

Manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire.

1.Service santé infantile. 2.Puériculture. 3.Distribution intégrée soins. 4.Urgences. 5.Service médical urgence.
I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 259687 8

(NLM classification: WA 320)

© **Organisation mondiale de la Santé 2009**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Espagne

Table des matières

Remerciements	v
Introduction	1
Adaptation de ces lignes directrices pour répondre aux besoins locaux	2
Coordination avec les lignes directrices du ministère de la Santé	2
Module 1 : Triage et prise en charge des urgences	4
Chapitre 1 : Triage et évaluation en situation d'urgence	5
Chapitre 2 : Prise en charge des signes d'urgence	11
Module 2 : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les situations d'urgence	13
Organigramme : Résumé du processus de prise en charge intégrée	14
Chapitre 3 : Diarrhée et déshydratation	15
Organigramme : Évaluation de l'enfant atteint de diarrhée	15
Chapitre 4 : Toux et difficultés respiratoires	22
Organigramme : Évaluation de l'enfant présentant une toux ou des difficultés respiratoires	22
Chapitre 5 : Fièvre	28
Organigramme : Évaluation de l'enfant atteint de paludisme	29
Organigramme : Évaluation de l'enfant atteint de rougeole	38
Organigramme : Évaluation de l'enfant atteint d'une maladie fébrile sévère	41
Chapitre 6 : Malnutrition	44
Organigramme : Évaluation de la malnutrition chez l'enfant	44
Chapitre 7 : Pâleur/anémie	49
Organigramme : Évaluation de l'enfant anémique	49
Chapitre 8 : Nouveau-né et nourrisson jusqu'à l'âge de 2 mois	52
Organigramme : Évaluation et réanimation du nouveau-né	52
Organigramme : Soins immédiats au nouveau-né	53
Organigramme : Soins précoces au nouveau-né	54
Organigramme : Évaluation du nourrisson jusqu'à l'âge de 2 mois	55
Chapitre 9 : VIH/SIDA	58
Chapitre 10 : Traumatismes	60
Organigramme : Évaluation de l'enfant présentant un traumatisme	60
Organigramme : Examen de l'enfant présentant un traumatisme	61
Chapitre 11 : Brûlures	64
Organigramme : Évaluation de l'enfant présentant des brûlures	64
Chapitre 12 : Empoisonnement	68

Module 3 : Prévention de la morbidité et de la mortalité infantiles	71
Chapitre 13 : Vaccination et autres mesures de santé publique	72
Chapitre 14 : Prévention de l'infection au VIH chez l'enfant	76
Chapitre 15 : Santé mentale et soutien psychosocial	80
Annexe 1 : Glossaire	84
Annexe 2 : Courbes de croissance	86
Annexe 3 : Ressources pour chaque chapitre	88
Annexe 4 : Posologie des médicaments pour enfant (liste de médicaments)	97

Remerciements

Sous la direction du Dr Lulu Muhe (OMS/CAH), du Dr Michelle Gayer (OMS/DCE) et du Dr William Moss (JHU).

Ce manuel a été rédigé pour l'Organisation mondiale de la Santé par le Centre for Refugee and Disaster Response, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, sous la direction du Dr William Moss, et avec les contributions essentielles du Dr Meenakshi Ramakrishan et de Michelle Barnhart (JHU).

Susanne Gelders, consultante, André Briend (OMS/CAH), Meena Cabral De Mello (OMC/CAH) et Frits de Haan Reijnsbach (OMS/CAH) ont apporté des contributions essentielles.

Les personnes suivantes ont contribué à l'examen et à la révision d'un ou plusieurs des chapitres ou de l'ensemble du document et nous les remercions de leur contribution :

Samira Aboubaker (OMS/CAH), Fayez Ahmad (Merlin), Rajiv Bahl (OMS/CAH), Elisabeth Berryman (SCF-UK), Tarun Dua (OMS/NMH), Nada Al Ward (OMS/HAC), Micheline Diepart (OMS/HIV), Olivier Fontaine (OMS/CAH), Chantal Gegout (OMS/NHD), Peggy Henderson (OMS/CAH), José Martines (OMS/CAH), Elizabeth Mason (OMS/CAH), David Meddings (OMS/VIP), Peter Olumese (OMS/GMP), Shamim Qazi (OMS/CAH), Agostino Paganini (UNICEF), William Perea (OMS/EPR), Aafje Rietveld (OMS/GMP), Peter Strebel (OMS/EPI), Jim Tulloch (AusAid), Mark Van Ommeren (OMS/NMH), Martin Weber (OMS/CAH) et Zita C. Weise Prinzo (OMS/NHD).

Ce document a été partiellement financé par l'OFDA et nous les remercions de leur appui.

Révision du manuel

Ce manuel sera révisé dans trois ans, à savoir en 2011. L'utilisation de ce manuel d'ici cette date sera suivie de très près par l'intermédiaire des partenaires et des ONG responsables de son application directe. L'expérience servira à améliorer la version révisée.

Introduction

Ces lignes directrices sont destinées à apporter un soutien dans la prestation des soins aux enfants dans les situations d'urgence. Elles sont conçues pour servir de référence pour l'évaluation et la prise en charge des enfants en situation d'urgence ainsi que de base pour la formation des agents de santé. Elles s'adressent aux agents de santé de premier niveau qui prodiguent des soins aux enfants de moins de 5 ans. Les médecins et les agents de santé ayant reçu une formation plus poussée doivent se référer à l'ouvrage de l'OMS *Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux* (2005).

Ces lignes directrices mettent l'accent sur les soins prodigués au cours des phases aiguës et chroniques des situations d'urgence. La phase aiguë d'une situation d'urgence est caractérisée par le taux de mortalité brut et persiste tant que ce taux de mortalité brut est au moins le double du taux de mortalité initial, c'est-à-dire tant qu'il y a deux fois plus de personnes qui décèdent par jour qu'en temps normal. Dans l'Afrique subsaharienne, ce seuil est établi à un décès par 10 000 personnes par jour.

Ces lignes directrices concernent les soins aux enfants en l'absence d'installations permettant l'hospitalisation. Elles partent du principe que certains médicaments injectables (intramusculaires) et intraveineux peuvent être administrés. S'il est possible de transférer ou d'hospitaliser l'enfant, certaines des options thérapeutiques de ces lignes directrices pourraient ne pas être applicables, et l'enfant gravement malade devra être transféré à l'hôpital.

Ces lignes directrices visent à réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants en abordant les principales causes de mortalité et de morbidité infantiles dans les situations d'urgence, notamment :

- Maladies diarrhéiques
- Infections aiguës des voies respiratoires
- Rougeole
- Paludisme
- Infections bactériennes sévères
- Malnutrition et carences en oligoéléments
- Traumatismes
- Brûlures
- Empoisonnement

L'évaluation et la prise en charge de ces affections s'appuient sur les lignes directrices de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (encadré 1). Toutefois, ces lignes directrices s'éloignent de la PCIME dans ce sens qu'en plus des affections relatives à la PCIME, elles présentent des algorithmes cliniques pour la réanimation en situation d'urgence, la prise en charge des traumatismes et des brûlures, les soins aux nouveau-nés et aux nourrissons, l'évaluation de la santé mentale et le soutien psychosocial sous forme d'organigrammes. Les lignes directrices concluent par des suggestions pour l'intégration de la prévention et des soins aux enfants dans le contexte local et le système plus large de prestation des soins de santé.

La prestation des soins aux enfants dans les situations d'urgence nécessite plus que la simple présence de l'agent de santé. Il est important de tenir compte des points suivants :

- Faire participer autant que possible la communauté locale. En fonction du type d'urgence, cette dernière peut participer à la surveillance des enfants malades et à la diffusion des messages préventifs relatifs à la santé.
- Assurer la coordination des soins au sein des différents groupes dispensant des soins aux enfants. Dans la mesure du possible, établir un centre de transfert pour les enfants gravement malades.
- Établir un système de surveillance des maladies afin de déceler tôt les flambées, en particulier en ce qui concerne la rougeole, la dysenterie, le choléra et la méningite.
- Assurer la qualité des soins par la surveillance et l'assurance de la qualité, dans la mesure du possible. Les éléments suivants sont cruciaux :
 - Protocoles de diagnostic standard
 - Protocoles de traitement standard
 - Médicaments essentiels et contrôle de la qualité
 - Formation et suivi du personnel.
- En situation d'urgence chronique, commencer la planification en vue de la transition vers un système de santé durable. Le recours aux lignes directrices de PCIME pour les soins aux enfants devrait faciliter cette transition. Cette planification devrait inclure :
 - Vaccination systématique des enfants
 - Soins aux personnes atteintes de tuberculose
 - Soins aux personnes infectées par le VIH
 - Apport d'un soutien psychosocial et de prestations de santé mentale.

Adaptation de ces lignes directrices pour répondre aux besoins locaux

Ces lignes directrices doivent être adaptées pour répondre aux besoins locaux en fonction du fardeau local de la maladie. Il faut tenir compte de ce fardeau dans les soins aux enfants en situation d'urgence. Ce fardeau concerne, par exemple, le risque de :

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| ■ Paludisme | ■ Fièvre typhoïde |
| ■ Méningite méningococcique | ■ Leishmaniose |
| ■ Fièvre jaune | ■ Trypanosomiase |
| ■ Fièvres virales hémorragiques | ■ Peste |

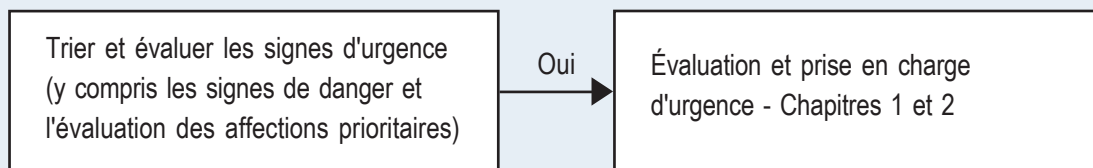
Coordination avec les lignes directrices du ministère de la Santé

Le ministère de la Santé pourrait avoir des lignes directrices qui seront utiles dans la prise en charge des enfants en situation d'urgence, par exemple :

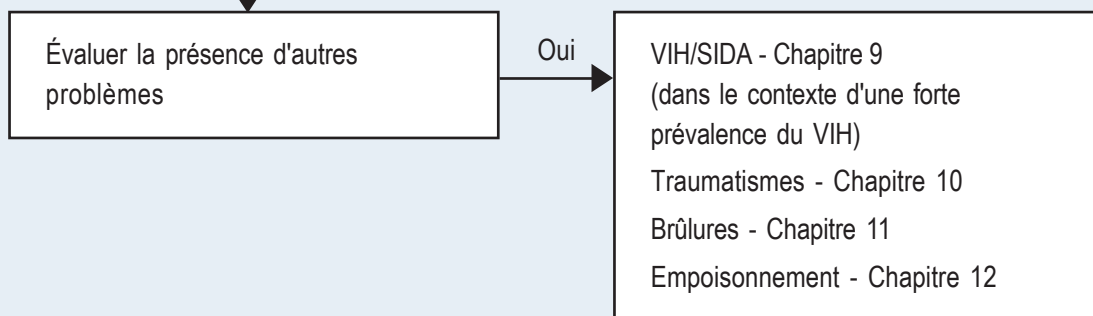
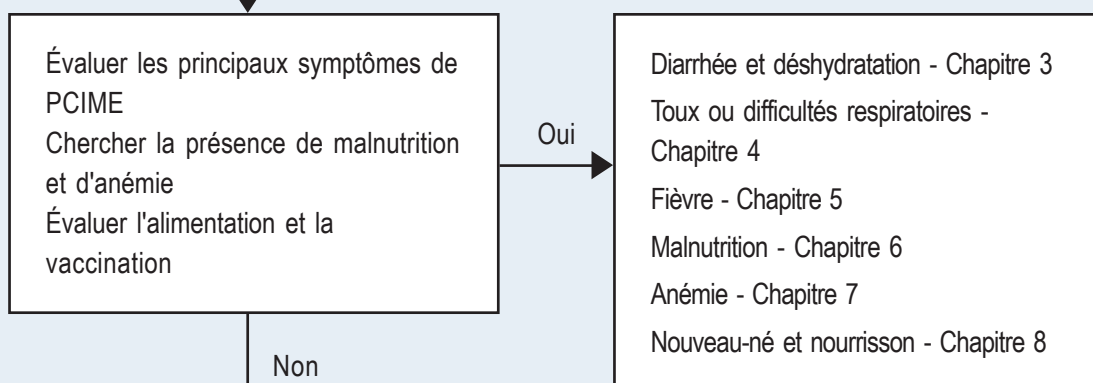
- Médicaments antipaludéens de première et de deuxième intention
- Lignes directrices de traitement de la tuberculose
- Lignes directrices de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Encadré 1 : Structure montrant les liens entre les chapitres de ce manuel

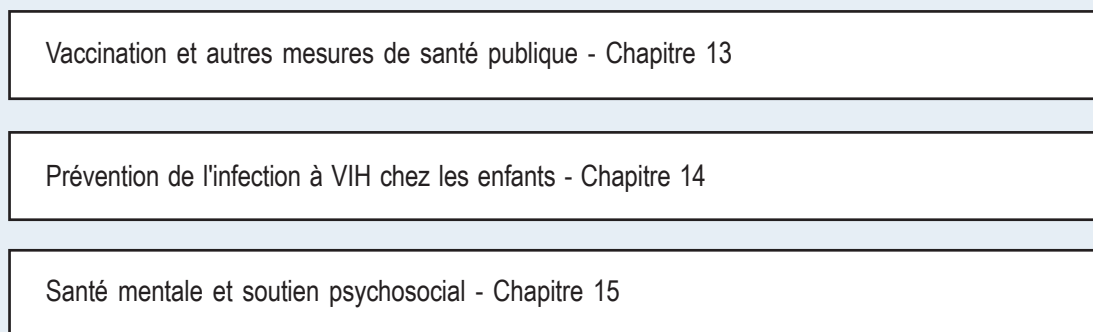
Module 1 : Triage et prise en charge des urgences



Module 2 : Prise en charge intégrée des maladies infantiles



Module 3 : Prévention de la morbidité et de la mortalité infantiles



Module 1

Triage et prise en charge des urgences

Chapitre 1 : Triage et évaluation en situation d'urgence

Chapitre 2 : Prise en charge des signes d'urgence

Chapitre 1

Triage et évaluation en situation d'urgence

Le triage est un processus consistant à examiner rapidement les enfants malades lors de leur arrivée afin de les placer dans une des catégories suivantes :

- Enfants présentant des SIGNES D'URGENCE qui nécessitent un traitement d'urgence immédiat.
- Enfants présentant des SIGNES DE PRIORITÉ à qui il faut donner la priorité dans la file afin de pouvoir les évaluer rapidement et les traiter dans délai.
- Enfants qui ne présentent aucun signe d'urgence ni signe prioritaire et qui constituent des cas NON URGENTS. Ces enfants peuvent attendre leur tour dans la file d'attente pour l'évaluation et le traitement. La majorité des enfants malades constitueront des cas non urgents et n'auront pas besoin d'un traitement d'urgence.

Le triage correspond au classement des enfants par groupes de priorité en fonction des besoins médicaux et des ressources disponibles.

Après ces étapes, passer à l'évaluation générale puis au traitement en fonction de la priorité établie pour l'enfant.

Idéalement, une personne formée à évaluer la gravité de l'état de l'enfant devrait évaluer tous les enfants lors de leur arrivée. Cette personne décidera si l'enfant sera vu immédiatement et recevra un traitement salvateur, s'il sera vu sous peu ou s'il peut attendre son tour en toute sécurité avant d'être examiné.

Catégories après le triage :

CAS URGENTS

CAS PRIORITAIRES

FILE OU CAS NON URGENTS

Mesure requise :

Traitement immédiat

Attention rapide

Attendre son tour dans la file

Processus de triage

Le triage ne devrait pas prendre longtemps. Chez l'enfant qui ne présente pas de signes d'urgence, il prend en moyenne vingt secondes.

- Évaluer plusieurs signes en même temps. Le fait que l'enfant sourit ou pleure exclut une détresse respiratoire sévère, un choc ou un coma.
- Regarder l'enfant et observer la poitrine pour vérifier la respiration et rechercher des signes de priorité comme une malnutrition sévère.
- Écouter pour déceler la présence de bruits anormaux comme un sifflement ou un geignement.

Où et quand devrait avoir lieu le triage?

Le triage doit être effectué dès l'arrivée de l'enfant malade, avant toute procédure administrative telle que l'inscription, ce qui peut nécessiter de réorganiser le débit des patients dans certains endroits.

Le triage peut être effectué à différents endroits, par exemple dans la file d'attente. Le traitement d'urgence peut être administré à n'importe quel lieu offrant suffisamment de place pour un lit ou un chariot pour l'enfant malade, un espace permettant au personnel de travailler et un accès aux médicaments et fournitures appropriés. Si un enfant présentant des signes d'urgence est identifié dans la file d'attente, il doit être amené aussitôt à un endroit où le traitement pourra être administré immédiatement.

Qui doit effectuer le triage?

Tout le personnel clinique participant aux soins dispensés aux enfants malades doit être préparé à évaluer rapidement les enfants afin d'identifier ceux dont l'état est grave et qui ont besoin d'un traitement d'urgence.

Comment effectuer le triage?

Suivre les étapes ABCD :

- Voies aériennes
- Respiration
- Circulation/Coma/Convulsion
- Déshydratation.

- A** Voies Aériennes
- B** Respiration (**B** : breathing)
- C** Circulation/Coma/Convulsion
- D** Déshydratation (grave)

Une fois appliqué le schéma ABCD, l'enfant doit être mis dans une des catégories suivantes :

- Urgence (U)
- Priorité (P)
- Non-urgence et attente dans la file (F).

Signes d'urgence

Le triage des patients consiste à rechercher des signes de maladie ou de traumatisme grave. Ces signes d'urgence sont liés aux voies aériennes, à la respiration, à la circulation ou à l'état de conscience et à la déshydratation, et peuvent être facilement mémorisés avec les lettres ABCD. Chaque lettre fait référence à un signe d'urgence qui, s'il est positif, devrait vous signaler un enfant gravement malade et ayant besoin d'une évaluation et d'un traitement immédiat.

Évaluer les voies aériennes et la respiration

La cause la plus fréquente de difficultés respiratoires chez les enfants dans les situations d'urgence est la pneumonie. Toutefois, d'autres causes non infectieuses peuvent aussi entraîner des difficultés respiratoires, notamment l'anémie, la septicémie, le choc et l'exposition à la fumée. Une infection (p. ex., le croup) ou la présence d'un objet dans les voies aériennes peut aussi provoquer une obstruction des voies aériennes.

Si un des signes suivants est présent, l'enfant a un problème au niveau des voies aériennes ou des difficultés respiratoires :

- Enfant ne respirant pas
- Enfant présentant une cyanose centrale (coloration bleuâtre)
- Détresse respiratoire sévère avec respiration rapide ou tirage sous-costal

Évaluer la présence d'un problème au niveau des voies aériennes ou des difficultés respiratoires :

- L'enfant respire-t-il?
- Y a-t-il une cyanose centrale?
- Y a-t-il une détresse respiratoire sévère?
- En cas de détresse respiratoire sévère, semble-t-il y avoir une obstruction des voies respiratoires? L'enfant ayant une obstruction des voies aériennes semble avoir de la difficulté à respirer et une faible quantité d'air pénètre ses poumons. Parfois, l'enfant émettra un son (stridor) lors du passage de l'air au niveau de l'obstruction.

Évaluation de la respiration rapide :

- Compter les mouvements respiratoires **PENDANT UNE MINUTE COMPLÈTE** afin d'évaluer la respiration rapide.

Si l'enfant a :

Moins de 2 mois

De 2 à 12 mois

De 12 mois à 5 ans

La respiration est rapide s'il y a :

60 mouvements respiratoires par minute ou plus

50 mouvements respiratoires par minute ou plus

40 mouvements respiratoires par minute ou plus

- Rechercher un tirage sous-costal.

Un tirage sous-costal est un enfoncement de la paroi thoracique inférieure lorsque l'enfant inspire et représente un signe de détresse respiratoire. L'enfoncement de la paroi thoracique ne fait pas référence au mouvement du tissu mou entre les côtes.

N.B. Se reporter à l'annexe 1 pour une définition des termes techniques.

Pour la prise en charge de l'enfant ayant un problème des voies aériennes ou des difficultés respiratoires, passer au chapitre 2.

Évaluer la circulation à la recherche de signes de choc

Les causes courantes de choc comprennent la déshydratation provoquée par la diarrhée, la septicémie, la perte importante de sang après un traumatisme et l'empoisonnement.

L'enfant est en état de choc (un problème lié à la circulation sanguine) en présence d'un des signes suivants :

- Mains froides ET
- Temps de remplissage capillaire supérieur à 3 secondes OU
- Pouls faible et rapide

Évaluer la circulation de l'enfant.

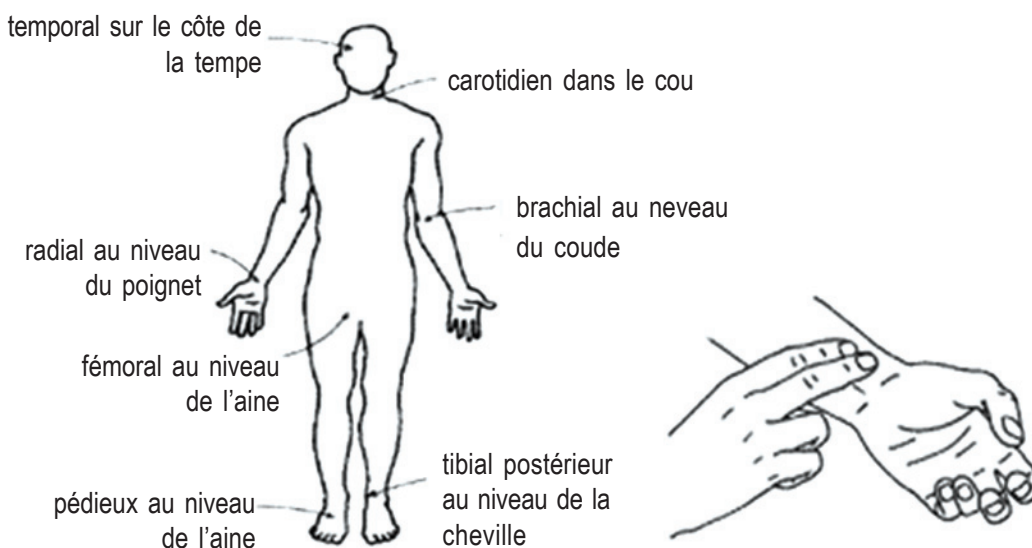
- L'enfant a-t-il les mains froides?
- Si oui, le temps de remplissage capillaire est-il supérieur à 3 secondes? Classer comme un CHOC si le temps de remplissage capillaire est supérieur à 3 secondes.
- Vérifier le pouls. Est-il faible et rapide?
 - Pour vérifier le pouls, cherchez d'abord le pouls radial. S'il est fort et pas particulièrement rapide, il est adéquat. Aucun autre examen n'est nécessaire.
 - Si l'on ne sent pas de pouls radial ou si ce pouls est faible, chercher un pouls plus central.
 - Chez un nourrisson (de moins de 1 an), remonter le long de l'avant-bras et chercher le pouls brachial ou, si le nourrisson est couché, le pouls fémoral.
 - Si le pouls plus central est faible, évaluer s'il semble rapide.

Classer comme un CHOC si le pouls est faible et rapide.

Pour la prise en charge d'un enfant en état de choc, passer au chapitre 2.

Le temps de remplissage capillaire est la durée nécessaire à la couleur rose pour revenir après l'application d'une pression pour faire pâlir l'ongle du pouce ou du gros orteil pendant 3 secondes.

Figure 1 : Emplacement des principales artères permettant d'évaluer le pouls



Évaluer l'enfant à la recherche de convulsions¹ et de coma

Les causes courantes de convulsions chez les enfants comprennent la méningite, le paludisme cérébral et le traumatisme crânien.

Les signes de convulsion comprennent :

- Perte de conscience soudaine
- Mouvements répétés et spasmodiques des membres
- Raideur des bras et des jambes de l'enfant
- Enfant inconscient pendant et après la convulsion

Pour la prise en charge d'un enfant en convulsions, passer au chapitre 2.

Les causes courantes de perte de conscience ou de léthargie comprennent la méningite, la septicémie, la déshydratation, le paludisme, l'hypoglycémie et l'anémie sévère.

Rechercher des signes d'inconscience ou de léthargie chez l'enfant.

- Si l'enfant n'est pas éveillé et alerte, essayer de le réveiller en lui parlant.
- Puis lui agiter le bras pour essayer de le réveiller.
- En l'absence de réponse au mouvement du bras, pincer la base de l'ongle du doigt pour provoquer une légère douleur.
- Si l'enfant ne répond pas à la voix, au mouvement du bras ou à la douleur, il est alors inconscient.

Pour la prise en charge d'un enfant inconscient, passer au chapitre 2.

Vérifier si l'enfant est irrité ou agité en recherchant :

- Difficulté à calmer l'enfant
- Signes persistants d'inconfort ou pleurs
- Mouvements continus et anormaux sans périodes de calme

Si un traumatisme pouvant avoir affecté le cou ou la colonne vertébrale est soupçonné, ne pas bouger la tête ni le cou pendant le traitement de l'enfant et poursuivre l'évaluation.

- Demander si l'enfant a eu un traumatisme à la tête ou au cou ou s'il a fait une chute qui pourrait avoir endommagé sa colonne vertébrale.
- Chercher des ecchymoses ou d'autres signes de traumatisme à la tête ou au cou.

Pour une évaluation plus détaillée et la prise en charge de l'enfant ayant subi un traumatisme de la tête ou du cou, passer au chapitre 10.

¹ Si un enfant a des convulsions récurrentes, il pourrait être atteint d'épilepsie. L'épilepsie est une affection se caractérisant par des crises épileptiques récurrentes. La crise épileptique (aussi appelée convulsion, crise ou attaque) est le résultat de décharges électriques excessives dans les cellules nerveuses du cerveau prenant la forme d'un fonctionnement anormal soudain du corps, souvent accompagné d'une perte de conscience, une activité musculaire excessive ou, parfois, une perte de l'activité musculaire, ou une sensation anormale. Un enfant atteint d'épilepsie doit faire l'objet d'un suivi étroit par un expert dans un hôpital. Transférer pour l'évaluation et les soins de suivi.

Les causes d'hypoglycémie comprennent la septicémie, la diarrhée, le paludisme et les brûlures.

Pour mesurer la glycémie à l'aide d'une bandelette réactive :

- Mettre une goutte de sang de l'enfant sur la bandelette.
- Après 60 secondes, laver le sang délicatement avec quelques gouttes d'eau froide.
- Comparer la couleur avec la clé sur le côté du flacon.
- Si la glycémie est inférieure à 2,5 mmol/litre, l'enfant a une hypoglycémie et a besoin d'un traitement.

Pour la prise en charge de l'enfant hypoglycémique, passer au chapitre 2.

Rechercher une déshydratation sévère

La diarrhée est une des causes les plus courantes de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Le décès est le plus souvent attribuable à la déshydratation. Les enfants présentant des signes de déshydratation sévère (comme les yeux enfoncés, un pli cutané s'effacement considérablement lentement, une léthargie ou une inconscience, ou l'incapacité à boire ou à téter) ont besoin d'une prise en charge d'urgence en vue de recevoir des liquides de substitution.

Pour une évaluation plus détaillée et la prise en charge de l'enfant atteint de déshydratation sévère, passer au chapitre 3.

Affections prioritaires

Si l'enfant ne présente aucun signe d'urgence, l'agent de santé recherche la présence de signes de priorité (encadré 2). Cette recherche ne devrait pas prendre plus que quelques secondes. Certains de ces signes auront été relevés lors du triage ABCD tandis que d'autres devront être vérifiés de nouveau.

