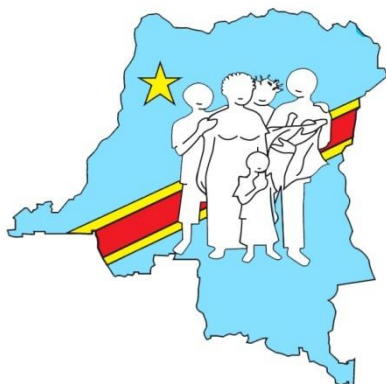


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE



SECRETARIAT GENERAL

**NORMES DE LA ZONE DE SANTE RELATIVES AUX
INTERVENTIONS INTEGREES DE SANTE DE LA MERE,
DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT EN REPUBLIQUE
DEMOCRATIQUE DU CONGO**



VOLUME 4

**INTERVENTIONS DE SANTE DE
L'ENFANT**

Edition 2012

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES.....	iii
REMERCIEMENTS.....	vii
ii	
PREFACE	ix
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CONSULTATION PRESCOLAIRE	5
SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES.....	5
1.1. Définition	5
1.2. Objectifs	5
1.2.1.Objectif général.....	5
1.2.2.Objectifs spécifiques	5
1.3. Cibles / Bénéficiaires.....	5
1.4. Périodicité / Moment.....	6
SECTION II : NORMES	7
2.1. Normes d'interventions	7
2.2. Normes de ressources humaines	8
2.3. Normes d'infrastructures	8
2.4. Normes de ressources matérielles	8
2.4.1.Equipement.....	8
2.4.2.Matériel.....	8
2.4.3.Médicaments, intrants et consommables	9
2.4.4. Outils	9
SECTION III : DIRECTIVES.....	10
3.1. Directives générales de procédure.....	10

3.2. Directives d'organisation d'une séance de CPS	11
CHAPITRE 2 : PRISE EN CHARGE INTEGREE DE L'ENFANT MALADE AU CENTRE DE SANTE.....	17
SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES.....	17
1.1. Définition	17
1.2. Objectifs	18
1.3. Cible / Bénéficiaire.....	18
1.4. Moment / Périodicité.....	18
SECTION II : NORMES	19
2.1. Normes d'interventions	19
2.2. Normes de ressources humaines	19
2.3. Normes d'infrastructures	19
2.4. Normes des ressources matérielles.....	20
2.4.1.Equipement.....	20
2.4.2.Matériel.....	20
2.4.3.Médicaments, intrants et consommables	20
2.4.4. Outils	21
SECTION III : DIRECTIVES.....	22
3.1. Directives générales de procédure.....	22
3.2. Directives relatives à la prise en charge de l'enfant malade au CS	23
3.2.1.Les infections respiratoires aiguës.....	23
3.2.2.La diarrhée	25
3.2.3.La fièvre.....	27
3.2.4.Problème d'oreille	30
3.2.5.L'anémie chez l'enfant	32
3.2.6.La malnutrition chez l'enfant	34
3.2.7.L'infection à VIH symptomatique chez l'enfant.....	36

CHAPITRE 3 : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES A L'HOPITAL	39
SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES.....	39
1.1. Définition	39
1.2. Objectifs	39
1.2.1.Objectif général.....	39
1.2.2.Objectifs spécifiques	39
1.3. Cible / Bénéficiaires	40
1.4. Moment / Périodicité.....	40
SECTION II : NORMES	41
2.1. Normes d'interventions	41
2.2. Normes de ressources humaines	41
2.3. Normes d'Infrastructures	41
2.4. Normes des ressources matérielles.....	42
2.4.1.Equipement.....	42
2.4.2.Matériel.....	42
2.4.4. Outils.....	43
SECTION III : DIRECTIVES.....	44
3.1. Directives relatives au traitement en urgence des enfants.....	44
3.2. Directives relatives à la prise en charge de l'enfant gravement malade.....	48
3.2.1.Cas de pneumonie très grave	48
3.2.2.Cas de pneumonie grave.....	48
3.2.3.Cas de paludisme grave	51
3.2.4.Cas de méningite.....	53
3.2.5.Cas de malnutrition aigüe sévère avec complications.....	55
3.3. Directives relatives à la prise en charge de l'enfant de moins de 5 ans infecté au VIH	556
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	59

ANNEXES	60
Annexe 1 : Développement psychomoteur de l'enfant.....	60
Annexe 2 : Technique de lavage des mains	61
Annexe 3 : Technique de port des gants.....	63
Annexe 4 : Technique de retrait des gants	65
Annexe 5 : Posologie de la NVP chez le bébé exposé au VIH	66
Annexe 6 : Posologie du cotrimoxazole (SMX/TMP) pour la prévention des infections opportunistes liées au VIH chez l'enfant de moins de 2 ans	67
Annexe 7: fiche technique N: Protocole PTME chez la femme enceinte et chez l'enfant exposé au VIH.....	68
Annexe 8: Critère AFASS.....	69
Annexe 9: Liste des experts ayant contribué à l'élaboration du document...	70

REMERCIEMENTS

L'année 2010 a été marquée au Ministère de la Santé Publique par une intense dynamique de réforme ainsi que par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) par le Gouvernement de la République. Ces produits ont été l'aboutissement des efforts inlassables conjugués par les acteurs des structures publiques du Ministère de la Santé Publique comme des partenaires techniques et financiers.

La mise en œuvre tant de ce plan que de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) de deuxième génération qui lui a donné naissance a nécessité l'actualisation d'un grand nombre d'instruments techniques.

Dans cet ordre d'idées, sur instructions clairvoyantes de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique, j'ai ordonné, dès janvier 2010, à la Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques de procéder à la mise à jour des normes et directives qui régissent les interventions de santé ciblant la mère, le nouveau-né et l'enfant, lesquels sont particulièrement touchés par une morbidité et une mortalité excessives.

Je me réjouis du fait que ce processus ait impliqué l'ensemble de partenaires faisant partie de la synergie de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) et ne doute pas un seul instant que la production de ce document, articulé en huit volumes, représente une contribution significative à l'amélioration de la qualité des soins et services dans nos structures de santé ainsi que dans la communauté.

A cet effet, j'adresse mes remerciements les plus sincères à tous les experts du Ministère de la Santé Publique et des partenaires d'appui qui, sans relâche, sont parvenus au résultat attendu. Au nombre des partenaires, j'aimerais mentionner singulièrement l'OMS (Organisation

mondiale de la Santé), l'UNICEF (Fond des Nations Unies pour l'Enfance), et l'USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement International) et ses partenaires de mise en oeuvre MSH/SPS (Management Sciences for Health / Strengthening Pharmaceutical Systems), MSH/PROSANI (Management Sciences for Health / Projet de Santé Intégré), IRC (International Rescue Committee), MCHIP (Maternal and Child Health Integrated Partnership) ProVIC (Programme de VIH intégré au Congo) , et SANRU (Santé Rurale) / AXxes. La participation technique de leurs experts a été doublée d'appui financier ayant permis l'organisation matérielle des travaux.

Ces remerciements s'adressent aussi aux experts des organisations non gouvernementales, IRH (Institute of Reproductive Health), PSI/ASF (Population Services International / Association de Santé Familiale), ABEF (Association pour le Bien-être Familial), ainsi que ceux des départements de Gynéco-Obstétrique et de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kinshasa et de l'Hôpital Général Provincial de Référence de Kinshasa, de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, de la SCOGO (Société Congolaise de Gynéco-Obstétrique), de l'UNAAC (Union Nationale des Accoucheurs et Accoucheuses du Congo), de la SOPECOD (Société des Pédiatres du Congo Démocratique), des services médicaux de BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres Médicales) et de l'Armée du Salut.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur pierre à l'édification du document, je réitère toute ma reconnaissance.



PREFACE

Le rêve des 67 millions de congolais reste celui de bâtir un pays plus beau qu'avant, un Congo uni, fort et prospère sur les 2,345 millions de Km² occupant le centre de l'Afrique. Ce rêve implique un peuple en bonne santé dont la responsabilité première repose sur le secteur de la Santé Publique avec la contribution de tous les autres secteurs. Il est contenu dans le Document Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSCR) national, traduction intérieure des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La Stratégie de Renforcement du Système de Santé, aujourd'hui à sa deuxième génération depuis le 31 mars 2010, est la réponse du secteur Santé à la lutte contre la pauvreté en République Démocratique du Congo (RDC) en ce qu'elle est le support conceptuel de la recherche du complet bien-être physique, mental et social. En vue de matérialiser les objectifs de cette stratégie, le Ministère de la Santé Publique s'est investi à la traduire dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adopté par le Gouvernement de la République.

Les différentes structures du secteur ont été mobilisées à l'effet de produire les instruments nécessaires et d'agir en vue de générer une offre des services et soins de qualité dont la population a besoin pour promouvoir sa santé. Le document des normes et directives des interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant s'inscrit dans cette logique de recherche de qualité. Il intègre les différentes composantes des interventions qui, jadis, ont été marquées par une verticalisation à travers plusieurs programmes structurels évoluant chacun pour son compte. A ce titre, ce document est appelé à devenir le support d'un travail basé sur les principes de globalité, continuité et rationalité, dans une acception des soins reposant sur la couverture universelle.

La présentation du document en plusieurs volumes thématiques constitue un atout majeur pour son utilisation facile par différents

acteurs, qu'il s'agisse des prestataires, des concepteurs, des planificateurs, des décideurs, ou des chercheurs, aussi bien des secteurs publics que privés et des partenaires d'appui. Regroupées en normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériel, médicaments, intrants et consommables, ainsi que les outils), les différentes normes ainsi définies vont désormais servir de bases pour l'implantation des plateaux techniques de nos structures de santé, tout en constituant des repères pour les évaluations des programmes mis en place. Les directives établies définissent clairement les procédures de ces interventions. Le style pratique du document fait que le lecteur pourra y trouver les renvois nécessaires à d'autres documents qui lui sont complémentaires.

Je félicite le groupe de travail de la synergie de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE), composé des experts du Ministère de la Santé Publique et des partenaires techniques et financiers, qui a su allier la rigueur scientifique à la concision et à une présentation qui favorise une utilisation aisée du document.

Par la même occasion, je témoigne toute ma reconnaissance à la haute hiérarchie politique du pays qui n'épargne aucun effort pour garantir les conditions de paix et de stabilité sans lesquelles le travail de santé ne pouvait être réalisé.

J'exhorte tous les intervenants de la santé en RDC de n'avoir aucune réserve pour contribuer à la large diffusion du document partout où le besoin se fait sentir pour le plus grand bien de la population.

Dr VICTOR MAKWENGE KAPUT

Ministre de la Santé Publique



LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABCD	Airway Breathing Circulation Dehydration
ACT	Traitement combiné à base d'artémisinine
ARV	Antirétroviraux
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
BCG	Bacille de Calmette Guérin
cé	Comprimé
CPoN	Consultation post-natale
CPS	Consultation préscolaire
CS	Centre de santé
DCIP	Dépistage et conseil initié par les prestataires
DTC	Diphtérie-tétanos-coqueluche
FC	Fréquence cardiaque
FR	Fréquence respiratoire
g/dl	Gramme par décilitre
GE	Goutte épaisse
Hb	Hémoglobine
HepB	Hépatite B
Hib	Haemophilus influenzae b
HGR	Hôpital général de référence
Ht	Hématocrite
IM	Intra musculaire
IRA	Infection respiratoire aigüe
IV	Intra veineux
LCR	Liquide céphalorachidien
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
m ²	Mètre carré
MAS	Malnutrition aigüe sévère
mg/kg	Milligramme par kilogramme de poids
MILD	Moustiquaire imprégnée à longue durée
mm ³	Millimètre cube
mmol	Millimole

OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
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	Polymerase chain reactive
PCV 13	Pneumococcal Conjugate Vaccine 13
Pds	Poids
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification familiale
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
RDC	République Démocratique du Congo
ReSoMal	Recette de Solution de réhydratation orale pour enfants malnutris
SMNE	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
SNG	Sonde naso gastrique
SSC	Site des soins communautaire
SRO	Sérum de réhydratation orale
T	Taille
T°	Température
TA	Tension artérielle
TDR	Test de diagnostic rapide
TETU	Tri Evaluation Traitement d'Urgence
TRO	Thérapie de réhydratation orale
UI	Unité internationale
UNS	Unité Nutritionnelle Supplémentaire
UNTA	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
VAA	Vaccin anti-amaril (contre la fièvre jaune)
VAR	Vaccin anti-rougeoleux
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIH+	VIH positif
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
ZS	Zone de Santé

INTRODUCTION

La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) représente actuellement une préoccupation de première importance et une priorité dans l'agenda de tous les gouvernements du monde, y compris celui de la République Démocratique du Congo (RDC). En effet, lors du sommet mondial du millénaire tenu à New York en septembre 2000, les hauts responsables des pays membres des Nations Unies ont pris l'engagement de réaliser les huit Objectifs dits du Millénaire pour le Développement (OMD). Parmi ces OMD, trois se rapportent directement au domaine de la santé, plus particulièrement la santé de la mère et de l'enfant. Ces objectifs ciblent de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle, de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans sur la période 1990-2015 et, pour la même période, stopper la propagation du VIH/Sida et commencer à inverser la tendance.

