Jour2	Jour3	Age/Poids (kg)	Jour1	Jour2	Jour3
6 mois à 3 ans (5-15 kg)	1 cp	1 cp	1 cp	(6 à 12 mois) 5-10 kg	10 ml	10 ml	10 ml
3 ans à 5 ans (15-24 kg)	2 cp	2 cp	2 cp	(1 à 3 ans) 10-15 kg	20 ml	20 ml	20 ml

• Artésunate - Amodiaquine (AS-AQ)

Age / Poids (kg)	Présentation	Administrer une fois par jour pendant 3 jours		
		Jour 1	Jour 2	Jour 3
4,5 kg à 9 kg (2 à 12 mois)	25mg/67,5mg blister de 3 cp	1 cp	1 cp	1cp
9 kg à 18 kg (1 à 5 ans)	50mg/135mg blister de 3 cp	1 cp	1 cp	1cp

➤ Administrer du paracétamol ou de l'acide acétyl salicylique (AAS) pour fièvre (38,5°C ou plus) et/ou douleurs d'oreille. Administrer le paracétamol ou l'AAS toutes les 6 heures jusqu'à ce que la fièvre et/ou la douleur de l'oreille disparaissent.

POIDS OU AGE	PARACETAMOL			ACIDE ACÉTYL SALICYLIQUE (AAS)	
	Sirop 125 mg/c.m.	Cp 100 mg	Cp500 mg	cp100 mg	Cp 500 mg
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1/2 c.m.	3/4 cp		1/2 cp	
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1 c.m.	1 cp 1/4	1/4 cp	1 cp	1/4 cp
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)		1 cp 3/4	1/2 cp	1 cp 1/2	1/2 cp
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)		2 cp 1/2	3/4 cp	2 cp	3/4 cp

➤ Administrer de la Vitamine A

➤ Administrer deux doses.

- Administrer la première dose au centre de santé.
- Remettre une dose à la mère pour administration à domicile le lendemain.

AGE	Dose de vitamine A à administrer	
	Capsule de 100.000 UI	Capsule de 200.000 UI
De 6 semaines à 6 mois	1/2 capsule	
6 mois à 12 mois	1 capsule	1/2 capsule
12 mois à 5 ans	2 capsules	1 capsule

➤ Administrer du fer et de l'acide folique

➤ Administrer une dose par jour pendant 14 jours.

POIDS OU AGE	FER/FOLATE EN COMPRIMÉS	FER EN SIROP
	Fer sulfate 200 mg et Folate 250 µg (60 mg de Fer-élément)	Fer fumarate 100 mg par 5 ml (20 mg Fer-élément par ml)
< 6 kg (2 mois à 4 mois)		1.00 ml (< ¼ cuillère à café)
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)		1.25 ml (¼ cuillère à café)
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	½ comprimé	2.00 ml (½ cuillère à café)
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	½ comprimé	2.5 ml (½ cuillère à café)

➤ Administrer du mébéndazole ou de l'albendazole

➤ Administrer au centre de santé en une seule dose, à l'enfant ayant 12 mois ou plus, et n'ayant reçu aucune dose pendant les six mois précédents :

- Mébéndazole : 500 mg ou
- Albendazole : 200 mg (à l'enfant de 12 à 24 mois) ou 400 mg (à l'enfant de 24 mois ou plus).

➤ Administrer des multivitamines et des aliments riches en vitamines et en sels minéraux pour la diarrhée persistante, administrer tous les jours un comprimé de multivitamines et des aliments riches en sels minéraux pendant 14 jours.

➤ **TRAITER L'ENFANT INFECTE/EXPOSE AU VIH**

1. Dépister et traiter précocement la maladie.
2. Surveiller la courbe de poids et encourager la mère à donner fréquemment des aliments hypercaloriques.
3. Administrer de la vitamine A.
4. **Administrer du Cotrimoxazole tous les jours.**

< 6 mois < 5 kg	1 Comp	2,5 ml	¼ Comp
6 mois – 5 ans 5 - 15 kg	2 Comp	5 ml	½ Comp
> 14 ans > 30 kg	8 Comp	20 ml	2 Comp

5. Administrer le cotrimoxazole chez le nourrisson de mère séropositive à partir de l'âge de 6 semaines jusqu'à la preuve de la non infection.
6. Rechercher et traiter un muguet.
7. Observer le calendrier vaccinal mais éviter le BCG si l'enfant est symptomatique.
8. Faire le suivi du nourrisson né de mère séropositive selon les directives nationales
9. Revoir l'enfant infecté tous les mois.

TRAITER LE MUGUET AVEC LA NYSTATINE

Administrer la Nystatine (100 000 unités/ml) 4 fois par jour pendant 14 jours

< 1 mois	100 000 UI (1ml)
1-12 mois	200 000 UI (2ml)
1 – 12 ans	400 000 UI (4ml)

➤ **CALMER LA TOUX AVEC BALEMBO SIROP ENFANT OU CARBO CYSTEINE SIROP ENFANT**

Age	Dose de balembo à administrer	Dose de carbo cystéine à administrer
Moins de 6 mois		
6 mois à 2 ans	5ml 2 fois/jour	
2 ans à 5 ans	5ml 3 fois/jour	5ml 3 fois/jour

APPRENDRE À LA MÈRE À TRAITER LES INFECTIONS LOCALES À DOMICILE

1. Expliquer à la mère le traitement et pourquoi il doit être donné.
2. Décrire les étapes du traitement énumérées dans le cadre approprié.
3. Observer la mère pendant qu'elle donne le premier traitement au centre de santé.
4. Expliquer à la mère combien de fois le traitement doit être administré à domicile.
5. Si nécessaire pour le traitement à domicile, donner à la mère le tube de pommade tétracycline ou un petit flacon de violet de gentiane.
6. S'assurer que la mère a bien compris avant qu'elle ne quitte le Centre de Santé.

➤ **Traiter une infection de l'œil avec une pommade ophtalmique à la tétracycline**

- Nettoyer les deux yeux, 3 fois par jour
 - ✓ Se laver les mains.
 - ✓ Demander à l'enfant de fermer les yeux.
 - ✓ Essuyer doucement le pus à l'aide d'un tissu propre et humide.
- Ensuite, appliquer la pommade à la tétracycline dans les deux yeux, 3 fois par jour.
 - ✓ Demander à l'enfant de regarder vers le haut.
 - ✓ Appliquer une petite quantité de pommade à l'intérieur de la paupière inférieure.
 - ✓ Se laver les mains à nouveau.
- Traiter jusqu'à ce que la rougeur disparaisse.
- Ne pas utiliser d'autre pommade ou collyre.
- Ne rien mettre d'autre dans les yeux.

➤ **Traiter une infection chronique de l'oreille avec des gouttes auriculaires de Quinolone pendant 2 semaines**

- Apprendre à la mère comment assécher l'oreille
- Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche.
- Instiller une à deux gouttes auriculaires de Quinolone trois fois par jour
 - Expliquer à la mère quand revenir immédiatement
 - Revoir l'enfant dans 5 jours.

➤ **Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche**

- Assécher l'oreille au moins 3 fois par jour.
 - Se laver les mains
 - Rouler en forme de mèche un tissu propre et absorbant ou du papier doux et résistant.
 - Placer la mèche dans l'oreille de l'enfant.
 - Retirer la mèche quand elle est humide.
 - Remplacer la mèche par une autre mèche propre et répéter la procédure jusqu'à ce que la mèche soit sèche.
 - Ne rien mettre d'autre dans les oreilles (huile, etc.)
 - Se laver les mains à nouveau

➤ **Traiter les ulcérations de la bouche au violet de gentiane ou au bleu de méthylène**

- Traiter les ulcérations de la bouche deux fois par jour.
 - Se laver les mains.
 - Nettoyer la bouche de l'enfant avec un tissu propre et doux, roulé autour du doigt et imprégné d'eau salée.
 - Badigeonner la bouche avec un tissu propre et doux roulé autour du doigt et imprégné de violet de gentiane 1%.
 - Se laver les mains à nouveau

Ne pas utiliser la solution reconstituée au-delà de 15 jours.

➤ **Calmer la toux avec un remède inoffensif**

- Remèdes inoffensifs recommandés :
 - ✓ Lait maternel, pour les nourrissons exclusivement allaités.
 - ✓ Sirop Balembo, Miel au citron et infusion de feuille d'eucalyptus
- Remèdes dangereux à déconseiller :
 - ✓ Tous les sirops antitussifs, les sirops contenant la codéine, la codéthyline et les anti-histaminiques

FICHE TECHNIQUE N° 35 : MEDICAMENTS A ADMINISTRER AU CENTRE DE SANTE

ADMINISTRER LES TRAITEMENTS CI-DESSOUS UNIQUEMENT AU CENTRE DE SANTE

1. Expliquer à la mère pourquoi le médicament est administré.
2. Déterminer la dose appropriée en fonction du poids de l'enfant (ou de l'âge).
3. Utiliser une aiguille et une seringue stériles.
4. Mesurer la dose avec précision.
5. Injecter le médicament en intramusculaire (IM).
6. Si l'enfant ne peut pas être transféré, suivre les instructions données.

▶ ADMINISTRER UN ANTIPALUDIQUE PAR VOIE INJECTABLE POUR LE PALUDISME GRAVE

❖ *Artésunate injectable* :

L'artésunate peut être donné par voie intraveineuse (IV) ou intramusculaire (IM).

Une préparation en 2 étapes est nécessaire :

- Reconstitution avec du bicarbonate de sodium et
- Dilution avec du chlorure de sodium
- Une fois reconstituée, la solution d'artésunate n'est pas stable et doit être administrée dans les 30 minutes.

Administration d'artésunate par voie IM :

- 1 flacon d'artésunate contient 60 mg d'artésunate et sera préparé avec 1 ml de bicarbonate de sodium et 2 ml de chlorure de sodium, de telle sorte que la solution finale contienne 20 mg /ml d'artésunate.

Procédure :

- Détacher le haut du flacon d'artésunate et désinfecter le caoutchouc avec du 10% polividone iodé ou un tampon d'alcool.
- Ouvrir à l'avance les deux ampoules de manière à pouvoir tenir dans les mains la seringue avec l'aiguille pendant le processus.
- Soutirer 1 ml du bicarbonate de sodium à 5% dans une seringue et l'injecter dans le flacon d'artésunate.
- Secouer jusqu'à ce que la poudre d'artésunate soit complètement dissoute et que la solution devienne transparente.
- Ne pas secouer trop vigoureusement pour éviter toute formation de mousse à la surface de la solution.
- Si la solution est trouble ou s'il existe un précipité, la préparation doit être jetée.
- Soutirer 2 ml du chlorure de sodium à 0,9% dans une seringue et l'injecter dans le flacon d'artésunate.
- Soutirer le volume requis d'artésunate du flacon (selon le tableau).
- Jeter tout excédent de solution.
- Changer l'aiguille par une aiguille pour injection musculaire et injecter l'artésunate en IM profonde dans la partie antéro-externe de la cuisse.

