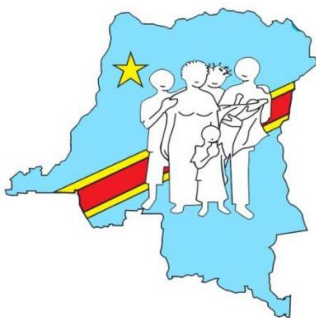




MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE SOCIALE
SÉCRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET HYGIÈNE

**NORMES ET DIRECTIVES DE LA ZONE DE SANTÉ RELATIVES AUX
INTERVENTIONS INTÉGRÉES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION,
DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT
ET DE NUTRITION**



VOLUME 4

**INTERVENTIONS DE SANTÉ DE
L'ENFANT**

Edition 2024

Table des matières

PREFACE	5
REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	9
INTRODUCTION	12
CHAPITRE 1. CONSULTATION PRESCOLAIRE	16
SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES.....	16
1.1. Définition	16
1.2. Objectifs	16
1.3. Cibles / Bénéficiaires.....	16
1.4. Périodicité / Moment	16
SECTION II. NORMES	18
2.1. Normes d'interventions	18
2.2. Normes de ressources humaines	20
2.3. Normes d'infrastructures	20
2.4. Normes de ressources matérielles.....	20
SECTION III. DIRECTIVES	22
3.1. Directives générales de procédure	22
3.2. Directives d'organisation d'une séance de CPS	23
CHAPITRE 2. PRISE EN CHARGE INTEGREE DE L'ENFANT MALADE AU CENTRE DE SANTE 28	
SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES.....	28
1.1. Définition	28
1.2. Objectifs	28
1.3. Cible / Bénéficiaire.....	29
1.4. Moment / Périodicité	29
SECTION II. NORMES	30
2.1. Normes d'interventions	30
2.2. Normes de ressources humaines.....	30
2.3. Normes d'infrastructures	30

2.4.	Normes des ressources matérielles	30
SECTION III.	DIRECTIVES	33
3.1.	Directives générales de procédure	33
3.2.	Directives relatives à la prise en charge de l'enfant malade au	
CS	35	
CHAPITRE 3.	PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES A L'HOPITAL	49
SECTION I.	CONSIDERATIONS GENERALES.....	49
1.1.	Définition	49
1.2.	Objectifs	49
1.3.	Cible / Bénéficiaires	49
1.4.	Moment / Périodicité	50
SECTION II.	NORMES	51
2.1.	Normes d'interventions	51
2.2.	Normes de ressources humaines.....	51
2.3.	Normes d'Infrastructures.....	51
2.4.	Normes des ressources matérielles	51
SECTION III.	DIRECTIVES	55
3.1.	Directives relatives au traitement en urgence des enfants	55
3.2.	Directives relatives à la prise en charge de l'enfant gravement	
	malade 59	
3.3.	Directives relatives à la prise en charge de l'enfant de moins de	
	5 ans infecté au VIH	66
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
	ANNEXES.....	70
	Annexe 1 : Développement psychomoteur de l'enfant	70
	Annexe 2 : Technique de lavage des mains.....	71
	Annexe 3 : Technique de port des gants	73
	Annexe 4 : Technique de retrait des gants.....	75
	Annexe 5 : Posologie de la NVP chez le bébé exposé au VIH	76
	Annexe 6 : Posologie du cotrimoxazole (SMX/TMP) pour la prévention des	
	infections opportunistes liées au VIH chez l'enfant de moins de 2 ans.....	77

Annexe 8 : Critères AFASS79

Liste des experts ayant contribue a l’elaboration du document.....80

PRÉFACE

L'amélioration de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris leur statut nutritionnel, constitue l'un des défis majeurs du secteur de la santé en République Démocratique du Congo (RDC). Elle s'inscrit dans la vision du **Son Excellence Félix Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO**, Président de la République, Chef de l'État selon laquelle « tout Congolais a le droit d'accéder à tous les soins et services de santé de base dont il a besoin, sans encourir une ruine financière ou économique ». Cette vision se matérialise à travers la Couverture Santé Universelle (CSU) matérialisée par le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale dirigé par Son Excellence Dr Samuel Roger KAMBA, dans l'optique d'atteindre les cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD 3 et 5), pour « Chaque femme, chaque enfant ».

Le rêve d'environ 120 millions de Congolais reste de bâtir un pays plus beau qu'avant : un Congo uni, fort et prospère, sur les 2 345 410 km² qu'il occupe au cœur de l'Afrique. Ce rêve implique un peuple en bonne santé, dont la responsabilité première incombe au secteur de la santé, avec la contribution de tous les autres secteurs.

Ce rêve est porté par le Document Stratégique dénommé « Plan National Stratégique de Développement 2024-2028 », dont les priorités ont été inscrites dans le Plan Stratégique National sur la Couverture Santé Universelle en cours (PSN-CSU 2020-2030) et reprises dans le Plan National de Développement Sanitaire et Prévoyance Sociale (PNDS-PS 2024-2033). Ces différents plans stratégiques balisent le chemin que notre pays doit suivre pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD 3 et 5).

La Stratégie de Renforcement du Système de Santé est l'une des réponses du secteur de la santé à la lutte contre la pauvreté en RDC, en ce qu'elle constitue le support conceptuel de la recherche du complet bien-être physique, mental et social. En vue de matérialiser les objectifs de cette stratégie, le Ministère s'est employé à la décliner, depuis 2011, en plans quinquennaux de développement sanitaire, mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé à travers les Plans d'Actions Opérationnels (PAO) des différents services et structures.

Le programme de la gratuité de la maternité, de la prise en charge des soins du nouveau-né et de la vaccination jusqu'à l'âge de 5 ans, a conduit à l'organisation de plusieurs rencontres ayant abouti à l'élaboration de documents nationaux sur la gratuité des services et soins pour les mères et les nouveau-nés, premier paquet de la CSU en RDC, ainsi qu'à l'actualisation de plusieurs documents de normes et directives y afférents. C'est ainsi que les différents services et structures du secteur ont été mobilisés afin de produire et/ou d'actualiser les instruments nécessaires, notamment les différents volumes du document des Normes et directives des interventions intégrées de Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et de Promotion de la Nutrition (SRMNEA-Nut), ainsi que le Carnet de Santé

*mdh
96*

pour l'Enfant de moins de 5 ans (Fille et Garçon), en vue de générer une offre de services et de soins de qualité dont la population a besoin pour promouvoir sa santé.

Le caractère intégrateur de ces volumes de normes et directives, qui organisent les paquets de soins et services par cible de la SRMNEA-Nut, vise à réduire la fragmentation et la verticalisation des interventions, sources de dysfonctionnement du système de santé, et à promouvoir l'efficacité et la résilience de ce dernier.

À ce titre, les volumes de normes et directives actualisées de la SRMNEA-Nut et le Carnet de Santé actualisé pour l'enfant de moins de 5 ans sont appelés à devenir les supports d'un travail fondé sur les principes de globalité, de continuité et de rationalité, dans une approche des soins reposant sur la Couverture Santé Universelle.

La présentation du document en plusieurs volumes thématiques constitue un atout majeur pour son utilisation facile par différents acteurs, qu'il s'agisse des prestataires, des concepteurs, des planificateurs, des décideurs ou des chercheurs, tant des secteurs public et privé que des partenaires d'appui. Regroupées en normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériel, médicaments, intrants, consommables et outils), les normes ainsi définies serviront désormais de base à l'implantation des plateaux techniques de nos Établissements de Soins de Santé (ESS), tout en constituant des repères pour l'évaluation des programmes mis en place. Les directives établies définissent clairement les procédures de ces interventions.

C'est ici l'occasion pour nous de féliciter tous les acteurs de la co -création qui se sont investis, notamment ceux de la Plateforme Nationale de la SRMNEA-Nut, composée des experts du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, des partenaires techniques et financiers, de la Coalition des Organisations de la Société Civile intervenant dans le domaine de la SRMNEA-Nut, ainsi que des membres de la communauté impliqués dans l'actualisation de ces documents.

J'exhorte tous les intervenants de la santé en RDC à ne ménager aucun effort pour contribuer à la large diffusion de ces normes et directives et à militer pour leur application partout où le besoin se fait sentir, afin d'améliorer la qualité des interventions au profit de la population en général et des cibles de la SRMNEA-Nut en particulier.

Dr Body ILONGA BOMPOKO

Secrétaire Général de la Santé Publique et Hygiène

REMERCIEMENTS

Le secteur de la santé a été marqué en 2010 par une intense dynamique de réforme ainsi que par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS2011-2015) par le Gouvernement de la République. Ces produits ont été l'aboutissement des efforts inlassables conjugués par les acteurs des Services et structures du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale directement impliqués dans la SRMNEA-Nut, ceux de la Coalition des Organisations de Société Civile et des Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le domaine de la SRMNEA-Nut.

La mise en œuvre, tant de ce PNDS 2011-2015 que de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) à laquelle, il trouve l'ancrage, a nécessité l'actualisation d'un grand nombre d'instruments techniques.

En effet, pour répondre à la vision du chef de l'Etat sur la gratuité de différentes interventions notamment la maternité, les soins du nouveau-né et la vaccination, sur l'ordre de la haute hiérarchie du Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, la Direction de Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques (DSFGS) a été instruite de procéder à la mise à jour des Normes et Directives qui régissent les interventions de la SRMNEA-Nut, cibles particulièrement touchées par une morbidité et une mortalité excessives. Ce processus a impliqué l'ensemble des parties prenantes de la Plateforme Nationale de la SRMNEA-Nut ainsi, l'actualisation du document des Normes et directives articulés en huit volumes et du document de Carte de Santé pour l'Enfant de moins de 5 ans, représente une contribution significative à l'amélioration de la qualité des soins et services dans nos Etablissements de Soins de Santé (ESS) et dans la communauté.

