

MINISTRE DE LA SANTE
Direction Générale de la Santé
Direction des Soins de Santé Primaires

Division de la Santé Familiale



REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté - Patrie



Protocoles de Santé de la Reproduction (SR)

**SANTE DE LA MERE,
SANTE DE L'ENFANT,
SANTE DES JEUNES ET
ADOLESCENTS(ES),
SANTE DES HOMMES.**

TOME I

2^{ème} Edition

Décembre 2009

Lomé

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES -----	12
INTRODUCTION-----	14
BUT DES PROTOCOLES-----	15
QU'EST-CE QUE C'EST QUE LES PROTOCOLES ? -----	15
1-FORME-----	16
2-CONTENU-----	16
2.1- Les protocoles Santé de la Mère, de l'Enfant, des jeunes et adolescents(es) et Santé des Hommes qui comprennent : -----	16
2.2- Les protocoles des composantes communes et d'appui: -----	16
2.2.1- Les Composantes communes -----	16
2.2.2- Composantes d'appui -----	16
FORME ET CONTENU DU DOCUMENT DES PROTOCOLES DE SERVICES -----	16
MODE D'UTILISATION DU DOCUMENT DE PROTOCOLES-----	17
A- LA PRISE EN CHARGE GYNECOLOGIQUE -----	19
INTRODUCTION-----	20
1-GENERALITES-----	21
1.1-LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS OU ALGIES PELVIENNES-----	21
1.1.1-Accueillir la cliente-----	21
CHAPITRE 1 : LES ALGIES PELVIENNES -----	21
1.1.2-Mener l'interrogatoire de la cliente-----	22
1.1.3-Examiner la cliente -----	22
1.1.4-Conduite à tenir par niveau (Voir algorithme) -----	22
1-GENERALITES-----	24
2- LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES LEUCORRHEES-----	24
2.1-Accueillir la cliente -----	24
CHAPITRE 2 : LES LEUCORRHEES -----	24
2.2- Mener l'interrogatoire de la cliente -----	25
2.3- Examiner la cliente -----	25
2.4. Conduite à tenir par niveau devant les LEUCORRHEES -----	26
1-GENERALITES-----	27
2-PRINCIPALES ETAPES DE PRISE EN CHARGE-----	27
2.1- Accueillir-----	27
2.2-Rechercher et prendre en charge l'état de choc (confer état de choc)-----	27
2.3- Mener l'interrogatoire -----	27
CHAPITRE 3 : LES TROUBLES DU CYCLE MENSTRUEL-----	27
2.4- Examiner la patiente : -----	28
2.5- Conduite à tenir (voir tableau) -----	28
1-GENERALITES-----	32
2-PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE-----	32
2.1-Rechercher et prendre en charge l'état de choc (confer état de choc)-----	32
2.2- Accueillir-----	32
2.3- Mener l'interrogatoire -----	32
CHAPITRE 4 : LES HEMORRAGIES GENITALES-----	32
2.4- Examiner la patiente : -----	33
2.5- Conduite à tenir (Cf. tableaux ci-dessous)-----	33
2.5.1- Prise en charge par niveau en cas d'état de choc-----	34

2.5.2. Prise en charge de l'hémorragie génitale en période pré-pubertaire et pubertaire au niveau USP -----	35
2.5.3- Prise en charge de l'hémorragie chez une femme en activité génitale en dehors d'une grossesse au niveau communautaire et USP-----	36
1. GENERALITES-----	38
2. PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE-----	38
2.1-Accueillir-----	38
2.2-Mener l'interrogatoire-----	38
CHAPITRE 5 : LES DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME -----	38
2.3- Examiner la cliente -----	39
2.4- Conduite à tenir (voir algorithme)-----	39
Consultation en sexologie-----	40
1-GENERALITES-----	41
2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE-----	41
2.1- Accueillir la cliente -----	41
2.2- Mener l'interrogatoire de la cliente -----	41
2.3- Examiner la cliente : -----	41
CHAPITRE 6 : LES ECOULEMENTS MAMMELONNAIRES-----	41
2.4- Conduite à tenir (voir algorithme à la page suivante)-----	42
1- GENERALITES-----	44
2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE -----	44
2.1- Accueillir la cliente :-----	44
2.2- Mener l'interrogatoire de la cliente -----	44
2.3- Examiner la cliente -----	44
CHAPITRE 7 : LES TUMEURS MAMMAIRES-----	44
2.4- Conduite à tenir (voir algorithme ci-dessous)-----	45
1- GENERALITES-----	46
2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE -----	46
2.1- Accueillir la patiente-----	46
2.2- Mener l'interrogatoire -----	46
2.3- Examiner la patiente : -----	46
CHAPITRE 8 : LES TUMEURS GENITALES -----	46
2.4- Conduite à tenir (Voir algorithme sur la page suivante)-----	47
1- GENERALITES-----	49
2- PRINCIPALES ETAPES DE PRISE EN CHARGE-----	49
2.1- Accueillir le couple -----	49
2.2- Mener l'interrogatoire -----	49
CHAPITRE 9 : L'INFERTILITE / INFECONDITE-----	49
2.3- Examiner le couple -----	50
2.3.1- Examiner la femme : -----	50
2.3.2- Examiner l'homme : -----	50
2.3.3- Communiquer le résultat individuellement puis au couple s'il le désire. -----	50
2.4- Conduite à tenir (voir Algorithme à la page suivante)-----	50
1- GENERALITES-----	52
2- PRINCIPALES ETAPES DE PRISE EN CHARGE-----	52
2.1- Accueillir-----	52
2.2-Interroger-----	52
2.3-Examiner -----	52
2.4- Conduite à tenir (voir algorithme)-----	52
CHAPITRE 10 : LA MENOPAUSE -----	52
B- SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS ESSENTIELS-----	54
1- GENERALITES-----	55

2- périodicité des consultations pre-natales-----	55
2.1- PREMIERE VISITE : Consultations du premier trimestre ou dès que la femme se sait enceinte-----	55
CHAPITRE 11 : LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE-----	55
2.2- DEUXIEME VISITE : Deuxième trimestre (entre 4 et 6 mois soit entre 19 et 28 semaines) -----	58
2.3-TROISIEME VISITE : Troisième trimestre (7 et 8 mois) soit entre 32 et 36-----	59
2.4-LA QUATRIEME VISITE : Entre le 8 ^{ème} et le 9 ^{ème} mois (soit entre 36 et 40 semaines)--	60
3-PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT ET AUX EVENTUELLES COMPLICATIONS-----	60
1-GENERALITES-----	62
2- PARTOGRAMME MODIFIE DE L'OMS-----	62
2.1- Intérêt du partogramme -----	62
CHAPITRE 12 : LA SURVEILLANCE DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT-----	62
2.2- Contre-indications et limites du partogramme -----	63
2.3- Remplissage du Partogramme modifié de l'OMS-----	63
2.3.1- Tracé de la courbe de dilatation cervicale-----	63
2.3.2- Tracé de la courbe de descente de la tête fœtale -----	63
2.3.3- Utiliser le partogramme modifié de l'OMS-----	63
2.4- REGLES D'UTILISATION DU PARTOGRAMME MODIFIE DE L'OMS-----	64
2.5. INTERPRETATION DU TRACE-----	64
3- GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA) -----	65
3.1- Comment utiliser les utérotoniques-----	65
3.2- Technique de la traction contrôlée du cordon ombilical -----	66
3.3- Technique de massage de l'utérus -----	66
1- GENERALITES-----	67
2- SOINS POST-PARTUM A LA MERE-----	67
2.1- SOINS POST-PARTUM IMMEDIATS A LA MERE-----	67
2.1.1- ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE -----	67
CHAPITRE 13 : LES SOINS POST PARTUM DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE-----	67
2.1.2- Eléments de surveillance à tous les niveaux -----	69
2) Etat de l'utérus -----	69
2.2- Soins post partum tardifs à la mère (8- 42 ^{ème} JOUR) -----	69
2.2.1- Principales étapes de la prise en charge -----	69
3-SOINS SYSTEMATIQUES DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE-----	71
3.1- Etapes de la prise en charge -----	71
3.1.1- Accueil du nouveau-né sain -----	71
3.1.2- Conduite à tenir selon le score d'Apgar -----	71
3.1.3- Autres soins systématiques au nouveau-né-----	71
3.1.4- Examen du nouveau-né -----	72
C- SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCE (SONU)-----	74
INTRODUCTION-----	75
1. DEFINITION-----	77
2. prINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE-----	77
2.1- Préparer la patiente -----	77
2.2- Préparer le matériel adéquat -----	77
2.3-Se préparer -----	77
2.4- Procédure-----	77
2.4.1. Faire une évaluation initiale -----	77
CHAPITRE 14 : LES HEMORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE -----	77

2.4.2- Faire la prise en charge initiale en cas d'état de choc selon le niveau de prestation des soins -----	78
2.4.3- Interroger la patiente -----	78
2.4.4- Examiner la patiente-----	78
2.4.5- Demander les examens complémentaires selon le cas -----	78
2.4.6- Faire la prise en charge selon l'étiologique -----	78
1. Définition	81
2. PREPARATION	81
3. Procédure	81
3.1. Faire une évaluation initiale-----	81
3.1.1- Rechercher les signes de saignement important : -----	81
3.1.2- Rechercher les signes de choc -----	81
3.2. Prendre en charge l'urgence : -----	81
3.2.1- USP -----	81
3.2.2- Hôpital-----	81
CHAPITRE 15 : LES HEMORRAGIES DU DEUXIEME, TROISIEME TRIMESTRES DE LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL -----	81
1- DEFINITION	86
2. PRINCIPALES CAUSES	86
3. PREPARATION	86
3.1- Préparer la patiente -----	86
3.2- Préparer le matériel -----	86
3.3- Se préparer -----	86
4. PROCEDURE	86
4.1. Faire une évaluation initiale-----	86
CHAPITRE 16 : LES HEMORRAGIES DU POST PARTUM IMMEDIAT -----	86
4.2. Prendre en charge l'urgence -----	87
4.3. Faire le bilan complet -----	87
4.4. Faire le diagnostic étiologique et prendre en charge selon le niveau (cf. tableau):	87
1. DEFINITION	93
2. PREPARATION	93
2.1- Préparer la patiente -----	93
2.2- Préparer le matériel :-----	93
2.3- Se préparer :-----	93
3. PROCEDURE	93
3.1. Faire une évaluation initiale-----	93
3.1.1- Confirmer la fièvre en mesurant la température ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) -----	93
3.1.2- Rechercher un état de déshydratation : -----	93
CHAPITRE 17 : LA fièvre pendant la grossesse -----	93
3.1.3- Prendre les autres constantes (TA, pouls, fréquence respiratoire) -----	94
3.2. PRENDRE EN CHARGE L'URGENCE -----	94
3.3- FAIRE UN BILAN COMPLET -----	94
3.3.1- Faire un interrogatoire-----	94
3.3.2- Analyser le dossier médical -----	94
3.3.3- Faire un examen obstétrical et des autres appareils -----	94
3.3.4- Faire pratiquer les examens para cliniques orientés -----	94
3.4- FAIRE LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET PRENDRE EN CHARGE SELON LE NIVEAU (Cf. Tableau)-----	94
1. DEFINITION-----	98
2. PREPARATION-----	98
3. PROCEDURE-----	98

3.1. Interrogatoire-----	98
3.2- Analyser le dossier médical -----	98
3.3- Examiner la patiente -----	98
3.4- Examen complémentaire (si indiqué): en fonction des résultats de l'examen clinique ----	98
3.5- Prendre en charge l'urgence -----	98
3.6- Faire le diagnostic étiologique -----	99
3.7- Prendre en charge selon le cas et selon le niveau de prestation des soins.-----	99
CHAPITRE 18 : LA fièvre DANS LE POST PARTUM-----	98
1-Définition-----	103
2-But-----	103
3-Objectif-----	103
4-Importance-----	103
CHAPITRE 19 : LES SOINS APRES AVORTEMENT-----	103
5-Eléments essentiels -----	104
5.1- Traitement-----	104
5.2- Contraception et services de planification familiale -----	104
5.3- Services de santé reproductive et autres services de santé -----	104
5.4- Counseling -----	104
5.5- Partenariat entre la communauté et les prestataires de services -----	105
6-Etapes des SAA-----	105
6.1- Améliorer les soins cliniques-----	105
6.2- Offrir le counseling en PF et les services SAA -----	105
6.3- Etendre l'accès aux SAA-----	106
6.4- Prévoir des services élargis en SAA-----	106
6.5- Impliquer les partenaires masculins -----	106
1-DEFINITION-----	107
2. CLINIQUE-----	107
2.1. La crise est précédée par des symptômes annonçant son imminence :-----	107
2. 2. La crise convulsive est généralisée, souvent répétée. -----	107
2.3. L'évolution se fait le plus souvent vers le déclenchement spontané du travail. -----	107
3. CONDUITE A TENIR-----	107
3.1. Prendre d'abord trois précautions -----	107
CHAPITRE 20 : L'ECLAMPSIE -----	107
3.2- Conduite à tenir selon les niveaux de prestation de soins -----	108
3.2.1- A l'USP/CMS -----	108
3.2.2- A l'HD/CHR/CHU -----	108
1. DEFINITION-----	109
2. PREPARATION-----	109
2.1- Préparer la parturiente -----	109
2.2- Préparer le matériel -----	109
2.3- Se Préparer -----	109
3. PROCEDURE-----	109
3.1- Faire l'évaluation initiale -----	109
3. 2- Prendre en charge l'urgence -----	109
CHAPITRE 21 : LE TRAVAIL DYSTOCIQUE-----	109
3. 3- Faire un bilan complet -----	110
3.3.1- Interroger la parturiente sur -----	110
3.3.2- Analyser le dossier médical :(carnet de suivi prénatal) -----	110
3.3.3- Procéder à l'examen obstétrical (s'assurer que la femme est réellement en -----	110
3.3.4- Faire des examens para cliniques si possible -----	110
3. 4. Faire le diagnostic étiologique et prendre en charge selon le niveau -----	110
3.4.1- Anomalies de dilatation cervicale: -----	110

1. DEFINITION-----	112
2. SIGNES DE SOUFFRANCE FŒTALE DURANT LE TRAVAIL-----	112
2.1- Modification des bruits du cœur fœtal (BDCF)-----	112
2.2- Modification de l'aspect du liquide amniotique -----	112
3. CONDUITE A TENIR-----	112
CHAPITRE 22 : LA souffrance fœtale aiguë (SFA) -----	112
1- ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PATHOLOGIQUE-----	113
2- CONDUITE DE LA REANIMATION A LA NAISSANCE-----	113
2.1-Prise en charge d'une détresse vitale ou asphyxie périnatale : score d'APGAR < 7 et FC à 80-120/min.-----	113
2.1.1- Préparation-----	113
CHAPITRE 23 : LES SOINS IMMEDIATS AU NOUVEAU NE PATHOLOGIQUE-----	113
(SCORE D'APGAR INFÉRIEUR A 7)-----	113
2.1.2- CONDUITE PRATIQUE : Algorithme de la réanimation -----	114
1. DEFINITION-----	115
2. CLASSIFICATION CLINIQUE POSTNATALE DES NOUVEAU-NES-----	115
3. BUTS DE LA REANIMATION-----	115
4. CONDUITE A TENIR-----	115
4.1. Préparation -----	115
CHAPITRE 24 : L'ASPHYXIE PERINATALE : REANIMATION NEONATALE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT -----	115
4.2. Prise en charge d'une asphyxie périnatale «BLEUE» (score d'Apgar de 4 a 6 et FC entre 80 et 120/min.)-----	116
4.2.1. Procédure-----	116
4.2.2. Gestes de réanimation -----	116
4.3- Etape finale -----	117
5- PRISE EN CHARGE D'UNE ASPHYXIE PERINATALE BLANCHE-----	117
(SCORE D'APGAR DE 0 A 3 ET FC INFÉRIEUR A 80/MIN.)-----	117
5.1. Reconnaître un ETAT DE MORT APPARENTE-----	117
5.2- Se préparer (fiche de prise en charge - Asphyxie périnatale forme bleue) -----	118
5.3- CONDUITE PRATIQUE : Algorithme de la réanimation-----	118
Massage cardiaque -----	118
1. DEFINITION-----	120
2. MODES DE CONTAMINATION ET TYPES D'INFECTION-----	120
3. RECHERCHER LES SIGNES D'INFECTION NEONATALE-----	120
3.1. Antécédents -----	120
CHAPITRE 25 : LE NOUVEAU-NE SUSPECT D'INFECTION -----	120
3.2. Rechercher la possibilité d'infection bactérienne.-----	121
3.3- Diagnostics-----	121
CONDUITE A TENIR-----	122
CHAPITRE 26 : LE NOUVEAU-NE PREMATURE OU DE PETIT POIDS DE NAISSANCE -----	122
1-DETRESSE RESPIRATOIRE A LA NAISSANCE-----	124
CHAPITRE 27 : LES AUTRES NOUVEAU- NES PATHOLOGIQUES -----	124
2- LES CONVULSIONS A LA NAISSANCE-----	129
2.1- Définition-----	129
2.2- Faire l'évaluation initiale -----	129
2.3- Prendre en charge le nouveau-né selon le niveau de soins. -----	129
2.3.1-USP / CMS -----	129
2.3.2-Hôpital de district-----	129
3. ICTERE A LA NAISSANCE-----	129
3.1-Définition -----	129

3.2- Faire l'évaluation initiale -----	129
3.3- Prendre en charge le nouveau-né selon le niveau de soins. -----	130
3.3.1-USP /CMS: Protéger le nouveau-né contre l'hypothermie et évacuer. -----	130
3.3.2-Hôpital de district-----	130
3.3.4-Hôpital régional-----	130
4. URGENCES MALFORMATIVES A LA NAISSANCE-----	130
4.1- SIGNES -----	130
4.2- CONDUITE A TENIR -----	130
4.2.1- USP/CMS :-----	130
1-Différentes étapes d'une revue de décès maternel-----	133
2-Types de méthodes de revue-----	133
CHAPITRE 28 : REVUE DES DECES MATERNELS ET NEONAL -----	133
3-Recensement des cas-----	133
4-Principes fondamentaux de la collecte des données-----	134
5-Analyse des données collectées-----	134
6-Recommandations-----	134
7-Diffusion des résultats et des recommandations-----	134
D- LA CONSULTATION DE L'ENFANT SAIN -----	137
7-CONSULTATION DE L'ENFANT SAIN AGE DE 0 A 5 ANS-----	138
1.1-Faire l'examen systématique de l'enfant en vue de: -----	138
CHAPITRE 29 : LA CONSULTATION DE L'ENFANT SAIN AGE DE 0 A 5 ANS -----	138
1-CONSULTATION DE L'ENFANT DE 6 A 9 ANS-----	141
CHAPITRE 30 : LA CONSULTATION DE L'ENFANT SAIN AGE DE 6 A 9 ANS -----	141
E- LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS COURANTES -----	143
CHAPITRE 31 : LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DU NOUVEAU- NE ET DE L'ENFANT (PCIMNE)-----	144
1-LE NOURRISSON MALADE AGE DE 0 A 2 MOIS-----	145
1.1-Evaluer, classer et traiter le nourrisson malade âgé de 0 a 2 mois -----	145
1.2-TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE -----	151
1.3-SUIVI DES SOINS DU NOURRISSON MALADE-----	164
2-EVALUER ET CLASSER L'ENFANT MALADE AGE DE 2 MOIS A 5 ANS-----	167
2.1-EVALUER / CLASSER IDENTIFIER LE TRAITEMENT -----	167
2.2-TRAITER L'ENFANT -----	174
2.3-SUIVI DES SOINS-----	182
2.4-CONSEILLER LA MÈRE (sur les 4 règles de soins à domicile)-----	186
2. LES LIQUIDES -----	189
F- LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS COURANTES DE L'ENFANT AGE DE 6 à 9 ans -----	191
(Santé scolaire) -----	191
1-DEFINITIONS DE LA PREVENTION-----	192
2-CONDUITE A TENIR A TOUS LES NIVEAUX (Communautaire, USP/CHP/CHR/CHU) - -----	192
CHAPITRE 32 : LA PREVENTION DES BLESSURES CHEZ L'ENFANT-----	192
1-STOMATITE-----	193
1.1-GENERALITES -----	193
CHAPITRE 33 : LES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES ENFANTS DE 6 à 9 ANS-----	193
1.2- LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES STOMATITES -----	194
1.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé -----	194
1.2.2- Niveau USP/HD -----	194
1.2.3- Niveau CHR/CHU -----	195
2- PHARYNGO-AMYGDALITE-----	195

2.1- GENERALITES-----	195
2.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé -----	196
2.2.2- Niveau USP/HD -----	196
2.2.3- Niveau CHR/CHU -----	197
3-ANKYLOGLOSSIE-----	197
3.1- GENERALITES-----	197
3.2- LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE -----	197
3.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé -----	197
3.2.2- Niveau USP/HD -----	197
3.2.3- Niveau CHR/CHU -----	198
4- SUCCION DU POUCE-----	198
4.1- GENERALITES-----	198
4.2- LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE -----	198
4.2.1- Niveau USP/HD -----	198
4.2.2- Niveau CHR/CHU -----	198
5- CARIE DENTAIRE-----	199
5.1- GENERALITES-----	199
5.2- LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE -----	199
5.2.1- Niveau USP/HD -----	199
5.2.2- Niveau CHR/CHU -----	199
1- LES INFECTIONS ORTHO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES-----	200
1.1- Otite moyenne aiguë-----	200
1.1.1-Généralités-----	200
1.1.2- Les étapes de la prise en charge -----	200
CHAPITRE 34 : LES AFFECTIONS ORTHO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES CHEZ LES ENFANTS DE 6 à 9 ANS-----	200
1.2-Rhinopharyngites de l'enfant -----	201
1.2.1-Généralités-----	201
1.2.2- Les étapes de la prise en charge -----	202
1.3-Les angines aiguës -----	203
1.3.1-Généralités-----	203
1.3.2- Les étapes de la prise en charge -----	203
2- LES URGENCES ORTHO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES-----	204
2.1- Laryngites aiguës dyspnéisantes -----	204
2.1.1-Généralités-----	204
2.1.2- Les étapes de la prise en charge -----	205
2.2- EPISTAXIS -----	206
2.2.1- Généralités -----	206
2.2.2- Les étapes de la prise en charge -----	206
2.3- Les corps étrangers ORL observés chez l'enfant-----	207
2.3.1-Généralités-----	207
2.3.2- Manifestations et conduite à tenir selon la localisation du CE -----	207
1-LES CEPHALEES-----	209
1.1. GENERALITES-----	209
1.2- Etapes de la prise en charge par niveau-----	209
1.2.1- Niveau communautaire :-----	209
1.2.2- Niveau USP/HD/CHU/CHR -----	209
CHAPITRE 35 : LES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX -----	209
2-MIGRAINE-----	212
2.1- GENERALITES-----	212
2.2- LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE -----	213
2.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé -----	213

2.2.2- Niveau USP/HD -----	213
2.2.3- Niveau CHR/CHU -----	214
3- LES EPILEPSIES -----	214
3.1- GENERALITES -----	214
3.2- LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE -----	215
3.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé -----	215
3.2.2- Niveau USP/HD -----	215
3.2.3- Niveau CHR/CHU -----	216
CHAPITRE 36 : LES ABUS SEXUELS ET AUTRES MALTRAITANCES DE L'ENFANT -----	217
1-REGLES GENERALES DE PRESTATION DE SERVICES POUR LES ADOLESCENTS ET JEUNES -----	220
1.1- Ce qu'il faut faire -----	220
CHAPITRE 37 : L'INTRODUCTION A LA SANTE DES ADOLESCENTS (ES) ET JEUNES -----	220
1.2- Ce qu'il ne faut pas faire -----	220
2-COMMENT LES ADOLESCENT(E)S ET JEUNES AIMERAIENT ETRE TRAITES ?- 221	
1-GENERALITES -----	222
2-PRINCIPALES ETAPES D'UNE VISITE MEDICALE -----	222
2.1- Accueillir l'adolescent(e) le / la jeune: -----	222
2.2- Mener l'interrogatoire de l'adolescent(e) du / de la jeune -----	222
2.3- Examiner l'adolescent(e) le/ la jeune -----	222
CHAPITRE 38 : LES VISITES MEDICALES PERIODIQUES DES ADOLESCENTS (ES) ET DES JEUNES -----	222
2.4- Conduite à tenir -----	223
1-Généralités -----	224
2- Principales étapes d'une visite médicale -----	224
2.1-Accueillir l'adolescent(e) le / la jeune -----	224
2.2-Mener l'interrogatoire de l'adolescent(e) du / de la jeune -----	224
2.3- Examiner l'adolescent(e) le / la jeune -----	224
CHAPITRE 39 : LA CONSULTATION MEDICALE DES ADOLESCENTS(ES) ET JEUNES -----	224
2.4- Conduite à tenir -----	225
2.4.1- Risque d'IST / VIH / SIDA et de Grossesses non désirées : évaluer le risque et adopter des stratégies de résolution du risque ; -----	225
2.4.2- Présence d'une grossesse : Conseiller de faire la consultation prénatale -----	225
2.4.3- Utilisation des drogues licites et illicites : -----	225
1- GENERALITES -----	226
2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE 226	
2.1- Accueillir le couple -----	226
2.2- Mener l'interrogatoire (couple/individuellement) -----	226
2.3- Examiner le couple -----	226
2.3.1- Examiner la jeune fille -----	226
CHAPITRE 40 : LA CONSULTATION PRENUPTIALE / PRECONCEPTIONNELLE -----	226
2.3.2- Examiner le jeune garçon -----	227
2.3.4- Conduite à tenir -----	227
INTRODUCTION -----	229
1- GENERALITES -----	230
2-PRINCIPALES ETAPES DE PRISE EN CHARGE DES DYSFONCTIONNEMENTS ET TROUBLES SEXUELS CHEZ L'HOMME -----	230
2.1- Accueillir le client -----	230
2.2- Mener l'interrogatoire du client -----	230

2.3. Examiner le client -----	230
CHAPITRE 41 : LES DYSFONCTIONNEMENTS ET TROUBLES SEXUELS CHEZ L'HOMME -----	230
2.4. Conduite à tenir par niveau (voir algorithmes ci-dessous) -----	231
1- GENERALITES-----	232
2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES TUMEURS GENITALES CHEZ L'HOMME-----	232
2.1- Accueillir le client : -----	232
2.2- Mener l'interrogatoire du client : -----	232
CHAPITRE 42 : LES TUMEURS GENITALES CHEZ L'HOMME-----	232
2.3- Examiner le client : -----	233
2.4- Conduite à tenir par niveau (voir algorithmes ci-dessous) -----	234
ANNEXES 1 : LA FICHE DE PRISE EN CHARGE DES SIGNES DE DANGERS PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE-----	237
ANNEXES 2 : LES CONDITIONS DE TRANSFERT-----	238
1. PREPARER LE TRANSFERT-----	238
2. RASSEMBLER LES DOCUMENTS DE TRANSFERT -----	238
3. ASSURER UN ABORD VEINEUX STABLE -----	238
ANNEXES 3 : LA FICHE DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DU MALADE AGE DE 0 A 2 MOIS-----	240
ANNEXE 4 : LISTE DES PARTICIPANTS ET DES PERSONNES RESSOURCES-----	248
LISTE DES PARTICIPANTS VALIDATION PNP PF IST-----	250
LISTE DES PERSONNES RESSOURCES-----	252

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AAS	Acide Acétyl Salicylique
ADM	Audits des Décès Maternel
ATBG	Antibiogramme
BCG	Bacille de Calmet et Guerin
BDCF	Bruits du Cœur Fœtal
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	Centre Médico- Social
CPN	Consultation Prénatale
CU	Contractions Utérines
DDR	Date des Dernières Règles
DIU	Dispositif Intra utérin
ECBU	Examen Cyto-Bactériologique Urinaire
EPD	Education en matière d'environnement, de population et pour un Développement humain durable
FC	Fréquence Cardiaque
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
HCG	Human Chorionic Gonadotrophin (Gonatrophine chorionique humaine)
HD	Hôpital de District
HU	Hauteur Utérine
IM	Intra Musculaire
IST	Infection Sexuellement Transmissible
KOP	Rechercher des kystes, des œufs et parasites intestinaux
LA	Liquide Amniotique
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
NFS	Numération Formules Sanguine
NNE	Nouveau-Né
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Ortho-Rhino-Laryngologiques
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-Né et de l'enfant

PEC	Prise en Charge
PF	Planification Familiale
PTME	Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant
RAI	Rhésus et les agglutinines irrégulières
SAA	Soins Après Avortement
SFA	Souffrance Foetale Aiguë
SONE	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TC	Temps de Coagulation
TH	Taux d'Hémoglobine,
TS	Temps de Saignement
TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
TPI	Traitement Préventif Intermittent
USP	Unité de Soins Périphérique
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
VAT	Vaccination Antitétanique
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS	Vitesse de Sédimentation

INTRODUCTION

Le document des protocoles de services en Santé de la Reproduction, de la Planification Familiale et des Infections Sexuellement Transmissibles (SR/PF/IST) du Togo est conçu dans le but de mettre à la disposition des prestataires de soins des informations utilisables à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit d'un guide élaboré à partir du document de Politique et Normes en Santé de la Reproduction, Planification Familiale et Infections Sexuellement Transmissibles révisé en octobre 2009.

Il aborde tous les aspects et domaines de la SR/PF/IST:

- Volet Santé de la femme
- Volet Santé de l'Enfant
- Volet santé des Jeunes et Adolescents (es)
- Volet Santé des Hommes
- Composantes communes, d'appui et connexes

Il est conçu pour être utilisé par tout agent de santé quelque soit le niveau de la pyramide sanitaire où il intervient.

Il tient compte du pré requis de chaque utilisateur et souhaiterait pouvoir prendre en compte leur motivation à apprendre mais surtout à fournir aux populations-cible les prestations les plus appropriées possibles et d'en obtenir un feed-back positif, signe de la satisfaction des bénéficiaires

Ce document, qui ne prétend se substituer ni aux documents et techniques scientifiques existants, ni au jugement clinique et à la logique scientifique propres de chaque agent de santé, offre différentes orientations pour :

- Reconnaître les affections ;
- Prendre les décisions thérapeutiques appropriées,
- Respecter les prescriptions de la prévention des infections,
- Standardiser les gestes à utiliser à tous les niveaux, afin d'assurer la qualité des services selon les Normes sanitaires du Togo.

Il est structuré de telle manière qu'on puisse l'utiliser à tous les niveaux en fonction des, moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles et selon les huit étapes habituelles de la prise en charge lors des prestations de service :

- 1- Accueillir le patient ;
- 2- Mener l'interrogatoire ;
- 3- Faire l'examen clinique ;
- 4- Faire les examens complémentaires;
- 5- Instituer le traitement;
- 6- Donnez un rendez-vous;
- 7- Remercier, raccompagner et dire au revoir au patient,
- 8- Assurer le suivi.

Ainsi quatre niveaux de prise en charge y sont abordés :

- Niveau communautaire
- Niveau USP / CMS
- Niveau Hôpital de District ou Préfectoral
- Niveau CHR / CHU.

IMPORTANCE DES QU'EST-CE QUE C'EST QUE LES PROTOCOLES

Dans le processus d'élaboration de la Politique, et des Normes en SR/PF/IST, les protocoles répondent à la question : «comment atteindre le but de la politique sanitaire selon les normes de services prescrites».

Les protocoles indiquent comment résoudre les problèmes de santé de la reproduction à chaque niveau du système sanitaire du pays à travers les prestations de services, la gestion des services, des programmes et projets et à travers la recherche.

Les protocoles répondent à un processus de prise de décision allant d'un problème à ses solutions en indiquant l'ordre logique et chronologique dans lequel les événements et les décisions doivent survenir mais aussi leurs interdépendances.

BUT DES PROTOCOLES

Le but principal de ces protocoles est d'aider les prestataires à offrir des services standardisés et de qualité. Ils facilitent la prise de décisions tant en clinique qu'en gestion des services. Ils aident à organiser les problèmes en une série d'évènements (gestes, tâches, activités) et en une série de décisions logiques et chronologiques permettant ainsi aux prestataires, à leurs formateurs et superviseurs d'améliorer la qualité de leurs prestations.

Les protocoles doivent être largement diffusés et constamment utilisés pour résoudre les problèmes de santé de la femme et du nouveau-né. Ils sont destinés à tous les **Prestataires des Services** de SR/PF/IST au Togo (Agents de santé communautaire, Accoucheuses Auxiliaires, Infirmiers, Sages-femmes, Assistants Médicaux et les médecins). Ils seront également utilisés par les **Superviseurs**, et ceux qui sont chargés d'évaluer les programmes de santé de la femme et du nouveau-né.

Les protocoles doivent être régulièrement «adaptés et mis à jour» afin qu'ils soient toujours utiles.

FORME ET CONTENU DU DOCUMENT DES PROTOCOLES DE SERVICES

1- FORME

Ce document se présente sous forme de livre de poche dont la reliure est en spirale facilitant ainsi son utilisation. Cette forme de présentation permet aux prestataires de retrouver très rapidement l'information dont ils ont besoin dans une situation, parfois, d'urgence. Les processus de prise de décisions qui y sont proposés, sont sous forme d'algorithmes, de tableaux ou de listes d'activités par étapes. Sa lecture est ainsi facile et agréable.

2- CONTENU

En rapport avec les différents domaines d'activité, le document des protocoles est divisé en **DEUX (2) TOMES** :

2.1- Les protocoles Santé de la Mère, de l'Enfant, des jeunes et adolescents(es) et Santé des Hommes qui comprennent :

- Prise en charge gynécologique
- Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) dont la CPN recentré qui prend en compte la TPI et la PTME ; la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA)
- Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) entre autres les Soins Après Avortement (SAA), l'Audits des Décès Maternel (ADM), etc.
- Prise en charge des enfants dont le Continuum des Soins
- Services de Santé adaptés aux Adolescents(es) et Jeunes dont les abus sexuels
- Prise en charge des dysfonctionnements sexuels
- Tumeurs génitales
- Prise en charge de l'infertilité/infécondité du couple
- Annexes

2.2- Les protocoles des composantes communes et d'appui:

2.2.1- Les Composantes communes

- Les pratiques néfastes à la SR ;
- Le Repositionnement de la Planification Familiale ;
- Le Plaidoyer ;
- La communication pour le changement de comportement (CCC),
- La prévention des infections,
- Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST),

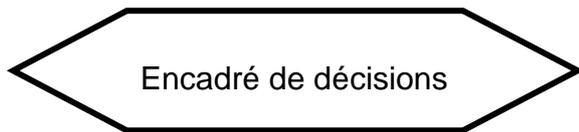
2.2.2- Composantes d'appui

- La Gestion des programmes et services
- L'Assurance de la Qualité des Services,
- La Participation communautaire,
- La formation,
- La Recherche Opérationnelle.

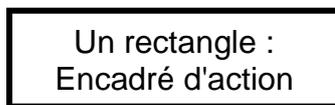
MODE D'UTILISATION DU DOCUMENT DE PROTOCOLES

Les schémas de prise en charge (directives) proposés sont présentés sous forme de tableaux, de listes d'activités structurées par étapes ou sous forme d'algorithmes ou graphes de décisions qu'il faut lire de haut en bas et de gauche à droite.

Quatre sortes de symboles sont utilisées :



Un hexagone qui contient les informations nécessaires à une prise de décision. Il a toujours une entrée et une alternative de sortie oui ou non



On y trouve indiquer une action pour un thérapeutique ou un diagnostic.



Une flèche qui indique le sens de la lecture de l'algorithme et l'ordre chronologique de la démarche diagnostique et thérapeutique.



Des annotations en chiffres, en crochets à l'intérieur des encadrés qui renvoient aux commentaires ou informations indiqués en annexes.

Ainsi, ce document des protocoles a une double fonction :

- Il est avant tout une sorte de carte routière qui conduit le/la prestataire/ conseiller(e) à travers les différentes étapes de ses activités mais également veille sur la qualité du contenu de ce cheminement,
- Il se veut aussi être un document pédagogique de par la standardisation des gestes et faits qui procure une opportunité d'apprendre, améliorant ainsi le savoir, le savoir-être, et le savoir-faire des agents de santé. De même, à divers niveaux de la pyramide sanitaire, des agents Encadreurs/Formateurs et Superviseurs pourraient l'utiliser pour donner des séances de formation continue sur le site et accroître de ce fait les compétences de leurs collaborateurs.

PREMIERE PARTIE

SANTE DE LA FEMME

**A- LA PRISE EN CHARGE
GYNECOLOGIQUE**

INTRODUCTION

Les taux de mortalité maternelle et néo-natale vont en augmentant dans les pays en développement dont le Togo. Il en est de même pour les décès liés aux cancers du sein, du col utérin, de l'endomètre et de l'ovaire.

Qu'il s'agisse du décès maternel, néonatal ou du décès dû aux affections gynécologiques, il résulte dans la majorité des cas d'un diagnostic tardif et d'un traitement inadapté insuffisant ou inefficace.

Pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé des femmes et des nouveau-nés, des protocoles sont élaborés afin de préciser les activités, les tâches logiques et chronologiques requises à chaque niveau de la pyramide sanitaire en tenant compte des droits des clients.

CHAPITRE 1 : LES ALGIES PELVIENNES

1- GENERALITES

Les algies pelviennes encore appelées douleurs du bas ventre ou douleurs abdominales basses sont souvent la manifestation d'une infection génitale haute (endométrite, salpingite) due à la diffusion des agents infectieux du vagin vers l'endomètre, les trompes, les ovaires et le péritoine.

Les douleurs abdominales basses peuvent être dues à des germes sexuellement transmissibles (gonocoque, chlamydia, mycoplasme), ou à des germes banals. Elles peuvent être aussi l'expression des affections médico-chirurgicales. Les cas les plus fréquents sont dus aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Les douleurs abdominales basses révélatrices d'une IST peuvent être accompagnées de:

- L'écoulement vaginal ;
- La fièvre ;
- Les Métrorragies (hémorragies génitales en dehors des règles) ;
- La dysurie.

Mais il faut se souvenir que les douleurs abdominales dues aux agents IST ne sont pas spécifiques et restent souvent isolées sans aucun signe d'accompagnement.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal peut mettre en évidence une défense pelvienne, une sensibilité des annexes à la mobilisation du col de l'utérus.

Non traitées ou mal traitées, ces douleurs pelviennes dues aux IST vont entraîner des complications: obstruction des trompes (responsable de l'infertilité ou de grossesse extra-utérine) une pelvipéritonite ou une péritonite généralisée qui nécessite une intervention chirurgicale.

La plupart de ces complications peuvent être mortelles et méritent d'être diagnostiquées tôt.

1.1- LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS OU ALGIES PELVIENNES

1.1.1- Accueillir la cliente

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Rassurer de la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer la cliente (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

1.1.2- Mener l'interrogatoire de la cliente

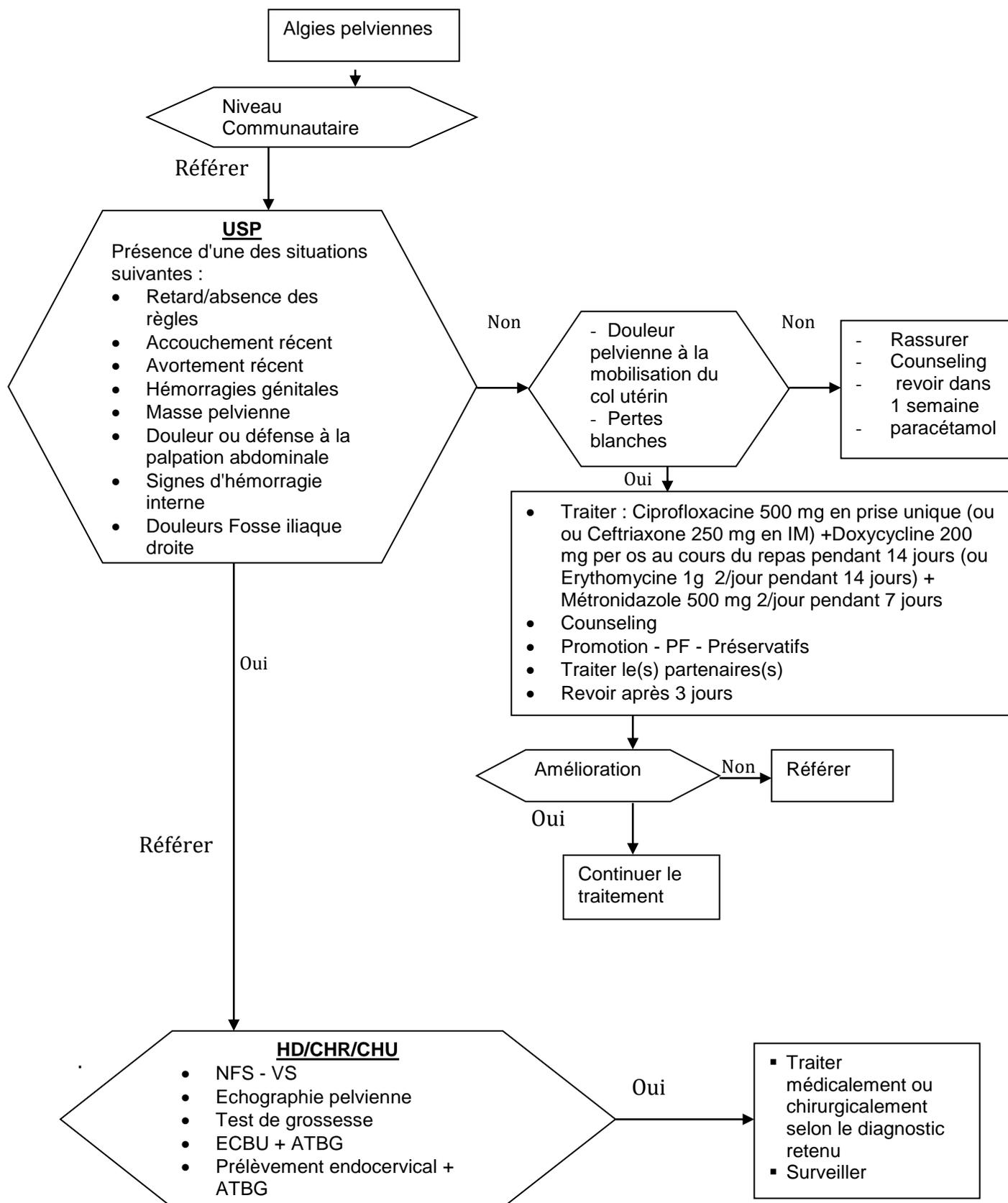
- Date des dernières règles (DDR) ;
- Circonstances de survenue des douleurs (après un accouchement récent ou un avortement récent) ;
- Vie sexuelle (multi partenariat) ;
- Signe accompagnant les douleurs (écoulement vaginal, douleur à la miction, hémorragie génitale, fièvre) ;
- Antécédents médico-chirurgicaux (intervention sur le petit bassin).

1.1.3- Examiner la cliente

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen de la cliente :
 - Demander à la cliente de se déshabiller ;
 - Examiner les seins ;
 - Faire l'examen gynécologique ;
 - Faire l'examen des autres appareils.

1.1.4- Conduite à tenir par niveau (Voir algorithme)

ALGIES PELVIENNES



CHAPITRE 2 : LES LEUCORRHEES

1- GENERALITES

Les leucorrhées ou pertes blanches ou écoulement vaginal se définissent comme des écoulements vaginaux non sanglants.

Chez la femme il y a habituellement un écoulement vaginal "normal" ou pertes physiologiques.

Les femmes ne se plaignent ou ne consultent que lorsque cet écoulement devient inhabituel (modification de la quantité, de la consistance, de la couleur, de l'odeur).

Les pertes vaginales pathologiques peuvent s'accompagner d'irritation vulvaire, de démangeaisons, de douleurs à la miction, de douleurs pelviennes ou de dyspareunie, (douleurs lors des rapports sexuels).

Les écoulements vaginaux peuvent traduire une vaginite (infections limitées au vagin) ou une cervicite (infection du col de l'utérus) ou une cervico - vaginite (infections du vagin et du col de l'utérus).

La symptomatologie de l'écoulement vaginal est pauvre. Généralement elle est composée de pertes vaginales muco-purulentes associées aux douleurs pelviennes.

Les vaginites se caractérisent par des pertes vaginales anormales souvent abondantes et parfois malodorantes avec des démangeaisons. Ces symptômes ne sont pas spécifiques d'un germe et les trois germes responsables de vaginite peuvent se manifester par ces mêmes symptômes.

Les germes en cause au cours d'un écoulement vaginal sont :

- Candida albicans, Trichomonas vaginalis, Gardnerella vaginalis. Ces germes provoquent une vaginite.
- Neisseria gonorrhoea, chlamydia trachomatis. Ces germes provoquent une cervicite.

Les germes responsables de cervicite provoquent fréquemment des complications telles que la salpingite, la pelvipéritonite et péritonite ; l'obstruction tubaire pouvant entraîner l'infertilité, la grossesse extra-utérine.

Compte tenu du caractère asymptomatique des cervicites et surtout des complications fréquentes causées par la gonococcie et la chlamydiase, il est recommandé de traiter en première intention devant un écoulement vaginal avec cervicite la gonococcie et la chlamydiase en même temps, sans toutefois perdre de vue les germes banals.

2- LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES LEUCORRHEES

2.1-Accueillir la cliente

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;

- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer la cliente (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

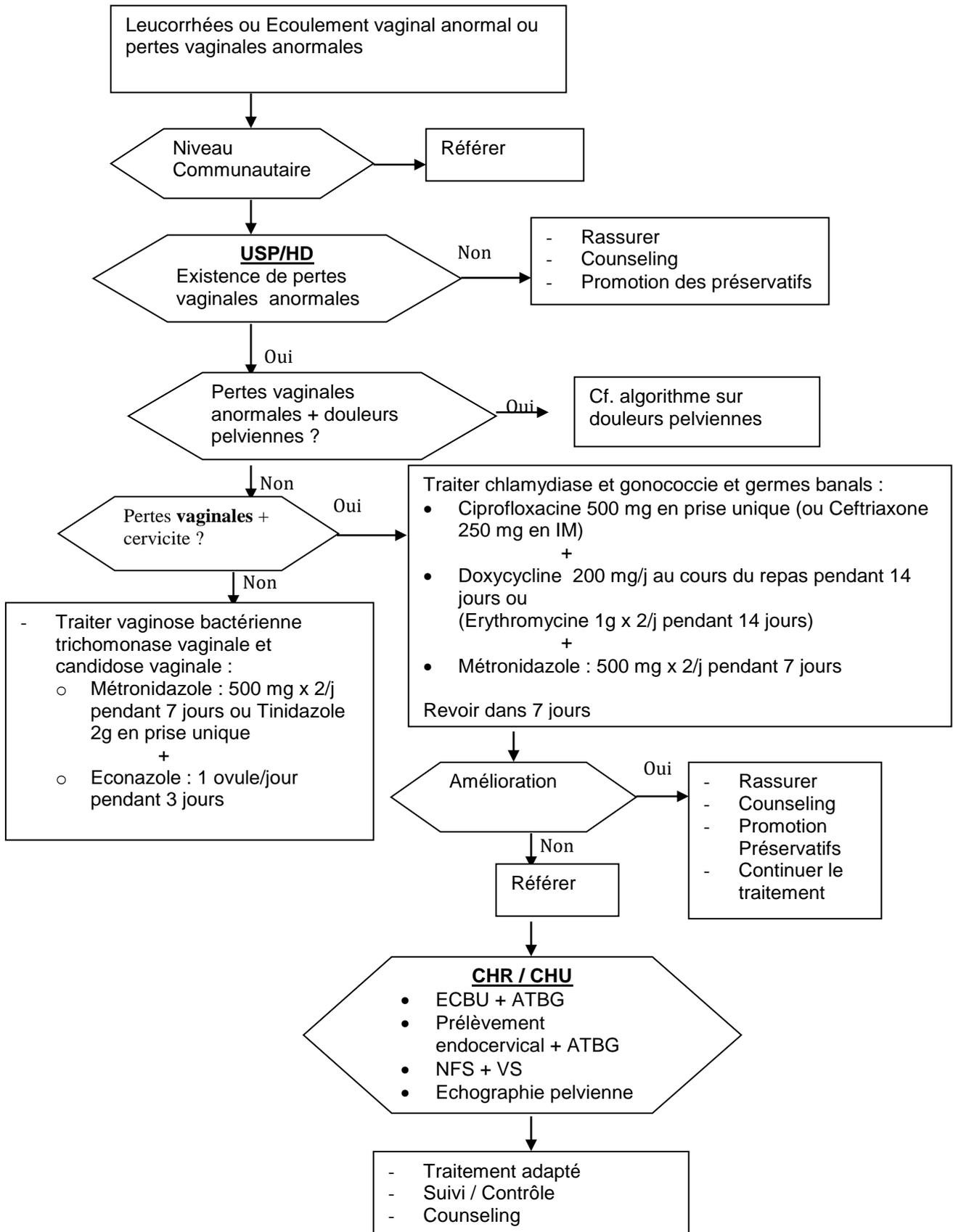
2.2- Mener l'interrogatoire de la cliente

- Date des dernières règles (DDR) ;
- Circonstances de survenue des douleurs (après un accouchement récent ou un avortement récent) ;
- Vie sexuelle (multi partenariat) ;
- Facteurs de risque (Nouveaux partenaires dans les trois derniers mois ;
- Signes accompagnateurs :
 - Irritations vulvaires ;
 - Démangeaisons ;
 - Douleurs à la miction ;
 - Douleurs pelviennes ;
 - Dyspareunie ;
 - Malodorance des leucorrhées ;
- Antécédents médico-gynécologiques ;
- Antécédents d'IST.

2.3- Examiner la cliente

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à la cliente ;
- Exécuter l'examen :
 - Demander à la cliente de se déshabiller ;
 - Examiner les seins ;
 - Faire l'examen gynécologique ;
 - Faire l'examen des autres appareils notamment : Squelette ;
 - Faire l'examen de la glaire cervicale en période péri ovulatoire.

2.4. Conduite à tenir par niveau devant les LEUCORRHEES



N.B :

1. Le Métronidazole est contre-indiqué chez une femme enceinte au 1^{er} trimestre.
2. La Doxycycline est contre-indiquée chez la femme enceinte et chez la femme allaitante.

CHAPITRE 3 : LES TROUBLES DU CYCLE MENSTRUEL

1- GENERALITES

Ce sont des perturbations observées au cours du cycle menstruel. On distingue :

- Les troubles mineurs du cycle ;
- Les troubles de l'ovulation ;
- Les hémorragies génitales fonctionnelles.

- Les troubles mineurs du cycle sont :
 - Les dysménorrhées (règles douloureuses) ;
 - Les syndromes prémenstruels (mastodynie, anxiété, nausées, crampes pelviennes...) ;
 - Les règles abondantes (poly ménorrhée) ;
 - Les règles de petites quantités (oligoménorrhée) ;
 - Les cycles menstruels irréguliers.

- Les troubles de l'ovulation sont essentiellement l'anovulation (absence d'ovulation) et la dysovulation (anomalie de la phase lutéale)
 - Les hémorragies génitales fonctionnelles ou hémorragies génitales sans causes évidentes.

2- PRINCIPALES ETAPES DE PRISE EN CHARGE

2.1- Accueillir

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Assurer la confidentialité ;
- Enregistrer la cliente.

2.2-Rechercher et prendre en charge l'état de choc (confer état de choc)

2.3- Mener l'interrogatoire

- Demander la DDR ;
- Recueillir les informations sur le traitement antérieur ou en cours (inducteur d'ovulation : (citrates Clomifène, HCG...)) ;
- Rechercher les informations sur les antécédents médicaux et chirurgicaux ; et sur les antécédents familiaux ;
- Demander la date d'apparition des symptômes ;
- Rechercher certains facteurs de risque (régime conjugal : polygamie, multi partenariat sexuel, IST...) ;
- Rechercher les caractéristiques du trouble (moment d'apparition au cours du cycle menstruel, intensité, durée...) ;
- Apprécier le retentissement du trouble sur les occupations journalières de la cliente
- Traitement habituel du trouble ;

2.4- Examiner la patiente :

- Préparer le matériel ;
- Se préparer ;
- Informer sur le déroulement de l'examen ;
- Demander à la patiente de se déshabiller ;
- Installer la patiente après lui avoir demandé de vider la vessie ;
- Faire l'examen des seins ;
- Inspecter la vulve ;
- Porter les gants ;
- Faire l'examen au spéculum :
 - Lubrifier le spéculum approprié ;
 - Introduire délicatement le spéculum dans le vagin ;
 - Inspecter le col et les parois vaginales ;
 - Retirer le spéculum ;
- Faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal :
 - Ecarter les lèvres avec une main ;
 - Introduire dans le vagin le majeur et l'index de l'autre main ;
 - Apprécier l'état du col, de l'utérus et des annexes en combinant le palper abdominal au toucher vaginal ;
- Faire l'examen des autres appareils.

N.B. Faire un toucher rectal à la place du toucher vaginal chez la vierge.

2.5- Conduite à tenir (voir tableau)

TROUBLES DU CYCLE MENSTRUEL

Niveaux	Signes Cliniques	Prise en charge
<u>Communautaire</u>	Règles douloureuses	Rassurer Référer
	Règles abondantes	Rassurer Référer
	Règles de petite quantité durant 1 jour	Rassurer Référer
<u>USP</u>	Dysménorrhée (règles douloureuses)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher une infection génitale éventuelle et la traiter selon l'algorithme IST - Si Dysménorrhée essentielle : <ul style="list-style-type: none"> • Antispasmodique + anti-inflammatoire non stéroïdien+calcium • Counseling • Suivi - Si Dysménorrhée organique : <ul style="list-style-type: none"> • Antispasmodique + anti-inflammatoire non stéroïdien • Référer
	Hyperménorrhée (règles prolongées)/polyménorrhée (règles abondantes)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher les signes d'état de choc et les prendre en charge (cf. Protocole hémorragies génitales) - Eliminer une menace d'avortement ou un avortement en cours (cf. protocole SONU) - Eliminer une tumeur utérine (Fibrome, Cancer du col) → cf. protocole tumeurs pelviennes) - S'assurer qu'il n'y a pas de DIU

Niveaux	Signes Cliniques	Prise en charge
USP	Hyperménorrhée (règles prolongées)/poly ménorrhée (règles abondantes) (suite)	<ul style="list-style-type: none"> - Si Hyperménorrhée essentielle ou fonctionnelle : <ul style="list-style-type: none"> • Anti-inflammatoire non stéroïdien + • Fer Foldine + • Utéro-tonique • Référer
	Oligoménorrhée (règles de petite quantité)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher une éventuelle cause : <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse : cf. Protocole SONU • Oligoménorrhée iatrogène (due aux contraceptifs oraux combinés ou aux contraceptifs progestatifs) - Rassurer (Cf. Protocole PF) <ul style="list-style-type: none"> • Oligoménorrhée organique (suspicion de synéchie utérine) - Référer
HD/CHR/CHU	Dysménorrhée (règles douloureuses)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher une éventuelle infection génitale et la traiter selon l'algorithme IST - Rechercher autres étiologies avec des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Echographie pelvienne ❖ Coelioscopie à la recherche d'une endométriose ❖ Faire un traitement approprié ❖ Counseling ❖ Suivi ❖ Psychothérapie si nécessaire

Niveaux	Signes cliniques	Prise en charge
<u>HD/CHR/CHU</u>	Hyperménorrhée (règles prolongées)/poly ménorrhée (règles abondantes)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher les signes d'état de choc et les prendre en charge (cf. Protocole hémorragies génitales) - Eliminer une menace d'avortement ou un avortement en cours (cf. protocole SONU) - Eliminer une tumeur utérine (Fibrome, Cancer du col) → cf. protocole tumeurs pelviennes - S'assurer qu'il n'y a pas de DIU - Faire des examens complémentaires <ul style="list-style-type: none"> ❖ Echographie pelvienne ❖ Curetage – biopsique de l'endomètre ❖ Dosages hormonaux <p>Si hyperménorrhée essentielle ou fonctionnelle, associer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti-inflammatoire non stéroïdien • Fer Foldine • Utéro-tonique • Progestatif • Discuter d'une contraception à base des œstro-progestatifs normo dosés
<u>HD/CHR/CHU</u>	Oligoménorrhée (règles de petite quantité)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher éventuellement une cause : <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse, • Oligoménorrhée iatrogène (due aux contraceptifs oraux combinés ou aux contraceptifs progestatifs) • Rassurer <p>Faire des examens complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Echographie pelvienne ❖ Hystérocopie ❖ Hystérogaphie ❖ Traitement étiologique ❖ Counseling ❖ Suivi

CHAPITRE 4 : LES HÉMORRAGIES GÉNITALES

1- GENERALITES

On appelle hémorragie génitale tout saignement provenant de l'appareil génital de la femme en dehors des règles.

Les hémorragies génitales en dehors de la grossesse peuvent être fonctionnelles ou organiques. Lorsqu'elles sont organiques, elles peuvent être l'expression clinique d'une tumeur pelvienne telle que :

- Le fibrome utérin ;
- Le cancer du col utérin ;
- Le cancer de l'endomètre.

Elles peuvent révéler aussi une lésion traumatique (vulve, vagin, cul de sac postérieur du vagin) ou une infection génitale haute. Elles peuvent être aussi d'origine iatrogène.

Les hémorragies génitales peuvent apparaître chez une jeune fille en période pré pubertaire, chez une femme en activité génitale ou chez une femme ménopausée.

Devant toute hémorragie génitale chez une femme en activité génitale et sexuellement active, il faut toujours éliminer la grossesse avant de chercher les causes organiques.

Elles doivent faire l'objet d'une prise en charge immédiate à tous les niveaux du système sanitaire.

2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

2.1-Rechercher et prendre en charge l'état de choc (confer état de choc)

2.2- Accueillir

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Assurer la confidentialité ;
- Enregistrer la cliente.

2.3- Mener l'interrogatoire

- Recueillir les informations sur son identité, son âge, son statut matrimonial, le traitement antérieur ou en cours (inducteur d'ovulation : citrate de Clomifène, HCG...);
- Demander la DDR ;
- Rechercher les informations sur les antécédents médicaux et chirurgicaux ; et sur les antécédents familiaux ;

- Demander la date d'apparition des symptômes ;
- Rechercher certains facteurs de risque (régime conjugal : polygamie, multi partenariat sexuel, IST...);
- Demander s'il y a eu de rapport sexuel dans les 24 heures.

2.4- Examiner la patiente :

- Préparer le matériel ;
- Informer sur le déroulement de l'examen ;
- Demander à la patiente de se déshabiller ;
- Installer la patiente après lui avoir demandé de vider la vessie ;
- Inspecter la vulve ;
- Faire l'examen au spéculum :
 - Lubrifier le spéculum approprié ;
 - Introduire délicatement le spéculum dans le vagin ;
 - Inspecter le col et les parois vaginales ;
 - Retirer le spéculum ;
- Faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal :
 - Ecarter les lèvres avec une main ;
 - Introduire dans le vagin le majeur et l'index de l'autre main ;
 - Apprécier l'état du col, de l'utérus et des annexes en combinant le palper abdominal au toucher vaginal ;
- Faire l'examen des seins et des autres appareils.

N.B. Faire un toucher rectal à la place du toucher vaginal chez la vierge.

2.5- Conduite à tenir (Cf. tableaux ci-dessous)

S'il existe un état de choc, reconnaître les signes de danger :

- Sueur froide ;
- Soif intense ;
- Essoufflement ;
- Agitation ;
- Pâleur conjonctivale ;
- Pouls accéléré ;
- TA effondrée.

Devant un ou plusieurs des signes suscités, la conduite ci-dessous doit être observée en tenant compte du niveau de prise en charge.

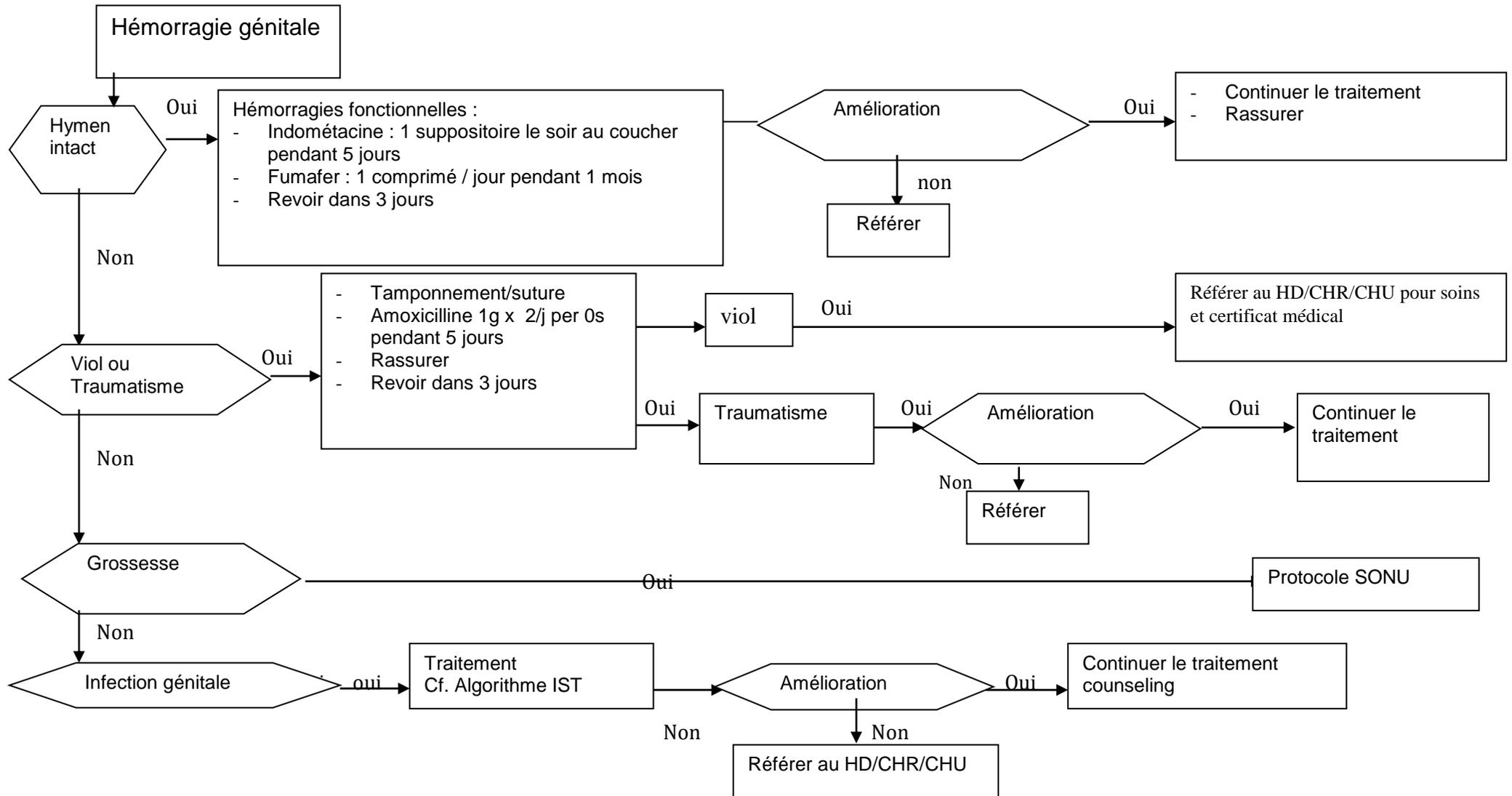
2.5.1- Prise en charge par niveau en cas d'état de choc

NIVEAU DE PRISE EN CHARGE	CONDUITE A TENIR
<p align="center">Niveau Communautaire</p>	<p>En présence de signes de danger :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner à boire ; - Informer les parents de la nécessité de référer ; - Prévoir les donneurs de sang ; - Prévenir le niveau de référence si possible ; - Conseiller aux parents de prévoir assez d'argent pour faire face aux dépenses - Remplir ou faire remplir une fiche de référence ; - Référer.
<p align="center">USP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre une voie veineuse ; - Placer du Ringer lactate à un débit d'un litre en 15 minutes ; - Placer une sonde vésicale à demeure ; - Informer les parents de la nécessité de la référence ; - Dire aux parents de prévoir de l'argent - Trouver des donneurs de sang ; - Transférer d'urgence à l'hôpital.
<p align="center">HD/CHR/CHU</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la liberté des voies aériennes ; - Donner de l'oxygène 6 à 8 litres par minute à l'aide d'un masque ; - Prendre une voie veineuse de gros calibre ; - Prélever le sang pour des examens de laboratoire - Assurer le remplissage vasculaire (soluté salé isotonique ou de Ringer lactate) à un débit initial de 1 litre en 15 à 20 minutes ; - En cas de saignement important, commencer une transfusion sanguine dès que possible ; - Placer une sonde vésicale à demeure ; - Appeler le médecin. <p align="center"><u>Faire un bilan complet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interroger la patiente si possible ou la famille sur les circonstances de survenue de l'état de choc, sur l'âge, la DDR, les caractéristiques du saignement ; - Analyser le dossier médical ; - Examiner la patiente : examen général, examen gynécologique ; - Faire des examens paracliniques orientés : groupe sanguin rhésus, NFS, ionogramme sanguin, test de coagulation ; - Faire la synthèse des données de l'examen clinique et para clinique ; - Remplir la fiche de contre-référence.

