

MODÈLE DE CHAPITRE POUR LES MANUELS PCIME

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant



Organisation mondiale de la Santé
Santé et développement de l'enfant
et de l'adolescent (CAH)



unicef

© Organisation mondiale de la Santé, 2001

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Conception graphique par minimum graphics
Imprimé en France

Tables de matières

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	1
Tous les enfants n'ont pas les mêmes chances de vivre en bonne santé	1
Les raisons d'effectuer une prise en charge sur la base des syndromes constatés	2
Les composantes de la stratégie intégrée	3
Les principes de la prise en charge intégrée	3
L'adaptation des directives à la situation locale	4
La procédure de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	4
Le centre de santé ambulatoire	6
L'établissement de soins plus spécialisés	6
Le traitement approprié à domicile	6
La prise en charge ambulatoire des enfants âgés de 2 mois à 5 ans	7
L'évaluation des enfants malades	7
L'entretien avec la personne qui s'occupe de l'enfant	7
La recherche des signes généraux de danger	7
La vérification des principaux symptômes	8
La toux ou les difficultés respiratoires	8
La diarrhée	10
La fièvre	13
Les affections de l'oreille	17
L'évaluation de l'état nutritionnel – la malnutrition et l'anémie	18
L'évaluation de l'alimentation de l'enfant	19
La vérification du statut vaccinal	20
L'évaluation des autres problèmes	20
La conduite thérapeutique pour traiter l'enfant malade	21
L'hospitalisation des enfants âgés de 2 mois à 5 ans	21
Le traitement au dispensaire	22
Les médicaments administrés par voie orale	22
Les traitements des infections locales	26
Les conseils à donner à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant	26
Les soins de suivi	28

La prise en charge ambulatoire des nourrissons âgés de 1 semaine à 2 mois	30
L'évaluation des nourrissons malades	30
La recherche des principaux symptômes	30
L'infection bactérienne	30
La diarrhée	31
Les problèmes d'alimentation ou l'insuffisance pondérale	32
La vérification de l'état vaccinal	33
L'évaluation des autres problèmes	33
La conduite thérapeutique pour traiter le nourrisson malade	33
Le transfert du nourrisson âgé de 1 semaine à 2 mois	33
Le traitement ambulatoire au dispensaire	33
Les médicaments donnés par voie orale	33
Le traitement des infections locales	33
Les conseils à donner à la mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson	34
Les soins de suivi	35

Les principes régissant la prise en charge des enfants malades dans un petit hôpital	36
---	-----------

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Tous les enfants n'ont pas les mêmes chances de vivre en bonne santé

Bien que, dans l'ensemble, le nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans ait diminué de près d'un tiers depuis les années 1970, cette réduction n'est pas uniforme. Selon le *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999*,¹ les enfants des pays à revenu faible ou moyen ont dix fois plus de risque de mourir avant leur 5e année que les enfants qui habitent dans les États industrialisés. En 1998, le taux de mortalité infantile dépassait encore 100 par 1000 naissances d'enfants vivants dans plus de 50 pays.

Dans ces pays, chaque année, plus de 10 millions d'enfants meurent avant leur cinquième anniversaire. Sept sur 10 de ces morts sont provoquées

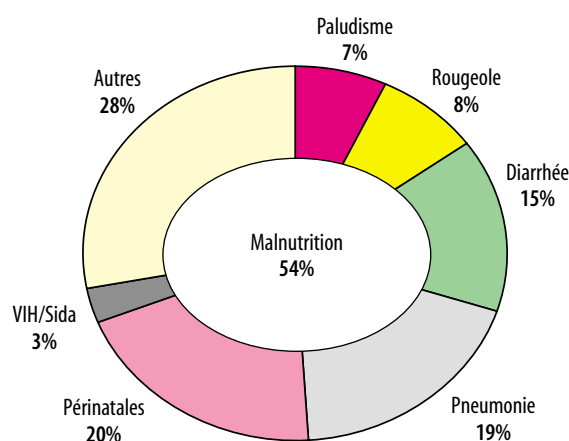
par des infections respiratoires aiguës (surtout la pneumonie), la diarrhée, la rougeole, le paludisme ou la malnutrition—ou, souvent, par une combinaison de ces affections (figure 1).

Selon des projections fondées sur une analyse effectuée en 1996 et intitulée *The Global Burden of Disease* (La charge de morbidité mondiale),² ces affections demeureront les principales causes de mortalité infantile jusqu'en 2020, à moins d'une intensification considérable des efforts déployés pour les éliminer.

Les taux de mortalité des nourrissons et des jeunes enfants constituent de bons indicateurs de la pauvreté et des inégalités. Il n'est pas surprenant de trouver que les enfants qui sont le plus souvent et le plus gravement malades, qui souffrent de malnutrition et risquent le plus de mourir de leur maladie appartiennent aux couches les plus vulnérables et les plus défavorisées de la population des pays à bas revenu. Toutefois, même dans les pays à revenu moyen et dans les pays dits «industrialisés», il existe maintes régions désavantagées où la mortalité infantile reste élevée. Des millions d'enfants y sont pris dans le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie—la pauvreté causant la détérioration de la santé et la maladie entretenant la pauvreté.

La qualité des soins est un autre indicateur important des inégalités constatées dans la santé des enfants. Chaque jour, des millions de parents cherchent à faire soigner leur enfant malade qu'ils amènent à l'hôpital, dans un dispensaire ou une pharmacie, chez le médecin ou le guérisseur traditionnel. Les études révèlent que, dans de nombreux cas, les agents de santé n'évaluent et ne traitent pas correctement la ou les maladies de l'enfant et ne donnent pas de conseils appropriés aux parents.³ Dans les pays à bas revenu, les établissements de santé de premier niveau possèdent peu de moyens de poser des diagnostics—tels que des appareils de radiologie et des laboratoires—ou n'en ont pas du tout; en outre, ils manquent aussi souvent de

Figure 1. Causes de décès de 10,5 millions d'enfants de moins de 5 ans dans tous les pays en développement en 1999



¹ Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999—Pour un réel changement*. Genève, OMS, 1999.

² Murray CJL et Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1996.

³ Organisation mondiale de la santé. *Rapport de la division de la santé et du développement de l'enfant 1996–1997*. Genève, OMS, 1998.

médicaments et d'équipement. Ce fait, ainsi que l'afflux irrégulier de patients ne permettent guère aux médecins qui travaillent à ce niveau de pratiquer des actes cliniques compliqués. En général, ils doivent s'en remettre aux antécédents, aux signes et aux symptômes pour déterminer la prise en charge qui convient le mieux selon les ressources disponibles.

L'amélioration de la santé des enfants ne dépend pas forcément de l'utilisation de techniques ultramodernes et coûteuses.

Il est très difficile de bien soigner un enfant malade dans ces conditions. Mais comment améliorer la situation ? L'expérience et les recherches scientifiques prouvent que l'amélioration de la

santé des enfants ne dépend pas forcément de l'utilisation de techniques ultramodernes et coûteuses, mais nécessite plutôt des stratégies efficaces fondées sur une méthode globale utilisables par la plupart des personnes qui en ont besoin et conçues selon la capacité et la structure du système de santé, ainsi qu'en tenant compte des traditions et des croyances de la communauté.

Les raisons d'effectuer une prise en charge sur la base des syndromes constatés

De nombreuses stratégies bien connues de prévention et de thérapie ont déjà démontré leur efficacité à sauver de jeunes vies. La vaccination des enfants a réussi à réduire la mortalité due à la rougeole. Le traitement par réhydratation orale a contribué à diminuer nettement le nombre de décès causés

Pour obtenir de meilleurs résultats, il faut procéder à une prise en charge mieux intégrée de l'enfant malade.

Les programmes de santé infantile doivent non plus se concentrer sur des maladies isolées, mais porter sur l'ensemble de la santé et du bien-être de l'enfant.

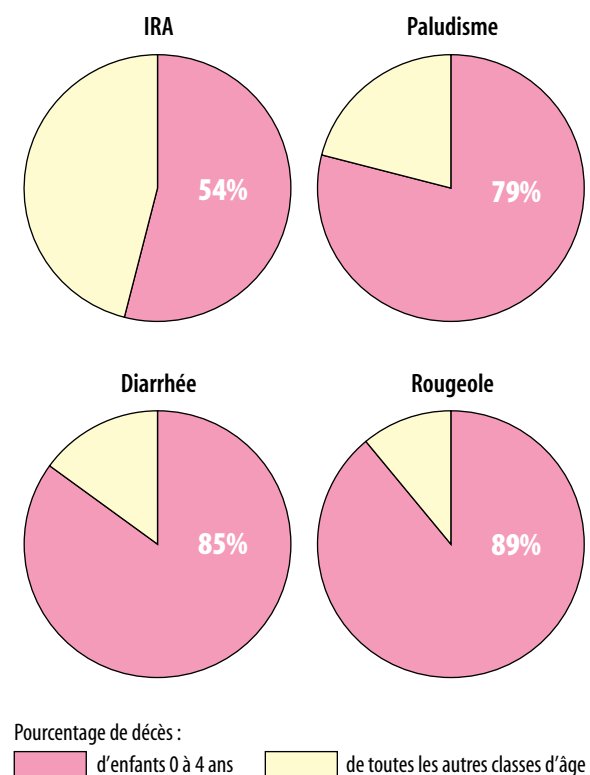
par la diarrhée. Les antibiotiques ont sauvé des millions d'enfants souffrant de la pneumonie. Le traitement rapide du paludisme a permis à d'innombrables enfants de guérir et de mener une vie saine. Même de petites améliorations des pratiques d'allaitement au sein ont abaissé la mortalité infantile.

Bien que chacune de ces mesures se soit ré-

vélée très efficace, de plus en plus de données montrent que, pour obtenir de meilleurs résultats, il faut procéder à une prise en charge mieux intégrée de l'enfant malade. Les programmes de santé infantile doivent non plus se concentrer sur des maladies isolées, mais porter sur l'ensemble de la santé et du bien-être de l'enfant. Chez de nombreux enfants présentant des signes et symptômes cumulés de maladies, un diagnostic unique peut être difficile, voire impossible ou peu judicieux, surtout dans les établissements de santé de premier niveau où les examens s'effectuent à l'aide d'un minimum d'instruments, souvent sans analyse de laboratoire et sans radiographie.

Durant le milieu des années 1990, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), collaborant avec l'UNICEF et plusieurs autres institutions et personnes, a mis au point une stratégie connue sous le nom de «prise en charge intégrée des maladies de l'enfant» (PCIME) pour surmonter ces obstacles. Même si le besoin de soins curatifs était la principale raison d'élaborer cette stratégie, celle-ci porte aussi sur la nutrition, la vaccination et

Figure 2: Proportion de la morbidité mondiale de certaines maladies qui frappent les enfants de moins de 5 ans (estimation, année 2000)⁴



⁴ Tiré de Murray et Lopez, 1996.

d'autres activités importantes destinées à prévenir les maladies et promouvoir la santé. Le but est de réduire la mortalité, ainsi que la fréquence et la gravité des maladies et des invalidités et de contribuer à améliorer la croissance et le développement.

Les directives cliniques pour la PCIME visent les enfants de moins de 5 ans—classe d'âge dont les membres meurent le plus des maladies courantes de l'enfant (Figure 2).

Les directives ont pour objectif de permettre la prise en charge des maladies fondée sur les faits et les syndromes et comportant l'utilisation rationnelle et efficace de médicaments et d'instruments de diagnostic économiquement abordables. La médecine factuelle insiste sur l'importance de l'évaluation des éléments observés lors de la recherche clinique et met en garde contre les décisions inspirées par l'intuition, l'expérience clinique non systématique et le raisonnement pathophysiologique non vérifié.⁵ Quand la possibilité de procéder à des examens de laboratoire et les ressources cliniques sont limitées, l'étude des syndromes est le moyen approprié de traiter des patients et le meilleur par rapport au coût. L'évaluation attentive et systématique des symptômes usuels et des signes cliniques bien choisis produit suffisamment d'informations pour prendre des mesures judicieuses et efficaces.

Une méthode fondée sur les faits et les syndromes sert à déterminer:

- Le ou les problèmes de santé que l'enfant peut avoir
- La gravité de la maladie de l'enfant
- Les mesures à prendre pour soigner l'enfant (par exemple, l'hospitaliser immédiatement, le traiter avec les ressources disponibles ou le traiter à domicile).

En outre, la PCIME favorise:

- L'adaptation des interventions à la capacité et aux fonctions du système de santé, et
- La participation active des membres de la famille et de la communauté à la fourniture de soins de santé.

⁵ Chessare JB. Teaching clinical decision-making to pediatric residents in an era of managed care. *Paediatrics*, 1998, 101 (4 Pt): 762-766

⁶ Oluwale D et al. Management of childhood illness in Africa. *British medical journal*, 1999, 320:594-595.

L'évaluation attentive et systématique des symptômes usuels et des signes cliniques bien choisis produit suffisamment d'informations pour prendre des mesures judicieuses et efficaces.

S'ils sont bien informés et conseillés, les parents peuvent contribuer nettement à l'amélioration de l'état de santé de leurs enfants en suivant les recommandations formulées par le personnel soignant, en leur assurant une alimentation appropriée et en

amenant les enfants malades dans un centre de santé dès que les symptômes apparaissent. L'Afrique fournit la preuve irréfutable de la nécessité de soigner sans retard, car, dans ce continent, environ 80% des décès d'enfants ont lieu à la maison, avant que le malade n'ait été vu par un agent de santé.⁶

Les composantes de la stratégie intégrée

La PCIME comprend des interventions tant préventives que curatives destinées à améliorer le système de santé, ainsi que les mesures prises dans les établissements de santé et à domicile. Elle consiste à prendre en charge les maladies infantiles les plus fréquentes, surtout celles qui sont les principales causes de mortalité.

Cette stratégie comprend trois composantes essentielles:

- L'amélioration de la capacité du personnel de santé de prendre en charge les maladies grâce à des directives adaptées aux circonstances locales et à des activités visant à en promouvoir l'utilisation
- L'amélioration du système général de santé requis pour la prise en charge efficace des maladies de l'enfant
- L'amélioration des pratiques familiales et communautaires en matière de santé.

Les principes de la prise en charge intégrée

Les directives pour la PCIME découlent des principes suivants:

- Il faut rechercher chez chaque enfant malade les «*signes généraux de danger*» qui indi-

quent qu'il est nécessaire de le transférer immédiatement dans un hôpital pour lui donner des soins plus spécialisés.

- Il faut *évaluer systématiquement* chez chaque enfant malade les *principaux symptômes* (la toux ou les difficultés respiratoires, la diarrhée, la fièvre, les affections de l'oreille chez les enfants âgés de 2 mois à 5 ans, les infections bactériennes et la diarrhée chez les nourrissons âgés de 1 semaine à 2 mois). Il faut également évaluer systématiquement leur *état nutritionnel et leur état vaccinal, les problèmes d'alimentation et les autres problèmes potentiels*.
- Seuls sont utilisés un *nombre limité de signes cliniques choisis attentivement* parce que leur sensibilité et leur spécificité servent à déceler les maladies.⁷ Ces signes ont été choisis en tenant compte des conditions et des moyens qui existent dans les établissements de santé de premier niveau.
- La combinaison des différents signes conduit à la *classification de l'enfant, plutôt qu'à un diagnostic*. Cette classification indique la gravité de la ou des maladies. Elle conduit à l'adoption de mesures spécifiques, à savoir: a) le transfert urgent de l'enfant à un autre niveau de soins, b) un traitement spécifique (par exemple, un antibiotique ou un antipaludéen) ou c) des soins prodigués sans danger par ses proches à domicile. La *classification est codée par couleur*: le «rose» signifie qu'il faut hospitaliser l'enfant, le «jaune» signale que le traitement commence au dispensaire et le «vert» prévoit un traitement à domicile.
- Les directives portent sur *la plupart des principales raisons pour lesquelles un enfant malade est amené au dispensaire, mais non pas sur toutes les raisons*. Un enfant revenant pour des problèmes chroniques ou une maladie peu fréquente peut nécessiter des soins

spéciaux. Les directives ne décrivent pas la prise en charge des traumatismes, ni des urgences aiguës dues à un accident ou des blessures.

- La PCIME prévoit l'utilisation d'un *nombre limité de médicaments indispensables et encourage la personne qui prend soin de l'enfant à participer activement au traitement*.
- Les *conseils donnés à la personne qui s'occupe de l'enfant* quant aux soins à lui prodiguer à domicile—notamment les aliments et les boissons à lui donner, ainsi que la date de la prochaine visite—constituent un élément crucial des directives.