A cet effet, nos remerciements les plus sincères sont adressés à tous les experts du Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévoyance Sociale (Bureau du Secrétaire Générale à la Santé Publique & Hygiène, DSFGS, PNSR, PNSA, PNIRA/PCIMNE, PRONANUT, PEV, PNLS, PNLN, PNLCD,...), ceux de la Coalition des Organisations de Société Civile intervenant dans le domaine de la SRMNEA-Nut, ceux du Secteur Privé et aux Partenaires Techniques et Financiers d'appui à ce domaine qui, sans relâche, sont parvenus à ces livrables très importants.

Au nombre des partenaires, nous citons, notamment PARSS ASSR (Projet d'Appui à la Réhabilitation du Système de Santé et Amélioration de la Santé Sexuelle et Reproductive financé par la Fondation Susan Thompson Buffet/STBF), l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), l'UNICEF (Fond des Nations Unies pour l'Enfance), et l'USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement International) et ses différents projets de mise en œuvre MSH/MTaPS (Management Sciences for Health / Medicines, Technologies, and Pharmaceutical Services ou Programme Médicaments Technologies et Services Pharmaceutiques), PROSANI/USAID / Projet de Santé Intégré, SANRU (Santé Rurale), JHPIEGO (Johns Hopkins Program for international Education in Gynecology and Obstetrics), UNFPA (Fond des nations Unies pour la Population).

Les remerciements s'adressent aussi aux experts de la Société Congolaise de Gynéco-Obstétrique (SCOGO), la Société Congolaise de la pratique Sage-Femme (SCOSAF), la Société de Pédiatrie

du Congo Démocratique SOPECOD, des Services médicaux du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), de l'Armée du Salut, de l'Eglise de Jésus Christ sur la Terre par son Envoyé Spécial Simon KIMBANGU (EJCSK), de la Coalition des Organisations de la Société Civile pour la SRMNEA-Nut (COSC-SRMNEA-Nut), des départements de Gynéco-Obstétrique et de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kinshasa et du Centre Hospitalier Universitaire Renaissance (CHUR), ceux du Centre de Connaissances en Santé de la RD Congo (CCSC) ainsi que ceux de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa.

C'est sur cette note, que nous tenons à remercier également tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur pierre à l'édification de ces documents de Normes et directives de la SRMNEA-Nut.

Dr EPUMBA EPONDO Jean-Bertin

Directeur Chef de service de la DSFGS



LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABCD	: Airway Breathing Circulation Dehydration
ACT	: Traitement combiné à base d'artémisinine
ARV	: Antirétroviraux
ATPE	: Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
BCG	: Bacille de Calmette Guérin
cé	: Comprimé
CPoN	: Consultation post-natale
CSU	: Couverture Santé Universelle
CPS	: Consultation préscolaire
CS	: Centre de santé
DCIP	: Dépistage et conseil initié par les prestataires
DTC	: Diphtérie-tétanos-coqueluche
DSCR	: Document Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
FC	: Fréquence cardiaque
FR	: Fréquence respiratoire
g/dl	: Gramme par décilitre
GE	: Goutte épaisse
Hb	: Hémoglobine
HepB	: Hépatite B
Hib	: Haemophilus influenzae b
HGR	: Hôpital général de référence
Ht	: Hématocrite
IM	: Intra musculaire
IRA	: Infection respiratoire aigüe
IV	: Intra veineux
LCR	: Liquide céphalorachidien
LNME	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels
m²	: Mètre carré

MAS	: Malnutrition aigüe sévère
mg/kg	: Milligramme par kilogramme de poids
MILD	: Moustiquaire imprégnée à longue durée
mm³	: Millimètre cube
mmol	: Millimole
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
PB	: Périmètre brachial
PC	: Périmètre crânien
PCIMA	: Prise en charge intégrée de la malnutrition
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCR	: Polymerase chain reactive
PCV 13	: Pneumococcal Conjugate Vaccine 13
Pds	: Poids
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification familiale
PNDs	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
RDC	: République Démocratique du Congo
ReSoMal	: Recette de Solution de réhydratation orale pour enfants malnutris
SMNE	: Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
SRMNEA	: Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant,
-Nut	adolescent et nutrition
SNG	: Sonde naso gastrique
SSC	: Site des soins communautaires
SRO	: Sérum de réhydratation orale
T	: Taille
T°	: Température
TA	: Tension artérielle
TDR	: Test de diagnostic rapide
TETU	: Tri Evaluation Traitement d'Urgence

TRO	: Thérapie de réhydratation orale
UI	: Unité internationale
UNS	: Unité Nutritionnelle Supplémentaire
UNTA	: Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	: Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
VAA	: Vaccin anti-amaril (contre la fièvre jaune)
VAR	: Vaccin anti-rougeoleux
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
VIH+	: VIH positif
VPO	: Vaccin poliomyélitique oral
ZS	: Zone de Santé

INTRODUCTION

La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris leurs statuts nutritionnels représentent une préoccupation de première importance et une priorité dans l'agenda de tous les gouvernements du monde. C'est ainsi que le Secrétaire Général des Nations Unies a lancé la stratégie globale pour la promotion de la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents entre 2016 et 2030 en vue d'accélérer la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD 3 & 5), pour « Chaque Femme, Chaque Enfant »

La République Démocratique du Congo (RDC) comme plusieurs pays du monde a souscrit aux ODD et s'attelle à assurer une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au groupe vulnérable que sont les femmes, les enfants et les adolescents.

Malgré le nombre d'intervenants et l'importance des fonds mobilisés de la part du Gouvernement, des partenaires techniques et financiers et la contribution de la communauté dans le secteur de la santé, les résultats issus des projections des indicateurs sur base de données des enquêtes nationales restent mitigés. Outre cela, les évaluations du financement de la santé ont montré que plusieurs mécanismes de financement de la santé coexistent sans une orientation politique claire pour mieux les canaliser vers les priorités du secteur. Parmi les raisons de cette crise figurent également les faiblesses persistantes du système de santé

En effet, il se pose des questions fondamentales sur les moyens d'améliorer durablement les résultats sanitaires et de prêter plus efficacement et utilement des services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité en RDC. Comment un meilleur appui technique peut-il permettre d'accélérer les taux annuels de déclin de la mortalité maternelle, néonatale, et infantile ?

Avec la réduction des appuis extérieurs, il est temps pour la RDC de maximiser l'efficacité des fonds disponibles de l'appui technique afin d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Pour y remédier, il s'avère impérieux de réfléchir sur l'efficacité de l'appui technique comme ingrédient clé pour améliorer la planification et la prestation des services de santé en raison de manque d'alignement aux priorités du pays, d'insuffisance de coordination par le gouvernement et les autres parties prenantes, du focus sur des gains à court terme et de l'absence d'une approche systémique pour résoudre les problèmes de santé publique et ceux liés au renforcement du système de santé.

C'est ainsi que le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPH) de la RDC s'est engagé à réinventer un nouveau modèle d'appui technique en utilisant l'approche de conception centrée sur l'homme « Human Centered Design » (HCD) afin qu'il puisse avoir un potentiel plus grand de jouer pleinement son rôle de leadership à tous les niveaux du système de santé. Ce qui pourrait garantir les services SRMNEA-Nut de qualité et équitable en vue de sauver les vies des femmes, des Nouveau-Nés, des enfants et des adolescents de manière durable.

C'est dans ce cadre qu'en 2019 le ministre de la Santé Publique, hygiène et prévention a mis sur pied la plateforme SRMNEA-Nut qui œuvre sous la coordination de la Direction de Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques qui, avec ses programmes ont reçu l'appui de différents partenaires dont plus précisément de PARSS ASSR de STBF et autres, pour actualiser les normes et directives des interventions intégrées de SRMNEA-Nut au niveau Pays.

Les innovations apportées dans le secteur de la santé, notamment celles concernant les Soins Complètes d'Avortement Centrés sur la Femme, la Planification familiale (DMPA-SC, Planification du post partum) et autres justifient de façon impérieuse une de raison de l'actualisation des Normes et Directives relatives à la Santé Reproductive de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant & de l'Adolescent et Nutrition.

C'est dans ce contexte qu'un atelier a été organisé à Matadi en avril 2023 pour la production du premier draft des normes et directives SRMNEA-Nut actualisées et, ces volumes ont été validés par l'Assemblée Générale de la plateforme SRMNEA-Nut du 8 Décembre 2023.

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

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

- 1 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux essentiels
- 2 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux d'urgence

- 3 Normes et Directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né
- 4 Normes et Directives relatives aux interventions de santé de l'enfant
- 5 Normes et Directives relatives aux interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes
- 6 Normes et Directives relatives aux services de planification familiale
- 7 Normes et Directives relatives à la prise en charge médicale des victimes/survivants des violences basées sur le genre
- 8 Normes et Directives relatives aux interventions à base communautaire pour la santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Nutrition

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

- 1° Les considérations générales qui présentent la définition, les objectifs, les cibles/bénéficiaires ainsi que le moment/périodicité des interventions ;
- 2° Les normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériels, médicaments, intrants, consommables et outils) ;

Il convient de souligner que, moyennant une bonne programmation des activités, les différentes interventions seront appliquées avec les mêmes ressources existant conformément aux normes globales de la Zone de Santé et n'appelleront pas le recours à des ressources additionnelles ;

- 3° Les directives indiquant les procédures d'application des normes

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

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

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

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

CHAPITRE 1. CONSULTATION PRESCOLAIRE

SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

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

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

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

1.2.2. Objectifs spécifiques

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

1.3. Cibles / Bénéficiaires

La CPS est destinée à tout enfant de la naissance à 59 mois d'âge.