S'il n'existe pas un état de choc (Prise en charge par niveaux)

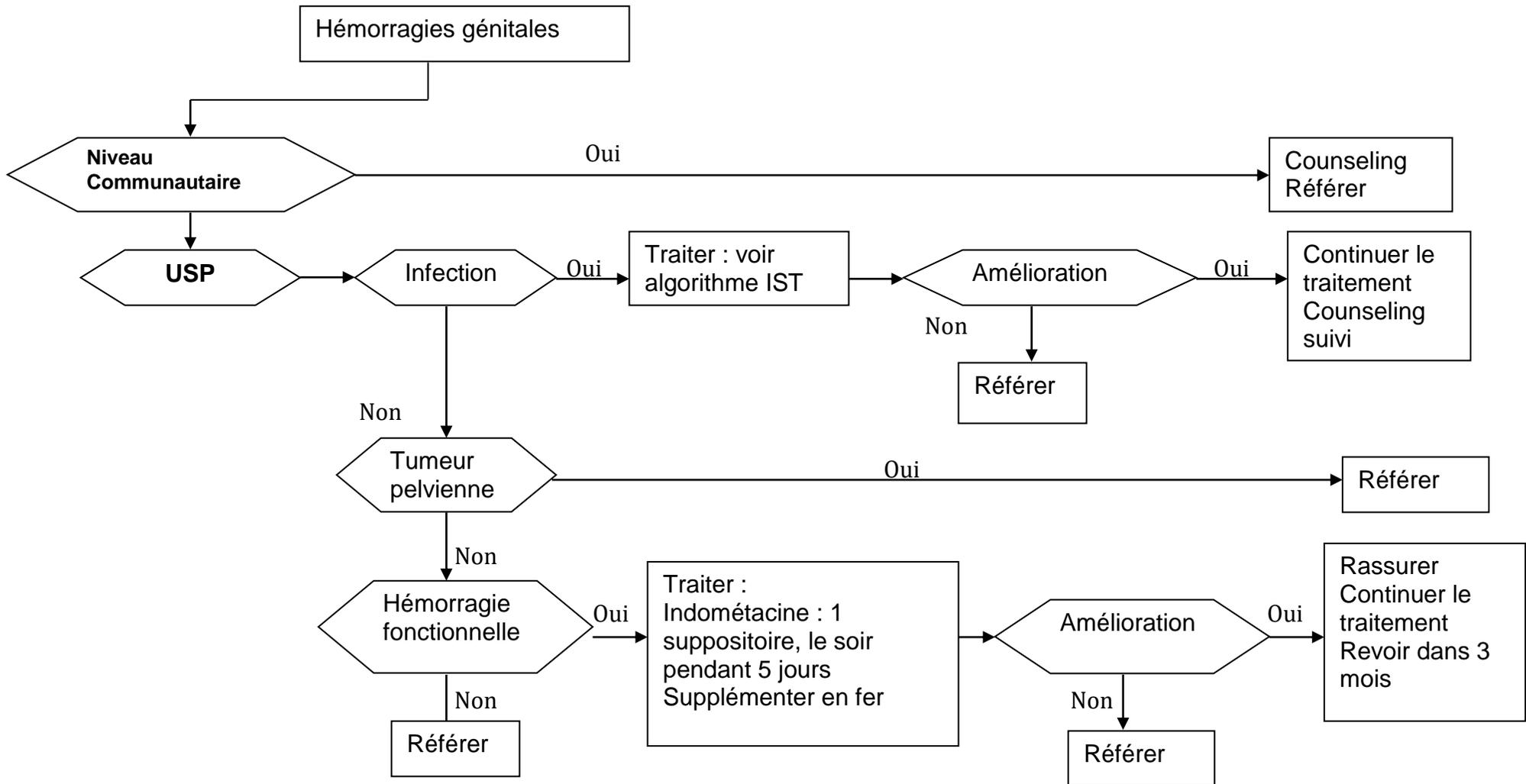
<u>Niveau de prise en charge</u>	<u>Conduite à tenir</u>
<p align="center">Communautaire</p>	<p>Devant une hémorragie génitale quel que soit l'âge de la cliente, prendre les dispositions nécessaires pour une évacuation d'urgence (annexe 1).</p>
<p align="center">Niveau USP, HD, CHR, CHU</p>	<p>Voir algorithme ci-dessous</p>

2.5.2. Prise en charge de l'hémorragie génitale en période pré-pubertaire et pubertaire au niveau USP

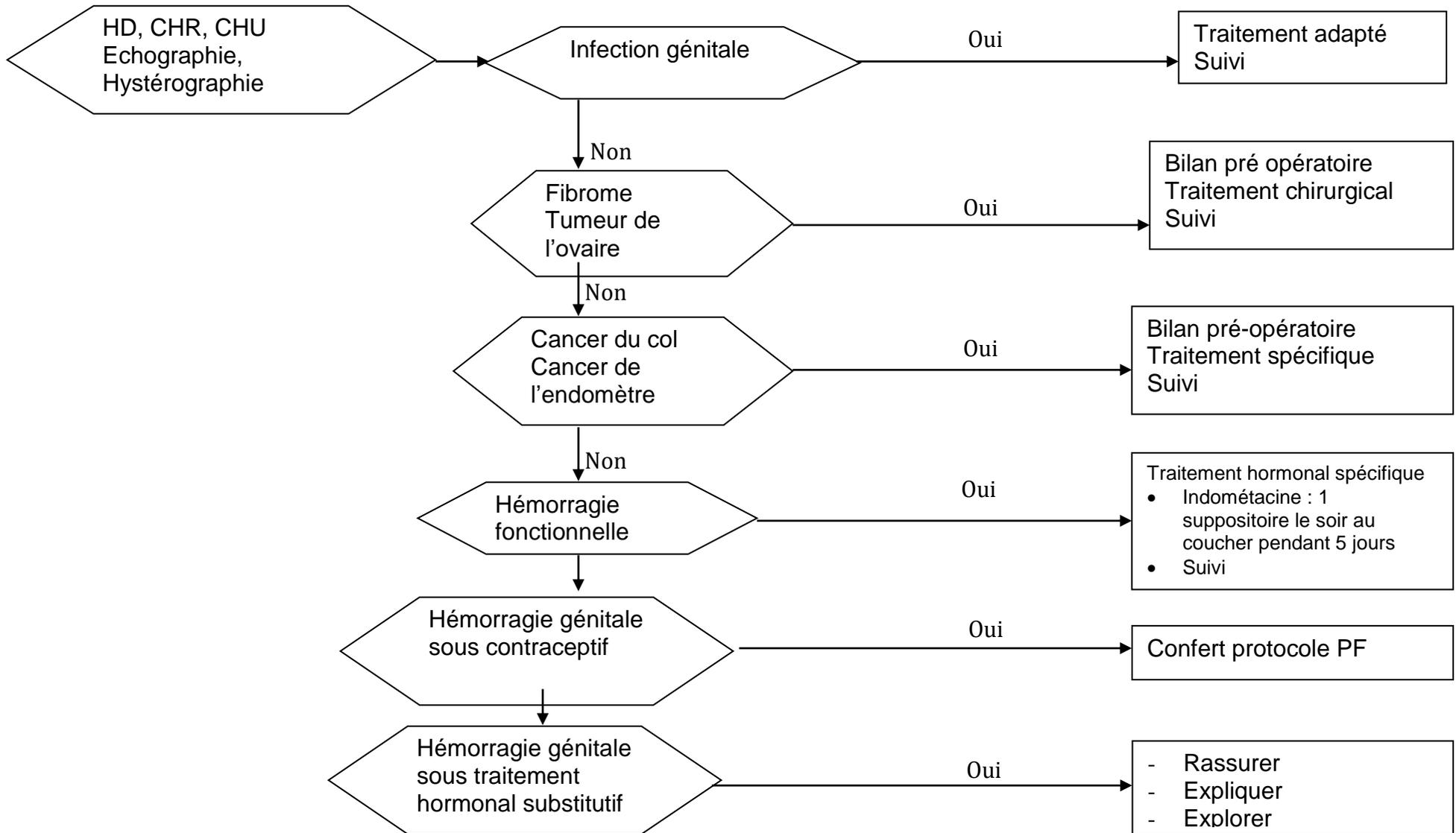


Au HD/CHR/CHU, faire des examens complémentaires (NFS, Echographie, TS, TCA...) et prendre en conséquence une décision thérapeutique.

2.5.3- Prise en charge de l'hémorragie chez une femme en activité génitale en dehors d'une grossesse au niveau communautaire et USP



2.5.4- Prise en charge de l'hémorragie chez une femme en activité génitale au niveau HD/CHR/CHU



NB : Hémorragie génitale chez une femme ménopausée = référer au CHR / CHU pour prise en charge

CHAPITRE 5 : LES DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME

1. GENERALITES

Ce sont toutes les anomalies relevées à un niveau quelconque des principales étapes de l'acte sexuel.

Le dysfonctionnement sexuel chez la femme sous entend la frigidité (absence d'orgasme) ou la dyspareunie (douleurs au cours des rapports sexuels), le vaginisme (contracture des muscles de l'anus et du vagin lors de l'intromission) ou la diminution ou l'absence de la libido. Le dysfonctionnement peut être organique ou fonctionnel ou psychologique. Il peut par ailleurs exister à tous les âges.

Lorsqu'il est organique les principales causes sont : l'infection génitale basse ou haute ; IST ; séquelles d'épisiotomie ; séquelles de mutilation génitale ; déchirure du ligament large (syndrome de Allen et Master). Lorsqu'il est fonctionnel il peut résulter du comportement sexuel du partenaire ; de l'utilisation des progestatifs...

2. PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

2.1-Accueillir

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Rassurer sur la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer la cliente.

2.2-Mener l'interrogatoire

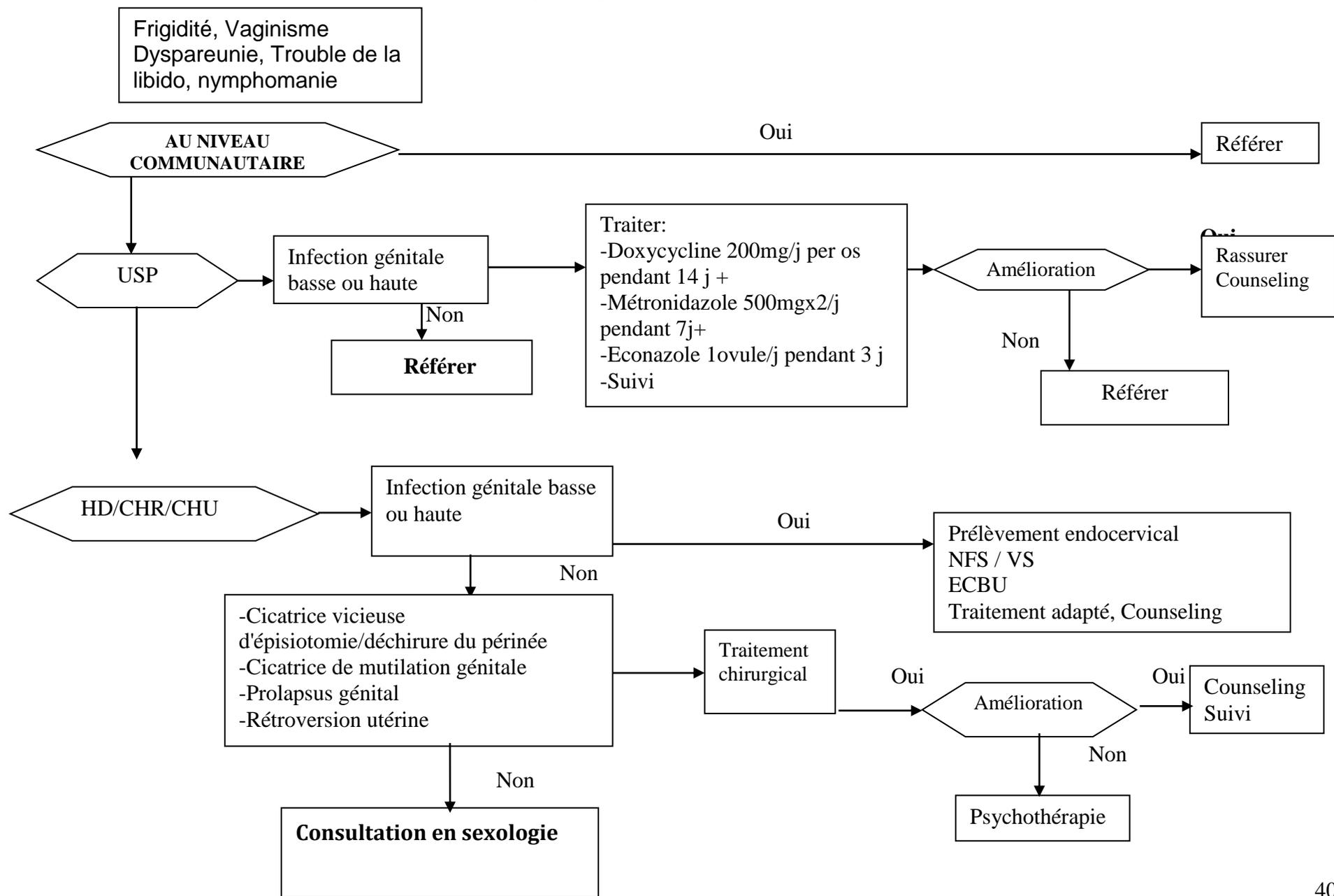
- Interroger d'abord le couple puis séparément
 - Habitudes sexuelles ;
 - Durée de la cohabitation ;
 - Régime conjugal (monogamie, polygamie) ;
 - Statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve) ;
 - Utilisation antérieure d'une méthode contraceptive ;
 - Date de la dernière grossesse dans le foyer conjugal ;
 - Profession du couple ;
 - Antécédents d'IST ;
 - Traitement spécifique antérieur ou en cours :
 - Antidépresseurs ;
 - Antidiabétiques ;
 - Antihypertenseurs.
- Rechercher un dysfonctionnement sexuel éventuel (dyspareunie, vaginisme, impuissance, anéjaculation---)
- Rechercher une éventuelle déviance sexuelle (sodomie et autres)

2.3- Examiner la cliente

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen de la cliente :
 - Demander à la cliente de se déshabiller ;
 - Examiner les seins ;
 - Faire l'examen gynécologique.

2.4- Conduite à tenir (voir algorithme)

Prise en charge du dysfonctionnement sexuel chez la femme



CHAPITRE 6 : LES ECOULEMENTS MAMMELONNAIRES

1- GENERALITES

Les écoulements mamelonnaires sous-entendent la présence de pus, de sérosité, de lait ou de sang dans le sein d'une femme. Ils peuvent être révélateurs d'un abcès du sein, d'une tumeur du sein ou d'une autre affection.

La prise en charge doit se faire à tous les niveaux du système sanitaire. Toutefois, le traitement découle d'une exploration approfondie et dépend de l'étiologie.

Il est à préciser que la présence de lait dans les seins chez une femme allaitante n'est pas prise en compte dans ce protocole.

2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

2.1- Accueillir la cliente

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Rassurer sur la confidentialité ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer la cliente.

2.2- Mener l'interrogatoire de la cliente

- Recueillir des informations sur son identité, son âge, son statut matrimonial, sa profession ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Rechercher les informations sur ses antécédents gynécologiques (antécédent familial ou personnel de cancer ou de tumeur du sein) ; chirurgicaux (intervention chirurgicale sur les seins) ;
- Rechercher la notion de prise médicamenteuse :
 - Contraceptifs oraux combinés ;
 - Neuroleptiques : Sulpiride...
 - Anti-ulcéreux : Cimétidine...

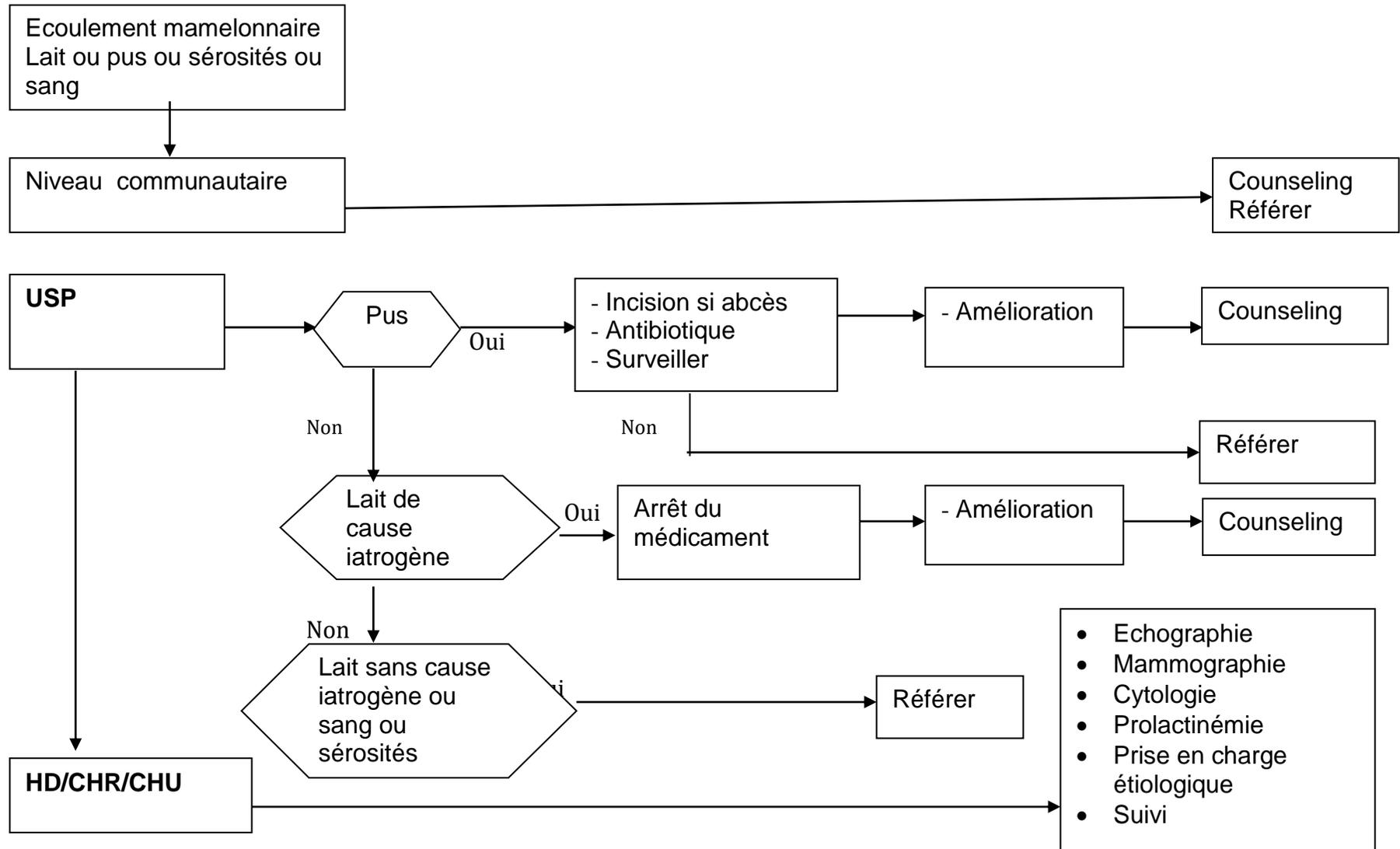
2.3- Examiner la cliente :

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen de la cliente :
 - Demander à la cliente de se déshabiller
 - Observer les seins de la cliente debout et assise à la recherche de la symétrie des seins ;

- Observer l'aspect des seins de la cliente en lui demandant de lever les bras au- dessus de la tête ;
- Faire coucher la cliente sur la table d'examen ;
- Palper les seins en position couchée quadrant par quadrant à la recherche d'une tuméfaction ou d'un nodule ;
- Presser les mamelons à la recherche d'un écoulement ;
- Palper les régions axillaires à la recherche des ganglions ;
- Apprendre à la cliente à faire l'auto examen des seins ;
- Faire l'examen des autres appareils.

2.4- Conduite à tenir (voir algorithme à la page suivante)

Prise en charge des écoulements mamelonnaires



CHAPITRE 7 : LES TUMEURS MAMMAIRES

1- GENERALITES

Les tumeurs mammaires concernent les tumeurs du sein Elles peuvent être bénignes ou malignes. Elles peuvent être asymptomatiques ou se faire révéler par des signes tels que :

- Les douleurs ;
- La rétraction du sein ;
- L'ulcération du sein ;
- Les écoulements mamelonnaires ;
- La masse dans le sein.

La prise en charge doit se faire à tous les niveaux du système sanitaire. Toutefois, le traitement est du domaine du spécialiste.

2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

2.1- Accueillir la cliente :

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Rassurer sur la confidentialité ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer la cliente.

2.2- Mener l'interrogatoire de la cliente

L'interrogatoire permet de rechercher les informations sur :

- Les antécédents gynécologiques (antécédent familial ou personnel de cancer ou de tumeur du sein) ;
- Les antécédents chirurgicaux (intervention chirurgicale sur les seins).

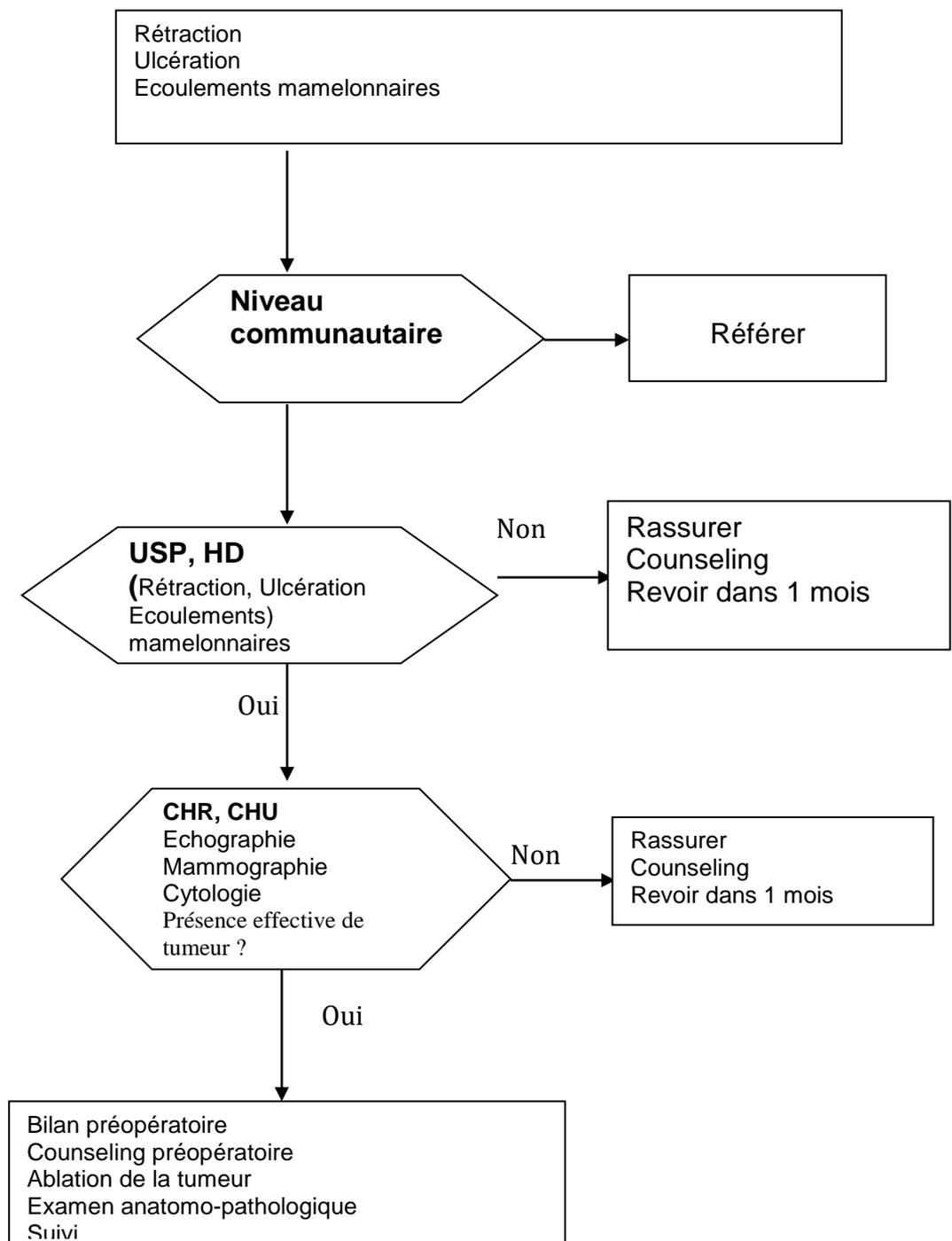
2.3- Examiner la cliente

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen de la cliente :
 - Demander à la cliente de se déshabiller;
 - Observer les seins de la cliente debout et assise à la recherche de la symétrie des seins ;
 - Observer l'aspect des seins de la cliente en lui demandant de lever les bras au-dessus de la tête ;
 - Faire coucher la cliente sur la table d'examen ;

- Palper les seins en position couchée quadrant par quadrant à la recherche d'une tuméfaction ou d'un nodule ;
- Presser les mamelons à la recherche d'un écoulement ;
- Palper les régions axillaires à la recherche des ganglions ;
- Apprendre à la cliente à faire l'auto examen des seins (cf. Annexe3) ;
- Faire l'examen des autres appareils.

2.4- Conduite à tenir (voir algorithme ci-dessous)

TUMEURS MAMMAIRES



CHAPITRE 8 : LES TUMEURS GENITALES

1- GENERALITES

Ce sont des tumeurs qui se développent aux dépens des organes qui composent l'appareil génital de la femme. Il peut s'agir de fibrome (myome), de cancer du col, de cancer de l'endomètre, de tumeur de l'ovaire ou cancer de la vulve. Ces tumeurs ont pour signes cliniques essentiels :

- Saignement vaginal en dehors des règles ;
- Douleurs pelviennes ou de bas ventre ;
- Augmentation du volume de l'abdomen ;
- Ulcération/prurit vulvaire.

Devant toute tumeur pelvienne chez une femme en activité génitale, il faut toujours éliminer une grossesse.

2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

2.1- Accueillir la patiente

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Rassurer sur la confidentialité ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer la cliente.

2.2- Mener l'interrogatoire

- Recueillir les informations sur le traitement antérieur ou en cours (inducteur d'ovulation : Clomifène, HCG...) ;
- Demander la DDR ;
- Rechercher les informations sur les antécédents médicaux et chirurgicaux et sur les antécédents familiaux ;
- Demander la date d'apparition des symptômes ;
- Rechercher certains facteurs de risque (régime conjugal polygame, multi partenariat sexuel, IST...).

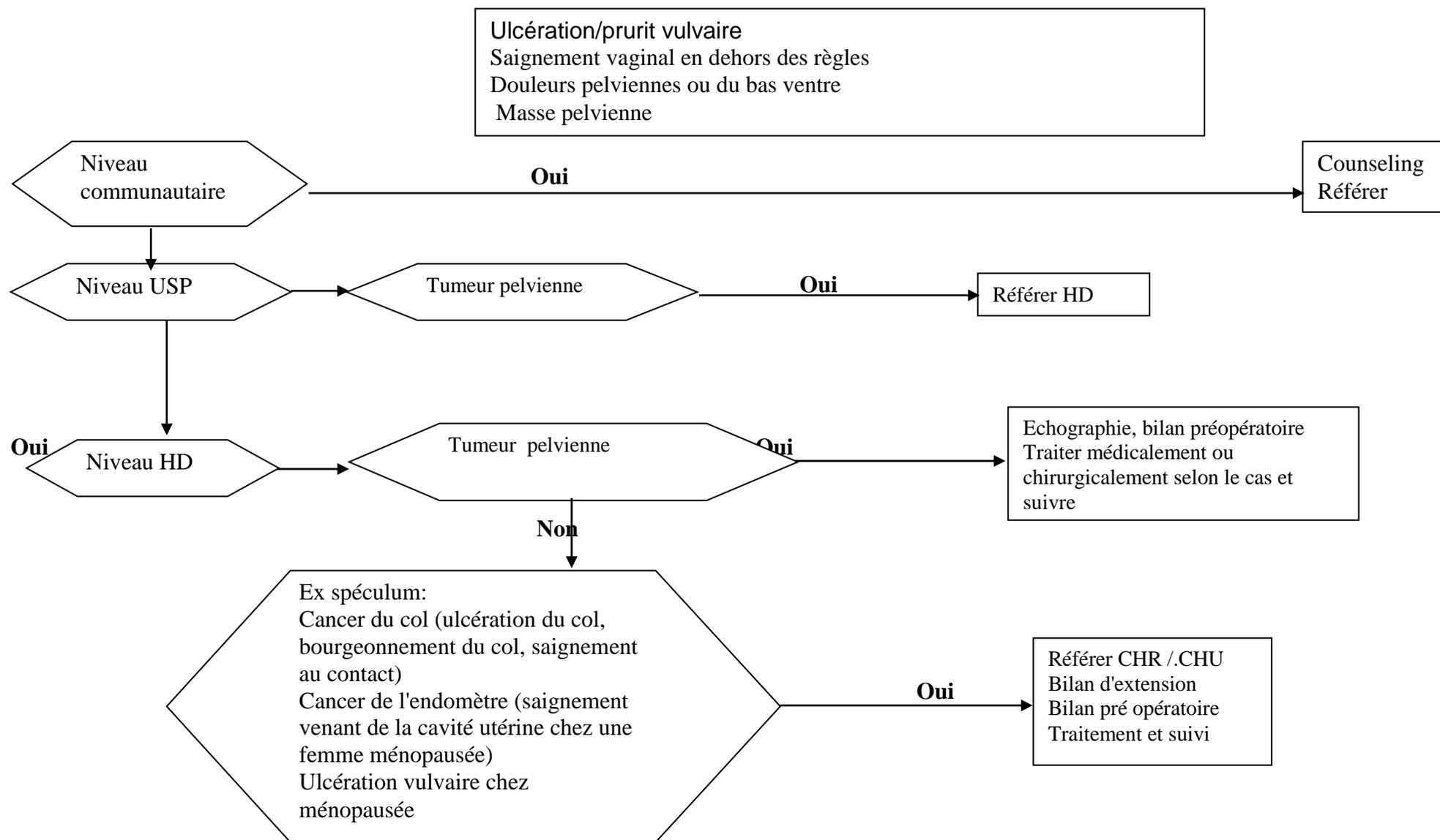
2.3- Examiner la patiente :

- Préparer le matériel ;
- Informer sur le déroulement de l'examen ;
- Demander à la patiente de se déshabiller ;
- Installer la patiente après lui avoir demandé de vider la vessie ;
- Inspecter la vulve ;
- Faire l'examen au spéculum :
 - Lubrifier le spéculum approprié ;

- Introduire délicatement le spéculum dans le vagin ;
 - Inspecter le col et les parois vaginales ;
 - Retirer le spéculum.
- Faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal :
- Ecarter les lèvres avec une main ;
 - Introduire dans le vagin le majeur et l'index de l'autre main ;
 - Apprécier l'état du col, de l'utérus et des annexes en combinant le palper abdominal au toucher vaginal.
- Faire l'examen des seins et des autres appareils.

2.4- Conduite à tenir (Voir algorithme sur la page suivante)

Prise en charge des tumeurs génitales



CHAPITRE 9 : L'INFERTILITE / INFECONDITE

1- GENERALITES

C'est l'absence de grossesse depuis au moins 1 an dans un couple qui vit ensemble et contracte régulièrement des rapports sexuels normaux sans précautions anticonceptionnelles.

Les causes de l'infertilité sont multiples. Les plus fréquentes sont les IST. Aucun conjoint ne doit être tenu pour responsable si les deux ne sont pas explorés.

L'infertilité du couple peut être primaire ou secondaire. Elle est dite primaire lorsque le couple n'a jamais eu de grossesse. Elle est dite secondaire lorsque le couple a eu une ou des grossesses.

2- PRINCIPALES ETAPES DE PRISE EN CHARGE

2.1- Accueillir le couple

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Rassurer sur la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer le couple.

2.2- Mener l'interrogatoire

- Interroger d'abord le couple puis séparément ;
 - Habitudes sexuelles ;
 - Durée de la cohabitation ;
 - Régime conjugal (monogamie, polygamie) ;
 - Utilisation antérieure d'une méthode contraceptive ;
 - Date de la dernière grossesse dans le foyer conjugal ;
 - Profession du couple ;
 - Antécédents d'IST ;
 - Traitement spécifique antérieur ou en cours :
 - Antidépresseurs ;
 - Antidiabétiques ;
 - Antihypertenseurs ;
- Rechercher un dysfonctionnement sexuel éventuel (dyspareunie, vaginisme, impuissance, anéjaculation---) ;
- Rechercher une éventuelle déviance sexuelle (sodomie, ante portas...).

2.3- Examiner le couple

2.3.1- Examiner la femme :

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen de la cliente :
 - Demander à la cliente de se déshabiller ;
 - Examiner les seins ;
 - Faire l'examen gynécologique ;
 - Faire l'examen des autres appareils notamment : Squelette ;
 - Faire l'examen de la glaire cervicale en période péri ovulatoire.

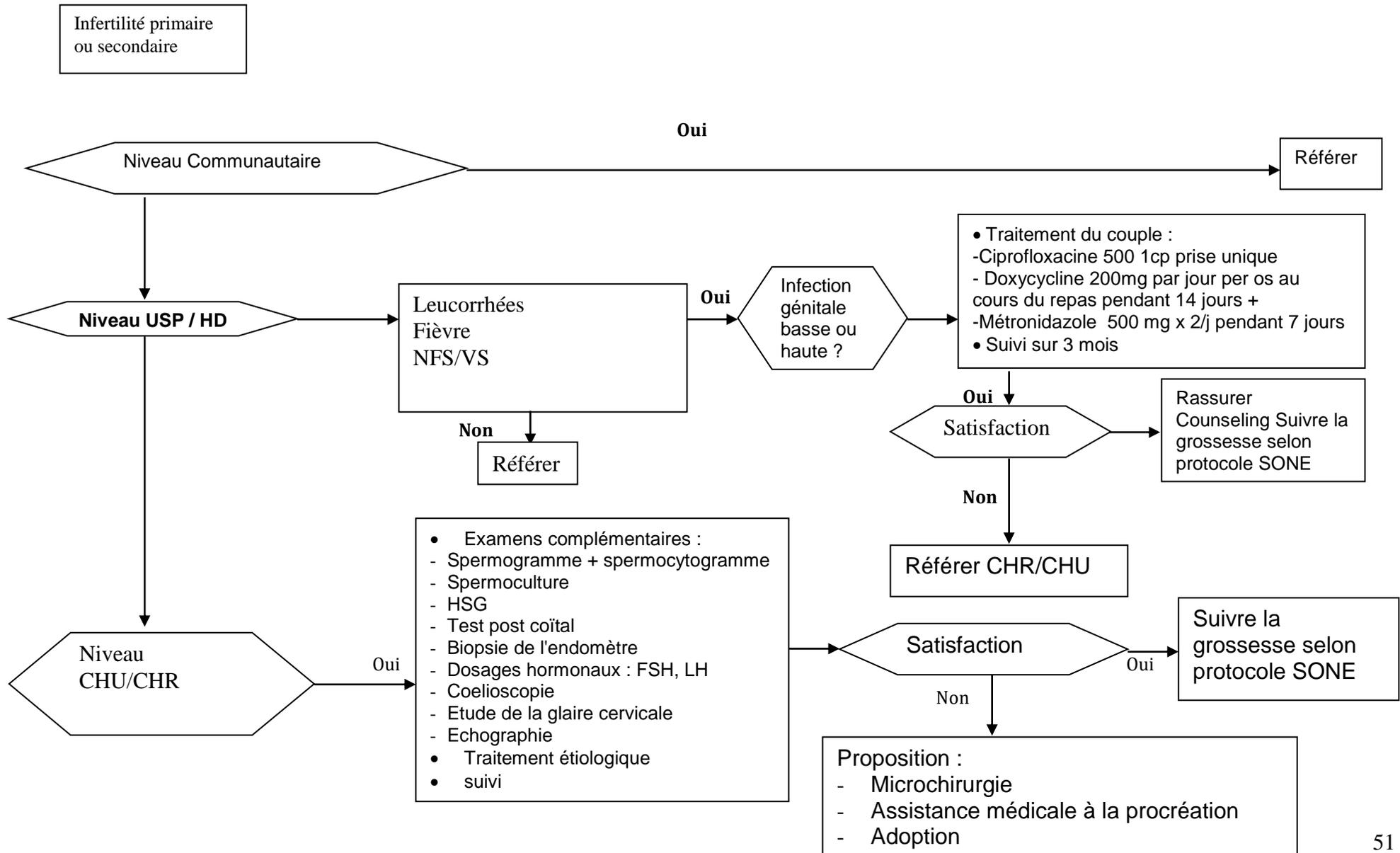
2.3.2- Examiner l'homme :

- Faire l'examen général (morphologie, poids, taille, pilosité pubienne, caractères sexuels secondaires, thyroïde) ;
- Faire l'examen des seins (gynécomastie) ;
- Faire l'examen des organes génitaux externes [pénis, bourse, testicules (nombre, volume, sensibilité)] en recherchant l'hypospadias, la varicocèle, l'épididymite, l'ectopie testiculaire ;
- Faire le toucher rectal à la recherche d'une prostatite ou d'une tumeur de la prostate.

2.3.3- Communiquer le résultat individuellement puis au couple s'il le désire.

2.4- Conduite à tenir (voir Algorithme à la page suivante)

Prise en charge de l'infertilité



CHAPITRE 10 : LA MENOPAUSE

1- GENERALITES

La ménopause est la cessation définitive des règles depuis au moins un an résultant de l'arrêt des fonctions des ovaires. Elle s'installe habituellement après l'âge de 50 ans. Elle est marquée par l'aménorrhée (absence des règles) qui peut s'accompagner de :

- La bouffée de chaleur ;
- L'irritabilité / anxiété ;
- L'insomnie ;
- La sueur abondante nocturne.

2- PRINCIPALES ETAPES DE PRISE EN CHARGE

2.1- Accueillir

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Rassurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer la cliente.

2.2-Interroger

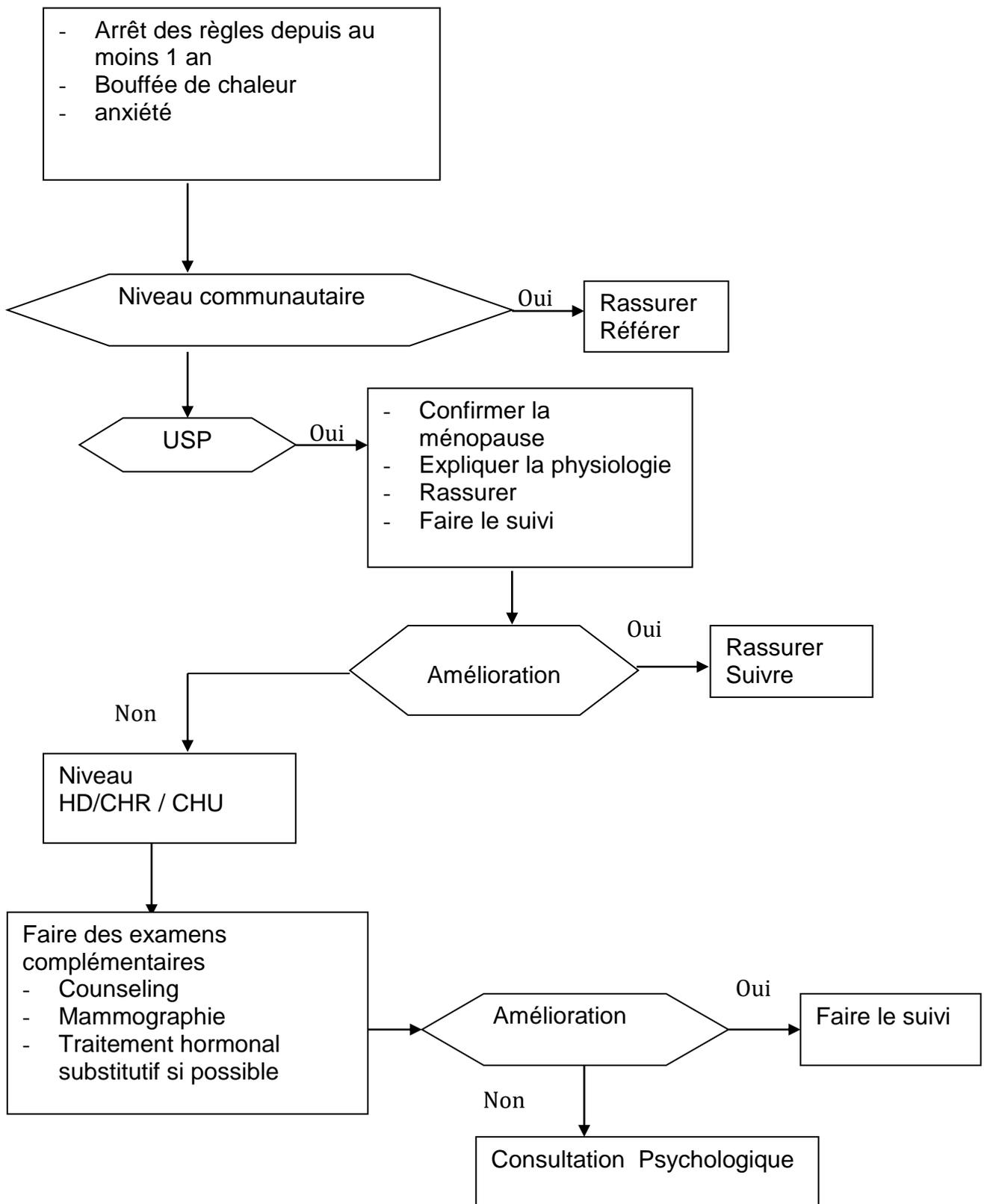
- Demander la DDR
- Demander le motif de la consultation
- Rechercher des informations sur les antécédents médicaux (contraceptifs, neuroleptiques, antimitotiques,...) ; les antécédents chirurgicaux (chirurgie pelvienne...) ; les antécédents familiaux (âge de ménopause dans la famille)

2.3-Examiner

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen de la cliente :
 - Demander à la cliente de se déshabiller ;
 - Examiner les seins ;
 - Faire l'examen gynécologique ;
 - Faire l'examen des autres appareils;

2.4- Conduite à tenir (voir algorithme)

Prise en charge des troubles de la ménopause



**B- SOINS OBSTETRICAUX ET
NEONATALS ESSENTIELS**

CHAPITRE 11 : LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE

1- GENERALITES

L'approche traditionnelle aux soins prénataux présume que davantage de visites assurent de meilleurs soins pour la femme enceinte. Une approche actualisée, appelée soins prénataux focalisés met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre de visites.

Cette approche reconnaît aussi que beaucoup de femmes enceintes identifiées comme étant « à haut risque » ne développent pas nécessairement de complications. Tandis que des femmes enceintes qui sont censées être « à faible risque » peuvent en développer.

Les consultations prénatales recentrées/focalisées sont des soins individuels donnés aux femmes enceintes par un prestataire compétent selon les principes suivants :

- Fixer un objectif ;
- Rechercher les signes de danger ;
- Mettre un accent sur la qualité des prestations et non le nombre des visites ;
- Faire la préparation de l'accouchement avec implication de la famille, du mari et de la communauté.

« Toute grossesse est potentiellement considérée comme une grossesse pouvant se compliquer à tout moment »

2- PERIODICITE DES CONSULTATIONS PRENATALES

Actuellement la CPN focalisée recommande au moins quatre (4) consultations prénatales avant l'accouchement.

Première visite : premier trimestre avant la 16^{ème} semaine (avant la fin du 3^{ème} mois) ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.

Deuxième visite : deuxième trimestre 19 à 28 semaines d'aménorrhée (4 -6 mois).

Troisième visite : troisième trimestre 32 à 36 semaines d'aménorrhée (7 - 8^{ème} mois).

Quatrième visite : visite entre 36 et 40 semaines d'aménorrhée (9^{ème} mois). Soit un total de deux (2) visites au cours du troisième trimestre.

NB : Il se peut que les femmes ayant des troubles mineurs, des besoins particuliers, ou des états nécessitant des soins autres que les soins de base, aient besoin de visites supplémentaires.

2.1- PREMIERE VISITE : Consultations du premier trimestre ou dès que la femme se sait enceinte

- **Enregistrer l'état civil de la gestante et de son conjoint** : (Nom – prénoms – âge – profession – état matrimonial – adresse – numéro de téléphone – mode de transport – revenus financiers)
- **Recueillir les plaintes actuelles**

Demander s'il y a des problèmes, détecter déjà à l'interrogatoire les signes de danger.

➤ **Noter les antécédents de la gestante**

- Antécédents personnels (médicaux, allergiques, chirurgicaux et obstétricaux),
- Histoire de la grossesse actuelle, (date des dernières règles (DDR ou terme approximatif – calculer immédiatement la date probable de l'accouchement : DPA) ;
- Antécédents familiaux.

➤ **Examiner la gestante**

- **Examen clinique général** (mesure de la température, de la TA, poids, taille, prise du pouls, et recherche de déformations et/ou malformations).
- **Examen physique** : il doit être complet, allant de la tête aux pieds en insistant sur les muqueuses conjonctivales, le lit des ongles et la paume des mains à la recherche d'une pâleur (anémie) il inclut l'auscultation du cœur et des poumons, l'examen des seins et de l'abdomen à la recherche de toute anomalie.
- **Examen obstétrical**
 - Inspection générale à la recherche d'une cicatrice, d'une déformation sur l'abdomen et le périnée ;
 - Palpation abdominale à la recherche de douleur, la forme de l'utérus ;
 - Examen au spéculum pour rechercher un écoulement anormal (leucorrhées, aqueux, sanglant), des lésions cervico- vaginales et apprécier l'état du col ;
 - Toucher vaginal combiné au palper pour apprécier la position, la consistance, la longueur et la fermeture du col, la taille de l'utérus et l'état des culs – de – sac ;
 - Auscultation des bruits du cœur fœtal à l'aide d'un appareil à effet doppler si disponible.

➤ **Demander des explorations complémentaires**

- Test de grossesse et/ou Echographie pelvienne si possible (siège de l'œuf)
- Urines : Rechercher la présence de protéines, de sucre, bactéries
- Selles : Rechercher des kystes, des œufs et parasites intestinaux (KOP)
- Sang : Rechercher le groupe sanguin (système ABO et Rhésus) et les agglutinines irrégulières (RAI) si risque d'incompatibilité chez une gestante de Rhésus négatif. Si possible :
 - Vérifier le taux d'hémoglobine (TH ou NFS) ;
 - Dépister la syphilis (BW ou VDRL - TPHA) ;
 - Dépister la drépanocytose (test d'Emmel, électrophorèse de l'hémoglobine) ;
 - Dépister la toxoplasmose (Dye Test) ;
 - Expliquer le bien fondé du frottis cervical et le réaliser si possible ;
 - Dépister le VIH et le VHB avec l'accord de la gestante si possible ;
 - Si VIH positif, référer au centre offrant des prestations en PTME.

➤ **A l'issue de cet examen il faut :**

- Estimer l'âge de la grossesse et calculer la DPA ;
- Relever immédiatement les signes de danger.

➤ Appliquer les mesures de prévention

• **Traitement Préventif Intermittent (TPI)**

Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) consiste à administrer deux doses curatives à un mois au moins d'intervalle de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) dès l'apparition des mouvements actifs du fœtus. Le TPI vise à protéger la femme enceinte et le fœtus contre les effets néfastes de l'infection palustre. Il se base sur l'hypothèse que toute femme qui habite une zone de forte transmission palustre a des parasites du paludisme dans le sang et/ou dans le placenta, qu'elle ait ou non des symptômes de paludisme.

La Sulfadoxine-Pyriméthamine, comprimés de 500mg (S) et 25mg (P) doit être administrée en une seule dose de 3 comprimés lors des visites de soins prénatals programmés de manière régulière pendant les 2^e et 3^e trimestres :

1^{ère} dose : A partir de la 16^{ème} semaine d'aménorrhée ou dès l'apparition des mouvements actifs du fœtus.

2^{ème} dose : Au moins un mois plus tard, entre la 28^{ème} et la 36^{ème} semaine d'aménorrhée.

NB:

- *La SP ne doit pas être administrée plus d'une fois par mois*
- *Les comprimés doivent être avalés devant l'agent de santé*
- *Une troisième dose à intervalle d'un mois de la deuxième sera administrée à une femme enceinte séropositive au VIH qui n'est pas sous Cotrimoxazole.*
- *La femme enceinte séropositive au VIH sous Cotrimoxazole ne doit pas recevoir la Sulfadoxine-Pyriméthamine en traitement préventif intermittent.*

• **Utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)**

L'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide en association avec le TPI est obligatoire. Elle doit être débutée dès que la gestante se sait enceinte (bien avant la 16^{ème} semaine).

• **Prévention de l'anémie**

- Déparasitage systématique au Pyrantel : 750mg en prise unique
- Si la gestante n'est pas anémiée, faire prendre : 2 comp. de Fer/Folate (60mg de fumarate ferreux et 400mg d'acide folique) dès le premier contact avec la gestante jusqu'à trois mois après l'accouchement.
- Si la gestante est anémiée, prescrire : 4 comp de Fer/Folate par jour (en deux prises) jusqu'à correction de l'anémie puis reprendre le schéma de la gestante non anémiée. Déconseiller l'utilisation du calaba (calcaire) pendant la grossesse.

• **Vaccination Antitétanique (VAT)**

- 1^{ère} dose dès le premier contact avec la gestante
- 2^{ème} dose 1 mois après la 1^{ère} dose
- 3^{ème} dose 6 mois après la 2^{ème} dose
- 4^{ème} dose 1 an après la 3^{ème} dose
- 5^{ème} dose 1 an après la 4^{ème} dose

Tenir compte des doses reçues au cours des grossesses antérieures.

NB : Inscrire clairement dans le carnet la date de la prochaine vaccination.

- **Conseils nutritionnels**

- Conseiller une plus grande consommation d'aliments de construction (viande, poisson, lait, haricot, fruit de baobab, arachide, moutarde de néré) et de protection (légumes et fruits).
- Lutter contre l'Hypovitaminose A : conseiller des aliments et fruits de couleur jaune-orangé (huile rouge fraîche, papaye, mangue, carottes, etc.),
- Lutter contre les carences en iode : utiliser le sel iodé pour la cuisine, manger les poissons d'eau de mer.

2.2- DEUXIEME VISITE : Deuxième trimestre (entre 4 et 6 mois soit entre 19 et 28 semaines)

➤ **Interroger la gestante**

- Rechercher les signes de danger d'apparition récente (fièvre, douleur, céphalées, saignement, écoulement d'eau).
- S'informer de la période d'apparition des mouvements actifs du fœtus.
- Faire préciser les habitudes de vie (alimentation, hygiène, travail).
- S'informer de l'utilisation des MII.
- Implication du conjoint et de la famille dans le suivi de la grossesse (planification des détails financiers des conseils hygiéno-diététiques, apprendre aux femmes enceintes à reconnaître les signes de danger et les attitudes à adopter).

➤ **Examiner la gestante**

- Prise du poids, de la TA.
- Recherche de l'anémie, des œdèmes.
- Examens des seins à la recherche d'anomalie du mamelon.
- Examen obstétrical :
 - Mesurer la HU, palper l'abdomen pour apprécier la souplesse de l'utérus et la position du fœtus ;
 - Ausculter les BDCF au stéthoscope de Pinard ou aux US si possible ;
 - Faire l'examen au spéculum (recherche de signes d'infection cervico-vaginale) ;
 - Faire un toucher vaginal pour apprécier la longueur du col, sa position, sa fermeture).

➤ **Demander les examens complémentaires**

- Vérifier les résultats des examens antérieurement prescrits,
- En prescrire d'autres si besoin est (échographie : morphologie fœtale, localisation du placenta)
- Refaire la recherche de protéines et de sucre dans les urines (ECBU si besoin est)

A l'issue de ces examens :

- Analyser les informations recueillies en tenant compte des résultats de la consultation précédente en vue d'une prise en charge adaptée (en cas de signes de danger) ;
- Rappeler les signes de danger, vérifier et continuer les traitements préventifs (TPI, MII, Fer, Folates, VAT) et les conseils nutritionnels ;

- Démarrer le protocole PTME si indiqué (confère)
- Remplir le carnet de consultation prénatale et les autres supports ;
- Indiquer clairement la date de la prochaine visite.

2.3- TROISIEME VISITE : Troisième trimestre (7 et 8 mois) soit entre 32 et 36 semaines

➤ **Interroger la gestante**

- Rechercher les signes de danger d'apparition récente (fièvre, douleur, céphalées, saignement, écoulement d'eau).
- Faire préciser les habitudes de vie (alimentation, hygiène, travail).

➤ **Examiner la gestante**

- Prendre le poids et la TA.
- Rechercher l'anémie, des oedèmes.
- Examiner les seins à la recherche d'anomalies du mamelon ou autres.
- Examen obstétrical :
 - Mesurer la HU, palper l'abdomen pour apprécier la souplesse de l'utérus et la position du fœtus, le nombre de pôles fœtaux, ausculter les BDCF ;
 - Examiner le périnée ;
 - Faire l'examen au spéculum (recherche de signes d'infection cervico-vaginale ou de petits saignements) ;
 - Faire le toucher vaginal : apprécier la formation et l'ampliation du segment inférieur, apprécier la longueur, la position, le degré d'ouverture, la consistance du col, apprécier la nature et la descente de la présentation, explorer le bassin.

➤ **Demander des examens complémentaires**

- Vérifier les résultats des examens antérieurement prescrits.
- En prescrire d'autres si besoin (échographie : présentation, volume ou poids, bien être du fœtus).
- Refaire la recherche de protéines et de sucre dans les urines.
- Prélèvement vaginal/ECBU si nécessaire.

➤ **Etablir le pronostic de l'accouchement**

- Identifier et avertir immédiatement les gestantes qui devront bénéficier de césarienne prophylactique (soit deux semaines avant le terme).
- Déterminer avec la gestante du lieu de l'accouchement en fonction des signes de danger.
- Conseiller une consultation de contact dans la formation sanitaire retenue pour l'accouchement avant tout début de travail.
- Dresser la liste de tout le matériel utile pour l'accouchement (mère et nouveau né).
- Harmoniser tous les détails du plan d'accouchement avec le conjoint et la famille (coût des prestations, personnes ressources qui accompagneront).
- Informer la gestante des signes de début de travail.
- Rappeler les signes de danger, le traitement préventif et les conseils nutritionnels
- Remplir le carnet de consultation prénatale et les autres supports.

2.4- LA QUATRIEME VISITE : Entre le 8^{ème} et le 9^{ème} mois (soit entre 36 et 40 semaines)

Les détails de l'examen clinique, des examens complémentaires et le reste de la prise en charge sont identiques à ceux qui ont été faits au cours de la 3^{ème} visite.

NB: Toutefois les gestantes présentant des pathologies nécessitant une prise en charge particulière pourront bénéficier d'autant de visites que leurs affections en imposent.

3- PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT ET AUX EVENTUELLES COMPLICATIONS

Si une femme est bien préparée à un accouchement normal et à des complications possibles, elle est plus apte à recevoir les soins rapides et appropriés dont elle a besoin pour protéger sa santé et celle de son nouveau-né. Selon les statistiques, 15 % de toutes les femmes enceintes développent une complication mettant leur vie en danger et la plupart de ces complications ne peuvent pas être prévues. Chacune des femmes et sa famille doivent se préparer à répondre de manière appropriée à une situation d'urgence. Tout prestataire compétent doit aider la femme et sa famille à développer un plan pour l'accouchement.

Les principaux éléments d'un plan d'accouchement sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Désignation	Gestes à accomplir		
Prestataire Compétent	Les formations sanitaires devraient assurer la disponibilité du personnel compétent qualifié pour prendre en charge les accouchements et les complications si elles surviennent. Le prestataire doit s'assurer que la femme et sa famille savent comment contacter la structure sanitaire au moment approprié.		
Lieu de l'accouchement	Assister la femme à prendre les dispositions pour le lieu de l'accouchement soit au centre de santé ou à l'hôpital (district ou de référence). Selon les besoins individuels de la femme. Il se peut que vous ayez besoin de recommander une structure sanitaire de niveau spécifique pour l'accouchement. Ou simplement d'aider la femme à accoucher à la formation sanitaire qu'elle a choisie.		
Soins prénatals focalisés			
Transport d'urgence	S'assurer que la femme et sa famille connaissent les systèmes de transport et qu'elles ont pris les dispositions spécifiques pour le transport au lieu d'accouchement et le transport d'urgence à une structure sanitaire appropriée si des signes de danger surviennent.		
Fonds pour les urgences	S'assurer que la femme et sa famille ont des fonds personnels épargnés ou d'autres sources de financement (mutuelle de santé, tontine et association) auxquels elles peuvent accéder en cas de besoin pour payer les soins d'un accouchement normal ou compliqué. Si cela est pertinent, discuter des fonds d'urgence qui sont disponibles par l'entremise de la communauté et/ou de la structure sanitaire.		
Prise de décisions	Discuter, comment les décisions sont prises dans la famille de la femme (qui prend normalement les décisions) et décider de : <ul style="list-style-type: none"> • Comment les décisions seront prises lors du début du travail ou si des signes de danger surviennent (qui est le décideur principal) et • <u>Qui d'autre peut prendre des décisions si cette personne n'est pas présente.</u> 		
Le soutien	Assister la femme à prendre des décisions ou des dispositions pour le soutien nécessaire, y compris : <ul style="list-style-type: none"> • Une personne qu'elle a choisie pour l'accompagner pendant le transport et rester avec elle durant son séjour à la maternité ; • <u>Quelqu'un pour s'occuper de sa maison et de ses enfants en son absence.</u> 		
Articles nécessaires	S'assurer que la femme a rassemblé les articles nécessaires pour un accouchement hygiénique : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'accouchement : garnitures/linges, savon et draps propres etc. • Pour le nouveau-né : couvertures, couches, vêtements, etc. 		
Signes de danger	S'assurer que la femme et sa famille connaissent les signes de danger		
	PENDANT LA GROSSESSE <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saignement avec ou sans douleur ➤ Décharge de liquide autre que l'urine ➤ Mains, visage et pieds enflés ➤ Maux de tête ➤ Convulsions 	PENDANT LE TRAVAIL <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saignement ➤ Convulsions ➤ Fièvre ➤ Frissons ➤ Pertes de liquide ➤ Pas d'évolution après 02 heures 	APRES ACCOUCHEMENT <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saignements excessifs ➤ Convulsions ➤ Fièvre ➤ Frissons ➤ Pertes de liquide
Signes du début de travail qui indiquent le besoin de contacter un agent de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Contractions régulières progressivement douloureuses • Douleurs de la région lombaire, rayonnant du fond de l'utérus • Pertes sanguinolentes • Rupture des membranes 		

CHAPITRE 12 : LA SURVEILLANCE DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

1- GENERALITES

Le travail d'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et dynamiques qui ont pour but la sortie hors des cavités génitales maternelles du produit de conception arrivé à terme. Les éléments qui définissent le travail :

- Contractions Utérines ;
- Effacement du col ;
- Bouchon muqueux ;
- Dilatation du col ;
- Poche des eaux.

NB : A l'entrée de la parturiente en salle de travail, vérifier son statut sérologique au VIH puis appliquer le protocole PTME si indiquée (confère).

Les différentes étapes du travail

- Effacement ;
- Dilatation du col ;
- Progression ou descente du mobile fœtal ;
- Expulsion du mobile fœtal et de ses annexes.

2- PARTOGRAMME MODIFIE DE L'OMS

Le partogramme est l'outil de surveillance du travail qui comporte les différents paramètres à surveiller chez la mère et chez le fœtus. Il permet de détecter les anomalies du travail et de prendre les décisions adéquates en temps opportun.

Le partogramme modifié de l'OMS est la version révisée en 2001 du partogramme habituel. Les modifications portent sur la suppression de la phase de latence et le début du tracé de la courbe de dilatation cervicale qui commence désormais à 4 centimètres. Le partogramme de l'OMS a été modifié afin d'améliorer la qualité de la surveillance du travail. Ce partogramme a été testé dans plusieurs maternités en Thaïlande, Indonésie, Malaisie et a montré son efficacité [MNH Program Results Review, Ouagadougou, mars 2003].

2.1- Intérêt du partogramme

➤ Suivi continu du travail d'accouchement

- Contractions Utérines (CU) ;
- Bruits du cœur fœtal (BDCF) ;
- Etat du Liquide Amniotique (LA) ;
- Présentation du fœtus ;
- Dilatation du col.

➤ Détection précoce des anomalies

- Travail anormalement prolongé ;
- Souffrance fœtale ;

➤ **Prise de décisions appropriées selon le niveau où on se trouve**

- Référer / Evacuer ;
- Appel à un spécialiste ;
- Poursuite de l'accouchement dans le centre.