Encadré 2 : Affections prioritaires

- Très petit bébé : tout enfant malade âgé de moins de 2 mois (chapitre 8)
- Température : enfant très chaud (chapitre 5)
- Traumatisme ou autre affection chirurgicale urgente (chapitre 10)
- Pâleur (sévere) (chapitre 7)
- Empoisonnement (chapitre 12)
- Douleur (intense) : peut se manifester chez un jeune nourrisson par des pleurs persistants et inconsolables ou une agitation
- Léthargie, irritabilité ou agitation (chapitre 3)
- Détresse respiratoire (chapitre 4)
- Transfert (urgent) - si l'enfant a été transféré
- Malnutrition : amaigrissement sévère et visible (chapitre 6)
- Œdème des deux pieds (gonflement) (chapitre 6)
- Brûlure (chapitre 11)

Chapitre 2

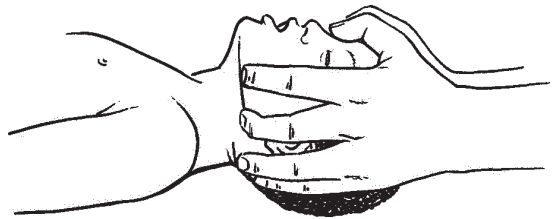
Prise en charge des signes d'urgence

Prise en charge d'urgence des problèmes des voies aériennes et des difficultés respiratoires

Un problème respiratoire ou une obstruction des voies aériennes peut mettre la vie de l'enfant en danger. Il a besoin d'un traitement immédiat pour améliorer ou rétablir la respiration.

- Si les voies aériennes semblent obstruées, les dégager en basculant la tête légèrement vers l'arrière.
- Si l'enfant pourrait avoir un traumatisme du cou, ne pas basculer la tête, mais maintenir la mâchoire sans mettre la tête en hyperextension (figure 2).
- Donner de l'oxygène si possible.
- Corriger la cause sous-jacente du problème respiratoire ou de l'obstruction des voies aériennes
 - Toux (pneumonie) (voir module 2, chapitre 4)
 - Pâleur (anémie) (voir module 2, chapitre 8)
 - Fièvre (septicémie) (voir module 2, chapitre 5)
 - Choc (voir ci-dessous)
 - Emplissonnement (voir module 2, chapitre 12).

Figure 2 : Maintien de la mâchoire sans hyperextension de la tête si l'on soupçonne un traumatisme du cou



Prise en charge d'urgence de l'enfant en état cas de choc

Un enfant en état de choc doit recevoir rapidement des solutés intraveineux (IV). Un bolus (gros volume) de soluté est poussé rapidement dans les veines en cas de choc quand l'enfant ne présente pas de malnutrition sévère.

- Insérer le cathéter intraveineux (IV) et commencer à donner rapidement les solutés en traitement du choc. On peut utiliser une solution saline (0,9 %) ou de soluté de Ringer lactate pour l'apport liquidien. Donner 20 ml/kg de soluté et réévaluer les signes de choc. Des bolus de 20 ml/kg peuvent être donnés deux fois ou plus si les signes de choc persistent.
- S'il est impossible d'insérer un cathéter intraveineux (IV) périphérique après trois tentatives, insérer le cathéter dans une veine du cuir chevelu ou dans un abord intra-osseux.
- Si l'enfant est atteint de malnutrition sévère, il faut administrer le soluté plus lentement et appliquer une surveillance étroite. Les solutés intraveineux peuvent provoquer une insuffisance cardiaque congestive chez les enfants atteints de malnutrition sévère.
- Appliquer une pression pour arrêter toute hémorragie.
- Donner de l'oxygène si possible.

Prise en charge d'urgence de l'enfant inconscient

Le traitement de l'enfant inconscient comprend :

- Prise en charge des voies aériennes
- Positionnement de l'enfant (en cas de traumatisme, stabiliser tout d'abord le cou de façon à l'immobiliser)
- Administration de glucose intraveineux (IV) (voir ci-dessous)
- Prise en charge de la cause sous-jacente de la perte de conscience chez les enfants qui FONT de la fièvre :
 - paludisme, méningite, septicémie (voir module 2, chapitre 5)
- Prise en charge de la cause sous-jacente de la perte de conscience chez les enfants qui N'ONT PAS de fièvre :
 - déshydratation (voir module 2, chapitre 3)
 - anémie (voir module 2, chapitre 7)
 - empoisonnement (voir module 2, chapitre 12).

Prise en charge d'urgence de l'enfant en convulsions

Le traitement de l'enfant en convulsions comprend les étapes suivantes :

- S'assurer que la bouche et les voies aériennes ne sont pas obstruées, mais sans rien insérer dans la bouche pour la maintenir ouverte.
- Tourner l'enfant sur le côté pour éviter une aspiration.
- Donner du glucose intraveineux (IV).
- Administrer du diazépam ou du paraldéhyde (phénobarbital pour les nouveau-nés)
 - Option 1 : diazépam intraveineux (IV) (0,3 mg/kg, dose totale de 10 mg) en perfusion lente sur 2 minutes
 - Option 2 : diazépam rectal (0,5 mg/kg) administré en insérant une seringue (1 ml) sans aiguille dans le rectum
 - Option 3 : paraldéhyde (0,2 ml/kg pour un maximum de 10 ml) par injection intramusculaire (IM) profonde dans la cuisse antérieure (avant de la cuisse)
 - Option 4 : paraldéhyde rectal (0,4 ml/kg) administré en insérant une seringue (1 ml) sans aiguille dans le rectum
 - Pour les nouveau-nés : Phénobarbital à 20 mg/kg IV/IM. Si les convulsions continuent, ajouter 10 mg/kg après 30 minutes.

Prise en charge de l'enfant hypoglycémique (glucose)

- Si l'enfant est inconscient, installer une perfusion intraveineuse (IV) de solution glucosée
 - Une fois la perfusion bien enclenchée, donner 5 ml/kg de solution glucosée à 10 % (D10) pendant quelques minutes ou 1 ml/kg de solution glucosée à 50 % (D50) par poussée très lente.
 - Insérer ensuite une sonde nasogastrique et commencer à nourrir l'enfant toutes les 2 heures.

Module 2

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant en situation d'urgence

Chapitre 3 : Diarrhée

Chapitre 4 : Toux ou difficulté respiratoire

Chapitre 5 : Fièvre

Chapitre 6 : Malnutrition

Chapitre 7 : Anémie

Chapitre 8 : Nouveau-né et nourrisson jusqu'à l'âge de 2 mois

Chapitre 9 : VIH/sida

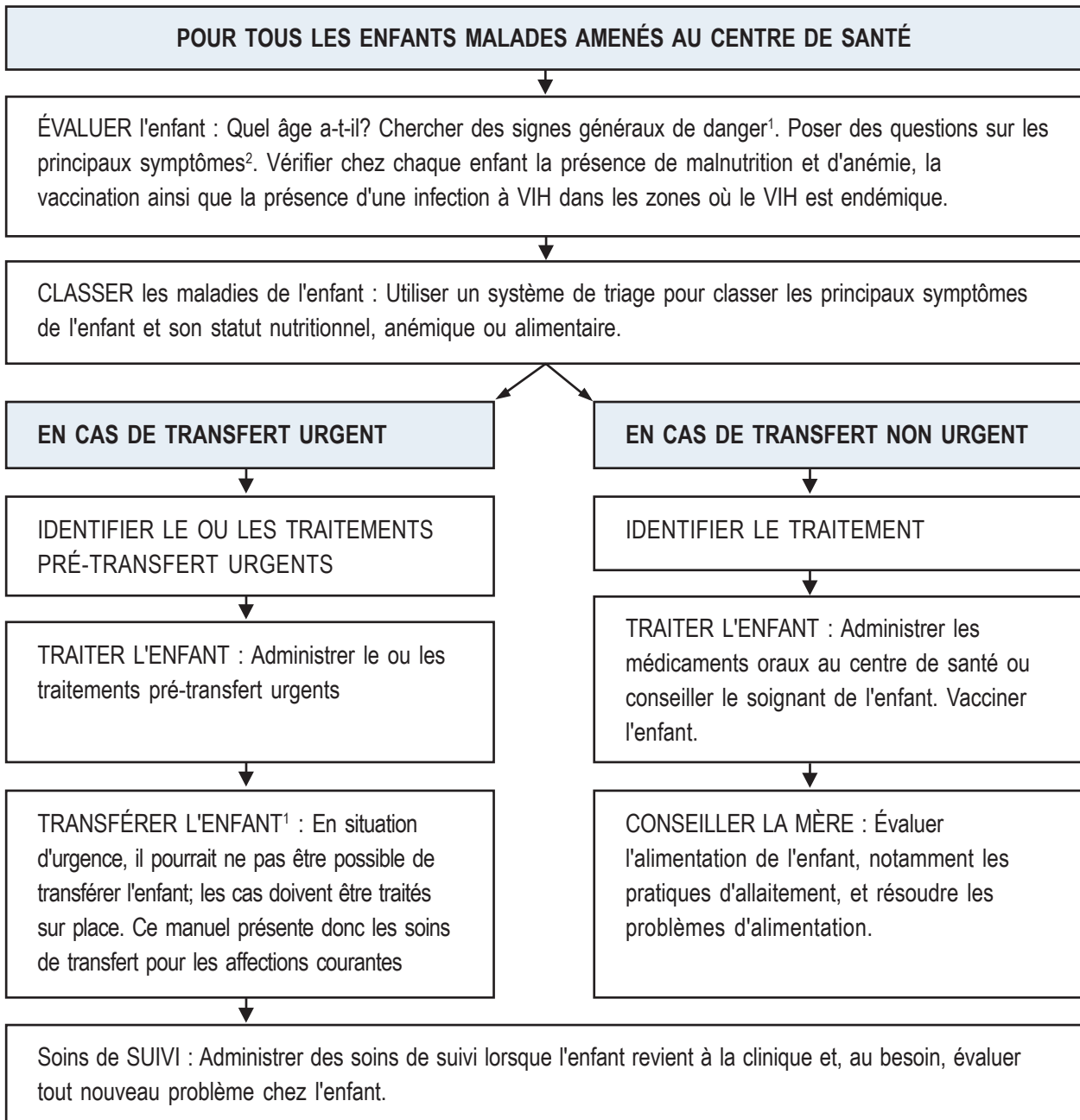
Chapitre 10 : Traumatismes

Chapitre 11 : Brûlures

Chapitre 12 : Empoisonnement

Résumé du processus intégré de prise en charge des cas

La stratégie PCIME repose sur la prise en charge intégrée des problèmes de santé infantiles les plus courants. La prise en charge intégrée des cas dépend de la détection des cas par la reconnaissance de signes cliniques simples et d'un traitement empirique. Un nombre aussi limité que possible de signes cliniques et d'épreuves de laboratoires sont utilisés.



¹ Les signes généraux de danger comprennent les convulsions, l'incapacité à boire ou à téter, les vomissements de tout ce qui a été absorbé ou la léthargie ou l'inconscience. L'évaluation et la prise en charge de ces affections sont traitées au module 1.

² Les principaux symptômes comprennent la diarrhée, la toux ou les difficultés respiratoires, la fièvre, la malnutrition, l'anémie ou l'affection de l'oreille dont l'évaluation et la prise en charge sont présentées dans les chapitres suivants.

Chapitre 3

Diarrhée et déshydratation

Évaluation de l'enfant atteint de diarrhée

- DEMANDER : L'enfant a-t-il de la diarrhée?
- DEMANDER : Depuis combien de temps l'enfant a-t-il de la diarrhée?
- DEMANDER : Y a-t-il du sang dans les selles?
- ÉVALUER l'état général de l'enfant. L'enfant est-il léthargique ou inconscient? Agité et irritable?
- OBSERVER si l'enfant a les yeux enfoncés.
- PROPOSER un liquide à l'enfant. L'enfant est-il incapable de boire ou boit-il avec difficulté? Boit-il avidement, a-t-il soif?
- PINCER la peau de l'abdomen. Le pli cutané s'efface-t-il : très lentement (plus de 2 secondes)? Lentement? Immédiatement?

Classer le niveau de déshydratation de l'enfant

Déshydratation sévère

Si au moins 2 des signes suivants sont présents :

- Léthargie ou inconscience
- Yeux enfoncés
- Incapacité ou difficulté à boire
- Pli cutané s'effaçant très lentement

Plan C : Traiter rapidement la déshydratation sévère

- Administrer des solutés par voie intraveineuse (IV) ou par sonde nasogastrique, comme dans le plan C.
- Transférer l'enfant à l'hôpital pour l'administration de solutés IV si l'administration intraveineuse des solutés n'est pas possible sur place
- Réévaluer l'enfant

Déshydratation légère

Si au moins 2 des signes suivants sont présents :

- Agitation, irritabilité
- Yeux enfoncés
- Boit avidement, assoiffé
- Pli cutané s'effaçant lentement

Plan B : Traiter la déshydratation avec des solutions de SRO

- Administrer à l'enfant une solution de SRO et du zinc
- L'enfant allaité doit continuer d'être nourri au sein
- Les enfants non allaités doivent recevoir leur lait habituel ou des aliments nutritifs après 4 heures d'administration des solutions de SRO
- Réévaluer l'enfant

Aucune déshydratation

■ Si au moins deux des signes de « déshydratation sévère ou légère » NE SONT PAS présents

Plan A : Traiter la diarrhée à domicile

- Conseiller à la mère de donner des liquides supplémentaires et du zinc
- Conseiller à la mère de continuer à allaiter
- Indiquer à la mère quand revenir pour le suivi
- Réévaluer l'enfant

Recherche des signes de déshydratation chez l'enfant atteint de diarrhée

- DEMANDER : Depuis combien de temps l'enfant a-t-il de la diarrhée?
- DEMANDER : Y a-t-il du sang dans les selles?
- OBSERVER l'état général de l'enfant. L'enfant est-il léthargique ou inconscient? Agité et irritable?
- OBSERVER si l'enfant a les yeux enfoncés.
- PROPOSER du liquide à l'enfant. L'enfant est-il incapable de boire ou boit-il avec difficulté? Boit-il avidement et a-t-il soif?
- PINCER la peau de l'abdomen. Le pli cutané s'efface-t-il : très lentement (plus de 2 secondes)? Lentement?

Classer le niveau de déshydratation de l'enfant

Il y a trois classifications possibles pour la déshydratation :

- Déshydratation sévère
- Déshydratation légère
- Aucune déshydratation

Classer la déshydratation de l'enfant :

- Si au moins deux des signes suivants sont présents, classer comme une DÉSHYDRATATION SÉVÈRE :
 - Léthargie ou inconscience
 - Yeux enfoncés
 - Incapacité ou difficulté à boire
 - Pli cutané s'effaçant très lentement (plus de 2 secondes)
- Si au moins deux des signes suivants sont présents, classer comme une DÉSHYDRATATION LÉGÈRE :
 - Agitation, irritabilité
 - Yeux enfoncés
 - Boit avidement, assoiffé
 - Pli cutané s'effaçant lentement (moins de 2 secondes, mais plus lentement que la normale)
- Si au moins deux des signes ci-dessus ne sont pas présents, classer comme ABSENCE DE DÉSHYDRATATION.

Prise en charge de la déshydratation

Plan A : Traitement de la diarrhée à domicile

Apprendre à la mère les quatre règles du traitement à domicile.

1. Donner davantage de liquides (autant qu'en veut l'enfant)

- Expliquer à la mère :
 - Qu'il faut allaiter souvent et prolonger la durée de la tétée
 - Que si l'enfant est uniquement nourri au sein, il faut lui donner une solution de SRO ou de l'eau propre en plus du lait maternel
 - Que si l'enfant n'est pas uniquement nourri au sein, il faut lui donner un ou plusieurs des éléments suivants : aliments liquides (potage, eau de riz et yaourt liquide) ou solution de SRO
- Il est crucial de donner une solution de SRO à domicile si :
 - L'enfant a reçu le traitement B ou C lors de cette visite médicale
 - L'enfant ne peut pas être ramené au centre de santé si la diarrhée s'aggrave
- Montrer à la mère comment mélanger et administrer la solution de SRO. Donner à la mère 2 paquets de solution de SRO à administrer à domicile.
- Montrer à la mère quelle quantité de liquide elle doit donner en plus de la consommation normale.
 - Jusqu'à l'âge de 2 ans : de 50 à 100 ml après chaque selle liquide
 - À partir de l'âge de 2 ans : de 100 à 200 ml après chaque selle liquide
- Expliquer à la mère :
 - Donner fréquemment à boire dans une tasse, par petites gorgées
 - Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.
 - Continuer à donner davantage de liquides jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

2. Donner des suppléments de zinc

- Expliquer à la mère quelle quantité de zinc (comprimés à 20 mg) elle doit donner :
 - Jusqu'à 6 mois : ½ comprimé par jour pendant 14 jours
 - 6 mois ou plus : 1 comprimé par jour pendant 14 jours
- Montrer à la mère comment donner les suppléments de zinc :
 - Nourrissons : dissoudre le comprimé dans une petite quantité de lait maternel exprimé, de solution de SRO ou d'eau propre dans une tasse
 - Enfants plus âgés : les comprimés peuvent être croqués ou dissous dans une petite quantité d'eau propre dans une tasse

3. Continuer l'alimentation

4. Quand revenir

- Conseiller à la mère de revenir immédiatement si l'enfant présente tout signe de danger (léthargie, inconscience, convulsions, incapacité à boire ou à manger).
- Revoir dans 5 jours en l'absence d'amélioration.

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

Plan B : Traitement des signes de déshydratation avec une solution de SRO

Donner les quantités recommandées de solution de SOR pendant 4 heures

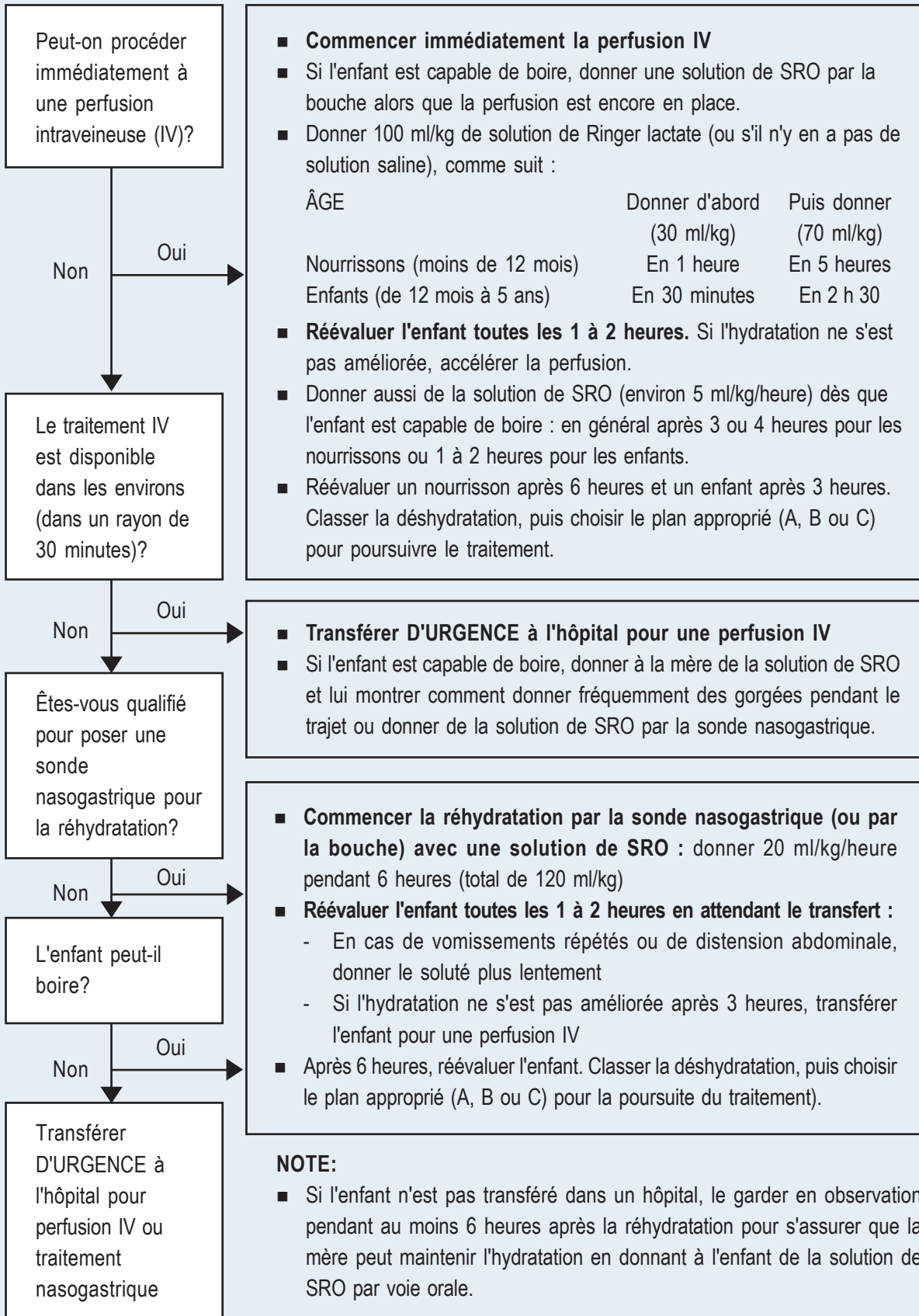
- Déterminer la quantité de solution de SRO à administrer pendant les 4 premières heures

Âge	Jusqu'à 4 mois	De 4 à 12 mois	De 12 mois à 2 ans	De 2 à 5 ans
Poids	<4 kg	6 -<10 kg	10-<12 kg	12-<20kg
Solution en ml	200-450	450-800	800-960	960-1600

- N'utiliser l'âge de l'enfant que si le poids est inconnu. La quantité approximative de solution de SRO nécessaire (in ml) peut être calculée en multipliant le poids de l'enfant en kg par 75.
- Si l'enfant veut plus de solution de SRO que la quantité indiquée, il faut lui en donner plus.
- Pour les nourrissons de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner aussi 100-200 ml d'eau propre pendant cette période.
- Montrer à la mère comment administrer la solution de SRO
 - Donner de petites gorgées fréquentes, avec une tasse.
 - Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes, puis continuer, mais plus lentement.
 - Continuer de nourrir l'enfant au sein dès qu'il le réclame.
- Après 4 heures
 - Réévaluer l'état de l'enfant et classer la déshydratation de l'enfant.
 - Choisir le plan approprié pour la poursuite du traitement.
 - Commencer à nourrir l'enfant au centre de santé.
- Si la mère doit partir avant la fin du traitement
 - Lui montrer comment préparer la solution de SRO à domicile.
 - Lui montrer quelle quantité de solution de SRO donner pour terminer le traitement de 4 heures.
 - Lui expliquer les 4 règles du traitement à domicile.
 1. Donner davantage de liquides
 2. Donner des suppléments de zinc
 3. Continuer d'alimenter
 4. Quand revenir
 - Expliquer à la mère de revenir immédiatement avec l'enfant si celui-ci présente tout signe de danger (léthargie, inconscience, convulsions, incapacité à manger ou à boire).
 - Revoir dans 5 jours en l'absence d'amélioration.

Plan C : Traitement rapide de la déshydratation grave

SUIVRE LES FLÈCHES, SI LA RÉPONSE EST « OUI », FAIRE CE QUI EST INDIQUÉ SUR LA DROITE, SI LA RÉPONSE EST « NON », PASSER À LA QUESTION SUIVANTE



Types de diarrhée

La diarrhée peut être :

- aiguë (y compris le choléra)
- persistante (diarrhée depuis au moins 14 jours)
- persistante et sévère (diarrhée persistante accompagnée d'une déshydratation légère ou sévère)
- une dysenterie (présence de sang dans les selles)

Classer comme une DIARRHÉE PERSISTANTE si l'enfant a de la diarrhée depuis au moins 14 jours.

Classer comme une DIARRHÉE PERSISTANTE SÉVÈRE si l'enfant a de la diarrhée depuis au moins 14 jours et qu'il présente une déshydratation légère ou sévère.

Classer comme une DYSENTERIE si l'enfant a de la diarrhée et qu'il y a du sang dans ses selles.

Classer comme un CHOLÉRA si l'on sait qu'une épidémie de choléra sévit dans la région et que l'enfant a une diarrhée aqueuse.

Il faut soupçonner un choléra si un enfant de plus de 5 ans ou un adulte présente une déshydratation sévère en raison d'une diarrhée aqueuse aiguë ou si tout patient de plus de 2 ans a une diarrhée aqueuse aiguë et que l'on sait que le choléra sévit dans la région. Les enfants plus jeunes peuvent présenter un choléra, mais la maladie peut être difficile à distinguer d'autres causes de diarrhée aqueuse aiguë.

Prise en charge de l'enfant atteint de diarrhée

Un enfant atteint de DIARRHÉE PERSISTANTE ou SÉVÈRE requiert des liquides et une nutrition.

- Traiter la déshydratation selon le plan A, B ou C en fonction du niveau de déshydratation.
- Montrer à la mère comment nourrir son enfant.
- Donner des suppléments de multivitamines tous les jours pendant 2 semaines si possible.
- Identifier et traiter les infections (voir module 2, chapitres 4, 5, 6 et 7).
- Ne pas donner d'antibiotiques aux enfants atteints de diarrhée, sauf s'ils présentent une dysenterie ou un choléra sévère.
- Surveiller l'alimentation ainsi que les traitements et la réponse de l'enfant à ceux-ci (p. ex., gain de poids).

Un enfant atteint de DYSENTERIE requiert des antibiotiques et une réhydratation.

- Administrer des antibiotiques pour une infection à *Shigella* possible.
 - Ciprofloxacine par voie orale (15 mg/kg) deux fois par jour pendant 3 jours

¹ Dans certains pays, la principale cause de dysenterie pourrait être une dysenterie amibienne. Si c'est le cas, il faut administrer du métronidazole.

Quantité de comprimés 2 fois par jour pendant 3 jours :

Comprimés	< 1 an	1-4 ans	5-15 ans
500 mg	¼ comprimé	½ comprimé	1 comprimé
250 mg	½ comprimé	1 comprimé	2 comprimés

- Certaines souches de shigella sont résistantes aux antibiotiques. Les autres médicaments efficaces contre les souches multirésistantes de shigella sont les suivants :
 - ceftriaxone IM (50-100 mg/kg) une fois par jour pendant 2 à 5 jours
 - pivmécilliname oral (20 mg/kg; maximum de 300 mg) quatre fois par jour pendant 5 jours
- Traiter la déshydratation tel que décrit plus haut.
- Administrer du zinc :
 - Aux enfants de moins de 6 mois : 10 mg/jour pendant 14 jours
 - Aux enfants de 6 mois ou plus : 20 mg/jour pendant 14 jours

Un enfant atteint de CHOLÉRA a besoin de liquides. La réhydratation est à la base de la prise en charge du choléra. Des antibiotiques peuvent être administrés en plus des liquides en cas de choléra sévère.

- Traiter la déshydratation tel que décrit plus haut.
- Un enfant atteint de choléra peut se déshydrater très rapidement et pourrait avoir besoin d'une perfusion intraveineuse pour la réhydratation.
- Administrer des antibiotiques aux enfants atteints de choléra sévère. Il est important d'effectuer un test de sensibilité aux antibiotiques avant le traitement. Les antibiotiques suivants pourraient être efficaces :
 - doxycycline
 - tétracycline orale
 - cotrimoxazole oral
 - érythromycine orale
 - furazolidone orale

Chapitre 4

Toux ou difficultés respiratoires

Évaluation de l'enfant présentant une toux ou des difficultés respiratoires

- DEMANDER : L'enfant tousse-t-il ou a-t-il de la difficulté à respirer?
- DEMANDER : Depuis combien de temps l'enfant tousse-t-il ou a-t-il de la difficulté à respirer?
- COMPTER le nombre de mouvements respiratoires en une minute

Si l'enfant a entre 2 et 12 mois,
50 mouvements respiratoires par minute ou
constituent une respiration rapide

Si l'enfant a entre 12 mois et 5 ans,
40 mouvements respiratoires par minute plus
correspondent à une respiration rapide

- OBSERVER pour déceler un tirage sous-costal
- OBSERVER et ÉCOUTER pour déceler un sifflement ou un stridor

Classification de l'enfant présentant une toux ou des difficultés respiratoires

Pneumonie sévère

- Toux ou difficulté à respirer avec ou sans respiration rapide ET
- Tirage sous-costal OU
- Signes de danger, comme léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à manger ou à boire OU
- Stridor chez un enfant calme

Prise en charge de l'enfant atteint de pneumonie sévère

- Si possible, transférer à l'hôpital
- Réhydrater
- Donner de l'oxygène si possible
- Antibiotiques
- Bronchodilatateur (salbutamol) si l'enfant a une respiration sifflante
- Paracétamol toutes les 6 heures si l'enfant a de la fièvre
- Garder le nourrisson au chaud, au sec et bien enveloppé

Pneumonie

- Toux ou difficulté à respirer ET
Respiration rapide

Prise en charge de l'enfant atteint de pneumonie

- Administrer de l'amoxicilline orale
- Montrer à la mère comment donner l'antibiotique
- Encourager l'enfant à manger et à boire
- Encourager la mère à continuer l'allaitement au sein

Toux ou rhume

- Toux mais PAS de respiration rapide, de tirage sous-costal, de stridor ni de signes de danger

Prise en charge de l'enfant atteint de toux ou de rhume

- Montrer à la mère comment soulager la gorge et la toux avec un remède sans danger (thé chaud et sucre)
- Conseiller à la mère de surveiller la respiration pour vérifier si elle est rapide ou laborieuse. Elle doit revenir immédiatement au centre de santé si c'est le cas.
- Si la toux ou les difficultés respiratoires durent depuis plus de 2 semaines, transférer pour une évaluation et une prise en charge de la tuberculose ou de l'asthme

Évaluation de l'enfant présentant une infection aiguë des voies respiratoires (toux ou difficultés respiratoires)

- DEMANDER : L'enfant tousse-t-il ou a-t-il de la difficulté à respirer?
- DEMANDER : Depuis combien de temps l'enfant a-t-il de la toux ou de la difficulté à respirer?
- COMPTER les mouvements respiratoires en une minute.