1.4. Périodicité / Moment

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

Age en mois	Fréquence	Observation
0-23 mois	1 fois par mois	-
24 – 59 mois	1 fois tous les 3 mois	Une fois le mois pour tous les enfants de 24 à

		59 mois qui se trouvent dans les situations spécifiques jusqu'à leur rétablissement.
--	--	--

SECTION II. NORMES

2.1. Normes d'interventions

Les interventions de la CPS sont :

Volet Promotionnel :

- 1) Allaitement maternel optimal
- 2) Alimentation de complément adéquate
- 3) Fortification à domicile par l'utilisation des micro-nutriments,
- 4) Consommation du sel iodé,
- 5) Utilisation des services de santé,
- 6) Lavage correct des mains avec de l'eau propre et du savon/cendre ;
- 7) Utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée
- 8) Consommation de l'eau potable,
- 9) Utilisation des latrines hygiéniques,
- 10) Suivi de la croissance de l'enfant
- 11) Vaccination,
- 12) Sécurité alimentaire des ménages.

Volet Préventif :

- 13) Supplémentation en vitamine A, à partir de l'âge de 6 mois, et tous les 6 mois jusqu'à 59 mois d'âge, à la posologie suivante :
 - A 6 mois d'âge (ou entre 6 à 11 mois d'âge) : 100 000 UI une fois ;
 - De 12 mois à 59 mois d'âge : 200 000 UI tous les 6 mois.
- 14) Distribution des Moustiquaires Imprégnées à longue durée.
- 15) Evaluation de l'état de santé de l'enfant, ainsi que la recherche des signes de danger
- 16) Suivi de la croissance de l'enfant
- 17) Education sanitaire et nutritionnelle
- 18) Vaccination selon le calendrier vaccinal en vigueur :

Age (période)	Vaccin
A la naissance	BCG
	VPO 0
À 6 semaines	VPO 1, DTC-HepB-Hib 1, PCV 13 1, ROTA 1

À 10 semaines	VPO 2, DTC-HepB-Hib 2, PCV 13 2, ROTA 2
À 14 semaines	VPO 3, DTC-HepB-Hib 3, VPI 1, PCV 13 3, ROTA 3
À 9 mois	VAR 1/RR 1, VAA, VPI 2
À 15 mois	VAR 2 /RR 2

- 19) Déparasitage des enfants au mébendazole/albendazole tous les 6 mois à partir de 12 mois jusqu'à 59 mois d'âge
- 20) Dépistage et conseil du VIH initié par le prestataire (DCIP)
- 21) Prophylaxie aux antirétroviraux (ARV) et au cotrimoxazole ainsi que le dépistage précoce du VIH pour les enfants nés de mère VIH positive (VIH+)
- 22) Traitement pour les enfants VIH+
- 23) Conseils et orientation de la mère vers le service de planification familiale (PF)
- 24) Dépistage et orientation des enfants malades vers les services appropriés de prise en charge,
- 25) Dépistage de la drépanocytose chez l'enfant

2.2. Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour la CPS sont :

2 prestataires qualifiés (infirmiers ou sages-femmes) formé(e) ou recyclé(e) en CPS redynamisée (Immunisation, Nutrition de l'enfant, Notions de PF, Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Lutte contre le paludisme, Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant « PCIMNE »).

2.3. Normes d'infrastructures

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

2.4. Normes de ressources matérielles

2.4.1. Equipement

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

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

2.4.2. Matériel

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

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

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

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

- **Vaccins** : BCG, VPO, DTC-HepB-Hib, PCV 13, VAR, ROTASIIL, VPI, RR et VAA
- **Médicaments** :
 - Vermifuges : mébendazole ou albendazole
 - Micronutriments : vitamine A, autres micronutriments
 - ARV : névirapine suspension

- ARV : névirapine (NVP) pédiatrique, Abacavir, lamivudine(3TC), dolutegravir pédiatrique
 - cotrimoxazole pédiatrique
 - Isoniazide (INH)
- **Intrants et consommables :**
- Test de diagnostic rapide (TDR),
 - Tests rapides VIH,
 - Kits DBS,
 - MILD,
 - Seringues auto-bloquantes.

2.4.4. Outils

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

- **Outils de prestation (outils techniques) :**
- Carte CPS/carnet de santé de l'enfant de 0 à 59 mois,
 - Fiches techniques PEV,
 - Fiches de pointage,
 - Fiche de suivi de l'enfant exposé au VIH et ou infecté,
 - Boîtes à images,
 - Cartes conseils et autres supports éducatifs,
 - Manuels de formation,
 - Bon de référence et contre référence.
 - Fiche de revue de décès pédiatrique
- **Outils de gestion**
- Outils de collecte des données :
 - Registre CPS,
 - Fiche de stock,
 - Registre de laboratoire/Logbook,
 - Outils de rapportage :
 - Cahier de rapport,
 - Fiche synthèse de l'aire de santé,
 - Formulaire de rapport mensuel
 - Outils de supervision :
 - Registre/cahier de supervision

SECTION III. DIRECTIVES

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

3.1. Directives générales de procédure

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

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

(1) Préparer la séance de CPS

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

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

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

(3) Procéder à une évaluation rapide et une prise en charge immédiate

- Accueillir les enfants et leurs accompagnants arrivant à la CPS.
- Observer chaque enfant arrivant à la CPS pour une première appréciation de son état.
- Evaluer rapidement l'enfant dès que la première appréciation révèle un signe de danger.
- Prendre en charge immédiatement suivant le problème identifié.
- Organiser la référence après les premiers soins si nécessaires.
- Installer dans la salle d'attente l'enfant qui ne présente aucun signe de danger.

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

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

(5) Enregistrer l'enfant

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

(6) Animer la séance d'éducation sanitaire

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

(7) Evaluer l'état de santé de l'enfant

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

(8) Procéder à l'analyse des mensurations des paramètres de croissance

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

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

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

(10) Administrer les soins appropriés

- Vacciner l'enfant selon son âge et son statut vaccinal conformément au calendrier vaccinal :
 - Vérifier l'âge de l'enfant sur le carnet de santé ou de vaccination.
 - Vérifier la date de la dernière vaccination.
 - Vérifier les éventuelles contre-indications à la vaccination.
 - Donner des informations à la mère sur le vaccin à administrer.
- Administrer le vaccin.
 - Informer la mère sur le nombre de contacts restants et sur la date de la prochaine vaccination.
 - Conseiller la mère d'administrer le paracétamol : 20 mg/kg de poids trois fois/jour, ou acide acétylsalicylique (aspirine) 15 mg/kg de poids trois fois/jour pendant 48 heures en cas de douleur ou de fièvre.
 - Enregistrer les données dans le carnet de santé/carte CPS et dans le registre.
- Administrer un vermifuge à chaque enfant à partir de l'âge de 12 mois et ensuite tous les 6 mois jusqu'à 59 mois d'âge, à raison de :

- Un comprimé (cé) 500 mg de mébendazole en dose unique ou 2 × 1 cé 100 mg/jour pendant 3 jours ; **ou**
 - Pour les enfants vivants avec le VIH, albendazole un cé 200 mg en dose unique pour l'enfant jusqu'à 24 mois d'âge et deux cé 200 mg en dose unique (un cé 400 mg) pour l'enfant de plus de 24 mois jusqu'à 59 mois.
- Administrer la vitamine A à la posologie de :
 - Contenu d'une capsule de 100 000 UI une fois à 6 mois d'âge (ou entre 6 à 11 mois d'âge) ;
 - Deux capsules de 100 000 UI (une capsule de 200 000 UI) tous les 6 mois, de 12 mois à 59 mois d'âge.
 - Veiller aux précautions suivantes :
 - Identifier les enfants ayant reçu la vitamine A au cours de la distribution de masse afin d'éviter les surdosages.
 - Enregistrer l'information sur le carnet de santé de l'enfant.
 - Donner une dose supplémentaire de vitamine A à titre préventif au cours de leurs traitements aux enfants rougeoleux, ceux présentant une diarrhée persistante, une malnutrition et ceux vivant dans la même famille qu'une personne présentant des signes oculaires de carence en vitamine A, considérés comme à risque.
 - Fournir si disponible la MILD dès le premier contact à la CPS et/ou encourager son utilisation si MILD déjà disponible dans le ménage.
 - Assurer le suivi de l'enfant exposé au VIH.
 - Mettre l'enfant né de mère VIH+ sous névirapine dès la naissance, la durée du traitement sera en fonction du risque de contamination (se référer à la table posologique sur la Nivérápine à l'annexe 5).
 - Initier la prophylaxie au cotrimoxazole chez l'enfant né de mère VIH+ à partir de 6 semaines d'âge jusqu'à la confirmation du statut VIH négatif de l'enfant (se référer à l'annexe 6 sur la posologie du cotrimoxazole).
 - Dépister la drépanocytose chez l'enfant : à la naissance, prélevez le sang du nouveau-né au talon pour le TDR drépanocytose, en vue d'un dépistage néonatal. Tout cas positif et/ou douteux au TDR (AS, SS) sera ensuite soumis à l'électrophorèse pour confirmation. Une récupération de tous les cas ayant échappé au dépistage néonatal doit être faite lors des CPS.

- Prélever le sang au talon pour le PCR-DNA (sur papier buvard) en vue du dépistage précoce à 6 semaines d'âge et suivre les recommandations du PNLS (se référer à l'algorithme pour le dépistage du VIH chez l'enfant né d'une mère VIH+).
- Procéder au DCIP si le statut sérologique des parents est non connu.
- Orienter vers les services de prise en charge du VIH/Sida si le test VIH est positif.

(11) Conseiller la mère d'utiliser les services de PF

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

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

SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

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

Cette prise en charge est réalisée à travers la stratégie de la PCIMNE

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

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

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

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

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

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

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

1.2.2. Objectifs spécifiques

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

1.3. Cible / Bénéficiaire

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

1.4. Moment / Périodicité

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

2.1. Normes d'interventions

Les interventions de la PCIMNE comprennent :

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

2.2. Normes de ressources humaines

Au moins deux infirmier(e)s de niveau minimum A2 ou sage-femme, formés/recyclés en PCIMNE et en prise en charge intégrée de la malnutrition (PCIMA).