2.2- Contre-indications et limites du partogramme

➤ **Disproportion foeto-pelvienne (obstacle mécanique)**

- Gros fœtus, hydrocéphalie ;
- Bassin rétréci ;
- Présence de tumeur preavia (fibrome, kyste de l'ovaire).

➤ **Présentations vicieuses**

- Siège ;
- Epaule (position transversale) ;
- Face ;
- Front ;
- Sommet en variété postérieure.

➤ **Anomalies des contractions**

- CU trop rares ou peu intenses

➤ **Grossesse gémellaire**

➤ **Dilatation à 8 cm**

2.3- Remplissage du Partogramme modifié de l'OMS

2.3.1- Tracé de la courbe de dilatation cervicale

Le partogramme est ouvert à partir de 4 cm de la dilatation du col. Le tracé part toujours de la ligne d'alerte.

La première croix doit être sur la ligne d'alerte. La courbe tracée doit relier les croix entre elles.

2.3.2- Tracé de la courbe de descente de la tête fœtale

La hauteur de la tête du fœtus est évaluée par la palpation abdominale et exprimée en 5^{ième} correspondant aux cinq doigts de la main (au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne). Elle est marquée par un cercle à chaque toucher vaginal.

2.3.3- Utiliser le partogramme modifié de l'OMS

Le partogramme de l'OMS a été modifié afin d'améliorer la qualité de la surveillance du travail. Désormais, la phase de latence n'y figure plus et le tracé ne commence qu'avec la phase active, une fois que le col a atteint une dilation de 4 cm. Les informations à consigner sur le partogramme sont les suivantes :

- Renseignements concernant la patiente ;
- Rythme cardiaque fœtal ;
- Liquide amniotique ;

- Modelage de la tête ;
- Dilatations du col ;
- Descente, évaluée par palpation abdominale ;
- Nombre d'heures ;
- Nombre de contractions ;
- Médicaments administrés ;
- Pouls
- Tension artérielle ;
- Température ;
- Urines (albumine, quantité).

2.4- REGLES D'UTILISATION DU PARTOGRAMME MODIFIE DE L'OMS

Devant chaque femme, le prestataire doit se demander s'il faut laisser poursuivre le travail dans le centre.

Si la réponse est NON

Premiers soins si nécessaire
 Transfert immédiat
 Appel à un spécialiste

Si la réponse est OUI

Commencer par remplir le Partogramme à partir 4 cm de dilatation qui est normalement de 1cm/H.

- La première croix doit se situer sur la ligne d'alerte et dans la colonne correspondant à l'heure du toucher vaginal qui doit être fait toutes les 2 heures.
- Noter par la suite la progression de la dilatation du col dans la colonne correspondant à l'heure du toucher vaginal fait toutes les deux heures.

Lorsque le travail progresse normalement, les croix de la dilatation du col restent sur la ligne d'alerte ou à sa gauche.

NB : La courbe de dilatation ne doit pas atteindre la ligne d'action

Avant qu'elle n'atteigne cette ligne, une décision doit être prise concernant la parturiente.

2.5. INTERPRETATION DU TRACE

- **Si la courbe de dilatation reste à gauche de la ligne d'alerte** : Le travail progresse normalement, il faut *continuer la surveillance*
- **Si la courbe de dilatation passe à droite de la ligne d'alerte** : *danger possible (avertissement)*.
- **En zone rurale**: Transférer immédiatement à l'Hôpital sauf si dilatation complète ou presque complète (à partir de 8 centimètres)

- **A l'hôpital:** Réévaluer soigneusement les paramètres de surveillance de la mère et du fœtus (HU, BDC, LA, Présentation, CU, Bassin...). Appeler le chirurgien ou l'obstétricien qui décidera d'une stimulation par une perfusion d'Ocytocine ou d'une Césarienne.
- **Si la courbe de dilatation se rapproche ou atteint la ligne d'action : *Danger certain.***
L'accouchement est devenu dystocique : il faut immédiatement prendre une décision thérapeutique obstétricale :
 - **En zone rurale:** Transférer immédiatement à l'Hôpital
 - **A l'hôpital:** Appeler immédiatement le chirurgien ou l'obstétricien qui décidera d'une stimulation par une perfusion d'Ocytocine ou d'une Césarienne. Mettre la parturiente en décubitus latéral gauche. Oxygéner la parturiente.

3- GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)

La prise en charge active de la troisième période du travail consiste en une série d'interventions qui ont pour objectif de faciliter l'expulsion du placenta en augmentant les contractions utérines, et de prévenir ainsi l'HPP en évitant l'atonie utérine. Ses composantes habituelles sont :

- L'administration d'agents utéro toniques ;
- La traction contrôlée du cordon ombilical ;
- Le massage de l'utérus après l'expulsion du placenta,
- La surveillance de l'accouchée
- La mise au sein du nouveau né

3.1- Comment utiliser les utérotoniques

A la dilatation complète du col de l'utérus et la présentation engagée, préparer dans une seringue, 10UI d'Ocytocine ou 0,2 mg d'Ergométrine.

Après la naissance de l'enfant, le recueillir dans un linge propre et sec et le déposer sur la poitrine de la maman si l'enfant n'a pas besoin de réanimation.

S'assurer qu'il n'y a pas un deuxième fœtus en palpant l'utérus

Injecter à la mère, les 10UI d'Ocytocine en IM.

Clamper et sectionner le cordon ombilical lorsqu'il ne bat plus (2 à 3 minutes après la naissance).

Donner l'enfant à l'aide pour les soins classiques

L'ocytocine est préférable à d'autres médicaments utérotoniques parce qu'elle est efficace 2-3 minutes après l'injection, elle entraîne des effets secondaires minimes et peut être utilisée chez toutes les femmes.

- Si l'ocytocine n'est pas disponible, utiliser d'autres utérotoniques tels que l'Ergométrine 0,2mg IM.
- Il est important de conserver les utérotoniques correctement:
 - **Ergométrine : 2-8°C, et protéger de la lumière et de la congélation..**

- **Ocytocine : 15-30°C, protéger de la congélation.**

- La femme devrait être informée et conseillée au sujet des effets secondaires.

Avertissement : Ne pas administrer l'Ergométrine aux femmes qui souffrent de pré-éclampsie, d'éclampsie, d'hypertension ou de la drépanocytose.

3.2- Technique de la traction contrôlée du cordon ombilical

- Clamper le cordon à proximité du périnée et le tenir d'une main
- Placer l'autre main juste au-dessus de l'os pubien de la femme et stabiliser l'utérus en appliquant une contre-pression pendant la traction contrôlée du cordon
- Maintenir une tension légère sur le cordon en attendant une contraction utérine efficace.
- Encourager la mère à pousser pendant cette contraction utérine et exercer une traction très douce sur le cordon vers le bas pour expulser le placenta tout en continuant par appliquer une contre-pression sur l'utérus (si l'on ressent une résistance lors de la traction contrôlée du cordon, ne pas insister au risque de l'arracher du placenta !)
- Si le placenta ne descend pas pendant 30-40 secondes de traction contrôlée du cordon, cesser de tirer sur le cordon :
 - Tenir le cordon doucement et attendre que l'utérus soit le siège d'une nouvelle contraction. Lors de cette nouvelle contraction, répéter la traction contrôlée du cordon avec la contre-pression.
 - Ne jamais appliquer de traction sur le cordon (ne pas tirer) sans appliquer une contre-traction (pousser) au-dessus de l'os pubien sur l'utérus bien en contraction.
- Au moment de l'expulsion, tenir le placenta dans les deux mains et le retourner doucement jusqu'à ce que les membranes soient entièrement décollées et expulsées.
- Si les membranes se déchirent, examiner doucement la partie supérieure du vagin et le col de l'utérus avec des gants stériles/désinfectés et utiliser une pince porte-éponge pour enlever les fragments de membranes qui sont présents.
- Examiner soigneusement le placenta pour vous assurer qu'il est entier. S'il manque une portion de la surface ou si des membranes déchirées comportant des vaisseaux sont visibles, la rétention de fragments de placenta est alors à craindre et des mesures nécessaires sont à prendre: **LA REVISION UTERINE.**

NB : Si au bout de trois tentatives le placenta ne se décolle pas, référer ou faire une délivrance artificielle.

3.3- Technique de massage de l'utérus

- Vider la vessie
- Masser immédiatement le fond de l'utérus jusqu'à ce que l'utérus soit rétracté et apprendre à l'accouchée à se masser l'utérus elle-même.
- Palper pour détecter un utérus rétracté toutes les 15 minutes et répéter le massage utérin au besoin pendant les 2 premières heures.
- S'assurer que l'utérus ne se détend pas (mou) après l'arrêt du massage utérin.

Pendant toutes les interventions décrites ci-dessus, expliquer les procédures et les gestes médicaux effectués à la parturiente et à sa famille. Continuer d'offrir votre soutien à la parturiente et la rassurer pendant toute la procédure.

CHAPITRE 13 : LES SOINS POST PARTUM DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE

1- GENERALITES

La période post-partum va de l'accouchement au retour de couches. On distingue :

- Les suites de couches ou période post-partum immédiate qui prennent en compte la 1^{ère} semaine suivant l'accouchement (de 0 à 24 heures d'une part, et du 2^e au 8^e jour d'autre part après l'accouchement). Elles englobent la période de la délivrance qui correspond aux deux premières heures suivant l'accouchement où l'attention doit être portée sur la survenue d'une éventuelle hémorragie de la délivrance ;
- Les suites de couches tardives ou période post-partum tardive qui vont jusqu'au retour de couches au terme de 42 jours après accouchement.

Chez la femme il s'agit d'assurer : les soins appropriés à l'accouchée, la prophylaxie de certaines affections telles que le paludisme, le dépistage et la prise en charge des complications, la sensibilisation de la mère à l'allaitement maternel exclusif immédiat.

Chez le nouveau-né, il s'agit d'assurer l'allaitement maternel immédiat, de donner les soins essentiels au nouveau-né, d'effectuer un examen systématique et complet du nouveau-né, de dépister et prendre en charge les complications et les malformations éventuelles et d'administrer les vaccins requis.

2- SOINS POST-PARTUM A LA MERE

Les éléments de surveillance sont notamment : le poids, le pouls, la tension artérielle, la température, les conjonctives, l'utérus, le périnée, les lochies, les seins, la diurèse, les membres inférieurs.

Cette surveillance est à faire à tous les niveaux du système de prestation des soins de santé.

2.1- SOINS POST-PARTUM IMMEDIATS A LA MERE

2.1.1- ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

➤ Accueillir la cliente

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Rassurer sur la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe s'il y a lieu ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer la cliente.

➤ **Mener l'interrogatoire**

- Demander le carnet de consultation prénatale et d'accouchement pour vérifier le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, l'état de l'enfant à la naissance et l'état vaccinal de la femme et de l'enfant.
- Rechercher les symptômes en faveur d'une complication des suites de couches (douleurs pelviennes, fièvre, céphalées, dysurie, saignement génital, vertige...).

➤ **Examiner la cliente**

- Expliquer à la femme le déroulement de l'examen ;
- Préparer le matériel ;
- Faire l'examen général ;
 - Pouls
 - TA
 - Température
 - Poids
 - Conjonctives
 - Examen des seins à la recherche de : anomalies des mamelons, montée laiteuse, crevasses, tumeur, abcès, ou engorgement mammaire
- 1. Examen des aires ganglionnaires.
- Faire l'examen gynécologique pour s'assurer du retour progressif de l'appareil génital à l'état pré-gravidique ;
 - Lochies (aspect, quantité, odeur)
 - Inspection de la région vulvo-périnéale
 - Col (degré de perméabilité)
 - Utérus (involution, sensibilité).
- Rechercher un éventuel prolapsus génital (faire pousser la femme en position gynécologique) ;
- Rechercher une éventuelle incontinence urinaire d'effort en faisant tousser ou en faisant rire la femme.
- **Vérifier l'application du protocole PTME si indiqué (Confert protocole PTME)**

➤ **Soins et conseils :**

- Conseils sur l'allaitement maternel exclusif
- Conseil sur l'hygiène corporel, vestimentaire, nutritionnelle
- Conseil sur le lever précoce + repos + exercices physiques
- Fer-foldine : 1 comp/j pendant 3 mois
- Vitamine A 200000 UI le 1^{er} et le 2^{ème} jour
- Donner les informations sur le calendrier de vaccination du nouveau-né
- Donner un rendez-vous sur la consultation post-natale à la 6^{ème} semaine
- Conseils/ consultation PF
- Organiser des visites domiciliaires si possibles

2.1.2- Eléments de surveillance à tous les niveaux

DE 0 à 24 Heures après l'accouchement	Du 2 ^{ème} au 8 ^{ème} jour après l'accouchement
<p>1) Surveillance de l'accouchée : -toutes les 15 minutes pendant 2 heures -toutes les 30 minutes pendant 1 heure -chaque heure pendant 3 heures</p> <p>2) Etat général - Etat de conscience qui doit être lucide - Pouls : Normal (N) = 70 batt/minute - Température : normale < 38° C - Tension artérielle : N < 13,5/8,5 mm Hg - Conjonctives : normalement bien colorées - Diurèse : N = 60 ml/heure = 1,5 l/24 heures</p> <p>3) Etat de l'utérus - Globe de sécurité = utérus ferme, dur, palpable à mi-distance du pubis et de l'ombilic</p> <p>4) Etat du périnée, de la vulve et du vagin Ecoulement sanguin vulvaire doit être d'abondance minime</p> <p>5) Seins - sécrétion de colostrum</p> <p>NB : mise au sein précoce Vitamine A 200000UI</p>	<p>Matin et soir si l'accouchée est toujours à la maternité :</p> <p>1) Etat général Etat de conscience qui doit être lucide - Pouls : Normal (N) = 70 batt/minute - Température : normale < 38° C - Tension artérielle : N < 13,5/8,5 mm Hg - Conjonctives : normalement bien colorées - Diurèse : N = 60 ml/heure = 1,5 l/24 heures - pas de rétention d'urine ni d'incontinence urinaire d'effort - Pas d'arrêt de matière ni de gaz - Poids diminue normalement - Oedèmes disparaissent progressivement</p> <p>2) Etat de l'utérus Utérus involué progressivement et reprend sa forme vers le 12^{ème} jour Tranchées surtout chez les multipares Col se referme progressivement</p> <p>3) Lochies (abondance aspect, odeur) - périnée, vulve et vagin - Voies génitales basses - Surveillance de l'épisiotomie/ déchirure</p> <p>4) Seins - Surveillance de la montée laiteuse -NB : Conseils sur l'allaitement maternel exclusif</p>
<p>N.B. Toute anomalie constatée à l'une quelconque de ces étapes de surveillance, appelle une prise de décision thérapeutique selon les niveaux de prestations de soins de santé.</p>	

2.2- Soins post partum tardifs à la mère (8- 42^{ème} JOUR)

2.2.1- Principales étapes de la prise en charge

Elle est obligatoire dans le suivi de l'accouchée et du nouveau-né. Son but est de :

- Diagnostiquer précocement ou dépister les pathologies des suites de couches ;
- Etudier le retour de l'organisme maternel à l'état pré gravidique ;
- Prescrire la contraception appropriée ;
- Prodiguer des conseils sur les mesures hygiéno-diététiques de l'accouchée et sur l'allaitement de l'enfant ;
- Suivre le respect par l'accouchée du calendrier de vaccination de l'enfant.

➤ **Accueillir la cliente**

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Rassurer sur la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe s'il y a lieu ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer la cliente.

➤ **Mener l'interrogatoire**

- Demander le carnet prénatal et d'accouchement, l'état de l'enfant à la naissance et l'état vaccinal de la femme et de l'enfant ;
- Rechercher les symptômes en faveur d'une complication des suites de couches (douleurs pelviennes, fièvre, céphalées, dysurie...) ;
- S'enquérir du retour de couches éventuel ;
- S'enquérir de l'état de santé du nouveau né et le prendre en charge.

➤ **Examiner l'accouchée**

- Expliquer à la femme le déroulement de l'examen ;
- Préparer le matériel ;
- Faire l'examen général :
 - TA
 - Pouls
 - Température
 - Poids
 - Conjonctives
 - Oedèmes
 - Examen des seins
 - anomalies des mamelons
 - montée laiteuse, de crevasses, de tumeur, d'abcès, d'engorgement mammaire
 - Examen des aires ganglionnaires ;
- Faire l'examen gynécologique pour s'assurer du retour de l'appareil génital à l'état pré gravidique ;
 - Lochies (aspect, quantité, odeur) ;
 - Inspection de la région vulvo-périnéale ;
 - Col (degré de perméabilité) ;
 - Utérus (involution, sensibilité) ;
 - Rechercher un éventuel prolapsus génital (faire pousser la femme en position gynécologique) ;
 - Rechercher une éventuelle incontinence urinaire d'effort en faisant tousser ou en faisant rire la femme.

3- SOINS SYSTEMATIQUES DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE

3.1- Etapes de la prise en charge

3.1.1- Accueil du nouveau-né sain

- Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère,
- Sécher le nouveau-né immédiatement avec un linge doux pour éviter les pertes thermiques par évaporation,
- Placer le nouveau-né en décubitus ventral peau contre peau dans les bras de sa mère et le recouvrir d'un linge chaud,
- Coter le score d'APGAR pour apprécier la vitalité du nouveau-né.

COTATION	0	1	2
Cœur (battements)	< 80/mn	80 à 100/mn	>100/mn
Mouvements respiratoires	Absents	irréguliers	Réguliers
Tonus musculaire	Flasque	Flexion des membres	Mouvements actifs
Réactivité	Pas de réponse	Léger mouvement	Vive, cri
Coloration	Pâleur ou cyanose	corps rose, extrémités cyanosées	Rose

- **Score d'Apgar de 7 à 10 : Nouveau-né normal, sain (Bonne vitalité)**
- **Score d'Apgar de 4 à 6 : Nouveau-né va mal (détresse vitale modérée)**
- **Score d'Apgar de 0 à 3 : Nouveau-né en état de mort apparente (Asphyxie périnatale)**

3.1.2- Conduite à tenir selon le score d'Apgar

➤ **Score d'Apgar de 7 - 10 : Bonne vitalité, nouveau-né sain :**

Si l'enfant crie ou respire calmement, est rose et réactif, ne paraît pas encombré, si les pulsations senties au cordon sont supérieures à 100/minute, aucun autre geste n'est nécessaire dans l'immédiat et l'enfant peut rester dans les bras de sa mère.

- Libérer les voies aériennes si nécessaire, en aspirant la bouche et le nez ;
- Vérifier la perméabilité des choanes, de l'œsophage et de l'anus ;
- Faire les soins du cordon et vérifier le nombre des vaisseaux ombilicaux ;
- Administrer de la vitamine K1 : 1 mg/kg en intramusculaire ;
- Prendre le poids, la taille, le périmètre crânien et le périmètre thoracique ;
- Aider la mère à mettre le nouveau-né au sein (dans la 1^{ère} heure de vie).

➤ **Score d'Apgar < 7 : Nouveau-né pathologique (Cf. SONU)**

3.1.3- Autres soins systématiques au nouveau-né

➤ **Prévenir l'infection**

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon
- Porter les gants
- Maintenir le périnée propre ;
- Assurer la propreté en nouant et coupant le cordon ;
- Assurer la propreté au cours des soins du cordon ombilical.

➤ **Prévenir l'hypothermie**

- Faire accoucher la femme dans une chambre chaude ;
- Sécher le nouveau-né soigneusement et l'envelopper dans des linges secs et chauds ;
- Garder le nouveau-né à l'abri de tout courant d'air ;
- Donner dès que possible le nouveau-né à sa mère pour un contact peau à peau ;
- Vérifier la chaleur en contrôlant les pieds du nouveau-né toutes les 15 mn ;
- Laver le nouveau-né quand la température est stable (après 24 heures).

➤ **Prévenir la conjonctivite du nouveau-né**

- Nettoyer immédiatement les yeux du nouveau-né ;
- Mettre dans les yeux du nouveau-né une Solution de Polyvidone iodée collyre à 2% ou de la Rifamycine collyre

Favoriser l'allaitement maternel précoce et exclusif

- Donner le nouveau-né à sa mère pour un contact peau à peau dès que possible ;
- Encourager l'allaitement maternel immédiatement.

➤ Administrer les vaccins au nouveau-né

- Vacciner le nouveau-né au BGC ;
- Donner la dose de Polio 0 à la naissance ou avant la sortie de la maternité.

Administrer des soins spécifiques au nouveau-né de mère séropositive au VIH

- Administrer les ARV (confère protocole, PTME)
- Nettoyer le cordon ombilical avec de l'eau savonneuse, le badigeonner avec une solution aqueuse de chlorexidine à 0,05% avant la ligature et la section.
- Laver à l'eau savonneuse le nouveau-né, le rincer, le sécher avec un linge propre puis le badigeonner avec une solution de chlorexidine à 0,05% en évitant les yeux.

3.1.4- Examen du nouveau-né

➤ Observer globalement le nouveau-né, puis le regarder sur sa face antérieure, de la tête aux pieds

- Apprécier globalement l'activité spontanée, la position en flexion des 4 membres, la réactivité au contact, la coloration cutanée, la respiration, les battements du cœur ;
- Regarder la tête : -les sutures et fontanelles (chevauchement des os du crâne ?), - rechercher des malformations faciales (bec-de-lièvre) et ORL (atrésie des choanes, syndrome de Pierre Robin) ;
- Regarder le thorax : déformations du thorax ? (entonnoir thoracique, tirage, entonnoir xiphoidien) ;
- Regarder l'abdomen : omphalocèle (éventration avec sac membranaire recouvrant les viscères) ?, laparoschisis (éventration sans sac membranaire) ?, rechercher par sonde gastrique une atrésie de l'œsophage ;

- Regarder le pelvis : exstrophie vésicale ?
- Regarder le périnée : ambiguïtés sexuelles ? imperforation vulvaire chez petite fille ? épi/hypospadias chez petit garçon ?
 - Regarder le nouveau-né sur sa face postérieure, de la tête aux pieds
- Regarder le cou, le dos, palper le rachis : spina-bifida, scoliose ?
- Regarder les fesses, l'anus : imperforation anale ? (sonde rectale), malformations anorectales ? ;
- Regarder les membres et leurs extrémités : doigts ou orteils surnuméraires ? Agénésie des doigts ou orteils ? Amélie ?
 - Palper et ausculter :
 - Ausculter le cœur (fréquence cardiaque, souffle) ; les poumons (fréquence respiratoire, râles)
 - Palper le pouls, l'abdomen (hépatomégalie, splénomégalie, masse abdominale)

**C- SOINS OBSTETRICAUX ET
NEONATAUX D'URGENCE (SONU)**

INTRODUCTION

Les SONU sont les soins réservés aux femmes et aux nouveau-nés présentant des complications gravidiques et puerpérales et exigeant une intervention d'urgence.

En fait les SONU constituent la stratégie majeure de réduction de la mortalité maternelle et périnatale dans les pays en développement.

Au plan international on distingue les SOU de base et les SOU complets, et les soins néonataux d'urgence

Les composantes classiques des SOU de base sont :

- 1- Administration parentérale d'antibiotiques ;
- 2- Administration parentérale d'ocytociques ;
- 3- Administration parentérale d'anticonvulsivants ;
- 4- Délivrance artificielle ;
- 5- Manœuvre d'évacuation utérine ;
- 6- Manœuvre d'accouchement instrumental.

Les composantes classiques des SOU complets sont :

- 6 composantes SOU de base;
- Transfusion sanguine ;
- Césarienne.

Les soins d'urgence chez le nouveau né sont :

1. réanimation
2. réchauffement
3. allaitement maternel précoce et exclusif
4. prévention des infections (yeux, cordon)
5. injection de la vitamine K1
6. administration parentérale d'antibiotiques
7. administration parentérale de corticoïdes
8. photothérapie
9. méthode Kangourou

L'objectif quotidien majeur visé par cette stratégie est de prendre toutes les dispositions nécessaires et suffisantes pour traiter promptement et adéquatement les complications gravido-puerpérales en vue d'éviter aux femmes de perdre leur vie en donnant la vie. C'est à cet effet que les fiches d'apprentissage ont été élaborées (confère manuel de stages pratiques en MMR et en SONU).

Les 3 niveaux d'anticipation quotidienne des SONU sont :

- Le 1^{er} niveau : **Planification** : préparation quotidienne dont l'objectif principal est d'assurer la disponibilité consistante et sans retard des SONU à l'arrivée de la patiente. Pour cela le matériel du travail doit être vérifié au début de chaque garde en salle d'accouchement. Chercher à remédier aux lacunes constatées avant l'arrivée de la patiente.
- Le 2^{ème} niveau **d'anticipation** est l'exécution quotidienne des SONU dont l'objectif est d'assurer la promptitude, l'adéquation et l'empathie dans la délivrance des SONU.

Les éléments essentiels de ce niveau d'anticipation sont :

- Accès immédiat de la patiente aux soins
- Travail en équipe
- Respect des standards SONU
- Vigilance clinique
- Maîtrise des gestes qui sauvent
- Empathie
- Gestion des situations difficiles

Le 3^{ème} niveau d'anticipation est le suivi et l'évaluation quotidienne des SONU, dont l'objectif principal est d'améliorer continuellement les performances de l'équipe SONU.

CHAPITRE 14 : LES HEMORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

1. DEFINITION

L'hémorragie du premier trimestre de la grossesse est tout saignement provenant du produit de conception au cours des 3 premiers mois de la grossesse.

2. PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

2.1- Préparer la patiente

- Accueillir la patiente ;
- Installer la patiente ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Rassurer la patiente.

2.2- Préparer le matériel adéquat

- Thermomètre ;
- Tensiomètre ;
- Stéthoscope médical ;
- Gants stériles ;
- Montre + trotteuse ;
- Spéculum ;
- Seringues ;
- Sonde vésicale ;
- Obus d'oxygène.

2.3-Se préparer

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon ;
- Sécher les mains ;
- Porter des gants lors de l'examen.

2.4- Procédure

2.4.1. Faire une évaluation initiale

☒ Rechercher les signes de saignement important :

- Sang abondant, rouge vif, avec ou sans caillot ;
- Vêtements trempés de sang ;
- Traces de sang sur le corps, surtout entre les orteils.

☒ Rechercher les signes de choc :

- Pâleur ;
- Pouls faible, rapide, si > 110 bats/min ;
- TA effondrée (diastolique < 60 mm Hg) ;
- Respiration rapide (plus de 30 cycles/minute) ;
- Sueurs ;
- Extrémités froides ;

- Vertiges ;
- Agitation ;
- Confusion ;
- Pertes de connaissance ;
- Soif intense.

2.4.2- Faire la prise en charge initiale en cas d'état de choc selon le niveau de prestation des soins

- Allonger la patiente les jambes surélevées ;
- Oxygéner 6 à 8 litres/minute ;
- Prendre une bonne voie veineuse;
- Réévaluer et adapter le traitement ;
- Prélever du sang pour établir le groupe sanguin, rhésus et le taux d'hémoglobine et/ou d'hématocrite ;
- Restaurer le volume liquidien (apporter un litre en 15 à 20 min) ;
- Commander du sang si nécessaire ;
- Transfuser si nécessaire après un test de compatibilité.

2.4.3- Interroger la patiente

- Préciser la durée de l'aménorrhée ;
- Préciser les caractères du saignement ;
- Rechercher des signes associés ;
- Rechercher un traitement antérieur.

2.4.4- Examiner la patiente

- Examiner l'abdomen par l'inspection, la percussion ;
- Rechercher l'origine du saignement au spéculum : vagin, col, endocol ;
- Faire un toucher vaginal, combiné au palper abdominal ;
- Etat du col : sensibilité, ouverture, consistance ;
- Volume utérin ;
- Etat des annexes : masse, sensibilité ;
- Sensibilité et/ou comblement du cul-de-sac de Douglas.

2.4.5- Demander les examens complémentaires selon le cas

- Echographie, β -HCG, test urinaire de grossesse ;
- Taux d'hémoglobine, NFS, groupe sanguin, rhésus.

2.4.6- Faire la prise en charge selon l'étiologique

Etiologies possibles	Signes cliniques	Conduites à tenir
Menace d'avortement	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes modérées ; • Hémorragies minimes de sang rouge ; • Col utérin fermé ; • Utérus de taille normale correspondant à l'âge de la grossesse ; • Annexes libres et indolores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repos au lit ; • Butylhyocine (Buscopan) : 2 comprimés matin et soir ou 1 ampoule matin et soir en IM ; • Rassurer la patiente et prescrire le repos; • Surveiller régulièrement matin et soir : pouls, TA, saignement, conjonctives, état de conscience ; • Echographie si possible ; • Si œuf vivant Progestérone 500 mg 1 Amp en IM par jour pendant 3 jours ; Amoxicilline 500 mg : 2 cp matin et soir
Avortement en cours ou inévitable	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes intenses ; • Hémorragie importante de sang rouge ou noirâtre avec des caillots ; • Col ouvert ; • Débris ovulaires en cours d'expulsion ; • Utérus non rétracté ; • Annexes libres et indolores 	<p>Si saignement important et ou absence de vitalité ovulaire : Faire le curage ou AMIU ou curetage si possible si non, évacuer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Counseling, PF, suivi post-abortum • antibiotiques • fer • Tétoglobuline • VAT • Ocytocine si besoin
Avortement incomplet	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes intenses ; • Hémorragie importante de quantité variable faite de sang rouge et noirâtre avec des caillots ; • Col utérin ouvert ; • Débris ovulaires dans l'utérus ; • Utérus de taille inférieure à l'âge de la grossesse ; • Annexes libres et indolores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evacuation : curage, curetage, aspiration sous anesthésie, • counseling, PF, suivi post-abortum, • antibiotiques • fer • Tétoglobuline • VAT.
Avortement complet	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs pelviennes peu marquées ; • Hémorragie minime ; • Col utérin fermé ; • Produit de conception expulsé ; • Utérus rétracté plus petit que l'âge de la grossesse ; • Annexes et cul-de-sac libres et indolores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline per os : 1g 2 fois par jour pendant 7 jours ; • Ocytocine: 10 UI IM 2 fois par jour pendant 48 heures ; • Tétoglobuline ; • VAT ; • Proposer la PF ; • Rendez-vous de suivi.

<i>Etiologies possibles</i>	Signes cliniques	Conduites à tenir
<i>Grossesse extra utérine non rompue</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs pelviennes d'intensité croissante ; - Hémorragie de sang noirâtre minime, distillante ; - Utérus douloureux à la mobilisation, à peine augmenté de volume; - Masse latéro-utérine sensible. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si USP : référer; - Si maternité de référence : appeler le médecin pour confirmation du diagnostic et décision thérapeutique.
<i>Grossesse extra utérine rompue</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs abdomino-pelviennes en coup de poignard ; - Vertiges, lipothymies ; - Etat de choc d'installation plus ou moins rapide ; - Hémorragie de sang noirâtre peu abondante qui contraste avec l'état de choc; - Cri de l'ombilic, matité des flancs ; - Toucher vaginal douloureux ; - Cri du cul de sac postérieur du vagin. 	<p>Si USP : référer ; Si maternité de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appeler le médecin pour confirmation de diagnostic et décision thérapeutique (Intervention chirurgicale) ; • Soins postopératoires, antibiotique, antalgique ; Fer. • Counseling, PF, • Suivi
<i>Môle hydatiforme</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie de sang rouge avec des caillots et quelquefois des vésicules môleaires ; - Douleurs abdomino-pelviennes plus ou moins intenses ; - Signes précoces de toxémie (, protéinurie HTA) ; - Exagération des signes sympathiques de la grossesse (vomissements) - Utérus trop gros pour l'âge gestationnel, mou et dont la taille peut varier d'un examen à l'autre ; - Kystes ovariens bilatéraux plus ou moins perceptibles au toucher vaginal combiné au palper abdominal. 	<p>Si USP référer Si maternité de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocytocique ; ▪ Antibiotique ; ▪ Aspiration utérine/Curetage/sous anesthésie et sous ocytocique, counseling, PF, suivi post-abortum, <ul style="list-style-type: none"> ○ Continuer antibiotiques ○ fer ○ Tétoglobuline ○ VAT. ○ Surveillance par examen clinique, dosage hormonal (β-HCG) si possible; à défaut, test de grossesse ; ○ Contraception hormonale.

NB : REEVALUER REGULIEREMENT ET DEMANDER L'AVIS DU SPECIALISTE SI NECESSAIRE.

CHAPITRE 15 : LES HEMORRAGIES DU DEUXIEME, TROISIEME TRIMESTRES DE LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL

1. DEFINITION

C'est tout saignement provenant du produit de conception, ou de la paroi de l'utérus survenant pendant le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse et ou pendant le travail.

2. PREPARATION

- Préparer la patiente (accueillir, installer la patiente) ;
- Préparer le matériel (thermomètre, spéculum, gants, tensiomètre, stéthoscope de Pinard) ;
- Se préparer (Lavage des mains, Port des gants).

3. PROCEDURE

3.1. Faire une évaluation initiale

3.1.1- Rechercher les signes de saignement important :

- Sang abondant ;
- Vêtements trempés de sang ;
- Trace de sang sur le corps.

3.1.2- Rechercher les signes de choc

- Pouls faible, rapide > 110 bats/minute ;
- Respiration rapide \approx 30 cycles/minute ;
- TA effondrée (diastolique < 60 mmHg) ;
- Pâleur ;
- Extrémités froides ;
- Vertiges, agitations ;
- Pertes de connaissance ;
- Sueurs ;
- Soif intense.

3.2. Prendre en charge l'urgence :

3.2.1- USP

- Allonger la patiente les jambes surélevées ;
- Placer une perfusion de soluté : 1 Litre en 15 à 20 min ;
- Transférer d'urgence à l'hôpital ;

3.2.2- Hôpital

- Mettre en place un bon abord veineux et une sonde vésicale à demeure ;
- Prélever le sang pour un groupe sanguin et rhésus, hématocrite, taux d'hémoglobine ;
- Procéder au remplissage vasculaire avec des solutés ;
- Appeler le médecin.

3.2.2.1- Faire un bilan complet :

➤ Interroger la femme et/ou son entourage

- Age de la grossesse ou DDR;
- Caractère de l'hémorragie : spontané ou provoqué par un traumatisme ;
- Abondance du saignement ;
- Coloration : rosée, rouge ou noirâtre ;
- Signes associés : douleurs, contractions utérines ;
- Mouvements actifs du fœtus.

➤ Analyser le carnet de suivi prénatal

➤ Examiner la patiente

- Etat général ;
- Examen obstétrical ;
- Faire attention au TV si placenta prævia suspecté.

➤ Faire le bilan paraclinique si nécessaire (NFS, échographie, TS, TC).

3.2.2.2- Faire le diagnostic de la cause et traiter

(cf. tableau à la page suivante)

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Placenta prævia	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie spontanée faite de sang rouge vif, d'abondance variable ; - Utérus souple ; - Présentation haute désaxée ; - Bruits du cœur foetal présents. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechercher les signes de l'état de choc : ➤ Prendre en charge l'état de choc : <ul style="list-style-type: none"> - Si femme en travail et dilatation supérieure à 7 cm, présentation du sommet, poche des eaux accessibles : <ul style="list-style-type: none"> - rompre la poche des eaux ; - faire l'accouchement ; - faire la révision utérine ; - surveiller. - Si persistance de l'hémorragie après accouchement: Evacuer. - Si femme en travail et dilatation inférieure à 7 cm ; présentation autre que le sommet ; poche des eaux non accessible : Evacuer. - Si femme non en travail : Evacuer - Référer le nouveau-né pour prise en charge de l'anémie néonatale si accouchement à l'USP. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechercher les signes de l'état de choc : ➤ Prendre en charge l'état de choc : <ul style="list-style-type: none"> - Si femme en travail et dilatation supérieure à 7 cm, présentation du sommet, poche des eaux accessibles : <ul style="list-style-type: none"> - rompre la poche des eaux ; - faire l'accouchement ; - faire la révision utérine - surveiller. - Si persistance de l'hémorragie après accouchement: appeler le médecin. - Si femme en travail et dilatation inférieure à 7 cm ; présentation autre que le sommet ; poche des eaux non accessible : appeler le médecin - Si femme non en travail : appeler le médecin. ➤ Prendre en charge l'anémie néonatale du nouveau-né :
Décollement prématuré du placenta normalement inséré :	<ul style="list-style-type: none"> - HTA ou TA subnormale ; - Douleurs abdomino-pelviennes intenses d'apparition brutale ; - Hémorragie faite de sang noirâtre d'abondance variable ; - Hypertonie utérine (utérus dur, tendu comme du bois) ; - Bruits du cœur foetal souvent absents ; - Col rigide. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechercher les signes de l'état de choc : prendre un abord veineux et référer. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechercher les signes de l'état de choc <ul style="list-style-type: none"> • Faire le groupage sanguin rhésus, hématokrite, taux d'hémoglobine si possible • Perfuser des solutés; • Transfuser si nécessaire et si possible ; • Prendre en charge l'état de choc ; ➤ si fœtus vivant : césarienne. ➤ Si décès foetal : <ul style="list-style-type: none"> • Bon état général maternel (pas d'état de choc) : rupture

			<p>artificielle des membranes ou poche des eaux, perfusion d'ocytocique : 5 UI de syntocinon dans 500 ml de SGI : faire l'accouchement et la révision utérine plus massage utérin et appeler le médecin.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mauvais état général maternel avec dilatation cervicale stationnaire, apparition des complications (aggravation de l'hémorragie, trouble de la coagulation, oligurie) = césarienne.
--	--	--	--

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Rupture utérine	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent d'utérus cicatriciel ; - Contextes de travail prolongé ; - Notion de perfusion ou d'injection IM d'ocytocique ; - Douleurs abdomino-pelviennes brutales en coup de poignard ; - Saignement vaginal d'abondance variable ; - Arrêt des contractions utérines ; - Fœtus sous la peau ; - Bruits du cœur fœtal absents ; - Disparition de la présentation ; - Douleurs exquises à la palpation de l'abdomen. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechercher les signes de l'état de choc : prendre un abord veineux et référer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechercher les signes de l'état de choc ; <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en charge l'état de choc ; • Faire groupage sanguin rhésus, hématocrite, taux d'hémoglobine, si possible ; • Transfuser si nécessaire ou si possible ; • Appeler le médecin pour une laparotomie. ➤ Prendre en charge le nouveau-né en fonction de son état de santé (souffrance néo-natale, détresse respiratoire, anémie néonatale) ; ➤ Donner des informations et des conseils à la mère sur sa santé et celle de son enfant. ➤ Surveiller.

CHAPITRE 16 : LES HEMORRAGIES DU POST PARTUM IMMEDIAT

1- DEFINITION

C'est tout saignement provenant des voies génitales de quantité supérieure à 500 ml survenant dans les 24 heures suivant l'accouchement.

NB : c'est une urgence médico-obstétricale par excellence.

2. PRINCIPALES CAUSES

- Rétentions placentaires
- Inertie utérine
- Troubles de la coagulation
- Lésions des parties molles
- Rupture utérine

3. PREPARATION

3.1- Préparer la patiente

- Accueillir la patiente ;
- Rassurer la patiente ;
- Vider la vessie ;
- Installer la patiente sur la table d'examen.

3.2- Préparer le matériel

- Gants stériles
- gants de révision utérine
- Valves vaginales ou spéculum ;
- Thermomètre ;
- Tensiomètre ;
- Matériel pour une éventuelle suture.

3.3- Se préparer

- Lavage des mains avec de l'eau et du savon ;
- Se sécher les mains ;
- Porter des gants stériles ou désinfectés à haut niveau (DHN).

4. PROCEDURE

4.1. Faire une évaluation initiale

- Prendre les constantes : pouls, TA, fréquence respiratoire, température ;
- Apprécier la coloration des téguments
- Apprécier la diurèse (recueillir les urines dans un bocal et les quantifier ou sonde vésicale à demeure)
- Analyser les éléments du dossier médical: date d'accouchement, lieu d'accouchement, durée du travail, médicaments utilisés...

4.2. Prendre en charge l'urgence

- Prendre une voie veineuse (Ringer Lactate, SSI);
- Faire : groupe sanguin-rhésus, NFS ou taux d'hémoglobine si possible ;
- Si état de choc :
 - USP : évacuer
 - Hôpital : traiter le choc (cf. fiche technique état de choc)

4.3. Faire le bilan complet

- Interroger la patiente si possible (la famille si nécessaire);
- Faire l'examen physique : examen général, examen gynécologique ;
- Faire des examens para-cliniques si possibilité : TS, TC, taux de prothrombine, taux de fibrinogène... ;
- Faire la synthèse des examens cliniques et para cliniques.

4.4. Faire le diagnostic étiologique et prendre en charge selon le niveau (cf. tableau):

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Rétention placentaire partielle	Hémorragie abondante faite de sang rouge vif apparaissant après la délivrance ; Globe de sécurité mal formé (utérus mal rétracté); Absence d'un ou de plusieurs cotylédons ou de membranes à l'examen clinique du placenta.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire la révision utérine (cf. fiche technique) ; ➤ Masser l'utérus ; ➤ Faire masser par la patiente elle-même ; ➤ Instituer un traitement médicamenteux : <ul style="list-style-type: none"> - <i>ocytocine</i> : 10 UI en IM 2 fois par jour pendant 48 heures. - <i>Amoxicilline</i> per os : 1g 2 fois par jour pendant 7 jours. - <i>Fer</i> : 1 comprimé, 2 fois par jour pendant 30 jours. - <i>Tétaglobuline, VAT</i> si nécessaire. ➤ Surveiller : pouls, TA, conjonctives, saignement vulvaire, globe de sécurité toutes les 15 min pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure puis chaque heure pendant 3 heures. <ul style="list-style-type: none"> - Si évolution favorable : continuer la surveillance; ➤ Si évolution défavorable : référer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire la révision utérine (cf. fiche technique) ; ➤ Masser l'utérus ; ➤ Faire masser l'utérus par la patiente elle-même ; ➤ Instituer un traitement médicamenteux : <ul style="list-style-type: none"> - <i>ocytocine</i> : 10 UI en IM 2 fois par jour pendant 48 heures. - <i>Amoxicilline</i> per os : 1g 2 fois par jour pendant 7 jours. - <i>Fer</i> : 1 comprimé, 2 fois par jour pendant 30 jours. - <i>Tétaglobuline, VAT</i> si nécessaire. - <i>Transfuser si nécessaire et si possible</i> ➤ Surveiller : pouls, TA, conjonctives, saignement vulvaire, globe de sécurité toutes les 15 min pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure puis chaque heure pendant 3 heures. <ul style="list-style-type: none"> - Si évolution favorable : continuer la surveillance; - Si évolution défavorable : appeler le médecin.

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Rétention placentaire totale	<p>-Il y a rétention placentaire si 30 minutes après l'accouchement du nouveau-né le décollement physiologique du placenta ne s'effectue pas:</p> <p>-Ou échec de la délivrance par traction contrôlée du cordon selon GATPA avec parfois apparition d'une hémorragie.</p> <p>L'hémorragie est d'abondance variable et faite de sang rouge vif.</p>	<p>➤ Faire la délivrance artificielle suivie de la révision utérine (cf. fiche technique) + massage utérin avec le traitement ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>ocytocine</i> : 10 UI en IM 2 fois par jour pendant 48 heures; - Amoxicilline per os : 1g 2 fois par jour pendant 7 jours ; - Fer : 1 comprimé, 2 fois par jour pendant 30 jours ; - VAT si nécessaire. <p>➤ Surveiller : pouls, TA, conjonctives, saignement vulvaire, globe de sécurité toutes les 15 min, pendant 2 heures puis 30 minutes pendant 1 heure et chaque heure pendant 3 heures.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Si évolution favorable</i> : continuer la surveillance, - <i>Si évolution dé favorable</i> : référer. <p>➤ Si la délivrance artificielle s'avère difficile voire impossible, référer.</p>	<p>➤ Faire la délivrance artificielle suivie de la révision utérine (cf. fiche technique) + massage utérin avec le traitement ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>ocytocine</i> : 10 UI en IM 2 fois par jour pendant 48 heures; - Amoxicilline per os : 1g 2 fois par jour pendant 7 jours ; - Fer : 1 comprimé, 2 fois par jour pendant 30 jours ; - VAT si nécessaire. <p>➤ Surveiller : pouls, TA, conjonctives, saignement vulvaire, globe de sécurité toutes les 15 min, pendant 2 heures puis 30 minutes pendant 1 heure et chaque heure pendant 3 heures.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Si évolution favorable</i> : continuer la surveillance, - <i>Si évolution dé favorable</i> : appeler le médecin. <p>➤ Transfuser si nécessaire et si possible. Si la délivrance artificielle s'avère difficile voire impossible, penser au placenta acreta et appeler le médecin.</p>

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Inertie utérine	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie vulvaire abondante faite de sang rouge avec ou sans caillots, - Absence de globe de sécurité (utérus mou, non rétracté, latéro-dévié). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire la révision utérine ; ➤ Masser l'utérus et faire masser l'utérus de façon continue par la patiente pendant une à deux heures; ➤ Administrer de l'ocytocine 10 UI en IVL et perfuser 10 UI dans 500 cc de sérum salé isotonique (à 9 °/00); ➤ Faire de l'Ergométrine 1 ampoule IM ; ➤ Mettre une vessie de glace sur l'utérus si possible ou un sac de sable sur l'utérus ; ➤ Amoxicilline per os : 1g 2 fois par jour pendant 7 jours ➤ Donner du fer, 1comprimé 2 fois par jour pendant 30 jours ; ➤ Surveiller pouls, TA, conjonctives, saignement vulvaire, globe de sécurité, diurèse toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis 30 minutes pendant 1 heure ensuite chaque heure pendant 3 heures. - <i>Si évolution favorable</i> : continuer la surveillance ; - <i>Si évolution non favorable</i> : évacuer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire la révision utérine ; ➤ Masser l'utérus et faire masser l'utérus de façon continue par la patiente pendant une à deux heures; ➤ Administrer de l'ocytocine 10 UI en IVL et perfuser 10 UI dans 500 cc de sérum salé isotonique (à 9 °/00); ➤ Faire de l'ergométrine 1 ampoule IM ➤ Administrer 1000 mcg (5 comp) de Misoprostol (CYTOTEC) par voie rectale; ➤ Mettre une vessie de glace sur l'utérus si possible ; ➤ Mettre un sac de sable sur l'utérus ; ➤ Amoxicilline per os : 1g 2 fois par jour pendant 7 jours ➤ Donner du fer, 1comprimé 2 fois par jour pendant 30 jours ; ➤ Surveiller pouls, TA, conjonctives, saignement vulvaire, globe de sécurité, diurèse toutes les 15 min pendant 2 heures, 30 minutes pendant 1 heure ensuite toutes les heures pendant 3 heures. - <i>Si évolution favorable</i> : continuer la surveillance ; - <i>Si évolution non favorable</i> : appeler le médecin. ➤ Transfuser si nécessaire et si possible.

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Troubles de la coagulation	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie vulvaire abondante faite de sang rouge fluide sans caillots ; - Hématome aux points de ponction veineuse ; - Absence de globe de sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire la révision utérine ; ➤ Masser l'utérus et faire masser l'utérus de façon continue par la patiente pendant une à deux heures; ➤ Administrer de l'ocytocine 10 UI en IVL et perfuser 10 UI dans 500 cc de sérum salé isotonique (à 9 °/00); ➤ Faire de l'Ergométrine 1 ampoule IM ; ➤ Mettre une vessie de glace sur l'utérus si possible ou un sac de sable sur l'utérus ; ➤ Amoxicilline per os : 1g 2 fois par jour pendant 7 jours ➤ Donner du fer, 1comprimé 2 fois par jour pendant 30 jours ; ➤ Surveiller pouls, TA, conjonctives, saignement vulvaire, globe de sécurité, diurèse toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis 30 minutes pendant 1 heure ensuite chaque heure pendant 3 heures. - <i>Si évolution favorable</i> : continuer la surveillance ; - <i>Si évolution non favorable</i> : évacuer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire la révision utérine ; ➤ Masser l'utérus et faire masser l'utérus de façon continue par la patiente pendant une à deux heures; ➤ Administrer de l'ocytocine 10 UI en IVL et perfuser 10 UI dans 500 cc de sérum salé isotonique (à 9 °/00); ➤ Faire de l'ergométrine 1 ampoule IM ➤ Administrer 1000 mcg (5 comp) de Misoprostol (CYTOTEC) par voie rectale; ➤ Mettre une vessie de glace sur l'utérus si possible ; ➤ Mettre un sac de sable sur l'utérus ; ➤ Amoxicilline per os : 1g 2 fois par jour pendant 7 jours ➤ Transfuser du Plasma frais congelé et du culot globulaire (quantité à estimer) ➤ Donner du fer, 1comprimé 2 fois par jour pendant 30 jours ; ➤ Surveiller pouls, TA, conjonctives, saignement vulvaire, globe de sécurité, diurèse toutes les 15 min pendant 2 heures, 30 minutes pendant 1 heure ensuite toutes les heures pendant 3 heures. - <i>Si évolution favorable</i> : continuer la surveillance ; - <i>Si évolution non favorable</i> : appeler le médecin.

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Lésions cervico-vaginales ou déchirures vulvo-périnéales	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie vulvaire d'abondance variable faite de sang rouge vif avec des caillots ; - Bon globe de sécurité ; - Lésions visibles à l'inspection ou à l'examen sous valves. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réparer les lésions : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si déchirure du périnée simple (sphincter anal respecté) : suture par la sage femme. ➤ Si déchirure du périnée complète (sphincter anal rompu mais muqueuse anale respectée) et déchirure du périnée complète compliquée (sphincter anal rompu et muqueuse anale déchirée) : référer ➤ Amoxicilline per os 1g, 2 fois par jour pendant 7 jours ; ➤ Donner du fer, 1 comprimé, 2 fois par jour pendant 30 jours ; ➤ Faire VAT si nécessaire ; ➤ Surveiller : pouls, TA, conjonctives, saignement vulvaire toutes les 15 min pendant 2 heures puis 30 minutes pendant 1 heure puis toutes les heures pendant 3 heures ; ➤ NB : Si lésions cervico-vaginales : faire tamponnement et référer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réparer les lésions : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si déchirure du périnée simple (sphincter anal respecté) : suture par la sage femme. ○ Si déchirure du périnée complète (sphincter anal rompu mais muqueuse anale respectée) et déchirure du périnée complète compliquée (sphincter anal rompu et muqueuse anale déchirée) : appeler le médecin ; ➤ Amoxicilline per os 1g, 2 fois par jour pendant 7 jours ; ➤ Donner du fer, 1 comprimé, 2 fois par jour pendant 30 jours ; ➤ Faire VAT si nécessaire ; ➤ Surveiller : pouls, TA, conjonctives, globe de sécurité, saignement vulvaire toutes les 15 min pendant 2 heures puis 30 minutes pendant 1 heure puis chaque heure pendant 3 heures ; ➤ Si lésions cervico-vaginales simple : Suture par la sage femme ➤ Si lésions cervico-vaginales compliquée : référer ou faire tamponnement et appeler le médecin.
RUPTURE UTERINE :	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie vulvaire d'abondance variable faite de sang rouge vif avec des caillots ; - Utérus mal rétracté ; - A la révision utérine on note l'existence d'une solution de continuité (brèche) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Référer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appeler le médecin.

La prise en charge de l'hémorragie de la période de la délivrance doit se faire en équipe

NB : 1- Réévaluer la patiente. 2- Prendre un avis spécialisé ou référer si nécessaire. 3-Mettre l'enfant au sein si la mère est consciente.

CHAPITRE 17 : LA FIEVRE PENDANT LA GROSSESSE

1. DEFINITION

C'est toute élévation de la température supérieure ou égale à 38° C chez une gestante.

2. PREPARATION

2.1- Préparer la patiente

- Accueillir la patiente ;
- Installer la patiente confortablement.

2.2- Préparer le matériel :

- Thermomètre ;
- Tensiomètre ;
- Montre avec trotteuse ;
- Stéthoscope médical ;
- Stéthoscope de Pinard ;
- Albutix
- Gants d'examen ou doigtiers ;
- Spéculum ;
- Bocal à urine ;
- Seringues, aiguilles et tubes de prélèvement.

2.3- Se préparer :

- Se laver les mains ;
- Mettre les gants stériles ou d'examen.

3. PROCEDURE

3.1. Faire une évaluation initiale

3.1.1- Confirmer la fièvre en mesurant la température ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)

- Par voie rectale (thermomètre laissé en place au moins pendant une minute) ;
- Par voie buccale (thermomètre laissé en place au moins pendant trois minutes) ;
- Par voie axillaire (thermomètre laissé en place au moins pendant trois minutes et ajouter 0°5 C).

3.1.2- Rechercher un état de déshydratation :

- Muqueuses sèche
- Persistance du pli cutané
- Globe oculaire enfoncé

3.1.3- Prendre les autres constantes (TA, pouls, fréquence respiratoire)

3.2. PRENDRE EN CHARGE L'URGENCE

- Réhydrater par voie orale ou par voie parentérale ;
- Prescrire un repos au lit ;
- Prescrire du Paracétamol 1g toutes les 8 h ou autre antipyrétique autorisé au cours de la grossesse.

3.3- FAIRE UN BILAN COMPLET

3.3.1- Faire un interrogatoire

- Reconstituer l'histoire de la maladie ;
- Début de la fièvre ;
- Durée de la fièvre ;
- Allure évolutive ;
- Signes d'accompagnement : céphalées, pertes de l'appétit, nausée, vomissements, brûlures mictionnelles / dysurie, douleurs musculaires ou articulaires, douleurs lombaires, mal de gorge, toux, douleurs thoraciques, éruption cutanée, écoulement vaginal non sanglant... etc.

3.3.2- Analyser le dossier médical

3.3.3- Faire un examen obstétrical et des autres appareils

- Inspecter les organes génitaux externes ;
- Examiner l'abdomen : hauteur utérine, palper abdominal ;
- Ecouter les bruits du cœur fœtal ;
- Faire un examen au spéculum ;
- Faire un toucher vaginal combiné au palper abdominal.

3.3.4- Faire pratiquer les examens para cliniques orientés

- Une goutte épaisse ;
- Un ECBU + antibiogramme ou recherche de protéines dans les urines avec Albutix;
- Une ponction lombaire ;
- Un sérodiagnostic de Widal ;
- Une sérologie VIH.

3.4- FAIRE LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET PRENDRE EN CHARGE SELON LE NIVEAU (Cf. Tableau)

Diagnostiques	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Paludisme simple	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$; - Frissons ; - Céphalées ; - Courbatures ; - Nausées ; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Test de dépistage rapide (TDR)</i> ➤ <i>Donner de la quinine par voie orale (8 mg de quinine-base par kg 3 fois /jour pendant 7jours).</i> ➤ <i>Donner du paracétamol si fièvre élevée ($38,5^{\circ}\text{C}$ ou plus).</i> ➤ Commencer le TPI si l'âge de la grossesse le permet. ➤ Donner du fer et de l'acide folique pendant toute la durée de la grossesse. ➤ Revoir la femme enceinte après trois jours de traitement pour paludisme simple même si la fièvre disparaît. (Rechercher hypoglycémie, anémie, signes de vitalité du fœtus) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>TDR ; Goutte épaisse ; Taux d'hémoglobine</i> ➤ <i>Donner de la quinine par voie orale (8 mg de quinine-base par kg 3 fois /jour pendant 7jours).</i> ➤ <i>Donner du paracétamol si fièvre élevée ($38,5^{\circ}\text{C}$ ou plus).</i> ➤ <i>Adapter le traitement aux résultats paracliniques</i> ➤ Commencer le TPI si l'âge de la grossesse le permet. ➤ Donner du fer et de l'acide folique pendant toute la durée de la grossesse. ➤ Revoir la femme enceinte après trois jours de traitement pour paludisme simple même si la fièvre disparaît. (Rechercher hypoglycémie, anémie, signes de vitalité du fœtus)
Maladie fébrile grave ou paludisme grave	<ul style="list-style-type: none"> - dyspnée - convulsions - anémies - vomissements graves - obnubilations - coma 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en charge l'urgence (Hospitalisation ; sonde vésicale à demeure Perfusion de sérum salé ou de sérum glucosé 5 % ou Ringer Lactate) ➤ Perfuser la quinine 25mg /Kg/j à répartir en trois perfusion à passer en 4 heures chacune (42 gouttes/min) ou de l'artéméther injectable si intolérance ou contre indication à la quinine (première dose). ➤ Donner la première dose d'antibiotique : Ampicilline 3g en IV ou IM ➤ Donner du Diazépam 10mg en IV si la femme convulse ➤ Perfuser du sérum glucosé hypertonique si l'hypoglycémie. ➤ Traiter la fièvre par du Paracétamol par voie parentérale. ➤ Transférer d'URGENCE à l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en charge l'urgence (Hospitalisation ; sonde vésicale à demeure, Perfusion de sérum salé ou de sérum glucosé 5 % Ringer Lactate) ➤ Perfuser la quinine 25mg /Kg/j à répartir en trois perfusion à passer en 4 heures chacune (42 gouttes/min) ou de l'artéméther injectable si intolérance ou contre indication à la quinine (première dose). ➤ Donner la première dose d'antibiotique : Ampicilline 3g en IV ou IM ➤ Donner du Diazépam 10mg en IM si la femme convulse ➤ Perfuser du sérum glucosé hypertonique si l'hypoglycémie. ➤ Traiter la fièvre par voie parentérale). ➤ Transfuser si nécessaire ➤ Si menace d'accouchement prématuré : Salbutamol 5 ampoules de 0,5mg dans 250 cc de SGI ou SSI ou RL pendant 48 heures. Si grossesse < 34 semaines : 12mg de bêtaméthasone en IM / jour pendant 2 jours ➤ Surveiller : <ul style="list-style-type: none"> • Etat maternel: pouls, TA, température matin et soir ; • Etat foetal: bruits du cœur foetal toutes les heures jusqu'à la chute de la température; ➤ Appeler le médecin

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Avortement septique	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$; - Frisson ; - Ecoulement vaginal/métrorragie purulente, fétide ; - Col entrouvert ; - Utérus augmenté de taille, mou, douloureux. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en charge l'urgence : <ul style="list-style-type: none"> • Traiter la fièvre : paracétamol, 1g toutes les 8 heures par voie orale ou par voie intramusculaire ou autres antipyrétiques. ➤ Traiter l'infection : <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilline, 2g en IVL ou Ceftriaxone 1g en IVL • Métronidazole 500mg per os : 2 comp en une seule prise ➤ Réfé rer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en charge l'urgence : <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser; • Traiter la fièvre : paracétamol, 1g toutes les 8 heures par voie orale ou voie ou autres antipyrétiques. ➤ Traiter l'infection : <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilline IV : 2g, 2 fois par jour pendant 3 jours puis relais per os : 2 comp 2 fois/j pendant 7 jours • Métronidazole 100 ml 2 fois/j pendant 3 jours puis relais per os : 1 comp 2 fois/j pendant 7 jours • Gentamycine : 160mg en IM/j pendant 7 jours ➤ Appeler le médecin

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD/CHR/CHU
Pyélonéphrite aiguë	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$; - Frissons; - Douleurs lombaires; - Pollakiurie; - Urines troubles. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en charge l'urgence : • Traiter la fièvre : paracétamol, 1g toutes les 8 heures par voie orale ou par voie intramusculaire ou autres antipyrétiques. ➤ Traiter l'infection : • Ampicilline, 2g en IVL ou IM. - Réfé rer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en charge l'urgence : <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Perfusion de 1 litre de sérum salé ou de sérum glucosé 5% ou de Ringer Lactate. ➤ Traiter la fièvre : paracétamol, 1g toutes les 8 heures par voie orale ou par voie parentérale ou autres antipyrétiques autorisés pendant la grossesse. ➤ ECBU + antibiogramme ➤ Traiter l'infection : <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilline IV : 2g, 2 fois par jour pendant 3 jours puis relais per os : 2 comp 2 fois/j pendant 7 jours • Gentamycine : 160mg en IM/j pendant 7 jours • Faire boire beaucoup d'eau si possible (au moins deux litres par jour) • Adapter le traitement antibiotique au résultat de l'ECBU si fait ➤ Si menace d'accouchement prématuré : Salbutamol 5 ampoules de 0,5mg dans 250 cc de SGI ou SSI ou RL pendant 48 heures. Si grossesse < 34 semaines : 12mg de bêtaméthasone en IM / jour pendant 2 jours ➤ Surveiller : <ul style="list-style-type: none"> • Etat maternel : pouls, TA, température matin et soir ; • Etat fœtal : bruits du cœur fœtal toutes les heures jusqu'à la chute de la fièvre. - Si disparition de la fièvre au bout de 48 heures, continuer le traitement ; ➤ Si non : Demander un avis spécialisé ou revoir le traitement antibiotique
Infection amniotique ou chorioamniotite	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$; - Liquide amniotique malodorant ; - Notion de rupture prématurée des membranes. - Utérus contracturé et douloureux 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en charge l'urgence ; - Traiter la fièvre : paracétamol, 1g toutes les 8 heures par voie orale ou par voie parentérale ou autres antipyrétiques autorisés pendant la grossesse. ➤ Donner la première dose d'antibiotique : Ceftriaxone 1 g ou Ampicilline 2g en IV ou IM puis ➤ Réfé rer. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en charge l'urgence : <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser; • Traiter la fièvre : paracétamol, 1g toutes les 8 heures par voie orale ou voie parentérale ou autres antipyrétiques. ➤ Traiter l'infection : <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone 1 g en IV ou IM pendant 7 jours, ou • Ampicilline 2g 2 fois/jour en IV ou IM + Métronidazole 500mg 2 fois/jour en IV (germes anaérobies) + Gentamycine : 160 mg/jour en IM pendant 3 jours puis relais per os. ➤ Appeler le médecin pour évacuation utérine par voie basse autant que possible

CHAPITRE 18 : LA FIEVRE DANS LE POST PARTUM

1. DEFINITION

C'est toute température supérieure ou égale à 38°C chez une accouchée.

2. PREPARATION

- Installer la patiente ;
- Revoir le carnet de consultation prénatale et d'accouchement;
- Préparer le matériel d'examen.

3. PROCEDURE

3.1. Interrogatoire

- Demander les plaintes de la patiente ;
- Rechercher la notion de maux de tête, toux, crachats, frissons, courbatures, insomnie, vomissements, diarrhée, douleurs du sein spontanées ou provoquées, difficultés respiratoires, douleurs abdomino-pelviennes, difficultés pour uriner, caractère des lochies (quantité, odeur, couleur), douleurs des membres inférieurs.

3.2- Analyser le dossier médical

- Date et lieu d'accouchement ;
- Durée de la rupture des membranes avant l'accouchement ;
- Mode d'accouchement ;
- Aspect et odeur du liquide amniotique ;
- Saignement après accouchement ;
- Fièvre intra-partum ;
- Durée du travail ;
- Mode de la délivrance ;
- Etat du nouveau-né à la naissance ;
- Alimentation du nouveau-né.

3.3- Examiner la patiente

- Prendre les constantes (température, pouls, fréquence respiratoire, tension artérielle) ;
- Examen clinique complet : seins, utérus, lochies, mollets et autres appareils.

