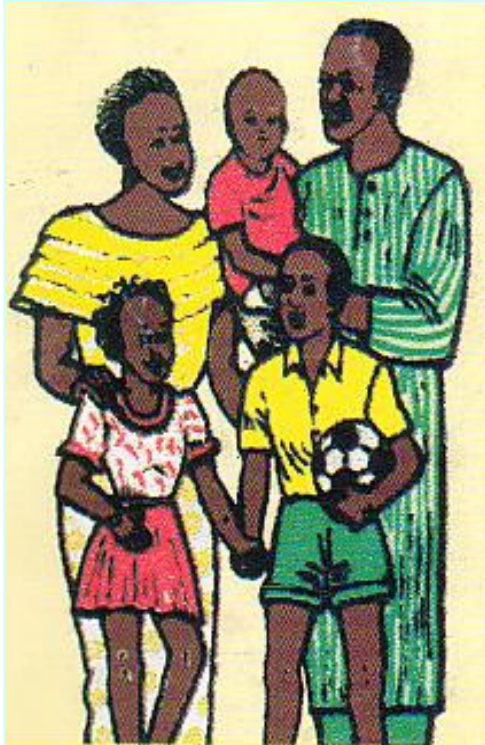


# SANTE FAMILIALE

# BENIN



## PROTOCOLES DES SERVICES DE SANTÉ FAMILIALE

**VOLET ENFANT**

**Ministère de la Santé – Direction de la Santé de la Mère et de l’Enfant**

*Produit en Novembre 2002 Appui : IntraHealth/USAID*

*Révisé en Février 2006 Appui : OMS, UNFPA*

*Révisé en Décembre 2015 Appui : UNICEF*

PREFACE.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
REMERCIEMENTS .....	v
GUIDE DE L'UTILISATEUR.....	vi
LISTE DES ABREVIATIONS .....	vii
<i>Composante 1 : Maternité à moindre risque/Néonatalogie .....</i>	1
<i>Activité 1: Donner les premiers soins au nouveau-né à la maternité.....</i>	1
<i>Activité 2 : Faire l'examen systématique du nouveau-né.....</i>	5
<i>Activité 3 : Réanimer le nouveau-né en salle d'accouchement .....</i>	11
<i>Composante 2 : Néonatalogie .....</i>	13
<i>Activité 1 : Prendre en charge l'asphyxie néonatale .....</i>	13
<i>Activité 2: Prendre en charge le nouveau-né traumatisé.....</i>	16
<i>Activité 3 : Prendre en charge le nouveau-né infecté .....</i>	19
<i>Activité 4 : Prendre en charge le nouveau-né de faible poids.....</i>	24
<i>Activité 5 : Prendre en charge le nouveau-né ictérique .....</i>	29
<i>Activité 6: Prendre en charge le nouveau-né de gros poids.....</i>	33
<i>Activité 7: Prendre en charge le nouveau-né présentant une malformation congénitale .....</i>	36
<i>Composante 3: Enfants apparemment sains .....</i>	40
<i>Activité 1: Faire la consultation des enfants sains de 0 à 3 ans .....</i>	40
<i>Composante 4: Enfant malade .....</i>	45
<i>Activité 1: Prendre en charge l'enfant malade de 0 à 5 ans selon la procédure PCIME.....</i>	45
<i>Activité 2 : Trier les enfants malades en vue d'assurer l'Evaluation et le Traitement d'Urgence .....</i>	46
<i>Composante 5: Enfant drépanocytaire .....</i>	52
<i>Activité 1: Prendre en charge l'enfant drépanocytaire.....</i>	52
<i>Composante 6 : Malnutrition Aigüe Sévère chez l'enfant .....</i>	57
<i>Activité 1: Prendre en charge l'enfant atteint de malnutrition aigüe sévère .....</i>	57
<i>Composante 7 : Enfant infecté par le VIH .....</i>	63

<i>Activité 1: Prendre en charge l'enfant infecté par le VIH</i> .....	63
Annexe VIH.....	65
Liste des participants aux différents ateliers de développement des Protocoles .....	71
Liste des participants aux différents ateliers de mise à jour des Protocoles de santé familiale « Volet enfant » (2015) .....	72
GLOSSAIRE .....	73
Références .....	75

## PREFACE

Le Bénin, à la conférence d'Alma Ata en 1979, a souscrit à l'objectif « santé pour tous d'ici à l'an 2000 », puis au concept de santé de la reproduction (SR) à la conférence internationale de population et de développement (CIPD) tenue au Caire en 1994.

L'atteinte des objectifs subséquents à ces engagements, requiert la mise en place des guides nationaux de référence dans la stratégie d'amélioration de la qualité des services pour le mieux-être de la famille. Il s'agit des guides nationaux de :

- politique, normes et standards de services de santé familiale ;
- protocoles de services de santé familiale.

A cet effet, après la révision des politique, normes et standards de service de santé familiale, ces protocoles ont été élaborés pour les rendre opérationnels. Ils sont rédigés par des cadres nationaux acteurs des services de santé familiale, pour les prestataires de terrain.

Ils définissent les activités, les tâches et les gestes logiques et chronologiques requis pour l'exécution des services de santé familiale, à chaque niveau de la pyramide sanitaire, en tenant compte des droits des clients.

Les protocoles prennent en compte les quatre volets de la santé de la reproduction et leurs composantes telles que définies par les politique, normes et standards en santé familiale :

- Volet santé de la femme;
- Volet santé de l'enfant;
- Volet santé des jeunes;
- Volet santé de l'homme ;
- Composantes communes : la planification familiale, l'infertilité, les IST/SIDA, les pratiques néfastes à la santé de la reproduction et la prévention des infections.

Les protocoles contribuent à renforcer l'intégration des services de santé familiale et serviront également de base à l'actualisation des curricula de formation qui permettront de standardiser la formation et les prestations de service à tous les niveaux. C'est enfin un instrument de travail et de supervision qui se veut dynamique à travers les expériences acquises sur le terrain et les résultats des recherches en santé familiale.

Par conséquent, ces protocoles de services de santé familiale doivent être actualisés périodiquement, largement diffusés et utilisés d'une manière adéquate à l'effet d'assurer l'offre du Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI) afin d'améliorer l'état de santé de nos populations.

*Le Ministre de la Santé*



Docteur Pascal DOSSOU-TOGBE

## **REMERCIEMENTS**

Le Ministre de la Santé présente ses sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation et à l'actualisation des protocoles de services de santé familiale, en l'occurrence :

- les membres du groupe technique de rédaction et de révision
- les partenaires au développement notamment OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, Banque Mondiale,

Le Ministère de la Santé est reconnaissant à de nombreuses personnes de l'aimable assistance qu'elles ont bien voulu apporter à la rédaction et la révision de ce précieux document.

Enfin, le Ministre tient à exprimer sa gratitude à l'USAID et à PRIME/Intrah dont la généreuse contribution financière et technique a rendu possible la réalisation du présent ouvrage puis à l'UNICEF pour son appui technique et financier à sa révision en 2015.

## GUIDE DE L'UTILISATEUR

Le présent document des protocoles indique les procédures à suivre pour une prise en charge cohérente des patient(es)/client(es) des services de santé familiale. Il décrit les étapes et gestes logiques et chronologiques nécessaires à l'offre de services de qualité pour chaque procédure. Il est basé sur la politique, les normes et standards de services de santé familiale définis par le Ministère de la Santé.

Le document comprend principalement :

- Les protocoles du volet de santé de la femme et ses composantes;
- Les protocoles du volet de santé de l'enfant et ses composantes;
- Les protocoles du volet de santé des jeunes et ses composantes;
- Les protocoles du volet de santé de l'homme et ses composantes;
- Les protocoles des composantes communes : la planification familiale, l'infertilité, les IST/VIH/SIDA, les pratiques néfastes à la santé de la reproduction et la prévention des infections.

Les différentes sections du document sont présentées sous forme de succession de gestes logiques à suivre par le prestataire de services dans la prise en charge des patient (es)/client (es) par niveau d'exécution du Centre de Santé (CS) jusqu'au niveau le plus élevé qu'est le Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Bien que les prestataires de services soient les premiers utilisateurs de ces protocoles, les formateurs, superviseurs, encadreurs de stage, tuteurs et évaluateurs devront les utiliser pour veiller à la qualité des services dispensés par le personnel clinique sous leur responsabilité.

Pour chaque étape, lire les informations selon le niveau de la pyramide sanitaire auquel vous vous situez.

Parfois, les informations sont regroupées quand elles s'appliquent à plusieurs niveaux. Quel que soit le niveau de la pyramide auquel vous vous situez, il faut vérifier que le contenu du niveau précédant ne s'applique pas à votre niveau.

Cela vous permet d'avoir toutes les informations relatives à l'étape que vous voulez consulter dans le document. Si vous voyez «Idem», il faudra lire les informations du niveau précédant qui s'appliquent aussi bien au niveau de la pyramide auquel vous travaillez. Si vous voyez « Non Applicable », l'étape en question n'est pas recommandée pour le niveau concerné.

Ces protocoles doivent être accompagnés de certains algorithmes qu'il n'a pas été nécessaire de reprendre à cause de leur existence dans d'autres documents

nationaux qui existent déjà dans les formations sanitaires et dont les prestataires sont initiés à leur utilisation. C'est le cas du document national de prise en charge des cas des IST dont les procédures sont présentées sous forme d'« arbre de décision » qui doivent être lus de haut en bas et généralement de gauche à droite, le livret des tableaux de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et le document national de guides thérapeutiques.

Avant d'appliquer ces protocoles, les utilisateurs formés à leur utilisation devront les lire attentivement afin de se familiariser avec les différents gestes logiques et procédures cliniques qui y sont décrits.

Vous pouvez utiliser ces protocoles de différentes manières :

- les avoir à disposition à tout moment dans votre clinique ou formation sanitaire ;
- les lire avant d'appliquer chaque procédure clinique ;
- les revoir si nécessaire après avoir effectué une procédure ;
- les utiliser pour élaborer du matériel de formation;
- les utiliser pour élaborer des outils de supervision ou d'évaluation ;
- les avoir avec vous chaque fois que vous aurez à discuter de l'une ou l'autre procédure avec votre superviseur, évaluateur ou au cours de la rencontre avec votre formateur ou encadreur.

Ces protocoles qui sont dynamiques seront mis à jour périodiquement selon l'évolution scientifique, pour que les étapes et gestes décrits soient toujours valides. A cet effet, nous invitons tous les utilisateurs à signaler aux autorités médicales compétentes par niveau (zone sanitaire, départemental et national), les protocoles qui nécessitent une révision.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ABO</b>	: Système ABO des groupes sanguins	<b>LCR</b>	: Liquide Céphalo-Rachidien
<b>AMPD</b>	: Acétate de Médroxyprogestérone-Dépôt	<b>MAMA</b>	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
<b>Bilirubine C</b>	: Bilirubine Conjuguée	<b>mg</b>	: Milligramme
<b>Bilirubine T</b>	: Bilirubine Totale	<b>MGF</b>	: Mutilation génitale féminine
<b>BW</b>	: Bordet-Wasserman (Test de détection de la syphilis)	<b>min</b>	: Minute
<b>CHD</b>	: Centre Hospitalier Départemental	<b>ml</b>	: Millilitre
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire	<b>NFS</b>	: Numération et Formule Sanguine
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale	<b>O<sub>2</sub></b>	: Oxygène
<b>CRP</b>	: C-Reactive Protein	<b>ORL</b>	: Oto-Rhino-Laryngologie
<b>CS</b>	: Centre de Santé	<b>P</b>	: Poids
<b>DDR</b>	: Date des Dernières Règles	<b>PCIME</b>	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>DIU</b>	: Dispositif Intra-Utérin	<b>PF</b>	: Planification Familiale
<b>DP</b>	: Densité Parasitaire	<b>PGE<sub>1</sub></b>	: Prostaglandine E <sub>1</sub>
<b>ECBU</b>	: Examen Cytobactériologique des Urines	<b>PIC</b>	: Plan Intégré de Communication en SMNE
<b>ECG</b>	: Electrocardiogramme	<b>PMA</b>	: Procréation Médicalement Assistée
<b>EEG</b>	: Electroencéphalogramme	<b>PTME</b>	: Prévention de la Transmission Mère – Enfant du
<b>ETF</b>	: Echographie Trans-Fontanelle	<b>PSA</b>	: Prostate Specific Antigen (Antigène Spécifique de la Prostate)
<b>FS</b>	: Frottis Sanguin	<b>RAI</b>	: Recherche d'Agglutinines Irrégulières
<b>g</b>	: Gramme	<b>RCIU</b>	: Retard de Croissance Intra-Utérine
<b>G6PD</b>	: Glucose-6-Phospho-Déshydrogénase	<b>RDV</b>	: Rendez-Vous
<b>GE</b>	: Goutte Epaisse	<b>Rh</b>	: Rhésus
<b>GEU</b>	: Grossesse Extra-Utérine	<b>RPR</b>	: Rapid Protein Reaction
<b>h</b>	: Heure	<b>Rx</b>	: Radiographie
<b>Hb</b>	: Hémoglobine	<b>SIDA</b>	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
<b>HBB</b>	: Helping Babies Breathe	<b>SMNE</b>	: Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
<b>HBP</b>	: Hypertrophie Bénigne de la Prostate	<b>SMI</b>	: Santé Maternelle et Infantile
<b>HCG</b>	: Hormone Gonadotrophique Chorionique	<b>SR</b>	: Santé de la Reproduction
<b>HTA</b>	: Hypertension Artérielle	<b>T°</b>	: Température
<b>HZ</b>	: Hôpital de Zone	<b>TA</b>	: Tension Artérielle
<b>IEC</b>	: Information, Education, Communication	<b>TPHA</b>	: Treponema Pallidum Hemagglutinine Assay (test de détection de la syphilis)
<b>IIC</b>	: Injection Intra-Caverneuse	<b>TR</b>	: Toucher Rectal
<b>IM</b>	: Intra-Musculaire	<b>TV</b>	: Toucher Vaginal
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles	<b>VAT</b>	: Vaccination Antitétanique
<b>IV</b>	: Intraveineux	<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>IVG</b>	: Interruption Volontaire de Grossesse	<b>VS</b>	: Vitesse de Sédimentation
<b>j</b>	: Jour		
<b>kg</b>	: Kilogramme		

## Composante 1 : Maternité à moindre risque/Néonatalogie

### Activité 1: Donner les premiers soins au nouveau-né à la maternité

#### Définition

C'est l'ensemble des gestes pratiqués sur l'enfant à la naissance (et juste après) pour rétablir ou conserver sa santé.

#### Règle Générale :

– Effectuer tous les gestes avec asepsie et douceur

Etapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Préparer la naissance</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Référer toute femme en travail d'accouchement</li><li>– Référer immédiatement toute femme ayant accouché à domicile après avoir assuré au nouveau-né la protection contre le froid (tenir au chaud avec bonnet, chaussons, contact peau à peau)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Rassembler le matériel : boîte d'accouchement et matériel de réanimation (Gants stériles, serviettes ou pagnes propres et secs, bonnet, ciseaux, fil de ligature ou clamp, aspirateur de mucosité, ballon de ventilation + masque adapté, stéthoscope, chronomètre ou montre)</li><li>– Vérifier le bon fonctionnement du matériel et son état de propreté.</li><li>– Réviser les principes et gestes de réanimation</li><li>– Disposer d'un tableau du score d'Apgar</li><li>– Prendre les dispositions pour lutter contre l'hypothermie : maintenir la température de salle à 28°C (thermomètre mural), arrêter les climatiseurs, arrêter les brasseurs, éviter d'exposer la table d'accouchement et le coin de réanimation au courant d'air.</li></ul>		
<b>2. Recueillir le nouveau-né</b>	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"><li>– Relever l'heure de naissance et l'annoncer à haute voix</li><li>– Recueillir le nouveau-né, le déposer dans un linge propre et sec posé sur le ventre de sa mère, le sécher</li><li>– Eliminer le linge humide</li><li>– Mettre le bébé sur le ventre de sa mère pour créer le contact peau à peau</li><li>– Couvrir les deux avec un linge propre et sec puis demander à la mère de tenir le bébé</li><li>– S'assurer qu'il n'y a pas un autre bébé à naître</li><li>– Changer de gant si possible</li></ul>		
<b>3. Evaluer la vitalité du nouveau-né</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>– S'assurer du cri et/ou de la respiration<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Si Nouveau-né ne crie pas et/ou ne respire pas : Réanimation selon l'approche HBB</li><li>➤ Si Nouveau-né crie et/ ou respire : Evaluer le score d'Apgar</li></ul></li></ul>		

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>4. Clamper, ou ligaturer, sectionner le cordon ombilical</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Laisser le cordon cesser de battre (2 minutes)</li> <li>– Clamper le cordon ou le ligaturer à 2 cm et 5 cm de l'abdomen de l'enfant et couper entre les liens à l'aide d'un instrument stérile.</li> </ul>		
<b>5. Instaurer les Soins usuels</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prévention de l'hypothermie : contact peau à peau, température de la salle à 28°C</li> <li>➤ Examen sommaire</li> <li>➤ Soins du cordon : nettoyer avec la Chlorhexidine 4% et laisser à l'air libre</li> <li>➤ Soins des yeux : collyre (2 gouttes) ou pommade, une seule fois</li> <li>➤ Administration Vit K1 naturelle : (1mg en IM si poids de naissance supérieur à 2500g ou 0,5 mg si poids de naissance inférieur à 2500g ; si voie orale doubler la dose)</li> <li>➤ SAT (750 UI en IM) si mère non vaccinée ou si VAT2 &lt;15j avant l'accouchement</li> <li>➤ Mise au sein dans l'heure qui suit la naissance</li> <li>➤ Habillage du bébé y compris bonnet et chaussons</li> <li>➤ Identification du nouveau-né par un brassard</li> <li>➤ Mensurations : poids, taille, PC</li> <li>➤ Remplissage de la fiche de naissance</li> <li>➤ Toilette (6 heures après la naissance)</li> </ul>		
<b>6. Faire l'examen du nouveau-né</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Voir examen systématique du nouveau-né (activité n°2)</li> </ul>		
<b>7. Surveiller le nouveau-né</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Surveiller le nouveau-né toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures puis toutes les 30 minutes pendant les deux heures suivantes et toutes les heures les cinquième et sixième heures : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la coloration (nouveau-né rose)</li> <li>• le cri</li> <li>• la respiration</li> <li>• la gesticulation</li> <li>• la température axillaire</li> <li>• les premières urines (émission &lt; 24 heures)</li> <li>• les premières selles (émission &lt; 36 heures)</li> <li>• le comportement au sein (vérifier : positionnement, bonne prise du sein, succion efficace)</li> </ul> </li> </ul>		