Ayant adhéré aux engagements du millénaire pour le développement, la RDC a adopté plusieurs documents et cadres d'intervention en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. On peut citer notamment la politique nationale de santé de la reproduction, la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le recueil des normes et directives de santé de la reproduction, les standards des services de santé des adolescents et jeunes, le carnet de santé de l'enfant intégrant les nouvelles courbes, la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) clinique et communautaire, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Cependant, la situation de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est restée alarmante. Elle est marquée par des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés du monde, soit un ratio de 549 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (EDS 2007), un taux de mortalité infanto-juvénile à 148 pour 1.000, un taux de mortalité infantile à 97 pour 1.000 (MICS 2010) et un taux de

mortalité néonatale de 42 pour 1.000 (EDS 2007). Cela correspond à deux femmes qui perdent la vie chaque heure en donnant la vie, et aussi à 37 enfants de moins de cinq ans, 23 enfants de moins d'une année et 13 nouveau-nés qui meurent toutes les 10 minutes, généralement pour des causes évitables. Cette situation place ainsi la RDC parmi les six pays du monde qui contribuent à 50% au fardeau mondial de la mortalité maternelle, et parmi les cinq qui contribuent à 49% des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Devant cette réalité, le Ministère de la Santé Publique a organisé, en mars 2009, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une analyse de situation sur les goulots d'étranglements à l'amélioration de la SMNE dans le pays, suivi d'un forum de haut niveau tenu à Kinshasa du 29 mars au 1^{er} avril 2009 pour partager les résultats et identifier les pistes de solution. Par ailleurs, trois missions d'évaluation rapide de la situation des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) organisées au Bas-Congo en mars 2010, au Bandundu et à Kinshasa en avril 2011, ont montré qu'au nombre des facteurs défavorables au progrès figurent la disparité et la verticalisation des interventions de la SMNE. Ce qui justifie la nécessité et l'urgence de la mise au point d'un corps des normes et directives intégrées de ces interventions, conformes à la Stratégie du secteur, la Stratégie de Renforcement du Système de santé (SRSS).

Ainsi, dès janvier 2010, Le Ministère de la Santé Publique a chargé la Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques à mobiliser la synergie de la SMNE, programmes et partenaires, pour organiser le processus d'élaboration des normes et directives des interventions intégrées de SMNE.

A la première session, tenue en janvier 2010, ont succédé plusieurs ateliers, réunissant les experts du Ministère de la Santé et des partenaires techniques et financiers. Ces travaux ont permis de produire ce document en 8 volumes qui, par la suite, a bénéficié tour à tour de consolidation au niveau de la commission « Prestations » de la plénière du Comité de Coordination Technique (CCT), de l'approbation du

Monsieur le Secrétaire Général à la Santé et de la validation par Son Excellence Monsieur le Ministre de la santé publique, le Comité National de pilotage (CNP) entendu. A n'en point douter, le document s'inscrit au nombre des facteurs qui vont favoriser l'atteinte des objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) tant dans le quinquennat 2011-2015 que dans ses étapes à venir.

Les normes et directives ainsi rendues disponibles sont destinées à l'usage des prestataires de services (médecin, infirmiers) et agents de santé communautaire, au niveau opérationnel, mais aussi aux dirigeants, gestionnaires de programmes, différents responsables et décideurs de la Zone de santé, du niveau provincial et du niveau central ainsi qu'aux partenaires d'appui, comme base de conception, planification, de mise en œuvre, du suivi et évaluation.

Pour en faciliter l'utilisation, le document est présenté en huit volumes thématiques qui sont :

- 1 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux essentiels
- 2 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux d'urgence
- 3 Normes et Directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né
- 4 Normes et Directives relatives aux interventions de santé de l'enfant
- 5 Normes et Directives relatives aux interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes
- 6 Normes et Directives relatives aux interventions de planification familiale
- 7 Normes et Directives relatives à la prise en charge médicale des survivants de violence sexuelle
- 8 Normes et Directives relatives aux interventions à base communautaire pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Dans l'ensemble, chaque volume comprend trois grandes subdivisions axées sur:

- 1 Les considérations générales qui présentent la définition, les objectifs, les cibles/bénéficiaires ainsi que le moment/périodicité des interventions ;
- 2 Les normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériels, médicaments, intrants, consommables et outils) ;
Il convient de souligner que, moyennant une bonne programmation des activités, les différentes interventions seront appliquées avec les mêmes ressources existant conformément aux normes globales de la Zone de Santé et n'appelleront pas le recours à des ressources additionnelles ;
- 3 Les directives indiquant les procédures d'application des normes.

Ce volume traite des interventions de santé de l'enfant et est structuré en trois chapitres :

- 1° Consultation préscolaire (CPS)
- 2° Prise en charge de l'enfant malade au centre de santé (PCIME)
- 3° Prise en charge des enfants malades à l'hôpital (c'est-à-dire, Tri Evaluation Traitement d'Urgence, ou TETU)

Dans chaque chapitre, la structure du contenu est présentée suivant le modèle général ci-dessus.

Il est important de souligner que l'application des normes et directives ainsi édictées appelle l'utilisation des outils techniques et de collecte des données appropriés tels que définis dans les normes d'outils.

CHAPITRE 1 : CONSULTATION PRESCOLAIRE

SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

La consultation pré scolaire (CPS) est l'ensemble des soins préventifs et promotionnels offerts à l'enfant de la naissance à 59 mois d'âge, en vue de lui assurer une croissance et un développement harmonieux.

Ce chapitre porte sur les soins préventifs et promotionnels destinés à l'enfant de 6 semaines à 59 mois d'âge.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Assurer une croissance et un développement harmonieux de l'enfant de la naissance à 59 mois d'âge afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans cette tranche d'âge.

1.2.2. Objectifs spécifiques

1. Surveiller la croissance staturo-pondérale et psychomotrice de l'enfant durant cette période
2. Prévenir les maladies pouvant survenir chez l'enfant durant cette période
3. Dépister précocement les problèmes de santé chez l'enfant durant cette période en vue d'y remédier
4. Assurer la promotion de la santé et de la nutrition chez l'enfant durant cette période

1.3. Cibles / Bénéficiaires

La CPS est destinée à tout enfant de 6 semaines à 59 mois d'âge.

1.4. Périodicité / Moment

Le calendrier des visites de suivi de l'enfant à la CPS se présente de la manière suivante :

- 1^{ère} visite, à 6 semaines d'âge
- 2^{ème} visite, à 10 semaines d'âge
- 3^{ème} visite, à 14 semaines d'âge
- 4^{ème} visite, à 6 mois d'âge
- 5^{ème} visite, à 9 mois d'âge
- 6^{ème} visite, à 12 mois d'âge
- 7^{ème} visite, à 18 mois d'âge
- 8^{ème} visite, entre 24 et 30 mois d'âge
- 9^{ème} visite, entre 36 et 42 mois d'âge
- 10^{ème} visite, entre 48 et 60 mois d'âge

SECTION II : NORMES

2.1. Normes d'interventions

Les interventions de la CPS sont :

- 1° Evaluation de l'état de santé de l'enfant, ainsi que la recherche des signes de danger
- 2° Evaluation de l'alimentation de l'enfant
- 3° Suivi de la croissance de l'enfant
- 4° Supplémentation en vitamine A, à partir de l'âge de 6 mois, et tous les 6 mois jusqu'à 59 mois d'âge, à la posologie suivante :
 - A 6 mois d'âge (ou entre 6 à 11 mois d'âge) : 100 000 UI une fois ;
 - De 12 mois à 59 mois d'âge : 200 000 UI tous les 6 mois.
- 5° Education sanitaire et nutritionnelle
- 6° Promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée (MILD)
- 7° Vaccination selon le calendrier vaccinal en vigueur :

Age (période)	Vaccin
A la naissance	BCG VPO 0
À 6 semaines	DTC-HepB-Hib 1, PCV 13 1, VPO 1
À 10 semaines	DTC-HepB-Hib 2, PCV 13 2, VPO 2
À 14 semaines	DTC-HepB-Hib 3, PCV 13 3, VPO 3
À 9 mois	VAR VAA

- 8° Déparasitage des enfants au mébendazole tous les 6 mois à partir de 12 mois jusqu'à 59 mois d'âge
- 9° Dépistage et conseil du VIH initié par le prestataire (DCIP)
- 10° Prophylaxie aux antirétroviraux (ARV) et au cotrimoxazole, ainsi que le dépistage précoce du VIH pour les enfants nés de mère VIH positive (VIH+)

11° Conseils et orientation de la mère vers le service de planification familiale (PF)

12° Orientation des enfants malades vers les services curatifs

2.2. Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour la CPS sont :

Au moins un(e) infirmier(ère) de niveau minimum A2 formé(e) / recyclé(e) en CPS intégrée (Programme Elargi de Vaccination ou PEV, nutrition de l'enfant, notions de PF, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, lutte contre le paludisme, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ou PCIME)

2.3. Normes d'infrastructures

Centre de santé (CS) répondant aux normes d'infrastructures de la Zone de Santé (ZS) avec la particularité d'aménager un espace CPS suffisant pour recevoir le nombre d'enfants attendus par séance, avec un point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main).

2.4. Normes de ressources matérielles

2.4.1. Equipement

Equipement d'un CS répondant aux normes de la ZS, avec spécifiquement :

- Un échéancier
- Un réfrigérateur ou au moins une boîte isotherme avec au moins 4 accumulateurs de froid
- Au moins une marmite à pression

2.4.2. Matériel

Matériel d'un CS répondant aux normes de la ZS, avec spécifiquement :

- Balance avec toise
- Toise verticale
- Mètre ruban
- Bracelets muac (middle upper arm circumference)
- Pèse bébé et culottes (1 par enfant)
- Réceptacle

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Médicaments, intrants et consommables conformes à la liste nationale des médicaments essentiels (LNME), avec spécifiquement pour la CPS :

- Vaccins : BCG, VPO, DTC-HepB-Hib, PCV 13, VAR, et VAA
- Médicaments :
 - Vermifuges : mébendazole ou albendazole
 - Micronutriments : vitamine A, autres micronutriments
 - ARV: névirapine suspension
- Intrants et tests : MILD, test de diagnostic rapide (TDR), tests rapides VIH
- Consommables : seringues auto-bloquantes, papier buvard pour le dried blood spot.

2.4.4. Outils

Outils d'un CS répondant aux normes de la ZS, avec spécifiquement pour la CPS :

- Outils de prestation (outils techniques) : carte CPS/carnet de santé de l'enfant, fiches techniques PEV, fiches de pointage, boîtes à images, cartes conseils et autres supports éducatifs, manuels de formation.
- Outils de gestion
 - Outils de collecte des données : registre CPS, fiche de stock
 - Outils de rapportage : cahier de rapport, fiche synthèse de l'aire de santé, formulaires de rapport mensuel
 - Outils de supervision : registre/cahier de supervision

SECTION III : DIRECTIVES

L'application des normes des interventions de la CPS s'articule autour des directives ci-après.

3.1. Directives générales de procédure

- 1° Planifier annuellement et mensuellement toutes les séances CPS pour tous les enfants cibles en stratégie fixe ou avancée.
- 2° Délivrer le carnet de santé à l'enfant dès son premier contact avec l'agent de santé (maternité, consultation post-natale ou CPoN, première visite CPS).
- 3° Utiliser systématiquement le carnet de santé à chaque visite pour noter les différents éléments de surveillance et de soins.
- 4° Délivrer un autre carnet à l'enfant, en cas de perte, en prenant soins d'y transcrire les informations sur l'enfant se trouvant dans le registre.
- 5° Inscrire les éléments de surveillance et de soins dans le registre CPS en cas d'oubli du carnet de santé, et les transcrire dans le carnet de santé à la séance suivante.
- 6° Administrer les premiers soins aux enfants présentant des signes de danger, en se conformant aux fiches techniques, algorithmes ou ordinogrammes, avant de référer.
- 7° Remplir correctement les outils de gestion à l'issue de chaque séance de CPS.

3.2. Directives d'organisation d'une séance de CPS

1° Préparer la séance de CPS

- Déterminer le nombre des enfants attendus à la séance et les besoins ;
- Commander/Réquisitionner les médicaments, vaccins, consommables selon les besoins ;
- Préparer la séance de causerie éducative selon le plan de communication ;
- Préparer l'espace CPS, l'équipement, le matériel, les médicaments, intrants, consommables et outils.

2° Respecter les précautions universelles de la prévention des infections tout au long de la séance de CPS

- Se laver les mains au savon liquide, en poudre ou en bloc rapé et à l'eau courante (se référer à l'annexe 2).
- Porter des gants (se référer à l'annexe 3).
- Se protéger du sang et des autres liquides organiques.
- Eliminer les instruments piquants et tranchants de façon sûre.
- Nettoyer le linge contaminé.
- Nettoyer et stériliser le matériel contaminé.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces.
- Eliminer les déchets bio-médicaux de façon sûre.

3° Procéder à une évaluation rapide et une prise en charge immédiate

- Accueillir les enfants et leurs accompagnants arrivant à la CPS.
- Observer chaque enfant arrivant à la CPS pour une première appréciation de son état.
- Evaluer rapidement l'enfant dès que la première appréciation révèle un signe de danger.
- Prendre en charge immédiatement suivant le problème identifié.

- Organiser la référence après les premiers soins si nécessaire.
- Installer dans la salle d'attente l'enfant qui ne présente aucun signe de danger.

4° Assurer un accueil bienveillant et une communication sympathique tout au long de la séance de CPS

- Recevoir les enfants par ordre d'arrivée ; ne pas recevoir deux enfants à la fois.
- Réserver un accueil particulièrement convivial et sans stigmatisation.
- Accueillir la mère ou l'accompagnant / l'enfant et les inviter à s'asseoir.
- Se présenter et demander l'identité de l'enfant.
- Communiquer avec la mère / l'accompagnant dans un langage simple et clair.
- Encourager la mère / l'accompagnant à poser des questions.

5° Enregistrer l'enfant

- Remplir les formalités administratives.
- Enregistrer tous les nouveaux cas.