3.4- Examen complémentaire (si indiqué): en fonction des résultats de l'examen clinique

3.5- Prendre en charge l'urgence

- Hospitalisation ;
- Paracétamol 1 g toutes les 8 heures ou tout autre antipyrétique autorisé dans le post partum.

3.6- Faire le diagnostic étiologique

3.7- Prendre en charge selon le cas et selon le niveau de prestation des soins.

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD / CHR / CHU
Paludisme simple	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$; - Frissons ; - Céphalées ; - Courbatures ; - Nausées ; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Test de dépistage rapide (TDR)</i> ➤ <i>Donner de la quinine par voie orale (8 mg de quinine-base par kg 3 fois /jour pendant 7jours).</i> ➤ <i>Donner du paracétamol si fièvre élevée (38,5°C ou plus).</i> ➤ <i>Donner du fer et de l'acide folique pendant 6 mois</i> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revoir l'accouchée après trois jours de traitement pour paludisme simple même si la fièvre disparaît. (Rechercher hypoglycémie, anémie) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>TDR ; Goutte épaisse ; Taux d'hémoglobine</i> ➤ <i>Donner de la quinine par voie orale (8 mg de quinine-base par kg 3 fois /jour pendant 7jours).</i> ➤ <i>Donner du paracétamol si fièvre élevée (38,5°C ou plus).</i> ➤ <i>Adapter le traitement aux résultats paracliniques</i> ➤ <i>Donner du fer et de l'acide folique pendant 6 mois</i> ➤ Revoir l'accouchée après trois jours de traitement pour paludisme simple même si la fièvre disparaît. (Rechercher hypoglycémie, anémie,)
Maladie fébrile grave ou paludisme grave	<ul style="list-style-type: none"> - dyspnée - convulsions - anémies - vomissements graves - obnubilations - coma 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TDR ➤ Prendre en charge l'urgence (Hospitalisation ; sonde vésicale à demeure Perfusion de sérum salé ou de sérum glucosé 5 % ou Ringer Lactate : 500ml 3 fois/j) ➤ Perfuser la quinine 25mg /Kg/j à répartir en trois perfusion à passer en 4 heures chacune (42 gouttes/min) ou de l'artéméther injectable si intolérance ou contre indication à la quinine (première dose). ➤ Donner la première dose d'antibiotique : Ampicilline 2g en IV ou IM ➤ Donner du Diazépam 10mg en IV si la femme convulse ➤ Perfuser du sérum glucosé hypertonique si l'hypoglycémie. ➤ Traiter la fièvre par du Paracétamol par voie parentérale. ➤ Transférer d'URGENCE à l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>TDR ; Goutte épaisse ; Taux d'hémoglobine ; NFS</i> ➤ Prendre en charge l'urgence (Hospitalisation ; sonde vésicale à demeure, Perfusion de sérum salé ou de sérum glucosé 5 % Ringer Lactate) ➤ Perfuser la quinine 25mg /Kg/j à répartir en trois perfusion à passer en 4 heures chacune (42 gouttes/min) ou de l'artéméther injectable si intolérance ou contre indication à la quinine (première dose). ➤ Donner la première dose d'antibiotique : Ampicilline 3g en IV ou IM ➤ Donner du Diazépam 10mg en IV si la femme convulse ➤ Perfuser du sérum glucosé hypertonique si l'hypoglycémie. ➤ Traiter la fièvre par voie parentérale. ➤ Transfuser si nécessaire ➤ Surveiller : <ul style="list-style-type: none"> • Etat maternel: pouls, TA, température matin et soir ; ➤ Appeler le médecin

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD / CHR / CHU
Endométrite	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre ; - Douleurs pelviennes ; - Lochies purulentes ou hémorragiques, malodorantes ; - Col ouvert ; - Utérus mal involué, douloureux à la palpation. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter la fièvre : Paracétamol 1g toutes les 8 heures per os ou tout autre antipyrétique autorisé chez une femme allaitante. ➤ Traiter l'infection : <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilline per os : 1g, 3 fois/j pendant 7 jours ; - Métronidazole 500 mg 2fois/j pendant 7 jours ; - Ergométrine, 1 ampoule 2fois/j en IM ; ou - Ocytocine, 1 ampoule 2 fois/j en IM pendant 3 jours. ➤ Si évolution favorable au bout de 72 heures : continuer le traitement. ➤ Si non : référer. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ NFS ; examen bactériologique des lochies+antibiogramme ➤ Traiter la fièvre : Paracétamol 1g toutes les 8 heures per os ou tout autre antipyrétique autorisé chez une femme allaitante. ➤ Traiter l'infection : <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilline per os : 1g, 3 fois/j pendant 7 jours ; - Métronidazole 500 mg 2fois/j pendant 7 jours ; - Gentamycine : 160mg en IM/j pendant 7 jours - Ergométrine, 1 ampoule 2fois/j en IM ; ou - Ocytocine, 1 ampoule 2 fois/j en IM pendant 3 jours. ➤ Si évolution favorable au bout de 72 heures : continuer le traitement. ➤ Si non : appeler le médecin.
Engorgement mammaire	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre ; - Frissons ; - Tension douloureuse des seins. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter la fièvre : (Paracétamol, 1g 3 fois/j per os pendant 72 heures). ➤ Appliquer sur le sein une serviette imbibée d'eau tiède matin, midi, soir pendant 72 heures ; ➤ Extraire manuellement le lait du sein ; ➤ Aider la mère à améliorer la position de l'enfant et la bonne prise du sein ➤ Surveiller : température, état des seins ; ➤ Si pas d'amélioration au bout de 72 heures : référer. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter la fièvre : (Paracétamol, 1g 2fois/j per os pendant 72 heures). ➤ Appliquer sur le sein une serviette imbibée d'eau tiède matin, midi, soir pendant 72 heures ; ➤ Extraire manuellement le lait des seins ; ➤ Aider la mère à améliorer la position de l'enfant et la bonne prise du sein ➤ Surveiller : température, état des seins ; ➤ Si pas d'amélioration au bout de 72 heures : appel au médecin.
Mastite	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre - Frissons - Sein tendu et douloureux - Sein chaud 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acide ac étyl salicylique (AAS) per os 1g 2 fois/ j pendant 3 jours ➤ Cloxacilline 500 mg per os: 1g 2 fois/j pendant 7 jours ou Erythromycine 500mg per os 1g 2 fois/j pendant 7 jours ➤ Appliquer sur le sein une serviette imbibée d'eau tiède matin, midi, soir pendant 72 heures ; ➤ Continuer l'allaitement maternel ➤ Surveiller : température, état des seins ; ➤ Si pas d'amélioration au bout de 72 heures : référer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acide ac étyl salicylique (AAS) per os 1g 2 fois/ j pendant 3 jours ➤ Cloxacilline 500 mg per os: 1g 2 fois/j pendant 7 jours ou Erythromycine 500mg per os 1g 2 fois/j pendant 7 jours ➤ Appliquer sur le sein une serviette imbibée d'eau tiède matin, midi, soir pendant 72 heures ; ➤ Continuer l'allaitement maternel ➤ Surveiller : température, état des seins ; ➤ Si pas d'amélioration au bout de 72 heures : appel au médecin

Diagnostics	Signes cliniques	Conduites à tenir	
		USP	HD / CHR / CHU
Abcès du sein	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre ; - Frissons ; - Douleurs pulsatiles du sein ; - Tension mammaire ; - Insomnie ; - Signe de BUDIN (expression du lait sur la compresse : le pus reste sur la compresse en laissant une tache jaunâtre) - Présence d'une zone de fluctuation au niveau du sein. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter la fièvre : (Paracétamol per os 1g, 3 fois/j.) ➤ Arrêter l'allaitement maternelle au niveau de ce sein ; ➤ Vider le lait du sein malade et le jeter ➤ Réfé rer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ traitement chirurgical : incision-drainage de l'abcès avec méchage par compresse. ➤ ECB du pus + antibiogramme ➤ Acide ac étyl salicylique (AAS) per os 1g 2 fois/ j pendant 3 jours ➤ Cloxacilline 500 mg per os: 1g 2 fois/j pendant 7 jours ou Erythromycine 500mg per os 1g 2 fois/j pendant 7 jours ➤ Pansements réguliers jusqu'à la cicatrisation de la plaie ➤ Ne pas donner le sein malade à têter
Phlébite	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre modérée ; - Pouls accélérés en dissociation avec la température ; - Mollets tendus, douloureux, non ballotants. - Douleur au mollet à la dorsiflexion du pied 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter la fièvre : Paracétamol, 1g, 3 fois/j ; ➤ réfé rer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Héparine de bas poids moléculaire en sous cutané à dose curative (80 UI 2fois par jour) pendant 10 jours. ➤ Surveillance clinique.

CHAPITRE 19 : LES SOINS APRES AVORTEMENT

1- DEFINITION

Les SAA sont un concept qui inclut à la fois les soins curatifs et préventifs de l'avortement.

On peut classer l'avortement comme étant soit spontané (l'interruption de grossesse a eu lieu sans interférence externe, et la grossesse se termine sans action volontaire de la femme ou d'une autre personne agissant à son nom) soit provoqué (l'interruption de grossesse a résulté d'une interférence externe, et l'interruption a résulté d'une action volontaire de la part de la femme ou d'une autre personne agissant à son nom).

L'avortement à risque est défini par l'OMS comme étant:

«Une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée, effectuée soit par des prestataires qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas ou les deux ».

2- BUT

Le but des SAA est d'assurer une gestion de qualité des complications de l'avortement.

3- OBJECTIF

Les SAA sont une approche ayant pour objectifs de :

- Diminuer la morbidité et la mortalité découlant des complications de l'avortement à risque et de l'avortement spontané,
- Assurer les conseils et l'éducation des services de planification familiale après avortement.

4- IMPORTANCE

Les SAA sont une intervention importante car :

- Sauvent la vie des femmes,
- augmentent l'accès et l'utilisation de la PF,
- préviennent l'avortement à répétition,
- Font un lien avec les services de santé sexuelle et génésique (services curatifs, services préventifs, Services de contraception).

Les SAA offrent une démarche holistique permettant d'améliorer la qualité des services, de satisfaire de manière plus efficace les besoins en SR des femmes et de réduire les dépenses en santé. Les SAA sont un élément essentiel des programmes de santé qui apportent une contribution remarquable à la santé

5- ELEMENTS ESSENTIELS

5.1- Traitement

Le premier élément du modèle original, et le point focal de beaucoup d'activités de SAA, le traitement, demeure un élément crucial parce que les femmes qui se présentent avec un avortement incomplet ou à risque nécessiteront, dans beaucoup de cas, une évacuation utérine et d'autres interventions médicales. La reformulation de cet élément reconnaît que les soins après avortement ne comportent pas toujours des complications, et que les complications ne constituent pas toujours une menace à la vie.

Néanmoins, les complications posent potentiellement une menace à la vie, sans attention médicale rapide et appropriée. Le modèle des Eléments Essentiels de SAA reconnaît que le traitement efficace et sans risque implique l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) partout où ce sera possible et comporte les précautions standards de prévention de l'infection, le consentement avisé, la gestion appropriée de la douleur, un contact sensible à la fois verbal et physique avec le patient, et des soins de suivi.

5.2- Contraception et services de planification familiale

Le modèle des Eléments Essentiels de SAA reconnaît la nécessité de surmonter les barrières à la fourniture de contraception et de services de planification familiale, à la fois, au cours de la même visite, et au même endroit que le traitement. Le vocabulaire de la contraception et de la planification familiale est utilisé dans le modèle actualisé et élargi pour reconnaître la diversité des services recherchés par les femmes en vue d'éviter ou retarder la grossesse ou d'espacer les naissances.

5.3- Services de santé reproductive et autres services de santé

Les services de santé reproductive et autres services de santé sont la version mise à jour du troisième élément du modèle original. La reformulation de cet élément permet de promouvoir les services appropriés de santé de la reproduction et d'autres services de santé offerts au moment où les femmes reçoivent les SAA, de préférence dans la même structure.

Lorsqu'une structure est incapable de fournir les services complémentaires nécessaires, des systèmes de référence fonctionnelle, de référence transversale et de contre référence, ainsi que des mécanismes de suivi devraient être instaurés ainsi que la tenue continue et exacte des dossiers.

5.4- Counseling

Un counseling efficace facilite la compréhension par la femme des circonstances autour de son histoire reproductive passée et future, ainsi que sa confiance dans sa capacité à participer activement à sa propre santé. Le counseling axé sur le client garantit que les femmes, plutôt que leurs prestataires, font des choix volontaires concernant leur traitement, méthode contraceptive et autres options.

Le counseling en SAA recouvre plus que la fertilité et la contraception, et dépasse la fourniture d'information et la communication sensible. Le counseling offre l'opportunité de soutenir les femmes pour explorer leur sentiment sur leur avortement, d'évaluer leur capacité à faire face, gérer l'angoisse, et prendre des décisions avisées. Le counseling est un

élément vital des soins qui déplace l'accent des services de SAA d'un aspect curatif vers un aspect plus préventif.

5.5- Partenariat entre la communauté et les prestataires de services

Cet élément reconnaît le rôle vital des membres de la communauté dans les actions de traitement, de prévention et de plaidoyer des SAA. L'éducation et la mobilisation de la communauté pour la santé ont été identifiées comme étant des stratégies clés pour:

- promouvoir l'utilisation de la contraception et de la planification familiale
- combattre l'avortement à risque
- accroître l'accès et la qualité des programmes de SAA en vue d'améliorer la vie et la santé reproductive des femmes

Le partenariat communautaire améliore la mobilisation des ressources communautaires en vue d'une référence rapide de l'avortement à risque et autres urgences obstétricales à travers:

- L'éducation sur les signes et symptômes des urgences obstétricales telles que les complications après avortement, pour susciter des comportements appropriés de recherche de soins;
- La mobilisation des ressources communautaires pour garantir que les femmes ayant subi un avortement incomplet et d'autres urgences obstétricales reçoivent à temps les soins dont elles ont besoin, notamment le transport vers une structure où de tels soins sont offerts.

Le partenariat communautaire préconise l'éducation sur la planification familiale et l'utilisation de la contraception auprès des femmes et de leurs familles. Ces actions aident les femmes à prévenir ou reporter la grossesse grâce à un accès accru aux services de PF.

6- ETAPES DES SAA

6.1- Améliorer les soins cliniques

- Utiliser des techniques de traitement d'urgence adaptées au contexte et à la patiente.
- Offrir des moyens de contrôle de la douleur avant, pendant et après l'intervention clinique.
- Se conformer aux protocoles de prévention des infections.
- Assurer la disponibilité de stocks adéquats en médicaments essentiels et des équipements nécessaires.
- Améliorer les relations entre le prestataire et les clients.

6.2- Offrir le counseling en PF et les services SAA

- Informer les patients du retour rapide à la fertilité après un avortement.
- Offrir le counseling en PF et les services SAA aux clientes ayant subi un avortement avant qu'elles ne quittent la clinique.

6.3- Etendre l'accès aux SAA

- Implanter les services de soins après avortement là où le besoin existe, et si nécessaire au niveau des structures secondaires.
- Former le personnel sanitaire à offrir le counseling et les services en PF et établir un système de référence pour les autres services de la santé de la reproduction.
- S'assurer que les animateurs en santé communautaire orientent les femmes vers les soins obstétricaux d'urgence.

Dans certaines structures, les praticiens intermédiaires pourront assurer le traitement d'urgence en cas d'avortement incomplet.

6.4- Prévoir des services élargis en SAA

- Considérer les SAA comme un élément de routine en matière de santé gynécologique et obstétricale.
- Regrouper le traitement et le counseling en SAA dans un même endroit pour augmenter leur efficacité.
- Offrir des SAA sans hospitalisation, en particulier pour le traitement de l'avortement incomplet.

6.5- Impliquer les partenaires masculins

- Informer les partenaires masculins sur le traitement et le suivi des SAA, en obtenant le consentement préalable des femmes.

CHAPITRE 20 : L'ECLAMPSIE

1-DEFINITION

C'est un accident aigu paroxystique compliquant la toxémie gravidique et caractérisé par des crises convulsives. Elle peut apparaître dans les trois derniers mois de la grossesse, au cours du travail et parfois après l'accouchement.

2. CLINIQUE

2.1. La crise est précédée par des symptômes annonçant son imminence :

- Céphalées ;
- Douleurs épigastriques en barre, nausées, vomissement ;
- Troubles visuels : mouches volantes, amaurose transitoire ;
- Troubles nerveux : somnolence, obnubilation, anxiété, instabilité.

2. 2. La crise convulsive est généralisée, souvent répétée.

C'est une crise tonico-clonique marquée par une contracture généralisée de tous les muscles avec le risque de morsure de la langue, et par des mouvements saccadés des muscles. La crise se termine par un coma dit coma postcritique.

La répétition des crises aboutit à l'état de mal éclamptique.

Elle a deux particularités :

- L'absence d'aura ;
- L'absence de perte d'urines.

2.3. L'évolution se fait le plus souvent vers le déclenchement spontané du travail.

Le risque de décès maternel et fœtal est très élevé.

3. CONDUITE A TENIR

3.1. Prendre d'abord trois précautions

- Isoler la patiente dans une chambre peu éclairée et calme ;
- Bâillonner la bouche à l'aide d'une étoffe ou placer une canule de Mayo pour éviter la morsure de la langue;
- Eviter une chute.

3.2- Conduite à tenir selon les niveaux de prestation de soins

3.2.1- A l'USP/CMS

Poser un abord veineux ;

- Maintenir les voies respiratoires dégagées ;
- Maîtriser les convulsions en injectant directement en IV pendant 2 minutes du diazépam 1 ampoule de 10 mg ;
- Placer une perfusion de sérum glucosé isotonique, contenant 3 ampoules de diazépam ;
- Injecter 1 ampoule de Clonidine (Catapressan) en IM
 - Rechercher les signes de travail
 - Si le travail est avancé, faire l'accouchement puis **évacuer** ;
- Si la patiente n'est pas entrée en travail, **évacuer**.

3.2.2- A l'HD/CHR/CHU

Poser un abord veineux ;

- Maintenir les voies respiratoires dégagées ;
- Maîtriser les convulsions en injectant directement en IV pendant 2 minutes du diazépam 1 ampoule de 10 mg
 - Injecter 4g de sulfate de magnésium en IVL en 5 minutes
 - Placer une perfusion de Ringer lactate, contenant 10g de sulfate de magnésium. Instaurer la surveillance de la fréquence respiratoire, des réflexes rotuliens, de la diurèse, de la crise et de la conscience. Si la crise se répète, injecter de nouveau 4g de sulfate de magnésium en IVL en 5 minutes.
 - Arrêter l'utilisation de sulfate de magnésium si abolition des réflexes rotuliens ; si fréquence respiratoire < 16 cycles / min ; si diurèse < 30 ml / h. Dans ce cas injecter lentement en IV 10 ml de gluconate de calcium. **Appel au médecin**.
- A défaut de sulfate de magnésium, placer une perfusion de sérum glucosé isotonique, contenant 5 ampoules de diazépam ;
- Injecter 1 ampoule de Clonidine (Catapressan) en IM toutes les 4 heures si TA > 14 /9 ou mettre 2 ampoules de Nicardipine dans 250 ml de SGI.
 - Rechercher les signes de travail
 - Si le travail est avancé, faire l'accouchement puis **surveiller** ;
- Si la patiente n'est pas entrée en travail, **appel au médecin**.

NB : l'interruption de la grossesse est indiquée lorsque la crise se répète.

CHAPITRE 21 : LE TRAVAIL DYSTOCIQUE

1. DEFINITION

C'est un travail au cours duquel l'une de ces trois phases est anormalement prolongée :

Phase de latence supérieure à 8 heures

Phase active avec une dilatation cervicale inférieure à 1cm/heure ;

Phase d'expulsion supérieure à 1 heure.

2. PREPARATION

2.1- Préparer la parturiente

- Accueillir la parturiente ;
- Installer la parturiente ;
- Mettre la parturiente en confiance.

2.2- Préparer le matériel

- Thermomètre ;
- Tensiomètre ;
- Mètre ruban ;
- Stéthoscope médical ; stéthoscope de Pinard ;
- Gants d'examen ;
- Spéculum ou valves ;
- Bocal à urines ;
- Seringues, aiguilles et tubes pour prélèvement ;
- Matériel d'accouchement ;
- Barrières de protection
- Matériel de réanimation du nouveau-né.

2.3- Se Préparer

- porter les barrières de protection (bottes, tablier, lunettes)
- Se laver les mains à l'eau et au savon ;
- Les sécher ;
- Porter les gants.

3. PROCEDURE

3.1- Faire l'évaluation initiale

- Prendre les constantes : pouls, TA, fréquence respiratoire, température ;
- Apprécier la coloration des conjonctives et des muqueuses ;
- Apprécier l'état d'hydratation...

3. 2- Prendre en charge l'urgence

- Prendre une voie veineuse ;
- Faire le groupe sanguin-rhésus, taux d'hémoglobine ;
- Analyser le partogramme ;
- Faire le monitoring fœtal si possible.

3. 3- Faire un bilan complet

3.3.1- Interroger la parturiente sur

- Le début des contractions utérines, leurs caractères ;
- La rupture de la poche des eaux ;
- Les mouvements actifs du fœtus.

3.3.2- Analyser le dossier médical :(carnet de suivi prénatal)

3.3.3- Procéder à l'examen obstétrical (s'assurer que la femme est réellement en travail)

- Inspection de l'abdomen ;
- Mesurer la hauteur utérine ;
- Palper les pôles fœtaux ;
- Préciser les caractères des contractions utérines (intensité, fréquence/10 minutes, durée de relâchement de l'utérus) ;
- Ecouter les bruits du cœur fœtal pendant 1 minute au moins toutes les 30 minutes;
- Faire un toucher vaginal pour apprécier :
 - La dilatation cervicale ;
 - Le type et le niveau de la présentation ;
 - L'aspect du liquide amniotique si les membranes sont rompues.
- Examiner et apprécier le bassin maternel.

3.3.4- Faire des examens para cliniques si possible

- Faire le monitoring fœtal

3.3.5- Faire la synthèse des données de l'examen clinique, para clinique et du partogramme (pour préciser s'il s'agit d'un prolongement de la phase de latence, de la phase active ou de la période d'expulsion).

3. 4. Faire le diagnostic étiologique et prendre en charge selon le niveau

3.4.1- Anomalies de dilatation cervicale:

➤ Prolongement de la phase de latence :

Dilatation inférieure à 4 cm après 8 heures avec :

- Moins de trois contractions utérines toutes les 10 minutes ;
- Durée des contractions utérines inférieures à 40 secondes.

Conduite à tenir :

- Si l'effacement et la dilatation du col n'ont pas changé et si l'état fœtal est normal, remettre en cause le diagnostic de travail ;
- Si modification du col (effacement et dilatation), renforcer les contractions utérines par la pause d'une perfusion d'ocytocine avec ou sans rupture artificielle des membranes ;
- Réévaluer toutes les 4 heures. Si la femme n'entre pas dans la phase active du travail après 8 heures, **évacuer / césarienne si maternité de référence.**

➤ **Prolongement de la phase active** : Dilatation inférieure à 1 cm par heure (dilatation cervicale stationnaire = même dilatation pendant deux heures de temps).

- **USP : référer**

- **Maternité de référence (HD / CHR / CHU): si contractions utérines insuffisantes, bassin normal et présentation eutocique :**

- Installer une perfusion d'ocytocine (5UI d'ocytocine dans 500 ml de SGI). Démarrer à 10 gouttes/min. Augmenter de 2 gouttes/15 min si CU < 4 /10min. Ne pas dépasser 34 gouttes/min.
- Evaluer toutes les 2 heures.
- Remplir le partographe.
Prendre une décision en fonction des données du partogramme.

➤ **Prolongement de la période d'expulsion** : Arrêt de la progression du fœtus une heure après dilatation complète.

- **USP : référer**

- **Maternité de référence (HD / CHR / CHU)**

Réévaluer la contraction utérine ; le bassin osseux ; la présentation ; la psyché

- Encourager la parturiente ;
- Administrer une perfusion ocytocique **si indiquée**
- Si évolution favorable : faire l'accouchement par voie basse simple ou par extraction instrumentale;
- Si évolution défavorable, faire une césarienne.

CHAPITRE 22 : LA SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE (SFA)

1. DEFINITION

Ce sont les anomalies des métabolismes tissulaires du fœtus dues à l'insuffisance d'apport en oxygène au fœtus.

Elle résulte donc d'un manque d'apport d'oxygène au fœtus (hypoxie).

2. SIGNES DE SOUFFRANCE FŒTALE DURANT LE TRAVAIL

Le diagnostic de souffrance fœtale se fait sur la base de la modification des bruits du cœur fœtal et de la couleur du liquide amniotique.

2.1- Modification des bruits du cœur fœtal (BDCF)

BDC fréquence normale 120 - 160/mn

Elle doit être appréciée avec le stéthoscope obstétrical durant une minute avant, pendant et après les contractions utérines.

- Il y a souffrance fœtale en cas de bradycardie régulière (BDCF < 120 bpm)
- En cas de tachycardie régulière (BDCF > 160 bpm)
- Le ralentissement est la diminution progressive de la fréquence cardiaque du fœtus lors des contractions utérines ou après celles-ci. Le retour à la normale se fait progressivement durant un temps plus ou moins long. Ces ralentissements témoignent de la souffrance fœtale aiguë.

2.2- Modification de l'aspect du liquide amniotique

Le liquide amniotique normal est d'aspect opalescent ou clair. Il est constaté à la rupture de la poche des eaux.

Il y a souffrance fœtale lorsque le liquide amniotique est méconial ou purée de pois.

3. CONDUITE A TENIR

Faire la réanimation in utero :

- Décubitus latéral gauche ;
- Donner de l'oxygène à la mère (6 litres/min)

➤ Si USP :

- Travail avancé = dilatation cervicale > 7 cm, présentation du sommet engagée: surveiller le travail et faire l'accouchement.
- Si présentation autre que sommet : **référer.**

➤ Si maternité de référence (HD / CHR / CHU):

- Si travail avancé :
 - Dilatation cervicale > 7 cm, présentation eutocique : surveiller le travail et faire l'accouchement.
 - Si non : appeler le médecin pour une césarienne.

NB : Dans tous les cas, préparer la réanimation du nouveau-né.

CHAPITRE 23 : LES SOINS IMMEDIATS AU NOUVEAU NE PATHOLOGIQUE (SCORE D'APGAR INFERIEUR A 7)

1- ACCUEIL DU NOUVEAU-NE PATHOLOGIQUE

L'accueil du nouveau-né pathologique se fait avec un certain nombre de gestes techniques précis, le maintien d'une température adéquate et d'une asepsie rigoureuse. L'état post-natal du nouveau-né mature est classé comme :

- Normal, devant un score d'apgar de 7 à 10 et une fréquence cardiaque(FC) > 120/min.
- Détresse vitale ou asphyxie périnatale devant tout score d'APGAR < 7 et un FC < 120 : c'est une urgence à prendre en charge.

Le nouveau-né est accueilli sur une table de réanimation dont tous les éléments doivent être fonctionnels et décontaminés. Toute personne participant à la réanimation du nouveau-né doit avoir pris connaissance du dossier médical de la parturiente, préparer le matériel et les médicaments et s'être préparée pour la réanimation.

2- CONDUITE DE LA REANIMATION A LA NAISSANCE

2.1-Prise en charge d'une détresse vitale ou asphyxie périnatale : score d'APGAR < 7 et FC à 80-120/min.

Les objectifs de la réanimation sont :

- De libérer les voies aériennes supérieures, le positionnement de l'enfant et l'aspiration du pharynx, du nez et de la trachée ;
- De provoquer les mouvements respiratoires par stimulations ou y suppléer par une ventilation manuelle ;
- D'assurer un minimum circulatoire efficace par massage cardiaque externe puis médicaments si nécessaire.

La correction de l'acidose par injection de bicarbonates est rarement nécessaire si ces trois premiers temps sont bien conduits.

2.1.1- Préparation

Pour éviter tout retard dans l'éventualité d'une réanimation, il faut à chaque naissance :

- Préchauffer la table de réanimation ;
- Sortir la sonde d'aspiration et vérifier le système d'aspiration ;
- Brancher l'oxygène sur le ballon et vérifier son fonctionnement.

Lorsqu'une réanimation est prévisible, il faut en outre préparer le matériel d'intubation, une seringue d'adrénaline et le matériel de cathétérisme ombilical et de perfusion périphérique. Et mobiliser le personnel capable de réanimer (trois personnes : dont deux pour réanimer et une pour préparer et présenter le matériel et les médicaments).

2.1.2- CONDUITE PRATIQUE : Algorithme de la réanimation

Sécher, Aspirer, Stimuler.	Déposer le nouveau-né sur la table de réanimation, cou en légère extension ; Enlever le linge mouillé et sécher le bébé avec du linge doux. Aspirer la bouche puis le nez avec poire ou aspirateur. Stimuler le bébé par pressions cutanées.	
Ventiler au masque (Masque couvrant bouche et nez)	Si la respiration ne démarre pas, ventiler au masque en oxygène pur avec ballon à oxygène, à 40 cycles par minute, pendant une minute.	
Auscultier	L'aide évalue la fréquence cardiaque (FC) au stéthoscope	
Massage cardiaque (thorax pris avec les deux mains, pouces sur sternum et doigts croisés sur le dos)	FC < 60 batt/min Si FC < 60 batt/min, débiter le massage cardiaque externe	FC > 60 batt/min La FC est ou devient >100 batt/min, si l'enfant débute une ventilation autonome, arrêter de le ventiler et surveiller la respiration et la coloration, tout en maintenant l'oxygène.
Intuber, ventiler (rarement, aspiration ventilation après intubation)	L'enfant est intubé et ventilé en O ₂ pur	Si l'enfant ne respire pas spontanément et se cyanose dès l'arrêt de la ventilation, poursuivre la ventilation et rechercher une cause. Si l'enfant respire régulièrement avec une FC >100 batt/min. mais reste cyanosé : apporter de O ₂ , l'enfant va rosir, sinon rechercher une cause.
Adrénaline	Si FC < 60 batt/min, injecter en intra trachéale 0,3ml/kg d'adrénaline et l'enfant est reventilé ; renouveler une injection si FC non modifiée.	
Voie d'abord veineuse Bicarbonates 42‰	Si échec, poser une voie d'abord veineuse et injection lente de bicarbonate : 2 mEq/kg sur 2 minutes ; Si sans effet 30secondes après, adrénaline et rechercher une cause.	
Evaluation	Au bout de 15 à 20 minutes de réanimation bien conduite, arrêt de la réanimation.	Tout enfant réanimé à la naissance doit être surveillé par examens cliniques pendant les heures et jours suivants.

CHAPITRE 24 : L'ASPHYXIE PERINATALE : REANIMATION NEONATALE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

1. DEFINITION

L'asphyxie périnatale est l'ensemble des troubles de l'adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né à la vie extra-utérine. Elle résulte de facteurs maternels, fœtaux et de l'accouchement entraînant une hypoxémie. Elle a pour conséquences : une acidose respiratoire et/ou métabolique, un trouble de la circulation sanguine, une souffrance cellulaire et un refroidissement.

2. CLASSIFICATION CLINIQUE POSTNATALE DES NOUVEAU-NES

L'état post-natal du nouveau-né mature est classé comme

- Normal : score d'apgar de 7 à 10 et fréquence cardiaque(FC) > 120/min ;
- Détresse vitale modérée ou asphyxie « bleue »: score d'apgar de 4 à 6 et FC à 80-120/min ;
- Détresse vitale sévère ou asphyxie « blanche » : score d'APGAR de 0 à 3 et FC < 80/min.

Tout score d'APGAR < 7 implique une détresse vitale, une urgence à prendre en charge.

3. BUTS DE LA REANIMATION

- Libérer les voies aériennes supérieures, par le positionnement de l'enfant et l'aspiration du pharynx, du nez et de la trachée ;
- Provoquer les mouvements respiratoires par stimulations ou y suppléer par une ventilation manuelle ;
- Assurer un minimum circulatoire efficace par massage cardiaque externe puis médicaments si nécessaire ;
- Administrer des médicaments.

La correction de l'acidose par injection de bicarbonates est rarement nécessaire si ces trois premiers temps sont bien conduits.

4. CONDUITE A TENIR

4.1. Préparation

Pour éviter tout retard dans l'éventualité d'une réanimation, il faut à chaque naissance :

- Préchauffer la table de réanimation ;
- Sortir la sonde d'aspiration et vérifier le système d'aspiration ;
- Brancher l'oxygène sur le ballon et vérifier son fonctionnement.

Lorsqu'une réanimation est prévisible, il faut en outre préparer le matériel d'intubation, une seringue d'adrénaline et le matériel de cathétérisme ombilical et de perfusion

périphérique. Et mobiliser le personnel capable de réanimer (trois personnes : dont deux pour réanimer et une pour préparer et présenter le matériel et les médicaments).

4.2. Prise en charge d'une asphyxie périnatale «BLEUE» (score d'Apgar de 4 à 6 et FC entre 80 et 120/min.)

4.2.1. Procédure

Faire l'évaluation clinique initiale ;
Prendre en charge l'urgence du nouveau-né.

4.2.2. Gestes de réanimation

4.2.2.1. Buts de la réanimation :

- Libérer les voies aériennes supérieures (aspiration du pharynx, du nez) ;
- Ventiler au masque ;
- Assurer une voie de circulation efficace par massage cardiaque externe puis médicaments si nécessaire. ;
- Administrer les médicaments.

4.2.2.2- Exécuter les gestes de réanimation

➤ *Installer le nouveau-né en position correcte :*

Placer le nouveau-né en décubitus dorsal, la tête légèrement déclive et le cou dans une position d'extension modérée sur le tronc (glisser sous les épaules du nouveau-né un lange pilé afin de les soulever de 2 à 3 cm par rapport au matelas).

➤ *Désobstruer les voies aériennes supérieures*

- Aspirer la cavité buccale puis les fosses nasales ;
- Introduire une sonde d'aspiration n°8 dans la bouche, de 3 à 5 cm au-delà des lèvres et aspirer seulement en retirant la sonde. Répéter ce geste plusieurs fois si besoin ;
- Aspirer les fosses nasales à l'aide d'une sonde n° 4 ou 6, introduite de 3 à 5 cm au-delà du pourtour de la narine, d'un côté puis de l'autre. Aspirer en retirant lentement la sonde. Ne pas répéter le geste d'aspiration nasale pour éviter un œdème traumatique des fosses nasales ;
- Régler la source de vide (aspirateur) de sorte que la pression négative ne dépasse pas 100 à 200 mm Hg ;
- Utiliser une poire ou une sonde montée sur une seringue en l'absence d'aspirateur ;
- Compléter la désobstruction des voies aériennes supérieures par une aspiration gastrique pratiquée enfonçant la sonde naso gastrique par la bouche, d'une longueur égale à la distance bouche-ombilic.

➤ *Ventiler au masque*

- Couvrir la bouche et les narines avec le masque ;
- Assurer une ventilation intermittente en utilisant un ballon (Ambu) raccordé à la source d'oxygène ;
- Ventiler au rythme de 40 pressions par minute ;
- Vérifier que la ventilation est efficace en regardant l'ampliation du thorax au moment de la pression ;

- Ventiler pendant une minute puis s'arrêter pour observer une éventuelle reprise de la respiration spontanée.

NB : Si le nouveau-né respire normalement (30-60 mouvements/min) si la FR < 30 mouvements /min, poursuivre la ventilation, oxygéner et préparer pour transfert en milieu spécialisé.

➤ **Faire un massage cardiaque externe**

- Prendre le thorax avec les deux mains en plaçant les pouces à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du sternum, les autres doigts croisés sur le thorax.
- Exercer une pression avec les pouces sur le thorax au rythme de 120/ min.
- Faire poursuivre la ventilation par un assistant au rythme d'une insufflation pour 4 massages cardiaques. Administrer de la Naloxone 0,1 mg/ kg si la mère a reçu un narcotique dans les 4 heures précédant l'accouchement.
- Si au bout de 3 minutes l'état du nouveau-né ne s'améliore pas, intuber.

➤ **Administrer des médicaments / Réanimation métabolique**

- Administrer lentement de l'adrénaline en solution : 1 ampoule = 0,25mg = 250 µg + 1,5 ml de sérum physiologique => 1 ml = 100 µg à administrer en intratrachéale (sonde trachéale) ou à travers un cathéter ombilical (renouvelable une ou deux fois)
- Continuer la ventilation et répéter l'administration de médicaments (adrénaline, bicarbonates)
- Si absence de pouls ou bradycardie persistante < 60/min, administrer lentement du gluconate de calcium Ca++ à 10% : 1 ml/kg en I-V si nécessaire.

4.3- Etape finale

- Evaluer l'état clinique de l'enfant après réanimation : score d'APGAR, examen neurologique.
- Si état satisfaisant : l'habiller et le remettre à sa mère.
- Si APGAR < 7 à 5 minutes ou autres anomalies, transférer le nouveau-né en néonatalogie.

5- PRISE EN CHARGE D'UNE ASPHYXIE PERINATALE BLANCHE (SCORE D'APGAR DE 0 A 3 ET FC INFÉRIEUR A 80/mn)

5.1. Reconnaître un ETAT DE MORT APPARENTE

- Nouveau-né inerte,
- Score d'Apgar de 0 à 3,
- Pâleur cutanéomuqueuse ou cyanose généralisée,
- Absence de mouvements respiratoires.

5.2- Se préparer (fiche de prise en charge - Asphyxie périnatale forme bleue)

5.3- CONDUITE PRATIQUE : Algorithme de la réanimation

Sécher, Aspirer, Stimuler. Ventiler au masque (Masque couvrant bouche et nez) Ausculté	Déposer le nouveau-né sur la table de réanimation, cou en légère extension, Enlever le linge mouillé et sécher le bébé avec du linge doux. Aspirer la bouche puis le nez avec poire ou aspirateur. Stimuler le bébé par pressions cutanées. Si la respiration ne démarre pas, ventiler au masque en oxygène pur avec ballon à oxygène, à 40cycles par minute, pendant une minute. L'aide évalue la fréquence cardiaque (FC) au stéthoscope	
Massage cardiaque (thorax pris avec les deux mains, pouces sur sternum et doigts croisés sur le dos)	FC < 60 batt/min Si FC < 60 batt/min, débiter le massage cardiaque externe	FC > 60 batt/min La FC est ou devient >100 batt/min, si l'enfant débute une ventilation autonome, arrêter de le ventiler et surveiller la respiration et la coloration, tout en maintenant l'oxygène.
Intuber, ventiler (rarement, aspiration ventilation après intubation)	L'enfant est intubé et ventilé en O ₂ pur	Si l'enfant ne respire pas spontanément et se cyanose dès l'arrêt de la ventilation, poursuivre la ventilation et rechercher une cause. Si l'enfant respire régulièrement avec une FC >100 batt/min. mais reste cyanosé : apporter de O ₂ , l'enfant va rosir, sinon rechercher une cause.
Adrénaline	Si FC < 60 batt/min, injecter en intra trachéale 0,3ml/kg d'adrénaline et l'enfant est reventilé ; renouveler une injection si FC non modifiée.	
Voie d'abord veineuse Bicarbonates 42‰	Si échec, poser une voie d'abord veineuse et injection lente de bicarbonate : 2 mEq/kg sur 2 minutes ; Si sans effet 30secondes après, adrénaline et rechercher une cause.	
Evaluation	Au bout de 15 à 20 minutes de réanimation bien conduite, arrêt de la réanimation.	Tout enfant réanimé à la naissance doit être surveillé par examens cliniques pendant les heures et jours suivants.

5.4. PRENDRE EN CHARGE L'URGENCE SELON LE NIVEAU DE SOINS :

Niveau	Conduite à tenir
USP/CMS	<ul style="list-style-type: none"> - Sécher le nouveau-né, le couvrir - Désobstruction nasale - Faire le massage cardiaque externe - Administrer le SGH 10% à raison de 3 ml / kg par voie veineuse ombilicale - Réévaluer le score d'APGAR à la 5^{ème} minute <ul style="list-style-type: none"> • si < 7, continuer la réanimation • si > 7, changer le linge de protection - Faire la vitamine K1 (5 mg en IM) - Faire une première dose d'antibiotique et surveiller - Si après 10 minutes APGAR >= 5 et < 7, référer si possible avec assistance médicale - Si APGAR < 3, continuer la réanimation, mais au-delà de 15 min, arrêter toute réanimation
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> - Sécher le nouveau-né - Protéger le nouveau-né contre le froid - Désobstruer et aspirer - Ventiler au masque - Masser le cœur - Administrer le SGH 10%, 3 ml/kg par voie veineuse ombilicale

	<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller selon le score d'APGAR - Si évolution favorable APGAR > 7, continuer la surveillance - Faire vitamine K1 en IM (5mg) - Si évolution défavorable, continuer la réanimation - Au-delà de 15 minutes si évolution défavorable, arrêter toute réanimation
Hôpital de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Sécher le nouveau-né - Protéger le nouveau-né contre le froid - Désobstruer / aspirer - Appeler le médecin néonatalogiste et le réanimateur.

CHAPITRE 25 : LE NOUVEAU-NE SUSPECT D'INFECTION

1. DEFINITION

- L'infection est le résultat de l'agression d'un organisme vivant par un autre micro-organisme vivant. Cette définition générale s'applique à l'infection humaine dans laquelle les agresseurs peuvent être des bactéries, des virus, des champignons microscopiques ou des parasites.
- Définie arbitrairement comme intéressant le fœtus et le nouveau-né pendant le premier voire les deux premiers mois de vie, l'infection du nouveau-né et du jeune nourrisson domine encore la pathologie du premier âge.

2. MODES DE CONTAMINATION ET TYPES D'INFECTION

L'aspect de l'infection du nouveau-né est variable selon la date et la voie de contamination et on distingue les contaminations

- Anténatale : par voie hématogène, transplacentaire, secondaire à une septicémie maternelle ;
- Périnatale : secondaire à une infection du liquide amniotique (voie ascendante) ou à l'accouchement lors du passage de la filière génitale;
- Post-natale : secondaire à une contamination exogène par faute d'asepsie ou d'hygiène ; Vaginite, vaginose bactérienne, endocervicite, membranes (rupture précoce ou prolongée), infection amniotique, passage de la filière génitale sont les principales sources d'infection. On distingue l'infection materno-fœtale et l'infection néonatale secondaire qui se manifestent respectivement la première semaine de vie et de la deuxième semaine à deux mois. Les germes de l'infection sont des parasites (paludisme, toxoplasmose), des bactéries (entérobactéries telles que E. coli, salmonelle, staphylocoque...), des mycobactéries (tuberculose,), et des virus (rubéole, VIH, syphilis, chlamydia).

3. RECHERCHER LES SIGNES D'INFECTION NEONATALE

3.1. Antécédents

- Pendant la grossesse : - fièvre inexplicée avant l'accouchement, -infection urinaire et leucorrhées purulentes, - amnioscopie ou cerclage, - rupture prématurée de la poche des eaux ;
- A l'accouchement : - rupture prolongée de la poche des eaux, -liquide amniotique teintée, fétide, - souffrance fœtale inexplicée, - touchers vaginaux ou manœuvres obstétricales septiques répétés ;
- Chez l'enfant à la naissance : - prématurité inexplicée, - détresse vitale secondaire, - aspect anormal du placenta ;

3.2. Rechercher la possibilité d'infection bactérienne.

DEMANDER:	OBSERVER, ECOUTER, PALPER
<ul style="list-style-type: none"> • Le nourrisson a-t-il eu des convulsions? • Le nourrisson a-t-il les yeux collés au réveil ? • Le nourrisson a-t-il du pus dans les oreilles ? 	<ul style="list-style-type: none"> * Regarder si le nourrisson convulse actuellement. * Compter les respirations par minute. * Recompter si le nombre est élevé (≥ 60 respirations / minute = rapide) * Rechercher un tirage sous-costal grave * Rechercher un battement des ailes du nez. * Regarder et écouter un geignement expiratoire. * Regarder et palper une fontanelle bombée. * Regarder si du pus s'écoule des oreilles et /ou des yeux. * Regarder l'ombilic. Est-il rouge ou suintant de pus ? * Prendre la température: le nourrisson est-il hyper- ou hypothermique ? * Rechercher les pustules cutanées. Sont-elles nombreuses ou sévères?
<p style="text-align: center;">DEMANDER ET OBSERVER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le nourrisson ne se nourrit pas du tout 	<ul style="list-style-type: none"> * Regarder si le nourrisson est léthargique ou inconscient. * Regarder les mouvements du nourrisson Bouge-t-il normalement, moins ? * Rechercher un ictère grave. * Rechercher une hémorragie (pétéchies, céphalématome).

3.3- Diagnostics

Diagnostic	Signes
Infection bactérienne grave ou maladie grave	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsions (actuelles ou non) (méningite) ou • Ne se nourrit pas du tout ou • Respiration rapide (60 respirations / minute ou plus) ou • Tirage sous-costal grave (pneumonie) ou • Battement des ailes du nez ou • Geignement expiratoire ou • Fontanelle bombée (méningite) ou • Ecoulement de pus de l'oreille ou • Rougeur ombilicale gagnant la peau ou • Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}^*$), ou hypothermie ($< 36^{\circ}\text{C}^*$) ou • Pustules cutanées nombreuses ou sévères, ou • Léthargique ou inconscient. • Mouvements inférieurs à la normale. ou • Ictère grave ou hémorragies
Infection bactérienne locale	<ul style="list-style-type: none"> • Ombilic rouge ou suintant de pus ou • Pustules cutanées ou • Pus dans les yeux

CHAPITRE 26 : LE NOUVEAU-NE PREMATURE OU DE PETIT POIDS DE NAISSANCE

1. CONDUITE A TENIR

- Lutter contre l'hypothermie : bien réchauffer ;
- Recueillir le nouveau-né dans un linge sec et chaud ;
- Mettre en contact peau à peau avec sa mère, puis méthode Kangourou (Fiche technique et continuum de soins).

➤ **Si hypothermie majeure :**

- Référer après les précautions habituelles ;
- Mettre au sein si pas de difficulté de succion-déglutition.

➤ **Si difficulté de succion-déglutition :**

- Donner le lait maternel à la petite cuillère ou à la sonde naso-gastrique ;
- Administrer la vitamine K1 : 1 mg/kg en IM.

➤ **Si risque infectieux :**

- Mettre une antibiothérapie (bétalactamine + aminoside) ;
- Transférer en pédiatrie ou dans une unité spécialisée dès que possible.

NB : En plus de la réanimation classique, il faut parer au :

- **Risque d'hypoglycémie : alimenté précocement ;**
- **Risque d'infection : respect des règles de prévention contre les infections ;**
- **Risque d'hémorragie : administrer les vitamines A et K1.**

2. FICHE TECHNIQUE

- 1- **Accueillez** la mère et la mettez-la à l'aise.
- 2- **Expliquez**-lui ce que vous allez faire et **encouragez**-la à poser des questions.
- 3- Mettez une **couche** au bébé, un **bonnet** et des **chaussettes**.
- 4- Dites à la mère de se vêtir d'une blouse qui s'ouvre devant.
- 5- Placer le bébé droit, **peau contre peau, entre les seins de sa mère** dans la position de la grenouille, la tête tournée vers le côté et les mains sur les seins
- 6- Attachez le bébé contre la poitrine de sa mère :
 - Dites à la mère de tenir le bébé de ses mains.
 - Couvrez le bébé d'un(e) écharpe / pagne
 - Le haut de l'écharpe / pagne doit arriver en dessous de l'oreille du bébé
 - Le bas de l'écharpe enveloppe les fesses et les pieds du bébé.

- Veillez à ce que la partie tendue de l'écharpe passe sur le dos du bébé (poitrine de mère).
 - L'abdomen du bébé ne doit pas être comprimé.
 - Il doit pouvoir respirer.
 - Attachez solidement l'écharpe dans le dos de la mère.
- 7- Recouvrez le bébé d'une couverture ou d'un châle et laissez la mère l'attacher sur le devant ou sur le côté (sous les bras)
- 8- Assurez-vous que la mère puisse refaire les mêmes gestes pour positionner l'enfant.**

CHAPITRE 27 : LES AUTRES NOUVEAU- NES PATHOLOGIQUES

1- DETRESSE RESPIRATOIRE A LA NAISSANCE

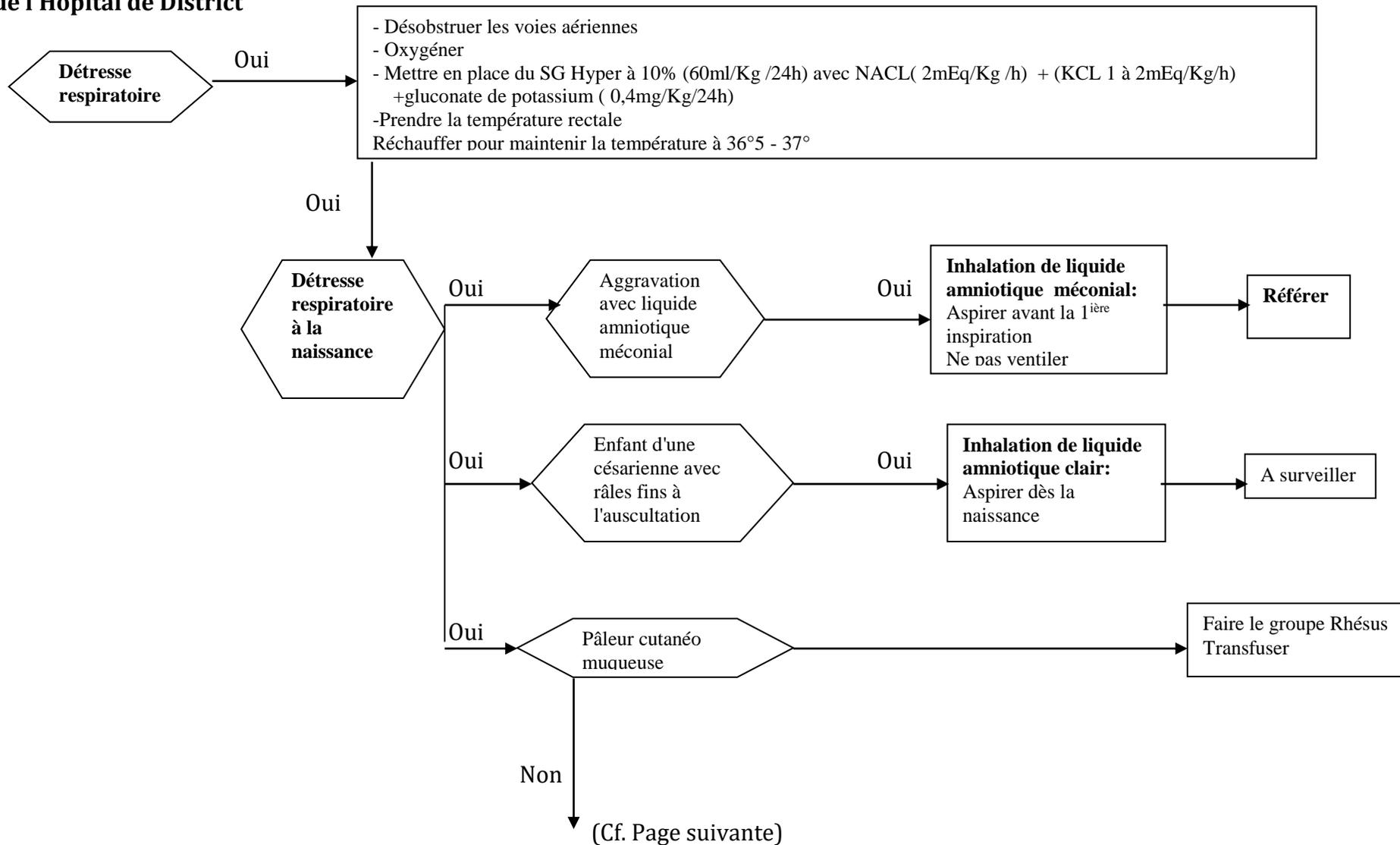
Signes cliniques:

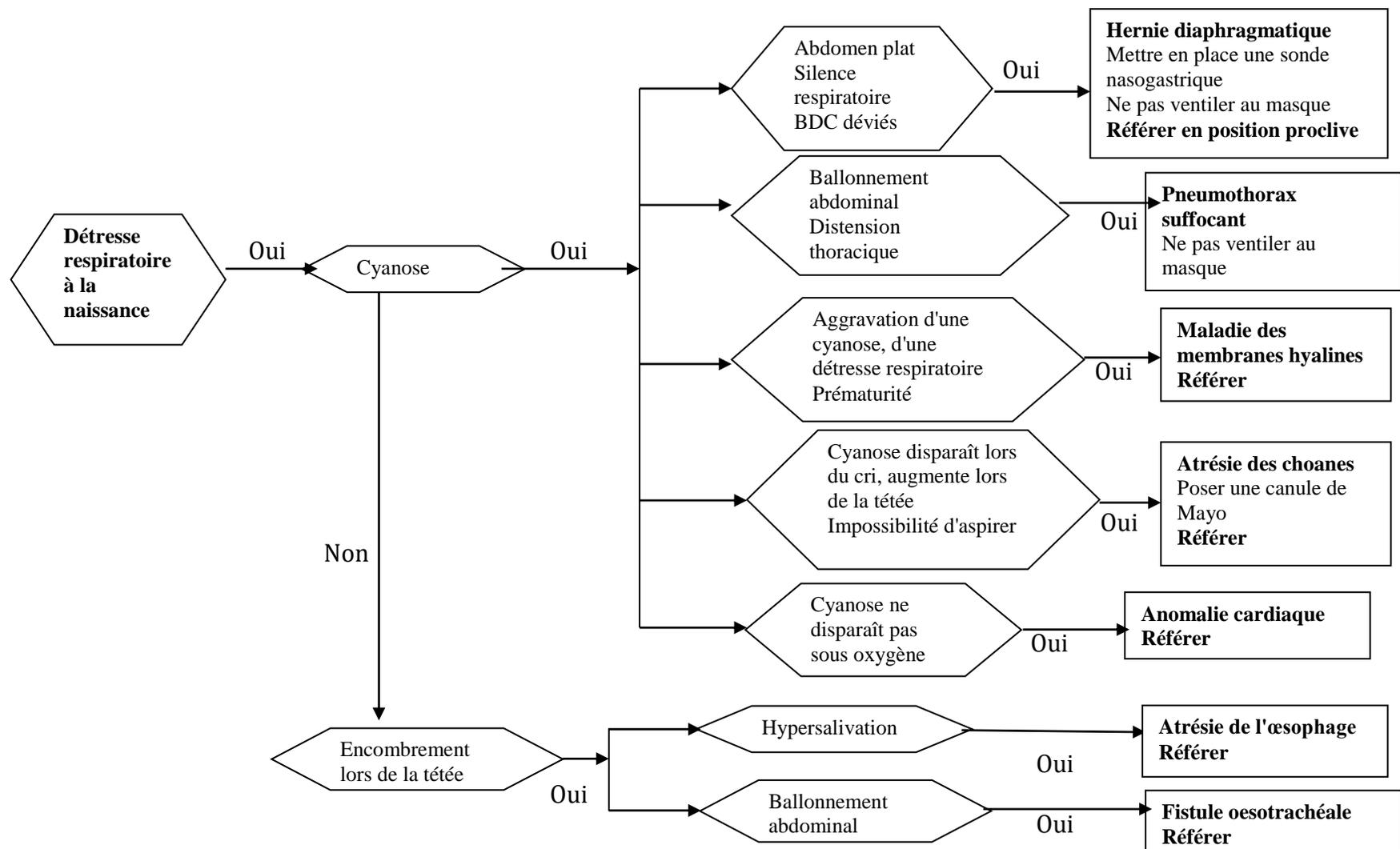
- Fréquence respiratoire supérieure à 60 ou inférieure à 40;
- Battement des ailes du nez ;
- Tirage intercostal ;
- Dépression épigastrique ;
- Balancement thoraco-abdominal ;
- Cyanose.

Niveau	PRISE EN CHARGE
Communauté	Envelopper le bébé pour lutter contre l'hypothermie Référez
USP	Désobstruer à la poire (cf. annexe 10) Envelopper le bébé pour lutter contre l'hypothermie Mettre en place une sonde bucco gastrique pour lutter contre l'hypoglycémie Référez
Hôpital de district	Voir l'arbre de décisions
CHR / CHU	Voir l'arbre de décisions

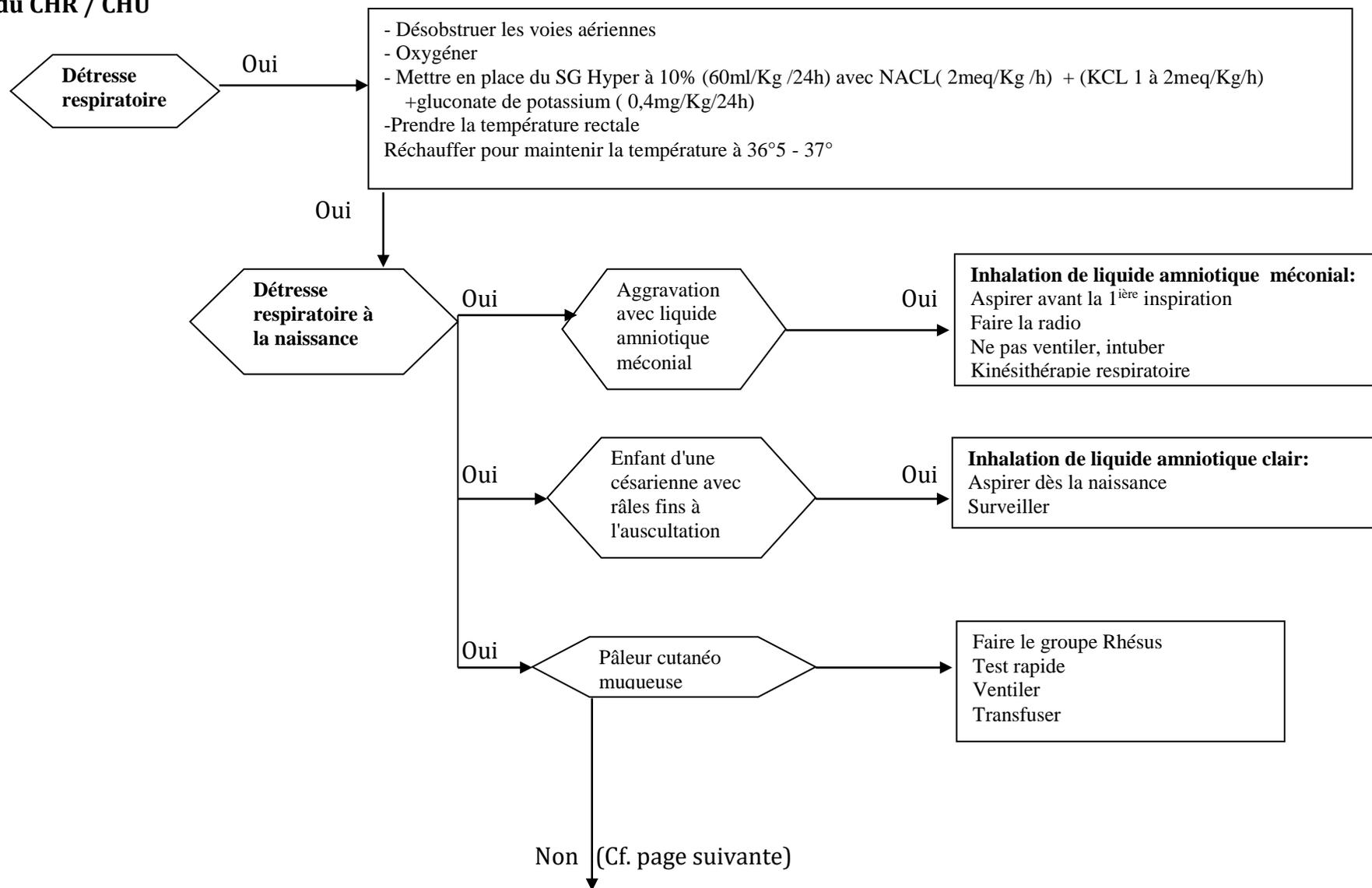
PRISE EN CHARGE DE LA DETRESSE RESPIRATOIRE

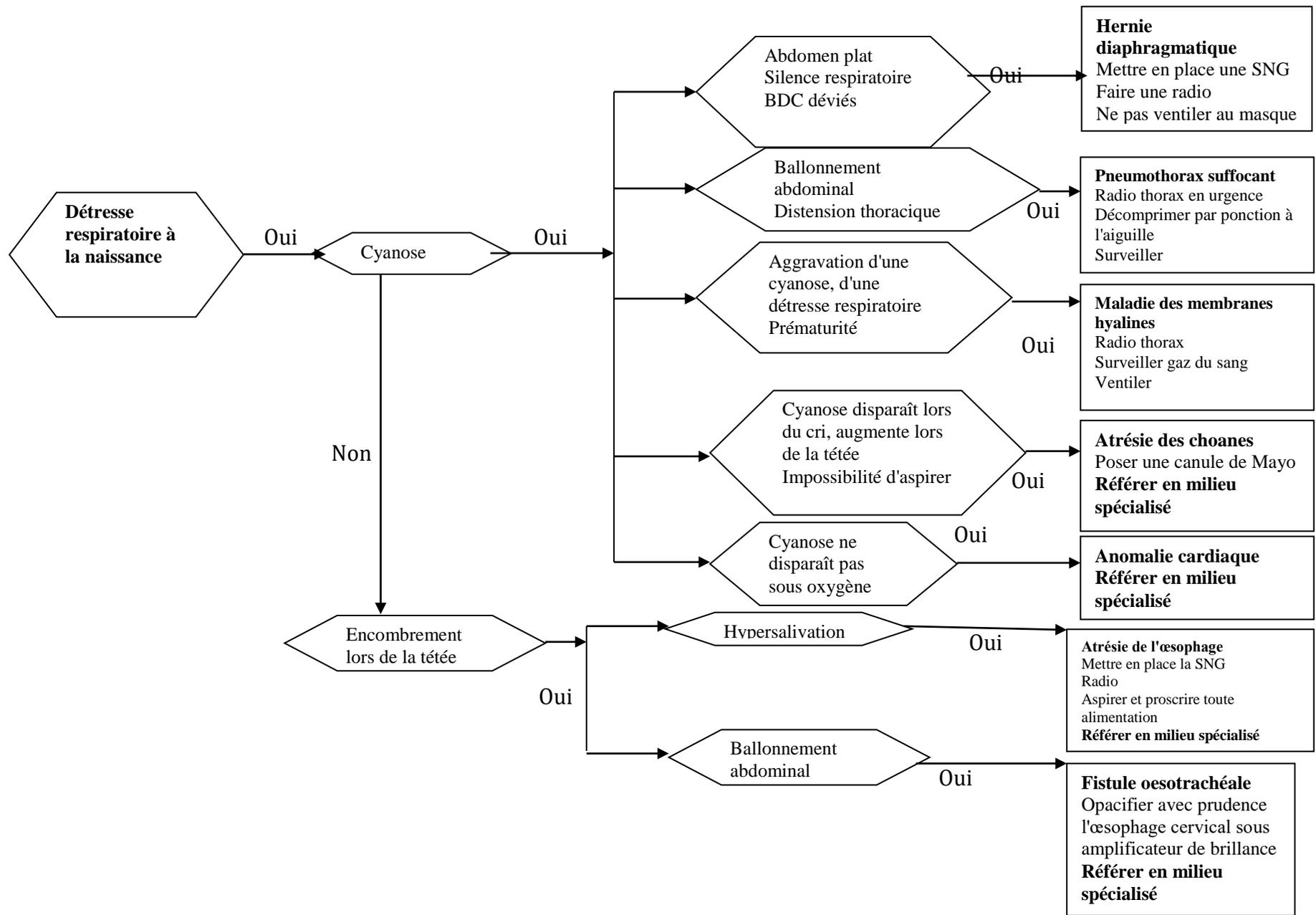
Au niveau de l'Hôpital de District





Au niveau du CHR / CHU





2- LES CONVULSIONS A LA NAISSANCE

2.1- DEFINITION

Ce sont des contractions musculaires involontaires, toniques ou cloniques le plus souvent accompagnées de trouble de conscience.