Si l'enfant a :

De 2 à 12 mois

De 12 mois à 5 ans

L'enfant a une respiration rapide à partir de :

50 mouvements respiratoires par minute ou plus

40 mouvements respiratoires par minute ou plus

- RECHERCHER un tirage sous-costal.
- OBSERVER et ÉCOUTER pour déceler un stridor ou une respiration sifflante, signe d'obstruction des voies aériennes.

Un tirage sous-costal est un mouvement vers l'intérieur de la paroi thoracique inférieure à l'inspiration et représente un signe de détresse respiratoire. Le tirage sous-costal est différent du mouvement s'opérant dans le tissu mou situé entre les côtes.

Le stridor est un bruit aigu fait par l'enfant à l'inspiration (inhalation). Il est généralement provoqué par une infection virale (croup), qui provoque le gonflement des voies aériennes supérieures de l'enfant. La diphtérie, une infection bactérienne que l'on peut éviter grâce à la vaccination, est une autre cause de stridor. Le stridor peut aussi être provoqué par un objet dans les voies aériennes supérieures.

Le sifflement est un bruit aigu entendu vers la fin de l'expiration. Il est provoqué par un rétrécissement des petites voies aériennes dans les poumons. Pour entendre un sifflement, placer l'oreille près de la bouche de l'enfant et écouter la respiration alors que l'enfant est calme ou utiliser un stéthoscope pour déceler la présence de sifflements.

Parmi les signes de diphtérie, on retrouve notamment :

- Observer le nez et la gorge de l'enfant très attentivement sans l'inquiéter. S'il y a une membrane grise et adhérente ne pouvant être éliminée avec un tampon ouaté, on est probablement en présence de diphtérie.
- Observer le cou de l'enfant. S'il est gonflé (« cou de taureau ») d'un côté, cela suggère aussi une diphtérie.

Classer l'enfant présentant une toux ou des difficultés respiratoires

Il y a trois classifications possibles pour un enfant présentant une toux ou des difficultés respiratoires :

- Pneumonie sévère
- Pneumonie
- Toux ou rhume (sans pneumonie)

- Classer comme une PNEUMONIE SÉVÈRE si l'enfant respire rapidement et qu'il présente :
 - Des signes généraux de danger comme une léthargie ou une inconscience, des convulsions, une incapacité à manger ou à boire ou un stridor
 - Un tirage sous-costal.
- Classer comme une PNEUMONIE si l'enfant n'a pas les signes ci-dessus, mais qu'il présente :
 - Une respiration rapide.
- Classer comme une TOUX ou un RHUME si l'enfant n'a pas une respiration rapide, mais qu'il tousse.
- Classer comme une TOUX CHRONIQUE si l'enfant :
 - Tousse depuis au moins 3 semaines. Cet enfant pourrait être atteint de tuberculose, d'asthme ou de coqueluche.

Prise en charge de l'enfant présentant une toux ou des difficultés respiratoires

Traiter la pneumonie

L'enfant atteint de PNEUMONIE SÉVÈRE a besoin de soins d'urgence.

- Si possible, transférer l'enfant atteint de PNEUMONIE SÉVÈRE à l'hôpital.
- Administrer des antibiotiques pendant un total de 10 jours :
 - Gentamicine et ampicilline IM ou
 - Chloramphénicol IM ou
 - Benzylpénicilline ou ampicilline IM ou
 - Passer au chloramphénicol oral lorsque l'état de l'enfant s'améliore.
- Administrer de l'oxygène si possible.
- Donner un bronchodilatateur (salbutamol) si l'enfant a une respiration sifflante.
- Donner du paracétamol toutes les 6 heures si l'enfant a de la fièvre (température axillaire de 38,5°C ou plus).
- Débloquer les voies aériennes en dégagant un nez bouché avec une seringue de plastique (sans aiguille) pour aspirer doucement les sécrétions du nez.
- Si l'enfant peut boire, lui donner des liquides par la bouche, mais avec précaution pour éviter un débordement de liquide.
- Encourager la mère à continuer l'allaitement au sein si l'enfant n'a pas de détresse respiratoire.
 - Si l'enfant est trop malade pour être allaité, mais qu'il peut avaler, demander à la mère d'exprimer son lait dans une tasse et donner lentement à l'enfant le lait maternel exprimé avec une cuillère.
- Si l'enfant n'est pas capable de boire, donner le liquide très lentement à l'enfant avec un compte-gouttes ou encore une tasse ou une seringue sans aiguille. Éviter d'utiliser une sonde nasogastrique si l'enfant est en détresse respiratoire.

- Garder le nourrisson au chaud, au sec et bien couvert. Si possible, indiquer à la mère de garder le nourrisson en contact avec sa peau, idéalement sur sa poitrine. Un chapeau ou un bonnet évitera toute perte de chaleur par la tête.

L'enfant atteint de PNEUMONIE non sévère a besoin d'antibiotiques, mais peut être soigné chez lui.

- Administrer un antibiotique oral.
 - L'amoxicilline orale (25 mg/kg/dose) 2 fois par jour pendant 3 jours est le traitement privilégié.
 - Le chloramphénicol oral (50 mg/kg) en trois 3 doses fractionnées par jour est une autre possibilité.
 - La durée du traitement doit être prolongée de 5 jours dans les zones où la prévalence de VIH est élevée.
- Montrer à la mère comment donner l'antibiotique.
- Encourager l'enfant à manger et à boire.
- Encourager la mère à continuer d'allaiter l'enfant.
- Aviser la mère de ramener l'enfant immédiatement si sa respiration s'aggrave ou que l'enfant présente tout signe de danger.
- Revoir dans 2 jours.

L'enfant présentant une TOUX ou un RHUME (pas de pneumonie) n'a pas besoin d'antibiotiques.

- Montrer à la mère comment soulager la gorge et la toux avec un remède sans danger comme un thé chaud avec du sucre.
- Indiquer à la mère de surveiller si la respiration devient difficile ou rapide et de revenir si c'est le cas.
- Revoir dans 5 jours en l'absence d'amélioration.

Traiter la respiration sifflante

Donner un bronchodilatateur à l'aide d'une chambre d'inhalation.

- Une chambre d'inhalation permet d'amener efficacement les médicaments bronchodilatateurs dans les poumons. Aucun enfant de moins de 5 ans ne doit recevoir d'inhalateur sans chambre d'inhalation. Une chambre d'inhalation agit tout aussi bien qu'un nébuliseur si elle est correctement utilisée.
- Donner deux bouffées de salbutamol en aérosol-doseur (100 µg/bouffée).
 - Répéter jusque trois fois toutes les 15 minutes avant de classer comme une pneumonie.

On peut fabriquer une chambre d'inhalation de la façon suivante :

- Utiliser une bouteille d'eau à boire de 500 ml ou un contenant semblable.
- Faire un trou dans le bas de la bouteille de la même forme que l'embout buccal de l'inhalateur. On peut utiliser pour cela un couteau aiguisé.
- Couper la bouteille entre le quart supérieur et les $\frac{3}{4}$ inférieurs et jeter le quart supérieur.
- Découper un petit V au bord de la partie ouverte de la bouteille la plus grande pour l'adapter au nez de l'enfant et pouvoir s'en servir comme d'un masque.
- Passer le bord de la bouteille coupée à la flamme d'une bougie ou d'un briquet pour l'adoucir.

Chez un petit bébé, on peut fabriquer un masque en faisant un trou semblable dans une tasse en plastique (pas en polystyrène). On peut aussi utiliser une chambre d'inhalation commercial s'ils sont accessibles.

Pour utiliser un inhalateur avec une chambre d'inhalation :

- Enlever le bouchon de l'inhalateur. Bien agiter l'inhalateur.
- Insérer l'embout buccal de l'inhalateur dans le trou de la bouteille ou de la tasse en plastique.
- L'enfant doit placer l'ouverture de la bouteille sur sa bouche et inspirer et expirer par la bouche.
- Un soignant appuie ensuite sur l'inhalateur et vaporise dans la bouteille tandis que l'enfant continue à respirer normalement.
- Attendre trois ou quatre respirations et répéter pour un total de cinq vaporisations.
- Pour les enfants plus jeunes, placer la tasse sur la bouche de l'enfant et l'utiliser de la même façon comme une chambre d'inhalation.

Observation : Lorsqu'une chambre d'inhalation est utilisée pour la première fois, elle doit être amorcée au moyen de 4 ou 5 vaporisations supplémentaires de l'inhalateur.

Traiter le stridor

- Donner de l'oxygène si possible
- Administrer une dose de corticostéroïde oral
- En cas de diphtérie, administrer de la pénicilline procaine et de l'antitoxine diphtérique IM

Traiter le STRIDOR sévère :

- Si le stridor est présent lorsque l'enfant respire tranquillement (sans pleurer)
- Donner de l'oxygène au moyen de pinces nasales si possible. Continuer l'oxygénothérapie jusqu'à ce que le tirage sous-costal ait disparu.
- Stéroïdes : administrer une dose de dexaméthasone orale (0,6 mg/kg).
- Si l'enfant a un tirage sous-costal sévère, le transférer à l'hôpital.

Si le stridor est provoqué par une DIPHTÉRIE :

- Administrer de la pénicilline procaine IM (50 000 unités/kg) quotidiennement pendant 7 jours.
- Administrer immédiatement 40 000 unités d'antitoxine diphtérique IM. Comme il y a un risque de réaction allergique grave, un test intradermique initial doit être effectué pour s'assurer qu'il n'y a pas d'hypersensibilité.
- Si l'enfant est en détresse respiratoire sévère, envisager un transfert si possible, car il pourrait avoir besoin d'une trachéotomie.
- Vérifier l'état de l'enfant à intervalle de quelques heures. Toute personne prodiguant des soins à l'enfant doit avoir été vaccinée contre la diphtérie.
- Administrer à tous les membres du foyer de l'enfant non vaccinés une dose de benzathine pénicilline IM (600 000 unités à un enfant de 5 ans et moins; 1 200 000 unités aux personnes de plus de 5 ans) et les vacciner au moyen du toxoïde diphtérique.
- Donner à tous les membres du foyer vaccinés une dose de rappel de toxoïde diphtérique.
- Un enfant qui a été atteint de diphtérie pourrait avoir des complications cardiaques (myocardite) ou une paralysie de 2 à 7 semaines après l'infection initiale.

- Traiter l'enfant pour un STRIDOR LÉGER si l'enfant a la voix enrouée et que le stridor ne se fait entendre que lorsque l'enfant est agité ou qu'il pleure. Prodiguer à l'enfant des soins de soutien chez lui, encourager les liquides administrés par voie orale, l'allaitement au sein ou l'alimentation. Administrer du paracétamol si l'enfant a de la fièvre. Conseiller à la mère de revenir immédiatement si la respiration de l'enfant se détériore ou qu'il présente tout signe de danger.

Traiter l'enfant présentant une toux ou des difficultés respiratoires depuis plus de deux semaines

L'enfant atteint de TOUX depuis plus de deux semaines doit être évalué pour déceler la présence possible de tuberculose ou d'asthme.

Prise en charge d'un enfant qui tousse depuis plus de deux semaines :

- Évaluer pour déceler la présence possible d'asthme ou de tuberculose
- Administrer un antibiotique de première intention contre la pneumonie pendant 5 jours si l'enfant n'a pas reçu d'antibiotiques contre la pneumonie récemment
- Administrer du salbutamol pendant 14 jours si l'enfant a une respiration sifflante ou qu'il tousse la nuit
- Peser l'enfant pour évaluer s'il a perdu du poids
- Demander s'il y a des antécédents de tuberculose ou de toux chronique dans la famille
- Revoir l'enfant dans 2 semaines
- En l'absence de réponse au traitement ci-dessus ou si l'enfant perd du poids, faire faire une radiographie pulmonaire pour déceler la présence possible de signes de tuberculose
- En l'absence de radiographie pulmonaire, un clinicien peut prendre la décision d'instaurer le traitement antituberculeux en fonction d'un indice de suspicion élevé (voir ci-dessous)

Diagnostic de la tuberculose chez les enfants :

- Le type le plus courant de tuberculose chez les enfants est la tuberculose extrapulmonaire, principalement intrathoracique. Les autres formes de tuberculose sont la lymphadénopathie tuberculeuse, la méningite tuberculeuse, les épanchements tuberculeux (pleural, péricardique, péritonéal) et la spondylodiscite tuberculeuse.
- Le diagnostic de tuberculose pulmonaire chez les enfants est difficile. La plupart des enfants atteints de tuberculose pulmonaire sont trop jeunes pour produire des expectorations à des fins d'examen microscopique des frottis.
- Les caractéristiques importantes de la tuberculose pulmonaire comprennent :
 - Contact avec un cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif;
 - Symptômes respiratoires depuis plus de 2 semaines ne répondant pas aux antibiotiques à large spectre;
 - Perte de poids ou développement insuffisant, en particulier en l'absence de réponse au programme d'alimentation thérapeutique;
- Test positif à la dose standard de tuberculine (2 unités de tuberculine (UT) ou RT23 ou 5 UT de PPD-S : 10 mm ou plus chez les enfants non vaccinés, 15 mm ou plus chez les enfants ayant reçu le vaccin BCG). Toutefois, avec la tuberculose sévère ou l'immunosuppression avancée, le TST pourrait être négatif.
- Les résultats de la radiographie pulmonaire sont souvent non spécifiques, toutefois ils deviennent plus utiles si l'enfant a été en contact étroit avec un cas diagnostiqué de tuberculose pulmonaire.

Chapitre 5

Fièvre

Demander à la mère de CHAQUE enfant malade quel est le problème de l'enfant, vérifier les signes généraux de danger, demander si l'enfant tousse ou s'il a de la difficulté à respirer, ou s'il a de la diarrhée.

PUIS DEMANDER SI L'ENFANT A DE LA FIÈVRE? (en fonction des antécédents, si l'enfant est chaud ou si la température axillaire est supérieure ou égale à 37,5 °C)

SI OUI : Établir le risque de paludisme (faible ou élevé).

PUIS DEMANDER : Depuis combien de temps? Si la fièvre persiste depuis plus de 7 jours, était-elle présente chaque jour? Si oui, envisager une fièvre persistante provoquée par une fièvre typhoïde ou une tuberculose.

Un enfant qui fait de la fièvre est susceptible d'être atteint de **paludisme** dans une région à risque élevé de paludisme (voir page 29).

Un enfant qui fait de la fièvre peut avoir la **rougeole** s'il a eu la rougeole au cours des trois derniers mois ou si la fièvre s'accompagne actuellement d'une éruption cutanée généralisée, d'un écoulement nasal, d'une toux ou de rougeur des yeux (voir page 38).

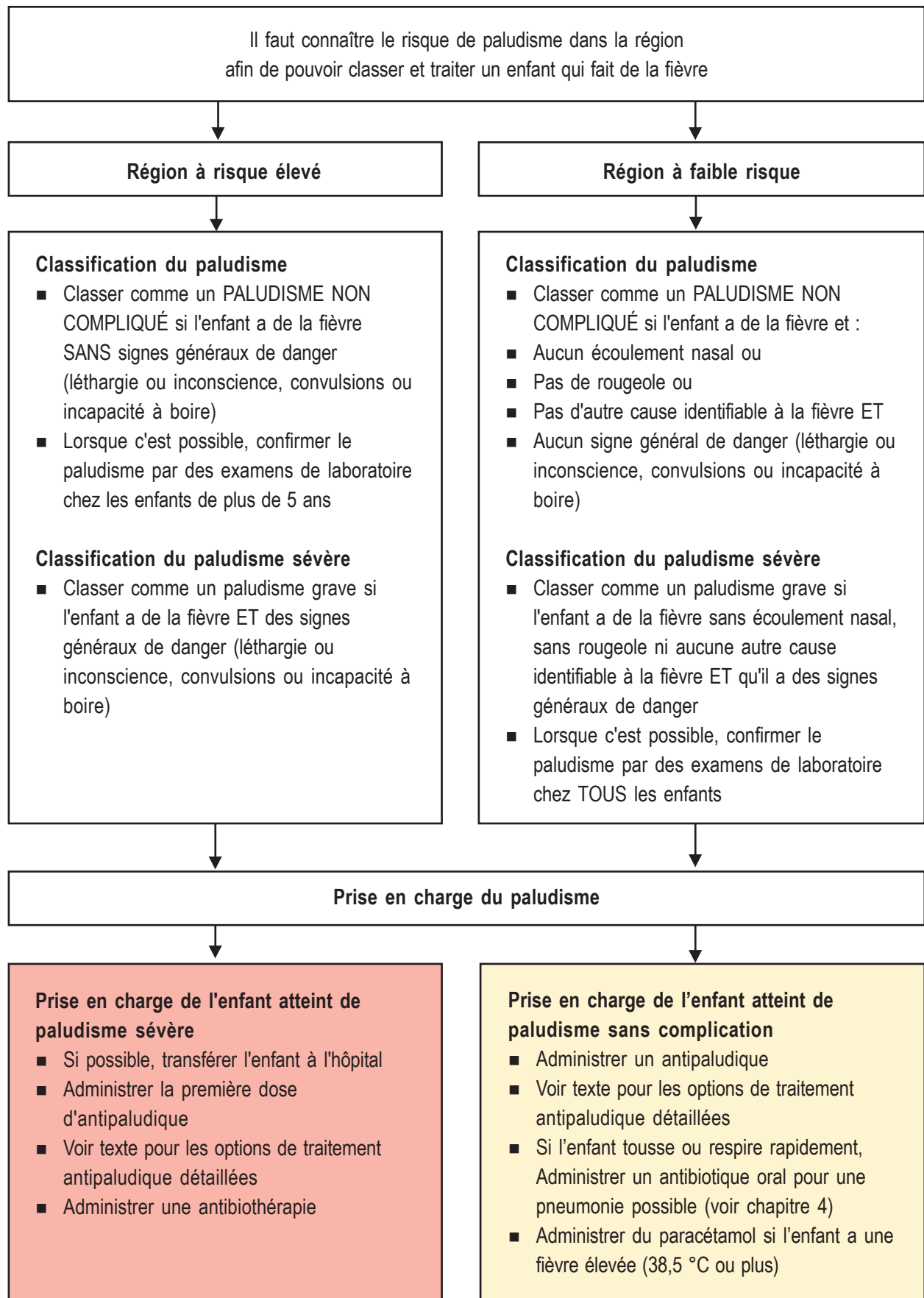
Si l'enfant a de la fièvre et qu'il présente des signes généraux de danger (comme une léthargie ou une inconscience, des convulsions ou une incapacité à boire), envisager une **septicémie**, ou si l'enfant a une raideur de la nuque, envisager une **méningite** (voir **maladie fébrile sévère**, page 41). Un enfant atteint de septicémie ou de méningite peut aussi présenter un **paludisme sévère** dans les régions à risque élevé de paludisme.

Si l'enfant a une douleur ou un écoulement au niveau des oreilles, avec ou sans fièvre, envisager un **problème auriculaire** (voir page 42).

Si l'enfant a de la fièvre et présente des **lésions cutanées**, il pourrait avoir une infection bactérienne localisée ou un abcès (voir page 43).

L'évaluation et la prise en charge de ces affections sont décrites dans les sections subséquentes.

Évaluation du paludisme chez l'enfant



Évaluation de l'enfant atteint de paludisme

Pour classer et traiter les enfants qui font de la fièvre, il faut connaître le risque de paludisme dans la région.

- Risque élevé de paludisme : plus de 5 % des cas de fièvre chez les enfants sont attribuables au paludisme
- Faible risque de paludisme : 5 % ou moins des cas de fièvre chez les enfants sont attribuables au paludisme

En l'absence d'information indiquant un faible risque, partir du principe que le risque est ÉLEVÉ.

Il faut noter que le risque de paludisme peut être saisonnier. En l'absence d'information indiquant que le risque de paludisme est faible, toujours partir du principe que les enfants de moins de 5 ans qui font de la fièvre sont à risque élevé de paludisme.

Classification de l'enfant atteint de paludisme

Si le risque de paludisme est ÉLEVÉ :

- Classer comme un PALUDISME SIMPLE si l'enfant a de la fièvre SANS signes généraux de danger (léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à boire).
- Classer comme un PALUDISME SÉVÈRE si l'enfant a de la fièvre ET des signes généraux de danger.
- Si possible, confirmer le paludisme au moyen d'examens de laboratoire chez les enfants de plus de 5 ans.
- Les enfants qui sont gravement malades, en état de choc ou inconscients doivent recevoir aussi des antibiotiques en plus des antipaludiques.

Si le risque de paludisme est FAIBLE :

- Classer comme un PALUDISME SIMPLE si l'enfant a de la fièvre et :
 - Aucun écoulement nasal ¹
 - Pas de rougeole
 - Pas d'autre cause identifiable à la fièvre
 - Aucun signe général de danger (léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à boire)
- Classer comme un PALUDISME SÉVÈRE si l'enfant a de la fièvre sans écoulement nasal, rougeole, ni d'autres causes identifiées à la fièvre ET aucun signe général de danger.
- Si possible, confirmer le paludisme au moyen d'examens de laboratoire chez tous les enfants.
- Les enfants qui sont gravement malades, en état de choc ou inconscients doivent recevoir aussi des antibiotiques en plus des antipaludiques.

¹ Ces autres constatations n'excluent pas le diagnostic de paludisme, mais le rendent moins probable.

Confirmation du paludisme par des examens de laboratoire

Le paludisme peut être confirmé par un frottis mince et une goutte épaisse ou des tests de diagnostic rapide (TDR). Toutefois, l'utilisation des frottis sanguins et des TDR pour le diagnostic du paludisme comporte des limites.

Une confirmation par des examens de laboratoire est nécessaire dans les situations suivantes :

- Enfants chez lesquels on suspecte un paludisme dans les zones à faible risque de paludisme.
- Enfants de 5 ans et plus chez lesquels on suspecte un paludisme dans les zones à risque élevé de paludisme.

Une confirmation par des examens de laboratoire n'est pas strictement nécessaire dans les situations suivantes :

- Enfants de moins de 5 ans chez lesquels on suspecte un paludisme dans les zones à risque élevé de paludisme. Ces enfants peuvent être traités à partir du diagnostic clinique (fièvre) uniquement. Toutefois, la maladie d'un enfant a souvent plus d'une cause, et la fièvre ne signifie pas nécessairement un paludisme, même dans les zones à risque élevé de paludisme.
- Tous les enfants faisant de la fièvre une fois que le paludisme a été établi comme la cause d'une épidémie en cours chez un grand nombre de cas qui dépasse la capacité à confirmer les cas par des examens de laboratoire.

Il y a deux options pour confirmer le diagnostic de paludisme :

- Examen au microscope optique
- Tests de diagnostic rapide (TDR)

Quand utiliser les examens microscopiques

Diagnostic de confirmation de routine et prise en charge des patients :

- Les services de microscopie, y compris la formation et la supervision, doivent être rétablis à mesure que la situation d'urgence se stabilise et être utilisés pour la confirmation de routine du paludisme et la prise en charge du paludisme sévère.

Examen des cas suspectés d'échec thérapeutique :

- L'examen microscopique de frottis minces et de gouttes épaisses doit être effectué pour confirmer tous les cas suspectés d'échec thérapeutique.

Système de contrôle de la qualité pour les TDR :

- L'examen microscopique est la « norme de référence » et c'est un outil diagnostique de laboratoire couramment utilisé dans les régions où le paludisme est endémique. Les examens microscopiques doivent être utilisés pour évaluer la précision des TDR.

Quand utiliser les TDR

Diagnostic de confirmation des cas suspectés de paludisme :

- À condition que leur qualité soit garantie, les TDR peuvent être utilisés dans les zones à faible risque de paludisme en l'absence de services compétents de microscopie.
- Dans les zones à risque élevé de paludisme, les TDR peuvent être utilisés pour confirmer le paludisme sévère jusqu'à ce que la situation se soit stabilisée et que des services de microscopie de qualité aient été établis. Ils peuvent être utilisés lorsqu'il est impossible d'établir ou de maintenir des services de microscopie efficaces.

Évaluation rapide du paludisme :

- Les TDR permettent un dépistage particulièrement rapide du paludisme chez un grand nombre d'enfants.

Épidémie de paludisme :

- En situation d'épidémie, lorsque le nombre d'enfants faisant de la fièvre est élevé, les TDR peuvent permettre à une équipe de deux personnes de tester avec précision jusqu'à 200 cas par jour. Lorsque ça n'est pas possible, en raison d'un manque de personnel ou de TDR, le diagnostic clinique peut être l'unique solution.

Dans quelles situations ne pas utiliser les TDR

- Les TDR peuvent continuer à donner des résultats positifs jusqu'à 14 jours après un traitement efficace contre l'infection palustre, même si les patients n'ont plus de parasites décelables à l'examen microscopique.
- Ces tests ne doivent par conséquent pas être utilisés pour *l'étude de cas suspectés d'échec thérapeutique*. Les examens microscopiques doivent être utilisés pour confirmer un échec thérapeutique.
- Lorsque la microscopie n'est pas possible, la décision de continuer le traitement antipaludique repose sur l'historique du traitement de première intention.

Prise en charge de l'enfant atteint de paludisme sévère

Traitement de soutien et traitement d'appoint pour les patients atteints de paludisme sévère

- Dégager les voies aériennes et vérifier que l'enfant respire (voir module 1, chapitre 2)
- Établir un accès intraveineux (IV).
- Traiter les convulsions qui durent 5 minutes ou plus (voir module 1, chapitre 2).
- Prélever du sang pour l'évaluation des parasites palustres, de la glycémie et de l'hémoglobine, si possible.
- Traiter l'hypoglycémie (glycémie < 2,2 mmol/l) (voir module 1, chapitre 2).
- Évaluer rapidement la circulation, l'hydratation et le statut nutritionnel, et réanimer au besoin avec de la solution saline normale (0,9 %) (voir module 1, chapitres 1 et 2).

- Si l'hémoglobine est < 5 g/dl et que l'enfant est en détresse respiratoire, effectuer une transfusion sanguine si possible (voir module 2, chapitre 7).
- Chez les patients inconscients, insérer une sonde nasogastrique et aspirer le contenu de l'estomac pour prévenir la pneumonie d'aspiration. Effectuer une ponction lombaire, si possible, pour exclure une méningite.
- Instaurer le traitement antipaludique d'urgence (voir ci-dessous).
- Instaurer l'antibiothérapie (voir ci-dessous).

Antipaludiques utilisés dans le traitement du paludisme sévère

Option 1 : Dérivés de l'artémisinine

- Artéméther IM
 - Dose de charge (3,2 mg/kg) par voie intramusculaire (IM) en dose unique au jour 1
 - Dose d'entretien (1,6 mg/kg) par voie intramusculaire (IM) jusqu'à ce que l'enfant puisse prendre le traitement antipaludique oral
- Artésunate IV ou IM
 - Dose de charge (2,4 mg/kg) par voie intraveineuse (IV) sur 3 minutes en dose unique au jour 1 à 0, à 12 et à 24 heures
 - Dose d'entretien (1,2 mg/kg) sur 3 minutes à partir du jour 2, jusqu'à ce que l'enfant soit capable de prendre le traitement antipaludique par voie orale
- Artésunate par voie rectale uniquement si le traitement IV ou IM est impossible
 - Donner 10 mg/kg d'artésunate sous forme de suppositoire
 - Répéter la dose si le suppositoire est expulsé dans l'heure qui suit son administration
 - Répéter la dose après 24 heures si le traitement IV ou IM n'est pas possible; puis transférer à l'hôpital si possible

Les suppositoires d'artésunate restent stables à des températures allant jusqu'à 40 °C et, par conséquent, nécessitent des conditions de transport et d'entreposage fraîches, mais non froides.

