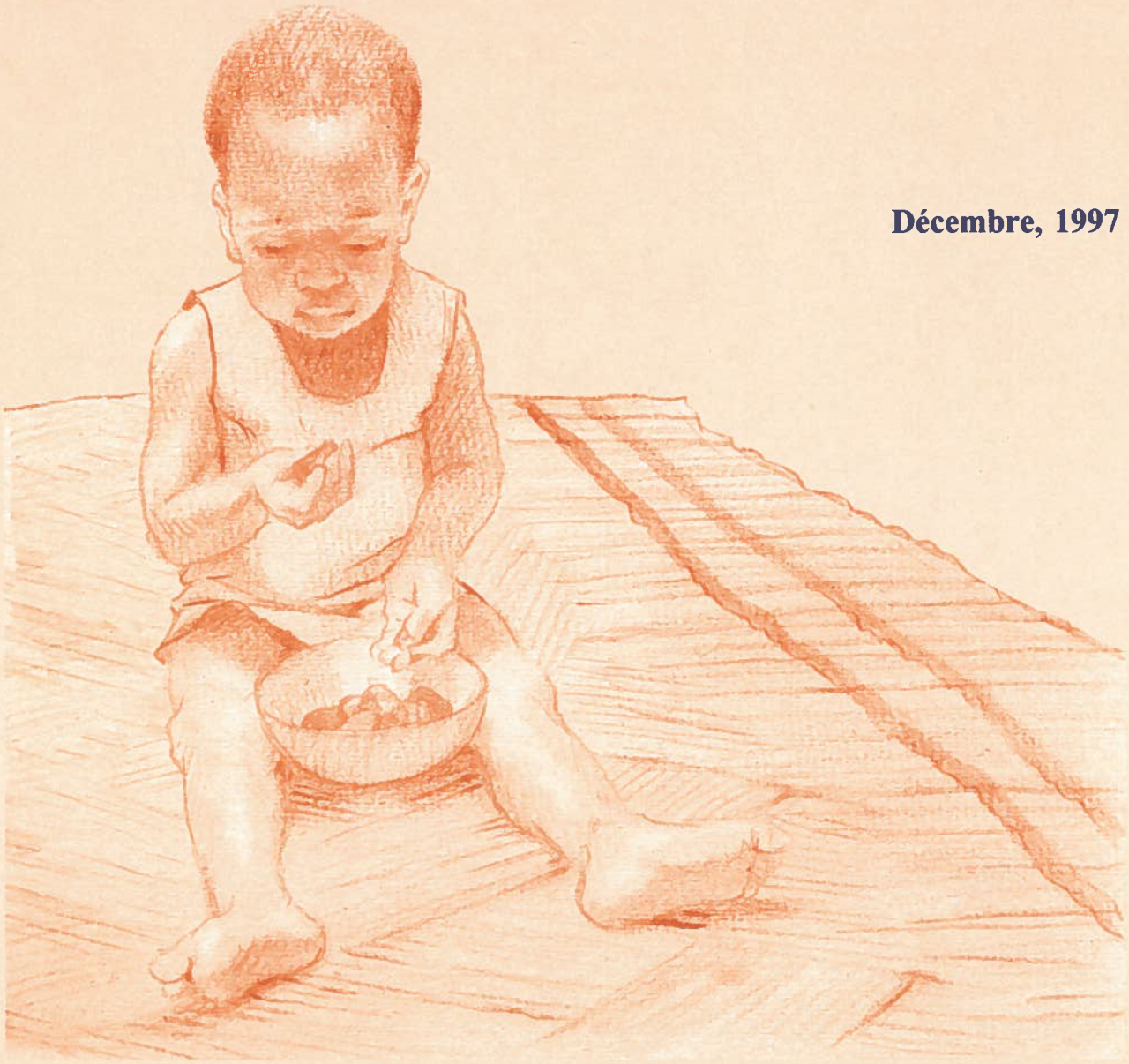
Guide pour l'introduction de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Décembre, 1997



Soutien pour l'analyse et la recherche en Afrique (SARA)
Analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA)
USAID, Bureau Afrique, Office du développement durable
en collaboration avec BASICS

PN-ACC-395

GUIDE POUR L'INTRODUCTION DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT

Décembre, 1997

Soutien pour l'analyse et la recherche en Afrique (SARA)
Analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA)
USAID, Bureau Afrique, Office du développement durable
en collaboration avec BASICS

Le Projet SARA est géré par l'Académie pour le Développement de l'Education avec pour sous-traitants l'Université Tulane, JHPIEGO, Macro International, l'Ecole de Médecine Morehouse, Population Reference Bureau et Porter/Novelli SARA est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International et fait partie du Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines en Afrique (HHRAA) (AFR/SD/HRD) aux termes du contrat AOT-0483-C-2178-00 (numéro du projet 698-0483)

Pour de plus amples informations ou pour obtenir d'autres exemplaires, prière de contacter .

Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project
Academy for Educational Development
1255 23rd Street NW
Washington, DC 20037, USA
Tel (202)884-8700
Fax (202)884-8701
E-mail· sara@aed org

Illustration sur la couverture par Robert Liberace

Le guide a été préparé par Mariam Claeson avec l'assistance de Suzanne Prysor-Jones et de Mildred Morton, en étroite collaboration avec le Projet BASICS Le Projet BASICS a contribué au chapitre sur la communication.

GUIDE POUR L'INTRODUCTION
DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT

DÉCEMBRE, 1997

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles

Chapitre 1. Introduction

Chapitre 2. Décision et planification pour l'introduction de la PCI

Chapitre 3. Examen de la situation actuelle

Chapitre 4. Aspect : Coordination et gestion (jaune)

Chapitre 5. Aspect : Formation (rose)

Chapitre 6. Aspect : Politiques (bleu)

Chapitre 7. Aspect : Disponibilité des médicaments (orange)

Chapitre 8. Aspect : Communications (vert)

Chapitre 9. Aspect : Suivi et Evaluation (violet)

Annexe 1. Matériel d'ordre général "jeu d'informations"

Annexe 2. Liste des médicaments PCI

Annexe 3. Modèles de protocoles

Annexe 4. Ressources de communication

Annexe 5. Schéma PCI OMS/UNICEF

Annexe 6. Les grandes lignes du Guide d'Adaptation de l'OMS (avant-projet)

GUIDE POUR L'INTRODUCTION
DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT

DÉCEMBRE, 1997

LISTE DES SIGLES

BASICS	*Basic Support for Institutionalizing Child Survival*
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention*
CDR	*Division de la lutte contre les maladies diarrhéiques et les maladies respiratoires aiguës (OMS)*
CHD	*Division de la santé et du développement de l'enfant (OMS), comprend l'ex-LMD et IRA (CDR) en date d'avril 1996*
IEC	*Information, education et communication*
IRA	*Infections respiratoires aiguës*
LMD	*Lutte contre les maladies diarrhéiques*
MS	*Ministère de la Santé*
MSP	*Ministère de la Santé Publique*
OMS	*Organisation Mondiale de la Santé*
ONG	*Organisation non gouvernementale*
PCI	*Prise en charge intégrée*
PEV	*Programme élargi de vaccinations*
PMI	*Protection maternelle et infantile*
SSP	*Soins de santé primaires*
UNICEF	*Fonds des Nations Unies pour l'enfance*

QU'EST L'APPROCHE INTÉGRÉE FACE AUX MALADIES DE L'ENFANT ?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis au point une approche intégrée pour le bilan, la classification, le traitement et le counselling des enfants malades et des personnes qui s'occupent d'eux L'approche est le fondement de nouvelles directives de traitement Elle permet une prise en charge intégrée (PCI) des maladies infantiles les plus courantes (infections respiratoires aigues, diarrhée, paludisme, rougeole et malnutrition) La PCI permet une identification exacte des maladies dans les consultations externes, encouragent le traitement des grandes maladies et accélère la référence d'enfants gravement malades. L'état de vaccination de chaque enfant est vérifié, le cas échéant, la vaccination est donnée, et des conseils nutritionnels sont fournis Pour de plus amples informations sur la PCI, voir Annexe I

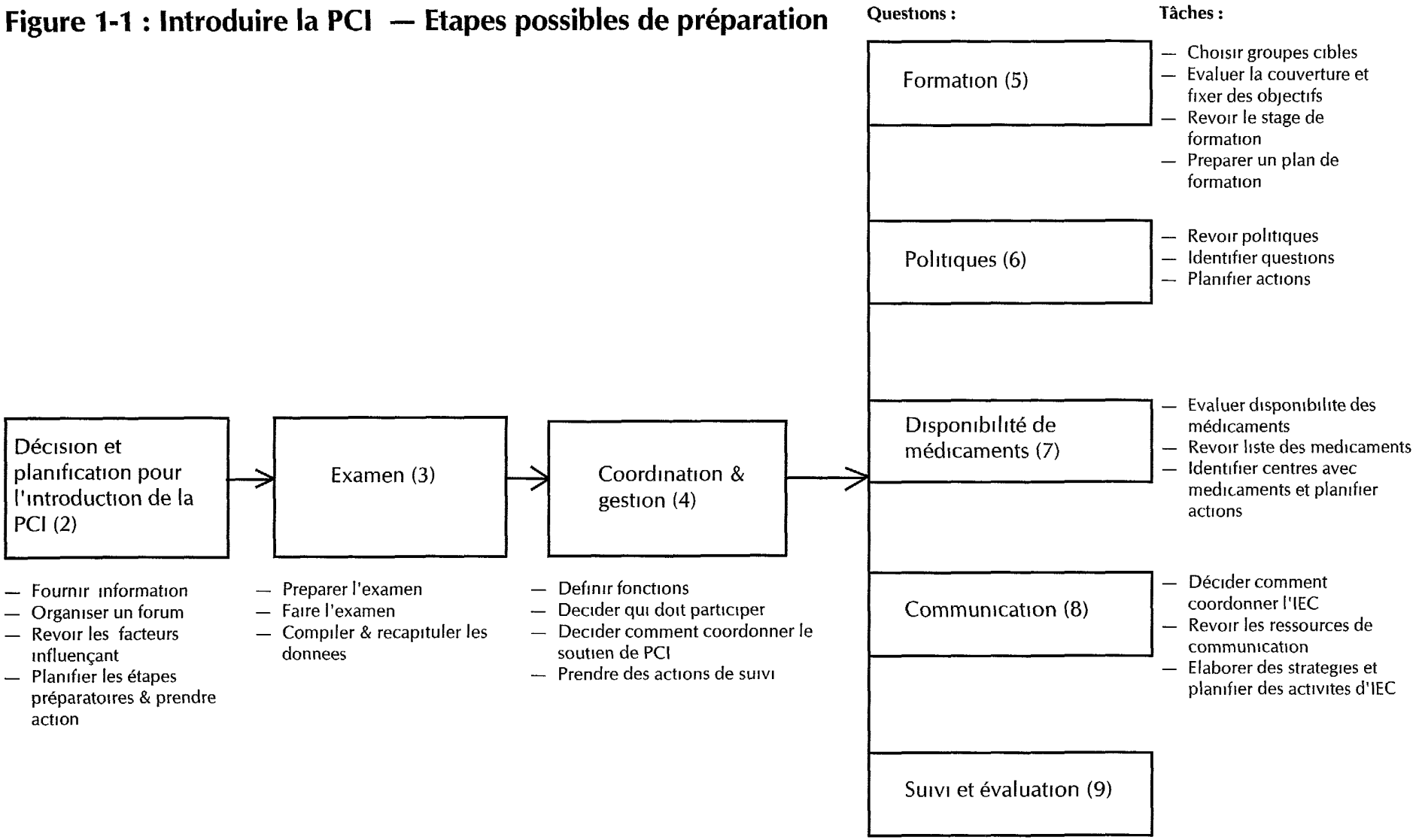
Un grand nombre de pays en développement et d'organisations internationales sont intéressés par l'élaboration et l'application d'une approche intégrée tant à la prise en charge technique que programmatique des enfants malades. Des études ont montré que les enfants amenés dans les formations sanitaires souffrent souvent de multiples causes de maladie Certaines causes sont aigues, d'autres sous-jacentes et, souvent, non reconnues. Le *Rapport du Développement dans le Monde*, publié par la Banque mondiale en 1993, estime que la prise en charge intégrée des maladies infantiles est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces dans les pays en développement.

QUELLES SONT LES QUESTIONS DE PRÉPARATION ?

La nouvelle approche à la PCI demande de nouvelles compétences L'OMS et l'UNICEF ont préparé un stage de formation (disponible en novembre 1995) destiné aux agents de santé des formations sanitaires de premier niveau pour enseigner les compétences d'une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, y compris les compétences interpersonnelles nécessaires pour communiquer efficacement avec tous ceux qui s'occupent des enfants. D'autres aspects des programmes de santé publique demandent des modifications en vue d'adopter la PCI, par exemple, suivi, distribution de médicaments et activités de communication Le présent guide traite de

5

Figure 1-1 : Introduire la PCI — Etapes possibles de préparation



( ) = se rapporte aux chapitres dans le guide

questions dont il faut tenir compte en se préparant à introduire la PCI pour les enfants malades

Les responsables de programme et d'autres décideurs à tous les niveaux du système de santé doivent prendre une décision éclairée pour introduire la PCI. Ils doivent évaluer la situation existante, traiter les questions de coordination et de gestion, formuler toute politique et tout plan nécessaires pour la formation et la disponibilité des médicaments, le suivi de la performance des agents de santé, les activités de communication et l'évaluation des progrès faits au niveau de l'application de la PCI (Voir Figure 1-1) Ce guide traite de chacune de ces étapes de préparation et fait des références à d'autres outils et directives disponibles qui sont utiles pour l'introduction de la PCI

Une liste de vérification pour la formulation d'un plan de préparation pour introduire la PCI se trouve à la page 11 au chapitre 2

POURQUOI UN GUIDE ?

Objectifs

Le guide a été préparé pour servir d'aide pratique dans la préparation d'une approche intégrée à l'enfant malade Il répond à trois grands objectifs

- **Examen de la situation actuelle** - fournir des directives pour réunir les informations nécessaires aux fins d'analyse et de décisions
- **Processus décisionnel** - fournir un processus pour traiter systématiquement les questions en préparation pour la PCI
- **Participation** - vérifier que tous les représentants officiels concernés à tous les niveaux administratifs du système de santé de tous les programmes pertinents soient engagés dans le processus

La plupart des questions sont spécifiques au pays et demanderont des approches et des solutions locales. Le guide aide à identifier les questions spécifiques au pays et offre des suggestions pour les traiter.

9

Actions de préparation

Le guide aide les responsables à prendre les actions de préparation suivantes pour introduire la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Décision et planification pour l'introduction de la PCI

- Prendre une décision et rédiger un plan préparatoire pour l'introduction de la PCI

Coordination et gestion

- Définir les fonctions aux niveaux national, régional et local soutenant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCI) au niveau local
- Identifier les responsables de la PCI aux niveaux national/régional
- Etablir un mécanisme de coordination de la PCI, par exemple, une équipe spéciale fonctionnelle, un comité ou autre entité de la PCI aux niveaux national et régional

Formulation de politiques

- Identifier les questions demandant une décision sur le plan des politiques
- Faire des recommandations pour la formulation de politiques nationales de médicaments conformes aux directives du traitement PCI

Planification de la formation

- Mettre au point des stratégies de formation qui sera formé, comment les former et contenu de la formation sur la prise en charge des cas pour les agents de santé des établissements sanitaires de premier niveau
- Fixer des objectifs de formation
- Elaborer un plan de formation pour soutenir la réalisation de la formation PCI au niveau local, y compris la formation pour la communication interpersonnelle

Disponibilité des médicaments

- Recommander comment améliorer la disponibilité de médicaments dans les formations sanitaires
- Inclure les médicaments essentiels PCI dans les listes nationales de médicaments
- Identifier les liens entre activités de formation et disponibilité de médicaments

Communications

- Décider comment coordonner et gérer les activités d'IEC
- Revoir les ressources et les activités d'IEC
- Préparer la mise au point des stratégies d'IEC et la planification des activités de communication

Suivi Evaluation

- Les actions de préparation seront incluses à ce guide en 1997 lorsque les outils seront disponibles pour traiter ces questions.

LE PROCESSUS DE PRÉPARATION

Qui utilisera ce guide

Le guide a été préparé à l'intention des responsables de programme, des décideurs des Ministères de la Santé aux niveaux national et régional et leurs conseillers techniques Le processus engage les décideurs au niveau local et, le cas échéant, d'autres personnes, par exemple, le personnel des ministères concernés, des organisations non gouvernementales (ONG) et des institutions du secteur privé.

Les consultants travaillant pour des organisations internationales ou bilatérales ou des organisations non gouvernementales (ONG) pourront trouver le guide utile en tant que manuel ou outil de planification lorsqu'ils travaillent avec des responsables nationaux, régionaux et locaux pour préparer une formation locale portant sur la prise en charge intégrée des cas.

Le guide est particulièrement utile pour les personnes qui facilitent les diverses préparations nécessaires. Il peut aider à

Revoir les questions et faciliter les discussions,

Réunir et analyser les données,

Examiner les options et prendre des décisions, et

Identifier les ressources disponibles.

Au fur et à mesure que le guide sera utilisé, il sera davantage mis au point et intégrera des expériences des divers pays concernant la planification et la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des cas

La séquence des étapes de préparation

La séquence des étapes de préparation, telles que montrées sur la Figure 1 1, page 2, changera en fonction du contexte du pays Le guide est conçu pour faciliter le processus entier de préparation ou pour être utilisé partiellement pour traiter uniquement de telles questions spécifiques. Par exemple, certains pays ont déjà un mécanisme de coordination et n'auront pas besoin de traiter cet aspect ; alors que d'autres ont les informations nécessaires disponibles et n'auront pas besoin de faire une enquête avant de traiter une question spécifique.

Combien de temps prendront les préparations initiales ?

Le temps nécessaire pour se préparer à soutenir une prise en charge intégrée dépendra des activités entreprises Pour les préparations exhaustives, le calendrier pourrait être tel que suit

Examen des données disponibles et collecte de données*	1-2 semaines
Planifier coordination et gestion	2-3 jours
Planifier formation	3-4 jours
Examen des politiques	5 jours
Adaptation de l'algorithme PCI et préparation du matériel de formation	6 mois, voir ci-
Planifier disponibilité des médicaments	après
Planifier la communication	2-3 jours
Plans de suivi et d'évaluation	5 jours

5 jours

* Il faudra peut-être jusqu'à six semaines ou plus s'il faut faire une enquête ou un examen approfondi ou une recherche formative

Aussi faudra-t-il peut-être consacrer 12 à 30 jours de travail aux préparations initiales Les préparations peuvent se faire par étape sur une période de plusieurs mois ou alors, être traitées dans des séances intensives sur une période de deux à trois semaines

L'Adaption de l'algorithme et du matériel pédagagique

L'adaptation de l'algorithme et du matériel pédagogique demandera du temps en plus et devrait donc être commencée aussi vite que possible Comment procéder à l'adaptation est décrit dans "Management of Childhood Illness Adaptation Guide" préparé par l'OMS, CHD Un avant-projet est disponible (juillet 1996) aux fins de distribution limitée et aux fins d'utilisation avec l'assistance d'experts en matière d'adaptation L'OMS a estimé qu'il faudra environ six mois pour adapter le stage de formation OMS/UNICEF et pour procéder aux préparations de stage nécessaires. Voir Annexe 1 6 pour l'approche OMS/UNICEF à la planification initiale des pays pour la PCI et l'Annexe 6 pour les grandes lignes du Guide d'Adaptation

Combien coûte la préparation pour la PCI ?

La plupart des activités de préparation peuvent être réalisées comme mission confiée à un comité de coordination (groupe de travail ou équipe spéciale) mis en place aux niveaux national ou local dans le cadre de leurs tâches normales et avec leur budget régulier L'adaptation et la préparation des directives et du matériel PCI ainsi que la formation initiale des formateurs demanderont un financement et un soutien technique pendant l'étape préparation

Les activités de collecte de données et les réunions pour la prise de décisions peuvent comprendre des coûts supplémentaires.

Lecture générale

Voir Annexe 1 pour plus d'informations sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant Voir également l'Annexe 1.6 pour l'approche OMS/UNICEF à la planification initiale de la PCI et l'Annexe 6 pour les grandes lignes des étapes à suivre pour l'adaptation de l'atelier de formation PCI préparé par l'OMS/UNICEF

Chapitre 2 — Décision et planification pour l'introduction de la PCI

BUT

Le présent chapitre montre comment prendre une décision informée d'introduire la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCI) et comment faire un plan de préparation Il comporte des activités pour informer les décideurs et présente les facteurs dont on tiendra compte en prenant la décision d'introduire la PCI.

BIEN FONDÉ

Une décision explicite et éclairée d'introduire la PCI est souvent nécessaire, tel qu'expliqué ci-après.

Une compréhension commune

Il est important d'avoir une compréhension commune de l'approche spécifique décrite dans l'algorithme de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de l'OMS/UNICEF et le stage de formation de l'OMS/UNICEF Les avis ne seront peut-être pas les mêmes quant à ce qu'il faut aux niveaux local, régional et national. La connaissance du module d'adaptation aidera à adapter le matériel générique de la PCI aux conditions spécifiques des divers pays (voir Annexe 6)

Engagement

Si l'intérêt général porté à la PCI est répandu, il n'en faut pas moins l'engagement des décideurs de haut niveau. La mise en place de la PCI demande des actions spécifiques, par exemple, la création d'une entité de coordination et la réalisation d'activités de formation. Ces activités demandent un engagement de ressources (temps, personnel et fonds) Le processus de décisions en vue de soutenir la PCI peut aider à créer un tel engagement et à arriver au consensus nécessaire

Mise en œuvre efficace

Les facteurs qui influencent une mise en œuvre efficience et efficace de la PCI doivent être pris en compte, par exemple, expériences positives en ce qui concerne la formation pour la prise en charge des cas, participation d'un responsable actif du programme et souplesse structurelle (réorganisation qui facilite la coordination et l'intégration des prestations de services de santé)

APPROCHE

Ce chapitre propose les tâches - voir Tableau 2-1 - liées à une prise de décisions éclairée en vue de préparer la mise en œuvre de la PCI

13

Tâches

Tableau 2-1 Tâches pour décider et planifier l'introduction de la PCI
1. Fournir des informations 1.1 Réunir une documentation 1.2 Organiser des discussions informelles
2. Organiser un forum d'orientation 2.1 Identifier les participants 2.2 Préparer un ordre du jour
3. Revoir les facteurs influençant la décision 3.1 Identifier et discuter des facteurs-clés 3.2 Prendre une décision
4 Planifier les étapes suivantes et passer à l'action 4.1 Planifier les étapes de la préparation 4.2 Préparer l'examen de la situation actuelle

Qui participera

Tout au début du processus, engager tous les partenaires et collaborateurs-clés. Demander leur avis pour qu'ils puissent aider à guider l'étape de préparation et mobiliser les ressources Les éventuels partenaires sont donnés à la page 4 (section 2-1) du présent chapitre

DÉCIDER D'INTRODUIRE LA PCI

1. Fournir des informations

1.1 Réunir une documentation

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et plusieurs autres organisations ont préparé du matériel pouvant aider à informer les décideurs et les éventuels partenaires à propos de la PCI et des conditions nécessaires à sa mise en place Voici les matériaux dans la pochette d'information sur la PCI (en Annexe 1) :

- Introduction à la nouvelle approche à la PCI (classeur CDR/OMS)
- Description du stage sur la PCI (CDR/OMS) - à inclure par la suite
- Extrait du Rapport sur le développement dans le monde 1993 (Investir dans la santé)
- Figure Chemin de la survie Tiré du Cadre CDC/ USAID pour la mise en place de programmes Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant consolider et étendre une décennie de gains sur le plan survie de l'enfance (juin 1994)
- Transparents pour la présentation sur la PCI (CDR/ OMS)

De plus, des informations **spécifiques aux divers pays** seront utiles, par exemple, les données disponibles telles l'information sur la prise en charge des maladies de l'enfance provenant d'enquêtes faites auprès des formations sanitaires, des données d'enquêtes faites auprès des ménages des estimations sur la charge des maladies et d'autres données sur la mortalité et la morbidité infantiles, les services de santé et la formation

Un examen et une présentation de ces données aideront à montrer les éventuels avantages de la PCI.

1.2 Organiser des discussions informelles

Utiliser autant d'occasions que possible pour informer les parties intéressées à propos de la PCI et plaider en vue d'un soutien pour son application. Des discussions informelles avec les décideurs-clés du Ministère de la Santé et d'autres organisations (par exemple, ONG, organisations internationales, institutions du secteur privé) aident à mobiliser un soutien pour une participation active à l'introduction de la PCI. Des discussions informelles préparent également les partenaires à être des participants actifs de la planification pour la PCI

Faire une liste de tous les éventuels partenaires auxquels on peut rendre visite. Organiser des réunions informelles pour discuter de la PCI et partager la documentation

15

2. *Organiser un forum d'orientation*

L'organisation d'un forum d'orientation, par exemple, d'un séminaire national, est une bonne manière d'informer et d'obtenir un soutien pour la mise en œuvre de la PCI Le forum est l'occasion d'informer et de faire participer les partenaires-clés à la décision d'introduire la PCI et de commencer les préparations pour la mise en œuvre de la PCI Le choix des participants et l'ordre du jour sont importants pour arriver à un consensus et à un engagement de tous

2.1 Identifier les participants

Un forum d'orientation demande qu'on planifie à l'avance pour être sûr que les décideurs et les autres personnes-clés vont venir. Voici les personnes qu'on peut inviter à ce forum

- Fonctionnaires du Ministère de la Santé responsables aux niveaux national, régional et local des programmes de lutte contre les maladies et directeurs des divisions de la protection maternelle et infantile, des soins de santé primaires, de la formation et du personnel, de l'éducation sanitaire (ou de l'IEC) et les services en charge des politiques relatives aux médicaments ,
- Autres ministères responsables de la santé, par exemple, le Ministère des Collectivités locales ,
- Organisations internationales, telles que l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, les organisations bilatérales et les ONG ,
- Associations médicales et d'autres associations professionnelles ,
- Organisations non-gouvernementales s'occupant de la santé infantile ou de services de santé , et
- Universités et établissements d'enseignement

Peut-être est-il judicieux de faire participer un groupe important aux présentations et un groupe plus petit au processus décisionnel et aux travaux effectifs de préparation et de planification.

2.2 Préparer un ordre du jour

Conjointement avec les partenaires-clés, préparer l'ordre du jour d'un forum. Voici quelques suggestions pour atteindre vos objectifs

Objectifs proposés

- Fournir des informations sur la PCI et le stage de formation ainsi que les tableaux de OMS/UNICEF
- Discuter des facteurs influençant l'introduction efficace et efficiente de la PCI
- Décider (ou recommander) s'il faut introduire la PCI dans un pays ou dans une région ou arrondissement
- Elaborer un plan de préparation

Le Tableau 2-2 présente un exemple d'ordre du jour pour un forum d'une journée pour discuter et recevoir une orientation sur la PCI. Il devra être finalisé en collaboration avec les parties intéressées

17

Tableau 2-2 Ordre du jour Forum d'orientation d'un jour

Thème :	Méthode :	Responsable :
Matin :		
Ouverture	Discours principal	Responsable de haut niveau
Introduction à la PCI	Présentation	Expert OMS ou autre expert PCI
Situation du pays	Présentation et discussion	Ministère de la Santé
Stage de formation de la PCI	Présentation et discussion	Présentateur qui connaît le stage OMS/UNICEF
	Pause	
Après-midi :		
Préparer l'application de la PCI	Présentation des étapes de préparation y compris l'adaptation	Facilitateur qui connaît les questions de l'application de la PCI
Revoir les facteurs de l'application de la PCI	Discussion guidée*	Facilitateur qui connaît bien le guide
Recommandations		Ministère de la Santé
Remarques de clôture		

* La discussion guidée est décrite dans la section 3 ci-après

3. *Revoir les facteurs influençant la décision*

Identifier et discuter des facteurs importants influençant la mise en œuvre de la PCI et prendre une décision concernant l'éventuelle introduction de la PCI La discussion peut se tenir pendant le forum d'orientation décrit ci-dessus ou lors d'une réunion plus restreinte avec des décideurs-clés Elle devrait suivre la présentation de l'information sur la PCI. On recommande de prendre la

décision par la suite lorsque tous les participants sont bien au courant des facteurs dont il faut tenir compte.

3.1 Identifier et discuter des facteurs-clés

Identifier les facteurs-clés influençant la mise en œuvre de la PCI. Faire une liste des facteurs sur une grande fiche de papier. Mener une discussion sur chacun des facteurs mentionnés. Demander aux personnes qui ont proposé les facteurs d'expliquer pourquoi ils sont importants pour la décision de réaliser la PCI et pour la préparation

Les questions et les commentaires sur les facteurs-clés donnés ci-après peuvent aider à stimuler la discussion

Conclure et récapituler la discussion de chaque facteur important en indiquant s'il existe les conditions préalables à l'introduction de la PCI

Question : Les maladies de l'enfance contribuent-elles à la charge principale de maladies dans la population ?

La PCI est une approche pouvant être efficace par rapport aux coûts dans une région où les IRA, la diarrhée, la rougeole, le paludisme et la malnutrition sont des causes importantes de mortalité et des facteurs contribuant de manière significative à la charge des maladies

Question : Existe-t-il des gains potentiels liés à l'introduction de la PCI ?

Il faudra soupeser d'une part les gains escomptés liés aux activités visant à améliorer la prise en charge des maladies de l'enfance, notamment l'adoption d'activités de prévention (conseils nutritionnels, vaccinations et supplémentation en vitamine A) et, d'autre part, les concessions qu'il faut faire. Au titre des gains qualité améliorée des soins, attention accrue aux occasions ratées, plus grande efficacité de la formation et diminution des coûts des médicaments de par l'utilisation sélective de médicaments essentiels Au titre des concessions possibles · diminution de l'attention portée à d'autres probl mes et aux interventions préventives au niveau des ménages

19

Question : Existe-t-il une connaissance de la PCI et un engagement face à cette approche ?

L'engagement à entreprendre des activités de prise en charge intégrée des cas doit se fonder sur une connaissance commune du contenu et une connaissance des outils et matériels disponibles

Question : Est-on d'accord sur la manière de soutenir une approche intégrée à la prise en charge de l'enfant malade ou peut-on arriver à ce consensus ?

Le consensus sur la manière de soutenir la prise en charge intégrée des cas peut se construire progressivement tout au long du processus d'examen et lors de la prise de décisions conjointes

Question : Est-ce le bon moment de commencer des activités de PCI dans telle région ou arrondissement ?

On répondra à cette question après avoir fait un examen de la situation actuelle mais un groupe peut savoir que telle région présente les conditions requises pour une mise en œuvre efficace

Question : Peut-on mobiliser soutien et ressources pour la PCI ?

On estime que la PCI est l'une des interventions de santé publique et de services de santé essentiels les plus efficaces par rapport aux coûts mais il existe des coûts initiaux supplémentaires pour l'adaptation et la préparation du matériel, la formation des formateurs, la mise en état de locaux de formation, la réalisation de stages de formation et la distribution de médicaments Il est bon de collaborer avec une organisation de bailleurs de fonds pour obtenir les ressources nécessaires pour les activités initiales de mise en œuvre

Question : Quels sont les autres facteurs influençant la mise en œuvre de la PCI ?

La réforme et la réorganisation sanitaires au sien du Minist re de la Santé pourrait être l'occasion de réunir aux

niveaux national et des districts les programmes s'occupant de la survie de l'enfance

Une expérience de formation positive portant sur la prise en charge des cas peut être chose encourageante

La disponibilité et l'engagement d'un responsable de programme actif peut accélérer la mise en œuvre

Des activités de formation et d'IEC bien coordonnées peuvent renforcer la demande, la satisfaction de ceux qui s'occupent des enfants et renforcer les comportements de promotion sanitaire à la maison et dans les établissements de santé

De graves problèmes d'infrastructure - par exemple, le non-fonctionnement des systèmes d'approvisionnement de médicaments - peuvent être des contraintes de taille.

Un accès limité et une faible utilisation des établissements sanitaires peuvent limiter les avantages de la PCI/formation pour le personnel des établishments sanitaires uniquement. L'analyse des raisons expliquant le faible accès et le fait de faire connaître dans la communauté le nouveau service (PCI) peuvent améliorer son application.

3.2 Prendre une décision

Décider s'il faut introduire la PCI en fonction des facteurs clés

- Si toutes les conditions sont réunies (par exemple, «oui» à toutes les questions de la section 3-1 pages 7-9), c'est probablement le bon moment d'introduire la PCI
- Si seules certaines conditions sont remplies («non» à des questions de la section 3-1), ce n'est peut-être pas le bon moment d'introduire la PCI D'autres activités peuvent être plus prioritaires.

Une fois une décision prise, l'étape suivante est de traiter les grandes questions de mise en œuvre décrites dans ce guide.

21

4. Planifier les étapes suivantes et passer à l'action

4.1 Planifier les étapes suivantes

Revoir le diagramme de processus de la Figure 1-1 et parcourir les chapitres du guide. Revoir les tâches à effectuer pour chaque activité et les étapes du processus d'adaptation (Annexe 1 6 et 6). Se mettre d'accord, si possible, sur les prochaines étapes qu'il faut prendre, confier la responsabilité de l'action et choisir une date où l'action doit être achevée.

L'élaboration d'un plan pour l'étape préparation devrait comporter des actions pour traiter des grandes questions de la mise en oeuvre Le plan initial pourrait être préliminaire, revu suite aux activités d'examen de la situation et au fur et à mesure que les questions sont traitées. En élaborant un plan de préparation pour introduire la PCI, la liste de vérification suivante sera utile pour la planification Le guide et les outils mis au point par l'OMS/l'UNICEF seront utiles pour planifier et compléter les étapes

LISTE DE VÉRIFICATION DES ÉTAPES POSSIBLES DE PRÉPARATION

Tâches	Où dans le guide ?
☐ Fournir des informations	Chapitre 2
☐ Réunir la documentation	
☐ Organiser des discussions informelles	
☐ Organiser un forum d'orientation	Chapitre 2
☐ Identifier les participants	
☐ Préparer l'ordre du jour	
☐ Donner une orientation	
☐ Préparer l'examen de la situation actuelle	Chapitre 3
☐ Choisir l'équipe de l'examen de la situation actuelle	
☐ Décider des questions	
☐ Revoir le protocole et les sources de données	
☐ Choisir les documents pour l'examen	
☐ Identifier les informants clés	
☐ Déterminer s'il faut faire des visites dans les centres de santé	
☐ Choisir les sites des visites	
☐ Former l'équipe de l'examen de la situation actuelle	
☐ Faire l'examen de la situation actuelle	Chapitre 3
☐ Revoir les documents	
☐ Interviewer les informants clés	
☐ Visiter les établissements sanitaires	
Activité : Organisation et gestion	Chapitre 4
☐ Choisir l'équipe de coordination de la PCI	
☐ Décider comment coordonner et gérer la PCI	

Activité : Formation — Chapitre 5*

- ☐ Faire un plan de préparation de la formation avec toutes les étapes d'adaptation
  - ☐ Examen des politiques et conditions de prise en charge qui feront partie du stage
  - ☐ Elaboration de nouvelles politiques et directives
  - ☐ Visites dans les établissements sanitaires
  - ☐ Consultation de nutrition
  - ☐ Adaptation de conseil d'alimentation
  - ☐ Accord et finalisation des directives de prise en charge et du système des dossiers des patients
  - ☐ Incorporation de nouvelles directives dans les diagrammes, les modules, autres aides professionnelles, etc
  - ☐ Traduction
  - ☐ Présentation et impression
  - ☐ Premier stage
  - ☐ Sélection des participants
  - ☐ Identification des sites de formation
  - ☐ Sélection des facilitateurs
  - ☐ Calendrier des stages
- ☐ Préparer un plan d'exécution de la formation — Chapitre 5
  - ☐ Choisir des groupes cibles
  - ☐ Fixer des objectifs de formation
  - ☐ Revoir le stage de formation

Activité : Politiques — Chapitre 6

- ☐ Identifier les thèmes en matière de politiques
- ☐ Planifier des actions de suivi

Activité : Médicaments — Chapitre 7

- ☐ Evaluer la disponibilité de médicaments de la PCI
- ☐ Revoir les directives et les listes de médicaments existants
- ☐ Planifier des actions de suivi

* Voir également les grandes lignes du Guide d'Adaptation de l'OMS (Annexe 6)

Activité : Communication Chapitre 8

- ☐ Décider comment coordonner les activités d'IEC
- ☐ Revoir les ressources et activités actuelles d'IEC
- ☐ Elaborer des stratégies et planifier des activités
  - ☐ Identifier les comportements, les publics et les stratégies
  - ☐ Planifier une recherche préliminaire
  - ☐ Décider des stratégies et messages d'IEC
  - ☐ Elaborer un plan de production de matériel
  - ☐ Planifier pour améliorer et maintenir les compétences de communication des agents de santé

Activité : Suivi et Evaluation Chapitre 9

BUT

Ce chapitre décrit les grandes lignes des activités permettant de faire un examen de la situation existante pour traiter les enfants malades. L'examen a pour but de réunir les informations nécessaires pour prendre les décisions ou formuler les recommandations pour coordonner et gérer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCI), planifier la formation, fixer les politiques, identifier les messages de communication et leurs canaux et vérifier la disponibilité de médicaments)

BIEN FONDÉ

L'information sur la situation actuelle et le contexte du pays est nécessaire pour préparer une mise en œuvre efficace des activités de prise en charge intégrée des enfants malades Par exemple, pour planifier, il faut connaître les politiques existantes, les ressources disponibles, les contraintes de logistique, les activités de formation actuelles et prévues, les données épidémiologiques et les pratiques de prise en charge des cas Pour cette information, on pourra s'adresser aux responsables aux niveaux local, régional et national et aux agents de santé des formations sanitaires D'autres informations pourront être obtenues à partir des dossiers et rapports

MÉTHODES D'EXAMEN

L'examen de la situation actuelle est partie intégrante du processus de préparation de la PCI Une liste de questions se trouve à la fin du chapitre, aux pages 13-22 Chaque article fournit des informations concernant une étape du processus décisionnel (Chapitre 4-7) L'Annexe 3 présente des exemples de protocoles pour des interviews avec des informants-clés et des visites des formations sanitaires Celles-ci fourniront des réponses aux questions posées Les pages sont codées par couleur aux fins d'une référence facile et les mêmes numéros sont utilisés dans l'exemple de protocole et la liste de questions Ces numéros sont également donnés dans le processus décisionnel [entre crochets] pour faciliter l'utilisation des données

Voici certaines méthodes d'examen suggérées

- **Examen sur dossier** - examen des enquêtes faites auprès des ménages et des formations sanitaires, ou évaluation rapide intégrée des établissements sanitaires rapports sur les visites de suivi et de supervision, documents de planification et autres rapports et dossiers du Ministère de la Santé (MS)
- **Interviews avec des informants-clés** - interviews structurées avec des responsables faisant partie ou ne faisant pas partie du MS aux niveaux national, régional et local
- **Visites dans les formations sanitaires** - interviews structurées et observations de la gestion et des services de prise en charge des enfants malades dans l'établissement

TÂCHES D'EXAMEN

Le Tableau 3-1 présente un récapitulatif des tâches liées à l'examen

Tableau 3-1 : Récapitulatif des tâches liées à l'examen
1 Préparer l'examen 1.1 Choisir une équipe d'examen 1 2 Décider des questions 1 3 Revoir les protocoles et les sources de données 1.4 Choisir les documents devant être examinés 1.5 Identifier les informants-clés 1.6 Déterminer s'il faut faire des visites dans les formations sanitaires* 1.7 Choisir les sites des visites* 1.8 Préparer un emploi du temps et la logistique 1.9 Former l'équipe d'examen
2 Faire l'examen 2.1 Examiner les documents 2.2 Interviewer les informants-clés 2.3 Visiter les formations sanitaires
3. Compiler et récapituler les données 3.1 Compiler et récapituler les données 3.2 Planifier l'étape suivante

*Voir également Evaluation rapide intégrée des établissements sanitaires (Projet BASICS, USAID)

Les analyses des données sont décrites au Chapitre 4-8.

1. Préparer l'examen

Les activités de préparation devraient être démarrées au moins un mois avant l'examen effectif

1.1 Choisir une équipe d'examen

Choisir une équipe de responsables aux niveaux local, régional et national du Ministère de la Santé qui participera à l'examen Si possible, les décideurs participeront activement à l'analyse, à la planification et aux préparations pour la PCI. Faire également appel à d'éventuels partenaires (par exemple, organisations internationales et représentants du secteur privé).

1.2 Décider des questions

Se mettre d'accord sur les questions à examiner. Un examen exhaustif traite des quatre questions présentées dans ce guide - coordination et gestion, formation, politiques, disponibilité de médicaments et communication. Si c'est nécessaire, diviser l'équipe d'examen en sous-groupes pour traiter une ou plusieurs questions

1.3 Revoir les protocoles et les sources de données

Revoir la liste des questions à la fin de ce chapitre (pages 13-22) et adapter les exemples choisis de protocoles (Annexe 3). Décider s'il faut faire un prétest. Aux fins de référence facile, les numéros dans les protocoles correspondent aux sections et paragraphes du guide Des questions et aspects complémentaires se rapportant spécifiquement au pays en question pourront être ajoutés. Identifier les sources de données pertinentes dans le pays **Un grand nombre de sources d'informations différentes dégagent les données pour répondre aux questions dans les exemples des protocoles. Si l'information est disponible dans les documents de programme, les rapports et les dossiers, on pourra envisager de faire uniquement un examen sur document. Toutefois, les interviews avec des informants-clés et les visites dans les formations sanitaires peuvent être utiles pour obtenir des informations à partir de sources complémentaires et pour faire participer les responsables et les professionnels de la santé au processus.**

1.4 Choisir les documents devant être examinés

Identifier et réunir les documents devant être examinés. Parmi les documents à examiner

- Documents de planification, par exemple, plans d'actions, programmes de lutte contre des maladies spécifiques ,
- Statistiques des services de santé et rapports sur les formations sanitaires, composition du personnel et formation ,

- Enquête auprès des établissements sanitaires et des ménages sur la morbidité et la mortalité infantiles, les taux de traitement et les pratiques de prise de charge des enfants malades ;
- Enquêtes ethnographiques ciblées et autres études se rapportant à la morbidité et à la mortalité infantiles ,
- Traitement et directives concernant les politiques relatives aux médicaments ;
- Evaluations , et
- Rapports de consultations sur des thèmes connexes à la PCI.