Posologie :

- 2,4 mg/kg en une injection unique avant le transfert.

N.B : Si le transfert n'est pas possible, se référer au schéma de la prise en charge des cas graves.

❖ *Artémether injectable* :

Administrer une injection unique de 3,2 mg/kg en IM sur la face antéro- externe de la cuisse

Présentation et posologie de l'Artémether 20mg

Age	Poids	Dose mg	Posologie simplifiée
0 – 1 an	4 – 9 kg	20 mg	1 amp
2- 5 ans	10– 20 kg	40 mg	2 amp

Présentation et posologie de l'Artémether 80mg

Age	Poids	Dose en mg	
0 – 1 an	4 – 9 kg	20 mg	¼ amp
2- 5 ans	10 – 20 kg	40 mg	½ amp

N.B : Si le transfert n'est pas possible

- Administrer 1,6 mg/kg d'artémether par jour du 2^{ème} au 7^{ème} jour en IM.
- A partir du 5^{ème} jour, l'artémether injectable peut être remplacé par les CTA pour achever le traitement de 7 jours.

ADMINISTRER LES TRAITEMENTS CI-DESSOUS UNIQUEMENT AU CENTRE DE SANTE

1. Expliquer à la mère pourquoi le médicament est administré.
2. Déterminer la dose appropriée en fonction du poids de l'enfant (ou de l'âge).
3. Utiliser une aiguille et une seringue stériles.
4. Mesurer la dose avec précision.
5. Injecter le médicament en intramusculaire (IM).
6. Si l'enfant ne peut pas être transféré, suivre les instructions données.

❖ **Quinine**

POUR LES ENFANTS A TRANSFERER, CLASSÉS "MALADIE FÉBRILE TRES GRAVE ou PALUDISME GRAVE":

- Vérifier quel type de quinine est disponible au centre de santé.
- Administrer la première dose de quinine en intramusculaire et transférer l'enfant d'urgence à l'échelon supérieur.

SI LE TRANSFERT EST IMPOSSIBLE.

- Administrer la première dose de quinine en intramusculaire.
- Laisser l'enfant allongé pendant une heure.
- Répéter l'injection de quinine 12 heures plus tard, les injections de quinine en IM seront répétées toutes les 12 heures jusqu'à ce que l'enfant puisse prendre la quinine par voie orale. Ne pas continuer la quinine pendant plus d'une semaine.

POIDS OU AGE	QUININE EN INTRAMUSCULAIRE	
	Dose : 15 mg/kg/12 heures (<i>sels de quinine</i>) Diluer l'ampoule de 400 mg (4ml) avec 4 ml d'eau distillée ou 200 mg (2 ml) avec 2 ml d'eau distillée pour avoir 50 mg de sels de quinine par ml.	
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1,5 ml = 75 mg	
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	2,5 ml = 125 mg	
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	3,5 ml = 175 mg	
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	5 ml = 250 mg	

N.B : Pour avoir 50 mg de sels de quinine par ml, il faut diluer comme suit :

Quinine dihydro : 600 mg (2ml) avec 10 ml d'eau distillée ou 300 mg (1ml) avec 5 ml d'eau distillée ;

Quinine résorchine : 400 mg (4ml) avec 4 ml d'eau distillée ou 200 mg (2 ml) avec 2 ml d'eau distillée.

- Ne pas utiliser la quinine si l'enfant a des urines de couleur coca cola.
- Si le transfert n'est pas possible, se référer au schéma de la prise en charge des cas graves.

➤ **Administrer un antibiotique en intramusculaire**

POUR LES ENFANTS A TRANSFÉRER D'URGENCE ET QUI NE PEUVENT PAS PRENDRE D'ANTIBIOTIQUE PAR VOIE ORALE :

- Administrer la première dose d'ampicilline/amoxicilline en intramusculaire
- Transférer d'urgence l'enfant à l'échelon supérieur.

SI LE TRANSFERT EST IMPOSSIBLE :

- Répéter l'injection d'ampicilline/amoxicilline toutes les 12 heures pendant 5 jours.
- Associer la gentamicine une fois par jour pendant 3 jours
- Ensuite, remplacer le traitement par un antibiotique adapté par voie orale pour compléter les 10 jours de traitement.

POIDS OU AGE	AMPICILLINE	GENTAMICINE
	Dose :50 mg par kg Ajouter 4,2 ml d'eau stérilisée au flacon Enfin obtenir 1000 mg/5ml	Dose: 7,5 mg par kg une fois par jour. Flacon 80 mg ajouter 6 ml d'eau au flacon contenant 80 mg = 8 ml (1 ml = 10 mg)
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1 ml = 200 mg	4 ml
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	2 ml = 400 mg	6 ml
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	3 ml = 600 mg	8 ml
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	5 ml = 1000 mg	12 ml

➤ **EN CAS DE SUSPICION DE MENINGITE LORS D'UNE EPIDEMIE DE MENINGITE**

Utiliser le *ceftriaxone* (flacon de 1 g mélangé à 9,6ml d'eau stérile pour obtenir 1g/10ml) à la dose de 100mg/kg en une fois

POIDS OU AGE	CEFTRIAZONE
	Dose : 100 mg/kg en une fois (1 g = 10 ml)
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	3 ml = 300 mg
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	6 ml = 600 mg
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	10 ml = 1000 mg
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	14 ml = 1400 mg

➤ **Arrêter les convulsions avec du diazépam**

Dégager les voies respiratoires

- Placer l'enfant sur le côté, tête en extension
- Ne rien mettre dans sa bouche
- Si les lèvres et la langue sont bleuâtres, ouvrir la bouche pour s'assurer que les voies respiratoires sont libres
- Si besoin, aspirer les sécrétions de la gorge avec une sonde introduite par la narine

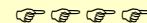
➤ **Administrer le diazépam par voie rectale**

- Aspirer la quantité de diazépam nécessaire dans une seringue
- Rajouter 1 à 2 ml d'eau
- Retirer l'aiguille de la seringue
- Administrer par voie intrarectale le médicament
- Tenir les fesses serrées pendant quelques minutes
- Si rejet immédiat de la solution, répéter l'administration intra rectale.

POIDS OU AGE	DIAZEPAM A ADMINISTRER PAR VOIE RECTALE Solution de 10 mg/2ml Dose : 0,5 mg/kg
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	0,5 ml
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1 ml
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	1,25 ml
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	1,5 ml

* Si fièvre : Faire abaisser la température par un enveloppement humide.

* Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie.



➤ **Traiter la respiration sifflante chez un enfant souffrant d'un premier épisode**

- En cas de détresse respiratoire, administrer la première dose de salbutamol et transférer l'enfant à l'échelon supérieur
- En l'absence de détresse respiratoire, administrer la dose appropriée de salbutamol par voie orale.

AGE OU POIDS	SALBUTAMOL PAR VOIE ORALE Donner 3 fois par jour pendant 5 jours		
	COMPRIME 4 mg	COMPRIME 2 mg	SIROP 2 mg/5 ml
de 2 mois à 12 mois (4 - < 6 kg)	¼	½	2,5 ml
de 12 mois à 5 mois (10 - < 19 kg)	½	1	5 ml

- Enfant avec épisodes répétés de respiration sifflante : Référer.

➤ **Administrer de l'Acide Acétyl Salicylique en intramusculaire (AAS)**

- Administrer toutes les 6 heures une dose de 15 mg/kg de SALICYLATE DE LYSINE (AAS)

POIDS OU AGE	Diluer le flacon de 1g de AAS avec 4 ml d'eau stérile pour obtenir une concentration de 250 mg/ml
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	0,3 ml
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	0,4 ml
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	0,7 ml
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	0,9 ml

➤ **Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie :**

✓ **Si l'enfant est capable de téter :**

- Demander à la mère d'allaiter l'enfant.

✓ **Si l'enfant est incapable de téter mais est capable d'avaler :**

- Administrer du lait maternel exprimé ou un substitut de lait maternel. Si ni l'un ni l'autre n'est disponible, administrer de l'eau sucrée.
- Administrer 30 à 50 ml de lait ou d'eau sucrée avant le départ.

N.B : Pour faire de l'eau sucrée, dissoudre quatre (4) carreaux de sucre (20 grammes) ou 4 cuillerées à café rases dans une tasse de 200 ml d'eau propre.

✓ **Si l'enfant est incapable d'avaler :**

- Administrer 50 ml de lait ou d'eau sucrée par sonde nasogastrique.

❖ **Niveau communautaire (ASC) :**

Devant un cas de paludisme grave, l'ASC donne un traitement de pré-transfert et réfère l'enfant pour des soins appropriés. L'ASC placera l'Artésunate suppositoire en fonction du poids de l'enfant

Présentation et posologie de l'Artésunate suppositoire

Age	Poids	Dose mg	
0 – 1 an	4 – 9 kg	50 mg	1 Suppo de 50 mg
2 - 3 ans	10 – 15 kg	100 mg	2 Suppo de 200 mg
4 – 5 ans	16 – 20 kg	200 mg	1 Suppo de 200 mg

FICHE TECHNIQUE N° 36 : TABLEAU DE POSOLOGIE DES MEDICAMENTS POUR LES NOURRISSONS DE LA NAISSANCE A 2 MOIS

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

- **Donner un antibiotique approprié par voie orale :**
Pour traiter l'infection bactérienne locale:

ANTIBIOTIQUE DE PREMIÈRE INTENTION : AMOXICILLINE
 ANTIBIOTIQUE DE SECONDE INTENTION : OXACILLINE

- **Donner la nystatine par voie orale (Suspension 100 000 UI/ml)**

POUR TRAITER LE MUGUET :

Donner 4 fois par jour 1 ml pendant 7 jours.