L'adaptation des directives à la situation locale

Les principes sur lesquels reposent les directives cliniques pour la PCIME sont immuables. Cependant, chaque pays devrait adapter ces directives pour:

- qu'elles portent sur les maladies les plus graves et les plus fréquentes des enfants amenés dans les établissements de santé de premier niveau
- qu'elles soient conformes aux directives et autres dispositions nationales en matière de traitement
- que la mise en œuvre de la PCIME puisse s'effectuer dans tout le système de santé et par les familles qui soignent un enfant à domicile.

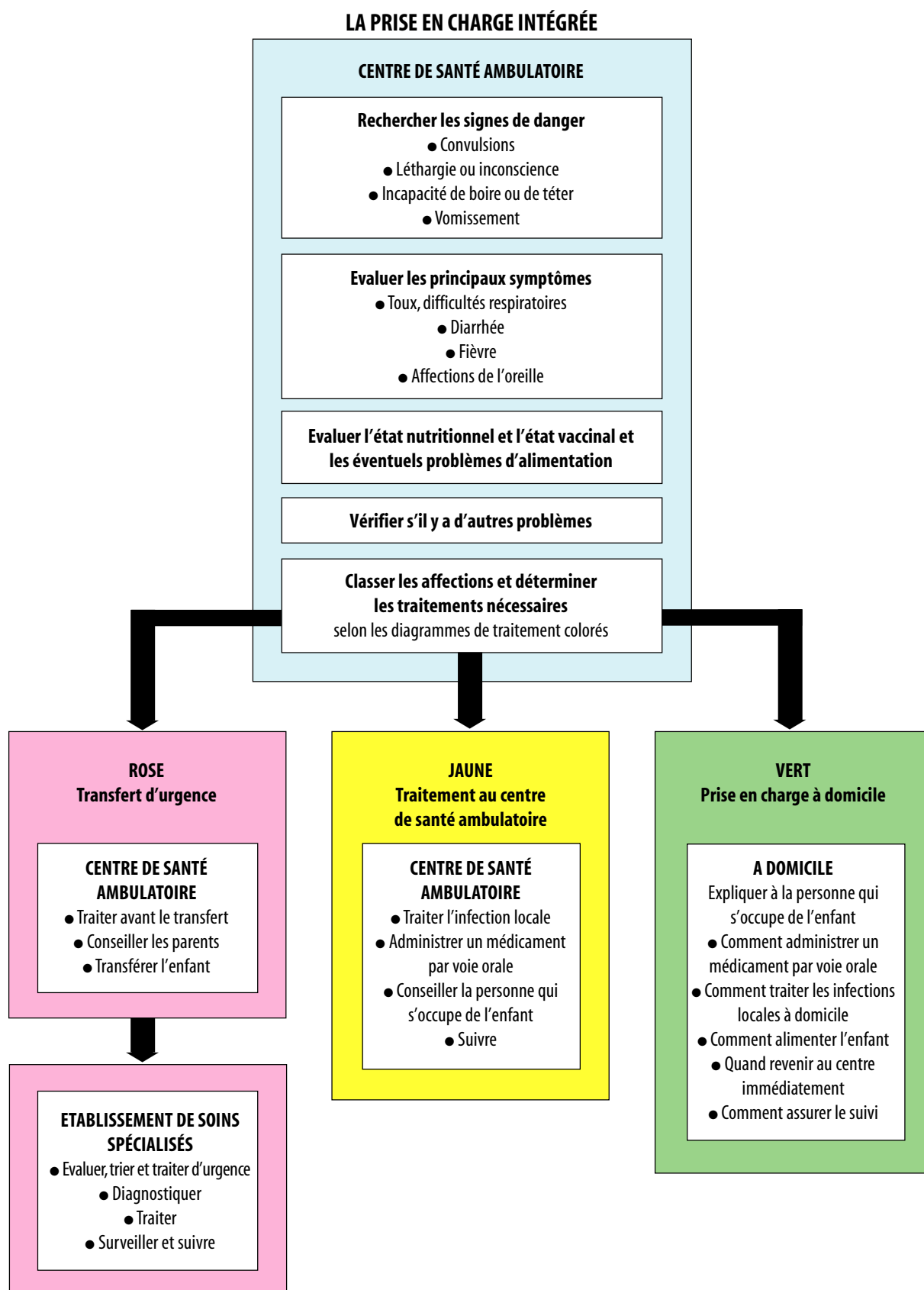
En général, l'adoption des directives est dirigée par un organe national de réglementation sanitaire (par exemple, le ministère de la santé), sur la base de décisions prises avec minutie par les experts de la santé du pays. Par conséquent, certains signes cliniques et certains détails de la conduite thérapeutique décrite ci-dessous peuvent être différents de ceux qui sont utilisés dans un pays. Néanmoins, les principes appliqués pour la prise en charge des enfants malades sont valables dans toutes les situations.

La procédure de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

La prise en charge d'un enfant malade amené à un établissement de santé de premier niveau comprend plusieurs éléments importants (voir figure 3).

⁷ La sensibilité et la spécificité mesurent la justesse du diagnostic d'un signe clinique par rapport à la norme idéale, dans laquelle, par définition, la sensibilité est de 100% et la spécificité de 100%. La sensibilité mesure la proportion ou le pourcentage des personnes souffrant de la maladie identifiées correctement par le signe. En d'autres termes, elle mesure à quel point le signe permet de détecter la maladie. (Sensibilité = vrais positifs / [vrais positifs + faux négatifs]) La spécificité mesure la proportion de personnes ne souffrant pas de la maladie que le signe permet de qualifier correctement de «sans la maladie». (spécificité = vrais négatifs / [vrais négatifs + faux positifs])

Figure 3. La prise en charge des enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans dans les centres de santé ambulatoires, les établissements de soins plus spécialisés et à domicile



Le centre de santé ambulatoire

- évaluation
- classification, puis détermination du traitement
- transfert, traitement ou conseils prodigués à la personne qui s'occupe de l'enfant (selon le résultat de la classification)
- suivi des soins

L'établissement de soins plus spécialisés

- évaluation, triage et traitement d'urgence
- diagnostic, traitement et surveillance de l'évolution de la maladie

Le traitement approprié à domicile

- les explications données à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant quant à la ma-

nière d'administrer des médicaments par voie orale ou de traiter des infections locales à domicile

- les recommandations adressées à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant concernant l'alimentation et les problèmes d'alimentation, la prise de liquides, la prochaine visite et sa propre santé.

La fiabilité, la valeur diagnostique et l'importance des différents signes cliniques et symptômes varient selon l'âge de l'enfant. Pour cette raison, les directives pour la PCIME sont formulées selon deux catégories d'âge:

- les enfants âgés de 2 mois à 5 ans
- les nourrissons âgés de 1 semaine à deux mois.

La prise en charge ambulatoire des enfants âgés de 2 mois à 5 ans

L'évaluation des enfants malades

La procédure d'évaluation, par l'agent de soins de santé, de ce groupe d'âge comprend certaines phases importantes: 1. l'anamnèse et une discussion du problème de l'enfant avec la personne qui s'occupe de lui, 2. la recherche de signes généraux de danger, 3. l'étude des principaux symptômes, 4. la vérification de l'état nutritionnel, 5. l'évaluation de l'alimentation de l'enfant, 6. la vérification de son état vaccinal et 7. l'évaluation d'autres problèmes.

L'entretien avec la personne qui s'occupe de l'enfant

EVALUATION D'ENFANTS MALADE

- entretien et anamnèse
- signes généraux de danger
- principaux symptômes
- toux ou difficultés respiratoires
- diarrhée
- fièvre
- affections de l'oreille
- état nutritionnel
- état vaccinal
- autres problèmes

Il est primordial de bien discuter avec la mère de l'enfant ou avec la personne qui s'en occupe. Il faut employer une bonne technique de communication et procéder à une évaluation totale pour déceler tous les problèmes et les signes de maladie ou de malnutrition. Une bonne communication donne à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant une certaine assurance que celui-ci sera bien soigné. En outre, pour que le traitement à domicile soit couronné de succès, il faut que la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant sache comment administrer le traitement et en comprenne l'importance.

Les étapes de la bonne communication sont les suivantes:

- **Écouter attentivement ce que dit la personne qui s'occupe de l'enfant;** cela lui montre que vous prenez ses préoccupations au sérieux
- **Utiliser un vocabulaire que cette personne comprend,** s'efforcer d'employer des mots locaux et éviter le jargon médical
- **Laisser à la personne qui s'occupe de l'enfant le temps de répondre aux questions,** car elle doit peut-être réfléchir avant d'affirmer qu'un signe clinique est présent
- **Poser des questions supplémentaires quand la personne qui s'occupe de l'enfant ne sait pas exactement que répondre;** quand elle n'est pas certaine de la présence d'un symptôme ou d'un signe clinique, des questions supplémentaires l'aident à fournir des réponses claires.

La recherche des signes généraux de danger

EVALUATION D'ENFANTS MALADE

- entretien et anamnèse
- signes généraux de danger
- principaux symptômes
- toux ou difficultés respiratoires
- diarrhée
- fièvre
- affections de l'oreille
- état nutritionnel
- état vaccinal
- autres problèmes

L'enfant malade amené dans un établissement de soins ambulatoires présente parfois des signes qui révèlent clairement un problème particulier. Par exemple, il peut présenter un tirage sous-costal et une cyanose qui indiquent une pneumonie grave. Cependant, certains enfants présentent des signes graves non spécifiques appelés «signes généraux de danger» qui ne permettent pas un diagnostic précis. Ainsi, un enfant léthargique ou inconscient peut souffrir de méningite, de pneumonie grave,

de neuropaludisme ou d'une autre maladie grave. Il faut agir avec beaucoup d'attention pour ne pas méconnaître les signes généraux de danger, car ils signifient que l'enfant est gravement malade et a besoin de soins urgents.

Il faut vérifier les signes de danger suivants chez tous les enfants

- **L'enfant a des convulsions pendant sa maladie actuelle.** Ces convulsions peuvent être dues à la fièvre. Dans ce cas, elles ne font guère



de mal, sinon qu'elles inquiètent la mère. Cependant les convulsions peuvent être provoquées par la méningite, le neuropaludisme ou d'autres maladies mortelles. Il faut considérer que tout enfant qui a eu des

convulsions pendant sa maladie est *gravement malade*.

- **L'enfant est inconscient ou léthargique.** Un enfant inconscient est en général gravement malade. Un enfant léthargique, qui est éveillé, mais ne prête aucune attention à son entourage et ne réagit pas normalement aux sons ou aux mouvements peut, lui aussi, être gravement malade. Ces signes peuvent apparaître dans beaucoup de maladies.

- **L'enfant ne parvient pas à boire ou à téter.** Un enfant peut être incapable de boire, soit parce qu'il est trop faible, soit parce qu'il ne peut pas avaler. À ce sujet, plutôt que de se fonder uniquement sur les paroles de la mère, il faut observer l'enfant quand elle essaie de l'allaiter au sein ou de lui donner quelque chose à boire.

- **L'enfant vomit tout ce qu'il avale.** Les vomissements peuvent être en soi le signe d'une maladie grave, mais il importe aussi d'en tenir compte parce qu'ils empêchent l'enfant de prendre un médicament ou du liquide pour se réhydrater.

Si l'enfant présente *un ou plusieurs* de ces signes, il faut le considérer comme *gravement malade* et, sauf exception, l'hospitaliser. Pour pouvoir commencer un traitement sans retard, il faut évaluer rapidement les causes primordiales de

maladie grave et le danger de mort—infections respiratoires aiguës (IRA), diarrhée ou fièvre (surtout due au paludisme et à la rougeole). Il est également indispensable d'évaluer rapidement son état nutritionnel, car la malnutrition figure parmi les causes prépondérantes de mortalité.

La vérification des principaux symptômes

Après avoir recherché les signes généraux de danger, l'agent des soins de santé doit examiner les principaux symptômes. Les directives cliniques génériques pour la PCIME en énumèrent quatre: 1. la toux ou la respiration difficile, 2. la diarrhée, 3 la fièvre et 4. les affections de l'oreille.

Les trois premiers symptômes sont inclus parce qu'ils conduisent souvent à la mort. Les affections de l'oreille sont mentionnées parce qu'elles sont considérées comme l'une des principales causes d'invalidité infantile dans les pays à revenu bas ou moyen.

La toux ou les difficultés respiratoires

EVALUATION D'ENFANTS MALADE

- entretien et anamnèse
- signes généraux de danger
- principaux symptômes
- toux ou difficultés respiratoires
- diarrhée
- fièvre
- affections de l'oreille
- état nutritionnel
- état vaccinal
- autres problèmes

Quand un enfant tousse ou respire difficilement, il faut d'abord rechercher les signes généraux de danger. Il souffre peut-être de pneumonie ou d'une autre grave maladie respiratoire. Après avoir vérifié les signes de danger, il est indispensable de se renseigner sur ce symptôme principal auprès de la personne qui s'occupe de l'enfant.

L'évaluation clinique

Examiner trois signes cliniques clés pour évaluer l'enfant malade qui tousse ou respire difficilement:

- **le rythme respiratoire** qui distingue les enfants souffrant de pneumonie des autres

- **le tirage sous-costal** qui révèle une pneumonie grave
- **le stridor** qui indique que l'enfant souffre d'une pneumonie grave et doit être hospitalisé.

Le **rythme respiratoire, surtout quand il est rapide**, est le signe clinique unique qui, plus que tout autre, allie la sensibilité et la spécificité permettant de détecter une pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans. Même l'auscultation par un spécialiste est moins sensible en tant que signe unique.

Le rythme à partir duquel la fréquence respiratoire est considérée comme étant rapide dépend de l'âge de l'enfant. Le rythme respiratoire normal est plus élevé chez les enfants âgés de deux à 12 mois que chez les enfants de 12 mois à 5 ans.

Si l'enfant a :	La respiration est rapide à partir de :
De 2 mois à 12 mois	50 respirations par minute
De 12 mois à 5 ans	40 respirations par minute

Note: La spécificité du rythme respiratoire, mesuré pour détecter une pneumonie, dépend de la prévalence de la pneumonie bactérienne dans la population. Dans les zones de haut niveau de pneumonie virale, le rythme respiratoire a une spécificité relativement faible. Toutefois, même si l'utilisation du rythme respiratoire entraîne un traitement excessif, ce dernier est rare comparé au recours actuel aux antibiotiques pratiqué dans de nombreux dispensaires pour tous les enfants souffrant d'une IRA.

Le **tirage sous-costal**, défini comme le mouvement vers l'intérieur de la structure osseuse de la paroi thoracique à l'inspiration, est un indicateur utile de la pneumonie grave. Il est plus spécifique que le «tirage inter-costal» qui s'opère dans le tissu mou situé entre les côtes sans modifier la structure osseuse de la paroi thoracique.⁸ Le tirage sous-costal ne devrait être considéré présent que s'il est *constamment présent chez un enfant calme*. L'agitation, le nez bouché ou la tétée peuvent causer un tirage sous-costal temporaire.

Le **stridor** est un bruit aigu fait par l'enfant à l'inspiration (inhalation). Le stridor chez l'enfant calme

révèle un risque marqué d'obstruction et l'enfant doit être hospitalisé. Certains enfants atteints d'une laryngite suffocante modérée émettent un stridor uniquement quand ils pleurent ou sont agités. Dans ce cas, il ne faut pas prévoir de soins spécialisés sans examen plus poussé. Parfois l'enfant émet un sifflement quand il expire. Ce n'est pas un stridor. Le plus souvent, ce sifflement accompagne l'asthme. L'expérience montre que même quand les cas d'asthme sont nombreux, la mortalité due à cette maladie est relativement rare. Parfois, surtout quand l'enfant émet un sifflement à l'expiration, la décision définitive concernant la présence ou l'absence d'une respiration accélérée peut être prise après un examen à l'aide d'un bronchodilatateur à effet rapide (s'il y en a). À ce niveau, l'on n'établit pas de distinction entre les enfants atteints de bronchiolite et ceux qui souffrent d'une pneumonie.

La classification de la toux et des difficultés respiratoires

Selon la combinaison des signes cliniques décrits ci-dessus, on peut diviser en trois catégories les enfants qui toussent ou qui ont des difficultés respiratoires :

- Ceux qu'il faut hospitaliser parce qu'ils souffrent peut-être d'une **pneumonie grave ou d'une maladie très grave**.

Cette catégorie comprend les enfants ayant un signe général de danger ou un tirage sous-costal ou un stridor quand ils sont calmes. Les enfants atteints d'une **pneumonie grave ou d'une maladie très grave** ont presque toujours des bactéries invasives et leur maladie peut être mortelle, ce qui justifie l'injection d'antibiotiques.

<ul style="list-style-type: none"> ● Tout signe général de danger ou ● Tirage sous-costal ou ● Stridor chez un enfant calme 	PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRÈS GRAVE
--	---

- Ceux qui ont besoin d'un antibiotique en ambulatoire, parce qu'ils souffrent très probablement d'une **pneumonie** bactérienne.