Pour réunir ces documents, on peut contacter les responsables de programme au sein du Ministère de la Santé et dans d'autres organisations soutenant la prestation et l'évaluation des services de santé

S'il existe un grand nombre de données, il n'est pas forcément nécessaire de faire une enquête plus approfondie, par exemple, par le biais d'interviews avec les informants-clés et de visites dans les formations sanitaires

1.5 Identifier les informants-clés

Choisir des personnes qui seront des informants-clés pour les interviews aux niveaux national, régional et local Voici le type de personnes qu'on envisagera

- Responsables de programme appartenant à des programmes de lutte contre les maladies aux niveaux national, régional et local ;
- Autres responsables chargés de la formation, des services de santé, des produits pharmaceutiques et de la politique relative aux médicaments ,
- Experts sur la prise en charge de cas clinique, la formation clinique, les politiques et la gestion de médicaments, la formation du personnel, la communication ainsi que l'éducation sanitaire et la nutrition;
- Professionnels de la santé ,
- Associations professionnelles médicales , et

- Représentants des ONG et des organisations internationales

1.6 Déterminer s'il faut faire des visites dans les formations sanitaires

Décider s'il faut faire des visites dans les formations sanitaires dans le cadre de l'examen de la situation actuelle. S'il existe des données provenant d'enquêtes de prise en charge auprès des formations sanitaires ou visites de supervision, peut-être n'est-il pas nécessaire de faire des visites dans les formations sanitaires. Si des visites sont faites dans les formations sanitaires, on propose une évaluation rapide de quelques formations choisies utilisant des protocoles d'interview et d'observation structurés (Annexe 3) Une évaluation rapide intégrée des établissements sanitaires peut être faite telle que décrite dans les directives préparées par le Projet BASICS Voici les raisons poussant à inclure des visites dans des formations sanitaires aux fins de faire une évaluation rapide

- Faire participer et interviewer des agents de santé choisis et leurs superviseurs ;
- Visiter les formations sanitaires dans la région où la formation pour la PCI démarrera probablement afin d'évaluer les fonctions de l'établissement et les sites de formation ; et
- Voir par soi-même les pratiques de prise en charge des cas
- Les protocoles de l'évaluation rapide intégrée des établissements sanitaires aideront à déterminer les connaissances et pratiques actuelles, les barrières en trouvant un traitement efficace ainsi pue l'adéquation de la formation et de la supervision des agents de santé

1.7 Choisir les sites des visites

Les visites peuvent se concentrer sur une région où la PCI pourrait être démarrée, par exemple, une région connaissant une mortalité infantile élevée, ayant un bailleur de fonds intéressé à soutenir les activités et l'avantage d'une disponibilité régulière de médicaments. Les établissements de formation et les magasins médicaux centraux et régionaux font partie des sites à visiter. Lorsqu'on choisit les régions, les districts et les

établissements, point besoin de faire un échantillon statistiquement représentatif

S'il est prévu de faire une évaluation rapide intégrée, prière de voir les directives de BASICS sur la manière de préparer et de réaliser l'évaluation.

1.8 Préparer un emploi du temps et la logistique

Ci-après, on propose un calendrier pour l'examen On pourra l'adapter pour répondre au contexte spécifique du pays Il faut prévoir du temps pour récapituler, le cas échéant, les résultats et les impressions

Les arrangements logistiques doivent être pris à l'avance et dépendront du nombre de sous-groupes pour l'examen et de la sélection des sites.

Tableau 3-2 Exemple de calendrier

Date	Activité	Emplacement
1-2	Examen des documents Interviews au niveau national	Central
3-6	Visites dans les formations sanitaires (3 - 6) Interviews au niveau local Interviews au niveau régional	Local/région
7	Suite examen des documents Interviews au niveau national	Central
8-10	Compilation Récapitulatif et rédaction du rapport	

Note si les visites dans les formations sanitaires ne sont pas incluses, l'évaluation pourra être achevée en une semaine Cet example de calendrier ne comprend pas l'évaluation rapide intégrée des établissements sanitaires, telle que décrite par le Projet BASICS

1.9 Former l'équipe d'examen

Il est bon de passer ensemble sur toutes les questions des protocoles pour être sûr que l'équipe a une compréhension commune des buts des questions et qu'elle pose les questions de la même manière Vérifier que chaque membre de l'équipe comprend son rôle et est suffisamment préparé pour les tâches à mener Les membres de l'équipe qui observeront les agents de santé auront besoin d'une formation spéciale.

2. *Faire l'examen*

2 1 Examiner les documents

Réunir des informations à partir de documents de planification, de comptes rendus et de rapports disponibles et remplir les protocoles choisis Utiliser les enquêtes de prise en charge de cas faites auprès des formations sanitaires et des ménages pour évaluer la situation actuelle et la couverture des pratiques de prise en charge de cas S'il existe une information très importante, par exemple, sur les indicateurs-clés et les lacunes dans la mise en œuvre de programme, point besoin probablement de faire une enquête plus approfondie.

2.2 Interviewer les informants-clés

Interviewer les informants-clés pour réunir des informations sur l'organisation et la gestion, la formation, les politiques et la disponibilité de médicaments Diviser l'équipe en sous-groupes pour leur permettre de se concentrer sur telle question ou telle région géographique

2.3 Visiter les formations sanitaires

Visiter les formations sanitaires choisies pour réunir des informations auprès des agents de santé concernant les fonctions de l'établissement et pour observer la prise en charge des enfants malades

Planifier les visites dans les établissements sanitaires dans chaque région pendant des jours consécutifs. Trois sous-groupes se rendant dans deux établissements par jour sur une période de trois jours peuvent faire 18 visites et 18-36 interviews (Voir les directives de BASICS lorsqu'on planifie les visites dans les établissements sanitaires dans le cadre de l'évaluation rapide intégrée)

3. Compiler et récapituler les données

3.1 Compiler et récapituler les données

Compiler les données de l'examen et récapituler les résultats. Pour faciliter l'analyse et la prise de décisions, organiser les résultats de sorte à ce qu'ils répondent aux questions se rapportant à chaque aspect, en fonction des protocoles

Préparer un rapport récapitulatif des principaux résultats qui seront présentés aux décideurs et pour faciliter le partage des principaux résultats lors de réunions.

3.2 Planifier l'étape suivante

Lorsque l'examen est terminé, utiliser l'information réunie pour traiter les grandes questions et préparer des plans tel qu'il est décrit dans les chapitres suivants 4-7. En fonction des questions choisies pour l'examen, les sous-groupes désignés peuvent travailler sur une question chacun

A moins qu'il n'existe déjà un mécanisme de coordination, commencer en examinant l'organisation et la gestion Le Chapitre 4 apporte à cet égard des directives plus approfondies.

EXEMPLE DE PROTOCOLES : BRÈVE DESCRIPTION

Les exemples de protocoles pour chacune des questions - coordination et gestion, formation, politiques et disponibilité de médicaments - sont organisés de sorte à obtenir des informations à partir de sources diverses (Annexe 3) Aussi, chaque protocole peut-il être utilisé pour réunir des informations à partir de différents informants ou documents ou alors peut être modifié par l'équipe d'examen pour être utilisé avec d'autres sources Les questions sont organisées de sorte à correspondre aux sections du guide et sont identifiées dans le guide par des numéros entre crochets, par exemple, [prot. 4.3].

Coordination et gestion

Le protocole pour les interviews avec les informants-clés peut être utilisé à tous les niveaux (local, régional et national) et peut être modifié pour répondre aux besoins spécifiques d'un pays donné

Formation

Le questionnaire se rapportant à la formation peut être utilisé pour réunir des informations auprès d'informants-clés, de données provenant d'enquêtes de prise en charge et auprès des ménages ou encore d'autres rapports. L'avant-projet de protocole a cerné des questions auxquelles on pourra répondre de manière la plus fiable en puisant dans les données des enquêtes de prise en charge ou des ménages. Puisque les données provenant des enquêtes faites auprès des établissements sanitaires et des ménages ne sont pas toujours disponibles, on peut utiliser les informations provenant des visites de supervision ou des visites dans les établissements sanitaires

Politiques

La liste de vérification pour l'examen des politiques actuelles est brève car les questions sur le plan des politiques sont traitées de manière plus approfondie dans le module d'adaptation préparé par l'OMS La plupart des informations peuvent être réunies en contactant différents programmes ou divisions au niveau national au sein du Ministère de la Santé Les informations concernant le statut, la diffusion et la mise en œuvre des politiques peuvent mériter une enquête faite à d'autres niveaux

Disponibilité de médicaments

Le protocole sur la disponibilité de médicaments fait appel à des informations provenant de sources différentes, notamment les informants-clés à tous les niveaux, les visites dans les magasins médicaux, les pharmacies privées et les établissements sanitaires

Outil d'évaluation des établissements sanitaires

USAID/BASICS a mis au point un instrument d'enquête rapide dans les centres de santé Il vise à réunir des informations sur la qualité de la prise en charge de causes courantes de mortalité infantile et des données sur la disponibilité de médicaments, fournitures, matériels et organisation clinique Cet outil peut être utilisé par le personnel du Minist re de la Santé aux niveaux local,

régional et central pour revoir et planifier la PCI, y compris la collecte d'informations utiles pour traiter les questions de ce guide

Autres protocoles d'évaluation des établissements sanitaires

Un exemple de protocole pour les visites dans les établissements sanitaires est donné dans le guide :

- Gestion de l'établissement - interview et observation,
- Interview avec les agents de santé, et
- Observation de la prise en charge de cas.

L'information provenant des visites dans les établissements sanitaires est utile pour remplir les protocoles sur la formation et la disponibilité de médicaments le protocole d'évaluation des établissements sanitaires donné dans ce guide dégage également des données sur les politiques, le suivi et les communications Les données obtenues seront utiles si l'information provenant des enquêtes et des visites de supervision est rare L'observation de la prise en charge des cas est facultative

Le protocole devrait être testé lors de la préparation de l'examen de la situation actuelle Si on prévoit d'observer la prise en charge des enfants malades, un formateur possédant les compétences cliniques appropriées devra apporter une formation en PCI aux observateurs

LISTE DES QUESTIONS

Aspect : Coordination et gestion

Questions pour traiter l'aspect coordination et gestion de la PCI

1.2-1.7 Quelles sont les fonctions exécutées aux différents niveaux du Ministère de la Santé ?

1 1 politiques
1 2 conseil technique
1 3 coordination
1 4 planification et mise en œuvre
1.5 supervision
1.6 gestion de médicaments
1 7 budgétisation et financement

1.8 Qui est chargé d'exécuter ces fonctions au sein du Ministère de la Santé ? Existe-t-il d'autres personnes à l'extérieur du Ministère de la Santé engagées et responsables pour l'une de ces fonctions ?

1.9 Existe-t-il une équipe spéciale, un comité ou autre entité de coordination s'occupant de la prise en charge de cas et de la qualité des soins pour les enfants malades ? Qui participe, au sein du Ministère de la Santé et à l'extérieur du ministère ? Quelles sont les décisions qu'ils prennent ?

1 10 Qui, aux différents niveaux, est responsable de la planification et de la mise en œuvre des activités suivantes

- protection maternelle et infantile (PMI) ?
- lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) ?
- IRA ?
- prévention et lutte contre le paludisme ?
- promotion nutritionnelle ?
- activités de vaccinations (PEV) ?
- activités de formation/formation pour les compétences relatives à la prise en charge des cas ?

37

- activités intégrées de santé de l'enfant ?
- activités d'IEC

1 11 Qui fournit actuellement les ressources financières pour soutenir les activités de santé de l'enfant ? Qui serait intéressé à soutenir la prise en charge des enfants malades ? A-t-on déjà essayé les initiatives paiement-pour-services ?

1 12 A quoi ressemble l'organigramme du Ministère de la Santé ?

1 13 Quels sont les changements au niveau de la composition du personnel qui pourraient se faire suite à l'intégration ? Quels seront les rôles des responsables nationaux chargés des programmes de lutte contre les maladies spécifiques ? Qui sera probablement le plus en faveur des activités intégrées ?

1 14 Quels sont les programmes qui ont des buts et cibles clairement définis - toute expérience qui serait utile pour les activités de prise en charge intégrée des cas ?

1 15 Quelles sont les questions de santé au premier plan actuellement et qui bénéficient d'un engagement politique et d'un soutien au haut niveau ? Quels sont les facteurs contribuant ?

Aspect : Formation

Questions pour la planification de la formation

2 1 A quoi ressemble le système des établissements sanitaires dans la région (district, région, pays) ? Quels sont les types d'établissements considérés comme des établissements sanitaires de premier niveau ?

2.2 Combien existe-t-il d'établissements sanitaires de premier niveau (par catégorie) dans la région (district/région/pays) ?

2.3 Quel est le nombre total d'agents de santé qui font un bilan et traitent les enfants dans tous les établissements sanitaires de premier contact dans cette région ?

2 4 Quelles sont les tâches (de chaque catégorie) d'agents de santé traitant les enfants ? Font-ils un diagnostic, traitent-ils et donnent-ils des conseils ou donnent-ils uniquement des conseils et aiguillent-ils vers d'autres services ?

2.5 Quelles sont les compétences et connaissances actuelles de prise en charge de cas (de chaque catégorie) d'agent de santé s'occupant des enfants ? Quelles sont les lacunes/faiblesses dans le travail actuel de prise en charge (de chaque catégorie) chez les agents de santé ? Quelles sont les lacunes les plus importantes de la prise en charge qui ont été identifiées ?

2 6 Quelles sont les compétences linguistiques et de lecture des agents de santé dans les établissements sanitaires de premier niveau ?

2 7 Qui supervise les pratiques de prise en charge de cas dans les établissements de premier niveau (supervision interne et/ou visites externes) ?

2 8 Où se rendent la plupart des parents des enfants malades pour un traitement (y compris les prestataires de santé les plus courants, par exemple, public, privé, ONG) ?

2 9 Combien d'agents de santé dans les établissements sanitaires de premier niveau ont été et n'ont pas été formés (formation pratique clinique) dans les domaines de

- prise en charge des cas des IRA ?
- prise en charge des maladies diarrhéiques ?
- conseils nutritionnels ?
- prise en charge des cas de paludisme ?
- prise en charge des cas de rougeole ?
- prise en charge intégrée des enfants malades ?
- compétences pour la communication interpersonnelle ?

2.10 Quels sont les professionnels de la santé qui ont le plus d'influence ?

2 11 Quelles sont les catégories d'agents de santé qui, probablement, bénéficieront le plus du stage de formation actuel OMS/UNICEF sur la prise en charge de cas intégrés des maladies de l'enfant (sans modification ou avec légère modification) au vu de leurs aptitudes linguistiques et de lecture

2.12 Dans quel groupe de population trouve-t-on le plus d'enfants malades ? Existe-t-il des groupes à risques, par exemple, urbains/ruraux ou réfugiés ?

2.13 Quels sont les sites de formation qui fonctionnent (par exemple, DTU) ?

2 14 Quand la plupart des cas d'IRA, diarrhée et paludisme sont-ils disponibles pour la formation clinique ? Existe-t-il une période de chevauchement pendant les saisons pic ?

2 15 Combien de formateurs formés peuvent être disponibles pour donner une formation portant sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

2 16 Quels sont les fonds disponibles ou pouvant être rendus disponibles pour les activités de formation ? Quelles sont les éventuelles sources de financement ?

2.17 Est-ce qu'une formation décentralisée sur la prise en charge de cas est dispensée ?

2 18 A-t-on déjà donné des formations sur le tas ?

2.19 Existe-t-il une formation des prestataires sanitaires du secteur privé et quel type de formation ?

2 20 A-t-on déjà réalisé des activités visant à informer ou à orienter les agents de santé concernant la prise en charge des cas ?

2.21 Quelles sont les causes les plus courantes de décès chez les enfants ?

2 22 Quels médicaments essentiels sont - ou peuvent être rendus - disponibles pour traiter les causes les plus courantes de mortalité ?

2 23 Pendant combien de temps les agents de santé peuvent-ils s'absenter de leur travail pour suivre la formation ?

Questions pour traiter les aspects relatifs aux politiques de PCI

Aspect : Politiques

Quelle est la politique nationale relative à

3.1 la prise en charge des enfants souffrant de diarrhée (y compris les médicaments pour dysenterie et choléra) dans les établissements sanitaires ?

3 2 la prise en charge à domicile de la diarrhée, notamment liquides et aliments qu'on recommande d'utiliser à la maison pendant et après la diarrhée ?

3 3 l'allaitement au sein ?

3.4 la prise en charge des IRA à domicile ?

3.5 la prise en charge des IRA dans les établissements sanitaires (y compris les médicaments pour pneumonie modérée et grave) ?

3 6 la prévention et la prise en charge du paludisme ?

3.7 la prise en charge des cas de rougeole ?

3 8 la prise en charge nutritionnelle et conseils nutritionnels pour les enfants malades ? Suppléments en vitamine A ? Suivi de la croissance ?

3.9 vaccinations ?

41

3 10 médicaments (médicaments essentiels) pour l'utilisation de médicaments dans les établissements publics et privés de premier niveau ?

3 11 ordonnances et utilisation d'antibiotiques par niveau de soins et catégorie d'agents de santé ?

3.12 ordonnances et utilisation d'injections par niveau de soins et catégorie d'agents de santé ?

Pour l'une quelconque des politiques susmentionnées,

Quel est la situation de chaque politique

Est-elle entièrement validée par le Ministère de la Santé ?

Est-elle diffusée à l'extérieur du Ministère de la Santé, si oui, comment ?

Couvre-t-elle les secteurs public et privé ?

Est-elle appliquée ? Comment ?

Aspect : Disponibilité des médicaments

Questions pour l'examen de la disponibilité des médicaments

4 1 Quels sont les médicaments et vaccins de la PCI disponibles dans les établissements sanitaires de premier niveau, dans les magasins médicaux centraux et régionaux et dans les pharmacies privées ?

4.2 Pour quels médicaments PCI y a t-il des ruptures de stock dans les établissements sanitaires ?

4.3 Quelles sont les raisons pouvant expliquer pourquoi certains des médicaments PCI manquaient ou n'étaient pas disponibles régulièrement dans les établissements sanitaires ?

4 4 Pourquoi certains médicaments sont-ils disponibles dans les magasins centraux/médicaux et non dans les établissements sanitaires ?

4 5 - 4.6 Quels sont les médicaments de PCI qui ne font pas partie des listes, des manuels et directives de médicaments essentiels couvrant les secteurs sanitaires public et privé ?

4 7 Quelles sont les listes et directives pour les médicaments essentiels qui existent dans les établissements sanitaires ?

4 8 Est-ce que les établissements de premier niveau gardent des stocks de médicaments et font des comptes rendus, passent-ils des commandes initiales et de ré-approvisionnement ?

4 9 Si oui, à 4,8, pendant quel pourcentage de temps y avait-il des ruptures de stock de médicaments de PCI l'année précédente ?

4 10 Quels sont les médicaments PCI utilisés à d'autres fins que la prise en charge des maladies de l'enfance ?

4.11 Quels sont les établissements sanitaires qui disposent de certains médicaments de PCI à certains moments ?

Questions pour traiter la communication

Aspect: Communication

8.1 Quels services d'IEC sont fournis actuellement, par quelles unités, à quelles unités, au sein du MSP ?

8 2 Quelle forme de coordination des activités d'IEC existe entre les programmes de lutte contre des maladies spécifiques ?

8.3 Comment l'élaboration de messages et d'autres activités de communication peut-elle être coordonnée entre unités/divisions ?

43

8 4 Qui s'occupe activement de la communication sanitaire à l'extérieur du MSP et comment ces personnes participent-elles aux activités du programme IEC MSP ?

8.5 Qui participe à la communication sanitaire à chaque niveau du système de soins de santé ?

8 6 Que font les responsables ou autres membres du personnel (aux niveaux national, régional, local) chargés de la communication sanitaire ? Quels sont les responsabilités et rôles de chaque position ?

8 7 Est-ce que la PCI peut être confiée comme responsabilité à l'un des communicateurs sanitaires susmentionnés (8 5) ? Quelles sont les tâches pouvant être faites, par qui, à quel niveau ?

8 8 Comment les communicateurs sanitaires fonctionnent-ils aux niveaux national, régional, local - sont-ils en mesure d'effectuer les tâches qu'on leur a confiées ?

8 9 Est-ce que le MSP a la capacité de formuler une stratégie et un plan de communication pour la PCI ? Est-ce que le personnel a les compétences nécessaires pour la recherche formative ? L'élaboration et le test de messages ?

8 10 Est-ce que le MSP a la capacité d'exécuter un plan de communication pour la PCI ? Est-ce que le personnel a la capacité d'élaborer le matériel, de gérer les ressources commerciales, tels les médias et les imprimeurs ? A-t-il des formateurs compétents dans la communication interpersonnelle ?

8.11 Quels sont les volets de la communication qui manquent (réf 8.8-8 10) ? Est-ce que les tâches de communication peuvent être réalisées ailleurs, par des experts de l'extérieur ? Est-ce que la formation du personnel améliorerait la capacité ?

8.12 Peut-on mettre en place un système opérationnel de suivi et d'évaluation d'IEC ?

Comportements possibles

8 13 Quels sont les comportements de prévention, de consultation des services de santé et de prise en charge à domicile qui sont les plus susceptibles de réaliser et de maintenir une bonne santé chez les enfants ?

8 14 Lesquels de ces comportements seront ciblés ?

Déterminants possibles

8 15 Que font les gens actuellement dans ces domaines comportementaux ?

8.16 Quelles sont les barrières au changement de leurs comportements actuels et à l'adoption des comportements idéaux ?

8 17 Qu'est-ce qui pourrait les motiver à changer leurs comportements ?

Publics cibles possibles

8.18 Quels sont les différents publics cibles qui pourraient influencer la performance de ces comportements ?

8 19 Quelles sont les ressources disponibles dans la famille, la communauté ou le système de santé qui pourraient être utilisées pour arriver au changement de comportement ?

Elaborer une stratégie et des messages d'IEC

8 20 Quels sont les comportements les plus importants à changer ?

8.21 Quels sont les déterminants de ces comportements qui sont probablement les plus critiques ?

8 22 Quels sont les déterminants qui ont le plus de chance de pouvoir être changés ?

8 23 Quelles sont les stratégies qui sont le plus susceptibles d'amener le changement souhaité au sein de chaque public cible ?

8 24 Quels sont les messages qui ont le plus de chance d'être compris , ceux qui motivent les gens à changer et qui permet de maintenir le nouveau comportement ?

8 25 Quels stratégies et messages sont appliqués par d'autres unités/programmes au sein du MSP et qui doivent être intégrés ou coordonnés ?

Améliorer la communication de l'agent de santé

8 26 Quelles sont les lacunes de communication dans la prise en charge des enfants malades ? Quelles sont les faiblesses identifiées au niveau des conseils donnés à ceux qui s'occupent des enfants ?

8 27 Quelles approches hors-formation ont le plus de chance d'améliorer la performance de l'agent de santé sur le plan communication ?

8 28 Où et comment peut-on intégrer ou coordonner la formation, l'encadrement, la supervision ou d'autres méthodes hors-formation touchant à la communication à la formation portant sur les compétences cliniques ?

Chapitre 4 — Aspect : Coordination et Gestion

BUT

Le présent chapitre traite de trois questions de gestion affectant la prise en charge intégrée des cas (PCI)

- Quelles sont les fonctions des responsables aux niveaux national et régional pour soutenir la prise en charge intégrée et des soins de qualité ?
- Qui devrait participer activement à la prise en charge intégrée aux niveaux national et régional ?
- Comment l'initiative PCI devrait-elle être gérée et devenir opérationnelle ?

BIEN FONDÉ

Si l'on veut adopter une approche intégrée à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, il convient de coordonner et de gérer le soutien à tous les niveaux du système de soins de santé Les changements devront obtenir l'accord de maints décideurs du Ministère de la Santé Les changements concernent les rôles des programmes de lutte contre les maladies spécifiques ainsi que le besoin de les relier et de les coordonner entre eux. Ils peuvent affecter dans le long terme la structure et les fonctions organisationnelles des services de santé.

Dans la plupart des pays, les programmes de lutte contre des maladies spécifiques en sont à diverses étapes de leur développement, fonctionnant souvent à l'intérieur des divisions de protection maternelle et infantile ou de soins de santé primaires. Les responsables pourraient être préoccupés des rôles des programmes existants de lutte contre des maladies spécifiques lors de la mise en œuvre des activités intégrées. Un certain niveau d'intégration pourrait exister sur le plan local et le personnel est peut-être déjà prêt pour une formation en PCI mais, souvent, il faut une approche clairement définie au niveau national

Là où les services de santé sont en train d'être décentralisés, l'initiative PCI peut fournir une manière épidémiologiquement rationnelle et efficace par rapport aux coûts pour améliorer la prestation de soins dans le contexte de la décentralisation Vu que les structures organisationnelles changent d'un pays l'autre, des stratégies nationales qui s'appuient sur les expériences,

91

utilisent l'expertise disponible et reconnaissent les fonctions et responsabilités actuelles au sein du Ministère de la Santé, seront probablement la manière la plus efficace de mise en uvre. Peut-être faudra-t-il un mécanisme de coordination qui définissent clairement les liens avec des programmes qui fournissent déjà des services aux mères et aux enfants Certains pays peuvent choisir un mécanisme de coordination de la PCI intérimaire ou temporaire jusqu'à ce qu'une solution organisationnelle permanente soit adoptée

APPROCHE

Tâches

Les interviews faites par l'équipe chargée de l'examen de la situation actuelle avec des responsables aux niveaux national, régional et local, dégagent des informations utiles pour traiter la coordination et la gestion (Le Chapitre 3 donne les grandes lignes du processus d'examen.) Les chiffres entre crochets, par exemple [prot 1 1.] se rapportent à des sections pertinentes dans le modèle de protocole sur la coordination et la gestion Une liste des questions est également donnée à la fin du présent chapitre, aux pages 13-14

Le Tableau 4-1 présente les tâches liées à l'obtention d'un consensus sur la coordination et la gestion.

Tableau 4-1 . Tâches pour Traiter la Coordination et la Gestion
1. Définir les fonctions 1 1 Evaluer les fonctions actuelles dans le MS 1.2 Evaluer les fonctions futures de PCI
2 Décider qui participera 2.1 Identifier les unités organisationnelles concernées 2.2 Choisir l'équipe de coordination PCI
3 Décider comment coordonner le soutien PCI 3.1 Revoir et discuter des exemples de la coordination organisationnelle 3.2 Envisager d'autres facteurs
4. Prendre des actions de suivi

Qui participera

L'équipe de l'examen de la situation actuelle (ou un sous-groupe de l'équipe) peut évaluer l'information sur la coordination et la gestion et faire des recommandations (Voir Chapitre 3) Ou alors, une unité responsable de la prise en charge intégrée de services de santé ou une entité décisionnelle de haut niveau au sein du Ministère de la Santé peut traiter des questions de coordination et de gestion

- Représentants des aspects techniques et administratifs de la PCI
- Représentants aux niveaux local et régional
- Personnes compétentes pour prendre les décisions

Les représentants des autres ministères concernés, des ONG et des bailleurs de fonds peuvent également participer mais il faut garder le groupe suffisamment petit pour assurer une participation à part entière et une bonne efficacité.

Combien de temps cela prendra-t-il

Les décisions concernant la coordination et la gestion peuvent être prises lors de réunions de deux jours ou lors d'une série de séances de planification organisées sur une base hebdomadaire, ou pendant la première réunion de préparation décrite au chapitre 2 (Page 3).

COORDINATION ET GESTION

Commencer la réunion sur la coordination et la gestion en présentant un récapitulatif des résultats de l'examen de la situation actuelle (Voir Chapitre 3)

1. Définir les fonctions

1 1 Evaluer les fonctions actuelles dans le MS [prot 1 1 - 1 7]*

En utilisant l'information réunie pendant l'examen, évaluer les fonctions ministérielles actuelles liées à la PCI. Le Tableau 4-2 présente une matrice pour définir les fonctions aux divers niveaux du système de soins de santé

*Les chiffres entre crochets se rapportent aux éléments de la liste d'examen des questions et au modèle de protocole

Les questions suivantes peuvent aider à guider la discussion

- **Politiques :** quels sont les niveaux du système de soins de santé qui participent à la formulation de politiques sur la prise en charge des cas, les médicaments et d'autres thèmes affectant la prise en charge des cas dans les formations sanitaires ? [prot. 1 1]
- **Conseils techniques :** quels sont les niveaux du système de soins de santé qui prennent les décisions concernant les aspects techniques et qui fournissent des conseils techniques sur la prise en charge des cas (par exemple, directives pour la prise en charge des cas, matériel pédagogique et stages de formation) ? [prot- 1 2]
- **Coordination :** quels sont les niveaux du système de soins de santé qui coordonnent les activités d'amélioration de la prise en charge des cas, par exemple, formation des agents de santé ? [prot 1.3]
- **Planification et mise en œuvre :** quels sont les niveaux du système de soins de santé qui préparent des plans de travail pour la mise en œuvre au niveau des établissements sanitaires (par exemple, plans de travail pour la formation des agents de santé concernant la prise en charge des cas) ? [prot 1 4]
- **Supervision :** quels sont les niveaux du système de soins de santé qui supervisent la prise en charge des cas dans les établissements sanitaires ? [prot 1.5]
- **Acquisition et approvisionnement en médicaments :** quels sont les niveaux qui participent à l'acquisition et à la distribution des médicaments et des vaccins ? [prot. 1.6]
- **Budget et financement :** quels sont les niveaux du système de soins de santé qui reçoivent des fonds et qui sont responsables de la gestion budgétaire et financière des activités de prise en charge des cas (par exemple, formation) ? [prot 1.7]

Tableau 4 2 Fonctions de Gestion pour la Prise en Charge des Cas par Niveau du Système de Soins de Santé			
Fonctions	Niveau national	Niveau régional	Niveau local
Politiques			
Conseils techniques			
Coordination			
Planification et mise en œuvre			
Supervision			
Acquisition et approvisionnement en médicaments			
Budget et financement			

1.2 Evaluer les fonctions futures de PCI

Une fois rempli le Tableau 4-2, revoir l'information fournie et évaluer les futures fonctions et responsabilisations pour les activités de PCI Pour chaque tâche, demander quel est le niveau du Ministère de la Santé qui devrait s'occuper de la préparation, de la planification et de la mise en œuvre du soutien aux activités locales de la PCI. Discuter et clarifier les rôles aux différents niveaux

Récapituler les futures fonctions aux niveaux national, régional et local pour la gestion des activités de PCI

Résultat de la tâche 1.2 . les futures responsabilités de la gestion du soutien aux activités de PCI sont clarifiées.

2. *Décider qui participera*

2 1 Identifier les unités organisationnelles concernées [prot 1 8-1 10]

Identifier les services ou les personnes au sein du Ministère de la Santé qui exécutent les fonctions données dans le Tableau 4-2. Pour chaque fonction, identifier d'autres personnes à l'extérieur du MS qui participent aux fonctions de PCI, par exemple, d'autres ministères, des ONG ou des organismes de collaboration.

2.2 Choisir l'équipe de coordination PCI

Choisir les divisions ou services concernés pour coordonner et gérer le soutien à la mise en œuvre de la PCI. Parmi les nombreux services concernés, choisir une équipe de gestion centrale (groupe de travail ou équipe spéciale) comprenant ceux qui doivent participer dans le quotidien Prendre les critères suivants pour choisir les membres de l'équipe

- De bonnes aptitudes de gestion ,
- Expérience concernant la mise en œuvre de programmes de santé publique , et
- Compétences techniques dans les domaines des IRA, LMD, paludisme, nutrition, rougeole, gestion des médicaments, formation et communication.

Discuter et décider de la manière d'informer et d'engager continuellement ceux qui ne font pas partie de l'équipe centrale.

Résultats de la tâche 2.2 : les gestionnaires qui constitueront l'équipe centrale soutenant la PCI sont choisis.

3. *Décider comment coordonner le soutien PCI* [prot. 1 9-1.12]

3 1 Revoir et discuter des exemples de la coordination organisationnelle

L'équipe de gestion choisie de la PCI peut comprendre des personnes de services différents qui ne coordonnent pas régulièrement leurs activités La présente section donne plusieurs modèles de coordination Utiliser les exemples pour aider à revoir le contexte existant du pays et à choisir l'arrangement qui convient le mieux. Les exemples suivants ne sont ni mutuellement exclusifs, ni exhaustifs. Chaque pays doit mettre au point sa propre approche à la coordination du soutien pour la PCI

Exemple 1 : Une équipe spéciale de PCI

Le premier exemple consiste à créer une équipe spéciale, un comité ou un groupe de travail de la PCI réunissant les départements concernés pour travailler au niveau national. L'équipe spéciale distribue les responsabilités et peut avoir un coordinateur à temps plein bien que cela ne soit pas obligatoire Pour gérer les activités au niveau local, il faudra peut-être mettre sur pied une équipe spéciale analogue aux niveaux local et/ou régional

L'équipe spéciale PCI peut être utile et faisable si l'on est en présence d'une ou de plusieurs des conditions suivantes

- Engagement élevé à la PCI.
- Les programmes participants se trouvent dans des services différents.
- Les programmes existants ne peuvent pas être fusionnés en un seul programme intégré

- Les programmes de lutte contre des maladies spécifiques en sont aux première étapes de développement et doivent rester des programmes séparés au niveau national

Exemple 2 : Une unité de PCI

Le second exemple consiste à créer une unité de prise en charge des cas PCI gérée à l'intérieur des divisions de protection maternelle et infantile (PMI) ou de soins de santé primaires (SSP) du Ministère de la Santé. L'unité pourrait être gérée comme un projet Les programmes existants prennent un rôle accru de coordination ou alors, sont fusionnés en une seule nouvelle unité intégrée

L'unité de prise en charge des cas PCI peut avoir un responsable à temps plein ainsi que des objectifs, stratégies, cibles et plans d'action analogues à ceux d'un programme complet Il existe un mécanisme pour l'affectation des fonds et certains fonds peuvent être octroyés directement aux activités au niveau local L'unité PCI coordonne avec d'autres divisions (par exemple, paludisme et produits pharmaceutiques) pour fixer les politiques et planifier les activités Si l'unité est un projet, sa durée peut être limitée (par exemple, deux à trois ans)

Une unité de PCI peut être utile et faisable si on est en présence d'une ou plusieurs des conditions suivantes

- Des programmes de prise en charge des enfants malades (par exemple, LMD et IRA) existent déjà dans une division et peuvent facilement fusionner ou coordonner leurs activités
- Il existe une solide division PMI ou SSP avec des programmes LMD et/ou IRA qui peuvent gérer efficacement une initiative de santé publique prioritaire et collaborer avec d'autres divisions

- Les programmes LMD et IRA en sont aux mêmes étapes de développement et de coordination où on peut les intégrer, de manière efficiente et efficace, en un seul programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Exemple 3 : Un programme national de PCI

Le troisième exemple organisationnel est un programme national de PCI coordonné au niveau national et soutenant la mise en œuvre à tous les niveaux Le programme national comporte tous les éléments d'un programme complet de santé publique (un plan stipulant objectifs stratégiques, cibles spécifiées et activités) Il peut avoir son propre financement qui peut être octroyé directement aux niveaux, tant national que local. Un responsable national coordonne les activités Un programme national recoupe (et peut remplacer) des programmes de prise en charge de maladies données

Un programme national de PCI peut être utile et faisable si l'on est en présence de l'une ou plusieurs des conditions suivantes

- Il existe un fort engagement face à la survie de l'enfant
- Les programmes existants de lutte contre des maladies données peuvent être facilement fusionnés en un nouveau programme intégré (ou alors, il n'existe pas de programme de lutte contre les maladies spécifiques).
- La plupart des programmes de lutte contre les maladies spécifiques sont exécutés au sein de la même unité du Ministère de la Santé.
- Le personnel a de l'expérience sur le plan gestion des activités des programmes de survie de l'enfant

Exemple 4 : Activités PCI

Le quatrième exemple consiste à introduire la PCI en tant qu'activité ou ensemble d'activités

Les activités PCI sont possibles si on est en présence d'une ou plusieurs des conditions suivantes .

- Il n'existe pas de programmes fonctionnels de lutte contre des maladies spécifiques mais on a reconnu la nécessité de réaliser des activités intégrées aux niveaux régional ou local et on a planifié à ce niveau
- Des interventions de santé publique sont planifiées, gérées au niveau local avec peu, voire aucun soutien au niveau national
- Il n'y a pas des personnes nommées pour coordonner des programmes de survie de l'enfant au niveau national.
- Les activités de survie de l'enfant sont exécutées de manière ponctuelle, parfois par des ONG ou d'autres organisations du secteur privé
- Il faut introduire la PCI comme un projet pilote (ou un projet de recherche opérationnelle) dans un district pour dégager les leçons nécessaires avant de décider de faire de la PCI une priorité nationale

3.2 **Envisager d'autres facteurs** [prot 1 11, 1 13-1 15]

Après avoir revu les divers exemples possibles de coordination organisationnelle, envisager d'autres facteurs pertinents

- **Financement** [prot 1 11]

Les activités de PCI demandent un financement (souvent externe) aux premières étapes de développement. Quel est l'arrangement qui permettra le mieux de mobiliser des fonds ou de transférer des ressources pour la mise en œuvre des activités planifiées ?

- **Buts et objectifs** [prot 1 13]

Quel arrangement permettra d'établir des buts et objectifs reconnus et de les atteindre ?

- **Efficacité** [prot. 1.14]

Quel arrangement sera le plus efficace pour arriver à un consensus et mener à bien les tâches ?

- **Grande visibilité** [prot 1 15]

  Quel arrangement permettra le plus de visibilité, d'engagement et de soutien politiques ?

Décider (ou recommander) une manière de coordonner et de gérer le soutien aux activités de PCI Récapituler la décision dans une proposition présentée à haut niveau aux fins de validation.

> ***Résultat de la tâche 3.2 : une décision est prise sur la manière d'organiser la PCI et sur ceux qui participeront activement à sa gestion.***

4. *Prendre des actions de suivi*

Voici des actions possibles de suivi des décisions concernant la coordination et la gestion

- Etablir le mécanisme de coordination pour soutenir la planification et la mise en œuvre des activités de PCI Confier responsabilités et tâches.
- Préparer un plan d'action et un budget (et une réunion d'information) pour les éventuels bailleurs de fonds. (Voir Chapitre 5 sur la Formation.)
- Organiser une réunion pour l'élaboration de politiques (Voir Chapitre 6 sur les Politiques)
- Défendre la cause et coordonner avec d'autres, par exemple, en mettant au courant le personnel concerné, en réalisant un séminaire sur la survie de l'enfant, en organisant des réunions pour garder informées toutes les parties intéressées et en faisant participer les associations professionnelles médicales

51

LISTE DE QUESTIONS

Question : Coordination et gestion

Questions pour traiter l'aspect coordination et gestion de la PCI

1 2 - 1 7 Quelles sont les fonctions exécutées à différents niveaux du Ministère de la Santé ?

1.1 politiques ?
1.2 conseils techniques ?
1 3 coordination ?
1 4 planification et mise en œuvre ?
1 5 supervision ?
1 6 gestion des médicaments ?
1 7 budgétisation et financement ?

1.8 Qui est responsable d'exécuter ces fonctions au sein du Ministère de la Santé ? Existe-t-il d'autres personnes à l'extérieur du Ministère de la Santé responsables pour une ou plusieurs de ces fonctions ?

1.9 Existe-t-il une équipe spéciale, un comité ou une autre entité de coordination opérationnelle s'occupant de la prise en charge des cas et de la qualité des soins pour les enfants malades ? Qui participe à l'intérieur et à l'extérieur du Ministère de la Santé ? Quelles sont les décisions qu'ils prennent ?

1 10 Qui, le cas échéant, aux différents niveaux, est responsable de la planification et de la mise en œuvre des activités suivantes

- activités de protection maternelle et infantile (PMI) ?
- lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) ?
- IRA ?
- prévention et lutte contre le paludisme ?
- promotion nutritionnelle ?
- activités de vaccinations (PEV) ?
- activités de formation / formation portant sur les compétences de prise en charge des enfants malades ?
- activités intégrées de santé infantile ?
- activités de communication ?

1 11 Qui fournit actuellement les ressources financières pour soutenir les activités de santé infantile ? Qui pourrait être intéressé à soutenir la prise en charge des enfants malades ? A-t-on déjà essayé des initiatives paiement-des-utilisateurs ?

1 12 A quoi ressemble l'organigramme du Ministère de la Santé ?

1 13 Quels sont les programmes qui ont clairement défini les buts et objectifs - existe-t-il des expériences pouvant s'avérer utiles aux activités de prise en charge intégrée des cas ?

1 14 Quels sont les changements dans la composition du personnel qui pourraient se faire suite à l'intégration ? Quels sont les rôles des responsables nationaux chargés des programmes de lutte contre des maladies spécifiques ? Qui sera probablement le plus en faveur des activités intégrées ?

1 15 Quels sont les problèmes de santé actuellement très visibles et qui bénéficient d'un engagement et d'un soutien politique élevé ? Pourquoi ?

59

BUT

Le présent chapitre traite de trois grandes questions

- Qui a besoin d'une formation portant sur la prise en charge intégrée des maladies des l'enfant
- Comment peut-on étendre la couverture de la formation ?
- Quelles sont les compétences de prise en charge des cas dont on a le plus besoin ?

Les réponses à ces questions forment la base d'une stratégie et d'un plan pédagogiques complets

Ce guide propose les étapes pour élaborer un plan de formation qui traite aussi bien de l'étape de préparation que des questions plus générales de l'étape de la mise en oeuvre

Pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCI), seule la formation pratique est définie comme formation La formation peut être donnée par le biais de stages formels et par le biais de formation sur le tas On appellera orientation les séminaires et exposés sans pratique

BIEN FONDÉ

En introduisant la prise en charge intégrée à domicile et les établissements sanitaires, on peut diminuer la mortalité des enfants malades Bien qu'un grand nombre de changements soient nécessaires pour passer d'une approche axée sur une maladie à une approche intégrée, le volet le plus important est celui de la formation des agents de santé concernant les compétences liées à la prise en charge intégrée

Dans la plupart des pays, les activités de formation sont continues, tout particulièrement les activités de formation organisées par des programmes de lutte contre des maladies spécifiques Peut-être trouve-t-on déjà les formateurs et les locaux pour la formation pratique. On pourra revoir les plans de formation existants et y inclure la formation portant sur la PCI Recycler les formateurs disponibles, améliorer les locaux et revoir les plans existants

eprésentent probablement la manière la plus efficace d'introduire la formation en matière de PCI

L'OMS et l'UNICEF ont mis au point des tableaux de traitement et un cours de formation de 11 jours destinés aux agents de santé des établissements de premier niveau Le cours, ainsi qu'un module d'adaptation, sont disponibles

APPROCHE

Tâches

L'élaboration d'un plan de formation pour les agents de santé dans les établissements sanitaires de premier niveau (par exemple, centres de santé ou hôpitaux de district) doit comporter la sélection des groupes cibles évaluer et décider de sur la manière d'élargir la couverture de formation et le cours de formation Le Tableau 5-1 définit les tâches

Tableau 5-1 Tâches pour élaborer un plan de formation
1 Choisir les groupes cibles 1 1 Identifier la formation des groupes cibles 1.2 Estimer les dénominateurs de la formation 1.3 Décider des groupes cibles prioritaires et des critères de sélection
2. Evaluer la couverture de formation et fixer des objectifs 2 1 Evaluer la couverture et les objectifs de formation 2.2 Voir comment élargir la couverture et modifier les objectifs
3. Revoir le cours de formation 3 1 Evaluer les besoins de formation sur la prise en charge et le niveau de compétence des agents de santé 3.2 Revoir le matériel pédagogique
4 Préparer un plan de formation

Les informations et les données réunies dans la section sur l'examen de la situation actuelle sont utilisées pour mener à bien les tâches Les chiffres entre crochets, par exemple [prot 2 1] se rapportent à la liste de questions et aux sections pertinentes des modèles de protocoles

Qui participera

L'équipe de la PCI pourra planifier la formation dans le cadre de son travail de coordination et de soutien aux activités PCI au niveau local (Voir Chapitre 4 sur la Coordination et la Gestion)

Ou alors, la tâche peut être confiée à une équipe de responsables et de formateurs représentant les niveaux local, régional et national La meilleure solution, c'est une équipe de huit à dix personnes Un membre de l'équipe pourra être le facilitateur, vérifiant que l'équipe est informée à propos de la PCI et du cours de formation en PCI mis au point par l'OMS et l'UNICEF Le facilitateur peut également guider le groupe tout au long des tâches de planification

Quand faut-il planifier la formation ?