Dose d'artésunate par voie rectale chez les enfants de 2 à 15 ans qui pèsent au moins 5 kg :

Poids	Âge	Dose d'artésunate	Posologie (dose unique)
De 5 à 8,9 kg	de 0 à 12 mois	50 mg	Un suppositoire à 50 mg
De 9 à 19 kg	de 13 à 42 mois	100 mg	Un suppositoire à 100 mg
De 20 à 29 kg	de 43 à 60 mois	200 mg	Deux suppositoires à 100 mg
De 30 à 39 kg	de 6 à 13 ans	300 mg	Trois suppositoires à 100 mg
>40	>14 ans	400 mg	Un suppositoire à 400 mg

Passage au traitement oral après l'administration intraveineuse ou intramusculaire de dérivés de l'artémisinine

Compléter le traitement par un cycle complet d'une association thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) :

- Artéméther-luméfantrine (Coartem®) pendant trois jours est la meilleure option.

Option 2 : Dichlorhydrate de quinine IV

- Si les médicaments indiqués plus haut ne sont pas disponibles, administrer du dichlorhydrate de quinine par voie intraveineuse (IV) :
 - Dose de charge (20 mg/kg de sel de quinine) par voie intraveineuse (IV) sur 4 heures, diluée dans une solution glucosée à 5-10 % ou une solution saline normale (0,9 %) pour un volume total de 10 ml/kg
 - Dose d'entretien (10 mg/kg de sel de quinine) IV toutes les 8 heures, diluée dans une solution glucosée à 5-10 % ou ou une solution saline normale (0,9 %) pour un volume total de 10 ml/kg
 - Surveiller la glycémie toutes les 4 heures après chaque perfusion d'une dose de charge ou d'entretien
- Si la quinine IV est nécessaire pendant plus de 48 heures, réduire la dose d'entretien à 7 mg/kg de sel de quinine.
- Au minimum, 3 doses de quinine intraveineuse (IV) doivent être administrées avant de passer au traitement oral.
- Volume de perfusion :
 - La quinine peut être diluée dans une solution glucosée à 5 % ou à 10 %, dans une solution glucose à 4 % plus solution saline à 0,18 % ou dans une solution saline normale (0,9 %).
 - Diluer la quinine pour un volume total de 10 ml/kg (le même volume est utilisé pour les doses de charge et d'entretien) et la perfuser sur 4 heures.
 - Pour éviter la surcharge de l'enfant avec des liquides intraveineux (IV), le volume de la perfusion de quinine *doit* tenir être pris en compte lors du calcul du besoin total en liquides sur 24 heures.

Passage au traitement oral après l'administration intraveineuse (IV) ou intramusculaire (IM) de quinine

Options pour le traitement oral après l'administration parentérale de quinine :

- Artéméther-luméfantrine (Coartem®) pendant 3 jours OU
- Quinine orale à raison de 10 mg/kg de sel de quinine toutes les 8 heures pour terminer le reste d'un total de 7 jours de traitement par la quinine.
- Dans les régions où sévit un paludisme multirésistant, la quinine doit être combinée à la clindamycine orale à 5 mg/kg 3 fois par jour pendant 7 jours.
- La méfloquine doit être évitée chez les enfants qui récupèrent d'un coma, car elle augmente le risque de complications neurologiques.

Antibiotiques dans la prise en charge du paludisme sévère

Les enfants atteints de paludisme sévère doivent recevoir des antibiotiques à large spectre d'action administrés par voie intraveineuse (IV) dans les situations suivantes :

- État grave en dépit de la réanimation ou en état de choc
- Inconscience

Le schéma antibiotique recommandé est le suivant :

- Ampicilline (50 mg/kg toutes les 6 heures) plus gentamicine (7,5 mg une fois par jour).
- S'il n'est pas possible de faire de ponction lombaire chez un enfant inconscient atteint de paludisme, ou si les résultats des tests du LCR évoquent une méningite, instaurer un traitement IV présomptif contre la méningite (p. ex., benzylpénicilline à 60 mg/kg toutes les 6 heures plus chloramphénicol à 25 mg/kg toutes les 6 heures) (voir module 2, chapitre 5, section sur les infections bactériennes sévères).

Transfusion sanguine en cas d'anémie sévère

Voir module 2, chapitre 7.

Prise en charge de l'enfant atteint de paludisme à *P. falciparum* sans complication

Les enfants atteints de paludisme à *falciparum* sans complication peuvent recevoir des traitements d'association à base d'artémisine (ACT) à dose fixe ou non, les ACT à dose fixe étant privilégiés.

- **Option 1** : ACT à dose fixe (deux médicaments en un comprimé)
 - artéméther–luméfantrine (Coartem®)
 - artésunate plus amodiaquine
 - artésunate plus méfloquine

Schémas posologiques de l'artéméther–luméfantrine :

Poids (âge approx.)	Nombre de comprimés au moment approximatif (heures) de la prise					
	0 h	8 h	24 h	36 h	48 h	60 h
De 5 à 14,9 kg (<3 ans)	1	1	1	1	1	1
De 15 à 24,9 kg (3-8 ans)	2	2	2	2	2	2
De 25 à 34,9 kg (9-13 ans)	3	3	3	3	3	3
>35 kg (>14 ans)	4	4	4	4	4	4

■ **Option 2** : ACT à dose non fixe

- artésunate (4 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours) plus méfloquine (25 mg/kg de méfloquine en dose fractionnée le 2^e et le 3^e jour);
- artésunate (4 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours) plus SP (composante sulfa à 25 mg/kg et composante pyriméthamine à 1,25 mg/kg, en dose unique au jour 1) dans les régions où le taux de succès thérapeutique de la SP est supérieur à 80 %;
- artésunate (4 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours) plus amodiaquine (10 mg/kg d'amodiaquine une fois par jour pendant 3 jours; dose totale de 30 mg base/kg) dans les régions où le taux de succès thérapeutique de l'amodiaquine en monothérapie est supérieur à 80 %.

Schémas posologiques pour l'artésunate + méfloquine :

Âge	Comprimés d'artésunate (50 mg) par jour			Comprimés de méfloquine (250 mg base) par jour		
	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 1	Jour 2	Jour 3
De 5 à 11 mois	½	½	½	-	½	½
De 1 à 6 ans	1	1	1	-	1	-
De 7 à 13 ans	2	2	2	-	2	2
>14 ans	4	4	4	-	4	4

Schémas posologiques pour l'artésunate + SP :

Âge	Comprimés d'artésunate (50 mg) par jour			Comprimés de SP (25 mg de S + 500 mg de P base) par jour		
	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 1	Jour 2	Jour 3
De 5 à 11 mois	½	½	½	½	½	½
De 1 à 6 ans	1	1	1	1	-	-
De 7 à 13 ans	2	2	2	2	-	-
>14 ans	4	4	4	3	-	-

Schémas posologiques pour l'artésunate + amodiaquine :

Âge	Comprimés d'artésunate (50 mg)			Comprimés d'amodiaquine (153 mg base)		
	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 1	Jour 2	Jour 3
De 5 à 11 mois	½	½	½	½	½	½
De 1 à 6 ans	1	1	1	1	1	1
De 7 à 13 ans	2	2	2	2	2	2
>14 ans	4	4	4	4	4	4

- En présence de toux ou de respiration rapide, administrer à l'enfant un antibiotique oral pour une pneumonie possible (voir module 2, chapitre 4).
- Administrer du paracétamol si l'enfant a une fièvre importante (température axillaire supérieure ou égale à 38,5 °C).
- Indiquer à la mère de revenir immédiatement si l'enfant présente tout signe de danger.
- Revoir dans 2 jours si la fièvre persiste.

Prise en charge de l'enfant atteint de paludisme autre qu'à *P. falciparum*

L'enfant atteint de PALUDISME AUTRE QU'À FALCIPARUM a besoin d'un traitement antipaludique oral conforme aux lignes directrices nationales.

- Dans les zones où sévit le paludisme à vivax sensible à la chloroquine : chloroquine (10 mg base/kg une fois par jour pendant 2 jours, puis 5 mg base/kg au jour 3) en association avec la primaquine (0,25 mg base/kg pris avec de la nourriture une fois par jour pendant 14 jours).
- Dans les zones où sévit le paludisme à vivax résistant à la chloroquine : amodiaquine (10 mg/kg en dose quotidienne unique pendant 3 jours) en association avec de la primaquine (0,25 mg base/kg pris avec de la nourriture une fois par jour pendant 14 jours).
- Conseiller à la mère de revenir immédiatement si l'enfant présente tout signe de danger.
- Revoir dans 2 jours si la fièvre persiste.

Prise en charge de l'enfant présentant des infections à *P. plasmodium mixtes*

Les infections palustres mixtes par *P. falciparum* et *P. vivax* sont fréquentes dans de nombreuses régions du monde, comme l'Amérique latine, le Rimor-Oriental, l'Éthiopie et d'autres parties du nord-est de l'Afrique et de l'Asie. Dans ces régions, lorsque le paludisme est diagnostiqué sur des bases cliniques, il faut traiter l'infection à *P. falciparum* et à *P. vivax*. Pendant la phase aiguë d'une urgence, la détection d'une infection à *P. falciparum* potentiellement mortelle est la principale priorité et le recours à une ACT (sauf artésunate + SP) sera efficace contre *P. falciparum* et contre *P. vivax*.

Rougeole

Évaluation de la présence possible de rougeole chez l'enfant

Il faut évaluer la présence de signes évocateurs d'une rougeole chez les enfants qui font de la fièvre :
Éruption généralisée ET un des symptômes suivants :

- Toux
- Écoulement nasal
- Rougeur des yeux

Classer la rougeole de l'enfant

Rougeole grave compliquée

Signes de rougeole et :

- Tout signe général de danger (léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à boire)
- Opacité de la cornée
- Ulcérations de la bouche profondes ou étendues
- Stridor

Prise en charge de l'enfant atteint de rougeole grave compliquée

- Transférer à l'hôpital
- Donner à l'enfant trois doses de vitamine A
 - Première dose au jour 1
 - Deuxième dose au jour 2
 - Troisième dose un mois plus tard, si possible

Rougeole avec complications buccales ou oculaires

Signes de rougeole et :

- Ulcérations de la bouche
- Écoulement de pus de l'oeil

Prise en charge de l'enfant atteint de rougeole avec complications oculaires ou buccales

- Donner à l'enfant deux doses de vitamine A
 - Première dose au jour 1
 - Donner la deuxième dose à la mère pour qu'elle la donne au jour 2
- Traiter l'infection oculaire avec un onguent de tétracycline
- Traiter les ulcérations de la bouche avec du violet de gentiane

Rougeole non compliquée

Signes de rougeole, mais sans signe de maladie sévère ou de complications buccales

Prise en charge de l'enfant atteint de rougeole non compliquée

- Donner à l'enfant deux doses de vitamine A
 - Première dose au jour 1
 - Donner la deuxième dose à la mère pour qu'elle la donne au jour 2

Évaluer l'enfant atteint de rougeole

L'enfant atteint de ROUGEOLE a de la fièvre, une éruption généralisée et de la toux, un écoulement nasal ou les yeux rouges.

Il faut évaluer la présence de complications de la rougeole chez l'enfant atteint de rougeole (et l'enfant ayant eu la rougeole dans les trois derniers mois) :

- Ulcérations de la bouche
- Écoulement de pus des yeux
- Opacité de la cornée

Classer l'enfant atteint de rougeole

L'enfant atteint de rougeole doit être classé dans une des catégories suivantes en fonction de la gravité de la maladie et de la présence de complications oculaires ou buccales :

- Rougeole grave compliquée
- Rougeole avec complications buccales ou oculaires
- Rougeole non compliquée

Classer comme une ROUGEOLE GRAVE COMPLIQUÉE si l'enfant présente des signes de rougeole ET :

- Signe général de danger (léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à boire)
- Opacité de la cornée
- Ulcérations profondes ou étendues dans la bouche

Les autres complications graves de la rougeole comprennent :

- Stridor
- Pneumonie sévère
- Déshydratation sévère
- Malnutrition sévère

Classer comme une ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS OCULAIRES OU BUCCALES si les signes précédents sont présents, mais que l'enfant a des signes de rougeole ET :

- Ulcérations dans la bouche
- Écoulement de pus des yeux
- Les enfants qui ont des complications oculaires ou buccales peuvent aussi être atteints de :
 - Pneumonie (module 2, chapitre 4)
 - Diarrhée (module 2, chapitre 3)
 - Obstruction des voies aériennes (module 1, chapitre 2)
 - Affection de l'oreille (module 2, chapitre 5)

Prise en charge de l'enfant atteint de rougeole

L'enfant atteint de ROUGEOLE GRAVE COMPLIQUÉE a besoin de soins d'urgence, d'antibiotiques et de vitamine A.

- Si possible, transférer l'enfant atteint de ROUGEOLE GRAVE COMPLIQUÉE à l'hôpital.
- Donner 3 doses de vitamine A. Donner la première dose au jour 1 et la deuxième, au jour 2. Donner la troisième dose après deux semaines si possible.
 - Pour les nourrissons de moins de 6 mois, administrer 50 000 UI de vitamine A chaque jour
 - Pour les enfants de 6 à 11 mois, administrer 100 000 UI de vitamine A chaque jour
 - Pour les enfants de plus de 11 mois, administrer 200 000 UL de vitamine A chaque jour
- Administrer à l'enfant des antibiotiques contre la pneumonie (voir module 2, chapitre 4).
- Si l'enfant a des ulcérations dans la bouche, appliquer du violet de gentiane dilué de moitié (0,25 %) deux fois par jour pendant 5 jours.
- Aider la mère à nourrir son enfant. Si l'enfant ne peut pas avaler, le nourrir par sonde nasogastrique.
- Si l'enfant a une opacité de la cornée, examiner délicatement l'oeil de l'enfant. Traiter l'oeil au moyen d'un onguent de tétracycline trois fois par jour pendant 7 jours. Soulever uniquement la paupière inférieure et ne pas appliquer de pression sur l'oeil. Garder l'oeil bandé avec de la gaze propre.
- Nourrir l'enfant pour éviter la malnutrition.

L'enfant atteint de ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS OCULAIRES OU BUCCALES a besoin de vitamine A.

- Administrer à l'enfant de la vitamine A.
 - L'agent de santé doit donner la première dose à l'enfant.
 - Remettre la deuxième dose à la mère pour qu'elle la donne à l'enfant le lendemain.
- Montrer à la mère comment traiter les ulcérations buccales avec du violet de gentiane dilué de moitié (0,25 %) deux fois par jour.
- Montrer à la mère comment traiter d'infection oculaire délicatement avec un onguent de tétracycline. Soulever uniquement la paupière inférieure et ne pas appliquer de pression sur le globe oculaire. Garder l'oeil bandé avec de la gaze propre.
- Indiquer à la mère de revenir immédiatement si l'enfant présente tout signe de danger (léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à boire).
- Revoir dans 2 jours.

L'enfant atteint de ROUGEOLE NON COMPLIQUÉE a besoin de vitamine A.

- Administrer à l'enfant de la vitamine A.
- L'agent de santé doit donner la première dose à l'enfant.
- Remettre la deuxième dose à la mère pour qu'elle la donne à l'enfant le lendemain.

Maladie fébrile sévère : méningite et septicémie

Évaluation de l'enfant présentant une maladie fébrile sévère

- Fièvre
- Signes généraux de danger (léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à boire)
- Raideur de la nuque (signe de méningite)
Si possible, transférer l'enfant à l'hôpital.

Classer la maladie fébrile sévère de l'enfant

Méningite

- Fièvre
- Léthargie, inconscience, convulsions ou incapacité à boire
- Raideur de la nuque

Septicémie

- Fièvre
- Léthargie, inconscience, convulsions ou incapacité à boire

Prise en charge de l'enfant atteint de méningite

- Administrer des antibiotiques contre la méningite :
 - Chloramphénicol IM ET benzylpénicilline IM
 - OU chloramphénicol IM ET ampicilline IM
 - toutes les 6 heures (si ça n'est pas possible, utiliser le schéma toutes les 8 ou toutes les 12 heures)
 - Administrer des antibiotiques injectables pendant 3 à 5 jours
 - En cas de résistance connue à ces antibiotiques, administrer de la ceftriaxone
 - Si l'enfant se porte bien après 3 à 5 jours, passer aux antibiotiques oraux (chloramphénicol)
 - Administrer des antibiotiques pendant un total de 10 jours consécutifs
- Donner les liquides. Aucune restriction liquidienne pour la MÉNINGITE. Donner la dose d'entretien :

Poids	Quantité totale en 24 heures
Moins de 10 kg	100 ml/kg/jour
De 10 à 20 kg	50 ml/kg/jour
Plus de 20 kg	25 ml/kg/jour pour le poids supérieur à 20 kg

- Si l'enfant vomit tout ce qu'il avale ou qu'il ne peut ni boire ni téter, donner des liquides par sonde nasogastrique
- Si vous ne savez pas utiliser la sonde nasogastrique et que l'enfant peut avaler, utiliser un compte-gouttes pour donner des liquides à l'enfant très lentement ou faire couler le liquide avec une tasse ou une seringue sans aiguille

Prise en charge de l'enfant atteint de septicémie

- Administrer des antibiotiques contre la septicémie :
 - Chloramphénicol IM ET benzylpénicilline IM
 - En l'absence de réponse après 48 heures, administrer de la gentamicine IM PLUS de l'ampicilline (ou de la ceftriaxone)
 - Si l'enfant se porte bien après 3 à 5 jours, passer aux antibiotiques oraux (chloramphénicol)
 - En cas de résistance connue à ces antibiotiques, administrer de la ceftriaxone
 - Administrer des antibiotiques pendant un total de 10 jours consécutifs
- Donner les liquides :

Poids	Quantité totale en 24 heures
Moins de 10 kg	100 ml/kg/jour
De 10 à 20 kg	50 ml/kg/jour
Plus de 20 kg	25 ml/kg/jour pour le poids supérieur à 20 kg

- Si l'enfant vomit tout ce qu'il avale ou qu'il ne peut ni boire ni téter, donner des liquides par sonde nasogastrique
- Si vous ne savez pas utiliser la sonde nasogastrique et que l'enfant peut avaler, utiliser un compte-gouttes pour donner des liquides à l'enfant très lentement ou faire couler le liquide avec une tasse ou une seringue sans aiguille

Paludisme sévère

L'enfant présentant une MALADIE FÉBRILE SÉVÈRE peut aussi être atteint de paludisme.

- Dans les zones à risque élevé de paludisme, traiter aussi le paludisme sévère chez l'enfant – voir 5.1.

Prise en charge de l'enfant atteint de maladie fébrile sévère

L'enfant présentant une MALADIE FÉBRILE SÉVÈRE a besoin d'un traitement d'urgence.

Pour la **méningite**, traiter de la façon suivante :

- Chloramphénicol IM (25 mg/kg/dose) ET benzylpénicilline IM (100 000 unités/kg/dose), toutes les 6 heures (si ça n'est pas possible, utiliser le schéma posologique toutes les 8 ou toutes les 12 heures); OU
- Chloramphénicol IM (25 mg/kg/dose) ET ampicilline IM (50 mg/kg/dose) toutes les 6 heures;
- En cas de résistance connue à ces antibiotiques, administrer de la ceftriaxone (50 mg/kg sur 30 à 60 minutes toutes les 12 heures ou 100 mg/kg par voie IM ou IV sur 30 à 60 minutes une fois par jour);
- Administrer des antibiotiques injectables pendant un minimum de 3 à 5 jours;
- Si l'enfant se porte bien après 3 à 5 jours, passer au chloramphénicol oral (25 mg/kg toutes les 8 heures).
- Administrer des antibiotiques pendant un total de 10 jours;
- Dans une zone à risque élevé de paludisme, traiter l'enfant pour un PALUDISME SÉVÈRE;
- Gérer attentivement les liquides (voir encadré dans l'organigramme) – une administration intraveineuse de solutés peut être nécessaire.

Pour la **septicémie**, traiter de la façon suivante :

- Chloramphénicol IM (25 mg/kg/dose) ET benzylpénicilline IM (50 000 unités/kg/dose toutes les 6 heures);
- En l'absence de réponse après 48 heures, administrer de la gentamicine IM (7,5 mg/kg par jour) ET de l'ampicilline (50 mg/kg toutes les 6 heures);
- En cas de résistance connue à ces antibiotiques, administrer de la ceftriaxone (80 mg/kg sur 30 à 60 minutes une fois par jour);
- Si l'enfant se porte bien après 3 à 5 jours, passer au chloramphénicol oral (25 mg/kg toutes les 8 heures);
- Administrer des antibiotiques pendant un total de 10 jours consécutifs;
- Dans une zone à risque élevé de paludisme, traiter l'enfant pour un PALUDISME SÉVÈRE;
- Gérer attentivement les liquides (voir encadré dans l'organigramme) – une administration intraveineuse des liquides peut être nécessaire.

Affection de l'oreille

Un enfant ayant une affection de l'oreille a généralement une douleur ou un écoulement au niveau de l'oreille, avec ou sans fièvre. En cas d'affection aiguë de l'oreille (<14 jours), administrer de l'amoxicilline. En cas d'affection chronique, assécher l'oreille avec une mèche et administrer des gouttes de quinolone topique pendant 2 semaines.

L'infection de l'oreille est aiguë si elle est présente depuis moins de 14 jours et qu'elle peut être traitée par l'amoxicilline pendant 5 jours. Si l'affection de l'oreille est présente depuis 14 jours ou plus, il s'agit d'une infection chronique qui doit être traitée au moyen d'une mèche et de quinolones topiques. Si l'on constate un gonflement douloureux derrière l'oreille, l'enfant pourrait présenter une « mastoïdite » et doit être transféré d'urgence à l'hôpital.

DEMANDER si l'enfant a une affection de l'oreille.

Si oui, demander :

- A-t-il une douleur à l'oreille?
- Y a-t-il un écoulement de l'oreille? Si oui, depuis combien de temps?

Observer et rechercher :

- Un écoulement de pus de l'oreille.
- Un gonflement douloureux derrière l'oreille.

Classer comme affection de l'oreille

Lésions cutanées : infection bactérienne locale ou abcès

Évaluation de la fièvre et des lésions cutanées chez l'enfant

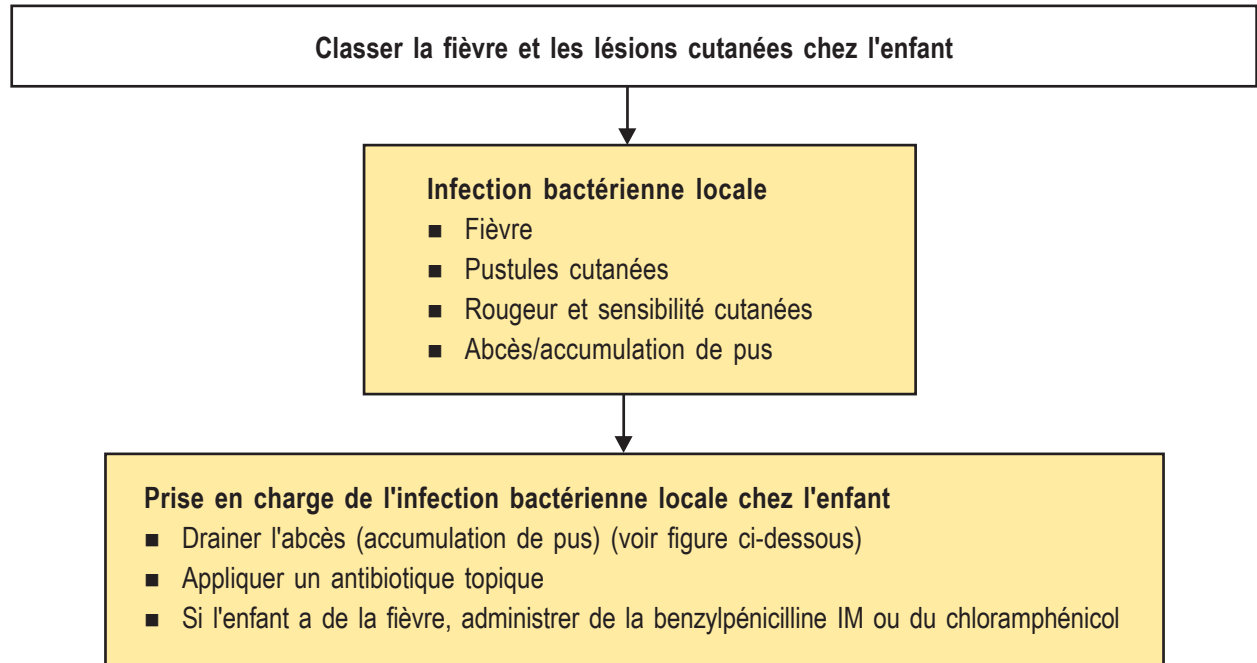
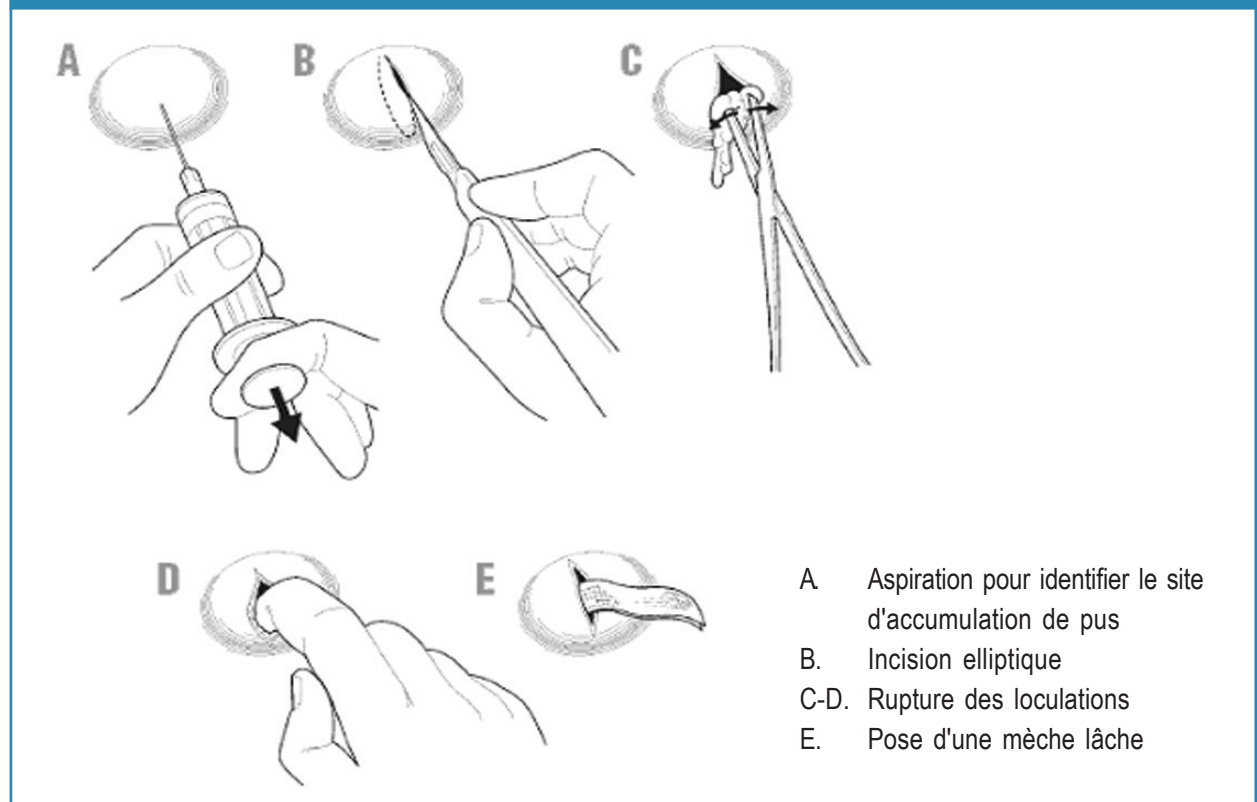


Figure 3 : Incision et drainage d'un abcès



Chapitre 6

Malnutrition

Évaluation de la malnutrition chez l'enfant

Chez tous les enfants

- Déterminer le poids pour l'âge
- Rechercher la présence d'oedème des deux pieds/jambes
- Rechercher des signes d'amaigrissement sévère visible