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>8. Donner des conseils</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire à la nouvelle accouchée au moins deux visites de suivi pendant la première semaine qui suit l'accouchement</li> <li>- Promouvoir les pratiques essentielles chez l'accouchée (voir Pratiques Familiales Essentielles dans PIC)</li> <li>- Apprendre à l'accouchée, son conjoint et aux collatéraux à reconnaître les signes de danger chez le nouveau-né et à se rendre immédiatement au CS le plus proche</li> <li>- Apprendre à la nouvelle accouchée à tenir l'enfant au chaud</li> <li>- Faire à tous les nouveau-nés au moins deux visites pendant la 1<sup>ère</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Remplir le carnet de santé et les registres</li> <li>➤ Garder et surveiller le nouveau-né à la maternité pendant au moins 48 heures (éléments de surveillance : coloration de la peau, température, comportement au sein, méconium, urine respiration)</li> <li>➤ Vacciner le nouveau-né avant la sortie de la maternité (BCG, Polio 0)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseiller sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les techniques de mise au sein</li> <li>• L'allaitement maternel exclusif jusqu' à six (6) mois, l'importance du colostrum</li> <li>• Les vaccinations (importance, calendrier vaccinal et respect du calendrier vaccinal)</li> <li>• La consultation d'enfants sains</li> <li>• L'alimentation de la mère + supplémentation en vitamine A 200.000 UI en prise unique après accouchement, l'administration de fer 200mg 1cp/j et acide folique 5mg 1cp/j pendant 45 jours</li> <li>• La planification familiale (espacement des naissances)</li> <li>• Les soins quotidiens du nouveau-né par la mère : (toilette, habillage, lavage des mains)</li> <li>• La surveillance du nouveau-né (alimentation, urines, selles...)</li> <li>• L'utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILD)</li> <li>• Le recours approprié et rapide aux soins (difficultés à téter ou refus de téter, fièvre, respiration rapide ou difficile, présence de sang dans les selles, coloration jaune de la peau, convulsion, hypotonie)</li> </ul> </li> </ul>		

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
	<p>semaine de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprendre à la mère, le conjoint et aux collatéraux à réchauffer le nouveau-né si nécessaire</li> <li>- Informer toutes les accouchées, les conjoints et les collatéraux sur les signes de danger chez les nouveau-nés au cours des visites à domicile en se servant des cartes conseils</li> <li>- Apprendre à la nouvelle accouchée les techniques de mise au sein lors des visites à domicile</li> </ul>			

**9. Faire les soins  
Spécifiques**

- Assurer les soins spécifiques aux enfants nés de mère VIH positif (Protocole PTME & PEC pédiatrique du VIH)
- Prendre en charge les faibles poids de naissance (voir composante 2, activité 4)
- Vacciner le nouveau-né contre l'hépatite B dans les 24 premières heures si mère porteuse de l'antigène du virus de l'hépatite B quel que soit le statut de la mère
- Faire l'examen et les traitements spécifiques en cas de toxoplasmose, rubéole congénitale, et de syphilis congénitale.....

## Composante 1 : Maternité à moindre risques/Néonatalogie

### Activité 2 : Faire l'examen systématique du nouveau-né

#### Définition

C'est l'examen complet obligatoire du nouveau-né réalisé avant sa sortie de la maternité en vue d'évaluer son état aux fins de dépister les maladies et malformations éventuelles.

#### Modalités :

##### ➤ *Moment :*

– Avant la sortie de la maternité.

##### ➤ *Matériels :*

- Table d'examen ou plan dur ;
- Drap ou pagne propre ;
- Asepsie: eau propre, savon, serviette propre, solution hydro-alcoolique ;
- Pèse-bébé, toise, mètre ruban, thermomètre, abaisse-langue et stéthoscope ;
- Dossier obstétrical, carnet de santé de la mère et carnet de santé de l'enfant.

##### ➤ *Conditions d'examen :*

- Enfant nu mais éviter le froid (température ambiante autour de 28 °C ; à l'abri du courant d'air) ;
- En présence de la mère ou d'un parent ;
- A distance des repas ;
- Faire les gestes avec douceur ;
- Respect de l'asepsie.

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir l'accouchée et son enfant</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Saluer la mère</li> <li>– Offrir un siège</li> <li>– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe</li> <li>– Mettre en confiance</li> </ul>		
<b>2. Mener l'Interrogatoire</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prendre connaissance et analyser les informations contenues dans le carnet de santé de la mère ou le dossier obstétrical</li> <li>– Rechercher les facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> <li>• terme de la grossesse, gestité, parité</li> <li>• antécédents d'avortement, d'ictère néonatal et de décès néonatal</li> <li>• maladies pendant la grossesse (paludisme, infection urinaire, hypertension artérielle, diabète, drépanocytose et autres)</li> <li>• rupture prématurée des membranes supérieure à 18h</li> <li>• notion de souffrance fœtale aiguë</li> <li>• fièvre maternelle péri partum</li> <li>• liquide amniotique teinté ou fétide</li> <li>• n'a pas crié aussitôt</li> <li>• notion de réanimation</li> <li>• poids à la naissance (faible poids de naissance, gros bébé)</li> <li>• vaccination antitétanique non à jour chez la mère</li> <li>• ictère néonatal précoce</li> </ul> </li> <li>– Demander si le nouveau-né tète bien, s'il a eu ses premières urines et ses premières selles</li> </ul>		
<b>3. Faire l'examen physique</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se laver les mains à l'eau et au savon ou se désinfecter les mains avec une solution hydro-alcoolique</li> <li>– Prendre la température, le poids, la taille et le périmètre crânien</li> <li>– Faire l'inspection générale du corps pour rechercher les malformations visibles, apprécier la coloration et l'aspect de la peau, la quadri flexion et la gesticulation spontanée</li> <li>– Faire l'examen de la tête aux pieds : Voir étape 3 de l'activité 7 relative aux anomalies congénitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se laver les mains à l'eau et au savon ou se désinfecter les mains avec une solution hydro-alcoolique</li> <li>– Idem CS</li> <li><b>Conclusion :</b> Idem CS +</li> <li>– Remplir le registre et le carnet de santé du nouveau-né</li> <li>– Faire le dossier médical</li> </ul>	

- Regarder et palper le crâne (bosse sérosanguine, céphalématome, fontanelles)
- Regarder le visage (le front, les yeux, le nez, la bouche, les oreilles) et le cou
- Regarder attentivement :
  - la respiration (rythme régulier 40 -60 mouvements/min)
  - l'abdomen
  - l'anus
  - les organes génitaux externes
  - le dos
- Vérifier la perméabilité des orifices regarder les membres
- Examen neurologique : rechercher les réflexes archaïques (suction, quatre points cardinaux, Moro, agrippement, enjambement, extension croisée, marche automatique...), éveil, tonus passif, tonus actif, comportement

**Conclusion :**

***Nouveau-né sain si grossesse et accouchement sont sans perturbation***

- Grossesse et accouchement sans problème
- Examen clinique (interrogatoire et examen physique) normal
- Poids > 2500g
- Taille : 50cm
- PC : 35cm
- Pas de malformation
- Cri vigoureux
- Différents organes normaux

***Nouveau-né à risque de maladie si la grossesse et l'accouchement ont été perturbés :***

- Grossesse et/ou accouchement, perturbés
  - RPM de plus de 18 heures

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• LA méconial ou fétide</li> <li>• Fièvre maternelle</li> <li>• Infection urogénitale maternelle</li> </ul> – Poids < 2500g – Examen physique normal,  <b><i>Nouveau-né malade si l'examen clinique est anormal :</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Examen physique anormal               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté respiratoire</li> <li>• Coloration bleue, jaune, blanche</li> <li>• Gesticulation faible ou absente</li> <li>• Malformation évidente</li> </ul> </li> <li>– Informer la mère du résultat de l'examen et éventuellement de la décision de référence</li> <li>– Remplir le registre et le carnet de santé de l'enfant</li> </ul>		
<b>4. Faire des examens complémentaires</b>			– Selon le tableau clinique	
<b>5. Instaurer le traitement</b>	Non Applicable	– Nouveau-né sain (normal) : soins usuels ou routiniers (voir « soins au nouveau-né à la maternité »)  – Nouveau-né malade : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garder le nouveau-né au chaud</li> <li>• Donner la première dose d'antibiotique (Ampicilline 100mg/Kg en IM)</li> <li>• Informer la mère sur l'état de l'enfant et la référence</li> <li>• REFERER D'URGENCE à l'hôpital</li> </ul> – Nouveau-né à risque de maladie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garder au CS pendant 72 heures</li> <li>• Lutter contre l'hypothermie</li> <li>• Allaitement Maternel Exclusif</li> <li>• Soins usuels (routiniers)</li> <li>• Amoxicilline suspension 125mg, 5ml matin et soir pendant 5 jours</li> </ul>	– Traiter ou surveiller le nouveau-né à risque de maladie – Traiter le nouveau-né malade – Référer les cas dépassant les capacités de prise en charge du HZ/CHD	– Traiter ou surveiller les nouveau-nés à risque de maladie  – Traiter le nouveau-né malade

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Demander à la mère d’informer le relais communautaire dès son retour du lieu de référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller le Nouveau-né selon le rythme décrit dans la composante 1 activité 1</li> <li>• Conseiller la mère comme décrit dans la composante 1 activité 1</li> </ul>		
<b>7. Prendre congé</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dire à la mère de respecter les rendez-vous fixés</li> <li>– Demander à la mère de se présenter avec l'enfant dès son retour du lieu de référence</li> </ul>		
<b>8. Faire le suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire au moins deux visites à domicile au cours de la première semaine de vie</li> <li>• Si présence de signe de danger, référer le nouveau-né vers un centre de santé</li> <li>• S'assurer que le nouveau-né référé l'a été réellement</li> <li>• Vérifier et aider l'accouchée pour l'observance des soins prescrits au nouveau-né en contre référence</li> <li>• Demander à la mère, s'il y a des problèmes de mise au sein et l'assister si besoin</li> <li>• Apprendre aux accouchées à tenir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les cas référés, suivre l'enfant selon les instructions reçues en contre- référence</li> <li>• Prendre les dispositions pour que les parents respectent les rendez-vous (contact des parents de l'enfant, du relais communautaire en charge du village des parents)</li> <li>• Pour les cas traités, faire le suivi après traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les cas traités,</li> <li>• Faire le suivi selon l'étiologie</li> </ul>	

**Etapas**

**Communauté**

au chaud les bébés  
de faible poids (peau  
à peau ou la  
méthode kangourou)

**CS**

**HZ/CHD**

**CHU**

## Composante 1 : Maternité à moindre risques/Néonatalogie

### Activité 3 : Réanimer le nouveau-né en salle d'accouchement

#### Définition

C'est mettre en œuvre en salle d'accouchement un ensemble de moyens pour aider le bébé à respirer à la naissance afin de lui sauver la vie et de préserver l'intégrité de son cerveau.

#### Modalités

##### Préalables :

- Identifier les circonstances conduisant à une asphyxie périnatale : souffrance fœtale aiguë, faible poids de naissance, disproportion foeto-pelvienne, deuxième jumeau, césarienne ... ;
- Préparer le matériel de réanimation : Gants stériles, serviettes ou pagne propre et sec, bonnet, ciseaux, fil de ligature ou clamp, aspirateur de mucosité, ballon de ventilation + masque adapté, stéthoscope, chronomètre ou montre ;
- Vérifier l'état de propreté du matériel ainsi que la fonctionnalité du ballon de ventilation et du dispositif d'aspiration ;
- Réviser les gestes de réanimation.

##### Principes :

- Savoir anticiper ;
- Trouver un assistant et réviser le plan d'urgence ;
- Agir rapidement pour respecter la minute d'or ;
- Faire les gestes avec douceur ;
- Maintenir l'enfant au chaud ;
- Observer une asepsie rigoureuse.

**Moment :** le bébé ne crie pas et/ou ne respire pas.

Étapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Recueillir le nouveau né</b>	Non Applicable	– Recueillir le nouveau-né dans un linge propre (pagne lavé) et sec – Sécher et stimuler le nouveau-né		
<b>2. Evaluer la vitalité du nouveau-né</b>	Non Applicable	– Evaluer l'état du nouveau-né en écoutant le cri et en observant la respiration <ul style="list-style-type: none"><li>• Si le nouveau-né ne crie pas et/ou ne respire pas : Réanimer selon l'approche HBB (Helping Babies Breathe)</li></ul>		

**Etapas :**

- Désobstruer les voies respiratoires à l'aide d'un aspirateur de mucosités
- Evaluer l'enfant : respire-t-il ou crie-t-il ?
- Si non, clamber et sectionner rapidement le cordon ombilical
- Déplacer le nouveau-né sur un plan dur
- Ventiler à l'aide d'un ballon auto gonflable et masque adapté, à raison de 40 insufflations par minute
- Apprécier l'efficacité de la ventilation en observant les mouvements du thorax

**NB :** Toutes ces étapes doivent tenir en une minute : **Minute d'Or**

- Evaluer à nouveau le bébé :
  - Si le bébé ne respire pas, demander de l'aide et améliorer la ventilation. (S'assurer qu'il n'y a pas de fuite entre le masque et le visage du nouveau-né, presser le ballon plus fermement et plus rapidement)
- Evaluer à nouveau la respiration :
  - Si l'enfant ne respire pas, vérifier si le rythme cardiaque est normal ou lent ?
    - ✓ Si le rythme cardiaque est normal, ventiler jusqu'à ce que le bébé commence à bien respirer, puis surveiller avec la maman
    - ✓ Si le rythme cardiaque est lent ou anormal et que le bébé ne respire pas, continuer la ventilation et chercher les soins spécialisés. (Référence)

## Composante 2 : Néonatalogie

### Activité 1 : Prendre en charge l'asphyxie néonatale

#### Définition

C'est l'ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour restaurer la vitalité, le bon état neurologique et les autres grandes fonctions du nouveau-né ayant subi une mauvaise adaptation extra-utérine (respiratoire, cardio-vasculaire, régulation de la température, neurologique et métabolique)

Etapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir le nouveau-né et sa mère</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Saluer la mère</li><li>– Se présenter</li><li>– Mettre la mère en confiance</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Saluer la mère ou l'accompagnant et lui offrir un siège</li><li>– Se présenter et présenter le personnel</li><li>– Mettre la mère en confiance</li></ul>		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Identifier un signe de danger et référer</li><li>– Passer à l'étape 5</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Demander le motif de la consultation :<ul style="list-style-type: none"><li>• nouveau-né réanimé</li><li>• refus de téter</li><li>• convulsions</li><li>• hypotonie</li><li>• troubles respiratoires</li></ul></li><li>– Ouvrir le dossier</li><li>– Consulter le carnet de grossesse et d'accouchement et interroger la mère à la recherche de :<ul style="list-style-type: none"><li>• accouchement difficile</li><li>• souffrance fœtale aiguë (Fréquence cardiaque fœtale inférieure à 100 battements ou supérieure à 160 par mn, liquide amniotique méconial)</li><li>• si le nouveau-né n'a pas crié à la naissance,</li><li>• réanimation néonatale au masque et au ballon.</li><li>• convulsions</li><li>• refus de téter</li><li>• gêne respiratoire, geignements</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Demander le motif de la consultation : Idem CS</li><li>– Ouvrir le dossier</li><li>– Consulter le dossier obstétrical et interroger la mère selon la démarche décrite à l'examen clinique du nouveau-né</li></ul> <p>Rechercher spécifiquement les arguments anamnestiques en faveur d'une souffrance fœtale</p>	

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>3. Faire l'examen physique</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se laver les mains à l'eau et au savon où se désinfecter les mains avec une solution hydro alcoolique</li> <li>- Examiner le nouveau-né selon la démarche décrite à l'examen clinique du nouveau-né et rechercher : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un signe de détresse vitale et faire la mise en condition (polypnée, geignement, entonnoir xiphoïdien, battement des ailes du nez, tirage intercostal et ou sous costal, balancement thoraco-abdominal)</li> <li>• une pâleur cutanée, une cyanose</li> <li>• une hypothermie/hyperthermie</li> <li>• les convulsions, la léthargie, la somnolence, le coma, l'hypotonie, l'hypertonie, les fontanelles tendues, des réflexes archaïques faibles ou absents</li> <li>• les cris incessants/plaintifs</li> <li>• un abdomen ballonné</li> </ul> </li> <li>- Tirer une conclusion : asphyxie néonatale</li> </ul>	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier la cause (asphyxie +++, infections, troubles métaboliques ...)</li> </ul>	
<b>4. Faire des examens complémentaires</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glycémie</li> <li>- Taux d'hémoglobine (pour éliminer une anémie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glycémie</li> <li>- Calcémie</li> <li>- Analyse du LCR</li> <li>- CRP</li> <li>- NFS</li> <li>- Autres au besoin</li> </ul>	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactacidémie</li> <li>- ETF</li> <li>- EEG</li> <li>- Ionogramme et gaz sanguins</li> <li>- Hémoculture</li> <li>- Ammoniémie</li> <li>- Bilans métaboliques spéciaux</li> </ul>
<b>5. Instaurer le traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Référer</b></li> <li>- Mettre en condition pour le transport <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir le bébé au chaud</li> <li>• Correction hypoglycémie ?</li> <li>• Informer la mère de la décision de référer</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Référer à HZ/CHD</b></li> </ul> <p>Soins de pré-référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aspirer les mucosités de la bouche et des fosses nasales</li> <li>• oxygéner 0,5 à 1 litre/mn</li> <li>• ne pas alimenter</li> <li>• glucosé 10 %, 50 ml/kg/j + gluconate de calcium 10 % :3 ml /kg/j en perfusion IV</li> <li>• phénobarbital 20 mg/kg/ IM ou IV très lente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins du premier jour <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirer les mucosités de la bouche et des fosses nasales</li> <li>• oxygéner</li> <li>• ne pas alimenter per os pendant 12H et débiter l'alimentation avec du colostrum</li> <li>• glucosé 7,5 %, 50ml/kg/24 heures + gluconate de calcium 10%, 3 ml/kg/ en perfusion dans le soluté</li> </ul> </li> </ul>	

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser le transport</li> <li>Remplir les supports</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(dilué) si convulsion</li> <li>- Expliquer à la mère l'état de santé de l'enfant et la nécessité de référer ; la rassurer</li> <li>- Mettre en condition pour le transport               <ul style="list-style-type: none"> <li>• aspirer la bouche</li> <li>• habiller chaudement</li> </ul> </li> <li>- Organiser le transport</li> <li>- Vérifier le remplissage correct du dossier et de la fiche de référence</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• phénobarbital 20mg/kg en IV lente si convulsions, à répéter après 1Heure si convulsions persistent.</li> <li>• Si convulsions continuent, passer au clonazépam (rivotril) gouttes</li> <li>• ampicilline 200 mg/kg/24 heures en 2 injections IV, Gentamycine 6mg/kg/24 heures en une injections IM. Arrêt de l'antibiothérapie si l'infection est formellement éliminée (CRP négatif à J2) ; dans tous les cas ne pas dépasser 3jours d'injection de gentamicine.</li> <li>- Réajuster le traitement selon l'évolution du tableau</li> <li>- Conseils aux parents. Expliquer aux parents l'état de santé de l'enfant et les possibilités de guérison. Rassurer</li> </ul>
<p><b>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demander à la mère de se présenter dès le retour du lieu de référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A la sortie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• donner le rendez-vous : dans une semaine, puis une fois par mois pendant 6 mois</li> <li>• dire à la mère de respecter les rendez-vous fixés</li> </ul> </li> </ul>		
<p><b>7. Prendre congé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raccompagner, dire merci et au revoir</li> </ul>			
<p><b>8. Faire le suivi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire la visite à domicile pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'assurer que l'enfant référé l'a réellement été</li> <li>• s'enquérir de ce que l'enfant est devenu</li> <li>• s'enquérir de l'évolution de la maladie</li> <li>• demander à revoir l'enfant en cas de problème</li> </ul> </li> <li>- Assurer le suivi selon les instructions de la contre-référence</li> <li>- Donner des conseils</li> </ul>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir l'enfant après une semaine, puis une fois par mois, pour suivre la croissance somatique et le développement psychomoteur</li> </ul>		

## Composante 2: Néonatalogie

### Activité 2: Prendre en charge le nouveau-né traumatisé

#### Définition

C'est l'ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour préserver ou restaurer l'état de santé d'un nouveau-né ayant subi un traumatisme au cours de l'accouchement (dystocies, manœuvres obstétricales...)