Un plan de formation préliminaire peut être élaboré tout au début du processus d'introduction de la PCI (voir chapitre 2, page 10) suivi d'un plan plus complet résultant de l'étape d'exploration initiale Ou alors, un plan de formation peut être fait qui sera revu et révisé après l'étape de préparation initiale au fur et à mesure que se renforcent les expériences d'introduction de la PCI.

Combien de temps cela prendra-t-il

L'analyse des données pertinentes et la préparation du plan de formation demandent trois à quatre jours

ELABORER UN PLAN DE FORMATION

L'élaboration d'un plan de formation demande qu'on choisisse des groupes cibles, qu'on évolve et qu'on planifie des manières d'élargir la couverture de la formation et qu'on décide des types de cours ou de matériaux pédagogiques La présente section discute de chaque tâche Deux fiches de travail sont présentées à la fin du chapitre

1. Choisir les groupes cibles

La sélection des groupes cibles consiste notamment à identifier qui on formera et à estimer le nombre de personnes qui se trouvent dans chaque groupe Pour guider le processus, la présente section est organisée autour d'une série de questions

1 1 Identifier la formation des groupes cibles [prot 2 1 - 2 8]*

Question : Quels sont les établissements qui fournissent des soins de santé de premier niveau pour les enfants malades ?

Dessiner un organigramme du système de soins de santé sur une grande fiche de papier [prot 2 1] Cela aidera à identifier les groupes cibles pour la formation portant sur la prise en charge des cas. L'organigramme montre les différents établissements sanitaires à différents niveaux du système de santé Peut-être y-a-t'il plus d'un système d'établissements sanitaires opérant sous le contrôle de différents ministères ou divisions L'organigramme ne couvre peut-être que le système public de soins de santé ou alors, peut également montrer les établissements sanitaires privés Noter toute donnée manquante sur les établissements sanitaires (qui seront ajoutées par la suite) Définir les établissements sanitaires de premier niveau

Question : Qui traite les enfants malades dans les établissements sanitaires de premier niveau ?

Identifier les catégories-clés d'agents de santé qui prennent en charge (évaluer, traiter, conseiller, référer) les enfants malades dans les établissements de premier niveau [prot 2.2]. (S'il existe des descriptions de tâches, s'y rapporter) Inscrire les catégories dans l'organigramme.

*Les chiffres entre crochets se rapportent aux éléments de la liste de questions de l'examen de la situation actuelle et au modèle de protocole

Question . Combien d'agents de santé prennent en charge des enfants malades dans les établissements sanitaires de premier niveau ?

Dans certains contextes, il sera possible de déterminer le nombre effectif d'agents au niveau local [prot 2 3] Dans d'autres contextes, on utilisera l'organigramme pour estimer le nombre minimum d'agents

S'il n'existe pas de compte rendu du nombre exact d'agents, il faut estimer le nombre d'établissements sanitaires sur l'organigramme et le nombre d'agents de santé traitant les enfants malades dans chaque établissement. Prévoir de former au moins deux agents dans chaque établissement qui compte deux agents de soins de santé ou plus.

Inscrire sur l'organigramme les nombres effectifs ou estimés des agents de santé qui traitent les enfants malades dans les établissements sanitaires de premier niveau

Question : Quelles sont les tâches, responsabilités et niveaux de compétences des agents de santé prenant en charge les enfants malades dans les établissements de premier niveau ?

Discuter des tâches des agents de santé [prot 2 4] Si c'est possible, vous référer à leurs descriptions de tâches Voir si leurs tâches incluent tous les aspects de la prise en charge de cas (évaluation, traitement, conseils), ordonnances uniquement ou conseils et référence uniquement Par exemple, dans certains milieux, les agents de santé qui font le dépistage n'ont pas le droit de fournir un traitement (par exemple, en prescrivant des médicaments) Les tâches de PCI peuvent être réparties entre agents de santé disponibles Un assistant pèse et inscrit les enfants à l'arrivée , un médecin examine et prescrit et un infirmier explique et conseille

Evaluer les compétences et connaissances actuelles en fonction des données disponibles provenant des études de prise en charge, des rapports de supervision et de suivi et/

ou des impressions du travail des agents de santé en fonction des visites faites dans des établissements sélectionnés [prot 2 5] Si aucune formation portant sur les compétences de prise en charge n'a été donnée ou s'il existe un taux de rotation élevé des agents de santé formés, on a probablement besoin de compétences portant sur la prise en charge des cas

Evaluer les compétences linguistiques et de lecture des agents de santé dans les établissements sanitaires de premier niveau [prot 2 6]

Définir les tâches, responsabilités et niveaux de compétences des divers agents de soins de santé Récapituler les principaux défauts et lacunes en ce qui concerne la prise en charge des cas (Cette information sera utile par la suite, lors de la planification de la formation)

Question : Qui supervise les pratiques de prise en charge de cas dans les établissements sanitaires de premier niveau ?

Identifier qui supervise les agents de santé qui prennent en charge les cas [prot 2 7] En planifiant, inclure ces superviseurs dans la même formation avec les agents de santé qui prennent en charge les cas, si c'est approprié

Question : Quels sont d'autres prestataires importants de soins de santé pour les enfants malades à l'intérieur ou à l'extérieur du système de santé public [prot. 2.8] ?

Si les données suggèrent qu'au moins 30 pour 100 des enfants malades sont vus par des prestataires à l'extérieur du système de santé public, faire une liste de ces agents de santé et estimer leur nombre Les associations professionnelles peuvent être une source d'information sur les pharmaciens et les praticiens privés

Résultat de la tâche 1.1 : Un organigramme montre tous les agents de santé qui prennent en charge les enfants malades dans les établissements sanitaires de premier niveau du système public des soins de santé, leurs nombres et responsabilités On identifie également d'autres prestataires du secteur privé. Les tâches et compétences actuelles des agents de santé sont brièvement décrites.

1.2 Estimer les dénominateurs de la formation

La Fiche de Travail 5-1 (page 23) permet d'estimer le nombre d'agents de santé qui prennent en charge des enfants malades et qui ont besoin d'une formation C'est ce qu'on appelle le dénominateur de la formation Dans la première colonne de la fiche, inscrire les catégories de personnel avec des responsabilités de prise en charge dans les établissements sanitaires de premier niveau (L'information a été écrite sur l'organigramme lors de l'identification des groupes cibles) Inclure toutes les catégories identifiées de prestataires

Dans la seconde colonne, inscrire les estimations de nombres de chaque catégorie. Il s'agit des dénominateurs de formation qui seront utilisés pour estimer les objectifs de la formation, la proportion d'agents de santé ayant besoin d'une formation qui peuvent effectivement être formés

Dans la troisième colonne, pour chaque catégorie, inscrire le nombre total de personnes ayant déjà reçu une formation portant sur certains aspects de la prise en charge des enfants malades [prot 2 9]. Il est bon de diviser la colonne en sous-catégories (par exemple IRA, LMD, paludisme, PCI) pour décrire les expériences du point de vue formation clinique Si des agents de santé ont reçu une formation intégrée portant sur les compétences cliniques, décriver le contenu et la méthodoligie pour comparer avec le nouvel atelier de formation PCI de l'OMS/UNICEF

Dans la quatrième colonne, calculer le nombre d'agents de santé qui n'ont pas été formés (colonne 2 moins colonne 3)

Cela nous donne une vue d'ensemble des agents de santé formés et non formés Notons que, même si ces agents de santé ont reçu une formation portant sur la prise en charge de maladies spécifiques, la formation en PCI apporte de nouvelles compétences cliniques sur la manière de faire de bilan, de classer, de traiter et de conseiller

Résultat de la tâche 1.2 : Les groupes cibles et les dénominateurs de la formation sont clarifiés.

1.3 Décider des groupes cibles prioritaires et des critères de sélection

Peut-être arrivera-t-on à des nombres très importants d'agents de santé qui ont besoin d'une formation (colonne quatre). Les diverses options en la matière sont les suivantes : rangement prioritaire, échelonnement des activités et ciblage géographique

Question · Quels sont les groupes cibles prioritaires pour la formation ?

Revoir l'information sur la Fiche 5-1 En établissant les priorités, tenir compte des questions suivantes

- Qui traite la plupart des cas [prot 2 8] ?
- Quels sont les prestataires les plus influents des soins [prot 2 10] ?
- Quels sont les prestataires des soins de premier niveau [prot. 2 4] ?
- A quels agents de santé peut-on apporter du matériel pédagogique approprié en vue d'une exécution en temps opportun [prot 2 11] ?
- Qui dessert la population de patients qui sont le plus dans le besoin [prot. 2.12] ?

67

Question : Quels sont les critères de sélection qu'on utilisera ?

Faire une liste des critères importants qui seront utilisés pour choisir les stagiaires et les formateurs

Pour les stagiaires, on tiendra compte des critères suivants

- L'agent de santé est directement responsable de la prise en charge des enfants malades ou de la supervision de la prise en charge
- L'agent mettra en pratique la prise en charge après la formation
- L'agent n'a pas encore reçu de formation portant sur la prise en charge

Pour les formateurs, on tiendra compte des critères suivants

- L'agent est disponible à temps plein tout au long de la formation.
- L'agent est disponible pour un suivi après la formation.
- L'agent est convaincu et engagé face à une prise en charge correcte des cas
- L'agent se sent à l'aise en ce qui concerne la prise en charge de cas et la formation pratique.
- L'agent est enthousiaste face aux thèmes
- L'agent est un bon communicateur

Résultat de la tâche 1.3 . Les groupes cibles prioritaires et les critères de sélection sont identifiés.

2. *Evaluer la couverture de formation*

Bien qu'un grand nombre d'agents de santé aient besoin d'une formation, seuls quelques-uns peuvent recevoir sur un temps assez court une formation de qualité portant sur la prise en charge des cas L'élargissement de la couverture de formation demande qu'on revoit les objectifs de formation et qu'on explore des stratégies pour élargir cette couverture

2.1 Evaluer la couverture et les objectifs de formation [prot 2 13 - 2 16]

En utilisant la Fiche 5-1 (page 23, colonnes restantes), faire une évaluation préliminaire du nombre d'agents de santé pouvant être formés par an [prot. 2 13-2 16] et estimer les objectifs de formation Déterminer d'abord le nombre optimal de participants par stage Cela dépendra du nombre estimé de cas Généralement, cela ne dépasse pas 15-20 participants par stage Ensuite, déterminer le nombre moyen de stages qu'on peut réaliser par an en tenant compte des éléments suivants

- Disponibilité de sites de formation opérationnels [prot 2 13]
- Saison pour la formation portant sur la prise en charge de cas (quand y aura-t-il des cas suffisants d'IRA, de paludisme et/ou de diarrhée) [prot 2 14]
- Disponibilité de formateurs formés [prot. 2.15] et rapport formateur à stagiaire.
- Disponibilité de fonds [prot. 2 16]

Dans la colonne cinq, estimer le nombre total de participants qui seront formés par an, en multipliant le nombre de participants par stage et le nombre de stages par an

Dans la colonne six, estimer l'objectif de formation annuel pour chaque catégorie de formateur en divisant le nombre total de participants qui seront formés (de la colonne cinq) et le nombre ayant besoin d'une formation (de la colonne quatre).

Dans la colonne sept, identifier qui sera responsable de l'organisation des stages de formation et qui collaborera Envisager de collaborer avec des organisations non

gouvernementales (ONG), des associations professionnelles, des institutions du secteur privé, des universités et d'autres écoles qui forment les agents de santé

2.2 Décider comment élargir la couverture et revoir les objectifs [prot 2 17-2 22]

Les estimations préliminaires mises au point dans la section précédente peuvent indiquer la nécessité d'accélérer la formation et d'élargir la couverture Les décisions d'élargissement de la couverture ont des implications importantes pour la planification des ressources humaines, du matériel, du calendrier et du budget La présente section aide à prendre ces décisions en présentant les avantages et les inconvénients liés à chaque stratégie de formation.

En utilisant l'information réunie dans l'examen (prot 2 17-2 22) et l'information sur la fiche 5-1 (page 23), discuter des diverses options pour élargir la couverture de formation et voir s'il faut ou non les inclure dans le plan de formation

Stages de formation décentralisée [prot. 2.17]

Avantages :

- La formation peut être dispensée dans de petits hôpitaux sans lieux de formation spécialement équipés
- La formation peut être planifiée et réalisée par une équipe régionale/locale
- La formation peut être adaptée pour répondre aux besoins locaux
- La formation décentralisée peut diminuer les coûts des déplacements et le per diem des participants

Inconvénients :

- Les établissements plus petits risquent d'avoir moins de cas avec les signes et les symptômes nécessaires pour la pratique
- La qualité peut être affectée par la disponibilité d'un nombre moindre de formateurs qualifiés

- Le matériel, l'équipement et les fournitures pédagogiques risquent de ne pas être facilement disponibles

Formation sur le tas [prot 2.18]

Les agents de santé peuvent être formés dans leurs propres établissements pendant une journée de travail normale. Par exemple, les formateurs ou les collègues peuvent travailler avec les agents de santé dans le cadre d'un suivi à la formation formelle pour renforcer les compétences ou dans le cadre de la supervision Les stages de télé-enseignement représentent une autre formule de formation sur le tas Chaque type de formation doit être envisagé en tant que moyen d'élargir la couverture de la formation et d'améliorer la performance La formation sur le tas peut demander qu'on modifie le matériel et les méthodes pédagogiques et qu'on fasse un test sur le terrain ainsi qu'une évaluation aux fins de juger de la faisabilité et de l'efficacité

Avantages :

- La formation sur le tas peut être axée sur les besoins individuels observés
- La formation et le feed-back individualisés sont possibles
- Les problèmes spécifiques au lieu de travail peuvent être identifiés et résolus
- Les agents restent sur les lieux du travail
- La formation sur le tas peut se faire lorsqu'il y a un enfant malade disponible pour une pratique immédiate.

Inconvénients :

- La formation sur le tas demande un collègue formé, un tuteur, un superviseur ou un encadreur qui puisse donner un feed-back de temps à autre
- Une pratique supervisée peut être limitée, affectant la qualité de la formation

Formation avant l'emploi

Dans le long terme, l'amélioration de la formation fondamentale pour les étudiants en médecine et les infirmiers représente la manière la plus efficace de vérifier que tous les agents de santé ont les compétences nécessaires pour diagnostiquer et traiter les enfants malades et donner des conseils aux personnes qui s'occupent de ces enfants Des activités en vue d'améliorer l'enseignement portant sur la formation fondamentale doivent être envisagées

Avantages :

- La formation avant l'emploi établit une prise en charge de cas correcte dès le début de la formation des agents de santé
- La formation avant l'emploi fait participer les spécialistes et les autorités médicales , les deux sont importants pour les influences entre collègues et le soutien au programme
- L'adoption de pratiques correctes dans les établissements d'enseignement peut fournir un modèle pour les professionnels de la santé
- En institutionnalisant une meilleure prise en charge des cas, la formation avant l'emploi est plus susceptible d'arriver à des changements soutenus que la formation sur le tas

Inconvénients :

- Changer le programme des écoles médicales et de soins infirmiers demande des ressources considérables
- De nombreuses étapes entrent en ligne de compte, notamment élaboration de politiques et de matériels et collaboration avec des doyens
- Les effets sur la survie de l'enfance ne se feront peut-être sentir que dans quelques années

- Le programme médical ne relève pas toujours de la responsabilité du Ministère de la Santé

Formation dans le secteur privé [prot. 2.19]

Parfois, il est difficile d'atteindre les prestataires du secteur privé Mais de nombreux praticiens privés appartiennent à des associations professionnelles pouvant être intéressées à collaborer avec le ministère et les organisations internationales Un grand nombre de praticiens privés sont employés dans les secteurs public et privé

Avantages :

Les prestataires du secteur privé peuvent avoir crédibilité et influence dans la communauté

Les prestataires du secteur privé voient souvent l'enfant en premier, avant qu'on aille consulter des établissements publics

Inconvénients :

Les prestataires privés ne veulent pas toujours quitter leur cabinet pour suivre la formation

La performance après la formation est parfois difficile à évaluer

Un grand nombre de prestataires privés tirent leur revenu des ordonnances de médicaments

Les prestataires privés risquent de ne pas traiter les enfants qui sont le plus dans le besoin

Information et orientation [prot. 2.20]

Lorsque la formation formelle et d'autres options d'élargissement de la couverture ont été considérés, il reste peut-être encore un nombre très important d'agents de santé qui ne peuvent pas suivre les activités de formation dans les années à venir Il est important de leur apporter des informations ou une orientation sur la prise en charge des enfants malades Pour changer des pratiques et influencer la qualité des soins, les activités d'orientation sont moins efficaces que la formation Elles exigent temps et personnel. Aussi, convient-il de soupeser d'une part, le

73

coût et d'autre part, le résultat L'information, par le biais des communications face à face, est généralement plus utile que l'information écrite

Avantages :

- Les séminaires et d'autres formes d'orientation peuvent atteindre des groupes importants
- Les orientations peuvent influencer les connaissances et attitudes
- Les séminaires sont relativement faciles à planifier et à réaliser et peuvent être présentés tout au long de l'année
- Les séminaires et orientations peuvent renforcer les activités de formation

Inconvénients :

- L'information, si elle n'est pas doublée de pratique, n'arrivera probablement pas à changer les comportements.
- Les séminaires ne fournissent pas de pratique
- Les séminaires et orientations peuvent absorber les modiques ressources dont on a besoin pour dispenser une formation plus efficace.

Après avoir envisagé toutes les options, récapituler les décisions sur les manières d'élargir la couverture de la formation Voir si les objectifs de la Fiche 5-1 (page 23) peuvent être augmentés Revoir les objectifs et les inscrire sur la fiche de travail.

3. *Revoir le cours de formation*

Les infections respiratoires aigues, la diarrhée, la rougeole, le paludisme, la malnutrition et les complications connexes sont au titre des causes courantes de mortalité chez les enfants de la plupart des pays en développement. Souvent, ces maladies ne sont pas diagnostiquées ou le bilan est incorrect L'OMS et l'UNICEF ont préparé un cours pour aider à donner aux agents de santé des établissements sanitaires de premier niveau une formation portant sur la prise en charge intégrée des cas. Le cours

94

est accompagné d'un guide d'adaptation Le cours intégré traite de compétences dont les agents de santé ont le plus besoin Si l'on veut que la formation ait un effet sur la qualité des soins, les agents de santé ont également besoin de médicaments essentiels Partant, lorsqu'on planifie et réalise le stage de formation PCI, il convient de tenir compte de la disponibilité de médicaments et d'autres facteurs

La présente section montre comment identifier les faiblesses et les lacunes de la formation Elle ne vise pas à apporter des changements importants dans le contenu de base du cours de formation intégrée préparé par l'OMS et l'UNICEF, mais elle décide des compétences qu'il faut souligner pendant la formation et fait d'autres recommandations spécifiques aux divers pays concernant la préparation, la modification et l'adaptation du cours

Le processus peut aider à confirmer la pertinence et l'adéquation du cours de l'OMS/UNICEF pour traiter des besoins spécifiques au pays et faire que le cours de formation ait une "appartenance" locale Le processus d'adaptation ultérieur permettra encore de mieux atteindre ces buts

Note : le cours de formation de la PCI de l'OMS/UNICEF ne présente pas des thèmes se rapportant à des maladies spécifiques classées à la "queue leu leu" mais décrit un processus intégral plus holistique à la prise en charge de l'enfant malade.

3.1 Revoir les besoins sur le plan prise en charge et les niveaux de compétences des agents de santé [Prot 2 5, 2 9, 2 21 - 2 23]

Evaluer les facteurs pouvant influencer l'efficacité de la formation en PCI Utiliser l'information réunie pendant l'examen [prot 2 5, 2 9, 2 21 - 2.23] et la Fiche de travail 5-2 (page 24) pour faciliter le processus La Fiche de travail 5-2 peut être dessinée sur une grande fiche de papier. Voici les facteurs envisagés et les instructions de la Fiche de travail

75

Thèmes/maladies [prot. 2.21]

- Quelles sont les maladies qui sont les causes les plus courantes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans ?

Faire une liste des maladies par ordre d'importance dans la première colonne de la Fiche de travail 5-2 (page 24)

Compétences nécessaires pour la prise en charge des cas · [prot. 2 5 et 2.22]

- Pour quelles maladies identifiées a-t-on besoin d'améliorer le bilan, le traitement, ou le counselling ?

Dans la seconde colonne de la Fiche de travail 5-2 (page 24), cocher (✓) les maladies des enfants malades (données dans la première colonne) pour lesquelles il faut améliorer les compétences de prise en charge

Médicaments disponibles : [prot. 2.23]

- Pour quelles maladies dispose-t-on généralement des médicaments essentiels nécessaires pour une prise en charge correcte des cas ?

Dans la troisième colonne, cocher (✓) les maladies pour lesquelles les médicaments sont ou peuvent être facilement disponibles en vue de fournir une prise en charge correcte des cas Une liste des médicaments des PCI se trouve en Annexe 2

Une formation portant sur la prise en charge des cas n'a pas été réalisée . [prot. 2.9]

- Quelle formation en matière de prise en charge des cas n'a pas été réalisée ?

Dans la quatrième colonne de la Fiche de Travail 5-2 (page 24), cocher (✓) les maladies qui n'ont **pas** été couvertes dans le cadre de stages de formation passés ou courants (se rapportant des maladies données ou la prise en charge intégrée) des agents de santé dans les établissements de premier niveau

76

Revoir la Fiche de Travail 5-2 (page 24) et identifier les thèmes prioritaires pour l'amélioration de la prise en charge intégrée Les maladies qui ont une coche dans toutes les colonnes peuvent être choisies mais certains facteurs seront peut-être plus importants que d'autres et influencent l'ordre prioritaire Par exemple, la formation précédente peut être moins importante que d'autres facteurs Même les agents de santé qui ont été formés risquent de ne pas pratiquer une prise en charge correcte et auront besoin d'un recyclage Inscrire les cinq premiers sujets prioritaires dans la colonne cinq

Résultat : Les thèmes prioritaires pour la formation portant sur la prise en charge intégrée ont été identifiés.

3.2 Revoir le matériel pédagogique [prot 2 11 et 2 24]

Revoir le cours de formation sur la PCI préparé par l'OMS et l'UNICEF pour évaluer si les thèmes prioritaires (identifiés dans 3.1) sont couverts par le matériel et si la méthodologie convient pour le groupe cible choisi

En évaluant l'adéquation du cours pour les agents de santé de premier niveau, on tiendra compte des facteurs du type suivant

- Aptitude à la lecture des participants [prot 2 11],
- Compétences linguistiques des participants [prot 2 11], et
- Durée du cours et temps pendant lequel les agents de santé peuvent s'absenter de leur travail [prot. 2.24].

Discuter des manières d'apporter aux agents de santé une formation portant sur les thèmes prioritaires qui ne sont pas couverts dans le cours Par exemple, comment intégrer un problème (dengue ou fièvre) ou remplacer le paludisme (s'il n'existe pas) par d'autres maladies fébriles existantes Note il faut peser d'une part le besoin de rajouter des problèmes et, d'autre part, la durée et le plan de la formation.

77

Quelles sont les recommandations spécifiques de modification du cours qui se dessinent de cet exercice de planification ? Par exemple

- Sur quels thèmes faut-il insister ?
- Sur quelles compétences faut-il insister ?
- Y-a-t'il besoin de traduction ?
- Faut-il modifier les méthodes pédagogiques pour les agents de santé de premier niveau ?
- Faut-il des adaptations spécifiques pour différents domaines du pays, de la région ou du district ?

Récapituler les recommandations en vue de modification et d'adaptation Certaines sont peut-être déjà comprises dans le module d'adaptation de l'OMS Indiquer le cours qui sera utilisé pour les thèmes prioritaires identifiés et remplir la colonne finale de la Fiche de Travail 5-1 (page 23)

Résultat de la tâche 3.2 : Le matériel pédagogique est revu et les éventuels besoins de modification sont identifiés.

4. *Préparer un plan de formation*

Utiliser l'information sur les Fiches de Travail 5-1 et 5-2 (pages 23 et 24) pour préparer un plan de travail détaillé Les grandes lignes du plan sont présentées ci-après Ce plan de formation comprend la planification générale du soutien aux activités de formation et se concentre sur les activités de préparation Un plan de travail plus détaillé pour la formation des agents de santé de premier niveau devra être élaboré au niveau local.

GRANDES LIGNES

Situation actuelle

Décrire la situation actuelle de la formation, notamment la situation de la prise en charge des cas et des activités de formation passées et actuelles Expliquer la nécessité d'apporter une formation portant sur la prise en charge intégrée dans les établissements sanitaires de premier niveau

Objectifs

Spécifier les objectifs spécifiques pour le plan de formation aux niveaux national, régional et/ou local

Stratégies

Enoncer les grandes décisions de stratégie concernant ceux qu'il faut former, comment élargir la couverture et ce sur quoi il faut se concentrer pendant la mise en œuvre Voici des exemples de thèmes qui seront couverts

- ***Groupes cibles prioritaires ;***
- ***Nombres de personnes qui seront formées ;***
- ***Sélection de formateurs et de stagiaires ;***
- ***Plans pour la couverture de formation (décentralisation, intégration progressive, avant l'emploi, secteur privé, formation sur le tas) ;***

  Cours et matériels pédagogiques qui seront utilisés ;
- ***Quand et où former (le moment et la couverture géographique) , et***
- ***Activités de suivi pour renforcer les compétences.***

Activités préparatoires

Spécifier les activités de préparation nécessaires pour l'exécution de la formation et identifier qui est responsable pour chacune des activités de préparation ainsi que les sources de financement (certaines des tâches préparatoires sont également décrites au chapitre 2 ,page 10 à 12) Les exemples de thèmes qui seront couverts sont donnés ci-après.

- ***Adaptation et préparation du matériel pédagogique et des graphiques***

Qui adaptera le cours PCI préparé par l'OMS et l'UNICEF et, le cas échéant, le modifiera ? Quand ? Préparer un plan de modification, d'adaptation et de traduction (voir Annexe 1 6 et 7 pour plus d'informations sur la préparation pour la formation et l'adaptation) Inclure les étapes d'adaptation suivantes (voir Module d'adaptation de l'OMS/ UNICEF):

- Revoir les politiques et directives sur la prise en charge (voir chapitre 6 sur les politiques)
- Revoir le problème de l'alimentation, identifier les recommandations concernant l'alimentation, les directives préliminaires sur la nutrition pour l'encadré alimentation de la PCI
- Adapter les directives et les intégrer aux tableaux et modules
- Traduire le matériel du stage
- Faire la présentation et imprimer tout le matériel

- ***Disponibilité de médicaments***

Prévoir des activités garantissant une disponibilité continue de médicaments choisis devant être utilisés pendant la formation et pour la prise en charge après la formation (Voir Chapitre 7 sur la disponibilité des médicaments.)

- ***Sites de formation***

Indiquer les plans pour agrandir les sites de formation existants et pour suivre la qualité de ces sites de formation

- ***Formation des formateurs***

Planifier le stage sur la formation des formateurs et identifier les personnes qui seront formées.

- ***Coordination***

Identifier des plans pour coordonner l'introduction de la formation portant sur la PCI et la formation pour d'autres initiatives du secteur santé.

- ***Communication***

Coordonner la formation avec d'autres activités de communication (voir chapitre 8 sur la communication).

- ***Suivi***

Planifier le suivi des agents de santé formés pendant et après Qui fera le suivi et comment ? (Voir chapitre 9 sur le suivi)

- ***Financement***

Identifier les partenaires intéressés à financer la planification et la réalisation de la formation en PCI

Budget

Préparer un tableau avec le budget pour toutes les activités de formation préparatoires et la source de financement indiquée et confirmée

FICHE DE TRAVAIL 5 1, PLANFICATION DE LA FORMATION

(1) Catégorie d'agent de santé	(2) Nombres de chaque catégorie	(3)* Total nombres formés	(4) Nombres ayant besoin de formation	(5) Nombres devant être formés annuellment			(6) Formé par ___ (année)	(7) Responsable de la formation	(8) Cours de formation/ matérial pédagogique qui seront utilisés
				Nombres par stage (i)	Nombre de stages/ année (ii)	Total (i)x(ii)			

* Les colonnes peuvent être divisées en sous-catégories, par exemple formé en LMD, IRA, paludisme, nutrition, rougeole, PCI (tel qu'approprié)

FICHE DE TRAVAIL 5-2, PLANIFICATION DE LA FORMATION

Thèmes · Maladies	Compétences nécessaires de prise en charge/ diagnostic manqué (✓)	Médicaments disponibles (✓)	Formation sur prise en charge n'a pas été donnée (✓)	Thèmes prioritaires	Commentaires

Questions pour la planification de la formation

2 1 A quoi ressemble le système des établissements sanitaires dans la zone (district, région ou pays) ? Quels sont les types d'établissements sanitaires qui sont classés comme formations sanitaires de premier niveau ?

2 2 Combien d'établissements sanitaires de premier niveau (par catégorie) existe-t-il dans la zone (district/région/pays) ?

2 3 Quel est le nombre total d'agents de santé qui évaluent et traitent les enfants malades dans tous les établissements sanitaires de premier niveau de la zone ?

2 4 Quelles sont les tâches des agents de santé (par catégorie) qui prennent en charge les enfants ? Font-ils un bilan, traitent-ils et donnent-ils des conseils ou donnent-ils seulement des conseils et réfèrent-ils vers d'autres services ?

2 5 Quelles sont les compétences et connaissances actuelles sur la prise en charge (pour chaque catégorie) d'agents de santé ? Quelles sont les lacunes/faiblesses dans la prise en charge actuelle (de chaque catégorie) d'agents ? Quels sont les problèmes les plus importants pour la prise en charge, par exemple, diagnostics incorrects, qui ont été identifiés ?

2.6 Quelles sont les compétences linguistiques et les aptitudes à la lecture des agents de santé dans les établissements sanitaires de premier niveau ?

2.7 Qui supervise les pratiques de prise en charge dans les établissements sanitaires de premier niveau (supervision interne de l'extérieur et/ou visites externes de l'extérieur) ?

2 8 Où vont consulter pour traitement la plupart des personnes qui s'occupent des enfants malades (y compris

LISTE DE QUESTIONS

les prestataires de services les plus utilisés, par exemple, public, privé, ONG) ?

2 9 Combien d'agents de santé dans les établissements sanitaires de premier niveau ont et n'ont pas été formés (formation clinique pratique) en matière de

- prise en charge des IRA ?
- prise en charge de cas de diarrhée ?
- conseils nutritionnels ?
- prise en charge de cas de paludisme ?
- prise en charge de cas de rougeole ?
- prise en charge intégrée des enfants malades ?
- compétences de communication interpersonnelle ?

2 10 Quels sont les professionnels de la santé les plus influents ?

2 11 Quelles sont les catégories d'agents de santé qui sont le plus susceptibles de bénéficier du cours de formation actuel de l'OMS/UNICEF portant sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (sans modification ou avec de petites modifications) tenant compte de leurs compétences linguistiques et aptitudes à la lecture ?

2 12 Dans quel groupe de population trouve-t-on le plus grand nombre d'enfants malades ? A-t-on identifié des groupes à risques, par exemple urbains/ruraux ou réfugiés ?

2 13 Quels sont les sites de formation opérationnels (par exemple, DTU) ?

2 14 Quand trouve-t-on le plus de cas d'IRA, de diarrhée et de paludisme pour la formation clinique ? Existe-t-il une période de chevauchement pendant les saisons pics ?

2 15 Combien de formateurs formés peuvent être disponibles pour dispenser la formation portant sur la prise en charge de cas ?

2.16 Quels sont les fonds disponibles ou pouvant être rendus disponibles pour les activités de formation ? Quelles sont les sources éventuelles de financement ?

2 17 Réalise-t-on une formation décentralisée portant sur la prise en charge de cas ?

2 18 Quelles sont les expériences qui existent de formation sur le tas ?

2 19 Existe-t-il une formation des agents du secteur privé ?

2 20 A-t-on déjà tenté d'informer ou d'orienter les agents de santé en ce qui concerne la prise en charge de cas ?

2 21 Quelles sont les causes de mortalité infantile les plus courantes ?

2.22 Pour les causes les plus courantes de mortalité, quelles sont les principales faiblesses et lacunes dans la prise en charge de cas ?

2 23 Quels médicaments essentiels sont - ou pourrait être rendus - disponibles pour traiter les causes les plus courantes de mortalité ?

2 24 Pendant quelle durée de formation, les agents de santé peuvent-ils s'absenter de leur travail ?

BUT

Le présent chapitre traite des questions suivantes en matière de politiques

- Quelles sont les politiques actuelles nationales et régionales qui ne sont pas conformes à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCI) ?
- Quels sont les aspects de la PCI (bilan, classification et traitement et conseils) demandant des décisions en matière de politiques ?
- Quelles sont les activités (autres que la formation) qui sont influencées par de nouvelles décisions en matière de politiques ou des politiques révisées ?

BIEN FONDÉ

Dans de nombreux pays, des politiques de prise en charge ont été établies, par exemple, les politiques élaborées par les programmes nationaux d'IRA, de LMD, de PEV et de paludisme , certaines devront peut-être être modifiées D'autres pays ne se sont pas donnés de politiques pour guider les décisions indiquant quand il faut prescrire des médicaments (par exemple, pour le traitement du paludisme ou de la diarrhée) ou quels sont les conseils à donner aux mères en matière de nutrition ou quand fournir de la vitamine A et donner des vaccins anti-rougeole

Des politiques nationales sont nécessaires pour l'adaptation du matériel de formation, pour vérifier que les médicaments essentiels sont fournis, pour rendre constants les messages de communication et pour organiser le travail au centre de santé

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant doit reposer sur les principes les plus récents de la prise en charge à domicile et dans les établissements sanitaires Les directives et les tableaux génériques de la prise en charge de l'enfant malade de l'OMS et de l'UNICEF fournissent un algorithme de bilan, classification et traitement Les directives doivent être applicables dans la plupart des pays en développement où la mortalité infantile est plus élevée que 40 pour 1000 naissances vivantes et où l'on note l'incidence du paludisme *P falciparum*

APPROCHE

Tâches

Le présent guide aide les responsables à revoir et à identifier les questions de prise en charge des enfants malades et autres politiques en préparation pour l'adaptation du matériel de formation et pour faire d'autres recommandations en vue d'actions.

Le module d'adaptation préparé par l'OMS et l'UNICEF aidera à déterminer les politiques et directives pour l'adaptation des modules et de tableaux cliniques (Réf Adaptation Guide, Management of Childhood Illness, OMS/ UNICEF).

Tableau 6-1 Les tâches pour évaluer les politiques actuelles consistent à
1 Revoir les politiques actuelles de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
2 Identifier les questions en matière de politiques pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
3. Identifier d'autres questions de politiques
4 Planifier les actions de suivi

Le processus de collecte de l'information nécessaire est décrit au Chapitre 3 - Examen de la situation actuelle , modèle de protocole pour évaluer les questions sur les politiques relatives aux médicaments se trouve en Annexe 3 Une liste récapitulative des questions sur le plan des politiques se trouve également à la fin du présent chapitre (pages 9-10)

Qui participera

L'équipe de prise en charge de la PCI devrait aider à fixer des politiques concernant la prise en charge intégrée des cas. D'autres personnes peuvent également participer à la formulation de politiques spécifiques qui dépassent la mission de l'équipe de prise en charge PCI

Il est bon de faire appel lorsque c'est nécessaire à une expertise nationale et à des collaborateurs au niveau national car il est important d'arriver à une vaste participation et à un consensus lorsqu'on formule les politiques La validation des politiques demande souvent qu'on présente les politiques aux niveaux les plus élevés

Combien de temps cela prendra-t-il ?

L'utilisation de ce guide pour revoir les politiques et préparer l'adaptation prend quelques jours La réalisation des tâches décrites dans le Guide d'Adaptation de l'OMS peut prendre plusieurs mois (6) suivant les questions, la nécessité de faire des recherches et les procédures utilisées. La formulation d'une politique officielle et sa validation peut également prendre longtemps

REVOIR LES POLITIQUES

1. Revoir les politiques actuelles de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant *[prot 3 1-3 12]**

Revoir les politiques existantes sur la prise en charge des IRA, de la diarrhée, de la rougeole, du paludisme et de la malnutrition La laçon de le faire est décrite dans le Guide d'Adaptation de l'OMS. Revoir également toutes politiques concernant les médicaments, les politiques de nutrition et de vaccination se rapportant à la PCI Récapituler les politiques actuelles et la situation sur le plan validation, diffusion et exécution de ces politiques Identifier tout manque de cohérence entre les politiques actuelles de prise en charge tel qu'indiqué dans les documents sur les politiques des programmes et le nouveau tableau de prise en charge des cas PCI

*Les chiffres entre crochets se rapportent aux éléments de la liste des questions de l'examen de la situation actuelle et au modèle de protocole

2. *Identifier les questions en matière de politiques pour la prise en charge*

Donner toutes les questions liées aux politiques qu'il faudra traiter. Le Tableau 6-2 présente des exemples de questions relatives aux politiques de PCI pour faciliter l'identification des aspects spécifiques se rapportant à ces politiques

Revoir le Tableau 6-2 et le Guide d'Adaptation Identifier les éléments demandant une décision en matière de politiques.

Tableau 6-2 Exemples de questions liées aux politiques nationales PCI

Politiques en matière de médicaments	Antibiotiques recommandés en première et deuxième instance pour pneumonie, infection aigue des oreilles, signes de grave maladie, dysenterie, choléra Anti-paludéens recommandés en première et deuxième instance Remèdes recommandés contre la toux (et remèdes nuisibles contre la toux ou grippe qu'il faut éviter) La formule pour chaque médicament qui devrait être fournie aux établissements sanitaires Cotrimoxazole pédiatrique et/ou cachets adultes Sirop et cachets de chloroquine Sirop et/ou cachets de fer SRO, y compris volume d'eau Niveau d'établissements sanitaires ayant des médicaments en première et deuxième instance par voie buccale

Politiques en matière de médicaments	Niveau d'établissements sanitaires avec médicaments intramusculaires (quinine, chloramphénicol) Solution de SRO pour prise en charge des cas à domicile Est-ce que le mébendazole est un médicament approprié qu'il faudrait avoir disponible ? (Dans les régions où l'ankylostome et le trichocéphale affectent les enfants ?)
Politiques nutritionnelles	A quels enfants devraient-on donner une supplémentation en vitamine A ? Devrait-on donner de la vitamine A à tous les enfants à intervalles réguliers ou faudrait-il uniquement en donner aux enfants montrant des signes d'avitaminose A (plaques mousseuses sur le blanc des yeux) ou rougeole ? Substituts locaux appropriés pour le lait maternel Aliments locaux appropriés riches en énergie et en nutriments
Politiques de prise en charge des cas	Le pays connaît-il un risque élevé, faible ou pas de risque de paludisme ? Les zones choisies sont-elles à hauts risques ? Quelle méthode utilise-t-on pour chronométrer une minute lorsqu'on compte le rythme de respiration ? (Si on utilise un appareil de chronométrage, qui achètera les appareils de chronométrage pour tous les agents de santé ?) Signes appropriés d'anémie Peut-on utiliser la pâleur des paupières ? (Ou est-ce que l'incidence d'autres problèmes oculaires font que la pâleur de la paupière est un signe difficile à utiliser ?)

Politiques de prise en charge des cas	Liquides à recommander pour la prise en charge de la diarrhée à domicile
Politiques de vaccinations	Calendrier de vaccinations recommandées Quelles sont les politiques nationales concernant les occasions ratées ?

3. *Identifier d'autres questions de politiques*

L'introduction de la PCI dans les établissements sanitaires de premier niveau influencera un grand nombre d'aspects de l'organisation du travail Cela peut demander des changements de politiques, par exemple, des changements dans les responsabilités et les tâches du personnel, les descriptions des tâches, la tenue de dossiers et la circulation des patients

Identifier les questions qui demanderont une décision sur le plan des politiques et planifier quand on pourra procéder à l'examen et à la révision des politiques, et qui se chargera de ce travail.

4. *Planifier les actions de suivi*

Une fois prises les décisions concernant les politiques et l'adaptation (ou les recommandations), diffuser largement les politiques Songer à des activités influencées par les politiques nouvelles ou modifiées et planifier les actions de suivi.

Voici les actions possibles

- Préparer un énoncé sur la politique PCI nationale ou régionale aux fins d'une vaste distribution
- Adapter le matériel générique, par exemple, le tableau de prise en charge intégrée (tel que donné dans le guide d'adaptation), la matériel pédagogique, les

listes de médicaments (médicaments essentiels et autres médicaments), les messages de communication (conseils aux mères)

- Revoir et réviser d'autres politiques pertinentes, par exemple les politiques liées au personnel et l'organisation du travail

Questions pour traiter les aspects liés à la prise en charge de cas PCI

Questions	Sources possibles d'informations
Quelle est la politique nationale concernant	
3 1 la prise en charge des enfants souffrant de diarrhée (y compris les médicaments pour la dysenterie et le choléra) dans les établissements sanitaires ?	Programme national de LMD ou PMI
3 2 prise en charge de la diarrhée à domicile avec liquides et aliments recommandés à domicile pendant et après la diarrhée ?	Programme national de LMD ou PMI
3.3 allaitement au sein ?	PMI
3 4 prise en charge à domicile des IRA ?	Programme des IRA ou PMI
3 5 prise en charge des IRA dans les formations sanitaires (y compris médicaments pour pneumonie modérée & grave) ?	Programme des IRA ou PMI
3.6 prévention du paludisme et prise en charge de cas ?	Programme de lutte contre le paludisme
3.7 prise en charge de la rougeole ?	PEV ou PMI
3.8 prise en charge et conseils nutritionnels des enfants malades ? Supplémentation en vitamine A ? Suivi de la croissance ?	Nutrition ou PMI

LISTE DE QUESTIONS

94

Questions	Sources possibles d'informations
3 9 vaccinations ?	Programme de PEV
3.10 médicaments (médicaments essentiels) pour utilisation de médicaments au premier niveau du secteur public et du secteur privé	Division pharmaceutique/ Programme des médicaments essentiels
3 11 ordonnances et utilisation d'antibiotiques par niveau de soins et catégorie des agents de santé ?	Division pharmaceutique/ Programme des médicaments essentiels
3 12 ordonnances et utilisation des injections par niveau de soins et catégorie des agents de santé ?	Division pharmaceutique/ Programme des médicaments essentiels

Pour l'une quelconque des politiques susmentionnées,

Quelle est la situation de chaque politique

Est-elle entièrement validée par le Ministère de la Santé ?

Est-elle diffusée à l'extérieur du Ministère de la Santé ?

Couvre-t-elle les secteurs tant public que privé ?

Est-elle appliquée ? Comment ?

Voir également le module d'adaptation OMS/UNICEF pour la prise en charge des maladies de l'enfance.

95

Chapitre 7 — Aspect : Disponibilité des médicaments

BUT

Le présent chapitre traite de trois questions de gestion de médicaments liées au traitement de l'enfant malade

- Quels sont les médicaments et les vaccins nécessaires pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCI) qui sont disponibles ou qui manquent dans les établissements sanitaires ? Pourquoi ?
- Quels sont les médicaments de PCI faisant partie ou ne faisant pas partie des listes de médicaments essentiels, des formulaires nationaux et d'autres listes de médicaments des secteurs public et privé ?
- Dans quels endroits les médicaments et les vaccins sont-ils d'habitude disponibles ? Pourquoi ?