Chez les enfants de plus de 6 mois

- Mesurer le périmètre brachial
- Évaluer l'appétit

Classer le niveau de malnutrition de l'enfant

Si l'enfant a moins de 6 mois et présente :

- Un amaigrissement sévère visible OU
- Un oedème des deux pieds

Si l'enfant a de 6 à 59 mois et

- Un périmètre brachial inférieur à 110 mm OU un oedème des deux pieds OU un amaigrissement visible et sévère

ET

- Un mauvais appétit¹ OU
- Une pneumonie OU
- Une diarrhée persistante OU
- Une dysenterie

L'enfant présente une **MALNUTRITION SÉVÈRE COMPLIQUÉE**

TRANSFÉRER à l'hôpital ou à un centre d'alimentation

Si l'enfant a de 6 à 59 mois et

- Un périmètre brachial inférieur à 110 mm OU
- un oedème des deux pieds ou un amaigrissement visible et sévère ET
- un appétit satisfaisant¹

L'enfant présente une **MALNUTRITION SÉVÈRE COMPLIQUÉE**

- Conseiller à la mère sur la façon de donner à un aliment thérapeutique prêt à l'emploi à un enfant, si possible, ou transférer l'enfant à l'hôpital ou à un centre d'alimentation
- Administrer un antibiotique
- Administrer du mébendazole (si l'enfant a 1 an ou plus) et un antibiotique de première intention
- Établir si l'enfant est infecté par le VIH
- Évaluer l'alimentation de l'enfant
- Indiquer à la mère quand revenir immédiatement
Revoir dans 7 jours

Quel que soit l'âge, si :

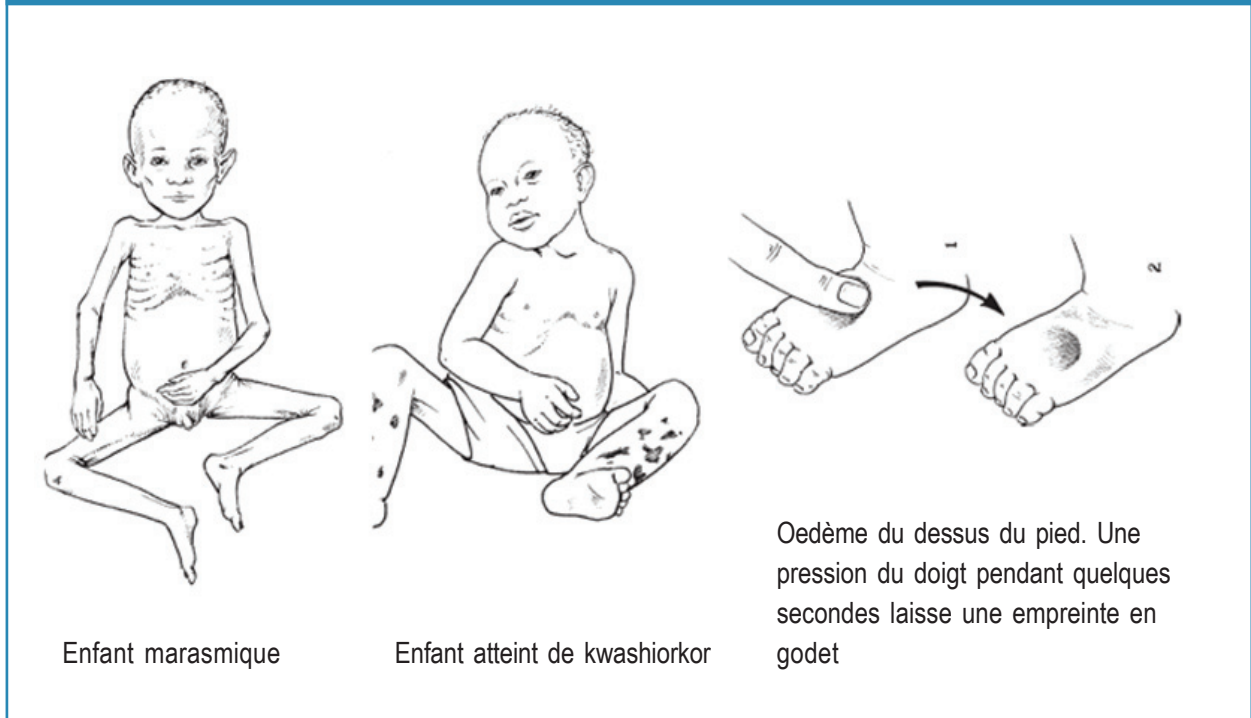
- Il n'y a pas d'oedème
- Il n'y a pas d'amaigrissement visible et sévère
- Le périmètre brachial est > 110 mm
- Le poids est très faible pour l'âge

L'enfant présente une **MALNUTRITION MODÉRÉE/ UN TRÈS FAIBLE POIDS POUR L'ÂGE**

- Évaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère relativement à l'alimentation
- Établir si l'enfant est infecté par le VIH
- Indiquer à la mère quand revenir immédiatement
- Revoir dans 30 jours

¹ L'appétit est évalué en observant l'enfant manger un aliment thérapeutique prêt à l'emploi, si possible, ou d'autres aliments dans le cas contraire.

Figure 4 : Amaigrissement visible et sévère et oedème



Évaluer l'enfant atteint de malnutrition

Pour évaluer l'amaigrissement sévère :

- Rechercher un amaigrissement sévère des muscles de l'épaule, des bras, des fesses et des jambes (c'est-à-dire absence de graisse et l'apparence de n'avoir que la peau sur les os) (voir figure 4);
- Vérifier si les côtes de l'enfant sont très visibles;
- Observer les hanches de l'enfant. Elles peuvent avoir l'air petites comparativement au thorax et à l'abdomen;
- Regarder l'enfant de côté pour voir si la graisse des fesses est absente. Lorsque l'amaigrissement est extrême, il peut y avoir plusieurs plis de peau sur les fesses et les cuisses;
- L'abdomen de l'enfant peut être gros et distendu;
- Le visage de l'enfant peut être visiblement amaigri, mais avoir toujours l'air normal.

Pour rechercher un oedème :

- Avec le pouce, appuyer doucement pendant quelques secondes sur le dessus de chaque pied. L'enfant fait de l'oedème s'il reste un godet sur le pied de l'enfant lors du retrait du pouce (voir figure 4).

Pour évaluer le périmètre brachial :

- Utiliser un ruban à mesurer adapté. Lire la mesure (ou la couleur) dans la fenêtre prévue à cet effet.

Pour évaluer le poids pour l'âge, utiliser le graphique de l'annexe 2.

Classer la malnutrition de l'enfant

On peut classer la malnutrition de l'enfant de trois façons différentes :

- Classer comme une malnutrition sévère compliquée un enfant ayant un amaigrissement sévère et visible ou un oedème des deux pieds ou un enfant âgé de 6 à 59 mois ayant un périmètre brachial inférieur à 110 mm ET un mauvais appétit, une pneumonie, une diarrhée persistante ou une dysenterie.
- Classer comme une malnutrition sévère non compliquée un enfant ayant un amaigrissement sévère visible ou un oedème des deux pieds ou un enfant âgé de 6 à 59 mois ayant un périmètre brachial inférieur à 110 mm, mais ayant un certain appétit et pas de pneumonie, de diarrhée persistante ni de dysenterie.
- Classer comme une malnutrition modérée ou un faible poids pour l'âge un enfant ne répondant pas aux critères précédents, mais ayant un poids pour son âge de moins 2 écarts-types de la moyenne (voir annexe 2).

Prise en charge de l'enfant présentant une malnutrition sévère compliquée

Les enfants classés comme présentant une MALNUTRITION SÉVÈRE COMPLIQUÉE risquent de mourir de pneumonie, de diarrhée, de rougeole et d'une autre maladie grave. Ils doivent être hospitalisés (centre d'alimentation thérapeutique ou centre de stabilisation) afin de recevoir des soins intensifs conformément aux lignes directrices actuelles de l'OMS.

S'il n'est pas possible de transférer l'enfant à l'hôpital, appliquer le protocole recommandé pour la malnutrition sévère non compliquée.

Une fois traitées les complications médicales, si l'enfant est en mesure de manger un aliment thérapeutique prêt à l'emploi, appliquer le protocole recommandé pour la malnutrition sévère non compliquée.

Prise en charge de l'enfant présentant une malnutrition sévère non compliquée

Protocole médical de routine pour les enfants souffrant de malnutrition sévère

Nom du produit	Administration	Âge/poids	Prescription	Dose
VITAMINE A ¹	Lors de l'admission (SAUF les enfants faisant de l'oedème)	< 6 mois 6 mois = < 1 an > 1 an NE PAS UTILISER EN PRÉSENCE D'OEDÈME	50 000 UI 100 000 UI 200 000 UI	Dose unique à l'admission (pour les enfants atteints d'oedème - dose unique au congé)
AMOXYCILLINE	Lors de l'admission	Tous	Voir protocole	3 fois par jour pendant 7 jours
ANTIPALUDÉEN (appliquer le protocole national)	Lors de l'admission dans les zones de paludisme	Tous	Voir protocole	Dose unique à l'admission (avec l'ACT, ne traiter que les cas de résultats positifs aux tests paracheck)
MÉBENDAZOLE ²	Deuxième visite	< 1 an 12-23 mois > 2 ans	NE PAS DONNER 250 mg 500 mg	Aucune Dose unique à la deuxième visite
VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE	À la 4e semaine	Dès l'âge de 6 mois	Standard	Une fois à la 4e semaine

¹ **VITAMINE A:** ne pas administrer si l'enfant en a déjà reçu au cours du dernier mois. Ne pas donner à un enfant faisant de l'oedème jusqu'au congé du programme thérapeutique ambulatoire à moins qu'il n'y ait des signes de carence en vitamine A.

² **MEBENDAZOLE:** Ou un autre antihelminthique, conformément aux lignes directrices nationales, par exemple de l'**ALBENDAZOLE** (12 - 23 mois : 200 mg; >2 ans : 400 mg). Tous deux peuvent être donnés de nouveau après 3 mois s'il apparaît des signes de réinfection.

FER et ACIDE FOLIQUE : Ne pas donner systématiquement. Si une anémie est identifiée conformément aux lignes directrices de PCIME, le traitement doit être instauré après 14 jours et pas avant, et doit être administré conformément aux lignes directrices du pays ou de l'OMS (INACG; 1998). En cas d'anémie grave, faire hospitaliser l'enfant.

Protocole d'alimentation

- Donner chaque semaine un aliment thérapeutique prêt à l'emploi à raison de 200 kcal/kg/jour pendant deux mois.
- Revoir l'enfant chaque semaine et donner une provision d'aliment thérapeutique prêt à l'emploi à prendre à domicile pour une semaine.
- Surveiller le gain de poids.

Malnutrition modérée / faible poids pour l'âge

- Donner 1000 à 1200 kcal /jour, avec 10 à 15 % de l'apport calorique provenant de protéines.

Exemples de rations utilisées pour l'alimentation complémentaire :

Produit	Ration 1 (g)	Ration 2 (g)	Ration 3 (g)
Aliment mélangé fortifié	200	250	140
Sucre	15	20	30
Huile	20	25	50
Lait écrémé en poudre	0	0	50
Énergie (kcal)	1000	1250	1250
Protéines (% de l'apport calorique)	14	14,5	14,5

Les produits de la ration 3 doivent être prémélangés.

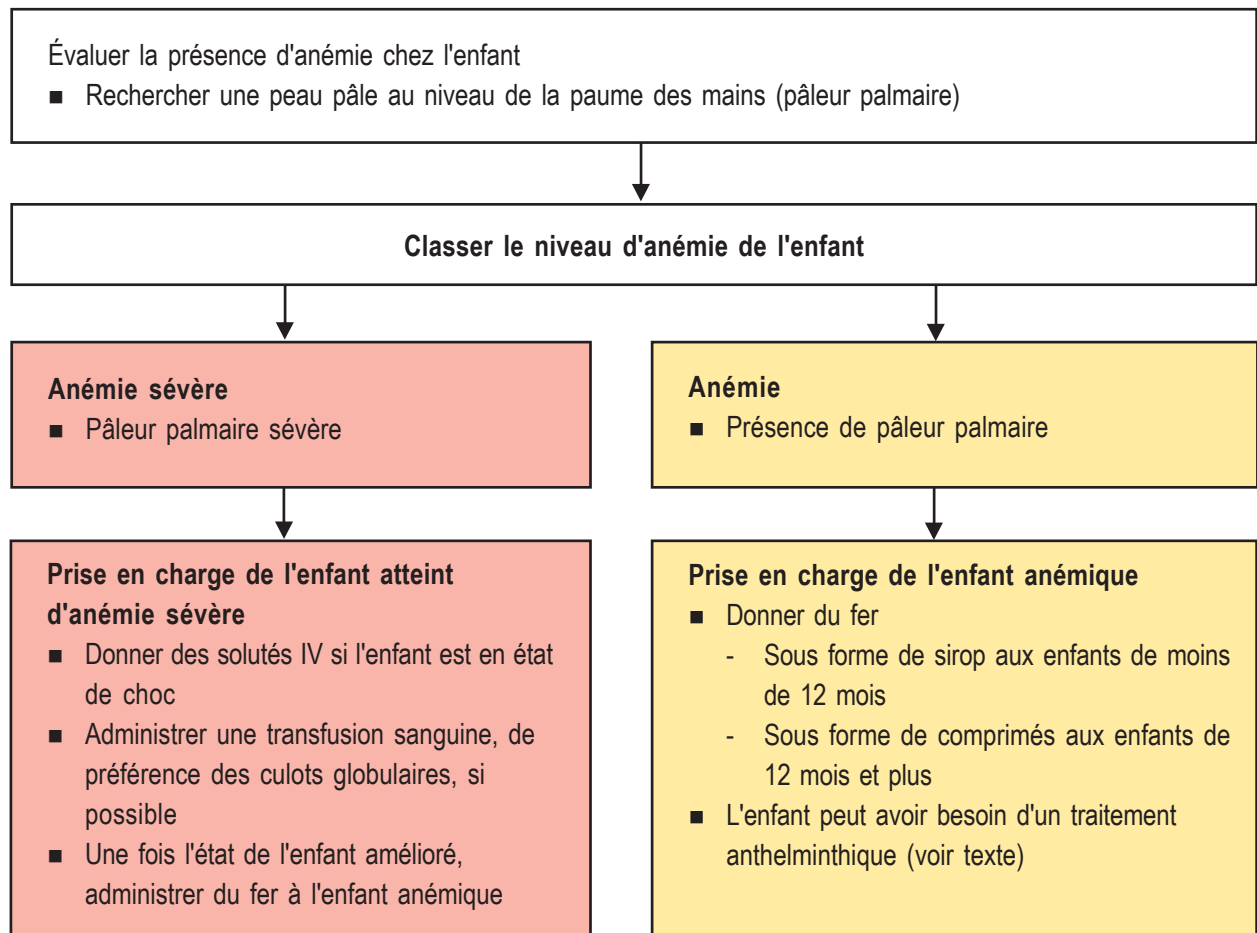
Information complémentaire sur la prise en charge de la malnutrition chez les enfants en situation d'urgence :

- Référence : OMS (2000). Management of nutrition in major emergencies. Disponible à l'adresse : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/9241545208.pdf>
- Valid International. Community based therapeutic care. A field manual. 2006. Sous presse.
- Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère; WHO 2000.
- La prise en charge de la malnutrition sévère : Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement; WHO 1999.

Chapitre 7

Pâleur/anémie

Évaluer un enfant anémique



Évaluer l'enfant anémique

- RECHERCHER une pâleur palmaire (pâleur inhabituelle de la peau) :
 - Observer la peau de la paume des mains de l'enfant;
 - Comparer la couleur de la paume des mains de l'enfant avec les vôtres et celles d'autres enfants;
- Si la peau de la paume des mains de l'enfant est pâle, l'enfant présente des signes de pâleur palmaire;
- Si la peau de la paume des mains de l'enfant est très pâle ou si pâle qu'elle a l'air blanche, l'enfant présente une pâleur palmaire sévère.

Si possible, mesurer le taux d'hémoglobine ou la valeur d'hématocrite.

Classer l'anémie de l'enfant

Classer comme une ANÉMIE SÉVÈRE un enfant ayant une pâleur palmaire sévère.

- Un enfant atteint d'anémie sévère court un risque d'insuffisance cardiaque congestive.

Classer comme une ANÉMIE un enfant ayant des signes de pâleur palmaire.

Prise en charge de l'enfant atteint d'anémie sévère

Cet enfant a besoin de :

- Solutés IV s'il est en état de choc (voir module 1, chapitre 2);
- Transfusion sanguine, si possible (voir ci-dessous);
- Lorsque son état s'est amélioré, l'enfant a besoin de fer, tout comme l'enfant anémique.

Transfusion sanguine en cas d'anémie sévère

Il est essentiel d'assurer un approvisionnement sûr en sang pour les transfusions. Le sang doit faire l'objet d'un test de compatibilité croisée et de dépistage du VIH, du paludisme et de l'hépatite B ainsi que, dans la mesure du possible, de l'hépatite C et de la syphilis. Si un approvisionnement sûr ne peut être assuré, il faut réserver la transfusion aux patients atteints d'anémie sévère et présentant des signes de choc (à savoir les mains froides et un temps de remplissage capillaire supérieur à 3 secondes ou un pouls faible) ou en détresse respiratoire sévère (respiration rapide ou tirage sous-costal). S'il est impossible de trouver des donneurs adéquats non infectés par le paludisme, il faut administrer le sang avec un traitement antipaludéen.

Les enfants dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 5 g/dl (ou la valeur de l'hématocrite est inférieure à 15 %) et qui présentent une détresse respiratoire ont besoin *urgent* de sang.

- Donner 20 ml/kg de culots globulaires ou de sang total.
- Transfuser d'abord 10 ml/kg sur 30 minutes puis les 10 ml/kg suivants sur 2 heures.
- Réévaluer l'état du patient à la fin de la transfusion. Si l'enfant est toujours en détresse respiratoire et que le taux d'hémoglobine est inférieur à 5 g/dl, répéter la transfusion.

Les enfants dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 5 g/dl (ou la valeur de l'hématocrite inférieure à 15 %), mais qui ne sont pas en détresse respiratoire doivent recevoir une transfusion, mais leur état étant moins grave, la transfusion peut être administrée à raison de 20 ml/kg sur 3 à 4 heures.

- Les diurétiques (furosémide) sont inutiles.

Enfants présentant une malnutrition sévère (amaigrissement sévère plus oedème)

- Être beaucoup plus prudent lors de la transfusion de sang à ses enfants.
- Transfuser le sang à raison de 10 ml/kg sur 3 heures.
- Administrer du furosémide IV à raison de 1 mg/kg à la moitié de la transfusion.

Prise en charge de l'enfant atteint d'anémie¹

Cet enfant a besoin des interventions suivantes :

- Donner du fer en sirop aux enfants de moins de 12 mois.
- Donner du fer en comprimés aux enfants de 12 mois et plus.
- Donner à la mère une provision suffisante de fer pour 14 jours. Lui dire de donner une dose par jour à l'enfant au cours des 14 jours à venir.
- Ne pas donner de fer à un enfant qui reçoit de la sulfadoxine-pyriméthamine (antipaludéen).
- L'enfant pourrait avoir besoin d'un traitement antipaludéen si le risque de paludisme est élevé. a situation hygiénique est médiocre. Ne donner du mébendazole que si l'enfant anémique a au moins 1 an et qu'il n'a pas reçu de mébendazole au cours des six derniers mois.
- La vitamine C favorisant l'absorption du fer, conseiller au soignant de donner des agrumes à l'enfant.
- Aviser que les comprimés de fers peuvent provoquer une constipation.
- Indiquer à la mère de revenir immédiatement si l'enfant présente tout signe de danger (léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à boire).
- Revoir dans 14 jours.

¹ L'anémie dans les pays méditerranéens peut être attribuable à une thalassémie ou à une drépanocytose, ce qui requiert une attention spéciale.

Chapitre 8

Nouveau-né et nourrisson jusqu'à l'âge de 2 mois

Évaluation et réanimation du nouveau-né

À la naissance :

- Sécher et stimuler le nouveau-né
 - Sécher l'enfant avec un linge propre et chaud
 - Stimuler l'enfant en frottant son dos de bas en haut tout en le séchant
 - Ne pas enlever le vernix (enduit blanc crème recouvrant la peau)
 - Ne pas tapoter l'enfant
- OBSERVER : Compter les mouvements respiratoires de l'enfant en une minute et observer la respiration pendant le décompte des mouvements respiratoires.
 - Le nourrisson a-t-il moins de 20 mouvements respiratoires par minute ?
 - Le nourrisson ne respire pas, n'halète pas ou ne respire pas bruyamment ?
 - Le nourrisson est-il bleu (langue, lèvres ou tronc paraissant bleus)
 - Le nourrisson est-il flasque ?

Si la réponse à une de ces questions est OUI, commencer la réanimation !

Réanimation du nouveau-né

- Positionner l'enfant de façon à dégager les voies aériennes.
- Aspirer la bouche et le nez, mais ne PAS aspirer le fond de la gorge.
- Faire des insufflations au moyen d'un masque si possible. En l'absence de masque, utiliser le bouche à bouche. Utiliser de la gaze, si possible, pour couvrir les côtés du nez et de la bouche du nouveau-né puis couvrir le nez et la bouche du nouveau-né avec votre bouche pour donner deux insufflations.
- Observez si la poitrine du nourrisson se soulève.
- Donner 40 insufflations par minute.
- Vérifier de nouveau la fréquence respiratoire du nourrisson après 1 minute.
- Continuer de donner des insufflations jusqu'à ce que le nouveau-né commence à respirer normalement, en vérifiant toutes les minutes. Arrêter après 20 minutes si le nouveau-né ne respire pas du tout.

Soins immédiats au nouveau-né

ÉVALUER le cordon ombilical

- VÉRIFIER s'il y a de la saleté ou toute autre substance sur le cordon ombilical
- VÉRIFIER si la ligature ou le clamp du cordon ombilical est mal accroché/lâche ou si le fil est sale ?
- VÉRIFIER s'il le cordon ombilical saigne

Classer et prendre en charge le cordon ombilical

Le cordon ombilical est couvert d'une substance

- Se laver les mains avec du savon et de l'eau
- Nettoyer le cordon avec de l'eau bouillie tiède avec un linge propre et du savon ou un antiseptique
- Sécher le cordon avec un linge sec

Le cordon est ligaturé de façon trop lâche ou attaché avec un fil sale

- Se laver les mains avec du savon et de l'eau
- Accrocher le cordon avec un fil propre, plus près du ventre du bébé
- Couper le cordon au moyen de ciseaux stérilisés ou d'une nouvelle lame de rasoir au dessus du fil propre

Le cordon ombilical ou toute autre partie du corps saigne

- Donner de la vitamine K
 - 1 mg par voie IM si l'enfant pèse plus de 1,5 kg
 - 0,5 mg par voie IM si l'enfant pèse moins de 1,5 kg

Montrer à la mère comment prendre soin du cordon ombilical chez elle

- Garder le cordon propre et sec
- Ne donner au nourrisson que des bains à l'éponge jusqu'à ce que le cordon tombe et se cicatrise

Soins précoces au nouveau-né

Soins précoces au nouveau-né



Garder l'enfant au chaud

- Montrer à la mère comment garder l'enfant au chaud
 - Placer l'enfant sur la poitrine nue de la mère (peau contre peau)
 - Mettre un linge ou une couverture chaude sur l'enfant
 - Couvrir la tête du bébé
- Ne pas donner de bain au bébé dans les 24 premières heures qui suivent la naissance
- Encourager la mère à nourrir son enfant au sein
- Encourager la mise au sein au cours de la première heure suivant la naissance

Soins des yeux

- Se laver les mains
- Utiliser du nitrate d'argent à 1 % ou une solution de polyvidone-iodine à 2,5 % ou une pommade oculaire de tétracycline à 1 %
- Mettre une goutte de médicament ou un ruban de pommade le long de la paupière inférieure
- Répéter sur le deuxième oeil
- Ne pas rincer le médicament ou l'onguent

Vaccins

- Vacciner conformément aux lignes directrices nationales.
Les vaccins peuvent comprendre :
 - BCG
 - Polio
 - Hépatite B

Vitamine K

- Administrer de la vitamine K en prophylaxie à tous les nouveau-nés

Signes de danger

- Indiquez à la mère quels sont les signes de danger chez les nouveau-nés
 - Respiration ralentie ou bruyante
 - Difficulté à s'alimenter
 - Léthargie

Évaluation du nourrisson jusqu'à l'âge de 2 mois

- DEMANDER si le nourrisson a de la difficulté à s'alimenter?
- DEMANDER si le nourrisson a eu des convulsions?
- OBSERVER : Compter les mouvements respiratoires en une minute.
 - Compter de nouveau si les mouvements respiratoires supérieurs à 60 par minute.
- VÉRIFIER s'il y a un tirage sous-costal sévère
- OBSERVER et ÉCOUTER si l'enfant grogne
- OBSERVER les mouvements du jeune nourrisson
 - Est-ce qu'il uniquement lorsqu'il est stimulé?
 - Est-ce qu'il ne bouge pas même quand il est stimulé?
- MESURER la température axillaire si possible
- OBSERVER le cordon ombilical. Est-il rouge ou y a-t-il écoulement de pus?
- RECHERCHER des pustules cutanées

Classer le niveau d'infection bactérienne du nourrisson

Infection bactérienne sévère possible ou maladie grave

Un des signes suivants :

- Ne s'alimente pas bien
- Convulsions
- Respiration rapide
- Tirage sous-costal sévère
- Geignement
- Mouvements uniquement lors de la stimulation ou aucun mouvement même avec une stimulation
- Fièvre (37,5 °C ou plus)
- Basse température corporelle (moins de 35,5 °C)

Prise en charge du nourrisson atteint de maladie grave

- Donner la première dose de l'antibiotique approprié (voir texte)
- Garder le nourrisson au chaud
- Gérer avec précaution les liquides
- Traiter le nourrisson pour éviter une hypoglycémie
- Transférer D'URGENCE à l'hôpital

Infection bactérienne localisée

- Cordon ombilical rouge ou écoulement de pus
- Pustules cutanées

Prise en charge du nourrisson atteint d'une infection bactérienne localisée

- Donner un antibiotique oral approprié (voir texte)
- Montrer à la mère comment administrer les antibiotiques à domicile
- Revoir dans deux jours pour s'assurer que l'infection se résorbe

Évaluer un jeune nourrisson malade

Chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 2 mois, évaluer la **maladie grave** ou l'**infection bactérienne localisée** conformément à l'organigramme.

Si la mère indique que le jeune nourrisson a de la diarrhée, évaluer et classer la diarrhée.

- Les selles fréquentes ou liquides normales d'un enfant allaité au sein ne sont pas de la diarrhée.
- La mère d'un enfant allaité au sein doit être en mesure de reconnaître la diarrhée par le fait que la consistance ou la fréquence des selles ne sont pas comme d'habitude.
- L'évaluation est semblable à celle de la diarrhée d'un nourrisson plus vieux ou d'un jeune enfant (module 2, chapitre 3), mais on vérifie moins de signes. On n'évalue pas la soif, car il n'est pas possible de distinguer la soif de la faim chez un jeune nourrisson.
- La diarrhée chez un jeune nourrisson est classée de la même façon que chez un nourrisson plus âgé ou un jeune enfant (voir module 2, chapitre 3).

Prise en charge d'un jeune nourrisson malade présentant une infection bactérienne sévère possible

Le jeune nourrisson présentant une infection bactérienne sévère possible a besoin de soins d'urgence et pourrait être atteint de pneumonie, de septicémie ou de méningite. Si possible, transférer ce nourrisson à l'hôpital pour qu'il reçoive des soins d'urgence après lui avoir donné la première dose d'un antibiotique adéquat.

- Administrer des antibiotiques au jeune nourrisson¹
 - Administrer de la benzylpénicilline IM ET de la gentamicine IM et continuer l'antibiothérapie pendant un total de 10 jours au moins (jusqu'à 3 semaines).
 - Si l'état ne s'améliore pas après 2 ou 3 jours, l'antibiothérapie pourrait devoir être changée ou le nourrisson pourrait devoir être transféré à l'hôpital
 - Si l'on suspecte une méningite (fontanelle bombée), administrer de la gentamicine IM ET de l'ampicilline IM, si possible OU administrer de la ceftriaxone IM/IV. Traiter la méningite pendant 21 jours.