2.2- Faire l'évaluation initiale

- Rechercher les signes de convulsion ;
- Recueillir les informations sur le déroulement de la grossesse, son suivi et sur l'accouchement ;
- Analyser le carnet de suivi prénatal.

2.3- Prendre en charge le nouveau-né selon le niveau de soins.

2.3.1-USP / CMS

- Administrer du diazépam 2 mg (0,4ml) en intra rectal ou en intra musculaire ;
- Si fièvre, faire une première dose d'antibiotique et d'antipyrétique ;
- Evacuer.

2.3.2-Hôpital de district

- Faire diazépam ;
- Prendre la température, appeler le médecin ;
- Si fièvre, ampicilline, gentamycine pendant cinq (05) jours ;
- Faire prélèvement pour la glycémie ;
- Mettre en place une perfusion de sérum glucosé isotonique (60 ml/kg) ;
- Faire en intra tubulaire 3 à 5 ml de sérum glucosé hypertonique à 30% et 2 à 3 ml de gluconate de calcium ;
- Si amélioration, surveiller ;
- Si pas d'amélioration, évacuer en milieu spécialisé (Hôpital Régional, CHU).

3. ICTERE A LA NAISSANCE

3.1-Définition

C'est la coloration jaune des muqueuses et des téguments présentes dès la naissance ou apparaissant dans les 24 heures après la naissance.

3.2- Faire l'évaluation initiale

- Rechercher la coloration jaune des téguments et muqueuses ;
- S'assurer des conditions de déroulement de la grossesse ;
- S'assurer des conditions d'évolution du travail et de l'accouchement.

3.3- Prendre en charge le nouveau-né selon le niveau de soins.

3.3.1-USP /CMS: Protéger le nouveau-né contre l'hypothermie et évacuer.

3.3.2-Hôpital de district

- Protéger le nouveau-né contre l'hypothermie ;
- Appeler le médecin ;
- En cas d'incompatibilité rhésus foeto-maternelle connue, faire l'immunoglobuline anti-D à la mère et référer.

3.3.4-Hôpital régional

- Protéger le nouveau-né contre l'hypothermie ;
- Appeler le médecin ;
- En cas d'incompatibilité rhésus foeto-maternelle faire l'immunoglobuline anti-D ;
- En cas d'ictère infectieux : antibiothérapie ;
- Autres cas d'ictère, instituer le traitement approprié ;
- Surveiller le taux de bilirubinémie : si taux élevé ou en augmentation progressive, évacuer aux structures de référence.

4. URGENCES MALFORMATIVES A LA NAISSANCE

4.1- SIGNES

Toutes les malformations visibles au niveau de la face, de la paroi abdominale, du dos ou de la région ano-rectale, constatées à la naissance et menaçant la vie du nouveau-né.

4.2- CONDUITE A TENIR

- Apprécier l'état général de l'enfant ;
- Faire un examen clinique bref mais complet du nouveau-né en l'inspectant de la tête aux pieds, de face puis de dos (cf. Soins systématiques aux nouveau-nés) ;
- Prendre en charge toute anomalie constatée aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né.

4.2.1- USP/CMS :

- Envelopper le nouveau-né pour lutter contre l'hypothermie ;
- Référer.

4.2.2- Hôpital de District, CHR, CHU :

Suivre l'arbre de décisions suivant (cf Tableau)

Localisation des malformations	Type d'anomalie	Signes cliniques	CAT au CHR/CHU
Anomalie de la face	Syndrome de Pierre Robin	Maxillaire inférieur petit et en retrait, Défaut de fermeture du palais ou fente palatine Bascule de la langue en arrière	Mettre en place une canule de Mayo Mettre en position couchée à plat ventre Alimenter par gavage Référer.
	Fente labiopalatine	Fente uni ou bilatérale de la lèvre supérieure avec défaut de fermeture du palais	Mettre en place une sonde bucco gastrique Alimenter par gavage Référer
Anomalies de la paroi abdominale	Omphalocèle	Eventration laissant voir les viscères dans un sac membranaire translucide Implantation basse du cordon	Envelopper de champs stériles le sac membranaire avec viscères, pour éviter l'infection. Lutter contre l'hypothermie, réchauffer (couveuse si possible) Mettre une sonde d'aspiration gastrique (en siphonage) Référer.
	Laparoschisis	Eventration laissant les viscères à nu Anses intestinales extériorisées, sans enveloppe	Envelopper de champs stériles humides (ou un sac plastique transparent et stérile/ sac à grêle) Mettre des antibiotiques appropriés par perfusion Mettre une sonde gastrique d'aspiration Référer
	Exstrophie vésicale	Vessie ouverte à l'air libre Uretères parfois visibles	Mettre des compresses ou champs stériles humides et les tenir humides ; Référer pour chirurgie à réaliser dans les 48 heures.

Localisation des malformations	Type d'anomalie	Signes cliniques	CAT au CHR/CHU
Anomalies anorectales	Imperforation anale	Trou anal inexistant Trou anal où la sonde rectale ou le thermomètre rectal buttent. -	Interdire l'alimentation par voie orale Mettre sonde gastrique d'aspiration Poser une perfusion Référer
Anomalies du dos	Spina bifida	Tuméfaction molle au niveau du rachis lombaire ou lombo-sacré.	Recouvrir d'un pansement stérile humidifié Mettre en position à plat ventre. Référer.

CHAPITRE 28 : REVUE DES DECES MATERNELS ET NEONAL

1- DIFFERENTES ETAPES D'UNE REVUE DE DECES MATERNEL

- Constitution d'une équipe de revue,
- Choix de la méthode,
- Recensement des décès,
- Analyse des résultats,
- Recommandations,
- Diffusion des résultats,
- Evaluation.

2- TYPES DE METHODES DE REVUE

- Autopsie verbale ou revue des décès maternels dans la communauté : Elle consiste à élucider les causes médicales, les facteurs personnels, familiaux et communautaires ayant contribué à la survenue du décès en dehors d'une formation sanitaire.
- Etude des décès maternels dans les établissements de soins : Cette méthode permet une recherche approfondie et qualitative des causes et circonstances de survenue du décès dans les établissements de soins,
- Enquête confidentielle sur les décès maternels : Il s'agit de la revue pluridisciplinaire des décès maternels au plan local, régional, national.
- Enquête sur la morbidité grave (Near miss ou échappées belles) : L'enquête sur la morbidité grave est une revue des cas de femmes enceintes ayant survécu à des complications obstétricales,
- Audit clinique : Il s'agit d'une revue systématique des soins donnés par rapport à des critères précis (normes de bonne pratique, normes convenues de soins optimaux)

NB : Le choix d'une ou des méthode (s) à utiliser pour la revue des décès maternels est fonction des principes ci-après :

- Objectif de la méthode,
- Identification des cas,
- Lieu de survenu des cas,
- Lieu de l'examen des cas,
- Disponibilité des ressources,
- Exploitation des résultats,
- Existence d'un engagement en faveur du changement.

3- RECENSEMENT DES CAS

Il est fonction de la méthode choisie. Pour le faire il faut :

- Supports de collecte des informations médicales,
- Registres d'état civil: certificat de décès,
- Identification au sein de la communauté.

4- PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA COLLECTE DES DONNEES

Pour une collecte complète et réaliste des données sur le décès maternel, il faut :

- Un questionnaire facile à utiliser pour avoir l'information recherchée,
- Une formation des collecteurs de données (Sage-femme, Médecin, Agent social, anthropologue...),
- Une supervision/vérification.

5- ANALYSE DES DONNEES COLLECTEES

Les données collectées doivent être analysées sur deux plans (qualitatifs et quantitatifs)

- Analyse quantitative: Elle prend en compte les caractéristiques socio-démographiques, le lieu de l'accouchement, le moment du décès...,
- Analyse qualitative: Elle décrit les causes de décès, les circonstances de survenue du décès, les facteurs déterminants, les ressources mises à disposition...

Dans tous les cas l'analyse doit permettre d'identifier les dysfonctionnements+++

6- RECOMMANDATIONS

La revue des décès est un processus qui cherche à améliorer la qualité des soins. Donc elle doit aboutir à des recommandations capables d'apporter des changements dans le système. Ces recommandations doivent être :

- Simples,
- Objectifs,
- Efficaces,
- Réalistes,
- Facile à mettre en œuvre,
- Sans exclusion ni réserve au niveau du système de santé intéressé.

7- DIFFUSION DES RESULTATS ET DES RECOMMANDATIONS

Les résultats de la revue des décès maternels doivent être confidentiels. Le rapport sera axé seulement sur les moyens permettant d'améliorer le système et non sur des erreurs spécifiques commises. Ce rapport peut être largement diffusé aux destinataires capables d'opérer le changement souhaité.

Suivi/Evaluation

Cette section consiste à évaluer l'impact des recommandations et l'efficacité de la méthode de revue utilisée.

- Déroulement de la séance de revue
- Pour une séance de revue réussie, il faudra :
- Revoir les recommandations de la séance précédente,

- Présenter un résumé du cas à auditer,
- Discuter le résumé/dossier pour y dégager les dysfonctionnements,
- Organiser des réunions de suivi (maintien de motivation, création de compréhension commune de la nécessité de changement, pérennité changements),
- Choisir les dysfonctionnements prioritaires,
- Elaborer les recommandations avec nomination des personnes responsables de l'application et convenir d'un délai venu et raisonnable.

Structures d'organisation et responsables des revues

La revue des décès maternel doit être faite à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Tous les membres du personnel doivent participer au revue sous la responsabilité de :

- Chef de service,
- Surveillante.

DEUXIEME PARTIE

SANTE DE L'ENFANT

D- LA CONSULTATION DE L'ENFANT SAIN

CHAPITRE 29 : LA CONSULTATION DE L'ENFANT SAIN AGE DE 0 A 5 ANS

CONSULTATION DE L'ENFANT SAIN AGE DE 0 A 5 ANS

Faire l'examen systématique de l'enfant en vue de:

- Assurer le suivi de la croissance physique et du développement psychomoteur ;
- Détecter et traiter les malformations et affections courantes ;
- Vérifier le statut vaccinal de l'enfant ;
- Assurer la supplémentation en micronutriments (Fer/folate, Vitamine A) ;
- Vérifier la teneur en iode du sel de ménage ;
- Assurer le déparasitage systématique ;
- Vérifier l'alimentation de l'enfant ;
- Vérifier si l'enfant dort sous MII.

NIVEAU	ACTIVITES
COMMUNAUTAIRE	<p>Préparer le lieu de l'activité</p> <p>Préparer le matériel de mesure de la croissance</p> <p>Accueillir la mère : saluer la mère ou l'accompagnant ; lui demander de s'asseoir ; se présenter ; demander le motif de la visite ; informer la mère sur l'intérêt de la visite ; mettre la mère en confiance.</p> <p>Etablir ou contrôler la carte de croissance. Donner le numéro et l'inscrire sur la carte ; écrire les paramètres anthropométriques de naissance sur la carte.</p> <p>Remplir le registre de CPC ;</p> <p>Faire la causerie sur un thème choisi par la communauté ;</p> <p>Prendre les mesures anthropométriques (poids, taille, PB) de l'enfant et porter les différents indicateurs sur la carte ;</p> <p>Tracer les courbes, expliquer la situation à la mère ;</p> <p>Demander à la mère comment elle alimente l'enfant et ce qu'elle a comme aliment à la maison ;</p> <p>Féliciter et donner des conseils nutritionnels adaptés à l'âge et en fonction de l'allure des courbes ;</p> <p>Ecrire les données sur le registre de CPC ;</p> <p>Interroger sur la méthode de planification familiale ;</p> <p>Vérifier le statut vaccinal de l'enfant et le référer si nécessaire ;</p> <p>Vérifier la prise de vitamine A, Fer / folate ;</p> <p>Vérifier si l'enfant dort sous MII ;</p> <p>Tester le sel utilisé dans le ménage ;</p> <p>Prendre en charge les cas simples de maladie (diarrhée, pâleur, fièvre, nez bouché, toux simple) ;</p> <p>Faire le suivi de l'enfant (visite domiciliaire) si nécessaire (Demander à la mère d'expliquer ce qu'on lui a dit, vérifier si elle applique les conseils donnés) ;</p> <p>Faire la démonstration nutritionnelle en fonction du choix des mères ;</p> <p>Remercier, fixer la date de la prochaine visite et saluer ;</p> <p>Organiser une visite postnatale à domicile (cf. document « continuum des soins ») ;</p> <p>Faire le rapport (nombre d'enfants pesés et mesurés, de nouveaux cas, de malnutris (dénutris et en surpoids), de cas correctement vaccinés, de cas référés, de thème de la causerie.</p>

NIVEAU	ACTIVITES
USP/HD	<p>Préparer le matériel de mesure de la croissance ; Accueillir la mère : saluer la mère ou l'accompagnant ; lui demander de s'asseoir ; se présenter ; demander le motif de la visite ; informer la mère sur l'intérêt de la visite ; mettre la mère en confiance.</p> <p>Etablir ou contrôler la carte de croissance. Donner le numéro et l'inscrire sur la carte ; écrire les paramètres anthropométriques de naissance sur la carte.</p> <p>Remplir le registre de CPC ;</p> <p>Faire la causerie sur un thème choisi par la communauté ou selon le calendrier établi</p> <p>Prendre les mesures anthropométriques (poids, taille, PB, PC) de l'enfant et porter les différents indicateurs sur la carte. Tracer les courbes ; expliquer la situation à la mère.</p> <p>Demander à la mère comment elle alimente l'enfant et ce qu'elle a comme aliment à la maison ;</p> <p>Féliciter et donner des conseils nutritionnels adaptés à l'âge et en fonction de l'allure des courbes ;</p> <p>Ecrire les données sur le registre de CPC ;</p> <p>Interroger sur la méthode de planification familiale ;</p> <p>Vérifier le statut vaccinal de l'enfant et vacciner si nécessaire ;</p> <p>Vérifier la prise de vitamine A et administrer au besoin : Supplémenter en Fer / folate ; Assurer le déparasitage systématique ; Vérifier si l'enfant dort sous MII ;</p> <p>Prendre en charge les cas de maladie (PCIMNE/TETU).</p> <p>Faire la démonstration nutritionnelle en fonction du choix des mères.</p> <p>Remercier, fixer la date de la prochaine visite et saluer.</p> <p>Faire le suivi de l'enfant (visite domiciliaire si nécessaire). Demander à la mère d'expliquer ce qu'on lui a dit, vérifier si elle applique les conseils donnés, tester le sel utilisé dans le ménage.</p> <p>Organiser des activités de stratégies avancées (vaccination, nutrition, etc.).</p> <p>Faire le rapport (nombre d'enfants pesés et mesurés, de nouveaux cas, de malnutris (dénutris et en surpoids), de cas correctement vaccinés, de cas référés, de thème de la causerie.</p>

NIVEAU	ACTIVITES
CHR/CHU	<p>Préparer le matériel de mesure de la croissance ; Accueillir la mère : saluer la mère ou l'accompagnant ; lui demander de s'asseoir ; se présenter ; demander le motif de la visite ; informer la mère sur l'intérêt de la visite ; mettre la mère en confiance.</p> <p>Etablir ou contrôler la carte de croissance. Donner le numéro et l'inscrire sur la carte ; écrire les paramètres anthropométriques de naissance sur la carte.</p> <p>Remplir le registre de CPC ; Faire la causerie sur un thème choisi par la communauté ou selon le calendrier établi ; Prendre les mesures anthropométriques (poids, taille, PB, PC) de l'enfant et porter les différents indicateurs sur la carte. Tracer les courbes ; expliquer la situation à la mère ; Demander à la mère comment elle alimente l'enfant et ce qu'elle a comme aliment à la maison ; Féliciter et donner des conseils nutritionnels adaptés à l'âge et en fonction de l'allure des courbes ; Ecrire les données sur le registre de CPC ; Interroger sur la méthode de planification familiale ; Vérifier le statut vaccinal de l'enfant et vacciner si nécessaire ; Vérifier la prise de vitamine A et administrer au besoin : Supplémenter en Fer/ folate ; Assurer le déparasitage systématique; Vérifier si l'enfant dort sous MII ; Prendre en charge les cas de maladie (PCIMNE/TETU) ; Faire la démonstration nutritionnelle en fonction du choix des mères ; Remercier, fixer la date de la prochaine visite et saluer ; Faire le suivi de l'enfant (visite domiciliaire si nécessaire). Demander à la mère d'expliquer ce qu'on lui a dit, vérifier si elle applique les conseils donnés, tester le sel utilisé dans le ménage ; Faire le rapport (nombre d'enfants pesés et mesurés, de nouveaux cas, de malnutris (dénutris et en surpoids), de cas correctement vaccinés, de cas référés, de thème de la causerie.</p>

CHAPITRE 30 : LA CONSULTATION DE L'ENFANT SAIN AGE DE 6 A 9 ANS

1- CONSULTATION DE L'ENFANT DE 6 A 9 ANS

NB. : Aucun programme spécial ne cible cette tranche d'âge.

- Assurer la visite médicale (suivi de la croissance physique, examen du cœur, ORL, bucco-dentaire,...) ;
- détecter et traiter les malformations (cardiaques ou autres), et affections courantes ;
- vérifier le statut vaccinal de l'enfant ;
- vérifier la teneur en iode du sel de ménage ;
- assurer le déparasitage systématique ;
- vérifier l'alimentation de l'enfant ;
- vérifier si l'enfant dort sous MII.

NIVEAU	ACTIVITES
COMMUNAUTAIRE (ASC, Enseignants)	<p>Préparer le lieu de l'activité</p> <p>Préparer le matériel de mesure de la croissance ; Accueillir la mère : <i>saluer la mère ou l'accompagnant ; lui demander de s'asseoir ; se présenter ; demander le motif de la visite ; informer la mère sur l'intérêt de la visite ; mettre la mère en confiance.</i></p> <p>Remplir ou contrôler le carnet de santé ; Faire la causerie sur un thème choisi par la communauté (alimentation, hygiène bucco-dentaire et corporelle, éducation physique...) ;</p> <p>Prendre les mesures anthropométriques (poids, taille, PB) de l'enfant et porter les différents indicateurs sur la carte, Tracer les courbes, expliquer la situation aux parents et à l'enfant ; Recueillir les informations sur l'alimentation de l'enfant (à la maison et en dehors de la maison) ;</p> <p>Féliciter et donner des conseils nutritionnels adaptés à l'âge et en fonction de l'allure des courbes ;</p> <p>Ecrire les données dans le registre de consultation ;</p> <p>Tester le sel utilisé dans le ménage ; Prendre en charge les cas simples de maladie (diarrhée, pâleur, fièvre, toux simple) ;</p> <p>Faire le suivi de l'enfant (visite domiciliaire) si nécessaire : Demander à la mère d'expliquer ce qu'on lui a dit ; vérifier si elle applique les conseils donnés ;</p> <p>Remercier, fixer la date de la prochaine visite et saluer ; Faire le rapport (nombre d'enfants vus, de principaux problèmes, de cas traités, de cas de problème de santé référés, de thème de la causerie.</p>

NIVEAU	ACTIVITES
<p>USP / HD /CHR /CHU</p>	<p>Préparer le lieu de l'activité :</p> <p>Préparer le matériel de mesure de la croissance ;</p> <p>Accueillir la mère : <i>saluer la mère ou l'accompagnant ; lui demander de s'asseoir ; se présenter ; demander le motif de la visite ; informer la mère sur l'intérêt de la visite ; mettre la mère en confiance.</i></p> <p>Remplir ou contrôler le carnet de santé ;</p> <p>Faire la causerie sur un thème choisi par la communauté (alimentation, hygiène bucco-dentaire et corporelle, éducation physique...);</p> <p>Prendre les mesures anthropométriques (poids, taille, PB) de l'enfant et porter les différents indicateurs sur la carte ; tracer les courbes ; expliquer la situation aux parents et à l'enfant</p> <p>Recueillir les informations sur l'alimentation de l'enfant (à la maison et en dehors de la maison) ;</p> <p>Féliciter et donner des conseils nutritionnels adaptés à l'âge et en fonction de l'allure des courbes ;</p> <p>Ecrire les données dans le registre de consultation ;</p> <p>Prendre en charge les cas de maladie ;</p> <p>Faire le suivi de l'enfant (visite domiciliaire) si nécessaire : Demander à la mère d'expliquer ce qu'on lui a dit ; vérifier si elle applique les conseils donnés ; tester le sel utilisé dans le ménage.</p> <p>Remercier, fixer la date de la prochaine visite et saluer ;</p> <p>Organiser des activités de stratégies avancées (dans les écoles et en dehors des écoles).</p> <p>Faire le rapport (nombre d'enfants vus, de principaux problèmes, de cas traités, de cas de problème de santé référés, de thème de la causerie).</p>

E- LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS COURANTES

**CHAPITRE 31 : LA PRISE EN CHARGE INTEGREE
DES MALADIES DU NOUVEAU-NE ET DE
L'ENFANT (PCIMNE)**

1-LE NOURRISSON MALADE AGE DE 0 A 2 MOIS

1.1-Evaluer, classer et traiter le nourrisson malade âgé de 0 a 2 mois

EVALUER

DEMANDER A LA MERE QUELS SONT LES PROBLEMES DU NOURRISSON

- Déterminer s'il s'agit d'une première visite ou d'une visite de suivi pour ce problème.
- **S'il s'agit d'une visite de suivi, utiliser les instructions de suivi décrites en bas du tableau TRAITER L'ENFANT.**
- **S'il s'agit d'une première visite, évaluer l'enfant comme suit :**

CLASSER

POUR CLASSER LA MALADIE, UTILISER TOUS LES CADRES QUI CORRESPONDENT AUX SYMPTÔMES ET PROBLÈMES DU NOURRISSON.

IDENTIFIER LE TRAITEMENT

Rechercher une maladie grave ou une infection bactérienne locale

DEMANDER

- Le nourrisson a-t-il eu des convulsions?
- Le nourrisson a-t-il des difficultés à s'alimenter ?

OBSERVER, ÉCOUTER, PALPER :

- Regarder si le nourrisson convulse actuellement
- Compter les mouvements respirations par minute.
Recommencer si le nombre est supérieur ou égal à 60 mouvements respiratoires par minute
- Rechercher un tirage sous-costal marqué.
- Regarder et écouter un geignement expiratoire.
- Observer les mouvements du nourrisson :
 - le nourrisson bouge-t-il seulement s'il est stimulé ?
 - le nourrisson ne bouge-t-il pas même s'il est stimulé ?
- Prendre la température (le nourrisson a-t-il de la fièvre ou est-il hypothermique ?).
- Rechercher des pustules cutanées.
- Regarder l'ombilic. Est-il rouge ou suintant de pus ?
- Regarder si du pus s'écoule des yeux.
- Regarder si le nourrisson est léthargique ou inconscient.

LE NOURRISSON DOIT ETRE CALME

Classer TOUS LES NOURRISSONS

SIGNES

- Convulsions OU
- Ne s'alimente pas bien OU
- Respiration rapide (60 respirations par minute ou plus) OU
- Tirage sous-costal marqué OU
- Geignement expiratoire OU
- Bouge seulement si stimulé ou ne bouge pas même après avoir été stimulé OU
- Température supérieure à 37,5°C OU
- Température inférieure à 35,5°C

- Ombrilic rouge OU suintant de pus OU
- Pustules cutanées OU
- Pus dans les yeux

- Aucun des signes n'est présent

CLASSER

MALADIE GRAVE

INFECTION BACTÉRIENNE LOCALE

INFECTION PEU PROBABLE

TRAITEMENT

- **Si l'enfant convulse actuellement, administrer des anticonvulsivants**
- **Administrer la première dose d'antibiotique en intramusculaire.**
- **Administrer une dose de vitamine K1 si besoin.**
- **Traiter pour éviter l'hypoglycémie.**
- **Expliquer à la mère comment veiller à ce que le nourrisson n'ait pas froid sur le chemin de l'hôpital.**
- **Transférer d'URGENCE au centre de référence.**

- **Administrer un antibiotique approprié par voie orale.**
- Apprendre à la mère à traiter les infections locales à domicile.
- Expliquer à la mère comment soigner le nourrisson à domicile et le garder au chaud.
- Revoir après 2 jours.

- Traiter pour tout autre problème.
- Expliquer à la mère comment soigner le nourrisson à domicile.

Si le transfert n'est pas possible, voir prise en charge des maladies de l'enfant Annexe : "Lorsque le transfert n'est pas possible"

La présence d'un seul signe suffit pour transférer le nourrisson

PUIS DEMANDER :
Le nourrisson a-t-il la diarrhée* ?

SI OUI,

OBSERVER ET PALPER:

- Observer l'état général du nourrisson :
 - le nourrisson bouge-t-il seulement après avoir été stimulé? Reste-t-il immobile même après avoir été stimulé?
 - est-il agité et irritable ?
- Regarder si les yeux sont enfoncés.
- Pincer la peau de l'abdomen. Le pli cutané s'efface-t-il :
 - très lentement (*plus de deux secondes*) ?
 - lentement ?

Classer la DIARRHÉE pour la DÉSHYDRATATION

<p>Deux des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bouge seulement après avoir été stimulé ou ne bouge pas même après avoir été stimulé • Yeux enfoncés • Pli cutané s'efface très lentement. 	<p>DÉSHYDRATATION SÉVÈRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si le nourrisson n'est pas classé POSSIBILITÉ D'INFECTION BACTÉRIENNE GRAVE <ul style="list-style-type: none"> - Administrer des liquides pour déshydratation sévère (Plan C) OU ➤ Si le nourrisson est aussi classé POSSIBILITÉ D'INFECTION BACTÉRIENNE GRAVE : <ul style="list-style-type: none"> - Transférer d'URGENCE au centre de référence (CR), la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. - Conseiller à la mère de continuer l'allaitement au sein.
<p>Deux des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agité, irritable • Yeux enfoncés • Pli cutané s'efface lentement. 	<p>SIGNES ÉVIDENTS DE DÉSHYDRATATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner des liquides et des aliments pour signes évidents de déshydratation (Plan B). ➤ Si le nourrisson est aussi classé POSSIBILITÉ D'INFECTION BACTÉRIENNE GRAVE : <ul style="list-style-type: none"> - Transférer d'URGENCE au CR, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. ➤ Conseiller à la mère de continuer l'allaitement au sein. ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ➤ Revoir dans 2 jours
<p>Pas assez de signes pour classer comme signes évidents de déshydratation ou déshydratation sévère.</p>	<p>PAS DE DÉSHYDRATATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner des liquides pour traiter la diarrhée à domicile (Plan A). ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ➤ Revoir dans 2 jours

*** Qu'est ce que la diarrhée chez le nourrisson?**

Un nourrisson a la diarrhée si ses selles :

- n'ont pas l'aspect habituel, et
- sont nombreuses, et
- aqueuses (*plus d'eau que de matières fécales*).

PUIS EVALUER LE NOURRISSON OU LE NOUVEAU-NE POUR L'INFECTION A VIH :

DEMANDER :

- La mère a-t-elle un :
 - Test VIH positif ?
 - Test VIH négatif ?
 - Test VIH inconnu ?*

- Le nourrisson ou le nouveau-né a-t-il un :
 - Test VIH positif ?
 - PCR positif ?
 - PCR négatif ?
 - PCR inconnu ?
 - Test VIH et PCR inconnus ?

- Le nourrisson / nouveau-né est-il nourri au lait de sa mère

Mère VIH négative

Mère VIH positive

Mère VIH négative	INFECTION A VIH PEU PROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter, conseiller et faire le suivi pour les autres classifications ➤ Conseiller la mère en matière d'alimentation et sur sa propre santé
-------------------	---------------------------------	--

Nouveau-né ou nourrisson avec PCR positif	INFECTION A VIH CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer du cotrimoxazole à partir de l'âge de six semaines ➤ Evaluer l'alimentation et donner des conseils appropriés ➤ Référer pour une prise en charge par les ARV ➤ Donner des conseils pour les soins à domicile ➤ Revoir le nourrisson dans 14 jours
---	---------------------------	---

Nouveau-né ou nourrisson avec : <ul style="list-style-type: none"> • PCR négatif mais nourri au lait maternel • Sérologie VIH positive et PCR non fait • Sérologie VIH et PCR inconnus 	POSSIBILITE D'INFECTION / D'EXPOSITION AU VIH	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer du cotrimoxazole à partir de l'âge de six semaines ➤ Evaluer l'alimentation et donner des conseils appropriés ➤ Référer pour / faire faire le test PCR au moins six semaines après cessation définitive de l'allaitement au sein ➤ Reclasser selon le résultat du test PCR ➤ Donner des conseils pour les soins à domicile ➤ Revoir le nourrisson dans 30 jours
---	---	--

Nouveau-né ou nourrisson avec PCR négatif	INFECTION A VIH PEU PROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traiter, conseiller et faire le suivi pour les autres classifications ➤ Conseiller la mère en matière d'alimentation et sur sa propre santé
---	------------------------------	--

* NB :

- Si le statut sérologique VIH de la mère n'est pas connu, encourager cette mère à faire un test de dépistage.

PUIS EVALUER LES PROBLÈMES D'ALIMENTATION OU D'INSUFFISANCE PONDÉRALE pour les enfants allaités:

DEMANDER :

- Le nourrisson est-il nourri au sein ?
Si oui, combien de fois en 24 heures ? _____
- Le nourrisson reçoit-il d'habitude d'autres aliments ou d'autres boissons ?
Si oui, combien de fois ? _____
- Comment donnez-vous à manger au nourrisson? (*biberon, tasse, cuillère, gavage*).

Si un nourrisson ne présente aucun signe justifiant le transfert d'urgence à l'hôpital :

EVALUER L'ALLAITEMENT AU SEIN :

- Le nourrisson a-t-il été nourri au sein durant l'heure précédente ?
Si le nourrisson n'a pas été allaité au sein durant l'heure précédente, demander à la mère de mettre le nourrisson au sein. Observer l'allaitement pendant 4 minutes.
(Si le nourrisson a été allaité durant l'heure précédente, demander à la mère si elle peut attendre et vous dire quand le nourrisson réclamera le sein de nouveau).
 Le nourrisson peut-il bien prendre le sein ?

Pas de prise de sein mauvaise prise de sein bonne prise de sein

POUR VÉRIFIER LA PRISE DU SEIN, REGARDER SI :

- **le menton touche le sein,**
- **la bouche est grande ouverte,**
- **la lèvre inférieure est tournée vers l'extérieur,**
- **l'aréole est plus visible au-dessus qu'au-dessous de la bouche.**

(Tous ces signes doivent être présents pour que la prise du sein soit bonne)

Est-ce que le nourrisson tète efficacement (c'est-à-dire par *succions profondes et lentes entrecoupées de pauses*) ?

pas de succion du tout succion non efficace succion efficace

- Désobstruer le nez du nourrisson s'il est bouché et gêne l'allaitement.
- Regarder la bouche pour détecter :
 - des ulcérations ou plaques blanches (*muquet*) des malformations (fente palatine...)

Classer ALIMENTATION

Poids < 1500 g	TRES PETIT POIDS	➤ Assurer une chaleur convenable avant et pendant l'évacuation ➤ Prévenir l'hypoglycémie ➤ Évacuer le nouveau-né vers l'hôpital
<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise prise du sein, <i>ou</i> • Succion non efficace, <i>ou</i> • Moins de 8 tétées en 24 heures, <i>ou</i> • Reçoit d'autres aliments ou liquides, <i>ou</i> • Poids faible pour l'âge, <i>ou</i> • Muguet (ulcérations <i>ou</i> plaques blanches dans la bouche). <i>ou</i> • Malformations dans la bouche 	PROBLÈME D'ALIMENTATION ET/OU POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE / PETIT POIDS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conseiller à la mère d'allaiter le nourrisson au sein aussi souvent et aussi longtemps que le nourrisson réclame, jour et nuit. • Si la prise du sein est mauvaise ou si la succion n'est pas efficace, expliquer la bonne position et la bonne prise du sein. • Si la mère allaite au sein moins de 8 fois en 24 heures, lui conseiller d'allaiter plus souvent. • Conseiller la mère sur les anomalies du mamelon. ➤ Si le nourrisson reçoit d'autres aliments ou liquides, conseiller à la mère d'allaiter davantage, de réduire les autres aliments et liquides, et d'utiliser une tasse. • Si pas d'allaitement au sein : <ul style="list-style-type: none"> - Référer pour conseils sur l'allaitement au sein et éventuellement la relactation. - Apprendre à la mère à préparer correctement un substitut au lait maternel et à utiliser une tasse. ➤ En cas de muguet, apprendre à la mère à le traiter à domicile. ➤ Apprendre à la mère à soigner le nourrisson à domicile. ➤ Revoir tout problème d'alimentation ou de muguet après 2 jours. Revoir tout problème de poids faible pour l'âge après 14 jours.
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de poids faible pour l'âge <i>et</i> aucun autre signe d'alimentation inadéquate. 	PAS DE PROBLÈME D'ALIMENTATION ET PAS DE POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE / PAS DE PETIT POIDS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apprendre à soigner le nourrisson à domicile. ➤ Féliciter la mère pour la bonne alimentation du Nourrisson.

PUIS EVALUER LES PROBLÈMES D'ALIMENTATION OU D'INSUFFISANCE PONDÉRALE pour les enfants non allaités :

(Tableau à utiliser en présence d'une mère VIH-positive ayant choisi de ne pas allaiter)

DEMANDER :	OBSERVER, ÉCOUTER, PALPER :	Classer ALIMENTATION	Poids < 1500 g	TRES PETIT POIDS	➤ Assurer une chaleur convenable avant et pendant l'évacuation ➤ Prévenir l'hypoglycémie ➤ Évacuer le nouveau-né vers
<ul style="list-style-type: none"> Nom du lait que vous donnez au nourrisson ? Combien de fois durant le jour ? _____ Combien de fois durant la nuit ? _____ soit _____ fois / 24 heures Quelle quantité est donnée à chaque repas ? Comment préparez-vous le lait ? Quelle quantité de votre propre lait ou du lait de nourrice lui donnez-vous ? Le nourrisson reçoit-il d'habitude d'autres aliments ou d'autres boissons? Si oui, combien de fois ? _____ Comment donnez-vous à manger au nourrisson? (<u>biberon</u>, <u>fasse</u>, <u>cuillère</u>, <u>gavage</u>). Comment nettoyez-vous les ustensiles de cuisine ? 	<ul style="list-style-type: none"> Regarder la bouche pour détecter : <ul style="list-style-type: none"> des ulcérations ou plaques blanches (<u>muguet</u>) des malformations (fente palatine...) 		<ul style="list-style-type: none"> Lait incorrectement ou non hygiéniquement préparé, <u>ou</u> Administration inappropriée d'aliments de remplacement, Administration insuffisante d'aliments de remplacement <u>ou</u> Mère VIH-positive allaitant et offrant d'autres aliments, <u>ou</u> utilisation de biberon, <u>ou</u> Poids faible pour l'âge, <u>ou</u> Muguet (ulcérations <u>ou</u> plaques blanches dans la bouche). <u>ou</u> Malformations dans la bouche 	<p>PROBLÈME D'ALIMENTATION ET/OU POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE / PETIT POIDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Offrir des conseils appropriés en matière d'alimentation Expliquer les directives pour une saine alimentation de substitution Identifier les soucis de la mère et de la famille en matière d'alimentation. Aider la mère à réduire les autres aliments et liquides du régime de l'enfant En cas d'utilisation de biberon, apprendre à alimenter à la tasse En cas de muguet, apprendre à la mère à le traiter à domicile Revoir tout problème d'alimentation ou de muguet après 2 jours Revoir tout problème de poids faible pour l'âge après 7 jours Administrer de la vitamine A.
			<ul style="list-style-type: none"> Pas de poids faible pour l'âge <u>et</u> aucun autre signe d'alimentation inadéquate. 	<p>PAS DE PROBLÈME D'ALIMENTATION ET PAS DE POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE / PAS DE PETIT POIDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller à la mère de continuer à alimenter le nourrisson dans de bonnes conditions d'hygiène Apprendre à soigner le nourrisson à domicile. Féliciter la mère pour la bonne alimentation du Nourrisson.

ENSUITE, VERIFIER L'ETAT VACCINAL ET LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

AGE	VACCINS	DOSE DE LA VITAMINE A
Naissance	BCG Polio 0	0 au nouveau-né, <i>mais</i> <i>200 000 à la mère non VIH-positive</i>
CALENDRIER DE VACCINATION :		
6 semaines	Pentavalent 1 Polio 1 DTC 1 Polio 1 Hep 1 HIB 1	50 000

EVALUER LES AUTRES PROBLEMES

VERIFIER L'ETAT DE SANTE DE LA MERE

1.2-TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

➤ Administrer un antibiotique approprié par voie orale

Administrer de la vitamine K1 en IM : 5 à 10 mg

Pour traiter l'infection bactérienne locale :

ANTIBIOTIQUE DE PREMIÈRE INTENTION : COTRIMOXAZOLE
ANTIBIOTIQUE DE SECONDE INTENTION : AMOXICILLINE

POIDS ou (AGE)	COTRIMOXAZOLE (triméthoprim + sulfaméthoxazole) Donner 2 fois par jour pendant 5 jours			AMOXYCILLINE Donner 3 fois par jour pendant 5 jours	
	COMPRIMÉ ADULTE non dilué (8 mg triméthoprim + 400 mg sulfaméthoxazole)	COMPRIMÉ ENFANT (20 mg triméthoprim + 100 mg sulfaméthoxazole)	SIROP (40 mg triméthoprim + 200 mg sulfaméthoxazole)	COMPRIMÉ 250 mg	SIROP 125 mg en 5 ml
< 3 kg ou (Naissance à 1 mois)		½*	1.25 ml*		1.25 ml
3-4 kg ou (de 1 mois à 2 mois)	¼	1	2.5 ml	¼	2.5 ml

* éviter de donner du cotrimoxazole :

- chez le nourrisson de moins d'un mois,
- chez le prématuré,
- en cas d'ictère

Administrer de la vitamine K1 en IM : 5 à 10 mg

➤ Administrer la première dose d'antibiotique en intramusculaire

➤ Administrer la première dose de benzylpénicilline et de gentamicine en intramusculaire.

POIDS	GENTAMICINE Dose: 2.5 mg par kg		BENZYL PÉNICILLINE Dose: 50 000 unités par kg		AMPICILLINE Dose: 50 mg par Kg
	Flacon non dilué, de 2 ml contenant 20 mg = 2 ml à 10 mg/ml	Ajouter 6 ml d'eau stérilisée à un flacon de 2 ml contenant 80 mg* = 8 ml à 10 mg/ml	Pour un flacon de 600 mg (1 000 000 unités): Ajouter 2.1 ml d'eau stérilisée = 2.5 ml à 400 000 unités/ml	ou Ajouter 3.6 ml d'eau stérilisée =4.0 ml à 250 000 unités/ml	Ajouter 2 ml d'eau stérile à 1 flacon de 500 mg = 2,1 ml à 25 mg/0,1 ml
1 kg		0.25 ml*	0.1 ml	0.2 ml	0.2 ml
2 kg		0.50 ml*	0.2 ml	0.4 ml	0.4 ml
3 kg		0.75 ml*	0.4 ml	0.6 ml	0.6 ml
4 kg		1.00 ml*	0.5 ml	0.8 ml	0.8 ml
5 kg		1,25 ml*	0.6 ml	1.00 ml	1.0 ml

* Ne pas utiliser de gentamicine 40 mg/ml non diluée. La dose est de ¼ de celle mentionnée ci-dessus.

➤ Il est préférable de transférer le nourrisson classé MALADIE GRAVE, mais si le transfert n'est pas possible, donner de la benzylpénicilline et de la gentamicine pendant 5 jours au moins. Donner la benzylpénicilline toutes les 6 heures plus de la gentamicine toutes les 8 heures. Pour le nourrisson d'une semaine, donner de la gentamicine toutes les 12 heures. En absence de pénicilline, donner l'ampicilline toutes les 6 heures.

➤ **Pour traiter la diarrhée, voir tableau TRAITER L'ENFANT.**

➤ **Vacciner tout nourrisson malade, si nécessaire.**

➤ **Apprendre à la mère à traiter les infections locales à domicile**

- Expliquer comment et pourquoi le traitement est administré.
- Observer la mère pendant qu'elle donne le premier traitement au centre de santé.
- Dire de donner le traitement deux fois par jour. Elle doit revenir au centre si l'infection s'aggrave.

Pour traiter les pustules cutanées ou l'infection ombilicale

La mère doit :

- Se laver les mains
- Nettoyer doucement le pus et les croûtes avec de l'eau et du savon
- Sécher la zone avec 1 linge propre
- Appliquer du violet de gentiane
- Se laver les mains.

Pour traiter le pus dans les yeux

- Nettoyer les 2 yeux, 3 fois par jour
 - **Se laver les mains**
 - **Demander à la mère de fermer les yeux de l'enfant**
 - **Essuyer doucement le pus à l'aide d'un tissu propre et humide**
- **Ensuite appliquer la pommade à la tétracycline dans les 2 yeux, 3 fois par jour.**
- Se laver les mains à nouveau.

Pour traiter le muguet (ulcérations ou plaques blanches dans la bouche)

La mère doit :

- se laver les mains
- nettoyer la bouche avec un tissu propre et doux enroulé autour du doigt et mouillé avec de l'eau salée
- badigeonner la bouche au violet de gentiane (dilué de moitié)
- se laver les mains.

➤ **Montrer à la mère comment garder le nourrisson au chaud pendant le trajet vers l'hôpital**

- Assurer le contact peau à peau
Ou
- Garder l'enfant habillé et couvert autant que possible en permanence. Mettre au nourrisson un bonnet, des gants, des chaussettes et l'enrouler dans des habits secs et le couvrir avec une couverture.

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

Montrer à la mère comment nourrir et maintenir au chaud à la maison un nourrisson (de faible poids)

1. Éviter de laver le nouveau-né jusqu'aux prochaines 24 h.
2. Garder le nourrisson dans le même lit que sa mère et le réchauffer par le contact peau à peau, après lui avoir retiré ses vêtements froids.
3. Le mettre sur la poitrine de sa mère vêtue d'une chemise préchauffée ouverte à l'avant, d'une couche, d'un bonnet et de chaussettes.
4. Couvrir l'enfant sur la poitrine de sa mère avec les vêtements de celle-ci, ainsi qu'une couverture préchauffée
5. Vérifier la température toutes les heures jusqu'à ce qu'elle soit normale.
6. Garder la chambre chaude (au moins 25°C) avec des appareils de chauffage domestique et s'assurer qu'il n'y a pas de courants d'air frais.
7. Éviter de baigner un nourrisson de faible poids. Donner le bain ou faire la toilette dans une chambre très chauffée, sécher immédiatement et complètement l'enfant après son bain et le rhabiller immédiatement.
8. Changer les vêtements (ex. les couches) dès qu'ils sont humides.
9. Assurer le contact peau à peau aussi souvent que possible. Pour assurer un contact peau à peau :
 - habiller le nourrisson avec une brasseuse ouverte sur le devant, une couche, un bonnet et des chaussettes ;
 - placer le nourrisson en contact peau à peau avec sa mère au niveau du thorax ;
 - couvrir le nourrisson avec les vêtements de sa mère (et une couverture supplémentaire s'il fait frais).
10. Quand le contact peau à peau n'est pas assuré, garder le nourrisson habillé ou couvert le plus possible en permanence. Habiller le nourrisson avec un bonnet, des chaussettes et envelopper l'enfant de façon ample dans des habits doux et secs et le recouvrir d'une couverture.
11. Vérifier fréquemment si les mains et les pieds sont chauds. S'ils sont froids, réchauffer le nourrisson par contact peau à peau.
12. Nourrir le nourrisson au sein (ou lui faire boire du lait maternel avec une tasse) fréquemment.

13. Réévaluer après une heure

14. ***Rechercher les signes de «maladie grave»***

15. ***Prendre la température***

16. ***S'il existe un signe quelconque de maladie grave ou si la température reste en dessous de 37°C ; transférer urgemment à l'hôpital après avoir fait le traitement pré-transfert pour « maladie grave ».***

17. ***S'il n'existe aucun signe de « maladie grave » et la température est égale ou supérieure à 36,5 °C,***

- ***Conseiller la mère sur comment garder l'enfant au chaud à la maison***
- ***Conseiller la mère sur les soins à domicile***
- ***Conseiller la mère sur quand revenir immédiatement***
- ***Revoir le bébé dans 2 jours.***

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

➤ **RECHAUFFER LE NOURRISSON PAR LE CONTACT PEAU À PEAU ET LE GARDER AU CHAUD**



TRAITER LE NOUVEAU-NE ET CONSEILLER LA MÈRE

PROPHYLAXIE ARV POUR PREVENIR L'INFECTION A VIH CHEZ LE NOURRISSON : Protocole PTME : Cas du VIH 1

➤ PROTOCOLE PTME au TOGO

Infection VIH 1

AZT+ NVP-DU

Infection VIH 2

AZT seul dans tous les sites

➤ Indications de la prophylaxie antirétrovirale

Prévention de la TME du VIH chez :

- femmes séropositives au stade clinique OMS 1 ou 2 avec $CD4 > 200/mm^3$ ou stade clinique 3 avec $CD4 \geq 350/mm^3$
- femmes éligibles au TAR mais n'ayant pas pu bénéficier du traitement avant l'accouchement.

Schéma prophylactique ARV avec les 3 composantes

Composantes	Mère	Enfant
Intrapartum	AZT à partir 28 ^e semaine d'aménorrhée	
Perpartum	AZT+ 3TC+NVP- DU	
postpartum	AZT+3TC	AZT+NVP-DU

➤ Potocole PTME en cas de VIH 1 : schéma posologique

Protocoles recommandés	Moment d'administration		
	Antepartum	Intrapartum	Postpartum
AZT + NVP -DU	<u>Mère</u> AZT 300 mgx2/j commencé à partir de la 28 ^{ème} semaine ou après	<u>Mère</u> AZT 600 mg+ 3TC 150 mg + NVP-DU 200mg en début de travail Puis 3TC 150 mg / 12 heures	<u>Mère</u> AZT/3TC 300/150 mgx2/j pendant 7 jours <u>Enfant</u> NVP-DU* 2mg/kg/j + AZT 4mg/kg x2/j pendant 7 jours**

* Ne pas dépasser la dose de 6mg/j chez l'enfant

** Donner l'AZT durant 4 semaines à l'enfant si la mère a reçu l'AZT durant moins de 4 semaines pendant la grossesse.

Recommandations

- Administrer NVP chez l'enfant dès que possible après la naissance, dans les 72 heures.
- Si accouchement 2 heures après prise de NVP-DU par la mère, administrer immédiatement après la naissance à l'enfant NVP-DU associée à l'AZT durant 4 semaines.

TRAITER LE NOUVEAU-NE ET CONSEILLER LA MÈRE

PROPHYLAXIE ARV POUR PREVENIR L'INFECTION A VIH CHEZ LE NOURRISSON : Protocole PTME :

Cas d'infection au VIH1 (suite) prise en charge tardive et en postpartum

➤ Prise en charge tardive en début ou pendant le travail

Protocole recommandé	Moment d'administration	
	Intrapartum	Postpartum
AZT + NVP -DU	<u>Mère</u> AZT 600 mg + 3TC 150 mg + NVP-DU 200 mg en début de travail Puis 3TC 150 mg/ 12 heures	<u>Mère</u> AZT/3TC 300/150mg x 2/ j pendant 7 jours <u>Enfant</u> NVP-DU 2mg/kg/j + AZT 4 mg/kg x 2/j pendant 4 semaines
NVP-DU	<u>Mère</u> NVP-DU 200mg	<u>Enfant</u> NVP-DU 2mg/kg/j

- En cas d'accouchement imminent, ne pas donner la dose de NVP à la mère et suivre un protocole court de prévention (ARV chez l'enfant uniquement)
- Commencer la prophylaxie chez l'enfant immédiatement après la naissance ou au plus tard dans les 12 heures
- Programmer un bilan de l'infection après l'accouchement pour décider d'un éventuel traitement

➤ Prise en charge en postpartum

Enfant né de mère vivant avec le VIH n'ayant pas reçu d'ARV pendant la grossesse et pendant l'accouchement
 ➔ utiliser un protocole court de prévention.

Protocole recommandé	Moment d'administration
	Postpartum
AZT + NVP -DU	<u>Mère</u> Pas d'ARV
	<u>Enfant</u> NVP-DU 2mg /kg/j +AZT 4 mg/kg x 2 /jour pendant 4 semaines.
NVP -DU	<u>Mère</u> Pas d'ARV
	<u>Enfant</u> NVP-DU 2mg/kg/j

- Commencer la prophylaxie ARV immédiatement à la naissance ou dans les 12 heures qui suivent la naissance.
- Donner immédiatement après l'accouchement de la NVP-DU associée à de l'AZT durant 4 semaines.

Vacciner le nouveau-né malade si pas de contre-indication, avec le BCG et Polio 0

TRAITER LE NOUVEAU-NE ET CONSEILLER LA MÈRE
PROPHYLAXIE ARV POUR PREVENIR L'INFECTION A VIH CHEZ LE NOURRISSON : Protocole de PTME
Cas d'infection au VIH 2

➤ **Protocole de prophylaxie**

Protocole recommandé	Moment d'administration		
	Antepartum	Intrapartum	Postpartum
AZT	<u>Mère</u> AZT 300 mgx2/j commencé à partir de la 28 ^{ème} semaine ou après	<u>Mère</u> AZT 600 mg en début de travail	<u>Mère</u> Pas de traitement <u>Enfant</u> AZT 4mg/kg x2/j pendant 7 jours

- **Si prise en charge tardive au cours du travail, utiliser le traitement recommandé en intrapartum et en postpartum**
- **Si prise en charge après accouchement, administrer immédiatement l'AZT au nouveau-né après la naissance, pas de traitement pour la mère.**

Vacciner le nouveau-né malade si pas de contre-indication, avec le BCG et Polio 0

TOXICITE DES ARV UTILISES POUR LA FEMME ENCEINTE ET SON ENFANT

➤ Toxicité des ARV au cours d'un TAR chez la femme enceinte

Molécules	Effets sur Femme enceinte	Effets sur foetus
INTI		
AZT	Toxicité hématologique : anémie et neutropénie	anémie et neutropénie si AZT+3TC → hypertonie, convulsions, troubles du comportement
D4T+DDI	Risque d'acidose lactique	
3 INRT	Risque accru d'atteinte mitochondriale	
Emtricitabine	Aucune donnée	
TDF	Pas assez de recul dans l'utilisation	Risque de déminéralisation osseuse chez le foetus
INNTI		
NVP	Toxicité hépatique sévère surtout si CD4 > 250/mm ³ , éruptions cutanées	
EFV		Malformations congénitales
IP		
NFV, IDV SQV LPV, RTV	Risque plus élevé de prématurité Risque d'hyperglycémie ou de diabète ?	

➤ Recommandations sur l'utilisation des ARV utilisés au cours du TAR et ayant une certaine toxicité

- L'EFV n'est pas recommandé chez la femme en âge de procréer éligible pour le TAR à moins de pouvoir assurer une contraception efficace.
- L'EFV peut être utilisé comme composante INNTI pour un schéma thérapeutique de première intention au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse chez une femme enceinte qui ne peut pas recevoir de NVP.
- Utiliser un schéma thérapeutique basé sur la NVP ou sur un IP pour une femme sous TAR basé sur l'EFV et qui désire une grossesse
- Eviter de donner pendant la grossesse une double combinaison D4T et DDI du fait du risque accru d'acidose lactique.

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

➤ Apprendre à la mère à bien positionner le nourrisson et à lui assurer une bonne prise du sein

➤ Montrer à la mère comment tenir le nourrisson

- la tête et le corps du nourrisson doivent être droits (*dans le même axe*) ;
- le visage du nourrisson doit faire face au sein, et son nez en face du mamelon ;
- le corps du nourrisson doit être proche du corps de la mère ;
- la mère doit soutenir tout le corps du nourrisson, pas seulement la nuque et les épaules.



- La mère est détendue et à l'aise ;
- La mère, attentive, regarde l'enfant ;
- La mère touche beaucoup l'enfant.

➤ Montrer à la mère comment aider le nourrisson à prendre le sein. Elle doit :

- Toucher les lèvres du nourrisson avec son mamelon ;
- Attendre que la bouche du nourrisson soit grande ouverte ;
- Approcher rapidement le nourrisson du sein en veillant que la lèvre inférieure du nourrisson soit bien en dessous du mamelon.

➤ Vérifier la bonne prise du sein et l'efficacité de la succion.

Si la prise du sein ou la succion n'est pas correcte, recommencer.



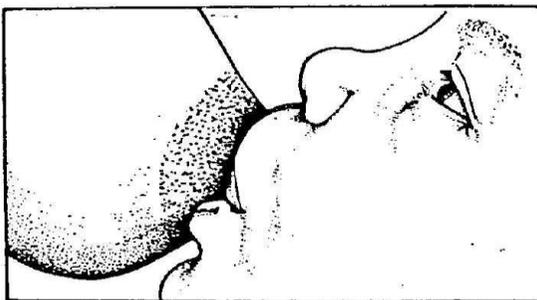
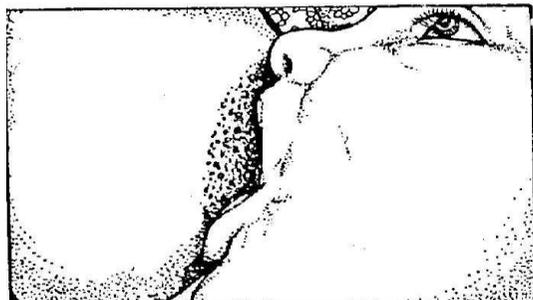
Nourrisson s'apprêtant à téter

NB :

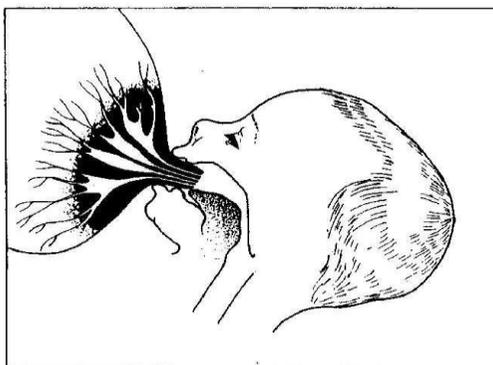
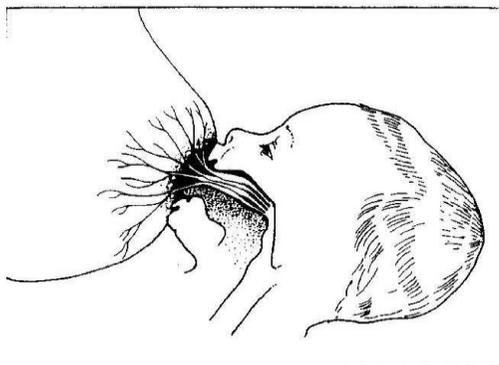
1. le mamelon au contact des lèvres,
2. la bouche ouverte et
3. la langue en avant.

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

➤ Apprendre à la mère à reconnaître la bonne prise du sein et la mauvaise prise du sein



Bonne (à gauche) et mauvaise (à droite) position du nourrisson au sein.



Enfant qui prend bien le sein (à gauche) et enfant qui prend mal le sein (à droite)—vue sagittale du sein et de l'enfant.

BONNE PRISE DU SEIN

La bouche est grande ouverte
La lèvre inférieure est tournée vers l'extérieur
On voit plus d'aréole au-dessus de la bouche de l'enfant qu'en dessous
Le menton de l'enfant touche le sein

MAUVAISE PRISE DU SEIN

La bouche n'est pas grande ouverte, les lèvres sont avancées
La lèvre inférieure est rentrée (vers l'intérieur)
On voit autant ou plus d'aréole au-dessous de la bouche de l'enfant qu'au-dessus
Le menton de l'enfant ne touche pas le sein

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

➤ **Conseiller la mère sur les soins du nourrisson à domicile**

➤ **ALIMENTS**

➤ **LIQUIDES**



Allaiter fréquemment au sein, aussi souvent et aussi longtemps que le nourrisson le réclame, jour et nuit ; que le nourrisson soit malade ou en bonne santé.

➤ **QUAND REVENIR**

Visite de suivi :

Visite systématique de vaccination

Quand revenir immédiatement :

Si le nourrisson a :	Revenir pour visite de suivi après :
INFECTION BACTÉRIENNE LOCALE SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION PROBLÈME QUELCONQUE D'ALIMENTATION MUGUET	2 jours
PAS DE DESHYDRATATION	5 jours
POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE	7 jours

Conseiller à la mère de revenir immédiatement si le nourrisson présente l'un des ces signes :

- difficulté à téter ou à boire,
- devient plus malade,
- présence de la fièvre,
- respiration rapide,
- respiration difficile,
- présence de sang dans les selles.

➤ **S'assurer que le nourrisson est toujours maintenu au chaud :**

Quand il fait froid, couvrir la tête et les pieds du nourrisson, et l'habiller chaudement.

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MÈRE

➤ ***Montrer à la mère comment exprimer le lait maternel***

Demander à la mère :

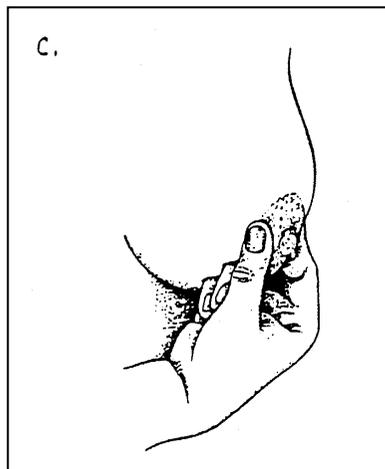
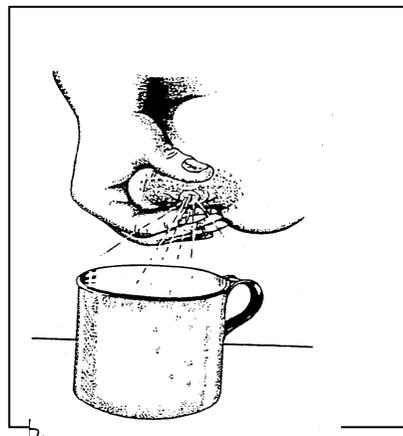
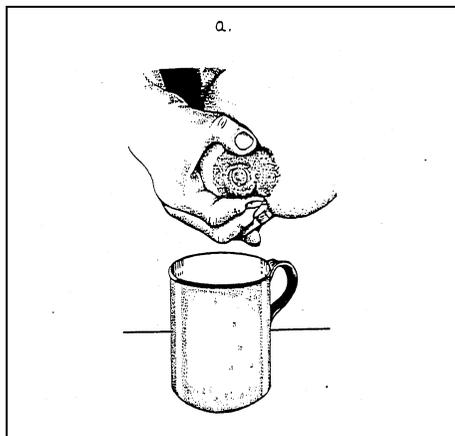
- De se laver les mains soigneusement ;
- De s'installer confortablement ;
- De tenir un récipient évasé au-dessous de son téton et de l'aréole ;
- De placer son pouce sur le sommet du sein et son index sous le sein afin que les deux doigts soient l'un en face de l'autre (à 4 cm de l'extrémité du téton) ;
- De comprimer et de relâcher le tissu mammaire entre son index et son pouce à plusieurs reprises ;
- Si le lait ne vient pas, elle doit changer la position de son pouce et de son index plus près du téton et comprimer et relâcher le sein comme précédemment ;
- De comprimer et de relâcher tout le tour du sein, gardant ses doigts à la même distance du téton. Faire attention de ne pas presser le téton, ou de frotter la peau, ou de faire bouger le pouce ou l'index sur la peau ;
- D'exprimer un sein jusqu'à ce que le lait ne coule que goutte-à-goutte, et ensuite exprimer l'autre sein de la même façon ;
- De changer de sein 5 ou 6 fois de suite, pendant au moins 20 minutes ;
- De cesser d'exprimer le lait quand il ne coule plus de façon continue mais juste goutte-à-goutte.

➤ ***Montrer à la mère comment nourrir un nourrisson avec une tasse***

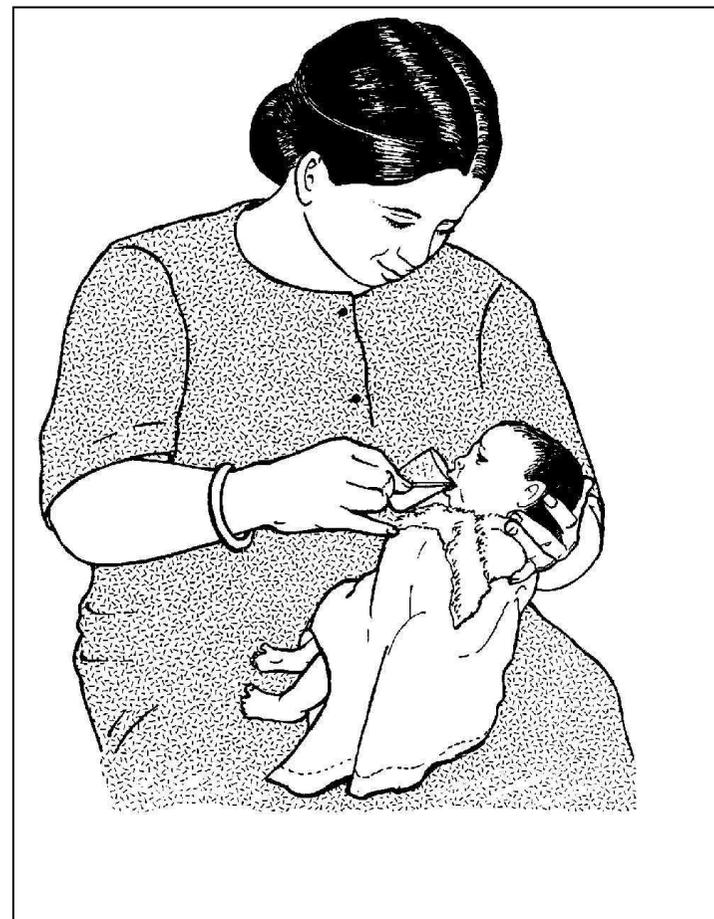
- Mettre une serviette au nourrisson pour protéger ses habits car un peu de lait peut couler.
- Tenir le nourrisson à moitié redressé sur les genoux.
- Mettre une quantité mesurée de lait dans la tasse.
- Tenir la tasse afin qu'elle entre doucement en contact avec la lèvre inférieure du nourrisson.
- Soulever la tasse afin que le lait atteigne les lèvres du nourrisson.
- Laisser le nourrisson boire lui-même.
- Ne pas verser le lait dans la bouche du nourrisson.