BIEN FONDÉ

Une sélection de médicaments essentiels, vaccins et fournitures doit être disponible dans les établissements sanitaires pour le traitement des enfants malades Pour vérifier cette disponibilité, il est important d'évaluer les variations dans la disponibilité des médicaments, de revoir les listes et directives existantes des médicaments, d'identifier les goulots d'étranglement dans le système d'approvisionnement en médicaments et de prendre les mesures adéquates Les grands problèmes du système d'approvisionnement en médicaments n'entrent pas dans la portée du présent guide

APPROCHE

Les données réunies pendant l'examen de la situation actuelle aideront à traiter les questions relatives aux médicaments Les chiffres entre crochets, par exemple, [prot 4.3] se rapportent aux éléments pertinents du modèle du protocole d'examen de la disponibilité des médicaments Le Tableau 7-1 identifie trois tâches pour traiter les questions fondamentales liées à la disponibilité des médicaments

Tâches

Tableau 7-1 · Tâches pour évaluer la disponibilité des médicaments
1. Evaluer la disponibilité des médicaments et vaccins de PCI 1 1 Revoir les données sur les médicaments essentiels et les vaccins de PCI 1.2 Identifier les facteurs influençant 1.3 Identifier les actions possibles
2 Revoir les directives et les listes de médicaments 2 1 Examiner les directives et les listes de médicaments 2 2 Faire des recommandations pour inclure les médicaments de PCI
3. Identifier les établissements avec des médicaments et des plans d'actions 3 1 Identifier les établissements avec des médicaments et des vaccins disponibles 3.2 Planifier des activités de suivi

Qui participera

Les responsables aux niveaux national, régional et local chargés de la coordination du soutien à la PCI doivent participer à l'évaluation de la disponibilité des médicaments Pour arriver efficacement à résoudre les problèmes et à prendre des actions, on fera également participer les personnes responsables de la politique relative aux médicaments, des produits pharmaceutiques et de l'acquisition et des fournitures des médicaments et des vaccins Si c'est possible, on fera participer des représentants du secteur privé, par exemple, des fabricants ou des distributeurs de médicaments

Combien de temps cela prendra-t-il ?

Les questions relatives à la disponibilité de médicaments peuvent être traitées lors d'une réunion de un à deux jours L'application des recommandations demandera plus de temps, surtout si l'on ajoute de nouveaux médicaments aux listes nationales de médicaments ou si des améliorations

sont apportées au système d'approvisionnement en médicaments

EVALUER LA DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS

*1. Evaluer la disponibilité des médicaments de PCI [prot 4 1-4 10]**

Le but est d'évaluer le mode de disponibilité des médicaments en utilisant des données provenant des établissements sanitaires (par exemple, enquêtes faites auprès des établissements sanitaires, évaluation des établissements sanitaires) et autres sources d'information Les raisons possibles de non disponibilité de médicaments essentiels et les actions en vue de garantir la disponibilité des médicaments de PCI seront identifiées

1.1 Revoir les données sur les médicaments essentiels de PCI [prot 4 1 - 4 2]

Revoir les données disponibles et la liste (sur une grande fiche de papier) des médicaments et des vaccins de PCI qui généralement manquent dans tous les établissements sanitaires ou dans la plupart d'entre eux Voici les sources possibles d'information comptes rendus sur les visites de supervision, enquêtes auprès des établissements sanitaires, études sur l'utilisation des médicaments, rapports du PEV et autres documents disponibles auprès des autorités responsables pour l'acquisition et la distribution des médicaments et vaccins Les données réunies pendant l'examen en utilisant le modèle de protocole (Annexe 3) et les visites dans les établissements sanitaires ajouteront également des informations pour l'évaluation de la disponibilité des médicaments

1.2 Identifier les facteurs influençant [prot 4 2-4 10]

Discuter et donner les raisons possibles expliquant pourquoi les médicaments ne sont pas régulièrement disponibles Envisager les facteurs suivants

*Les chiffres entre crochets se rapportent aux éléments de la liste des questions de l'examen de la situation actuelle et au mod le de protocole

Politiques et directives relatives aux médicaments [prot. 4.5-4.6]

- Est-ce que les médicaments essentiels font partie de la liste nationale des médicaments essentiels

Problèmes de logistique [prot 4.3, 4.4 et 4.8]

- Est-ce que des stocks de médicaments existent dans les dépôts médicaux nationaux et régionaux mais non dans les établissements sanitaires ? Dans l'affirmative, pourquoi ?
- Est-ce que les médicaments sont disponibles dans certains établissements et non dans d'autres ? Est-ce que les médicaments sont disponibles à intervalles réguliers ? Dans l'affirmative, pourquoi ?
- Est-ce que les médicaments sont commandés et recommandés ?
- Existe-t-il des problèmes de contrôle de stock aux niveaux central, régional ou local ?

Problèmes du secteur public [prot. 4.1]

Est-ce que les médicaments sont disponibles dans le secteur privé mais non dans les établissements sanitaires publics ?

Utilisation inadéquate des médicaments [prot. 4.10]

Est-ce que les médicaments ne sont pas disponibles parce qu'ils sont utilisés à d'autres fins ?

1.3 Identifier les actions possibles

Faire une liste des actions possibles pour traiter chacun des facteurs influençant les plus probables Il faudra peut-être faire des enquêtes supplémentaires pour comprendre et traiter les facteurs influençant la disponibilité de médicaments

2. *Revoir les directives et les listes de médicaments* *[prot 4 5-4 7]*

2.1 Examiner les directives et les listes de médicaments

Identifier et revoir toutes les directives, listes et posologies de médicaments Comparer les médicaments sur la liste et la liste de médicaments de PCI (Annexe 2) Identifier les médicaments qui doivent être incorporés dans les différentes directives et listes de médicaments

Voici des exemples de listes de médicaments

- Listes de médicaments essentiels,
- Formulaires nationaux de médicaments,
- Directives concernant les médicaments pour les établissements sanitaires,
- Pharmacopée nationale,
- Liste d'approvisionnement en médicaments de l'UNICEF et liste d'autres organisations fournissant des médicaments, et
- Liste des médicaments de secours d'urgence

2.2 Faire des recommandations pour inclure les médicaments de PCI

Faire des recommandations et des plans d'actions pour intégrer les médicaments en PCI aux grandes directives ou listes de médicaments Les actions peuvent comprendre les mesures suivantes

- Pour chaque médicament non disponible, préparer une proposition avec un bien fondé et doublée de références scientifiques indiquant pourquoi il faut inclure le médicament donné

- Organiser une réunion d'étude de la politique de médicaments pour se mettre d'accord sur les actions à prendre
- Plaider pour l'inclusion de médicaments concernés à l'ordre du jour des réunions prévues d'examen des politiques de médicaments

3. Identifier les établissements avec des médicaments et planifier des actions

3.1 Identifier les établissements avec des médicaments et des vaccins disponibles [prot 4 11]

Identifier et faire une liste des établissements sanitaires où les médicaments de PCI sont disponibles ou peuvent être rendus disponibles la majorité du temps

3.2 Planifier des activités de suivi

Voici des activités possibles pour améliorer la disponibilité et la gestion des médicaments

- Prévoir de commencer les activités de formation de PCI dans une région où les médicaments sont disponibles (ou peuvent être rendus disponibles) dans les établissements sanitaires (voir 3 1 ci-dessus)
- Coordonner des actions pour améliorer la disponibilité de médicaments et les activités de formation en vue d'améliorer l'emploi des médicaments
- Faire des recommandations ou prendre des actions pour résoudre tout problème dû au manque de disponibilité des médicaments dans les établissements sanitaires (*)
- Planifier et réaliser une formation portant sur la gestion de médicaments dans les établissements sanitaires

- Planifier des actions pour faire participer le secteur privé à l'approvisionnement des médicaments de PCI
- Faire des enquêtes supplémentaires sur les problèmes de l'approvisionnement des médicaments

Le projet BASICS et l'OMS ont mis au point un stage de formation sur la gestion des médicaments au niveau de l'établissement sanitaire Pour de plus amples informations, prière de contacter la division CHD à l'OMS ou le projet BASICS.

* **Formation sur la gestion des médicaments au niveau de l'établissement sanitaire**

Questions pour l'examen de la disponibilité des médicaments

4 1 Quels sont les médicaments et vaccins de PCI qui sont disponibles dans les établissements sanitaires de premier niveau, dans les magasins médicaux, centraux et régionaux et dans les pharmacies privées ?

4 2 Quels sont les médicaments de PCI qui sont en rupture de stock dans les établissements sanitaires ?

4 3 Quelles sont les raisons possibles faisant que certains médicaments en PCI manquent ou ne sont disponibles qu'irrégulièrement dans les établissements sanitaires ?

4.4 Pourquoi certains médicaments sont disponibles dans les dépôts centraux/médicaux et non dans les établissements sanitaires ?

4 5 - 4 6 Quels sont les médicaments en PCI qui ne sont pas inclus dans les listes, manuels et directives des principaux médicaments couvrant les secteurs de la santé public et privé ?

4 7 Quelles sont les listes et directives de médicaments standards présents dans les établissements sanitaires ?

4 8 Est-ce que les établissements de premier secours gardent des stocks et des fiches de médicaments ou commandent et recommandent ?

4 9 Dans l'affirmative à 4,8, pendant quel pourcentage de temps y-a-t'il eu rupture de stock de médicaments en PCI l'année passée ?

4 10 Quels sont les médicaments en PCI utilisés à d'autres fins que la prise en charge des maladies de l'enfance ?

4 11 Quels sont les établissements sanitaires qui ont certains médicaments en PCI disponibles à certains moments ?

LISTE DES QUESTIONS

103

BUT

Ce chapitre traite des questions de communication suivantes

- Comment les activités de communication soutenant la PCI peuvent-elles être organisées efficacement ?
- Quelles sont les ressources d'IEC disponibles pour soutenir la PCI ?
- Quelles sont les étapes de préparation nécessaires pour formuler et appliquer un plan de communication pour la PCI ?

Les réponses à ces questions vous aideront à formuler des stratégies de communication et à planifier des activités d'IEC soutenant la PCI

BIEN FONDE

L'efficacité de la PCI dépendra, dans une grande mesure, des compétences de communication d'agents de santé formés qui savent écouter, conseiller et motiver les mères et les autres personnes qui s'occupent des enfants, afin de les encourager à prendre des mesures appropriées à la maison pour prévenir les maladies, reconnaître les signes de danger et prendre des actions lorsqu'un enfant tombe malade afin qu'il se remette vite Par le biais des mass media et d'autres moyens, les communicateurs de la santé s'adressent directement aux personnes qui s'occupent des enfants et à leurs communautés, leur apportant des informations exactes qui renforcent les comportements adéquats en vue de prévenir et de traiter les maladies et de chercher à changer ceux qui sont inadéquats La formulation de stratégies de communication pour la PCI doit traiter des compétences de communication des agents de santé, identifier d'autres moyens pour atteindre les personnes qui s'occupent des enfants et répondre aux défis techniques des soins intégrés

Dans de nombreuses situations, l'agent de santé est probablement le véhicule principal pour atteindre la mère ou les autres personnes qui s'occupent de l'enfant Les agents de santé doivent être capables d'obtenir et de traiter l'information reçue par la m re pour faire des recommandations appopriées dans la culture donnée

Aussi, est-il capital d'améliorer la performance de communication des agents de santé adoptant la PCI. Les compétences de communication font partie intégrante du contact entre l'agent de santé et la mère, dans le cadre de la formation clinique pour la PCI Les agents de santé posent de nombreuses questions aux mères concernant les symptômes de l'enfant et ce qui a été fait à domicile pour le traiter. Ils utilisent cette information pour classer la maladie, traiter l'enfant et donner des conseils à ceux qui s'occupent d'enfants concernant les soins à domicile de l'enfant malade

Les efforts de communication visant directement ceux qui s'occupent des enfants par le biais de divers canaux, par exemple, les mass media et les approches communautaires sont tout aussi importants. Un enfant passe la plupart de sa vie à la maison et, généralement, la famille n'entre pas en contact avec le système de santé tant que l'enfant n'est pas malade La responsabilité de garder l'enfant en bonne santé grâce à de bons comportements de nutrition et d'hygiène et de vaccinations données à temps, en reconnaissant les signes de danger, en allant consulter et en prenant en charge l'enfant malade à domicile revient à ceux qui s'occupent des enfants et aux personnes qui les entourent

La planification des activités de communication de la PCI relève d'un défi puisqu'il faut apporter des messages appropriés qui reflètent les mondes différents des mères et des agents de santé et qui répondent aux demandes des nouvelles directives de traitement

APPROCHE

Tâches

Tableau 8-1 Tâches pour préparer les activités de communication de la PCI
1 Décider comment coordonner et gérer les activités d'IEC 1 1 Revoir les facteurs influents 1.2 Décider comment coordonner l'IEC PCI
2 Revoir les ressources et activités actuelles d'IEC 2.1 Evaluer les ressources en personnel 2.2 Revoir les activités d'IEC et identifier les responsabilités de PCI 2.3 Evaluer la capacité de communication
3 Elaborer des stratégies et planifier des activités 3 1 Identifier les comportements, publics, stratégies 3 2 Planifier une recherche formative 3 3 Décider des stratégies et messages d'IEC 3 4 Elaborer un plan de réalisation du matériel 3.5 Planifier pour améliorer et maintenir les compétences de communication des agents de santé

Qui participe

Tous les responsables de programmes et les experts techniques qui ont concouru à la coordination de la PCI (voir Chapitre 4, Coordination) doivent participer à la revue et à la planification des activités d'IEC PCI Les spécialistes de la communication et les représentants des parties intéressées (par exemple, bailleurs de fonds, institutions d'enseignement, secteur privé) disposant de vastes expériences en matière d'IEC devraient également concourir On pourra créer un comité pour gérer les efforts d'IEC en cours (voir première tâche ci-après).

Quand commencer les efforts de communication de la PCI

La recherche et les premières activités de développement sont encore en cours pour identifier les déterminants-clés des soins efficaces à domicile de l'enfant malade et pour apprendre comment influencer le plus efficacement ces comportements Cela ne devrait toutefois pas retarder les efforts en vue de donner de meilleurs conseils à ceux qui s'occupent des enfants par le biais de multiples canaux employés simultanément, puisque les services de PCI sont disponibles La PCI est une occasion unique de coordonner et d'intégrer des efforts de formation et de coordination de l'étape préparation jusqu'à l'étape mise en œuvre et évaluation

Combien de temps cela prend-t-il ?

Il faudra probablement plusieurs jours ou plusieurs semaines suivant le disponibilité de l'information pour traiter les questions d'IEC dans ce guide, c'est-à-dire réaliser les tâches (1 1-2 3) La formulation des messages et d'autres activités planifiées (3 1-3 5) prennent quelques mois à être organisées en préparation pour les interventions de communication de la PCI Par exemple, les étapes du Guide d'Adaptation OMS/UNICEF pour la formation prennent jusqu'à six mois , cela inclut certaines activités de préparation d'IEC telles que la revue et la formulation de conseils d'alimentation - non couvertes dans ce Guide

*1. Décider comment coordonner et gérer les activités d'IEC [prot 8-1-8 4]**

1 1 Revoir les facteurs influents [prot 8 1-8 4]

En décidant comment organiser les efforts d'IEC, envisager les facteurs suivants pour une coordination et une gestion efficace et efficiente

- Intégration des efforts de communication de la PCI avec d'autres efforts d'IEC du MSP

*Les numéros entre crochets se rapportent à des articles dans la liste de questions et les mod les de protocoles

107

- Organisation et gestion actuelles de l'IEC sur l'ensemble du système du MSP, y compris le niveau de décentralisation de la planification et de la gestion de l'IEC
- Nécessité de faciliter la coordination et la gestion de fonctions connexes (par exemple, recherche formative, formulation de stratégies et de messages, mise au point de matériel, gestion des mass media, suivi et évaluation) sans créer une unité séparée «verticale» de communication pour la PCI
- Participation de spécialistes de communication disponibles venant de divers niveaux, de responsables connaissant bien le contenu technique de la PCI et d'experts de la communication, en-dehors du MSP, venant par exemple d'institutions d'enseignement d'organisations médiatiques et d'ONG, disposant d'une vaste expérience en matière de communication.

1.2 Décider comment coordonner l'IEC PCI

Après avoir envisagé tous les facteurs susmentionnés et d'autres facteurs spécifiques au pays donné, une décision doit être prise quant à la meilleure manière de les traiter Une des possibilités est d'utiliser et de renforcer un groupe existant au sein du MSP ou un groupe d'IEC interorganisation qui existe déjà.

2. *Revoir les ressources et activités actuelles d'IEC*

[prot 8 5-8 12]

La seconde tâche consiste à évaluer la capacité d'IEC actuelle y compris les activités précédentes d'IEC se rapportant à la santé de l'enfant et quels sont les collaborateurs possibles et que font-ils actuellement Une fiche de travail est donnée à la page 7 pour faciliter un survol de ceux qui peuvent participer, à quel niveau, évaluer ce qu'ils font et voir quelles sont leurs capacités à soutenir la PCI

La PCI peut être nouvelle pour un grand nombre de minist res de la santé mais beaucoup d'autres auront déjà

108

réalisé des activités importantes d'IEC dans certains domaines qui font partie de la PCI dont la diarrhée ou les IRA. Il est bon pour fixer les priorités de l'équipe de planification de l'IEC de revoir ces expériences y compris la recherche formative, le matériel médiatique et les données d'évaluation.

2.1 Evaluer les ressources en personnel [prot 8 5-8 8]

Question : Qui participe à la communication sanitaire à chaque niveau du système de soins de santé ?

Identifier les «communicateurs de la santé»* possibles à chaque niveau du système de soins de santé Faire une liste dans la colonne (1) de la fiche de travail

2.2 Revoir les activités d'IEC et identifier les responsabilités de la PCI

Question : Que font les responsables ou les autres membres du personnel (aux niveaux national, régional et local) responsables de la communication sanitaire ? Quels sont les rôles attachées à chaque position ?

En évaluant les fonctions et les rôles actuels, rapportez-vous aux descriptions de travail, si elles existent. Les agents de santé sont inclus au niveau des établissements sanitaires. Donner les rôles et les fonctions dans la colonne (2) de la fiche de travail

Question : Est-ce que les responsabilités des éléments de la PCI peuvent être assumées par les personnes susmentionnées ?

Faire la liste des tâches possibles de communication pour la PCI dans la colonne (3) de la fiche de travail Vous pouvez penser aux exemples suivants de tâches possibles pour les responsables des activités de communication aux niveaux national, régional et local

Niveau national

- Octroyer les ressources pour les activités de communication de la PCI

*Les communicateurs de la santé seront utilisés pour décrire les personnes dont le rôle principal est de planifier, gérer et réaliser des activités d'IEC sur le plan de la santé, par exemple, les spécialistes ou les coordinateurs de l'IEC et éducateurs sanitaires

FICHE DE TRAVAIL 8-2 : REVUE DU PERSONNEL D'IEC ET IDENTIFICATION DES FONCTIONS DE LA PCI

(1) Personnel d'IEC "communication sanitaire"	(2) Responsabilités et rôles actuels	(3) Tâches de PCI possibles
Niveau national		
Niveau régional		
Niveau local		
Niveau établissement de santé		

119

- Faire office de liaison avec les organisations techniques et donatrices internationales
- Elaborer des stratégies d'IEC
- Elaborer des messages de PCI
- Réaliser du matériel par exemple, le carnet de la mère en coordination avec la mise au point de matériel de formation.
- Gérer les médias nationaux

Niveau régional ou provincial

- Adapter les messages de PCI, si c'est nécessaire
- Gérer le budget et planifier

  (si c'est un système décentralisé)
- Apporter un soutien logistique.
- Stocker le matériel d'IEC
- Coordonner la formation des agents de santé et des superviseurs.
- Faire le suivi

Niveau local

- Fournir des services de communication de première ligne aux communautés
- Former les agents de santé communautaire
- Collecter et analyser des données quantitatives et qualitatives et les utiliser pour planifier les stratégies et activités locales
- Etre un catalyseur de la participation communautaire

2 3 Evaluer la capacité de communication [prot 8 9-8 12]

L'ensemble des ressources de personnel disponible et leurs fonctions et rôles éventuels (Sections 2 1-2 2) est la base qui permet d'évaluer la capacité du MSP à planifier et à réaliser des activités de communication. Les questions suivantes doivent être traitées ensuite

Compétences - Est-ce que le MSP a la capacité de formuler une stratégie de communication et de planifier pour la PCI ? Qui a les compétences nécessaires pour élaborer et tester les messages ? Qui a les compétences en matière de recherche préliminaire, formation à la communication interpersonnelle, gestion des médias et des imprimeurs, élaboration de matériel ?

Capacité financière - Est-ce que le MSP a la capacité financière de mettre en œuvre un plan de communication ? Quelles sont les sources potentielles et quels sont les éventuels bailleurs de fonds intéressés ?

Volets manquants - Quels sont les volets qui manquent dans la planification et l'exécution de l'IEC ? Peut-on y répondre par le biais de la formation ou en cherchant ailleurs ?

Autres ressources - Envisager d'autres ressources financières et de personnel en matière d'IEC (par exemple, secteur privé, ONG, associations professionnelles et institutions d'enseignement) avec lesquelless ont pourra travailler et qui seront mobilisées pour le soutien à la PCI Les organismes de radio-télédiffusion tant publics que privés sont d'éventuels partenaires importants

Cerner et convenir des responsabilités possibles liées à la PCI pour les assigner

Cette information concernant les compétences, les ressources financières et d'autres ressources et besoins identifiés sera utile lors la prochaine étape pour élaborer un plan de communication, y compris une formation pour la communication, la mobilisation de ressources, etc

112

3. *Elaborer des stratégies et planifier des activités d'IEC* *[prot. 8 13-8.28]*

Lors de l'élaboration des stratégies et messages, il convient de suivre une série d'étapes commençant par l'identification des comportements idéaux de ceux qui s'occupent des enfants et menant à un changement des comportements actuels aux comportements idéaux

Comment réaliser toutes les tâches importantes déborde la portée de ce guide, y compris comment identifier les comportements, les publics et les stratégies pour le changement de comportement, faire la recherche formative pour combler les lacunes d'information, décider des stratégies et des messages ainsi que formuler et appliquer un plan de production du matériel Voici une brève description de certaines des activités essentielles qui seront revues et envisagées en préparation de la communication pour la PCI

3 1 **Identifier les comportements, publics, stratégies pour un changement de comportement** [prot 8 13-8 19]

Un point de départ important lors de l'élaboration de stratégies et de messages est d'examiner le comportement souhaité chez ceux qui s'occupent des enfants dans le tableau adapté de la PCI (voir Annexe 5 pour les tableaux génériques) Il s'agit de comportements dans trois domaines prévention, reconnaissance des signes de danger ainsi que consultation des services de santé et prise en charge correcte à domicile Certains de ces comportements se recoupent ou s'appliquent à toutes les maladies D'autres se rapportent spécifiquement à une maladie spécifique Travaillant en étroite collaboration avec des experts cliniques, les communicateurs devraient examiner les messages aux fins de constance

Quelques comportements-clés peuvent être retenus pour devenir la cible des efforts d'IEC On peut le faire en fonction d'un ensemble de critères, dont aura convenu le MSP Voici les critères possibles, outre leur potentiel de diminuer la morbidité et la mortalité

- pourcentage de mères qui pratiquent déjà le comportement ,

- force du système de croyances ou de traditions pouvant être une barrière au changement de comportement , et
- faisabilité du changement de comportement

Les comportements souhaités peuvent être influencés par une approche visant à éliminer les barrières au changement comportemental individuel, motivant les gens à changer et renforçant les comportements positifs (voir «A Tool Box For Building Health Communication Capacity», obtenu du Projet BASICS) En bref, une approche comportementale à la formulation de messages inclurait une revue des comportements-clés, l'identification des déterminants de ces comportements et la conception d'interventions qui influenceront directement des déterminants spécifiques

3.2 Faire une recherche formative pour combler les lacunes d'information

Dans certaines régions, on aura d'amples informations et dans d'autres, très peu Par exemple certains pays ont des stratégies et des messages bien formulés concernant les maladies diarrhéiques mais peu de choses sont connues sur le comportement actuel de ceux qui s'occupent des enfants et sur les déterminants de ce comportement pour les infections respiratoires aigues et d'autres maladies de l'enfance Les communicateurs seront peut-être au courant des maux qui existent dans la langue maternelle pour l'affaissement de la poitrine mais savent peu de choses qui pourraient expliquer pourquoi les femmes ne cherchent pas immédiatement de l'aide ou ce qui pourrait les motiver à le faire Avant d'élaborer des stratégies et des messages dans le cadre d'une communication plus générale, il faudra peut-être faire une recherche préliminaire ciblée pour combler ces lacunes d'information (pour plus d'information, voir «A Tool Box For Building Health Communication Capacity», obtenu du Projet BASICS)

3 3 Décider des stratégies et messages de communication [prot 8 20-8 25]

Une fois que les données ont été collectées et analysées pour voir leurs implications et que les communicateurs ont effectué les tâches décrites brièvement sous 3 1 et 3 2, des décisions peuvent être prises concernant les stratégies et les messages

Il existe une variété de stratégies de communication Pour changer le comportement de ceux qui s'occupent des enfants, les communicateurs peuvent choisir les mass media et les approches de participation communautaire Ils peuvent concentrer les ressources sur les agents de santé en tant que principal véhicule de la communication, combiner le conseil face-à-face avec des démonstrations ou ils peuvent utiliser une combinaison de ces approches et d'autres méthodes Chaque média a des publics différents et des fonctions différentes, tel qu'indiqué dans le tableau ci-aprés

Stratégies de communication	**Publics cibles**
Mass médias, counseling, marketing social	Personnes s'occupant des enfants
Mobilisation communautaire	Communautés
Formation, motivation, maintenance	Agents de santé
Développement organisationnel, plaidoyer en matière de politiques	Etablissements de santé

Une variété de **stratégies de messages** est également possible et celles-ci doivent être envisagées soigneusement Les messages diffusés par les médias nationaux sont forcément de nature différente que ceux diffusés par des agents de santé ou des groupes dans une communauté particulière Les messages des médias nationaux doivent être de nature plus générique et universelle et les messages locaux doivent être plus spécifiques. Par exemple, les programmes à la radio nationale traitant de la diarrhée pourraient promouvoir le message générique sur le fait de donner plus de liquides et de continuer l'alimentation alors que les agents sanitaires et communautaires locaux pourraient enseigner des solutions spécifiques La **séquence** logique des messages doit également être prise en compte, à savior

parler du danger d'une maladie particulière avant d'apprendre la meilleure manière de la traiter à domicile

3.4 Elaborer un plan de réalisation du matériel

Le plan opérationnel pour l'élaboration du matériel d'IEC devrait désigner le personnel nécessaire pour réaliser le plan, donner un calendrier d'exécution pour chaque activité avec les coûts estimés Les activités devraient notamment identifier les publics cibles, formuler le contenu créatif* de chaque message, choisir des canaux de communication, déterminer la combinaison médiatique, élaborer une stratégie de distribution, prétester le matériel, réaliser et distribuer le matériel La préparation du matériel de formation est un volet-clé de la planification de la formation pour la PCI (voir Chapitre 5, Formation) , la préparation de matériel d'IEC complémentaire doit être coordonnée avec l'élaboration de ce matériel central de PCI.

3.5 Planifier pour améliorer et maintenir les compétences de communication des agents de santé [prot 8 26-8 28]

La formation portant sur les compétences de communication interpersonnelle fait partie intégrante du stage de formation de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de l'OMS/UNICEF Pour améliorer et maintenir la communication avec les agents de santé, d'autres aspects doivent être envisagés, outre la formation, notamment ·

- approches hors-formation qui renforceront, chez les agents de santé, la performance d'une communication appropriée et efficace
- où et comment la formation, l'encadrement, la supervision ou d'autres méthodes hors-formation en matière de communication peuvent être intégrés aux interventions visant à améliorer la performance clinique

* Le contenu créatif concerne les grandes lignes sur les publics cibles et l'information technique clé remises à l'équipe chargée de la réalisation du matériel

116

La performance correcte de la PCI demande que l'agent de santé traite avec respect la mère , qu'il pose des questions sur les symptômes et le traitement à domicile , qu'il écoute attentivement les réponses de ceux qui s'occupent des enfants , qu'il sache estimer leur capacité et volonté à suivre les conseils , qu'il sache comment donner des conseils sur les soins appropriés à domicile ; qu'il ait une procédure de suivi en place pour démontrer et travailler en étroite collaboration avec les mères pour fournir suivi et mesures préventives à domicile et pour vérifier que la mère a compris l'information donnée et qu'elle sache quand il faut revenir. Mais les quelques minutes dont on dispose pour une interaction face-à-face pendant une rencontre clinique constituent un facteur très limitatif.

Pour plus d'information sur la manière de traiter ces questions de communication (3 1-3 5), voir Annexe 4.

La liste de vérification suivante aidera à vérifier que toutes les étapes de préparation d'IEC nécessaires sont prises Cette liste peut être utilisée pour l'élaboration d'un plan de communication et pour le suivi des activités

ETAPES DE PREPARATION POUR L'IEC : UNE LISTE DE VERIFICATION

- ☐ Etablir un mécanisme pour la gestion des activités de communication pour la PCI Définir sa relation avec l'équipe de coordination de la PCI

- ☐ Identifier les différentes fonctions, à savoir la recherche préliminaire, l'élaboration de messages, la formulation de matériel, la supervision réalisées en soutien de la PCI Sont-elles gérées et intégrées au sein du service d'éducation sanitaire du MSP

- ☐ Identifier les personnes qui s'occupent de la communication aux niveaux national, provincial et local et voir quelles sont leurs responsabilités

- ☐ Faire une évaluation de la capacité de planifier et d'exécuter une stratégie de communication.

- ☐ Identifier, à l'extérieur du MSP, qui participe aux efforts de communication pour la PCI

- ☐ Revoir les comportements idéaux de prise en charge des enfants malades à domicile (y compris la consultation des services de santé)

- ☐ Effectuer ou participer à l'adaptation des recommandations pour la nourriture et les liquides, l'identification de termes locaux, la rédaction et le prétest des carnets des mères, tel qu'indiqué dans les étapes d'adaptation du tableau PCI et du stage de formation PCI (guide d'adaptation de l'OMS)

- ☐ Identifier les comportements cibles faisables.

- ☐ Réunir et revoir les messages et matériel existants sur la santé de l'enfance (par exemple, les messages sur la diarrhée, les IRA ou les messages de nutrition)

- ☐ Faire une recherche préliminaire pour combler les lacunes d'information et les besoins en données.

- ☐ Faire une stratégie de communication en fonction des données

- ☐ Elaborer un plan de réalisation du matériel y compris l'incorporation de directives et de tableaux adaptés, la traduction, la présentation et l'impression

Chapitre 8 — Aspect : Communication

- ☐ Planifier une supervision des activités de communication
- ☐ Elaborer un plan de formation pour la communication pour combler les lacunes dans les compétences de communication - y compris la formation des agents de santé pour les compétences en communication interpersonnelles en tant que partie intégrante de la formation pour la prise en charge intégrée
- ☐ Préparer un calendrier d'exécution des activités d'IEC.
- ☐ Préparer un budget pour un an ou deux ans
- ☐ Décider comment seront effectués le suivi et l'évaluation Songer à les intégrer avec le suivi sur le plan PCI des agents de santé et au plan d'évaluation en général

Questions pour traiter la communication (Réfénces aux pages 4 - 14)

8 1 Quels services d'IEC sont fournis actuellement, par quelles unités, à quelles unités, au sein du MSP ?

8.2 Quelle forme de coordination existe entre les programmes de lutte contre des maladies spécifiques ?

8 3 Comment l'élaboration de messages et d'autres activités de communication peut être coordonnée entre unités/ divisions ?

8 4 Qui s'occupe activement de la communication sanitaire à l'extérieur du MSP et comment ces personnes participent-elles aux activités du programme IEC MSP ?

8 5 Qui participe à la communication sanitaire à chaque niveau du système de soins de santé ?

8 6 Que font les responsables ou autres membres du personnel (aux niveaux national, régional, local) chargés de la communication sanitaire ? Quels sont les responsabilités et rôles de chaque position ?

8 7 Est-ce que la PCI peut être confiée comme responsabilité à un des communicateurs sanitaires susmentionnés (8 5) ? Quelle tâche peut être faite, par qui, à quel niveau ?

8.8 Comment les communicateurs sanitaires fonctionnent-ils aux niveaux national, régional, local - sont-ils en mesure d'effectuer les tâches qu'on leur a confiées ?

8 9 Est-ce que le MSP a la capacité de formuler une stratégie et un plan de communication pour la PCI ? Est-ce que le personnel a les compétences nécessaires pour la recherche formative ? L'élaboration et le test de messages ?

LISTE DE QUESTIONS

8 10 Est-ce que le MSP a la capacité d'exécuter un plan de communication pour la PCI ? Est-ce que le personnel a la capacité d'élaborer le matériel, de gérer les ressources commerciales, tels les médias et les imprimeurs ? A-t-il des formateurs compétents dans la communication interpersonnelle ?

8 11 Quels sont les volets de la communication qui manquent (réf 8.8-8 10) ? Est-ce que les tâches de communication peuvent être réalisées ailleurs, par des experts de l'extérieur ? Est-ce que la formation du personnel améliorerait la capacité ?

8 12 Peut-on mettre en place un système opérationnel de suivi et d'évaluation d'IEC ?

Choisir les comportements cibles

8 13 Quels sont les comportements de prévention, de consultation des services de santé et de prise en charge à domicile qui sont les plus susceptibles de réaliser et de maintenir une bonne santé chez les enfants ?

8 14 Lesquels de ces comportements seront ciblés ?

Déterminants possibles

8 15 Que font les gens actuellement dans ces domaines comportementaux ?

8 16 Quelles sont les barrières pour changer leurs comportements actuels et adopter les comportements idéaux ?

8.17 Qu'est-ce qui pourrait les motiver à changer leurs comportements ?

Publics cibles possibles

8 18 Quels sont les différents publics cibles qui pourraient influencer la performance de ces comportements ?

8 19 Quelles sont les ressources disponibles dans la famille, la communauté ou le système de santé qui pourraient être utilisées pour arriver au changement de comportement ?

Elaborer une stratégie et des messages d'IEC

8 20 Quels sont les comportements les plus importants à changer ?

8.21 Quels sont les déterminants de ces comportements qui sont probablement les plus critiques ?

8 22 Quels sont les déterminants qui ont le plus de chance de pouvoir être changés ?

8.23 Quelles sont les stratégies qui sont le plus susceptibles d'amener le changement souhaité avec chaque public cible ?

8 24 Quels sont les messages qui ont le plus de chance d'être compris ; qui motivent les gens à changer et qui mènent au maintien du nouveau comportement ?

8 25 Quels stratégies et messages sont appliqués par d'autres unités/programmes au sein du MSP et qui doivent être intégrés ou coordonnés ?

Améliorer la communication de l'agent de santé

8 26 Quelles sont les lacunes de communication dans la prise en charge des enfants malades ? Quelles sont les faiblesses identifiées au niveau des conseils donnés à ceux qui s'occupent des enfants ?

8 27 Quelles approches hors-formation ont le plus de chance d'améliorer la performance de l'agent de santé sur le plan communication ?

8.28 Où et comment peut-on intégrer ou coordonner la formation, l'encadrement, la supervision ou d'autres méthodes hors-formation sur le plan communication à la formation portant sur les compétences cliniques ?

127

TRAVAIL EN COURS

SUIVI ET EVALUATION À INCLURE EN 1998

GUIDE POUR L'INTRODUCTION DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT

DÉCEMBRE, 1997

ANNEXE 1. MATÉRIEL D'ORDRE GÉNÉRAL "JEU D'INFORMATIONS"

BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE

1. *Dépliant de l'OMS*

2. *Approche de l'OMS et de l'UNICEF de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant*

3. *Diagrammes de l'OMS utilisés dans la présentation du management intégrée des maladies de l'enfant*

4. *BASICS Chemin pour la Survie*

5. *Du Rapport sur le développement dans le monde 1993, Banque mondiale:*

   Tableau B.6 Répartition de la charge de morbidité chez les enfants dans les économies en transition démographique et classement des dix causes principales, 1990

   Tableau 3.2 Allocation actuelle et allocation proposée des dépenses publiques de santé dans les pays en développment, 1990

6. *L'approche de l'OMS/UNICEF à la planification initiale par les pays pour le Management integré des maladies de l'enfant, mise à jour 1995 et déscription des cours*

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Cinq maladies sont responsables de 7 décès d'enfants sur 10

Depuis 1990, environ 80 millions d'enfants sont morts avant d'atteindre leur 5ème anniversaire La diarrhée la pneumonie la rougeole, le paludisme ou la malnutrition ont tué 55 millions d'entre eux et ces cinq pathologies reclameront d'ici l'an 2000 la vie de millions d'autres enfants qui pour la plupart pourraient être sauves par des traitements peu onereux

Sur quatre enfants recevant quotidiennement des soins de sante, trois au moins souffrent d'une ou de plusieurs de ces affections Les symptomes pouvant se recouper le diagnostic n'est pas toujours facile a poser

Organisation mondiale de la Sante

Division de la sante et du développement de l'enfant

Division des maladies emergentes et autres maladies transmissibles – surveillance et lutte Division de la lutte contre les maladies tropicales Programme d'action pour les médicaments essentiels Programme mondial des vaccins et vaccinations Division de la sante reproductive (appui technique) Programme de nutrition Santé bucco dentaire Programme de prevention de la cécité et Programme special de recherche et de formation concernant les maladies tropicales en collaboration avec l'UNICEF et la **Banque mondiale**

WHO/CDR/95 5 Rev 1
DISTR GENERALE
ORIGINAL ANGLAIS

Directives thérapeutiques normalisées

Les nouveaux principes therapeutiques qui ont été élabores pour la prise en charge integree des maladies de l'enfant portent sur les affections les plus courantes qui peuvent etre mortelles L'agent de sante examine chaque enfant à la recherche de

- signes d'alarme non spécifiques
- quatre symptomes principaux
  toux ou difficultés respiratoires
  diarrhée fievre problemes d'oreille
- etat nutritionnel
- etat vaccinal

Ces directives permettent a l'agent de sante de classer la maladie et de determiner si l'enfant a besoin

- d'une hospitalisation d'urgence
- d'un traitement medical et de conseils specifiques
- de simples conseils sur la prise en charge a domicile

L'enfant est vaccine et examine a la recherche d'autres problèmes

Les directives concernant la prise en charge integree des maladies de l'enfant en ambulatoire figure sur les tableaux et les fascicules correspondants

La prise en charge integree des maladies de l'enfant s'attache a l'enfant plutôt qu'a une maladie particuliere Elle permet de determiner plus exactement de quelle maladie il s'agit et evite le dedoublement des efforts

Formation

La formation des agents de sante se fonde sur les directives therapeutiques et met l'accent sur la pratique directe Les directives et les materiels de formation doivent être adaptes a la situation locale ainsi les aliments et boissons dont on dispose localement y seront mentionnés et les medicaments appropriés localement recommandes

D'autres directives et materiels de formation porteront sur les sujets suivants

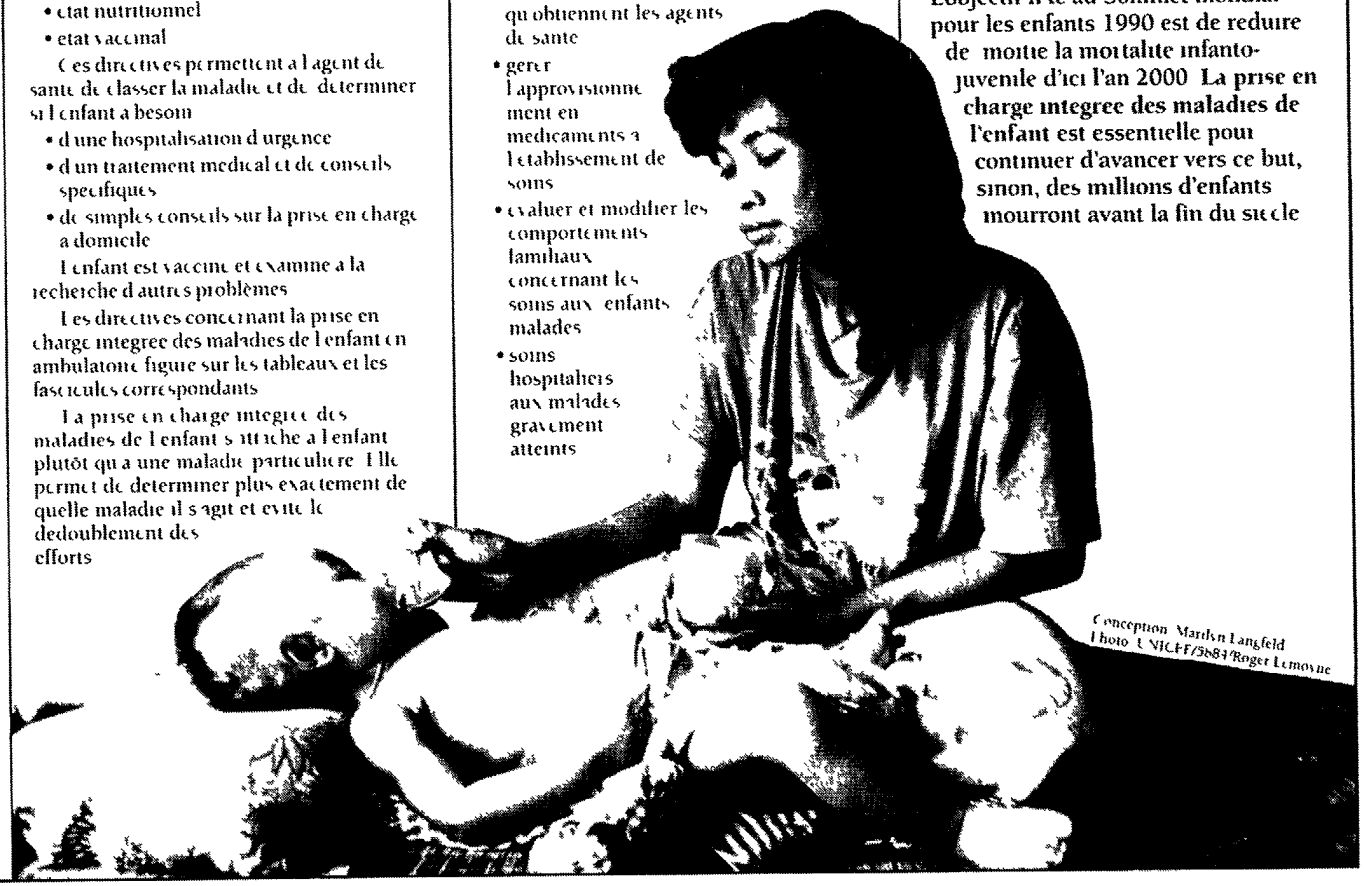
- ameliorer les resultats qu'obtiennent les agents de sante
- gerer l'approvisionnement en medicaments a l'etablissement de soins
- evaluer et modifier les comportements familiaux concernant les soins aux enfants malades
- soins hospitaliers aux malades gravement atteints

Incidence

Selon le Rapport sur le developpement dans le monde 1993 la prise en charge integree des maladies de l'enfant figure parmi les interventions de santé les plus rentables dans les pays a faibles revenus et dans les pays a revenus moderes

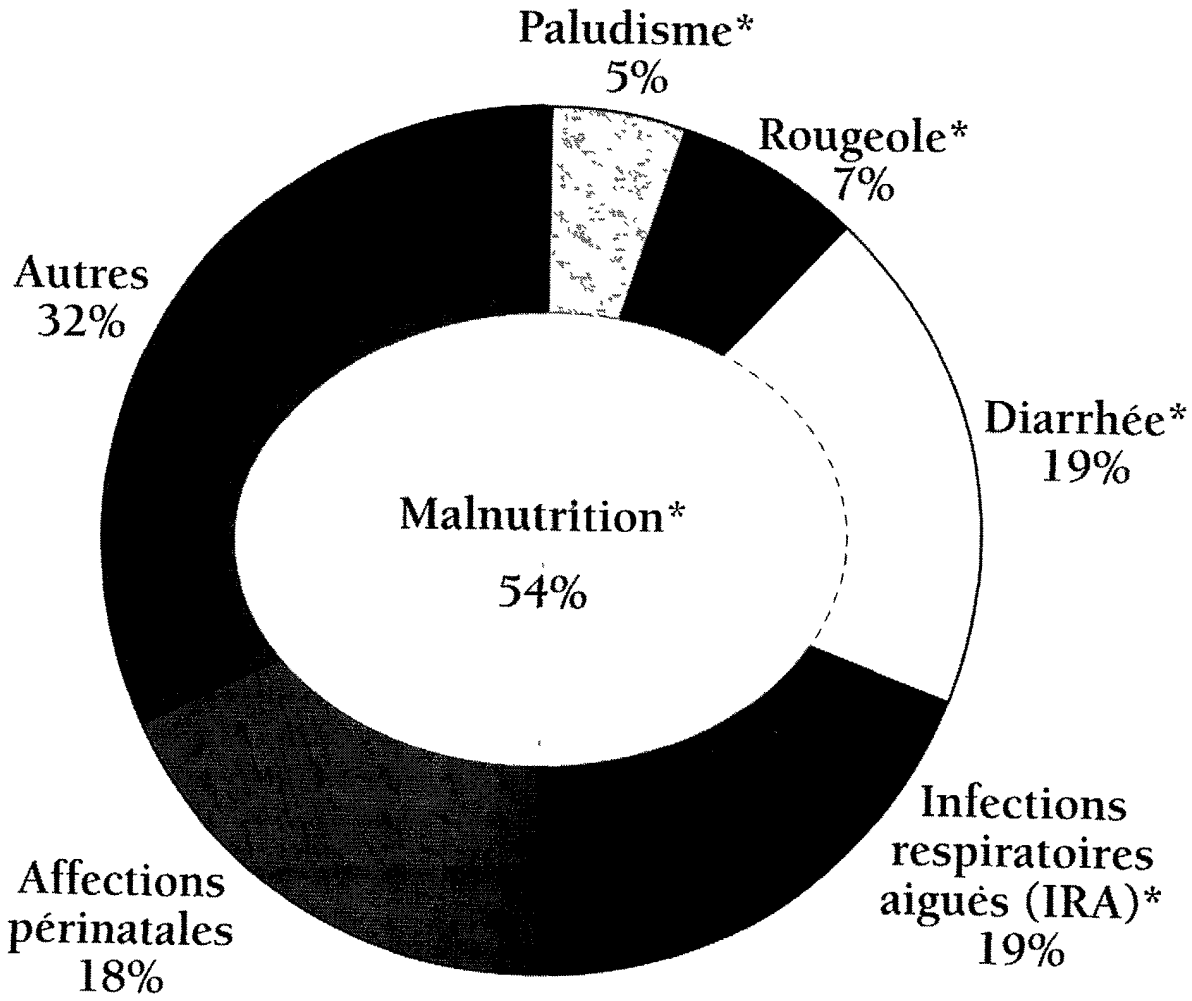
On estime que cette intervention est probablement celle qui permet le mieux de reduire le poids de la morbidite dans le monde

L'objectif fixe au Sommet mondial pour les enfants 1990 est de reduire de moitie la mortalite infanto-juvenile d'ici l'an 2000 La prise en charge integree des maladies de l'enfant est essentielle pour continuer d'avancer vers ce but, sinon, des millions d'enfants mourront avant la fin du siecle



Conception Marilyn Langfeld
Photo UNICEF/5684/Roger Lemoyne

Répartition des 11,6 millions de décès parmi les enfants de moins de 5 ans dans l'ensemble des pays en développement en 1995



** 70% environ de tous les décès d'enfants sont liés à une ou à plusieurs de ces 5 maladies*

D'après des données tirées de *The Global Burden of Disease 1996* publié sous la direction de Murray CJL et Lopez AD, et de *Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality* Pelletier DL Frongillo EA and Habicht JP *Am J Public Health* 1993 83 1130-1133

Pour plus d'informations, s'adresser à Monsieur le directeur de la Division de la Santé et du Développement de l'Enfant Organisation mondiale de la Santé CH-1211 Genève 27, Suisse Tel +41 22 791 2632 Fax +41 22 791 1853

Organisation mondiale
de la Santé

UNICEF

Fonds des Nations Unies
pour l'enfance

Approche de l'OMS
et de l'UNICEF de

D R A F T

La Prise en charge intégrée des maladies infantiles

Pour plus d'informations,
s'adresser à.