2.3. Normes d'infrastructures

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

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

2.4. Normes des ressources matérielles

2.4.1. Equipement

Equipement d'un CS répondant aux normes, avec spécifiquement l'équipement PCIMNE complet composé d'au moins :

- Une table d'examen,
- Une table de bureau,
- Trois chaises,
- Une armoire à médicaments,
- Un échéancier,

- Quatre lits avec matelas,
- Un point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main)

2.4.2. Matériel

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

- | | |
|---|--|
| - Stéthoscope double
foyer, | - Poubelle avec
couvercle, |
| - Tensiomètre, | - Potences, |
| - Ballon d'ambu, | - Escarbot, |
| - Masques pédiatriques, | - Bassin réniforme, |
| - Sondes nasogastriques, | - Casseroles à pression, |
| - Aspirateur, | - Paravent, |
| - Bracelets muac, | - Seau, |
| - Balance avec toise, | - Champs, |
| - Kit nutritionnel
(casseroles, gobelets,
braséros, cuillères,
seaux), | - Jouets, |
| - Pèse bébé, | - Concentrateur de
l'oxygène médical, |
| - Minuteurs, | - Saturomètre ou
oxymètre de pouls, |
| - Horloge, | - Bouteille d'oxygène, |
| - Thermomètre, | - Interface d'Oxygénothérapie |

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

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

- **Antibiotiques** : Benzatine pénicilline, Ceftriaxone, Amoxicilline injectable, amoxicilline comprimé dispersible 250 mg, Ampicilline, Gentamicine, Cotrimoxazole, Ciprofloxacine, Metronidazole, peni V
- **Antipaludiques** : Artémeter + Luméfantrine, Quinine, Clindamycine
- Mébendazole, Albendazole
- Sérum de réhydratation orale (SRO), Zinc et ReSoMal
- Vitamine A, acide folique, fer, Multivitamine
- Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE)

- Paracétamol
- Diazépam
- TDR drépanocytose
- TDR paludisme
- Oxygène Médical
- Salbutamol spray
- ARV forme pédiatrique
- Lactate Ringer
- Violet de gentiane, pommade ophtalmique à la tétracycline

2.4.4. Outils

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

- **Outils de prestation :**
 - Fiche de prise en charge PCIMNE,
 - Carnet de santé de l'enfant,
 - Livret des tableaux PCIMNE,
 - Fiches techniques PCIMA,
 - Guide de supplémentation,
 - Manuels de formation.
- **Outils de gestion :**
 - Outils de collecte des données :
 - Registre de consultation,
 - Registre de référence,
 - Registre de résultats,
 - Fiche de stock,
 - RUMER
 - Outils de rapportage :
 - Cahier de rapport,
 - Canevas Système Nationale d'Information Sanitaire (SNIS)
 - Outils de supervision :
 - Registre/cahier de supervision,
 - Canevas de supervision

3.1. Directives générales de procédure

(1) Assurer un accueil bienveillant et une communication sympathique

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

(2) Evaluer l'enfant malade

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

(3) Classer la(les) maladie(s)

- Déterminer la classe de la maladie à partir du regroupement des signes que présente l'enfant :
 - Classe « grave ou très grave » (rangée rose)
 - Classe « moins grave » (rangée jaune)
 - Classe « simple » (rangée verte)
- Prendre la décision sur la sévérité de la maladie
 - Classe « grave ou très grave » (rangée rose) : l'enfant doit être référé en urgence.

- Classe « moins grave » (rangée jaune) : l'enfant nécessite un traitement approprié.
- Classe « simple » (rangée verte) : l'enfant ne nécessite pas un traitement médical spécifique.

(4) Identifier le traitement requis d'après la classification

- Référer tous les cas classifiés graves après un traitement pré-référentiel et ou per-référentiel.
- Traiter au CS les cas classifiés moins graves.
- Conseiller pour soins simples à domicile les cas classifiés simples.

(5) Traiter l'enfant au CS

- Cas de maladie moins grave

Traiter selon les directives décrites ci-dessous au point 3.2.

- Cas de maladie simple

Apprendre à la mère comment administrer les soins simples à domicile, reconnaître les signes de danger, alimenter l'enfant, et quand revenir au CS.

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

3.2.1. Les infections respiratoires aiguës (Pneumonie)

(1) Identifier l'IRA chez l'enfant

- Enfant de 2 mois à 5 ans présentant une toux ou difficulté respiratoire : **Considérer comme IRA.**

(2) Evaluer l'IRA

- Demander la durée et la fréquence de la toux et/ou difficulté respiratoire.
- Compter le nombre des mouvements respiratoires.
- Rechercher un tirage sous-costal, stridor ou sifflement.

(3) Classer la Pneumonie (l'IRA à conformer partout dans le volume 4) à partir du regroupement des signes comme suit :

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

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

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

(5) Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIMNE, cas de l'IRA

(6) Conseiller la mère après les soins au CS

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

(7) Assurer le suivi de l'enfant malade

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

(8) Remplir correctement les outils de collecte des données

3.2.2. La diarrhée

(1) Identifier la diarrhée chez l'enfant

- Enfant de 2 mois à 5 ans présentant des selles molles ou liquides trois fois en 24 heures : **Considérer comme diarrhée.**

(2) Evaluer la diarrhée

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

(3) Classer la diarrhée à partir du regroupement des signes

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

(4) Identifier le traitement requis selon la classification de la diarrhée

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

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

(5) Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIMNE, cas de la diarrhée

(6) Conseiller la mère après les soins au CS

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

(7) Assurer le suivi de l'enfant malade

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

(8) Remplir correctement les outils de collecte des données

3.2.3. La fièvre

(1) Identifier la fièvre chez l'enfant

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

(2) Evaluer la fièvre

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

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

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

(4) Identifier le traitement requis selon la classe de la fièvre

- Cas de maladie fébrile très grave
 - Donner le traitement pré-référence.
 - Référer à l'HGR.
- Cas de paludisme
 - Administrer les antipaludiques per os.
 - Administrer le paracétamol si température $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$.

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

(5) Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIMNE, cas de la fièvre

(6) Conseiller la mère après les soins au CS

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

(7) Assurer le suivi de l'enfant malade

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

(8) Remplir correctement les outils de collecte des données

3.2.4. Problème d'oreille

(1) Identifier un problème d'oreille chez l'enfant

- Enfant avec mal à l'oreille, écoulement de pus à l'oreille ou antécédent d'écoulement à l'oreille au cours des 3 derniers mois :

Considérer comme problème d'oreille.

(2) Evaluer le problème d'oreille

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

(3) Classer le problème d'oreille

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

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

- Cas de mastoïdite
 - Donner la première dose d'un antibiotique approprié. o Donner la première dose de paracétamol pour calmer la douleur.
 - Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis un mois.
 - Référer d'urgence à l'HGR.
- Cas d'infection aigue de l'oreille
 - Donner un antibiotique approprié, per os, pendant 5 jours, selon le livret des tableaux PCIMNE
 - Donner du paracétamol pour calmer la douleur.
 - Donner la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois.
 - Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche.
- Cas d'infection chronique de l'oreille
 - Administrer l'amoxicilline, per os, pendant 10 jours.
 - Administrer des gouttes auriculaires à base de quinolones.
 - Administrer la vitamine A si l'enfant n'en a pas reçu depuis 6 mois.
 - Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche.
 - Rechercher les autres signes du VIH symptomatique.
- Cas d'antécédent d'infection d'oreille.
 - Rechercher les autres signes du VIH symptomatique.

(5) Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIMNE, cas de problème d'oreille

(6) Conseiller la mère après les soins au CS

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

(7) Assurer le suivi de l'enfant malade

- Evaluer l'enfant lors de la visite de suivi

- Décider de :
 - Continuer le même traitement si l'état de l'enfant s'améliore ;
 - Changer le traitement si l'état de l'enfant est resté le même ;
 - Référer l'enfant si la situation de l'enfant s'aggrave.

(8) Remplir correctement les outils de collecte des données

3.2.5. L'anémie chez l'enfant

(1) Identifier l'anémie chez l'enfant

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

(2) Classer l'anémie

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

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

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

(4) Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIMNE, cas d'anémie

NB : Réaliser le TDR de la drépanocytose en cas d'anémie chez l'enfant :

Si pas drépanocytose ni suspicion de drépanocytose : donner du fer

Si drépanocytose : donner l'acide folique toute la vie, la Peni V toute la vie.

Si la pénicilline est contre indiquée donner l'érythromycine toute la vie

Erythromycine ou peni V à donner seulement à chaque épisode de maladies et cela durant toute la vie.

(5) Conseiller la mère après les soins au CS

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

(6) Assurer le suivi de l'enfant malade

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

(7) Remplir correctement les outils de collecte des données.

3.2.6. La malnutrition chez l'enfant

(1) Identifier la malnutrition chez l'enfant

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

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

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

(3) Identifier le traitement requis selon la classe de la malnutrition

- Cas de MAS avec complications
 - Prévenir l'hypoglycémie.
 - Référer d'urgence à l'HGR.
- Cas de MAS sans complications
 - Administrer antibiotique approprié pendant 7 jours.
 - Donner l'ATPE
 - Donner la vitamine A à la 4ème semaine de traitement.
 - Donner le mébendazole/Albendazole à la 2ème semaine de traitement.
 - Si enfant drépanocytaire : administrer l'Erythromycine ou peni V à donner seulement à chaque épisode de maladies et cela durant toute la vie.
 - Revoir l'enfant chaque semaine pendant 3 mois.
- Cas de malnutrition aigüe modérée
 - Administrer un antibiotique approprié pendant 7 jours.
 - Donner le céréale-sucre-blé (CSB).
 - Donner la vitamine A à la 4ème semaine de traitement.
 - Donner le mébendazole/Albendazole à la 2ème semaine de traitement.
 - Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère.
 - Revoir l'enfant tous les 14 jours.