6° Animer la séance d'éducation sanitaire

- Respecter l'heure fixée pour le début de la séance afin de ne pas décourager les parents ponctuels.
- S'entretenir avec toutes les mères / accompagnants à la fois, suivant le thème préparé, dans une salle / espace en se conformant aux techniques de la communication en groupe.
- Ne pas dépasser 15 minutes d'entretien.

7° Evaluer l'état de santé de l'enfant

- Demander à la mère/aux parents/au responsable si l'enfant pose un problème de santé :

- Si oui, prendre en charge ou orienter vers le service des soins curatifs selon le problème identifié et poursuivre la CPS.
- Si non, poursuivre la CPS
- Prélever les signes vitaux : température (T°), pouls, fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR).
- Prendre le périmètre brachial (PB), le poids (Pds), la taille (T) pour tous les enfants et en plus le périmètre crânien (PC) pour les moins de 6 mois.
- Marquer les valeurs de Pds, T, PB, PC, dans le registre et carnet de santé.
- Evaluer le développement psychomoteur de l'enfant en se référant au carnet de santé (se référer aussi à la fiche technique en annexe 1, sur le développement psychomoteur de l'enfant).

8° Procéder à l'analyse des mensurations des paramètres de croissance

- Reporter les résultats sur les courbes des rapports P/A, P/T, T/A.
- Comparer les valeurs actuelles des rapports P/A, P/T, T/A, et PB, PC aux valeurs normales pour déterminer la situation de l'enfant.
- Communiquer les valeurs du poids et de la taille ainsi que la situation de la croissance de l'enfant à la mère.

9° Communiquer à la mère les conclusions de l'évaluation de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant

- Communiquer à la mère les dispositions à prendre pour son enfant.
- Appliquer la conduite appropriée.

10° Administrer les soins appropriés

- Vacciner l'enfant selon son âge et son statut vaccinal conformément au calendrier vaccinal :

- Vérifier l'âge de l'enfant sur le carnet de santé ou de vaccination.
 - Vérifier la date de la dernière vaccination.
 - Vérifier les éventuelles contre-indications à la vaccination.
 - Donner des informations à la mère sur le vaccin à administrer.
- Administrer le vaccin.
- Informer la mère sur le nombre de contacts restants et sur la date de la prochaine vaccination.
 - Conseiller la mère d'administrer le paracétamol: 20 mg/kg de poids trois fois/jour, ou acide acétylesalicylique (aspirine) 15 mg/kg de poids trois fois/jour pendant 48 heures en cas de douleur ou de fièvre.
 - Enregistrer les données dans le carnet de santé/carte CPS et dans le registre.
- Administrer un vermifuge à chaque enfant à partir de l'âge de 12 mois et ensuite tous les 6 mois jusqu'à 59 mois d'âge, à raison de :
- Un comprimé (cé) 500 mg de mébendazole en dose unique ou 2 × 1 cé 100 mg/jour pendant 3 jours ; ou
 - *Pour les enfants vivants avec le VIH*, albendazole un cé 200 mg en dose unique pour l'enfant jusqu'à 24 mois d'âge et deux cé 200 mg en dose unique (un cé 400 mg) pour l'enfant de plus de 24 mois jusqu'à 59 mois.
- Administrer la vitamine A à la posologie de :
- Contenu d'une capsule de 100 000 UI une fois à 6 mois d'âge (ou entre 6 à 11 mois d'âge) ;
 - Deux capsules de 100 000 UI (une capsule de 200 000 UI) tous les 6 mois, de 12 mois à 59 mois d'âge.
- Veiller aux précautions suivantes :

- Identifier les enfants ayant reçu la vitamine A au cours de la distribution de masse afin d'éviter les surdosages.
 - Enregistrer l'information sur le carnet de santé de l'enfant.
 - Donner une dose supplémentaire de vitamine A à titre préventif au cours de leurs traitements aux enfants rougeoleux, ceux 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, considérés comme à risque.
- Fournir si disponible la MILD dès le premier contact à la CPS et/ou encourager son utilisation si MILD déjà disponible dans le ménage.
 - Assurer le suivi de l'enfant exposé au VIH.
 - Mettre l'enfant né de mère VIH+ sous névirapine dès la naissance jusqu'à 6 semaines d'âge si la mère est sous traitement ARV, ou jusqu'à 1 semaine après la cessation de l'allaitement maternel (se référer à la table posologique reprise en annexe 5).
 - Initier la prophylaxie au cotrimoxazole chez l'enfant né de mère VIH+ à partir de 6 semaines d'âge jusqu'à la confirmation du statut VIH négatif de l'enfant (se référer à l'annexe 6 sur la posologie du cotrimoxazole).
 - Prélever le sang pour le PCR (sur papier buvard) en vue du dépistage précoce dès 6 semaines d'âge ou pour le dépistage sérologique rapide du VIH en fonction de l'âge, en se conformant aux directives contenues dans le carnet de santé de l'enfant.
 - Procéder au DCIP si le statut sérologique des parents est non connu.
 - Orienter vers les services de prise en charge du VIH/Sida si le test VIH est positif.

11° Conseiller la mère d'utiliser les services de PF

12° Référer à l'hôpital général de référence (HGR) tout enfant présentant un déficit psychomoteur ou autres complications identifiées.

CHAPITRE 2 : PRISE EN CHARGE INTEGREE DE L'ENFANT MALADE AU CENTRE DE SANTE

SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

La prise en charge intégrée de l'enfant malade est l'ensemble des soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs offerts à l'enfant de 0 à 5 ans malade en vue de le guérir, de le soulager, et d'améliorer son bien-être.

Cette prise en charge est réalisée à travers la stratégie de la PCIME.

La prise en charge intégrée de l'enfant malade comporte :

- Les soins d'urgence au nouveau-né malade
- La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au CS et au site des soins communautaire (SSC) ; c'est du domaine de la PCIME clinique au CS
- La prise en charge en urgence des problèmes ou maladies de l'enfant à l'HGR : c'est du domaine de la PCIME clinique à l'HGR ou TETU
- La prise en charge de l'enfant gravement malade au niveau de l'HGR

Ce chapitre est consacré à la prise en charge de l'enfant malade au niveau du CS. Le suivant traite de la prise en charge de l'enfant malade à l'HGR.

La prise en charge de l'enfant malade au SSC est développée dans le volume 8 des normes et directives se rapportant aux services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) à base communautaire.

Les soins au nouveau-né malade font l'objet du volume 3 traitant des soins essentiels et d'urgence du nouveau-né.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Améliorer la prise en charge de l'enfant malade âgé de moins de 5 ans afin de réduire au strict minimum les décès et invalidités évitables liés aux maladies de l'enfance.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- 1° Assurer la prise en charge correcte des infections respiratoires aiguës (IRA) de l'enfant
- 2° Assurer la prise en charge correcte des maladies diarrhéiques de l'enfant
- 3° Assurer la prise en charge correcte des affections fébriles de l'enfant
- 4° Assurer la prise en charge correcte des problèmes de l'oreille
- 5° Assurer la prise en charge correcte de l'anémie
- 6° Assurer la prise en charge correcte de l'infection à VIH symptomatique
- 7° Assurer la prise en charge nutritionnelle correcte des cas de malnutrition

1.3. Cible / Bénéficiaire

La prise en charge intégrée de l'enfant malade au niveau du CS est destinée à tout enfant malade âgé de moins de 5 ans.

1.4. Moment / Périodicité

La prise en charge intégrée de l'enfant malade au niveau du CS est assurée à tout moment en cas d'épisode maladie de l'enfant de moins de 5 ans.

SECTION II : NORMES

2.1. Normes d'interventions

Les interventions de la PCIME comprennent :

- 1° Allaitement maternel exclusif
- 2° Alimentation complémentaire
- 3° Utilisation de la MILD
- 4° Vaccination de routine
- 5° Supplémentation en micronutriments
- 6° Prise en charge des IRA, de la diarrhée, de la rougeole, du paludisme, des problèmes de l'oreille, de l'anémie et de la malnutrition
- 7° Prise en charge de l'enfant gravement malade
- 8° Prise en charge de l'infection à VIH symptomatique
- 9° Conseils à la mère

2.2. Normes de ressources humaines

Au moins un infirmier(e) de niveau minimum A2, formé/recyclé en PCIME et en prise en charge intégrée de la malnutrition (PCIMA)

2.3. Normes d'infrastructures

CS répondant aux normes d'infrastructures de la ZS et où l'on devra trouver spécifiquement :

- Une salle de consultation d'au moins 15 m²
- Une salle d'observation des enfants malades d'au moins 24 m² avec un coin « Thérapie de Réhydratation Orale » (coin TRO)
- Une unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire (UNTA) et une unité nutritionnelle supplémentaire (UNS)

2.4. Normes des ressources matérielles

2.4.1. Equipement

Equipement d'un CS répondant aux normes, avec spécifiquement l'équipement PCIME complet composé d'au moins : une table d'examen, une table de bureau, trois chaises, une armoire à médicaments, un échéancier, quatre lits avec matelas, un point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main)

2.4.2. Matériel

Matériel d'un CS répondant aux normes, avec spécifiquement le matériel PCIME composé de :

stéthoscope double foyer, tensiomètre à mercure, ballon d'Ambu, masques pédiatriques, sondes nasogastriques, aspirateur, bracelets MUAC, balance avec toise, kit nutritionnel (casseroles, gobelets, braséros, cuillères, seaux), pèse bébé, minuteurs, horloge, thermomètre, poubelle avec couvercle, potences, escarbot, bassin réniforme, casseroles à pression, paravent, seau, champs, jouets.

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Médicaments, intrants et consommables d'un CS conformes à la liste nationale des médicaments essentiels (LNME), avec spécifiquement :

- Antibiotiques : pénicilline, ceftriaxone, amoxicilline, ampicilline, benzatine, gentamicine, cotrimoxazole, ciprofloxacine, metronidazole
- Antipaludiques : artésunate + amodiaquine, quinine, clindamycine
- Mébendazole
- Sérum de réhydratation orale (SRO), zinc et ReSoMal
- Vitamine A, acide folique, fer, multivitamine
- Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE)
- Paracétamol
- Diazépam

- Salbutamol spray
- ARV forme pédiatrique
- Lactate Ringer
- Violet de gentiane, pommade ophtalmique à la tétracycline

2.4.4. Outils

Outils d'un CS conformes aux normes de la ZS avec spécifiquement :

- **Outils de prestation (outils techniques)** : fiche de prise en charge PCIME, carnet de santé de l'enfant, livret des tableaux PCIME, fiches techniques PCIMA, guide de supplémentation, manuels de formation.
- **Outils de gestion**
 - Outils de collecte des données : registre de consultation, registre de référence, registre de résultats, fiche de stock
 - Outils de rapportage : cahier de rapport, canevas Système Nationale d'Information Sanitaire (SNIS)
 - Outils de supervision : registre/cahier de supervision, canevas de supervision

SECTION III : DIRECTIVES

3.1. Directives générales de procédure

1° Assurer un accueil bienveillant et une communication sympathique

- Accueillir la mère ou l'accompagnant / l'enfant et les inviter à s'asseoir.
- Se présenter et demander l'identité de l'enfant.
- Enregistrer l'enfant.
- Communiquer avec la mère / l'accompagnant dans un langage simple et clair.
- Encourager la mère / l'accompagnant à poser des questions.

2° Evaluer l'enfant malade

- Demander à la mère quels sont les problèmes de l'enfant
- Rechercher les signes de danger / signes de gravité :
 - Demander si l'enfant est incapable de boire ou de prendre le sein, l'enfant vomit tout ce qu'il consomme, l'enfant a eu des convulsions.
 - Observer si l'enfant est léthargique ou inconscient, ou s'il convulse.
- Evaluer les principaux symptômes : toux, difficulté respiratoire, diarrhée, fièvre, problèmes d'oreille.
- Rechercher les signes d'anémie, de malnutrition, et du VIH.
- Vérifier l'état vaccinal et la supplémentation en vitamine A.
- Evaluer les autres problèmes constatés.

3° Classer la(les) maladie(s)

- Déterminer la classe de la maladie à partir du regroupement des signes que présente l'enfant :
 - Classe « grave ou très grave » (rangée rose)

- Classe « moins grave » (rangée jaune)
- Classe « simple » (rangée verte)
- Prendre la décision sur la sévérité de la maladie
 - Classe « grave ou très grave » (rangée rose) : l'enfant doit être référé en urgence.
 - Classe « moins grave » (rangée jaune) : l'enfant nécessite un traitement approprié.
 - Classe « simple » (rangée verte) : l'enfant ne nécessite pas un traitement médical spécifique.

4° Identifier le traitement requis d'après la classification

- Référer tous les cas classifiés graves.
- Traiter au CS les cas classifiés moins graves.
- Conseiller pour soins simples à domicile les cas classifiés simples.

5° Traiter l'enfant au CS

- Cas de maladie moins grave
Traiter selon les directives décrites ci-dessous au point 3.2.
- Cas de maladie simple
Apprendre à la mère comment administrer les soins simples à domicile, reconnaître les signes de danger, alimenter l'enfant, et quand revenir au CS.

3.2. Directives relatives à la prise en charge de l'enfant malade au CS

3.2.1. Les infections respiratoires aiguës

1° Identifier l'IRA chez l'enfant

Enfant de 0 à 5 ans présentant une toux ou difficulté respiratoire : **Considérer comme IRA.**

2° Evaluer l'IRA

- Demander la durée et la fréquence de la toux et/ou difficulté respiratoire.

- Compter le nombre des mouvements respiratoires.
- Rechercher un tirage sous-costal, stridor ou sifflement.