#### Règle Générale :

- Effectuer tous les gestes avec douceur et sous asepsie rigoureuse

Étapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir le nouveau-né</b>	Référer sans attendre, tout nouveau-né traumatisé (voir point 5)	<ul style="list-style-type: none"><li>– Bébé né sur place : accueil déjà fait</li><li>– Bébé vu en consultation :<ul style="list-style-type: none"><li>• accueillir la mère et son nouveau-né</li><li>• saluer la mère et offrir un siège</li><li>• faire les présentations</li><li>• demander ce qu'on peut faire pour elle et son bébé</li><li>• mettre la mère en confiance</li></ul></li></ul>		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>– Demander le motif de consultation</li><li>– Mettre en condition si signe d'urgence</li><li>– Ouvrir un dossier</li><li>– S'enquérir des facteurs favorisant de traumatisme obstétrical (carnet de santé de la mère):<ul style="list-style-type: none"><li>• petite taille de la mère</li><li>• bassin rétréci</li><li>• gros fœtus</li><li>• présentation</li><li>• mode d'accouchement (forceps, césarienne, autres manœuvres)</li></ul></li></ul>		
<b>3. Faire l'examen physique</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>– Se laver les mains à l'eau et au savon ou se désinfecter avec une solution hydro alcoolique</li><li>– Faire l'examen physique (voir examen clinique du nouveau-né à la naissance)</li><li>– Tirer une conclusion enfant traumatisé présentant<ul style="list-style-type: none"><li>• une bosse séroangine</li><li>• céphalématome</li><li>• une élongation du plexus brachial (membre supérieur flasque), une fracture de la clavicule (déformation de la clavicule, pleurs à la mobilisation)</li><li>• une fracture de l'humérus (bras déformé et raccourci)</li></ul></li></ul>		

- une fracture du fémur (cuisse déformée et raccourcie; pleurs à la mobilisation)
- une luxation de l'épaule (comblement de l'aisselle, abaissement de l'épaule, pleurs à la mobilisation)

#### 4. Faire les examens complémentaires

- NFS
- Groupe sanguin, rhésus du bébé
- Radiographie au besoin

#### 5. Instaurer un traitement

- Référer
- Expliquer à la mère la nécessité de référer
- Mettre en condition pour le transport :
  - habiller chaudement
  - organiser le transport
  - enregistrer le cas dans le cahier d'activités
  - remplir la fiche de référence

- Bosse sérosanguine : rassurer la mère, surveiller la résorption
- Céphalématome : surveiller la pâleur et l'ictère
- Fracture de la clavicule : rassurer la mère et surveiller l'évolution
- Autres lésions traumatiques :
  - **Référer vers le niveau supérieur**
- Informer la mère du résultat de l'examen et de la décision de **référer**
- Immobilisation plâtrée si possible
- Conseiller à la mère sur la rééducation fonctionnelle en cas de paralysie du plexus brachial
- **Référer** les luxations et les traumatismes crâniocéphaliques graves

- Idem CS +
- La kinésithérapie, la chirurgie pédiatrique

#### 6. Donner le rendez-vous pour le suivi

- Demander à la mère de se présenter avec l'enfant au retour du centre de référence

- Idem communauté +
- Vérifier le remplissage du carnet
- Donner le rendez-vous

#### 7. Prendre congé

- Remercier, accompagner et dire au revoir à la mère

#### 8. Faire le suivi

- S'assurer que l'enfant référé l'a réellement été
- S'enquérir de ce qu'il est devenu

- Revoir le nouveau-né :
  - 7 jours après la consultation
    - bosse séro-sanguine : surveiller la résorption : évolution favorable en 72 h

- Idem CS +
- Revoir l'enfant en kinésithérapie
- Revoir l'enfant en chirurgie 1es deux premiers mois après l'immobilisation

- S'enquérir de l'évolution de la maladie
  - Assurer le suivi selon les instructions reçues en contre-référence
  - Soutenir la famille
  - Demander à le revoir en cas de problème
- cephalhématorne : surveiller la pâleur et l'ictère
  - fracture de la clavicule : consolidation spontanée, disparition des douleurs au bout d'une semaine
  - autres lésions : assurer le suivi selon les instructions reçues en contre-référence
- A 1 mois
  - Apprécier l'évolution :
    - consolidation, des fractures
    - régression de la paralysie
  - Continuer le suivi si évolution favorable
  - Référer si évolution défavorable
- Apprécier l'évolution
    - consolidation des fractures
    - régression des paralysies
  - Réajuster le traitement selon l'évolution
  - Continuer le suivi

## Composante 2 : Néonatalogie

### Activité 3 : Prendre en charge le nouveau-né infecté

#### Définition

C'est l'ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour préserver ou restaurer l'état de santé du nouveau-né agressé (atteint) par un agent pathogène (bactérie, virus, parasite, champignon)

#### Règle Générale :

- La possibilité de l'existence d'une infection du nouveau-né nécessite un dépistage systématique après la naissance
- On distingue surtout :
  - les infections néonatales bactériennes, fréquentes et accessibles au traitement antibiotique
  - les embryofetopathies (syphilis congénitale, rubéole congénitale, toxoplasmose congénitale, hépatite à virus B...)
  - le paludisme congénital

Nous traiterons ici l'infection bactérienne

Étapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir le nouveau-né</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Référer systématiquement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Soit le bébé est né sur place, soit le bébé est référé ou vient en consultation<ul style="list-style-type: none"><li>• saluer la mère et lui offrir un siège</li><li>• se présenter et présenter les autres membres de l'équipe,</li><li>• demander ce qu'on peut faire pour elle et la mettre en confiance</li></ul></li></ul>		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Appliquer l'approche PCIME</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Idem CS +<ul style="list-style-type: none"><li>– Enregistrer le nouveau-né</li><li>– Demander le motif de consultation :<ul style="list-style-type: none"><li>• refus de téter</li><li>• geignement</li><li>• coloration jaune, corps chaud, fièvre, etc</li><li>• mettre en condition</li></ul></li><li>– Ouvrir un dossier</li><li>– Consulter le carnet de grossesse et d'accouchement et/ou interroger la mère à la recherche des facteurs de risques suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>• infection urinaire maternelle récente (3 derniers mois)</li><li>• fièvre maternelle du péri partum</li></ul></li></ul></li></ul>	

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<p><b>3. Faire l'examen physique</b></p>		<p>– Appliquer l'approche PCIME</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• rupture prématurée des membranes de durée &gt; 18 heures</li> </ul> <p>– Demander l'état de santé du nouveau-né à la naissance, (signes anormaux) après la naissance, et l'histoire de la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• début</li> <li>• signes (refus de téter, fièvre, geignement, convulsions etc.)</li> </ul> <p>Selon la conduite décrite pour l'examen clinique du nouveau-né,</p> <p>– Rechercher en outre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un liquide amniotique louche, teinté ou fétide +++</li> <li>• une prématurité inexplicée</li> <li>• de pertes vaginales nauséabondes</li> <li>• les résultats sérologiques anormaux</li> <li>• une anomalie du placenta</li> </ul> <p>– Interroger sur l'état du nouveau-né après la naissance et l'histoire de la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apgar</li> <li>• réanimation</li> <li>• soins faits</li> <li>• fièvre</li> <li>• détresse respiratoire, apnées</li> <li>• troubles digestifs à type de refus de téter, de vomissements ou de selles glaireuses et verdâtres</li> </ul> <p>– Se laver les mains à l'eau et au savon ou désinfecter les mains avec une solution hydro alcoolique</p> <p>– Prendre la température axillaire : (hyperthermie <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math> ; hypothermie <math>&lt; 35^{\circ}\text{C}</math>)</p> <p>– Prendre le poids, la taille, le périmètre crânien</p> <p>– Procéder à l'inspection générale du nouveau-né, à la recherche des anomalies :</p> <p><i>Protocoles des services de santé familiale au Bénin - Volet Enfant</i></p>

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• de la coloration</li> <li>• de la respiration</li> <li>• du tonus</li> <li>• des réflexes archaïques</li> <li>• de ballonnement abdominal</li> </ul>
				<p>– Nouveau-né infecté en détresse vitale</p> <p>– Nouveau-né présentant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une hypothermie (<math>T &lt; 35^{\circ}5(C)</math>) ou une hyperthermie (<math>T \geq 38^{\circ}C</math>)</li> <li>• un ictère précoce sans incompatibilité dans le système rhésus ou dans le système ABO</li> <li>• un teint gris</li> <li>• un purpura</li> <li>• une cyanose</li> <li>• une détresse respiratoire (polypnée, entonnoir xiphoïdien, battement des ailes du nez, tirage intercostal et ou sous costal, balancement thoraco abdominal geignement, ...)</li> <li>• un ballonnement abdominal</li> <li>• une hépatomégalie et ou splénomégalie</li> <li>• un collapsus circulatoire (temps de recoloration <math>&gt; 3</math> secondes, TA effondrée)</li> <li>• une léthargie, une hypotonie ou une hypertonie</li> <li>• une fontanelle tendue ou bombée</li> <li>• un sclérème, des œdèmes</li> <li>• une diminution ou une absence des réflexes archaïques</li> </ul> <p><b>Conclure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nouveau-né normal = absence des facteurs de risque d'infection, examen physique normal</li> <li>• nouveau-né à risque d'infection =</li> </ul>

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<p><b>4. Faire des examens complémentaires</b></p>				<p>existence de facteur de risque d'infection mais examen physique normal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nouveau-né infecté = existence de facteur de risque d'infection + examen physique anormal (nouveau-né infecté sans détresse vitale)</li> <li>• nouveau-né infecté en détresse vitale)</li> </ul> <p>Informers la mère des résultats de l'examen et de la conduite que vous vous proposez de tenir</p>
<p><b>5. Instaurer le traitement</b></p>	<p>– REFERER</p> <p>– Mettre en conditions pour le transport :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nettoyer le bébé sans le laver</li> <li>• envelopper le bébé au chaud</li> <li>• allaiter le bébé au sein de sa mère, si succion et déglutition présentes</li> <li>• organiser le transport</li> </ul> <p>– Remplir les</p>	<p>– Appliquer l'approche PCIME</p>	<p>– NFS (signes inconstants)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leucopénie &lt; 5000</li> <li>• neutropénie &lt; 1500</li> <li>• hyper leucocytose ≥ 25000</li> </ul> <p>(Savoir qu'au cours de la 1<sup>ère</sup> semaine de vie, il existe une leucocytose physiologique &lt; 20.000)</p> <p>– Examen du LCR</p> <p>– ECBU + antibiogramme</p> <p>– Hémoculture</p> <p>– CRP</p> <p>– Autres examens</p>	<p>– Nouveau-né normal : soins quotidiens usuels et surveillance</p> <p>– Nouveau-né à risque d'infection : amoxicilline per os, 125mg 3 fois par jour jusqu'à la CRP de J2 négative.</p> <p>– Nouveau-né avec infection patente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bi-antibiothérapie : amoxicilline injectable 100 à 200 mg/kg/24 heures en 2 administrations IV, pendant 7 jours associé à nétilmicine 6 à 7 mg/kg/24 heures en une injection ou gentamycine 4mg/kg/24 heures en 1 administration en IV lente (15 minutes), pendant 2 à 3 jours (Pousse seringue électrique).</li> <li>• Triple antibiothérapie : <b>Ceftriaxone</b> 100</li> </ul>

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
	supports			mg/kg / j en une injection ou cefotaxine 200 mg/Kg en trois injections par jour en IVD+ <b>Ampicilline</b> ou amoxicilline 100 à 200mg/Kg/J+ <b>Nétilmicine</b> 6 à 7 mg /Kg/Jour ou Gentamicine 4 mg /Kg/Jour en IV lente ou IM pendant 2 à 3 jours (Pousse seringue électrique)
<b>6. Donner le rendez-vous pour le suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inviter la mère à se présenter avec l'enfant dès son retour du centre de référence</li> <li>- Vérifier l'enregistrement de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer l'approche PCIME</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de référence, inviter la mère à se présenter avec l'enfant dès son retour</li> <li>- Dans tous les cas, vérifier le remplissage correct du dossier</li> </ul>
<b>7. Prendre congé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remercier, accompagner et dire au revoir au client</li> </ul>			
<b>8. Faire le suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire le suivi selon les instructions reçues en contre- référence surtout l'état neurologique :</li> <li>- Faire la visite à domicile pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'assurer que l'enfant référé l'a été réellement</li> <li>• s'assurer que l'enfant va mieux et prend régulièrement ses médicaments</li> <li>• demander de le revoir en cas de problème</li> <li>• Donner des conseils sur la promotion de AME, vaccination MILD et hygiène</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer la stratégie PCIME</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire le suivi selon les instructions reçues en contre-référence :</li> <li>- Pour les cas traités sur place, suivi quotidien : état général, température, comportement alimentaire, FC, FR, ETF, coloration cutanée, LCR, selles, urines, CRP, NFS, résidus gastriques, périmètre crânien</li> <li>- Revoir l'enfant tous les jours pendant 7 jours, puis 1 fois par semaine pendant deux semaines : <ul style="list-style-type: none"> <li>• demander les plaintes</li> <li>• examiner l'enfant</li> <li>• suivre la croissance somatique et le développement psychomoteur (voir consultation enfant sain page 46)</li> </ul> </li> </ul>

## Composante 2 : Néonatalogie

### Activité 4 : Prendre en charge le nouveau-né de faible poids

#### Définition

C'est l'ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour préserver ou restaurer l'état de santé d'un nouveau-né dont le poids est inférieur à 2500g.

- Un nouveau-né de faible poids de naissance : c'est un nouveau-né dont le poids est inférieur à 2500g .Il peut être prématuré ou hypotrophe.
- Un nouveau-né prématuré est un nouveau-né né entre la 22<sup>e</sup> semaine et la 37<sup>e</sup> SA.
- Un nouveau- né hypotrophe est un nouveau-né dont le poids de naissance est inférieur au 10<sup>e</sup> percentile par rapport à son âge gestationnel.

#### Risques potentiels :

1. Prématuré :
  - troubles liés à l'immaturation des grandes fonctions ;
  - troubles nutritionnels et métaboliques.
2. Retard de croissance intra-utérin (RCIU) :
  - asphyxie néonatale ;
  - troubles nutritionnels et métaboliques (hypoglycémie).