Division de la Lutte contre les
Maladies diarrhéiques et les
infections respiratoires aigues

Organisation mondiale de la Santé
20, avenue Appia
CH-1211 Genève 27

Tel (41 22) 791 26 32
Fax (41 22) 791 48 53

Mise a jour - Mars 1996

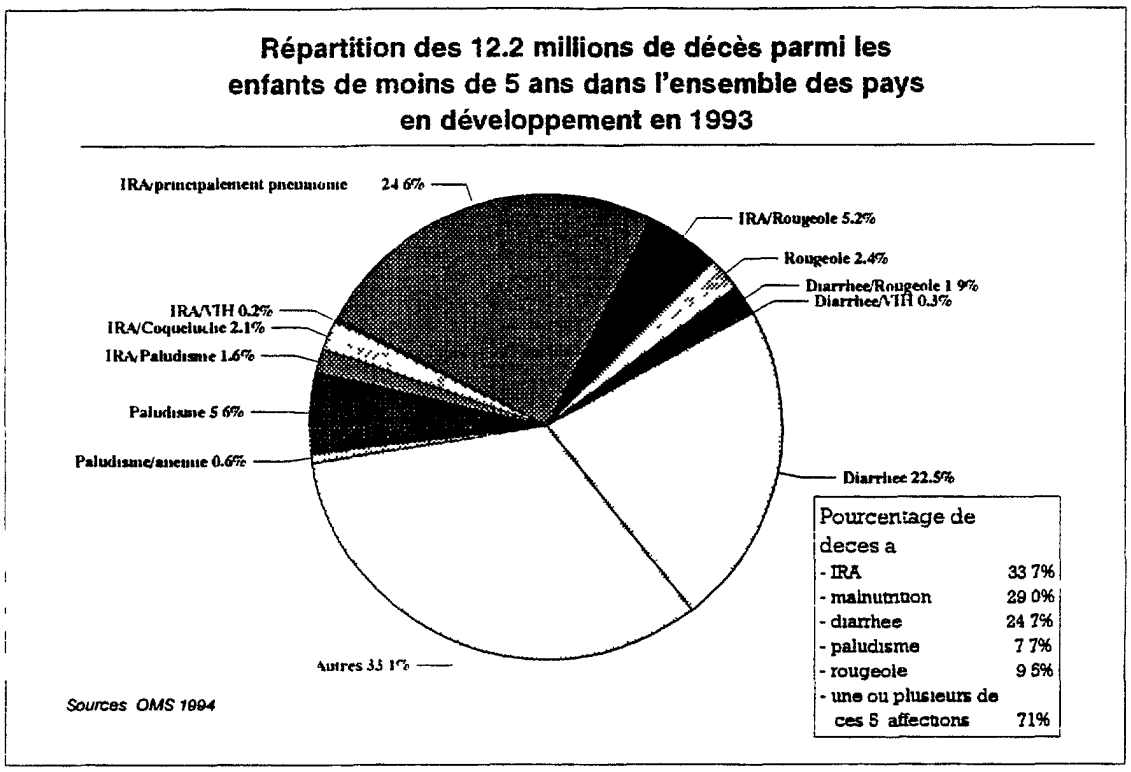
129

But de l'approche intégrée de la prise en charge de l'enfant malade

Chaque année, environ 12 millions d'enfants meurent avant d'atteindre leur 5ème anniversaire, bon nombre d'entre eux au cours de leur première année. Sept decès d'enfants aur dix sont dus à la diarrhée, à la pneumonie, à la rougeole, au paludisme ou à la malnutrition - et souvent à l'association de plusieurs de ces affections. Chaque jour, des millions de parents amènent leurs enfants en consultation dans les hôpitaux, les centres de soins, chez les pharmaciens, les prestataires de soins de santé communautaires et les guérisseurs. Sur quatre de ces enfants, trois au moins souffrent de l'une de ces cinq affections. La répartition des principales causes de décès parmi les enfants de moins de cinq ans des pays en développement est indiquée dans le tableau ci-après.

Les signes cliniques et les symptômes de plusieurs de ces maladies infantiles graves pouvant se recouper, un diagnostic simple est souvent inaproprié. Se concentrer sur le symptôme le plus evident peut amener à passer à côté d'une pathologie associée pouvant mettre en danger la vie de l'enfant. La nécessite de recourir à une therapie associée peut également compliquer les soins apportes à l'enfant.

Repartition des 12,2 millions de décès parmi les enfants de moins de 5 ans dans l'ensemble des pays en développement en 1993



Répartition des 12,2 millions de décès parmi les enfants de moins de 5 ans dans l'ensemble des pays en développement en 1993

IRA/principalement pneumonie, 24,6%

IRA/VIH
0,2%
IRA/coqueluche
2,1%
IRA/Paludisme
1,6%
Paludisme
5,6%
Paludisme/anemie
0,6%

IRA/Rougeole
5,2 %
Rougeole
2,4%
Diarrhee/Rougeole
1,9
Diarrhee/VIH
0,3%
Diarrhee
22,5

Autres
33,1%

Pourcentage de décès associés à:

- IRA	33,7%
- Malnutrition	29,0%
- Diarrhee	24,7%
- Paludisme	7,7%
- Rougeole	9,5%
- Une ou plusieurs de ces 5 affections	71%

Sources: OMS 1994

132

Avantages de cette approche

La prise en charge intégrée de l'enfant malade permet d'etablir un diagnostic plus précis des maladies en consultation externe, d'assurer un traitement associé approprie contre l'ensemble des principales affections et d'accélérer le transfert des enfants gravement malades vers les centres de soins. Les agents de sante reçoivent une formation sur la façon de faire passer les messages de santé importants aux mères, les aidant ainsi à comprendre comment s'occuper au mieux de la santé de leurs enfants.

Cette situation requiert des programmes de santé infantile centres non sur des maladies particulières mais sur l'enfant malade dans son ensemble. Les programmes de lutte contre les maladies spécifiques nous ont beaucoup appris au cours des 15 dernières années. La gageure est de regrouper ces leçons en une seule approche de prise en charge des maladies infantiles qui soit plus efficace et plus utile. Un certain nombre de programmes de l'OMS et de l'UNICEF ont releve le défi en établissant une approche définie comme la prise en charge intégrée de l'enfant malade. D'autres agences, des institutions et des particuliers soutiennent déja cette initiative.

Des enquêtes portant sur les résultats des agents de sante et sur la prise en charge des maladies à domicile mettent en évidence qu'il est possible d'améliorer ces deux domaines, permettant ainsi de réduire la mortalite de façon notable. Les agents de santé prennent souvent connaissance des maladies infantiles qui peuvent être mortelles dans les établissements de santé de premier niveau. L'initiative pour la prise en charge intégrée de l'enfant malade est donc tout d'abord centrée sur l'amélioration de leurs resultats par la formation et le soutien. En même temps, le travail sur les approches permettant de modifier les comportements familiaux vis-à-vis des enfants malades a été amorcé, y compris lorsque les parents vont faire soigner leurs enfants en dehors de chez eux ainsi que dans les centres de soins où ils se rendent.

Cette approche s'attache à la prévention des maladies infantiles ainsi qu'a leur traitement. Elle insiste sur l'importance de la vaccination, de l'apport complémentaire de vitamine A si nécessaire, et sur l'amélioration de l'alimentation du nourrisson, y compris l'allaitement maternel exclusif.

La prise en charge intégrée de l'enfant malade sous-entend l'efficacité de la formation, ainsi que la surveillance et la gestion des services de consultations externes. Le gaspillage des ressources est limité, les enfants étant traités au moyen d'interventions de santé les plus rentables possibles par rapport a l'affection dont ils sont atteints. Cette approche permet d'éviter le dédoublement des efforts qui pourrait survenir en cas de programmes dissociés de lutte contre les maladies.

Selon le Rapport sur le développement dans le monde publie par la Banque mondiale en 1993, la prise en charge de l'enfant malade est probablement l'intervention qui permet le mieux de reduire le poids de la morbidité dans le monde. On estime que cette seule approche permettra de réduire ce poids de 14% dans les pays a faibles revenus. Selon ce même rapport, la prise en charge de l'enfant malade figure parmi les interventions de santé les plus rentables à la fois dans les pays à faibles revenus et dans ceux a revenus moderés.

134

POURQUOI LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DE L'ENFANT MALADE EST-ELLE UNE PRIORITE?

Le système de santé et les prestations qu'il dispense devraient:

- s'attaquer aux principaux problèmes de santé,
- repondre aux attentes de la population,
- avoir une incidence significative sur l'état sanitaire,
- aborder la prévention ainsi que les soins,
- être rentables et, si possible, bon marché.

La prise en charge intégrée de l'enfant malade répond à l'ensemble de ces critères,

- **en s'attaquant à un problème de santé important:** la pneumonie, la diarrhée, la rougeole, le paludisme et la malnutrition sont responsables de 7 décès sur 10 parmi les 33000 décès quotidiens d'enfants dans les pays en développement.

- **En répondant à une attente:** chaque jour, des millions de parents amènent leurs enfants dans les hôpitaux et les centres de soins, chez les pharmaciens et les prestataires de soins de sante communautaires. Sur quatre enfants malades, trois au moins souffrent de l'une de ces cinq affections.

- **Incidence sur l'état sanitaire:** Selon le Rapport sur le Développement dans le monde Investir dans la santé, publié par la Banque mondiale en 1993, la prise en charge de l'enfant malade est probablement l'intervention qui a la plus grande incidence sur le poids de la morbidité dans le monde, permettant de réduire cette charge de 14% dans les pays à faibles revenus, ou de deux fois le résultat obtenu par la seconde intervention la plus efficace, la vaccination infantile.

- **Prévention et soins:** Alors que la prise en charge de l'enfant malade s'attache au traitement, elle permet également d'avoir accès, tout en en soulignant l'importance, aux deux interventions préventives les plus importantes pour la santé infantile: la vaccination et l'amélioration de la nutrition, en particulier l'allaitement maternel.

- **Rentabilité:** selon le Rapport de la banque mondiale, la prise en charge de l'enfant malade figure parmi les 10 interventions les plus rentables dans les pays à faibles revenus et ceux à revenus modérés.

- **Limitation des coûts:** une mauvaise prise en charge des maladies infantiles conduit au gaspillage de ressources déjà insuffisantes telles que les liquides intraveineux et les antibiotiques. Les programmes de lutte specifique contre une maladie donnée ont obtenu de bons résultats, mais ils peuvent également être inefficaces car ils conduisent a un dédoublement des efforts. La prise en charge de l'enfant malade s'attache a ces deux preoccupations et devrait aboutir à une diminution finale des coûts bien qu'une augmentation de l'investissement initial sera nécessaire pour la formation et la réorganisation.

- **Amélioration des chances:** pratiquement tous les enfants des pays développés et la plupart des enfants des classes aisées des pays en developpement ont accès aux traitements simples et peu coûteux les protégeant de l'issue fatale à laquelle peuvent les mener ces cinq affections. Cependant, la majorité des enfants des pays en développement ne bénéficient pas de ces soins qui permettraient de leur sauver la vie. Etant donné qu'il s'agit là d'un aspect de l'injustice auquel il <u>est</u> possible de remédier rapidement grâce a des interventions peu coûteuses et ayant dejà fait leurs preuves, il faudrait absolument s'y employer de toute urgence.

136

Recherche concernant la prise en charge de l'enfant malade.

La recherche est une composante essentielle de tous les programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité infantiles. Plusieurs études ont déjà été effectuées pour réunir les éléments d'information permettant de terminer les quatre tableaux relatifs à la prise en charge des cas d'enfants malades (ci-après). Ils comprennent l'evaluation du tableau Evaluation et classification utilisé au Bangladesh, en Gambie, au Kenya et en Uganda et des études sur les facteurs cliniques prédictifs de l'anémie en Gambie, au Kenya, au Malawi et en Uganda. Ces études ont conduit a modifier ou à entériner les points suivants du protocole:

- Les signes cliniques permettant d'identifier les enfants ayant besoin d'un traitement antipaludique dans les zones a faibles risques ont été redéfinis;

- Les signes cliniques permettant d'identifier les enfants souffrant d'une grave anémie justifiant une hospitalisation ont été redéfinis afin d'apporter une plus grande spécificité;

- la détection de la fièvre par le toucher s'est révélée suffisamment sensible et spécifique pour recommander de "toucher l'enfant pour voir s'il a de la fièvre" si aucun thermometre n'est disponible;

- les signes visibles d'émaciation grave ont ete juges suffisamment adéquats pour permettre de détecter les enfants souffrant d'une nette insuffisance pondérale devant être hospitalisés;

- le taux d'hospitalisation et d'usage des antibiotiques par rapport au protocole révisé à été juge acceptable.

Une étude multicentres sur la diarrhée persistente au Bangladesh, en Inde, au Mexique, au Pakistan, au Pérou et au Viet Nam a donné des résultats marquants utilises pour la mise a jour des recommandations dans le traitement de cette maladie.

137

Les résultats d'une étude sur la pneumonie, la septicémie et la méningite en Ethiopie, en Gambie, en Papouasie-Nouvelle Guinée et aux Philippines ont également été utilises pour compléter les recommandations concernant le diagnostic et le traitement des nourrissons.

L'OMS a établi la liste des futures priorités de recherche dans le domaine de la prise en charge de l'enfant malade. Outre l'amélioration du dépistage et du traitement des 5 affections principales, des informations complémentaires sont nécessaires en ce qui concerne:

- le dépistage et le traitement de l'anémie et de la méningite,
- la prise en charge nutritionnelle,
- la prise en charge spécifique du nourrisson malade,
- les raisons pour lesquelles les meres n'amènent pas leurs enfants malades en consultation,
- l'identification des enfants à haut risque,
- le bien-fondé de la prise en charge clinique dans les établissements de santé de premier niveau.

Alors qu'une grande partie de la recherche traite des questions biomedicales, il est nécessaire d'effectuer également des recherches comportementales additionnelles, par exemple sur la communication avec les mères, y compris l'adaptation des conseils nutritionnels aux conditions locales.

Des recherches, effectuées par plusieurs institutions collaboratrices, ont ete coordonnées par la Division de Lutte contre les Maladies diarrhéiques et les Infections respiratoires aigues de l'OMS et le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales, egalement de l'OMS. Depuis 1993, des consultations ont eu lieu pour avoir l'avis des experts sur plusieurs sujets donnés, étudier les conclusions des recherches effectuees, et redéfinir les priorités de la recherche. Deux reunions de coordination de la recherche et du développement ont eu lieu avec la participation d'un grand nombre de collaborateurs actuels ou potentiels.

Moyens mis en place

Directives pour la prise en charge des cas

La prise en charge intégrée de l'enfant malade en ambulatoire dans les établissements de santé de premier niveau figure sur quatre tableaux qui seront egalement disponibles en fascicules. Ces directives sont basées sur l'expérience acquise jusqu'à présent et sur les conclusions de plusieurs études sur la recherche en ce domaine. Les tableaux s'intitulent respectivement:

- Evaluation et classification des enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans,
- Traitement des enfants,
- Conseils à donner aux mères,
- Evaluation, classification et traitement des nourrissons âgés de 1 semaine à 2 mois.

Prise en charge des maladies infantiles: cours de formation

Les directives concernant la prise en charge des cas constituent la base technique d'un cours de formation élabore pour des agents de santé travaillant dans un etablissement de premier niveau. Ce cours comporte 6 modules de formation destines aux participants, des exercices avec vues fixes, un film vidéo et des instructions détaillées destinées au directeur de cours et aux animateurs. Il met l'accent sur la pratique directe des competences acquises. Un descriptif complet du cours est présenté en annexe.

Un guide permettant l'adaptation des matériels de formation au contexte local est egalement en préparation. Il comprendra des indications pratiques concernant la transformation des aliments et des liquides a ajouter aux conseils donnés aux mères, les antimicrobiens convenant à un contexte épidémiologique particulier, ainsi que d'autres décisions d'oriention.

Formation en cours d'emploi dans la gestion de l'approvisionnement en médicaments

Les directives concernant la conduite d'un atelier de formation suivi d'exercices pratiques dirigés sur le lieu de travail ont eté établies en collaboration avec le Projet BASICS financé par USAID pour aider les agents de santé à mieux gérer les medicaments essentiels à la prise en charge des enfants malades. Ils seront testés prochainement dans la pratique et devraient être disponibles vers la fin 1995.

Materiels divers en préparation

Deux autres séries de directives - sur l'amélioration des resultats obtenus par les agents de sante et sur l'evaluation et la modification des comportements familiaux concernant les soins aux enfants malades - sont actuellement en préparation avec l'aide de spécialistes.

De nombreux enfants malades devant être hospitalisés, un cours de formation complementaire portant sur la prise en charge de l'hospitalisation de ces enfants est actuellement en preparation.

Un manuel d'enquêtes permettant d'évaluer les résultats des agents de santé, et établi d'après ceux qui existent déjà pour la diarrhee et les IRA, est également en preparation ainsi que des directives pour la mise en place de l'approche integrée dans les pays.

Essais pratiques de la prise en charge des maladies infantiles

Le cours, préalablement testé à Gondar en Ethiopie en août 1994, et suivi de plusieurs semaines d'observation des agents de santé diplômés, a donne des résultats très prometteurs. Après cet essai préalable, la touche finale a été mise à des matériels de formation en vue d'un essai définitif sur le terrain, y compris des matériels pour le cours des instructeurs. Ce test a eté effectue à Arusha en Tanzanie, en février-mars 1995.

Un rapport complet du test est disponible. Les conclusions ont été largement positives. Le cours a été donnés en anglais et, ce qui n'est pas surprenant, les agents de santé ayant une meilleure connaissance de cette langue ont effectué plus rapidement le travail individuel comprenant, entre autres, de la lecture. Le résultat des participants aux exercices ecrits et aux exercices de pratique clinique ont été évalués. Les trois groupes d'agents de santé ayant participé aux essais pratiques ont pu apprendre et ensuite mettre en application les procédures d'evaluation, de classification, de traitement et d'orientation, obtenant des résultats très satisfaisants. Le tableau et les deux figures ci-dessous présentent quelques uns des resultats les plus significatifs obtenus durant les essais pratiques.

141

Tableau 1: Proportion des enfants correctement évalués par catégorie d'agents de santé

% des cas

Nombre de cas évalués

Signes d'alarme | Toux | Diarrhee | Fièvre | Malnutrition Anemie | Problemes alimentaires

Aides MCH | Aides MR | Assistants medicaux

Figure 1: Proportion de cas pour lesquels le traitement a eté correctement établi

Aides MCH	74% (64/87)
Aides MR	73% (65/89)
Assistants médicaux	92% (37/40)
Total	77% (166/216)

Figure 2: Proportion des traitements appliqués correctement

Cotrimoxazole	89% (31/35)
Chloroquine	92% (49/53)
Paracétamol	100% (16/16)
Plan A	84% (21/25)
Calmant	93% (27/29)
Total	91% (144/158)

Projets de mise en application

De nombreux pays ont accueilli favorablement le concept de la prise en charge integree des maladies infantiles. Dans certains d'entre eux, il pourra être incorporé dans la réorganisation de la gestion des services de santé actuellement en cours. Pour d'autres, des changements organiques ou des aménagements concertes clairement définis entre les programmes spécifiques des maladies devront être apportés.

L'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale et leurs partenaires ont commencé à collaborer avec les pays pour les aider à adapter les nouveaux matériels au contexte local, à planifier la mise en place des activités de façon optimale, et à évaluer cette expérience. Une surveillance très méticuleuse de l'expérience initiale sera effectuée dans quelques pays.

Au mois de mars 1996, les ministères de la sante de six pays ont officiellement pris la décision d'apliquer cette approche. Il s'agit de l'Indonésie, du Népal, des Philippines, de l'Uganda, de la Republique-Unie de Tanzanie et du Viet Nam. Un séminaire d'orientation a été tenu dans chacun de ces pays avec la participation du personnel du Ministere de la Santé et de représentants de l'OMS et de l'UNICEF. A part le Viet Nam, dernier en date à avoir souscrit à une mise en application avancee de cette approche, ces pays ont constitué un groupe spécial pour en surveiller l'adaptation et la mise en place. Ils ont établi des plans pour les 12-18 premiers mois de mise en place de ce projet, et les progres dans l'adaptation du cours de formation varient, allant d'une planification totale à la realisation de quatre des huit étapes necessaires. Dans un nombre resteint d'autres pays, la décision d'appliquer l'approche intégree n'a pas encore éte prise.

Institutions collaboratrices

Le tableau ci-dessous présente la liste des differentes institutions collaborant à cette initiative.

De nombreuses agences bilatérales et organisations internationales soutiennent également ces efforts en finançant la Division de Lutte contre les Maladies diarrhéiques et les Infections respiratoires aigues, ainsi que d'autres programmes de l'OMS. L'Australie, l'Autriche, le Canada, la Chine, le Danemark, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Norvège, l'Espagne, la Suède, la Suisse, Le Royaume-Uni et les USA apportent également une assistance financière a cette Division ainsi que la Banque mondiale, le PNUD et l'UNICEF. Les Gouvernements d'Australie, du Luxembourg, de Norvège et de Suisse ainsi que l'Agence américaine pour le Développement international ont affecté des fonds spécifiques destines à la prise en charge intégrée de l'Enfant malade. Enfin, l'UNICEF et quelques agences bilatérales ont également affecté des fonds pour la prise en charge de l'enfant malade dans leurs projets de santé dans les pays.

Institutions collaboratrices

La Division de Lutte contre les Maladies diarrhéiques et les Infections respiratoires aigues (CDR) a coordonné cette initiative. Cette Division, qui porte désormais le nom de Santé et Développement de l'Enfant (CHD), continuera à assumer cette tâche.

Divisions de l'OMS ayant collaboré à cette initiative:

Organisation mondiale de la Santé (Divisions/Programmes)

- Bureau du VIH/SIDA et des Maladies sexuellement transmissibles (ASD)
- Division de la Lutte contre les Maladies tropicales (CTD)
- Programme d'action pour les Médicaments essentiels (DAP)
- Division des Maladies émergentes, et autres Maladies transmissibles - Surveillance et lutte (EMC)
- Programme mondial des Vaccins et Vaccinations (GPV)
- Santé maternelle et Maternite sans Risque (MSM)
- Nutrition (NUT)
- Santé bucco-dentaire (ORH)
- Programme pour la Prévention de la Cécite (PBL)
- Programme special de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR)

Banque mondiale

- Département de la Population, de la Santé et de la Nutrition

UNICEF

- Unité pour la Survie de l'Enfant
- Unité pour l'initiative de Bamako
- Unité pour la Nutrition

145

Outre les Ministères de la Santé des pays où les activites concernant la prise en charge intégrée de l'enfant malade ont été menées, des instituts de recherche et des institutions académiques des pays suivants ont participé au developpement et à la mise en oeuvre initiale des activités:

Australie	Kenya
Canada	Afrique du Sud
Ethiopie	Tanzanie
Gambie	Royaume-Uni
Inde	USA
Italie	Viet Nam

Une liste complète des institutions collaboratrices peut être obtenue sur simple demande.

146

Prise en charge des maladies infantiles: descriptif des cours

12 millions d'enfants meurent chaque année avant d'atteindre leur cinquième anniversaire, dont bon nombre d'entre eux au cours de leur première année d'existence. 7 décès d'enfants sur 10 sont dus à la diarrhée, à la pneumonie, à la rougeole, au paludisme ou à la malnutrition - et souvent même à une association de ces affections. Outre ce taux de mortalité élevé, ces affections obligent les familles d'au moins trois enfants malades sur quatre à amener ceux-ci en consultation dans un centre de soins. Le personnel de ces centres est déjà familiarisé avec le traitement de ces maladies, et des compétences cliniques appropriée sont essentielles à l'amélioration des soins. Les signes cliniques et les symptômes de plusieurs de ces maladies infantiles graves pouvant se recouper, un diagnostic simple est souvent inapproprié. Se concentrer sur le problème le plus evident peut amener à passer à côté d'une pathologie associée pouvant mettre en danger la vie de l'enfant. La besoin de recourir à une thérapie associée peut egalement compliquer les soins apportés à cet enfant.

Le cours de l'OMS et de l'UNICEF sur la Prise en Charge des Maladies infantiles permet de former les agents de santé des établissements de premier niveau (cliniques et centres de soins ambulatoires) dans la gestion efficace et intégrée de ces affections chez les enfants âgés de 1 semaine à 5 ans. Le cours aborde la prise en charge des cas de manière intégree, qui associe les differentes etapes correspondant à chaque affection. La formation des agents de santé est le pivot d'un travail de longue haleine permettant d'améliorer le système de prestation des soins aux enfants malades.

La prise en charge intégrée de l'enfant malade permet d'etablir un diagnostic plus precis des maladies dans une structure ambulatoire, d'assurer un traitement associé approprié contre l'ensemble des principales affections et d'accélérer le transfert des enfants gravement malades vers les centres de soins. Les agents de santé reçoivent une formation sur la façon de faire passer les messages de santé importants aux mères, les aidant ainsi à comprendre comment s'occuper au mieux de la santé de leurs enfants.

Participants concernés

Le cours est destiné aux agents de santé des établissements de premier niveau sachant lire et écrire, et pouvant lire et comprendre avec aisance des matériels pédagogiques présentes sous forme de textes.

Le pré-test effectué à Gondar, en Ethiopie, en juillet 1994, et l'expérimentation du projet de cours qui a eu lieu à Arusha, en Tanzanie, en mars 1995, ont demontré l'efficacite de la formation en cours d'emploi pour les médecins, les assistants médicaux et les infirmières. Il a également permis de demontrer que les agents de santé ayant une formation moins poussée (en Tanzanie, des aides médicaux ruraux et des aides en MCH) étaient tout-a-fait capables d'assimiler le processus de prise en charge des cas, et avaient parfaitement réussi en pratique clinique. Cependant, du fait qu'ils eprouvaient certaines difficultés à lire les modules en anglais, il a eté necessaire de les encadrer davantage et ils n'ont pas pu achever intégralement le cours durant le temps imparti. La version révisee du cours est désormais traduite dans la langue locale afin d'en évaluer plus precisément l'efficacite à former d'autres agents de santé d'établissements de premier niveau sachant lire et écrire mais possedant une formation plus sommaire, tels que les assistants de santé et les aides medicaux ruraux. Les résultats de cette expérience devraient être disponibles vers la fin 1996.

Annexe

Le cours a été largement revisé en tenant compte des suggestions faites lors de l'expérimentation à Arusha, en Tanzanie. Les révisions ont permis la simplification des tableaux et du module de textes, l'amélioration de la bande vidéo et des photos et de résoudre les problèmes techniques spécifiques apparus au cours de cette experience. La version révisée du cours peut désormais être utilisée dans des conditions d'encadrement adéquates.

L'OMS étudie aussi la possibilité d'utiliser le cours dans la formation préalable à l'entrée en fonctions des infirmières et des assistants de santé. Elle recherche également la meilleure façon d'introduire l'approche intégrée dans le curriculum des écoles de médecine.

Contenu du cours

Les directives intégrées expliquent le plus simplement possible comment traiter les enfants de façon à réduire la mortalité et éviter les incapacités graves. Ces directives s'appuient sur le depistage des cas à partir de simples signes cliniques et sur le traitement empirique, sans avoir recours aux tests en laboratoire. Un juste milieu a été trouvé entre sensibilite et specificité en utilisant quelques signes cliniques distinctifs et d'autres pouvant être identifiés avec exactitude par des agents de santé de formations differentes ayant reçu une préparation adaptée. Outre la prise en charge des affections les plus graves, le cours met egalement l'accent sur l'importance de la prevention de la maladie en encourageant l'allaitement maternel, en expliquant comment resoudre les problèmes d'alimentation, et en elargissant la couverture vaccinale par la vaccination des enfants malades.

Les directives intégrees sont décrites sur 4 tableaux présentes sous forme de fascicules utilisés comme instruments de travail, et expliquées au moyen de 7 modules d'enseignement et à travers la pratique clinique. Ces directives sont basées sur l'expérience clinique acquise à ce jour et sur les résultats de quelques recherches spécifiques.

MATERIELS UTILISES DANS LE COURS

Modules

Introduction
Evaluation et classification de l'enfant malade âge de 2 mois à 5 ans*
Choix du traitement
Traitement de l'enfant*
Conseils aux meres*
Prise en Charge du nourrisson malade âgé de 1 semaine à 2 mois*
Suivi

Autres matériels de formation/instruments de travail

4 tableaux (titres comme indiqué * ci-dessus)
Fascicule regroupant ces tableaux
Fiche de conseils aux mères
Fiches de renseignements (pour l'evaluation et la classification)
Livret de photos
Cassette vidéo

Guides

Guide du Directeur de Cours
Guide de l'animateur pour l'enseignement des modules
Guide de l'animateur pour la pratique clinique en service d'hospitalisation
Guide de l'animateur pour la pratique clinique ambulatoire

150

Les directives mettent l'accent sur le dépistage et la prise en charge des maladies les plus courantes pouvant être mortelles et des maladies associées. Elles ne cherchent pas à englober toutes les maladies infantiles. En se servant de ces directives et des matériels d'appui, les animateurs enseignent aux agents de santé un processus systématique de prise en charge des cas.

PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DES CAS

- L'agent de santé apprend à **évaluer** d'abord l'enfant en posant des questions et en l'examinant, puis en verifiant son état vaccinal.

- Ensuite, l'agent apprend à **classer** la maladie de l'enfant. La classification des maladies se base sur un système de tri utilisant des couleurs comme code, système que de nombreux agents de santé connaissent déjà à travers l'utilisation des directives de l'OMS pour la prise en charge des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aigues (IRA). Cela permet de classer chaque maladie selon qu'elle requiert:

  - une hospitalisation d'urgence,
  - un traitement médical spécifique et des conseils, ou
  - de simples conseils sur la prise en charge à domicile.

- Après avoir classé la maladie, **un traitement specifique est établi.** Si l'enfant doit être hospitalisé d'urgence, les agents de santé apprennent à ne donner que les soins urgents indispensables avant le départ.

152

- **Des instructions pratiques concernant le traitement** sont données, y compris comment apprendre à la mère à donner des médicaments par voie orale, à augmenter la quantité de liquides pendant la diarrhée, et à traiter les infections locales au domicile. On enseigne à la mère comment reconnaître les signes indiquant que l'enfant doit être ramené immédiatement au centre de soins, et quand y retourner pour les contrôles.

- L'alimentation de l'enfant est examinée (pour les enfants de moins de 2 ans et pour ceux souffrant de malnutrition) et tout problème d'alimentation est consigne. **Des conseils nutritionnels** sont également donnés (le tableau "Conseils à la mère" en presente un resumé).

- Des instructions concernant le **suivi** des différentes maladies sont donnees sur le tableau "Traiter l'enfant", et expliquées dans un module.

Les agents de santé utilisent des fiches de renseignements ou sont consignés les résultats de l'évaluation, ainsi que la classification de l'enfant. Ils apprennent à noter brièvement certaines informations, à enregistrer les classifications de l'enfant (y compris les problèmes nutritionnels), les traitements, et les différentes dates des visites de contrôle.

Durant le cours, l'importance des techniques de communication est mise en évidence. Elles sont d'ailleurs enseignées dès le premier jour, à travers chaque module et tout au long de la période de pratique clinique, ainsi qu'au moyen des saynètes jouées en salle de cours.

Les parties du cours concernant la prise en charge et la prevention sont présentees dans les encadres ci-apprès.

CONTENU DU COURS: LES ENFANTS MALADES AGES DE 2 MOIS A 5 ANS: PRISE EN CHARGE

Signes d'alarme non spécifiques

La premiere étape du processus consiste à rechercher les signes d'alarme non spécifiques: léthargie ou inconscience de l'enfant, incapacité de boire ou de téter, vomissement de tous les aliments ingérés et convulsions (durant la maladie). Ces signes d'alarme ne sont pas spécifiques d'une maladie particulière. Cependant, leur présence indique que l'enfant est gravement malade et doit, dans la plupart des cas, être hospitalisé d'urgence.

Ensuite, les agents de santé cherchent à savoir si chaque enfant examiné presente un ou plusieurs des 4 symptômes suivants: toux ou difficultés respiratoires, diarrhée, fièvre et problèmes d'oreille.

Toux ou difficultés respiratoires

L'enfant atteint de toux ou présentant des difficultés respiratoires est examiné. La gravité de son cas est déterminée en fonction du rythme respiratoire, de la durée de la toux, et en cas de tirage thoracique et de stridor, ceux-ci sont auscultés. Les enfants présentant une respiration accéléree mais pas de tirage thoracique, de stridor ou de signe d'alarme non spécifique, sont déclares atteints de pneumonie. Un tirage thoracique, un stridor calme, ou un signe d'alarme non specifique indiquent une grave pneumonie ou une maladie très grave, nécessitant une hospitalisation. Les enfants ne présentant aucun de ces signes souffrent d'une simple toux ou d'un refroidissement et peuvent être soignes chez eux avec un

médicament pour adoucir la gorge et soulager la toux. Ceux qui toussent depuis plus de 30 jours sont hospitalisés pour subir des examens plus approfondis, et la possibilité d'une tuberculose ou d'autres affections peut alors être envisagee. Ces directives sont identiques à celles de la prise en charge des IRA de l'OMS, à l'exception près que la prise en charge de la respiration sifflante en ambulatoire n'en fait pas partie. Les enfants présentant un bronchospasme grave seront hospitalisés pour y être pris en charge du fait qu'ils souffrent d'un tirage thoracique.

Diarrhée

Les agents de santé sont formés dans la prise en charge des diarrhees aqueuses aigues (y compris le choléra), de la dysentrie (diarrhée sanglante) et de la diarrhée persistente (diarrhée durant 14 jours ou davantage). L'evaluation et la classification de la déshydratation ont été simplifiées, suite à des annees d'expérience clinique dans l'utilisation du tableau de prise en charge du Programme de Lutte contre les Maladies diarrhéiques. Elles reposent désormais sur l'état général de l'enfant, la rapidité de rétraction du pli cutane, la présence ou non d'hypotonie des globes oculaires, et la quantité de liquide ingéree par l'enfant. La thérapie par la rehydratation est administrée en cas de déshydratation cliniquement apparente (plans de traitement B et C) ou pour prévenir son developpement (Plan A). La dysentrie est traitée au moyen d'un antibiotique oral efficace contre la Shigella. Une prise en charge nutritionnelle sérieuse est effectuée en cas de diarrhee persistente, et un traitement contre les infections extra-intestinales pouvant contribuer à la diarrhée persistente est administré. Ces directives de LMD se sont révélees à la fois pratiques et efficaces dans l'effort global de réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux maladies diarrhéiques chez les jeunes enfants.

155

Fièvre

Les enfants ayant de la fièvre et présentant une raideur du cou ou un autre signe d'alarme non-spécifique peuvent être atteints de paludisme grave, de méningite ou de toute autre maladie fébrile très grave. Ils doivent être hospitalises d'urgence. La prise en charge d'enfants fiévreux ne présentant pas de signes de gravité s'effectue en fonction de l'importance du risque de malaria. Dans une zone ou au cours d'une saison à haut risque, il faut administrer à tous les enfants ayant de la fièvre ou en ayant eu des anti-paludéens de première intention sous forme orale. Dans une zone à risque modéré, on n'administre qu'un antipaludéen aux enfants présentant les mêmes signes a condition qu'ils n'aient pas le nez qui coule (infection des voies respiratoires supérieures aigue), la rougeole ou toute autre cause de fièvre apparente. La décision de classer un site en zone à haut risque ou à risque modéré doit être prise avant de commencer le cours, en se basant sur les connaissances du rythme saisonnier du paludisme dans la région, et sur une estimation du pourcentage d'enfants amenés en consultation et présentant des signes de fièvre accompagnes de parasitémie (si le pourcentage est inférieur à 5, le risque de malaria est modéré). Si un enfant a quotidiennement de la fievre, et que cela dure depuis plus de 7 jours, il doit être hospitalisé pour rechercher les signes de typhoide ou de toute autre affection.

Il a été prouvé que le Cotrimoxazole, administré 2 fois par jour pendant 5 jours, est un anti-paludéen efficace chez les jeunes enfants, ce qui évite de prendre un antibiotique plus un anti-paludéen. A cause du recoupement dans la présentation clinique et dans le traitement de la pneumonie et du paludisme, le cotrimoxazole seul est recommandé pour les enfants atteints de toux, de respiration accélérée et de fièvre (dans les milieux où le paludisme P. falciparum est sensible à la sulfadoxine-pyrimethamine et où cette recommendation à eté intégrée dans la politique nationale).

Rougeole

La fièvre est également le premier élément permettant d'établir la classification de la rougeole. En dépit du succès important de l'élargissement de la couverture vaccinale dans de nombreux pays en développement, il y a toujours de nombreux cas de rougeole. Leur taux de létalité peut être diminué par l'administration de vitamine A et une prise en charge efficace des complications courantes. L'hôpitalisation d'urgence est recommandée pour les patients atteints de pneumonie grave, de stridor calme (ce qui pourrait éventuellement indiquer une laryngo-trachéite grave mettant en danger la vie de l'enfant), une opacification cornéenne, une grave malnutrition ou des signes d'alarme non spécifiques. On enseigne aux mères à soigner les ulcères de la cavité buccale et la conjonctivite au 2foyer. La prise en charge de la diarrhée, de la pneumonie et de la rougeole dégénérant en infection de l'oreille est la même que lorsque ces maladies surviennent chez un enfant qui n'est pas atteint de la rougeole.

Problèmes d'oreille

Il est possible de distinguer une mastoïdite d'une infection auriculaire chronique aigue grâce à la lecture des antécédents et à un simple examen médical. Les agents de santé apprennent a orienter correctement un patient souffrant de mastoïdite, a donner des antibiotiques en cas d'infection auriculaire grave et à montrer aux mères comment placer un drain dans une oreille.

Malnutrition et anémie

Après l'évaluation des signes d'alarme et des quatre symptômes principaux (toux ou difficultés respiratoires, diarrhée, fièvre et problèmes d'oreilles), le status nutritionnel de tous les enfants est evalué à son tour. Les signes visibles d'une

157

emaciation grave (marasme) et l'oedème des deux pieds (Kwashiorkor) permettent d'identifier les enfants atteints de grave malnutrition et devant être hospitalisés au plus vite. Un poids nettement insuffisant pour leur âge permet d'identifier les enfants souffrant de malnutrition dont l'accroissement pondéral devrait être surveillé lors de visites de contrôle. Leurs besoins alimentaires doivent également faire l'objet d'une évaluation minutieuse, et tout problème d'alimentation devra être corrigé.