3° Classer l'IRA à partir du regroupement des signes
comme suit :

- Pneumonie grave ou maladie très grave si présence de toux associée à un tirage sous-costal ou un stridor ou un sifflement chez un enfant calme.
- Pneumonie si présence de toux associée à une respiration rapide.
- Pas de pneumonie : toux ou rhume, en l'absence de signes associés.

4° Identifier le traitement requis selon la classification de l'IRA

- Cas de pneumonie grave
 - Administrer la première dose d'antibiotique approprié.
 - Référer à l'HGR.
- Cas de pneumonie
Administrer l'antibiotique approprié.
- Cas de « pas de pneumonie » : toux ou rhume
Donner des conseils à la mère.

5° Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIME,
cas de l'IRA

6° Conseiller la mère après les soins au CS

- Expliquer à la mère comment poursuivre les soins à domicile, comment reconnaître les signes de danger/ signes de gravité.
- Donner des conseils pertinents sur l'alimentation de l'enfant malade.
- Conseiller de continuer à donner les liquides à l'enfant.
- Dire à la mère quand revenir au CS avec l'enfant.

7° Assurer le suivi de l'enfant malade

- Evaluer l'enfant lors de la visite de suivi
- Décider de :
 - continuer le même traitement si l'état de l'enfant s'améliore ;
 - changer le traitement si l'état de l'enfant est resté le même ;
 - référer l'enfant si la situation de l'enfant s'aggrave.

8° Remplir correctement les outils de collecte des données

3.2.2. La diarrhée

1° Identifier la diarrhée chez l'enfant

Enfant de 0 à 5 ans présentant des selles molles ou liquides trois fois en 24 heures : **Considérer comme diarrhée.**

2° Evaluer la diarrhée

- Demander depuis combien de temps, si diarrhée de plus de 14 jours dans les 3 derniers mois, si présence de sang dans les selles.
- Rechercher les signes de déshydratation. :
 - Offrir à boire à l'enfant et voir s'il est incapable de boire, s'il boit difficilement, s'il boit avec avidité ou s'il semble assoiffé.
 - Regarder l'état général de l'enfant : léthargique ou inconscient, yeux enfoncés, agité et irritable.
 - Pincer la peau de l'abdomen et voir si présence de pli cutané s'effaçant lentement ou très lentement.

3° Classer la diarrhée à partir du regroupement des signes

- Déshydratation pour tous les enfants atteints de la diarrhée
 - « Déshydratation sévère » si au moins deux des signes suivants :
 - Enfant léthargique ou inconscient

- Yeux enfoncés
- Enfant incapable de boire ou boit difficilement
- Pli cutané s'effaçant très lentement
- « Signes évidents de déshydratation » si au moins deux des signes suivants :
 - Enfant agité ou irritable.
 - Enfant boit avec avidité.
 - Enfant a des yeux enfoncés.
 - Enfant présente un pli cutané s'effaçant lentement.
- « Pas de déshydratation » si moins de deux des signes ci-dessus.
- Diarrhée persistante : 14 jours ou plus
 - Diarrhée persistante sévère si diarrhée persistante associée à des signes de déshydratation sévère ou des signes évidents de déshydratation.
 - Diarrhée persistante si diarrhée persistante avec « pas de déshydratation ».
- Dysenterie si diarrhée avec du sang dans les selles

4° Identifier le traitement requis selon la classification de la diarrhée

- Cas de déshydratation sévère
 - Traiter selon le plan C.
- Cas de signes évidents de déshydratation
Traiter selon le plan B :
 - Donner des solutions de SRO et de zinc.
 - Donner les aliments.
- Cas de pas de déshydratation
Traiter selon plan A :
 - Donner des liquides supplémentaires et du zinc.
 - Continuer l'alimentation à domicile.
- Cas de diarrhée persistante sévère

- Traiter la déshydratation.
- Référer à l'HGR.
- Cas de diarrhée persistante
 - Donner un régime alimentaire spécial.
 - Conseiller la mère.
- Cas de dysenterie
 - Traiter la déshydratation.
 - Administrer un antibiotique approprié.
 - Administrer le zinc.

5° Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIME,
cas de la diarrhée

6° Conseiller la mère après les soins au CS

- Expliquer à la mère comment poursuivre les soins à domicile, comment reconnaître les signes de danger.
- Donner des conseils pertinents sur l'alimentation de l'enfant malade.
- Conseiller de continuer à donner les liquides à l'enfant.
- Dire à la mère quand revenir au CS avec l'enfant.

7° Assurer le suivi de l'enfant malade

- Evaluer l'enfant lors de la visite de suivi.
- Décider de :
 - continuer le même traitement si l'état de l'enfant s'améliore ;
 - changer le traitement si l'état de l'enfant est resté le même ;
 - référer l'enfant si la situation de l'enfant s'aggrave.

8° Remplir correctement les outils de collecte des données

3.2.3. La fièvre

1° Identifier la fièvre chez l'enfant

Enfant fébrile au toucher et/ou température $\geq 37,5$ °C et/ou antécédent de fièvre : **Considérer comme fièvre.**

2° Evaluer la fièvre

- Demander la durée de la fièvre et si notion d'antécédent de rougeole.
- Rechercher la raideur de la nuque.
- Rechercher les signes évocateurs de la rougeole : éruption généralisée et toux ou écoulement nasal ou yeux rouges.
- Réaliser le TDR du paludisme.

3° Classer la fièvre à partir du regroupement des signes comme suit :

- Par rapport à la fièvre :
 - Si fièvre associée à un signe général de danger ou une raideur de la nuque : **Classer comme maladie fébrile très grave.**
 - Si fièvre et TDR positif : **Classer comme paludisme.**
 - Si fièvre et TDR négatif : **Classer comme maladie fébrile.**
- Par rapport à la rougeole :
 - Rougeole grave et compliquée : si fièvre avec signe général de danger ou opacité au niveau de la cornée ou ulcérations profondes ou étendues au niveau de la bouche.
 - Rougeole avec complications aux yeux et à la bouche si présence de pus au niveau de yeux ou des ulcérations peu profondes au niveau de la bouche.
 - Rougeole si fièvre avec signe de rougeole sans autre signe associé.

4° Identifier le traitement requis selon la classe de la fièvre

- Cas de maladie fébrile très grave
 - Donner le traitement pré-référence.

- Référer à l'HGR.
- Cas de paludisme
 - Administrer les antipaludiques per os.
 - Administrer le paracétamol si température $\geq 38,5$ °C.
- Cas de maladie fébrile
 - Administrer le paracétamol si température $\geq 38,5$ °C.
 - Rechercher les autres causes de la fièvre.
 - Traiter selon les causes trouvées.
- Cas de rougeole grave et compliquée
 - Administrer la première dose de l'antibiotique approprié.
 - Donner la vitamine A
 - Appliquer une pommade ophtalmique à la tétracycline.
 - Référer à l'HGR.
- Cas de rougeole avec complications des yeux ou à la bouche
 - Donner la vitamine A.
 - Appliquer une pommade ophtalmique à la tétracycline si écoulement du pus.
 - Traiter au violet de gentiane si ulcérations à la bouche.
 - Apprendre à la mère les soins à domicile.
- Cas de rougeole
Donner la vitamine A.

5° Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIME,
cas de la fièvre

6° Conseiller la mère après les soins au CS

- Expliquer à la mère comment poursuivre les soins à domicile, comment reconnaître les signes de danger / signes de gravité.

- Donner des conseils pertinents sur l'alimentation de l'enfant malade.
- Conseiller de continuer à donner les liquides à l'enfant.
- Dire à la mère quand revenir au CS avec l'enfant.

7° Assurer le suivi de l'enfant malade

- Evaluer l'enfant lors de la visite de suivi
- Décider de :
 - continuer le même traitement si l'état de l'enfant s'améliore ;
 - changer le traitement si l'état de l'enfant est resté le même ;
 - référer l'enfant si la situation de l'enfant s'aggrave.

8° Remplir correctement les outils de collecte des données

3.2.4. Problème d'oreille

1° Identifier un problème d'oreille chez l'enfant

Enfant avec mal à l'oreille, écoulement de pus à l'oreille ou antécédent d'écoulement à l'oreille au cours des 3 derniers mois : **Considérer comme problème d'oreille.**

2° Evaluer le problème d'oreille

- Demander :
 - si présence de douleur d'oreille ;
 - si présence d'écoulement d'oreille et durée de l'écoulement ;
 - si notion d'antécédent d'écoulement d'oreille ;
 - si notion de répétition d'écoulement d'oreille.
- Rechercher si du pus coule de l'oreille, présence de gonflement douloureux derrière l'oreille, de douleur à la pression du tragus.

3° Classer le problème d'oreille

- Si gonflement douloureux derrière l'oreille : **Classer comme mastoïdite.**

- Si écoulement de pus observé et qui dure depuis moins de 14 jours ou douleurs à l'oreille : **Classer comme infection aiguë de l'oreille.**
- Si écoulement de pus observé et qui dure depuis 14 jours ou plus : **Classer comme infection chronique de l'oreille.**
- Si écoulement à répétition et/ou antécédent d'écoulement d'oreille au cours des 3 derniers mois : **Classer comme antécédent d'infection d'oreille.**

4° Identifier le traitement requis selon la classification du problème d'oreille

- Cas de mastoïdite
 - Donner la première dose d'un antibiotique approprié.
 - Donner la première dose de paracétamol pour calmer la douleur.
 - Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis un mois.
 - Référer d'urgence à l'HGR.
- Cas d'infection aiguë de l'oreille
 - Donner un antibiotique approprié, per os, pendant 3 jours, selon le livret des tableaux PCIME
 - Donner du paracétamol pour calmer la douleur.
 - Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois.
 - Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche.
- Cas d'infection chronique de l'oreille ;
 - Administrer l'amoxicilline, per os, pendant 10 jours.
 - Administrer des gouttes auriculaires à base de quinolones.
 - Administrer la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois.
 - Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche.
 - Rechercher les autres signes du VIH symptomatique.

- Cas d'antécédent d'infection d'oreille.
Rechercher les autres signes du VIH symptomatique.

5° Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIME,
cas de problème d'oreille

6° Conseiller la mère après les soins au CS

- Expliquer à la mère comment poursuivre les soins à domicile, comment reconnaître les signes de danger / signes de gravité.
- Donner des conseils pertinents sur l'alimentation de l'enfant malade.
- Conseiller de continuer à donner les liquides à l'enfant.
- Dire à la mère quand revenir au CS avec l'enfant.

7° Assurer le suivi de l'enfant malade

- Evaluer l'enfant lors de la visite de suivi
- Décider de :
 - continuer le même traitement si l'état de l'enfant s'améliore ;
 - changer le traitement si l'état de l'enfant est resté le même ;
 - référer l'enfant si la situation de l'enfant s'aggrave.

8° Remplir correctement les outils de collecte des données

3.2.5. L'anémie chez l'enfant

1° Identifier l'anémie chez l'enfant

Enfant avec pâleur palmaire légère ou sévère : **Considérer comme anémie.**

2° Classer l'anémie

- Si pâleur palmaire sévère : **Classer comme anémie grave.**
- Si pâleur palmaire légère : **Classer comme anémie.**

3° Identifier le traitement requis selon la classification de l'anémie

- Cas d'anémie grave
 - Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 1 mois.
 - Référer d'urgence à l'hôpital.
- Cas d'anémie
 - Donner du fer si l'enfant n'est pas drépanocytaire.
 - Donner de l'acide folique si l'enfant est drépanocytaire.
 - Donner du mébendazole si l'enfant a 1 an ou plus et s'il n'en a pas reçu au cours des 6 derniers mois.
 - Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère pour une alimentation appropriée.
 - Revoir l'enfant dans 14 jours.

4° Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIME, cas d'anémie

5° Conseiller la mère après les soins au CS

- Expliquer à la mère comment poursuivre les soins à domicile, comment reconnaître les signes de danger / signes de gravité.
- Donner des conseils pertinents sur l'alimentation de l'enfant malade.
- Conseiller de continuer à donner les liquides à l'enfant.
- Dire à la mère quand revenir au CS avec l'enfant.

6° Assurer le suivi de l'enfant malade

- Evaluer l'enfant lors de la visite de suivi
- Décider de :
 - continuer le même traitement si l'état de l'enfant s'améliore ;
 - changer le traitement si l'état de l'enfant est resté le même ;

- référer l'enfant si la situation de l'enfant s'aggrave.

7° Remplir correctement les outils de collecte des données.

3.2.6. La malnutrition chez l'enfant

1° Identifier la malnutrition chez l'enfant

Si enfant présentant un indice de poids-taille < -2 z-score et/ou PB < 125 mm, et/ou œdèmes nutritionnels : **Considérer comme malnutrition.**

2° Classer la malnutrition à partir du regroupement des signes comme suit :

- Malnutrition aigüe sévère (MAS) avec complications si présence de : amaigrissement visible et sévère, et/ou œdèmes nutritionnels, et/ou poids/taille < -3 z-score et/ou PB < 115 mm, et un signe de complication (signe général de danger, pneumonie, déshydratation sévère, anémie grave, manque d'appétit).
- MAS sans complications si présence de : amaigrissement visible et sévère, et/ou œdèmes nutritionnels, et/ou poids/taille < -3 z-score et/ou PB < 115 mm.
- Malnutrition aigüe modérée si poids/taille ≥ -3 z-score et < -2 z-score et/ou PB ≥ 115 mm et < 125 mm.

3° Identifier le traitement requis selon la classe de la malnutrition

- Cas de MAS avec complications
 - Prévenir l'hypoglycémie.
 - Référer d'urgence à l'HGR.
- Cas de MAS sans complications
 - Administrer antibiotique approprié pendant 7 jours.
 - Donner l'ATPE.
 - Donner la vitamine A à la 4^{ème} semaine de traitement.