#### Règle Générale :

- Effectuer tous les gestes avec asepsie et douceur

Etapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir le nouveau-né et sa mère</b>	Référer tout nouveau-né hypotrophique	<ul style="list-style-type: none"><li>– Saluer</li><li>– Offrir un siège à la mère</li><li>– Faire les présentations</li><li>– Demander à la mère ce qu'on peut faire pour elle</li><li>– Créer un climat de confiance</li><li>– Accorder une attention particulière à la femme et au bébé référé</li></ul>		
<b>2. Mener l'Interrogatoire</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>– Demander le motif de la consultation</li><li>– Faire la mise en condition si signe de gravité</li><li>– Ouvrir le dossier médical (carnet de santé et registre de soins Curatifs, fiches d'observation)</li></ul>		

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>3. Faire l'examen physique</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demander s'il existe des signes associés (convulsions...)</li> <li>- Interroger sur le passé obstétrical de la mère :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• grossesses antérieures : gestité, parité, avortement, accouchement prématuré, mort-né, décès néonatal, enfants vivants, enfants décédés, âge du dernier enfant vivant</li> <li>• déroulement de la grossesse actuelle et de l'accouchement : date des dernières règles, évolution de la grossesse, gémellité, maladies, terme à l'accouchement, aspect du liquide amniotique etc...</li> <li>• état de l'enfant à la naissance (Réanimation, Apgar, poids)</li> </ul> </li> <li>- démarrage de l'allaitement maternel</li> <li>- Recueillir les renseignements sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• le traitement éventuel reçu</li> </ul> </li> </ul> <p>les résultats des examens paracliniques (groupe sanguin, rhésus, échographie, syphilis, HIV, toxoplasmose, rubéole)</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résultats d'échographies obstétricales, d'examens sérologiques</li> <li>- Aspect du placenta (calcifications ?)</li> <li>- Rechercher particulièrement les signes détectés au niveau CS</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se laver les mains à l'eau et au savon ou désinfecter les mains avec une solution hydro alcoolique</li> <li>- Prendre la température axillaire (hypothermie si <math>T^{\circ} &lt; 35^{\circ}5C</math>)</li> <li>- Faire les mensurations (poids, taille, périmètre crânien)</li> <li>- Faire l'inspection générale : bébé petit ; tonique ou flasque</li> <li>- Examiner la peau : lisse et fine (prématuré), peau fripée et sèche (nouveau-né à terme hypotrophique), cyanose, ictère</li> <li>- Observer la respiration</li> </ul> <p><i>Bébé respire normalement ou est dyspnéique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechercher la succion déglutition</li> <li>- Rechercher d'autres anomalies (malformations...)</li> <li>- Conclure : <b>Considérons 4 cas :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cas 1.</b> nouveau-né de poids 1.500 à 2.500g, tête bien et n'a pas de risque infectieux</li> <li>• <b>Cas 2.</b> poids <math>\leq 1.500g</math></li> <li>• <b>Cas 3.</b> nouveau-né hypotrophique, à terme, sans anomalies (anamnèse + examen)</li> <li>• <b>Cas 4.</b> nouveau-né hypotrophique avec anomalies</li> </ul> </li> </ul>			

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>4. Faire des examens complémentaires</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glycémie</li> <li>- NFS</li> <li>- Groupe sanguin, rhésus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem CS et, en outre,</li> <li>- CRP</li> <li>- Calcémie</li> <li>- Bilirubinémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire l'examen neurologique (attitude, motilité spontanée, réflexes archaïques, réflexes oculaires)</li> <li>- Faire l'examen des autres appareils (respiratoire, circulatoire, digestif...)</li> <li>- Apprécier les critères neurologiques et morphologiques de maturation, et déterminer l'âge gestationnel (plis de la plante des pieds, chevelure, lanugo, position des testicules, consistance du cartilage de l'oreille etc.) (Score de Farr)</li> <li>- Tirer la conclusion : prématuré et/ou retard de croissance intra-utérin</li> </ul>
<b>5. Instaurer le Traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner les premiers soins : <ul style="list-style-type: none"> <li>• nettoyer le bébé sans le laver</li> <li>• envelopper le bébé chaudement (linge sec et propre)</li> <li>• mettre le bébé au contact de sa mère peau à peau</li> </ul> </li> <li>- Demander à la mère de mettre le bébé au sein si la succion est présente, ou tirer le lait et donner 1 à 2 cuillères à café</li> <li>- Informer la mère de la décision de référence <ul style="list-style-type: none"> <li>• organiser le transport</li> <li>• remplir la fiche de référence et les supports</li> </ul> </li> </ul>			
	<p style="text-align: center;"><b>Cas 1. Nouveau-né prématuré de poids 1.500 à 2.500g, tête bien et n'a pas de risque infectieux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevage selon la méthode Kangourou</li> <li>- Aménager si possible, à la maternité, une salle propre pour les prématurés, à l'abri du courant d'air, et y isoler mère et prématuré pendant une semaine</li> <li>- Allaiter (sein) 10-12 fois par jour dès la naissance</li> <li>- Réserver les visites au père de l'enfant et à une seule autre personne servant d'aide</li> <li>- Se laver les mains (eau + savon) avant de toucher le bébé</li> <li>- Surveiller :</li> </ul>			

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
--------	------------	----	--------	-----

- la température axillaire 3/j: hypothermie (<35,5°) hyperthermie (≥38°)
  - poids, périmètre crânien, taille : une fois/semaine
  - la coloration de la peau (ictère ? cyanose ? teint grisâtre ? pâleur ?)
  - la respiration (anormale ? apnées ? polypnée ?)
  - le comportement alimentaire (tête-t-il bien ? refuse-t-il de téter ?)
  - la fonction digestive (rejets alimentaires par les narines ? vomissements? abdomen ballonné ?)
  - l'état neurologique (éveil ? tonus, réflexes archaïques ?)
- Vacciner l'enfant avant la sortie de la maternité
  - Conseiller la mère sur l'asepsie à observer, et sur l'alimentation du bébé
  - Dès qu'un trouble apparaît, référer vers le niveau supérieur.

### Cas 2. Nouveau-né prématuré de poids ≤ 1.500g

- Habiller chaudement, “en pingouin” (voir Fiche Technique Document SONU « Lutte contre l'Hypothermie »)
- Donner 2 cuillerées à café de colostrum (voir hypoglycémie du nouveau-né dans Document SONU)
- Référer à l'hôpital de zone, le corps collé contre celui de la mère (méthode kangourou)
- Informer la mère de la décision de référence
- Mettre en condition pour le transport

### Cas 3. Nouveau-né hypotrophique, à terme, sans anomalies (à l'anamnèse et à l'examen)

- Garder à la maternité au moins 48h
- Revoir l'enfant en externe une fois par semaine pour surveillance pendant un mois (gain pondéral = 150 g environ par semaine)

**Pour 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cas :**  
**Prendre en charge le faible poids de naissance et les complications identifiées**

- Traiter les complications
  - hypothermie
  - hypoglycémie
  - hypocalcémie
  - souffrance secondaire
  - infections

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>– S’assurer du remplissage correct du dossier</li> <li>– Donner des informations adaptées sur la prématurité et l’élevage du prématuré</li> <li>– Rassurer la mère</li> <li>– Informer la mère des paramètres à surveiller : température, fonction digestive, poids</li> <li>– Informer la mère du respect du rendez-vous et du suivi</li> </ul>		
<b>7. Prendre congé</b>	– Remercier, accompagner et dire au revoir			
<b>8. Faire le suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire la visite à domicile pour s’assurer que le bébé référé l’a été réellement</li> <li>– Au retour du bébé du lieu de référence : suivre les instructions de la contre-référence</li> </ul>	<p>Au retour du bébé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire les mensurations : poids, taille, PC</li> <li>– Dépister les déficits neurosensoriels (vue, ouïe, retard mental)</li> <li>– Supplémenter en fer et acide folique à partir du 1<sup>er</sup> mois ; vitamine A à 6 et 12 mois d’âge</li> <li>– Dépister les troubles de comportement</li> <li>– Supplémenter en vitamine D de la naissance à 6 mois</li> </ul>	Idem CS + Examen ophtalmologique	Idem HZ/CHD + <ul style="list-style-type: none"> <li>– Audiogramme</li> <li>– Echographie Transfontanellaire</li> <li>– Electroencéphalogramme</li> <li>– Potentiels évoqués</li> </ul>

## Composante 2 : Néonatalogie

### Activité 5 : Prendre en charge le nouveau-né ictérique

#### Définition

C'est l'ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour préserver ou restaurer l'état de santé d'un Nouveau-né présentant une hyperbilirubinémie avec coloration jaune des muqueuses et téguments et un risque d'anémie et d'ictère nucléaire.

Étapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir le nouveau-né et sa mère</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Référer tout nouveau-né malade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Saluer la mère, lui offrir un siège</li><li>– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe</li><li>– Demander ce qu'on peut faire pour elle et la mettre en confiance</li></ul>		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>– Appliquer l'approche PCIME</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>– Demander le motif de consultation ou de référence</li><li>– Ouvrir un dossier (renseignements)</li><li>– Mettre en condition si signe de gravité</li><li>– Interroger la mère et consulter le carnet de grossesse et d'accouchement à la recherche de :<ul style="list-style-type: none"><li>• ictère néonatal et ou décès chez les frères et sœurs du nouveau-né</li><li>• transfusion sanguine antérieure chez la mère</li><li>• groupe sanguin de la mère et du procréateur</li><li>• gestité</li><li>• maladies pendant la grossesse (infection urinaire récente)</li><li>• rupture prématurée des membranes &gt;18 h</li><li>• fièvre maternelle en péri partum</li><li>• accouchement prématuré</li><li>• date d'apparition de l'ictère (avant ou après 24h)</li></ul></li></ul> <p>signes associés (fièvre, convulsion, coloration des urines et des selles...)</p>

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>3. Faire l'examen physique</b>		Appliquer l'approche PCIME		<p data-bbox="1489 193 2069 225">Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1489 236 2069 336">– Se laver les mains à l'eau et au savon où désinfecter les mains avec une solution hydro alcoolique</li> <li data-bbox="1489 347 1778 379">– Prendre la température</li> <li data-bbox="1489 391 2069 422">– Prendre le poids, la taille, et le périmètre crânien</li> <li data-bbox="1489 434 2069 497">– Regarder l'aspect général : coloration jaune, pâleur, œdème</li> <li data-bbox="1489 509 2069 604">– Rechercher une hépato-splénomégalie, des troubles neurologiques, léthargie, convulsion ou hypotonie</li> <li data-bbox="1489 616 2069 711">– Diagnostic de l'ictère nucléaire (ictère néonatal + signes neurologiques : hypertonie, yeux en coucher de soleil, réflexes archaïques)</li> </ul> <p data-bbox="1489 722 1688 754">Examen complet</p> <p data-bbox="1489 766 1592 798">Classer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1489 809 1845 841">– <b>Nouveau-né non ictérique</b></li> <li data-bbox="1489 852 2069 1066">– <b>Ictère simple ou physiologique</b> = <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1525 884 1901 916">• ictère apparaissant après 24h</li> <li data-bbox="1525 927 1704 959">• peu intense</li> <li data-bbox="1525 970 1917 1002">• bilirubine inférieure à 150mg/l</li> <li data-bbox="1525 1013 2047 1045">• ictère sans autre signe fonctionnel associé</li> <li data-bbox="1525 1056 1989 1088">• examen physique par ailleurs normal</li> </ul> </li> <li data-bbox="1489 1077 2069 1284">– <b>Ictère pathologique</b> = <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1525 1125 1850 1157">• ictère survenu avant 24h</li> <li data-bbox="1525 1168 1995 1200">• ictère persistant au-delà de 15 j de vie</li> <li data-bbox="1525 1211 2047 1284">• plus examen physique anormal (hypo- ou hyperthermie, pâleur, ballonnement abdominal)</li> </ul> </li> </ul>

Etapés	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
Tirer une conclusion :		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictère simple ou physiologique =</li> <li>- Ictère pathologique = détecter :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• incompatibilité Rh/ABO</li> <li>• cause infectieuse</li> <li>• autres causes</li> </ul> </li> </ul>	<b>Etiologies</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictère simple/ictère simple du prématuré/ ictère du nouveau-né de mère diabétique</li> <li>- Ictère pathologique :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• par incompatibilité</li> <li>• ictère infectieux</li> <li>• embryo-foetopathie</li> <li>• G6PD (déficit)</li> <li>• hypothyroïdie</li> <li>• galactosémie</li> <li>• ictère par malformation des voies hépatobiliaires</li> <li>• sténose du pylore</li> </ul> </li> </ul>	
<b>4. Faire des examens complémentaires</b>	Non Applicable	Appliquer l'approche PCIME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosage de la bilirubinémie T et C</li> <li>- Groupage sanguin de la mère et du nouveau-né</li> <li>- Test de Coombs direct</li> <li>- RAI (mère)</li> <li>- Hémogramme complet avec plaquettes et taux de réticulocytes</li> <li>- TDR ou GE/DP</li> <li>- CRP</li> <li>- Autres selon le tableau clinique (Hémoculture, etc)</li> <li>- Dosage du G6PD</li> <li>- Echographie hépatique</li> </ul>	
<b>5. Instaurer le traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Bébé non jaune :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rassurer la mère et surveiller</li> </ul> </li> <li>- <b>Bébé jaune</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>référer</b></li> <li>• informer la mère de la décision de <b>référer</b></li> <li>• mettre en</li> </ul> </li> </ul>	Appliquer l'approche PCIME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instaurer le traitement selon l'étiologie</li> <li>- Allaitement maternel</li> <li>- Photothérapie si disponible</li> <li>- <b>Référer</b> les cas dépassant les</li> </ul>	<b>Idem HZ/CHD +</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instaurer le traitement selon l'étiologie (antibiothérapie si ictère infectieux etc...)</li> <li>- Allaitement maternel si possible</li> <li>- Photothérapie</li> </ul>

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> <li>conditions pour le transport</li> <li>✓ envelopper le bébé au chaud</li> <li>✓ organiser le transport</li> <li>• remplir les supports</li> </ul>		capacités de prise en charge du HZ/CHD	<ul style="list-style-type: none"> <li>conventionnelle ou intensive selon le cas</li> <li>– Exsanguinotransfusion</li> <li>– Abord veineux avec SG 7,5% + ions standards sans potassium</li> </ul>
<b>6. Donner rendez-vous</b>		Appliquer l'approche PCIME	– Pour les nouveau-nés traités sur place, surveiller tous les jours jusqu'à obtenir une bilirubinémie sans risque	
<b>7. Prendre congé</b>		– Raccompagner, dire merci et au revoir	– Raccompagner, dire merci et au revoir à la sortie de l'hospitalisation	
<b>8. Faire le suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire la visite à domicile pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• voir si l'enfant référé l'a été réellement</li> <li>• s'assurer de la régression de la jaunisse</li> </ul> </li> </ul>	Appliquer l'approche PCIME	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour les cas traités sur place, faire le suivi selon l'étiologie <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour les cas référés</li> <li>– Eléments de surveillance : température, coloration, état neurologique, comportement au sein</li> <li>– Bilan : bilirubinémie totale et conjuguée ; NFS avec réticulocytes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour les cas traités sur place, faire le suivi selon l'étiologie et suivre les séquelles éventuelles</li> </ul>

## Composante 2: Néonatalogie

### Activité 6: Prendre en charge le nouveau-né de gros poids

#### Définition

C'est l'ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour préserver ou restaurer l'état de santé d'un nouveau-né dont le poids de naissance à terme est supérieur ou égal à 4000 grammes

Etapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir le nouveau-né et sa mère</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Référer tout nouveau-né avec gros poids</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Saluer la mère et lui offrir un siège</li><li>– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe</li><li>– La mettre en confiance</li><li>– Rechercher une détresse vitale et faire la mise en condition</li></ul>		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>– Enregistrer le nouveau-né</li><li>– Demander le motif de la consultation ou de la référence</li><li>– Ouvrir le dossier</li><li>– Consulter le carnet de grossesse et d'accouchement à la recherche d'un accouchement difficile et naissance d'un gros bébé, de bébé réanimé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Rechercher les facteurs de risque suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>• diabète maternel mal équilibré</li><li>• multiparité</li><li>• grande taille des parents, obésité maternelle</li><li>• consulter le carnet de grossesse et d'accouchement</li></ul></li><li>– interroger la mère sur : l'état de l'enfant à la naissance, le score d'Apgar, la notion de réanimation, les soins donnés</li></ul>	
<b>3. Faire l'examen physique</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>– Se laver les mains à l'eau et au savon où désinfecter les mains avec une solution hydro alcoolique</li><li>– Faire les mensurations : température axillaire, poids, taille, périmètre crânien</li><li>– Faire l'inspection générale et palper le nouveau-né à la recherche des lésions traumatiques : fracture de la clavicule, élévation de plexus brachial...</li><li>– Rechercher les signes d'asphyxie néonatale, l'ictère néonatal</li><li>– Rechercher des malformations</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Idem CS +</li><li>– Rechercher spécifiquement<ul style="list-style-type: none"><li>• splénomégalie</li><li>• hépatomégalie</li><li>• ictère</li><li>• pâleur</li><li>• détresse respiratoire</li><li>• fracture des os du crâne</li><li>• fracture de la clavicule, de l'humérus, du fémur</li><li>• paralysie du plexus brachial</li><li>• paralysie faciale</li><li>• une bosse séroangineuse, un céphalématome</li><li>• malformations</li></ul></li></ul>	

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>4. Faire des examens complémentaires</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glycémie à la bandelette</li> <li>- Glycémie capillaire au laboratoire pour confirmation si possible</li> <li>- Glycémie chez la mère</li> <li>- NFS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glycémie à la bandelette, aux heures 1, 2, 3, 6, 12, 24</li> <li>- Si la glycémie à la bandelette est basse, doser la glycémie capillaire</li> <li>- Calcémie aux heures 1, 24, 48</li> <li>- NFS aux heures 1 et 24</li> <li>- Bilirubinémie aux heures 24 et 48, et plus tard, selon la clinique</li> </ul>	
<b>5. Instaurer un traitement</b>	<p><b>Référer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer la mère de la décision de référer</li> <li>- Mettre en condition pour le transport <ul style="list-style-type: none"> <li>• envelopper le bébé au chaud</li> <li>• poursuivre l'AME,</li> <li>• organiser le transport</li> </ul> </li> <li>- Remplir les supports</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Référer si hypoglycémie glycémie inférieure à 0,40 g/l</li> <li>- continuer l'allaitement</li> <li>- donner du sérum glucosé 10%, à boire 3ml/kg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement ou surveillance des lésions mineures</li> <li>- Traitement de l'Asphyxie néonatale</li> </ul> <p>Alimentation précoce, gavage gastrique avec du lait maternel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement des complications lorsqu'elles existent : <ul style="list-style-type: none"> <li>• perfusion de glucosé à 7,5% à raison de 50 à 100 ml/kg/24h</li> <li>• oxygénation 0,5 à 1 litre /mn si détresse respiratoire</li> <li>• si hypocalcémie (calcémie &lt; 80mg/l), faire perfusion IV 2 ml/kg/j de gluconate de calcium à 10 % dilué dans du glucosé à 7,5mg ou calculer la dose pour correction</li> <li>• vitaminothérapie D (Uvestérol 1ml/j) per os</li> </ul> </li> <li>- Référer les cas non élucidés</li> <li>- Faire appel à d'autres spécialités si nécessaire</li> </ul>	<p>Idem HZ/CHD + Prise en charge selon la pathologie</p>
<b>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demander à la mère de se présenter avec le bébé au retour du lieu de référence</li> <li>- Revoir les cas mineurs au 8<sup>ème</sup> jour de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir les cas au 8<sup>ème</sup> jour de vie</li> </ul>	
<b>7. Prendre congé</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raccompagner, dire merci et au revoir</li> </ul>		
<b>8. Faire le suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire la visite à Domicile pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• voir si l'enfant référé</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que le bébé référé l'a été réellement</li> <li>- Surveillance des lésions traumatiques constatées</li> <li>- Suivre la croissance et le développement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que le bébé référé l'a été réellement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre l'enfant sain</li> <li>- Surveiller la pathologie constatée</li> </ul>

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
	<p>l'a été réellement et si les recommandations sont respectées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'assurer que l'enfant va bien</li> </ul>	<p>psychomoteur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Assurer le suivi selon les instructions de la contre-référence</li> <li>– Donner des conseils sur AME, vaccination, MIILD, Hygiène...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Suivre l'enfant sain</li> <li>– Surveiller la pathologie constatée</li> </ul>	