Cette catégorie comprend tous les enfants ayant une respiration rapide pour leur âge. Selon la définition de l'OMS, la respiration rapide permet de détecter environ 80% des cas de pneumonie infantile qu'il faut traiter par un antibio-

⁸ Mulholland EK et al. Standardized diagnosis of pneumonia in developing countries. *Pediatric infectious disease journal*, 1992, 11:77-81.

tique. On a constaté que le traitement fondé sur cette classification réduisait la mortalité.⁹

● Respiration rapide	PNEUMONIE
----------------------	-----------

- Ceux qui ont simplement la **toux** ou le **rhume** et n'ont pas besoin d'antibiotique.

Ces enfants peuvent avoir besoin d'un remède inoffensif pour calmer leur toux. La santé d'un enfant qui a la toux et le rhume s'améliore normalement en une ou deux semaines. Cependant un enfant qui a une toux chronique (pendant plus de 30 jours) doit être de nouveau examiné (et, si nécessaire, être hospitalisé), pour s'assurer qu'il n'a pas la tuberculose, l'asthme, la coqueluche ou une autre infection.

● Pas de signe de pneumonie ni de maladie très grave	PAS DE PNEUMONIE: TOUX OU RHUME
--	------------------------------------

La diarrhée

EVALUATION D'ENFANTS MALADE

- entretien et anamnèse
- signes généraux de danger
- principaux symptômes
- toux ou difficultés respiratoires
- diarrhée
- fièvre
- affections de l'oreille
- état nutritionnel
- état vaccinal
- autres problèmes

Quand un enfant a la diarrhée, il faut d'abord évaluer les signes généraux de danger et demander à la personne qui s'occupe de lui s'il tousse ou s'il respire difficilement.

La diarrhée est le symptôme suivant qu'il faut vérifier automatiquement chez **chaque enfant** amené au dispensaire. Un enfant qui a la diarrhée peut souffrir de trois infections potentiellement mortelles : 1. la diarrhée aqueuse aiguë (y compris choléra), 2. la dysenterie (diarrhée sanglante) et 3. la diarrhée persistante (quand elle dure plus de 14

jours). Il faut rechercher chez tous les enfants qui ont la diarrhée : a) les signes de déshydratation, b) la durée de la diarrhée et c) du sang dans les selles, pour déterminer si l'enfant souffre de dysenterie.

L'évaluation clinique

Il faut déterminer pour **chaque** enfant qui a la diarrhée la durée de celle-ci, la présence de sang dans les selles et une éventuelle déshydratation. Divers signes cliniques servent à calculer le niveau de déshydratation :

L'état général de l'enfant. Selon le degré de déshydratation, l'enfant diarrhéique peut être léthargique ou inconscient (ce qui constitue aussi un signe général de danger) ou paraître agité ou irritable. Seul l'enfant qu'il n'est pas possible de consoler ou de calmer doit être considéré comme agité ou irritable.

Les yeux enfoncés. Les yeux d'un enfant déshydraté peuvent sembler *enfoncés*. Chez un enfant gravement malnutri qui est visiblement émacié (c'est-à-dire qui souffre de marasme), les yeux ont toujours l'air enfoncés, même s'il n'est pas déshydraté. Quoique le signe des «yeux enfoncés» soit moins fiable chez un enfant visiblement émacié, il peut quand même être utilisé pour classer la déshydratation de l'enfant.

La réaction de l'enfant quand on lui offre une boisson. Un enfant *est incapable de boire*, s'il ne réussit pas à prendre du liquide dans sa bouche et à l'avaler. Par exemple, un enfant est incapable de boire s'il est léthargique ou inconscient. Un enfant *boit difficilement*, s'il est faible et ne peut pas boire sans aide. Peut-être ne parvient-il à boire que si le liquide est mis dans sa bouche. L'enfant *boit avidement*, *est assoiffé*, s'il est évident qu'il veut boire. Il faut observer si l'enfant tend la main pour prendre la tasse ou la cuillère quand on lui offre de l'eau, s'il est malheureux quand on lui enlève l'eau, parce qu'il voudrait encore boire. Si l'enfant n'avale du liquide que parce qu'on l'y encourage et n'en redemande pas, il «ne boit pas avidement et n'est pas assoiffé».

L'élasticité de la peau. Vérifier l'élasticité de la peau en la pinçant. Quand on le lâche, le pli cutané s'efface-t-il *très lentement* (pendant plus de 2 secondes) ou *lentement* (le pli reste marqué même pendant un bref instant) ou *immédiatement* ? Chez l'enfant souffrant de marasme (malnutrition

⁹ Sazawal S, Black RE. Meta-analysis of intervention trials on case management of pneumonia in community settings. *Lancet*, 1992, 340(8818):528-533.

grave), il se peut que le pli cutané s'efface lentement, même si l'enfant n'est pas déshydraté. Chez l'enfant qui a un excès de poids ou un œdème, le pli s'efface immédiatement, même si l'enfant est déshydraté.

Protocole normalisé du test du pli cutané

- Choisir un endroit de l'abdomen de l'enfant situé entre l'ombilic et le côté de l'abdomen, puis pincer la peau avec le pouce et l'index.
- La main devrait être placée de telle manière que, quand la peau est pincée, le pli cutané aille dans le sens de la longueur du corps de l'enfant et non pas en travers de celui-ci.
- Il importe de saisir fermement toutes les couches de peau et le tissu sous-cutané pendant une seconde, puis de les relâcher.

Après avoir vérifié si l'enfant est déshydraté, il faut demander à la personne qui s'occupe d'un enfant diarrhéique depuis combien de temps l'enfant a la diarrhée et s'il y a du sang dans les selles, pour pouvoir déterminer si l'enfant souffre d'une diarrhée persistante ou d'une dysenterie.

La classification de la déshydratation

Selon la combinaison des signes cliniques décrits ci-dessus, on peut diviser en trois catégories les enfants diarrhéiques :

- Ceux qui souffrent d'une **déshydratation sévère** et qui ont besoin immédiatement d'une perfusion intraveineuse (IV) ou d'une sonde nasogastrique ou d'une réhydratation orale conformément aux directives de traitement inscrites par l'OMS dans le Plan C (voir figure 4 sous «conduite thérapeutique»).

Un patient souffre d'une déshydratation sévère s'il a un déficit d'eau supérieur à 10% de son poids corporel. Un enfant est gravement déshydraté s'il présente une combinaison de deux des signes suivants: s'il est léthargique ou inconscient, est incapable de boire ou boit difficilement, a les yeux enfoncés ou si le pli cutané s'efface très lentement.

Deux des signes suivants: <ul style="list-style-type: none"> ● Léthargique ou inconscient ● Yeux enfoncés ● Incapable de boire ou boit difficilement ● Le pli cutané s'efface très lentement 	DÉSHYDRATATION SÉVÈRE
--	--------------------------

- Ceux qui montrent des **signes évidents de déshydratation** et qui ont besoin d'une solution de SRO, conformément aux directives de traitement inscrites par l'OMS dans le Plan B (voir figure 5 sous «conduite thérapeutique»).

L'enfant appartient à cette catégorie, s'il présente une combinaison de deux des signes suivants: s'il est agité ou irritable, a les yeux enfoncés, boit avidement et est assoiffé, si le pli cutané s'efface lentement. L'enfant qui montre des signes évidents de déshydratation a un déficit d'eau égal à 5–10% de son poids corporel. Cette classification inclut la déshydratation «moyenne» et la déshydratation «modérée», termes utilisés dans la plupart des manuels de pédiatrie.

Deux des signes suivants: <ul style="list-style-type: none"> ● Agité, irritable ● Yeux enfoncés ● Boit avidement, assoiffé ● Le pli cutané s'efface lentement 	SIGNES ÉVIDENTS DE DÉSHYDRATATION
---	--------------------------------------

- L'enfant qui a la diarrhée, mais ne souffre **pas de déshydratation**.

Le patient diarrhéique qui ne présente pas de signe de déshydratation a en général un déficit d'eau, mais ce déficit est inférieur à 5% de son poids corporel. Même si cet enfant ne montre pas de signe évident de déshydratation, pour éviter qu'il souffre de déshydratation, il faut lui donner plus à boire que d'habitude, comme indiqué dans les directives de traitement inscrites par l'OMS dans le Plan A (voir figure 5 sous «conduite thérapeutique»)

Pas assez de signes pour classer sous «signes évidents de déshydratation» ou sous «déshydratation sévère»	PAS DE DÉSHYDRATATION
---	--------------------------

Note: Les antibiotiques ne devraient pas être utilisés automatiquement pour le traitement de la diarrhée. La plupart des épisodes diarrhéiques sont causés par des agents (tels que les virus) que les antimicrobiens ne détruisent pas ou par des bactéries qu'il faut d'abord cultiver pour déterminer leur sensibilité aux antimicrobiens. Toutefois la culture coûte cher et il faut attendre plusieurs jours avant d'en obtenir les résultats. En outre, la plupart des laboratoires ne peuvent pas détecter plusieurs des causes bactériennes importantes de la diarrhée.

Note: Les médicaments antidiarrhéiques B y compris les agents antimotilité (comme le loperamide, le diphénoxylate, la codéine, la teinture d'opium), les adsorbants (comme le kaolin, l'attapulgite, le smectite), les cultures de bactéries vivantes (comme le lactobacillus, le streptococcus faecium) et le charbon n'apportent pas de bienfait à l'enfant qui a une diarrhée aiguë, et certains peuvent avoir des effets secondaires dangereux. Ces médicaments ne devraient jamais être donnés à un enfant de moins de 5 ans.

La classification des diarrhées persistantes

La diarrhée persistante est un épisode de diarrhée, sanglante ou non, qui a un commencement aigu et dure au moins 14 jours. Elle constitue jusqu'à 15% de tous les épisodes de diarrhée, mais intervient dans 30 à 50% des décès.¹⁰ En général, la diarrhée persistante s'accompagne de perte de poids et, souvent, de graves infections non intestinales. De nombreux enfants qui ont une diarrhée persistante sont victimes de malnutrition, ce qui augmente considérablement le risque de décès. Ce type de diarrhée ne se produit presque jamais chez le nourrisson qui est alimenté uniquement au sein.

Tous les enfants qui ont la diarrhée pendant 14 jours ou plus doivent être divisés en deux grou-

La diarrhée persistante constitue jusqu'à 15% de tous les épisodes de diarrhée, mais intervient dans 30 à 50% des décès.

¹⁰ RE. Black Persistent diarrhea in children in developing countries. *Pediatric infectious diseases journal*, 1993, 12:751-761.

pes, selon la présence ou l'absence de déshydratation.

- Les enfants qui ont une **diarrhée persistante sévère** et sont aussi déshydratés à quelque degré que ce soit doivent recevoir un traitement spécial et ne doivent pas être pris en charge de manière ambulatoire.

Il faut hospitaliser l'enfant. En général, il convient de commencer par traiter la déshydratation, à moins qu'il y ait une autre maladie grave.

● Déshydratation présente	DIARRHÉE PERSISTANTE SÉVÈRE
---------------------------	-----------------------------

- Les enfants qui ont une **diarrhée persistante**, sans signe de déshydratation, peuvent recevoir des soins ambulatoires, au moins au début.

Une alimentation appropriée est l'élément le plus important du traitement de la plupart des enfants qui ont une diarrhée persistante. La thérapie nutritionnelle vise les objectifs suivants: a) réduire temporairement la quantité de lait animal (ou lactose) consommée, b) fournir un apport suffisant d'aliments énergétiques et de protéines, vitamines et sels minéraux pour faciliter la reconstitution de la muqueuse intestinale et améliorer l'état nutritionnel, c) éviter de donner des aliments ou des boissons susceptibles d'aggraver la diarrhée, et d) assurer un apport alimentaire suffisant pendant la convalescence pour remédier à la malnutrition éventuelle.

Le traitement systématique de la diarrhée persistante avec des antimicrobiens n'est pas efficace. Toutefois certains enfants souffrent d'infections non intestinales (ou intestinales) qui nécessitent une thérapie antimicrobienne spécifique. La diarrhée persistante de ces enfants ne guérira pas tant que ces infections ne seront pas diagnostiquées et traitées correctement.

● Pas de déshydratation	DIARRHÉE PERSISTANTE
-------------------------	----------------------

La classification de la dysenterie

Il faut demander à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant diarrhéique s'il y a du sang dans les selles.

- Si la mère ou la personne qui s’occupe de l’enfant diarrhéique indique qu’il y a du sang dans les selles de l’enfant, celui-ci est considéré comme ayant la **dysenterie**.

● Sang dans les selles	DYSENTERIE
------------------------	------------

Il n’est pas nécessaire d’examiner les selles ou de procéder à un examen de laboratoire pour diagnostiquer la dysenterie. Il est rarement possible d’effectuer une culture des selles pour détecter les bactéries pathogènes. En outre, il faut attendre au moins deux jours avant d’obtenir les résultats d’une culture. Quoique la «dysenterie» soit souvent décrite comme un syndrome de diarrhée sanglante accompagnée de fièvre, de crampes abdominales, de douleurs rectales et de selles mucoïdes, ces caractéristiques n’existent pas toujours dans la diarrhée sanglante; de plus, elles n’en indiquent pas nécessairement l’étiologie, ni ne déterminent le traitement approprié.

Chez les jeunes enfants, la diarrhée sanglante est en général le signe d’une infection entérique invasive qui comporte un risque considérable de morbidité grave et de mort. Environ 10% de tous les épisodes diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans sont dysentériques, mais ils causent jusqu’à 15% de tous les décès diarrhéiques.¹¹

La dysenterie est particulièrement sévère chez les nourrissons et les enfants qui sont sous-alimentés, qui subissent une déshydratation cliniquement manifeste pendant leur maladie ou qui ne sont pas allaités au sein. Elle a également un effet plus néfaste sur l’état nutritionnel que la diarrhée aiguë aqueuse. La dysenterie frappe plus fréquemment et plus gravement les enfants qui ont la rougeole ou l’ont eue pendant le mois précédent, et les épisodes diarrhéiques qui commencent par la dysenterie risquent davantage de devenir persistants que ceux qui commencent sans sang dans les selles.

¹¹ *Diarrhée sanglante dans la petite enfance—conduite à tenir*. Document WHO/CDD/94.49 Genève, Organisation mondiale de la santé, 1994.

Il faut soigner sans tarder tous les enfants qui ont la dysenterie (diarrhée sanglante) avec un antibiotique efficace contre la shigellose parce que: a) *Shigella* est le pathogène de loin le plus fréquent dans les cas de diarrhée sanglante chez les enfants de moins de 5 ans, b) plus que les autres causes de la diarrhée, la shigellose provoque des complications et la mort si une thérapie antimicrobienne ne commence pas promptement, et c) le traitement rapide de la shigellose avec un antibiotique efficace réduit considérablement le risque de morbidité grave ou de mort.

La fièvre

EVALUATION D'ENFANTS MALADE

- entretien et anamnèse
- signes généraux de danger
- principaux symptômes
- toux ou difficultés respiratoires
- diarrhée
- fièvre
- affections de l’oreille
- état nutritionnel
- état vaccinal
- autres problèmes

Il faut prendre la température de **chaque** enfant malade. La fièvre est un symptôme fréquent et est souvent la raison principale pour laquelle l’enfant est amené au centre de santé. Elle peut être due à une infection bénigne, mais peut aussi être le signe le plus visible d’une maladie qui peut devenir mortelle—en particulier le paludisme (surtout le paludisme létal *P. falciparum*)—ou d’autres infections graves, dont la méningite, la fièvre typhoïde et la rougeole. Quand la capacité de poser un diagnostic est limitée, il importe d’abord de déterminer quels sont les enfants qui ont besoin de soins spécialisés, avec un traitement pré-transfert (antipaludéen ou antibactérien).

L’évaluation clinique

Il faut prendre la température de chaque enfant malade amené au dispensaire. On considère qu’un enfant a de la fièvre si sa température corporelle axillaire dépasse 37,5°C (38°C rectale). En l’absence de thermomètre, on considère que l’enfant a de la fièvre, s’il est chaud au toucher. On peut également déceler la fièvre selon les antécédents.

Quand un enfant a de la fièvre, il faut évaluer :

La raideur de la nuque. Une nuque raide peut être un signe de méningite, de neuropaludisme ou d'une autre maladie fébrile grave. Si l'enfant est conscient et éveillé, vérifier la raideur en lui chatouillant les pieds, en lui demandant de courber le cou pour regarder le sol ou en lui baissant très délicatement la tête. Celle-ci devrait se mouvoir facilement.