ÂGE OU POIDS	AMOXICILLINE Donner 2 fois par jour pendant 5 jours			OXACILLINE Donner 3 fois par jour pendant 5 jours			
	COMPRIMÉ 500 mg	COMPRIMÉ 250 mg	SIROP 250 mg/5 ml	SIROP 125 mg/5 ml	COMPRIMÉ 250 mg	SIROP 250 mg/5 ml	SIROP 125 mg en 5 ml
Naissance à 1 mois (< 3 kg)		¼	1.25 ml*	2.5 ml	¼	1.25 ml	2.5 ml
de 1 mois à 2 mois (3-4 kg)	¼	½	2.5 ml	5 ml	½	2.5 ml	5 ml

Eviter de donner du cotrimoxazole chez le nourrisson de moins d'un mois, chez le prématuré ou en cas d'ictère.

- **Donner la première dose d'antibiotique en intramusculaire**

- Donner la première dose d'ampicilline et de gentamicine en intramusculaire.

POIDS	GENTAMICINE - Dose : 7.5 mg par kg			AMPICILLINE – Dose : 50 mg par Kg	CEFTRIAXONE - Dose : 50 mg par Kg
	Ampoule non diluée, de 2 ml contenant 20 mg = 2 ml à 10 mg/ml	Ajouter 2 ml d'eau stérile à une ampoule de 2 ml contenant 40 mg = 4 ml à 10 mg/ml	Ajouter 6 ml d'eau stérile à une ampoule de 2 ml contenant 80 mg = 8 ml à 10 mg/ml	Ajouter 2 ml d'eau stérile à 1 flacon de 500 mg = 2,1 ml à 25 mg/0,1 ml	Ajouter 2 ml d'eau stérile à 1 flacon de 500 mg = 2,1 ml à 25 mg/0,1 ml
1 kg		0.75 ml		0.2 ml	0.2 ml
2 kg		1.50 ml		0.4 ml	0.4 ml
3 kg		2.25 ml		0.6 ml	0.6 ml
4 kg		3.00 ml		0.8 ml	0.8 ml
5 kg		3,75 ml		1.0 ml	1.0 ml

Il est préférable de transférer le nourrisson classé MALADIE GRAVE, mais si le transfert n'est pas possible :

- Donner de l'ampicilline et de la gentamicine pendant 5 jours au moins. Donner de l'ampicilline toutes les 12 heures plus de la gentamicine toutes les 24 heures. En absence de l'ampicilline, donner de la ceftriaxone toutes les 24 heures.
- Utiliser la Gentamicine 40 mg/ml non diluée. La dose est ¼ de celle mentionnée ci-dessus. Il est préférable de transférer le nourrisson classé maladie grave.

Si le transfert n'est pas possible : Donner de l'Amoxicilline (toutes les 8 heures) et de la Gentamicine (toutes les 12 heures) pendant 5 jours au moins.

III. ANNEXES

ANNEXE 1 : Examen physique du nouveau-né : Résultats normaux à vérifier

	<ul style="list-style-type: none"> • La face, la poitrine, et les gencives rosissent en premier, • Puis ce sont les mains et les pieds, assez rapidement.
Respiration (observation)	<ul style="list-style-type: none"> • Respiration calme et peu profonde.
Rythme de la respiration (sur 1 mn) (à compter)	<ul style="list-style-type: none"> • 30-60 expirations en 1 mn. Celles-ci peuvent être irrégulières, avec une respiration rapide suivie d'une période de pause sans respiration (jusqu'à 20 secondes).
Position des membres et tonus musculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Bras et jambes fléchis.
Activité et mouvements (examen neurologique) (observation)	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux jambes et les deux bras bougent de manière égale. • Présence du réflexe d'ouvrir la bouche et de chercher le mamelon quand on chatouille la joue. • Réflexe de succion.
Apparence et état de la peau (observation et palpation)	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun signe de déshydratation ; pas de persistance du pli cutané. • Présence possible de petites éruptions blanches sur la face (miliun), de tâche mongoloïde (foncée) au bas du dos, d'érythème, d'un fin duvet, de petits vaisseaux.
Apparence et état de la tête (observation et palpation)	<ul style="list-style-type: none"> • Forme inégale asymétrique lié au moulage à l'accouchement ; disparaît au bout de 48 heures. • Une tuméfaction molle, sur la partie de la tête sortie la première, pouvant enjambrer la suture, peut être présente à la naissance (bosse sérosanguine). Elle disparaît dans les 24 heures. • Fontanelle antérieure plate.
Intérieur de la bouche (observation, lorsque l'enfant crie ou baille)	<ul style="list-style-type: none"> • Lèvres, gencives et palais sont entiers et symétriques.
Cou (palpation)	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune excroissance ou gonflement.
Poitrine et abdomen (observation)	<ul style="list-style-type: none"> • La poitrine bouge en même temps que la respiration. • L'abdomen se soulève de manière plus visible à chaque respiration.
Rythme cardiaque (sur 1 mn) (à compter)	<ul style="list-style-type: none"> • 100-160 battements en 1 mn • Courtes périodes de changement de rythme cardiaque, durant les activités normales (sommeil, allaitement).
Abdomen (observation et palpation délicate)	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen arrondi et mou. • Le bout du cordon ombilical est sec, bien attaché, et ne saigne pas. Il présente 3 orifices, correspondant aux 2 artères et à la veine ombilicale.

Jambes (observation, en étendant les deux jambes et en tenant les chevilles : longueur des jambes et plis cutanés inguinaux et des fesses)	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux jambes doivent avoir la même longueur. • Les plis de la peau sont symétriques (les mêmes sur les deux côtés).
Pieds et chevilles (observation : faire bouger les articulations des chevilles dans tous les sens)	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux pieds se plient facilement de haut en bas (vers le genou). • L'avant du pied bouge facilement dans la position de la marche. • Au repos, les pieds peuvent paraître déformés, du fait de la position du nouveau-né dans l'utérus.
Organes génitaux externes de la fille (observation en ouvrant doucement les jambes)	<ul style="list-style-type: none"> • Un écoulement vaginal, blanc ou sanguinolent, est normal (crise génitale). • Les grandes lèvres sont bien séparées.
Organes génitaux externes du garçon (observation et palpation du scrotum)	<ul style="list-style-type: none"> • L'ouverture urétrale (méat) est située au bout du pénis. • Les testicules sont palpables dans le scrotum. On peut ne pas les sentir chez certains nouveau-nés à terme ou prématurés.
Dos et colonne vertébrale (observation en retournant le nouveau-né et palpation de la colonne)	<ul style="list-style-type: none"> • La peau du dos ne présente ni rides ni plaies. • La colonne vertébrale ne présente aucune anomalie (ni ouverture ou tumeur) exigeant une référence d'urgence.
Anus (demander si le méconium a été émis - ne pas insérer ni instrument ni doigt pour tester l'anus)	<ul style="list-style-type: none"> • Le nouveau-né émet le méconium avant 24 heures.
Poids et mensuration	<ul style="list-style-type: none"> • Poids : 2 500 à 4 000 g. • Éventuellement taille et PC lorsqu'on dispose de courbes de référence permettant leur interprétation.

Lorsque les résultats de l'examen physique ne sont pas normaux, il faut identifier les causes possibles des problèmes et quelles sont les actions à mener.

ANNEXE 2 : Examen physique du nouveau-né, résultats anormaux et actions

Ce qu'il faut vérifier	Résultats anormaux	Causes possibles	Actions
La coloration	<ul style="list-style-type: none"> Jaune. 	<ul style="list-style-type: none"> Infection ou iso immunisation. 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ
	<ul style="list-style-type: none"> Pâle, blanc 	<ul style="list-style-type: none"> Perte de sang, mauvaise circulation du sang Défaut d'oxygène. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurez-vous que le nœud du cordon est serré. Donnez de l'oxygène (s'il est disponible sinon référez)
	<ul style="list-style-type: none"> Teint bleu y compris les lèvres, la langue, et les gencives (cyanose). 	<ul style="list-style-type: none"> Défaut d'oxygène. 	<ul style="list-style-type: none"> Désobstruez les voies respiratoires le nez et la bouche OXYGENEZ ET/OU REFEREZ
Respiration	<ul style="list-style-type: none"> Geignements, sifflements. Battement des ailes du nez. Tirage. intercostal Apnée. 	<ul style="list-style-type: none"> Obstruction des voies respiratoires Infection ou Présence de liquide dans les poumons. 	<ul style="list-style-type: none"> Désobstruez les voies respiratoires le nez et la bouche REFEREZ
Comptez le nombre de respirations	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 60 respirations en 1 minute. Pauses de plus de 20 secondes. 	<ul style="list-style-type: none"> Infection des poumons, Liquide dans les poumons, ou Nouveau-né prématuré. 	<ul style="list-style-type: none"> Désobstruez les voies respiratoires le nez et la bouche REFEREZ
Position des membres et tonus musculaire	<ul style="list-style-type: none"> Manque de flexion, tonus faible ou absent, mou. 	<ul style="list-style-type: none"> Prématurité, Hypoxie au cours de l'accouchement. 	<ul style="list-style-type: none"> Gardez le nouveau-né au chaud Assurez-vous que le nouveau-né respire bien. REFEREZ si cela continue
	<ul style="list-style-type: none"> Dos rigide, sec ou voûté. 	<ul style="list-style-type: none"> Tétanos, Hypoxie au cours de l'accouchement. 	<ul style="list-style-type: none"> Voir chapitre 8, problèmes du Nouveau-né
Activité et mouvement	<ul style="list-style-type: none"> Bouge seulement un bras ou une jambe OU un mouvement asymétrique d'un bras ou d'une jambe. 	<ul style="list-style-type: none"> Un traumatisme à la naissance (clavicule ou os cassé, paralysie brachiale) 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ si cela continue