## Composante 2: Néonatalogie

### Activité 7: Prendre en charge le nouveau-né présentant une malformation congénitale

#### Définition

C'est l'ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour préserver ou restaurer l'état de santé d'un nouveau-né présentant une ou plusieurs anomalies congénitales

Etapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir le nouveau-né</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Référer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Appliquer l'approche PCIME</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Bébé né sur place ou à domicile ou référé</li></ul> <p>Anomalie découverte lors de l'examen systématique ou constitue le motif de consultation</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Saluer la mère et lui offrir un siège se présenter et présenter les autres membres de l'équipe</li><li>– Rechercher un signe de danger et mettre en condition</li><li>– Demander ce qui l'amène</li></ul>	
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>– Appliquer l'approche PCIME</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>– Ouvrir le dossier</li><li>– Ecouter les plaintes de la mère</li><li>– Revoir le dossier obstétrical et interroger les parents à la recherche de :<ul style="list-style-type: none"><li>• avortements spontanés, de mort-nés, de décès en bas âge</li><li>• malformations ou tares dans la famille</li><li>• facteurs prédisposants (mère trop jeune &lt; 18 ans ou âgée &gt; 35 ans, diabète sucré)</li><li>• notion de syphilis, toxoplasmose et rubéole pendant la grossesse</li><li>• notion de consanguinité</li></ul></li><li>– Facteurs tératogènes : exposition maternelle à un produit toxique (pesticide, alcool, nombreuses radiographies pelviennes au 1er trimestre de la grossesse) ; prise de médicaments pendant la grossesse</li></ul>

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>3. Faire l'examen physique</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer l'approche PCIME</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se laver les mains à l'eau et au savon ou se désinfecter les mains avec une solution hydro alcoolique</li> <li>- Faire l'examen selon la conduite décrite pour l'examen physique du nouveau-né</li> <li>- Rechercher ou confirmer la malformation</li> <li>- Faire les tests diagnostiques nécessaires (perméabilité œsophagienne, choanale et anale etc)</li> <li>- Tirer une conclusion : enfant malformé</li> <li>- Rechercher les anomalies associées</li> </ul> <p><b>Liste non exhaustive de quelques malformations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tête : anencéphalie, microcéphalie, hydrocéphalie</li> <li>- Yeux : ectropion des paupières, cataracte, colobome</li> <li>- Nez : atrésie des choanes</li> <li>- Oreilles : insertion basse</li> <li>- Bouche : fente labiale, fente palatine, macroglossie, bec de lièvre</li> <li>- Menton : microrétrognathie</li> <li>- Cou : hygroma</li> <li>- Abdomen : omphalocèle, laparochisis, hernie</li> <li>- Organes génitaux externes : ambiguïté sexuelle</li> <li>- Anus : imperforation anale</li> <li>- Siège : tumeur sacro coccygienne</li> <li>- Dos : spina bifida</li> <li>- Membres : phocomélie, amélie, polydactylie, syndactylie, pince de homard, malformation congénitale du pied bot et autres</li> </ul>

Etapés	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malformations internes : hernie diaphragmatique, atrésie de l'œsophage, sténose du pylore, sténose duodénale, cardiopathies congénitales cyanogènes ou non cyanogènes</li> <li>- Informer la mère du résultat de l'examen et de la décision de référence si nécessaire</li> </ul>
<p><b>4. Faire des examens complémentaires</b></p>		<p>- Appliquer l'approche PCIME</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiographie</li> <li>- Echographie abdominale</li> <li>- Echographie transfontanellaire</li> <li>- Electrocardiogramme</li> <li>- Orienter vers la consultation spécialisée de cardiologie, de chirurgie, d'ophtalmologie, d'ORL</li> </ul>	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sérologies toxoplasmose et rubéole</li> <li>- Echocardiographie + Doppler</li> <li>- Scanner</li> </ul>
<p><b>5. Instaurer un traitement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Référer au CS pour avis et prise en charge adéquate</li> <li>- Mettre en condition pour le transport en habillant chaudement l'enfant</li> <li>- Organiser le transport</li> </ul>	<p>- Appliquer l'approche PCIME</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traiter sur place les doigts surnuméraires non osseux (ligature)</li> <li>- Référer les malformations</li> <li>- En cas d'omphalocèle ou de laparoschisis <ul style="list-style-type: none"> <li>• protéger l'abdomen par un champ stérile imbibé de sérum salé isotonique</li> <li>• habiller le nouveau-né</li> <li>• Evacuer de la formation sanitaire, avec l'infirmier, jusqu'au centre chirurgical</li> </ul> </li> <li>- En cas d'évacuation ou de référence : <ul style="list-style-type: none"> <li>• déculpabiliser les parents</li> <li>• les rassurer</li> <li>• préparer le nouveau-né</li> <li>• organiser le transport</li> </ul> </li> </ul>

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<p><b>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</b></p>		<p>Appliquer l'approche PCIME</p>	<p>Idem CS + – Acte chirurgical</p>	<p>– Demander à la mère de se présenter avec le bébé au retour du centre de référence – Donner un rendez-vous si l'enfant est traité sur place</p>
<p><b>7. Prendre congé</b></p>		<p>– Raccompagner, dire merci et au revoir</p>		
<p><b>8. Faire le suivi</b></p>	<p>– Faire la visite à domicile pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'assurer que l'enfant référé l'a été réellement</li> <li>• se préoccuper de ce qu'il est devenu et de l'évolution de la maladie</li> </ul> <p>– Demander à revoir l'enfant en cas de problème et référer à nouveau si nécessaire</p>	<p>– S'assurer que le bébé référé l'a été réellement</p> <p>– Revoir les nouveau-nés traités sur place une semaine après la ligature des doigts surnuméraires</p>		

## Composante 3: Enfants apparemment sains

### Activité 1: Faire la consultation des enfants sains de 0 à 3 ans

#### Définition

Une intervention permettant l'examen clinique de l'enfant de 0 à 3 ans en vue de :

- assurer le suivi de la croissance staturo-pondérale et du développement psychomoteur ;
- détecter et traiter les affections latentes et les malformations ;
- prévenir les maladies courantes par la vaccination, la bonne alimentation, la supplémentation en micro nutriments et les conseils.

Cette intervention doit être appliquée principalement dans les centres de santé.

Au niveau communautaire, le relais assure le suivi de l'état nutritionnel au cours des visites à domicile et lors des interventions de masse.

Etapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir l'enfant et sa mère</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Se rendre dans le ménage à un moment approprié</li><li>– Saluer les personnes présentes</li><li>– Se présenter et dire le motif de la visite</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Saluer la mère et l'enfant, leur donner un siège et les mettre en confiance</li><li>– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe</li><li>– Si c'est le premier contact sortir une carte infantile et la renseigner</li><li>– Si l'enfant a déjà une carte infantile, la sortir</li></ul>		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"><li>– Demander les problèmes de l'enfant : Rechercher la présence de toux ou difficultés respiratoires, de diarrhée, de fièvre, de problèmes d'oreilles, ou autres problèmes</li><li>– Poser des questions sur :<ul style="list-style-type: none"><li>• l'état de l'enfant à la naissance (naissance à terme, prématuré, poids de naissance, réanimé à la naissance, mise au sein précoce, soins usuels à la naissance, ...)</li><li>• les facteurs de risque : jumeaux, faible poids de naissance (&lt; 2,500kg), mère décédée, mère porteuse de VIH, mère atteinte de tuberculose, parents porteurs de trait drépanocytaire, grossesses rapprochées (intervalle inter génésique &lt; 2 ans), mère adolescente, mère sous régime ou traitement particulier (ARV, ...), survenue d'accidents domestiques, d'intoxications.</li><li>• l'alimentation de l'enfant<ul style="list-style-type: none"><li>✓ allaitement maternel exclusif</li><li>✓ aliments de complément etc</li></ul></li></ul></li></ul>		

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<p><b>3. Faire l'examen physique</b></p>	<p>– Se laver les mains à l'eau et au savon</p> <p>– Prendre le périmètre brachial chez l'enfant âgé de 6 mois et plus</p> <p>– Rechercher les œdèmes au niveau des deux pieds</p> <p><b>Tirer une conclusion sur :</b></p> <p>– Etat nutritionnel</p> <p>– Etat vaccinal</p> <p>– Protection contre le paludisme</p> <p>– Déparasitage</p> <p>– Etat de santé de l'enfant</p>	<p>✓ voir si le régime alimentaire de l'enfant est conforme aux recommandations en vigueur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la supplémentation en micro nutriments (confère protocoles de supplémentation en vitamine A et fer / acide folique)</li> <li>• le statut vaccinal de l'enfant : exploiter carnet de santé, carte de vaccination, carte infantile et autres supports de données</li> <li>• le déparasitage si l'enfant a au moins 9 mois</li> <li>• la prévention du paludisme : utilisation pour l'enfant de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'action (MIILD)</li> <li>• autres traitements préventifs ou curatifs en cours chez l'enfant</li> </ul> <p>les méthodes d'espacement des naissances utilisées par le couple : méthodes naturelles, méthodes modernes ou autres</p> <p>– Se laver les mains à l'eau et au savon ou désinfecter les mains avec une solution hydro alcoolique</p> <p>– Déshabiller et installer l'enfant</p> <p>– Prendre la température axillaire</p> <p>– Prendre le poids de l'enfant et le porter sur la courbe de poids si l'enfant à moins de 6 mois d'âge</p> <p>– Prendre le poids et la taille de l'enfant si l'enfant a 6 mois d'âge ou plus. Déterminer l'indice poids pour taille ou le Z-Score (confère tableau de Z-Score) et interpréter</p> <p>– Apprécier la dentition :deux (02) incisives inférieures à 6 mois, huit (08) incisives à 12 mois, entre 12 et 18 mois les quatre premières prémolaires, quatre (04) canines entre 18 et 24 mois, quatre (04) deuxièmes prémolaires de 24 à 30 mois</p> <p>– Rechercher une pâleur palmaire</p> <p>– Observer les mouvements respiratoires ; rythme normal : nouveau-né 40 à 60 cycles par minute, nourrisson 30 à 40 cycles par minute</p> <p>– Rechercher les signes de malnutrition : œdème,</p>		<p>Idem qu'au niveau CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si enfant &lt; 1 an, prendre le périmètre crânien</li> <li>– Examiner les fontanelles : normales, bombées, déprimées ou fermées</li> <li>– Regarder la bouche et les dents : muguet, carie dentaire et fente labio-palatine...ou autre malformation</li> <li>– Rechercher écoulement nasal et/ou de l'oreille</li> <li>– Regarder et palper l'abdomen : ballonnement, pli cutané, état du foie et de la rate</li> <li>– Rechercher les lésions de la peau : impétigo, gale, etc.</li> </ul>

Étapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
		<p>dépigmentation, cheveux roux, cassants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rechercher d'autres anomalies ou malformations</li> <li>– Apprécier le développement psychomoteur : tient sa tête à 2 mois ; tient assis à 6 mois ; va à quatre pattes à 9 mois ; marche à 12 mois ; est propre au-delà de 2 ans ; dit une phrase complète après 2 ans.</li> </ul> <p><b>Tirer une conclusion sur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Croissance staturo-pondérale</li> <li>– Développement psychomoteur</li> <li>– Etat nutritionnel</li> <li>– Etat vaccinal</li> <li>– Niveau d'exposition au VIH et conduite en cours</li> <li>– Protection contre le paludisme</li> </ul>		
<p><b>4. Classer l'enfant</b></p>	<p>– Enfant en bonne santé ou Enfant malade</p>	<p>– <b>Enfant en bonne santé</b> : bon état nutritionnel, bon développement psychomoteur, bonne croissance staturo-pondérale, statut vaccinal à jour, absence de facteur de risque de maladie</p> <p>– <b>Enfant à risque de maladie</b> : présence d'un ou plusieurs facteurs de risque (drépanocytose familiale, exposition au VIH, à la tuberculose, absence de protection contre le paludisme, problème d'alimentation vaccination, déparasitage, supplémentation en Vit A non à jour. ...)</p> <p>– <b>Enfant malade</b> : présence d'un problème de santé</p>		
<p><b>5. Faire la rétro-Information à la mère</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informer la mère des résultats de l'examen</li> <li>– Féliciter la mère pour les éléments positifs de l'évaluation</li> <li>– Donner des informations sur les points à renforcer ou à améliorer</li> </ul>		
<p><b>6. Résoudre les problèmes rencontrés</b></p>	<p>– Satisfaire les besoins identifiés lors de l'évaluation de l'enfant en utilisant les normes et standards existants :</p>	<p>– Satisfaire les besoins identifiés lors de l'évaluation de l'enfant en utilisant les normes et standards existants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si besoin en alimentation : donner des conseils à la mère, selon les normes de l'alimentation de l'enfant et l'aider à observer les bonnes pratiques et les techniques efficaces de l'allaitement</li> <li>• si besoin en vaccination :</li> </ul>		

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• si besoin en alimentation : donner des conseils à la mère, et l'aider à observer les bonnes pratiques et les techniques efficaces de l'allaitement</li> <li>• si besoin en vaccination : orienter pour démarrage ou rattrapage</li> <li>• si besoin en déparasitage : orienter</li> <li>• s'il n'a pas de prévention de paludisme, conseiller l'utilisation de MIILD</li> <li>• si besoin en espacement de naissance, orienter la mère si la méthode choisie n'est pas disponible au niveau communautaire.</li> <li>• prendre en charge pour fièvre, diarrhée et toux et référer pour autres problèmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ en cas d'absence de vaccination, démarrer la vaccination en adoptant le calendrier vaccinal</li> <li>✓ en cas de vaccination non à jour faire le rattrapage</li> <li>• si besoin en supplémentation en micronutriments (vit A, fer/acide folique) : faire la supplémentation suivant les protocoles</li> <li>• si besoin en déparasitage : déparasiter</li> <li>• s'il n'a pas de prévention de paludisme, conseiller l'utilisation de moustiquaire imprégnée</li> <li>• si besoin en espacement de naissance, conseiller la mère sur les méthodes d'espacement des naissances</li> <li>• si présence d'un risque de maladie : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mère séropositive à VIH confirmée, prophylaxie ARV durant les 6 premières semaines de vie, prophylaxie au CTM à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine de vie jusqu'à confirmation du statut sérologique négatif à 18 mois, dépistage de l'enfant conformément à l'algorithme en vigueur (voir annexe)</li> <li>○ si problème d'alimentation : identifier le problème et donner des conseils appropriés à la mère</li> <li>○ si retard staturo-pondéral, référer pour consultation médicale</li> <li>○ si malnutrition avérée, prendre en charge selon les protocoles (voir annexe)</li> <li>○ si autres problèmes de santé, prendre en charge selon l'approche PCIME</li> <li>○ si malformations, drépanocytose et autres, référer pour consultation médicale</li> </ul> </li> </ul>		

**7. Donner le prochain rendez-vous**

– Donner le rendez-vous selon le calendrier de consultation d'enfants sains ( 6 – 10 - 14 semaines ; 6 - 9 –12 –18- 24 –30 – 36 mois )

**NB : Au terme de l'examen à chaque rendez-vous, Tirer une conclusion sur :**

– Croissance staturo-pondérale

Etapas	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
<p>—</p> <p><b>8. Prendre congé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Développement psychomoteur</li> <li>– Etat nutritionnel</li> <li>– Etat vaccinal</li> <li>– Niveau d'exposition au VIH et conduite en cours</li> <li>– Protection contre le paludisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Il faut donc : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mettre à jour la carte infantile et bien l'archiver</li> <li>– Mettre à jour le carnet de l'enfant et conseiller pour sa conservation</li> <li>– Prendre les constantes (température axillaire, ...)</li> <li>– Faire la vaccination selon le calendrier</li> <li>– Peser, toiser et mettre à jour les courbes de croissance et les interpréter</li> </ul> </li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Remercier, accompagner et dire au revoir</li> </ul>			

## Composante 4: *Enfant malade*

### Activité 1: *Prendre en charge l'enfant malade de 0 à 5 ans selon la procédure PCIME*

#### *Définition*

Stratégie permettant de diagnostiquer, de traiter et de prévenir les 5 maladies les plus fréquentes de l'enfant : paludisme, diarrhée, infections respiratoires aiguës, malnutrition, rougeole. La réussite de la PCIME demande la mise en œuvre de trois composantes :

- Composante 1 : amélioration des compétences du personnel. Cette composante nécessite une formation qui peut être faite dans les écoles de santé ou en cours d'emploi ;
- Composante 2 : renforcement du système de santé (disponibilité des médicaments, organisation des services, du système de référence, de la supervision...);
- Composante 3 : amélioration des pratiques familiales et communautaires.

#### **Procédure de prise en charge : (Voir livret des tableaux PCIME)**

- Evaluer ;
- Classer ;
- Identifier le traitement ;
- Traiter l'enfant ;
- Conseiller la mère ;
- Assurer le suivi des soins ;
- Profiter de tout contact pour :
  - vérifier l'état nutritionnel de l'enfant
  - rechercher une anémie
  - vérifier l'état vaccinal de l'enfant
  - rechercher les autres problèmes de santé

## Composante 4: PCIME

### Activité 2 : Trier les enfants malades en vue d'assurer l'Evaluation et le Traitement d'Urgence

#### Définition

Le Tri, Evaluation Traitement d'Urgence (TETU) est considéré comme un élément de la PCIME de référence. Le Tri est la première phase du TETU. C'est le **processus par lequel on évalue rapidement les enfants malades dès leur arrivée à l'hôpital de façon à les classer dans l'une des trois (3) catégories suivantes :**

- Enfants malades présentant des SIGNES D'URGENCE (U), et qui ont besoin d'un traitement urgent sans suivre l'ordre d'arrivée ;
- Enfants malades présentant des SIGNES PRIORITAIRES (P), à qui il faut accorder la priorité s'ils sont dans le rang pour qu'ils soient examinés et traités sans retard ;
- Enfants malades ne présentent ni signes d'urgence ni état prioritaire : ORDINAIRE (O). Ces enfants peuvent faire le rang et attendre leur tour pour être consultés et traités.