Expression manuelle du lait maternel

- a. Placer l'aréole entre le pouce et l'index et presser vers la cage thoracique.
- b. Tenir le sein entre le pouce et l'index et appuyer derrière l'aréole.
- c. Appuyer sur tout le pourtour pour vider le sein.



Alimentation d'un enfant avec du lait maternel exprimé et une tasse



1.3-SUIVI DES SOINS DU NOURRISSON MALADE

➤ **INFECTION BACTERIENNE LOCALE**

Après 2 jours :

- Regarder l'ombilic. Est-il rouge ou suppure-t-il ? La rougeur s'étend-elle à la peau ?
- Regarder les pustules cutanées. Sont-elles nombreuses ou sévères ?
- Regarder les yeux : sont-ils suppurants ?

Traitement :

- **Si le pus ou la rougeur persistent ou s'aggravent**, transférer le nourrisson à l'hôpital.
- **Si le pus et la rougeur se sont améliorés**, dire à la mère de continuer la cotrimoxazole pendant encore 3 jours et de continuer de traiter l'infection locale à domicile.

➤ **HYPOTHERMIE MODEREE**

Après 2 jours:
Evaluer la température du nouveau-né:

- Si elle est **< 36,4°C** ou **> 37,5°C**, **référer le bébé à l'hôpital**
- Si elle est comprise entre **36,5°C** et **37,5°C**, **conseiller la mère sur comment continuer à maintenir le bébé au chaud à domicile.**

➤ **DIARRHEE AVEC OU SANS DESHYDRATATION**

Après 2 jours, *demander* : la diarrhée s'est-elle arrêtée ?

Traitement :

- **Si la diarrhée ne s'est pas arrêtée**, refaire une évaluation complète de l'enfant. Administrer le traitement nécessaire.
- **Si la diarrhée s'est arrêtée**, dire à la mère de continuer à allaiter son enfant de façon exclusive.

SUIVI DES SOINS DU NOURRISSON MALADE

➤ **PROBLÈME D'ALIMENTATION**

Après 2 jours :

Réévaluer l'alimentation. ☞ Voir *Evaluer les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale* ci-dessus.
Poser des questions sur les problèmes d'alimentation notés lors de la première visite.

- Conseiller la mère sur tout problème d'alimentation nouveau ou persistant. Si vous conseillez à la mère d'apporter des changements sensibles à l'alimentation, lui conseiller de revenir pour une nouvelle visite de suivi après 2 jours.
- Si le poids du nourrisson est faible pour son âge, conseiller à la mère de revenir 14 jours après la première visite pour une nouvelle pesée.

Exception :

Si aucune amélioration ne semble prévisible ; ou si le nourrisson a **perdu du poids**, le transférer.

➤ **POIDS FAIBLE POUR L'ÂGE**

Après 14 jours :

Peser le nourrisson et déterminer si son poids est toujours très faible pour son âge.
Réévaluer l'alimentation. ☞ Voir *Evaluer les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale* ci-dessus.

- Si le poids du nourrisson **n'est plus faible pour son âge**, féliciter la mère et l'encourager à continuer.
- Si le poids du nourrisson est **encore faible pour son âge, mais si le nourrisson se nourrit bien**, féliciter la mère. Lui demander de revenir peser son enfant dans un mois ou lorsqu'elle revient pour la vaccination.
- Si le poids du nourrisson est **encore faible pour son âge, et qu'il a toujours un problème d'alimentation**, conseiller la mère sur le problème d'alimentation. Lui demander de revenir dans 14 jours (ou lorsqu'elle revient pour la vaccination, si dans les 2 semaines). Continuer le suivi du nourrisson toutes les 2 semaines jusqu'à ce qu'il se nourrisse bien et gagne du poids régulièrement, ou que son poids ne soit plus faible pour son âge.

Exception :

Si aucune amélioration ne semble prévisible; ou si le nourrisson a **perdu du poids**, le transférer.

➤ **MUGUET**

Après 2 jours :

Rechercher les ulcérations ou plaques blanches dans la bouche (muguet).

Réévaluer l'alimentation. ☞ Voir *Evaluer les problèmes d'alimentation ou de poids faible pour l'âge* ci-dessus.

- Si **le muguet s'est aggravé**, ou si le nourrisson a des **problèmes de succion et de prise du sein**, transférer à l'hôpital.
- Si **le muguet est le même ou a diminué**, et si le nourrisson se **nourrit bien**, continuer le traitement au violet de gentiane (dilué de moitié) pendant 5 jours en tout.

SUIVI DES SOINS DU NOUVEAU-NE MALADE

➤ **TRANSMISSION VIH POSSIBLE**

Après 14 jours:

➤ **Si la mère est séropositive connue au VIH:**

- Évaluer le niveau d'application des conseils donnés à la mère qui allaite au sein.
- Évaluer l'alimentation. > Voir Rechercher *les difficultés d'alimentation*.
- Évaluer le poids du nouveau-né pour son âge :

Si le poids du nouveau-né est faible pour son âge, conseiller la mère sur l'alimentation et lui demander de revenir 14 jours plus tard pour une nouvelle pesée.

- Préparer la famille pour le début de la prophylaxie au cotrimoxazole chez le nourrisson à partir de la 6^{ème} semaine de vie.
- Se référer au guide de prise en charge du VIH/SIDA chez l'adulte et chez l'enfant pour organiser les soins à la mère, à l'enfant et à toute la famille.
- Conseiller la mère sur les grossesses futures, une sexualité sans risque (*préservatif*) et le traitement précoce des Infections Sexuellement Transmissibles.

➤ **Si le statut sérologique VIH de la mère est inconnue**

- Rediscuter de l'avantage d'effectuer un test VIH :
si la mère est consentante, prendre les dispositions pour le test et les visites de suivi.

Exception:

Si aucune amélioration ne semble prévisible; ou si le nouveau-né a **perdu du poids**, référer le nouveau-né.

2-EVALUER ET CLASSER L'ENFANT MALADE AGE DE 2 MOIS A 5 ANS

2.1-EVALUER / CLASSER IDENTIFIER LE TRAITEMENT

DEMANDER A LA MERE QUELS SONT LES PROBLEMES DE L'ENFANT

- Déterminer s'il s'agit d'une première visite ou d'une visite de suivi pour cet épisode.
- * S'il s'agit d'une visite de suivi, utiliser les instructions de suivi décrites dans le tableau *TRAITER L'ENFANT*
- * S'il s'agit d'une première visite, évaluer l'enfant comme suit :

RECHERCHER LES SIGNES GENERAUX DE DANGER

DEMANDER :

- L'enfant est-il capable de boire ou de prendre le sein ?
- L'enfant vomit-il tout ce qu'il consomme ?
- L'enfant a-t-il convulsé ?

OBSERVER :

- Voir si l'enfant est léthargique ou inconscient ?
- Voir si l'enfant convulse actuellement ?

Tout enfant présentant un signe général de danger requiert une action URGENTE ; achever immédiatement l'évaluation et tout traitement pré-transfert, afin de ne pas retarder le transfert. Si l'enfant est en train de convulser, lui dégager les voies aériennes et lui administrer du diazépam. Puis immédiatement après, évaluer, classer et donner les traitements nécessaires avant de le transférer en urgence.

**POUR CLASSER LA MALADIE,
UTILISER TOUS LES CADRES
QUI CORRESPONDENT AUX
SYMPTOMES ET PROBLEMES DE
L'ENFANT**

ENSUITE, POSER DES QUESTIONS SUR LES PRINCIPAUX SYMPTOMES :

L'enfant a-t-il une toux ou des difficultés respiratoires ?

SIGNES

CLASSER

TRAITEMENT

(Les traitements urgents avant transfert sont en caractère gras)

<p>SI OUI, DEMANDER :</p> <ul style="list-style-type: none"> Depuis combien de temps? 	<p>OBSERVER ET ÉCOUTER :</p> <ul style="list-style-type: none"> Compter les respirations par minute. Rechercher un tirage sous-costal. Regarder et écouter si l'enfant a un stridor. 	<p>L'ENFANT DOIT ÊTRE CALME</p>	<p>Classer la TOUX ou les DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tout signe général de danger <u>ou</u> Tirage sous-costal <u>ou</u> Stridor chez un enfant calme 	<p>PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Donner la première dose d'antibiotique approprié. Rechercher une infection à VIH symptomatique probable. Traiter l'enfant pour prévenir l'hypoglycémie. Transférer d'urgence au centre de référence.
<p>Si l'enfant est classé "PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE" <u>ou</u> "PNEUMONIE", en tenir compte dans la classification de l'INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE.</p>	<p>Si l'enfant a :</p> <p>De 2 mois à 12 mois</p> <p>De 12 mois à 5 ans</p>			<p>Une respiration rapide est :</p> <p>50 respiration par minute ou plus</p> <p>40 respirations par minute ou plus</p>	<ul style="list-style-type: none"> Respiration rapide. 	<p>PNEUMONIE</p>
				<ul style="list-style-type: none"> Pas de signe de pneumonie ou de maladie très grave 	<p>PAS DE PNEUMONIE : TOUX OU RHUME</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si la toux dure depuis plus de 21 jours, référer le malade pour bilan Calmer le mal de gorge et la toux avec un remède inoffensif Expliquer à la mère quand revenir immédiatement Revoir dans 5 jours s'il n'y a pas d'amélioration.

- Transférer l'enfant si la prise en charge n'est pas possible localement. Si le transfert n'est pas possible, traiter l'enfant selon les instructions décrites dans *Prise en Charge des Maladies de l'enfant*, traiter l'enfant, annexe : « **lorsque le transfert n'est pas possible** », et Directives OMS pour les soins à l'hôpital.

L'enfant a-t-il la diarrhée actuellement ou a-t-il eu la diarrhée ayant duré 14 jours ou plus au cours des 3 derniers mois ?

SI OUI, OBSERVER ET DEMANDER : PALPER :

- Depuis combien de temps ?
- Observer l'état général de l'enfant :
 - Léthargique ou inconscient ?
 - Agité et irritable ?
- Regarder si les yeux de l'enfant sont enfoncés.
- Offrir à boire à l'enfant. L'enfant :
 - est-il capable de boire ou boit-il difficilement ?
 - boit-il avec avidité, est-il assoiffé ?
- Pincer la peau de l'abdomen. Le pli cutané s'efface-t-il :
 - très lentement (*plus de deux (2) secondes*) ?
 - lentement ?

Si l'enfant est classé DIARRHÉE PERSISTANTE (SEVERE ou non) ou a des ANTECEDENTS DE DIARRHÉE PERSISTANTE (SEVERE ou non), en tenir compte dans la classification de INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE

Pour la DESHYDRATATION

Classer la DIARRHÉE

Et si la diarrhée persiste depuis 14 jours ou plus

Et s'il y a du sang dans les selles

Deux des signes suivants: <ul style="list-style-type: none"> • Léthargique ou inconscient • Yeux enfoncés • Incapable de boire ou boit difficilement • Pli cutané s'efface très lentement. 	DÉSHYDRATATION SÉVÈRE	> Si l'enfant n'a pas d'autre classification grave : - Donner des liquides pour déshydratation sévère (Plan C). ou Si l'enfant a une autre classification grave : - Transférer d'URGENCE au centre de référence, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. - Conseiller à la mère de continuer l'allaitement au sein. > Si l'enfant a 2 ans ou plus et si une épidémie de choléra sévit dans la région, donner un antibiotique pour le choléra.
Deux des signes suivants: <ul style="list-style-type: none"> • Agité, irritable • Yeux enfoncés • Boit avec avidité, assoiffé • Pli cutané s'efface lentement. 	SIGNES ÉVIDENTS DE DÉSHYDRATATION	> Donner liquides et aliments pour signes évidents de déshydratation (Plan B). > Si l'enfant a une autre classification grave : - Transférer d'URGENCE au centre de référence, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. - Conseiller à la mère de continuer l'allaitement au sein. > Donner du Zinc pendant 20 jours. > Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. > Revoir dans 5 jours.
Pas assez de signes pour classer comme signes évidents de déshydratation ou déshydratation sévère.	PAS DE DÉSHYDRATATION	> Donner liquides et aliments pour traiter la diarrhée à domicile (Plan A). > Donner du Zinc pendant 14 jours. > Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. > Revoir dans 5 jours.
• Déshydratation présente.	DIARRHÉE PERSISTANTE SÉVÈRE	> Traiter la déshydratation avant de transférer, à moins que l'enfant n'ait une autre classification grave. > Transférer au centre de référence.
• Pas de déshydratation.	DIARRHÉE PERSISTANTE	> Rechercher une infection à VIH symptomatique probable > Expliquer à la mère comment nourrir un enfant qui a une DIARRHÉE PERSISTANTE. > Donner des multivitamines et des sels minéraux pendant 14 jours > Donner du Zinc pendant 14 jours. > Revoir dans 5 jours.
• Sang dans les selles.	DYSENTERIE	> Traiter pendant 3 jours avec de la ciprofloxacine. > Expliquer à la mère quand revenir immédiatement > Revoir dans 2 jours.

L'enfant a-t-il de la fièvre ?

(Antécédent ou corps chaud au toucher ou température de 38°C ou plus)

SI OUI, DEMANDER :

- Depuis combien de temps?
- Si depuis plus de 7 jours, la fièvre a-t-elle été présente tous les jours ?
- L'enfant émet-il des urines peu abondantes et/ou de couleur coca-cola ?
- L'enfant dort-il sous moustiquaire ?
- Si oui, la moustiquaire est-elle imprégnée d'insecticide ?

OBSERVER ET RECHERCHER :

- une raideur de nuque ou une fontanelle antérieure bombée
- **Des signes de PALUDISME GRAVE*** :
 - troubles du comportement,
 - prostration (incapable de s'asseoir ou de se tenir debout),
 - altération de la conscience,
 - coma,
 - convulsion,
 - détresse respiratoire,
 - choc (*pouls filant ou parfois imprenable, extrémités froides*),
 - urines peu abondantes et/ou de couleur coca-cola,
 - ictère,
 - saignement spontané,
 - anémie grave.
- **Des signes de ROUGEOLE :**
 - **signe de KOPLICK** ou
 - **éruption généralisée** et l'un des signes suivants : **toux, écoulement nasal, ou yeux rouges.**

Si l'enfant a actuellement la rougeole ou l'a eue au cours des 3 derniers mois :

- Regarder s'il y a des ulcérations au niveau de la bouche. Sont-elles profondes et étendues ?
- Regarder s'il y a du pus qui coule des yeux.
- Regarder s'il existe une opacité de la cornée.

* D'autres signes de Paludisme Grave pourront être confirmés si possible localement ou à la formation sanitaire de référence : **Goutte épaisse positive au Plasmodium falciparum, hypoglycémie, acidose.**

Classer la FIEVRE

Si ROUGEOLE actuelle ou au cours des 3 derniers mois, classer :

<ul style="list-style-type: none"> • Tout signe général de danger <u>ou</u> • Raideur de nuque <u>ou</u> • Fontanelle bombée <u>ou</u> • Tout autre signe de paludisme grave 	<p>MALADIE FEBRILE TRES GRAVE OU PALUDISME GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer de la quinine <u>ou</u> de l'artéméther injectable (si contre-indication à la quinine) pour paludisme grave (première dose). ➤ Administrer la première dose d'antibiotique approprié ➤ Administrer du diazépam si l'enfant convulse ➤ TRAITER L'enfant pour éviter l'hypoglycémie. ➤ Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38,5°C ou plus) ➤ Transférer d'URGENCE à l'hôpital.
<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre (antécédents <u>ou</u> corps chaud au toucher <u>ou</u> température de 38° C <u>ou</u> plus). 	<p>PALUDISME SIMPLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer de l'Artéméther-Luméfantrine per os pendant 3 jours ➤ Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la température est de 38.5°C ou plus. ➤ Expliquer à la mère comment faire baisser la température à domicile. ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir l'enfant dans 3 jours si la fièvre persiste. ➤ Si la fièvre a été présente tous les jours depuis plus de 7 jours, référer pour bilan. ➤ Donner des conseils à la mère sur la prévention du paludisme et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
<ul style="list-style-type: none"> • Tout signe général de danger <u>ou</u> • Opacité de la cornée <u>ou</u> • Ulcérations profondes <u>ou</u> étendues dans la bouche 	<p>ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUÉE**</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer de la Vitamine A. ➤ Administrer la première dose d'un antibiotique approprié. ➤ Si opacité de la cornée ou écoulement de pus au niveau des yeux, traiter avec la pommade ophtalmique à la tétracycline. ➤ Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie ➤ Transférer d'URGENCE au centre de référence.
<ul style="list-style-type: none"> • Ecoulement oculaire de pus <u>ou</u> • Ulcérations dans la bouche 	<p>ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS** AUX YEUX ET/OU À LA BOUCHE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer de la Vitamine A. ➤ Administrer du cotrimoxazole. ➤ Si écoulement oculaire de pus, traiter avec la pommade ophtalmique à la tétracycline. ➤ En cas d'ulcération dans la bouche, traiter au violet de gentiane dilué ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir l'enfant dans 2 jours.
<ul style="list-style-type: none"> • Rougeole actuelle (signe de Koplick <u>ou</u> éruption généralisée et l'un des signes suivants : toux, écoulement nasal, yeux rouges) 	<p>ROUGEOLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer de la vitamine A ➤ Administrer du cotrimoxazole ➤ Conseiller la mère sur l'alimentation et l'hygiène ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir l'enfant dans 5 jours.
<ul style="list-style-type: none"> • Rougeole au cours des 3 derniers mois. 	<p>ANTECEDENT DE ROUGEOLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer de la Vitamine A (si l'enfant n'en a pas reçu au cours des 3 derniers mois) ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.

**D'autres complications graves de la rougeole (*pneumonie, stridor, diarrhée, infection de l'oreille, malnutrition*) sont classées dans d'autres tableaux.

L'enfant a-t-il un problème d'oreille ?

<p>SI OUI, DEMANDER :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'enfant a-t-il mal aux oreilles ? ○ Y a-t-il un écoulement ? Si oui, depuis combien de temps ? ● L'enfant a-t-il eu un écoulement d'oreille dans ses antécédents ? 	<p>OBSERVER ET PALPER :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Regarder si du pus coule d'une oreille. ● Rechercher la douleur en appuyant sur la partie antérieure (le tragus) de l'oreille. ● Rechercher un gonflement douloureux derrière l'oreille.
---	---

Classer le **PROBLEME D'OREILLE**

Si l'enfant a actuellement un écoulement d'oreille ou en a eu dans ses antécédents, en tenir compte dans la classification de INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE

<ul style="list-style-type: none"> ● Gonflement douloureux derrière l'oreille 	MASTOÏDITE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner la première dose d'antibiotique approprié. ➤ Donner la première dose de paracétamol ou d'AAS pour calmer la douleur. ➤ Transférer d'URGENCE au centre de référence.
<ul style="list-style-type: none"> ● Ecoulement de pus visible et depuis moins de 14 jours <u>ou</u> ● Douleur à l'oreille. 	INFECTION AIGUË DE L'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner de l'amoxicilline pendant 5 jours. ➤ Donner du paracétamol ou de l'AAS pour calmer la douleur. ➤ Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche. ➤ Apprendre à la mère assécher l'oreille ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ➤ Revoir l'enfant dans 5 jours. ➤ Si écoulement d'oreille actuel ou antécédent d'écoulement d'oreille, rechercher une infection à VIH symptomatique probable.
<ul style="list-style-type: none"> ● Ecoulement de pus visible et depuis 14 jours ou plus. 	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche. ➤ Apprendre à la mère à assécher l'oreille. ➤ Donner du <i>quinolone en gouttes auriculaires</i>. ➤ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➤ Revoir l'enfant dans 5 jours. ➤ Rechercher une infection à VIH symptomatique probable.
<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de douleur à l'oreille <u>et</u> Pas d'écoulement de pus visible. 	PAS D'INFECTION D'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de traitement supplémentaire. - Si antécédent d'écoulement d'oreille, rechercher une infection à VIH symptomatique probable.

ENSUITE. RECHERCHER L'ANÉMIE

OBSERVER ET RECHERCHER :

- la pâleur palmaire. Est-elle :
 - sévère ?
 - légère ?
 - absente ?
- Si pâleur palmaire présente, demander :
 - l'enfant est-il drépanocytaire ?
 - Si oui, rechercher les signes de gravité (ictère, fièvre, crises aiguës et fréquentes, priapisme, douleurs thoraciques)

Classer l'ANÉMIE

<ul style="list-style-type: none"> • Pâleur palmaire sévère <i>ou</i> • drépanocytose et au moins un signe de gravité (ictère, fièvre, crises aiguës et fréquentes, priapisme, douleurs thoraciques) 	ANÉMIE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrer la première dose de Quinine ou d'artéméthér injectable en IM pour traiter le paludisme grave. ➢ Administrer de la vitamine A. ➢ Traiter l'enfant pour prévenir l'hypoglycémie. ➢ Transférer d'URGENCE au centre de référence.
<ul style="list-style-type: none"> • Pâleur palmaire légère 	ANÉMIE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CONSEILLER LA MÈRE ➢ Administrer de l'Artéméthér-Luméfanzine per os pendant trois jours ➢ Administrer du fer et de l'acide folique ➢ Administrer du Mébendazole si l'enfant a 9 mois ou plus et s'il n'en a pas reçu pendant les 3 derniers mois ➢ Donner des conseils à la mère sur la prévention du paludisme et l'utilisation des MII ➢ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ➢ Revoir l'enfant dans 14 jours.
<ul style="list-style-type: none"> • Pâleur palmaire absente 	PAS D'ANÉMIE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrer du mébendazole. ➢ Donner des conseils à la mère sur l'alimentation. ➢ Donner des conseils à la mère sur la prévention du paludisme et l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides ➢ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.

ENSUITE, VERIFIER L'ETAT NUTRITIONNEL

OBSERVER ET PALPER :

- Rechercher un amaigrissement visible et sévère.
- Rechercher des oedèmes au niveau des deux pieds.
- Déterminer le poids pour l'âge

Classer l'ÉTAT NUTRITIONNEL

• Si l'enfant a :

- un amaigrissement visible et sévère, ou
- un poids très faible pour l'âge,
- en tenir compte dans la classification de INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE.

<ul style="list-style-type: none"> • Amaigrissement visible et sévère (P/T < 70%) <i>et/ou</i> • Œdème des deux pieds <i>et/ou</i> • PB < 110mm 	MALNUTRITION SÉVÈRE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrer de la vitamine A. ➢ Rechercher une infection VIH symptomatique ➢ Traiter l'enfant pour prévenir l'hypoglycémie ➢ Rechercher les signes de complication ➢ Si pas de complications donner un aliment thérapeutique ➢ Si complications, Transférer d'URGENCE au centre de Prise en charge de malnutrition sévère avec complications
<ul style="list-style-type: none"> • Poids très faible pour l'âge <i>et/ou</i> • P/T entre 70 à 79,9% <i>et/ou</i> • PB entre 11 et 12,4 cm 	POIDS TRÈS FAIBLE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller à la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CONSEILLER LA MÈRE. - Si problème d'alimentation, revoir l'enfant dans 5 jours. - Donner du mébendazole si l'enfant n'en a pas reçu pendant les 6 mois précédents. ➢ Rechercher une infection à VIH symptomatique probable. ➢ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. ➢ Revoir l'enfant dans 14 jours.
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de poids très faible pour l'âge ou pour la taille 	PAS DE POIDS TRÈS FAIBLE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si l'enfant a moins de 2 ans, évaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller à la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CONSEILLER LA MÈRE Si problème d'alimentation, revoir l'enfant dans 5 jours. ➢ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.

RECHERCHER UNE INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE

DEMANDER

La mère est-elle VIH positive connue ?

Classer

Mère VIH positive connue

TRANSMISSION VIH POSSIBLE

- Débuter le traitement pour les autres classifications
- Donner de la vitamine A.
- **Si l'enfant a 6 semaines**, débiter la prophylaxie au cotrimoxazole et faire un test à l'âge de 18 mois pour déterminer si l'enfant est infecté.
- **Si l'enfant a 18 mois ou plus**, prendre des dispositions pour référer l'enfant pour le conseil et le test, afin de déterminer s'il est infecté.
- Donner des conseils appropriés pour l'alimentation.
- Revoir l'enfant dans 14 jours.

ET

VERIFIER (à l'évaluation - des quatre principaux symptômes et - de l'état nutritionnel) :

- L'enfant a-t-il une PNEUMONIE ?
- L'enfant a-t-il une DIARRHÉE PERSISTANTE actuellement ou a-t-il eu un *épisode prolongé de diarrhée au cours des trois derniers mois* ?
- L'enfant a-t-il un *écoulement d'oreille* actuellement ou l'a-t-il eu dans les antécédents ?
- L'enfant a-t-il un *poids très faible* ?

OBSERVER ET PALPER :

- Des ganglions sur *deux aires ganglionnaires ou plus* :
 - cervicales,
 - axillaires,
 - inguinales ?
- Y a-t-il du *muquet* ?
- Y a-t-il un *gonflement de la parotide* ?
- Y a-t-il une *dermatose généralisée* ?

Classer

Si le test est disponible

Si le test n'est pas disponible

• Trois signes

INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE

- Débuter le traitement pour les autres classifications.
- Donner de la vitamine A
- Si l'enfant a 6 semaines, débiter la prophylaxie par le cotrimoxazole et faire un test à l'âge de 18 mois pour déterminer si l'enfant est infecté.
- **Si l'enfant a 18 mois ou plus**, prendre des dispositions pour référer l'enfant pour le conseil et le test afin de déterminer s'il est infecté.
- Donner des conseils appropriés pour l'alimentation
- Revoir l'enfant dans 14 jours.

• Deux signes ou moins

INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE PEU PROBABLE

- Débuter le traitement pour les autres classifications.
- Pas d'interventions spécifiques pour le VIH.

• Quatre signes

INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE

- Débuter le traitement pour les autres classifications
- Donner de la vitamine A
- Traiter l'enfant pour une infection à VIH symptomatique. Si l'enfant a 6 semaines, débiter la prophylaxie au cotrimoxazole et référer à l'âge de 18 mois pour faire le test et déterminer si l'enfant est infecté.
- Si l'enfant a 18 mois ou plus, prendre des dispositions pour référer l'enfant pour le conseil et le test afin de déterminer s'il est infecté.
- Evaluer l'alimentation de l'enfant et si nécessaire, donner des conseils appropriés pour l'alimentation.
- Conseiller la mère sur les soins à domicile.
- Revoir l'enfant dans 14 jours.

• Trois signes ou moins

INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE PEU PROBABLE

- Débuter le traitement pour les autres classifications.
- Pas d'interventions spécifiques pour le VIH.

ENSUITE, VERIFIER L'ETAT VACCINAL et LA DATE DE LA DERNIERE PRISE DE LA VITAMINE A

PENTAVALENT A ACTUALISER

CALENDRIER DE VACCINATION :	AGE	VACCINS		DOSE DE LA VITAMINE A (à donner si nécessaire)				
	Naissance	BCG	Polio0	0 pour le bébé, mais <u>200 000 à la mère VIH-négative à l'accouchement</u>				
			6 semaines	DTC1	Polio1	Hep1	HIB1	50 000
			10 semaines	DTC2	Polio2	Hep2	HIB2	50 000
			14 semaines	DTC3	Polio3	Hep3	HIB3	50 000
			9 mois	Antirougeoleux	Antiamaril	100 000		
	1 à 2 ans	-		1 ^{ère} dose : 200 000 et, 4 à 6 mois plus tard, 2 ^{ème} dose : 200 000				
	2 à 3 ans	-		1 ^{ère} dose : 200 000 et, 4 à 6 mois plus tard, 2 ^{ème} dose : 200 000				
	3 à 4 ans	-		1 ^{ère} dose : 200 000 et, 4 à 6 mois plus tard, 2 ^{ème} dose : 200 000				
	4 à 5 ans	-		1 ^{ère} dose : 200 000 et, 4 à 6 mois plus tard, 2 ^{ème} dose : 200 000				

ÉVALUER LES AUTRES PROBLÈMES DE L'ENFANT
et
VÉRIFIER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA MÈRE

VEILLER A CE QUE L'ENFANT AYANT UN SIGNE QUELCONQUE DE DANGER OU DE PALUDISME GRAVE SOIT TRANSFERE après l'administration :

- de la première dose d'antibiotique approprié et
- des autres traitements urgents.

Exception : En cas de déshydratation sévère, la réhydratation de l'enfant selon le plan C peut éliminer les signes de danger, si bien que le transfert n'est plus nécessaire.

2.2-TRAITER L'ENFANT

SUIVRE LES ETAPES DE TRAITEMENT INDIQUEES AU TABLEAU *EVALUER ET CLASSER*

APPRENDRE À LA MÈRE À ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE À DOMICILE

▪ Suivre les instructions ci-dessous pour chaque médicament à administrer par voie orale à domicile.

• Suivre également les instructions du tableau de dosage de chaque médicament.

1. Déterminer les médicaments et doses appropriés selon l'âge ou le poids de l'enfant.
2. Expliquer à la mère pourquoi l'enfant a besoin du médicament.
3. Montrer comment mesurer une dose.
4. Observer la mère pendant qu'elle mesure une dose.
5. Demander à la mère de donner la première dose à l'enfant.
6. Expliquer en détails comment donner le médicament, puis mettre le médicament dans un sachet ou un cornet et inscrire le nom du médicament sur le sachet ou le cornet.
7. Si plusieurs médicaments sont donnés, rassembler, compter et mettre les médicaments chacun dans un cornet différent.
8. Expliquer que tous les médicaments (comprimés ou sirops) doivent être pris jusqu'à la fin du traitement, même si l'enfant se porte mieux.
9. S'assurer que la mère a bien compris avant qu'elle ne quitte le dispensaire.

- **Administrer un antibiotique approprié par voie orale**
 ➤ **POUR LA *PNEUMONIE, L'INFECTION AIGUE DE L'OREILLE OU MALADIE FEBRILE TRES GRAVE OU PALUDISME GRAVE***

ANTIBIOTIQUE DE PREMIERE INTENTION : AMOXICILLINE

ANTIBIOTIQUE DE SECONDE INTENTION : ERYTHROMYCINE

POIDS ou AGE	AMOXICILLINE Administrer 3 fois par jour pendant 5 jours (100 mg/kg/jour)		ERYTHROMYCINE Administrer 2 fois par jour pendant 5 jours (30 à 50 mg/kg/jour)	
	Comprimé 250 mg	Sirop 125 mg / c.m. (5 ml)	Comprimé 250 mg	Sirop 125 mg / c.m. (5 ml)
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1/2 cp	1 c.m. 1/2	1/2 cp	1 c.m.
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1 cp	2 c.m.	1 cp	2 c.m.
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	1 1/2 cp	3 c.m.	1 cp 1/2	3 c.m.
13 à <18 kg (30 mois à 5 ans)	2 cp	4 c.m. 1/2	2 cp	4 c.m.

- **POUR LA *DYSENTERIE***

Administrer pendant 3 jours l'antibiotique recommandé pour la shigellose au Togo : CIPROFLOXACINE

POIDS ou AGE	CIPROFLOXACINE Administrer 2 fois par jour pendant 3 jours (15 mg/kg x 2 par jour pendant 3 jours)
	Comprimé 250 mg
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1/4 cp
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1/2 cp
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	3/4 cp
13 à <18 kg (30 mois à 5 ans)	1 cp

- **POUR LE *CHOLERA***

Administrer pendant 3 jours l'antibiotique recommandé pour la choléra dans la région.

ANTIBIOTIQUE DE PREMIERE INTENTION POUR LE CHOLERA : DOXYCYCLINE ou TETRACYCLINE chez l'enfant

POIDS ou AGE	DOXYCYCLINE	TETRACYCLINE Administrer 4 fois par jour pendant 3 jours Comprimé 250 mg	ERYTHROMYCINE Administrer 4 fois par jour pendant 3 jours	
			Comprimé 250 mg	Sirop 125 mg / c.m. (5ml)
< 6 kg (2 mois à 4 mois)			1/4 cp	1/2 c.m.
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)		1/2 cp	1/2 cp	1 c.m.
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)		3/4 cp	3/4 cp	1 c.m. 1/2
13 à <18 kg (30 mois à 5 ans)		1 cp	1 cp	2 c.m.

APPRENDRE À LA MÈRE À ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE À DOMICILE

Suivre les instructions ci-dessous pour chaque médicament à donner par voie orale à domicile. Suivre également les instructions du tableau de dosage de chaque médicament

➤ Administrer un antipaludique par voie orale

Celui recommandé au Togo est l'**Artéméther-Luméfantrine (AM-LM)**

Artéméther (AM)-Luméfantrine (LM)

1 COMPRIME = 20 mg AM et 120 mg LM

POIDS <u>ou</u> (AGE)	Administrer <u>matin et soir par jour</u> pendant 3 jours		
	Jour 1	Jour 2	Jour 3
6 mois à 3 ans (5 - ≤ 14 kg)	1 cp	1 cp	1 cp
4 ans à 5 ans (15 - ≤ 24 kg)	2 cp	2 cp	2 cp

- En alternative on propose l'**Artésunate-Amodiaquine (AS-AQ)**

Artésunate (AS) + Amodiaquine (AQ)

Administrer une fois par jour AS + AQ (libre) ou AS-AQ (fixe) pendant 3 jours

POIDS <u>ou</u> (AGE)	Combinaison <u>libre</u> AS et AQ en comprimé <u>séparé</u>			POIDS <u>ou</u> (AGE)	Combinaison <u>fixe</u> AS et AQ en comprimé <u>unique</u>	
	AS (4mg/kg)	AQ (10 mg/kg)			Dosage Comprimé AS-AQ	Posologie
	1cp=50 mg base	1cp=153 mg base	1cp=200 mg base			
5 - 9 kg (5 à 11mois)	1/2 cp/jour	1/2 cp/jour	1/2 cp/jour	4,5 - 8 kg (2 à 11mois)	25 mg / 67,5 mg	1 cp/jour
10 - ≤ 24 kg (1 à 5 ans)	1 cp/jour	1 cp/jour	1 cp/jour	9 - ≤ 17 kg (1 à 5 ans)	50 mg / 135 mg	1 cp/jour

➤ Administrer de la Vitamine A

- Administrer deux doses.
 - Administrer la première dose au centre de santé.
 - Remettre une dose à la mère pour administration à domicile le lendemain.

AGE	Dose de <u>vitamine A</u> à administrer	
	Capsule de 100.000 UI	Capsule de 200.000 UI
de 6 semaines à 6 mois	1/2 capsule	
6 mois à 12 mois	1 capsule	1/2 capsule
12 mois à 5 ans	2 capsules	1 capsule

➤ Administrer du fer et de l'acide folique

- Administrer une dose par jour pendant 14 jours.

POIDS <u>ou</u> AGE	FER/FOLATE EN COMPRIMÉS Fer sulfate 200 mg et Folate 250 µg (60 mg de Fer-élément)	FER EN SIROP Fer fumarate 100 mg par 5 ml (20 mg Fer-élément par ml)
< 6 kg (2 mois à 4 mois)		1.00 ml (< ¼ cuillère à café)
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)		1.25 ml (¼ cuillère à café)
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	½ comprimé	2.00 ml (½ cuillère à café)
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	½ comprimé	2.5 ml (½ cuillère à café)

➤ Administrer du mébendazole ou de l'albendazole

- Administrer au dispensaire en une seule dose, à l'enfant ayant 9 mois ou plus, et n'ayant reçu aucune dose pendant les trois mois précédents :
 - Mébendazole : 500 mg ou
 - Albendazole : 200 mg (à l'enfant de 9 à 24 mois) ou 400 mg (à l'enfant de 24 mois ou plus).

- Administrer des multivitamines et des aliments riches en vitamines et en sels minéraux pour la **diarrhée persistante**, administrer tous les jours un comprimé de multivitamines et des aliments riches en sels minéraux pendant 14 jours.

➤ Administrer du paracétamol ou de l'acide acétyl salicylique (AAS) pour **fièvre (38,5°C ou plus) et/ou douleurs d'oreille**

- Administrer le paracétamol ou l'AAS toutes les 6 heures jusqu'à ce que la fièvre et/ou la douleur de l'oreille disparaissent.

POIDS <u>ou</u> AGE	PARACETAMOL			ACIDE ACÉTYL SALICYLIQUE (AAS)	
	Sirop 125 mg/c.m.	Comprimé 100 mg	Comprimé 500 mg	Comprimé 100 mg	Comprimé 500 mg
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1/2 c.m.	3/4 cp		1/2 cp	
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1 c.m.	1 cp 1/4	1/4 cp	1 cp	1/4 cp
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)		1 cp 3/4	1/2 cp	1 cp 1/2	1/2 cp
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)		2 cp 1/2	3/4 cp	2 cp	3/4 cp

➤ **TRAITER L'ENFANT AYANT UNE INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE**

1. Dépister et traiter précocement la maladie.
2. Surveiller la courbe de poids et encourager la mère à donner fréquemment des aliments hypercaloriques.
3. Administrer de la vitamine A.
4. **Administrer du cotrimoxazole tous les jours.**

POIDS <u>ou</u> AGE	COTRIMOXAZOLE Donner 30 mg / kg en prise unique chaque jour	
	SIROP 40 mg Triméthoprimine + 200 mg Sulfaméthoxazole par 5 ml de cuiller-mesure (c.m.)	COMPRIME ADULTE 80 mg Triméthoprimine + 400 mg Sulfaméthoxazole
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1/2 c.m.	1/4 cp
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1 c.m.	1/2 cp
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	1 c.m. 1/2	3/4 cp
13 à ≥18 kg (30 mois à 5 ans)	2 c.m.	1 cp

5. **Administrer ce traitement, chaque jour à partir de l'âge de 6 semaines.**
6. N'interrompre ce traitement que *si la séronégativité est prouvée..*
7. Rechercher et traiter un muguet.
8. Observer le calendrier vaccinal mais éviter le BCG.
9. Revoir l'enfant dans 14 jours, puis tous les mois.

APPRENDRE À LA MÈRE À TRAITER LES INFECTIONS LOCALES À DOMICILE

1. Expliquer à la mère le traitement et pourquoi il doit être donné.
2. Décrire les étapes du traitement énumérées dans le cadre approprié.
3. Observer la mère pendant qu'elle donne le premier traitement au centre de santé (sauf les remèdes pour la toux ou les douleurs de gorge).
4. Expliquer à la mère combien de fois le traitement doit être administré à domicile.
5. Si nécessaire pour le traitement à domicile, donner à la mère le tube de pommade tétracycline ou un petit flacon de violet de gentiane.
6. S'assurer que la mère a bien compris avant qu'elle ne quitte le Centre de Santé.

➤ **Traiter une infection de l'œil avec une pommade ophtalmique à la tétracycline**

- Nettoyer les deux yeux, 3 fois par jour
 - Se laver les mains.
 - Demander à l'enfant de fermer les yeux.
 - Essuyer doucement le pus à l'aide d'un tissu propre et humide.
 - Ensuite, appliquer la pommade à la tétracycline dans les deux yeux, 3 fois par jour.
 - Demander à l'enfant de regarder vers le haut.
 - Appliquer une petite quantité de pommade à l'intérieur de la paupière inférieure.
 - Se laver les mains à nouveau.
 - Traiter jusqu'à ce que la rougeur disparaisse.
 - Ne pas utiliser d'autre pommade ou collyre.
 - Ne rien mettre d'autre dans les yeux.
- NB : autres alternative

Autres alternatives :

- solution de polyvidone iodé à 2% et
- rifamycine collyre

➤ **Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche**

- Assécher l'oreille au moins 3 fois par jour.
 - Se laver les mains
 - Rouler en forme de mèche un tissu propre et absorbant ou du papier doux et résistant.
 - Placer la mèche dans l'oreille de l'enfant.
 - Retirer la mèche quand elle est humide.
 - Remplacer la mèche par une autre mèche propre et répéter la procédure jusqu'à ce que la mèche soit sèche.
 - Ne rien mettre d'autre dans les oreilles (huile, etc...)
 - se laver les mains à nouveau.

➤ **Traiter les ulcérations de la bouche au violet de gentiane**

- Traiter les ulcérations de la bouche deux fois par jour.
 - Se laver les mains.
 - Nettoyer la bouche de l'enfant avec un tissu propre et doux, roulé autour du doigt et imprégné d'eau salée.
 - Badigeonner la bouche avec un tissu propre et doux roulé autour du doigt et imprégné de violet de gentiane (dilué de moitié).
 - Se laver les mains à nouveau

Ne pas utiliser la solution reconstituée au-delà de 15 jours.

➤ **Calmer la douleur de gorge et la toux avec un remède inoffensif**

- Remèdes inoffensifs recommandés :
 - Lait maternel, pour les nourrissons exclusivement allaités au sein.
 - Miel, citron
- Remèdes dangereux à déconseiller :
 - Tous les sirops antitussifs.

ADMINISTRER LES TRAITEMENTS CI-DESSOUS UNIQUEMENT AU CENTRE DE SANTE

1. Expliquer à la mère pourquoi le médicament est administré.
2. Déterminer la dose appropriée en fonction du poids de l'enfant (ou de l'âge).
3. Utiliser une aiguille et une seringue stériles. Mesurer la dose avec précision.
4. Injecter le médicament en intramusculaire (IM).
5. Si l'enfant ne peut pas être transféré, suivre les instructions données.

➤ Administrer de la quinine pour le paludisme grave

POUR LES ENFANTS A TRANSFERER, CLASSER "MALADIE FEBRILE TRES GRAVE ou PALUDISME GRAVE":

- Vérifier quel type de quinine est disponible au centre de santé.
- Administrer la première dose de quinine en intramusculaire et transférer l'enfant d'urgence au centre de référence.

SI LE TRANSFERT EST IMPOSSIBLE.

- Administrer la première dose de quinine en intramusculaire.
- Laisser l'enfant allongé pendant une heure.
- Répéter l'injection de quinine 12 heures plus tard, les injections de quinine en IM seront répétées toutes les 12 heures jusqu'à ce que l'enfant puisse prendre la quinine par voie orale. Ne pas continuer la quinine pendant plus d'une semaine.

POIDS <u>ou</u> AGE	QUININE EN INTRAMUSCULAIRE Dose : 15 mg/kg/12 heures (<i>sels de quinine</i>) Diluer l'ampoule de 300 mg (1 ml) avec 5 ml d'eau distillée ; ce qui donne une concentration de 50 mg (<i>sels de quinine</i>) par ml
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1,5 ml = 75 mg
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	2,5 ml = 125 mg
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	3,5 ml = 175 mg
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	5 ml = 250 mg

N.B. : pour avoir 50 mg de sels de quinine par ml, il faut diluer comme suit :

Quinine dihydro : 600 mg (2ml) avec 10 ml d'eau distillée ou 300 mg (1ml) avec 5 ml d'eau distillée ;

Quinine résorchine : 400 mg (4ml) avec 4 ml d'eau distillée ou 200 mg (2 ml) avec 2 ml d'eau distillée.

➤ Si contre-indication à la quinine, administrer de l'Artéméther en intramusculaire

- Administrer 3,2 mg/kg d'artéméther le 1^{er} jour et transférer d'urgence
- **SI LE TRANSFERT EST IMPOSSIBLE :**
 - Administrer 1,6 mg/kg d'artéméther par jour du 2^{ème} au 7^{ème} jour en IM.
 - A partir du 5^{ème} jour, l'artéméther injectable peut être remplacé par les CTA pour achever le traitement de 7 jours.

Voir posologie par tranche d'âge de l'artéméther ci-contre

* Sels de quinine



➤ Administrer un antibiotique en intramusculaire

POUR LES ENFANTS A TRANSFERER D'URGENCE ET QUI NE PEUVENT PAS PRENDRE D'ANTIBIOTIQUE PAR VOIE ORALE :

- Administrer la première dose de chloramphénicol en intramusculaire
- Transférer d'urgence l'enfant au centre de référence.

SI LE TRANSFERT EST IMPOSSIBLE :

- Répéter l'injection de chloramphénicol toutes les 12 heures pendant 5 jours.
- Ensuite, remplacer le traitement par un antibiotique adapté par voie orale pour compléter les 10 jours de traitement.

POIDS <u>ou</u> AGE	CHLORAMPHÉNICOL Dose : 50 mg par kg Ajouter 4,5 ml d'eau stérilisée au flacon contenant 1000 mg = 5 ml à 200 mg/ml
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	1 ml = 200 mg
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	2 ml = 400 mg
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	3 ml = 600 mg
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	4 ml = 800 mg

➤ EN CAS DE SUSPICION DE MENINGITE LORS D'UNE EPIDEMIE DE MENINGITE

- utiliser le chloramphénicol huileux (flacon de 500 mg/2 ml) à la dose de 100mg/kg en une fois
- injecter en deux (2) endroits différents du corps.

POIDS <u>ou</u> AGE	CHLORAMPHÉNICOL Dose : 100mg/kg en une fois (500mg = 2 ml)
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	2 ml = 500 mg
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	3 ml = 750 mg
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	5 ml = 1250 mg
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)	7 ml = 1750 mg

ADMINISTRER DE L'ARTEMETHER EN INTRAMUSCULAIRE (suite et fin)

POIDS <u>ou</u> AGE	1 ^{er} jour 3,2 mg/kg		Du 2 ^e au 7 ^e jour 1,6 mg/kg	
	Ampoule de 20 mg/ml	Ampoule de 40 mg/ml	Ampoule de 20 mg/ml	Ampoule de 40 mg/ml
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	0,8 ml	0,4 ml	0,4 ml	0,2 ml
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1ml	0,5 ml	0,5 ml	0,3 ml
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	1,8 ml	1 ml	1ml	0,5 ml
13 à < 18 kg (30 mois à 5 ans)		1,5 ml	1,5ml	0,8 ml

Arrêter les convulsions avec du diazépam

Dégager les voies respiratoires

- Placer l'enfant sur le côté, tête en extension
- Ne rien mettre dans sa bouche.
- Si les lèvres et la langue sont bleuâtres, ouvrir la bouche pour s'assurer que les voies respiratoires sont libres.
- Si besoin, aspirer les sécrétions de la gorge avec une sonde introduite par la narine.

Administer le diazépam par voie rectale

- Aspirer la quantité de diazépam nécessaire dans une seringue
- Rajouter 1 à 2 ml d'eau
- Retirer l'aiguille de la seringue
- Administrer par voie intrarectale le médicament
- Tenir les fesses serrées pendant quelques minutes
- Si rejet immédiat de la solution, répéter l'administration intrarectale.

POIDS <u>ou</u> AGE	DIAZEPAM A ADMINISTRER PAR <u>VOIE RECTALE</u> Solution de 10 mg/2ml Dose : 0,5 mg/kg
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	0,5 ml
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	1 ml
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	1,25 ml
13 à <18 kg (30 mois à 5 ans)	1,5 ml

* Si fièvre : - abaisser la température,
- procéder à un enveloppement humide de l'enfant.

* Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie comme indiqué ci-contre.

➤ Administrer de l'Acide Acétyl Salicylique en intramusculaire (AAS)

- Administrer toutes les 6 heures une dose de 15 mg/kg de SALICYLATE DE LYSINE (AAS)

POIDS <u>ou</u> AGE	Diluer le flacon de 1g de A.A.S avec 4 ml d'eau stérile pour obtenir une concentration de 250 mg/ml
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	0,3 ml
6 à < 9 kg (4 mois à 12 mois)	0,4 ml
9 à < 13 kg (12 mois à 30 mois)	0,7 ml
13 à <18 kg (30 mois à 5 ans)	0,9 ml

➤ Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie

➤ Si l'enfant est capable de téter :

- Demander à la mère d'allaiter l'enfant.

➤ Si l'enfant est incapable de téter mais est capable d'avaler :

- Administrer du lait exprimé ou un substitut de lait maternel. Si ni l'un ni l'autre n'est disponible, administrer de l'eau sucrée.
- Administrer 30 à 50 ml de lait ou d'eau sucrée avant le départ.

NB : Pour faire de l'eau sucrée, dissoudre quatre (4) carreaux de sucre (20 grammes) dans une tasse de 200 ml d'eau propre.

➤ Si l'enfant est incapable d'avaler :

- Administrer 50 ml de lait ou d'eau sucrée par sonde nasogastrique.

POUR LA DIARRHÉE, DONNER PLUS DE LIQUIDES ET CONTINUER L'ALIMENTATION

(Voir conseils sur l'ALIMENTATION au tableau CONSEILLER LA MÈRE)

➤ Plan A : Traiter la diarrhée à domicile

Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile :

1. Donner davantage de liquides,
2. Donner du Zinc,
3. Continuer l'alimentation, et
4. Quand revenir.

1. DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES (autant que l'enfant veut bien prendre)

➤ EXPLIQUER À LA MÈRE :

- Qu'il faut allaiter plus fréquemment au sein et prolonger la durée de la tétée..
- Que si l'enfant est nourri uniquement 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 nourri uniquement au sein, il faut lui donner une ou plusieurs fois : solution de SRO, aliments liquides (koko, zogbon, eau de riz, yaourt liquide), ou eau propre.

Il est crucial de donner une solution de SRO à domicile si :

- l'enfant était sous traitement pour plan B ou C pendant la visite.
- l'enfant ne peut pas être ramené au centre de santé quand la diarrhée pour aggrave.

➤ APPRENDRE À LA MÈRE À MÉLANGER ET À ADMINISTRER LA SOLUTION SRO. DONNER À LA MÈRE 2 SACHETS DE SOLUTION SRO À UTILISER À DOMICILE.

➤ MONTRER À LA MÈRE LA QUANTITE DE LIQUIDE A DONNER EN PLUS DE LA CONSOMMATION NORMALE :

Jusqu'à 2 ans, 50 à 100 ml après chaque selle liquide, soit 1/4 à 1/2 verre bambou
2 ans et plus, 100 à 200 ml après chaque selle liquide, soit 1/2 à 1 verre bambou

Expliquer à la mère qu'un verre bambou = 200 ml et qu'il faut :

- 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 DU ZINC

➤ EXPLIQUER À LA MÈRE LA DOSE DE ZINC À DONNER :

Jusqu'à 6 mois : 1/2 comprimé par jour pendant 14 jours

7 mois ou plus : 1 comprimé par jour pendant 14 jours

➤ APPRENDRE À LA MÈRE À DONNER DU ZINC :

Nourrissons : dissoudre le comprimé dans une cuiller avec un peu du lait maternel, de SRO ou d'eau propre.

Enfants plus âgés : les comprimés peuvent être mâchés ou dissous dans une cuiller avec un peu d'eau.

➤ RAPPELER À LA MÈRE DE DONNER LE ZINC PENDANT 14 JOURS

3. CONTINUER L'ALIMENTATION

4. QUAND REVENIR

} Voir tableau
CONSEILLER LA MÈRE

➤ Plan B : Traiter les signes évidents de déshydratation avec une solution de SRO

Administrer, au centre de santé et sur une période de 4 heures, la quantité de solution de SRO recommandée

➤ DÉTERMINER LA QUANTITÉ DE SRO À ADMINISTRER PENDANT LES 4 PREMIÈRES HEURES.

* N'utiliser l'âge de l'enfant que si son poids n'est pas connu. La quantité approximative de solution de SRO nécessaire (en ml) peut aussi être calculée en multipliant le poids de l'enfant (en kg) par 75.

ÂGE*	Jusqu'à 4 mois	de 4 mois à 12 mois	de 12 mois à 2 ans	de 2 ans à 5 ans
POIDS	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - 19 kg
En ml	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

- Si l'enfant veut davantage de solution de SRO, lui en donner plus.
- Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner également 100 - 200 ml d'eau propre pendant cette période.

➤ MONTRER À LA MÈRE COMMENT DONNER LA SOLUTION DE SRO.

- Faire boire fréquemment l'enfant à la tasse, par petites gorgées.
- Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.
- Vérifier la prise de SRO
- Continuer à allaiter au sein fréquemment

➤ APRÈS 4 HEURES:

- Réexaminer l'enfant et classer la déshydratation.
- Choisir le plan approprié pour continuer le traitement.
- Commencer à alimenter l'enfant au centre de santé.
- Donner du Zinc dès que l'enfant est capable de boire et apprendre à la mère à donner du Zinc.

➤ SI LA MÈRE DOIT PARTIR AVANT LA FIN DU TRAITEMENT:

- Lui montrer comment préparer la solution de SRO à domicile.
- Lui montrer combien de SRO elle doit donner pour finir le traitement de 4 heures à domicile.
- Lui donner assez de sachets de SRO pour terminer le traitement de réhydratation. Lui donner également 2 sachets, comme recommandé dans le Plan A.
- Expliquer les 4 règles du traitement à domicile :

1. Donner davantage de liquides,
2. Donner du Zinc,
3. Continuer l'alimentation, et
4. Quand revenir.

} Voir Plan A pour les liquides recommandés et Voir tableau CONSEILLER LA MÈRE

POUR LA DIARRHÉE, DONNER PLUS DE LIQUIDES ET CONTINUER L'ALIMENTATION

(Voir conseils sur l'ALIMENTATION au tableau CONSEILLER LA MÈRE)

Plan C : Traiter rapidement la déshydratation sévère.

- SUIVRE LES FLECHES. SI LA RÉPONSE EST "OUI" FAIRE CE QUI EST INDICÉ À DROITE. SI LA RÉPONSE EST "NON" PASSER À LA QUESTION SUIVANTE :

COMMENCER ICI

Etes-vous en mesure de placer immédiatement une perfusion intraveineuse (IV) ?

OUI

Commencer immédiatement la perfusion intraveineuse. Si l'enfant est capable de boire, lui donner une solution de SRO par voie orale pendant que la perfusion est mise en place. Donner 100 ml/kg de solution de Ringer au lactate (ou si elle n'est pas disponible, une solution salée isotonique) comme suit :

AGE	Donner d'abord 30 ml/Kg en :	Puis donner 70 ml/Kg en :
Nourrissons (moins de 12 mois)	1 heure*	5 heures
Enfants (12 mois à 5 ans)	30 minutes*	2 ½ heures

* Renouveler une fois si le pouls est encore très faible ou imperceptible.

- Réexaminer l'enfant toutes les 1-2 heures. Si l'hydratation ne s'améliore pas, accélérer la perfusion.
- Donner également une solution de SRO (environ 5 ml/kg/h) aussitôt que l'enfant est capable de boire (normalement après 3-4 heures pour les nourrissons ou 1-2 heures pour les enfants).
- Réexaminer un nourrisson après 6 heures et un enfant après 3 heures. Classifier la déshydratation. Ensuite, choisir le plan approprié (A, B ou C) pour continuer le traitement.

NON

Le traitement IV est-il disponible dans les environs (dans les 30 minutes) ?

OUI

- Transférer d'URGENCE à l'hôpital pour perfusion intraveineuse.
- Si l'enfant est capable de boire, donner à la mère une solution de SRO et lui apprendre à en donner fréquemment des gorgées à l'enfant en cours de route.

NON

Etes-vous formés pour utiliser une sonde nasogastrique pour la réhydratation ?

OUI

- Commencer la réhydratation à l'aide d'une sonde (ou par voie orale) et la solution de SRO : administrer 20 ml/kg/h pendant 6 heures (total : 120 ml/kg).
- Réexaminer l'enfant toutes les 1-2 heures.
- En cas de vomissement répétés ou de distension abdominale. Administrer le liquide plus lentement.
- Si l'hydratation n'améliore pas l'état de l'enfant après 3 heures, transférer l'enfant pour perfusion intraveineuse
- Après 6 heures, réévaluer l'enfant, classifier la déshydratation. Ensuite, choisir le plan approprié (A, B, ou C) pour continuer le traitement.

NON

Est-ce que l'enfant est capable de boire ?

NON

Transférer d'URGENCE à l'hôpital pour perfusion intraveineuse ou traitement nasogastrique

REMARQUE :

Si possible : garder l'enfant en observation pendant 6 heures au moins après la réhydratation pour s'assurer que la mère peut maintenir l'hydratation en administrant à l'enfant la solution de SRO par voie orale.

VACCINER TOUT ENFANT MALADE,
ET
LUI DONNER DE LA VITAMINE A
SI NECESSAIRE

2.3-SUIVI DES SOINS

- Soigner l'enfant ramené au centre de santé pour une visite de suivi, en utilisant tous les cadres qui correspondent aux classifications précédentes de l'enfant.
- Si l'enfant présente un nouveau problème, évaluer, classer et traiter le nouveau problème comme indiqué au tableau *EVALUER ET CLASSER*.

➤ PNEUMONIE

Après 2 jours :

Rechercher les signes généraux de danger (Voir tableau EVALUER & CLASSER).

Demander :

- L'enfant respire-t-il plus lentement ?
- La fièvre est-elle moins élevée ?
- L'enfant se nourrit-il mieux ?

Evaluer l'enfant pour *toux et difficultés respiratoires* (Voir tableau EVALUER & CLASSER).

Traitement :

- Si **tirage ou signe général de danger**, administrer une dose d'amoxicilline ou du chloramphénicol en intramusculaire. Ensuite, transférer d'URGENCE au centre de référence.
- Si **la respiration, la fièvre et la prise d'aliments sont les mêmes**, changer le traitement pour l'amoxicilline ou l'érythromycine et conseiller à la mère de revenir dans 2 jours ou transférer. Si l'enfant a eu la rougeole au cours des 3 derniers mois, ou si aucun des 2 antibiotiques n'est disponible, transférer.
- Si **la respiration est plus lente, la fièvre est moins élevée ou l'alimentation s'est améliorée**, terminer le traitement de 5 jours par l'amoxicilline.

➤ DIARRHÉE PERSISTANTE (avec ou sans déshydratation)

Après 5 jours :

Demander :

- La diarrhée s'est-elle arrêtée ?
- Combien de selles liquides l'enfant a-t-il chaque jour ?

Traitement :

- Si **la diarrhée ne s'est pas arrêtée (l'enfant a encore 3 selles liquides ou plus par jour)**, refaire une évaluation complète de l'enfant. Donner le traitement nécessaire. Puis transférer l'enfant au centre de référence pour diarrhée persistante.
- Si **la diarrhée s'est arrêtée (l'enfant a moins de 3 selles liquides par jour)**, dire à la mère de suivre les conseils d'alimentation appropriés pour l'âge de l'enfant.
- Dire à la mère de donner un repas supplémentaire pendant 2 semaines en cas de diarrhée persistante et de continuer par donner des multivitamines et des aliments riches en sels minéraux.

➤ DYSENTERIE

Après 2 jours :

Evaluer l'enfant pour la *diarrhée*

Demander :

- Les selles sont-elles moins nombreuses ?
- Les selles contiennent-elles moins de sang ?
- La fièvre est-elle moins élevée ?
- Les douleurs abdominales sont-elles moins prononcées ?
- L'enfant se nourrit-il mieux ?

Traitement :

- Si l'enfant est **déshydraté**, traiter la déshydratation.
- Si **le nombre de selles, la quantité de sang dans les selles, la fièvre, les douleurs abdominales ou l'alimentation sont les mêmes ou se sont aggravés et si l'enfant ne se nourrit pas** :
 - Vérifier la prise effective et correcte de ciprofloxacine
 - Apporter les éventuels correctifs nécessaires pose éventuellement de 3 jours
 - Conseiller à la mère de revenir dans 2 jours.Si après 2 jours il n'y a pas d'amélioration, remplacer le ciprofloxacine par du métronidazole.

Exceptions

Si l'enfant :

- a moins de 12 mois, OU
- était déshydraté lors de la première visite, OU
- a eu la rougeole au cours des 3 derniers mois

Transférer
l'enfant au
centre de
référence

- Si **le nombre de selles, la quantité de sang dans les selles, la fièvre, les douleurs abdominales sont moindres et si l'alimentation s'est améliorée**, continuer à administrer le même antibiotique jusqu'à la fin du traitement.

SUIVI DES SOINS

- Soigner l'enfant ramené au centre de santé pour une visite de suivi, en utilisant tous les cadres qui correspondent aux classifications précédentes de l'enfant.
- Si l'enfant présente un nouveau problème, évaluer, classer et traiter le nouveau problème comme indiqué au tableau *EVALUER ET CLASSER*.

➤ PALUDISME SIMPLE

Si la fièvre persiste après 3 jours ou réapparaît dans les 14 jours suivants :

Refaire une évaluation complète de l'enfant.
Rechercher d'autres causes de fièvre.

} Voir le tableau
EVALUER & CLASSER

Traitement:

- Si l'enfant présente **un signe général de danger ou une raideur de la nuque**, traiter comme MALADIE FEBRILE TRÈS GRAVE OU PALUDISME GRAVE
- Si l'enfant présente **une cause de fièvre autre que le paludisme**, administrer le traitement approprié.
- Si **le paludisme est la seule cause apparente de la fièvre** :
 - Administrer la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine proposée en alternative : ARTESUNATE+ AMODIAQUINE
 - Si lors de l'évaluation, la fièvre est continue depuis 7 jours, transférer pour bilan.

➤ ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS AUX YEUX ET/OU À LA BOUCHE

Après 2 jours :

Regarder si les yeux sont rouges et s'il y a écoulement de pus.
Regarder si la bouche a des ulcérations.
Sentez l'odeur de la bouche.

Traitement de l'infection de l'œil :

- Si **du pus s'écoule encore des yeux**, demander à la mère de décrire comment elle a traité l'infection de l'œil. Si le traitement était correct, transférer l'enfant à l'hôpital. Si le traitement était incorrect, apprendre à la mère à traiter correctement.
- Si **le pus a disparu mais les yeux sont encore rouges**, continuer le traitement.
- S'il **n'y a plus de pus ni de rougeur**, arrêter le traitement après 5 jours.

Traitement des ulcérations dans la bouche :

- Si **les ulcérations se sont aggravées ou si la bouche dégage une très mauvaise odeur**, transférer l'enfant au centre de référence.
- Si **les ulcérations sont identiques ou se sont améliorées**, continuer le traitement au violet de gentiane (dilué de moitié) pendant 5 jours.

➤ PALEUR

Après 14 jours : réévaluer l'état de l'enfant

- Si la pâleur s'aggrave, référer pour bilan
- Si la pâleur persiste ou s'améliore, continuer à donner du fer et de l'acide folique.
- Conseiller à la mère de revenir chercher du fer dans 14 jours et ceci durant 3 mois
- Si l'enfant est drépanocytaire, continuer à donner du fer et de l'acide folique et transférer pour bilan.
- Conseiller à la mère de donner des aliments riches en fer à l'enfant de plus de six (6) mois.

➤ ROUGEOLE

Après 5 jours :

Demander :

L'enfant présente-t-il d'autres signes ?

Si **oui** : refaire une évaluation complète (voir tableau *EVALUER ET CLASSER*).

Si **non** : conseiller la mère sur l'*alimentation* et l'*hygiène*.

SUIVI DES SOINS

- Soigner l'enfant ramené au centre de santé pour une visite de suivi, en utilisant tous les cadres qui correspondent aux classifications précédentes de l'enfant.
- Si l'enfant présente un nouveau problème, évaluer, classer et traiter le nouveau problème comme indiqué au tableau EVALUER ET CLASSER.