- Donner le mébendazole à la 2^{ème} semaine de traitement.
- Revoir l'enfant chaque semaine pendant 3 mois.
- Cas de malnutrition aigüe modérée
 - Administrer un antibiotique approprié pendant 7 jours.
 - Donner le céréale-sucre-blé (CSB).
 - Donner la vitamine A à la 4^{ème} semaine de traitement.
 - Donner le mébendazole à la 2^{ème} semaine de traitement.
 - Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère.
 - Revoir l'enfant tous les 14 jours.

4° Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIME, cas de malnutrition

5° Conseiller la mère après les soins au CS

- Expliquer à la mère comment poursuivre les soins à domicile, comment reconnaître les signes de danger / signes de gravité. Donner des conseils pertinents sur l'alimentation de l'enfant malade.
- Conseiller de continuer à donner les liquides à l'enfant.
- Dire à la mère quand revenir au CS avec l'enfant.

6° Assurer le suivi de l'enfant malade

- Evaluer l'enfant lors de la visite de suivi.
- Décider de :
 - continuer le même traitement si l'état de l'enfant s'améliore ;
 - changer le traitement si l'état de l'enfant est resté le même ;
 - référer l'enfant si la situation de l'enfant s'aggrave.

7° Remplir correctement les outils de collecte des données

3.2.7. L'infection à VIH symptomatique chez l'enfant

1° Identifier l'infection à VIH symptomatique chez l'enfant de moins de 5 ans

Enfant avec signes d'appel ci-après : pneumonie, toux persistante de plus de 30 jours, diarrhée persistante, fièvre au long cours ne répondant pas aux antipaludiques ni aux antibiotiques, retard de croissance : **Considérer comme infection à VIH symptomatique.**

2° Evaluer l'infection

- Demander si notion d'antécédent de diarrhée persistante, d'écoulement de pus de l'oreille, de tuberculose chez l'enfant ou de contagé tuberculeux.
- Vérifier si retard de croissance.
- Observer la bouche et la peau à la recherche de lésions cutanéomuqueuses : candidose buccale, problème de dents (dents cariées, dents friables, dents décolorées ou autre), zona ou cicatrices de zona, éruption cutanée prurigineuse généralisée, ou autres.
- Palper le cou et les aires ganglionnaires à la recherche d'adénopathies, de gonflement parotidien.

3° Classer l'infection à VIH

- Cas où les tests VIH sont disponibles (réalisables dans la ZS)
 - Suspicion d'infection à VIH symptomatique si présence d'au moins trois signes
 - Infection à VIH peu probable si présence de deux signes ou moins
- Cas où les tests VIH ne sont pas disponibles (non réalisables dans la ZS)
 - Suspicion d'infection à VIH symptomatique si présence d'au moins quatre signes
 - Infection à VIH peu probable si présence de trois signes ou moins

4° Identifier le traitement requis selon la classe de l'infection à VIH

- Situation où les tests VIH sont disponibles
 - Cas de suspicion d'infection à VIH symptomatique :
 - Commencer le traitement pour les autres classifications trouvées.
 - Commencer la prophylaxie au cotrimoxazole.
 - Fixer un rendez-vous / orienter pour le counseling et dépistage VIH.
 - Référer pour prise en charge de l'infection à VIH en cas de test positif.
 - Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner des conseils appropriés.
 - Conseiller la mère sur les soins à donner à domicile.
 - Cas d'infection à VIH peu probable :
 - Commencer le traitement pour les autres classifications trouvées.
- Situation où les tests VIH ne sont pas disponibles
 - Cas de suspicion d'infection à VIH symptomatique :
 - Commencer le traitement pour les autres classifications trouvées.
 - Commencer la prophylaxie au cotrimoxazole.
 - Commencer les ARV si l'enfant est éligible.
 - Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner des conseils appropriés.
 - Conseiller la mère sur les soins à donner à domicile.
 - Revoir l'enfant dans les 14 jours.
 - Cas d'infection à VIH peu probable :
Commencer le traitement pour les autres classifications trouvées.

5° Conseiller la mère après les soins au CS

- Expliquer à la mère comment poursuivre les soins à domicile, comment reconnaître les signes de danger / signes de gravité.
- Donner des conseils pertinents sur l'alimentation de l'enfant malade.
- Conseiller de continuer à donner les liquides à l'enfant.
- Dire à la mère quand revenir au CS avec l'enfant.

6° Assurer le suivi de l'enfant malade

- Evaluer l'enfant lors de la visite de suivi
- Décider de :
 - o continuer le même traitement si l'état de l'enfant s'améliore ;
 - o changer le traitement si l'état de l'enfant est resté le même ;
 - o référer l'enfant si la situation de l'enfant s'aggrave.

7° Remplir correctement les outils de collecte des données

CHAPITRE 3 : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES A L'HOPITAL

SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

La prise en charge des enfants malades âgés de moins de 5 ans au niveau de l'HGR est l'ensemble des interventions visant le traitement correct et en urgence des problèmes et maladies de l'enfant, ainsi que la prise en charge correcte des enfants gravement malades.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Prendre correctement en charge les enfants de moins de 5 ans avec problèmes ou maladies nécessitant un traitement urgent ainsi que ceux présentant des maladies graves, pour réduire au strict minimum les décès et invalidités évitables liés aux problèmes/maladies de l'enfance

1.2.2. Objectifs spécifiques

- 1° Assurer la prise en charge en urgence des problèmes respiratoires graves
- 2° Assurer la prise en charge en urgence du choc
- 3° Assurer la prise en charge en urgence du coma
- 4° Assurer la prise en charge en urgence des convulsions
- 5° Assurer la prise en charge en urgence de la déshydratation sévère
- 6° Assurer la prise en charge correcte de la pneumonie grave
- 7° Assurer la prise en charge correcte du paludisme grave
- 8° Assurer la prise en charge correcte de la méningite
- 9° Assurer la prise en charge correcte de la malnutrition sévère
- 10° Assurer la prise en charge correcte de l'infection à VIH chez l'enfant

1.3. Cible / Bénéficiaires

Les interventions de prise en charge de l'enfant malade au niveau de l'HGR sont destinées à tout enfant de moins de 5 ans arrivant à l'hôpital pour un problème ou maladie nécessitant un traitement en urgence ou pour une maladie grave.

1.4. Moment / Périodicité

Les interventions de prise en charge de l'enfant malade au niveau de l'HGR sont assurées à tout moment, à tout enfant de moins de 5 ans arrivant à l'hôpital pour un problème/maladie nécessitant un traitement en urgence ou pour une maladie grave.

SECTION II : NORMES

2.1. Normes d'interventions

- 1° Prise en charge en urgence des problèmes respiratoires graves
- 2° Prise en charge en urgence du choc
- 3° Prise en charge en urgence du coma
- 4° Prise en charge en urgence des convulsions
- 5° Prise en charge en urgence de la déshydratation sévère
- 6° Prise en charge correcte de la pneumonie grave
- 7° Prise en charge correcte du paludisme grave
- 8° Prise en charge correcte de la méningite
- 9° Prise en charge correcte de la malnutrition sévère
- 10° Prise en charge correcte de l'infection à VIH chez l'enfant

2.2. Normes de ressources humaines

La prise en charge de l'enfant malade au niveau de l'HGR doit être assurée par une équipe intégrant les catégories professionnelles suivantes :

- Au moins un médecin généraliste/pédiatre formé/recyclé en TETU et en Prise en charge du VIH chez l'enfant
- Au moins un(e) infirmier(e) de niveau minimum A2 formé(e)/recyclé(e) en TETU
- Tout autre professionnel de santé/travailleur de l'HGR recyclé dans les exigences de l'approche TETU

2.3. Normes d'Infrastructures

HGR avec un service de Pédiatrie répondant aux normes de la ZS et doté spécifiquement de :

- Une salle d'urgence d'au moins 12 m² située à proximité de l'entrée/ réception de l'hôpital
- Une salle des soins intensifs d'au moins 48 m²

- Une salle d’observation d’au moins 48 m²
- Une salle d’hospitalisation d’au moins 180 m² pour enfants malades
- Une unité nutritionnelle thérapeutique intensive (UNTI)
- Une unité de kinésithérapie pédiatrique

2.4. Normes des ressources matérielles

2.4.1. Equipement

Equipement d’un HGR répondant aux normes de la ZS et spécifiquement :

Au moins une table d’examen, une table de bureau, trois chaises, une armoire à médicaments, un échéancier, quatre lits avec matelas dans la salle d’urgence, kit nutritionnel (casseroles, thermos, gobelets, braséros, cuillères, seaux), un point d’eau (eau courante ou dispositif lave-main), source d’énergie.

2.4.2. Matériel

Matériel d’un HGR répondant aux normes de la ZS et spécifiquement :

Au moins un aspirateur, des ballons d’Ambu, des masques pédiatriques, une source d’oxygène, un saturomètre, un glucomètre, un laryngoscope, un nébuliseur, une balance avec toise, un stéthoscope à double foyer, un tensiomètre à mercure, un pèse bébé, un minuteur, une horloge, des thermomètres, des potences, des bassins réniformes, des paravents, des bracelets MUAC, une pince de Magil.

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Médicaments, intrants et consommables d’un HGR conforme à la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) avec spécifiquement :

- Médicaments
 - Diazépam
 - Phénobarbital
 - Salbutamol spray

- Solutés de perfusion (Lactate Ringer, glucosé 50%, glucosé 10%, mixte)
- SRO, zinc, ReSoMal
- Ampicilline injectable, benzathine injectable, gentamicine injectable, céphalosporine injectable
- Paracétamol
- Quinine injectable
- Lait F100, lait F75 et ATPE
- Antirétroviraux
- Consommables
 - Sondes nasogastriques (SNG)

2.4.4. Outils

Outils d'un HGR répondant aux normes de la ZS avec spécifiquement

- Outils de prestation (outils techniques)

Fiche de PEC TETU, fiches techniques soins pédiatriques d'urgence, protocole national de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe en RDC, tables poids/taille enfant unisexe, guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant, manuels de formation.
- Outils de gestion
 - Outils de collecte des données : registre de consultation, registre de contre référence, registre de résultats, fiche d'admission, fiche de contre référence, fiche de stock
 - Outils de rapportage : cahier de rapport
 - Outils de supervision : registre/cahier de supervision, canevas de supervision

SECTION III : DIRECTIVES

3.1. Directives relatives au traitement en urgence des enfants

La prise en charge correcte et en urgence des problèmes et maladies des enfants doit se faire en suivant scrupuleusement les étapes indiquées dans les fiches techniques TETU.

- 1° Assurer une bonne communication/signalisation dès l'entrée de l'hôpital par des indications écrites**
 - Inscription de l'identité de l'hôpital aux bifurcations de la route menant vers l'hôpital et à l'entrée de l'hôpital
 - Inscription de l'identité de l'hôpital à l'entrée de l'enceinte
 - Orientation vers les différents services au sein de l'hôpital en définissant clairement le circuit des malades urgents à différencier de celui des malades non urgents
 - Affichage des informations et instructions essentielles

- 2° Veiller à ce que, au sein de l'hôpital, les services des urgences soient placés à proximité de l'entrée de l'hôpital**

- 3° Veiller à ce qu'une trousse d'urgence soit toujours disponible au niveau du service des soins d'urgence pour permettre des soins prompts à l'enfant qui en a besoin**

- 4° Assurer un accueil bienveillant et une communication sympathique**
 - Accueillir rapidement, en priorité et avec sympathie tout enfant gravement malade ; cet accueil ou accompagnement commence dès la porte de l'entrée de

l'hôpital et doit être maintenu à tous les niveaux du circuit du malade.

- Conduire directement l'enfant gravement malade dans le service des soins d'urgence et lui administrer sans délais les soins urgents appropriés.
- Se présenter et demander l'identité de l'enfant.
- Communiquer avec la mère / l'accompagnant dans un langage simple et clair ; les paroles et les gestes des agents de l'hôpital à l'endroit d'un enfant gravement malade ou de son accompagnant doivent être réconfortants.
- Encourager la mère / l'accompagnant à poser des questions.
- Remplir les formalités administratives de routine telles que l'enregistrement de l'enfant dans le registre de la réception, l'établissement de la fiche, le paiement des frais à la caisse après les soins d'urgence.

5° Procéder au tri des enfants gravement malades

- Commencer le tri des enfants gravement malades dès la porte d'entrée et le poursuivre à tous les niveaux des soins.
- Classer les enfants en trois catégories selon l'appréciation de leur état:
 - o Cas urgents : enfants ayant un ou plusieurs signes d'urgence tels que l'obstruction respiratoire, la détresse respiratoire grave, la cyanose, le coma, les convulsions, les signes de choc, les signes de déshydratation sévère.
 - o Cas prioritaires : enfants ayant un ou plusieurs signes de priorité tels que l'émaciation, les œdèmes des deux pieds, la pâleur palmaire sévère, la léthargie, la somnolence, l'irritabilité et agitation, la détresse respiratoire, le cas référé d'un CS, le nourrisson malade âgé de moins 2 mois, une forte fièvre (température >39,5°C), brûlure majeure.

- Cas non urgents : enfants ne présentant ni signes d'urgence, ni signes de priorité.
- Evaluer et traiter rapidement les enfants de la catégorie urgente avant les autres.