**Le TETU permet de réduire le taux de décès des enfants à l'hôpital.**

Etapes	Communauté	Centre de Santé	HZ / CHD	CHU
<b>1. Accueillir l'enfant et sa mère</b>	Non Applicable	– Saluer la mère ou les mères d'enfant – Expliquer rapidement le processus de tri qu'on se propose de réaliser sur les enfants malades et le but		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>		– Demander l'âge de chaque enfant et le motif de référence ou de consultation à l'hôpital NB : <ul style="list-style-type: none"><li>• Le tri doit être effectué dès que chaque enfant âgé 0 à 5 ans arrive à l'hôpital ou dans un centre de santé, bien avant des procédures administratives comme l'enregistrement.</li><li>• Il peut être réalisé au niveau de la file d'attente du service des urgences. Tous les prestataires de soins cliniques intervenant dans la prise en charge des enfants malades doivent être capables de mener une évaluation rapide en vue d'identifier les enfants gravement malades qui nécessitent un traitement d'urgence ou la priorité d'examen et de traitement</li></ul>		
<b>3. Faire l'examen Physique</b>	Non Applicable	Après le Tri, appliquer l'approche PCIME pour la suite du processus :		❖ <b>Appliquer l'approche TETU</b> Tous les enfants malades doivent être triés selon le concept ABCD Les principales étapes sont : <ol style="list-style-type: none"><li>1. Rechercher les signes d'urgence et classer.</li></ol>

2. Envoyer les cas urgents en salle de stabilisation.
3. Rechercher les signes prioritaires.
4. Placer les patients prioritaires en première place dans le rang.
5. Aligner les patients ordinaires à la suite des patients prioritaires.

❖ COMMENT EVALUER ET CLASSER  
 🇳🇵 EVALUATION DES SIGNES  
 D'URGENCE (U)

Evaluer l'enfant dans l'ordre « ABCD: » :

- **A**irway (voies respiratoires)
- **B**reathing (respiration)
- **C**irculation, **C**oma, **C**onvulsions
- **D**éshydratation

« A » = Obstruction des voies aériennes

« B » = Détresse Respiratoire grave avec cyanose (coloration bleu)

« C » = état de choc (mains froides+ temps de recoloration cutanée supérieur à 3 secondes+ pouls faible et rapide)

coma, convulsion ; évaluer l'état de conscience à l'aide de l'échelle EVDI (E = Eveil, V = réagit à la voix, D = réagit à la Douleur, et I = Inconscient).

« D » = Déshydratation sévère chez l'enfant atteint de Diarrhée/vomissement, à partir de deux des signes suivant :

- Enfant léthargique ou inconscient
- Yeux enfoncés
- Pli cutané s'efface très lentement, plus de 2 secondes

🇳🇵 EVALUATION DES SIGNES  
 PRIORITAIRES (P)

Si l'enfant ne présente aucun des signes d'urgence (U), l'agent de santé recherche l'un des signes prioritaires suivants :

*Protocoles des services de santé familiale au Bénin - Volet Enfant*

Etapas	Communauté	Centre de Santé	HZ / CHD	CHU
--------	------------	-----------------	----------	-----

- Age inférieur à 2 mois (Petit nourrisson)
- Fièvre (Température  $\geq 39,5$  C)
- Hypothermie (Température  $< 35,5$ °C chez le nouveau-né 36,5° C chez le nourrisson)
- Traumatisme sévère ou autre problème chirurgical urgent
- Pâleur palmaire sévère
- Intoxication
- Douleur sévère
- Affection respiratoire
- Enfant agité ou irritable
- Enfant référé en urgence
- Amaigrissement visible et sévère
- œdème des deux pieds
- Brûlures

**TIRER LA CONCLUSION :**

Au terme du Tri, l'enfant est classé dans l'une des catégories suivantes :

**Urgence** **U**  
**Priorité** **P**  
**Ordinaire** (Non urgent, Non prioritaire) **O**

**4. Faire les examens complémentaires**

Non Applicable

- Pour les cas urgents :
  - Faire le prélèvement sanguin, examens de laboratoire (glycémie, GE/Frottis, taux d'hémoglobine, taux hématocrite, groupage sanguin, test de compatibilité) et le reste en fonction du tableau.
- Pour les cas prioritaires :
  - Faire les examens complémentaires en fonction du diagnostic

Etapas	Communauté	Centre de Santé	HZ / CHD	CHU
<b>5. Instaurer un Traitement</b>	Non Applicable	Traitement de pré référence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les cas urgents : Stabiliser les cas urgents pour éviter les décès; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre le traitement approprié tout en réévaluant le malade. (Confère fiches TETU)</li> </ul> </li> <li>- Pour les cas prioritaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter de façon adéquate</li> </ul> </li> </ul>	

## **PRINCIPALES ETAPES A RESPECTER POUR LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DE L'ENFANT DE 2 MOIS A 59 MOIS QUI SOUFFRE DE PALUDISME, DE DIARRHEE OU DE PNEUMONIE, AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE :**

- Bien accueillir la mère qui amène son enfant malade.
- Utiliser **une fiche de prise en charge** par enfant malade.
- Choisir la fiche de prise en charge de couleur rose, jaune ou blanche en tenant compte de l'âge de l'enfant.
- Lire progressivement (de haut vers le bas) sur la fiche de prise en charge, ce qu'il faut demander à la mère, ce qu'il faut faire à l'enfant et noter ce que vous avez entendu, observé et décidé au fur et à mesure aux endroits indiqués sur la fiche.
- Se laver les mains à l'eau et au savon avant de toucher à l'enfant malade.
- Faire l'enveloppement humide à l'enfant s'il a le corps chaud.
- Vérifier si l'enfant ne présente pas un signe de danger ou de gravité en suivant pas à pas, tout ce que la fiche de prise en charge demande de faire et noter ce que vous avez entendu, observé et décidé au fur et à mesure.
- Aider à amener immédiatement l'enfant malade au centre de santé, lorsqu'il présente un signe de danger ou de gravité, c'est-à-dire organiser sa référence au centre de santé.
- Mais si l'enfant ne va pas être référé.
  - faire le TDR à l'enfant s'il a le corps chaud.
  - traiter l'enfant en même temps pour :
    - le paludisme simple si TDR positif,
    - si la diarrhée simple ou pour la toux sans respiration difficile; suivre pas à pas, tout ce que la fiche de prise en charge demande de faire et noter ce que vous avez entendu, observé et décidé au fur et à mesure.
  - prendre l'enfant en charge pour malnutrition aigüe modérée (si le tour de bras est dans le

jaune) et suivre pas à pas, tout ce que la fiche de prise en charge demande de faire et noter ce que vous avez entendu, observé et décidé au fur et à mesure.

- vérifier qu'il a reçu tous les vaccins pour son âge en suivant pas à pas, tout ce que la fiche de prise en charge demande de faire et noter ce que vous avez entendu, observé et décidé au fur et à mesure.
- donner à la mère tous les conseils qu'il faut pour garder l'enfant en bonne santé, en suivant pas à pas, tout ce que la fiche de prise en charge demande de faire et noter ce que vous avez entendu, observé et décidé au fur et à mesure.
- Revoir obligatoirement l'enfant mis sous traitement et aider à poursuivre les soins en suivant pas à pas, tout ce que la fiche de prise en charge demande de faire et noter ce que vous avez entendu, observé et décidé au fur et à mesure.
- Vérifier les stocks de médicaments et des matériels nécessaires pour la réalisation **du TDR** après chaque utilisation de l'un ou l'autre, **afin** de ne jamais en manquer au moment où un enfant malade en aura besoin.
- Participer aux réunions de compte rendu sur les activités menées et aux sessions de supervision formative et de monitoring.

## Composante 5: Enfant drépanocytaire

### Activité 1: Prendre en charge l'enfant drépanocytaire

#### Définition

Ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour assurer la survie, la croissance et le développement de l'enfant atteint de drépanocytose

Etapes	Communauté	Centre de Santé	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir l'enfant et sa mère</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Saluer la mère et lui offrir un siège</li><li>– Se présenter</li><li>– Demander à la mère ce qu'on peut faire pour son enfant, et la mettre en confiance</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Saluer la mère et lui offrir un siège</li><li>– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe</li><li>– Rechercher un signe de danger et faire la prise en charge</li><li>– Demander à la mère ce qu'on peut faire pour son enfant, et la mettre en confiance</li></ul>		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Ecouter les plaintes de la mère</li><li>– Douleurs osseuses à répétition</li><li>– Yeux jaunes</li><li>– Pâleur sévère</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Demander le motif de la consultation<ul style="list-style-type: none"><li>• douleurs osseuses, ostéo-articulaires, abdominales ou thoraciques ictère</li><li>• fièvre</li><li>• gonflement douloureux des mains et des pieds chez le nourrisson</li><li>• signe de complication (pâleur, toux, fièvre ...etc)</li></ul></li><li>– Ouvrir le dossier</li><li>– Demander la fréquence des crises douloureuses et les signes associés (fièvre...)</li><li>– Rechercher un antécédent de drépanocytose dans la famille (fièvre ou crises d'anémie à répétition)</li><li>– Rechercher une notion de traumatisme</li></ul>		
<b>3. Faire l'examen physique</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"><li>– Examen général :<ul style="list-style-type: none"><li>• température axillaire</li><li>• poids, taille, (courbes)</li><li>• pâleur</li><li>• Fréquence respiratoire et cardiaque</li><li>• ictère</li></ul></li><li>– Apprécier la zone douloureuse<ul style="list-style-type: none"><li>• segment de membre</li><li>• articulation</li><li>• abdomen</li></ul></li></ul>		

Etapas	Communauté	Centre de Santé	HZ/CHD	CHU
<b>4. Faire les examens complémentaires</b>	Non Applicable	<p><b>Au terme de l'examen tirer une conclusion :</b></p> <p>Enfant suspect de drépanocytose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• enfant ayant des douleurs osseuses non traumatiques répétées, douleurs abdominales répétées</li> <li>• nourrisson présentant des gonflements douloureux des mains et pieds</li> </ul> <p>– Informer la mère du résultat de l'examen et de la nécessité de référer à HZ/CHD pour un examen approfondi et examens complémentaires</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informer les parents des résultats des examens et de la prise en charge de la maladie</li> <li>– NFS + Réticulocytes+ plaquettes</li> <li>– Electrophorèse de l'hémoglobine à partir de 6 mois</li> <li>– Groupe sanguin ABO Rhésus</li> <li>– GE /FS + DP</li> <li>– G6PD</li> <li>– Ionogramme sanguin (natrémie, kaliémie)</li> <li>– Autres examens complémentaires en fonction de la situation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rx hanche ; Rx thorax</li> <li>• bilan hématologique (NFS+Plaquettes tous les 6 mois)</li> <li>• bilan rénal</li> <li>• bilan hépatique</li> <li>• Consultation ophtalmologique</li> <li>• Consultation du dentiste</li> <li>• Electrophorèse par isofocalisation si âge &lt; 6 mois</li> </ul> </li> </ul>

Etapas	Communauté	Centre de Santé	HZ/CHD	CHU
<b>5. Instaurer un traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Donner du paracétamol (voir ordinogramme) et conseiller de donner beaucoup d'eau à l'enfant</li> <li>– <b>REFERER</b></li> <li>– Informer la mère de l'état de santé de l'enfant et aider à la référence</li> <li>– Organiser le transport</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Traitement de la crise et/ou des complications : <ul style="list-style-type: none"> <li>• hyperhydratation orale ou parentérale</li> <li>• antalgiques : Paracétamol et ou acide acétyl salicylique si douleurs</li> <li>• antibiotiques adaptées</li> <li>• transfusion si anémie menaçante</li> <li>• acide folique</li> <li>• quinine</li> </ul> </li> <li>– Traitement de fond <ul style="list-style-type: none"> <li>• faire boire beaucoup d'eau</li> <li>• pénicilline V</li> <li>• acide folique</li> <li>• chloroquine 10mg/kg /semaine en deux prises ou</li> <li>• Atovaquone Proguanil</li> <li>• déparasitage tous les trois mois</li> <li>• vaccinations</li> <li>• vitamine C et multivitamines</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem HZ/CHD +</li> <li>– Transfusion d'échange (exsanguino-transfusion)</li> <li>– Vaccinations spécifiques ...</li> </ul>

Etapas	Communauté	Centre de Santé	HZ/CHD	CHU
<b>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</b>				<p>Traitement des complications (crise vaso-occlusive, anémie, infection, ictère cholestatique, priapisme, atteintes neurologiques, ostéomyélite...)</p>
<b>7. Faire le suivi</b>	<p>– Dire aux parents de se présenter avec l'enfant au retour, du centre de référence</p>	<p>– Faire une visite à domicile pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vérifier que la référence a été exécutée</li> <li>• s'assurer que l'enfant prend bien ses médicaments et boit beaucoup d'eau</li> </ul> <p>– Suivre l'enfant à son retour, selon les instructions de la contre-référence</p> <p>– Faire le counseling</p>	<p>– Suivre périodiquement l'enfant si possible avec les centres spécialisés de prise en charge de la drépanocytose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• surveillance de la croissance somatique (statur pondérale)</li> <li>• dépistage des complications (anémie, infections, crises vaso-occlusives)</li> </ul> <p>– Conseils:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vaccinations</li> <li>• veiller à faire boire abondamment l'enfant</li> <li>• déparasiter tous les 3 mois</li> <li>• supplémentation en vitamine A, foldine et fer au besoin</li> <li>• administration de la Pénicilline V</li> <li>• faire dormir sous moustiquaire imprégnée</li> <li>• chambre aérée</li> <li>• éviter l'habillement serré</li> <li>• Hygiène corporelle et environnementale</li> <li>• Alimentation équilibrée, suffisante</li> <li>• Identification des signes de danger et recours précoce à la formation sanitaire</li> </ul>	<p>– Selon l'état de l'enfant, puis selon l'évolution ultérieure, donner un rendez-vous</p> <p>– Envoyer la fiche de contre référence</p> <p>– Dire à la mère de se présenter avec l'enfant au retour du centre de référence</p>
<b>8. Donner des conseils (rôle des parents)</b>				<p>– Idem CS +</p> <p>– Guidance des parents</p> <p>– Surveillance de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de 0 à 2 ans 1 fois/mois</li> <li>• de 2 à 5 ans 1 fois/trimestre</li> <li>• de 5 à 15 ans 1 fois/semestre</li> </ul> <p>– Faire un bilan complet une fois par an (croissance statur pondérale, développement psychomoteur ; bilans hépatique, sanguin, rénal, oculaire ; radiographie pulmonaire, Rx hanche, télécœur)</p>
	<p>– Connaître et comprendre la maladie</p> <p>– Etre compliant avec le Médecin et rester fidèle</p> <p>– Eviter de consulter seulement en cas de maladie</p> <p>– Encourager le suivi du drépanocytaire qui ne présente pas des complications</p>			



## Composante 6 : Malnutrition Aigüe Sévère chez l'enfant

### Activité 1: Prendre en charge l'enfant atteint de malnutrition aigüe sévère

#### Définition

On parle de malnutrition aigüe sévère chez l'enfant (6mois à 5ans) lorsque l'Indice Poids Taille (IPT) est inférieure à -3 Z score et/ou présence d'œdème au niveau des deux pieds

Etapes	Communauté	CS	CNA	CNT (HZ, CHD, CHU)
<b>1. Accueillir l'enfant et sa mère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Saluer la mère et lui offrir un siège</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Saluer la mère et lui offrir un siège</li> <li>– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe</li> <li>– Rechercher un signe de danger et faire la prise en charge</li> <li>– Admettre l'enfant selon les critères d'admission (IPT &lt; -3Z score)</li> </ul>		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Demander le motif de la consultation (amaigrissement, perte d'appétit, gonflement des pieds, pâleur, diarrhée etc..)</li> <li>– Demander le mode d'alimentation (allaitement maternel, alimentation complémentaire)</li> <li>– Circonstance de survenue (alimentation inadéquate, rougeole, VIH, autres maladies...)</li> <li>– Rechercher un antécédent personnel (maladie chronique ou à répétition, état vaccinal, déparasitage...)</li> <li>– Rechercher un antécédent familial (orphelin, ménage divorcé)</li> <li>– Recueillir d'information sur les ressources alimentaires du ménage</li> </ul>		
<b>3. Faire l'examen physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mesurer le périmètre brachial</li> <li>– Référer si bande jaune ou rouge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Appliquer la procédure de tri et orientation</li> <li>✓ Mesure anthropométrique (poids, taille)</li> <li>✓ Recherche d'œdème</li> <li>✓ Recherche complications (critères PCIME)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Appliquer la procédure de tri et orientation (Idem)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Appliquer la procédure de tri et orientation (Idem) ;</li> <li>– Examen général : température axillaire, poids, taille, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, pâleur, ictère</li> <li>– Examen complet et recherche de complications: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Œdèmes bilatéraux</li> <li>❖ Déshydratation</li> <li>❖ Défaillance cardiaque</li> </ul> </li> </ul>

Etapas	Communauté	CS	CNA	CNT (HZ, CHD, CHU)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Test d'appétit</li> <li>✓ Orienter la mère/accompagnatrice vers l'unité de prise en charge ou le spécialiste</li> <li>✎ MAS sans complication et avec test de l'appétit positif : orienter vers CNA</li> <li>✎ MAS avec œdème ou autres complications (PCIME) ou test de l'appétit négatif : orienter vers le CNT</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hypothermie (&lt;36°C : T° axillaire)</li> <li>❖ Anémie sévère</li> <li>❖ Hypoglycémie</li> <li>❖ Dermatoses (gales, poux, candidose, impétigo)</li> <li>❖ Infections (VIH, tuberculose)</li> <li>❖ Ulcération cornéenne</li> <li>❖ Autres complications</li> </ul>
<b>4. Faire les examens complémentaires</b>	Non Applicable			<p>– Faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glycémie</li> <li>• NFS+ plaquettes</li> <li>• Ionogramme sanguin et calcémie</li> <li>• GE /FS + DP</li> <li>• ECG</li> <li>• Autres bilans</li> </ul>
<b>5. Instaurer un Traitement</b>	Non Applicable	Référer vers CNA ou CNT	<p>– Prise en charge MAS sans complication en ambulatoire en collaboration avec le relais (voir PCIME)</p> <p>– Si MAS avec complication, organiser la référence vers le CNT</p>	<p>– <b>Traitement des complications :</b></p> <p><b>1) Déshydratation</b> Donner liquide de réhydratation « RéSoMal ». Il est administré par voie orale ou par SNG (5-10 ml/kg toutes les 30 minutes pendant 2 heures puis relais 5 ml/kg par heure jusqu'à ce que le déficit pondéral soit corrigé (mesuré ou estimé) Si enfant inconscient, donner en IV ½ SG 5% + ½ SS 9%0 ou RL à la posologie de 15 ml/kg par heure pendant deux heures puis passer per os</p>