¹ Doses d'antibiotiques chez les jeunes nourrissons :

- Benzylpénicilline : 50 000 unités/kg/dose toutes les 12 heures (1^{re} semaine de vie) ou toutes les 6 heures (de 2 à 4 semaines ou plus); (fiolle de 600 mg [1 000 000 unités] diluée dans 1,6 ml d'eau stérile pour donner 500 000 unités/ml).
- Gentamicine : 5 mg/kg/dose une fois par jour (1^{re} semaine de vie) ou 7,5 mg/kg/dose une fois par jour (de 2 à 4 semaines ou plus); (fiolle de 80 mg/2 ml, diluer dans 8 ml d'eau stérile pour donner 10 mg/ml).
- Ampicilline : 50 mg/kg/dose IM/IV toutes les 12 heures (1^{re} semaine de vie), toutes les 8 heures (de 2 à 4 semaines ou plus); (fiolle de 250 mg à mélanger avec 1,3 ml d'eau stérile pour donner 250 mg/1,5 ml).
- Ceftriaxone : 50 mg/kg/dose IV toutes les 12 heures ou 100 mg/kg IV/IM une fois par jour; (fiolle de 1 mg à mélanger avec 9,6 ml d'eau stérile pour donner 1 g/10 ml).
- Chloramphénicol : 25 mg/kg/dose IV toutes les 12 heures ou 25 mg/kg/dose IM toutes les 6 heures (fiolle de 1 g à mélanger dans 9,2 ml de solution saline stérile pour donner 1 g/10 ml).

- Continuer le traitement jusqu'à ce que le nourrisson ait été en bonne santé pendant au moins 3 jours.
- Puis remplacer le traitement IM/IV par un antibiotique oral approprié tel que l'amoxicilline.
- Continuer à administrer la gentamicine IM jusqu'à ce que le nourrisson le traitement pendant un minimum de 5 jours.
- En l'absence de réponse au traitement après 48 heures, ou si l'état du nourrisson se détériore, administrer du chloramphénicol IV/IM (mais pas chez les prématurés ou les nouveau-nés de faible poids).
- Traiter les convulsions/crises épileptiques avec du phénobarbital (dose de charge de 15 mg/kg). Si les convulsions persistent, administrer d'autres doses de 10 mg/kg de phénobarbital, pour un maximum de 40 mg/kg (voir page 49). Surveiller que le nourrisson ne fait pas d'apnée (il arrête de respirer). Au besoin, continuer à administrer du phénobarbital à une dose d'entretien de 5 mg/kg/jour.
- Garder le jeune nourrisson au chaud.
- Gérer les liquides avec précaution.
- Prévenir l'hypoglycémie.
 - La mère doit allaiter fréquemment son enfant.
 - Si le nourrisson a de la difficulté à respirer ou qu'il est trop malade pour téter, aider la mère à exprimer son lait. Donner le lait exprimé au nourrisson avec un compte-gouttes (s'il peut avaler) ou par sonde nasogastrique 6 fois par jour. Donner 20 ml de lait maternel par kilogramme de poids corporel lors de chaque administration, pour un total de 120 ml/kg/jour.
 - Si la mère ne parvient pas à exprimer son lait, préparer une préparation de lait maternisé ou donner du lait de vache dilué et sucré.

Prise en charge du jeune nourrisson présentant une infection bactérienne localisée

Les jeunes nourrissons présentant une infection bactérienne localisée ont souvent un cordon ombilical infecté ou une infection cutanée.

- Le traitement doit comprendre l'administration d'un antibiotique oral approprié, comme l'amoxicilline orale, pendant 5 jours.
- Montrer à la mère comment administrer les antibiotiques.
- Si possible, l'enfant doit être revu dans 2 jours pour s'assurer que l'infection se résorbe.

Chapitre 9

VIH/SIDA

Dans région où la prévalence du VIH est élevée, vérifier la présence d'une infection à VIH chez l'enfant

- DEMANDER si la mère ou l'enfant ont subi un test de dépistage du VIH?
OU
DEMANDER si l'enfant présente une ou plusieurs des affections suivantes?
- Pneumonie¹
 - Diarrhée persistante¹
 - Écoulement de l'oreille (aigu ou chronique)
 - Poids très faible pour l'âge
- OBSERVER ET RECHERCHER :
- Candidose buccale
 - Hypertrophie de la parotide
 - Lymphadénopathie persistante généralisée

Classer l'infection à VIH symptomatique

Confirmer l'infection à VIH

- Résultat positif au test de détection des anticorps anti-VIH chez un enfant de 18 mois ou plus
- OU
- Résultat positif au test virologique de dépistage du VIH
- ET
- Au moins deux affections

Infection à VIH symptomatique suspectée

- Deux affections ou plus ET
- Aucun résultat de test chez un l'enfant ou résultat positif au test de détection des anticorps anti-VIH chez un enfant de moins de 18 mois

Infection à VIH possible/ exposition au VIH

- Moins de deux affections ET
- Une des conditions suivantes ou les deux :
- Mère VIH-positif et aucun résultat de test chez l'enfant
- OU
- Enfant de moins de 18 mois ayant un résultat positif au test de dépistage des anticorps anti-VIH

¹ Il faut noter que les formes sévères telles que la pneumonie sévère, la diarrhée persistante sévère et la malnutrition sévère peuvent être utilisées dans cette case. Dans ce cas, évaluer rapidement l'enfant et le transférer à l'hôpital.

Évaluer et classer le VIH/sida chez l'enfant

Il faut évaluer la présence d'une infection à VIH symptomatique suspectée ou d'une exposition au VIH si la mère est VIH-positive ou si l'enfant présente une des affections suivantes d'après la classification précédente :

- Pneumonie
- Diarrhée persistante
- Écoulement de l'oreille
- Très faible poids pour l'âge

Il faut noter ou DEMANDER :

- L'enfant est-il atteint de PNEUMONIE ?
- L'enfant a-t-il une DIARRHÉE PERSISTANTE ?
- L'enfant a-t-il un ÉCOULEMENT DE L'OREILLE ?
- L'enfant a-t-il un TRÈS FAIBLE POIDS POUR SON ÂGE ?

Remarque : Si l'enfant a une PNEUMONIE SÉVÈRE OU UNE MALADIE TRÈS GRAVE, une DIARRHÉE PERSISTANTE ou une MALNUTRITION SÉVÈRE, il faut aussi déterminer s'il présente une INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE SUSPECTÉE.

Observer et palper :

- Les ganglions lymphatiques sont-ils gonflés à deux ou plus des sites suivants : cou, aisselle ou aine (lymphadénopathie persistante généralisée) ?
- L'enfant a-t-il une candidose buccale ?
- Y a-t-il hypertrophie de la parotide ?

Il faut noter que les résultats des tests de dépistage du VIH de la mère et de l'enfant sont utilisés dans le processus de classification.

Prise en charge de l'enfant chez qui on suspecte une infection à VIH/SIDA

Les enfants classés comme INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE SUSPECTÉE, INFECTION À VIH CONFIRMÉE ou INFECTION À VIH POSSIBLE/EXPOSITION AU VIH devront être transférés pour confirmer l'infection à VIH et évaluer s'ils ont besoin d'un traitement antirétroviral (TARV). Avant l'instauration du TARV, l'état de l'enfant doit d'abord être stabilisé, ce qui signifie qu'il faut traiter toute maladie aiguë courante et toute infection opportuniste et attendre que l'état général de l'enfant s'améliore avant d'instaurer le TARV.

Chapitre 10

Traumatismes

Évaluation de l'enfant présentant un traumatisme

- Évaluer les voies aériennes, la respiration et la circulation
- Demander à la mère de décrire comment l'enfant a subi le traumatisme
- Demander à quel endroit du corps l'enfant a subi le traumatisme
- Examiner l'enfant au complet ainsi que zone du traumatisme
- Observer si l'enfant est léthargique ou inconscient. Si tel est le cas, il s'agit d'un signe de danger (coma) qui nécessite une prise en charge d'urgence
- L'enfant répond-il à la voix? L'enfant tourne-t-il la tête ou ouvre-t-il les yeux en réponse à la voix?
- Pincer un doigt ou un orteil. Frotter la poitrine de l'enfant. L'enfant répond-il par un mouvement ou en ouvrant les yeux?
- Si l'enfant ne répond pas à la douleur ni à la voix, il s'agit d'un signe de danger (coma) qui nécessite une prise en charge d'urgence.

Examiner l'enfant en fonction du tableau à la page suivante

Classer le niveau de traumatisme de l'enfant

Traumatisme grave

Comprend tout traumatisme au niveau de :

- tête
- cou
- thorax
- abdomen
- dos
- bassin

Une perte de sang massive, interne ou externe, peut entraîner un choc et exige une attention immédiate.

Traumatisme modéré

- Bras cassé
- Jambe cassée
- Saignement modéré

Prise en charge de l'enfant présentant un traumatisme

- Arrêter le saignement en appliquant une pression avec un linge propre
- Nettoyer et panser toutes les blessures
- Si la blessure est sale ou contaminée, donner une injection de toxoïde tétanique à l'enfant
- Stabiliser et réduire les fractures
- Transférer à l'hôpital pour les traumatismes graves, si possible

Examen de l'enfant présentant un traumatisme (1/2)

Tête :

- Rechercher une ecchymose autour des yeux et derrière les oreilles, qui peut être un signe de fracture du crâne.
- Rechercher un écoulement d'un liquide clair ou jaunâtre appelé liquide céphalorachidien du nez ou des oreilles, ce qui peut être un signe de fracture du crâne.
- Éclairer chaque oeil et vérifier s'il y a rétrécissement des pupilles au passage de la lumière dans l'oeil. Lorsque la lumière quitte l'oeil, la pupille devrait grossir. Les deux pupilles devraient avoir la même taille quand elles réagissent à la lumière. Dans le cas contraire, cela peut être un signe de traumatisme crânien.

Nuque :

- Observer la colonne vertébrale pour y déceler tout signe de traumatisme.
- Palper pour déceler toute grosseur ou déformation dans le cou.
- Évaluer la sensibilité de la colonne vertébrale.
- S'il y a tout signe de traumatisme, de déformation ou de sensibilité, ne pas bouger l'enfant. Cela pourrait évoquer une fracture de la colonne vertébrale susceptible de provoquer des dommages aux nerfs et d'influencer la capacité de l'enfant à bouger ou à avoir des sensations au-dessous du cou. Cela peut aussi influencer la capacité de l'enfant à respirer.

Poitrine :

- Observer la respiration de l'enfant. Les deux côtés de la poitrine se soulèvent-ils quand l'enfant inspire? Les deux côtés de la poitrine se baissent-ils quand l'enfant expire? Dans le cas contraire, cela pourrait évoquer un affaissement ou un blocage des poumons.
- Y a-t-il des ecchymoses ou des traumatismes au niveau de la poitrine? La poitrine est-elle déformée? Si oui, cela peut évoquer une côte cassée ou une lésion pulmonaire.

Abdomen :

- Y a-t-il des ecchymoses ou des traumatismes au niveau de l'abdomen? Si oui, cela peut évoquer une lésion des organes dans l'abdomen pouvant provoquer une hémorragie interne.
- Palper l'abdomen. Placer les doigts d'une main sur l'abdomen et appuyer lentement et délicatement. Cela provoque-t-il une douleur chez l'enfant? Sinon, appuyer plus fermement. Cela provoque-t-il une douleur chez l'enfant? Dans le cas contraire, déplacer la main autour de l'abdomen pour sentir les deux côtés, le haut et le bas. Toute douleur évoque une lésion des organes dans l'abdomen.

Dos :

- S'il y a tout traumatisme au niveau de la nuque, ne pas déplacer l'enfant et ne pas le tourner.
- S'il n'y a pas de traumatisme au niveau de la nuque, tourner l'enfant sur le côté et observer son dos.
- Tourner l'enfant délicatement, en gardant les épaules et le bassin alignés de façon à ce que le dos reste droit, sans torsion.
- Y a-t-il une grosseur ou une déformation au niveau de la colonne vertébrale? Si oui, cela évoque un traumatisme au niveau de la colonne vertébrale et, éventuellement, des nerfs dans la colonne vertébrale. Ces nerfs sont nécessaires au mouvement et à la sensation des bras et des jambes de l'enfant.

Examen de l'enfant présentant un traumatisme (2/2)

Bassin :

- Palper les os du bassin. Cela provoque-t-il une gêne ou une douleur chez l'enfant? Si oui, cela peut évoquer une fracture de l'os iliaque.

Organes génitaux :

- Rechercher la présence d'ecchymoses ou de plaies au niveau des organes génitaux de l'enfant.
- Y a-t-il du sang au niveau de l'urètre (orifice de sortie de l'urine)? Si oui, cela évoque une lésion de l'urètre. La présence de sang dans l'urine évoque une lésion au niveau des reins.

Bras et jambes :

- Rechercher la présence de plaies au niveau des bras et des jambes.
- Y a-t-il une déformation d'un bras ou d'une jambe? Si oui, cela évoque une fracture osseuse.
- L'enfant peut-il bouger ses bras ou ses jambes de lui-même? Sinon, palper avec précaution chaque bras et chaque jambe pour vérifier si cela provoque une douleur chez l'enfant.

Prise en charge de l'enfant présentant un traumatisme

L'enfant présentant un traumatisme peut être pris en charge après que les signes d'urgence ont été traités.

- Arrêter le saignement en appliquant une pression ferme avec un linge propre.
- Les traumatismes graves nécessitent généralement un transfert à l'hôpital et comprennent :
 - Traumatisme crânien;
 - Traumatisme de la colonne vertébrale;
 - Lésion d'organes internes dans le thorax ou l'abdomen;
 - Fracture de l'os iliaque;
 - Fracture du bras ou de la jambe.

Pour les traumatismes/plaies non graves :

- Soigner les plaies
 - Les soins de la plaie visent à arrêter le saignement, à prévenir les infections, à évaluer les lésions aux parties du corps sous-jacentes et à favoriser la cicatrisation.
 - Prévenir les infections en nettoyant et en pansant les plaies :
 - Le nettoyage de la plaie est l'intervention la plus importante pour prévenir l'infection de la plaie. La plupart des plaies sont contaminées. Elles peuvent contenir des caillots de sang, des saletés, des tissus morts ou des corps étrangers.
 - Les plaies peuvent être nettoyées avec de l'eau propre et du savon ou une solution de chlorhexidine diluée (20 ml de chlorhexidine à 5 % pour un volume d'un litre avec de l'eau). L'eau et l'antiseptique doivent être versés sur la plaie.

- Le violet de gentiane (1 cuillère à café de violet de gentiane à 0,5 % dans un litre d'eau propre) doit être appliqué une fois par jour sur les plaies.
- Prophylaxie antitétanique :
 - Si l'enfant n'est pas vacciné, administrer un sérum antitétanique si possible et vacciner au moyen du toxoïde tétanique.
 - Si l'enfant a été vacciné, mais que le statut de vaccination n'est pas à jour, donner une injection de rappel de toxoïde tétanique.
- Fermeture de plaie :
 - Les plaies ouvertes doivent être considérées comme contaminées et devraient être fermées immédiatement. Il est essentiel de nettoyer les tissus morts, ce qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale dans des conditions adéquates (stériles) en fonction de la taille de la plaie.
 - Si la plaie date de moins d'une journée et qu'elle a été nettoyée, elle peut être fermée (fermeture primaire différée).
 - La plaie ne doit pas être fermée si elle date de plus de 24 heures, qu'elle comporte beaucoup de saletés et de corps étrangers ou qu'elle a été provoquée par la morsure d'un animal.
 - Les plaies qui ne font pas l'objet d'une fermeture primaire doivent être enveloppées légèrement avec de la gaze humide. Si la plaie est propre 48 heures plus tard, elle peut alors être fermée.
 - Si la plaie est infectée, l'envelopper légèrement et la laisser guérir d'elle-même.

Pour les fractures osseuses :

- Les fractures osseuses doivent être plâtrées. Si ça n'est pas possible, le bras ou la jambe cassée doit être immobilisé avec tout matériau plat, dur et droit comme une branche d'arbre.
- Indiquer à la mère quand revenir pour le suivi en fonction du type et de la gravité du traumatisme.

Chapitre 11

Brûlures

Évaluation de l'enfant présentant des brûlures

- DEMANDER comment l'enfant s'est brûlé
- DEMANDER combien de temps l'enfant a été en contact avec la substance brûlante
- DEMANDER si l'enfant était dans un endroit fermé, comme une maison, avec de la fumée
- OBSERVER où se situent les brûlures. Enlever complètement tout vêtement couvrant les zones brûlées.
- ÉVALUER la respiration et l'enfant et sa voix ou ses pleurs pour écarter toute lésion des voies aériennes. Écouter pour déterminer s'il y a un enrouement, un stridor ou un sifflement.
- ÉVALUER si l'enfant est léthargique ou inconscient.
- APPLIQUER immédiatement de l'eau propre et froide sur la zone brûlée.

Classer le niveau de brûlure de l'enfant

Brûlure grave

- L'enfant a de la difficulté à respirer
- L'enfant est inconscient ou léthargique
- La brûlure touche plus de 10 % de la surface corporelle chez un enfant de moins de 12 mois
- La brûlure touche plus de 15 % de la surface corporelle chez un enfant de plus de 1 an
- L'enfant a une brûlure du troisième degré

Prise en charge de l'enfant présentant des brûlures graves

- Mettre immédiatement la brûlure dans de l'eau froide ou appliquer un linge mouillé et froid
- Poser un cathéter IV si possible
- Remplacement liquidien
- Analgésiques
- Toxoïde tétanique
- Nettoyer et panser la brûlure
- Chercher des signes d'infection
- Traiter les plaies infectées avec un antimicrobien topique ou de la benzylpénicilline IM
- Transférer à l'hôpital si possible

Brûlure modérée

- La brûlure touche moins de 10 % de la surface corporelle chez un enfant de moins de 12 mois
- La brûlure touche moins de 15 % de la surface corporelle chez un enfant de plus de 1 an
- L'enfant a une brûlure du deuxième degré
- L'enfant a une brûlure du premier degré

Prise en charge de l'enfant présentant des brûlures modérées

- Mettre immédiatement la brûlure dans de l'eau froide ou appliquer un linge mouillé et froid
- Analgésiques
- Toxoïde tétanique
- Nettoyer et panser la brûlure
- Chercher des signes d'infection
- Traiter les plaies infectées avec un antimicrobien topique ou de la benzylpénicilline IM

Évaluation de l'enfant présentant des brûlures

Évaluer tout d'abord l'enfant selon le principe ABCD, tel que décrit dans la section sur le triage et l'évaluation d'urgence (module 1, chapitre 1).

Classer l'enfant présentant des brûlures

Classer les brûlures en fonction de :

- L'apparence (degré) de la brûlure
- La surface corporelle brûlée

Degré de brûlure

Premier degré	Peau rouge et douloureuse au toucher
Deuxième degré, superficielle	Peau rouge avec ampoules et douloureuse au toucher
Deuxième degré, profonde	Peau blanche, sèche et molle
Troisième degré	Peau noire, gonflée et absence de sensation au toucher

Surface corporelle brûlée

Toute la tête	19 %
Un bras	9 %
L'avant ou l'arrière du tronc	18 %
Une jambe	14 %

Classer comme des BRÛLURES GRAVES si :

- L'enfant brûlé a de la difficulté à respirer
- L'enfant brûlé est inconscient ou léthargique
- La brûlure touche 10 % ou plus de la surface corporelle chez un nourrisson de moins de 12 mois
- La brûlure touche 15 % ou plus de la surface corporelle chez un enfant de plus d'un an
- L'enfant a une brûlure du troisième degré

Classer comme des BRÛLURES MODÉRÉES si :

- La brûlure touche moins de 10 % de la surface corporelle chez un nourrisson de moins de 12 mois
- La brûlure touche moins de 15 % de la surface corporelle chez un enfant de plus d'un an
- L'enfant a une brûlure du deuxième degré
- L'enfant a une brûlure du premier degré

Prise en charge de l'enfant présentant des brûlures

Si l'enfant a été brûlé très récemment, plonger la peau brûlée dans de l'eau froide et propre ou appliquer un linge mouillé et froid sur la zone brûlée. S'il n'y a pas d'eau froide, utiliser tout liquide destiné à une administration intraveineuse.

L'enfant présentant des BRÛLURES GRAVES doit être transféré à l'hôpital si possible. Si ça n'est pas possible :

- Poser un cathéter intraveineux (IV).
- Donner un remplacement liquidien à l'enfant pendant les 24 premières heures. Le volume de remplacement liquidien pendant les 24 premières heures est égal à : poids de l'enfant (kg) x % de surface brûlée x 2 = quantité de liquide nécessaire en ml.
 - 75 % de Ringer lactate si possible
 - Administrer la moitié du volume total de liquides au cours des 8 premières heures le premier jour
- Administrer des analgésiques : paracétamol et morphine.
- Injecter un toxoïde tétanique en prophylaxie.
- Panser la brûlure de la façon suivante :
 - Appliquer des techniques aseptiques pour panser la plaie avec des gants et des instruments stériles.
 - Nettoyer délicatement la brûlure avec une solution saline normale, du Ringer lactate ou une solution de chlorhexidine-cétrimide.
 - Utiliser un scalpel pour enlever le tissu mort (noir).
 - Appliquer de la gaze de couverte de vaseline sur les zones brûlées puis deux couches supplémentaires de tampons de gaze.
 - Poser un bandage lâche. Ne pas envelopper les membres. Envelopper chaque doigt séparément.
 - Immobiliser les membres dans la position de fonction.
- Évaluer l'enfant chaque jour et plus souvent s'il reçoit des solutés par voie intraveineuse.
- En l'absence de signes d'infection, changer les pansements tous les 5 à 8 jours.
- Le tissu en cours de cicatrisation doit être rose et sans suintement.
 - Chercher tout signe d'infection, notamment du pus, une odeur fétide, une douleur croissante ou de la fièvre.
 - Si la brûlure semble infectée et que l'enfant n'est pas très malade, on peut appliquer des antimicrobiens topiques tels que de la sulfadiazine d'argent sur la brûlure.
 - Si l'enfant semble être malade du fait de l'infection, administrer de la benzylpénicilline procaïne intramusculaire (IM) à 100 000 UI/kg/jour pendant 7 jours. La durée du traitement doit être établie en fonction de l'apparence de la brûlure et de l'enfant. Une antibiothérapie prolongée peut favoriser l'apparition d'une résistance chez les bactéries, ce qui complique le traitement de l'infection.

La prise en charge de l'enfant présentant des BRÛLURES MODÉRÉES comprend :

- Analgésiques, comme du paracétamol ou de la morphine
- Prophylaxie antitétanique (toxôïde tétanique)
- S'il n'est pas possible de transférer l'enfant, panser la brûlure de la façon suivante :
 - Appliquer des techniques aseptiques pour panser la plaie avec des gants et des instruments stériles.
 - Nettoyer délicatement la brûlure avec une solution saline normale, du Ringer lactate ou une solution de chlorhexidine-cétrimide.
 - Utiliser un scalpel pour enlever le tissu mort.
 - Appliquer de la gaze de couverte de vaseline sur les zones brûlées puis deux couches supplémentaires de tampons de gaze.
 - Poser un bandage lâche. Ne pas envelopper les membres. Envelopper chaque doigt séparément.
 - Immobiliser les membres dans la position de fonction.

- Évaluer l'état de l'enfant tous les deux jours.
- En l'absence de signes d'infection, changer les pansements tous les 5 à 8 jours.
- Le tissu en cours de cicatrisation doit être rose et sans suintement.
- Chercher tout signe d'infection, notamment du pus, une odeur fétide, une douleur croissante autour de la zone touchée ou de la fièvre.
- Les brûlures qui pourraient être infectées doivent être traitées comme les BRÛLURES GRAVES.
- Indiquer à la mère quand revenir pour le suivi en fonction de l'endroit et de la gravité de la brûlure.

Chapitre 12

Empoisonnement/intoxication

Il y a empoisonnement quand une substance toxique pénètre l'organisme à la suite d'une ingestion, d'une inhalation, d'une absorption par la peau ou les yeux ou d'une morsure. Il faut soupçonner un empoisonnement dans toute maladie inexplicable chez un enfant auparavant en bonne santé. Il faut évaluer chez l'enfant les **signes** d'urgence et de priorité indiqués dans le présent manuel et traiter l'enfant en conséquence. Demander à la mère ou au soignant si l'enfant a des antécédents d'exposition à une substance toxique. Le contenant de la substance toxique peut donner des indices sur la nature de cette substance. Lorsque la substance toxique a été identifiée, la prise en charge doit être planifiée en conséquence. On trouve ci-dessous les poisons courants et les

Mesures générales

A. Poisons/toxiques ingérés

Décontamination/lavage gastrique par provocation d'un vomissement :

NON : Si l'enfant est inconscient et qu'il a ingéré des produits corrosifs ou des produits pétroliers.

OUI : Si l'enfant est conscient et que l'ingestion a eu lieu dans l'heure précédente.

Comment?

- Si possible, administrer du charbon actif par voie orale ou par sonde nasogastrique et ne pas provoquer de vomissement.
 - 1 an et plus : donner 25-50 mg
 - Moins d'un an : donner 1 mg/kg
- En l'absence de charbon, provoquer le vomissement en frottant le fond de la gorge avec une spatule ou en administrant des émétisants.
Ne **jamais** utiliser de sel comme émétisant.
Donner de l'eau ou du lait.
- Effectuer un lavage gastrique uniquement si du personnel formé à cet effet est présent.
- Donner un antidote si possible.
- Garder en observation (4-24 heures) et prodiguer des soins de soutien généraux.

Ipécacuanha pédiatrique

Posologie :

De 6 à 24 mois : 10 ml

Plus de 24 mois : 15 ml

B. Poisons/toxiques inhalés

- Éloigner l'enfant de la source.
- Administrer des suppléments d'oxygène si nécessaire.
- Observer et transférer à l'hôpital au besoin.

C. Contamination cutanée

- Enlever tous les vêtements et les entreposer en sécurité dans un sac de plastique.
- Rincer abondamment le corps ou la zone touchée à l'eau. Utiliser du savon pour les substances huileuses.
- Protéger le personnel d'une contamination secondaire en portant des gants et des vêtements protecteurs.

D. Contamination oculaire

- Rincer l'oeil touché tout en protégeant l'autre oeil.
- Rincer pendant 10 à 15 minutes avec de l'eau courante propre ou de la solution saline.
- Transférer pour une évaluation plus approfondie par un ophtalmologue.

E. Poisons/toxiques spécifiques

- Composés organophosphorés et carbamates
Ceux-ci peuvent être ingérés, inhalés ou absorbés par la peau et peuvent provoquer des vomissements, de la diarrhée, une vision trouble, une faiblesse, une salivation, une transpiration, un larmoiement ou des signes et symptômes circulatoires, respiratoires et neurologiques graves.
Ne pas provoquer de vomissement
 - Laver la peau et les yeux (tel qu'indiqué plus haut).
 - Donner du charbon actif si l'ingestion a eu lieu dans l'heure précédente (en l'absence de charbon activé, envisager une aspiration prudente de l'estomac au moyen d'une sonde nasogastrique).
 - En cas de symptômes excessifs (vision trouble, salivation, etc.), administrer de l'atropine IM (0,015-0,05 mg/kg).
 - Surveiller les sécrétions respiratoires, la fréquence respiratoire et la fréquence cardiaque.
 - Répéter l'administration d'atropine toutes les 15 minutes jusqu'à ce que la poitrine soit dégagée et que les fréquences cardiaque et respiratoire soient normales.
- Paracétamol
 - Si l'ingestion a eu lieu dans l'heure précédente, donner du charbon actif ou provoquer un vomissement.
 - Transférer pour l'administration d'un antidote et une prise en charge complémentaire si possible.
- Aspirine et autre salicylés
 - Donner du charbon actif s'il y en a ou effectuer un lavage gastrique et provoquer un vomissement.
 - Transférer pour une prise en charge complémentaire.

- Fer

Si l'enfant est asymptomatique pendant les six premières heures, il n'est pas nécessaire d'administrer un antidote.

Si l'enfant est symptomatique :

- Effectuer un lavage gastrique
- En cas de symptômes graves, transférer à l'hôpital.

- Intoxication au monoxyde de carbone

- Donner de l'oxygène à 100 %.
- Surveiller l'apparition d'une hypoxémie.