Le risque de paludisme et d'autres maladies endémiques. Dans les cas où un examen microscopique systématique n'est pas possible ou quand les résultats se feraient attendre, il faut définir le risque de transmission du paludisme. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé des définitions de ce risque dans les pays et régions où sévit le *P. falciparum*. Il y a un *risque élevé de paludisme* quand plus de 5% des maladies fébriles chez les enfants de 2 à 59 mois sont dues au paludisme. Le *risque de paludisme* est *faible* quand moins de 5% des maladies fébriles chez les enfants de 2 à 59 mois sont dues au paludisme, néanmoins ce risque n'est pas négligeable. Si, normalement, la transmission du paludisme ne se produit pas dans cette région et l'importation du paludisme est rare, le milieu est considéré comme ne comportant *pas de risque de paludisme*. Le risque de paludisme peut varier d'une saison à l'autre. En principe, le programme national de lutte contre le paludisme détermine les régions du pays où il y a un risque de paludisme.

S'il existe d'autres infections endémiques importantes pour la santé publique qui menacent les enfants de moins de 5 ans dans une région (par exemple, la dengue hémorragique ou la fièvre récurrente), il faut également tenir compte du risque qu'elles présentent. Normalement, dans de tels cas, les autorités nationales de santé adaptent les directives cliniques pour la PCIME aux besoins locaux.

L'écoulement nasal. Quand le risque de paludisme est faible, un enfant fiévreux qui a un écoulement nasal n'a pas besoin d'antipaludéen. Sa fièvre est probablement due à un simple rhume.

La durée de la fièvre. La plupart des fièvres provoquées par une maladie virale ne durent pas plus de quelques jours. Si la fièvre est présente chaque jour depuis plus de cinq jours, elle peut signifier que l'enfant souffre d'une maladie grave telle que

la fièvre typhoïde. Si la fièvre dure depuis plus de cinq jours, il faut vérifier si elle a été présente chaque jour.

La rougeole. Vu le risque élevé de complications et de mort liées à la rougeole, il faut chercher, chez les enfants fiévreux, des signes de rougeole actuelle ou passée (durant les trois mois précédents). Les décès dus à la rougeole sont causés par la pneumonie et la laryngotrachéite (67%), la diarrhée (25%), la rougeole seule ou, parfois, l'encéphalite. D'autres complications (en général non mortelles) comprennent la conjonctivite, l'otite moyenne et des ulcérations dans la bouche. La rougeole peut provoquer des invalidités importantes, notamment la cécité, la malnutrition sévère, une maladie pulmonaire chronique (bronchiectasie et infection récurrente) et un dysfonctionnement neurologique.¹²

La détection de la rougeole aiguë (actuelle) se fonde sur la fièvre accompagnée d'une éruption généralisée, ainsi que d'au moins un des signes suivants: rougeur des yeux, écoulement nasal ou toux. Il faut demander à la mère si l'enfant a eu la rougeole durant les trois derniers mois (rougeole récente). Malgré une amélioration marquée de la vaccination dans plusieurs pays, les cas de rougeole et les décès provoqués par cette maladie demeurent nombreux. Alors que la vaccination devrait être effectuée quand l'enfant a 9 mois, souvent elle n'a pas lieu (à cause de contre-indications erronées, du manque de vaccins ou d'une défaillance de la chaîne du froid) ou est retardée. En outre, de nombreux enfants attrapent la rougeole au début de leur vie (entre 6 et 8 mois), surtout dans les villes et les camps de réfugiés.

Si l'enfant a la rougeole ou l'a eue durant les trois mois précédents, il faut vérifier s'il y a des complications. La rougeole endommage le revêtement épithélial et le système immunitaire et abaisse le niveau de vitamine A. Il en résulte une augmentation de la vulnérabilité face aux infections causées par les pneumocoques, les bactéries gram négatif et les adénovirus. Une recrudescence du virus de l'herpès, du Candida ou du paludisme peut aussi se produire pendant la rougeole. Il faut examiner la bouche et les yeux de chaque enfant qui a actuellement ou a eu récemment la rougeole pour y

¹² Organisation mondiale de la santé. *Technical basis for the case management of measles*. Document WHO/EPI/95. Genève, OMS, 1995.

déceler des complications éventuelles. Les autres complications possibles, comme la pneumonie, le stridor chez un enfant calme, la diarrhée, la malnutrition et les infections de l'oreille, sont décrites dans les parties pertinentes des directives cliniques pour la PCIME.

Avant de classer la fièvre, il faut vérifier si elle s'explique par d'autres causes évidentes (telles que douleur dans l'oreille, brûlure, abcès, etc.).

La classification de la fièvre

- Tous les enfants fiévreux présentant un signe général de danger ou une raideur de la nuque sont classés comme ayant une **maladie fébrile très grave** et doivent être transportés d'urgence à l'hôpital, après un traitement pré-transfert avec des antibiotiques (les mêmes que pour une pneumonie grave ou une maladie très grave).

Note: Dans les régions où le paludisme *P. falciparum* est présent, il faut aussi administrer à ces enfants, avant le transfert, une dose d'antipaludéen (quinine intramusculaire).

<ul style="list-style-type: none"> ● Tout signe général de danger ou ● Raideur de nuque 	<p>MALADIE FÉBRILE TRÈS GRAVE</p>
---	--

La classification ultérieure dépend du niveau de risque du paludisme dans la région.

- Dans une région ou durant une saison à **risque élevé de paludisme**, il faut classer les enfants fébriles ne présentant aucun signe général de danger ni de raideur de la nuque comme souffrant du **paludisme**.

Un traitement présomptif contre le paludisme doit être administré à chaque enfant qui a de la fièvre quand il arrive au dispensaire ou qui a des antécédents de fièvre pendant la maladie en cours. Même si un grand nombre d'enfants sont soignés pour le paludisme, quand ils souffrent en fait d'une autre maladie fébrile, un tel traitement se justifie dans cette catégorie, étant donné le risque élevé de paludisme et la possibilité qu'une autre maladie favorise l'infection paludéenne. La présente recommandation vise à maximaliser la sensibilité, afin que le plus grand nombre possible de cas réels reçoivent un bon traitement antipaludéen.¹³

<ul style="list-style-type: none"> ● Fièvre (antécédents ou chaud au toucher ou température de 37,5° ou plus) 	<p>PALUDISME</p>
--	-------------------------

- Dans une région ou durant une saison à **risque faible de paludisme**, il ne faut classer les enfants ayant la fièvre ou des antécédents de fièvre, mais ne présentant aucun signe général de danger ni de raideur de la nuque comme souffrant du paludisme et leur administrer un antipaludéen que s'ils n'ont pas d'écoulement nasal (signe d'IRA), ni la rougeole, ni une autre cause évidente de fièvre (pneumonie, mal de gorge, etc.).

La marque manifeste d'une autre infection réduit la probabilité que la maladie de l'enfant soit due au paludisme. Par conséquent, il ne faut pas administrer d'antipaludéen à l'enfant qui, dans une région ou durant une saison à risque faible de paludisme, est manifestement atteint d'une autre infection.

<ul style="list-style-type: none"> ● Pas d'écoulement nasal et ● Pas de rougeole et ● Pas d'autres causes de fièvre 	<p>PALUDISME</p>
--	-------------------------

- Dans une région ou durant une saison à **risque faible de paludisme**, il faut classer les enfants qui ont un écoulement nasal, la rougeole ou des signes cliniques d'une autre infection possible comme ayant de la **fièvre—paludisme peu probable**. Ces enfants doivent être suivis. S'ils ont de la fièvre pendant plus de cinq jours, il faut les transférer dans un établissement capable de déceler les causes de la pyrexie persistante. Il est fortement recommandé de procéder, si possible, à un simple examen du paludisme en laboratoire dans les cas où le risque de cette maladie est faible.

<ul style="list-style-type: none"> ● Présence d'écoulement nasal ou ● Présence de la rougeole ou ● Présence d'autres causes de fièvre 	<p>FIÈVRE – PALUDISME PEU PROBABLE</p>
--	---

¹³Prise en charge du paludisme non compliqué et utilisation des antipaludiques pour la protection des voyageurs. Rapport d'une consultation informelle, Genève, 18–21 septembre 1995. Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié WHO/MAL/96.1075 Rev 1 1997; disponible sur demande auprès du Projet Faire Reculer le Paludisme).

- Dans une région ou durant une saison **sans risque de paludisme**, il faut s’efforcer de distinguer les cas d’infection bactérienne possible—qui exige un traitement antibiotique—des cas d’infection virale non compliquée. Dans ces circonstances, la présence d’un écoulement nasal n’a que peu ou pas de valeur diagnostique.

Quand on constate des causes évidentes de fièvre—telles que la pneumonie, une infection de l’oreille ou le mal de gorge—on peut classer les enfants comme ayant **une infection bactérienne possible** et les traiter en conséquence.

● Causes évidentes de fièvre	POSSIBILITÉ D’INFECTION BACTÉRIENNE
------------------------------	-------------------------------------

- Dans une région ou une saison **sans risque de paludisme**, si l’on ne trouve aucun signe clinique d’infection évidente, il faut classer l’enfant comme ayant une **fièvre sans complication**.

Il faut revoir cet enfant après deux jours et le réévaluer. Comme dans les autres cas, l’enfant fébrile pendant plus de cinq jours doit être transféré dans un centre de soins plus spécialisés.

● Pas de cause évidente de fièvre	FIÈVRE SANS COMPLICATION
-----------------------------------	--------------------------

Note: Les enfants ayant une forte fièvre, définie comme une température axillaire dépassant 39,5°C ou rectale supérieure à 39°C, doivent recevoir une dose unique de paracétamol pour combattre l’hyperthermie.

La classification de la rougeole

Chez tous les enfants fébriles, il faut rechercher des signes de rougeole actuelle ou récente (durant les trois mois précédents) et de complications liées à la rougeole.

- Il y a une **rougeole grave et compliquée** quand un enfant souffrant de la rougeole présente un signe général de danger ou une grave stomatite sous forme d’ulcères profonds et étendus dans la bouche ou de graves complications oculaires, telles que l’opacification de la cornée. Cet enfant doit être transféré d’urgence dans un hôpital.

<ul style="list-style-type: none"> ● Tout signe général de danger ou ● Opacité de la cornée ou ● Ulcérations profondes ou étendues dans la bouche 	ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUÉE
--	------------------------------

- Les enfants chez qui la rougeole entraîne des complications moins graves, comme un écoulement de pus des yeux (signe de conjonctivite) ou des ulcérations peu profondes et peu étendues dans la bouche, sont classés comme ayant une **rougeole avec des complications oculaires et buccales**. On peut soigner ces enfants sans danger au centre ambulatoire. Le traitement comprend l’administration de vitamine A par voie orale, l’application de pommade contenant de la tétracycline dans les yeux des enfants qui ont des écoulements de pus et l’application de violet de gentiane sur les ulcérations dans la bouche.

Les enfants classés comme ayant une pneumonie, la diarrhée ou une infection de l’oreille ET la rougeole avec des complications oculaires et buccales doivent être soignés pour ces maladies ET recevoir un traitement de vitamine A. La rougeole affaiblissant le système immunitaire, on peut aussi transférer ces enfants dans un hôpital.

<ul style="list-style-type: none"> ● Ecoulement oculaire de pus ou ● Ulcérations dans la bouche 	ROUGEOLE AVEC DES COMPLICATIONS OCULAIRES ET BUCCALES
---	---

- Si un examen complet ne révèle pas de signes de complication due à la rougeole, l’enfant est classé comme ayant la **rougeole**. Il peut être soigné efficacement et sans risque à domicile avec la vitamine A.

● Rougeole actuelle ou pendant les trois derniers mois	ROUGEOLE
--	----------

Les affections de l'oreille

EVALUATION D'ENFANTS MALADE

- entretien et anamnèse
- signes généraux de danger
- principaux symptômes
- toux ou difficultés respiratoires
- diarrhée
- fièvre
- affections de l'oreille
- état nutritionnel
- état vaccinal
- autres problèmes

Il faut examiner les oreilles de **chaque** enfant amené au centre de santé ambulatoire pour vérifier s'il y a un problème otique. Quand l'enfant présente une affection de l'oreille, il faut évaluer d'abord les signes généraux de danger, la toux ou les difficultés respiratoires, la diarrhée et la fièvre. Un enfant qui a un problème otique peut souffrir d'une infection de l'oreille. Même si une telle infection provoque rarement la mort, elle est l'une des principales causes de surdité dans les régions à bas revenu, ce qui gêne l'enfant dans sa scolarité.

L'évaluation clinique

Quand on ne peut pas pratiquer une otoscopie, il faut rechercher les signes cliniques simples suivants:

Un gonflement douloureux derrière l'oreille.

La complication la plus grave d'une infection de l'oreille est une infection profonde de l'apophyse mastoïde qui se manifeste le plus souvent par un gonflement douloureux derrière l'une des oreilles de l'enfant. Chez les nourrissons, ce gonflement peut également se produire au-dessus de l'oreille. Quand il y a un gonflement douloureux, ce signe est considéré comme positif et ne doit pas être perçu, par erreur, comme le signe d'une inflammation des ganglions lymphatiques.

Une douleur dans l'oreille. Pendant les premières phases d'une otite aiguë, un enfant peut avoir mal à l'oreille, ce qui le rend en général irritable et l'incite à se frotter fréquemment l'oreille.

Un écoulement ou du pus dans l'oreille. C'est un autre signe important d'une infection de l'oreille. Quand la mère dit qu'il y a un écoulement, l'agent de santé doit vérifier si du pus coule

de l'oreille et demander depuis combien de temps cet écoulement se produit.

La classification des affections de l'oreille

Sur la base des signes cliniques simples énumérés ci-dessus, les enfants peuvent être classés comme suit:

- Les enfants qui présentent un gonflement douloureux de l'apophyse mastoïde sont classés comme ayant une **mastoïdite** et doivent être transférés dans un hôpital pour leur traitement. Avant le transfert, il faut leur donner une dose d'antibiotique et une dose unique de paracétamol pour calmer la douleur.

● Gonflement douloureux derrière l'oreille	MASTOÏDITE
--	------------

- Les enfants ayant mal à l'oreille ou un écoulement (ou du pus) dans l'oreille depuis moins de 14 jours sont classés comme ayant une **infection aiguë de l'oreille**; ils doivent être traités pendant cinq jours avec le même antibiotique de première intention que pour la pneumonie.

● Ecoulement depuis moins de 14 jours ou ● Douleur dans l'oreille	INFECTION AIGUË DE L'OREILLE
--	------------------------------

- S'il y a un écoulement (ou du pus) dans l'oreille depuis plus de 14 jours, l'enfant est classé comme ayant une **infection chronique de l'oreille**. Il faut assécher l'oreille à l'aide d'une mèche. En général, les antibiotiques ne sont pas recommandés, parce qu'ils coûtent cher et que leur efficacité n'est pas prouvée.

● Ecoulement depuis plus de 14 jours	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE
--------------------------------------	----------------------------------

- Si on ne décèle pas de signe d'infection, l'enfant est classé comme n'ayant **pas d'infection de l'oreille** et n'a pas besoin de traitement particulier.