(4) Traiter en se conformant au livret des tableaux PCIMNE, cas de malnutrition

(5) Conseiller la mère après les soins au CS

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

(6) Assurer le suivi de l'enfant malade

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

(7) Remplir correctement les outils de collecte des données

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

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

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

(2) Evaluer l'infection

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

- Palper le cou et les aires ganglionnaires à la recherche d'adénopathies, de gonflement parotidien.

(3) Classer l'infection à VIH

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

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

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

- Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner des conseils appropriés.
- Conseiller la mère sur les soins à donner à domicile.
- Revoir l'enfant dans les 14 jours.
- Cas d'infection à VIH peu probable :
 - Commencer le traitement pour les autres classifications trouvées.

(5) Conseiller la mère après les soins au CS

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

(6) Assurer le suivi de l'enfant malade

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

(7) Remplir correctement les outils de collecte des données

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

SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

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

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

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

1.2.2. Objectifs spécifiques

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

1.3. Cible / Bénéficiaires

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

1.4. Moment / Périodicité

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

SECTION II. NORMES

2.1. Normes d'interventions

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

2.2. Normes de ressources humaines

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

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

2.3. Normes d'Infrastructures

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

- Une salle d'urgence d'au moins 12 m2 située à proximité de l'entrée/ réception de l'hôpital
- Une salle des soins intensifs d'au moins 48 m
- Une salle d'observation d'au moins 48 m2
- Une salle d'hospitalisation d'au moins 180 m2 pour enfants malades
- Une unité nutritionnelle thérapeutique intensive (UNTI)
- Une unité de kinésithérapie pédiatrique
-

2.4. Normes des ressources matérielles

2.4.1. Equipement

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

- Au moins une table d'examen,
- Une table de bureau,
- Trois chaises,
- Une armoire à médicaments,
- Un échéancier,
- Quatre lits avec matelas dans la salle d'urgence,
- Kit nutritionnel (casseroles, thermos, gobelets, braséros, cuillères, seaux),
- Un point d'eau (eau courante ou dispositif lave-main),
- Source d'énergie.

2.4.2. Matériel

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

- Au moins un aspirateur,
- Des ballons d'Ambu,
- Des masques pédiatriques,
- Une source d'oxygène médical,
- Un saturomètre,
- Un glucomètre,
- Un laryngoscope,
- Une pince de Magil,
- Une Sonde d'intubation,
- Un nébuliseur,
- Une balance avec toise,
- Un stéthoscope à double foyer,
- Un tensiomètre à mercure,
- Un pèse bébé,
- Un minuteur,
- Une horloge,
- Des thermomètres,
- Des potences,
- Des bassins réniformes,
- Des paravents,
- Des bracelets MUAC.

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Médicaments, intrants et consommables d'un HGR conforme à la liste nationale des

médicaments essentiels (LNME) avec spécifiquement :

- **Médicaments**

- Diazépam
- Phénobarbital
- Salbutamol spray
- Solutés de perfusion (Lactate Ringer, glucosé 50%, glucosé 5%, glucosé 10%, mixte)
- SRO, zinc, ReSoMal
- Ampicilline injectable, Benzathine Pénicilline injectable, Gentamicine Injectable, Céphalosporine injectable, Amoxicilline injectable, Amoxicilline comprimé dispersible 250 mg.
- Oxygène médical
- Paracétamol
- Quinine injectable
- Lait F100, lait F75 et ATPE
- Antirétroviraux

- **Consommables**

- Sondes nasogastriques (SNG)
- TDR drépanocytose
- TDR paludisme

2.4.4. Outils

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

- **Outils de prestation (outils techniques)**

- Fiche de PEC TETU,
- Fiches techniques soins pédiatriques d'urgence,
- Protocole national de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe en RDC,
- Tables poids/taille enfant unisexe,
- Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant, manuels de formation.
- Fiche de revue de décès pédiatrique

- **Outils de gestion**

- Outils de collecte des données :
 - Registre de consultation,
 - Registre de contre référence,
 - Registre de résultats,
 - Fiche d'admission,
 - Fiche de contre référence,
 - Fiche de stock

- Outils de rapportage :
 - Cahier de rapport
- Outils de supervision :
 - Registre/cahier de supervision,
 - Canevas de supervision

3.1. Directives relatives au traitement en urgence des enfants

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

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

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

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

- (4) Assurer un accueil bienveillant et une communication sympathique**
 - Accueillir rapidement, en priorité et avec sympathie tout enfant gravement malade ; cet accueil ou accompagnement commence dès la porte de l'entrée de l'hôpital et doit être maintenu à tous les niveaux du circuit du malade.
 - Conduire directement l'enfant gravement malade dans le service des soins d'urgence et lui administrer sans délais les soins urgents appropriés.
 - Se présenter et demander l'identité de l'enfant.

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

(5) Procéder au tri des enfants gravement malades

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

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

- Evaluer et traiter tout enfant ayant un signe d'urgence en suivant systématiquement les étapes A, B, C, D suivantes :

A = Evaluer, classer et traiter les voies respiratoires

B = Evaluer, classer et traiter la respiration

C = Evaluer, classer et traiter la circulation (C1), le coma (C2) et ou les convulsions (C3)

D = Evaluer, classer et traiter la déshydratation sévère

- Traiter le 'A' et 'B' :
 - Libérer les voies respiratoires : par l'expulsion de corps étranger et/ou l'aspiration et/ou l'extension de la tête.
 - Ventiler au ballon d'Ambu avec masque.
 - Donner de l'oxygène au besoin.
 - Garder l'enfant au chaud.
- Traiter le C :
 - **C1**
 - Libérer les voies respiratoires.
 - Donner de l'oxygène au besoin.
 - Arrêter les hémorragies si elles sont présentes.
 - Placer un abord veineux.
 - Administrer rapidement des solutés en IV, intra osseuse ou par SNG.
 - Garder l'enfant au chaud
 - **C2**
 - Libérer les voies respiratoires
 - Placer l'enfant en position de sécurité
 - Doser la glycémie
 - Traiter l'hypoglycémie
 - Garder l'enfant au chaud
 - **C3**
 - Libérer les voies respiratoires
 - Administrer le diazépam ou du phénobarbital
 - Placer l'enfant en position de sécurité
 - Doser la glycémie
 - Traiter l'hypoglycémie
 - Garder l'enfant au chaud
- Traiter le D :
 - Administrer des solutés en IV, intra osseuse, ou par SNG selon le plan C de réhydratation.
 - Rechercher une malnutrition sévère éventuelle chez tout enfant devant bénéficier d'une administration des liquides en IV ou intra osseuse :
 - Recourir à l'administration du ReSoMal par SNG chez les enfants avec malnutrition sévère.

- Réduire les quantités de liquides à administrer par voie IV dans les cas où l'administration par SNG n'est pas possible et sous surveillance rigoureuse des signes vitaux (pouls, fréquence respiratoire).
- Garder l'enfant au chaud.

(7) Prélever du sang pour les examens urgents

- Réaliser en urgence les examens suivants chez l'enfant malade ayant un signe d'urgence : glycémie, frottis/goutte épaisse, hémoglobine, groupe sanguin.
- Prélever du sang pour ces examens au lit du malade, c.à.d. là où il reçoit les soins d'urgence. Il ne faut pas amener l'enfant au laboratoire.
- Examiner en urgence les échantillons et rendre les résultats également en urgence auprès du prestataire des soins pour une action correctrice urgente.

(8) Evaluer complètement l'enfant

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

(9) Traiter spécifiquement les maladies graves de l'enfant

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

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

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

3.2.1. Cas de pneumonie très grave

(1) Identifier la pneumonie très grave chez l'enfant

- Enfant de moins de 5 ans avec toux ou difficulté respiratoire associée à des signes généraux de danger et une détresse respiratoire grave :

Considérer comme pneumonie très grave.

- Signes cliniques Pneumonie :
 - Histoire de toux,
 - Fièvre,
 - Dyspnée avec signes de lutte (tirage battement, sus sternal, sous sternal, intercostal)

(2) Evaluer la pneumonie très grave

- Rechercher :
 - Les signes généraux de danger : enfant incapable de boire ou de téter et/ou vomit tout ce qu'il consomme et/ou convulse et/ou est léthargique ou inconscient ;
 - Les signes de détresse respiratoire grave : tirage sous-costal et/ou battements des ailes du nez et/ou stridor et/ou sifflement et/ou geignements et/ou cyanose centrale et/ou balancement thoraco-abdominal et/ou tirage intercostal et/ou enfoncement xiphoïdien.
- Vérifier si respiration rapide.
- Rechercher à l'auscultation la diminution du murmure vésiculaire, la présence des râles bronchiques et/ou crépitants.
- Effectuer la radiographie thoracique.

(3) Prendre en charge

- Donner des antibiotiques :
 - Amoxicilline/ Ampicilline (50-300 mg/kg/24h toutes les 6 heures en IVD) associée à la Gentamycine (5 mg/kg de poids en une prise par jour pendant 5 jours)

Ou

- Si pas d'amélioration au bout de 48 heures, donner : une céphalosporine de 3ème génération céfotaxime 50 mg/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures ou (ceftriaxone

100 mg/kg de poids en IM ou IV en une prise journalière), jusqu'au 10ème jour de traitement.