F. Envenimation

- Serpent

Éviter de couper la plaie et de poser un garrot

- Éclisser et élever le membre, appliquer un bandage serré, nettoyer la plaie, administrer un analgésique et une prophylaxie antitétanique.
- Transférer pour l'administration d'un antivenin si possible.

- Scorpion

- Administrer des analgésiques.
- Transférer à l'hôpital si possible.

Prévention de la morbidité et de la mortalité infantiles

Chapitre 13 : Vaccination et autres mesures de santé publique

Chapitre 14 : Prévention de l'infection à VIH

Chapitre 15 : Santé mentale et soutien psychologique

Chapitre 13

Vaccination et autres mesures de santé publique

Introduction

Les chapitres suivants s'adressent à l'autorité responsable de l'administration et de la gestion des mesures de santé publique pour la population touchée par la situation d'urgence et non aux agents de santé du centre de santé, du dispensaire ou de la clinique.

Mesures de santé publique

La prévention de la morbidité et de la mortalité infantiles est cruciale dans les soins aux enfants en situation d'urgence. Les mesures préventives peuvent parfois être mises en place lors de chaque rencontre avec un enfant malade, mais nécessitent souvent des interventions à l'échelle de la communauté, notamment :

- Apport d'eau salubre et de contenants propres
- Assainissement adéquat avec une mise au rebut appropriée des eaux usées
- Éducation publique sur les comportements hygiéniques et l'étiquette respiratoire
- Apport d'une nutrition adéquate
- Promotion de l'allaitement au sein
- Apport de moyens pour la préparation et l'entreposage des aliments en toute sécurité
- Suppléments de vitamine A
- Vaccination, en particulier contre la rougeole, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)
- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, de préférence d'insecticides à longue durée d'action
- Pulvérisation résiduelle d'insecticide à l'intérieur des abris
- Prévention du surpeuplement.

Calendrier de vaccination

Âge	Vaccin		
Naissance	BCG	OPV-0	
6 semaines	DPCT+HIB-1	OPV-1	Hep B1
10 semaines	DPC+HIB-2	OPV-2	Hep B2
14 semaines	DPC+HIB-3	OPV-3	Hep B3
9 mois	Rougeole		

Prévention de la rougeole

On peut prévenir la rougeole en vaccinant dans la mesure du possible tous les enfants de 6 mois à 14 ans, la fourchette d'âge minimale acceptable allant de 6 mois à 4 ans. Idéalement, le vaccin contre la rougeole devrait être administré dans les premiers jours d'une situation d'urgence. Les enfants vaccinés entre les âges de 6 et 9 mois doivent être vaccinés de nouveau dès qu'ils atteignent l'âge de 9 mois. Tous les enfants âgés de 6 mois à 5 ans doivent recevoir de la vitamine A pour réduire la mortalité et prévenir les complications de la rougeole.

Vermifugation systématique

Administrer à tous les enfants du mébendazole ou de l'albendazole tous les 6 mois à partir de l'âge d'un an. Noter la dose sur la fiche de l'enfant.

Administrer 500 mg de mébendazole en dose unique au centre de santé dans les situations suivantes :

- Il existe un problème d'ankylostome ou de trichurose dans la région
- L'enfant a au moins 1 an et
- Il n'a pas reçu de dose au cours des 6 derniers mois

En plus des mesures de santé publique citées ci-dessus, des mesures spécifiques peuvent être prises pour prévenir la morbidité et la mortalité, comme on le verra ci-dessous.

Prévention de la diarrhée et de la déshydratation

En plus des mesures préventives générales décrites ci-dessus, les soignants peuvent prendre des mesures d'hygiène personnelle spéciales comme le lavage des mains après avoir fait sa toilette et avant de préparer la nourriture et de nourrir les enfants.

Conseiller à la mère ou au soignant de commencer la réhydratation dès la survenue de la diarrhée pour prévenir une déshydratation.

Prévention de l'infection respiratoire aiguë (IRA)

Les mesures supplémentaires nécessaires pour éviter les infections respiratoires consistent à minimiser l'exposition à la fumée, en particulier à la fumée des cigarettes, et à d'autres polluants atmosphériques, à améliorer la ventilation dans les foyers, à observer l'étiquette respiratoire (p. ex., se couvrir la bouche et le nez avec un mouchoir lorsque l'on tousse ou que l'on éternue ou tousser/éternuer dans sa manche), à éviter le contact étroit (<1 mètre) avec les personnes atteintes de maladies respiratoires (personnes qui toussent ou qui éternuent) et à promouvoir l'hygiène des mains.

Prévention du paludisme

On peut prévenir le paludisme par un contrôle des moustiques. L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour dormir est importante pour éviter les piqûres. La pulvérisation résiduelle à l'intérieur des abris peut être indiquée s'il est possible d'effectuer une pulvérisation dans les abris. Le drainage et l'élimination des petits sites de reproduction ainsi que la désinfection environnementale aideront aussi à maîtriser le paludisme.

Prévention des infections bactériennes sévères

On peut prévenir les infections bactériennes sévères en vaccinant contre les deux grandes causes d'infections bactériennes graves chez les enfants : *Streptococcus pneumoniae* (vaccin antipneumococcique) et *Haemophilus influenzae* de type b (vaccin Hib vaccine). Toutefois, ces vaccins ne sont pas souvent disponibles en situation d'urgence.

Prévention de la maladie chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 2 mois

Les causes les plus courantes de décès chez les nouveaux nés et les jeunes enfants sont l'infection bactérienne sévère, la naissance prématurée et l'asphyxie à la naissance (manque d'oxygène). La plupart des décès chez des nouveau-nés se produisent chez les bébés de faible poids à la naissance. La maladie chez le nourrisson peut être prévenue au moyen par :

- De bons soins prénataux
- Un accouchement dans des conditions saines
- Une découpe propre du cordon ombilical et de bons soins du moignon ombilical et de la peau
- Maintien du nouveau-né au chaud et prévention de l'hypothermie en :
 - Plaçant le nouveau-né sur la poitrine de la mère
 - Enveloppant le bébé et en lui mettant un bonnet pour le tenir au chaud
- Allaitement au sein précoce, exclusif et régulier (à la demande du nourrisson)
- Reconnaissance précoce et traitement des maladies
- Vaccination (voir calendrier générique ci-dessus pour l'adaptation en fonction des lignes directrices nationales)

Prévention de l'anémie

On peut prévenir l'anémie par :

- Une bonne nutrition
- Une vermifugation régulière dès l'âge de 1 an
- Une prévention et un traitement précoce du paludisme
- Des suppléments de fer

Prévention de la malnutrition et des carences en oligoéléments

On peut prévenir la malnutrition et les carences en oligoéléments par :

- Un allaitement au sein précoce et exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois
- La promotion de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 2 ans au moins avec des aliments complémentaires appropriés
- Un accès à des aliments riches en nutriments disponibles sur place
- L'éducation de la mère ou du soignant sur la préparation de repas nutritifs avec les aliments disponibles sur place

Suppléments de vitamine A

Les nourrissons et les enfants devraient recevoir une dose de vitamine A tous les 6 mois à partir de l'âge de 6 mois, et ce, jusqu'à l'âge de 5 ans. Il est préférable de synchroniser les doses de vitamine A avec les visites ou les campagnes de vaccination.

Prévention :

- Donner de la vitamine A à tous les enfants pour prévenir une maladie grave :
 - Première dose à 6 semaines chez un enfant qui n'est pas allaité au sein
 - Première dose en tout temps après 6 semaines chez un enfant qui est nourri au sein
 - Par la suite, la vitamine A doit être administrée tous les six mois à TOUS LES ENFANTS jusqu'à l'âge de 5 ans.

Traitement :

- Administrer une dose supplémentaire de vitamine A (même dose) pour le traitement si l'enfant a une rougeole ou une DIARRHÉE PERSISTANTE. Si l'enfant a reçu une dose de vitamine A au cours du dernier mois, NE PAS DONNER DE VITAMINE A.
- Toujours indiquer la dose de vitamine A administrée sur la fiche de l'enfant.

Âge	Dose de vitamine A
Moins de 6 mois	50 000 UI
De 6 à 12 mois	100 000 UI
Un an et plus	200 000 UI

Chapitre 14

Prévention de l'infection à VIH chez les enfants

Enfants infectés par le VIH et exposés au VIH

Dans les situations d'urgence, il est important de répondre si possible aux besoins des enfants pour les services relatifs au VIH, car ils sont à risque d'infection, de malnutrition et de violence sexuelle.

La prévention de la transmission de la mère à l'enfant et la prophylaxie du VIH après une exposition sont des mesures secondaires de prévention qui peuvent prévenir efficacement la transmission de l'infection à VIH aux enfants dans les situations d'urgence.

Prévention de l'infection à VIH

La prévention primaire de l'infection à VIH dans les situations d'urgence comprend des précautions standards et la protection des enfants au moyen d'abris, de nourriture, d'éducation et d'une protection contre la violence sexuelle.

Les mesures secondaires de prévention comprennent la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant lors de la naissance et la prophylaxie du VIH après une exposition lors de violences sexuelles et de viols ou une exposition à des maladies transmissibles par le sang au cours d'injections ou de pratiques médicales dangereuses.

Prévention de l'infection à VIH

Au cours de la phase aiguë d'une urgence

La prévention de l'infection à VIH chez les enfants au cours de la phase aiguë d'une urgence doit mettre l'accent sur les points suivants :

- Précautions standards :
 - Lavage régulier des mains
 - Utilisation de barrières protectrices (gants, blouses, masques, protecteurs faciaux) pour prévenir le contact direct ou l'éclaboussement de sang ou de liquides corporels
 - Évitement des procédures non nécessaires :
 - Limiter au minimum les transfusions sanguines et utiliser d'autres liquides de remplacement intraveineux
 - Utiliser des médicaments oraux à la place des traitements intraveineux ou intramusculaires lorsque c'est possible
 - Manipulation et mise au rebut sécuritaires des objets tranchants

- Décontamination sécuritaire des instruments
- Mise au rebut sécuritaire des déchets contaminés au moyen de gants résistants et lavage des mains après la manipulation des déchets.
- Approvisionnement sûr en sang
 - Les donneurs de sang potentiels doivent être conseillés et éduqués sur le don approprié de sang
 - Le sang doit être obtenu de donneurs bénévoles/non payés
 - Le sang doit subir un test de dépistage du VIH, de l'hépatite B et, si possible, de l'hépatite C et de la syphilis avant d'être utilisé
- Promotion des accouchements sécuritaires en moyen de :
 - Utilisation de trousse d'accouchement ou de trousse de sage-femme propres
 - Utilisation de précautions standards
 - Évitement des interventions effractives non nécessaires au cours de l'accouchement
- Prévention de la violence et des sévices sexuels à l'endroit des femmes et des enfants

Les personnes en contact avec des enfants doivent être formées sur le risque des groupes vulnérables et savoir où envoyer et comment soigner les enfants qui ont été violés ou maltraités (lignes directrices pour la gestion clinique des victimes de viol - interagences).

Après la phase aiguë d'une urgence

Après la phase aiguë d'une urgence, des efforts supplémentaires au niveau de la communauté peuvent être déployés pour prévenir l'infection par le VIH et cibler les groupes d'enfants à risque élevé :

- Enfants issus de foyers dirigés par des femmes ou des enfants
- Orphelins et enfants non accompagnés

Les efforts de prévention comprennent :

- Placer les groupes d'enfants vulnérables dans un endroit sécuritaire du camp.
- Inscrire les enfants non accompagnés et les orphelins sur les registres et déployer des efforts pour retrouver les familles et réunir ces enfants avec leur famille.
- Offrir des activités éducationnelles en vue de diffuser les faits sur la transmission du VIH et dissiper les mythes afin de réduire le stigmatisme associé au VIH.
- Offrir une aide à la subsistance aux groupes vulnérables et aux personnes infectées par le VIH.
- Organiser des groupes de soutien pour les groupes vulnérables et les personnes infectées par le VIH.
- L'administration de suppléments de vitamine A à tous les enfants et l'alimentation des enfants à l'école sont des manières de soutenir les enfants, y compris ceux qui sont infectés par le VIH et ceux qui sont exposés au VIH.

Prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant

Sans intervention, le risque de transmission du VIH de la mère infectée à l'enfant est de 15 à 45 %. Ce risque peut être considérablement réduit au moyen d'une série d'interventions comprenant l'administration d'antirétroviraux (ARV) à titre prophylactique à la mère et/ou au nourrisson, les conseils sur l'alimentation du nourrisson et les pratiques d'accouchement sécuritaires. Toutes les mères infectées par le VIH et leur nourrisson doivent aussi recevoir un soutien et des soins à long terme, y compris un traitement antirétroviral, le cas échéant. Toutefois, il n'est pas toujours possible d'offrir toute la série de soins dans les situations d'urgence.

- Les services de conseils et de tests de dépistage volontaires et confidentiels doivent être disponibles et offerts systématiquement avec des conseils appropriés à titre de priorité principale dans les efforts de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant puisqu'il est nécessaire de connaître le statut VIH de la femme afin de pouvoir offrir un traitement ou une prophylaxie antirétrovirale.
- Toutes les femmes, mais en particulier celles chez lesquelles on soupçonne une infection à VIH, doivent bénéficier d'une série de services pour assurer le continuum des soins :
 - Services en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris le planning familial
 - Prophylaxie par le cotrimoxazole
 - Traitement antirétroviral le cas échéant
 - Soutien nutritionnel, y compris des suppléments de multivitamines au cours de la grossesse et de l'allaitement
- En fonction du niveau de services, différents schémas antirétroviraux peuvent être appropriés (voir lignes directrices actuelles de l'OMS ou les directives nationales).
- Les femmes infectées par le VIH pourraient avoir besoin de cotrimoxazole et d'un approvisionnement sûr en antirétroviraux si elles reçoivent déjà un traitement antirétroviral.
- Les femmes enceintes infectées par le VIH qui ne reçoivent pas de traitement antirétroviral doivent recevoir les soins appropriés et on doit évaluer leur besoin d'une prophylaxie ou d'un traitement antirétroviral afin de prévenir la transmission du VIH au bébé lors de l'accouchement.
- La prophylaxie ou le traitement antipaludéen est aussi important chez les femmes enceintes, en particulier celles qui sont infectées par le VIH, puisque le paludisme peut entraîner une maladie grave pour la mère et le fœtus.
- Toutes les femmes devraient recevoir des conseils sur l'alimentation du nourrisson :
 - Les femmes non infectées par le VIH et celles dont le statut du VIH est inconnu devraient être encouragées à nourrir exclusivement leur enfant au sein pendant les six premiers mois et de continuer à allaiter leur enfant jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, avec une alimentation complémentaire.
 - Si une femme infectée par le VIH peut pratiquer en toute sécurité l'alimentation de substitution (c'est-à-dire si celle-ci est acceptable, faisable [réalisable], abordable, soutenable [durable] et sûre pour la femme), il est alors recommandé d'éviter l'allaitement au sein. Il est peu probable que ce soit le cas chez de nombreuses femmes en situation d'urgence. Dans le cas contraire, il est recommandé de nourrir l'enfant exclusivement au sein pendant les premiers mois, jusqu'à ce que des conditions sûres soient en place pour arrêter complètement l'allaitement au sein et le passage à une alimentation de substitution. L'allaitement au sein exclusif n'est recommandé que jusqu'à l'âge de six mois, mais certaines femmes

pourraient être en mesure d'arrêter plus tôt ou pourraient devoir continuer au-delà de six mois, avec une alimentation complémentaire. D'autres options pourraient être aussi acceptables, comme exprimer et chauffer le lait maternel ou faire appel à une nourrice au sein non infectée par le VIH.

- L'allaitement au sein peut être rendu plus sûr de la façon suivante :
 - Allaiter moins longtemps – 6 mois suivis d'un arrêt rapide
 - Faire chauffer le lait maternel exprimé
 - Éviter d'allaiter si le mamelon est gercé, qu'il saigne ou qu'il présente des abcès
 - Traiter rapidement la candidose orale
 - Ne pas mélanger les aliments, à savoir donner de l'eau, d'autres laits ou des aliments en même temps que le lait maternel avant l'âge de six mois.
 - Encourager l'utilisation de préservatifs au cours de l'allaitement au sein pour prévenir une infection primaire par le VIH au cours de la période de lactation.

- Les conseils et l'éducation relatifs à l'allaitement au sein dépendent de certains facteurs :
 - Disponibilité de conseils et de tests de dépistage volontaires
 - Disponibilité de quantités sûres et suffisantes d'eau pour préparer un substitut de lait
 - Endroit pour préparer le substitut de lait maternel
 - Ressources économiques de la famille pour obtenir un substitut de lait maternel

Si une de ces conditions n'est pas remplie, il faut alors conseiller aux femmes de nourrir leur enfant exclusivement au sein pendant 6 mois.

Prophylaxie après une exposition au VIH

Lorsque c'est possible, les enfants devraient recevoir une prophylaxie post-exposition, car les enfants et les jeunes adolescents courent un risque accru de violence sexuelle dans les situations d'urgence. Des soins appropriés et adaptés à la situation locale et des structures de suivi pour les enfants et les jeunes adolescents devraient être disponibles. La prophylaxie post-exposition devrait être une option si l'enfant a été violé ou exposé à des infections véhiculées par le sang en raison d'injections ou de pratiques médicales dangereuses.

Chapitre 15

Santé mentale et soutien psychosocial

Lorsque des enfants ont été exposés à des événements traumatiques ou marquants sur le plan psychologique (définis comme des « événements au-delà des frontières normales de l'expérience humaine »), différents types de réactions au stress peuvent apparaître. C'est une réaction humaine normale à des événements perturbants anormaux. Lorsqu'il y a une accumulation d'expériences perturbantes ou que les enfants sont confrontés à un stress chronique, leur développement à long terme s'en trouve réellement menacé. La plupart des effets à long terme sont susceptibles d'être enracinés dans le fait que l'enfant a perdu des relations émotionnelles étroites et dans les événements entourant cette perte. Heureusement, dans la plupart des cas, de nombreuses réactions au stress disparaissent avec le temps. Mais certains enfants réussissent mieux que d'autres à résister à ces chocs, et il a été souvent remarqué que les enfants issus de familles offrant affection et soutien résistent mieux au stress psychologique sévère que les autres. Des relations stables et affectueuses entre les enfants et leurs soignants les plus proches constituent un facteur protecteur contre les perturbations psychosociales, en particulier si les adultes sont en mesure de maintenir leur rôle de soignant. Les enfants qui parviennent à comprendre dans une certaine mesure la situation dans laquelle ils se trouvent semblent aussi mieux faire face à ceux qui n'arrivent pas à comprendre. Il est essentiel d'expliquer aux enfants ce qu'il se passe dans un langage adapté à leur niveau de développement. Malheureusement, les soignants ne parviennent souvent pas à déceler les symptômes de détresse psychologique, et ignorent, rejettent ou punissent souvent l'enfant en réponse au changement de comportement qu'ils observent.

Évaluation de l'enfant nécessitant un soutien psychosocial ou de santé mentale

Les enfants confrontés à un événement traumatique ont des réactions émotionnelles et physiques. Ces réactions et sentiments sont des réponses normales et se produisent chez la plupart des enfants faisant face à un événement qui les dépasse. Les parents, les professeurs et autres soignants doivent être encouragés à surveiller ces enfants et à observer tout changement chez eux. Les enfants de cette catégorie d'âge ont tendance à être fortement affectés par les réactions des parents à l'événement traumatique. Les enfants d'âge préscolaire ont une compréhension incomplète de la mort.

Les réactions caractéristiques au stress chez les jeunes enfants comprennent :

- pleurs
- larmoiement
- hurlements

Les signes non verbaux de stress psychologique comprennent :

- tremblements
- expression faciale effrayée

- impuissance et passivité (manifestées par une peur d'être séparé du parent)
- immobilité ou mouvement sans but
- accrochement excessif au parent
- repli total
- comportements régressifs (sucrer son pouce, faire pipi au lit, avoir peur du noir)
- incompréhension du fait que le danger immédiat a disparu
- sentiment que par enchantement, ce qui s'est passé est une punition pour quelque chose qu'ils ont fait ou pensé

Il peut être utile d'observer les enfants d'un même groupe d'âge pour évaluer si l'enfant en question affiche effectivement un comportement inhabituel comparativement aux autres enfants.

Classer l'enfant nécessitant un soutien psychosocial ou de santé mentale

Les enfants ayant besoin d'un SOUTIEN PSYCHOSOCIAL affichent les signes suivants :

- impuissance et passivité
- peur généralisée
- confusion cognitive
- difficulté à identifier ce qui les trouble
- absence de verbalisation
- attribution de propriétés magiques aux rappels traumatiques
- troubles du sommeil
- attachement anxieux
- symptômes régressifs
- symptômes interférant avec les routines quotidiennes de l'enfant
- aggravation des symptômes
- symptômes fortement perturbants pour l'enfant ou sa famille

Prise en charge du jeune enfant nécessitant un soutien psychosocial ou de santé mentale

Le soutien psychosocial à l'enfant en vue d'une guérison d'un événement traumatique nécessite :

- de comprendre les réactions émotionnelles de l'enfant par une observation et une surveillance
- de réduire la détresse émotionnelle par une écoute, une réassurance et la modélisation d'un comportement sain chez l'enfant
- de favoriser la guérison en normalisant les routines de vie, en offrant de l'espace à l'enfant pour qu'il parle de ses sentiments et en lui donnant l'occasion de jouer et de participer à d'autres activités récréatives.

Parler des événements et permettre aux enfants de partager leurs expériences et leurs sentiments pourrait aider à réduire la détresse émotionnelle. Il faut encourager les soignants à être disponibles pour les enfants, si possible dans un espace clairement défini où les enfants peuvent parler ouvertement. Cela leur redonnera confiance envers les gens et les aidera à se sentir entourés et en sécurité. Il est important d'être là pour les enfants s'ils veulent parler, mais SANS les forcer à parler. Les enfants pourraient ne pas parler, mais éprouver un réconfort à savoir qu'il y a des gens autour d'eux qui s'intéressent à eux. Il est important d'éviter d'inonder l'enfant de conseils – donner aux enfants de l'espace sans imposer d'idées sur la façon de se comporter ou de réagir. Il est utile d'écouter leurs sentiments et de les rassurer qu'il est normal de se sentir de cette façon après un tel événement. Être disponible et offrir une réassurance aux enfants peut aider à rétablir un meilleur sentiment de sécurité.

Souvent, les enfants pourraient ne pas savoir ce qui pourrait les aider. La première tâche consiste à normaliser leurs routines, à établir des routines quotidiennes dès que possible, à les aider à prendre part aux tâches de routine comme retourner à la maternelle ou participer à des activités récréatives. Les enfants s'inspireront des soignants pour apprendre à faire face aux incidents/événements. Les soignants doivent essayer de donner l'exemple d'une réponse saine au stress en agissant avec calme, en suivant des horaires de sommeil réguliers, en mangeant bien, en parlant avec intérêt des activités extérieures et en faisant régulièrement de l'exercice. Ce mode de vie peut permettre aux enfants d'adopter à leur tour ces stratégies saines d'adaptation. Les enfants réaliseront que les adultes ont normalisé leur vie et seront motivés à faire de même.

Les réactions des enfants varient avec l'âge. Le tableau ci-dessous montre les réactions courantes observées chez les enfants en bas âge et suggère des stratégies pour offrir un soutien à ces enfants. Certaines des interventions s'appliquent à tous les prestataires de soins aux enfants tandis que d'autres ciblent plus précisément les parents. Ces interventions visent à accroître le sentiment de protection et de sécurité des enfants et leur sentiment de contrôle, à favoriser l'attachement aux soignants et aux pairs et à accroître le sentiment d'appartenance à une communauté culturelle plus large. Finalement, il faut noter que les niveaux de détresse chez les enfants d'âge préscolaire dépendent souvent de la réponse et du niveau de détresse des parents. Offrir un soutien aux parents aidera aussi à réduire la détresse chez les enfants d'âge préscolaire. Pour les nourrissons, l'allaitement doit être encouragé.

Réactions/comportements

Impuissance et passivité	Peur généralisée	Confusion cognitive	Difficulté à identifier ce qui les trouble	Absence de verbalisation	Attribution de propriétés magiques aux rappels traumatiques	Troubles du sommeil	Attachement anxieux	Symptômes régressifs
--------------------------	------------------	---------------------	--	--------------------------	---	---------------------	---------------------	----------------------

Soutien/interventions suggérés

Offrir soutien, repos, confort, nourriture, occasions de jouer	Présence d'adultes soignants calmes qui offrent un soutien	Donner des clarifications concrètes à plusieurs reprises	Donner des étiquettes émotionnelles	Verbaliser les sentiments et les plaintes courantes	Distinguer ce qui est arrivé des rappels physiques	Donner à l'enfant plus de temps et le réassurer au coucher	Offrir à l'enfant des soins et une réassurance systématiques	Tolérer les symptômes de façon limitée dans le temps
--	--	--	-------------------------------------	---	--	--	--	--

Exemples de méthode de mise en place des interventions

Établir un espace « propice à l'enfant »	Exercice de la main de sécurité	Donner l'information dans un langage simple	Donner du matériel de bricolage et de jeu aux enfants	Protéger les enfants	Prévoir des activités calmes avant le coucher	Établir une routine	Laisser à l'enfant son espace, mais sans l'isoler
--	---------------------------------	---	---	----------------------	---	---------------------	---

Annexe 1

Glossaire

Abdomen aigu : Affection grave de l'abdomen nécessitant une chirurgie urgente; comprend par exemple des affections telles que l'appendicite et l'hémorragie massive en raison de blessures.

Antidote : Médicament administré pour traiter un type d'empoisonnement donné.

Antipyrétique : Médicament administré pour réduire la fièvre.

ATPR : Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi.

Battement des ailes du nez : Évasement des narines lors de l'inspiration et signe de détresse respiratoire.

Cornée : Tissu transparent formant la partie frontale de l'oeil.

Croup : Infection virale provoquant l'obstruction des voies aériennes supérieures et un stridor.

Cyanose centrale : Décoloration bleutée ou violacée de la langue et de l'intérieur de la bouche indicatrice d'une mauvaise oxygénation.

Geignement : Bruit expiratoire forcé que font les jeunes nourrissons en détresse respiratoire.

Insuffisance cardiaque congestive : Incapacité du coeur à évacuer le sang des tissus du corps en raison de la présence excessive de liquides.

Kwashiorkor : Forme de malnutrition sévère caractérisée par un oedème des deux pieds.

Léthargie : Réduction du niveau de vivacité et d'activité.

Liquide céphalorachidien : Liquide qui entoure le cerveau et la moelle épinière.

Marasme : Forme de malnutrition sévère caractérisée par un amaigrissement sévère.

Méningite : Inflammation de la membrane entourant le cerveau ou la moelle épinière, souvent provoquée par une infection bactérienne.

Oedème : Gonflement des tissus en raison de l'accumulation de liquides.

Pâleur palmaire : Couleur pâle ou blanche de la peau de la paume des mains lorsque la main de l'enfant est délicatement ouverte et comparée à celles de l'examineur. La pâleur palmaire pourrait indiquer une anémie sévère.

Paludisme à *falciparum* : Paludisme provoqué par le parasite *Plasmodium falciparum*, forme la plus mortelle de paludisme chez les enfants.

Pupille : Ouverture circulaire au centre de l'oeil.

Pustules : Lésion ou bosse sur la peau contenant du pus.

Septicémie : Présence d'organismes ou de leurs toxines dans le sang provoquant une maladie grave.

Sifflement : Bruit sifflant aigu entendu près de la fin de l'expiration en raison d'un rétrécissement des voies aériennes dans les poumons.

Signe du pli cutané : Capacité de la peau à revenir en position normale. Capacité réduite en présence de déshydratation. Le signe du pli cutané est évalué en pinçant la peau.

Stridor : Bruit aigu provoqué à l'inspiration par un rétrécissement du passage de l'air.

TDR : Tests de diagnostic rapide pour le dépistage du paludisme en l'absence d'examen microscopiques.

Temps de remplissage capillaire : Temps nécessaire à la couleur rose pour revenir après l'application d'une pression pour faire blanchir l'ongle du pouce ou de l'orteil pendant 3 secondes.

Tirage sous-costal : Enfoncement de la paroi thoracique inférieure lorsque l'enfant inspire; représente un signe de détresse respiratoire. Le tirage sous-costal ne fait pas référence au mouvement d'enfoncement du tissu mou entre les côtes.