Ce qu'il faut vérifier	Résultats anormaux	Causes possibles	Actions
	<ul style="list-style-type: none"> • Cri aigu • Ne tète pas • Associé a des vomissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Saignement • Œdème (gonflement) du cerveau. 	<ul style="list-style-type: none"> • REFEREZ si cela continue
Peau	<ul style="list-style-type: none"> • Teint rouge • Persistance du pli cutané 		<ul style="list-style-type: none"> • Voir chapitre 8, problèmes du Nouveau-né
	<ul style="list-style-type: none"> • Pustules, ampoules, tâches rouges ou pourpres 	<ul style="list-style-type: none"> • Naissance prématurée, ou • Post- mature • Malnutrition intra-utérine • Déshydratation • Infection intra utérine 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir chapitre 8, problèmes du Nouveau-né
Tête	<ul style="list-style-type: none"> • Tuméfaction (Gonflement) ferme uniquement sur un côté de la suture du crâne (cephalématome) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sang entre l'os du crâne et la peau causé par la cassure d'un vaisseau pendant la naissance. commence quelques heures après la naissance et augmente en volume 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquez aux parents
	<ul style="list-style-type: none"> • Tuméfaction de part et d'autre de la suture (Bosse sérosanguine) 		<ul style="list-style-type: none"> • Observez, ne pas ponctionnez, ne pas massez
	<ul style="list-style-type: none"> • Fontanelle antérieure • Affaissée 	<ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation possible 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir chapitre VIII, problèmes du Nouveau-né
Bouche	<ul style="list-style-type: none"> • Fissure ou ouverture de la lèvre • Fissure ou trou dans le palais mou ou dur 	<ul style="list-style-type: none"> • Malformation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fente labiale, ○ Fente palatine 	<ul style="list-style-type: none"> • REFEREZ • La chirurgie empêchera de graves problèmes d'alimentation et de communication
Cou	<ul style="list-style-type: none"> • Gonflement à l'avant et au milieu du cou • Nœud ou gonflement au niveau du côté du cou ou de l'épaule 	<ul style="list-style-type: none"> • Goitre • Hématome dans les muscles du cou • Clavicule cassée pendant la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> • REFERER

Ce qu'il faut vérifier	Résultats anormaux	Causes possibles	Actions
Poitrine	<ul style="list-style-type: none"> Tirage de la poitrine sous ou entre les côtes Respiration rapide Geignement Teint pâle ou bleu 	<ul style="list-style-type: none"> Infection possible des poumons ou Asphyxie 	<ul style="list-style-type: none"> REFERER Voir chapitre 8, Problèmes du Nouveau-né
Comptez le rythme cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> Rythme cardiaque en dessous de 100 battements par minute. 	<ul style="list-style-type: none"> Manque d'oxygène, problème de cœur 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ
	<ul style="list-style-type: none"> Rythme cardiaque au-delà de 160 	<ul style="list-style-type: none"> Infection ou Le nouveau-né a trop chaud 	<ul style="list-style-type: none"> Vérifiez si le nouveau-né n'est pas trop enveloppé ou d'autres raisons d'avoir trop chaud REFEREZ
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> Abdomen très distendu. 	<ul style="list-style-type: none"> Imperforation ou autres malformations de l'anus, Infection majeure. 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ immédiatement
	<ul style="list-style-type: none"> Abdomen enfoncé avec une respiration rapide 	<ul style="list-style-type: none"> Possible Hernie hiatale (perforation du diaphragme et les contenus abdominaux comprimant les poumons). 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ immédiatement
	<ul style="list-style-type: none"> Saignement du cordon ombilical 	<ul style="list-style-type: none"> Au fur et à mesure que le cordon sèche, la ligature peut se desserrer. 	<ul style="list-style-type: none"> Faire une nouvelle ligature du cordon
Jambes	<ul style="list-style-type: none"> Une jambe est plus courte que l'autre Les plis inguinaux sont asymétriques 	<ul style="list-style-type: none"> Anomalies des membres Luxation congénitale de l'articulation de la jambe. 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ
Pieds et chevilles	<ul style="list-style-type: none"> Un ou les deux fixés dans une position qui empêcherait de marcher normalement 	<ul style="list-style-type: none"> Malformations du pied 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ

Ce qu'il faut vérifier	Résultats anormaux	Causes possibles	Actions
Organes génitaux externes de la fille	<ul style="list-style-type: none"> Les organes féminins ne sont pas nets : clitoris et petites lèvres trop gros, grandes lèvres soudées, petite ouverture de la vulve 	<ul style="list-style-type: none"> Ambiguïté sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ
Organes génitaux externes masculins	<ul style="list-style-type: none"> L'urètre ne s'ouvre pas au sommet du pénis mais sous le pénis par exemple 	<ul style="list-style-type: none"> Malformation : Hypospadias Ambiguïté sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ
	<ul style="list-style-type: none"> Le scrotum est vide (aucun testicule palpable) Orifice (trou) visible sous le pénis 	<ul style="list-style-type: none"> Malformation : Cryptorchidie Ambiguïté sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ
Anus	<ul style="list-style-type: none"> Aucun passage de méconium dans les premières 24 heures avec un abdomen distendu 	<ul style="list-style-type: none"> Obstacle dans les intestins ou l'anus du nouveau-né (imperforation). 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ immédiatement
Dos et colonne vertébrale	<ul style="list-style-type: none"> Orifices (trous) plus ou moins grands au niveau de la peau Saillie (issue) de tissu vers l'extérieur Tumeur molle 	<ul style="list-style-type: none"> Spina bifida plus ou moins grand Défaut de fermeture du tube neural 	<ul style="list-style-type: none"> REFEREZ immédiatement
Poids	<ul style="list-style-type: none"> Pèse moins de 2500g 	<ul style="list-style-type: none"> Naissance prématurée avant la 37^{ème} semaine Mauvaise croissance dans l'utérus. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les nouveaux nés de petit poids de naissance ont besoin de soins spéciaux. Voir chapitre 9, Les PPN.

ANNEXE 3 : Tableau récapitulatif des soins au nouveau-né durant les 6 premières semaines

SOINS AU NOUVEAU NE DANS LES 6 PREMIERES SEMAINES (Utiliser la fiche sur la visite postnatale du manuel de référence)							
	De la naissance à 6 semaines						
	À la naissance	Avant la sortie de la salle de naissance	Au moins une fois par jour en salle des suites de couche	Au moment de la sortie	1 ^{ère} visite PN	2 ^{ème} visite PN	Visite à la 4- 6 semaine
Fournir/Conseiller	Les soins essentiels du nouveau-né						
Regarder/Rechercher	Signes de danger		Examen complet				
Counseling	Conseils ciblés, par ex : allaitement maternel, protection thermique, signes de danger			Conseils complets			
Soins spécifiques	Soins des yeux, du cordon, étiquette pour identification	BCG & POLIO oral (0) à la naissance				Penta+ PO + Rota + BCG si non fait auparavant	
Pesée	Pesée			Pesée	Pesée	Pesée	Pesée
Administration de Vit. K1	Administration de vitamine K1 en dose unique selon le poids du nouveau-né						
Enregistrer informations dans les registres /carnets de santé	X	X		X	X	X	X

Source : Adapté d'USAID/BASICS, Manuel de Référence : Formation en soins intégrés de la femme et du nouveau-né pour les prestataires des structures de base, 2008.

ANNEXE 4 : Âge d'apparition des dents

L'âge d'apparition des dents est variable et ne dépend pas de l'état de nutrition de l'enfant.

Les dents apparaissent sur une période qui va à peu près de 6 à 30 mois. A cet âge, l'enfant a 20 dents :

- 6 mois : Apparition des incisives médianes inférieures ;
- 6 à 12 mois : Apparition des incisives médianes supérieures, latérales inférieures ;
- 12 à 18 mois : Les 4 premières prémolaires ;
- 18 à 24 mois : Les 4 canines ;
- 24 à 30 mois : Les 4 deuxièmes pré molaires.

ANNEXE 5 : Promotion des pratiques familiales essentielles

Généralités :

Les pratiques familiales essentielles (PFE) sont les comportements à favoriser auprès des ménages et des familles pour améliorer la santé, la croissance et le développement de l'enfant.

La promotion des PFE passe par une bonne connaissance de l'environnement socio culturel et la participation effective des communautés dans la sélection des interventions.

1. PFE relative à la prévention et aux 1^{ers} soins à domicile du paludisme

- Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dorment sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide.
- Les ménages utilisent correctement les médicaments (Paracétamol, CTA) pour assurer la prise en charge des cas simples de paludisme.
- Les ménages reconnaissent les signes de gravité de la maladie chez l'enfant et recherchent rapidement les soins appropriés.

2. PFE relative aux 1^{ers} soins à domicile des cas d'IRA

- Les ménages reconnaissent les signes de maladies chez leurs enfants.
- Les ménages reconnaissent les signes de gravités de la maladie chez l'enfant et recherchent rapidement les soins appropriés.
- Les ménages protègent les enfants contre le froid.

3. PFE relative à la prise en charge des diarrhées, à l'hygiène et l'assainissement

- La mère continue à donner à boire et à manger à son enfant qui fait de la diarrhée, le paludisme ou Infection respiratoire aiguë (IRA).
- Les ménages utilisent et entretiennent leurs latrines.
- Les ménages évacuent correctement les selles des enfants.
- Les ménages évacuent correctement les ordures ménagères.
- Les ménages consomment de l'eau salubre.
- Chaque membre du ménage se lave les mains à la sortie des toilettes avant de manger ou de donner à manger aux enfants.

4. PFE relative à la nutrition

- La mère allaitante pratique l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant.
- La mère allaitante continue d'allaiter son enfant jusqu'à l'âge de 2 ans et plus.
- Les ménages introduisent les aliments complémentaires chez l'enfant à partir de 6 mois.
- Les ménages alimentent correctement la femme enceinte.
- Les ménages consomment du sel iodé.

5. PFE relative à la vaccination, à la supplémentation en vitamine A et au déparasitage

- Les ménages font vacciner complètement leurs enfants avant l'âge d'un an.
- Les enfants de 6 à 59 mois reçoivent une dose de vit A tous les 6 mois et cela jusqu'à leur 5^{ème} anniversaire.
- Les enfants de 6 mois à 8 ans reçoivent une cure de déparasitage tous les 6 mois.

6. PFE relative à la planification familiale

Les ménages utilisent une méthode de contraception.

ANNEXE 6 : Apprendre à la mère à donner les médicaments par voie orale à domicile

- Déterminer les médicaments et dose appropriée selon l'âge ou le poids de l'enfant ;
- Expliquer à la mère pourquoi l'enfant a besoin du médicament ;
- Montrer comment mesurer une dose ;
- Observer la mère pendant qu'elle mesure la dose ;
- Demander à la mère de donner la première dose à l'enfant ;
- Expliquer en détail comment donner le médicament ;
- Envelopper et inscrire le nom du médicament sur le paquet ;
- Si plusieurs médicaments sont donnés :
- Rassembler, compter et mettre chaque médicament dans des paquets différents ;
- Expliquer que tous les médicaments (comprimé ou sirop) doivent être pris jusqu'à la fin du traitement même si l'enfant se porte mieux ;
- Vérifier que la mère a bien compris avant qu'elle ne quitte le centre de santé.