● Pas de douleur dans l'oreille et ● Pas d'écoulement	PAS D'INFECTION DE L'OREILLE
--	------------------------------

L'évaluation de l'état nutritionnel – la malnutrition et l'anémie

EVALUATION D'ENFANTS MALADE

- entretien et anamnèse
- signes généraux de danger
- principaux symptômes
- toux ou difficultés respiratoires
- diarrhée
- fièvre
- affections de l'oreille
- état nutritionnel
- état vaccinal
- autres problèmes

Après avoir recherché les signes généraux de danger et les quatre symptômes principaux, il faut évaluer la malnutrition et l'anémie éventuelles chez **chaque** enfant. L'évaluation systématique de l'état nutritionnel de l'enfant malade est surtout nécessaire pour deux raisons: 1. pour identifier l'enfant atteint de malnutrition sévère, qui augmente le risque de mortalité et exige des soins spécialisés immédiats, et 2. pour identifier l'enfant dont la croissance n'est pas optimale à cause de déficits permanents dans son apport alimentaire accompagnés d'épisodes infectieux répétés (retard de croissance) et dont la santé s'améliorera grâce

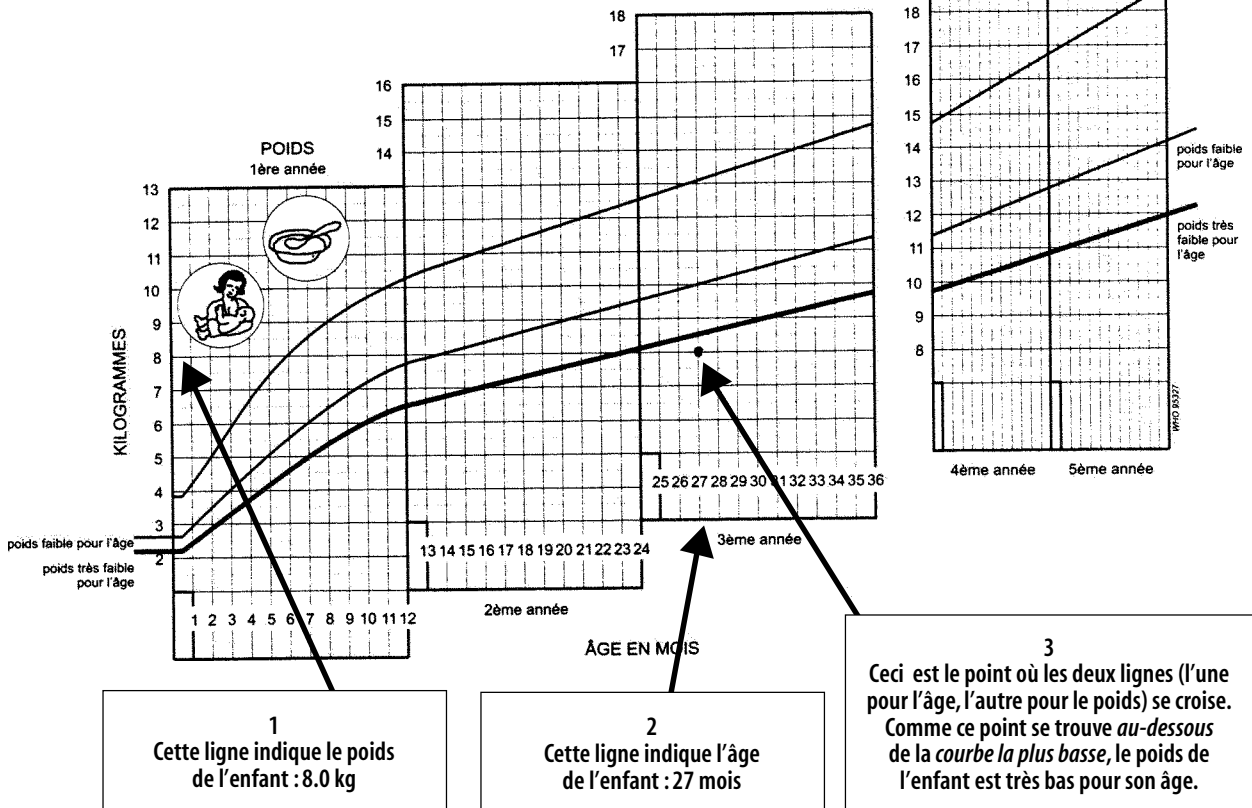
à des conseils nutritionnels et à la solution des problèmes d'alimentation. Il faut aussi évaluer si l'enfant souffre d'anémie.

L'évaluation clinique

La plupart des centres de santé ambulatoires ne possédant pas de toise fiable, il faut évaluer l'état nutritionnel par la palpation et l'observation des signes cliniques suivants:

L'amaigrissement visible et sévère. Il se manifeste par un amaigrissement marqué des épaules, des bras, des fesses et des jambes, avec des côtes très apparentes, et indique la présence de marasme.

Des œdèmes aux deux pieds. La présence d'œdèmes (accumulation de sérosité) aux deux pieds peut être le signe du kwashiorkor. Les enfants qui ont des œdèmes aux deux pieds peuvent souffrir d'autres maladies telles que le syndrome néphrotique. Il faut reconnaître ces autres maladies au centre ambulatoire, parce qu'un transfert à l'hôpital s'impose dans tous les cas.



Le rapport entre *l'âge et le poids*. Quand le centre ne possède pas de toise, on peut recourir à un indicateur du poids par rapport à l'âge (courbe normale du poids pour l'âge établie par l'OMS ou par les autorités sanitaires nationales) pour identifier les enfants dont le poids pour l'âge est faible (valeur du Z inférieure à -2) ou très faible (valeur du Z inférieure à -3) et qui courent des risques accrus d'infection et de croissance et de développement insuffisants.

La pâleur palmaire. Bien que ce signe clinique soit moins spécifique que beaucoup d'autres signes cliniques inclus dans les directives pour la PCIME, il permet à l'agent de santé de déceler, chez les enfants malades, une anémie grave souvent due au paludisme. S'il est possible, un examen simple de laboratoire (par exemple, l'analyse de l'hémoglobine) facilite considérablement le diagnostic de l'anémie.

La classification de l'état nutritionnel et de l'anémie

Selon la combinaison des signes cliniques décrits ci-dessus, on peut classer les enfants dans l'une des catégories suivantes:

- Les enfants souffrant de **malnutrition sévère ou d'anémie grave** (dont l'amaigrissement ou la pâleur palmaire sont visiblement graves ou qui ont des œdèmes aux deux pieds) courent un risque élevé de mourir de différentes maladies graves et doivent être transférés d'urgence dans un hôpital où leur traitement (alimentation spéciale, antibiotiques ou transfusions sanguines, etc.) peut être surveillé attentivement.

<ul style="list-style-type: none"> ● Amaigrissement sévère visible ou ● Pâleur palmaire sévère ou ● Œdèmes aux deux pieds 	<p>MALNUTRITION SÉVÈRE OU ANÉMIE GRAVE</p>
--	--

- L'enfant ayant une **anémie ou un poids faible (ou très faible)** pour son âge court également un risque accru de tomber gravement malade et ses problèmes alimentaires doivent être évalués. Cette évaluation doit révéler des problèmes fréquents importants d'alimentation qu'il est possible de résoudre, si l'agent de santé donne des conseils judicieux à la personne qui s'occupe de l'enfant et recommande une alimentation acceptable selon l'âge de l'enfant.

Quand un enfant est classé comme souffrant d'**anémie**, il faut lui donner du fer par voie orale. Pendant le traitement, l'enfant doit être examiné toutes les deux semaines (suivi) lors d'une visite au cours de laquelle du fer est remis pour le traitement des 14 jours suivants. Si la pâleur ne change pas après deux mois, l'enfant doit être transféré à l'hôpital pour une évaluation plus approfondie. On n'administre pas de fer à un enfant atteint d'une malnutrition sévère qui sera hospitalisé. Dans les régions où l'ankylostome, le trichocéphale et l'ascaris sont manifestement les principales causes d'anémie et de malnutrition ou les facteurs qui y contribuent le plus, il est recommandé d'effectuer un déparasitage régulier avec du mébendazole tous les quatre à six mois. Le mébendazole est peu coûteux et sans danger pour les jeunes enfants.

<ul style="list-style-type: none"> ● Pâleur palmaire légère ou ● Poids (très) faible pour l'âge 	<p>ANÉMIE OU POIDS (TRÈS) FAIBLE</p>
---	--------------------------------------

- L'enfant dont le poids n'est ni faible (ni très faible) pour son âge et qui ne présente pas d'autre signe de malnutrition est classé comme n'ayant **pas d'anémie ni de poids très faible**. Les enfants de moins de 2 ans ayant un risque plus élevé de problèmes d'alimentation et de malnutrition que les enfants plus âgés, il faut évaluer leur alimentation. Si l'agent de santé constate des problèmes, il doit conseiller la mère au sujet de l'alimentation de son enfant conformément aux directives cliniques nationales pour la PCIME (voir le chapitre suivant).

<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de poids (très) faible pour l'âge et ● Pas d'autre signe de malnutrition 	<p>PAS D'ANÉMIE NI DE POIDS TRÈS FAIBLE</p>
---	---

L'évaluation de l'alimentation de l'enfant

Il faut évaluer l'alimentation de chaque enfant de **moins de 2 ans** et de chaque enfant classé comme étant **anémique** ou ayant **un poids faible (ou très faible)**.

Il faut évaluer l'alimentation de chaque enfant de moins de 2 ans, même s'il a une valeur du Z normale.

Cette évaluation commence par des ques-

tions posées à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant sur 1. la fréquence de l'allaitement au sein, y compris la nuit, 2. les types d'aliments ou de liquides complémentaires, la fréquence de l'alimentation, la manière dont l'enfant se nourrit et 3. le mode d'alimentation pendant la maladie actuelle. Il faut conseiller la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant pour l'aider à résoudre tout problème d'alimentation constaté (pour plus de détails, voir le chapitre sur les conseils à donner à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant).

La vérification du statut vaccinal

EVALUATION D'ENFANTS MALADE	entretien et anamnèse	<input type="checkbox"/>
	signes généraux de danger	<input type="checkbox"/>
	principaux symptômes	<input type="checkbox"/>
	toux ou difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>
	diarrhée	<input type="checkbox"/>
	fièvre	<input type="checkbox"/>
	affections de l'oreille	<input type="checkbox"/>
	état nutritionnel	<input type="checkbox"/>
	état vaccinal	<input checked="" type="checkbox"/>
	autres problèmes	<input type="checkbox"/>

Il faut vérifier le statut vaccinal de **chaque enfant malade** amené au centre de santé. La maladie ne constitue pas une contre-indication de la vaccination. En fait, les enfants malades ont peut-être davantage besoin de la protection assurée par la vaccination que les enfants en bonne santé. La capacité de protection du vaccin ne diminue pas chez l'enfant malade.

En règle générale, la vaccination d'un enfant malade n'est contre-indiquée que dans quatre cas :

- Il ne faut pas vacciner un enfant qui sera **transféré d'urgence** à l'hôpital. Il n'y a pas de contre-indication médicale, mais si l'enfant meurt, le vaccin sera peut-être considéré, à tort, comme responsable de la mort.
- Il ne faut pas administrer de **vaccins vivants** (BCG, rougeole, polio, fièvre jaune) à un enfant atteint d'une maladie immunodéficitaire ou à un enfant immunodéprimé par une maladie maligne, une thérapie comportant des agents immunosuppresseurs ou des rayonnements. Néanmoins, tous les vaccins, y compris le BCG ou le vaccin contre la fièvre jaune, peuvent être

administrés à un enfant qui est ou dont on pense qu'il est séropositif, même si les symptômes n'apparaissent pas encore.

- Le **DTC2/DTC3** ne doit pas être administré à un enfant qui a eu des convulsions ou un choc dans un délai de trois jours après une dose précédente de DTC. On peut administrer un DT au lieu du DTC.

La maladie ne constitue pas une contre-indication de la vaccination. La capacité de protection du vaccin ne diminue pas chez l'enfant malade.

- Le **DTC** ne doit pas être administré à un enfant qui a des convulsions récurrentes ou une autre maladie neurologique active du système nerveux central. On peut administrer un DT au lieu du DTC.

L'évaluation des autres problèmes

EVALUATION D'ENFANTS MALADE	entretien et anamnèse	<input type="checkbox"/>
	signes généraux de danger	<input type="checkbox"/>
	principaux symptômes	<input type="checkbox"/>
	toux ou difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>
	diarrhée	<input type="checkbox"/>
	fièvre	<input type="checkbox"/>
	affections de l'oreille	<input type="checkbox"/>
	état nutritionnel	<input type="checkbox"/>
	état vaccinal	<input type="checkbox"/>
	autres problèmes	<input checked="" type="checkbox"/>

Les directives cliniques pour la PCIME portent sur cinq symptômes principaux. Les étapes de l'évaluation de chacun de ces symptômes tiennent aussi compte de plusieurs autres problèmes fréquents. Par exemple, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant comprend l'évaluation systématique de maladies telles que la méningite, la septicémie, la tuberculose, la conjonctivite, ainsi que différentes causes de fièvre, comme les infections de l'oreille et le mal de gorge. Si les directives sont appliquées correctement, les enfants qui souffrent de ces affections recevront un traitement présomptif ou seront transférés dans un établissement de niveau supérieur.

Toutefois, l'agent de santé doit envisager d'autres causes de maladie grave ou aiguë. Il est important de soigner les autres troubles de santé de l'enfant

et de se renseigner sur la santé de la personne qui s'occupe de lui (en général, sa mère). D'autres questions particulières peuvent être posées, selon la situation spécifique du pays. Par exemple, dans un pays où l'avitaminose A sévit, il faut profiter de l'examen d'un enfant malade pour déterminer le complément en vitamine A requis.

La conduite thérapeutique pour traiter l'enfant malade

Les classifications prévues dans la PCIME ne constituent pas forcément des diagnostics spécifiques, mais elles indiquent quelles mesures il faut prendre. Dans les directives pour la PCIME, toutes les classifications sont codées par couleur: le «rose» signifie qu'il faut transférer l'enfant dans un hôpital, le «jaune» signale que le traitement commence au centre de santé et le «vert» permet un traitement à domicile assorti d'indications précises sur la visite suivante. Après les phases d'évaluation et de classification, il convient de déterminer la conduite thérapeutique.

L'hospitalisation des enfants âgés de 2 mois à 5 ans

Dès que l'évaluation est terminée et que le traitement pré-transfert nécessaire est administré, il faut **transférer dans un hôpital tous les nourrissons et les enfants souffrant d'une maladie grave mentionnée dans la catégorie rose**. Les maladies exigeant un transfert urgent sont énumérées dans la figure 4.

Note: Si un enfant n'est que gravement déshydraté et n'a pas d'autres maladies graves, et s'il est possible de pratiquer, au dispensaire, un traitement par perfusion intraveineuse, il faut s'efforcer de réhydrater l'enfant malade.

Pour que l'hospitalisation d'un enfant gravement malade s'effectue de manière satisfaisante, il faut donner des explications convaincantes à la personne qui s'occupe de lui. Si celle-ci n'accepte pas le transfert, il faut envisager d'autres solutions (le traitement de l'enfant lors de visites répétées au dispensaire ou de visites à domicile). Si elle accepte que l'enfant soit hospitalisé, il faut lui remettre une fiche de transfert brève et claire et lui indiquer que faire pendant le transfert, surtout si l'hôpital est loin.

La fiche de transfert doit inclure:

- Le nom et l'âge de l'enfant
- La date et l'heure du transfert
- La description des problèmes de l'enfant
- La raison du transfert (symptômes et signes révélant une maladie grave)
- Le traitement administré
- Toute autre information dont l'hôpital a besoin pour pouvoir soigner l'enfant, comme les traitements précédents de la maladie et la vaccination éventuellement requise.

Traitements des enfants de 2 mois à 5 ans avant un transfert d'urgence (voir figure 4)

- antibiotique approprié
- quinine (en cas de paludisme grave)
- vitamine A
- prévention de l'hypoglycémie grâce au lait maternel ou à de l'eau sucrée
- antipaludéen par voie orale
- paracétamol en cas de forte fièvre (38,5° ou plus) ou de douleurs
- pommade ophtalmique à la tétracycline (en cas d'opacité de la cornée ou d'écoulement de pus de l'œil)
- solution de SRO pour que la mère puisse donner fréquemment des gorgées à boire à l'enfant pendant le transport à l'hôpital.

Note: Les quatre premiers traitements énumérés ci-dessus sont urgents parce qu'ils peuvent éviter de graves conséquences comme la progression de la méningite bactérienne ou du neuropaludisme, la rupture de la cornée due au manque de vitamine A, ou des lésions cérébrales provoquées par la glycémie basse. Les autres traitements mentionnés sont aussi importants pour prévenir l'aggravation de la maladie.

Les **traitements non urgents**, par exemple assécher l'oreille à l'aide d'une mèche ou fournir du fer par voie orale, devraient être reportés pour ne pas retarder le transfert ou désorienter la personne qui s'occupe de l'enfant.

S'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser l'enfant **d'urgence**, il faut vérifier s'il convient de **hos-**

pitaliser sans urgence pour permettre une évaluation plus poussée, par exemple, si une toux dure depuis plus de 30 jours ou si la fièvre continue après cinq jours. Ce transfert n'étant pas urgent, les autres traitements nécessaires peuvent être effectués avant le départ pour l'hôpital.

Le traitement au dispensaire

Les traitements nécessaires pour les maladies (classées dans les catégories ***jaune et verte***), qui n'exigent pas d'hospitalisation, sont clairement indiqués dans les directives pour la PCIME. Ils prévoient l'utilisation minimale des médicaments essentiels de prix modique (voir figure 5).

Les médicaments administrés par voie orale

Il faut toujours commencer par un médicament de première intention. Ce genre de médicament est en général moins coûteux, plus disponible et plus facile à administrer que les autres. Donner un médicament de seconde intention (souvent plus cher et plus difficile à obtenir) uniquement si le médicament de première intention n'est pas disponible ou s'il n'agit pas sur la maladie de l'enfant. L'agent de santé doit aussi apprendre à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant à donner un médicament par voie orale à domicile.