6° Evaluer, classer et traiter l'enfant dont l'état présente des signes d'urgence

- Evaluer et traiter tout enfant ayant un signe d'urgence en suivant systématiquement les étapes A, B, C, D suivantes :
 - A = Evaluer, classer et traiter les voies respiratoires
 - B = Evaluer, classer et traiter la respiration
 - C = Evaluer, classer et traiter la circulation (C1), le coma (C2) et ou les convulsions (C3)
 - D = Evaluer, classer et traiter la déshydratation sévère
- Traiter le A et B :
 - Libérer les voies respiratoires : par l'expulsion de corps étranger et/ou l'aspiration et/ou l'extension de la tête.
 - Ventiler au ballon d'Ambu avec masque.
 - Donner de l'oxygène au besoin.
 - Garder l'enfant au chaud.
- Traiter le C :
 - **C1**
 - Libérer les voies respiratoires.
 - Donner de l'oxygène au besoin.
 - Arrêter les hémorragies si elles sont présentes.
 - Placer un abord veineux.
 - Administrer rapidement des solutés en IV, intra osseuse ou par SNG.
 - Garder l'enfant au chaud
 - **C2**
 - Libérer les voies respiratoires

- Placer l'enfant en position de sécurité
 - Doser la glycémie
 - Traiter l'hypoglycémie
 - Garder l'enfant au chaud
- **C3**
 - Libérer les voies respiratoires
 - Administrer le diazépam ou du phénobarbital
 - Placer l'enfant en position de sécurité
 - Doser la glycémie
 - Traiter l'hypoglycémie
 - Garder l'enfant au chaud
- Traiter le D :
 - Administrer des solutés en IV, intra osseuse, ou par SNG selon le plan C de réhydratation.
 - Rechercher une malnutrition sévère éventuelle chez tout enfant devant bénéficier d'une administration des liquides en IV ou intra osseuse :
 - Recourir à l'administration du ReSoMal par SNG chez les enfants avec malnutrition sévère.
 - Réduire les quantités de liquides à administrer par voie IV dans les cas où l'administration par SNG n'est pas possible et sous surveillance rigoureuse des signes vitaux (pouls, fréquence respiratoire).
 - Garder l'enfant au chaud.

7° Prélever du sang pour les examens urgents

- Réaliser en urgence les examens suivants chez l'enfant malade ayant un signe d'urgence : glycémie, frottis/goutte épaisse, hémoglobine, groupe sanguin.
- Prélever du sang pour ces examens au lit du malade, c.à.d. là où il reçoit les soins d'urgence. Il ne faut pas amener l'enfant au laboratoire.

- Examiner en urgence les échantillons et rendre les résultats également en urgence auprès du prestataire des soins pour une action correctrice urgente.

8° Evaluer complètement l'enfant

Procéder, dès que l'état de l'enfant est stabilisé, à une anamnèse détaillée, un examen physique complet, des examens para cliniques complémentaires en vue d'établir le diagnostic.

9° Traiter spécifiquement les maladies graves de l'enfant

Administrer le traitement spécifique et approprié par rapport au diagnostic établi et selon le protocole thérapeutique.

10° Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie.

3.2. Directives relatives à la prise en charge de l'enfant gravement malade

3.2.1. Cas de pneumonie très grave

1° Identifier la pneumonie très grave chez l'enfant

Enfant de moins de 5 ans avec toux ou difficulté respiratoire associée à des signes généraux de danger et une détresse respiratoire grave : **Considérer comme pneumonie très grave.**

2° Evaluer la pneumonie très grave

- Rechercher :
 - Les signes généraux de danger : enfant incapable de boire ou de téter et/ou vomit tout ce qu'il consomme et/ou convulse et/ou est léthargique ou inconscient ;
 - Les signes de détresse respiratoire grave : tirage sous-costal et/ou battements des ailes du nez et/ou stridor et/ou sifflement et/ou geignements et/ou

cyanose centrale et/ou balancement thoraco-abdominal et/ou tirage intercostal et/ou enfoncement xiphœdien.

- Vérifier si respiration rapide.
- Rechercher à l'auscultation la diminution du murmure vésiculaire, la présence des râles bronchiques et/ou crépitants.
- Effectuer la radiographie thoracique.

3° Prendre en charge

- Donner des antibiotiques :
 - Chloramphénicol : 25 mg/kg de poids en IM toutes les 8 heures jusqu'à amélioration puis oralement trois fois par jour jusqu'au 10^{ème} jour

Chez le nouveau-né de moins de 7 jours : 25 mg/kg toutes les 12 heures.

Ne pas donner le chloramphénicol chez le prématuré.

ou

- Ampicilline 50 mg/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures jusqu'à amélioration, puis continuer per os 25 mg/kg en quatre prises par jour jusqu'au 10^{ème} jour ; associée à la gentamicine : 7,5 mg/kg de poids une fois par jour pendant 10 jours.
 - Si pas d'amélioration au bout de 48 heures, donner : gentamicine 7.5 mg/kg de poids une fois par jour associée à une céphalosporine de 3^{ème} génération (céfotaxime 50 mg/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures ou ceftriaxone 100 mg/kg de poids en IM ou IV en une prise journalière), jusqu'au 10^{ème} jour de traitement.
- Donner de l'oxygène : 1 à 2 litres/minute.
 - Donner du paracétamol en cas de fièvre : T° ≥38,5°C.

- Donner du salbutamol en aérodoseur avec chambre d'inhalation : 2 bouffées soit 200 microgrammes toutes les 4 heures en cas de sifflements puis toutes les 8 heures si amélioration. Dans les cas graves, réduire l'intervalle à 1 heure.
- Administrer les soins de soutien :
 - Aspirer doucement les sécrétions épaisses dans la gorge.
 - S'assurer que l'enfant reçoit suffisamment de liquide (allaitement maternel, boissons).
 - Encourager l'enfant à manger dès qu'il le peut.
 - Garder l'enfant au chaud
- Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie.

3.2.2. Cas de pneumonie grave

1° Identifier la pneumonie grave de l'enfant

Enfant de moins de 5 ans avec toux ou difficulté respiratoire associée à une détresse respiratoire : **Considérer comme pneumonie grave.**

2° Evaluer la pneumonie grave

- Rechercher les signes de détresse respiratoire : tirage sous-costal et/ou battements des ailes du nez et/ou geignements.
- Vérifier si respiration rapide.
- Rechercher à l'auscultation la diminution du murmure vésiculaire, la présence des râles bronchiques et/ou crépitants.

3° Prendre en charge

- Donner des antibiotiques :
 - Chloramphénicol : 25 mg/kg de poids en IM toutes les 8 heures jusqu'à amélioration, puis oralement trois fois par jour jusqu'au 10^{ème} jour

Chez le nouveau-né de moins de 7 jours : 25 mg/kg toutes les 12 heures.
Ne pas donner le chloramphénicol au prématuré.

ou

- Ampicilline 50 mg/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures jusqu'à amélioration, puis continuer per os 25 mg/kg en quatre prises par jour jusqu'au 10^{ème} jour ; associée à la gentamicine : 7,5 mg/kg de poids une fois par jour pendant 10 jours.
- Si pas d'amélioration au bout de 48 heures, donner : gentamicine 7.5 mg/kg de poids une fois par jour associée à une céphalosporine de 3^{ème} génération (céfotaxime 50 mg/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures ou ceftriaxone 100 mg/kg de poids en IM ou IV en une prise journalière), jusqu'au 10^{ème} jour de traitement.
- Donner de l'oxygène : 1 à 2 litres/minute.
- Donner du paracétamol en cas de fièvre : $T^{\circ} \geq 38,5^{\circ}\text{C}$.
- Administrer les soins de soutien :
 - Aspirer doucement les sécrétions épaisses dans la gorge.
 - S'assurer que l'enfant reçoit suffisamment de liquide (allaitement maternel, boissons).
 - Encourager l'enfant à manger dès qu'il le peut.
 - Garder l'enfant au chaud
- Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie.

3.2.3. Cas de paludisme grave

1° Identifier le paludisme grave

Enfant de moins de 5 ans présentant de la fièvre ou antécédent de fièvre et un TDR positif, associés à des signes généraux de danger et/ou une détresse respiratoire :

Considérer comme paludisme grave.

2° Evaluer le paludisme grave

- Rechercher :
 - Les signes généraux de danger : enfant incapable de boire ou de téter et/ou vomit tout ce qu'il consomme et/ou convulse et/ou est léthargique ou inconscient ;
 - Les signes de complications : faiblesse extrême (prostration), détresse respiratoire, pleurs incessants, ictère, transpirations, extrémités froides, pâleur cutanéomuqueuse, diminution de la diurèse, urines de couleur foncée ou coca-cola.
- Vérifier si respiration rapide, l'heure du dernier repas depuis le début de la maladie, la couleur des urines.

3° Effectuer les examens de laboratoire pour :

- Confirmer le diagnostic de paludisme : TDR positif ou goutte épaisse (GE) positive ou frottis mince (FM) positif.
- Rechercher d'autres signes de gravité : Ht <18% ou Hb <6 g/dl, glycémie <2,5 mmol ou 45 g/dl ou autre selon les signes cliniques de gravité trouvés.

4° Prendre rapidement en charge l'enfant souffrant de paludisme grave

- Administrer en perfusion, une dose initiale de quinine.
 - Pour l'enfant n'ayant pas reçu la quinine ou la quinidine dans les 24 heures précédentes ou la méfloquine dans les 7 jours précédents : administrer une dose de charge, soit 20 mg/kg de poids dans 10 ml/kg de poids de sérum glucosé à 5% pendant 4 heures.
 - Pour l'enfant ayant reçu la quinine ou la quinidine dans les 24 heures précédentes ou la méfloquine dans les 7 jours précédents :
 - Pas de dose de charge ;
 - Passer directement à la dose d'entretien décrite ci-dessous.

- Continuer avec la dose d’entretien, soit 10 mg/kg de poids dans 5 à 10 ml/kg de poids de sérum glucosé à 5% pendant 4 heures à répéter toutes les 12 heures, jusqu’à ce que l’enfant soit capable de boire sans vomir.
- Passer à la voie orale si enfant capable de boire sans vomir :
 - Quinine per os, 3 × 10 mg/kg de poids (toutes les 8 heures), associée à la clindamycine 2 × 10 mg/kg de poids par jour jusqu’au 7^{ème} jour.
 - ou*
 - Traitement combiné à base d’artémisinine (ACT) per os pendant 3 jours (se référer à la table de posologie selon l’âge et le poids dans les fiches techniques PNLP).
- Poursuivre la quinine en perfusion avec mesures de réanimation adaptées si statuquo ou aggravation de la situation, en réduisant la dose après la 48^{ème} heure à 7-5 mg/kg de poids.
- Administrer le traitement adjuvant adapté à chaque situation (coma, hypoglycémie, convulsions, déshydratation sévère, choc, anémie grave, vomissements à répétition), en se référant aux fiches techniques PNLP.
- Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie.

3.2.4. Cas de méningite

1° Identifier la méningite

Enfant de moins de 5 ans présentant la fièvre ou antécédent de fièvre, avec signes généraux de danger et/ou raideur de la nuque et/ou autres signes cliniques évocateurs de la méningite : **Considérer comme méningite.**

2° Rechercher :

- Les signes généraux de danger : enfant incapable de boire ou de téter, et/ou vomit tout ce qu'il consomme et/ou convulse et/ou est léthargique ou inconscient ;
- Les signes évocateurs de la méningite : fontanelle antérieure bombée, raideur de la nuque, vomissements en jet, pleurs incessants, maux de tête, convulsions répétées, douleur au niveau de la nuque et/ ou du dos, éruption cutanée ou purpura ou pétéchie, refus de téter et/ou boire.

3° Confirmer le diagnostic de la méningite

- Réaliser la ponction lombaire.
- Apprécier l'aspect du liquide céphalorachidien (LCR) : (clair, trouble ou purulente).
- Réaliser la numérotation des globules blancs dans le LCR, la protéinorrhachie, la glucorrhachie et, si possible, la coloration de Gram, la coloration à l'encre de chine et la culture du LCR.
- Interpréter les résultats : pathologique si globules blancs $>100/\text{mm}^3$, glucorrhachie $<1,5$ mmol, protéinorrhachie $>0,4$ g/l, germes Gram+ si coloration Gram concluante et vice versa, identification du germe à la culture et à l'antibiogramme.

4° Prendre en charge l'enfant souffrant de méningite

- Si le LCR est trouble :
 - o Administrer les antibiotiques sans attendre les résultats de laboratoire (LCR) :
 - Administrer du chloramphenicol : 25 mg/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures associé à l'ampicilline : 50 mg/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures
 - ou*
 - Administrer du benzylpénicilline : 100 000 UI/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures, puis, passer à la voie orale dès que l'enfant est

capable de boire. La durée totale du traitement est de 10 jours.

- Remplacer par une céphalosporine de 3^{ème} génération (ceftriaxone, céfotaxime) en cas de résistance.
- Traiter les signes de gravité en présence : hypoglycémie, convulsions, coma, fièvre (se référer au protocole TETU/ABCD).
- Surveiller l'état de conscience, la fréquence respiratoire, la taille des pupilles.
- Garder l'enfant au chaud
- Rechercher d'éventuelles séquelles neurologiques avant la sortie (perte d'audition, périmètre crânien) et référer au service de kinésithérapie le cas échéant.
- Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie.