ANNEXE 7 : Evolution du poids, de la taille et du périmètre crânien du nourrisson

Age	Constante	Poids	Taille	Périmètre crânien
<i>Naissance</i>		3,5 kg	50 cm	35 cm
<i>5 mois</i>		7 kg	65 cm	43 cm
<i>12 mois</i>		10,5 kg	75 cm	46,5 cm
<i>24 mois</i>		12 kg	85 cm	49 cm

ANNEXE 8 : Utilisation de flacons de vaccins entamés (Déclaration OMS de politique générale)

L'ancienne politique de PEV prévoyait que tout flacon de vaccin entamé soit jeté à la fin de la séance de vaccination, quel que soit le type de vaccin ou le nombre de doses restant dans le flacon.

La nouvelle politique stipule que :

1. Les flacons entamés de VPO, de Penta, de VAT, peuvent être conservés pour une utilisation ultérieure jusqu'à 4 semaines dans les conditions suivantes :
 - La date de péremption ne doit pas être dépassée ;
 - Ils doivent être conservés dans la chaîne de froid à la température de +2 à + 8 degrés Celsius ;
 - Les flacons de vaccin qui ont été utilisés en dehors du centre de santé (stratégie avancée, équipes mobiles, JNV) **doivent être jetés à la fin de chaque journée.**
2. Les flacons entamés de VAR, de VAA (vaccin anti-amaril) et de BCG doivent être jetés à la fin de la séance de vaccination.
Le flacon de vaccin reconstitué ne doit plus être utilisé après 6 heures de temps.
3. Tout flacon entamé doit être immédiatement jeté si :
 - Les règles d'asepsie n'ont pas été rigoureusement respectées, ou ;
 - Il apparaît clairement que le vaccin a été contaminé (modification de l'aspect, particules en suspension...).

ANNEXE 9 : Démonstration culinaire

Age : 6 à 10 mois.

BOUILLON DE LEGUMES

Ingrédients :

- Un tubercule : patate ou igname ou pomme de terre ou manioc ;
- Un légume vert : poireau ou feuilles vertes ;
- Un légume rouge : courge ou tomate ou carotte ;
- Un peu de sel.

Préparation : 1 heure ;

Cuisson : 1 heure ;

Portion : 2 portions ;

Préparation :

- Choisir une petite poignée de feuilles bien fraîches et les laver (certaines feuilles vertes doivent être pilées et lavées pour enlever l'amertume) ;
- Eplucher le tubercule et le légume (seulement au moment de s'en servir si non ils perdent des vitamines) ;
- Les laver (sans les laisser tremper dans l'eau, sinon ils perdent des sels minéraux) ;
- Les couper et mettre le tout dans une marmite d'eau froide non salée ;
- Laisser bouillir une heure à petit feu ;
- Laisser évaporer l'eau ;
- En fin de cuisson, ajouter une pincée de sel ;
- Enlever les légumes avec une louche ;
- Ecraser les légumes au pilon et passer au tamis ;
- Remettre dans la bouillie ;
- Le mélange possède l'aspect d'un potage.

Note : Ce bouillon peut servir à remplacer le lait ou l'eau dans les bouillies fines. Conservé au frais, ce bouillon peut être utilisé au cours de la journée pour faire boire le bébé.

Age : 10 à 12 mois

BOUILLIE A LA FARINE DE HARICOT

Ingrédients :

- 3 louches de farine de céréales
- 1 louche de farine de haricot
- 1 litre d'eau
- Sucre ou sel.
- Tamarin, citron ou poudre de pin de singe selon la préférence.

Préparation : 20 minutes

Cuisson : 20 minutes

Portions : 2 portions

Préparation :

- Torrifier les 2 farines séparément ;
- Faire bouillir de l'eau ;
- Délayer les 2 farines ensemble dans l'eau froide ;
- Y verser dans l'eau bouillante ;
- Remuer et ajouter le tamarin ou autre, le sel ou le sucre à la fin de la cuisson.

Note : La farine de haricot peut être remplacée par la farine de soja, la farine de graines de coton, la farine de poisson sec, fumé ou frais, la poudre d'arachide, la pâte d'arachide ou un œuf.

ANNEXE 10 : Teneur en vitamine A de quelques aliments courants

Promouvoir la consommation des aliments dans les catégories « excellent » et « bon » comme de bonnes sources de vitamine A.

EXCELLENT	Foie Colostrum Petit poisson avec foie Carotte Mangue Papaye Courge orange Patate douce orange	Feuilles vert foncé* Epinard, amarante, Baobab, Courge, Niébé, taro, oseille de Guinée Huile de palme fraîche,
BON	Plantain jaune mûr Beurre Jaune d'œuf (proche de « excellent ») Feuilles vert foncé * Aubergine, haricot vert, laurier séché, menthe, patate douce, soja	Courge jaune Margarine fortifiée (dépend du niveau de fortification) Lait maternel
MOYEN	Orange Goyave Poulet	Maïs jaune Lait de vache Lait de chèvre
PAUVRE	Tomate Ananas Avocat Pamplemousse	Olive Lentille Banane
TRES PAUVRE	Noix de coco Riz Blé Mil Aubergine Patate blanche Citron vert Ighame Gombo Laitue	Taro Sucre Concombre Haricot (noir, rouge, etc.) Banane plantain blanc Maïs blanc Arachide Pain Papaye verte

N.B : Les aliments fortifiés en vitamine A sont : Huile, beurre, margarine, certains laits industriels.

ANNEXE 11 : Conseils sur l'allaitement maternel (Bonne position et bonne prise de sein)



Critères de bonne position du nourrisson par rapport à sa mère :

1. La tête et le corps du bébé sont alignés dans le même axe.
2. Le Bébé est tenu près du corps de la mère.
3. Tout le Corps du bébé est soutenu.
4. Le visage est face au sein, le nez face au mamelon (Bébé est proche du sein, le nez sur le mamelon).



- Expliquer à la mère la nécessité d'allaiter le bébé à la demande :
 - Allaiter le bébé souvent, au moins 8 -12 fois dans le cas d'un nouveau-né, et 8 fois ou plus dès que l'allaitement est bien introduit, le jour et la nuit pour permettre la production de grandes quantités de lait maternel.
 - Plus le bébé tète (si la prise du sein est correcte), plus la mère produit de lait.
- Lui expliquer qu'il ne faut donner d'autres boissons au bébé que le lait maternel jusqu'à 6 mois :
 - Le lait maternel couvre l'ensemble des besoins du nourrisson pendant les 6 premiers mois
 - Ne rien donner d'autre au bébé avant 6 mois, même pas de l'eau
 - Donner de l'eau au nourrisson remplira son estomac, par conséquent, il tétera moins, et moins de lait maternel sera produit.

- Lui expliquer la conduite à tenir face à certains problèmes liés à l'allaitement ;
- Lui apprendre comment exprimer son lait, comment le donner au bébé et comment le conserver en cas d'absence :
 - Les aliments ou les liquides doivent être donnés à l'aide d'une cuillère ou d'une tasse afin de réduire le risque de confusion mamelon-biberon et l'introduction éventuelle de contaminants.

La mère doit manger et boire pour éteindre sa soif et rassasier sa faim :

- Aucun aliment ni régime spécial n'est nécessaire pour fournir la quantité ou la qualité adéquate de lait maternel.
- La production de lait maternel n'est pas affectée par l'alimentation de la mère
- Aucun aliment n'est interdit.

Les mères doivent être encouragées à manger des aliments supplémentaires, lorsque ces derniers sont disponibles

ANNEXE 12 : Conduite à tenir devant les effets secondaires des vaccins

VACCIN	Réaction normale	Conduite à tenir	Réaction précoce	Conduite à tenir	Réaction sévère	Conduite à tenir
BCG	<p>Petite tuméfaction rouge et sensible au point d'injection au bout de 2 semaines environ.</p> <p>Petite plaie après 2 ou 3 semaines supplémentaires guérissant spontanément et laissant une cicatrice.</p>	<p>S'abstenir de traiter la plaie. La laisser à l'air ou la recouvrir d'un pansement sec.</p> <p>- idem - Si pas de cicatrice, réinjecter une dose de BCG.</p>	Tuméfaction avant deux semaines (enfant déjà vacciné ou suspicion de tuberculose).	S'il y a suspicion de tuberculose, référer l'enfant.	Inflammation locale grave ou abcès profond.	<p>Pansement sec si la réaction reste locale.</p> <p>Référer en cas de gros ulcère ou d'adénopathie</p>
DTC	Fièvre quelques heures après la vaccination et qui dure une journée.	<p>Donner du paracétamol, laver l'enfant à l'eau tiède.</p> <p>Si la fièvre débute plus de 24 heures après l'injection rechercher une infection (elle n'est pas due au vaccin).</p>	Tuméfaction, rougeur, douleur au lieu d'injection le lendemain.	Rassurer la mère.	<p>Abcès (douleur) et tuméfaction une semaine ou plus après l'injection</p> <p>Convulsions (rares) ou état de choc dans les trois jours qui suivent l'injection (ceci est dû à la composante coqueluche)</p>	<p>Référer l'enfant pour incision de l'abcès.</p> <p>Référer l'enfant. Ne plus administrer de DTC à cet enfant, administrer seulement anatoxine antitétanique.</p>

VACCIN	Réaction normale	Conduite à tenir	Réaction précoce	Conduite à tenir	Réaction sévère	Conduite à tenir
ANTIROU- GEOLEUX	Fièvre pendant 1 à 3 jours ou une semaine environ après l'injection. Eruption semblable à celle de la rougeole bénigne.	Donner du paracétamol	Néant		Néant	
ANATOXINE TETANIQUE	Douleur, rougeur et tuméfaction pendant quelques jours au point d'injection.	Aucun traitement. Rassurer la mère. Encourager la femme pour compléter la vaccination de son enfant.	Néant		Néant	
HB	Rougeur, douleur local, fièvre modérée	Donner du paracétamol	Néant		Néant	
Hib	Rougeur, douleur local, fièvre	Donner du paracétamol	Néant		Néant	
Pneumo 23	Rougeur, douleur local	Donner du paracétamol	Réactions allergiques rares			

ANNEXE 13 : Suivi de l'enfant né de mère VIH+ pendant les 18 premiers mois

I. Chimio-prophylaxie ARV

Les schémas sont identiques quelle que soit l'option d'alimentation.

A. Cas du nouveau-né de mère infectée par le VIH1

1. Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines.
- +
- **NVP sirop** : 1 dose orale de 2 mg/kg à donner au mieux immédiatement ou dans les 72 premières heures après la naissance.