- Les ***antibiotiques par voie orale***. Le diagramme de la PCIME indique *pendant combien de jours et combien de fois* par jour il faut donner l'antibiotique. La plupart des antibiotiques doivent être donnés pendant cinq jours. Seuls les enfants malades du choléra reçoivent un antibiotique pendant trois jours. Le nombre de prises de l'antibiotique par jour varie (deux, trois ou quatre fois par jour). L'agent de santé fixe la dose correcte d'antibiotique selon le poids de l'enfant. S'il ne connaît pas le poids, il calcule selon l'âge de l'enfant. Il faut toujours vérifier si le même antibiotique peut être utilisé pour soigner les différentes maladies qu'un enfant peut avoir. Ainsi, le même antibiotique peut servir à traiter la *pneumonie* et l'*infection aiguë de l'oreille*.
- Les ***antipaludéens par voie orale***. Les antipaludéens administrés par voie orale varient d'un pays à l'autre. La chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine sont les médicaments de première et de seconde intentions

utilisés dans de nombreux pays. La chloroquine est donnée pendant trois jours. La dose est réduite le troisième jour, à moins que l'enfant ne pèse moins de 10 kg. Dans ce cas, l'enfant doit recevoir la même dose pendant les trois jours.

- Le ***paracétamol***. Si l'enfant a beaucoup de fièvre, il faut lui administrer une dose de paracétamol au dispensaire. S'il a mal à l'oreille, il faut remettre à la mère suffisamment de paracétamol pour un jour, soit quatre doses, en lui conseillant de donner une dose toutes les six heures ou jusqu'à ce que la douleur dans l'oreille ait disparu.
 - Le ***fer***. L'enfant *anémique* a besoin de fer. On le donne en sirop à l'enfant de moins de 12 mois. Si l'enfant a 12 mois ou plus, il peut prendre des comprimés de fer. Remettre à la mère suffisamment de comprimés pour 14 jours, en lui recommandant de donner une dose quotidienne pendant ces 14 jours et en l'avertissant que le fer peut rendre les selles de l'enfant noirâtres.
- Note:** Si un enfant qui a une certaine pâleur reçoit de la sulfadoxine-pyriméthamine (Fansidar) comme antipaludéen, il ne faut pas lui donner de comprimés de fer/folate avant la visite suivante qui devrait avoir lieu dans deux semaines. Le fer/folate peut gêner l'action de la sulfadoxine-pyriméthamine qui contient un médicament antifolate. L'enfant traité avec la sulfadoxine-pyriméthamine peut recevoir du fer en sirop, si ce dernier ne contient pas de folate.
- Le ***médicament antihelminthique***. Si l'ankylostome ou le trichocéphale sévit dans la région, l'enfant âgé de deux ans ou plus peut avoir besoin de mébendazole. Les infections causées par ces parasites contribuent à l'anémie, le saignement intestinal entraînant des pertes de fer. Il faut lui donner 500 mg de mébendazole en une dose unique au dispensaire.
 - La ***vitamine A***. La vitamine A est donnée à l'enfant qui a la rougeole ou souffre de *malnutrition sévère*. La vitamine A aide à résister à l'infection provoquée par le virus de la rougeole dans les yeux ainsi que dans la couche de cellules qui tapissent les poumons, les intestins, la bouche et la gorge. Elle peut aussi renforcer le système immunitaire pour prévenir d'autres infections. La vitamine A existe en gélules et en sirop. Il

Figure 4. Traitements de l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans avant un transfert d'urgence

CLASSIFICATION	TRAITEMENT
	<i>De tous les enfants avant le transfert</i> prévenir l'hypoglycémie en donnant du lait maternel ou de l'eau sucrée
SIGNE DE DANGER—CONVULSION	Si l'enfant a des convulsions, donner du diazépam (solution 10mg/2ml) en une dose de 0,1 ml/kg ou du paraldéhyde en dose de 0,3–0,4 ml/kg par voie rectale; si les convulsions continuent après 10 minutes, donner une seconde dose de diazépam par voie rectale
PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRÈS GRAVE	Donner une première dose d'un antibiotique approprié, de préférence le cotrimoxazole ou l'amoxicilline. Si l'enfant ne peut pas prendre un antibiotique par voie orale (parce qu'il a un choc, vomit sans cesse ou est inconscient), injecter la première dose de chloramphénicol (40 mg/kg) en intramusculaire. La benzylpénicilline et la ceftriaxone sont deux antibiotiques qu'il est aussi possible d'administrer par voie intramusculaire avant le transfert.
MALADIE FÉBRILE TRÈS GRAVE	Donner une dose de paracétamol en cas de forte fièvre (38,5°C ou plus). Injecter une première dose de quinine en intramusculaire en cas de paludisme grave, à moins qu'il n'y ait pas de risque de paludisme. Donner la première dose d'un antibiotique approprié.
ROUGEOLE GRAVE COMPLIQUÉE	Donner une première dose d'un antibiotique approprié Donner de la vitamine A Appliquer une pommade ophtalmique à la tétracycline s'il y a opacité de la cornée ou écoulement de pus de l'œil
DÉSHYDRATATION SÉVÈRE	PLAN C DE L'OMS POUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE S'il n'y a pas d'autre maladie grave, administrer un soluté par voie IV au dispensaire, selon le Plan C (100 ml/kg). La solution de Ringer-lactate est la solution commerciale recommandée. Une solution saline normale ne corrige pas l'acidose et ne remplace pas les pertes de potassium, mais peut être utilisée. Les solutions simples de glucose ou de dextrose ne conviennent pas pour le traitement d'une déshydratation sévère. Si une perfusion IV n'est pas possible, il est recommandé de procéder à une hospitalisation urgente pour un tel traitement. Quand le transfert dure plus de 30 minutes, il faut administrer une solution par tube nasogastrique. Si aucun de ces deux traitements n'est possible et si l'enfant peut boire, il faut donner des SRO par voie buccale. Note: Dans les régions où un enfant de moins de 2 ans gravement déshydraté pourrait avoir le choléra, il est recommandé de lui administrer un antibiotique, de préférence le cotrimoxazole et la tétracycline.
DIARRHÉE PERSISTANTE SÉVÈRE	S'il n'y a pas d'autre maladie grave, traiter la déshydratation avant le transfert en utilisant le plan de traitement B de l'OMS pour les signes évidents de déshydratation et le plan C pour la déshydratation grave. Ensuite hospitaliser l'enfant.
MASTOÏDITE	Donner une première dose d'un antibiotique approprié, de préférence le cotrimoxazole ou l'amoxicilline. Si l'enfant ne peut pas prendre un antibiotique par voie orale (parce qu'il a un choc, vomit sans cesse ou est inconscient), injecter la première dose de chloramphénicol (40 mg/kg) en intramusculaire. La benzylpénicilline et la ceftriaxone sont deux antibiotiques qu'il est aussi possible d'administrer par voie intramusculaire avant le transfert. Donner une première dose de paracétamol pour calmer la douleur.
MALNUTRITION SÉVÈRE OU ANÉMIE GRAVE	Donner une première dose de vitamine A.

Figure 5. Traitements ambulatoires de l'enfant malade âgé de 2 mois à 5 ans

CLASSIFICATION	TRAITEMENT
PNEUMONIE	<p>Donner un antibiotique approprié pendant 5 jours</p> <p>Le choix de l'antibiotique se fonde sur le fait que la plupart des pneumonies infantiles d'origine bactérienne sont dues au <i>Streptococcus pneumoniae</i> ou à l'<i>Haemophilus influenzae</i>. Le traitement de la pneumonie non grave peut s'effectuer par l'administration de cotrimoxazole ou d'amoxicilline pendant cinq jours. Ces deux antibiotiques donnés par voie orale constituent en général un traitement efficace contre ces deux bactéries. Ils sont, l'un et l'autre, peu coûteux, largement disponibles et figurent sur la liste des médicaments essentiels de la plupart des pays. [Les avantages du cotrimoxazole sont qu'il est utilisé deux fois par jour, que son prix est modique et que l'observance est bonne. On a constaté qu'avec un dosage biquotidien, le taux d'observance est égal ou supérieur à 75%. L'amoxicilline coûte presque deux fois plus que le cotrimoxazole et le dosage normal est administré en trois fois par jour. L'observance de l'administration de trois doses par jour est égale ou inférieure à 60%.]</p> <p>Soulager le mal de gorge et calmer la toux avec un remède inoffensif.</p>
PAS DE PNEUMONIE–TOUX OU RHUME	Soulager le mal de gorge et calmer la toux avec un remède inoffensif.
SIGNES ÉVIDENTS DE DÉSHYDRATATION	<p>Plan B de l'OMS pour le traitement de la diarrhée</p> <p>Donner un traitement initial de SRO pendant une période de quatre heures. Calculer la quantité de SRO requise (en ml) en multipliant le poids de l'enfant (en kg) par 75; pendant ces quatre heures, la mère donne lentement la quantité recommandée de SRO par cuillerées ou par gorgées. Note: Si l'enfant est allaité au sein, l'allaitement devrait continuer.</p> <p>Il faut réévaluer et reclasser la maladie de l'enfant après quatre heures; l'alimentation doit recommencer. Il est important de reprendre l'alimentation tôt pour fournir à l'enfant l'apport nécessaire en potassium et en glucose. Quand il n'y a plus de signe de déshydratation, il convient d'appliquer le plan A. Si l'enfant est encore un peu déshydraté, il faut répéter le plan B. Si la déshydratation de l'enfant est devenue sévère, il faut recourir au plan C.</p>
PAS DE DÉSHYDRATATION	<p>Plan A de l'OMS pour le traitement de la diarrhée</p> <p>Le plan A contient les trois règles fondamentales des soins prodigués à domicile par la personne qui s'occupe de l'enfant: donner plus de liquides que d'habitude, poursuivre l'alimentation et savoir quand consulter de nouveau le médecin (si l'enfant a du sang dans ses selles, boit peu, devient plus malade ou ne va pas mieux après trois jours).</p> <p>Du liquide doit être donné dès que la diarrhée commence; l'enfant doit pouvoir boire autant qu'il le veut. Une bonne thérapie à domicile peut souvent prévenir la déshydratation. Pour éviter la déshydratation, on peut utiliser des SRO à domicile. Cependant d'autres liquides normalement disponibles à la maison peuvent être moins onéreux, plus commodes et presque aussi efficaces. La plupart des liquides que l'enfant consomme d'habitude peuvent aussi être utilisés dans la thérapie à domicile, surtout pendant les repas.</p> <p>Les liquides recommandés à domicile doivent être:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Inoffensifs quand ils sont donnés en gnde quantité Il faut éviter le thé très sucré, les boissons non alcoolisées et les jus de fruit sucrés, car ils sont souvent hyperosmolaires à cause de leur teneur élevée en glucose (moins de 300mOSM/L). Ces liquides peuvent provoquer une diarrhée osmotique, aggraver la déshydratation et l'hypenatrémie. Il faut également éviter les liquides ayant une action laxative et les stimulants (tels que le café, certains thés ou infusions de plantes médicinales).

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faciles à préparer. La recette devrait être bien connue et la préparation ne devrait pas exiger beaucoup d'effort ou de temps. Les ingrédients et les ustensiles de mesure requis devraient être faciles à se procurer et d'un prix abordable. ■ Acceptables sur le plan culturel. Il doit s'agir d'un liquide que la mère est disposée à donner autant que nécessaire à l'enfant diarrhéique et que celui-ci accepte facilement. ■ Efficaces. Les liquides qui sont inoffensifs sont aussi efficaces. Les plus efficaces contiennent des hydrates de carbone, des protéines et un peu de sel. Toutefois, on obtient presque le même résultat quant les liquides sont donnés sans restriction en même temps que les aliments de sevrage qui contiennent du sel.
DIARRHÉE PERSISTANTE	<p>Encourager la mère à continuer l'allaitement au sein.</p> <p>Donner du yoghourt, s'il y en a, au lieu de tout lait animal que l'enfant boit normalement; le yoghourt contient moins de lactose et est mieux toléré. S'il n'est pas possible d'éviter de donner du lait animal, il importe d'en limiter la consommation à 50 ml/kg par jour, car des quantités supérieures risquent d'aggraver la diarrhée. Si on donne du lait, il faut le mélanger avec les céréales que mange l'enfant et ne pas le diluer. Au moins la moitié de l'apport énergétique de l'enfant devrait provenir d'aliments autres que le lait ou les produits laitiers. Éviter les produits hyperosmolaires (ce sont, en général, des aliments ou des boissons qui contiennent beaucoup de saccharose, comme les boissons non alcoolisées ou les boissons commerciales aux fruits), parce qu'ils peuvent aggraver la diarrhée.</p> <p>Il faut alimenter l'enfant fréquemment—au moins six fois par jour—par petites quantités. Chaque enfant ayant une diarrhée persistante devrait recevoir un supplément de multivitamines et de minéraux (cuivre, fer, magnésium, zinc) tous les jours pendant deux semaines.</p>
DYSENTERIE	<p>Les quatre éléments clés du traitement de la dysenterie sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les antibiotiques ■ Les liquides ■ L'alimentation ■ Le suivi <p>L'antibiotique se choisit selon la sensibilité de la souche de <i>Shigella</i> isolée dans la région (l'acide nalidixique est le médicament conseillé dans de nombreuses régions). Il est recommandé que le traitement dure cinq jours. Si après deux jours (pendant le suivi), on ne constate pas d'amélioration, il faut changer d'antibiotique.</p>
PALUDISME	<p>Donner un médicament antipaludéen par voie orale. Le choix du traitement de première et de seconde intentions du paludisme provoqué par le <i>P. falciparum</i> dans les pays où cette maladie est endémique est une décision importante prise par les autorités compétentes en matière de santé (par exemple, le ministère de la santé) sur la base des informations et conseils techniques donnés par les programmes de lutte contre le paludisme. Les directives génériques pour la PCIME indiquent que la chloroquine est l'antipaludéen de première intention et la sulfadoxine-pyriméthamine le médicament de seconde intention.</p> <p>Donner une dose de paracétamol quand la fièvre est forte (38,5°C ou plus).</p>
FIÈVRE—PALUDISME PEU PROBABLE POSSIBILITÉ D'INFECTION BACTÉRIENNE FIÈVRE SANS COMPLICATIONS	<p>Donner une dose de paracétamol quand la fièvre est forte (38,5°C ou plus). Traiter les autres causes évidentes de la fièvre.</p>
ROUGEOLE AVEC DES COMPLICATIONS OCULAIRES OU BUCCALES	<p>Donner une première dose de vitamine A. Si la cornée est opaque ou du pus s'écoule de l'œil, appliquer une pommade ophtalmique à la tétracycline. Traiter les ulcères buccaux avec du violet de gentiane.</p>

ROUGEOLE ACTUELLE (OU DURANT LES TROIS DERNIERS MOIS)	Donner une première dose de vitamine A.
INFECTION AIGUË DE L'OREILLE	Donner un antibiotique approprié pendant cinq jours. Donner une dose de paracétamol pour calmer la douleur. Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche.
INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE	Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche.
ANÉMIE OU POIDS FAIBLE	Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère en conséquence à ce sujet. Si la pâleur est présente: donner du fer; administrer un antipaludéen par voie orale, si le risque de paludisme est considérable. Dans les régions où l'ankylostome ou le trichocéphale sévit, donner du mébendazole à l'enfant âgé de 2 ans ou plus, s'il n'en a pas reçu de dose pendant les six mois précédents.
PAS D'ANÉMIE ET PAS DE POIDS FAIBLE	Si l'enfant a moins de 2 ans, évaluer son alimentation et conseiller la mère en conséquence.

faut calculer la dose selon l'âge de l'enfant et lui donner deux doses, la première au dispensaire. Il faut remettre la seconde dose à la mère qui la donnera à son enfant le lendemain, à domicile. Il faut noter chaque dose de vitamine A, vu le danger d'une surdose.

- Les *médicaments contre la toux et le rhume*. Rien ne prouve que les remèdes commerciaux contre la toux et le rhume parviennent mieux que les remèdes simples préparés à la maison à calmer la toux ou à soulager le mal de gorge. Il n'est pas souhaitable de supprimer la toux, car celle-ci est un réflexe physiologique destiné à éliminer les sécrétions des voies respiratoires inférieures. Le lait maternel à lui seul est un bon calmant.

Les traitements des infections locales

Si l'enfant âgé de 2 mois à 5 ans souffre d'une infection locale, il faut apprendre à la mère ou à la personne qui s'occupe de lui à traiter cette infection à domicile.

Il faut enseigner comment:

- Traiter l'infection de l'œil avec de la pommade ophtalmique à la tétracycline
- Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche pour soigner l'infection de l'oreille
- Badigeonner les ulcérations de la bouche avec du violet de gentiane

- Soulager le mal de gorge et calmer la toux avec un remède inoffensif.

Le traitement des yeux de l'enfant devant être hospitalisé

Si un enfant doit être hospitalisé et s'il a besoin d'un traitement avec une pommade ophtalmique à la tétracycline, il faut nettoyer l'œil délicatement, abaisser la paupière inférieure et y déposer la première dose de pommade. La dose a environ la taille d'un grain de riz.