Une importante pâleur des paumes apparaît chez de nombreux enfants atteints d'anémie grave, ce qui nécessite une hospitalisation pour y subir une transfusion de sang. D'autres enfants, atteints de toux ou de difficultés respiratoires et pour lesquels une transfusion est nécessaire, sont orientes vers un établissement de soins avec un diagnostic de pneumonie grave ou d'une autre maladie très grave. Les enfants présentant une légère pâleur des paumes doivent prendre du fer par voie orale pendant deux mois.

CONTENU DU COURS: NOURRISSONS AGES DE 1 SEMAINE A 2 MOIS
PRISE EN CHARGE

Le même processus - evaluer, classer, établir un traitement, l'appliquer, conseiller - est proposé pour les nourrissons (âgés de 1 semaine à 2 mois) et les enfants malades (âges de 2 mois à 5 ans). Comme il n'est pas facile de distinguer les signes de pneumonie d'autres infections bactériennes graves, on examine chaque nourrisson à la recherche d'un éventail de signes, et si l'un d'entre eux est décelé, cela signifie que l'enfant souffre probablement d'une infection bactérienne serieuse, et on le classe alors comme tel. Ces enfants sont aussitôt hospitalisés après un traitement initial comprenant des antibiotiques, et du lait maternel ou de l'eau sucrée pour prévenir l'hypoglycémie. Une évaluation des tout jeunes nourrissons atteints de diarrhee est établie, puis ils sont classés selon les mêmes critères que les nourrissons plus âgés, à la seule exception près que leur façon de boire plus ou moins avidemment n'est pas indiquée.

On observe durant 4 minutes la technique d'allaitement des nourrissons ayant des problèmes d'alimentation et dont le poids est insuffisant pour leur âge, ou qui ne sont pas allaités assez souvent ou exclusivement au sein. Cette évaluation détermine si la façon de saisir le sein est correcte (menton touchant le sein, bouche grande ouverte, lèvre inférieure tournée vers l'extérieur, une plus grande proportion de l'auréole visible au-dessus que sous la bouche), et si l'enfant tête efficacement (succions lentes et profondes par à-coups, avec pauses sporadiques). Si c'est le cas, on enseigne à l'agent de santé la façon d'aider la mère a améliorer la position de l'enfant et la façon dont celui-ci doit saisir le sein. On vérifie egalement si les nourrissons qui ont des problèmes d'allaitement ne présentent pas des signes de muguet.

CONTENU DU COURS: PREVENTION

Conseils nutritionnels

L'alimentation des enfants de moins de 2 ans ou qui sont considérés comme sous-alimentés au vu du rapport poids/âge insuffisant, est examinée et comparée avec les recommandations d'alimentation par tranche d'âge, dans le but de découvrir les problèmes d'alimentation spécifiques auxquels il est possible de remédier. Puis ces enfants sont revus afin d'apporter une assistance complémentaire permettant de resoudre les problèmes d'alimentation et de vérifier la prise de poids. L'adaptation de ces recommandations nutritionnelles à la situation locale et l'identification des problèmes d'alimentation les plus courants constituent une étape importante dans le processus d'adaptation du cours aux conditions propres à chaque pays (ou à une région étendue). Afin d'obtenir un impact sur la nutrition infantile, le soutien nutritionnel est axé sur la recherche de solutions aux problèmes d'alimentation les plus importants dans la région, plutôt que sur les conseils nutritionnels d'ordre general.

Les rencontres avec l'enfant malade permettent de donner des conseils utiles et cohérents pour l'alimentation infantile pendant et après la maladie susceptibles d'avoir une incidence significative sur la diminution des effets secondaires de ces affections sur le statut nutritionnel. Pour ce faire, on encourage l'allaitement maternel et l'amélioration des methodes de sevrage au moyen d'aliments énergétiques et nutritifs localement appropriés. Des aliments de complément spécifiques et adéquats sont recommandés et la fréquence des prises en fonction de l'âge est clairement indiquée. Durant les 4 à 6 premiers mois, l'allaitement maternel exclusif est encouragé, l'utilisation des biberons est déconseillée a n'importe quel âge, et des conseils sur la façon de résoudre les problèmes importants concernant l'allaitement maternel sont donnes. Entre autres, on vérifie si l'enfant saisit le sein et tête correctement (voir la partie Nourrisson).

Vaccination

L'état vaccinal de chaque enfant est vérifié, et les vaccins nécessaires sont administrés. Le fait d'insister régulièrement sur l'importance de la vaccination et de la sécurite qu'elle procure aux enfant malades non hospitalises, permet d'eviter au maximum que certains d'entre eux ne soient pas vaccinés.

Les directives definissent le niveau minimum de connaissances, de compétences et de fournitures nécessaires pour assurer des soins de bonne qualité, et présentent également une liste des médicaments essentiels pour les consultations externes. En ce qui concerne l'équipement, l'agent de santé a seulement besoin d'une montre (ou tout autre instrument indiquant l'heure) afin de pouvoir calculer la fréquence respiratoire de façon précise, une mesure d'un litre servant à préparer les sels de réhydratation orale, une balance et un thermomètre. Le cours peut convenir à des établissements offrant la possibilité ou non d'administrer des liquides par voie intraveineuse.

MEDICAMENTS ESSENTIELS A LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DE L'ENFANT MALADE EN AMBULATOIRE

- SRO
- Antibiotique par voie orale
- Antibiotique de seconde intention
- Antipaludéen par voie orale
- Antipaludéen de seconde intention
- Fer
- Vitamine A
- Paracétamol
- Mébendazole
- Pommade occulaire à la Tétracycline
- Violet de gentiane
- Quinine) IM
- Chloramphenicol) IM

Annexe

Méthodes de formation

Le cours dure 11 jours et associe le travail théorique et l'expérience clinique pratique. A l'exception du premier jour, chaque matinée est occupée à voir des enfants malades dans une clinique ou dans un hôpital. Au cours de ces 10 sessions, les participants acquièrent une grande expérience clinique dans l'évaluation, la classification, le traitement et sur la façon de conseiller les familles. Chaque participant prend en charge de 30 a 50 enfants. Les participants s'occupent des enfants malades dans un service de consultation externe, où ils sont encadrés. Ils evaluent et classent les enfants hospitalisés sous la direction d'un instructeur clinique ayant l'expérience du milieu hospitalier. Le nombre des sessions cliniques et la proximité des enfants hospitalisés présentant des signes de maladie grave permettent d'assurer une évaluation correcte des signes cliniques sur lesquels se base l'algorithme, y compris les signes les moins courants indiquant une maladie grave nécessitant une hospitalisation d'urgence.

Les apres-midis sont consacrés aux modules comprenant des exercices écrits avec feedback individuel, des discussions de groupe, des exercices pratiques, des présentations, des démonstrations, des exercices à reponses brèves et des saynètes. Plusieurs exercices sont consacrés à l'identification de signes cliniques a l'aide de photographies et d'une cassette vidéo. Cette cassette explique egalement comment procéder à une evaluation et présente plusieurs etudes de cas.

Annexe

METHODES DE FORMATION

Présentations
- Demonstrations
- Lecture
- Etudes de cas par écrit et autres exercices avec feedback individuel
- Exercices à réponses brèves
- Exercices pratiques de préparation de SRO et d'autres médicaments
- Saynètes

Discussions de groupe
- Exercices pratiques
- Photos: démonstrations, exercices
- Vidéo : démonstrations, exercices, études de cas
- Pratique clinique ambulatoire - évaluation, classification, traitement et conseils
- Pratique clinique hospitalière - evaluation, classification des maladies graves

Choix et formation des animateurs

Les animateurs devront être sélectionnés parmi le personnel ayant une très bonne expérience clinique. Ils devront également avoir de l'expérience dans le domaine de la formation comportant des exercices pratiques. Il serait même très judicieux de les sélectionner dans les centres de formation déjà existants, tels que les DTU ou les ATU.

A l'instar d'autres cours organisés par le CDR de l'OMS, l'animateur donne des conseils sur la façon d'utiliser les matériels de cours, présente chaque module, répond aux questions qui lui sont posées, dirige les activités de groupe, décrit les compétences cliniques nécessaires, y compris l'aptitude à

---

communiquer, et évalue les résultats de chaque participant individuellement apres chaque exercice. En ce qui concerne les exercices du module et pendant la pratique clinique, les participants doivent montrer à l'animateur comment ils ont utilise les tableaux pour arriver aux résultats obtenus et tout probleme dans les décisions concernant les prises en charge est resolu aussitôt. Dans la clinique et dans la salle d'admission, un animateur examine chaque enfant déjà vu par les participants et, lorsque cela est possible, observe les prises en charge effectuées par les participants eux-mêmes. Cette methode d'enseignement utilisée par l'animateur lui permet de s'assurer que les participants ont assimile correctement et sont capables d'accomplir leur tâche de façon satisfaisante.

La préparation des animateurs est effectuée au cours d'une période de formation de 11 jours. Ils doivent apprendre le processus de prise en charge présenté dans le cours, y compris les aspects avec lsequels ils ne sont pas familiers tels que l'évaluation de la technique d'allaitement maternel, l'enseignement des bonnes pratiques de communication ou les conseils nutritionnels. Etant donné la duree du cours et l'importance des démonstrations, des

exercices pratiques, des saynetes, des discussions de groupe, de l'étendue de la pratique clinique, ainsi que des autres methodes d'enseignement s'ajoutant à la lecture, il est essentiel que les animateurs aient une bonne formation et puissent avoir le temps de mettre en pratique leurs compétences. Il est également important que la proportion animateur/participants ne soit pas trop éleveee (1 animateur pour 3-4 participants).

Des efforts particuliers seront faits pour identifier et former un bon instructeur clinique hospitalier. Cette personne doit avoir les compétences nécessaires et se sentir assez sûre d'elle pour choisir, parmi les patients d'un service d'admission, les cas interessants qui seront presentes en pratique clinique, répartir ces cas parmi les participants, analyser les évaluations et les classifications que ceux-ci ont effectuées, et identifier correctement autant de signes cliniques anormaux que possible.

Annexe

Critères de choix des lieux de formation

Les critères selon lesquels sont choisis les services ou s'effectueront les pratiques cliniques sont détaillés dans le "Guide du directeur de cours". Outre les consultations externes, un service hospitalier au moins est nécessaire pour s'assurer qu'il y ait assez de patients présentant des signes d'alarme et des signes justifiant une hospitalisation pour pouvoir effectuer les démonstrations pratiques. Ces services doivent également disposer des médicaments essentiels, ou être à même de se les procurer, pour assurer la formation et la prise en charge ultérieure des malades. Les besoins opérationnels et logistiques permettant d'assurer les cours seront le plus certainement couverts dans des hôpitaux disposant de DTU/ATU déjà etablis.

Sélection des participants aux premiers cours

Les participaux au(x) premier(s) cours devront être selectionnés parmi le personnel des etablissements de premier niveau ayant des responsabilites quotidiennes dans la prise en charge des enfants

165

malades. Les établissements où ils travaillent disposeront d'un choix de médicaments suffisant et devront permettre les activites de suivi qui auront lieu par la suite. Le cours initial ne doit pas être consideré comme un cours de "formation pour formateurs", car une évaluation des résultats des personnels diplômés sera effectuée par le pays lors de la pratique effective des cas. La formation de ces personnels permettra également d'évaluer ultérieurement l'incidence du cours. Pour cette raison, il serait préférable que la formation dispensée la première année soit centrée sur une ou deux régions ou districts.

Annexe

Adaptation du contenu du cours

Le cours devra être adapté aux conditions particulières de chaque pays. Le processus d'adaptation des différents matériels du cours générique aux politiques et aux directives des pays concernes nécessite un effort intensif et peut prendre de 4 a 6 mois. Les étapes de ce processus sont résumées dans le tableau ci-dessous et developpées dans le guide d'adaptation. Le processus global de planification devra inclure la description des différentes etapes de la marche à suivre dans un ordre rationnel et chronologique approprié.

ETAPES DU PROCESSUS D'ADAPTATION

1. Examen des politiques nationales actuelles et des directives concernant la prise en charge des maladies devant être incorporées dans le cours. Cela pourrait conduire à ajouter certaines maladies (par ex. la dengue dans certains pays asiatiques) ou à en enlever d'autres du cours génerique (par ex. le paludisme dans les pays où il ne constitue pas un problème). Les pays devront être prudents et ne pas ajouter trop de nouveaux éléments a un cours déjà bien rempli. De plus, il y a des risques que le cours englobe trop d'aspects différents si des éléments de soins de santé primaires autres que ceux concernant les enfants malades sont incorpores. Pour toutes les maladies selectionnées, les politiques et directives specifiques recommandées par le Ministère de la Santé, modifiées si necessaire, doivent figurer dans la version adaptee du cours. Cela peut aller du "remplissage des blancs" des tableaux au développement plus complexe de nouvelles sections dans les tableaux et modules.

2. Développement de nouvelles politiques et directives. Dans certains cas, le Ministère de la Santé peut ne pas encore les avoir etablies, et des décisions devront alors être prises quant aux recommandations souhaitées

3. Confirmation des méthodes de prise en charge actuelles à travers la visite des établissements de santé. Celles-ci ne sont pas aussi complexes que celles décrites dans les protocoles tels que les "health facilites surveys". Il s'agit simplement d'observer les méthodes appliquées et de les comparer avec les recommandations officielles.

4. Visite d'un consultant nutritionniste ou conseils donnés aux nutritionnistes locaux pour effectuer l'adaptation des recommandations nutritionnelles et l'inventaire des problèmes nutritionnels locaux les plus courants. Le besoin d'identifier les recommandations nutrionnelles spécifiques et de les comparer avec les habitudes alimentaires nécessiteront la visite d'un consultant qualifié dans de nombreux pays. A la fin de cette visite, un projet de directives nutritionnelles devra être présente.

5. Un accord sur le projet de directives concernant la prise en charge des cas sera ajouté au cours. Le processus d'adaption devra également inclure un accord sur un systeme de dossier médical des patients qui puisse être utilise par les agents de santé après leur formation.

6. Distribution des projets de directives et d'adaptations aux differents personnels des Ministères de la Sante concernes. Au cours de cette étape, un certain nombre de consultations supplémentaires sera nécessaire et le projet devra probablement être rédigé à nouveau.

7. Finalisation des directives adaptées. Apres avoir eté revisées, les directives sont finalisées. Le personnel central et/ou régional devra être informé des différences eventuelles qu'elles pourraient présenter avec la pratique actuelle ou les recommandations precedentes.

8. Incorporation des directives dans les tableaux et les modules genériques, y compris la "carte destinée à la mère". Au cours de cette étape, il faudra vérifier que les meres, a qui cette carte est destinée, la comprennent facilement.

9. Traduction de tous les matériels de cours.

10. Mise en page et impression de ces materiels.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

Diapo 1

Vous êtes nombreux à avoir déjà vu une diapositive comme celle-ci. Je voudrais simplement attirer votre attention sur le fait qu'à l'échelon mondial, la pneumonie, la diarrhée, la rougeole, le paludisme et la malnutrition sont responsables de 7 décès sur 10 chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement.

[retrait de la diapositive]

La recherche a montré ces dernières années à quel point ces grandes maladies de l'enfance pouvaient être inextricablement liées. Les travaux effectués avec le soutien des CDC (Atlanta), de l'OMS et du Medical Research Council de Gambie, ont montré que les ~~tableau~~ symptômes clinique du paludisme et celui de la pneumonie ont souvent de nombreux traits communs. On a également constaté qu'il pouvait y avoir des recoupements dans l'approche thérapeutique. Dernièrement, le Programme élargi de Vaccination de l'OMS a manifesté un regain d'intérêt pour la prise en charge des cas de rougeole, admettant que même avec un taux de couverture vaccinale élevé, certains enfants contracteront tout de même la rougeole et que quelques-uns d'entre eux en mourront - souvent par suite d'une diarrhée, d'une pneumonie ou des deux à la fois - s'ils ne sont pas traités convenablement. En outre, on s'aperçoit de plus en plus qu'il y a urgence à agir plus énergiquement, notamment sur le plan des conseils nutritionnels, vu l'importance de

169

cette action pour réduire la mortalité due aux maladies infectieuses de l'enfance, en particulier - et entre autres - la diarrhée.

C'est pour toutes ces raisons que l'OMS et l'UNICEF se sont attelés à l'élaboration d'une approche intégrée pour la prise en charge de l'enfant malade, approche centrée sur la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la rougeole, le paludisme et la malnutrition, mais qui aborde également les problèmes ophtalmologiques et otologiques connexes, de même que l'anémie.

On peut toujours dire qu'il n'y a rien de neuf dans tout cela, puisque les agents de santé pratiquent déjà des soins intégrés - ce qui est vrai, dans une certaine mesure. Toutefois, à l'heure actuelle et dans la plupart des pays, le savoir-faire correspondant s'acquiert souvent à l'occasion d'une formation portant sur une maladie particulière.

Dans une approche totalement intégrée, la collaboration des programmes repose sur l'utilisation de guides et de matériels pédagogiques communs. Cette méthodologie ne se limite pas à la formation, mais est également ~~avantageuse~~ essentiel pour l'encadrement, le suivi, l'évaluation, la logistique, etc.

Nous pensons qu'elle est en mesure d'accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité des soins.

Comme vous le savez tous, on a cherché jusqu'ici à améliorer la prise en charge de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës en commençant par définir, le plus

170

simplement possible, ce que l'on peut entendre par thérapeutique minimale efficace utilisable dans les pays en développement.

Pour faciliter les choses, on a exprimé cela sous forme de tableaux de prise en charge, analogues au tableau de prise en charge du diarrhéique, qu'on utilise pour la formation et comme référence. Autour de ces tableaux de prise en charge, on a développé des modules de formation, et ainsi, on finira par disposer d'une série complète d'outils programmatiques.

Le Programme procède de même en ce qui concerne la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, mettant d'abord au point un cours de formation pour les agents de santé dans les établissements du premier niveau de soins. Trois tableaux de prise en charge constitueront la substance technique de ce cours.

Diapo 2

Contenu du premier tableau: bilan de l'enfant malade et classement de la maladie; contenu du deuxième tableau: récapitulation des directives thérapeutiques; contenu du troisième: précisions sur la nature des conseils à donner à la mère (ou à la personne qui s'occupe de l'enfant) et sur la façon de les donner.

Diapo 3

Lors du bilan initial de l'enfant malade, on recherche la présence de signes d'alarme indiquant la nécessité d'un transfert ou d'une hospitalisation en urgence. Pour tous les enfants, il y a quatre choses que l'agent de santé doit se demander pour être certain de ne pas poser un diagnostic trop hâtif et incomplet à partir du principal symptôme, et de ne pas passer à côté d'une seconde ou d'une troisième maladie.

Il y a

~~Sur cette diapositive, vous pouvez voir quelles sont ces~~ quatre grandes questions: l'enfant tousse-t-il? l'enfant a-t-il la diarrhée? l'enfant a-t-il de la fièvre? l'enfant a-t-il un problème d'oreille? On contrôle ensuite l'état nutritionnel de chaque enfant, à l'aide de critères visuels simples (et le poids, si possible). On vérifie ensuite les vaccinations de l'enfant.

Diapo 4

Chaque fois que la réponse aux 4 grandes questions est "oui", on poursuit l'interrogatoire et l'agent de santé doit rechercher les divers signes par examen visuel, auscultation et palpation. On procède ensuite au classement de chaque maladie à l'aide d'un système de tri standard à code de couleur. Dans tous les cas, le rose signifie transfert ou hospitalisation d'urgence, le jaune, traitement dans un établissement de premier niveau, et le vert, renvoi de l'enfant à la maison avec des instructions pour les

soins. Pour chaque enfant, on procède également au classement de l'état nutritionnel. Nous estimons que cette manière normalisée d'aborder toutes les maladies facilitera beaucoup la formation et la pratique de l'agent de santé.

Diapo 5

Le processus de prise en charge s'achève par les deux étapes suivantes: "traiter l'enfant" et "conseiller la mère". L'apprentissage du conseil à la mère comporte quatre points: INTERROGER, FELICITER, CONSEILLER, VERIFIER, de même que dans le document LMD "Conseils aux mères". Les modules de formation en cours d'élaboration porteront sur chacun de ces domaines, en mettant l'accent sur le développement des compétences et, autant que possible, sur l'expérience pratique.

[pas de diapo]

Cette conception de la prise en charge de l'enfant malade comporte les interventions préventives suivantes. Primo, la vaccination pour ne pas laisser passer une telle occasion. Secundo, les conseils nutritionnels sur l'allaitement au sein, sur l'amélioration des techniques de sevrage et sur le régime alimentaire pendant la convalescence. Enfin, une supplémentation de vitamine A, s'il y a lieu. Il s'agit là d'aspects importants de la prise en charge du malade.

Diapo 8

173

La coopération des acteurs de ce projet s'inscrit dans un processus qui comporte des recherches et la mise au point d'une documentation. Il existe déjà une bonne collaboration au sein de l'OMS, notamment entre les programmes responsables de la lutte contre la rougeole, le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aigues, ainsi qu'avec le service de la nutrition et d'autres programmes concernés. Il y a également une collaboration étroite avec l'UNICEF, les CDC d'Atlanta et d'autres partenaires. Plusieurs organismes d'aide bilatérale ont également apporté un soutien enthousiaste.

DIA

La mise au point de ces tableaux de prise en charge des cas est en bonne voie, et le matériel pédagogique a fait l'objet d'essais pilotes en Ethiopie en juillet de cette année. Ces essais ont montré que des modifications, et en particulier des simplications de ces premiers jets, sont nécessaires. Un premier essai sur le terrain du cours de formation est prévu pour février 1995 en Tanzanie. Nous espérons pouvoir utiliser dans les pays la ~~documentation~~ cours définitive dès le second semestre de 1995. La mise en route de la formation intégrée commencera au cours de la deuxième moitié de cette même année dans certains pays, lorsque les pouvoirs publics le jugeront opportun. L'OMS, et sans doute aussi d'autres organismes concernés souhaiteront peut-être alors collaborer avec ces pays à l'adaptation et à l'utilisation de cette ~~documentation~~ cours. Comme pour tout document, des révisions seront nécessaires et elles seront effectuées en fonction des leçons de l'expérience. On pourra alors les utiliser à plus grande échelle, et aboutir, comme on l'espère, à une formation intégrée efficace des agents de santé dans tous les pays où le besoin s'en fait sentir.

174

~~A chaque étape de ce processus, des recherches minutieuses seront nécessaires.~~

[retrait de la diapo]

Ce processus de mise au point génère des tensions entre ceux qui veulent pouvoir disposer immédiatement de la documentation et ceux qui préconisent une progression plus lente impliquant une large prise en compte des observations des utilisateurs. Une chose est certaine, toutefois, c'est qu'en eux-mêmes, ces tableaux de prise en charge ne changeront pas grand-chose: les partenaires sont convenus de ne pas diffuser trop largement cette méthodologie tant que la documentation ne sera pas parfaitement au point et expérimentée sur le terrain. Il est clair, également, qu'il ne faut pas se borner à former le personnel des établissements du premier niveau, et qu'il faut envisager d'autres aspects de l'approche intégrée. Certains pays ont déjà mis au point leur propre documentation pour la formation intégrée et pris d'autres mesures dans ce sens. Il n'est toutefois pas nécessaire de suspendre les activités des programmes LMD, en attendant que les documents soient prêts. Comme vous le savez, il existe déjà des modules de formation et des guides LMD très complets, et il faut les utiliser aussi largement que possible.

Quelle sera l'évolution probable de cette méthodologie dans les années à venir?

On prévoit qu'aux niveaux régional et national, comme au niveau mondial, les programmes en cours collaboreront en vue d'une intégration progressive. Certains pays choisiront la voie rapide, pour aboutir à une approche intégrée de ces maladies à tous

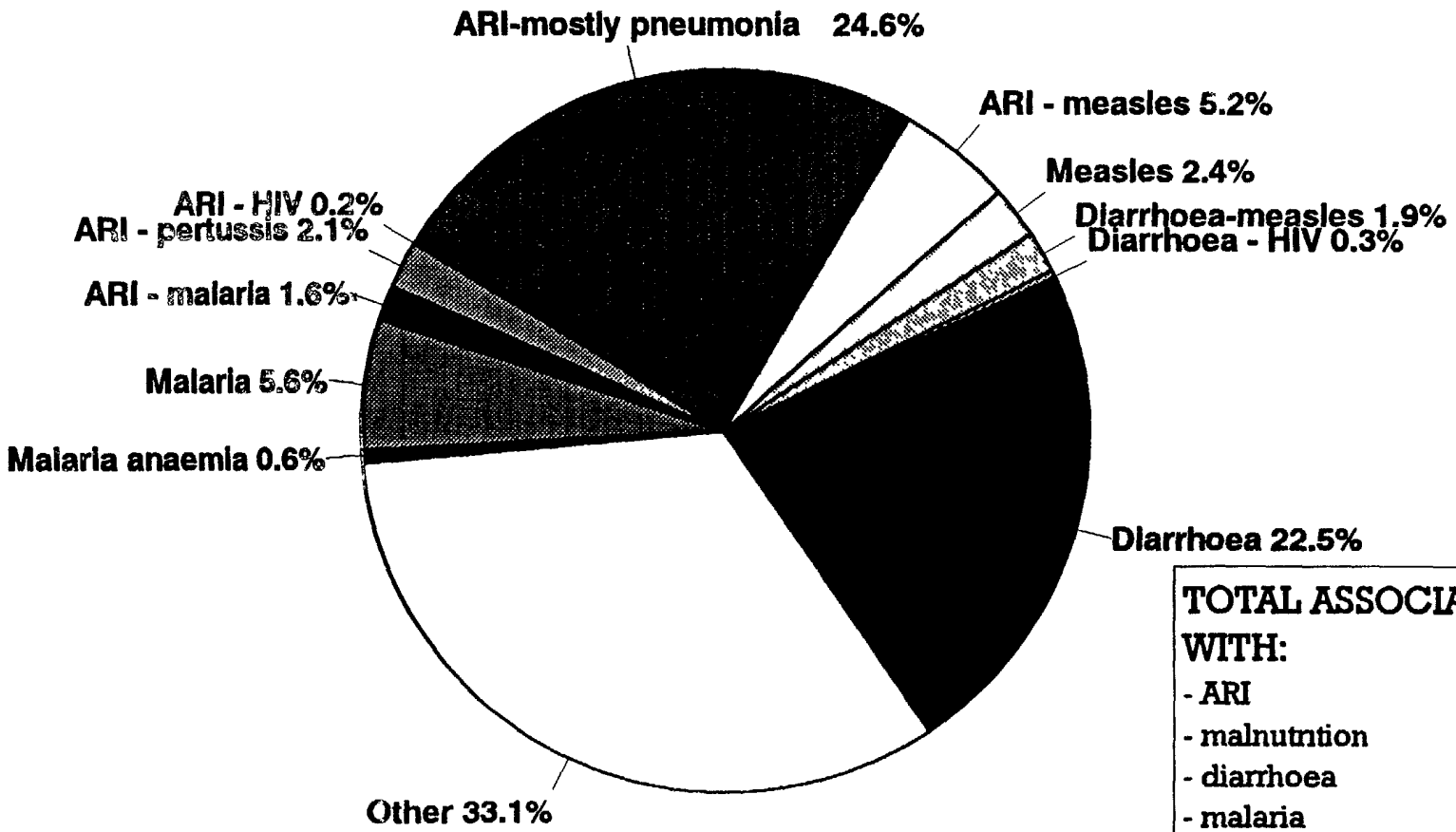
175

les niveaux du système de santé. D'autres, pour diverses raisons, iront plus lentement. Ce peut être parce que l'intégration risque d'anéantir toute action à peine entamée, en vue de maîtriser une maladie. Il peut y avoir aussi des problèmes d'organisation à résoudre pour réaliser l'intégration. La diarrhée, les infections respiratoires aigues et la rougeole ne dépendent pas toujours de la même Direction de la Protection maternelle et infantile (ou de la lutte contre les maladies transmissibles) au sein du ministère de la santé; par ailleurs, la nutrition et la lutte contre le paludisme sont encore moins proches d'un point de vue administratif.

La Division OMS de la Lutte contre les maladies diarrhéiques et des Infections respiratoires aiguës estime qu'il vaut mieux rechercher une bonne collaboration autour d'une méthodologie logique et laisser la structure administrative se mettre en place peu à peu, que de se lancer dans une réforme administrative. Nous sommes impatients de travailler avec ~~nos homologues de la fonction publique nationale et d'autres~~ nous et d'autres partenaires, afin de nous acheminer vers une approche intégrée de la prise en charge de l'enfant malade, qui soit à la fois efficiente et efficace.

[illegible]

Distribution of 12.2 million deaths among children less than 5 years old in all developing countries, 1993



TOTAL ASSOCIATED WITH:	
- ARI	33.7%
- malnutrition	29.0%
- diarrhoea	24.7%
- malaria	7.7%
- measles	9.5%
- One or more of these 5 conditions	71%

Source: WHO 1994

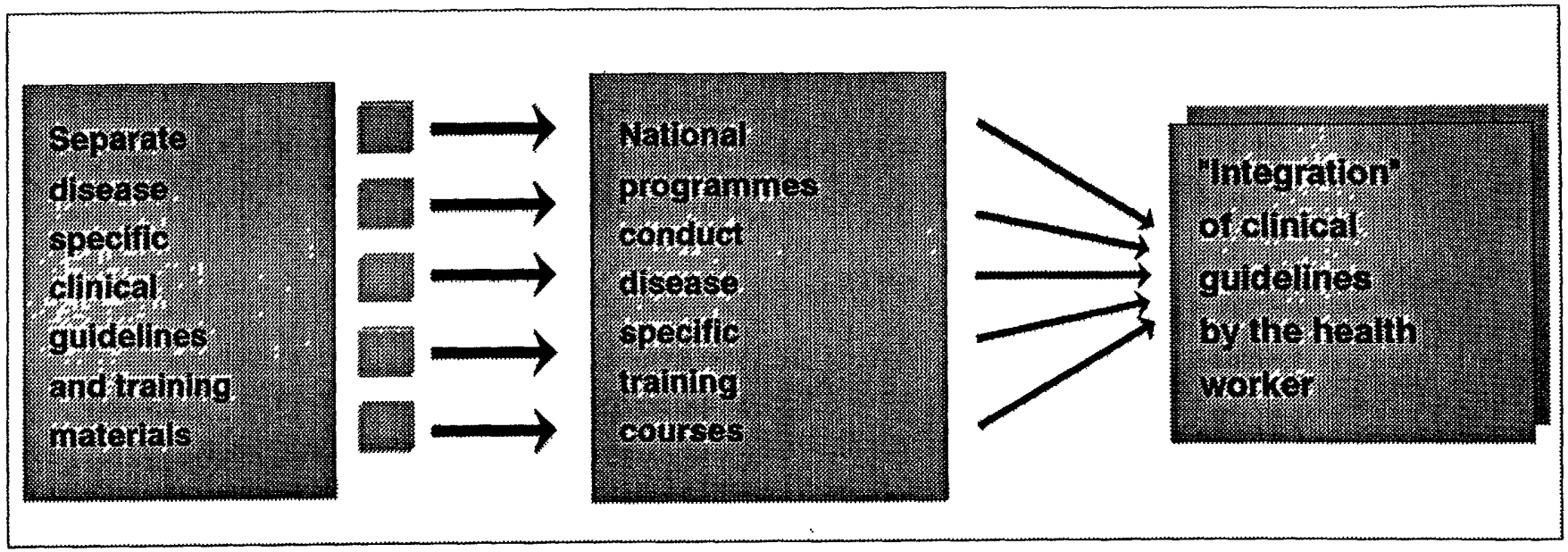
Division of Child Health and Development

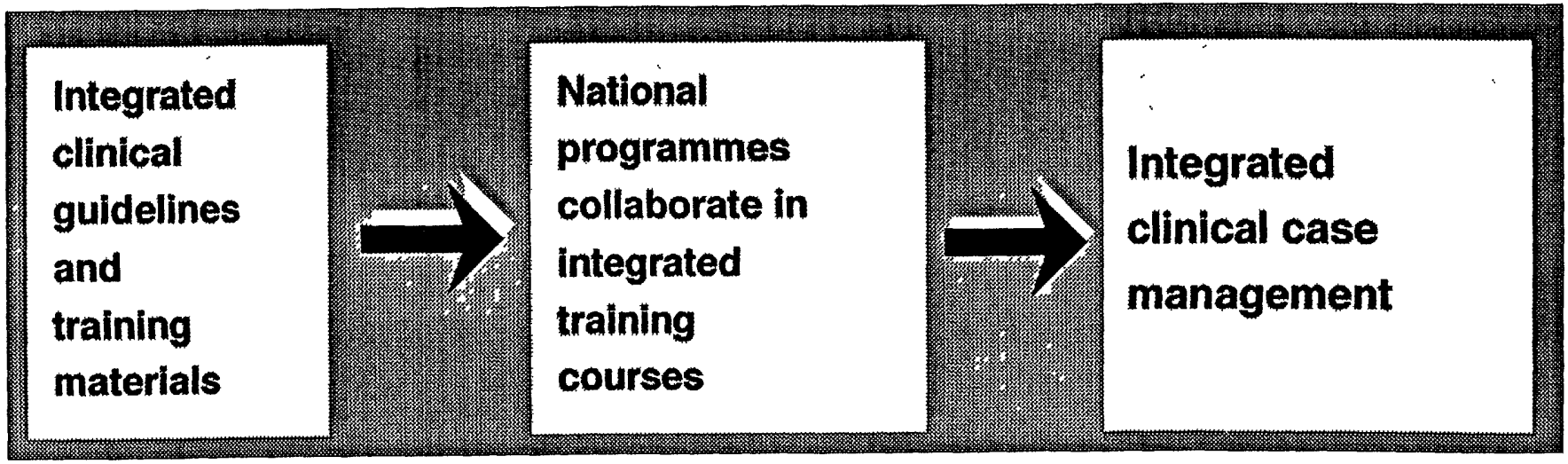
77

For many sick children a single diagnosis may not be apparent or appropriate

Presenting complaint	Possible cause or associated condition
Cough and/or fast breathing	Pneumonia Severe anaemia *P. falciparum* malaria
Lethargy or unconsciousness	Cerebral malaria Meningitis Severe dehydration Very severe pneumonia
Measles rash	Pneumonia Diarrhoea Ear infection
"Very sick" young infant	Pneumonia Meningitis Sepsis

Integrated management of childhood illness





Division of Child Health and Development

179

Integrated management of childhood illness

WHO/UNICEF training course for first level health facilities

Assess the child

Check the child for danger signs.

Then ask:

Does the child have cough or difficult breathing?

Does the child have diarrhoea?

Has the child had fever?

Does the child have an ear problem?

Then **check the child for malnutrition and anaemia.**

Then **check the child's immunization status.**

Integrated management of childhood illness

WHO/UNICEF training course for first level health facilities

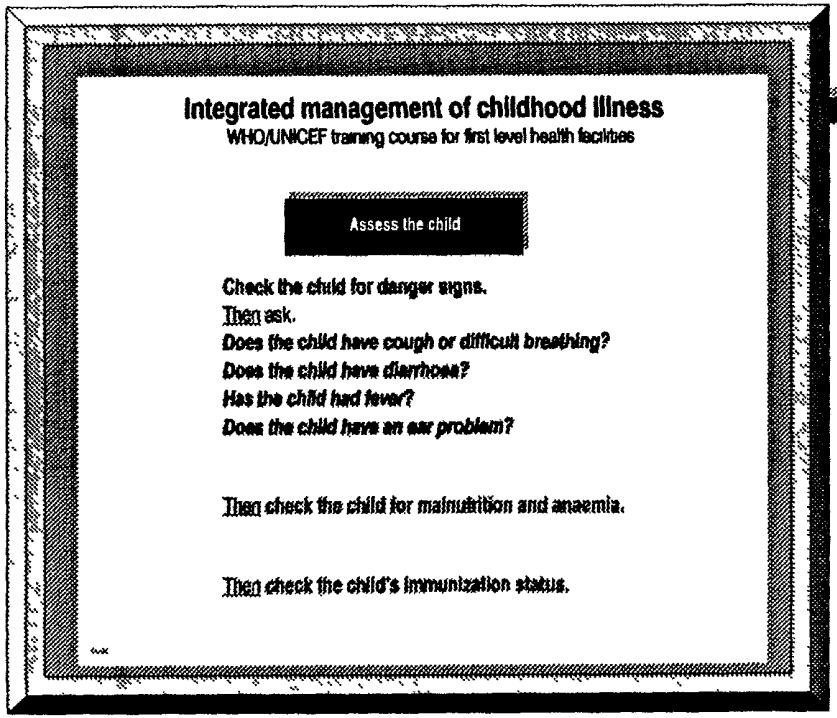
Charts

- Assess and classify the sick child
  Age 2 months up to 5 years
- Treat the child
- Advise the mother
- Assess, classify and treat the sick young infant
  Age 1 week up to 2 months

Integrated management of childhood illness

WHO/UNICEF training course for first level health facilities

Further assess the child and classify the illness



For any "yes" answer,

ASK further questions

LOOK, LISTEN, FEEL

Based on this:

Classify the illness(es)

For all children:

Classify nutritional status

Treat the child

- Teach the mother to give oral drugs at home (antibiotic, antimalarial paracetamol, iron, vitamin A)
- Teach the mother to treat local infections at home (eye, ear, mouth, throat)
- Drugs for clinic administration (quinine, chloramphenicol)
- Give increased fluids for diarrhoea and continue feeding

IMCI essential drugs: First level facility

Drug description	Generic MCI course, using common first- and second-line drugs	Your country's drug list for IMCI
ORAL DRUGS First-line antibiotic for pneumonia, ear infection	Cotrimoxazole	
Second-line antibiotic-pneumonia, ear infection	Amoxycillin	
First-line antibiotic for local bacterial infection in young infants	Cotrimoxazole	
Second-line antibiotic for local bacterial infection in young infants	Amoxycillin	
First-line antimalarial	Chloroquine	
Second-line antimalarial	Sulfadoxine-pyrimethamine	
First-line antibiotic for shigella	Cotrimoxazole	
Second-line antibiotic for shigella	Nalidixic acid	
First-line antibiotic for cholera	Tetracycline	
Second-line antibiotic for cholera	Furazolidone	
Vitamin A	Vitamin A	
Anthelminthic	Mebendazole	
Antipyretic	Paracetamol	
Iron formulation	Iron syrup/iron-folate tablet	
LOCAL TREATMENT For thrush, mouth ulcers	Gentian violet	
Antibiotic eye ointment	Tetracycline eye ointment	
PARENTERAL DRUGS Pre-referral antibiotic treatment	**Chloramphenicol**	
Pre-referral treatment for serious bacterial infection in young infant	Benzylpenicillin Gentamicin	
Pre-referral antimalarial treatment	**Quinine**	
VACCINES	DPT Measles OPV BCG	
Other drugs, depending on adaptation		

Division of Child Health and Development

Advise the mother

- Food
- Fluids
- When to return

Process: ask, praise, advise, check

185

Integrated management of childhood illness

WHO/UNICEF Training Course for First-Level Facility Health Workers

4 other sets of materials in development

- Monitoring and improving health worker performance
- Management of drug supplies at health facilities
- Interventions for family behaviour change, particularly related to careseeking and home case management
- Inpatient case management training course

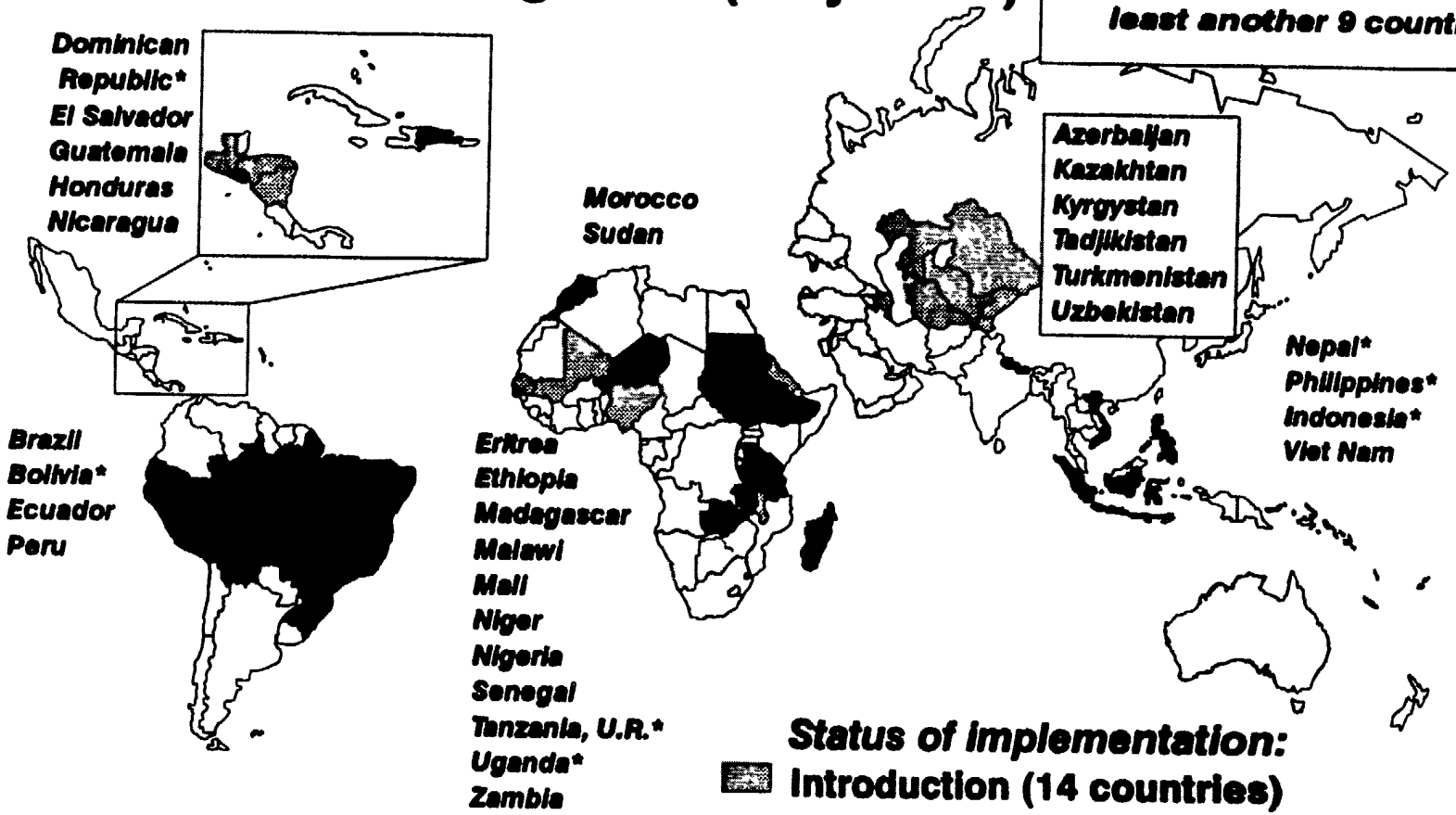
Integrated management of childhood illness (IMCI)

Tools under development

- Guidelines for country-specific adaptation of the first-level IMCI training course
- Guidelines on training facilitators
- Guidelines on follow-up after training
- Guidelines and training materials on referral-level IMCI
- Training materials for less-literate health workers (in collaboration with BASICS)
- Guidelines on planning and programme management including monitoring and evaluation
- Training materials on drug management
- Tools to improve family practices in relation to child health

Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)

Countries implementing IMCI (May 1997)