- Donner de l'oxygène : 1 à 2 litres/minute.
- Donner du paracétamol en cas de fièvre : $T^{\circ} \geq 38,5^{\circ}\text{C}$.
- Donner du salbutamol en aérodoseur avec chambre d'inhalation : 2 bouffées soit 200 microgrammes toutes les 4 heures en cas de sifflements puis toutes les 8 heures si amélioration. Dans les cas graves, réduire l'intervalle à 1 heure.
- Administrer les soins de soutien :
 - Aspirer doucement les sécrétions épaisses dans la gorge.
 - S'assurer que l'enfant reçoit suffisamment de liquide (allaitement maternel, boissons).
 - Encourager l'enfant à manger dès qu'il le peut.
 - Garder l'enfant au chaud
- Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie.

3.2.2. Cas de pneumonie grave

(1) Identifier la pneumonie grave de l'enfant

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

(2) Evaluer la pneumonie grave

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

(3) Prendre en charge

- Donner des antibiotiques :
 - Amoxicilline /Ampicilline 50 mg/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures jusqu'à amélioration, puis continuer per os 25 mg/kg en quatre prises par jour jusqu'au 10ème

jour ; associée à la gentamicine : 5 mg/kg de poids une fois par jour pendant 5 jours.

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

3.2.3. Cas de paludisme grave

(1) Identifier le paludisme grave

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

Considérer comme paludisme grave.

(2) Evaluer le paludisme grave

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

(3) Effectuer les examens de laboratoire pour :

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

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

- Administrer l'Artésunate injectable toutes les 12 heures :
 - Enfant de moins 20Kg on donne 3mg/Kg de poids
 - Enfant de plus de 20 Kg on donne 2,4 mg/Kg de poids

NB : donner à H0, H12, H24 et H36

- Administrer la quinine en perfusion, soit 10 mg/kg de poids dans 5 à 10 ml/kg de poids de sérum glucosé à 5% pendant 4 heures à répéter toutes les 12 heures, jusqu'à ce que l'enfant soit capable de boire sans vomir ou jusqu'à la disparition des signes de gravité.
- Administrer le traitement de relais :
 - Pour les patients ayant reçu l'Artésunate par voie entérale donner ACT (Artémether + Luméfantrine) pendant trois jours.
 - Pour les patients ayant pris la quinine, continuer avec la quinine per os associée à la clindamycine pour atteindre 7 jours
- Administrer le traitement adjuvant adapté à chaque Situation (coma, hypoglycémie, convulsions, déshydratation sévère, choc, anémie grave, vomissements à répétition), en se référant aux fiches techniques PNLP.
- Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie.

3.2.4. Cas de méningite

(1) Identifier la méningite

- Enfant de moins de 5 ans présentant la fièvre ou antécédent de fièvre, avec signes généraux de danger

et/ou raideur de la nuque et/ou autres signes cliniques évocateurs de la méningite :

Considérer comme méningite.

(2) Rechercher :

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

(3) Confirmer le diagnostic de la méningite

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

(4) Prendre en charge l'enfant souffrant de méningite

- Si le LCR est trouble :
 - Administrer les antibiotiques sans attendre les résultats de laboratoire (LCR) :
 - Amoxicilline/ Ampicilline (50-300 mg/kg/24h toutes les 6 h en IVD) pendant 10 à 14 jours + gentamycine (5 mg/kg de poids en une prise par jour pendant 5 jours) (cfr PNIRA et OMS)

Ou

- Benzylpénicilline : 100 000 UI/kg de poids en IM ou IV toutes les 6 heures, puis, passer à la voie orale

dès que l'enfant est capable de boire. La durée totale du traitement est de 10 jours.

NB : toujours avoir l'hydrocortisone comme antidote en cas d'effets indésirables des médicaments ci-haut cités.

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

NB : Prendre en charge le cas en se basant sur les résultats des autres examens réalisés lorsque l'hôpital n'a pas la possibilité de faire l'antibiogramme,

3.2.5. Cas de malnutrition aigüe sévère avec complications

(1) Identifier la MAS avec complications

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

- Tout enfant de moins de 5 ans revenant pour un nouvel épisode de MAS après guérison, ou après abandon du traitement dans les 2 mois précédents ;

Considérer comme MAS avec complications.

(2) Prendre en charge la MAS avec complications

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

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

(1) Rechercher l'infection à VIH symptomatique chez l'enfant de moins de 5 ans :

- Enfant avec signes d'appel ci-après :
 - Toux persistante de plus de 30 jours,
 - Diarrhée persistante,
 - Fièvre au long cours ne répondant pas aux antipaludiques ni aux antibiotiques,
 - Retard de croissance ou régression psychomotrice,
 - Antécédents de mère séropositive, d'écoulement de pus de l'oreille, de tuberculose chez l'enfant ou de contagion tuberculeuse.

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

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

(4) Classer l'infection à VIH

- Cas où les tests VIH sont disponibles (réalisables dans la ZS)
- Test VIH + et enfant ≥ 18 mois, considérer l'enfant comme infecté au VIH
- Test VIH+ et enfant <18 mois :
 - Suspicion d'infection à VIH symptomatique si présence d'au moins trois signes
 - Infection à VIH peu probable si présence de deux signes ou moins

(5) Identifier le traitement requis

- Situation où les tests VIH sont disponibles
 - Cas de suspicion d'infection à VIH symptomatique :

- Procéder au counseling auprès des parents/tuteurs et au dépistage (sans tarder)
- Commencer le traitement des IO pour les autres classifications trouvées.
- Commencer la prophylaxie au cotrimoxazole.
- Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner des conseils appropriés.
- Conseiller la mère sur les soins à donner à domicile.
- Cas d'infection à VIH peu probable :
 - Commencer le traitement pour les autres classifications trouvées.
 - Situation où les tests VIH ne sont pas disponibles
- Cas de suspicion d'infection à VIH symptomatique :
 - Commencer le traitement pour les autres classifications trouvées (IO).
- Cas d'infection à VIH peu probable :
 - Commencer le traitement pour les autres classifications trouvées.
 - Pour toute autre situation, se référer aux normes et directives du PNLS pour des orientations spécifiques.

(6) Prendre en charge l'enfant avec infection à VIH ainsi que le noyau familial

Se référer au Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant.

- Prescrire les mesures appropriées de prévention des infections opportunistes.
- Prescrire le traitement ARV approprié
- Assurer le suivi clinique et biologique.
- Notifier tout effet indésirable (des ARV, du cotrimoxazole,...)
- Procéder au DCIP aux autres membres de la famille
- Prendre en charge la cellule familiale

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

(7) Remplir correctement les outils de collecte des données.

(8) Assurer la contre-référence au Centre de Santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Module de formation en Actions essentielles en nutrition pour les agents de santé et les relais communautaires.*** PRONANUT, Octobre 2008.
- (2) Ministère de la Santé Publique, PNLS. ***Normes et directives sur l'identification, le diagnostic et la prise en charge précoce des enfants exposés et infectés par le VIH/Sida.*** PNLS, 2010.
- (3) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant en RDC.*** PNLS, 2010.
- (4) Ministère de la santé Publique, RDC. ***Carnet de santé pour les enfants de 0 à 5 ans.*** PRONANUT, Août 2011.
- (5) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Protocole National de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë « PCIMA ».*** PRONANUT, Mars 2011
- (6) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, formation des prestataires.*** Module de formation, Juin 2011
- (7) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Tri, Evaluation et Traitement d'Urgence, manuel du participant.*** Edition Juin 2011
- (8) Ministère de Santé Publique, Hygiène et Prévention, ***Manuel d'orientation de Consultation Pre scolaire,*** édition 2015
- (9) Ministère de Santé Publique, Hygiène et Prévention, ***ADDENDUM mises à jour dans l'édition 2012, du document des normes et directives de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.*** 2015
- (10) Ministère de Santé Publique, Hygiène et Prévention, ***PEC Nutritionnelle dans le Contexte du VIH,*** 2016

- (11) **Recommandations pour les pratiques cliniques obstétricales et Néonatales d'urgence**, 3ième édition 2018
- (12) Ministère de Santé Publique, Hygiène et Prévention, Programme, **Protocole National de Prise en Charge de la Drépanocytose en RD Congo**, Septembre 2022
- (13) Ministère de Santé Publique, Hygiène et Prévention, **Guide Intégré de PEC VIH**, 2022

ANNEXES

Annexe 1 : Développement psychomoteur de l'enfant

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

Annexe 2 : Technique de lavage des mains

Principes généraux

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

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

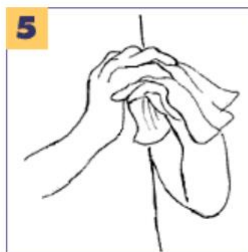
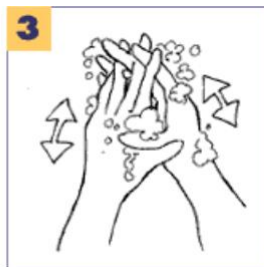
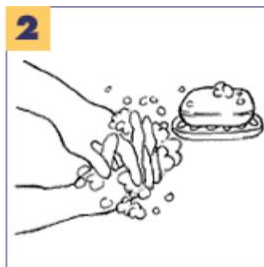
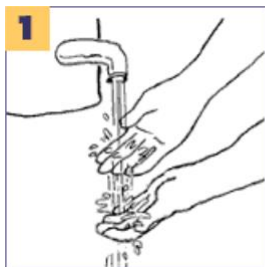
Exécution de la technique

En l'absence de robinet d'eau courante

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

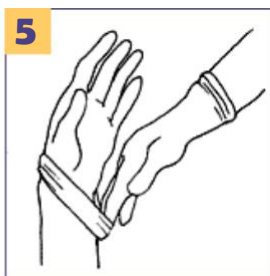
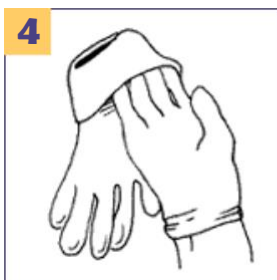
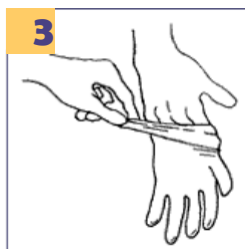
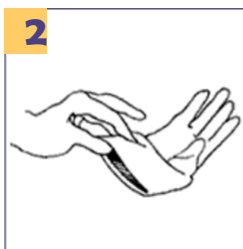
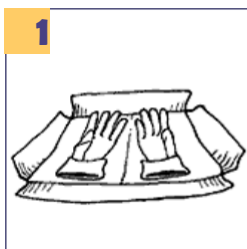
Avec robinet d'eau courante