3.2.5. Cas de malnutrition aigüe sévère avec complications

1° Identifier la MAS avec complications

- Tout enfant de moins de 5 ans présentant un indice de poids-taille <-3 z-score et/ou périmètre brachial <115 mm, et/ou œdèmes nutritionnels et/ou des signes d'amaigrissement visible et sévère, associés à un signe de complication (signe général de danger, pneumonie, tirage sous-costal, déshydratation sévère, anémie grave, vomissements à répétition, fièvre $>39^{\circ}\text{C}$ ou hypothermie $<35^{\circ}\text{C}$, infection cutanée étendue, manque d'appétit) ;
- Tout enfant de moins de 5 ans présentant des œdèmes nutritionnels importants ;
- Tout enfant de moins de 5 ans souffrant de malnutrition référé du CS (UNTA, UNS) ;
- Tout enfant de moins de 5 ans revenant pour un nouvel épisode de MAS après guérison, ou après abandon du traitement dans les 2 mois précédents ;

Considérer comme MAS avec complications.

2° Prendre en charge la MAS avec complications

- Prise en charge nutritionnelle à base de lait thérapeutique
 - Commencer par le lait thérapeutique, en se conformant au protocole de la PCIMA.
 - Passer à l'ATPE si reprise d'appétit, en se conformant au protocole de la PCIMA.
- Prise en charge médicale
 - Administrer le traitement systématique en se conformant au protocole de la PCIMA.
 - Ne pas donner de quinine durant les 2 premières semaines de traitement.
 - En cas de fièvre : Ne pas donner de paracétamol ni d'aspirine en MAS.
 - Continuer le traitement systématique et surveiller si fièvre modérée ($\leq 38^{\circ}\text{C}$).
 - Assurer un enveloppement humide et surveiller si fièvre élevée ($> 38^{\circ}\text{C}$).
 - Traiter les complications selon les cas (choc, déshydratation sévère, sepsis, hypoglycémie, anémie grave, coma, convulsions, ou autre).
 - Assurer la kinésithérapie respiratoire et la réhabilitation fonctionnelle le cas échéant.
- Assurer le suivi de l'enfant à toutes étapes de la prise en charge en se conformant au protocole de la PCIMA.
- Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie.

3.3. Directives relatives à la prise en charge de l'enfant de moins de 5 ans infecté au VIH

1° Identifier une probable infection symptomatique à VIH chez l'enfant :

- Considérer comme infection à VIH probable tout enfant avec signes d'appel ci-après : pneumonie, toux persistante de plus de 30 jours, diarrhée persistante, fièvre au long cours ne répondant pas aux antipaludiques ni aux antibiotiques, retard de croissance, avec autres signes et/ou symptômes mineurs évocateurs (selon les critères de l'OMS 2006) ;
OU tout enfant référé par un CS pour infection symptomatique à VIH.

2° Confirmer le diagnostic d'infection à VIH chez l'enfant conformément à l'algorithme national de dépistage du VIH chez l'enfant.

3° Evaluer l'alimentation, la nutrition et la croissance de l'enfant exposé au VIH ou infecté par le VIH lors de la visite médicale initiale et lors des visites de suivi. A cet effet, se référer au carnet de santé de l'enfant et au Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant.

4° Classer l'infection à VIH chez l'enfant en se basant sur les paramètres cliniques et/ou biologiques
Se référer au Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant.

5° Identifier les mesures thérapeutiques appropriées
Se référer au Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant.

6° Prendre en charge l'enfant avec infection à VIH ainsi que le noyau familial
Se référer au Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant.

- Prescrire les mesures appropriées de prévention des infections opportunistes.
- Prescrire le traitement ARV approprié
- Assurer le suivi clinique et biologique.

- Procéder au DCIP aux autres membres de la famille
- Prendre en charge la cellule familiale

Se référer au Guide pratique du prestataire pour la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/Sida et des personnes affectées par le Sida.

7° Remplir correctement les outils de collecte des données.

8° Assurer la contre-référence au Centre de Santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Module de formation en Actions essentielles en nutrition pour les agents de santé et les relais communautaires.** PRONANUT, Octobre 2008.
- (2) Ministère de la santé Publique, RDC. **Carnet de santé pour les enfants de 0 à 5 ans.** PRONANUT, Août 2011.
- (3) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Protocole National de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë « PCIMA».** PRONANUT, Mars 2011
- (4) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, formation des prestataires.** Module de formation, Juin 2011
- (5) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Tri, Evaluation et Traitement d'Urgence, manuel du participant.** Edition Juin 2011
- (6) Ministère de la Santé Publique, PNLS. **Normes et directives sur l'identification, le diagnostic et la prise en charge précoce des enfants exposés et infectés par le VIH/Sida.** PNLS, 2010.
- (7) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant en RDC.** PNLS, 2010.

ANNEXES

Annexe 1 : Développement psychomoteur de l'enfant

Repères	Age d'acquisition
Premier sourire	4 à 6 semaines
Babillage	2 à 3 mois
Maintien de la tête	3 à 4 mois
Préhension palmaire	5 à 6 mois
Assis sans soutien	6 à 9 mois
Marche à quatre pattes	7 à 9 mois
Debout avec soutien	8 à 11 mois
Marche avec support	8,5 à 12 mois
Préhension pouce index	1 an
Debout sans soutien	9 à 13 mois
Marche seul	12 à 18 mois
Parle en mots isolés	21 mois
Contrôle de sphincter	3 ans

Annexe 2 : Technique de lavage des mains

Principes généraux

- Se laver les mains **avant** d'examiner et **après** avoir examiné un client (contact direct)
- Se laver les mains après avoir retiré les gants, car les gants peuvent avoir des trous.
- Se laver les mains après exposition à du sang ou à tout autre liquide (sécrétions et excréctions), même si on a porté des gants

NB : L'expérience a montré que la manière la plus efficace de renforcer l'habitude de se laver les mains est de demander aux médecins ou autres personnes respectées (modèles) de se laver régulièrement les mains et d'encourager les autres à faire de même.

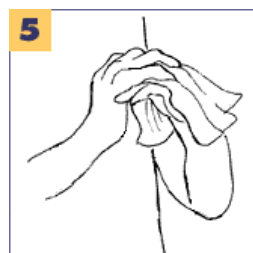
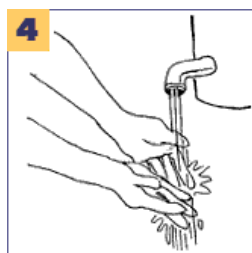
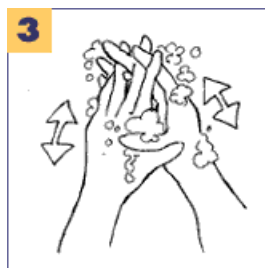
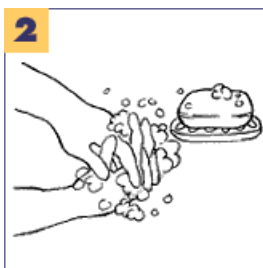
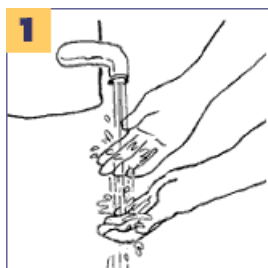
Exécution de la technique

En l'absence de robinet d'eau courante

- Utiliser une personne pour aider
- Prendre un seau d'eau et un gobelet
- Enlever les bijoux des mains et des avant-bras
- Demander à la personne-aide de verser l'eau sur les deux mains qui tiennent un savon, et sur les avant-bras
- Frotter les deux mains vigoureusement l'une sur l'autre en faisant mousser le savon
- Ne pas utiliser de brosse
- Demander à la personne de verser de l'eau jusqu'à ce que le savon disparaisse
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre ; ne pas partager les serviettes utilisées pour s'essuyer les mains

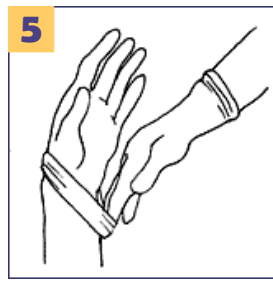
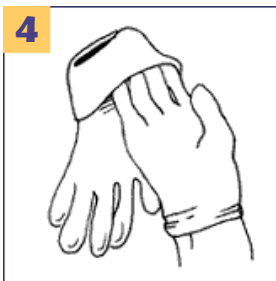
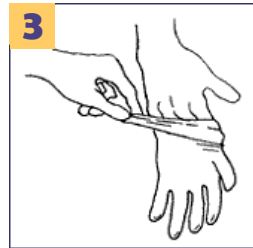
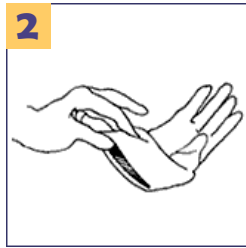
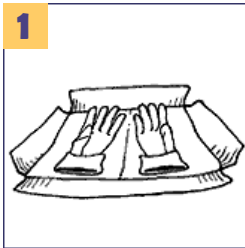
Avec robinet d'eau courante

Suivre les étapes présentées dans les figures ci-après :



Annexe 3 : Technique de port des gants

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre
- Plier les manches des gants
- Placer les gants sur un endroit propre avec les paumes vers le haut
- Prendre le premier gant par le bord plié
- Tenir le bord avec une main et mettre l'autre main dans le gant
- Si le gant n'est pas bien mis, attendre jusqu'à ce que les deux gants soient mis, avant de faire l'ajustement
- Prendre le deuxième gant par le bord plié
- Tenir le bord avec la main gantée et mettre l'autre main dans le gant
- Faire l'ajustement afin que les deux gants soient bien mis

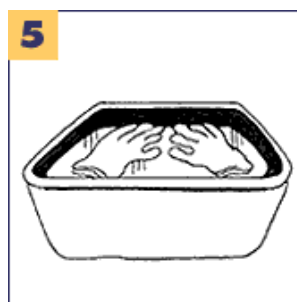
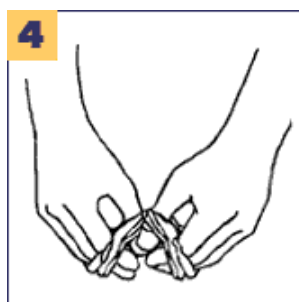
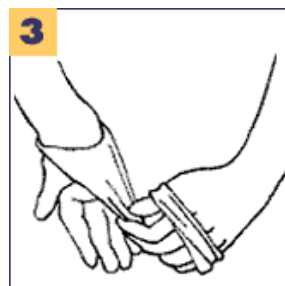
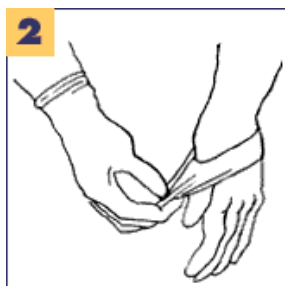


Lors de procédures chirurgicales, il faut porter des gants stériles. On recommande de se frotter les mains pendant 3 à 5 minutes avec une solution contenant de la chlorhexidine ou un iodophore. Ou alors, le personnel chirurgical peut se laver les mains avec du simple savon et, ensuite, appliquer une solution d'alcool avec un émollient et frotter jusqu'à ce qu'il soit sec.

Appliquer un antiseptique avant de mettre les gants minimise le risque de transmission des micro-organismes qui se trouvent sur les mains, en dessous des gants. C'est important, car les gants peuvent avoir des trous ou des déchirures invisibles, ou être encochés pendant l'intervention chirurgicale.

Annexe 4 : Technique de retrait des gants

- Rincer les mains gantées dans la solution de décontamination
- Saisir un des gants vers le bord et tirer le jusqu'au bord des doigts sans l'enlever
- Saisir le deuxième gant vers le bord par la main demi gantée ; tirer le gant en le retournant
- Enlever les deux gants en même temps, en prenant soins de ne pas toucher l'intérieur du gant contaminé
- Laisser les gants dans la solution de décontamination
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre



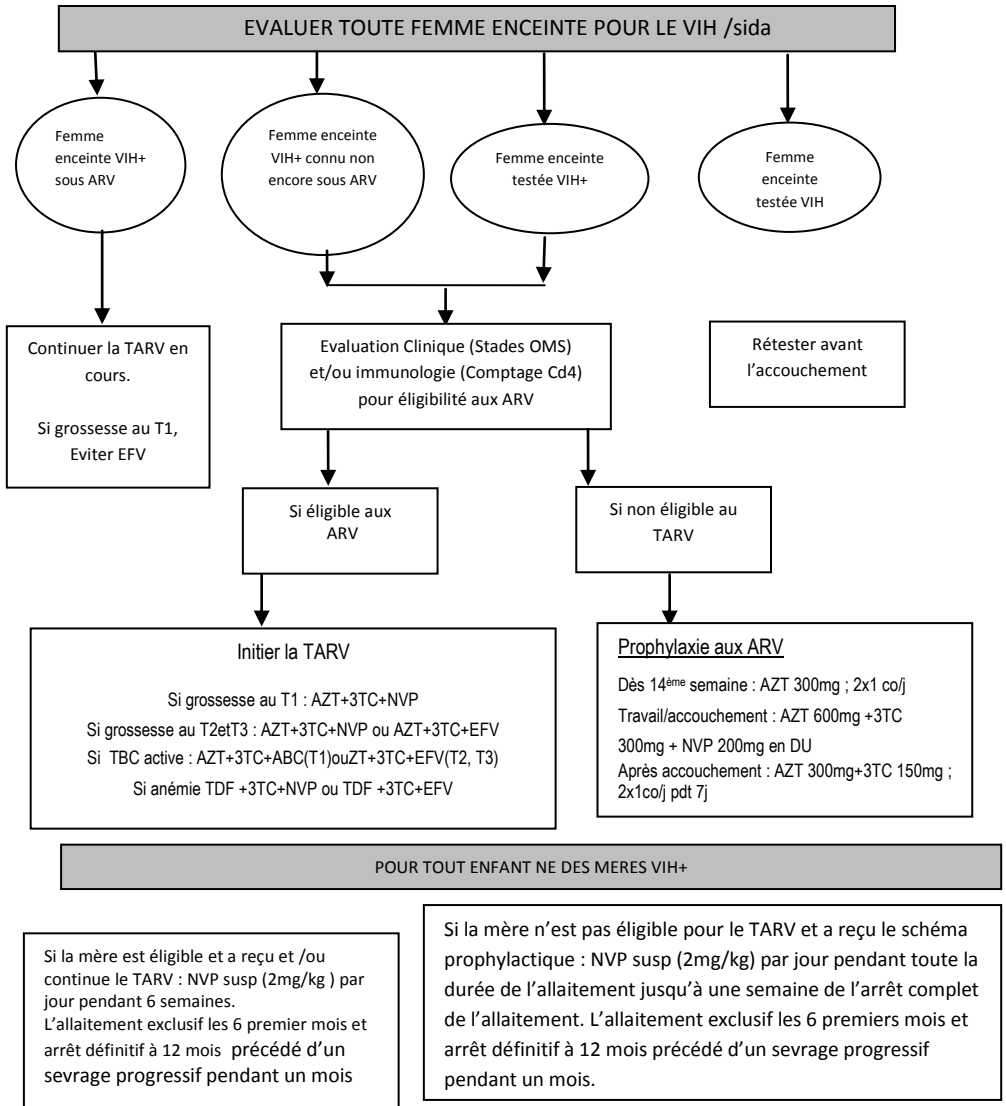
Annexe 5 : Posologie de la NVP chez le bébé exposé au VIH