2. Mère ayant reçu moins d'un mois de traitement ARV ou n'ayant pas reçu de prophylaxie ARV

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines.
- +
- **NVP sirop** : 1 dose unique : 2 mg/kg à donner au mieux immédiatement ou dans les 72 premières heures après la naissance.
- +
- **3TC sirop** : 2 mg/kg X 2/jour pendant 4 semaines, à débiter dans les 12 h après la naissance.

B. Cas du nouveau-né de mère infectée par le VIH2

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines.
- +
- **3TC sirop** : 2 mg/kg X 2/jour pendant 2 semaines, à débiter dans les 12 h après la naissance.

C. Cas du nouveau-né de mère infectée par le VIH 1+2

Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse :

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines.
- +
- **3TC sirop** : 2 mg/kg X 2/jour pendant 2 semaines, à débiter dans les 12 h après la naissance.

Mère ayant reçu moins d'un mois de traitement ARV ou n'ayant pas reçu de prophylaxie :

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines
- +
- **3TC sirop** : 2 mg/kg X 2/jour pendant 4 semaines, à débiter dans les 12 h après la naissance.

II. Alimentation du nourrisson

- Le conseil en alimentation doit se faire à tout moment (avant, pendant la grossesse et après l'accouchement).
- Le choix du mode d'alimentation doit être éclairé et se fera entre :
 - Un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce à 12 mois.
 - Une alimentation artificielle si les conditions suivantes sont réunies : alimentation acceptable, faisable, abordable, soutenable dans le temps et sans danger.

N.B :

- L'alimentation mixte est proscrite
- La condition optimale pour l'allaitement maternel est une charge virale maternelle indétectable ou mère asymptomatique au moment de l'accouchement et pendant toute la durée de l'allaitement (faire la charge virale tous les 3 mois ou un examen clinique si pas de CV)
- La mère optant pour l'allaitement maternel doit poursuivre la trithérapie anti rétrovirale pendant toute la durée de celui-ci.
- L'aide à l'observance doit être renforcée chez la mère optant pour l'allaitement maternel

III. Suivi et traitements associés chez le nouveau-né**Prophylaxie par le Cotrimoxazole**

- La prophylaxie des infections opportunistes se fera à partir de 6 semaines avec le Cotrimoxazole et se poursuivra jusqu'à l'infirmité de l'infection.

La prescription du cotrimoxazole se fera conformément au tableau suivant et la Posologie déterminée en fonction du poids ou de l'âge de l'enfant

Tableau : Prophylaxie au cotrimoxazole

Age Poids	Comp 100/20 mg	Susp 5ml 200/40 mg	Comp 400/80 mg	Comp 800/160 mg	Comp 100/20 mg
< 6 mois < 5 kg	1 comp	2,5 ml	¼ comp	Non adapté	1 comp
6 mois – 5 ans 5 - 15 kg	2 comp	5ml	½ comp	Non adapté	2 comp

✓ **Vaccination**

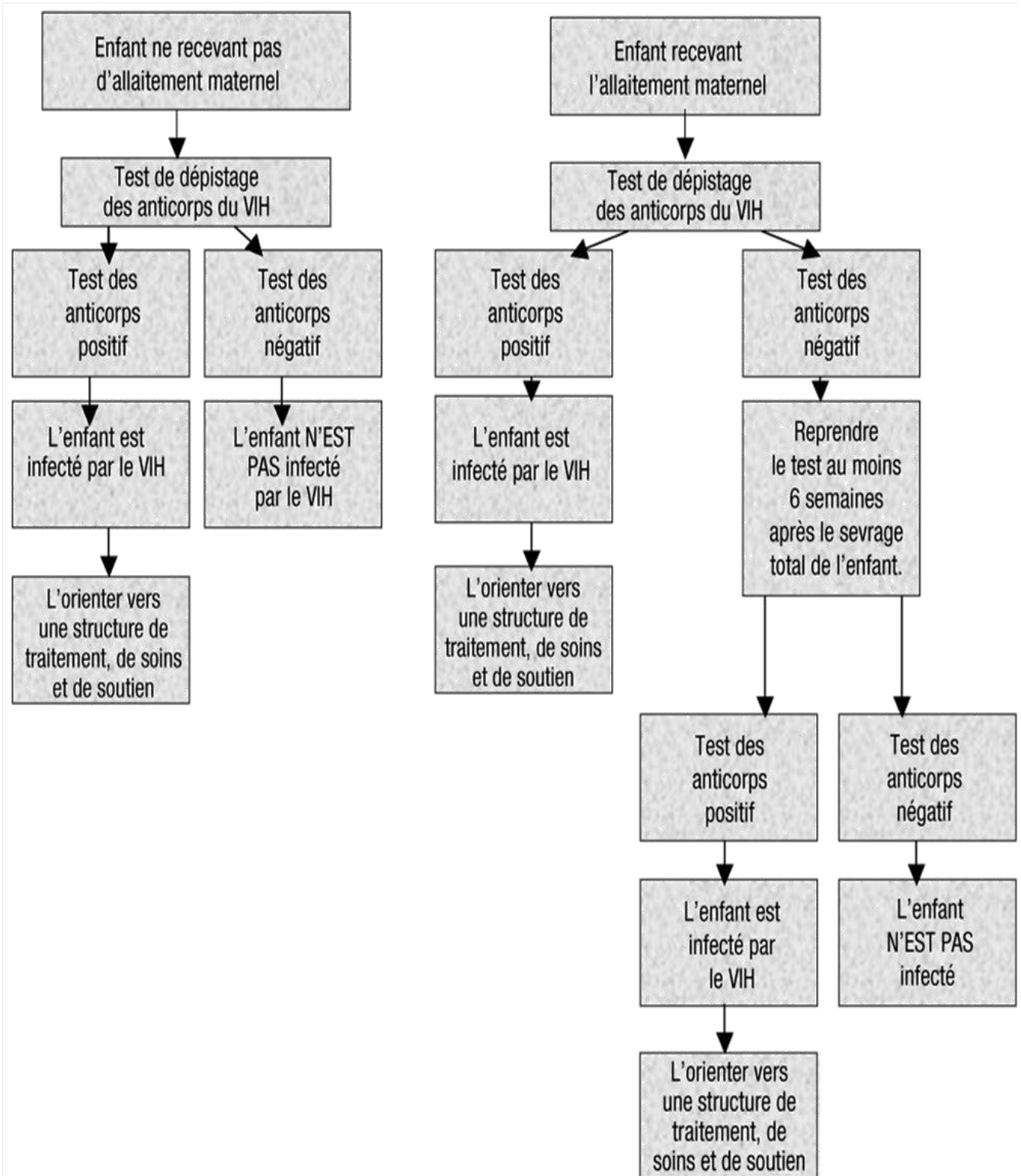
- La vaccination par le BCG est réalisée chez tous les nouveau-nés de mère séropositive.
- Le calendrier PEV sera respecté.

✓ **Dépistage**

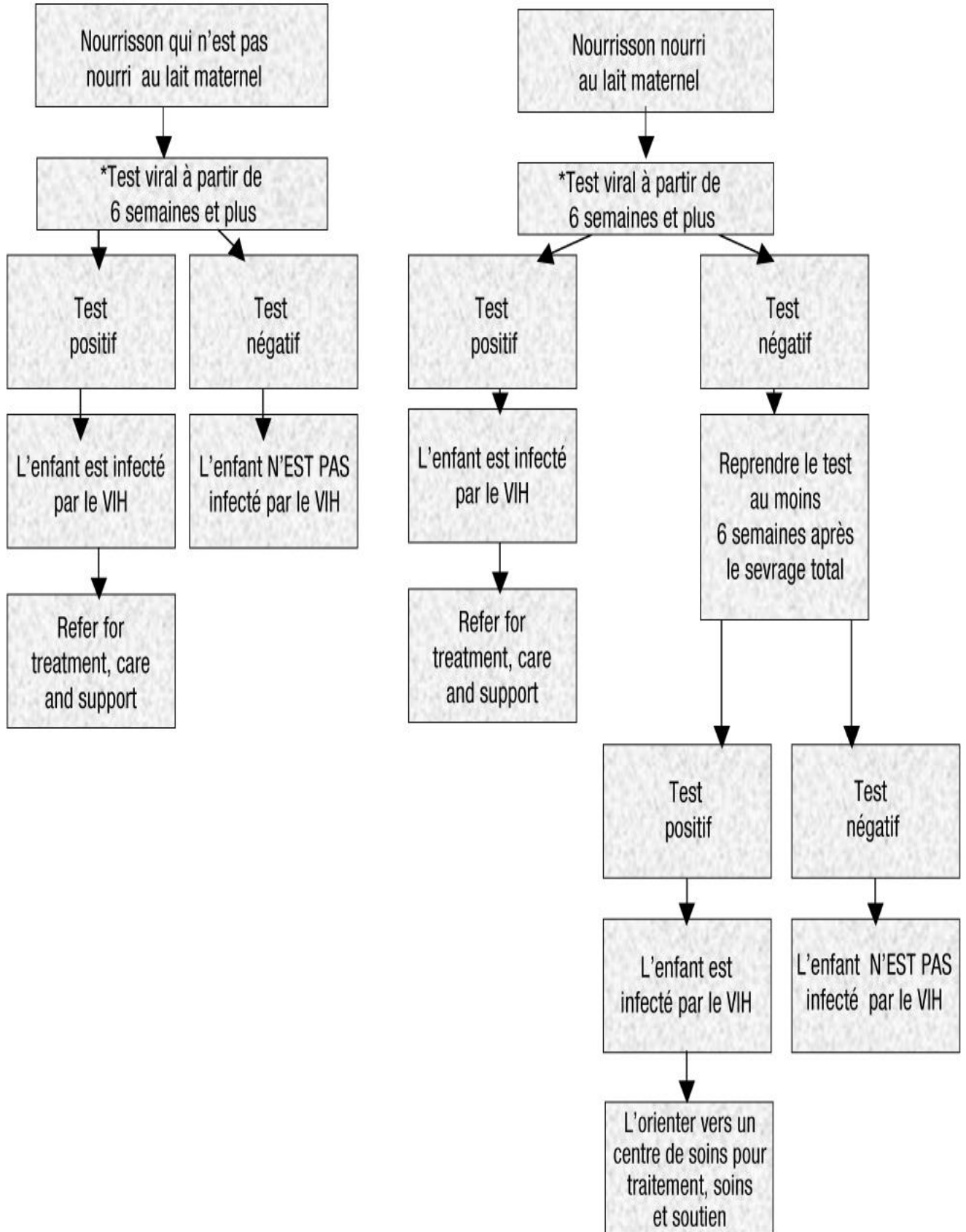
- Le diagnostic précoce (PCR) de l'infection du VIH est fait chez le nourrisson à partir de 6 semaines de vie (45^{ème} jour après la naissance).
- La sérologie est demandée chez l'enfant à l'âge de 9 mois et sera confirmée à 18 mois.
- Suivi mensuel pour surveiller la croissance et le bon état général de l'enfant.