Suivre les étapes présentées dans les figures ci-après :



Annexe 3 : Technique de port des gants

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

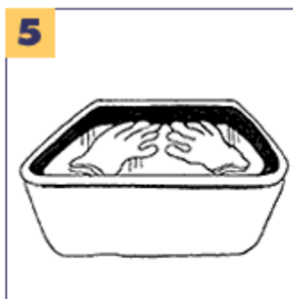
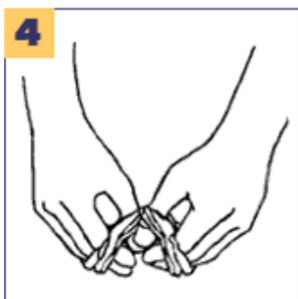
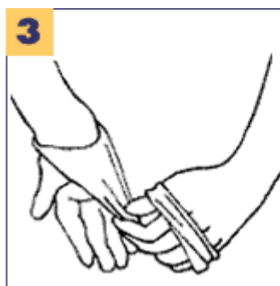
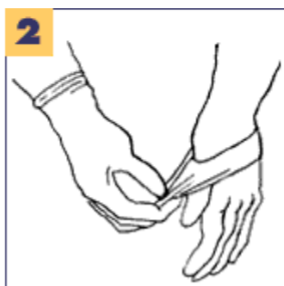


Lors de procédures chirurgicales, il faut porter des gants stériles. On recommande de se frotter les mains pendant 3 à 5 minutes avec une solution contenant de la chlorhexidine ou un iodophore. Ou alors, le personnel chirurgical peut se laver les mains avec du simple savon et, ensuite, appliquer une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

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

Annexe 4 : Technique de retrait des gants

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



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

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

	Poids (Kg)	ABC/3TC 120/60 mg	DTG 10 mg	DTG 50 mg	TDF/3TC/DTG 300/300/50 mg
		Matin	Soir	Dose Journalière	Dose Journalière
< 3 ans	3-5.9 kg	1		0,5	
≥ 3 < 10 ans	6 - 9.9kg	2		1,5	
	10-13.9kg	2,5		2	
	14 - 19.9kg	2,5		2,5	
	20 - 24.9kg	3		3	OU 1
Adolescent	25 - 29.9kg	1 Cè adulte (600/300mg)		1Cè DTG 50mg	1
Ado et adultes	30 Kg et plus				1

Age	Poids	CTX (quantité/jour en une prise)		
		Suspension à 200/40 mg/5 ml	Comprimé de 200mg/40 mg	Comprimé de 400 mg/80 mg
0 – 6 mois	< 5kg	2,5 ml	-	-
6 mois – 5 ans	5 – 15 kg	5 ml	1	-
6 ans – 14 ans	15 - < 30 kg	-	2	1
>14 ans	> 30 kg	-	4	2

Annexe 8 : Critères AFASS

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

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

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

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

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

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

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

Source : programme National de Nutrition (PRONANUT) en RDC

LISTE DES EXPERTS AYANT CONTRIBUE A L'ELABORATION DU DOCUMENT

1. GOUVERNEMENT

1.1. CABINET DU MINISTRE

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr KAMBA MULAMBA Roger	Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
2.	Dr KABANGE NUMBI Félix	Ministre Honoraire de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
3.	Dr MAKWENGE KAPUT Victor	Ministre Honoraire de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
4.	Mme TSHAL Lilianne	Conseillère
5.	Mme LOKOKA Nanty	Conseillère

1.2. SECRETARIAT GENERAL

a. SECRETARIAT GENERAL

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr YUMA RAMAZANI Sylvain	Secrétaire Général
2.	Dr LOKADI OTETE	Secrétaire Général Honoraire
3.	Dr MIAKALA-Mia-NDOLO	Secrétaire Général Honoraire

b. SECRETARIAT ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr KABEYA Philippe	Membre/ST
2.	Dr MAKAMBA Audace	Membre/ST
3.	Dr MUTOMBO Elie	Membre/ST
4.	Dr MAYAKASA Charles	Membre/ST
5.	Dr MBALA IKONDE	Membre/CNP
6.	Dr MASUDI Jean-Pierre	Conseiller/SG
7.	Dr KASONGO Joseph	Ass. Techn. Du SG
8.	MUKENGESHAYI Bitshi	Membre/CCP

1.3. DIRECTIONS CENTRALES

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION/INSTITUTION
1.	Dr EPUMBA EPONDO Jean-Bertin	Dir. DSFGS
2.	KALUME TUTU	Dir. Hon. DSFGS
3.	Dr LUSIKILA Chantal	CD DSFGS
4.	Dr MAVULA Baudouin	CD DSFGS
5.	Dr MBALI Clément	CD DSFGS
6.	Dr BANONOKO Consolatrice	CD. Hon. DSFGS
7.	Dr YAMBA YAMBA	CD Hon. DSFGS
8.	Dr BANINGELA Chrisostome	CB. DSFGS
9.	MITUMPU NSIONA	CB DSFGS
10.	Mr ILUNGA Bruno	CB DSFGS
11.	Mme KILEMBE Makob	CB DSFGS
12.	MEMBO NZO-NZIMBU	CB DSFGS
13.	Dr META WANKOMBO	CB DSFGS
14.	Dr NGINDU Dilu	CB DSFGS
15.	Mr SANVUA Gustave	CB DSFGS
16.	Dr ASHINGO DIALA	Expert DSFGS
17.	Dr EYULU MPELA ILONGO	Expert DSFGS
18.	Dr ZOLA Nene	Expert DSFGS
19.	Mr KAKUDJI Samuel	Data DSFGS
20.	Dr WEUNDE Herman	Expert DSFGS
21.	Mr BOOYO Jean-Fidèle	Expert DSFGS
22.	AG NGUMBU MABANZA	Dir DRHS
23.	AG HIOMBO Philippe	Expert DRHS
24.	AG KAHODI OMOMBO	Expert DRHS
25.	Mme MBOMBO KABANTU	Dir D2
26.	AG BONKONDI Eglise	Expert D2

27.	Dr MONGOLO MOLENGI	Expert D2
28.	Mme BASEKA Angela	Expert D2
29.	AG ILOS'OJIBANGO	Expert D2
30.	Phcien NGELEKA MUTOLO	Dir hon. DPM
31.	Phcien FAZILI	Expert ACOREP
32.	Phcien KALALA	Expert ACOREP
33.	Phcienne MBELU	Expert ACOREP
34.	Phcien LEPUGE M.	Expert ACOREP
35.	KEBELA Benoit	Dir DLM
36.	Dr BEYA EFINI Christian	Expert DLM
37.	Dr MONDONGE Vital	Expert DLM
38.	YOKA EBENGO Denis	Expert DLM
39.	Dr MUKENGESHAYI Marcel	Dir DSSP
40.	Phcienne KIMBAMBU Germaine	Expert DSSP
41.	AG NGANDU	Expert DSSP
42.	Dr BOJI Chantal	Expert DSSP
43.	Dr TSHOMBA Charlie	Expert DSSP
44.	Dr KAYA Guylain	Expert DSSP
45.	Dr THETHE Sylvie	Expert DSSP
46.	Ir LUMBAYI Jean Paul	Expert DSSP
47.	Dr FARAY ASSUMANY	Expert DSSP
48.	Dir KOMBA DJEKO	DESS
49.	C.B. NDUAYA NDUAYA	Expert D ESS
50.	KAPONGO Jean	Expert D ESS
51.	Dr NGAMBWA Gavial	DEP/PNPMs
52.	KALAMBAYI TEMBWA	Dir DEP
53.	Dir MALABA MUYANJI	D8
54.	DUMBO TSHAMOBIA Patrick	Expert D8
55.	Dir KWENGANI MAVAR Benjamin	D9
56.	AG KISESA TANGU BALAK	Expert D9
57.	Dr KUMUTIMA Clarisse	Expert D9
58.	Dir BODY ILONGA	D11
59.	Dr BANZWA Berthe	Expert D11
60.	Dr NGOY Arthur	Expert D11
61.	Dr MOUCKA Jean-Pierre	Expert D11
62.	Dir WELO Albert	D12
63.	Dr MASENGU ILUNGA	Expert D12
64.	MASSIALA Nana	Expert D12
65.	Dir NIGILO ZAGBALI	D13
66.	Ir LUPANTCHIA Paul	Expert D13
67.	Dr KASONGO Albert	Expert

1.4. PROGRAMMES SPECIALISES

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr MULUMBA Audry	Dir PEV
2.	AKARASIS MAKASAS	Expert PEV
3.	Dr MATAMBA TSHINGOMBE	Dir PNAM
4.	KATELE André	Expert PNAM
5.	NSENGA Nadine	Expert PNAM
6.	Dir Prof LUKUNKU Vincent	Expert PNCPs
7.	Dr YUMA	Expert PNCPs
8.	Dr NDAKAKANU	Expert PNCPs
9.	CD KOTA MACHAFU Annie	Expert PNCPs
10.	MBOMBO BADIBAKE Pathy	Expert PNCPs
11.	MULUMBA Alphonse	Expert PNCPs
12.	NDOMBELE MATUSA Pauline	Expert PNCPs
13.	Dr ILUNGA J.Fidèle	Expert PCIME
14.	Dr MBOMA Bibi	Expert PCIME
15.	Dr MBWEBWE Wivine	Expert PCIME