Les conseils à donner à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant

Après que l'enfant a été examiné au dispensaire, il faut continuer de le traiter, de l'alimenter et de lui donner des liquides à domicile. Il faut que la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant puisse détecter si la maladie ne s'atténue pas ou s'aggrave. Le succès du traitement à domicile dépend de la manière dont la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant sait comment donner le traitement, comprend son importance et sait quand il faut consulter de nouveau l'agent de santé.

Nous avons déjà énuméré les étapes de la bonne communication. Parfois le conseil à donner est simple, parfois il faut enseigner à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant **la façon d'accomplir une tâche**. Quand l'agent de santé apprend à la mère à soigner un enfant, il doit pro-

céder en trois phases: fournir l'information, montrer comment agir et lui demander de s'exercer au dispensaire.

Quand on donne des explications à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant, il faut: 1. utiliser des mots qu'elle comprend, 2. employer des moyens auxiliaires qu'elle connaît bien, 3. quand elle s'exerce, la féliciter si elle réussit ou corriger les erreurs éventuelles, 4. si nécessaire, lui demander de s'exercer de nouveau, et 5. encourager la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant à poser des questions et répondre à toutes les questions. Enfin, il faut s'assurer que la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant a bien compris.

La teneur des conseils dépend de l'état de l'enfant et de la classification de sa maladie. Voici les principaux conseils à prodiguer:

- Souligner qu'il faut continuer l'alimentation et donner davantage de liquides pendant la maladie
- Enseigner à donner un médicament par voie orale ou à traiter une infection locale
- Expliquer comment résoudre les problèmes d'alimentation (s'il y en a)
- Expliquer quand il faut revenir au dispensaire.

Souligner qu'il faut continuer l'alimentation et donner davantage de liquides: Les directives pour la PCIME contiennent des recommandations pour les différentes classes d'âge. Ces recommandations relatives à l'alimentation conviennent à la fois quand l'enfant est malade et quand il est en bonne santé. Pendant sa maladie, l'enfant a peut-être moins faim et moins soif que normalement. Néanmoins, il faut conseiller à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant de lui donner davantage de liquide et de lui offrir le type d'aliments recommandé pour son âge, autant de fois qu'il est recommandé, même si l'enfant ne mange que peu chaque fois. Quand l'enfant est guéri, une bonne alimentation peut l'aider à reprendre le poids perdu et à éviter la malnutrition. Quand il est en bonne santé, une bonne alimentation contribue à prévenir de nouvelles maladies.

Enseigner à donner un médicament par voie orale ou à traiter une infection locale à domicile: Il faut suivre des étapes simples quand on enseigne à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant à donner un médicament par voie orale

ou à traiter une infection locale. Voici ces étapes:

1. déterminer les médicaments et dosages appropriés selon l'âge et le poids de l'enfant,
2. expliquer à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant en quoi consiste le traitement et pourquoi il faut le donner,
3. montrer comment mesurer une dose,
4. décrire les phases du traitement,
5. observer la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant s'exercer à mesurer une dose,
6. demander à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant de lui donner la dose,
7. expliquer en détail comment et quand effectuer le traitement à domicile,
8. expliquer qu'il faut donner **tous** les comprimés et **tout** le sirop pour finir le traitement, même si l'enfant va mieux,
9. s'assurer que la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant a bien compris les conseils.

Expliquer comment résoudre les problèmes d'alimentation (s'il y en a): Il est important de donner des conseils justes concernant la nutrition du jeune enfant pendant sa maladie—selon les problèmes décelés—et après la guérison. On peut contrer les effets néfastes des infections sur l'état nutritionnel par des recommandations judicieuses, qui encouragent l'allaitement au sein, améliorent le sevrage par l'apport d'aliments énergétiques et riches en nutriments appropriés à la situation locale, et prévoient la consommation de collations nutritives par les enfants à partir de 2 ans. Il convient de recommander des aliments complémentaires spécifiques et appropriés et d'expliquer clairement la fréquence des repas selon l'âge. Il faut encourager l'allaitement au sein exclusif pendant les quatre premiers mois et, si possible, jusqu'à six mois, déconseiller l'utilisation du biberon, quel que soit l'âge de l'enfant, et expliquer comment résoudre les problèmes importants d'allaitement, notamment en vérifiant si la prise du sein et la succion s'effectuent bien. Quand l'enfant souffre de diarrhée persistante, il faut donner des indications spécifiques concernant l'alimentation. Les conseils visant à résoudre les problèmes d'alimentation constatés se trouvent dans les recommandations nationales relatives à l'alimentation dans le cadre de la PCIME.

Expliquer quand il faut revenir au dispensaire: Il est indispensable d'indiquer à chaque mère ou à chaque personne qui ramène un enfant malade chez elle quand il faut revenir au centre de santé. L'agent de santé doit : a) montrer comment reconnaître les signes qui exigent un retour immé-

diat pour des soins complémentaires, b) signaler quand revenir pour une visite de suivi, et c) prévoir la date de la prochaine visite de l'enfant bien portant ou de la prochaine vaccination.

Le tableau ci-dessous précise quand la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant doit revenir au centre de santé.

A. IMMÉDIATEMENT

Conseiller de revenir immédiatement si:

L'enfant malade	<ul style="list-style-type: none"> ■ est incapable de boire ou de téter ■ devient plus malade ■ a de la fièvre
L'enfant n'a pas de pneumonie, mais tousse et a un rhume et	<ul style="list-style-type: none"> ■ respire difficilement ■ respire rapidement
L'enfant diarrhéique	<ul style="list-style-type: none"> ■ a du sang dans ses selles ■ boit difficilement

B. POUR LA VISITE DE SUIVI

Si l'enfant a: Revenir dans une visite de suivi dans:

Une pneumonie	
La dysenterie	
Le paludisme, si la fièvre persiste	
La fièvre—le paludisme peu probable ou fièvre sans complications—si la fièvre persiste	2 jours
La rougeole avec des complications oculaires ou buccales	
Une diarrhée persistante	
Une infection aiguë de l'oreille	
Une infection chronique de l'oreille	5 jours
Un problème d'alimentation	
Toute autre maladie, s'il n'y a pas d'amélioration	
Une pâleur	14 jours
Un poids (très) faible pour son âge	30 jours

C. POUR LA PROCHAINE VISITE DE L'ENFANT BIEN PORTANT

A la date fixée pour la prochaine vaccination.

Les soins de suivi

Parfois, l'enfant malade doit retourner au dispensaire pour des soins de suivi. Durant cette visite, il faut vérifier si le médicament ou un autre traitement prescrit a suscité une amélioration. Quelques enfants ne réagissent pas à un certain antibiotique ou antipaludéen, dans ce cas, il peut être nécessaire d'essayer un médicament de seconde intention. Il faut aussi suivre l'enfant souffrant de diarrhée persistante pour s'assurer que la diarrhée a cessé. Il faut réexaminer l'enfant fébrile ou celui qui a une infection oculaire, si sa santé ne s'améliore pas. Les soins de suivi sont particulièrement importants quand l'enfant a eu un problème d'alimentation, pour s'assurer qu'il est bien nourri et que son poids augmente.

Lors de la visite de suivi, il faut demander à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant si celui-ci présente de **nouveaux** problèmes. Si la réponse est positive, il faut procéder à une évaluation complète de l'enfant: rechercher les signes généraux de danger et analyser tous les principaux symptômes et le statut nutritionnel de l'enfant.

Si l'enfant **ne présente pas de nouveau** problème, il faut appliquer les instructions relatives au suivi de la PCIME pour chaque problème spécifique:

- évaluer l'enfant selon les instructions
- choisir le traitement approprié selon les informations sur les signes de l'enfant
- donner le traitement nécessaire.

Note: Si l'enfant amené pour une visite de suivi a plusieurs problèmes et si son état se détériore, ou s'il revient plusieurs fois pour des problèmes chroniques qui ne réagissent pas au traitement, il faut l'hospitaliser.

Les diagrammes de la PCIME contiennent des instructions détaillées sur la manière de procéder lors des visites de suivi pour les différentes maladies. Des visites de suivi sont recommandées pour les **enfants malades classés comme ayant:**

- la dysenterie
- le paludisme, si la fièvre persiste
- la fièvre—le paludisme étant peu probable ou sans complications

- la rougeole avec complications oculaires et buccales
- une diarrhée persistante
- une infection aiguë de l'oreille
- une infection chronique de l'oreille
- un problème d'alimentation
- une pâleur
- un poids très faible pour son âge
- toute autre maladie, s'il n'y a pas d'amélioration.

La prise en charge ambulatoire des nourrissons âgés de 1 semaine à 2 mois

L'évaluation des nourrissons malades

Quoiqu'il existe des similitudes dans la prise en charge des maladies des nourrissons (âgés de 1 semaine à 2 mois) et des enfants (âgés de 2 mois à 5 ans), certains des signes cliniques observés chez les nourrissons diffèrent de ceux des jeunes enfants.

La fin du présent chapitre porte sur les aspects de la prise en charge des nourrissons qui diffèrent de celle des jeunes enfants. Ainsi, il est indispensable de prêter la plus grande attention aux signes cliniques décrits ci-dessous, car la maladie d'un nourrisson peut rapidement entraîner sa mort.

L'évaluation comporte les étapes suivantes:

- vérifier s'il y a une infection bactérienne éventuelle
- évaluer si le nourrisson a la diarrhée
- vérifier les problèmes d'alimentation ou si le poids est faible
- vérifier l'état vaccinal du nourrisson
- évaluer les autres problèmes.

Soulignons que les directives énoncées ci-dessus ne s'appliquent pas au traitement d'un nouveau-né malade de moins de 1 semaine. Pendant la première semaine de leur vie, les nourrissons sont souvent malades à cause des conditions du travail et de l'accouchement ou ont une infection qui exige une prise en charge spéciale. Les nouveau-nés souffrent parfois soit d'asphyxie, de septicémie due à

la rupture prématurée des membranes ou d'une autre infection intra-utérine, soit d'un traumatisme survenu à la naissance. Ou ils ont des difficultés respiratoires provoquées par la maturation pulmonaire incomplète. La jaunisse exige aussi un traitement spécial pendant la première semaine de vie.

La recherche des principaux symptômes

L'infection bactérienne

Même s'il est difficile de distinguer les signes de la pneumonie ou des autres infections bactériennes graves, il est recommandé d'évaluer **tous** les nourrissons malades pour déceler les premiers signes d'une infection bactérienne éventuelle.

L'évaluation clinique

De nombreux signes cliniques révèlent une possibilité d'infection bactérienne chez les nourrissons malades. Les signes les plus faciles à vérifier et les plus instructifs sont les suivants:

Des **convulsions** (en tant qu'élément de la maladie actuelle). Évaluer comme chez les jeunes enfants.

La **respiration rapide**. Les nourrissons respirent en général plus rapidement que les jeunes enfants. Le rythme respiratoire d'un nourrisson sain dépasse fréquemment 50 respirations par minute. Par conséquent, on considère que 60 respirations par minute ou plus constituent une respiration rapide pour cette classe d'âge. Si on compte 60 respirations ou plus, il faut compter à nouveau, car le rythme respiratoire du nourrisson est souvent irrégulier. Il arrive que le nourrisson cesse de respirer pendant quelques secondes, puis ait un rythme respiratoire accéléré pendant un certain temps. Si la seconde fois, on constate également un rythme de 60 respirations ou plus, le nourrisson a une respiration rapide.

Note

Des informations importantes sur l'administration de médicaments par voie orale, la poursuite de l'alimentation, les conseils à donner à la mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson et l'évaluation de l'état vaccinal et nutritionnel se trouvent dans les parties du présent chapitre consacrées au traitement des enfants âgés de 2 mois à 5 ans.

Le **tirage sous-costal grave**. Un léger tirage sous-costal est normal chez le nourrisson, à cause de la mollesse de la paroi thoracique. Le tirage sous-costal grave est très profond et facile à voir. C'est un signe de pneumonie ou d'une autre infection bactérienne grave chez le nourrisson.

Le **battement des ailes du nez** (quand le nourrisson aspire) et le **geignement** (quand il expire) indiquent un trouble respiratoire et une possibilité de pneumonie.

Une **fontanelle bombée** (quand le nourrisson ne pleure pas), des **pustules cutanées**, la **rougeur ombilicale** ou l'**écoulement de pus de l'oreille** sont d'autres signes d'une possibilité d'infection bactérienne.

La **léthargie ou l'inconscience ou une motilité inférieure à la normale** indiquent, eux aussi, une maladie grave.

La **température (fièvre ou hypothermie)** peut également signaler une infection bactérienne. La fièvre (température axillaire dépassant 37,5°C ou rectale supérieure à 38°C) est peu fréquente pendant les deux premiers mois de vie. La fièvre chez un nourrisson peut révéler une infection bactérienne grave et peut en être l'*unique* signe. Les nourrissons peuvent aussi réagir à une infection par l'abaissement de leur température corporelle au-dessous de 35,5°C (36°C rectale).

Les classifications de la possibilité d'infection bactérienne

L'infection bactérienne peut se classer de deux manières:

■ Le nourrisson malade qui a une **possibilité d'infection bactérienne grave** présente l'un ou l'autre des signes suivants: respiration rapide, tirage sous-costal grave, geignement, battement des ailes du nez, fontanelle bombée, convulsions, fièvre, hypothermie, pustules cutanées nombreuses ou sévères, rougeur ombilicale s'étendant à la peau, écoulement de pus de l'oreille, léthargie ou inconscience ou motilité inférieure à la normale. Il faudrait hospitaliser ce nourrisson d'urgence, après lui avoir injecté de la benzylpénicilline (ou de l'ampicilline) en intramusculaire ainsi que de la gentamicine, pour prévenir l'hypoglycémie, et expliquer à la mère qu'il faut veiller à ce que le nourrisson n'ait pas froid.

<ul style="list-style-type: none"> ● Convulsions ou ● Respiration rapide, (60 respirations ou plus par minute) ou ● Tirage sous-costal grave ou ● Battement des ailes du nez ou ● Geignement ou ● Fontanelle bombée ou ● Écoulement de pus de l'oreille ou ● Rougeur ombilicale s'étendant à la peau ou ● Fièvre ou hypothermie, ● Pustules cutanées nombreuses ou sévères ou ● Léthargie ou inconscience ou ● Motilité inférieure à la normale 	POSSIBILITÉ D'INFECTION BACTÉRIENNE GRAVE
---	---

■ Le nourrisson ayant une **infection bactérienne locale** n'a que quelques pustules cutanées ou un ombilic rouge ou suintant de pus, mais sans que la rougeur ne s'étende à la peau. Ce nourrisson peut être traité à domicile avec un antibiotique par voie orale, mais devrait être revu par l'agent de santé après deux jours.

<ul style="list-style-type: none"> ● Omilic rouge ou suintant de pus ou ● Des pustules cutanées 	INFECTION BACTÉRIENNE LOCALE
---	------------------------------------

La diarrhée

Il faut vérifier chez **chaque** nourrisson malade s'il a la diarrhée.

L'évaluation clinique et la classification de la diarrhée

L'évaluation, la classification et le traitement de la diarrhée chez les nourrissons malades s'effectuent de la même façon que chez les jeunes enfants. Toutefois, on ne peut pas vraiment évaluer la soif en examinant sa réaction quand on lui offre à boire, par conséquent «boit difficilement» n'est pas employé en tant que signe pour la classification de la déshydratation. En outre, tous les nourrissons qui

ont une diarrhée persistante ou du sang dans les selles devraient être hospitalisés plutôt que pris en charge de manière ambulatoire.

Les problèmes d'alimentation ou l'insuffisance pondérale

Il faut vérifier le poids et évaluer l'alimentation, ainsi que la technique d'allaitement au sein de **chaque** nourrisson malade amené au dispensaire.

L'évaluation clinique

La **détermination du poids par rapport à l'âge**. Agir comme pour les jeunes enfants.

L'évaluation de l'alimentation. L'évaluation de l'alimentation du nourrisson est semblable à celle du jeune enfant. Elle repose sur trois questions principales concernant: 1. la fréquence de l'allaitement au sein, y compris la nuit, 2. les types d'aliments complémentaires ou de liquides, la fréquence de l'alimentation, la manière dont l'enfant se nourrit et 3. le mode d'alimentation pendant la maladie actuelle.

Les signes d'une bonne prise de sein lors de l'allaitement:

- Le menton touche le sein
- La bouche est grande ouverte
- La lèvre inférieure est éversée vers l'extérieur, et
- L'aréole est plus visible au-dessus qu'au-dessous de la bouche

Si le nourrisson a de la peine à s'alimenter, s'il est allaité au sein moins de huit fois en 24 heures, ou s'il consomme d'autres aliments ou boissons, ou si son poids est faible pour son âge, il faut évaluer l'allaitement, c'est-à-dire, entre autres, vérifier si le nourrisson arrive à bien prendre le sein, s'il tète efficacement (par une suc-

sion lente et profonde, avec des pauses) et s'il a des ulcérations ou des plaques blanches (muguet) dans la bouche.