Etapas	Communauté	CS	CNA	CNT (HZ, CHD, CHU)
				<p><b>NB</b> : Arrêter la perfusion lorsque la Fréquence Respiratoire (FR) et Fréquence Cardiaque s'accélèrent (plus de 5 mouvements respiratoires)</p> <p><b>2) Choc septique</b> : antibiothérapie large spectre Céfotaxime 50 mg/kg/8h en IV pendant 3j puis 50 mg/kg/12h en IM pendant 4j</p> <p><b>AJOUTER</b> Gentamycine : 4 mg/kg/j en IV ou IM une fois par jour pendant 2 à 3 jours <b>ou</b> Ciprofloxacine 15 à 30 mg/kg/j per os en deux prises par jour</p> <p><b>AJOUTER</b> Métronidazole : 20 mg/kg/j par voie orale ou parentérale en deux prises</p> <p><b>AJOUTER</b> Fluconazole : 3mg/kg/j par voie orale en une fois pendant 14 jours.</p> <p>Prévenir l'hypoglycémie : eau sucrée per os ou par SNG (2 morceaux de sucre pour 100 ml d'eau)</p> <p><b>3) Défaillance cardiaque</b> :</p> <p>Arrêt tout apport solide ou liquide Réduire ou stopper médicaments à base de sels de sodium Digoxine : 5 µg/kg/j en une prise Furosémide : 1 mg/kg/j en flash</p> <p><b>4) Hypothermie</b> Réchauffer l'enfant par la technique KANGOUROU Traiter hypoglycémie et donner Antibiotique 1<sup>ère</sup> intention</p> <p><b>5) Anémie sévère</b> Si Hb ≥ 4g/dl ou Hte ≥ 12% ou traitement F75 depuis 48 heures et moins de 14 jour : donner seulement de la Foldine une dose.</p> <p>Si Hb &lt; 4g/dl ou Hte &lt; 12% donner Sang total ou culot globulaire 10 mg/kg en 3heures Arrêter toute alimentation pendant la transfusion et</p> <p><b>Protocoles des services de santé familiale au Bénin - Volet Enfant</b></p>

Etapas	Communauté	CS	CNA	CNT (HZ, CHD, CHU)
				<p>3heures qui suivent la transfusion  Pas de transfusion entre 48 heures du début et J14 du traitement F75 (si la transfusion est nécessaire dans ce cas, faire Exsanguino- transfusion dans une unité spécialisée).  Ne pas donner du fer à la phase aigüe de la prise en charge MAS.</p> <p><b>6) Hypoglycémie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patient conscience conservée : eau sucrée 10% (5-10 ml/kg) ou F75 par voie orale ;</li> <li>– Patient inconscient : eau sucrée 10%, 5 ml/kg par SNG ou SG 10% en IV 5 ml/kg en une seule injection</li> <li>– Rechercher et traiter : paludisme grave dans sa forme neurologique, méningite, hypoxie cérébrale, un sepsis, hypernatrémie etc...</li> </ul> <p><b>7) Dermatose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Excoriation périanale : laver et laisser les fesses à l'air libre, appliquer crème/pommade Nitrate de Miconazole, associer Nystatine orale et antibiotique 1<sup>ère</sup> intension</li> <li>– Gales/poux : Crème (5%)/lotion (1%) à base de perméthrine sur tout le corps sauf muqueuse et plaie et laver avec du savon après 12h. NB : traiter toute personne contact du malade</li> <li>– Infection fongique : Nitrate de Miconazole crème/lotion 2% 2 fois/jour et 7 à 10 jours après disparition des lésions</li> <li>– Impétigo : Cloxacilline orale 50 mg/kg en deux prises, si pas de réponse après 48 heures changer par Erythromycine ou Clindamycine ou Céfotaxime</li> </ul> <p><b>8) Ulcération cornéenne</b>  Donner de la vitamine A per os : 50 000 UI (enfant</p>

Etapas	Communauté	CS	CNA	CNT (HZ, CHD, CHU)
<b>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</b>	– Dire à la mère de se présenter avec l'enfant au centre de référence	– Etablir une fiche de référence et orienter immédiatement la mère avec l'enfant au CNT	– Dire à la mère/ accompagnatrice de revenir avec l'enfant dans 1 semaine – Expliquer à la mère/accompagnatrice l'importance du respect du RDV fixé	<p>≤ 6 mois), 100 000UI (6-12mois) et 200 000UI (enfant ≥ 12 mois). Répéter la dose 14 jours après</p> <p>En cas d'impossibilité de la voie orale, donner vitamine A en IM 50 000UI (enfant ≤ 6mois) et 100 000UI (enfant &gt; 6 mois)</p> <p>Panser l'œil et mettre Atropine 1% collyre et Tétracycline collyre</p> <p>Recourir en cas de besoin au spécialiste ophtalmologiste</p> <p><b>9) Traitement nutritionnel (ATPE) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lait F75 (Phase aigüe) : voir Protocole PECMA pour volume de lait par classe de poids, mettre SNG si prise orale &lt; 75% du volume requis par jour</li> <li>▪ Lait F100 (phase de transition)</li> </ul> <p>– <b>Traitement systématique (voir protocole) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiothérapie</li> <li>• Traitement antipaludique (CTA)</li> <li>• Déparasitage</li> <li>• Vitamine A</li> </ul> <p>– Le suivi pendant la phase aigüe et de transition se fait en hospitalisation 24h/24h au CNT</p> <p>– Un rendez-vous peut être donné en cas de nécessité pour le suivi des complications</p>
<b>7. Prendre congé</b>	– S'assurer de l'exécution de la référence par la mère/accompagnatrice  – Assister si nécessaire	– S'assurer de l'exécution de la référence par la mère/accompagnatrice – Avertir le centre d'accueil de la	– Si les critères de guérison sont atteints (voir protocole), dire merci et au revoir à la mère/accompagnatrice	– Après la phase de transition et dès que le patient a un bon appétit et ne présente plus de complications majeures, faire le transfert vers un CNA le plus proche possible de la mère/accompagnatrice de l'enfant

Etapas	Communauté	CS	CNA	CNT (HZ, CHD, CHU)
<b>8. Faire le suivi</b>	la mère/accompagnant pour la référence	référence		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire le suivi après guérison : Visite à domicile tous les 15j pendant les 2 premiers mois et tous les mois (suivi nutritionnel)</li> <li>- Donner des conseils nutritionnels</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre l'enfant à son retour, selon les instructions de la contre-référence</li> <li>- A chaque visite hebdomadaire :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre poids, PB, température</li> <li>• Vérifier la présence ou non d'œdèmes bilatéraux</li> <li>• Faire le test de l'appétit si gain de poids faible</li> <li>• Rechercher d'autres symptômes et signes de complications (diarrhée, déshydratation, vomissement, détresse respiratoire, défaillance cardiaque)</li> <li>• Remplir la fiche de suivi</li> <li>• Restituer les résultats du suivi à l'accompagnatrice</li> </ul> </li> <li>- Transférer au CNT lorsque l'enfant développe un des critères de transfert (Protocole PECMA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire le suivi en Hospitalisation au CNT</li> <li>- Phase aiguë : par l'évaluation du poids, pas de gain de poids (gain de poids rapide est dangereux)</li> <li>- Phase de transition : évaluation du gain de poids qui doit être de 6 g/kg/jour</li> <li>- Surveillance des facteurs de risque des patients hospitalisés en CNT</li> <li>- Transfert au CNA en cas d'amélioration</li> </ul>

## Composante 7 : Enfant infecté par le VIH

### Activité 1: Prendre en charge l'enfant infecté par le VIH

Définition	Ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour assurer la prise en charge et le suivi de l'enfant infecté par le VIH			
Etapes	COMMUNAUTE	CS (site de prise en charge des PVIH)	HZ/CHD	CHU
<b>1. Accueillir l'enfant et sa mère</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saluer la mère et lui offrir un siège</li> <li>- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe</li> <li>- Demander à la mère ce qu'on peut faire pour son enfant, et la mettre en confiance</li> <li>- Garantir la confidentialité</li> </ul>		
<b>2. Mener l'interrogatoire</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demander le motif de la consultation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Référence avec un résultat virologique ou sérologique VIH pour une prise en charge</li> <li>• Problèmes de santé : Fièvre persistante, diarrhée persistante, plaie récurrente dans la bouche, infections cutanées à répétition, hypotrophie, gêne à la respiration, infections de l'appareil respiratoire, gêne à la déglutition, autres maladies ...</li> </ul> </li> <li>- Rechercher               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conditions de déroulement de la grossesse et de l'accouchement (Statut sérologique de la mère connue, prise d'ARV par la mère, prophylaxie antiretrovirale administrée à l'enfant,...)</li> <li>• Les étapes du développement psychomoteur</li> <li>• Le statut vaccinal</li> <li>• Le mode d'alimentation (régime alimentaire)</li> <li>• Le mode de garde et environnement de l'enfant</li> <li>• L'utilisation de MIILD et déparasitage</li> </ul> </li> <li>- Demander les traitements en cours</li> </ul>		
<b>3. Faire l'examen physique</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen général :               <p>température axillaire, poids, taille, périmètre crânien, pâleur, ictère, fréquence cardiaque et fréquence respiratoire ...</p> </li> <li>- Examen complet de tous les appareils (notamment cutanéomuqueux, ORL, spléno-ganglionnaire,...)</li> </ul> <p><b>Tirer une conclusion</b> : Présence ou non d'affections opportunistes permettant de classer l'enfant dans l'un des quatre stades de l'OMS (voir annexe)</p> <p>Informer la mère du résultat de l'examen et de la nécessité de faire des bilans</p>		

Etapes	COMMUNAUTE	CS (site de prise en charge des PVIH)	HZ/CHD	CHU
<b>4. Faire les examens complémentaires</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire un bilan de confirmation : la <b>PCR</b> pour les enfants de <b>moins de 18 mois</b> nés de mère séropositive ou la <b>sérologie VIH</b> chez les enfants de <b>plus de 18 mois</b></li> <li>– Faire un bilan d'inclusion : la numération des CD4</li> <li>– Faire un bilan pré thérapeutique : NFS, Transaminases (ALAT), Protéinurie à la bandelette, Créatinine plasmatique, Radiographie pulmonaire, Ag HBs, Anticorps anti HVC, Glycémie</li> </ul> <p>L'interprétation des résultats des examens complémentaires conduit à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– la confirmation ou non des hypothèses diagnostiques évoquées</li> <li>– l'appréciation de l'état immunitaire du patient (CD4)</li> <li>– l'orientation du traitement tout en tenant compte des éventuelles contre-indications aux différentes molécules.</li> </ul>		
<b>5. Instaurer un traitement</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire l'éducation thérapeutique</li> <li>– Mettre en place une prise en charge psychosociale et nutritionnelle</li> <li>– Instaurer une prévention des IO au CTM (en cas d'allergie au CTM utiliser de la dapsonne) et traiter les affections opportunistes éventuelles découvertes</li> <li>– Faire de la supplémentation vitaminique, en fer et en acide folique selon les normes de la PCIME</li> <li>– Encourager l'utilisation des MILD</li> <li>– Initier le traitement ARV (voir protocole) si : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection à VIH confirmée chez enfant de moins de 5 ans</li> <li>• Infection à VIH confirmée chez enfant de plus de 5 ans avec CD4 &lt; 500 cellules/mm<sup>3</sup> quel que soit le stade clinique ou stade 3 ou 4 de l'OMS quel que soit le pourcentage de CD4</li> </ul> </li> </ul>		
<b>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</b>	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les rendez-vous de suivi : <ul style="list-style-type: none"> <li>– J14 pour une évaluation de l'état clinique, des constantes physiques, de l'adhésion au traitement, de l'observance et d'éventuels effets secondaires</li> <li>– M1 pour évaluer tous les éléments précédents en recherchant une amélioration de l'état général</li> </ul> </li> </ul> <p>La périodicité du suivi clinique chez l'enfant est mensuelle durant les 2 premières années de vie ; elle sera espacée au cas par cas en fonction de l'état clinique et de la qualité du suivi</p> <p>Les bilans biologiques de suivi sont réalisés tous les six mois conformément au protocole (voir annexe)</p>		
<b>7. Prendre congé</b>	– Raccompagner, dire merci et au revoir			

## **Annexe VIH**

### **Schémas thérapeutiques ARV de l'enfant**

- **Première ligne**

- ✓ *Régimes standards*

- **Avant 3 ans**

**Choix préférentiel : ABC + 3TC + LPV/r\***

**Alternatives**

AZT + 3TC + NVP

AZT + 3TC + LPV/r

ABC + 3TC + NVP

\*Que l'enfant ait été exposé ou non à la PTME et possibilité de substitution par un INNTI si la CV est indétectable

- **Après 3 ans**

**Choix préférentiel : TDF + 3TC + EFV**

**Alternatives :**

TDF + 3TC + NVP

ABC + 3TC + EFV

ABC + 3TC + NVP

- ✓ **Cas particuliers**

- **Co-infection VIH-Tuberculose**

Un TAR doit être mis en route chez tout enfant présentant une tuberculose active dès que possible et dans les huit semaines suivant le début du traitement antituberculeux, quel que soit le nombre de CD4 ou le stade clinique.

Il convient d'utiliser l'EFV comme INNTI privilégié chez les patients commençant un TAR et sous traitement antituberculeux

### **Schémas thérapeutiques ARV**

### **Avant 3 ans**

Préférentiel → ABC+ (3TC ou FTC) +AZT

Alternatifs → ABC + (3TC ou FTC) + LPV/r\*

Une fois le traitement antituberculeux terminé, il faut arrêter ce schéma thérapeutique et reprendre le schéma thérapeutique classique recommandé

### **Après 3 ans**

Préférentiel → TDF + (3TC ou FTC) + EFV

Alternatifs : AZT + (3TC ou FTC) + EFV

La troisième molécule à la place de l'INNRT (EFV ou NVP) peut être du LPV/r\*.

\*Doublé la dose de LPV/r ou établir un rapport LPV/r à 1 lors de l'utilisation concomitante avec la Rifampicine.

- En cas de VIH2 ou VIH 1+2, ne pas utiliser un INNRT, **Co-infection VIH-VHB**

Le dépistage systématique du VHB est recommandé chez les enfants infectés

- o Réalisation Ag HBs après 6 mois
- o Si Ag HBs négatif faire Ac anti-HBc
- o Recherche Ac-anti HBs (vérifier l'efficacité vaccinale)
- Critères de mise sous ARV : Traiter tout enfant Ag HBs positif
- Schémas thérapeutiques

Avant 3 ans : AZT/ABC + (3TC ou FTC) + LPV/r

A partir de 3 ans : TDF + (3TC ou FTC) + LPV/r (éviter un INNRT en cas de la co-infection VIH/VHB)

En cas de VIH2 ou VIH 1+2, remplacer EFV par un IP.

- **Co-infection VIH et Hépatite virale C chez l'enfant**

La mise en route d'un TAR chez une personne vivant avec le VIH qui présente une hépatite C doit suivre les mêmes principes généraux que ceux qui s'appliquent à la population générale de personnes vivant avec le VIH.

#### **▪ Echec thérapeutique**

**Comme chez l'adulte, on distingue trois types d'échec chez l'enfant : clinique, immunologique et virologique**

Echec clinique : **Événement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodépression avancée ou sévère (pathologie définissant un stade clinique de l’OMS 3 ou 4, à l’exception de la tuberculose) après 6 mois de traitement efficace.**

Echec immunologique :

*Âgé de moins de 5 ans* : **Persistance d’un nombre de CD4 inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> ou d’un taux de CD4 inférieur à 10 % après 6 mois de traitement efficace et bien suivi.**

*Âgé de plus de 5 ans* : **Persistance d’un nombre de CD4 inférieur à 100 cellules/mm<sup>3</sup> après 6 mois de traitement efficace et bien suivi.**

Echec virologique : **est la persistance après 6 mois de traitement ARV bien suivi, d’une charge virale plasmatique supérieure à 1000 copies/ml sur la base de deux mesures réalisées à 3 mois d’intervalle avec soutien à l’observance.**

▪ **Procédure de passage en deuxième ligne de traitement ARV**

La mesure de la charge virale est la méthode de suivi privilégiée pour faire le diagnostic de l’échec du TAR. Si la mesure de la charge virale n’est pas disponible en routine, le diagnostic de l’échec thérapeutique doit être fait par un suivi du nombre de CD4 et un suivi clinique. Il faudra discuter le dossier du patient au cours d’une réunion multidisciplinaire de site en présence d’un médecin formé à la prise en charge des PVVIH.

La procédure de passage d’une ligne à une autre suit les mêmes recommandations comme chez l’adulte.

- **Schémas de deuxième ligne :**

**Avant 3ans** : **PAS DE CHANGEMENT DE LIGNE.** Il faut renforcer l’observance et surveiller de façon rapprochée (tous les mois).

**Après 3 ans** : Tenir compte des schémas de la 1<sup>ère</sup> ligne. Remplacer 2 ARV et garder 3TC.

**2<sup>ème</sup> ligne thérapeutique chez l’enfant**

<b>Schéma de 1<sup>ère</sup> ligne</b>	<b>Recommandation pour la 2<sup>ème</sup> ligne</b>
TDF + 3TC + EFV ou TDF + 3TC + NVP	ABC+ 3TC + LPV/r (ou ATV/r) ( <b>Préférentiel</b> ) ou AZT + 3TC + LPV/r (ou ATV/r)

ABC + 3TC + EFV ou ABC + 3TC + NVP	TDF + 3TC + LPV/r (ou ATV/r) ( <b>Préférentiel</b> ) ou AZT + 3TC + LPV/r (ou ATV/r)
ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + (NVP ou EFV) ou TDF + 3TC + (NVP ou EFV)

- **Les Schémas de traitement de 3<sup>ème</sup> ligne**

Les principes généraux de passage d'une ligne à une autre tels que décrits pour les adultes restent valables chez l'enfant.