✓ **Diagnostic du VIH chez l'enfant**

Diagnostic du VIH chez les enfants de 18 mois ou plus par les tests d'anticorps dans des services de santé où les ressources sont limitées



Diagnostic du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 18 mois par des tests viraux dans les services de santé où les ressources sont limitées



GLOSSAIRE

Aménorrhée	<i>Absence de menstruations.</i>
Anémie	<i>Etat clinique dû à un nombre de globules rouges inférieur à la normale.</i>
Antalgique	<i>Se dit d'un produit qui agit en diminuant la douleur.</i>
Antiseptique	<i>Se dit d'un produit qui inhibe la croissance des micro-organismes.</i>
Apyrétique	<i>Absence de fièvre</i>
Aseptique	<i>Exempt de toute contamination par des organismes vivants nuisibles.</i>
Avortement	<i>Expulsion prématurée hors de l'utérus de l'œuf ou du fœtus non viable ou mort, du placenta et des membranes.</i>
Canal déférent	<i>Canal anatomique passant dans le cordon inguinal et qui conduit le sperme de l'épididyme à la prostate.</i>
Cervicite	<i>Inflammation du col utérin.</i>
Counseling	<i>Visite pendant laquelle un éducateur ou un prestataire de service discute avec un (e) client (e) de ses besoins ou problèmes dans le but de faciliter ou d'aider le ou la client (e) à prendre une décision.</i>
Cycle menstruel	<i>Enchaînement de phénomènes physiologiques se produisant de façon périodique, et en général chaque mois, chez une femme et préparant à une grossesse éventuelle.</i>
Dysménorrhée	<i>Menstruations ou règles douloureuses.</i>
Endocervical	<i>Zone interne du col utérin (canal cervical) qui sécrète la glaire cervicale.</i>
Hémorragie	<i>Saignement ou effusion de sang en dehors du corps.</i>
Hépatite	<i>Inflammation du foie provoquée par une infection ou des substances toxiques.</i>
Ictère	<i>Coloration jaune de la peau et des muqueuses due à la présence d'un pigment biliaire qui n'a pas été éliminé de façon normale.</i>
Leucorrhée	<i>Écoulement vaginal le plus souvent blanc ou jaunâtre, dont une petite quantité est considérée comme normale.</i>
Ménorragie	<i>Saignement anormal prolongeant les règles</i>
Menstruations	<i>Ou règles, c'est un écoulement vaginal périodique de sang mêlé de débris tissulaires, résultat de la chute d'une partie ou de la totalité de la muqueuse d'un utérus non gravide.</i>
Métrorragie	<i>Saignement génital survenant en dehors des règles.</i>
Migraine	<i>Type spécifique de mal de tête douloureux et intense annoncé par une « aura » et accompagné typiquement de nausée et de vomissements.</i>
Nullipare	<i>Femme n'ayant pas eu de grossesse dépassant 20 semaines.</i>
Ovulation	<i>Processus physiologique pendant lequel un ovaire libère un ovule à maturité.</i>
Spotting	<i>Saignement génital de petite quantité, irrégulier qui tâche le slip.</i>
Suivi	<i>Action prise en vue de contrôler, mesurer, vérifier les résultats d'un ou de plusieurs traitements prescrits antérieurement.</i>
Thrombose	<i>Formation de caillots sanguins dans un vaisseau ou dans les cavités du cœur.</i>
Vaginite	<i>Inflammation du vagin, souvent étendue à la vulve (vulvo-vaginite).</i>
Varices	<i>Veines superficielles des membres inférieurs dilatées enflées et souvent tortueuses, non liées aux thromboses veineuses profondes.</i>

FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Afin d'améliorer l'application sur le terrain et l'utilisation de ce document de procédures des services de santé de la reproduction, tous les utilisateurs sont invités à remplir cette fiche et à l'envoyer à la Sous-Direction de la Santé de la Reproduction/Direction Générale de la Santé et de l'hygiène publique/Ministère de la Santé et des Affaires Sociales- Bamako, après une période d'utilisation ayant permis de couvrir les procédés contenus dans ce document.

Renseignements vous concernant :

Noms (facultatif) : _____

Titre professionnel : _____

Lieu d'exercice : _____

Vos principales fonctions : _____

Vos appréciations sur les procédures des services de santé de la reproduction : _____

Date de réception des procédures de santé de la reproduction : _____

Indiquer les circonstances d'obtention de ce document :

- a. Séminaire de dissémination : **Oui/Non**
- b. Supervision des services : **Oui/Non**
- c. Formation du personnel : **Oui/Non**
- d. Formation d'élèves/étudiants : **Oui/Non**
- e. Autres :

Avant ces documents, avez-vous déjà utilisé des documents de procédures des services ? **Oui/Non**

Si **Oui**, quand et où ? _____

Quelles sont les sections de ces procédures que vous avez utilisées depuis que vous êtes en possession de ce document ? _____

Pour les procédures de santé de la reproduction que vous avez utilisées, veuillez indiquer celles qui sont incomplètes ou non réalisées : _____

Quels sont les éléments qui rendent **difficiles** l'utilisation de ces procédures de santé de la reproduction ? _____

Y a-t-il des imprécisions ou erreurs de fond que vous avez relevées dans ces procédures de santé de la reproduction ? _____

Pensez-vous que la présentation de ce document facilite son utilisation ? _____

Si **Non**, que suggérez-vous ? _____

Pensez-vous que ce document vous aide dans votre travail quotidien ? **Oui/Non**

Si **Non**, que suggérez-vous ? _____

Quelles sont les autres suggestions que vous formulez pour améliorer l'utilisation de ces procédures ?

Merci de vos suggestions utiles pour l'amélioration de ces procédures de santé de la reproduction.