La classification des problèmes d'alimentation et de l'insuffisance pondérale

Le nourrisson malade peut être classé dans l'une des trois catégories suivantes, selon l'évaluation de l'alimentation et selon son poids:

- **Incapable de se nourrir—possibilité d'infection bactérienne grave.** Le nourrisson qui ne parvient pas à s'alimenter ou à prendre le sein ou à téter efficacement risque de mourir à cause d'une infection bactérienne ou d'une autre maladie. Il faut l'hospitaliser après lui avoir donné un traitement identique à celui des nourrissons atteints d'une infection bactérienne grave possible.

<ul style="list-style-type: none"> ● Incapacité de se nourrir ou ● Pas de prise du sein ou ● Pas de succion du tout 	<p>INCAPABLE DE SE NOURRIR—POSSIBILITÉ D'INFECTION BACTÉRIENNE GRAVE</p>
--	--

- Le nourrisson qui ne prend pas bien le sein ou ne tète pas efficacement, est allaité au sein moins de huit fois en 24 heures, reçoit d'autres aliments ou boissons, a un poids faible pour son âge ou souffre du muguet (ulcérations et plaques blanches dans la bouche) a des **problèmes d'alimentation ou un poids faible**.

<ul style="list-style-type: none"> ● Mauvaise prise du sein ou ● Succion inefficace ou ● Allaitement au sein moins de huit fois en 24 heures ou ● Consommation d'autres aliments ou boissons ou ● Insuffisance pondérale ● Muguet 	<p>PROBLÈMES D'ALIMENTATION OU POIDS FAIBLE</p>
---	---

Il faut donner à la mère des conseils appropriés pour résoudre les problèmes d'alimentation constatés: a) si le nourrisson ne prend pas bien le sein ou ne tète pas efficacement, il faut enseigner à la mère à le tenir et à lui donner le sein correctement, b) si le nourrisson est allaité moins de huit fois en 24 heures, conseiller à la mère de le nourrir plus souvent, c) si le nourrisson reçoit d'autres aliments et boissons, conseiller à la mère de l'allaiter davantage, de réduire la quantité des autres aliments et boissons et d'utiliser une tasse, d) si la mère n'allait pas son enfant du tout, veiller à ce qu'elle obtienne des conseils spécialisés à ce sujet et envisage une reprise de l'allaitement, et expliquer comment préparer correctement un substitut du lait maternel. Quand le nourrisson a le muguet, apprendre à la personne qui s'occupe de lui comment traiter cette maladie à domicile avec du violet de genti-

ane. Recommander une visite de suivi dans deux jours pour tout problème d'alimentation ou le muguet et dans 14 jours en cas de poids faible.

- Le nourrisson allaité uniquement au sein au moins huit fois en 24 heures et dont le poids n'est pas considéré comme insuffisant pour son âge, selon la courbe normale, n'a **pas de problème d'alimentation**.

● Pas de poids faible et pas d'autre signe d'alimentation médiocre	PAS DE PROBLÈME D'ALIMENTATION
--	--------------------------------

La vérification de l'état vaccinal

Comme on le fait chez les jeunes enfants, il faut vérifier l'état vaccinal de tous les nourrissons malades. Pour les seconds comme pour les premiers, la maladie n'est pas une contre-indication de la vaccination.

Note: ne pas faire de VPO à un nourrisson de plus de 14 jours. Si un nourrisson n'a pas reçu le VPO 0 avant son 15^e jour, il faudra lui faire un VPO 1 quand il aura 6 semaines.

L'évaluation des autres problèmes

Comme il le fait chez le jeune enfant, l'agent de santé évalue chez chaque nourrisson malade les autres problèmes potentiels mentionnés par la mère ou observés pendant l'examen. S'il découvre un problème potentiellement grave qu'il ne peut pas soigner au dispensaire, il doit faire hospitaliser le nourrisson.

La conduite thérapeutique pour traiter le nourrisson malade

Le transfert du nourrisson âgé de 1 semaine à 2 mois

Il faut d'abord administrer le ou les traitements urgents avant le transfert, à savoir, notamment:

- Donner la première dose d'antibiotique par voie intramusculaire ou orale
- Veiller à ce que le nourrisson n'ait pas froid pendant le transfert

- Prévenir l'hypoglycémie à l'aide de lait maternel ou d'eau sucrée

- Donner fréquemment au nourrisson des gorgées de solution de SRO pendant le transfert.

Si le nourrisson n'a pas besoin d'être hospitalisé d'**urgence**, il faut vérifier s'il convient de l'hospitaliser **sans urgence** pour permettre une évaluation plus poussée. Ce transfert n'étant pas urgent, les autres traitements nécessaires peuvent être effectués avant le départ pour l'hôpital.

Le traitement ambulatoire au dispensaire

Les instructions pour le traitement du nourrisson se trouvent dans les directives pour la PCIME. Les antibiotiques et les dosages diffèrent de ceux qui sont prévus pour les jeunes enfants, à l'exception des plans de réhydratation pour le traitement de la diarrhée et des soins visant à prévenir l'hypoglycémie. Les plans A, B et C de l'OMS et les directives pour la prévention de l'hypoglycémie sont conçus tant pour les nourrissons que pour les jeunes enfants.

Les médicaments donnés par voie orale

La première dose d'un médicament donné par voie orale doit toujours être administrée au dispensaire. Il faut aussi apprendre à la mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson à donner un antibiotique par voie orale à domicile—c'est-à-dire leur enseigner à mesurer une dose, écraser un comprimé et le mélanger avec le lait maternel—et expliquer la posologie.

Note: Éviter de donner du cotrimoxazole à un nourrisson âgé de moins d'un mois et qui est prématuré ou a la jaunisse. Lui donner plutôt de l'amoxicilline ou de la benzylpénicilline.

Le traitement des infections locales

Le **nourrisson malade** peut avoir trois types d'infection locale que sa mère ou la personne qui s'occupe de lui peut traiter à domicile: un omphalite rouge ou suintant de pus, des pustules cutanées ou le muguet. Ces infections locales se traitent au violet de gentiane.

Figure 6. Traitements du nourrisson malade âgé de 1 semaine à 2 mois avant un transfert d'urgence

CLASSIFICATION	TRAITEMENT
	De tous les nourrissons avant le transfert Prévenir l'hypoglycémie en donnant du lait maternel ou de l'eau sucrée. Expliquer à la mère comment veiller à ce que le nourrisson n'ait pas froid pendant le transfert à l'hôpital
CONVULSIONS	Si le nourrisson a des convulsions, donner du diazépam (solution 10mg/2ml) en une dose de 0,1 ml/kg ou du paraldéhyde en dose de 0,3–0,4 ml/kg par voie rectale; si les convulsions continuent après 10 minutes, administrer une seconde dose de diazépam par voie rectale. Utiliser du phéno-barbital (solution 200mg/ml) en une dose de 20mg/kg pour mettre fin aux convulsions chez le nourrisson de moins de 2 semaines.
POSSIBILITÉ D'INFECTION BACTÉRIENNE GRAVE ET/OU INCAPABLE DE SE NOURRIR	Donner une première dose d'antibiotique en intramusculaire, de préférence la gentamicine (2,5 mg/kg) et la benzylpénicilline OU la ceftriaxone OU le céfotaxime
DÉSHYDRATATION SÉVÈRE	Voir les recommandations concernant les jeunes enfants, figure 4
DYSENTERIE ET/OU DIARRHÉE PERSISTANTE SÉVÈRE	Voir les recommandations concernant les jeunes enfants, figure 4

Figure 7. Traitement ambulatoire au dispensaire du nourrisson âgé de 1 semaine à 2 mois

CLASSIFICATION	TRAITEMENT
INFECTION BACTÉRIENNE LOCALE	Donner un antibiotique approprié, de préférence le cotrimoxazole ou l'amoxicilline Traiter les infections locales et enseigner à la mère à les traiter à domicile
SIGNES ÉVIDENTS DE DÉSHYDRATATION	Voir les recommandations concernant les jeunes enfants, figure 5
PAS DE DÉSHYDRATATION	Voir les recommandations concernant les jeunes enfants, figure 5
PROBLÈME D'ALIMENTATION OU POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE	Donner des conseils appropriés concernant l'alimentation. Si le nourrisson a le muguet, enseigner à la mère à traiter cette infection à domicile.

Les conseils à donner à la mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson

Comme c'est le cas pour les jeunes enfants, le succès du traitement à domicile dépend de la manière dont la mère ou la personne qui s'occupe du nourrisson sait comment donner le traitement, comprend son importance et sait quand il faut consulter de nouveau l'agent de santé.

Les explications données à la mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson englobent les

éléments essentiels suivants:

- Apprendre à donner des médicaments par voie orale ou à traiter une infection locale.
- Apprendre à bien positionner le nourrisson et à assurer une bonne prise du sein:
 - a) montrer à la mère comment tenir le nourrisson
 - b) la tête et le corps du nourrisson doivent être droits

- c) le nourrisson doit être tourné vers le sein, son nez en face du mamelon
- d) le corps du nourrisson doit être proche du corps de sa mère
- e) la mère doit soutenir tout le corps du nourrisson, non pas seulement sa nuque et ses épaules

■ Montrer à la mère que pour aider le nourrisson à prendre le sein, elle doit:

- a) toucher les lèvres du nourrisson avec son mamelon
- b) attendre que la bouche du nourrisson soit grande ouverte
- c) placer rapidement le nourrisson contre son sein, en veillant à ce que la lèvre inférieure du nourrisson soit bien en-dessous du mamelon.

■ Vérifier la bonne prise du sein et l'efficacité de la succion. Si la prise du sein ou la succion ne sont pas correctes, réessayer.

■ En ce qui concerne les aliments et les liquides, conseiller d'allaiter fréquemment au sein, aussi souvent et aussi longtemps que le nourrisson le réclame, jour et nuit, que le nourrisson soit malade ou en bonne santé.

■ Conseiller de revenir

A. IMMÉDIATEMENT

Si le nourrisson présente l'un des signes suivants:

- A de la difficulté à téter ou à boire
- Devient plus malade
- A de la fièvre
- Respire rapidement
- Respire difficilement
- A du sang dans les selles

B. POUR UNE VISITE DE SUIVI

Si le nourrisson a

revenir après

Une infection bactérienne locale

Un problème d'alimentation

2 jours

Le muguet

Un poids faible pour son âge

14 jours

C. POUR LA PROCHAINE VISITE DE L'ENFANT BIEN PORTANT

A la date fixée pour la prochaine vaccination, selon le calendrier de vaccination.

Les soins de suivi

Si le nourrisson *ne présente pas de nouveau* problème, il faut appliquer les instructions relatives au suivi de la PCIME pour chaque problème spécifique:

- évaluer le nourrisson selon les instructions
- choisir le traitement approprié selon les informations sur les signes du nourrisson
- donner le traitement nécessaire.

Les diagrammes de la PCIME contiennent des instructions détaillées sur la manière de procéder lors des visites de suivi pour les différentes maladies. Des visites de suivi sont recommandées pour les nourrissons classés comme ayant:

- une infection bactérienne locale
- un problème d'alimentation (y compris le muguet) ou un poids faible.

Les principes régissant la prise en charge des enfants malades dans un petit hôpital

Il faut procéder à l'évaluation plus poussée de l'enfant gravement malade qui est transféré à l'hôpital en utilisant les connaissances spéciales et les moyens diagnostiques dont dispose cet établissement de santé. Toutefois, dès l'arrivée de l'enfant, il faut l'examiner rapidement pour déterminer auquel des groupes suivants il appartient:

- **Les enfants présentant des signes d'urgence** exigeant un traitement immédiat: respiration obstruée, détresse respiratoire grave, cyanose centrale, choc, coma, convulsions ou déshydratation sévère
- **Les enfants présentant des signes prioritaires** qu'il faut placer au premier rang de la file d'attente, afin de pouvoir les évaluer et les traiter sans retard: amaigrissement visible et sévère, œdèmes aux deux jambes, pâleur palmaire sévère, léthargie, irritabilité et agitation constantes, brûlures graves, détresse respiratoire moyenne ou modérée, ainsi que tous les nourrissons malades (âgés de moins de 2 mois), ou s'il y a une note de transfert d'urgence rédigée par un autre centre de santé
- **Les cas non urgents** qui ne comportent pas de signes d'urgence ni de signes prioritaires.

Ensuite, suivant l'ordre de priorité déterminé, il faut examiner l'enfant malade de manière complète, afin de voir tous les signes importants. Pour pouvoir prendre en charge un enfant malade, le petit hôpital doit pouvoir effectuer les examens de laboratoire suivants:

- Hémoglobine ou hématoците
- Frottis sanguin pour le paludisme
- Glucose dans le sang
- Microscopie du liquide céphalorachidien (LCR) et de l'urine
- Groupe sanguin et épreuve de compatibilité sanguine croisée

Pour le nourrisson malade (de moins de 1 semaine), il faut aussi effectuer un examen de laboratoire pour

mesurer la bilirubine dans le sang. D'autres examens (tels que la radiographie du thorax et la microscopie des selles) ne sont pas considérés comme indispensables, mais peuvent aider à traiter les cas compliqués.

Lors de l'hospitalisation d'un enfant souffrant d'une maladie grave (figurant en rose dans la classification), il faut dresser la liste des diagnostics possibles. Il importe de se rappeler que, souvent, un enfant malade a plus d'un problème clinique qui requiert un traitement. Les diagnostics énumérés dans le tableau suivant doivent être envisagés d'abord pour chaque catégorie.

Le traitement approprié à donner à l'enfant malade se fonde sur les résultats des procédures de diagnostic et sur les directives cliniques nationales. Des informations plus détaillées sur la prise en charge de l'enfant à l'hôpital de premier niveau se trouvent dans le document de l'OMS publié sous le titre: *Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère—Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement* (WHO/FCH/CAH/00.1) qui décrit les conduites thérapeutiques indispensables et énonce, en outre, les principes fondamentaux relatifs au suivi de l'évolution de l'enfant. Les éléments clés de la surveillance de l'évolution de la maladie de l'enfant sont:

- **L'élaboration d'un plan de suivi.** La fréquence dépendra de la nature et de la gravité de l'affection clinique de l'enfant.
- **L'utilisation d'un diagramme normalisé pour la notation des informations cruciales** concernant l'administration correcte du traitement, l'évolution attendue, les effets indésirables éventuels du traitement, les complications qui risquent de survenir, les autres possibilités de diagnostic
- **La communication de ces problèmes au personnel de rang supérieur** et, si nécessaire, la modification du traitement.

Figure 8. Les possibilités de diagnostic des enfants hospitalisés pour les quatre symptômes principaux

Symptômes principaux et possibilités de diagnostic			
Inconscience, léthargie ou convulsions	Toux ou difficultés respiratoires	Diarrhée	Fièvre
<ul style="list-style-type: none"> ● Méningite ● Neuropaludisme (uniquement chez les enfants exposés à la transmission, souvent saisonnière, du <i>P. falciparum</i>) ● Convulsions fébriles (peu susceptibles de causer l'inconscience) ● Hypoglycémie (en rechercher toujours la cause) ● Blessure à la tête ● Intoxication ● Choc (peut causer la léthargie ou l'inconscience, mais peu susceptible de causer des convulsions) ● Glomérulonéphrite aiguë accompagnée d'encéphalopathie ● Cétose diabétique <p>Possibilités de diagnostic pour les nourrissons léthargiques transférés à l'hôpital:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asphyxie à la naissance, encéphalopathie ischémique hypoxique, trauma subi à la naissance ● Hémorragie intracrânienne ● Maladie hémolytique du nouveau-né, kernictère ● Tétanos néonatal ● Méningite ● Septicémie 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pneumonie ● Paludisme ● Anémie grave ● Insuffisance cardiaque ● Maladie cardiaque congénitale ● Tuberculose ● Coqueluche ● Corps étranger ● Empyème ● Pneumothorax ● Pneumocystose 	<ul style="list-style-type: none"> ● Diarrhée aqueuse aiguë ● Choléra ● Dysenterie ● Diarrhée persistante ● Diarrhée accompagnée de malnutrition grave ● Intussusception 	<ul style="list-style-type: none"> ● Paludisme ● Septicémie ● Typhoïde ● Infection des voies urinaires ● Infection HIV ● Méningite ● Otite moyenne ● Ostéomyélite ● Arthrite septique ● Infection de la peau et des tissus mous ● Pneumonie ● Infections virales ● Abscess dans la gorge ● Sinusite ● Rougeole ● Infection méningococcique ● Fièvre récurrente ● Typhus ● Fièvre hémorragique due à la dengue