**Avant 6 ans : PAS DE PASSAGE EN 3<sup>ème</sup> LIGNE**

- Poursuivre le schéma thérapeutique de la 2<sup>ème</sup> ligne s'il est bien toléré.
- Renforcer l'observance du traitement
- Rapprocher le suivi médical (tous les mois)
- **En cas d'arrêt du TAR, continuer à prévenir les IO, soulager les symptômes et prendre en charge la douleur.**

**A partir de 6 ans : Raltégravir + Darunavir/r + truvada (TDF+FTC) ou**

Raltégravir + Darunavir/r + ABC + 3TC

**Bilans de suivi des adultes et des enfants en fonction de la périodicité des consultations**

Paramètres	Bilan initial	M1	M6	M12	Chaque 6 mois	Chaque 12 mois
NFS	x		x	x	X	x
ALAT	x		x	x	X	x
Glycémie	x		x	x	X	x
Créatinine plasmatique	x	x	x	x	X	x
Protéinurie*	x			x		x
Bilirubine*				x		x
Cholestérol total et HDL*				x		x
Triglycérides*				x		x
Ag HBs	x					

Ac anti VHC*	x					
CD4	x		x	x	X	x
Charge virale			x	x		x

\*=ces bilans sont à la charge du patient

**NB :** en fonction du schéma thérapeutique, un bilan complémentaire à la créatininémie pourra être fait à M1

### Classification pédiatrique révisée de l'OMS

Stades	Symptômes
Stade clinique 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asymptomatique</li> <li>• Lymphadénopathie généralisée persistante</li> </ul>
Stade clinique 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hépatosplénomégalie persistante inexplicée</li> <li>• Infections récurrentes ou chroniques des voies respiratoires supérieures (otite moyenne, otorrhée, sinusite, amygdalite)</li> <li>• Zona</li> <li>• Erythème gingival linéaire</li> <li>• Ulcérations buccales récurrentes</li> <li>• Eruption papulaire prurigineuse</li> <li>• Infections fongiques de l'ongle</li> <li>• Infection verruqueuse extensive d'origine virale</li> <li>• <i>Molluscum contagiosum</i> extensif</li> <li>• Augmentation du volume des parotides persistante et inexplicée</li> </ul>
Stage Clinique 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrition modérée inexplicée ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard</li> <li>• Diarrhée persistante inexplicée (14 jours ou plus)</li> <li>• Fièvre persistante inexplicée (supérieure à 37,5°C, intermittente ou constante, depuis plus d'un mois)</li> <li>• Candidose buccale persistante (après les six premières semaines de vie)</li> <li>• Leucoplasie chevelue de la cavité buccale</li> <li>• Tuberculose ganglionnaire</li> <li>• Tuberculose pulmonaire</li> <li>• Pneumonies bactériennes sévères récurrentes</li> <li>• Gingivite ou parodontite aigue nécrosante ulcéralive</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anémie (&lt;8 g/dl), neutropénie (&lt;0,5 x 10<sup>9</sup>/l) ou</li> <li>• Thrombocytopénie chronique (&lt;50 x 10<sup>9</sup>/l) inexplicées</li> <li>• Pneumonie interstitielle lymphocytaire symptomatique</li> <li>• <b>Pathologie pulmonaire chronique associée au VIH, notamment la bronchiectasie</b></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Stade Clinique 4</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emaciation sévère inexplicée, retard de croissance sévère inexplicé ou malnutrition sévère inexplicée ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard</li> <li>• Pneumonie a <i>Pneumocystis (jirovecii)</i></li> <li>• Infections bactériennes sévères récurrentes (par exemple :empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite, mais ne comprenant pas la pneumonie)</li> <li>• Infection chronique a herpes simplex (bucco-labiale ou cutanée d'une durée supérieure a un mois, ou viscérale quelle que soit la localisation)</li> <li>• Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire)</li> <li>• Tuberculose extra pulmonaire</li> <li>• Sarcome de Kaposi</li> <li>• Infection a cytomégalo virus (rétinite ou infection d'autres organes, débutant après l'âge d'un mois)</li> <li>• Toxoplasmose du système nerveux central (après la période néonatale)</li> <li>• Encéphalopathie à VIH</li> <li>• Cryptococcose extra pulmonaire, y compris la méningite</li> <li>• Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée</li> <li>• Leuco encéphalopathie multifocale progressive</li> <li>• Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée)</li> <li>• Isosporose chronique</li> <li>• Mycose endémique disséminée (histoplasmosse extra pulmonaire, coccidioidomycose, pénicillinosse)</li> <li>• Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B)</li> <li>• Néphropathie ou myocardiopathie associée au VIH</li> </ul>

## Liste des participants aux différents ateliers de développement des Protocoles

1. Docteur Richard ABADA
2. Docteur Sylvestre ABLEY
3. Docteur Marcel ABOUA
4. Docteur Sosthène ADISSO
5. Docteur Charles ADJOVI
6. Madame Georgette AGBANGLA
6. Madame Isabelle AKIBODE A.
8. Docteur Vincent de Paul AKOUTEY
9. Docteur Marouf ALI
10. Monsieur Aristide ALOVOKPINHOU
11. Professeur Blaise AYIVI
12. Madame Laure AYENI
13. Docteur Nestor AZANDEGBE
14. Madame Chakiratou BADIROU ANJORIN
15. Docteur Alexandrine DAZOGBO LOKOSSOU
16. Professeur José de-SOUZA
17. Docteur Nouratou do -REGO
18. Docteur Thomas DOGUE
19. Docteur Victor DOSSOU
20. Madame Berthe DOSSOU-GBETE
21. Docteur Noël A EKUE
22. Professeur René HODONOU
23. Docteur Jacob HOUETO
24. Docteur Téléphore HOUANSOU
25. Docteur Issah KISSIRA
26. Docteur Jean KOUASSI
27. Docteur Georges KOUSSIHOUEDE
28. Docteur Roger LALY
29. Docteur Raïma MOUDACHIROU
30. Madame Andréa NOUKPO
31. Madame Marie - Lucienne OGOUNCHINA
32. Professeur Antoinette OBEY
33. Professeur René PERRIN
34. Docteur Alban QUENUM
35. Docteur Karim SALAMI
36. Madame Hortense SAMON
37. Docteur Hamidou SANOUSSI
38. Madame Adèle Marie -Noël SACKO
39. Madame Germaine TOTO
40. Professeur Eusèbe ALIHONOU
41. Madame Suzanne PLOPPER
42. Docteur Téléphore SAVY
43. Madame Arlette AKOUEIKOU
44. Docteur Marcelline d'ALMEIDA
45. Docteur Théodore SOUDE
46. Docteur Esther TRAORE
47. Docteur Noël ZONON
48. Docteur Suzanne ZOMAHOUN
49. Madame Salwa KAZADI
50. Madame Lauri WINTER
51. Professeur Senamé BAETA
52. Monsieur Bongwelé ONANGA
53. Professeur Marcel VEKEMANS
54. Docteur Boniface SEBIKALI

## **Liste des participants aux différents ateliers de mise à jour des Protocoles de santé familiale « Volet enfant » (2015)**

1. Docteur AGBOHOUI Olga
2. Docteur ASSAVEDO Sibylle
3. Docteur AMOUSSOU Annick
4. Docteur FATOKE BADIROU Faoussatou
5. Docteur HOUNMENO S. Constant M.
6. Professeur SAGBO G. Gratien
7. Docteur SAIZONOU Rigobert
8. Docteur QUENUM Alban
9. Docteur ONIKPO Faustin
10. Docteur TOSSOU BOCO Thierry
11. Docteur HOUNKPATIN Benjamin
12. Docteur AHOUNOU Gaston
13. Docteur AHOKPOSSI Mabou
14. Monsieur GANGNON Ambroise
15. Madame OUASSA AHOUANYE R. Caroline
16. Madame AGBO MONLEMEY Jeannine
17. Madame AMOUZOUNVI AFOKPE Alice
18. Monsieur LEGBA Thibaud
19. Madame BANGBOLA Karamatou
20. Madame EROUBINO Reine Odile
21. Docteur SONON B. Félix
22. Docteur de-SOUZA Amédée
23. Docteur DAHO Jean

## **GLOSSAIRE**

<b>BRADYCARDIE</b>	: Ralentissement du rythme cardiaque
<b>COUNSELING</b>	: Entretien face-à-face, dans une relation d'aide, pour trouver des solutions aux problèmes
<b>CRYPTORCHIDIE</b>	: Absence uni- ou bilatérale du (des) testicule(s) dans les bourses, du fait d'un arrêt de migration sur le trajet normal
<b>DETRESSE RESPIRATOIRE</b>	: Gêne respiratoire importante avec apport insuffisant d'oxygène aux organes vitaux du nouveau-né
<b>DÖPPLER:</b>	: Etude des circulations artérielle et veineuse au <b>(examen échographique)</b> moyen d'une sonde émettrice-réceptrice d'ultrasons
<b>DYSGRAVIDIE</b>	: Maladie survenant au cours de la grossesse, caractérisée par une hypertension artérielle, des œdèmes et de la protéinurie
<b>DYSTOCIE</b>	: Accouchement difficile
<b>DYSURIE</b>	: Miction douloureuse
<b>ECLAMPSIE</b>	: Etat d'accès convulsifs, toniques puis cloniques, avec suspension de la conscience, survenant au cours de la grossesse, à l'accouchement, ou en suites de couches. Il survient surtout chez les femmes présentant une dysgravidie
<b>ECTOPIE TESTICULAIRE</b>	: Testicule ne se situant pas dans la bourse (ou scrotum)
<b>ECZEMA</b>	: Lésions cutanées érythémateuses, parfois suintantes, prurigineuses, entraînant la formation de croûtes et de squames
<b>EJACULATION</b>	: Expulsion du sperme pendant l'orgasme
<b>EPISPADIAS</b>	: Malformation de l'urètre masculin, caractérisée par la situation anormale de son orifice sur la face dorsale de la verge
<b>FLACCIDITE</b>	: Etat de relâchement, ou absence de tonicité, d'un tissu ou d'un organe
<b>GALACTORRHEE</b>	: Ecoulement du lait en dehors de la période de lactation
<b>GEIGNEMENTS</b>	: Difficultés respiratoires avec gémissements chez le nouveau-né

<b>GESTITE</b>	: Nombre de grossesses qu'une femme a eues
<b>GYNECOMASTIE</b>	: Hypertrophie des seins chez l'homme
<b>LIBIDO</b>	: Recherche instinctive du désir sexuel
<b>LIQUIDE AMNIOTIQUE MECONIAL</b>	: Liquide amniotique contenant les premières selles du fœtus, émises dans l'utérus avant la naissance
<b>MENARCHE</b>	: Apparition des premières règles chez la fille
<b>ORCHITE OURLIENNE</b>	: Inflammation simultanée du testicule et de la parotide (= oreillons ou ourles) due à un virus (paramyxovirus)
<b>PARITE</b>	: Nombre de fois qu'une femme a accouché
<b>PARAPHIMOSIS</b>	: Etranglement du gland par le collet préputial lorsque ce dernier a été ramené en arrière de la couronne (sillon à la base du gland)
<b>PHIMOSIS</b>	: Rétrécissement de l'orifice du prépuce pénien ne permettant pas de le rétracter à la base du gland
<b>PILOSITE</b>	: Ensemble des poils, et leur répartition sur la peau
<b>POLLAKIURIE</b>	: Mictions trop fréquentes
<b>POSTHITE</b>	: Inflammation du prépuce
<b>PRIAPISME</b>	: Erection pathologique, prolongée et douloureuse (peut survenir en dehors de tout désir sexuel)
<b>QUADRIFLEXION</b>	: Attitude de flexion des quatre membres (attitude normale du bébé à la naissance)
<b>RESIDU POST-MICTIONNEL</b>	: Quantité d'urine retenue dans la vessie après la miction
<b>SCLEREME</b>	: Induration de la peau qui paraît coller sur les plans sous-adjacents
<b>STENOSE URETRALE</b>	: Rétrécissement de l'urètre
<b>VARICOCELE</b>	: Masse formée par la dilatation permanente des veines du cordon spermatique

## Références

- Adisso S, Alihonou E, Guingni B, Soton A. Modalités et standards de prise en charge des grossesses à risque élevé et des urgences obstétricales (Rapport préliminaire). Ministère de la Santé Publique/ CREDESA, Cotonou, Bénin, 2000.
- Anonyme. Programme de stage pour les soins obstétricaux d'urgence. Bénin.
- Aubert F, Guittard P. Essentiel médical de poche, 1992.
- Aujard Y, Autret E, Lenoir G. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences, 1992.
- Bloom RS, Copley C. Cours de réanimation du nouveau-né en salle de travail. Gold F, traduction et adaptation. Commission de la Naissance de la Région Centre, France, 1989.
- Cacault J-A, Lalande J, Marie J. L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau-né. John Libbey Eurotext, Montrouge, France, 1997.
- Cameroun. Protocoles des services de PF.
- Davison JK. Manuel d'anesthésie clinique. Protocoles. Massachusetts General Hospital, 2<sup>nd</sup> édition. Editions Pradel, 1994.
- De Tourris H, henrion R, Delecour M. Gynécologie et Obstétrique. Masson, Paris, 1994.
- Disaia PJ. Clinical Gynecology. 3<sup>rd</sup> édition.
- Francoual C, Bouillie J, Huraux-Rendu C. Pédiatrie en maternité. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1989.
- Fréjaville J-P. Les urgences médicales et chirurgicales. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1982.
- Galateros F, Mereno JF, Dandine M, Bolot P, Kessler Z. Pédiatrie pratique de l'Afrique.
- Gbangbade S. Projet de Politiques et standards des soins obstétricaux d'urgence d'hôpital de référence en République du Bénin, 1999.
- Ghana national RH service protocols 1999.
- Guingni B, Soton A, Saïzonou, Adisso S, Alihonou E. Recherche sur les grossesses à risque dépistées lors des consultations prénatales et sur les complications liées à la grossesse (Rapport préliminaire). Ministère de la Santé Publique, Cotonou, Bénin, 2000.
- Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Eléments de la technologie de la contraception. Programme d'information sur la population, Ecole de Santé Publique, Université Johns Hopkins, Baltimore, MD, 2000.
- Huault G, Labrune B. Pédiatrie d'urgence. 4<sup>ème</sup> édition. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1995.
- Intrah. Contraceptifs Injectables Progestatifs. Edition révisée. Chapel Hill, NC, 1996.

- Kiegel P, Barra J-L, Garrigues B. Les gestes de pratique médicale d'urgence. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1986.
- Lansac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique pour le praticien. 2ème édition. Simep, Paris, 1990.
- Lansac J, Lecomte A. Gynécologie pour le praticien. 3ème édition. Simep, Paris, 1989.
- La Revue du Praticien 1995 ; 45.
- Laugier J, Gold F. Abrégé de néonatalogie. 3ème édition. Masson, Paris, 1995.
- Marshall MA, Buffington ST. Life-saving skills manual for midwives. 3<sup>rd</sup> edition. American College of Nurse-Midwives. Washington DC, 1998.
- Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6ème édition. Masson, Paris, 1995.
- Ministère de la Santé. Normes et procédures de services en santé de la reproduction. Conakry, Guinée, 1997.
- Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées. Procédures des services de santé de la reproduction et de planification familiale, 1996.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Protocoles des services de planification familiale au Sénégal. Dakar, Sénégal, 1996.
- Ministère de la Santé Publique/Direction de la Santé Familiale. Santé Familiale: Politiques, Normes et Standards. Cotonou, Bénin, 1998.
- Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale. Protocoles des Services de Santé Familiale au Bénin. DSF/PRIME-Intrah, Cotonou, Bénin, 1999.
- Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale. Compte-rendu de la séance de travail relative aux travaux préparatoires sur la formation en SONU des sages-femmes d'Etat et des infirmières diplômées d'Etat de Maternité. Cotonou, Bénin, 1999.
- Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale. Canevas de rédaction de module proposé par la direction de la Santé Familiale. Cotonou, Bénin, 1999.
- Ministère de la Santé Publique/Association des Sages-Femmes du Bénin/CREDESA. Rapport de Synthèse: Journées de réflexion sur la réduction de la mortalité maternelle au Bénin. Cotonou, Bénin, 1999.
- Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale. Rapport général: Table ronde sur le plan d'action des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Cotonou, Bénin, 2000.
- Ministère de l'Education Nationale et Ministère de la Santé Publique, République du Bénin. Textes et documents du 3ème Congrès de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bénin et du Togo, 1993.
- Mozziconacci P, Saudubray J-M. Pédiatrie. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1982.
- Mtawali G, Pina M, Angle M, Murphy C. Le cycle menstruel et sa relation avec les méthodes contraceptives. Une référence pour les formateurs en santé de la reproduction. PRIME/Intrah, Chapel Hill, NC, 1998.

Organisation Mondiale de la Santé – UNICEF – USAID/BASICS. Les algorithmes cliniques et le matériel de formation utilisé dans le cadre de la prise en charge des maladies de l'enfant.

Papiernik E, Cabrol D, Pons J-C. Obstétrique. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1995.

PATH African Region. Clean Delivery Kit. Workshop report. Nairobi, Kenya, 1999

Post M. Preventing maternal mortality through emergency obstetric care Ministère de la Santé Publique, Direction de la Santé Familiale. SARA (Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique)/AED/Tulane/JHPIEGO, 1997.

Programme National de Lutte contre le SIDA/Unicef. Syndromes des maladies sexuellement transmissibles. Bénin.

Sebikali B, Echitey S. Guide d'apprentissage en technologie contraceptive et lutte contre les maladies diarrhéiques. Document pour participants. PRIME/Intrah, Chapel Hill, NC, 1999.

SFPS/RESAR/SAGO. Guide de formation en planification familiale à l'usage des étudiants en médecine, 1998.

SFPS/RESAR/SAGO. Guide de formation en planification familiale à l'usage des étudiants en médecine. Cahier du formateur, 1998.

Sibley L, Quimby C. Formation en santé de la reproduction pour les prestataires de soins de santé primaires: un manuel-ressource pour le développement d'un curriculum. Module 4: Prestation de service de base des soins de la mère et du nouveau-né. Intrah/PRIME, 1999.

Tchobroutsky C. Décisions obstétricales. Editions Pradel, Paris, 1993.

Thoulou J-M, Puech F, Bouy G, éditeurs. Obstétrique. Ellipses, Universités Francophones, Paris, 1995.

Traoré E. Fiche: Elaboration des modules de formation en SONU. Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale, Cotonou, Bénin, 2000.

UNICEF. Programme for safe motherhood. Guidelines for maternal and neonatal survival. New York, NY, 1999.

Uzan S, Gaudet R. Le cancer du sein. La Revue du Praticien 1998 ; 48(7).

Uzan S, Gaudet R. Pathologie des glandes surrénales. La Revue du Praticien 1998 ; 48(7).

Vert P, Morin P, André M, Marchal F. Pédiatrie néonatale. Précis de Pédiatrie. Douin, éditeur, Paris, 1989.

Vokaer R. Traité d'Obstétrique. Tome 2. Masson, Paris.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Managing complications in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7, Geneva, Switzerland, 2000.

World Health Organization, Reproductive Health and Research. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2<sup>nd</sup> edition. WHO/RHR/00.02, Geneva, Switzerland, 2000.

Zetlaoui P, Jacolot D, Dartayet B. Protocoles d'Anesthésie. Réanimation. 7<sup>ème</sup> édition. Mapar éditions, Le-Kremlin-Bicêtre, France, 1994.