16.	Dr IDA SUKADI	Expert PCIME	82.	NDAKALA David	Expert PNTS
17.	Dr KAPONGO KANIANE	Expert PCIME	83.	Dr NGALULA MAMY	Expert PNTS
18.	Dr TSHIZEMBA Marie-Albert	Expert PCIME	84.	VAGHENI MUBUNGA Eugène	Expert PNTS
19.	MUTUALE Mireille	Expert PCIME	85.	Dr BANEA MAYAMBU	Dir PRONANUT
20.	Dir FOTTO Patricia	Expert PNCLD	86.	BAMUANGA Chrispin	Expert PRONANUT
21.	Dir KIKOO Marie Josée	Expert PNCLD	87.	Dr LEBUKI NDA LESSAY	Expert PRONANUT
22.	Dr MATADI MIFUNDU	Expert PNCLD	88.	KIMBONDO Narcisse	Expert PRONANUT
23.	Dr NZAMBI MPUNGU	Expert PNCLD	89.	KUWA	Expert PRONANUT
24.	Dr SHANDEDE Emery	Expert PNCLD	90.	MALEMBA Viviane	Expert PRONANUT
25.	Dr BAKUKULU Jean-Tony	Expert PCIME-C	91.	Dr MASHUKANO Nicole	Expert PRONANUT
26.	Dr KAZADI Charles	Expert PCIME	92.	MIDI GISANGA Hélène	Expert PRONANUT
27.	Dr NGOIE Bernard	Expert PCIME			
28.	Dr NTUMBAK	Expert PCIME-C			
29.	Dr MPETI Emmanuel	Expert PCIME-C			
30.	Dr NGOIE MUTAMBAY	Expert PCIME-C			
31.	Dr AWACA Naomi	Expert PNLO			
32.	Dr ATUA Benjamin	Dir PNLP			
33.	Dr MASHAKO Patience	Expert PNLP			
34.	Dr MUSWAMBA Jeannine	Expert PNLP			
35.	Dr MWEMA KIMAZA	Expert PNLP			
36.	Dr KUTEKEMENI Albert	Expert PNLP			
37.	Dr OKENGE Augustin	Dir PNLS			
38.	Dr MINGINA Constantin				
39.	MAKENGO Charlotte	Expert PNLS			
40.	Dr SALUMU Freddy	Expert PNLS			
41.	Dr ALIMASI Elie	Expert PNLS			
42.	Dr KIAMENGA Jacquie	Expert PNLS			
43.	Dr OKIATA Jean Paul	Dir PNLT			
44.	Dr YASSANKIA KILOLO	Expert PNLT			
45.	KINES. MUSAFIRI MASUGA	Dir PNRBC			
46.	Dr TSHITENGE Valentin	Expert PNRBC			
47.	MBADU MUANDA	Dir PNSA			
48.	Dir Phcienne MUSUMBA Jackie	Expert PNSA			
49.	MATADI UTE-USENG	Expert PNSA			
50.	VAKANIAKI Rose	Expert PNSA			
51.	Dr KABANGA KAYEMBE Mimi	Expert PNSA			
52.	Dr KAVIRA Noëlla	Expert PNSA			
53.	Dr MUTEBA MUSHIDI	Dir PNSM			
54.	Dr MBO Maire-Louise	Dir PNSR			
55.	Dr KYUNGU BANZA	Expert PNSR			
56.	Dr MUSINDO Protais	Expert PNSR			
57.	AG. LISUMBU MOTANDA	Expert PNSR			
58.	Dr BOKINGO Marcel	Expert PNSR			
59.	Dr BUALUTI Thierry	Expert PNSR			
60.	Dr CAMBELE MUSAMBA	Expert PNSR			
61.	Dr KABING Didier	Expert PNSR			
62.	Dr LOSSO Collette	Expert PNSR			
63.	Dr MASHAGIRO Isabelle	Expert PNSR			
64.	Dr MILAMBU Milan	Expert PNSR			
65.	Dr MUKUMPURI Guy	Expert PNSR			
66.	Dr YODI Rachel	Expert PNSR			
67.	Dr KITSITA Christophe	Expert PNSR			
68.	Dr LAMY MITHANO	Expert PNSR			
69.	MAVINGA Albertine	Expert PNSR			
70.	NKONGOLO Bertin	Expert PNSR			
71.	YABILI MALUNGA	Expert PNSR			
72.	Dr MUTONDO Papy	Expert PNSR			
73.	Dr LUNZAILADIO Blaise				
74.	Dr NONGE Jeannette				
75.	Dr BUNGU K.	Dir PNSS			
76.	Dr KALENGA NGOIE	Expert PNSS			
77.	Dr BONGONGO Jules	Dir PNSSU			
78.	Dr SHEKA MALU MALU Charlotte	Expert PNSSU			
79.	Dr MUDE MANANA	Dir PNST			
80.	Dr NKUNKU LUTUMBA	Expert PNST			
81.	Dr YUMA Sylvain	Dir PNTS			

1.1. UNIVERSITE DE KINSHASA

N°	NOMS/POST NOMS	/INSTITUTION
1.	Prof NSIBU Célestin	UNIKIN
2.	Dr MAMBU Thérèse	ESP/UNIKIN
3.	Dr LOKOMBA	SCOGO/UNIKIN

1.2. LES PRESTATAIRES

N°	NOMS/POST NOMS	STRUCTURE
	Dr MUELA DIFUNDA	HPGRK/SCOGO
2.	Dr MUWILA IKIE IKIE	HGPRK
3.	Dr MINZEMBA François	BDOM
4.	Dr NEMBUZU Dolores	BDOM
5.	Dr KUSONGISILA SUENGE René	BDOM
6.	Dr MASSAMBA Blaise	
7.	Dr NZUNGANI BAKEBA	
8.	NTUMU Clémentine	
9.	MADISISI Anicet	S.M KIMBANGUISTE

1.1. LAPHAKI

N°	NOMS/POST NOMS	FNCTION
1.	Phcien NZENGO NVELA	

1. AGENCES DE L'ONU

1.1. OMS

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

1.2. UNICEF

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr Celestino COSTA	
2.	Dr Alphonse NTOKO	
3.	Dr WAZEHE Stephen	
4.	Dr KAZADI Thierry	
5.	Dr MBU Bernadette	
6.	Dr MUSUAMBA Gertrude	
7.	Dr TRAORE Célestin	
8.	HOUNGBEDJI KOFFI ANGE	
9.	BUGANDWA Innocent	
10.	Dr MACOURA OULARE	
11.	Dr Laurent KAPUND	
12.	Dr SALUMU Freddy	

13. Dr TOGOLA SAYIRI

1.3. UNFPA

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr SHAMWOL	
2.	EKE Henriette	
3.	Dr BILANDA NDELE	
4.	Dr KAWENDE Bora	
5.	Dr NEMADJARE Théophile	

2. ORGANISMES DE COOPERATION BI ET MULTI LATERALES

2.1. UE

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr MULOHWE KASONGO	

2.2. USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Prof. PIRIPIRI Lina	

2.3. USG/USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	LONGONDO ETENI	

2.4. GTZ

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr CAMARA Adama	
2.	Dr Diana	

3. ONG/SANTE

3.1. ABEF ND

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	KATUMBAYI Isaac	
2.	KABONGO MAKWER Willy	
3.	NTATUKIDI MULOBO Nancy	

3.2. ASF/PSI

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr SELEGO Chalet	
2.	Dr NTOYA Ferdinand	

3.3. AXxes

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr MPUNGA Michel	
2.	Dr NSIALA Adrien	

3.4. C-CHANGE/USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Mme CHIRWISA Flora	

3.5. CRS

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr KITU N.	
2.	Dr PETELO	

3.6. ESP/UNC

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr OKITOLONDA Vitus	

3.7. EGPAF

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	KIBUNGU Jocelyne	

3.8. FHI 360

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr MAYALA MABASI	
2.	ENGETELE Elodie	

1.1. HANDICAP INTERNATIONAL

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr NDONA Jackie	

1.2. IPS

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr TONA TSALA	
2.	KAPITA Dady	

1.3. IRC

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr NGOY Pascal	
2.	Dr MASHANT Emilio	
3.	Dr BOUBAKAR TOURE	
4.	Dr AVELEDI Blandine	

1.4. MCHIP/USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr KANZA NSIMBA	
2.	Dr LUNTADILA Papy	

1.5. MEMISA

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	MBIKALE Florimond	
2.	MANZANZA Jules	

1.6. MSH (WASHINGTON, SPS, PROSANI)

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr TSHITETA Philippe	
2.	Dr OUSMANE FAYE	
3.	Dr ANDRIANANDRASANA Gilbert	
4.	Mme ZIKUDIEKA Lucie	
5.	Dr KOY MATILI	
6.	MUNONGO Ben	
7.	Dr MBUYI Ninette	
8.	Dr GIKAPHA John	
9.	DEROSENSA Michael Ray	
10.	Ph. MASSAMBA Cyrille	

1.7. PATH/MCHIP

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Susheela ENGELBRECHT	
2.	Dr NARAYANAN Indira	

1.8. SAVE THE CHILDREN

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr SAGNO Kalil	

1.9. IPAS

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Mr MATENGO Arthur	Expert IPAS

1.10. BDOM

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr Bénédicte CLAUS (pour référence)	

1.11. SERVICE MEDICAL ARMEE DU SALUT

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr N'KU IMBIE (pour référence)	

1. PROJET_PARSS-ASSR

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr WANGATA Jacques	

2. SOCIETE CIVILE

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	SAMUKUNGU Patrice	Expert SCOSAF
2.	MBOMBO Louise	Expert UNAAC
3.	Mr DIASIVI Emmanuel	Expert COSC-SRMNEA-Nut
4.	Mr NGOMA Christophe	Expert COSC-SRMNEA-Nut