Age et poids de l'enfant	Dose journalière (en une prise)	Dose journalière
0 à 6 semaines		
Enfant 2 à 2,499 kg	10 mg	1 ml
Enfant >2,499 kg	15 mg	1,5 ml
6 semaines à 6 mois		
Quelque soit le poids	20 mg	2 ml
6 mois à 9 mois		
Quelque soit le poids	30 mg	3 ml
9 mois à 12 mois		
Quelque soit le poids	40 mg	4 ml

**Annexe 6 : Posologie du cotrimoxazole (SMX/TMP) pour la
prévention des infections opportunistes liées au VIH chez
l'enfant de moins de 2 ans**

Poids	TMP/jour (mg)	Suspension SMX 200 mg/ TMP 40 mg par 5 ml	Comprimé SMX 400 mg/ TMP 80 mg
3,0 kg	30 mg	3,0 ml	¼ cé mélangé si possible avec le lait
5,0 kg	40 mg	5,0 ml	½ cé
5,9 kg	45 mg	5,5 ml	
7,9 kg	60 mg	7,5 ml	¾ cé
9,2 kg	65 mg	8,0 ml	
10,2 kg	66 mg	8,0 ml	
12,7 kg	80 mg	10,0 ml	1 cé
14,7 kg	90 mg	11,0 ml	
16,6 kg	102 mg	12,5 ml	
Fréquence : une fois par jour			

Annexe 7 : Fiche technique N : Protocole PTME chez la femme enceinte et chez l'enfant exposé au VIH



Annexe 8 : Critères AFASS

Les critères AFASS sont des critères qu'une famille PVV ou mère VIH+ doit remplir pour procéder à l'alimentation de remplacement de son enfant :

A = Acceptable : Ceci fait allusion à ce que l'on n'oblige pas la maman à pratiquer l'alimentation de remplacement. On doit bien leur expliquer le pour et le contre de ce mode d'alimentation. Ainsi la famille ou la femme procède à un choix éclairé et décide de manière souveraine et responsable.

F = faisable : On doit s'assurer que la maman /la famille a les capacités matérielles et si son environnement social permet ce mode d'alimentation.

A= Aborder : Est-ce que les moyens financiers dont dispose la mère/la famille permettent ce mode d'alimentation ?

S= Soutenable : (c'est la traduction française du mot anglais « sustainable » : est-ce l'environnement global de la mère (culturel, social, économique...) peut permettre à la maman de maintenir l'alimentation de remplacement de façon continue ?

S= Sûr : Ici on fait allusion aux mesures d'hygiène qui doivent entourer l'alimentation de remplacement. La maman est-elle capable de maintenir l'alimentation de remplacement propre chaque fois qu'elle la prépare ? Si non, c'est exposer l'enfant à des diarrhées et autres maladies pouvant l'entraîner dans la malnutrition.

Si, en parlant avec la mère VIH+, on trouve ces critères non remplis, on peut alors lui conseiller l'alimentation de remplacement, autrement dit l'allaitement artificiel. Si ces critères ne sont pas remplis, autant laisser la mère allaiter exclusivement son enfant jusqu'à six mois. Par ailleurs, les ARV administrés actuellement à partir du premier trimestre de la grossesse et poursuivis pendant toute la durée de l'allaitement, font que le risque de contamination de la mère à l'enfant est très réduit.

Source : programme National de Nutrition (PRONANUT) en RDC

**LISTE DES EXPERTS AYANT CONTRIBUE
A L'ELABORATION DU DOCUMENT**

1. GOUVERNEMENT

1.1. CABINET DU MINISTRE

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>FONCTION</u>
1	Dr KABANGE NUMBI Félix	Ministre de la Santé Publique
2	Dr MAKWENGE KAPUT Victor	Ministre Honoraire de la Santé Publique
3	Mme TSHAL Lilianne	Conseillère
4	Mme LOKOKA Nanty	Conseillère

1.2. SECRETARIAT GENERAL

a. SECRETAIRE GENERAL

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>FONCTION</u>
1	Dr LOKADI OTETE	Secrétaire Général
2	Dr MIAKALA-mia-NDOLO	Secrétaire Général Honoraire

b. SECRETARIAT ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>FONCTION</u>
1	Dr KABEYA Pilloppe	Membre/ST
2	Dr MAKAMBA Audace	Membre/ST
3	Dr MUTOMBO Elie	Membre/ ST
4	Dr MAYAKASA Charles	Membre/ ST
5	Dr MBALE IKONDE	Membre/CNP
6	MUKENGESHAYI Bitshi	Membre/CCP

1.3 DIRECTIONS CENTRALES

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>INSTITUTIONS</u>
1	Dir KALUME TUTU	D10
2	Dr ASHINGO DIALA	Expert D10
3	Dr BANINGELA Chrisostom	Expert D10
4	Dr BANONOKO Consolatrice	Expert D10
5	Dr EYULU MPELA ILONGO	Expert D10
6	Dr LUSIKILA Chantal	Expert D10
7	Dr MAVULA Baudouin	Expert D10
8	Dr MBALI BOYOMA	Expert D10
9	Dr META WANKOMBO	Expert D10
10	Dr NGINDU Dilu	Expert D10
11	Dr YAMBA YAMBA	Expert D10
12	Dr ZOLA Nene	Expert D10
13	MEMBO NZO-NZIMBU	Expert D10
14	MITUMPU NSIONA BASILE	Expert D10
15	Dir NGUMBU MABANZA	D1
16	AG. HIOMBO Phillippe	Expert D1
17	AG KAHODI OMOMBO	Expert D1
18	Dir MBOMBO KABANTU	D2

19	CD BONKONDI Egide	Expert D2
20	Dr MONGOLO MOLENGI	Expert D2
21	AG ILOS'OJIBANGO Jollivin	Expert D2
22	Dir NGELEKA MUTOLO	D3
23	Phcien KALALA	Expert D3
24	Phcienne MBEU Ghislaine	Expert D3
25	Phcien LEPUGE M.	Expert D3
26	Dir KEBELA Benoit	D4
27	Dr BEYA EFINI Christian	Expert D4
28	Dr MONDONGE Vital	Expert D4
29	YOKA EBENGO Denis	Expert D4
30	Dir MUKENGESHAYI Marcel	D5
31	Phcienne KIMBAMBU Germaine	Expert D5
32	AG. NGANDU	Expert D5
33	Dr BOJI Chantal	Expert D5
34	Dr TSHOMBA Charlie	Expert D5
35	Dr KAYA Guylain	Expert D5
36	Dr THETHE Sylvie	Expert D5
37	Ir. LUMBAYI Jean Paul	Expert D5
38	Dr FARAY ASSUMANY	Expert D5
39	Dir KOMBA DJEKO	D6
40	C.B. NDUAYA NDUAYA	Expert D6
41	KAPONGO Jean	Expert D6
42	Dir KALAMBAYI TEMBWA	D7
43	Dir EPUMBA BERTIN	D7 adjoint
44	Dir MALABA MUYANJI	D8
45	DUMBO TSHAMOBA Patrick	Expert D8
46	Dir KWENGANI MAVAR Benjamin	D9
47	AG KISESA TANGU BALAK	Expert D9
48	Dr KUMUTIMA Clarisse	Expert D9
49	Dir BODY ILONGA	D11
50	Dr BANZWA Berthe	Expert D11
51	Dr KABEYA Duda	Expert D11
52	Dr MOUCKA Jean-Pierre	Expert D11
53	Dir WELO Albert	D12
54	Dr MASENGU ILUNGA	Expert D12
55	MASSIALA Nana	Expert D12
56	Dir NGILO ZAGBALI	D13
57	Ir LUPANTCHIA Paul	Expert D13
58	Dr KASONGO Albert	Expert

1.4 PROGRAMMES SPECIALISES

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>INSTITUTIONS</u>
1	Dr MULUMBA Audry	Dir PEV
2	AKARASIS MAKASAS	Expert PEV
3	Dr MATAMBA TSHINGOMBE	Dir PNAM
4	KATELE André	Expert PNAM
5	NSENGA Nadine	Expert PNAM
6	Dir Prof LUKUNKU Vincent	Expert PNCPS
7	Dr YUMA	Expert PNCPS
8	Dr NDAKAKANU	Expert PNCPS
9	CD KOTA MACHAFU Annie	Expert PNCPS

1. AGENCES DE L'ONU

1.1. OMS

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr KINI Brigitte	
2	Dr MBUYI KABULEPA Marie Claude	
3	Dr COMPAORE ISSAKA Pierre	
4	Dr NKIERE Nico	
5	Dr MPOYI Etienne	
6	FWELO Marie-Claire	
7	Dr MANZENGO Casimir	

1.2. UNICEF

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr Celestino COSTA	
2	Dr Alphonse NTOKO	
3	Dr WAZEYH Stephen	
4	Dr KAZADI Thierry	
5	Dr MBU Bernadette	
6	Dr MUSUAMBA Gertrude	
7	Dr TRAORE Célestin	
8	HOUNGBEDJI KOFFI ANGE	
9	BUGANDWA Innocent	
10	Dr MACOURA OULARE	
11	Dr Laurent KAPUND	
12	Dr TOGOLA SAYIRI	

1.3. UNFPA

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr SHAMWOL	
2	EKE Henriette	
3	Dr BILANDA NDELE	
4	Dr KAWENDE Bora	
5	Dr NEMADJARE Théophile	

2. ORGANISMES DE COOPERATION

BI ET MULTI LATERALES

2.1. UE

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr MULOHWE KASONGO	

2.2. USAID

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Prof. PIRIPIRI Lina	

2.3. USG/USAID

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	LONGONDO ETENI	

2.4. GTZ

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr CAMARA Adama	
2	Dr Diana	

3. ONG/ SANTE

3.1. ABEF ND

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	KATUMBAYI Isaac	
2	KABONGO MAKWER Willy	
3	NTATUKIDI MULOBO Nancy	

3.2. ASF/PSI

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr SELEGO Chalet	
2	Dr NTOYA Ferdinand	

3.3. AXxes

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr MPUNGA Michel	
2	Dr NSIALA Adrien	

3.4. C-CHANGE/USAID

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	
1	Mme CHIRWISA Flora	

3.5. CRS

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr KITU N.	
2	Dr PETELO	

3.6. ESP/UNC

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr OKITOLONDA Vitus	

3.7. EGPAF

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	KIBUNGU Jocelyne	

3.8. FHI 360

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr MAYALA MABASI	
2	ENGETELE Elodie	

1.1. HANDICAP INTERNATIONAL

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Expert

- 1 Dr NDONA Jackie

1.2. IPS

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr TONA TSALA
- 2 KAPITA Dady

1.3. IRC

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr NGOY Pascal
- 2 Dr MASHANT Emilio
- 3 Dr BOUBAKAR TOURE +
- 4 Dr AVELEDI Blandine

1.4. MCHIP/USAID

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr KANZA NSIMBA
- 2 Dr LUNTADILA Papy

1.5. MEMISA

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 MBIKALE Florimond
- 2 MANZANZA Jules

1.6. MSH (WASHINGTON, SPS, PROSANI)

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr TSHITETA Philippe
- 2 Dr OUSMANE FAYE
Dr ANDRIANANDRASANA
- 3 Gilbert
- 4 Mme ZIKUDIEKA Lucie
- 5 Dr KOY MATILI
- 6 MUNONGO Ben
- 7 Dr MBUYI Ninette
- 8 Dr GIKAPA John
- 9 DEROSENA Michael Ray
- 10 Ph. MASSAMBA Cyrille

1.7. PATH/MCHIP

N° NOMS/POST NOMS QUALITE :
Experts

- 1 Susheela ENGELBRECHT
- 2 Dr NARAYANAN Indira

1.8. SAVE THE CHILDREN

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr SAGNO Kalil

1.9. BDOM

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Médecin Dir

- 1 Dr Bénédicte CLAUS
(pour référence)

1.10. SERVICE MEDICAL ARMEE DU SALUT

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Médecin
Dirr

- 1 Dr N'KU IMBIE
(pour référence)

2. PROJET**1. PARSS**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Expert

- 1 Dr WANGATA Jacques

3. SOCIETE CIVILE

N° NOMS/POST NOMS QUALITE :
Expert UNAAC
Expert UNAAC

- 1 SAMUKUNGU PATRICE
- 2 MBOMBO Louise