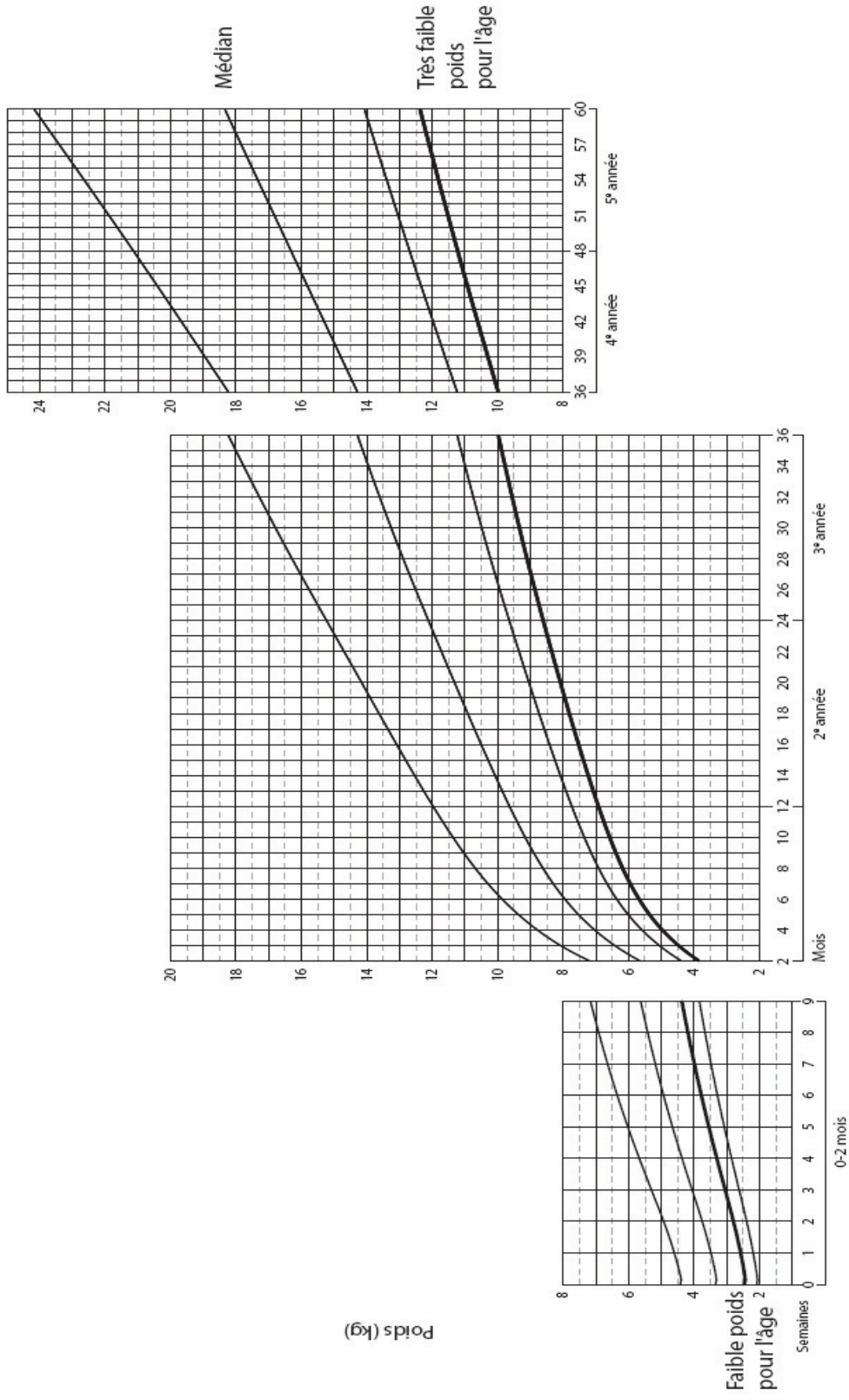
Triage : Tri des enfants en groupes de priorité en fonction de leurs besoins médicaux et des ressources disponibles.

Urètre : Tissu menant de la vessie à l'extérieur par lequel l'urine sort du corps.

Hématocrite : Mesure de la quantité de globules rouges dans le sang et, par là même, de l'anémie.

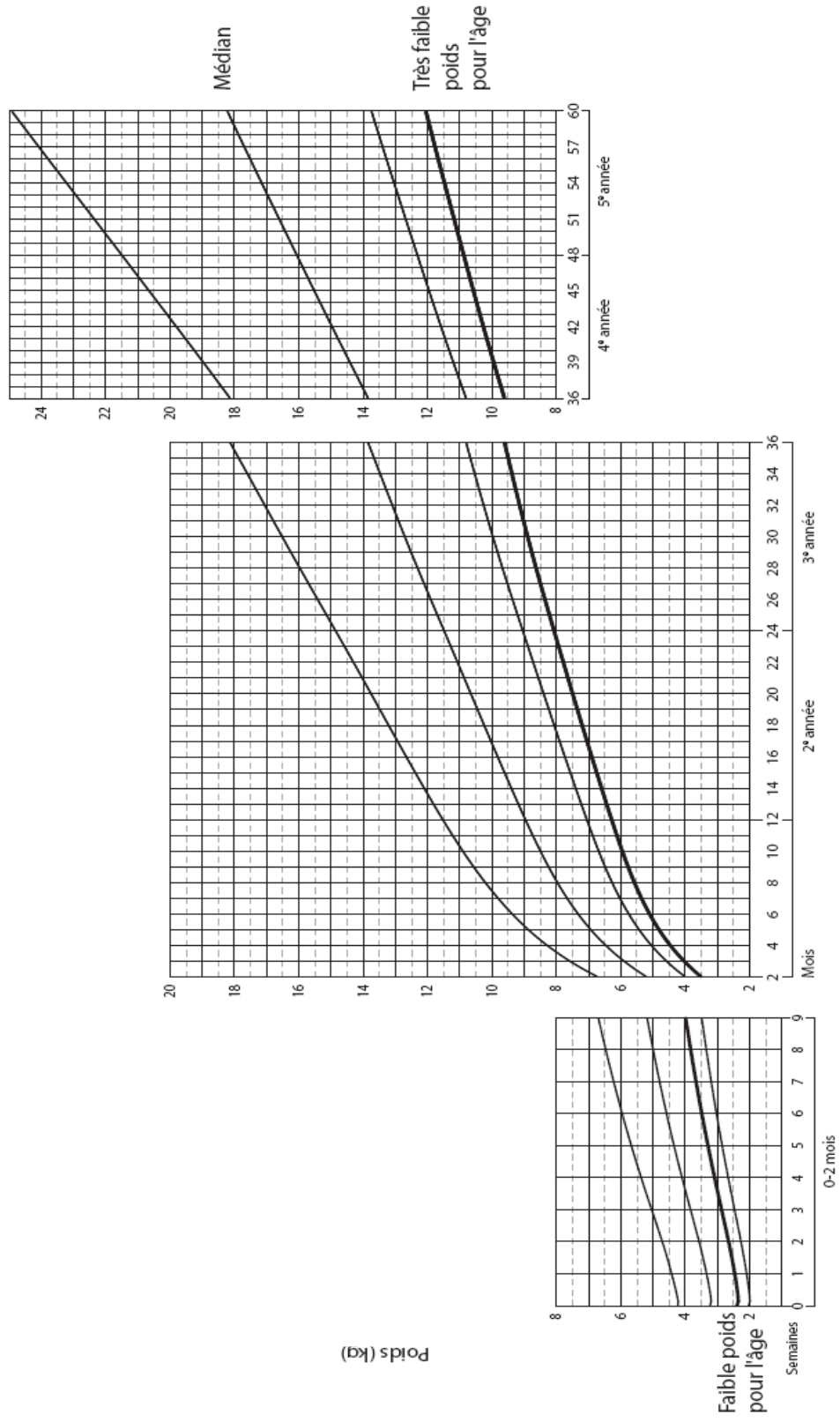
Vernix : Enveloppe blanche crémeuse qui recouvre la peau d'un bébé nouveau-né.

Courbe de croissance pour les garçons



Âge (semaines et mois achevés)

Courbe de croissance pour les filles



Âge (semaines et mois achevés)

Annexe 3

Ressources pour chaque chapitre

Introduction

Ressources générales sur la santé des enfants en cas d'urgence

Connolly MA et al. Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. *Lancet*, 2004, 364:1974–83.

Moss WJ et al. Child health in complex emergencies. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:58–64.

William J et al. *National Research Council: Child Health in Complex Emergencies*. Roundtable on the Demography of Forced Migration, Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education and Program on Forced Migration and Health at the Mailman School of Public Health of Columbia University. 2006. Washington, DC. The National Academies Press.

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva, The Sphere Project, 2004.
<http://www.sphereproject.org>

Ressources générales sur les soins aux enfants

Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère : Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2000 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_CAH_00.1_fre.pdf).

Simoes EAF et al. Management of severely ill children at first-level health facilities in sub-Saharan Africa when referral is difficult. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:522–531.

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Recueil de tableaux de PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (disponible à l'adresse : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/Chartbooklet.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Module 1 : Triage et prise en charge d'urgence

Chapitre 1 : Triage

Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère. Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2000 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_CAH_00.1_fre.pdf).

Emergency triage assessment and treatment (ETAT). Manual for participants. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/ISBN_92_4_154687_5.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapitre 2 : Évaluation des signes d'urgence

Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère. Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2000 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_CAH_00.1_fre.pdf).

Emergency triage assessment and treatment (ETAT). Manual for participants. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/ISBN_92_4_154687_5.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Module 2 : Évaluation et prise en charge des affections courantes de l'enfant

Chapitre 3 : Diarrhée

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

M. A. Connolly (éd.) *Communicable disease control in emergencies: a field manual.* Organisation mondiale de la Santé, 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546166_eng.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapitre 4 : Toux ou difficultés respiratoires

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Communicable disease control in emergencies: a field manual. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546166_eng.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapitre 5 : Fièvre - Paludisme

Meek S, Rowland R, Connolly M. *Outline Strategy for Malaria Control in Emergencies.* Roll Back Malaria Complex Emergencies Network. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2000.

Malaria Control During Mass Population Movements and Natural Disasters. Peter B. Bloland et Holly A. Williams. Roundtable on the Demography of Forced Migration. Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education and Program on Forced Migration and Health at the Mailman School of Public Health of Columbia University, Washington, DC. National Research Council. The National Academies Press, 2003.

Malaria control in complex emergencies. An inter-agency handbook. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005.

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Communicable disease control in emergencies: a field manual. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546166_eng.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapitre 5 : Fièvre - Rougeole

WHO guidelines for epidemic preparedness and response to measles outbreaks. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 1999 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/mental_health_food_shortage_children2.pdf).

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Communicable disease control in emergencies: a field manual. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546166_eng.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapitre 5 : Fièvre - Infections bactériennes sévères

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapitre 6 : Malnutrition

Field guide on rapid nutritional assessment in emergencies. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 1995 (disponible à l'adresse : <http://whqlibdoc.who.int/emro/1994-99/9290211989.pdf>).

Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health care workers. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 1999 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/publications/en/manage_severe_malnutrition_eng.pdf).

Manual on the management of nutrition in major emergencies. IFRC/UNHCR/WFP/WHO. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2000 (disponible à l'adresse : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/9241545208.pdf>).

Ashworth A et al. *Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris.* Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2003 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9242546097_fre.pdf).

Food and nutrition needs in emergencies. UNHCR/UNICEF/WFP/WHO, 2003 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/publications/en/nut_needs_emergencies_text.pdf).

Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2004 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_feedchildren_emergencies.pdf).

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Emergency Nutrition Network online. (disponible à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_feedchildren_emergencies.pdf)

Chapitre 7 : Anémie

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapter 8: Newborn and young infant up to 2 months of age

Lawn JE, Cousens S, Zupan J. Neonatal Survival 1: 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*, 2005, 365:891–900.

Darmstadt GL et al. Neonatal Survival 2: Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*, 2005, 365: 977–988.

Hafeez A et al. Integrating health care for mothers and children in refugee camps and at district level. *BMJ*, 2004, 328:834–836.

O'Heir J. Pregnancy and childbirth care following conflict and displacement: care for refugee women in low-resource settings. *J Midwif Women's Health*, 2004, 49(4 Suppl 1):14–18.

Beck D et al. *Care of the Newborn: Reference Manual.* Save the Children. Washington, DC 2004 (available at: <http://www.savethechildren.org/publications>).

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapitre 9 : VIH/SIDA

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Gestion clinique des victimes de viols - Guide pour le développement des protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leurs propres pays. OMS/UNHCR, 2004 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/clinical_mngt_rapesurvivors/clinical_mngt_rapesurvivors_fr.pdf).

Chapitre 10 : Traumatismes

Médecins Sans Frontières. *Clinical guidelines: diagnostic and treatment manual for curative programmes in hospitals and dispensaries. 7th edition.* 2007.

Emergency triage assessment and treatment. (ETAT). Manual for participants. Geneva, 2005 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/ISBN_92_4_154687_5.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapitre 11: Brûlures

Clinical Guidelines: Diagnosis and Treatment Manual for Curative Programmes in Hospitals and Dispensaries, 7th edition. Médecins sans Frontières, 2006 (disponible à l'adresse : http://www.msf.org/source/refbooks/msf_docs/en/Essential_drugs/ED_en.pdf).

Emergency triage assessment and treatment. (ETAT). Manual for participants. Geneva, 2005 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/ISBN_92_4_154687_5.pdf).

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Chapitre 12 : Empoisonnement

Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf).

Module 3 : Prévention de la morbidité et de la mortalité infantiles

Chapitre 13 : Vaccination et autres mesures de santé publique

Communicable disease control in emergencies: a field manual. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546166_eng.pdf).

Manuel sur la PCIME. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf).

Chapitre 14 : Infection par le VIH

HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs. Inter-Agency Standing Committee. <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/HIVAIDSPreventionCare.htm#Chapitre>

Leyenaar J. Human immuno-deficiency virus and infant feeding in complex humanitarian emergencies: priorities and policy considerations. *Disasters* 2004;28:1-15.

Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters* 2004;28:322-339.

Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. Inter-Agency Standing Committee (en cours de révision) (disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hac/techguidance/pht/11818.pdf>).

Gestion clinique des victimes de viols - Guide pour le développement des protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leurs propres pays. OMS/UNHCR, 2004. http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/clinical_mngt_rapesurvivors/clinical_mngt_rapesurvivors_fr.pdf.

Chapitre 15 : Santé mentale et soutien psychosocial

IASC guidelines for mental health and psychological support in emergency settings. Genève, Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2007.

La santé mentale dans les situations d'urgence - Aspects mentaux et sociaux de la santé des populations exposées à des facteurs de stress extrême. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2003 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/media/en/706.pdf).

Van Ommeren M, S Saxena, B Saraceno. Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus? Bulletin of the World Health Organization. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005;83:71-75.

Santé mentale et bien-être psychosocial des enfants en situation de pénurie alimentaire sévère. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2006 (disponible à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/emergencies/mental_health_food_shortage_french.pdf).

Facilitate Support for Young Children (0-8 Years) and Their Care-givers. IASC Guidance on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (peer review version). Genève, Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2006.

Pynoos R, Nadar K. Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence; research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1988;1:445-473.

Chartre humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes. Le Projet Sphère. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2004.

L'éducation et le VIH/sida - garantir l'accès à l'éducation des orphelins et enfants vulnérables : manuel de l'instructeur. UNICEF-Banque mondiale. Mombasa. Novembre 2002.

Murthy R, Mander H. RIOTS: Psychosocial Care for Children. Bangalore, India, 2002. *Books for Change*.

Mental Health And Psychosocial Care For Children Affected by Natural Disasters. WHO Draft, Département de l'OMS Santé mentale et toxicomanies. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005.

Annexe 4

Posologie des médicaments pour enfants (liste des médicaments)

Médicaments	Posologie	Présentation	Dose en fonction du poids corporel (calculer si le poids est inférieur ou supérieur)				
			3-6 kg	6-10 kg	10-15 kg	15-20 kg	20-29 kg
Albendazole	200 mg (demi-comprimé) 12-24 mois 400 mg (un comprimé) plus de 24 mois	Comprimé à croquer, 400 mg	-	-	1	1	1
Amodiaquine	10 mg base/kg/3 jours (dose totale de 30 mg base/kg)	Comprimé, 200 mg	-	-	1	1	1
Amoxicilline	15 mg/kg/dose pendant 7 jours Pneumonie non sévère : 25 mg/kg 2 f.p.j. pendant 3 jours	Comprimé/gélule, 250 mg Suspension buvable, 125 mg/5 ml Comprimé/gélule, 250 mg Suspension buvable, 125 ml/5 ml	¼ 2.5 ml ½	½ 5 ml 1	¾ 7.5 ml 1½	1 10 ml 2	1½ - 2½
Ampicilline	IM 50 mg/kg/6 heures	Fiole de 500 mg mélangée à 2,1 ml d'eau stérile pour donner 500 mg/2,5 ml	5 ml	10 ml	15 ml	-	-
Artéméthér	IM 3,2 mg/kg 1 f.p.j. au jour 1 Puis IM 1,6 mg/kg/jour Jusqu'à ce que le traitement oral soit possible, durée totale du traitement d'une semaine	Injection, 40 mg/ml en ampoule de 1 ml Injection, 80 mg/ml en ampoule de 1 ml					
Arthéméthér + luméfantine	Traitement à dose fixe (20+120 mg) deux f.p.j. pendant 3 jours	Comprimé 10+120 mg					
Artésunate	Paludisme sévère : IV ou IM 2,4 mg/kg sur 3 minutes à 0, 12 et 24 heures au jour 1 Puis continuer avec 2,4 mg/kg sur 3 minutes au jour 2 jusqu'à ce que le traitement oral soit possible Si/dés que possible, passer à un traitement oral de 2 mg/kg pendant une durée totale de semaine	Fiole de 60 mg dans 0,6 ml avec 3,4 ml d'eau ou de solution saline pour donner 60 mg/4 ml Fiole de 60 mg dans 0,6 ml avec 3,4 ml d'eau ou de solution saline pour donner 60 mg/4 ml Comprimé, 50 mg					
Benzathine bénylpénicilline	Paludisme à P. faciparum non compliquée : oral 4 mg/kg/jour pendant 3 jours combiné à la méfloquine, la sulfadoxine-pyriméthamine ou l'amiodiaquine	Comprimé, 50 mg					
Bénylpénicilline	IM 1,2 million d'unités chez les enfants de plus de 5 ans, 0,6 million d'unités chez les enfants de moins de 5 ans	Fiole de 1,2 million d'unités dans 4 ml					
Bénylpénicilline	IM 60 mg/kg/6 heures	Fiole de 600 mg mélangée à 9,6 ml d'eau stérile pour donner 600 mg/10 ml	4 ml	8 ml	12 ml	18 ml	25 ml
Ceftriaxone	IM IV 50-100 mg/kg pendant 2 à 5 jours	Fiole de 1 g mélangée à 9,6 ml d'eau stérile pour donner 1 g/10 ml	4 ml	8 ml	12 ml	18 ml	25 ml

Médicaments	Posologie	Présentation	Dose en fonction du poids corporel (calculer si le poids est inférieur ou supérieur)				
			3-6 kg	6-10 kg	10-15 kg	15-20 kg	20-29 kg
Charbon activé	Moins de 1 an : 1 g/kg; plus de 1 an : 25/50 g/kg	Comprimés					
Chloramphénicol	IM 25 mg/kg/6 heures, dose maximale de 1 g Oral 50 mg/kg toutes les 8 heures		Calculer la quantité exacte nécessaire : 0,25 ml contient 25 mg				
Solution de chlorhexidine cétrimide	20 ml dilués pour donner 1 l avec de l'eau propre	Solution, 5 % pour dilution	-	-	1	1 1/2	2
			3-5 ml	6-9 ml	10-14 ml	15-19 ml	-
Chloroquine	10 mg base 1 f.p.j. pendant 2 jours puis 5 mg base/kg au jour 3 (dans les zones sensibles à la chloroquine)		1/2	1	1 1/2	2	2 1/2
		Jour 1 et 2					
		Jour 3	1/2	1/2	1/2	1	1
		Jour 1 et 2	-	1/2	1	1 1/2	1 1/2
		Jour 3	-	1/2	1/2	1	1
		Jour 1 et 2	5 ml	7,5 ml	15 ml	-	-
		Jour 3	2,5 ml	5 ml	10 ml	-	-
Ciprofloxacine	Oral 15 mg/kg 2 f.p.j. pendant 5 jours	Comprimé, 100 mg	1/2	1	1 1/2	2	3
Clindamycine	Oral 5 mg/kg 3 f.p.j. pendant 7 jours		-	-	-	-	1
Dexaméthasone	IM 0,6 mg/kg en dose unique	Fiole 5 mg/1 ml	0,5 ml	0,9 ml	1,4 ml	2 ml	3 ml
Diazépam	Convulsions : rectal 0,5 mg/kg NE PAS UTILISER chez les nouveau-nés, administrer du phénobarbital! Convulsions : IV 0,2-0,3 mg/kg NE PAS UTILISER chez les nouveau-nés, administrer du phénobarbital! Sédation avant les interventions : IV 0,1-0,2 mg/kg		0,4 ml	0,75 ml	1,2 ml	1,7 ml	2,5 ml
Dihydroartémisine + pipéraquine (Artekin)*	Traitement à dose fixe, 3 ou 4 doses sur 3 jours		0,25 ml	0,4 ml	0,6 ml	0,75 ml	1,25 ml
Doxycycline	Oral, pas chez les enfants de moins de 8 ans		0,1 ml	0,2 ml	0,3 ml	0,4 ml	0,6 ml
Érythromycine	Oral, 12,5 mg/kg 4 f.p.j. pendant 3 jours		1/4	1/2	1	1	1 1/2
Sulfate ferreux + acide folique	Oral, 3 mg de Fe/kg/jour	Solution orale, 20 mg/ml de fer	1 ml	1,25 ml	2 ml	2,5 ml	4 ml
Furazolidone*	Oral, 1,25 mg/kg 4 f.p.j. pendant 3 jours		-	-	1/4	1/4	1/4
Furosémide	IM 1-2 mg/kg toutes les 12 heures		0,8 ml	1,6 ml	2,4 ml	3,4 ml	5 ml
Gentamicine	IM 7,5 mg/kg 1 f.p.j.		Calculer la quantité exacte nécessaire : 0,1 ml contient 7,5 mg				
		Fiole, 10 mg/ml					

Médicaments	Posologie	Présentation	Dose en fonction du poids corporel (calculer si le poids est inférieur ou supérieur)				
			3-6 kg	6-10 kg	10-15 kg	15-20 kg	20-29 kg
Violet de gentiane (chlorure de méthylrosanilinium)	1 cuillère à café dans 1 litre d'eau propre	Solution aqueuse à 0,5 %					
Glucose (dextrose)	5 ml/kg de solution à 10 % ou 1 ml/kg de solution à 50 % en perfusion lente	Solution injectable à 10 % isotonique					
Ipécaouaha pour enfants	De 6 à 24 mois 10 ml, plus de 24 mois 15 ml en cas d'empoisonnement pour provoquer un vomissement						
Mébéndazole	NB : chez les enfants de plus de 12 mois UNIQUEMENT et s'ils n'en ont pas reçu au cours des 6 derniers mois 100 mg 2 f.p.j. pendant 3 jours ou 500 mg en une fois	Comprimé à croquer, 100 mg					
Méfloquine	25 mg/kg en une fois (ou 15 mg/kg puis 10 mg de 12 à 24 heures plus tard). NB : ne pas administrer aux enfants de moins de 5 mois!	Comprimé, 250 mg (hydrochlorure)					
Morphine	NB : la dose doit être calculée précisément! Orale 0,2 à 0,4 mg/kg/h, augmenter si nécessaire en cas de douleur intense IM 0,1 à 0,2 mg/kg toutes les 4 à 6 heures IV 0,05 à 0,1 mg/kg toutes les 4 à 6 heures	Solution orale, 10 mg/5 ml Solution injectable, 10 mg en ampoule de 5 ml	Calculer la quantité nécessaire exacte				
Sels de réhydratation orale (SRO)	Plan A : après chaque selle molle : jusqu'à l'âge de 2 ans 50 à 100 ml après chaque selle molle, plus de 2 ans 100 à 200 ml Plan B : les 4 premières heures	Solution de SRO Solution de SRO	200-400 ml	400-700 ml	700-1000 ml	1000-1400 ml	
Oxygène							
Paracétamol	10 à 15 mg/kg, jusqu'à 4 fois par jour	Comprimé 100 mg Comprimé 500 mg	-	1	1	2	3
Paralbéhyde	IM 0,2 mg/kg maximum de 10 mg Rectal 0,4 ml/kg (avec une seringue émoussée)	Fiole de 5 ml Fiole de 5 ml	0,8 ml 1,6 ml	1,5 ml 3 ml	2,4 ml 4,8 ml	3,4 ml 6,8 ml	5 ml 10 ml
Phénobarbital	Convulsions : IV ou IM 20 mg/kg Si les convulsions continuent : 10 mg/kg après 30 minutes	Fiole 200 mg/ml Fiole 200 mg/ml	Calculer la quantité exacte nécessaire : 0,1 ml contient 20 mg				
Pivmécilline	Oral, 20 mg/kg (maximum de 300 mg) 4 f.p.j. pendant 5 jours	Comprimé, 200 mg	1/2	3/4	1	1 1/2	2
Benzylpénicilline	Brûlures : IM 100 000 UI/kg/jour pendant 7 jours	Fiole de 3 millions d'unités dans 4 ml d'eau	0,5 ml	1 ml	1,6 ml	2,4 ml	3,5 ml
procaine	Stridor : IM 50 000 UI/kg/jour pendant 7 jours	Fiole de 3 millions d'unités dans 4 ml d'eau	0,35 ml	0,5 ml	0,8 ml	1,2 ml	1,7 ml

Médicaments	Posologie	Présentation	Dose en fonction du poids corporel (calculer si le poids est inférieur ou supérieur)				
			3-6 kg	6-10 kg	10-15 kg	15-20 kg	20-29 kg
Quinine	Durée totale maximale 1 semaine, traitement oral privilégié, minimum 3 doses IV avant le passage au traitement oral Dose de charge : IV 20 mg sel/kg sur 4 heures dans du dextrose à 5-10 % ou une solution saline à 0,9 % pour donner 10 ml/kg Dose d'entretien : IV 10 mg sel/kg sur 4 heures 3 f.p.j. pendant 4 jours dans du dextrose à 5-10 % ou une solution saline à 0,9 % pour donner 10 ml/kg Dose d'entretien : oral 10 mg sel/kg 3 f.p.j.	fiOLE 150 mg/ml	0.6 ml	1.2 ml	2 ml	2.4 ml	4 ml
Solution de Ringer lactate	20 ml/kg, maximum 2 bolus de 20 ml Déshydratation sévère : enfants de moins de 1 an 100 ml dont 30 ml au cours de la 1re heure, le reste sur 5 heures, enfants de plus de 1 an à 5 ans : total de 100 ml dont 30 ml en 30 min puis le reste sur 2,5 heures	Solution injectable	-	-	½	½	1
Salbutamol	Si l'enfant présente un sifflement ou une toux la nuit 1 bouffée (montrer l'utilisation adéquate au soignant)	Inhalation (aérosol), 100 ?g (sous forme de sulfate) par dose					
Sulfadiazine d'argent	Préparation topique pour les brûlures	Crème à 1 % dans un contenant de 500 g					
Chlorure de sodium (solution saline)		Solution injectable, 0.9 % isotonique (équivalente à Na+ 154 mmol/l, Cl- 154 mmol/l)					
Sulfaméthoxazole + triméthopriME (cotrimoxazole)	Oral Prophylaxie de la pneumonie à <i>P. carinii</i>						
Tétracycline	Onguent oculaire	Onguent oculaire, 1 % (hydrochloride)					
Vitamine A (rétinol)	50 000 UI chez les enfants de moins de 6 mois, 100 000 UI chez les enfants de plus de 6 mois, 200 000 UI chez les enfants de plus de 2 ans et les adultes Rougeole deux doses aux jours 1 et 2 Malnutrition une dose au jour 1	Comprimé, 50 000, 100 000, 200 000 unités					
Vitamine K (Menadiol)*	Selon les directives nationales	FiOLE 1 ou 2 mg/ml					
Sulfate de zinc	10 mg/jour chez les enfants de moins de 6 mois, 20 mg/jour chez les enfants de plus de 6 mois	Comprimés, 20 mg					