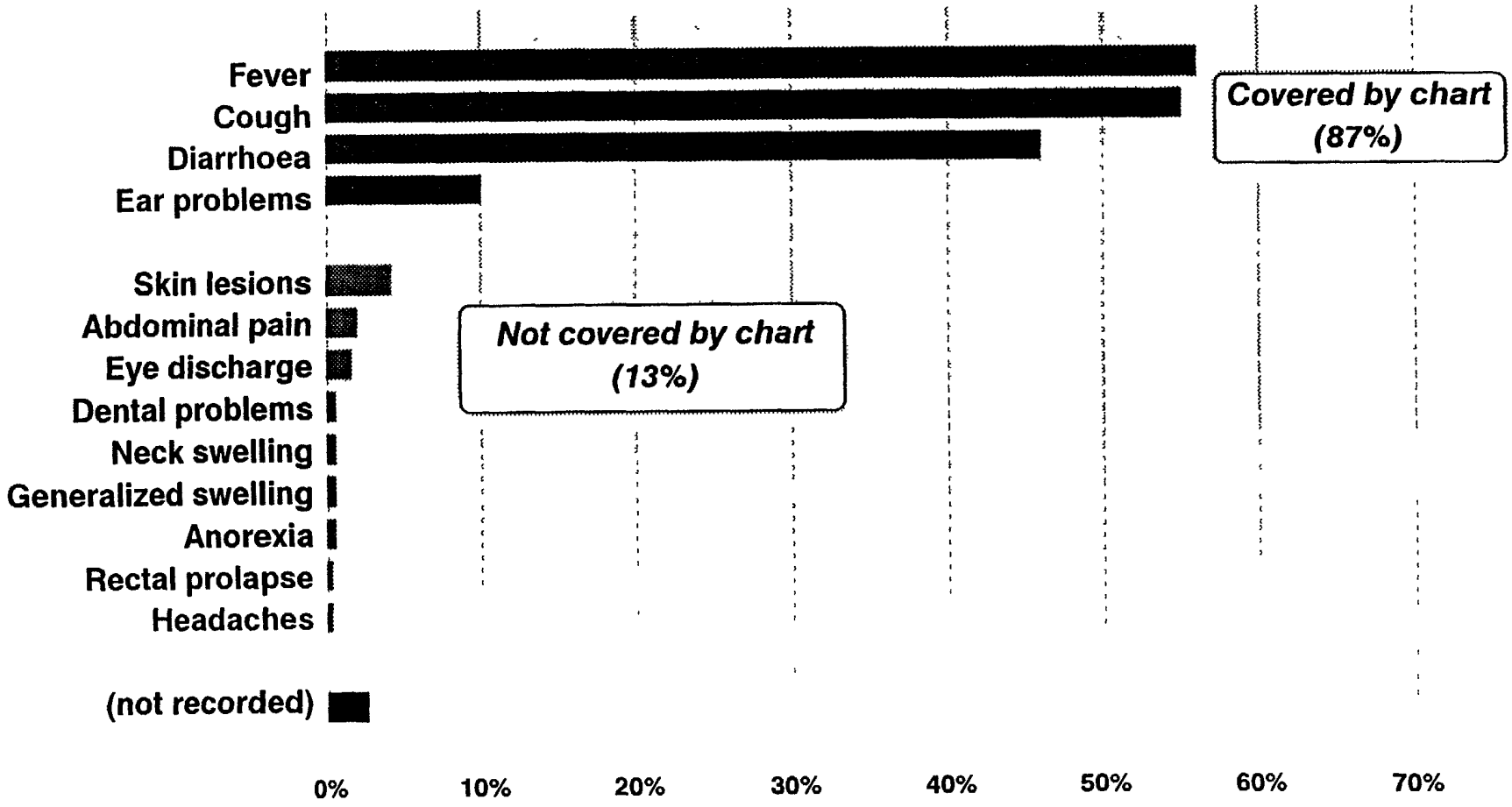
Discussions had started in at least another 9 countries

Status of implementation:

- Introduction (14 countries)
- Early implementation(17 countries)
- Expansion (1 country)

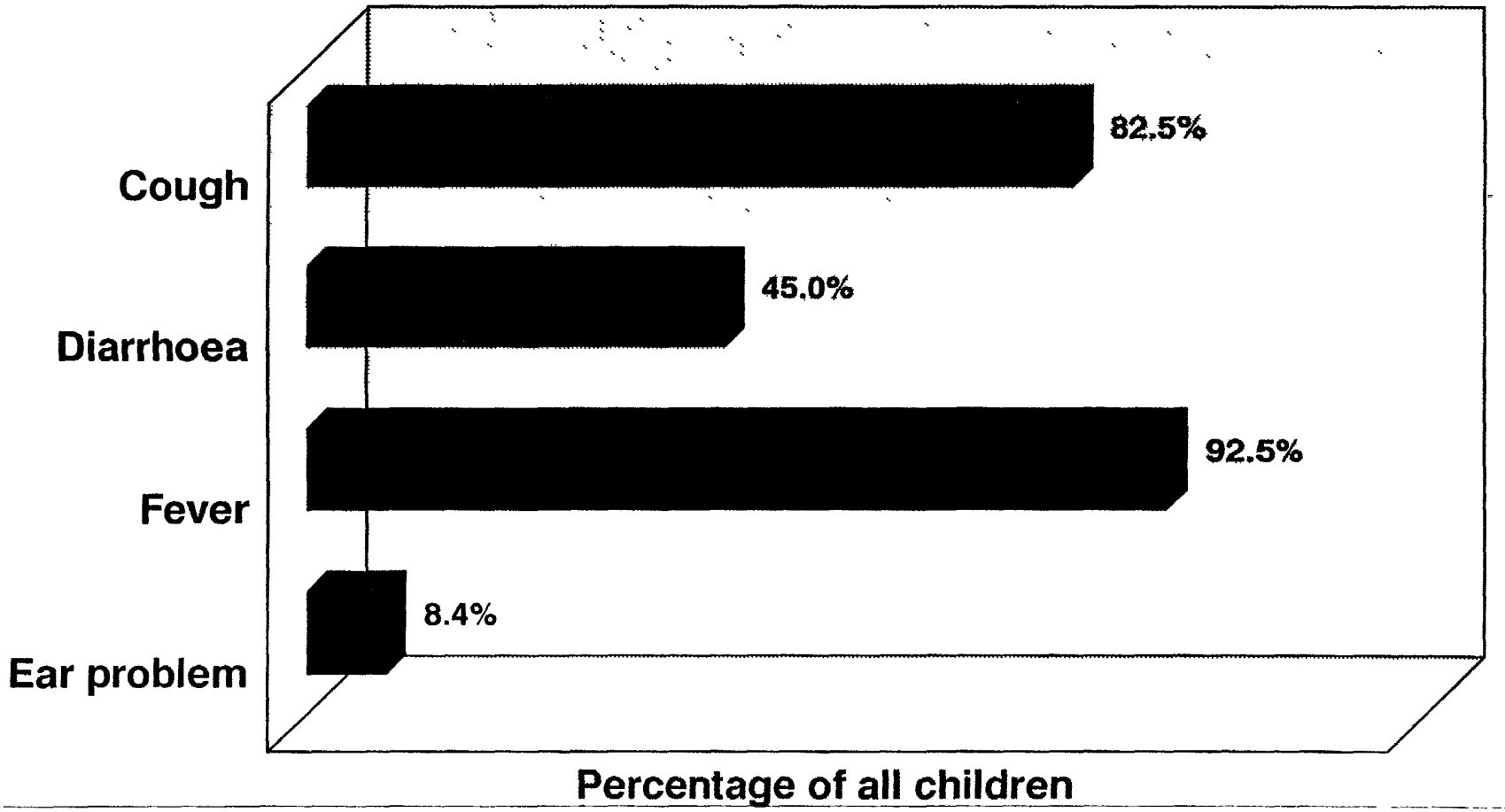
*** Countries participating in early use of IMCI course with intensive CHD collaboration**

Frequency of presenting complaints of 450 children (as volunteered by their mothers), Gondar, Ethiopia, 1994



Main symptoms of 440 sick children

MRC, Gambia

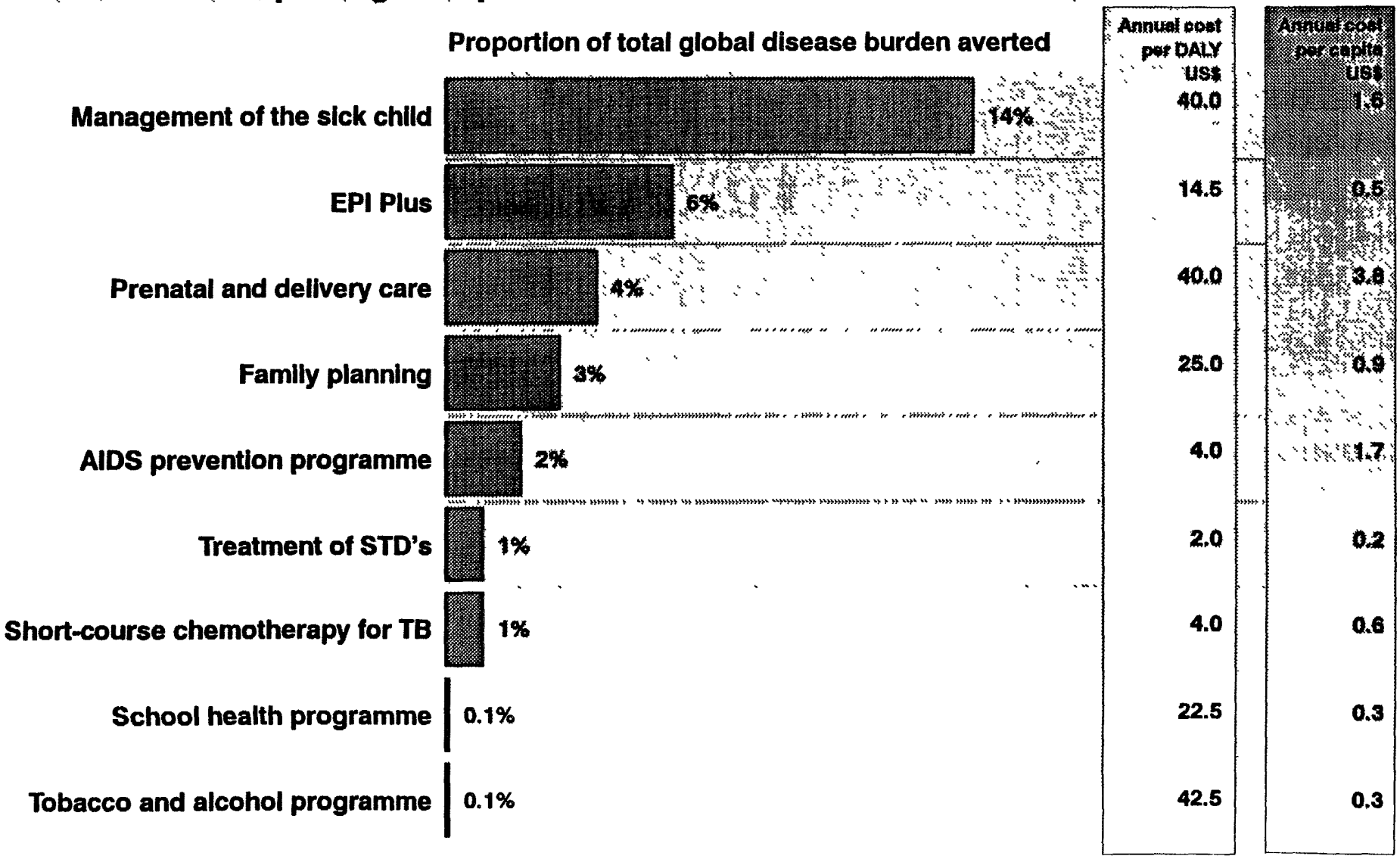


Division of Child Health and Development

Health worker using sick child chart versus expert clinician with laboratory

	Sensitivity	Specificity
Pneumonia		
- Gambia	78%	90%
- Kenya	98%	62%
- Ethiopia	86%	92%
Malaria - History fever		
- Kenya (high risk)	96%	21%
- Gambia (low risk)	100%	1.3%
Malaria - T > 37.9 or splenomegaly		
- Gambia (dry season)	81%	50%
Ear infection		
- Gambia	39%	97%
- Kenya	51%	88%
Malnutrition		
- Kenya	95%	78%

Cost-effective packages of public health interventions and essential clinical services



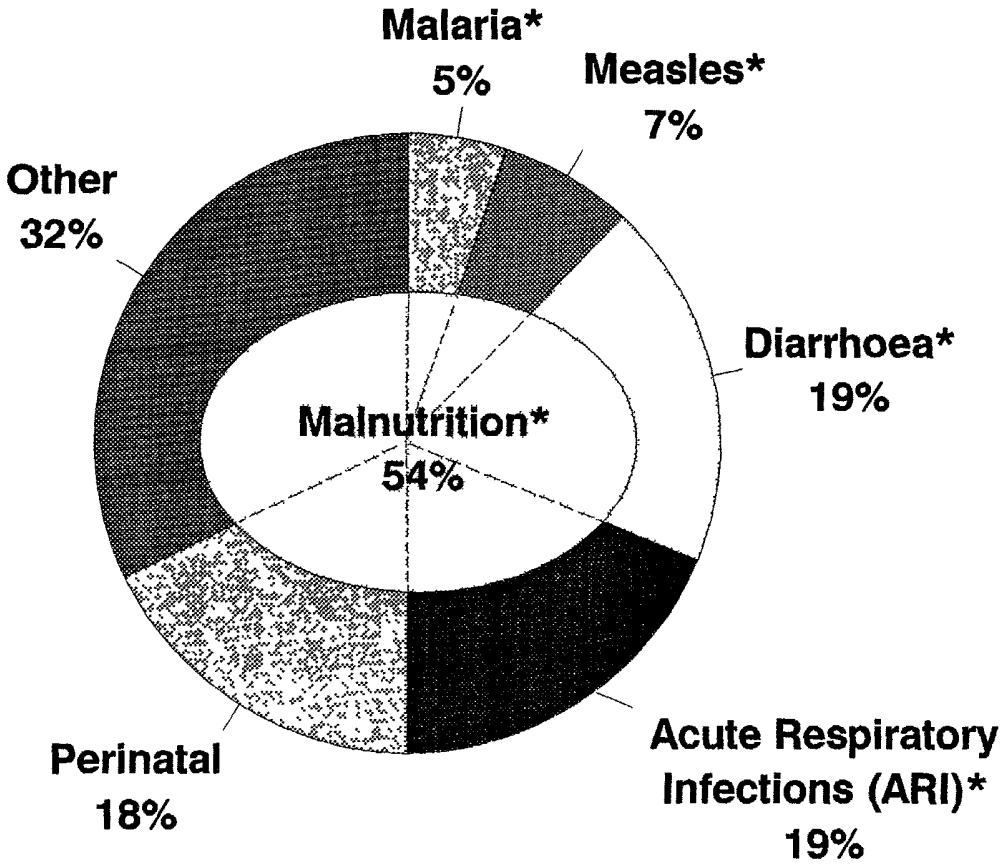
Division of Child Health and Development

DALY = Disability-adjusted life year

Potential interventions for a "universal package" with a cost-effectiveness of less than US$ 150 per DALY averted, Mexico 1994

	Intervention	Cost per DALY averted in US$
1	Management of the sick child	17
2	Treatment of ARI in children	25
3	Treatment of diarrhoea in children	25
4	Treatment of leprosy	54
5	Detection and treatment of phenylketonuria	57
6	Treatment of persistent diarrhoea and dysentery in children	88

Distribution of 11.6 million deaths among children less than 5 years old in all developing countries, 1995



**** Approximately 70% of all childhood deaths are associated with one or more of these 5 conditions***

Based on data taken from *The Global Burden of Disease 1996*, edited by Murray CJL and Lopez AD, and *Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality*, Pelletier DL, Frongillo EA and Habicht JP, *AmJ Public Health 1993;83:1130-1133*

Chemin pour la survie

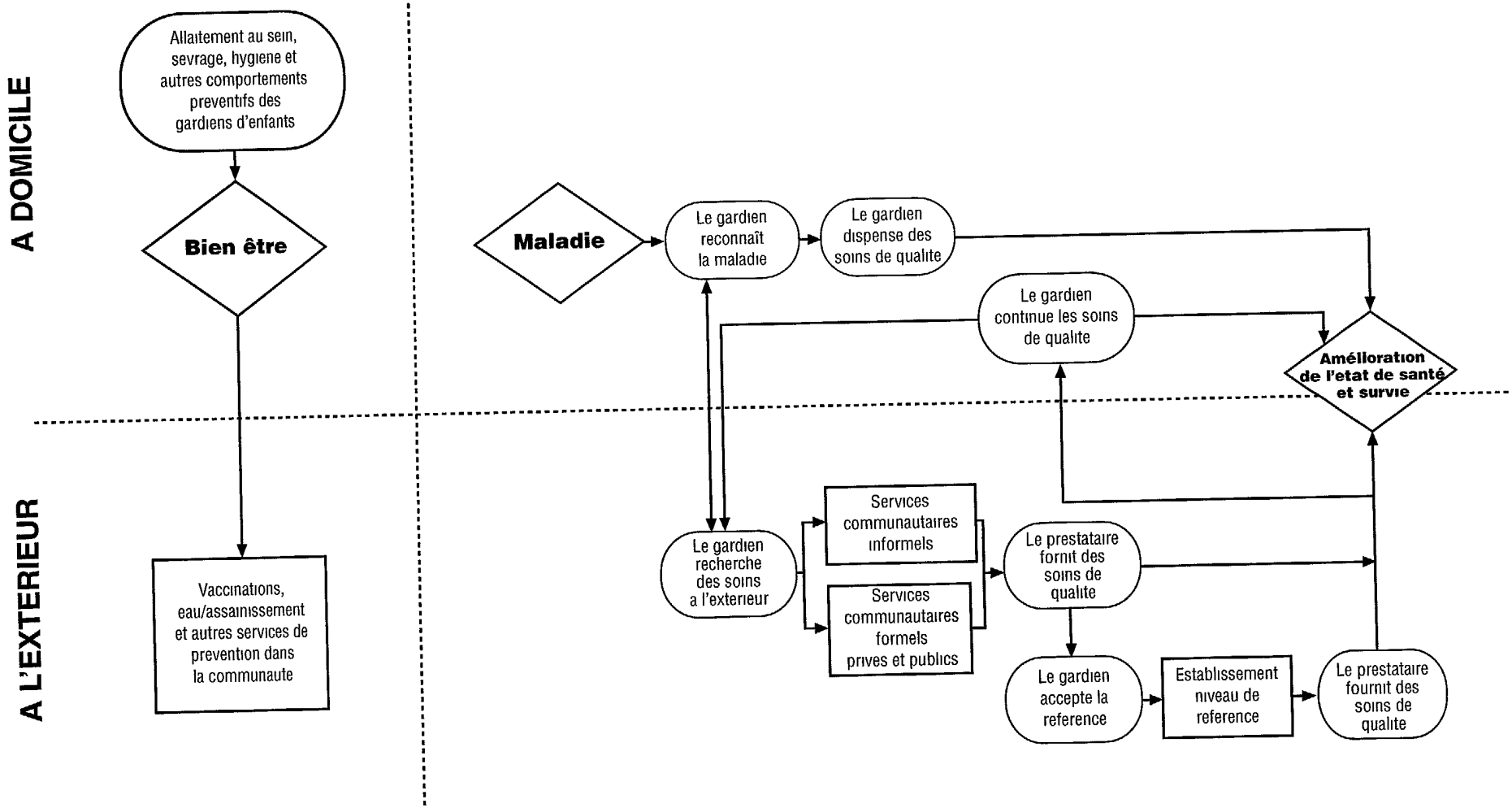


Tableau B.6 Répartition de la charge de morbidité chez les enfants dans les économies en transition démographique et classement des dix causes principales, 1990

	Enfants âgés de moins de 5 ans				*Enfants âgés de 5 à 14 ans*			
	Filles		*Garçons*		*Filles*		*Garçons*	
Total AVCI perdues (millions)	*250*		*268*		*67*		*75*	
Maladies et blessures	*Classement*	*%*	*Classement*	*%*	*Classement*	*%*	*Classement*	*%*
Maladies transmissibles et affections								
perinatales		*73,2*		*74,6*		*57,1*		*52,0*
Maladies infectieuses et parasitaires		*37,5*		*37,2*		*48,5*		*45,2*
Tuberculose		0,5		0,5	5	5,7	7	4,1
MST hormis VIH		1,0	10	1,0	10	2,4		1,9
Syphilis		0,5		0,5		0,0		0,0
Virus d'immunodeficience humaine		0,5		0,5		0,3		0,1
Maladies diarrheiques	3	16,2	3	15,7	4	7,1	4	6,1
Maladies infantiles	4	10,7	4	10,6	2	8,6	2	8,1
Coqueluche		1,8		1,9		1,6		1,5
Polio		0,3		0,4		2,0		2,5
Rougeole		5,6		5,5		4,1		3,4
Tetanos		2,9		2,9		0,8		0,7
Paludisme	6	4,7	6	4,7	6	4,9	6	4,3
Helminthiases		0,0		0,0	1	12,3	1	11,4
Ascaridiose		0,0		0,0		7,6		7,1
Trichinose		0,0		0,0		4,6		4,2
Infections des voies respiratoires	1	18,5	2	17,6	3	7,9	3	6,9
Affections perinatales	2	17,2	1	19,9		0,0		0,0
Maladies non transmissibles		*21,1*		*19,9*		*28,4*		*27,2*
Troubles endocriniens et de la nutrition		*6,4*		*6,1*		*3,7*		*2,4*
Malnutrition proteino-calorique	7	2,4	8	2,1		0,3		0,3
Deficience en iode	9	1,3	9	1,2		0,2		0,2
Avitaminose A	8	2,3	7	2,2		0,0		0,0
Anemie		0,3		0,3	8	3,0		1,9
Maladies neuropsychiatriques		*1,1*		*1,0*		*7,5*		*9,1*
Epilepsie		0,2		0,3	■	2,6	■	3,5
Affections respiratoires		*2,0*		*1,8*		*3,2*		*4,0*
Asthme		0,2		0,2		2,3		2,6
Anomalies congenitales	■	*6,5*	■	*6,6*		*1,2*		*1,0*
Blessures		*5,7*		*5,5*		*14,5*		*20,7*
Involontaires		*4,6*		*4,6*		*12,6*		*18,1*
Accidents de vehicule a moteur		0,4		0,4	■	3,7	■	4,4
Chutes	■	1,2		1,0		1,9	■	3,1
Noyade		0,6		0,7		1,7	■	3,2
Volontaires		*1,0*		*0,8*		*2,0*		*2,6*

Note Le classement indique le rang de priorite affecte aux interventions sanitaires, seuls les groupes de maladies pour lesquels il existe un moyen ou une panoplie acceptee de moyens de lutte font l'objet d'un classement

- ▭ Maladies pouvant être largement maîtrisees par une intervention d'un bon rapport coût-efficacite (moins de 100 dollars par AVCI epargnee)
- ▭ Maladies pouvant être partiellement maîtrisees par des interventions d un rapport coût-efficacite moyen (de 250 a 999 dollars par AVCI epargnee) (Les interventions comprises dans la fourchette de 100 a 250 dollars par AVCI epargnee sont peu nombreuses, voire inexistantes)
- ▭ Maladies ne pouvant pas être maîtrisees par des interventions d'un bon rapport coût-efficacite (1 000 dollars ou plus par AVCI epargnee)
- ■ Maladies pour lesquelles le rapport coût-efficacité d'interventions preventives et curatives n'a pas ete évalue

Tableau 3 2 Allocation actuelle et allocation proposée des dépenses publiques de santé dans les pays en développement, 1990
(dollars par habitant)

Elément du programme	*Dépenses prévues par le programme envisagé*			*Estimation des dépenses actuelles, ensemble des pays en développement*	*Contenu*
	Pays à faible revenu[a]	*Pays à revenu intermédiaire*[b]	*Ensemble des pays en développement*		
Santé publique	4	7	5	1	PEV Plus, programmes de santé scolaires, lutte contre le tabac et l'alcool, information sur la santé, la nutrition et le planning familial, lutte contre les vecteurs, prévention des MST, suivi et surveillance
Services cliniques essentiels (ensemble minimum)	8	15	10	4–6	Traitement de la tuberculose, traitement de l'enfant malade, obstétrique, planning familial, traitement des MST, traitement des infections et des petits traumatismes, évaluation, conseils et soulagement de la douleur
Total, santé publique et ensemble minimum de services	12	22	15	5–7	
Services cliniques discrétionnaires[c]	–6	40	6	13–15	Tous autres services de santé, dont traitement d'un faible rapport coût-efficacité du cancer, des maladies cardiovasculaires, des autres affections chroniques, des traumatismes graves, des troubles neurologiques et psychiatriques
Total	6	62	21	21	

Note Selon les estimations des rapports de la Banque mondiale sur le secteur de la santé, les dépenses actuellement consacrées aux services cliniques essentiels représenteraient de 20 à 30 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé Les chiffres sont à considérer comme des approximations
a Calcul fait pour un niveau de revenu de 350 dollars
b Calcul fait pour un niveau de revenu de 2 500 dollars
c Estimation résiduelle Le nombre négatif pour les pays à faible revenu dénote un montant total de dépenses inférieur au coût du programme
Source Calculs de la Banque mondiale, rapports sectoriels de la Banque mondiale sur le Ghana (1989), l'Inde (1992), l'Indonésie (1991), la Jamaïque (1989), la Jordanie (1989), le Mexique (1989), le Nigéria (1991), le Pakistan (1992), la Turquie (1990) et le Vénézuela (1992)

The WHO/UNICEF approach to

Initial Planning by Countries for Integrated Management of Childhood Illness

Update - November 1995

World Health Organization

UNICEF
United Nations Children's Fund

198

Initial planning by countries for integrated management of childhood illness

Introduction

The development of an improved system for providing care for sick children will be a long-term undertaking in all countries. While the potential benefits and cost-effectiveness of an integrated approach to case management are important and realistically promising, development needs to be seen as incremental, and will eventually include initial training of health staff and other providers of care, reliable provision of essential drugs, reinforcement of skills through monitoring and supervision, and changes in home management and care seeking practices.

Countries interested in planning for the provision of improved integrated care will have already accumulated valuable experience with single disease programmes such as CDD and ARI, and in some cases with training in breastfeeding counselling. A challenge in building on these programmes will be to preserve them while more integrated approaches are being developed. It is suggested that countries begin by providing opportunities for coordination between current programmes, postponing consideration of the possibility of structural changes to ensure integrated programmes

At the present time, the only "sick child" guidelines available to countries are those in the WHO/UNICEF training course "Management of Childhood Illness," and the accompanying Adaptation Guide. While a number of other guidelines and materials are being developed (e.g. inpatient treatment guidelines, tools for monitoring and evaluation), it is not expected that these will be available before 1997, with the possible exception of a course on management of drug supplies in health facilities. The broad range of materials already available for single disease programmes, however, are available, and these should continue to be used. They can often be used in a combined manner

Thus, in considering how they can begin developing improved integrated case management, countries are considering how to do two things:

1. Plan to carry out "Management of Childhood Illness" courses

2 Continue to carry out single or combined programme activities

Other guidelines are available on the second of these subjects, and these notes will thus concentrate on planning for use of the new sick child training course.

Initial orientation meeting

Some countries will be approaching the subject by creating a working group or task force devoted to "sick child planning". Others may have designated a particular individual to begin planning. Others may simply be interested in learning more about the general "sick child initiative" or the new WHO/UNICEF course

WHO and other agencies can make available a small team of consultants to work with countries on planning and early implementation of the course It is suggested that, in each country, two consultants participate in an initial orientation meeting, a clinician familiar with the technical foundations that underlie the course, and a manager or planner familiar with the development of sound training plans within the context of disease control programmes. The first training course should not be planned for a date less than six months after this initial visit. The need for careful course adaptation makes this long lead time necessary.

Because part of the job of the consultants will be to provide information as the basis for MOH decisions about whether and how further steps to plan and carry out courses will be developed, they will need to work with staff who are in a position to make such decisions. If a working group has not already been established, it is recommended that one be created, and that it include the Programme Managers of various disease programmes (CDD, ARI, Malaria, Nutrition, BFHI, EPI, etc.), as well as a senior MOH official, who may serve as chairman. Since this is a "working" group, it should be kept small Some countries may wish, however, to include other MOH staff (staff responsible for Maternal and Child Health, Communicable Disease Control, Training, Essential Drugs), influential paediatricians or heads of training institutions, or representatives of donor agencies.

The introduction of the "Management of Childhood Illness" course in some "early use" countries during the forthcoming year will provide an important opportunity to progressively train a pool of individuals who would be able to assist other countries in the regions in the crucial steps in preparing, adapting and planning the introduction of the course and monitoring the process and outcomes.

During the orientation meeting, the necessary steps in planning and carrying out the course will need to be described. The following subjects should be included.

1. Prerequisites. WHO believes that the only prerequisites to using the course are an understanding of what is involved, a willingness to make the necessary commitments necessary to meet the resource and organizational requirements of the course, and a practical plan for the introduction of training and associated follow-up activities as described below.

   The existence of properly functioning drug supply systems, staff performance monitoring systems, fully acceptable case management at referral centres, well designed interventions for improving household care, and a health system which integrates the functions of the programmes concerned with the sick child are all desirable and can be developed in time Health facility staff are already treating the conditions covered in the course, however, and adequate clinical skills, including those involved in managing cases in a· ·tegrated manner, are essential to improving care. Even prior to a more compr ısive system, such training can be expected to result in improved performan. In nearly all health facilities some drugs are available some of the time, and their rational use will improve case management and ensure that limited supplies are used more effectively. By planning the introduction of the integrated training to focus on those parts of the

200

country where drug supplies and referral are of acceptable quality, and visits to facilities for supervision are feasible, countries can gain the confidence to improve these essential elements to support the phased introduction of integrated case management.

2 Description of the "Management of Childhood Illness" course. A brief description of the course, including the target audience, the course content, the training methods, the role of and selection criteria for facilitators and participants, and training site requirements is provided in Annex 1.

3 Description of the course adaptation process. The section of this document titled "Adaptation Process" describes this step. At the initial meetings, the consultants can explain the technical basis for the clinical guidelines, respond to questions from the group, and begin to explore those areas where adaptation will be necessary (see reference document, the draft "Adaptation Guide").

Decision to introduce "Management of Childhood Illness"

At this point, MOH staff will be able to decide whether they wish to use the course and are ready to make the commitments necessary for its introduction Some countries may find that the course and the processes involved in its introduction are more complex than they had appreciated prior to the consultant visit, and may conclude that they will not develop further plans for its introduction. Other countries may decide that the investment is justified. In these countries the development of a plan for introducing the course is the next step.

Plan for introduction of "Management of Childhood Illness"

A plan should be developed for introducing the new "Management Of Childhood Illness" course, with technical assistance by the programme management consultant In most countries, this plan would cover only the first year. Before the end of this year, decisions will have to be taken about the future use of the course and planning for subsequent years. An important aim of the first year activities should thus be to gain experience in the use of the course and to clarify the organizational and technical requirements for its effective large-scale implementation. Plans for subsequent training will be more realistic if they are made with the benefit of the experience of the initial courses.

It should be noted that the process by which this plan is prepared may vary widely between countries. The consultants will help the national authorities to develop the process that best suits the country situation.

201

The planning process would focus on:

1. *The organizational framework within which the course will be implemented.* As the first year is intended to be a learning period for those involved with the training, it is not proposed that major structural or organizational changes be made in the Ministry as a first step. It is, however, essential that initial courses be planned and implemented with the full participation of the concerned disease control programmes and in a context that makes use of training and follow-up resources likely to be available in the longer term.

2 *Adaptation process.* The process of adapting the generic course materials to country-specific policies and guidelines (as described below and in the draft "Adaptation Guide") is one that involves several steps and may take up to four to six months. Laying out the details of how these steps will be carried out in a logical and timely sequence needs to be part of the overall planning process.

3 *Participants.* The participants for the first course(s) should be selected from among first-level facility staff who have day-to-day responsibility for managing sick children. They should be from health facilities where drug supplies are acceptable and where follow-up is feasible and likely to occur. The initial course should not be considered a "Training of Trainers" course, because the country will need to assess the performance of trained staff as they actually treat cases. Training these staff will also provide the best opportunity for subsequent monitoring of the impact of the course. For the same reason, it may be preferable for the training in the first year to focus on one or two regions, or districts.

4. *Facilitators.* As indicated in the course description, the role of the trainers or facilitators in this course is even more critical than it was for other CDD and ARI courses. The basic training method involves modelling or demonstrating correct performance and then working closely with participants on the application of the specific skills contained in the modules. The specific tasks of the facilitators are described in the "Facilitator Guide for Teaching Modules" (pages A 1-5 and I 3-8, see Annex 2) and the "Facilitator Guide for Conducting Clinical Practice".

   Facilitators should be chosen from among staff who have extensive clinical experience (see "Course Director's Guide, p. 20-21). They should also have experience in training that has involved practice.

   Facilitators may best be chosen from already existing training centres, such as DTUs or ATUs. If this is done, and these centres are designated as "Sick Child Training Units," they can serve as the focus for both the initial course and the first group of subsequent courses. Staff of the SCTUs can then also participate in carrying out the Health Facility Quality Review, where monitoring and skill reinforcement following initial training are emphasized.

   In addition to the course facilitators, a special staff member to organize work at the inpatient facility is needed, as described in the "Course Director's Guide" (on p.19/20), and this person needs to be particularly well qualified in clinical skills.

202

5 *Training site.* The criteria for selecting the sites for clinical practice are described in the "Course Director's Guide" (p.4-7). In addition to outpatient facilities, at least one inpatient facility is required to ensure that enough patients with danger signs and signs requiring referral are available for demonstration These sites must also already have or be able to procure the essential drugs needed for training and case management following training. The operational and logistic requirements for conducting the courses will most likely best be met in established DTU/ATUs.

6 *Season.* It is desirable that the training be conducted during a time of peak incidence of as many of the diseases covered in the course (pneumonia, diarrhoea, malaria, measles, malnutrition) as possible.

7 *Monitoring and evaluation.* A brief summary of these important activities is available in Annex 3. They include assessments of the course adaptation process, of the quality of the courses themselves, and of the performance of participants during the courses, as well as careful documentation of performance following training and analysis of factors influencing performance (see "Course Director's Guide", p 101-114). The information derived from this monitoring process will guide the planning for subsequent activities both in the medium and longer term.

The process of monitoring trained personnel will also aim to reinforce the training and address some practical problems encountered in the day-to-day use of the new skills. This is considered particularly important for a course of this length and complexity.

8. *Subsequent courses.* Although long- or even medium-term plans are best developed after the initial courses have been assessed, plans for follow-up to the first courses should be made. In many countries priority can be given to those health facilities and staff who treat the greatest number of cases

9 *Other uses of the course.* Some countries will also want to consider use of the course in pre-service training at this early stage. Until guidelines on in-patient care are developed, pre-service training of physicians in medical schools will not be possible. Use of the course in nursing and other para-medical schools might be possible, however, and this can be explored following the initial in-service experience. Although WHO is not developing a generic guide for preservice training in such schools, it is currently exploring the modifications needed for pre-service use in nursing and other paramedical schools.

Adaptation process

A major part of the collaborative effort between the MOH and the technical consultants will be devoted to carrying out the processes described in the "Adaptation Guide". This requires an extensive effort, and may take four to six months. It includes the following steps:

203

1 Review of current national policies and guidelines on the management of the conditions to be included in the course. This may involve consideration of additional conditions (e.g. dengue in some Asian countries) or deleting conditions included in the generic course (e.g. malaria in countries where this is not a problem). Countries should be cautious about introducing too many new elements into an already extensive course. For all conditions selected, the specific policies and guidelines recommended by the MOH, modified if necessary, need to be included in the adapted version of the course. This may be as simple as "filling in the blanks" of the charts, or as complex as developing new sections of the charts and modules.

2. Development of new policies and guidelines. In some instances the MOH may not yet have policies and guidelines, and decisions will need to be made on desired recommendations.

3. Confirmation of actual case management pra ces through visits to health facilities. These visits are not as complex as tho included in processes such as the WHO/CDR "Health Facility Surveys." The purpose is simply to observe actual practice and contrast it with official recommendations.

4 Visit by a nutrition consultant, or guidance given to local nutritionists to carry out adaptations of feeding recommendations. The need to identify specific feeding recommendations and to match these with actual feeding practices will require a special consultant visit in many countries. At the conclusion of this consultancy, draft nutrition guidelines will have been prepared.

5 Agreement on draft case management guidelines to be included in the course. The adaptation process also needs to include agreement on a system of patient records that can be used by health workers after training.

6 Circulation of all draft guidelines and adaptations to relevant MOH staff. This step will often require a number of rounds of consultation and redrafting.

7. Finalization of adapted guidelines. Once revised guidelines are finalized, central/regional staff need to be informed if these constitute a change from current practice or previous recommendations.

8. Incorporation of guidelines into the generic charts and modules, including the "mother's card". This step will also involve testing the mother's card to make sure that it is understood by the mothers for whom it is designed.

9. Translation of all course materials.

10 Layout and printing of all materials

This is the final step prior to actually preparing for and carrying out the initial course.

204

The planning described in this document is intentionally limited to preparing for the first few "Management of Childhood Illness" courses As indicated above, WHO/CDR suggests that longer term and more comprehensive planning not be undertaken until the country has had the experience of carrying out these courses and assessing their impact on staff performance and the operational implications of their use.

Annexes:

1. Course Description
2. Facilitator Guide for Teaching Modules (pages A 1-5, I 3-8)
3. Monitoring and Evaluation Description

Reference Documents:

Adaptation Guide (draft)
Course Director's Guide

205

Management of childhood illness: course description

Every year some 12 million children die before they reach their fifth birthday, many of them during the first year of life Seven in every 10 of these child deaths are due to diarrhoea, pneumonia, measles, malaria or malnutrition — and often to a combination of these conditions In addition to this substantial mortality, these conditions are the reason for seeking care at a health facility in at least three out of four sick children Health facility staff are already treating these conditions, and adequate clinical skills are essential to improving care Because there is considerable overlap in the signs and symptoms of several of the major childhood diseases, a single diagnosis for a sick child is often inappropriate Focusing on the most apparent problem may lead to a co-existing, and potentially life-threatening, condition being overlooked Treating the child may be complicated too by the need to combine therapy for several conditions

The WHO/UNICEF course *Management of Childhood Illness* trains health workers in first-level facilities (outpatient clinics and health centres) to manage these illnesses effectively in an integrated fashion in sick children between the ages of 1 week and 5 years The course approaches case management in an *integrated* way, combining the steps needed for each condition Training health workers is a key activity in the long-term undertaking to improve the system for providing care for sick children

Integrated management of the sick child leads to more accurate identification of illnesses in outpatient settings, ensures appropriate combined treatment of all the major illnesses and speeds up referral of severely ill children Health workers are trained in how to communicate key health messages to mothers, thus helping them understand how best to ensure the health of their children

❑ Target audience

The course is aimed at literate first-level facility health workers who can comfortably read and understand textual learning materials

The pretest in Gondar, Ethiopia in July 1994 and the fieldtest of the draft course in Arusha, Tanzania in March 1995 demonstrated the effectiveness of the course for inservice training of doctors, medical assistants, and clinical nurses It also showed that health workers with less prior training (in Tanzania, rural medical aides and MCH aides) were also able to learn the case management process and performed well in clinic, however, because they had difficulty reading the modules in English, they required more active facilitation and they were not able to complete the full course in the available time Later this year the revised course will be translated into the local language to more adequately test its effectiveness in training other literate first level facility health workers with less prior training such as health assistants and rural medical aides

The course is currently being extensively revised based on suggestions from the fieldtest, to simplify the charts and the module text, to improve the video and photographs, and to solve specific technical problems raised by the fieldtest The revised course will be available by the end of August 1995

WHO is also exploring how the course might be used during pre-service training for nurses and health assistants

❑ Course content

The integrated guidelines try to bring together the simplest possible expression of what needs to be done to treat children in order to reduce mortality or to avert significant disability *The guidelines rely on detection of cases based on simple clinical signs and empirical treatment, without laboratory tests* A careful balance has been struck between sensitivity and specificity using as few clinical signs as possible and ones that health workers of varying backgrounds can be trained to recognize accurately In addition to case management of the most important diseases, the course incorporates significant prevention of disease through the promotion of breastfeeding, counseling to solve feeding problems, and improving immunization coverage by ensuring the immunization of sick children

The integrated guidelines are described on four wallcharts which are used in booklet form as a job aide and are taught using 7 training modules and by clinical practice These guidelines are based on clinical experience to date and on the findings of some focused research studies

COURSE MATERIALS

Modules
Introduction
Assess and Classify the Sick Child Age 2 Months up to 5 Years*
Identify Treatment
Treat the Child*
Counsel the Mother*
Management of the Sick Young Infant Age 1 Week up to 2 Months*
Follow-Up

Other training materials/job aides
4 wall charts (titles marked with * above)
Chart booklet
Mother's counseling card
Recording form (for assess and classify)
Photo booklet
Videos

Guides
Course Director's Guide
Facilitator Guide for Teaching Modules
Facilitator Guide for Conducting Clinical Practice

The guidelines focus on detecting and managing the most common potentially fatal illnesses and associated conditions They do not attempt to cover all childhood illnesses Using these guidelines and the supporting course materials, the facilitators teach the health workers a systematic case management process

CASE MANAGEMENT PROCESS

- The health worker is taught to first **assess** the child, asking questions and examining the child and checking immunization status

- Then the health worker is taught to **classify** the child's illness The classification of illness is based on a colour-coded triage system with which many health workers are already familiar through use of the WHO case management guidelines for diarrhoea and acute respiratory infections (ARI) This classifies each illness according to whether it requires
  - — urgent referral,
  - — specific medical treatment and advice, or
  - — simple advice on home management

- After classifying, **specific treatments are identified** If the child is being referred urgently, health workers learn to give only the urgent treatments before departure

- Practical **treatment instructions** are provided, including how to teach the mother to administer oral drugs, to increase fluids during diarrhoea, and to treat local infections at home The mother is advised on the signs which indicate the child should immediately be brought back to clinic and when to return for follow-up

- Feeding is assessed (in children less than 2 years and those who are malnourished), any feeding problems are recorded, and **counseling on feeding** problems provided (summarized on the chart *Counsel the mother*)

- **Follow-up** instructions for the various conditions is provided on the chart *Treat the child* and explained in a module

Health workers use a recording form which helps them keep track of the assessment findings and the child's classifications They are taught to make brief chart entries, recording the child's classifications (including feeding problems), treatments, and scheduled follow-up visits

Communication skills are emphasized in the course and are taught from the first day, in each module and throughout the clinical practice as well as in role plays in the classroom

The following boxes summarize the case management and prevention content of the course

COURSE CONTENT: SICK CHILDREN AGE 2 MONTHS UP TO 5 YEARS: CASE MANAGEMENT

- **General danger signs**

The first step in the process is to check for general danger signs the child is lethargic or unconscious not able to drink or breastfeed, vomiting everything, and convulsions (during this illness) These dangers signs are not disease-specific Their presence indicates the child is severely ill and almost always needs urgent referral

Following this, for all children, the health worker asks about four main presenting symptoms cough or difficult breathing, diarrhoea, fever and ear problems

- **Cough or difficult breathing**

The child presenting with **cough or difficult breathing** is assessed by counting the breathing rate, looking and listening for chest indrawing and stridor, and asking about the duration of the cough. Children with fast breathing but no chest indrawing, stridor or a general danger sign are classified as having pneumonia Chest indrawing, stridor when calm or a general danger signs indicates severe pneumonia or very severe disease, requiring referral Children with none of these signs have a simple cough or cold and can be managed at home with a remedy to soothe the throat and relieve the cough Those who have been coughing for more than 30 days are referred for further assessment, to consider the possibility of tuberculosis and other conditions

These guidelines are identical to the WHO/ARI case management guidelines with the exception of not including the outpatient management of wheezing Children with severe bronchospasm would be referred to hospital for management on the basis of their having chest indrawing

- **Diarrhoea**

Health workers are taught how to manage acute watery diarrhoea (including cholera), dysentery (bloody diarrhoea) and persistent diarrhoea (diarrhoea that lasts 14 days or more) The assessment and classification of dehydration has been simplified, drawing on years of clinical experience with the CDD case management chart, and now relies on the child's general condition, how fast the skin pinch returns, the presence or absence of sunken eyes, and how the child drinks Rehydration therapy is provided to treat clinically apparent dehydration (fluid Plans B and C) or to prevent its developing (fluid Plan A) Dysentery is treated with an oral antibiotic effective for Shigella Careful nutritional management is provided for persistent diarrhoea, as well as treatment of extra-intestinal infections which may be contributing to the persistent diarrhoea These CDD guidelines have already proven to be both practical and effective in the global effort to reduce mortality and serious morbidity from diarrhoea in young children

- **Fever**

Children with fever with a stiff neck or a general danger sign may have severe malaria, meningitis or another very severe febrile disease They are referred urgently to hospital Management of febrile children without these severe signs depends on whether the risk of malaria is high or low In a high malaria risk area or season, all children with fever or a history of fever are treated with the oral first-line antimalarial In a low malaria risk area, children with fever or history of fever are only given an antimalarial if they have no runny nose (an acute upper respiratory infection), measles or other apparent cause of fever The decision on whether a site is high or low risk must be made before the course, based on knowledge of the seasonality of malaria locally and an estimate of the proportion of children presenting to clinic with fever who have parasitaemia (if less than 5%, the malaria risk is low) Any child with a fever every day for more than 7 days is referred for assessment for typhoid and other causes

Cotrimoxazole twice daily for 5 days has been shown to be an efficacious anti-malarial in young children which eliminates the need to use both an antibiotic and an antimalarial Given the overlap in clinical presentation and the treatment of pneumonia and malaria, cotrimoxazole alone is recommended for the treatment of children presenting with cough, fast breathing and fever (in settings where *P falciparum* malaria is sensitive to sulfadoxine-pyrimethamine and where this recommendation has been incorporated into national policy)

- **Measles**

Fever is also the starting point for a classification of measles Despite substantial success in improving immunization coverage in many developing countries, many measles cases continue to occur Their case-fatality rate can be reduced by using vitamin A and good case management of the common complications Urgent referral to hospital is recommended for those with severe pneumonia, stridor when calm (which may indicate life-threatening laryngotracheitis), corneal clouding, severe malnutrition, or general danger signs Mothers are taught to manage mouth ulcers and conjunctivitis at home The management of diarrhoea, pneumonia and ear infection complicating measles is the same as when they occur in a child without measles

- **Ear problem**

A history and simple examination can distinguish mastoiditis and acute and chronic ear infections Health workers learn to refer mastoiditis, give antibiotics for acute ear infection and teach mothers how to wick dry a draining ear

- **Malnutrition and anaemia**

After assessing danger signs and the four main symptoms (cough or difficult breathing, diarrhoea, fever and ear problems), nutritional status is assessed for all children Visible severe wasting (marasmus) and oedema of both feet (kwashiorkor) identify children with severe malnutrition who need urgent referral to hospital A very low weight for age identifies a group of malnourished children whose weight gain should be monitored in a follow-up visit and whose feeding needs careful assessment and any feeding problems remedied.