➤ INFECTION DE L'OREILLE

Après 5 jours :

Réévaluer le problème d'oreille.
Prendre la température de l'enfant. } Voir tableau EVALUER & CLASSER

Traitement :

- S'il y a **gonflement douloureux derrière l'oreille ou si la fièvre est élevée (39° C ou plus)**, transférer d'URGENCE au centre de référence.
- **Infection aiguë de l'oreille : si la douleur de l'oreille ou l'écoulement** persiste, traiter pendant 5 jours supplémentaires avec le amoxicilline. Continuer à assécher l'oreille. revoir dans 5 jours.
- **Infection chronique de l'oreille** : vérifier si la mère assèche l'oreille correctement. L'encourager à continuer.
- Si **l'oreille n'est pas douloureuse et ne coule pas** : féliciter la mère pour le traitement correct. Si elle n'a pas fini le traitement antibiotique de 5 jours, lui dire de continuer le traitement jusqu'à la fin.

➤ PROBLEME D'ALIMENTATION

Après 5 jours :

Réévaluer l'alimentation. Voir questions en haut du tableau CONSEILLER LA MERE.
Poser des questions sur les problèmes d'alimentation notés lors de la première visite.

- Conseiller la mère sur tout nouveau problème ou problème persistant d'alimentation. S'il est conseillé à la mère de modifier sensiblement l'alimentation, lui conseiller également de revenir pour une visite de suivi dans 2 jours.
- Si le poids de l'enfant est très faible pour son âge, conseiller à la mère de revenir 14 jours après la première visite afin que l'enfant puisse être pesé de nouveau.

➤ POIDS TRES FAIBLE

Après 14 jours :

Peser l'enfant, prendre sa taille et déterminer si le poids de l'enfant est encore très faible pour son âge.

Réévaluer l'alimentation. Voir questions en haut du tableau CONSEILLER LA MERE.

Traitement :

- Si le poids de l'enfant **n'est plus très faible pour son âge**, féliciter la mère et l'encourager à continuer.
- Si le poids de l'enfant est encore très faible pour son âge mais amorce une augmentation, vérifier que la mère applique bien les conseils, la féliciter, l'encourager à continuer
- Si le poids de l'enfant est encore **très faible pour son âge**, conseiller la mère sur les problèmes d'alimentation identifiés. Demander à la mère de revenir dans 14 jours. Continuer de voir l'enfant tous les 14 jours jusqu'à ce qu'il se nourrisse bien et prenne du poids régulièrement ou jusqu'à ce que son poids ne soit plus très faible pour son âge.

Exception : si vous pensez que l'alimentation ne va pas s'améliorer ou si l'enfant **a perdu du poids**, transférez au centre de référence.

Si d'autres visites de suivi sont nécessaires en fonction de la première visite ou de cette visite, conseiller à la mère de revenir pour
La prochaine visite de suivi.

•
En outre, expliquer à la mère
Quand revenir immédiatement
(Voir tableau conseiller la mère).

SUIVI DES SOINS

INFECTION VIH SYMPTOMATIQUE

PREMIERE VISITE DE SUIVI

Après 14 jours :

- Evaluer complètement l'enfant et classer y compris pour la dénutrition.
- Prendre en charge l'enfant pour toute affection trouvée.
- Vérifier à l'âge de 18 mois si le test VIH a été effectué.

Le test VIH a été effectué :

Le test VIH est positif :

- Conseiller la mère.
- Traiter selon la classification INFECTION A VIH POSSIBLE et effectuer un suivi mensuel.
- Faciliter l'accès à une organisation qui pourrait fournir un soutien.
- Continuer le cotrimoxazole.

Le test VIH est négatif :

- Arrêter le cotrimoxazole.
- Conseiller la mère sur la prévention de l'infection VIH et sur sa propre santé.
- Transférer s'il n'y a pas d'amélioration.

Le test VIH n'a pas été effectué :

- Rediscuter de l'avantage d'effectuer un test VIH.
- Si la mère est consentante, prendre les dispositions pour le test et la visite de suivi.

Si la mère refuse le test :

- Poursuivre les soins de l'enfant, y compris le suivi mensuel.
- Discuter et assurer la prophylaxie au cotrimoxazole.

➤ SUIVI MENSUEL DE ROUTINE

INFECTION VIH SYMPTOMATIQUE OU INFECTION VIH CONNUE

- Evaluer complètement l'enfant,
Et :
 - rechercher un muguet et des douleurs au niveau de la bouche ;
 - s'il existe des antécédents de diarrhée, rechercher un érythème fessier.
- Identifier le traitement et traiter l'enfant
 - Evaluer l'alimentation et vérifier le poids, et un éventuel gain de poids.
 - Encourager la mère allaitante à poursuivre l'allaitement maternel exclusif.
 - Conseiller sur tout problème d'alimentation nouveau ou persistant.
- Vacciner selon le calendrier vaccinal, mais ne pas administrer le BCG.
- Donner la Vitamine A selon le calendrier.
- Soulager la douleur si c'est nécessaire.
- Soins à domicile :
 - Conseiller la mère sur tout problème nouveau ou persistant.
 - Si cela est approprié, mettre la famille en contact avec une organisation ou des personnes qui pourraient fournir un soutien.
 - Expliquer l'importance de la prévention et du traitement précoce des infections.
 - Conseiller la mère sur les mesures d'hygiène à domicile, en particulier, lors de la préparation des aliments.
 - Vérifier l'état de santé de la mère et la conseiller sur les pratiques sexuelles sûres, ainsi que la planification familiale et le test VIH si nécessaire.
 - Si la mère est enceinte, discuter (ou la référer) sur les mesures à prendre pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).
- Si l'enfant est classé **infection à VIH symptomatique probable**, sans confirmation de sa séropositivité :
 - poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole ;
 - observer régulièrement le suivi mensuel ;
 - faire le test VIH une fois que l'enfant a 18 mois.

ENFANT SEROPOSITIF CONFIRME, mais ASYMPTOMATIQUE

- Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole.
- Expliquer l'importance du traitement précoce des infections.
- Revoir l'enfant dans 1 mois : Réévaluer et classer à chaque visite de suivi.

2.4-CONSEILLER LA MÈRE (sur les 4 règles de soins à domicile)

1. les aliments: *donner à l'enfant, plus que d'habitude et durant toute sa maladie, des aliments faciles à manger, variés, appétissants et préférés par l'enfant ;*
2. les liquides: *donner à l'enfant, plus que d'habitude et durant toute sa maladie, des liquides ("koko", "zogbon", eau de riz, yaourts liquides, ou eau propre) ;*
3. quand revenir, et les signes de recours immédiat à l'USP ("*incapable de boire ou de téter*", "*devient plus malade*", "*développe de la fièvre*" ; "*respire rapidement ou difficilement*" ; "*sang apparaissant dans les selles au cours d'une diarrhée*") ;
4. si diarrhée: observer la 4^{ème} règle = donner du Zinc dès que l'enfant est capable de boire et apprendre à la mère à donner du Zinc.

1. LES ALIMENTS

➤ **Evaluer l'alimentation de l'enfant**

- Poser des questions sur l'alimentation habituelle de l'enfant et sur son alimentation durant cette maladie.
- Comparer les réponses de la mère aux **Recommandations pour l'alimentation** selon l'âge de l'enfant dans le cadre ci-dessous.

DEMANDER :

- **Allaitiez-vous l'enfant ?**
 - Combien de fois pendant la journée ?
 - L'allaitiez-vous aussi pendant la nuit ?
- **Est-ce que l'enfant consomme d'autres aliments ou liquides ?**
 - Quels aliments ou liquides ?
 - Combien de fois par jour ?
 - Comment donnez-vous à manger à l'enfant ?
- **Si le poids de l'enfant est très faible pour son âge :**
 - Quelle quantité lui donnez-vous à chaque repas ?
 - L'enfant reçoit-il sa propre part ?
 - Qui nourrit l'enfant et comment le nourrissez-vous ?
- **Pendant cette maladie, les habitudes alimentaires de l'enfant ont-elles changé ?**
 - Si oui, comment ?
 - Pourquoi ?

Administrer chaque jour du Fer / Acide folique à tous les enfants âgés de 6 mois à 5 ans

Age <u>ou</u> (Poids)	Fer / Acide folique en <u>Comprimé unique</u>	Fer / Acide folique en <u>Comprimé séparé</u>	
		Fer	Acide folique
6 mois à 2 ans (6 à 13 kg)	1/4 comp / j	1/4 comp / j	1/4 comp / j
2 ans à 5 ans (13 à 18 kg)	1/2 comp / j	1/2 comp / j	1/2 comp / j

NB : Chez l'enfant né prématuré la supplémentation en Fer/Acide folique doit commencer plus tôt, c'est-à-dire dès l'âge de 2 mois.

➤ **Recommandations pour l'alimentation (pour l'enfant malade et l'enfant en bonne santé)**

• **Tout bon régime alimentaire doit être adéquat en quantité et inclure des aliments riches en énergie (par exemple, bouillie épaisse de céréales additionnée d'huile) ; de la viande, du poisson, des oeufs ou des légumes secs, et des fruits et légumes.**

De la naissance à 6 mois



• **Allaiter au sein aussi souvent que l'enfant le réclame, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures.**

☐ Ne pas donner d'autres aliments ou Liquides (pas d'eau) sauf indication médicale.

☐ A partir de 4 mois, si le poids de l'enfant s'infléchit :

- **ajouter des aliments complémentaires** (énumérés dans la colonne 6 à 9 mois) ;

- donner ces aliments 1 ou 2 fois par jour après l'allaitement au sein.

De 6 mois à 9 mois



• **Allaiter au sein aussi souvent que l'enfant le réclame, jour et nuit au moins 8 fois en 24 heures.**

• Donner des rations adéquates de bouillies épaisses et enrichies (koko, zogbon)

• Donner des rations adéquates de viande, de poisson, de purée de légumes, du haricot.

• Donner des aliments 3 fois par jour avec allaitement au sein ou 5 fois par jour si l'allaitement n'est pas possible.

NB : dans ce cas, les bouillies doivent contenir du lait.



De 9 mois à 2 ans



• Allaiter au sein aussi souvent que l'enfant le réclame.

• Donner des rations adéquates de bouillies Enrichies.

• Donner des aliments du plat familial (pâte, riz, sauce, viande, poissons, légumes).

• Donner aussi des beignets (gaou, massa, botocoin et des fruits).

Donner ces aliments 5 fois par jour.



De 2 ans et plus



• Donner les aliments du **plat familial** en 3 repas quotidiens.

• En plus donner 2 fois par jour, des aliments nutritifs entre les repas, comme : le beignet ou les galettes de haricot, les fruits.



Enrichir les bouillies avec :

- huile
- sucre
- jaune d'œuf
- farine de soja
- poudre de poisson séché
- poudre de pain de singe
- graine de baobab.

Les bouillies (koko, zogbon) doivent être épaisses, enrichies et préparées juste avant d'être données à l'enfant.

Recommandations pour l'alimentation d'un enfant Avec une DIARRHÉE PERSISTANTE

- Si l'enfant est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et plus longtemps, jour et nuit.
- Si l'enfant consomme un autre lait :
 - Remplacer ce lait en augmentant l'allaitement au sein **ou**
 - Remplacer ce lait par des produits laitiers fermentés, tels que le yaourt **ou**
 - Remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi-solides très nutritifs.
 - Donner davantage de liquides.
 - Donner un repas supplémentaire durant 2 semaines après l'arrêt de la diarrhée.
- Pour les autres aliments, suivre les recommandations pour l'alimentation de l'enfant selon son âge.
- Donner Multivitamines + Aliments riches en sels minéraux pendant 14 jours.



Conseils sur les problèmes d'alimentation

Si l'enfant n'est pas nourri comme indiqué ci-dessus, conseiller la mère en conséquence. En outre :



- **Si la mère signale qu'elle a des difficultés à allaiter au sein, évaluer l'allaitement. voir tableau *EVALUER, CLASSER ET TRAITER LE NOURRISSON*. Si nécessaire, montrer à la mère le bon positionnement pour l'allaitement et la bonne prise du sein**

- **Si l'enfant a moins de 4 mois et consomme un autre lait, d'autres aliments ou de l'eau :**

- renforcer la confiance de la mère en lui assurant qu'elle peut produire tout le lait dont l'enfant a besoin.
- suggérer de mettre l'enfant au sein plus fréquemment, de l'y laisser plus longtemps, le jour comme la nuit, et de réduire progressivement l'autre lait ou les aliments ou l'eau donnée à l'enfant.

Si la consommation d'un autre lait doit continuer, conseiller à la mère :

- d'allaiter au sein autant que possible, y compris la nuit ;
- de s'assurer que l'autre lait est un lait de substitution localement approprié ;
- de s'assurer que l'autre lait est préparé correctement, hygiéniquement et est donné en quantité appropriée ;
- de finir, dans l'heure, le lait préparé.



- **Si la mère nourrit l'enfant au biberon :**

- conseiller de remplacer le biberon par une tasse ;
- montrer à la mère comment utiliser une tasse pour nourrir son enfant.

- **Si l'enfant se nourrit mal, conseiller à la mère :**

- de s'asseoir avec l'enfant et de l'encourager à manger ;
- de donner à l'enfant une ration adéquate sur une assiette ou dans un bol séparé.

- **Si l'enfant se nourrit mal pendant une maladie, conseiller à la mère :**

- l'allaiter au sein plus fréquemment et plus longtemps, si possible ;
- l'offrir des aliments faciles à manger, variés, appétissants et préférés par l'enfant pour l'encourager à manger le plus possible, et lui donner de fréquents petits repas ;
- le désobstruer le nez de l'enfant si son nez bouché l'empêche de manger ;
- en lui disant à la mère que l'appétit sera meilleur quand l'enfant ira mieux.



- **Revoir tout problème d'alimentation dans 5 jours.**

2. LES LIQUIDES

➤ Conseiller à la mère d'augmenter la consommation de liquides pendant toute la maladie

POUR TOUT ENFANT MALADE :

- Allaiter au sein plus fréquemment et pendant plus longtemps.
- Augmenter les liquides. Par exemple, donner du *koko*, *zogbon*, l'*eau de riz*, des *yaourts liquides* ou de l'*eau propre*.

POUR L'ENFANT DIARRHÉIQUE :

- L'administration des liquides supplémentaires peut sauver la vie de l'enfant diarrhéique. Administrer les liquides selon le Plan A ou le Plan B du tableau *TRAITER L'ENFANT*.

3. QUAND REVENIR

➤ Expliquer à la mère quand revenir au centre de santé

VISITE DE SUIVI :

Demander à la mère de revenir pour une visite de suivi dans le plus court des délais mentionnés pour les problèmes de l'enfant.

Si l'enfant a :	Revenir pour une <u>visite de suivi</u> dans :
PNEUMONIE DYSENTERIE ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS AUX YEUX OU À LA BOUCHE	2 jours
PALUDISME SIMPLE	3 jours, <i>si la fièvre persiste</i>
DIARRHÉE sans déshydratation DIARRHÉE PERSISTANTE ROUGEOLE INFECTION AIGUË DE L'OREILLE INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE PROBLÈME D'ALIMENTATION AUTRE MALADIE, s'il n'y a pas d'amélioration	5 jours
PÂLEUR POIDS TRÈS FAIBLE POUR L'ÂGE INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE POSSIBLE	14 jours

PROCHAINE VISITE SYSTÉMATIQUE

Expliquer à la mère, quand revenir pour :

- la prochaine supplémentation en vitamine A.



QUAND REVENIR IMMÉDIATEMENT :

Conseiller à la mère de revenir immédiatement si l'enfant a l'un des signes suivants :

Tout enfant malade qui :	<ul style="list-style-type: none"> • est incapable de boire ou de téter, • devient plus malade, • à de plus en plus de fièvre.
Si l'enfant est classé PAS DE PNEUMONIE : TOUX OU RHUME, revenir également si :	<ul style="list-style-type: none"> • la respiration est rapide, • la respiration est difficile.
Si l'enfant a la diarrhée, revenir également si :	<ul style="list-style-type: none"> • les selles contiennent du sang, • l'enfant boit difficilement.

Donner des conseils à la mère sur sa propre santé

1. Si la mère est malade, la soigner ou la référer pour assistance.
2. Si elle a un problème aux seins (*engorgement, crevasse du mamelon, infection du sein*), la soigner ou la transférer pour traitement.
3. Lui conseiller de bien se nourrir pour entretenir sa force et sa santé.
4. Vérifier l'état vaccinal de la mère et lui faire une piqûre antitétanique, si nécessaire.
5. Donner des conseils sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées.
6. S'assurer qu'elle a accès :
 - au planning familial,
 - aux conseils sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida,
 - au counseling pour le test VIH ainsi que pour son conjoint.
7. S'assurer que la mère allaitante non VIH-positif a reçu 200 000 U de vitamine A et si besoin lui en donner (*uniquement pendant les 40 jours suivant l'accouchement*).

Conseiller sur la prévention du paludisme :

1. Utilisation des moustiquaires imprégnées

Si l'enfant dort sous moustiquaire imprégnée :

- Féliciter la mère et insister sur l'importance de continuer à coucher l'enfant sous moustiquaire imprégnée tous les jours.
- Rappeler à la mère de ré-imprégner la moustiquaire six mois après la précédente imprégnation.

Si l'enfant ne dort pas sous moustiquaire imprégnée

- Rappeler à la mère que les piqûres de moustiques sont la cause du paludisme et que
- La moustiquaire imprégnée est un moyen efficace pour prévenir le paludisme.
- Expliquer à la mère l'importance de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée.
- Dire à la mère où est-ce qu'elle peut se procurer une moustiquaire imprégnée (centre de santé, ASC,...).
- Remettre à la mère un dépliant sur les moustiquaires imprégnées (si le dépliant est disponible).
- Faire si nécessaire une prescription de moustiquaire imprégnée.
- Informer la mère du prix et des facilités éventuelles de paiement.
- Expliquer à la mère où et comment ré-imprégner la moustiquaire.

2. Prévention du Paludisme pendant la grossesse

- Encourager la femme enceinte à faire régulièrement ses consultations prénatales.
- Lui expliquer que, pour protéger la femme enceinte et son bébé contre le paludisme, la femme enceinte aura à :
 - prendre au centre de santé trois (3) comprimés de Sulfadoxine-Pyriméthamine aux 2^e et 3^e trimestres de la grossesse ;
 - dormir toutes les nuits sous moustiquaire imprégnée d'insecticide.

3. Hygiène du milieu

- Rappeler à la mère ou aux accompagnants que les moustiques se reproduisent dans
 - les *eaux stagnantes*,
 - les *jarres d'eau*,
 - les *tonneaux*,
 - les *bassines d'eau*,
 - les *boîtes vides*,
 - les *herbes autour des maisons*.
- Expliquer à la mère ou aux accompagnants la nécessité de détruire les gîtes larvaires en :
 - *détruisant* les eaux stagnantes,
 - *couvrant* les jarres d'eau, les tonneaux, les bassines d'eau,
 - *enterrant* les boîtes vides,
 - *désherbant* autour des maisons.

**F- LA PRISE EN CHARGE DES
AFFECTIONS COURANTES DE
L'ENFANT AGE DE 6 A 9 ANS
(SANTÉ SCOLAIRE)**

CHAPITRE 32 : LA PREVENTION DES BLESSURES CHEZ L'ENFANT

1- DEFINITIONS DE LA PREVENTION

Une blessure est le résultat d'un traumatisme quelconque, qu'il soit intentionnel ou non. On peut prévenir les blessures.

Sur le plan des années de vie perdues, les blessures contribuent de façon significative à la mortalité générale et elles comptent parmi les principales causes de décès et d'incapacité chez les enfants, peu importe le groupe d'âge. En outre, elles sont en tête de liste chez les enfants de plus d'un an.

2- CONDUITE A TENIR A TOUS LES NIVEAUX

(Communautaire, USP/CHP/CHR/CHU)

Pour prévenir les blessures chez les enfants de 6 à 9 ans. Il faut :

- Avoir des actions collectives dans la communauté,
- Décrire de façon détaillée les activités dangereuses auxquelles l'enfant est exposé en famille et à l'école,
- Cibler les enfants et les familles à risque,
- Modifier l'environnement si nécessaire par des constructions (clôtures autour des plans d'eau, routes plus sécuritaires, etc.) et par des règlements (port obligatoire de ceintures de sécurité, de casques protecteurs, etc.),
- Eduquer les parents et ceux qui ont la charge des enfants sur les dangers potentiels aux quels les enfants sont exposés et sur les façons de les éviter à savoir :
 - S'assurer que l'enfant porte un casque protecteur lorsqu'il fait de la bicyclette ou de la planche à roulettes,
 - S'assurer que la ceinture de sécurité de l'enfant est bouclée lorsqu'on circule en voiture,
 - Apprendre à l'enfant à éviter les blessures au terrain de jeu et à utiliser les installations qui s'y trouvent de façon sécuritaire,
 - S'assurer que l'enfant porte un gilet de sauvetage et qu'il est sous surveillance constante lorsqu'il est près d'un plan d'eau,
 - Veiller à ce que l'enfant connaisse les règles de sécurité aquatique et apprenne à nager,
 - Prévenir l'enfant qu'il ne doit pas entrer en contact avec des étrangers.

CHAPITRE 33 : LES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES ENFANTS DE 6 à 9 ANS

1-STOMATITE

1.1- GENERALITES

Les stomatites sont des ulcérations et inflammations des tissus buccaux dont les lèvres, la muqueuse buccale, la joue, le palais, les gencives et la paroi postérieure du pharynx.

Elles se manifestent souvent par :

- Fièvre
- Otagie
- Écoulement de salive
- Dysphagie
- Diminution de l'appétit
- Symptômes respiratoires ou gastro-intestinaux concomitants
- Éruption cutanée concomitante
- Érythème (herpangine)
- Vésicules (premier stade de toute infection)
- Ulcères : notez leur répartition (les ulcères confluents peuvent prendre la forme de larges zones blanches et irrégulières).
- Ganglions lymphatiques sous-mandibulaires (plus évidents dans les cas d'herpès)

Signes cliniques des formes courantes de stomatites chez l'enfant					
Maladie	Cause	Type de lésion	Site	Taille	Autres signes cliniques
Herpangine ou syndrome pieds-mains-bouche	Virus Coxsackie, Échovirus, Entérovirus 71	Vésicules et ulcères accompagnés d'érythème	Piliers antérieurs, palais postérieur; pharynx et muqueuse buccale	1-3 mm	Dysphagie, vésicules sur la paume des mains, sur la plante des pieds et dans la bouche
Stomatite herpétique	Virus de l'herpès simplex	Vésicules et ulcères superficiels pouvant être confluents	Gencives, muqueuse buccale, langue, lèvres	> 5 mm	Écoulement salivaire, coalescence des lésions Durée d'environ 10 jours
Stomatite aphteuse	Inconnue	Ulcères avec exsudat	Muqueuse buccale, face latérale de la langue	> 5 mm	Otagie, état afebrile Généralement, on ne compte qu'une ou deux lésions
Stomatite gangreneuse (Noma)		Ulcération gangréneuse	Point de départ gingival ou jugal entraînant une mutilation faciale	Toute la face	

1.2- LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES STOMATITES

1.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

1.2.2- Niveau USP/HD

1.2.2.1-Accueillir l'enfant/ou l'accompagnant

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer l'enfant (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

1.2.2.2- Mener l'interrogatoire

- Date de début de la maladie;
- Circonstances de survenue;
- Antécédents médicaux de l'enfant ;

1.2.2.3- Examiner l'enfant

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à l'enfant ou l'accompagnant;
- Exécuter l'examen :
 - Aider l'enfant à s'installer sur le lit (ou dans le fauteuil);
 - Examiner les lésions;
 - Faire l'examen de la bouche, de la langue et du palais;
 - Faire l'examen de l'état général;

1.2.2.4- Traitements symptomatiques

- Traitement local : pansement au DAKIN/Banéocin*
 - Pulvérisation ou irrigation embout buccale au DAKIN
- Traitement général : amoxicilline + acide clavulanique
- Enfant 1g X 2/jours
- Amoxicilline + métronidazole
- Assurer un bon état nutritionnel

1.2.2.5-Conseils aux parents

- Informez les parents ou la personne qui s'occupe de l'enfant de la durée prévue de la maladie et des signes et symptômes de déshydratation.
- Recommandez des changements nutritionnels, entre autres, la consommation de liquides fades et non acides (p. ex. lait, eau). Les grands enfants peuvent manger des sucettes, de la crème glacée et d'autres aliments similaires, en évitant les aliments à base d'agrumes, comme le jus d'orange.
- Recommandez l'utilisation locale, de bains de bouche, et de gargariser, tout particulièrement après les repas et au coucher.

- Recommandez d'éviter tout contact direct avec des personnes infectées (p. ex. baisers, utilisation des mêmes verres et ustensiles, contact des mains) pour empêcher que l'infection ne se propage (Cas de stomatite herpétique).

1.2.2.6-Surveillance et suivi

- Réexaminez le jeune enfant (de moins de 2 ans) dans les 24-48 heures pour vérifier l'équilibre hydrique.

1.2.2.7- Référer

- Référer vers les services spécialisés si aggravation ou pas de rémission après 8 à 10 jours.

1.2.3- Niveau CHR/CHU

1.2.3.1- Traitement

Traitement étiologique lorsqu'une cause a été mise en évidence

Si Stomatite herpétique, Ne traitez pas à l'aide d'antibiotiques; ils sont contre-indiqués et inutiles.

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications
- Il importe de maintenir l'état d'hydratation.
- Augmentez l'apport hydrique oral (besoins d'entretien + déficits liquidiens résultant de la fièvre).
- Antipyrétique et analgésique :

2- PHARYNGO-AMYGDALITE

2.1- GENERALITES

Affection douloureuse de l'oropharynx associée à une infection des muqueuses du pharynx et des amygdales palatines. Sa prévalence est maximale chez les enfants < 5 ans. La pharyngo-amygdalite peut être d'origine bactérienne ou virale et il est parfois difficile, à l'examen clinique, de différencier l'une de l'autre. Chez les jeunes enfants, les infections virales sont la cause la plus fréquente de la pharyngo-amygdalite; la forme bactérienne de cette infection est très rare chez les enfants de moins de 3 ans, mais sa prévalence augmente avec l'âge.

La manifestation clinique est marquée par :

- Survenue brutale
- Gorge très douloureuse
- Fièvre
- Céphalée
- Douleurs abdominales et vomissements
- Malaise généralisé
- Fièvre importante
- Tachycardie
- Érythème pharyngé ou amygdalien
- Pétéchies sur le voile du palais
- Exsudat amygdalien (surtout dû aux streptocoques, à la diphtérie ou à la mononucléose)
- Adénopathie de la région cervicale antérieure
- Érythème « granité » au toucher comme dans les cas de scarlatine (peut être associé à une infection à streptocoque)
- Toux insignifiante ou absente (élément très utile au diagnostic)

2.2- LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

2.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

2.2.2- Niveau USP/HD

2.2.2.1-Accueillir l'enfant/ou l'accompagnant

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer l'enfant (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

2.2.2.2- Mener l'interrogatoire

- Date de début de la maladie;
- Circonstances de survenue;
- Antécédents médicaux de l'enfant ;

2.2.2.3- Examiner l'enfant

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à l'enfant ou l'accompagnant;
- Exécuter l'examen :
 - Aider l'enfant à s'installer sur le lit (ou dans le fauteuil);
 - Examiner les lésions;
 - Faire l'examen de la bouche, de la langue et du palais;
 - Faire l'examen de l'état général;

2.2.2.4- Traitements symptomatiques

➤ Antibiotiques :

Ampicilline : par voie orale:25-50 mg/kg par jour,

ou

Erythromycine 30-40 mg/kg par jour, par voie orale doses fractionnées

➤ **Antipyrétique et analgésique :** Paracétamol, 10-15 mg/kg toutes les 4-6 h au besoin

➤ Surveillance et suivi

Un suivi est recommandé après 48-72 heures.

2.2.2.5-Conseils aux parents

- Augmenter les périodes de repos et la prise de liquides le temps que dure la fièvre.
- Éviter les irritants (p. ex. la fumée)
- Se gargariser avec de l'eau chaude salée (grands enfants)

- Assurez une surveillance adéquate des membres de l'entourage pour déceler les complications du rhumatisme articulaire aigu.

2.2.2.6- Référer

Référer vers le niveau supérieur s'il y a une des situations ci-dessous :

- Dyspnée importante,
- Dysphagie,
- L'enfant semble très malade,
- L'enfant a des antécédents de rhumatisme articulaire aigu,
- L'enfant présente un tableau clinique évocateur de la scarlatine,
- L'enfant présente les signes d'un abcès péri-amygdalien précoce (consultez un médecin).

2.2.3- Niveau CHR/CHU

- Prise en charge de l'urgence
- Prendre l'avis du spécialiste

3- ANKYLOGLOSSIE

3.1- GENERALITES

Affection liée au fait que le frein de la langue est trop court ou fibreux, empêchant celle-ci de quitter le plancher de la bouche et entravant la mobilité linguale (faisant obstacle à la protrusion linguale).

3.2- LES PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

3.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

3.2.2- Niveau USP/HD

3.2.2.1-Accueillir l'enfant/ou l'accompagnant

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer l'enfant (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

3.2.2.2- Mener l'interrogatoire

- Date de début de la maladie;
- Circonstances de survenue;
- Antécédents médicaux de l'enfant.

3.2.2.3- Examiner l'enfant

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à l'enfant ou l'accompagnant;
- Exécuter l'examen :
 - Aider l'enfant à s'installer sur le lit (ou dans le fauteuil);
 - Examiner les lésions;
 - Faire l'examen de la bouche, de la langue et du palais;
 - Faire l'examen de l'état général;

3.2.2.4- Traitements symptomatiques

Aucun traitement n'est indiqué si la langue peut être projetée au-delà des lèvres. Dans 95 % des cas, il suffit de rassurer les parents.

Référez :

Dans de très rares cas si un tissu fibreux épais freine la protrusion linguale au-delà des lèvres.

3.2.3- Niveau CHR/CHU

Orienter l'enfant vers un stomatologiste qui pourra éventuellement procéder à une section chirurgicale.

4- SUCCION DU POUCE

4.1- GENERALITES

Cette habitude, généralement inoffensive, peut mener à la protrusion des incisives supérieures et à une béance occlusale dentaire antérieure. Cela dit, la succion du pouce n'a aucune conséquence sur la dentition de la plupart des enfants.

4.2- LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

4.2.1- Niveau USP/HD

Accueil, interrogatoire

Rassurez les parents ou la personne qui s'occupe de l'enfant. Les enfants qui font leur entrée à l'école cessent habituellement de sucer leur pouce étant donné l'influence de leurs pairs.

Référez si l'enfant présente un problème grave de succion digitale

4.2.2- Niveau CHR/CHU

Orienter l'enfant vers un stomatologiste pour surveiller étroitement l'occlusion dentaire antérieure.

5- CARIE DENTAIRE

5.1- GENERALITES

La carie dentaire est une maladie infectieuse d'origine bactérienne caractérisée par une destruction progressive des tissus durs de la dent de l'émail à la pulpe. Les Caries des dents primaires atteignent, le plus souvent, les incisives supérieures et les molaires inférieures. Elles peuvent être suffisamment profondes pour causer des abcès dentaires.

5.2- LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

5.2.1- Niveau USP/HD

Accueil, interrogatoire

Conseils :

- Encouragez une bonne hygiène bucco-dentaire : le brossage des dents à l'aide d'une brosse à dents à soies souples. Un adulte doit s'assurer que l'enfant a correctement brossé ses dents.
- Incitez les parents ou la personne qui s'occupe de l'enfant à effectuer une première visite chez le dentiste même s'il ne signale rien.
- Un apport supplémentaire en fluorure peut être approprié pour les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans..
- Utilisation de pâte dentifrice fluorée adaptée à l'âge de l'enfant.
- Utilisation de brosse à dents végétales (bâtonnets frotte dents).

Référez : l'enfant vers le niveau supérieur s'il présente une infection des gencives.

5.2.2- Niveau CHR/CHU

- Obturation des dents cariées : Cette intervention peut nécessiter une anesthésie générale, lorsque l'enfant est agité ; difficile à maîtriser. Les obturations resteront pendant 8 à 10 ans ou jusqu'à la date de chute normale des dents de lait (primaire).

CHAPITRE 34 : LES AFFECTIONS ORTHO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES CHEZ LES ENFANTS DE 6 à 9 ANS

1- LES INFECTIONS ORTHO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

1.1- Otite moyenne aiguë

1.1.1-Généralités

L'otite moyenne aiguë est l'infection bactérienne de la muqueuse de l'oreille moyenne. Par ordre décroissant les bactéries responsables sont: Haemophilus Influenzae, Streptocoque Pneumoniae, Staphylocoque Aureus.

L'otite moyenne aiguë se manifeste habituellement par la fièvre et une otalgie (douleur au niveau de l'oreille). L'enfant pleure et montre son oreille. L'otalgie peut être absente et la première manifestation peut être une otorrhée (écoulement de pus venant de l'oreille). L'interrogatoire des parents retrouve souvent que, quelques jours auparavant, l'enfant était enrhumé.

Le diagnostic repose sur l'otoscopie (examen de l'oreille avec un otoscope à pile). En cas d'écoulement purulent, il est nécessaire de nettoyer le conduit auditif externe avec un porte-coton ou une aspiration douce si on en dispose de manière à voir si ce pus provient du tympan perforé ou de la peau du conduit. Si l'on dispose d'un laboratoire de bactériologie, ce pus sera prélevé à l'aide d'un écouvillon stérile pour un examen cytot bactériologique. Il ne faut pas attendre les résultats avant de commencer le traitement.

1.1.2- Les étapes de la prise en charge

1.1.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

1.1.2.2- Niveau USP/HD

➤ Accueillir l'enfant/ou l'accompagnant

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer l'enfant (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

➤ Mener l'interrogatoire

- Date de début de la maladie;
- Circonstances de survenue;
- Antécédents médicaux de l'enfant ;
- Examiner l'enfant
- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à l'enfant ou l'accompagnant;

- Exécuter l'examen :
 - Aider l'enfant à s'installer sur le lit (ou dans le fauteuil);
 - Examiner les lésions;
 - Faire l'examen de l'oreille, de la bouche, de la langue et du palais;
 - Faire l'examen de l'état général;

➤ Traitements

- **Amoxicilline-Acide clavulanique** administré pendant 8 à 10 jours à la dose de 80 mg/kg/jour en 3 prises (on pourra adapter plus tard si on avait réalisé un prélèvement pour examen bactériologique).
- **Paracétamol** : 60 mg/kg/jour réparti en 4 prises, administré jusqu'à l'arrêt des douleurs

N.B. * Ne jamais prescrire de gouttes à mettre dans l'oreille

* Eviter que l'eau rentre dans l'oreille

➤ Référer au spécialiste s'il y a l'une des conditions suivantes :

1. Persistance des symptômes au-delà de 10 jours avec un traitement bien conduit
2. Apparition de complications : Paralysie de la face, gonflement derrière l'oreille, vertige, signes méningés, altération importante de l'état général.
3. En cas de récurrences trop rapprochées : jusqu'à 4 épisodes dans l'année

1.1.2.3- Niveau CHR/CHU

Orienter l'enfant vers le service d'ORL pour une prise en charge appropriée

1.2-Rhinopharyngites de l'enfant

1.2.1-Généralités

La rhinopharyngite est une atteinte inflammatoire et infectieuse de la muqueuse nasale avec participation pharyngée haute. Les causes sont représentées par : l'allergie, les bactéries, les virus, la pollution.

La symptomatologie associée à des degrés divers: une fièvre, accompagnée d'anorexie, une obstruction nasale bilatérale, une respiration buccale, moins bien tolérée notamment lors des repas ou du sommeil.

Une rhinorrhée antérieure bilatérale plus ou moins abondante, muqueuse ou muco-purulente.

Une rhinorrhée postérieure, inconstante, qui tapisse à l'examen la paroi postérieure de l'oropharynx, siège d'un érythème diffus. Une polyadénopathie cervicale d'allure subaiguë, peu douloureuse.

Cette rhinopharyngite peut s'accompagner d'une hypertrophie des végétations adénoïdes. Dans ce cas, l'enfant ronfle, dort la bouche ouverte, respire bouche ouverte. Le diagnostic est confirmé par la radiographie du cavum de profil qui montre l'hypertrophie adénoïdienne.

1.2.2- Les étapes de la prise en charge

1.2.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

1.2.2.2- Niveau USP/HD

➤ Accueillir l'enfant/ou l'accompagnant

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer l'enfant (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

➤ Mener l'interrogatoire

- Date de début de la maladie;
- Circonstances de survenue;
- Antécédents médicaux de l'enfant ;

➤ Examiner l'enfant

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à l'enfant ou l'accompagnant;
- Exécuter l'examen :
 - Aider l'enfant à s'installer sur le lit (ou dans le fauteuil);
 - Examiner les lésions;
 - Faire l'examen de l'oreille, de la bouche, de la langue et du palais, le pharynx;
 - Faire l'examen de l'état général;

➤ Traitements

- **Désinfection rhinopharyngée** : Sérum physiologique, évacuation des sécrétions par aspirations, mouche-bébés ou mouchage dès que possible, antiseptique locale (Isofra®).
- **Antipyrétiques**: Paracétamol (50 à 60 mg/kg en 4 prises)
- **Antibiotiques** en cas de surinfection bactérienne (amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique. 80 mg/kg/jour en trois prise. En cas d'allergie: érythromycine 50 mg/kg/jour en deux prises)

➤ Référer au spécialiste devant l'une des situations suivantes :

- Persistance des symptômes au-delà de 10 jours avec un traitement bien conduit
- Apparition de complications : Otite moyenne aiguë, otite séreuse, adénophlegmon (infection des ganglions du cou), laryngites, bronchite traînante.
- En cas de récurrences trop rapprochées : jusqu'à 6 épisodes dans l'année

1.2.2.3- Niveau CHR/CHU

Orienter l'enfant vers le service d'ORL pour une prise en charge appropriée

1.3-Les angines aiguës

1.3.1-Généralités

Il s'agit de l'inflammation d'origine virale ou bactérienne des amygdales palatines. Le streptocoque bêta hémolytique du groupe A est particulièrement à craindre car il peut être à l'origine de complications graves (au niveau du cœur, des reins et des articulations).

La manifestation typique est l'angine érythémato-pultacée d'origine streptococcique, la plus fréquente, elle représente 90% des angines. Le début est souvent brutal. L'enfant présente une douleur de la gorge, une difficulté pour avaler, une otalgie, une fièvre avec altération de l'état général.

L'examen de la gorge avec une torche et un abaisse-langue retrouve des amygdales qui ont augmenté de volume présentant une couleur rouge.

Tout le reste de la gorge est également rouge. On peut retrouver des dépôts blanchâtre (d'où le terme de pultacée). La palpation du cou met en évidence des adénopathies douloureuses.

1.3.2- Les étapes de la prise en charge

1.3.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

1.3.2.2- Niveau USP/HD

➤ Accueillir l'enfant/ou l'accompagnant

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer l'enfant (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

➤ Mener l'interrogatoire

- Date de début de la maladie;
- Circonstances de survenue;
- Antécédents médicaux de l'enfant ;

➤ Examiner l'enfant

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à l'enfant ou l'accompagnant;
- Exécuter l'examen :
 - Aider l'enfant à s'installer sur le lit (ou dans le fauteuil);
 - Examiner les lésions;
 - Faire l'examen de l'oreille, de la bouche, de la langue et du palais, le pharynx;
 - Faire l'examen de l'état général.

➤ Traitements

- **Pénicilline V** : 100.000 UI/kg/jour repart en deux prises, **Amoxicilline ou amoxicilline-acide clavulanique** 80 mg/kg/jour en trois prise. En cas d'allergie: **Erythromycine** 50 mg/kg/jour en deux prises)
- Antalgique-Antipyrétique : **Paracétamol** 60 mg/kg/jour réparti en 4 prises

➤ Référer au spécialiste devant l'une des situations suivantes :

- Persistance des symptômes au-delà de 10 jours avec un traitement bien conduit
- Apparition de complications : Le phlegmon péri-amygdalien est la complication la plus fréquente. Il s'agit d'un abcès de l'amygdale. Le tableau infectieux devient très sévère associant un trismus et parfois de une dyspnée.
- En cas de récurrences trop rapprochées : jusqu'à 4 épisodes dans l'année.

1.3.2.3- Niveau CHR/CHU

Orienter l'enfant vers le service d'ORL pour une prise en charge appropriée

2- LES URGENCES ORTHO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

2.1- Laryngites aiguës dyspnéisantes

2.1.1-Généralités

Les laryngites aiguës sont des inflammations du larynx d'origine infectieuse. C'est la principale cause de dyspnée obstructive haute chez le nourrisson et l'enfant. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Selon le siège de l'infection on peut distinguer quatre types de manifestations

- **La laryngite sous-glottique**

L'inflammation prédomine au niveau de la sous-glotte. L'agent causal est surtout viral (myxovirus). On peut retrouver également des bactéries (streptocoques, staphylocoque doré, pneumocoques, Haemophilus Influenzae).

Le début est habituellement nocturne. Il peut être précédé d'une rhinopharyngite. La dyspnée typique s'installe progressivement: bradypnée inspiratoire avec tirage et cornage. La toux est rauque ou aboyante. La voix peut être plus grave qu'habituellement. La température est modérément élevée: 38° - 38,5°.

Il faut rapidement apprécier la gravité sur la tolérance de la dyspnée, sur l'état de conscience, le pouls, la tension artérielle, la coloration des lèvres et des extrémités, l'importance du tirage.

- **La laryngite striduleuse**

Encore appelée laryngite spasmodique, elle est la plus bénigne des laryngites. Elle correspond à un spasme au niveau du larynx. Elle réalise un accès bref de dyspnée laryngée d'apparition brutale chez un enfant subfébrile ayant une infection virale légère des voies respiratoires supérieures. La dyspnée laryngée s'accompagne de tirage et cornage. La toux est volontiers rauque.

Elle cède en quelques minutes ou au maximum en une heure. L'accès peut se répéter la même nuit ou les nuits suivantes ou à l'occasion d'une autre rhinopharyngite.

- **L'épiglottite**

Inflammation prédominant sur l'épiglotte. Dans la majorité des cas le germe en cause est l'hémophilus influenzae. On peut retrouver le staphylocoque, streptocoque, pneumocoque.

Température à 39° - 40°C, rhinopharyngite. Dyspnée impressionnante avec tirage sus sternale et sus claviculaire puis épigastrique. L'enfant présente une dysphagie (difficulté à avaler), reste assise, bouche demi-ouverte, n'avalant plus sa salive qui s'écoule des lèvres entrouvertes. La voix est étouffée, l'enfant est pale, angoissé.

• La laryngo-trachéo-bronchite bactérienne

Il s'agit d'une atteinte infectieuse concomitante du larynx et de l'arbre trachéo-bronchique. Les germes le plus souvent responsables sont le streptocoque, le staphylocoque doré, l'*Haemophilus influenzae*.

Elle se manifeste par une dyspnée laryngée dans un contexte fébrile qui évolue rapidement vers une dyspnée mixte inspiratoire et expiratoire. Fièvre élevée, frisson, asthénie. A l'auscultation il y a des râles dans les deux champs pulmonaires.

2.1.2- Les étapes de la prise en charge

2.1.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

2.1.2.2- Niveau USP/HD

➤ Accueillir l'enfant/ou l'accompagnant

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer l'enfant (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

➤ Mener l'interrogatoire

- Date de début de la maladie;
- Circonstances de survenue;
- Antécédents médicaux de l'enfant ;

➤ Examiner l'enfant

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à l'enfant ou l'accompagnant;
- Exécuter l'examen :
 - Aider l'enfant à s'installer sur le lit (ou dans le fauteuil);
 - Examiner les lésions;
 - Faire l'examen de l'oreille, de la bouche, de la langue et du palais, le pharynx;
 - Faire l'examen de l'état général;

➤ Traitements

- **Les corticoïdes:** à dose suffisante : une ampoule en IV de Bétamétasone, à renouveler une ½ heure plus tard. Si la dyspnée persiste, l'hospitalisation s'impose. En cas d'amélioration on passe à la voie orale pendant trois jours.
- **Les antibiotiques:** maintenus pendant 10 à 15 jours. **Amoxicilline-acide clavulanique** 80 mg/kg/jour en trois prise.
- **Aérosols** (1/4 ampoule d'adrénaline + 1 ampoule de Bétamétasone + 3ml de Sérum physiologique) à administrer en 5 à 10 min au masque facial.
- **Oxygène** en cas de détresse respiratoire importante

➤ Référer au spécialiste si

- Persistance de la dyspnée plus d'une heure après la mise en route du traitement
- Récidives même si elles ne sont pas graves.

2.1.2.3- Niveau CHR/CHU

Orienter l'enfant vers le service d'ORL pour une prise en charge appropriée

2.2- EPISTAXIS

2.2.1- Généralités

L'épistaxis est une hémorragie des cavités nasales et des sinus. L'épistaxis est une urgence fréquente. Sa banalité ne doit pas en faire oublier la gravité potentielle. Le plus souvent bénigne, l'épistaxis peut rapidement engager le pronostic vital, du fait de son abondance ou de sa répétition.

2.2.2- Les étapes de la prise en charge

2.2.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

2.2.2.2- Niveau USP/HD

- Dès l'arrivée de l'enfant, on l'installe en position assise ou demi-assise en le rassurant. On apprécie rapidement l'importance du retentissement général de l'épistaxis. Les signes suivants témoignent d'une épistaxis grave : pâleur cutanéomuqueuse, sueurs abondantes, pouls qui est rapide, tension artérielle abaissée. L'interrogatoire précise rapidement les antécédents pathologiques, les traitements en cours et les circonstances de survenue du saignement.
- L'examen des fosses nasales, mené sous un bon éclairage, après protection contre les projections sanglantes (lunettes, gants, champs), permet de préciser le côté qui saigne. L'examen de la gorge avec l'abaisse-langue recherche un écoulement de sang dans la gorge.
- On évacue les caillots qui obstruent les cavités nasales, par un mouchage alternatif, doux et prudent ou par aspiration. On pince fermement les ailes des deux narines entre l'index et le pouce pendant dix minutes. Si le saignement persiste, on réalise un tamponnement antérieur à l'aide de mèches de coton imbibées de Xylocaïne® à 5 % naphazolinée ou avec l'adrénaline. Ce méchage, laissé en place 5 à 10 minutes.
- Après méchage à l'aide d'un coton imprégné de Xylocaïne® à 5 % naphazolinée, si le saignement persiste, on réalise un tamponnement antérieur. On introduit progressivement à l'aide d'une pince de Politzer une mèche dans la fosse nasale qui est tassée d'arrière en avant (Tulle gras® ou compresse imbibée d'une pommade hémostatique: HEC®). Cette mèche est laissée en place pendant 48 heures. On prescrit systématiquement un antibiotique pour éviter la surinfection. On doit toujours vérifier l'efficacité du tamponnement par l'examen de la gorge à l'abaisse-langue confirmant l'arrêt de l'écoulement postérieur
- On prescrit un hémostatique par voie générale (Dicynone®).
- On prescrit les analyses: TS-TCA-TP, Hématocrite, NFS, Plaquette, Groupe-Rhésus.
- Si l'épistaxis apparaît grave d'emblée, le transfert en milieu hospitalier s'impose après avoir pris une double-voie veineuse et placé des solutés.

➤ **Référer l'enfant si**

- Persistance du saignement malgré les traitements réalisés
- Saignement devient plus abondant
- En cas de récurrence

2.2.2.3- Niveau CHR/CHU

Orienter l'enfant vers le service d'ORL pour une prise en charge appropriée

2.3- Les corps étrangers ORL observés chez l'enfant

2.3.1-Généralités

Les corps étrangers (CE) sont fréquents, tout particulièrement chez l'enfant. L'introduction est dans ce cas volontaire, faite par l'enfant lui-même ou un camarade de jeu. Tous les objets suffisamment petits pour passer à travers le méat peuvent être retrouvés. La nature du corps étranger dépend de l'organe. Ce sont souvent des fragments de jouets, des perles de collier, ou des objets de nature végétale (bouts de bois, haricot), des corps étrangers alimentaires, des pièces de monnaie, fragment de coton.

2.3.2- Manifestations et conduite à tenir selon la localisation du CE

Niveau de prise en charge	LOCALISATION DU CE			
	Conduit auditif externe	Fosses nasales	Pharynx	Oesophage
Communautaire	Référer	Référer	Référer	Référer
USP/HD	<ul style="list-style-type: none"> - otalgie, - acouphènes, - hypoacousie, - sensations de vertigineuses. <p>CAT : L'extraction doit être tentée uniquement par lavage d'oreille. En cas d'échec, il faut référer l'enfant</p>	<p>Obstruction et rhinorrhée unilatérale nauséabonde.</p> <p>- CAT : Si le CE est visible, on l'extrait à l'aide d'une spatule recourbée pas avec des pinces. S'il n'est pas visible, il faut référer.</p>	<p>Repérage du CE est aisé avec un bon éclairage et un abaisse-langue. Une fois repéré, l'extraction se fait à l'aide d'une pince longue.</p>	<p>Rx du cou de face prenant le thorax</p> <p>Il faut référer l'enfant pour l'extraction s'il s'agit d'un os. En cas de : Pièce de monnaie ; patienter pendant 24 à 48 h en vérifiant dans les selles. Faire une 2^{ème} Rx si repérer donc Référer</p>
CHR/CHU	Service ORL	Service ORL	Service ORL	Service ORL

Types d'affection	Conseils	Traitement	Suivi
Laryngo-trachéo-bronchite bénigne	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquez la nature de la maladie, son évolution et le pronostic. • Prévenez les parents de l'enfant ou la personne qui s'en occupe que le croup peut empirer la nuit. • Invitez-les à surveiller tout signe de détresse respiratoire. • Recommandez de donner suffisamment de liquides à l'enfant pour prévenir la déshydratation. 	Antipyrétique et analgésique pour la fièvre et le mal de gorge :	<p>Revoir l'enfant après 24-48 heures (ou avant si les symptômes empirent).</p> <p>Référer tout enfant qui présente une laryngo-trachéo-bronchite récidivante (même si elle est bénigne)</p>
Laryngo-trachéo-bronchite modérée ou grave	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandez d'accroître l'humidité ambiante en utilisant un humidificateur à vapeur froide, en tenant l'enfant dans une salle de bain remplie de vapeur ou en l'emmenant dehors à l'air frais. 	<p>Si USP/CMS : Référer l'enfant qui présente des signes de détresse respiratoire.</p> <p>Si Hôpital : Administrez de l'oxygène s'il y a des signes de détresse respiratoire Epinéphrine racémique, en aérosol : 0,5 ml dans 3 ml de soluté physiologique <i>et</i> corticostéroïdes : 0,6 mg/kg PO ou IM (une dose avant le transfert du patient)</p>	<p>Surveillez l'ABC et la saturation en oxygène à l'aide d'un oxymètre de pouls (si possible), l'état d'hydratation, l'apport liquidien et le débit urinaire.</p> <p>Si l'enfant semble très malade et présente une fièvre élevée, envisagez le diagnostic de trachéite bactérienne (<i>Staphylococcus</i> ou <i>Hemophilus influenzae</i>)</p>

CHAPITRE 35 : LES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

1- LES CEPHALEES

1.1. GENERALITES

La céphalée se définit comme une douleur ressentie au niveau de l'extrémité céphalique. La richesse de l'innervation sensitive de l'extrémité céphalique rend compte de la fréquence des céphalées comme 1^{er} motif de consultation médicale et de la variété de ses étiologies. Il est au carrefour des spécialités médicale et chirurgicale.

De nombreuses structures crânio-faciales peuvent être à l'origine d'une céphalée, en revanche, l'encéphale et la plus grande partie des méninges sont insensibles aux générer des influx douloureux :

L'entretien permet de préciser les caractères de la douleur (Siège; Sévérité; Facteurs aggravant ou soulageant ; le mode évolutif des céphalées ; signes fonctionnels associés). Parmi les antécédents, il faut rechercher en particulier la notion de traumatisme crânien et les prises médicamenteuses éventuelles.

Dans certains cas, il est utile d'évaluer précisément l'état psychologique du patient : anxiété, dépression etc.

Les gestes suivants doivent être systématiques devant toute céphalée

- Mesure de la pression artérielle;
- Prise de la température;
- Recherche d'une raideur méningée;
- Palpitation des artères temporales examen neurologique complet à la recherche de signes de localisation;
- Fond d'œil à la recherche d'un œdème papillaire.

1.2- Etapes de la prise en charge par niveau

1.2.1- Niveau communautaire :

- Donner du paracétamol ou autre antalgique.
- Persistance des maux de têtes : Référer

1.2.2- Niveau USP/HD/CHU/CHR

- Accueil
- Interrogation
- Examen
- (cf tableau pour les traitements)

Types de céphalées	Caractéristiques de la douleur	Signes associé	Durée	Traitement
Algie vasculaire de la face.	extrêmement intense, à type de brûlures, de déchirement, violente dès le début et maximale en quelques minutes : strictement unilatérale, toujours du même côté du crâne d'un accès à l'autre surtout au niveau de la région orbitaire et supra-orbitaire avec irradiation vers le front, la tempe, la joue et la gencive supérieure.	manifestations neurovégétatives homolatérales contemporaines de la douleur : • larmoiement, hyperhémie conjonctivale, œdème de la paupière ; • congestion nasale suivie d'une rhinorrhée ; • sudation du front et de la face ; • myosis + ptosis	<ul style="list-style-type: none"> • Quinze minutes à trois heures (sans traitement) ; • Une ou plusieurs fois par jour, volontiers la nuit, à heure fixe ; • Forme chronique invalidante dans 10% des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • éviter l'alcool • traitement de fond méthysergide (Désernil®), prednisone ou vérapamil (Isoptine®) ; • formes chroniques l'amitryptiline (Laroxyl®) ou l'indométhacine (Indocid®)
Céphalées de tension	Douleur généralement bilatérale, souvent de siège cervico-occipital. elle n'entrave généralement ni le sommeil ni les activités quotidiennes.	<ul style="list-style-type: none"> • anxiété, • état dépressif 		<ul style="list-style-type: none"> • l'amitryptiline (Laroxyl®) • psychothérapie de soutien, • techniques de relaxation les massages et des conseils simples portant sur l'hygiène vie
Céphalées post-traumatiques	l'intensité est sans rapport avec la gravité du trauma	<ul style="list-style-type: none"> • somnolence ; • syndrome confusionnel, • hémiparésie fatigabilité irritabilité anormales, • incapacité à se concentrer, des sensations vertigineuses ou de flou visuel, des troubles du sommeil et de l'humeur; 		<ul style="list-style-type: none"> • Idem que Céphalées de tension

Céphalées liées à un processus expansifs intracrâniens	La céphalée s'aggrave progressivement au cours de temps à devenir continue parfois majorée par l'effort et par les mouvements de la tête	<ul style="list-style-type: none"> • signes déficitaires ou des signes d'hypertension intracrânienne 		•
Céphalées d'origine méningée	souvent très brutale et survient fréquemment à l'effort	<ul style="list-style-type: none"> • Elles s'accompagnent d'une raideur de la nuque et souvent de nausées et de vomissements. • Dans les méningites la céphalée s'accompagne d'une fièvre et son mode d'installation peut être aigu ou subaigu selon l'agent responsable. 		•
Céphalées de cause générale - Hypertension artérielle	céphalée aiguë, à l'occasion d'une poussée hypertensive	<ul style="list-style-type: none"> - Polyglobulie, dtrépanocytose. - Insuffisance respiratoire avec hypercapnie. - Hypoxie (céphalée d'altitude). - Fièvre (quelque soit sa cause, paludisme). 		•

Autres groupes de céphalées symptomatiques d'affections locorégionales: Anomalies congénitales ; Pathologies des sinus, Causes ophtalmologiques ; Causes stomatologiques

2- MIGRAINE

2.1- GENERALITES

La migraine est une variété particulière de céphalée survenant par **accès intermittents séparés par des intervalles libres**. - Cette affection intéresse près de 10% de la population avec une nette prépondérance féminine (2 cas sur 3).

Il existe de nombreux facteurs susceptibles de déclencher des accès migraineux chez un sujet prédisposé :

- les facteurs psychiques jouent un rôle important ;
- des facteurs déclenchants alimentaires sont souvent incriminés par les patients, en particulier l'alcool, le chocolat et certains fromages ;
- la crise de migraine peut aussi être déclenchée par les lumières clignotantes, le bruit ou les odeurs violentes.

On distingue principalement deux types de crises migraineuses :

- la migraine sans aura, antérieurement appelée migraine commune ;
- la migraine avec aura, antérieurement appelée migraine accompagnée.

Ces deux types de crises peuvent être observés chez un même patient.

➤ Crise migraineuse sans aura

Mode d'installation : Débute souvent au petit matin et s'installe rapidement mais **non brutalement**. Peut être précédée de :

- modifications de l'humeur,
- troubles de l'appétit ou du sommeil,
- asthénie,
- somnolence

Siège : Typiquement unilatérale pouvant toucher alternativement un côté ou l'autre

Type de douleur : Typiquement pulsatile augmentant lors de l'effort physique

Signes d'accompagnement: Nausées et Vomissements ; intolérance au bruit (phono phobie) et à la lumière (photophobie) ; asthénie allant parfois jusqu'à la prostration ; la face

Durée : Variable de 4 à 72 heures, généralement de l'ordre d'une journée.

En fin de crise la douleur disparaît assez vite et le patient récupère rapidement, souvent avec une note d'euphorie libératoire

Critères cliniques du diagnostic de migraine

Quatre critères sont nécessaires au diagnostic de migraine :

- 1) la douleur doit durer de 4 à 72 heures
- 2) la douleur doit avoir au moins deux caractéristiques suivantes :
 - unilatérale ;
 - pulsatile ;
 - entravant les activités quotidiennes ;
 - aggravé par l'effort physique
- 3) durant la crise il doit exister au moins un des caractères suivants :
 - nausées ou vomissements
 - photophobie ou phono phobie;
- 4) existence d'au moins cinq attaques remplissant les conditions 1 et 3.

➤ **Crise migraineuse avec aura**

La céphalée est précédée ou accompagnée par des manifestations neurologiques focalisées et transitoires (aura migraineuse) :

- intéressant le plus souvent la vision, la sensibilité ou le langage ;
- se développant progressivement en quelques minutes (marche migraineuse) ;
- durant en règle moins d'une heure ;
- et régressant sans séquelle.

2.2- LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

2.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

2.2.2- Niveau USP/HD

➤ Accueillir l'enfant/ou l'accompagnant

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer l'enfant (Nom et prénoms, âge, etc.).

➤ Mener l'interrogatoire

- Date de début de la maladie;
- Circonstances de survenue;
- Antécédents médicaux de l'enfant ;

➤ Examiner l'enfant

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à l'enfant ou l'accompagnant;
- Exécuter l'examen :
 - Aider l'enfant à s'installer sur le lit (ou dans le fauteuil);
 - Prendre les constantes (Poids, Taille, TA, Périmètre crânien, Périmètre brachial);
 - Faire l'examen de l'oreille, de la bouche, de la langue et du palais, le pharynx;
 - Faire l'examen de l'état général;

➤ Traitements symptomatiques

Les médicaments les plus couramment utilisés dans le traitement de la crise de migraine sont :

- les antalgiques ;
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'aspirine ;
- les dérivés de l'ergot de seigle.

Les mesures non médicamenteuses qu'il convient de respecter sont :

- Le repos, l'obscurité, le calme, voire le sommeil sont généralement bénéfiques.
- Les applications de chaud et/ ou de froid ou la pression au niveau de la tête et du cou peuvent aussi être efficace.
- Certaines techniques comme l'acupuncture ou la relaxation peuvent avoir une certaine efficacité.

2.2.3- Niveau CHR/CHU

Orienter l'enfant vers le service de neurologie pour une prise en charge appropriée

3- LES EPILEPSIES

3.1- GENERALITES

Il faut distinguer la crise épileptique de l'épilepsie elle-même. La crise épileptique est une décharge brutale, excessive, paroxystique et synchrone d'une population de neurones cérébraux et qui peut se manifester par :

- Des troubles moteurs et ou sensitifs
- Une interruption abrupte de la conscience
- Des troubles sensoriels
- Des modifications du comportement

La crise épileptique survient de façon brutale, avec une durée brève de 2 à 3 min. Elle cède de façon brutale.

On parle d'épilepsie quand la crise ainsi définie tend à se répéter au moins 3 à 4 crises. Plusieurs raisons peuvent expliquer la fréquence élevée de l'épilepsie en Afrique:

- Accouchement traumatique
- Maladie de la mère
- Maladie infectieuse de l'enfance à savoir coqueluche, rougeole, neuropaludisme
- Fœtopathies
- Affections parasitaires (Exemple de la cysticercose cérébrale).

Il existe plusieurs formes de crises épileptiques comme décrit ci-dessous

- **Crises partielles**

Ce sont des crises dont la sémiologie électro-clinique est rapportable à la mise en jeu d'une portion limitée du cortex cérébral et rend leur symptomatologie claire et élémentaire.

- **Crises partielles à symptomatologie élémentaire**

- Crises partielles motrices.
- Crises sensitives. Exemple : sensation d'impression d'engourdissement ou de peau cartonnée, de ruissellement, de fourmillement...
- Crises sensorielles : crises visuelles, hémianopsie, des points lumineux ; la cécité.
- Crises auditives : assourdissement de bruit, acouphène, bruit de moteur etc. ...
- Crises olfactives : odeur
- Crises gustatives goût bizarre, sensation d'avoir quelque chose dans la bouche.
- Crises végétatives : épigastralgie

- **Crises partielles à symptomatologie complexe.**

- Crises amnésiques (mémoire) (exemple : sensation de jamais vu, jamais entendu parler; sensation de déjà vu, de déjà vécu.)
- Crises idéatives (Exemple : d'une idée qui s'impose)
- Crises psychosensorielles : impression de macropsie, de micropsie, de fragmentation
- Crises hallucinatoires : impression de légèreté, de dédoublement
- Crises motrices : Exemple : les automatismes ; activités motrices élaborées non adaptées.
- Crises sensitives. Exemple : sensation du piment.
- Crise sensorielle : son d'une musique, d'une mélodie.

- **Crises généralisées**

- **Absence vraie ou « petit mal »**

Ce sont des crises de brèves durées caractérisées par une altération (altération ou suspension) des fonctions psychiques supérieures. On peut avoir des absences simples ou complexes. Les absences sont de courte durée de 5 à 60 secondes pouvant aller jusqu'à 120 secondes. Ces absences ne durent pas 2 à 3 minutes. Le début est brutal, la fin également avec retour immédiat à une conscience claire. *Les facteurs favorisants sont :*

- L'émotion
- Le chagrin
- L'environnement
- L'hypoxie cérébrale
- L'hypoglycémie
- Alcalose
- **Crises généralisées toxico clonique ou « grand mal »**

Elles durent 2 à 3 minutes et comprennent :

- une phase tonique avec contracture en flexion puis en extension du corps avec suspension de la respiration
- une phase clonique faite de secousses rythmiques
- une phase post critique caractérisée par la fin de la crise avec une reprise de la respiration.