LISTE DES PARTICIPANTS





N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
1.	D ^r Ousmane DEMBELE	DGSHP	66 79 69 55	ousma66@yahoo.fr
2.	D ^r Abdoulaye GUINDO	DGSHP	76 48 18 71	abdouquindo@yahoo.fr
3.	D ^r Dounanké DIARRA	DGSHP	76 05 22 07	dounankediarra@yahoo.fr
4.	D ^r Saran DIAKITE	DGSHP/SDSR	76 13 91 55	sarabore66@gmail.com
5.	D ^r Bintou Tine TRAORE	DGSHP/SDSR	66 95 66 28	bintoutr2003@yahoo.fr
6.	D ^r Aminata CISSE	DGSHP/SDSR	66 71 71 82	amitra15c@yahoo.fr
7.	D ^r N'Tji KEITA	DGSHP/SDSR	76 17 65 46	keita63@yahoo.fr
8.	D ^r Aliou BAGAYOKO	DGSHP/SDSR	76 42 62 66	alioubagayoko@yahoo.fr
9.	D ^r Mariam GARANGO	DGSHP/SDSR	79 22 49 22	mkgarango2@gmail.com
10.	D ^r Mamadou BERTHE	DGSHP/SDSR	66 86 19 79	mamadouberthe60@gmail.com
11.	D ^r Mamadou BOIRE	DGSHP/SDSR	79 42 31 67	mamboire@yahoo.fr
12.	D ^r Amadou SIDIBE	DGSHP/SDSR	66 90 76 98	amadsib@yahoo.fr
13.	D ^r Aminatou Gueta DIAKITE	DGSHP/SDSR	69 52 25 25	diakiteaminatagueta@yahoo.fr
14.	M ^{me} Fatoumata KONE	DGSHP/SDSR	66 72 12 68	batatacoucou@yahoo.fr
15.	M ^{me} Kadidia DEMBELE	DGSHP/SDSR	66 79 18 72	kadidiadembele2007@yahoo.fr
16.	M ^{me} Aoua GUINDO	DGSHP/SDSR	66 98 67 62	quindoaoua@yahoo.fr
17.	M ^{me} Sirantou WAGUE	DGSHP/SDSR	66 91 31 31	sirantou2011@yahoo.fr
18.	M ^{me} Fatimata TOURE	DGSHP/SDSR	74 58 41 88	toufatimata@yahoo.fr
19.	M ^{me} Agaïcha TOURE	DGSHP/SDSR	66 86 53 84	agaicha.toure@yahoo.fr
20.	M ^{me} Sara DOLO	DGSHP/SDSR	76 32 15 70	dolosara@yahoo.fr
21.	M ^{me} Fatoumata MAIGA	DGSHP/SDSR	76 11 70 37	alifanta95@yahoo.fr
22.	D ^r Oumou DIARRA	DGSHP/DESR	77 56 50 34	droumoukoum@yahoo.fr
23.	D ^r Tata K. DIARRA	DGSHP/DN	76 01 63 41	tatuklego@gmail.com
24.	D ^r Abdoul Karim SIDIBE	DGSHP/DPLM	76 36 72 61	sidibeak@yahoo.fr
25.	M. Soumana DAOU	DGSHP/Santé Scolaire	66 67 06 74	soumana_daou@yahoo.fr
26.	M. Aboubacar Sidiki SIDIBE	DGSHP/SI	79 01 88 13	sidibe147@yahoo.fr
27.	Mme Rolande DAOU	DGSHP/UPFS	66 89 10 45	rolandedaou@yahoo.fr
28.	D ^r M'BAYE Bambi BA	PNLP	76 24 39 65	mbayebambi@yahoo.fr
29.	D ^r Mariam TALL	PNLP	76 41 57 74	drallmariam@hotmail.com
30.	D ^r Boubacar DOUCOURE	CPS/Santé	98 98 19 99	boubacar581@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
31.	Dr Seydou SOGODOGO	Inspection de la Santé	77 52 25 31	sogodogo206@gmail.com
32.	Dr Moussa TRAORE	INRSP	71 18 91 17	moussananam@yahoo.fr
33.	M ^{me} Fatoumata TRAORE	INFSS Bamako	66 76 77 25	fafatraore74@gmail.com
34.	M. Boubacar MAIGA	DNDS	75 21 17 67	maigaboubacar67@yahoo.fr
35.	M. Dieudonné DIAMA	DNP	76 11 85 20	dieudonnediama@yahoo.fr
36.	M. Lassina DIARRA	DNPEF	72 27 37 88	lassdiarra@gmail.com
37.	M ^{me} Oumou M. TIMITE	DNPEF	76 04 77 31	zoumousse@yahoo.fr
38.	M. Issa GOITA	DNPF	66 53 14 00	issacbadra1@yahoo.fr
39.	M ^{me} Rokia KONE	DNPSES	76 41 55 83	ba_woro@yahoo.fr
40.	M ^{me} Safiatou TRAORE	DRH/SSDS	66 76 38 95	safiatoutraore23@yahoo.fr
41.	Dr Fatoumata BAGAYOKO	ANEH	76 41 12 68	drfatbagayoko@gmail.com
42.	Dr Marguerite DEMBELE	CADD	76 44 22 29	coulmarguerite61@gmail.com
43.	M. Mahamadou TRAORE	CREDOS	76 18 47 01	mbtsofia@yahoo.fr
44.	Dr Moussa BATHILY	CRLD	76 06 75 86	bathilymo2000@yahoo.fr
45.	M ^{me} Tieydo BA	CSLS/MSHP	76 43 18 27	loboba6@gmail.com
46.	M ^{me} Madina HAIDARA	CSLS/MSHP	66 78 11 03	madinah60@yahoo.fr
47.	Dr Fanta NIARE	CNAM	76 45 89 79	niare63@yahoo.fr
48.	M ^{me} Jidata MAIGA	CNIECS	66 79 70 31	jidata.maiga@yahoo.fr
49.	M ^{me} Hawa KONE	CNIECS	76 02 35 37	konehawa3@gmail.com
50.	Pr Youssouf TRAORE	CHU GT - SOMAGO	66 71 01 94	drtraorey@yahoo.fr
51.	Pr Zanafon OUATTARA	CHU – HGT	66 72 35 55	zanafonouattara@yahoo.fr
52.	Pr Aly TEMBELY	CHU – Point G	66 73 74 33	batembely@yahoo.fr
53.	Dr Tioukani THERA	CHU Point G	66 76 72 52	tioukani@gmail.com
54.	Dr Ahmadou COULIBALY	CHU Point G - SOMAGO	76 41 20 14	coulimpewo@yahoo.fr
55.	Dr Aminata KOUMA	CHU Kati	65 99 04 80	koumamit@yahoo.fr
56.	Dr Madani LY	CHU Luxembourg	78 77 19 90	madanily2013@yahoo.fr
57.	Dr Alassane TRAORE	Hôpital du Mali	76 19 13 12	alassane200@yahoo.fr
58.	Dr Idrissa Mama DIARRA	Hôpital du Mali	76 30 28 98	diarraidrissamama@yahoo.fr
59.	Dr Modibo MARIKO	Hôpital du Mali	76 34 78 28	marikomodibo@hotmail.com
60.	Dr Soumaïla A. TRAORE	Hôpital du Mali	76 30 64 17	baconlamo@yahoo.fr
61.	Dr Diarrah SOUMARE	DRS Kayes	66 72 58 55	drdiarrahdrs2007@yahoo.fr
62.	Dr Kizito DABOU	DRS Kayes	73 19 19 86	daboukizito@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
63.	Dr Smaïl DICKO	DRS Kidal	76 23 79 07	drdickosmail29@gmail.com
64.	M. Arafa TOURE	DRS Koulikoro	76 23 61 30	arafatoure57@gmail.com
65.	Dr Demba DIARRA dit N'Diaye	DRS Koulikoro	66 33 80 70	dembadiarra041@gmail.com
66.	M ^{me} Diénéba DEMBELE	DRS Sikasso	66 78 26 69	dienedembele@yahoo.fr
67.	Dr Assitan Baya SIDIBE	DRS Sikasso	78 70 55 03	assitanbsidibe@yahoo.fr
68.	Dr Lassana DIARRA	DRS Ségou	76 24 29 10	diarralassi@yahoo.fr
69.	Dr Magara DOUMBIA	DRS Ségou	79 28 99 32	doumbiamagara206@yahoo.fr
70.	Dr Abdoul Salam DIARRA	DRS Mopti	76 47 74 15	abdoulsalamdiarra@gmail.com
71.	M ^{me} Clotilde KOUKPO	DRS Mopti	76 15 69 74	aichaclotildekoupko@gmail.com
72.	Dr Souleymane SANOGO	DRS Tombouctou	76 45 93 38	ssanogo24@yahoo.fr
73.	M ^{me} Arley Atta MAIGA	DRS Tombouctou	79.49.08.79	maigatta170@gmail.com
74.	M ^{me} Sama NIANGALY	DRS Tombouctou	72.54.01.43	samaniangaly@yahoo.fr
75.	Dr N'Tolé TRAORE	DRS Gao	77.94.17.78	ntoletraore@gmail.com
76.	M ^{me} Halimatou TRAORE	DRS Gao	79 12 22 86	halimatoutraore@yahoo.fr
77.	Dr Abouzeïdi A. MAIGA	DRS Ménaka	77 11 57 80	hamsabana@yahoo.fr
78.	Dr Pierre KAMATE	DRS Bamako	76 39 19 01	pierrekamate99@yahoo.fr
79.	M ^{me} Madiné MANGARA	DRS Bamako	76 45 44 54	mangaramadina018@gmail.com
80.	Dr Ballan MACALOU	Hôpital de Kayes	78 99 55 05	ballanmacalou@gmail.com
81.	Dr Alima SIDIBE	Hôpital de Ségou	76 43 51 00	sidibealima8@gmail.com
82.	M. Pierre COULIBALY	Hôpital de Mopti	74 49 53 52	coulipierre@yahoo.fr
83.	Dr Mamadou KAMPO	Hôpital de Tombouctou	75 06 74 42	mitikampo@gmail.com
84.	Dr Kalifa TRAORE	Hôpital de Gao	76 32 78 01	kaltra18@gmail.com
85.	Dr Mala SYLLA	CSRéf – Bougouni	66 69 00 42	hamasylla@yahoo.fr
86.	Dr Sidiki KOKAÏNA	Personne ressource	66 79 16 07	skokaina@yahoo.fr
87.	Dr Aminata O TOURE	Personne ressource	65 84 76 37	amintus201@yahoo.fr
88.	M ^{me} Haoua DIALLO	Personne ressource	66 72 79 49	dialloms@yahoo.fr
89.	M ^{me} Rokia DIAKITE	Personne ressource	66 79 95 24	diakite_rokia@yahoo.fr
90.	M ^{me} Oumou KEITA	Personne ressource	66 79 71 82	keitaoumou05@yahoo.fr
91.	Saïdou COULIBALY	Personne ressource	72 54 01 43	coulibaly_saidou@yahoo.fr
92.	Dr Oumar SACKO	Ordre des pharmaciens	76 71 61 51	osacko@gmail.com
93.	M ^{me} Aminata DOUMBIA	Ordre des sages-femmes	69 31 21 47	doumbaminata@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
94.	M. Alkadri DIARRA	CNOM	66 77 72 85	dralkadri@yahoo.fr
95.	M ^{me} Haoua L. DIARRA	CNOSF	76 11 18 14	hamalamediarra@gmail.com
96.	D ^r Séga KONATE	CNTS	76 39 37 34	konatesega@yahoo.fr
97.	M. Salif DIAWARA	Comité d'éthique	76 50 04 33	salifdiawara@gmail.com
98.	D ^r Dougoufana BAGAYOKO	UNICEF	75 99 74 29	dbagayoko@unicef.org
99.	D ^r Fatoumata CISSE	OMS	79 07 05 15	tessouguef@who.int
100.	M ^{me} Rokia SISSOKO	USAID/HP+	73 06 83 69	rokoa.sissoko@thepalladiumgroup.com
101.	D ^r Lala COULIBALY	USAID/HRH2030	66 74 51 69	lcoulibaly@hrh2030program.org
102.	M ^{me} Fary DIOP KONE	USAID/KJK	76 03 55 61	fdiop@projetkjk.org
103.	D ^r Amoussou CHARLES	USAID/SSGI	78 20 34 62	amoussou.qbedon@jhpiego.org
104.	M ^{me} Aissata TANDINA	USAID/SSGI	76 30 42 06	aissata.tandina@jhpiego.org
105.	D ^r Demba TRAORE	IntraHealth	66 57 10 77	dtraore@intrahealth.org
106.	M ^{me} Ramata FOMBA	IntraHealth	66 79 55 68	rkonate@intrahealth.org
107.	D ^r Bogoba DIARRA	PSI – Mali/Expert	76 03 22 56	bogobadiarra@gmail.com
108.	D ^r Marie Léa DAKOUO	PSI/Mali	76 41 76 75	mldakouo@psimali.org
109.	M. Mamadou TRAORE	AMAPED	66 79 35 72	madoudrissa@yahoo.fr
110.	M ^{me} Assitan COULIBALY	AMPPF	66 76 47 71	assitouhadjacoul@yahoo.fr
111.	D ^r Fatalmoudou TOURE	ASDAP	66 73 17 81	fatalmoudou.toure@asdapmali.org
112.	M ^{me} Mariam TOURE	DSSA	75 21 33 69	kmariam@yahoo.fr
113.	D ^r Ba Djibril SALL	Groupe Pivot/Santé Population	65 99 56 56	badjibril@gmail.com
114.	M ^{me} Assétou DOUMBIA	MS Mali	76 30 87 18	assetou@msimali.org
115.	D ^r Marie Hortense NKOKOLO	MSFF	78 45 97 13	msff-bamako-comek@paris.msff.org
116.	D ^r Dramane SAMAKE	MSI	66 93 32 21	dramanesamake93@yahoo.fr
117.	D ^r Abdoulaye H. TRAORE	MSM	77 18 07 84	ahtraore@msimali.org
118.	D ^r Ousmane DIABATE	Projet jeunes	66 89 90 01	drodiabate@yahoo.fr
119.	M. Melama SOUMAHORO	Measure Evaluation	76 18 47 99	melama.soumahoro@icf.com

BIBLIOGRAPHIE

-  Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-V), 2012 - 2013.
-  Politiques et Normes des services de santé de la reproduction, Ministère de la Santé /Direction nationale de la santé, *Juin 2013*.
-  Procédures des services de santé de la reproduction, Ministère de la Santé /Direction nationale de la santé, *Juin 2013*.
-  Modules révisés Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) Mali, *Aout 2018*.