On peut avoir une perte d'urine à cette phase. La conscience abolie dès le début de cette crise demeure ainsi après un temps variable : c'est le coma post-critique qui cède progressivement.

- **Etat de mal épileptique (EME)**

Il y a EME lorsque la personne fait des crises successives sans reprise de la conscience entre les crises mettant donc en danger le pronostic vital.

3.2- LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

3.2.1- Niveau communautaire : Référer l'enfant au centre de santé

3.2.2- Niveau USP/HD

➤ Accueillir l'enfant/ou l'accompagnant

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Assurer la confidentialité ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Enregistrer l'enfant (Nom et prénoms, âge, profession, etc.).

➤ Mener l'interrogatoire

- Date de début de la maladie;
- Circonstances de survenue;
- Antécédents médicaux de l'enfant ;

➤ Examiner l'enfant

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à l'enfant ou l'accompagnant;
- Exécuter l'examen :
 - a. Aider l'enfant à s'installer sur le lit (ou dans le fauteuil);
 - b. Prendre les constantes (Poids, Taille, TA, Périmètre crânien, Périmètre brachial);
 - c. Faire l'examen de la bouche, de la langue;
 - d. Faire l'examen de l'état général.

➤ Traitements

La molécule la plus prescrite au Togo est le phénobarbital (Gardéнал).

- Prendre les médicaments régulièrement
- Eviter l'alcool
- Dormir tôt, éviter de veiller
- Eviter tout excitant : café, drogue, cola, tabac...
- L'épileptique peut manger tout

La durée de la prise de médicament est d'au moins 4 ans sans crise.

3.2.3- Niveau CHR/CHU

Orienter l'enfant vers le service de neurologie pour une prise en charge appropriée

CHAPITRE 36 : LES ABUS SEXUELS ET AUTRES MALTRAITANCES DE L'ENFANT

L'abus sexuel survient quand l'enfant est engagé dans des activités sexuelles qu'il ne peut comprendre, pour lesquelles son développement psychomoteur n'est pas préparé, et ne peut donner un consentement et/ou ces activités violent la loi ou les tabous de la société. Ces activités sexuelles incluent toutes les formes de contacts sexuels: rapports génitaux (oro-génitaux, ano-génitaux, génito-génitaux), les attouchements.

Pour les abus sexuels, les principaux signes génitaux sont : les écoulements génitaux, une déchirure ou une absence d'hymen, une fissure ou une béance anale, des traumatismes du périnée, une fistule recto-vaginale ou fistule vésico-vaginale, des douleurs pelviennes. Il y a aussi de signes liés aux traumatismes physiques et des troubles comportementaux (voir tableau 1)

Signes cliniques suspects d'abus sexuel chez un enfant

Signes	Filles	Garçon
Génitaux	Absence ou déchirure de l'hymen Fissure ou béance anale Traumatisme du périnée Fistule vésico-vaginale Fistule recto-vaginale Douleurs pelviennes Présence d'une IST	Béance anale Fissure anale Fistule recto-anale Présence d'une IST
	Autres signes Traumatismes cutanés Docilité marquée à l'examen Crainte exagérée d'un parent ou d'un proche	

NIVEAU	ACTIVITES
COMMUNAUTAIRE	Conduite à tenir devant une suspicion d'abus sexuel ou autres maltraitances chez un enfant. <ul style="list-style-type: none"> - Faire des séances éducatives et des entretiens individuels aux parents et dans la communauté sur la maltraitance, les pratiques traditionnelles néfastes vis-à-vis des enfants. - Détecter les cas de maltraitance en faisant des visites domiciliaires dans les familles à risque de maltraitance. - Signaler aux autorités compétentes les cas.

NIVEAU	ACTIVITES
USP/HD/CHR/CHU	<p>Examen initial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueillir les données sur les circonstances dans lesquelles est survenu l'abus sexuel. - Déterminer si possible le délai séparant l'agression et la date de consultation. - Effectuer un examen physique minutieux à la recherche de signes d'IST (écoulements génitaux, ulcérations et/vésicules génitales, condylomes). - Faire des prélèvements anaux dans les deux sexes, vaginaux chez la jeune fille et urétraux chez le garçon en vue de rechercher le gonocoque, le <i>Trichomonas vaginalis</i>. - Faire les sérologies VIH, de l'hépatite B et de la syphilis. - Faire un test de grossesse chez la jeune fille qui a déjà commencé à avoir ses menstruations (cas de puberté précoce ou dont l'âge pourrait être sous-estimé). - Rechercher les signes cliniques d'IST et effectuer les sérologies VIH, de l'hépatite B et de la syphilis chez l'agresseur ou l'auteur présumé de l'agression sexuelle s'il est identifié. <p>Examen à 3 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refaire les sérologies VIH, de l'hépatite B et de la syphilis chez l'enfant (surtout si les tests initiaux étaient négatifs). <p>Traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si le test de grossesse est négatif prescrire dans les 72 heures (suivant l'agression ou l'abus sexuel) une contraception d'urgence. - Si sérologie positive chez l'agresseur, prendre en charge l'enfant et mettre en route le traitement ARV dans les 72 heures suivant l'agression. - Si un germe est isolé, il faut traiter l'enfant en tenant compte de sa sensibilité aux antibiotiques (ou traitement selon le syndrome IST identifié). - Si aucun germe n'est isolé et s'il existe des facteurs de risque élevé d'IST chez l'agresseur ou si l'agresseur présente une IST ou a des antécédents récents d'IST, dans ce cas il faut faire un traitement présomptif. Ce traitement doit tenir compte du syndrome IST suspecté chez l'agresseur. - Proposer une prise en charge et un suivi psychologiques. <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>En cas de positivité de la sérologie VIH, le suivi et le traitement de l'enfant doivent respecter les recommandations pour la prise en charge médicale du VIH au Togo (cf. Guide PNLS/IST).</i> ➤ <i>Ne pas oublier de compléter la prise en charge par le volet légal.</i> ➤ <i>Toute victime de maltraitances autres que sexuelles doit bénéficier d'une prise en charge appropriée (médicale, chirurgicale, psychologique, juridique.....</i>

TROISIEME PARTIE

SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

CHAPITRE 37 : SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Les jeunes et les adolescents constituent une tranche d'âge ayant des besoins spécifiques dont il faut tenir compte dans la prise en charge de leur santé. En rappel, l'adolescence concerne la tranche d'âge de 10 à 19 ans et les jeunes celle de 20 à 24 ans selon la politique de SR/PF/IST du Togo.

Ils ont besoin d'attention et de compréhension, d'où la nécessité de développer une approche amicale avec eux dans le but d'établir un climat de confiance, de dialogue confidentiel et de respect de leurs principes moraux et de créer un service adapté à leur prise en charge. Ils doivent être associés à toutes les étapes du processus de la planification pour la promotion de leur santé reproductive.

1- REGLES GENERALES DE PRESTATION DE SERVICES DES ADOLESCENTS ET JEUNES

1.1- Ce qu'il faut faire

- Accueillir avec amabilité.
- Tenir compte de leur spécificité : résidence urbaine ou rurale, sexuellement actifs (et actives) ou non, scolarisée(e)s ou non, déscolarisés, enfants de rue, apprentis.
- Associer concrètement les jeunes à la conception et à la formulation des programmes les concernant.
- Impliquer les jeunes qui ont déjà eu une expérience, dans la phase de mise en œuvre de ces programmes (éducation par les pairs).
- Adopter les aides visuelles à leur convenance.
- Utiliser le langage des jeunes.
- Etre honnête et franc lorsqu'on s'adresse aux jeunes.
- Etre patient.
- Respecter le point de vue des jeunes.
- Apporter l'information juste aux jeunes.
- Laisser les jeunes définir ce qu'ils pensent vouloir et pouvoir faire.
- Etre conséquent : accompagner les jeunes dans leur prise de décision.
- Etablir un climat de confiance mutuelle.
- Montrer la foi en eux.
- Exprimer de l'empathie.
- Aménager les horaires spéciaux leur convenant.
- Eviter un long temps d'attente.
- Intégrer les services.

1.2- Ce qu'il ne faut pas faire

- Donner des ordres car cela engendre la rébellion.
- S'imposer d'emblée lorsqu'on engage une discussion avec les jeunes.
- Ridiculiser les jeunes.
- Juger les jeunes.
- Etre négatif ou pessimiste lorsqu'on travaille avec les jeunes.
- Sous-estimer la capacité des jeunes.

2- COMMENT LES ADOLESCENTS ET JEUNES AIMERAIENT ETRE TRAITES ?

- Faire preuve de confidentialité.
- Leur donner l'information et les services dont ils ont besoin.
- Les acceptez tels qu'ils sont, ne pas leur faire de la morale et ne pas les démoraliser.
- Employer un langage et des moyens qu'ils comprennent.
- Demander leurs opinions et respecter-celles-ci.
- Leur permettre de décider par eux-mêmes.
- Leur donner le sentiment d'être les bienvenus et les mettre à l'aise.
- Ne pas les juger.
- Leur fournir des services qui correspondent à leurs emplois pour qu'ils soient disponibles.

CHAPITRE 38 : LES VISITES MEDICALES PERIODIQUES DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

1- GENERALITES

Les visites médicales périodiques des adolescents et des jeunes sont des prestations de services organisées à intervalles déterminés, au niveau des infirmeries scolaires, des USP, des CMS et des HD. Elles visent à dépister et à traiter principalement les troubles de la croissance, les malformations et les perturbations de la puberté chez les personnes âgées de 10 à 24 ans.

2- PRINCIPALES ETAPES D'UNE VISITE MEDICALE

2.1- Accueillir l'adolescent(e) le / la jeune:

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe s'il y a lieu ;
- Rassurer sur la confidentialité de l'entretien ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer le client.

2.2- Mener l'interrogatoire de l'adolescent(e) du / de la jeune

- Recueillir des informations sur son identité, son âge, son statut matrimonial, Lieu de résidence sa profession et sa vie conjugale le cas échéant.
- Demander le motif de la consultation.
- Rechercher des informations sur ses antécédents : médicaux (notamment les *IST*) et chirurgicaux.
- Rechercher des informations sur l'utilisation de certaines drogues, de l'alcool, du tabac.
- Vérifier l'état vaccinal.

2.3- Examiner l'adolescent(e) le/ la jeune

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen.
- Expliquer le déroulement de l'examen.
- Exécuter l'examen:
 - Apprécier l'état général (retard staturopondéral, obésité, anémie, goitre)
 - Apprécier le développement morphologique (cf. Stades de tanner) :
 - **Chez la fille** (*poussée des seins, apparition des poils au niveau des aisselles, élargissement du bassin, augmentation rapide de la taille, boutons au visage*) ;
 - **Chez le garçon** (*gynécomastie, apparition des poils au niveau des aisselles et du menton, mue de la voix, développement du corps, boutons au visage*) ;

- Faire l'examen de l'appareil urogénital :
 - **Chez la fille** (accroissement des lèvres et du clitoris, apparition des poils du pubis en forme triangulaire—le sommet vers le bas). Rechercher les anomalies éventuelles : nodule ou tumeur mammaire, absence de pilosité au niveau de la vulve, pertes anormales—sécrétions mucopurulentes ou sanguinolentes, signes d'une infection sexuellement transmissible ;
 - **Chez le garçon** (apparition des poils du pubis, accroissement du pénis et des testicules). Rechercher les anomalies éventuelles (absence de pilosité, ectopie testiculaire, cryptorchidie, hermaphrodisme, signes d'une infection sexuellement transmissible ;
- Faire l'examen de l'appareil cardio-pulmonaire à la recherche d'un souffle cardiaque, d'une HTA, d'une dyspnée d'effort ;
- Faire l'examen de l'appareil locomoteur à la recherche d'une boiterie, d'une scoliose, d'une cyphose, d'une cyphoscoliose, d'autres malformations notamment au niveau des membres ;
- Faire l'examen bucco-dentaire à la recherche d'une carie dentaire et d'une haleine fétide ;
- Faire l'examen ophtalmologique et otorhinolaryngologique à la recherche d'une baisse de l'acuité visuelle et/ou auditive ;
- Faire l'examen des autres appareils ;
- Communiquer le résultat du diagnostic probable ;
- Faire des examens complémentaires selon l'affection détectée.

2.4- Conduite à tenir

Si affections courantes : assurer la prise en charge selon l'ordinogramme et référer si pas d'amélioration.

Si malformations : référer au CHR / CHU.

CHAPITRE 39 : LA CONSULTATION MEDICALE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

1- Généralités

Parmi les comportements à risque des jeunes et des adolescents, il faut retenir la toxicomanie et la prostitution, qui constituent une porte d'entrée pour le VIH. Il est important qu'à chaque contact avec les client(e)s jeunes, le prestataire mette l'accent sur ces fléaux et discuter avec eux des dangers qu'elles représentent.

2- Principales étapes d'une visite médicale

2.1-Accueillir l'adolescent(e) le / la jeune

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe s'il y a lieu ;
- Rassurer sur la confidentialité de l'entretien ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer le client.

2.2-Mener l'interrogatoire de l'adolescent(e) du / de la jeune

- Recueillir des informations sur son identité, son âge, son statut matrimonial, sa profession, son lieu de résidence, sa vie conjugale le cas échéant, son environnement familial (famille monoparentale, divorcée, conflits entre parents ?) ;
- Demander le motif de la consultation,
- Rechercher des informations sur ses antécédents : familiaux, médicaux (notamment les IST), obstétricaux et chirurgicaux,
- Rechercher des informations sur les habitudes alimentaires (anorexie mentale, boulimie) ;
- Rechercher des informations sur le déroulement de la puberté (ménarches, cycle menstruel, pollutions nocturnes chez le garçon) ; puberté précoce ou tardive ? (cf. Stades de tanner) ;
- Rechercher des informations sur les comportements à risque : l'utilisation des drogues, de l'alcool, du tabac, et leurs effets sur l'organisme (*perte de la mémoire, agitation, somnolence, tremblements des extrémités, bronchite, ulcère, asthénie sexuelle, détérioration de l'état physique*) ;
- Rechercher des informations sur des activités sexuelles : rapports sexuels protégés ou non, nombre de partenaires, fréquence des rapports sexuels ?
- Vérifier l'état vaccinal.

2.3- Examiner l'adolescent(e) le / la jeune

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen :

- Apprécier l'état général (retard staturo-pondéral, obésité, anémie, goitre)
- Apprécier le développement morphologique (cf. Stades de TANNER) :
 - **Chez la fille** (*poussée des seins, apparition des poils au niveau des aisselles, élargissement du bassin, augmentation rapide de la taille, boutons au visage*) ;
 - **Chez le garçon** (*gynécomastie, apparition des poils au niveau des aisselles et du menton, mue de la voix, développement du corps, boutons au visage*) ;
- Faire l'examen de l'appareil urogénital:
 - **Chez la fille** (accroissement des lèvres et du clitoris, apparition des poils du pubis en forme triangulaire—le sommet vers le bas). Rechercher les anomalies éventuelles : nodule ou tumeur mammaire, absence de pilosité au niveau de la vulve, pertes anormales—sécrétions mucopurulentes ou sanguinolentes, signes d'une infection sexuellement transmissible ;
 - **Chez le garçon** (apparition des poils du pubis, accroissement du pénis et des testicules). Rechercher les anomalies éventuelles (absence de pilosité, ectopie testiculaire, cryptorchidie, hermaphrodisme, signes d'une infection sexuellement transmissible) en faisant :
 - Faire l'examen de l'appareil cardio-pulmonaire à la recherche d'un souffle cardiaque, d'une HTA, d'une dyspnée d'effort ;
 - Faire l'examen de l'appareil locomoteur à la recherche d'une boiterie, d'une scoliose, d'une cyphose, d'une cyphoscoliose, d'autres malformations notamment au niveau des membres ;
 - Faire l'examen bucco-dentaire à la recherche d'une carie dentaire et d'une haleine fétide ;
 - Faire l'examen ophtalmologique et otorhinolaryngologique à la recherche d'une baisse de l'acuité visuelle et/ou auditive ;
 - Faire l'examen des autres appareils ;
 - Communiquer le diagnostic probable à l'adolescent(e)/ au jeune ;
 - Faire les examens complémentaires selon l'affection détectée.

2.4- Conduite à tenir

2.4.1- Risque d'IST / VIH / SIDA et de Grossesses non désirées : évaluer le risque et adopter des stratégies de résolution du risque ;

- Proposer le test de dépistage du VIH ;
- Traiter les IST selon l'algorithme ;
- Proposer un test de grossesse;
- Proposer la consultation de planification familiale pour jeunes et adolescents ;

2.4.2- Présence d'une grossesse : Conseiller de faire la consultation prénatale

2.4.3- Utilisation des drogues licites et illicites :

- Faire le counseling,
- Assurer une assistance morale,
- Référer pour une prise en charge adéquate.

CHAPITRE 40 : LA CONSULTATION PRENUPTIALE / PRECONCEPTIONNELLE

1- GENERALITES

C'est la consultation d'un couple avant le mariage. Elle est facultative et réservée au spécialiste. Son but est de déterminer chez le couple l'existence d'une malformation congénitale, d'une maladie héréditaire (Drépanocytose), d'incompatibilité sanguine foeto-maternelle dans le système Rhésus et d'autres pathologies pouvant retentir sur la grossesse et la qualité de la vie des enfants issus de cette union.

2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

2.1- Accueillir le couple

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe s'il y a lieu ;
- Rassurer sur la confidentialité de l'entretien ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer le client.

2.2- Mener l'interrogatoire (couple/individuellement)

- Age ; maladie héréditaire ;
- Profession ; consanguinité ;
- Antécédents obstétricaux, chirurgicaux de IST ; médicaux (drépanocytose)
- Multi partenariat sexuel, statut sérologique VIH
- Facteur rhésus
- Pathologie risquant de retentir sur une grossesse éventuelle (diabète, HTA, obésité, cardiopathie, pneumopathie grave...)
- Apprécier les facteurs de risque (tabagisme, alcoolisme, drogue,...)

2.3- Examiner le couple

2.3.1- Examiner la jeune fille

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen de la cliente :
 - e. Demander à la cliente de se déshabiller ;
 - f. Examiner les seins ;
 - g. Faire l'examen gynécologique ;
 - h. Faire l'examen des autres appareils.

2.3.2- Examiner le jeune garçon

- Faire l'examen général (morphologie, poids, taille, pilosité pubienne, caractères sexuels secondaires, thyroïde) ;
- Faire l'examen des organes génitaux externes (pénis ; hypospadias ; bourse : nombre de testicules, volume, sensibilité ; varicocèle...)
- Faire le toucher rectal à la recherche d'une prostatite ou d'une tumeur de la prostate.

2.3.4- Conduite à tenir

➤ Niveau Communautaire USP

- Non applicable
- Référer

➤ HD - CHR - CHU

Demander les examens complémentaires :

- Groupe sanguin + facteur Rhésus
- Electrophorèse de l'hémoglobine
- VDRL - TPHA
- Sérologie VIH après counseling et sur consentement du couple
- HBS
- Toxoplasmose
- Rubéole
- Radiographie pulmonaire
- Glycémie

Communiquer les résultats individuellement et au couple ;

Discuter avec le couple des risques liés au mariage en fonction des résultats obtenus ;

Etablir le certificat pré-nuptial (cf. prototype en annexe3).

QUATRIEME PARTIE

SANTE DE L'HOMME

INTRODUCTION

La santé des hommes en tant que composante de la Santé de la Reproduction (SR), vise surtout la promotion de la santé sexuelle, physique, mentale et sociale de l'homme. Elle concerne le dépistage et la prise en charge des dysfonctionnements sexuels et de la pathologie génitale des hommes de 25 ans jusqu'à un âge avancé.

CHAPITRE 41 : LES DYSFONCTIONNEMENTS ET TROUBLES SEXUELS CHEZ L'HOMME

1- GENERALITES

Les dysfonctionnements et troubles sexuels chez l'homme concernent toutes les anomalies relevées à un niveau quelconque des principales étapes de l'acte sexuel que sont :

- La **libido** (baisse de la libido, satyriasis) ;
- L'**érection** (asthénie sexuelle, impuissance) ;
- L'**éjaculation** (anéjaculation, éjaculation précoce, éjaculation tardive, éjaculation antepostas).

Ils peuvent être d'origine psychique ou organique.

2- PRINCIPALES ETAPES DE PRISE EN CHARGE DES

DYSFONCTIONNEMENTS ET TROUBLES SEXUELS CHEZ L'HOMME

2.1- Accueillir le client

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe s'il y a lieu ;
- Rassurer sur la confidentialité de l'entretien ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer le client.

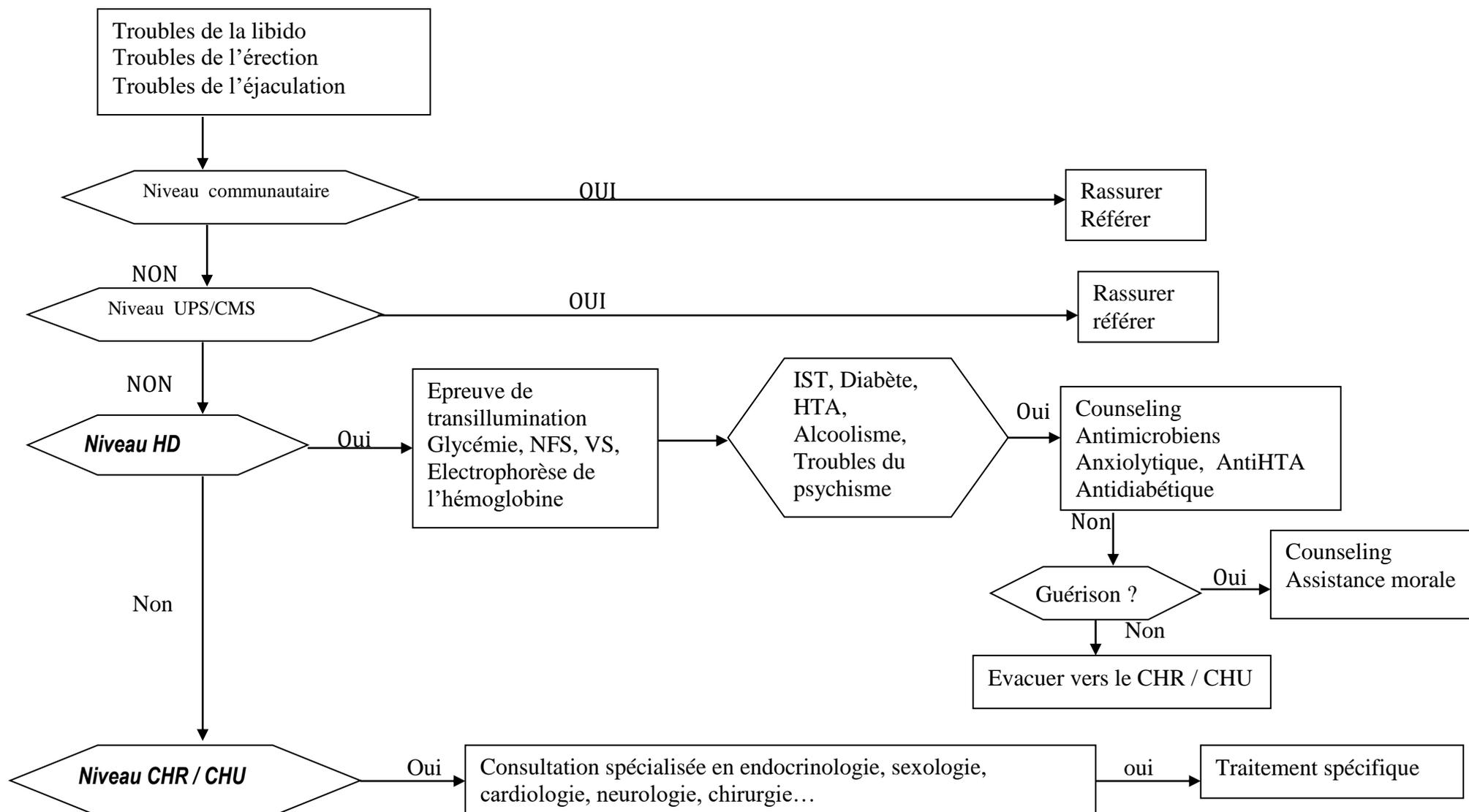
2.2- Mener l'interrogatoire du client

- rechercher des informations sur ses antécédents :
 - Médicaux (IST, Diabète, Alcoolisme, HTA, Troubles du psychisme, Drépanocytose) ;
 - Chirurgicaux (Traumatisme du petit bassin, Priapisme, Interventions périnéales) ;
- Rechercher des informations sur l'utilisation de certaines drogues, de l'alcool, du tabac.

2.3. Examiner le client

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen du patient :
 - Faire l'examen général ;
 - Faire l'examen de l'appareil urogénital et du périnée : rechercher une anomalie des organes génitaux externes (verge, bourses, testicules), du périnée et les signes d'une infection sexuellement transmissible ;
 - Faire un toucher rectal pour apprécier : le volume, la consistance et la sensibilité de la prostate chez les hommes de la cinquantaine ;
 - Faire l'examen des autres appareils.

2.4. Conduite à tenir par niveau (voir algorithmes ci-dessous)



CHAPITRE 42 : LES TUMEURS GENITALES CHEZ L'HOMME

1- GENERALITES

Dans ces protocoles de services, les tumeurs génitales de l'homme concernent spécifiquement les tumeurs de la prostate.

Les tumeurs de la prostate se définissent comme étant une augmentation du volume de la glande prostatique qui s'accompagnent habituellement de troubles de la miction à type de :

- Pollakiurie,
- Dysurie,
- Hématurie
- Rétention aiguë d'urine.

Devant tout client de la cinquantaine se présentant pour l'un des signes ci-dessus cités, une tumeur de la prostate doit être soupçonnée, diagnostiquée et prise en charge immédiatement.

Cette prise en charge doit se faire à tous les niveaux du système sanitaire. Toutefois, le traitement étant du domaine du Spécialiste, les prestataires des niveaux Communautaire, USP et HD devraient en première intention éliminer une infection urogénitale avant de procéder à l'évacuation du client.

2- PRINCIPALES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES TUMEURS GENITALES CHEZ L'HOMME

2.1- Accueillir le client :

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe s'il y a lieu ;
- Rassurer sur la confidentialité de l'entretien ;
- Demander l'objet de la visite ;
- Enregistrer le client.

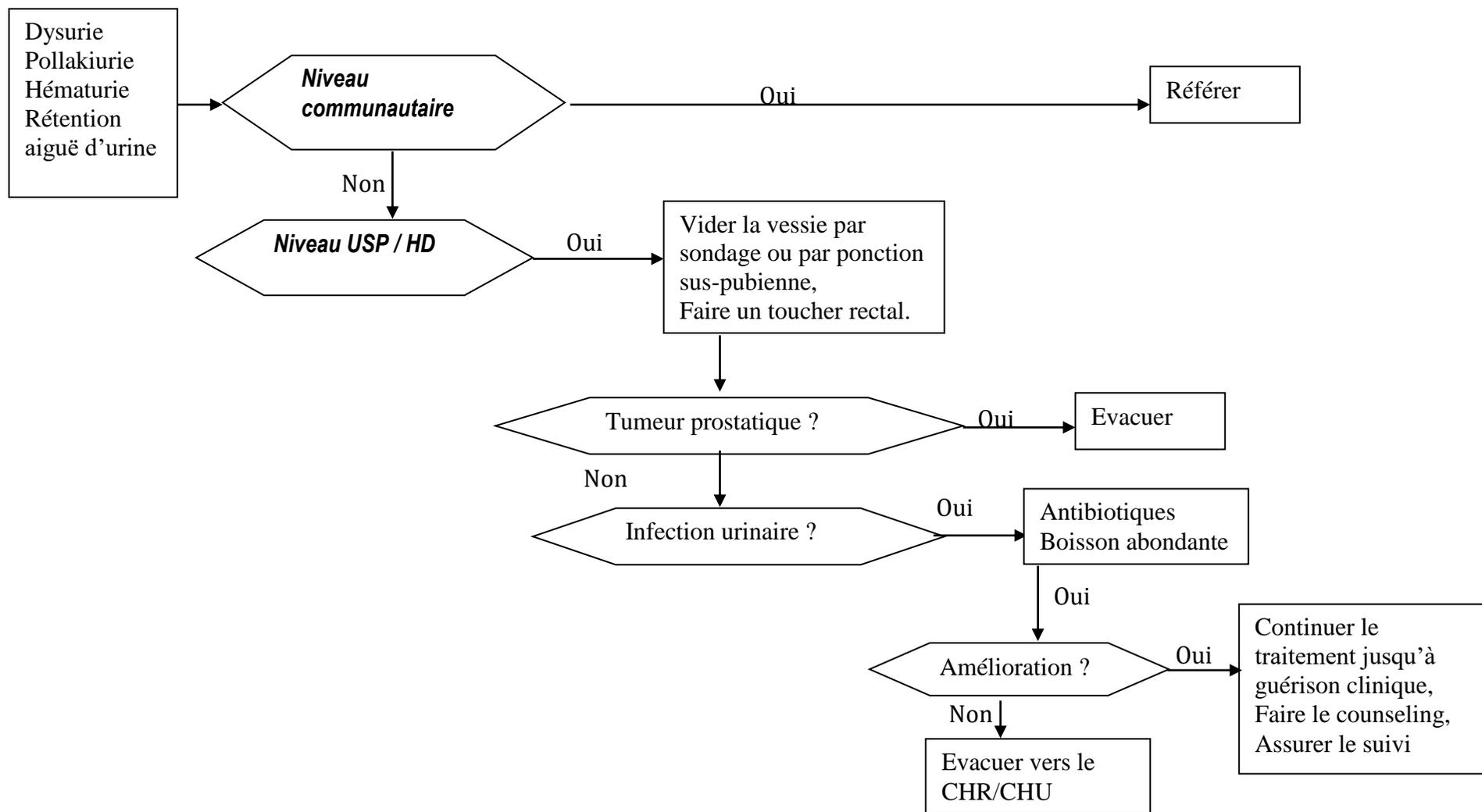
2.2- Mener l'interrogatoire du client :

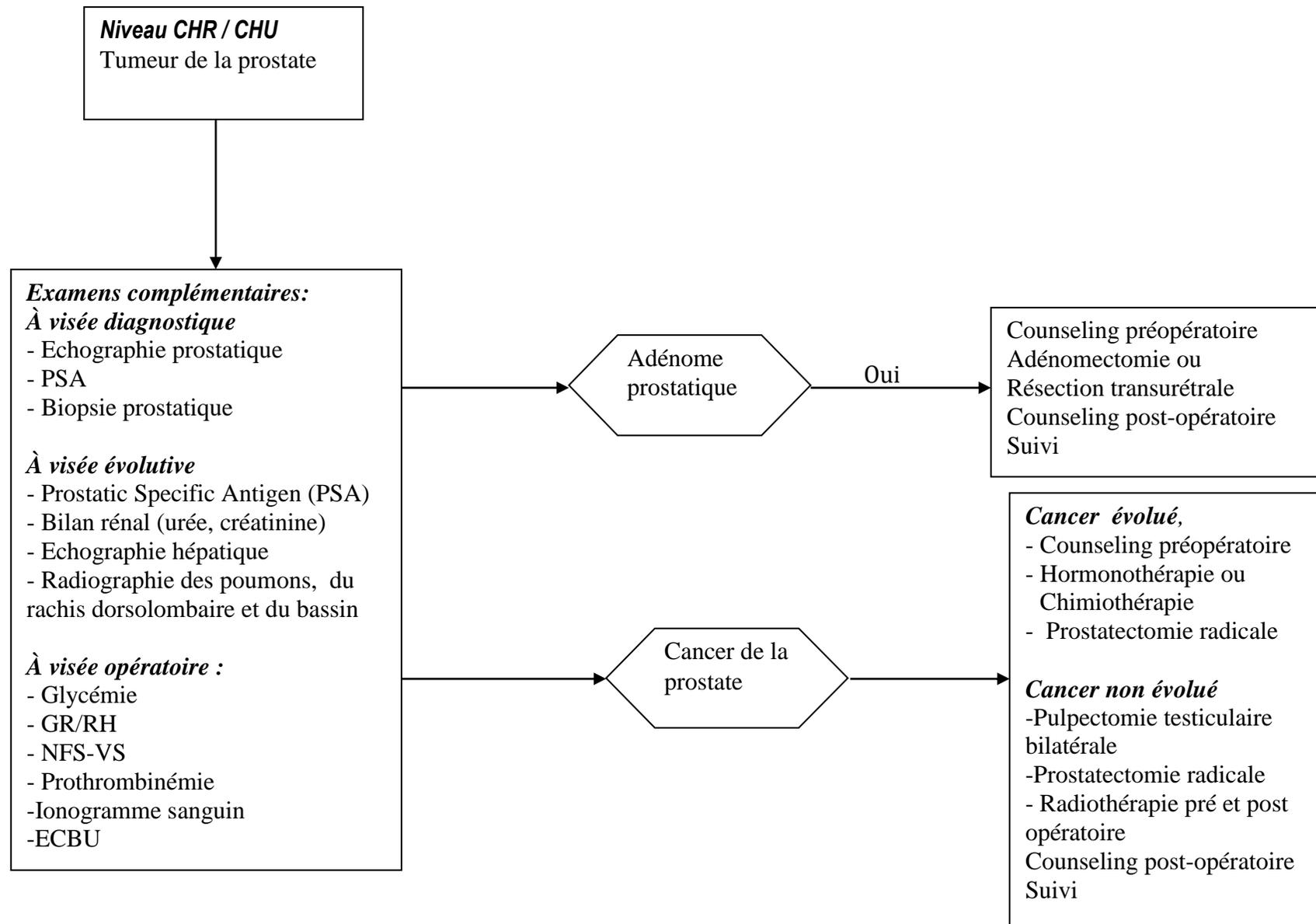
- Recueillir des informations sur son identité, son âge, son statut matrimonial, sa profession, son lieu de résidence ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Rechercher des informations sur ses antécédents médicaux, IST, et de prise de médicaments tels les neuroleptiques, décongestionnants pelviens (kaviase®, tadenan® ...), les progestatifs ;
- Rechercher des informations sur ses antécédents chirurgicaux (rupture traumatique de l'urètre, lithiase vésicale).

2.3- Examiner le client :

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen,
- Expliquer le déroulement de l'examen,
- Exécuter l'examen du client :
 - Observer le client pendant qu'il urine dans un urinal pour apprécier la force du jet, la couleur, la quantité et noter une éventuelle douleur mictionnelle ;
 - Faire l'examen général ;
 - Faire l'examen de l'appareil urogénital et du périnée : rechercher un globe vésical ;
 - Une anomalie des organes génitaux externes, un paquet hémorroïdaire ;
 - Faire un toucher rectal pour apprécier : le volume, la consistance, et la sensibilité de la prostate ;
 - Faire l'examen des autres appareils.

2.4- Conduite à tenir par niveau (voir algorithmes ci-dessous)





ANNEXES

**ANNEXES 1 : LA FICHE DE PRISE EN CHARGE DES SIGNES DE DANGERS
PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE**

Signes de danger	Niveaux de prise en charge				
	USP	CMS	HD HP	CHR	CHU
ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES					
○ Age inférieur à 18 ans et supérieur 35 ans	x	x	x	x	x
○ Parité supérieure à 4	x	x	x	x	x
○ Traitement d'infertilité prolongé		x	x	x	x
○ Antécédent d'accouchement assisté (ventouse, forceps)			x	x	x
○ Césarienne ou autres cicatrices utérines			x	x	x
○ Accouchement Prématuro	x	x	x	x	x
○ Hémorragie de la délivrance		x	x	x	x
○ Avortement à répétition		x	x	x	x
○ Grossesse prolongée	x	x	x	x	x
○ Diabète			x	x	x
○ Drépanocytose SS ou SC ou FS			x	x	x
○ Maladie Cardiaque			x	x	x
○ Maladies Rénales			x	x	x
○ HIV et grossesse		x	x	x	x
○ Tuberculose en traitement			x	x	x
○ Déformation de la colonne dorsolombaire et/ou du pelvis ou claudication importante depuis l'enfance (Boiterie)	x	x	x	x	x
SIGNES DE DANGER ACTUELS	USP	CMS	HD HP	CHR	CHU
○ Anémie (Pâleur des téguments ou Taux d'Hb < 10g/dl)	x	x	x	x	x
○ Vomissements graves avec déshydratation		x	x	x	x
○ Hémorragie génitale		x	x	x	x
○ Fièvre > 38°C	x	x	x	x	x
○ Tension Artérielle supérieure ou égale à 140 / 90 mm Hg	x	x	x	x	x
○ Protéinurie à une croix (+) dans les urines	x	x	x	x	x
○ Oedème des MI ou généralisé			x	x	x
○ Obésité			x	x	x
○ Pertes liquidiennes autres que les urines			x	x	x
○ Maux de tête ou Céphalées intenses		x	x	x	x
Grossesse actuelle gémellaire ou multiple	x	x	x	x	x

ANNEXES 2 : LES CONDITIONS DE TRANSFERT

1. PREPARER LE TRANSFERT

- Informer la patiente et sa famille sur le transfert ;
- Leur dire ce qui va se passer au centre de référence ;
- Le personnel qui va accompagner la cliente se prépare ;
- Informer le service d'accueil si possible.

2. RASSEMBLER LES DOCUMENTS DE TRANSFERT

- La fiche de référence /contre référence ;
- La fiche "partogramme" dûment remplie ;
- Le carnet de santé si elle a été suivie en consultation prénatale.

3. ASSURER UN ABORD VEINEUX STABLE

- Ne pas utiliser d'épicrânienne ;
- Ne pas utiliser d'aiguille métallique ;
- Eviter au maximum les abords veineux au niveau des plis des articulations. De préférence prendre l'abord veineux au niveau de l'avant-bras avec intraflon cathéter.

Région.....
 District sanitaire
 Formation sanitaire.....

N° d'ordre __/__/__/_/__/__/_/

FICHE DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE

1. A REMPLIR AU CENTRE QUI REFERE

Nom de la formation sanitaire ¹		Date d'admission/...../...../	Date de référence/...../...../
Nom et Prénom du (de la) patient (e)*		Heure d'admissionh.....mn	Heure de référenceh.....mn
Age (ans ou mois) :	Sexe : M /__/ F /__/	Symptômes	
Profession Adresse du (de la) patient (e).....		Diagnostic de référence	
Nom du centre vers lequel est référé le patient		Examens faits (clinique ou labo).....	
Traitements reçus.....			
Observations			
Nom et prénom du prestataire		Qualification	Contact Signature

2. A REMPLIR AU CENTRE D'ACCUEIL DU MALADE REFERE

Nom du centre d'accueil	Date d'admission Heure d'admission Date de sortie Heure de sortie /...../...../...../ /...../...../...../ /...../...../...../ /...../...../...../
Diagnostic d'entrée Diagnostic de sortie.....	Examens complémentaires
Traitements administrés	
Mode de sortie : Exact <input type="radio"/> Evadé ... <input type="radio"/> Décédé... <input type="radio"/> Référé..... <input type="radio"/>	Recommandations du prestataire au centre d'origine ou CAT
Observations.....	
Nom et prénom du prestataire	Qualification Contact Signature

ANNEXES 3 : LA FICHE DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DU MALADE AGE

<ul style="list-style-type: none"> Le nourrisson a-t-il eu des convulsions ? Le nourrisson a-t-il des difficultés à se nourrir ? 	<ul style="list-style-type: none"> Regarder si le nourrisson convulse actuellement Compter les respirations par minute. Reconstituer si le nombre est supérieur ou égal à 60 respiratoires par minute _____ Rechercher un tirage sous-costal marqué. Regarder et écouter un geignement expiratoire. Observer les mouvements du nourrisson : <ul style="list-style-type: none"> le nourrisson bouge-t-il seulement s'il est stimulé ? le nourrisson ne bouge-t-il pas même s'il est stimulé ? Prendre la température (le nourrisson a-t-il de la fièvre ou est-il hypothermique ?). Regarder si du pus s'écoule des yeux. Regarder l'ombilic. Est-il rouge ou suintant de pus ? Rechercher des pustules cutanées. 	
LE NOURRISSON A-T-IL LA DIARRHEE ? Oui ___ Non ___		
<ul style="list-style-type: none"> Evaluer l'état général du nourrisson : <ul style="list-style-type: none"> bouge-t-il seulement après avoir été stimulé ? Reste-t-il immobile même après avoir été stimulé agité et irritable ? Regarder si ses yeux sont enfoncés. Pincer la peau de l'abdomen. Le pli s'efface-t-il : <ul style="list-style-type: none"> très lentement (<i>plus de 2 secondes</i>) ? lentement ? 		
RECHERCHER UNE INFECTION AU VIH		
<ul style="list-style-type: none"> La mère est-elle séropositive VIH connue ? Oui ___ Non ___ Ne sait pas _____ Nouveau-né / nourrisson VIH(+) ___ PCR(+) ___ PCR(-) ___ PCR inconnu ___ VIH et PCR inconnus _____ Le nouveau-né / nourrisson est-il nourri au lait de sa mère ? Oui ___ Non ___ 		
PUIS RECHERCHER LES PROBLEMES D'ALIMENTATION OU D'INSUFFISANCE PONDERALE		
<ul style="list-style-type: none"> Existe-il des problèmes d'alimentation ? Oui ___ Non ___ Le nourrisson est-il allaité au sein ? Oui ___ Non ___ Si oui, combien de fois en 24 heures ? ___ Fois Le nourrisson reçoit-il d'habitude d'autres aliments ou liquides ? Oui ___ Non ___ Si oui, combien de fois ? ___ et lesquels ? _____ Comment sont donnés les aliments ? (<i>biberon, tasse, gavage</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Nourrisson de 7 jours à 2 mois :</i> Déterminer le poids pour l'âge : Faible ___ Normal ___ <input type="checkbox"/> <i>Nouveau-né de 0 à 7 jours :</i> <ul style="list-style-type: none"> Poids de naissance < 1500 g Poids de naissance entre 1500 g et 2500 g 	
Si le nourrisson ne présente aucun signe justifiant sa référence d'urgence à l'hôpital, évaluer l'allaitement au sein		
EVALUER L'ALLAITEMENT AU SEIN : <ul style="list-style-type: none"> Le nourrisson a-t-il été allaité pendant l'heure précédente ? 	Si le nourrisson n'a pas été allaité au sein pendant l'heure précédente, demander à la mère de mettre le nourrisson au sein. Observer l'allaitement pendant 4 minutes. <ul style="list-style-type: none"> Le nourrisson peut-il bien prendre le sein ? Pour vérifier la bonne prise du sein, regarder si : <ul style="list-style-type: none"> Le menton touche le sein Oui ___ Non ___ La bouche est grande ouverte Oui ___ Non ___ La lèvre inférieure est éversée Oui ___ Non ___ Plus d'aréole au-dessus qu'en dessous Oui ___ Non ___ <ul style="list-style-type: none"> <i>pas de prise de sein</i> <i>mauvaise prise du sein</i> <i>bonne prise du sein</i> Est-ce que le nourrisson tète efficacement (c'est-à-dire <i>succion lente et profonde avec pauses</i>) ? <ul style="list-style-type: none"> <i>pas de succion du tout</i> <i>succion non efficace</i> <i>succion efficace</i> Regarder la bouche pour détecter : <ul style="list-style-type: none"> des ulcérations ou plaques blanches (<i>muquet</i>) des malformations (fente palatine...) 	
VERIFIER L'ETAT VACCINAL et LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A <ul style="list-style-type: none"> Cocher les vaccinations et la vitamine A reçues <i>et/ou</i> entourer les vaccinations et la vitamine A à recevoir aujourd'hui <p>BCG ___ Polio 0 ___ 200 000 à la mère VIH-négative ___</p> <p>DTC 1 ___ Polio 1 ___ Hep 1 ___ HIB 1 ___ 50 000</p>		Revenir pour : <ul style="list-style-type: none"> <i>/ la prochaine vaccination le</i> _____ (Date) <i>/ la prochaine prise de Vit. A le</i> _____ (Date)
VERIFIER SI LE NOURRISSON A RECU SA DOSE DE VITAMINE K EVALUER LES AUTRES PROBLEMES DU NOURRISSON VERIFIER L'ETAT DE SANTE DE LA MERE et si elle a reçu 200 000 U de vitamine A à l'accouchement, <i>si non : lui administrer la vitamine A comme recommandé</i> Fin d'évaluation / classification : _____heure(s) _____minute(s)		

DE 0 A 2 MOIS

PRISE EN CHARGE INTEGREE DU NOURRISSON MALADE AGE DE 0 A 2 MOIS

Début de prise en charge : _____ heure(s) _____ minute(s)

Nom _____ Sexe: _____ Age: _____ Poids: _____ kg Température: _____ °C Date : _____

DEMANDER: Quels sont les problèmes du nourrisson ? _____ Première visite ? _ Visite de suivi ? _

EVALUER (entourer tous les signes présents)

CLASSER

RECHERCHER UNE MALADIE GRAVE

TRAITER

.....
.....
Revenir pour visite de suivi le:
Vaccins administrés aujourd'hui :
Donner la Vitamine A à la mère :
Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.....

Fin de prise en charge : ____heure(s)_____minute(s)

DUREE DE PRISE EN CHARGE : _____ heure(s) _____ minute(s)

PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT AGE DE 2 MOIS A 5 ANS (1^{ère} partie)

Début de prise en charge : _____ heure(s) _____ minute(s)

Nom _____ Sexe: ____ Age: _____ Poids: ____ kg Température: _____°C Date : _____

DEMANDER: Quels sont les problèmes de l'enfant? _____ Première visite ? ____

Visite de suivi ? ____

EVALUER (entourer tous les signes présents)

CLASSER

RECHERCHER LES SIGNES GENERAUX DE DANGER		Signe général de danger <i>présent</i> ? Oui ___ Non ___
L'ENFANT VOMIT TOUT CE QU'IL CONSOMME INCAPABLE DE BOIRE OU DE PRENDRE LE SEIN ANTECEDENT DE CONVULSIONS (<i>pendant l'épisode actuel</i>)	CONVULSIONS ACTUELLES LETHARGIQUE OU INCONSCIENT	Ne pas oublier d'utiliser le signe de danger lors de la classification de : Toux ou Difficultés respiratoires, et Fièvre
L'ENFANT TOUSSE-T-IL ou A-T-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ? Oui ___ Non ___		
• Depuis combien de temps ? ____ Jours	• Compter les mouvements respiratoires par minute. ____ mouvements respiratoires par minute. Respiration rapide ? • Rechercher un tirage sous-costal. • Regarder et écouter le stridor.	
L'ENFANT A-T-IL LA DIARRHEE actuellement ? Oui ___ Non ___ ou A-T-IL EU LA DIARRHEE AYANT DURE 14 JOURS OU PLUS au cours des trois (3) derniers mois ? Oui* ___ Non ___		
• Depuis combien de temps ? ____ Jours • Ses selles contiennent-elles du sang ?	• Evaluer l'état général de l'enfant. L'enfant est-il : - léthargique ou inconscient ? - agité et irritable ? • Regarder si les yeux sont enfoncés. • Offrir à boire à l'enfant. L'enfant : - est-il incapable de boire ou boit-il difficilement ? - est-il assoiffé, boit-il avidement ? • Pincer la peau de l'abdomen de l'enfant. Le pli s'efface-t-il : - très lentement (<i>plus de 2 secondes</i>) ? - lentement ?	
L'ENFANT A-T-IL DE LA FIEVRE ? (antécédents / chaud au toucher / température de 38°C ou plus) Oui ___ Non ___		
• Depuis combien de temps ? ____ Jours • Si depuis plus de 7 jours, la fièvre a-t-elle été présente tous les jours ? • L'enfant émet-il des urines peu abondantes et/ou de couleur <i>coca-cola</i> ? • L'enfant dort-il sous moustiquaire ? • Si oui, la moustiquaire est-elle imprégnée d'insecticide ? • Des signes de rougeole : l'enfant a-t-il eu la rougeole au cours des trois derniers mois ?	Observer et rechercher : ○ une raideur de nuque ou une fontanelle antérieure bombée ; ○ des signes (cliniques) de PALUDISME GRAVE : - troubles du comportement, - prostration (incapable de s'asseoir ou de se tenir debout), - altération de la conscience, - coma, - convulsion, - détresse respiratoire, - choc (<i>pouls filant ou parfois imprenable, extrémités froides</i>), - urines peu abondantes et/ou de couleur coca-cola, - ictère, - saignement spontané, - anémie grave ; ○ des signes de ROUGEOLE : - <i>signe de KOPLICK</i> ou - <i>éruption généralisée</i> et l'un des signes suivants : <i>toux, écoulement nasal, ou yeux rouges.</i>	

<p>Si l'enfant a actuellement la rougeole ou l'a eue au cours des 3 derniers mois :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regarder dans la bouche pour rechercher des <i>ulcérations</i>. Si elles sont présentes, sont-elles <i>profondes et étendues</i> ? • Regarder s'il y a du pus qui coule des yeux. • Regarder s'il existe une opacité de la cornée. 	
<p>L'ENFANT A-T-IL UN PROBLEME D'OREILLE actuellement ? Oui __ Non __ ou dans les antécédents ? Oui* __ Non __</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • A-t-il des douleurs d'oreille? • Y a-t-il un écoulement d'oreille ? • Si oui, depuis combien de temps ? __ Jours ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Regarder si du pus coule d'une oreille. • Rechercher la douleur en appuyant sur la partie antérieure de l'oreille • Palper l'arrière de l'oreille pour rechercher un gonflement douloureux. 	
<p><u>ATTENTION</u> : NE PAS OUBLIER DE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la réponse est "Oui", PRENDRE EN COMPTE DANS LA RECHERCHE D'INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE - COMPLETER LA 2^{ème} PARTIE DE LA FICHE DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT ÂGÉ DE 2 MOIS À 5 ANS ! 		

**PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT AGE DE 2 MOIS
A 5 ANS (2^{ème} partie)**

Nom _____ Sexe: ___ Age: ___ Poids: _____ kg Température: _____ °C Date : _____

DEMANDER: Quels sont les problèmes de l'enfant? _____

Première visite ? ___ Visite de suivi ? ___

EVALUER (entourer tous les signes présents)

<p>RECHERCHER LES SIGNES D'ANÉMIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher la pâleur palmaire. Est-elle : sévère ? légère ? absente ? • Si pâleur palmaire présente, demander : l'enfant est-il drépanocytaire ? Si oui, rechercher les <u>signes de gravité</u> (ictère, fièvre, crises aiguës et fréquentes, priapisme, douleurs thoraciques). 																																				
<p>RECHERCHER LES SIGNES DE MALNUTRITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher les signes d'amaigrissement visible et sévère. • Rechercher les oedèmes au niveau des deux (2) pieds. • Déterminer le poids pour l'âge : Très faible ___ Pas très faible ___ 																																				
<p>RECHERCHER UNE INFECTION À VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE</p> <p>Observer et rechercher :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère VIH positive connue ? • Pneumonie actuelle ? • Diarrhée persistante actuelle <u>ou</u> au cours des trois derniers mois ? • Ecoulement d'oreille actuellement <u>ou</u> dans les antécédents ? • Amaigrissement visible et sévère <u>ou</u> Poids très faible pour l'âge ? • Ganglions sur <u>deux (2) aires ou plus</u> : cervicales ? axillaires ? inguinales ? • Y a-t-il un muguet ? • Y a-t-il un gonflement de la parotide ? • Y a-t-il une dermatose généralisée ? 																																				
<p>VERIFIER L'ETAT VACCINAL <u>Cocher</u> les vaccinations <u>reçues</u> et <u>Entourer</u> les vaccinations <u>à faire aujourd'hui</u>.</p> <table border="0"> <tr> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td>DTC1</td> <td>DTC2</td> <td>DTC3</td> <td>Fièvre Jaune</td> </tr> <tr> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td>Polio 0</td> <td>Polio 1</td> <td>Polio 2</td> <td>Polio 3</td> <td>Antirougeoleux</td> </tr> <tr> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td>Hep1</td> <td>HIB1</td> <td>Hep2</td> <td>HIB2</td> <td>Hep3</td> </tr> <tr> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> <td>____</td> </tr> </table> <p>VERIFIER LA SUPPLÉMENTATION en Vitamine A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date de la <u>dernière prise</u> : <u>Entourer</u> s'il faut donner de la <u>Vitamine A aujourd'hui</u>. 	____	____	____	____	____	BCG	DTC1	DTC2	DTC3	Fièvre Jaune	____	____	____	____	____	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Antirougeoleux	____	____	____	____	____	Hep1	HIB1	Hep2	HIB2	Hep3	____	____	____	____	____	<ul style="list-style-type: none"> • Ramener l'enfant pour : • / la prochaine vaccination le _____ (Date) • / la prochaine prise de Vit. A le _____ (Date)
____	____	____	____	____																																
BCG	DTC1	DTC2	DTC3	Fièvre Jaune																																
____	____	____	____	____																																
Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Antirougeoleux																																
____	____	____	____	____																																
Hep1	HIB1	Hep2	HIB2	Hep3																																
____	____	____	____	____																																

<p>EVALUER L'ALIMENTATION DE L'ENFANT SI : l'enfant est ANÉMIÉ <u>ou</u> de POIDS TRÈS FAIBLE <u>ou</u> a MOINS DE 2 ANS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Allaitez-vous l'enfant au sein ?</i> Oui ___ Non ___ Si oui, combien de fois par jour ? ___ Fois. Allaitiez-vous pendant la nuit ? Oui ___ Non ___ • <i>L'enfant consomme-t-il d'autres aliments et liquides ?</i> Oui ___ Non ___ Si oui, quels aliments ou quels liquides ? _____ Combien de fois par jour ? ___ Fois. Comment donnez-vous à manger à l'enfant ? _____ • <i>Si "poids très faible" pour son âge : Quelle quantité lui donnez-vous à chaque repas ?</i> _____ L'enfant reçoit-il sa propre part ? _____ Qui fait manger l'enfant et comment ? _____ • <i>Pendant sa maladie, l'alimentation de l'enfant a-t-elle changé ?</i> Oui ___ Non ___ Si oui, Comment ? _____ 	<p>Problèmes d'alimentation</p>
<p>EVALUER LES AUTRES PROBLEMES DE L'ENFANT</p>	
<p>VERIFIER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA MÈRE</p>	

Fin d'évaluation / classification : _____heure(s) _____minute(s)

N'oubliez pas de **transférer d'urgence tout enfant qui présente un signe de danger même si cet enfant n'a pas d'autres classifications graves.**

Revenir pour une visite de suivi le :

Expliquer à la mère quand revenir immédiatement :

Faire les vaccinations nécessaires aujourd'hui :

Donner de la vitamine A :

Conseils pour l'alimentation :

Fin de prise en charge : _____ heure(s) _____ minute(s)

DUREE DE PRISE EN CHARGE : _____ heure(s) _____ minute(s)

ANNEXE 4 : LISTE DES PARTICIPANTS ET DES PERSONNES RESSOURCES

LISTE DES PARTICIPANTS REVISION PNP SR PF IST

KPALIME – INFA DE TOVE DU 12 AU 16 OCTOBRE 2009

N°	NOM ET PRENOMS	PROVENANCE	QUALIFICATION	CONTACTS	ADRESSE E-MAIL
1	N'GANI Simtokina	DSF-Lomé	Chargé de la planification	223-33-70/910-99-38	ngani001@yahoo.fr
2	ABALO-TCHAMDJA Laure	PNLS /Lomé	Chargée des IST		abalokla@yahoo.fr
3	APALOO Yawo Egbli	CHP/Kpalimé	Gynécologue	997-33-72	apaluc@yahoo.fr
4	TOUSSA-AHOSSU Sénam	ATBEF/Lomé	Gynécologue	905-46-00	solangetoussa@yahoo.fr
5	BOTCHI Djababou	SNSJA/Lomé	Médecin	902-36-60	dbotchi@yahoo.fr
6	DEGBEVI Akoua	DSF/Lomé	SF/SP chargée des indicateurs SR	997-23-10/223-33-70	akouadegbevi@yahoo.fr
7	AGBEKPONOU Kangni	PNLP/Lomé	Médecin	079-25-88	agbejub77@yahoo.fr
8	TSOLENYANU Enyonam	CHUT/Lomé	Pédiatre	905-66-06/232-36-33	tsolenyanu_enyonam@yahoo.fr
9	BALAKA Bahoura	CHU C Lomé	Pédiatre/Pr Agr. FMMP		jbbalak@yahoo.fr
10	NAMOROU Abdil-Daim Daou	CHR /Atakpamé	Gynécologue obstétricien	9180878	dnamoro@yahoo.fr
11	AGOSSOU Abram Amétépé	Assahoun	Pédiatre de SP/DPS Avé		agossouabram@yahoo.fr
12	NAMADOU Mako	DSF/Lomé	Sage femme	858-45-89	t_mako2006@yahoo.fr
13	TCHEBRE Awa	PSI/Lomé	Coordinatrice Projet POMEFA	903-23-55/222-71-37	

14	TAGBA-PELEI Tchilalou	Lomé	Médecin/DDS N° 5	910-68-71	marysetagba@yahoo.com
15	AQUEREBURU A.C.	Lomé	Médecin	915-70-15/222-71-37	
16	AGBA-ALFA Mahéza	Lomé	DPLET	925-65-90	-
17	DJOFFON-ELITSA Opportune	Nutrition/Lomé	Médecin de SP	908-48-85	opportune@yahoo.fr
18	DAMESSI Yawo Mensah	DSF/Lomé	Resp. SIS et Logistique	910-90-94/223-33-70	bdamessi@yahoo.fr
19	AGBERE A. Diparidé	Lomé	PCIMNE	928-75-68	abdouagbere@yahoo.fr
20	TOKE Yaovi Temfan	Atakpamé	Médecin/DRS Plateaux	919-68-08	tokeyaovi@hotmail.com
21	TCHAGAFOU Moukaila	Lomé	Médecin/Consultant	915-70-42/234-29-39	mklitchagafou7@gmail.fr
22	AGBOBLI-APETSIANYI Elise	OMS/Lomé	Pédiatre/Conseillère Prog.	904-54-42/221-33-60	agbobbie@tg.afro.who.int
23	N'TAPI Kassouta	DSF/Lomé	MD, MPH/ Chef DSF	223-33-70/916-25-36	ntapi22@yahoo.fr
24	AGBIGBI Yao	UNFPA/Lomé	Médecin de SP	907-45-55/223-22-05	agbigbi@unfpa.org
25	GAGLI Simone	Lomé	Médecin de SP	3389943	gagli48@hotmail.com
26	AKPADZA Koffi	Lomé	Chef dép. Gynéco FMMP		akpadja@yahoo.fr
27	BADABADI E.David	Lomé	Gestionnaire DSF	9215701	tetoudavid@yahoo.fr
28	Mme YAKOUBOU Jamilatou	Lomé	Secrétaire	9172715	ijamilatou@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS VALIDATION PNP PF IST

KPALIME – INFA DE TOVE DU 23 AU 24 NOVEMBRE 2009

N°	NOM ET PRENOMS	PROVENANCE	QUALIFICATION	CONTACTS	ADRESSE E-MAIL
1	N'GANI Simtokina	DSF-Lomé	Chargé de la planification des activités	223-33-70/910-99-38	ngani001@yahoo.fr
2	Mme ABALO-TCHAMDJA	PNLS /Lomé	Chargée des IST		abalokla@yahoo.fr
3	Dr APALOO Yawo Egbli	CHP/Kpalimé	Gynécologue	997-33-72	apaluc@yahoo.fr
4	Dr TOUSSA-AHOSSU Sénam	ATBEF/Lomé	Gynécologue	905-46-00	solangetoussa@yahoo.fr
5	Dr BOTCHI Djababou	SMI/PF Lomé	Médecin	902-36-60	dbotchi@yahoo.fr
6	Pr AKPADZA Koffi	CHU Tokoin/Lomé	Chef dép. Gynéco FMMP		akpadja@yahoo.fr
7	Pr AGBERE A. Diparidé	CHU T Lomé	Point Focal PCIMNE	928-75-68	abdouagbere@yahoo.fr
8	Dr TSOLENYANU Enyonam	CHU T Lomé	Pédiatre	905-66-06/232-36-33	tsolenyanu_enyonam@yahoo.fr
9	Pr BALAKA Bahoura	CHU C Lomé	Pédiatre, Directeur ENSF		jbbalak@yahoo.fr
10	DR NAMOROU Abdil-Daim Daou	CHR Atakpamé	Gynécologue obstétricien	9180878	dnamoro@yahoo.fr
11	DR AGOSSOU Abram Amétépé	HP/Assahoun	Pédiatre, DPS Avé		agossouabram@yahoo.fr

12	Dr AGBA-ALFA Mahéza	Lomé	DPLET	925-65-90	
13	Dr DJOFFON-ELITSA	Sec de Nutrition	Médecin de SP	908-48-85	opportune@yahoo.fr
14	Dr TOKE Yaovi Temfan	Atakpamé	Médecin/DRS Plateaux	919-68-08	tokeyaovi@hotmail.com
15	Dr TCHAGAFOU Moukaila	Lomé	Médecin/Consultant	915-70-42/234-29-39	mklchagafou7@gmail.fr
16	Dr AGBOBLI-APETSIANYI Elise	OMS/Lomé	Pédiatre/Conseillère/Prog.	904-54-42/221-33-60	agbobbie@tg.afro.who.int
17	Dr N'TAPI Kassouta	DSF/Lomé	MD, MPH/ Chef DSF	223-33-70/916-25-36	ntapi22@yahoo.fr
18	PADJOUDOUM Koffi	DRS K	AMSP	914 2379	padjoudoumko@yahoo.fr
19	Dr AYEISSOU Akouété	DSF Lomé	Médecin de SP		Oyakou143@yahoo.fr
20	MODJOM Mako	DSF Lomé	Société Civile		Mjolie2@yahoo.fr
21	Kelèm Yvette	PNLS Lomé	Médecin de SP	2209430	ybolen@yahoo.fr
22	TAKO Laure	PNNP	SF	9163553	
23	NAMOROU Abdil-Daim Daou	CHR /Atakpamé	Gynécologue obstétricien	9180878	dnamoro@yahoo.fr
24	WOTOBE Kokou	Bassar	Médecin	9304310	
25	SAYA Kouami	DGS	AMSP	9095057	
26	ATTISSO Kossi	SNMT	Médecin	9094290	

LISTE DES PERSONNES RESSOURCES

N°	NOM ET PRENOMS	PROVENANCE	QUALIFICATION	CONTACTS	ADRESSE E-MAIL
01	Pr AGBERE A. Diparidé	CHU Tokoin	Agrégé Point Focal PCIMNE	928-75-68	abdouagbere@yahoo.fr
02	Pr AKPADZA Koffi	CHU Tokoin	Agrégé Chef dép. Gynéco FMMP		akpadja@yahoo.fr
03	Pr BALOGOUE Agnon A. Koffi	CHU Campus	Agrégé Sce Neurologie	904-72-31	
04	Pr BOKO Eshohanam	CUH Campus	Agrégé ORL		
05	Dr TOKOFAI Georges	SOS Dentiste/Lomé	Chirurgien Dentiste	904-00-71	gtokofai@tg.refèr.org