Severe palmar pallor is present in a high proportion of children with severe anaemia requiring referral to hospital for transfusion, others requiring transfusion present with cough or difficult breathing and are referred with the classification of severe pneumonia or very severe disease Children with some palmar pallor are treated with oral iron for 2 months

COURSE CONTENT: YOUNG INFANT AGE 1 WEEK UP TO 2 MONTHS: CASE MANAGEMENT

A similar process — assess, classify, identify treat, treatment and counsel — is presented for the young infant (age 1 week up to 2 months) and the sick child (age 2 months up to 5 years). Because the signs of pneumonia and other serious bacterial infections cannot be easily distinguised, every young infant is assessed for a set of signs and, if any one sign is present, classified as having a possible serious bacterial infection These infants are referred urgently after initial treatment which includes antibiotics and breastmilk or sugar water to prevent low blood sugar Young infants with diarrhoea are assessed and classified in the same way as older infants, with the exception that how eagerly they drink is not included

Breastfeeding technique is observed for 4 minutes in any young infant with difficulty feeding, low weight-for-age, or who is not breastfeeding often enough or exclusively This assessment determines whether attachment is good (chin touching breast, mouth wide open, lower lip turned outward, and more areola visible above than below the mouth) and whether the infant is suckling effectively (slow deep sucks in bursts, sometimes pausing) If not, the health worker is trained to help the mother improve the infant's position and attachment. Infants with problems breastfeeding are also checked for thrush.

COURSE CONTENT: PREVENTION

- **Nutritional counseling**

Children who are less than 2 years of age or are classified as malnourished based on very low weight-for-age have their feeding assessed and compared with age-specific feeding recommendations, with an aim of identifying specific, remediable feeding problems These children are then seen in follow-up to provide further help in resolving feeding problems and to check on their weight gain Local adaptation of these feeding recommendations and identification of common feeding problems are an important step in adapting the course to each country (or large region) To try to achieve an impact on child nutrition, the nutrition counseling focuses on helping to solve the most important remediable feeding problems which are common in the area, rather than providing general nutritional advice

Sick child encounters provide an opportunity for the delivery of sound, consistent advice on the nutrition of the young child both during and after illness which may have a significant impact in reducing the adverse effect of infections on nutritional status. This includes the promotion of breastfeeding and improved weaning practices with locally appropriate energy -and nutrient-rich foods Specific appropriate complementary foods are recommended and the frequency of feeding by age is clearly laid out. Exclusive breastfeeding is encouraged for the first 4-6 months, use of bottles is discouraged at any age, and guidance is provided to solve important problems with breastfeeding This includes assessing the adequacy of attachment and suckling (see section on the Young Infant)

- **Immunization**

Each child's **immunization status** is checked and vaccinations given as needed. The importance and safety of immunizing sick children who are not being referred to hospital can be consistently taught and reinforced, resulting in fewer missed opportunities for immunization

The guidelines define the minimum level of knowledge, skill and supplies required to ensure health care of reasonable quality, using a short list of essential drugs for outpatient use In terms of equipment, the health worker needs only a timing device (a watch or other timer) to allow an accurate count of the respiratory rate, a litre measure for the preparation of oral rehydration salts, a scale and a thermometer The course is applicable for facilities with and without the capacity to give intravenous fluids

ESSENTIAL DRUGS FOR INTEGRATED OUTPATIENT MANAGEMENT OF THE SICK CHILD

- ORS
- Oral antibiotic
  ± second line
- Oral antimalarial
  ± second line
- Iron
- Vitamin A
- Paracetamol
- (mebendazole)
- Tetracycline eye ointment
- Gentian Violet
- Quinine
- Chloramphenicol

IM

❑ Training methods

The course requires a full 11 days and is a combination of classroom work and hands-on clinical experience Every morning, with the exception of the first day, is spent in the clinic or hospital seeing sick children The course provides substantial clinical experience in assessment, classification, treatment and counselling over these 10 clinical sessions. Each participant manages 30-50 sick children Participants manage sick children under supervision in the outpatient clinic and assess and classify hospitalized children under the guidance of a skilled inpatient clinical instructor The number of clinical sessions and the use of hospitalized children with signs of severe disease help assure that the clinical signs on which the algorithm is based are accurately assessed, including the less common signs indicating severe disease requiring urgent referral to hospital.

Every afternoon is spent working with modules with written exercises with individual feedback, group discussions, drills, presentations, demonstrations, short answer exercises and role plays Several exercises are based on identification of clinical signs using a booklet of photographs and a video The video also demonstrates how to perform the assessment and presents several case studies

212

TRAINING METHODS

Presentations
Demonstrations
Reading
Written case studies and other exercises with individual feedback
Short answer exercises
Practice preparing ORS and other drugs
Role plays
Group discussions
Drills
Photos demonstrations, exercises
Video demonstrations, exercises, case studies

Outpatient clinical practice — assess, classify, treat and counsel
Inpatient clinical practice — assess, classify severe disease

❑ Selection and training of facilitators

Facilitators should be chosen from among staff who have extensive clinical experience They should also have experience in training that has involved practice Facilitators may best be chosen from already existing training centres, such as DTUs or ATUs

As with other WHO CDR courses, the facilitator provides guidance on how to use the course materials, introduces each module, answers questions, guides group activities, models good clinical skills, including communications skills, and individually assesses each participant's performance on every exercise For the module exercises and during clinical practice, participants are asked to show the facilitator how they used the charts to arrive at their answers and any problems in case management decisions are remedied on the spot In the clinic and the inpatient ward, a facilitator sees every child seen by the participants and, when possible, observes the participants' case management By using these teaching methods, the facilitator can make sure that participants have learned and are able to perform satisfactorily

Preparation of facilitators requires 11 days of facilitator training Facilitators must learn the case management process presented in the course, including areas which may be unfamiliar to them such as assessing breastfeeding technique, teaching good communication skills or nutrition counseling Given the size of the course and the importance of demonstrations, drills, role plays, group discussions, extensive clinical practice and other teaching methods in complementing the reading, it is essential that facilitators be well trained and have time to practice their skills It is also important to keep the facilitator participant ratio low (1 facilitator 3-4 participants)

Special efforts must be made to identify and prepare an effective **inpatient clinical instructor** This person must have the competence and confidence to sort through a ward of inpatients and select cases appropriate for clinical practice, assign these cases to participants, discuss their assessment and classifications, and assure correct identification of as many abnormal clinical signs as possible

❑ Training site requirements

The criteria for selecting the sites for clinical practice are described in the Course Director's Guide. In addition to outpatient facilities, at least one inpatient facility is required to ensure that enough patients with danger signs and signs requiring referral are available for demonstration. These sites must also already have or be able to procure the essential drugs needed for training and case management following training. The operational and logistic requirements for conducting the courses will most likely best be met in hospitals with established DTU/ATU's.

❑ Selection of participants for initial courses

The participants for the first course(s) should be selected from among first-level facility staff who have day-to-day responsibility for managing sick children. They should be from health facilities where drug supplies are acceptable and where follow-up is feasible and likely to occur. The initial course should not be considered a "Training of Trainers" course because the country will need to assess the performance of trained staff as they actually treat cases. Training these staff will also provide the best opportunity for subsequent monitoring of the impact of the course. For the same reason, it may be preferable for the training in the first year to focus on one or two regions, or districts.

214

❑ Adaptation of the course content

The course requires adaptation in all countries The process of adapting the generic course materials to country-specific policies and guidelines is one that involves an extensive effort and may take four to six months The steps of the adaptation process are summarized in the box below and are described in the *Adaptation Guide* Laying out the details of how these steps will be carried out in a logical and timely sequence needs to be part of the overall planning process

Steps in the Adaptation Process

1 Review of current national policies and guidelines on the management of the conditions to be included in the course This may involve consideration of additional conditions (e g dengue in some Asian countries) or deleting conditions included in the generic course (e g malaria in countries where this is not a problem) Countries should be cautious about introducing too many new elements into an already extensive course Furthermore there is a serious risk that the course will become too large if elements of Primary Health Care other than the care of sick children are included For all conditions selected, the specific policies and guidelines recommended by the MOH modified if necessary need to be included in the adapted version of the course This may be as simple as filling in the blanks of the charts or as complex as developing new sections of the charts and modules

2 Development of new policies and guidelines In some instances the MOH may not yet have policies and guidelines and decisions will need to be made on desired recommendations

3 Confirmation of actual case management practices through visits to health facilities These visits are not as complex as those included in processes such as the WHO/CDR ' Health Facility Surveys The purpose is simply to observe actual practice and contrast it with official recommendations

4 Visit by a nutrition consultant, or guidance given to local nutritionists to carry out adaptations of feeding recommendations and identification of common local feeding problems The need to identify specific feeding recommendations and to match these with actual feeding practices will require a special consultant visit in many countries At the conclusion of this consultancy draft nutrition guidelines will have been prepared

5 Agreement on draft case management guidelines to be included in the course The adaptation process also needs to include agreement on a system of patient records that can be used by health workers after training

6 Circulation of all draft guidelines and adaptations to relevant MOH staff This step will often require a number of rounds of consultation and redrafting

7 Finalization of adapted guidelines Once revised guidelines are finalized, central/regional staff need to be informed if these constitute a change from current practice or previous recommendations

8 Incorporation of guidelines into the generic charts and modules, including the mother s card This step will also involve testing the mother's card to make sure that it is understood by the mothers for whom it is designed

9 Translation of all course materials

10 Layout and printing of all mate is

215

INTRODUCTION TO THIS FACILITATOR GUIDE

How does this course differ from other training courses?

* The material in the course is not presented by lecture Instead, each participant is given a set of instructional booklets, called modules, that have the basic information to be learned Information is also provided through demonstrations, photographs and videotapes

* The modules are designed to help each participant develop specific skills necessary for case management of sick children Participants develop these skills as they read the modules, observe live and videotaped demonstrations, and practice skills in written exercises, video exercises, group discussions, oral drills, or role plays

* After practicing skills in the modules, participants practice the skills in a real clinical setting, with supervision to ensure correct patient care

* Each participant works at his own speed

* Each participant discusses any problems or questions with a facilitator, and receives prompt feedback from the facilitator on completed exercises (Feedback includes telling the participant how well he has done the exercise and what improvements could be made)

What is a FACILITATOR?

A facilitator is a person who helps the participants learn the skills presented in the course The facilitator spends much of his time in discussions with participants, either individually or in small groups For facilitators to give enough attention to each participant, a ratio of one facilitator to 3 to 6 participants is desired In your assignment to teach this course, YOU are a facilitator

As a facilitator, you need to be very familiar with the material being taught It is your job to give explanations, do demonstrations, answer questions, talk with participants about their answers to exercises, conduct role plays, lead group discussions, organize and supervise clinical practice in outpatient clinics, and generally give participants any help they need to successfully complete the course You are *not* expected to teach the content of the course through formal lectures (Nor is this a good idea, even if this is the teaching method to which you are most accustomed)

What, then, DOES a FACILITATOR do?

As a facilitator, you do 3 basic things

1 You INSTRUCT

- Make sure that each participant understands how to work through the materials and what he is expected to do in each module and each exercise
- Answer the participant's questions as they occur
- Explain any information that the participant finds confusing, and help him understand the main purpose of each exercise
- Lead group activities, such as group discussions, oral drills, video exercises, and role plays, to ensure that learning objectives are met
- Promptly assess each participant's work and give correct answers
- Discuss with the participant how he obtained his answers in order to identify any weaknesses in the participant's skills or understanding
- Provide additional explanations or practice to improve skills and understanding
- Help the participant to understand how to use skills taught in the course in his own clinic
- Explain what to do in each clinical practice session
- Model good clinical skills, including communication skills, during clinical practice sessions
- Give guidance and feedback as needed during clinical practice sessions

2 You MOTIVATE

- Compliment the participant on his correct answers, improvements or progress

- Make sure that there are no major obstacles to learning (such as too much noise or not enough light)

3 You MANAGE

- Plan ahead and obtain all supplies needed each day, so that they are in the classroom or taken to the clinic when needed

- Make sure that movements from classroom to clinic and back are efficient

- Monitor the progress of each participant

How do you do these things?

* Show enthusiasm for the topics covered in the course and for the work that the participants are doing

* Be attentive to each participant's questions and needs Encourage the participants to come to you at any time with questions or comments Be available during scheduled times

* Watch the participants as they work, and offer individual help if you see a participant looking troubled, staring into space, not writing answers, or not turning pages These are clues that the participant may need help

* Promote a friendly, cooperative relationship Respond positively to questions (by saying, for example, "Yes, I see what you mean," or "That is a good question ") Listen to the questions and try to address the participant's concerns, rather than rapidly giving the "correct" answer

* Always take enough time with each participant to answer his questions completely (that is, so that both you and the participant are satisfied)

What NOT to do.....

* During times scheduled for course activities, do not work on other projects or discuss matters not related to the course

* In discussions with participants, avoid using facial expressions or making comments that could cause participants to feel embarrassed

* Do not call on participants one by one as in a traditional classroom, with an awkward silence when a participant does not know the answer Instead, ask questions during individual feedback

* Do not lecture about the information that participants are about to read Give only the introductory explanations that are suggested in the *Facilitator Guide* If you give too much information too early, it may confuse participants Let them read it for themselves in the modules

* Do not review text paragraph by paragraph (This is boring and suggests that participants cannot read for themselves) As necessary, review the highlights of the text during individual feedback or group discussions

* Avoid being too much of a showman Enthusiasm (and keeping the participants awake) is great, but learning is most important Keep watching to ensure that participants are understanding the materials Difficult points may require you to slow down and work carefully with individuals

* Do not be condescending In other words, do not treat participants as if they are children They are adults

* Do not talk too much Encourage the participants to talk

* Do not be shy, nervous, or worried about what to say This *Facilitator Guide* will help you remember what to say Just use it!

How can this FACILITATOR GUIDE help you?

This *Facilitator Guide* will help you teach the course **modules,** including the video segments There is a separate guide to assist you with clinical practice sessions the *Facilitator Guide for Clinical Practice*

For each module, this *Facilitator Guide* includes the following

* a list of the procedures to complete the module, highlighting the type of feedback to be given after each exercise

* guidelines for the procedures These guidelines describe·

  - how to do demonstrations, role plays, and group discussions,
  - supplies needed for these activities,
  - how to conduct the video exercises,
  - how to conduct oral drills,
  - points to make in group discussions or individual feedback

* answer sheets (or possible answers) for most exercises

* a place to write down points to make in addition to those listed in the guidelines

At the back of this *Facilitator Guide* is a section titled "Guidelines for All Modules" (section I) This section describes training techniques to use when working with participants during the course It also includes important techniques to use when

- participants are working individually,
- you are providing individual feedback,
- you are leading a group discussion,
- you are coordinating a role play

The last four pages fold out so that you can refer to them as needed

To prepare yourself for each module, you should

* read the module and ***work the exercises,***

* read in this *Facilitator Guide* all the information provided about the module,

* plan exactly how work on the module will be done and what major points to make,

* collect any necessary supplies for exercises in the module, and prepare for any demonstrations or role plays,

* think about sections that participants might find difficult and questions they may ask,

* plan ways to help with difficult sections and answer possible questions,

* think about the skills taught in the module and how they can be applied in participants' own clinics,

* ask participants questions that will encourage them to think about using the skills in their clinics Questions are suggested in appropriate places in the *Facilitator Guide*

GUIDELINES FOR ALL MODULES

FACILITATOR TECHNIQUES

A. *Techniques for Motivating Participants*

Encourage Interaction

1 During the first day, you will talk individually with each participant several times (for example, during individual feedback) If you are friendly and helpful during these first interactions, it is likely that the participants (a) will overcome their shyness, (b) will realize that you want to talk with them, and (c) will interact with you more openly and productively throughout the course

2 Look carefully at each participant's work (including answers to short-answer exercises) Check to see if participants are having any problems, even if they do not ask for help If you show interest and give each participant undivided attention, the participants will feel more compelled to do the work Also, if the participants know that someone is interested in what they are doing, they are more likely to ask for help when they need it

3 Be available to the participants at all times

Keep Participants Involved in Discussions

4 Frequently ask questions of participants to check their understanding and to keep them actively thinking and participating Questions that begin with "what," "why," or "how" require more than just a few words to answer Avoid questions that can be answered with a simple "yes" or "no "

After asking a question, PAUSE Give participants time to think and volunteer a response A common mistake is to ask a question and then answer it yourself If no one answers your question, rephrasing it can help to break the tension of silence But do not do this repeatedly Some silence is productive

5 Acknowledge all participants' responses with a comment, a "thank you" or a definite nod This will make the participants feel valued and encourage participation If you think a participant has missed the point, ask for clarification, or ask if another participant has a

221

suggestion If a participant feels his comment is ridiculed or ignored he may withdraw from the discussion entirely or not speak voluntarily again

6 Answer participants questions willingly, and encourage participants to ask questions when they have them rather than to hold the questions until a later time

7 Do not feel compelled to answer every question yourself Depending on the situation, you may turn the question back to the participant or invite other participants to respond You may need to discuss the question with the Course Director or another facilitator before answering Be prepared to say "I don't know but I'll try to find out "

8 Use names when you call on participants to speak, and when you give them credit or thanks Use the speaker's name when you refer back to a previous comment

9 Always maintain eye contact with the participants so everyone feels included Be careful not to always look at the same participants Looking at a participant for a few seconds will often prompt a reply, even from a shy participant

Keep the Session Focused and Lively

10 Keep your presentations lively

* Present information conversationally rather than read it

* Speak clearly Vary the pitch and speed of your voice

* Use examples from your own experience, and ask participants for examples from their experience

11 Write key ideas on a flipchart as they are offered (This is a good way to acknowledge responses The speaker will know his suggestion has been heard and will appreciate having it recorded for the entire group to see)

When recording ideas on a flipchart, use the participant's own words if possible If you must be more brief, paraphrase the idea and check it with the participant before writing it You want to be s the participant feels you understood and recorded his idea accura Do not turn your back to the group for long periods as you write

12 At the beginning of a discussion, write the main question on the flipchart This will help participants stay on the subject When needed walk to the flipchart and point to the question

Paraphrase and summarize frequently to keep participants focused Ask participants for clarification of statements as needed Also encourage other participants to ask a speaker to repeat or clarify his statement

Restate the original question to the group to get them focused on the main issue again If you feel someone will resist getting back on track, first pause to get the group's attention, tell them they have gone astray, and then restate the original question

Do not let several participants talk at once When this occurs, stop the talkers and assign an order for speaking (For example, say "Let's hear Dr Samua's comment first, then Dr Salvador s then Dr Lateau's ") People usually will not interrupt if they know they will have a turn to talk

Thank participants whose comments are brief and to the point

13 Try to encourage quieter participants to talk Ask to hear from a participant in the group who has not spoken before, or walk toward someone to focus attention on him and make him feel he is being asked to talk

Manage any Problems

14 Some participants may talk too much Here are some suggestions on how to handle an overly talkative participant

* Do not call on this person first after asking a question

* After a participant has gone on for some time say, "You have had an opportunity to express your views Let's hear what some of the other participants have to say on this point " Then rephrase the question and invite other participants to respond, or call on someone else immediately by saying, "Dr Samua, you had your hand up a few minutes ago "

* When the participant pauses, break in quickly and ask to hear from another member of the group or ask a question of the group, such as, "What do the rest of you think about this point?"

* Record the participant's main idea on the flipchart As he continues to talk about the idea point to it on the flipchart and say, "Thank you, we have already covered your suggestion " Then ask the group for another idea

* Do not ask the talkative participant any more questions If he answers all the questions directed to the group, ask for an answer from another individual specifically or from a specific subgroup (For example, ask, "Does anyone on this side of the table have an idea?")

15 Try to identify participants who have difficulty understanding or speaking the course language Speak slowly and distinctly so you can be more easily understood and encourage the participant in his efforts to communicate

Discuss with the Course Director any language problems which seriously impair the ability of a participant to understand the written material or the discussions It may be possible to arrange help for the participant

Discuss disruptive participants with your co-facilitator or with the Course Director (The Course Director may be able to discuss matters privately with the disruptive individual)

Reinforce Participants' Efforts

16 As a facilitator, you will have your own style of interacting with participants However, a few techniques for reinforcing participants efforts include

* avoiding use of facial expressions or comments that could cause participants to feel embarrassed,

* sitting or bending down to be on the same level as the participant when talking to him

* answering questions thoughtfully, rather than h dly,

* encouraging participants to speak to you by allowing them time,

* appearing interested, saying "That's a good question/suggestion "

17 Reinforce participants who

* try hard

* ask for an explanation of a confusing point

* do a good job on an exercise

* participate in group discussions

* help other participants (without distracting them by talking at length about irrelevant matters)

B. *Techniques for Relating Modules to Participants' Jobs*

1 Discuss the use of these case management procedures in participants own clinics The guidelines for giving feedback on certain exercises suggest specific questions to ask (For example, in *Identify Treatment* ask where the participant can refer children with severe classifications, in *Treat the Child*, ask what fluids will be recommended for Plan A, and ask whether he dispensed drugs to mothers, in *Follow-up*, ask whether mothers will bring a child back for follow-up) Be sure to ask these questions and listen to the participant's answers This will help participants begin to think about how to apply what they are learning

2 Reinforce participants who discuss or ask questions about using these case management procedures by acknowledging and responding to their concerns

225

C. *Techniques for Assisting Co-facilitators*

1 Spend some time with the co-facilitator when assignments are first made Exchange information about prior teaching experiences and individual strengths weaknesses and preferences Agree on roles and responsibilities and how you can work together as a team

2 Assist one another in providing individual feedback and conducting group discussions For example, one facilitator may lead a group discussion, and the other may record the important ideas on the flipchart The second facilitator could also check the *Facilitator Guide* and add any points th have been omitted

3 Each day, review the teach activities that will occur the next day (such as role plays demons. ons. and drills), and agree who will prepare the demonstration lead the drill, play each role, collect the supplies, etc

4 Work *together* on each module rather than taking turns having sole responsibility for a module

226

ANNEX 3
MONITORING AND EVALUATION

For countries who plan to introduce the "Management of Childhood Illness" course, it is recommended that monitoring and evaluation plans be developed early to allow them to learn as much as possible from their experience

MONITORING OF COURSE IMPLEMENTATION

Monitoring is needed to help countries identify those aspects of the course that are going well, and those that need improvement. Monitoring should not interfere with the process of planning for and carrying out effective training, it should build on existing activities whenever possible. It is recommended that initial monitoring efforts be simple, addressing only the most important questions. Over time, countries may want to expand the monitoring to address additional questions about the course or the performance of participants. The following questions should be addressed in developing the monitoring plan:

1 *What should be monitored?* At a minimum, WHO believes that all countries implementing the "Management of Childhood Illness" course should plan to monitor the following:

a <u>whether the courses are carried out as planned</u>. This would include the time spent during the course on each of the modules, the number of cases managed and reviewed by each course participant, and whether the methods used by facilitators were those recommended in the "Facilitator Guide for Teaching Modules" and the "Facilitator Guide for Conducting Clinical Practice". Simple recording forms for this information will be developed by WHO and distributed with the course materials.

b. <u>whether the course materials are adapted and translated appropriately</u>. Careful attention should be directed to the identification of any sections of the written materials or exercises that are not consistent with national policy or guidelines, or are not clear to participants or facilitators. This will be particularly important the first time the course is carried out, and in later courses where participants are drawn from groups different from those who have been trained previously. Difficulties arising from adaptation and translation should be solicited from facilitators at the close of each training day, and systematically recorded.

c. <u>whether participants are able to perform the new skills presented in the course</u>. As a routine part of the course, facilitators will be observing and recording the performance of participants on written exercises and in clinical practice (a form for this purpose will be distributed with the course). These findings will be discussed by facilitators at the end of each day, and should

227

serve as the basis for monitoring whether participants are able to perform the new skills presented in the course. During the course itself, the Course Director should identify someone to be responsible for collecting and summarizing the observations made by facilitators In initial courses, countries may want to look closely at the background and characteristics of participants who perform well, and those who have difficulty in learning the material This information will be needed when developing longer-term plans for training

d whether the trained facilitators conduct subsequent courses This information should be collected routinely through the use of a standardized tracking form for trained facilitators. A model form will be distributed with the course.

2. *Who should conduct the monitoring?* One or more individuals should be assigned clear responsibility for organizing the collection and summary of monitoring information. During the course, facilitators can systematically record information on participant performance, but they will be very busy and someone other than a facilitator will need to be responsible for ensuring that this information is collected and promptly summarized.

3 *How will the monitoring results be used to improve future courses?* Each country will need to specify how the information collected during each course will be incorporated into the planning of subsequent courses. If monitoring is effective, it results in a list of actions that need to be taken. The plan should specify who will be responsible for ensuring that monitoring results are acted upon.

MONITORING AND EVALUATION OF COURSE EFFECTIVENESS IN IMPROVING THE CASE MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS

The objective of the "Management of Childhood Illness" course is to improve the quality of care provided in first-level facilities for children with a particular range of illnesses. After training has taken place, countries will need to assess how well trained workers are able to manage childhood illness in their own facilities. This assessment may take place on a small scale, as follow-up for individual workers after training, or on a larger scale, as a means of evaluating progress toward district or national targets after most workers in an area have been trained.

WHO and the USAID-funded BASICS project are currently developing a "Health Facility Quality Review" (HFQR) method for monitoring and evaluating the quality of case management of childhood illness after initial training The method will not only assess case management and aspects of the health facility at may support or impede correct performance, it will also take advantage of the assessment visit to provide individual feedback and reinforcement. The "surveyors" who conduct the visits may be the facilitators who conduct the training. This would ensure that feedback and

reinforcement were provided by individuals who are competent in case management and familiar with the standards taught in the course. The HFQR guidelines will be ready for use by countries in 1996.

The HFQR will also be designed to support the measurement of a limited number of standard indicators that may be summarized across facilities, districts, or at a national level. These measures will not provide a complete picture of facility-based management of childhood illness, but instead can serve as indicators of progress, or a means of alerting those involved in planning and carrying out training or other key service areas (e g., drug management, supervision) to potential problems.

In three to four years, WHO will modify the course based on lessons learned through country experiences. All countries who decide to carry out the course are therefore requested to prepare written summaries of their experiences in course adaptation, course planning, and course implementation and follow-up, and to share these summaries with WHO.

229

SUPPLIES NEEDED AT CLINICAL PRACTICE SITES

At the clinical practice sites, there should be a reliable supply of relevant sick-child drugs and other supplies, such as.[1]

Antibiotics:

* Cotrimoxazole
  - Adult Tablet
    (80 mg trimethoprim + 400 mg sulphamethoxazole)
  - Pediatric Tablet
    (20 mg trimethoprim + 100 mg sulphamethoxazole
* Cotrimoxazole Syrup
  (40 mg trimethoprim + 200 mg sulphamethoxazole)
* Amoxicillin Tablet (250 mg)
* Amoxicillin Syrup (125 mg per 5 ml)
* Chloramphenicol Intramuscular
  (1000 mg vial mixed with 5 ml sterile water = 200 mg/ml)
* Gentamicin intramuscular
  - 2 ml vials containing 20 mg=2ml at 10 mg/ml, or
  - 2 ml vials containing 80 mg=8ml at 10 mg/ml to be mixed with 6 ml sterile water
* Benzylpenicillin intramuscular
  Vials of 600 mg (1 000 000 units) to which sterile water will be added
* Nalidixic Acid Tablets (250 mg)
* Tetracycline Tablets (250 mg)
* Furazolidone Tablets (100 mg)
* Erythromycin Tablets (250 mg)

Antimalarials:

* Chloroquine Tablets
  - 150 mg base
  - 100 g base
* Chloroquine Syrup (50 mg base per 5ml)
* Sulfadoxine and Pyrimethamine Tablets (500 mg sulphadoxine + 25 mg pyrimethamine)
* Quinine Intramuscular
  - 300 mg/ml (in 2 ml ampoules) using quinine salt
  - 150 mg/ml (in 2 ml ampoules) using quinine salt

---

[1] *Not all of the forms or formulations listed here are universally available. The first-line and second-line oral antibiotics and antimalarials recommended for your country and the forms and formulations of all drugs will be identified when the materials are modified as directed in the adaptation guide*

Antipyretics:

* Paracetamol Tablet (500 mg)
* Paracetamol Tablet (100 mg)

Other drugs:

* Small bottles of safe, soothing cough remedy *(optional)*
* Tetracycline Eye Ointment - small tubes
* Gentian Violet - small bottles
* Mebendazole Tablets (100 mg or 500 mg)
* Iron/Folate Tablets (200 mg ferrous sulfate + 250 mcg folate [60 mg elemental iron])
* Iron Syrup (100 mg ferrous fumerate per 5 ml [20 mg elemental iron per ml])
* Vitamin A Capsules
  - 200 000 IU
  - 100 000 IU
  - 50 000 IU
* Vitamin A Syrup

For rehydration therapy:

* Ringer's Lactate Solution for IV administration
* Oral Rehydration Salts Premixed Packets -- or the following ingredients with amounts specified for mixing with 1 litre water:
  - Glucose (20.0 g) -- (or 40 g sucrose)
  - Sodium chloride (3 5 g)
  - Trisodium citrate, dihydrate (2.9 g) -- (or 2.5 g sodium bicarbonate)
  - Potassium chloride (1.5 g)

Vaccines:

* adequate supplies of BCG, OPV, DPT and Measles vaccines

Other supplies

* Timers for counting fast breathing
* Thermometers
* Scales for weighing children and infants accurately
* Cloth wicks for drying draining ears
* Soft cloths for applying gentian violet
* Clean drinking water for mixing ORS and for offering fluid to child when assessing for signs of dehydration
* Glasses, cups and spoons

Modèle de protocole pour aider à préparer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

Septembre, 1996

Coordination et gestion
(voir Guide, Chapitre 4)

Introduction

Pour aller vers une approche intégrée à la prise en charge des enfants malades, la coordination et la gestion du soutien sont nécessaires à tous les niveaux du système de soins de santé Connaître le système actuel est une partie importante de la préparation pour la mise en oeuvre Ce modèle de protocole vise à faciliter la compréhension du système actuel de coordination et de gestion et à se préparer à faire des changements C'est **un modèle** Les questions peuvent être ajoutées, enlevées ou modifiées pour répondre aux circonstances d'un pays donné

Les questions sont organisées de sorte à correspondre aux sections du guide (surtout du chapitre 4) et sont identifiées dans le guide par des crochets, par exemple [prot 1 1] Le protocole peut être utilisé pour receuillir des informations auprès de responsables du système de soins de santé ou pour organiser l'information disponible à partir d'études ou d'activités de suivi régulier Les chapitres 3 et 4 présentent des suggestions sur les personnes qui peuvent participer ainsi que sur le "comment" et le "quand" de la collecte de données

Les instructions pour les enquêteurs sont présentées en italiques Il faut se concentrer sur la collecte de données qui sont les plus exactes que possible et qui peuvent être analysées et utilisées Rappelez-vous que le but consiste à réunir des informations dont on a **besoin** pour prendre des décisions informées

Coordination et gestion

Remplir cette section avant de commencer à faire une interview ou de noter des données prises des documents

Date _____

Source de données _____
(Nom et titre des répondants ou titres des documents)

Niveau (encerclez un niveau) National
Régional (nom) _____
District (nom) _____

Enquêteur (ou personne qui remplit le questionnaire) _____

Commencer en vous présentant, en établissant le contact avec la personne qui est interviewée et en expliquant le but de l'interview Par exemple

> *Nous réunissons des informations auprès de responsables de divers contextes pour mieux comprendre le côté gestion de la prise en charge intégrée des enfants malades Nous cherchons à trouver des manières d'améliorer le coût-efficacité et la qualité des soins pour les enfants malades Il n'y a pas de réponses justes ou fausses Ce qui nous intéresse, c'est votre opinion sur la manière dont les choses marchent aujourd'hui et ce que vous proposez pour les améliorer*

Utiliser la matrice à la page suivante pour poser une série de questions et noter les réponses Les questions sont données dans la colonne 1 Les réponses peuvent être inscrites dans la colonne 2 (et la colonne 3, quand le cas s'applique) La matrice correspond au tableau 4 2 du Guide

Fonctions du Ministère de la Santé (MS) **Niveau: (encerclez un niveau)** **National** **Régional** **District**	**Réponse: Inscrire la réponse ou encercler O (oui) ou N (non), ou "ne sait pas"**	**1.8 Qui est responsable?*** **(Nom de la division, unité ou programme)**
1.1 Politiques A ce niveau, des décisions sur le plan des politiques sont-elles prises sur la prise en charge des enfants malades la sélection des médicaments	O N Ne sait pas Expliquer O N Ne sait pas Expliquer	
1.2 Conseils techniques Est-ce que vous donnez des conseils techniques sur la prise en charge, par exemple est-ce que vous préparez des directives de traitement?	O N Ne sait pas Expliquer	
1.3 Coordination Ces deux dernières années, est-ce que la formation pour la prise en charge a été coordonnée par ce niveau?	O N Ne sait pas Expliquer	

234

Fonctions du Ministère de la Santé (MS) **Niveau: (encerclez un niveau)** **National** **Régional** **District**	**Réponse: Inscrire la réponse ou encercler O (oui) ou N (non), ou "ne sait pas"**	**1.8 Qui est responsable?*** **(Nom de la division, unité ou programme)**
1.4 Planification et Mise en oeuvre Ces deux dernières années, est-ce que des plans d'action ont été préparés à ce niveau pour la formation concernant la prise en charge?	O N Ne sait pas Expliquer	
1.5 Supervision Est-ce que quelqu'un à ce niveau (ou une unité) supervise la prise en charge dans les établissements sanitaires?	O N Ne sait pas Expliquer	
1.6 Acquisition et approvisionnement en médicaments Est-ce qu'on prend des décisions et des actions à ce niveau concernant l'acquisition et l'approvisionnement en médicaments?	O N Ne sait pas Expliquer	
1.7 Budget et Financement Est-ce qu'on s'occupe de la gestion de fonds à ce niveau pour la prise en charge?	O N Ne sait pas Expliquer	

* Y compris d'autres à l'extérieur du Ministere de la Santé qui participent ou qui sont responsables pour l'une des fonctions de la liste

235

1.9 Décrire tout effort de coordination à ce niveau pour les programmes en cours de santé intégrée de l'enfant Qui participe à l'intérieur et à l'extérieur du MS?

Quels sont les accomplissements?

Quelles sont les difficultés?

1.10 Qui, le cas échéant, à ce niveau est responsable de la planification et de la mise en oeuvre de

PMI . . . _____

LMD . . . _____

IRA . . . _____

Prévention et lutte contre le paludisme _____

Nutrition .. . . _____

PEV .. . . _____

Activités de formation . . . . _____

Activités intégrées de santé infantile _____

1.11 Qui fournit actuellement les ressources financières pour soutenir les activités de santé infantile?

Existe-t-il des initiatives paiement-des-utilisateurs? Prière de décrire

1.12 A quoi ressemble l'organigramme du Ministère de la Santé (à ce niveau)? Si c'est possible, pouvez-vous dessiner cet organigramme

1.13 Quels sont les programmes qui ont des buts et objectifs clairement définis à ce niveau?

236

1.14 Nous aimerions connaître vos points de vue sur les manières d'améliorer les services de santé pour les enfants malades Est-ce que vous avez des suggestions?

Qu'est-ce qui vous préoccupe à propos de l'introduction possible de la prise en charge intégrée? par exemple, vous attendez-vous à des changements dans la composition du personnel ou au niveau des rôles et responsabilités de ceux en charge de programmes donnés de lutte contre des maladies?

Qui sera probablement le plus en faveur de la PCI?

Qui résistera probablement le plus à la PCI?

De quelle assistance pensez-vous avoir besoin, le cas échéant, en tant que responsable une fois qu'on aura adopté la PCI?

Quels sont les trois problèmes de santé qui bénéficient actuellement d'un engagement et d'un soutien politique élevé?

1. _____ Pourquoi? _____

2 _____ Pourquoi? _____

3 _____ Pourquoi? _____

Merci de votre aide Si vous avez d'autres idées ou informations que vous aimeriez partager avec nous, n'hésitez pas à me le faire savoir

De suite après l'interview, revoir le questionnaire pour vérifier que toutes les réponses sont inscrites correctement et lisiblement

Modèle de protocole pour aider à préparer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

Septembre, 1996

Formation
(voir Guide, Chapitre 5)

Introduction

La prise en charge intégrée des enfants malades exige de nouvelles compétences Comprendre les compétences actuelles des prestataires de services est une partie importante de la préparation au changement Cet avant-projet de protocole vise à faciliter la compréhension des compétences, pratiques et arrangements de formation actuels Les données obtenues peuvent être utilisées pour déterminer qui doit être formé, comment augmenter la couverture de formation et pour établir le plan de formation Le protocole est un **avant-projet** Des questions peuvent être ajoutées, supprimées ou modifiées pour répondre aux circonstances d'un pays particulier

Les questions sont organisées de sorte à correspondre aux sections du Guide (surtout le chapitre 5) et sont identifiées dans le guide par des numéros entre crochets, par exemple [Prot 2.1] Le protocole peut être utilisé pour réunir des informations auprès de responsables et agents de santé dans le système sanitaire ou pour organiser des informations provenant d'études ou d'activités de suivi régulier (par exemple, des études de prise en charge et des enquêtes auprès des ménages) Les chapitres 3 et 5 présentent des suggestions sur les personnes qui peuvent participer et sur le "comment" et le "quand" de la collecte des données

Les instructions pour les enquêteurs sont présentées en italique Il faut surtout chercher à réunir des données qui sont exactes et des données qui peuvent être analysées et utilisées Rappelez-vous que le but est de collecter des informations **nécessaires** pour prendre des décisions informées

Formation

Remplissez cette section avant de commencer à faire l'interview ou de noter des données provenant de documents

Date _____

Source de données _____
(nom et titre des répondants ou titres des documents)

Niveau (encerclez un niveau) National
Régional (nom) _____
District (nom) _____

Enquêteur (ou personne que remplit le questionnaire) _____

Commencez par vous présenter, établissez le contact avec la personne qui est interviewée et expliquez le but de l'interview Par exemple·

> *Nous sommes en train de réunir des informations auprès d'agents de santé et de responsables dans divers contextes pour mieux comprendre les compétences et les practiques existantes touchant à la prise en charge des enfants malades Nous cherchons à trouver des manières d'améliorer la qualité des soins donnés aux enfants malades Il n'y a pas de réponses justes ou fausses Nous voulons simplement connaître vos opinions sur la manière dont les choses fonctionnent aujourd'hui et sur la manière dont on pourrait améliorer le système actuel*

p 34

2 1 - 2 3 Avez-vous un organigramme pour le système des établissements sanitaires de cette région? O N

Si "oui", passez en revue l'organigramme et assurez-vous que vous le comprenez Attachez-en une copie à ce questionnaire

Si "non", demandez au répondant de dessiner un organigramme Passez-le en revue pour être sûr que vous le comprenez

Parmi les types d'établissement sanitaires suivants, lesquels sont considérés comme des établissements de premier niveau? Indiquez le nombre d'établissements de premier niveau qu'on trouve dans la région (ou dans le district) et le nombre total d'agents de santé qui diagnostiquent et traitent les enfants malades dans ces établissements

2 1 Type d'établissement *(Encerclez les établissements de premier niveau)*	2 2 Combien existe-t-il d'établissements de premier niveau dans la région (ou le district)?	2 3 Nombre d'agents de santé qui diagnostiquent et traitent les enfants dans les établissements de premier niveau
Poste de santé		
Clinique de santé		
Centre de santé		
Hôpital de district		
Autre_____		

2 4 Nous aimerions connaître les tâches des agents de santé qui soignent les enfants dans les établissements de premier niveau qui évalue, qui classifie, qui traite, qui conseille et qui réfère les enfants malades

240

Dans le tableau ci-après, encerclez les catégories d'agents de santé qui se trouvent dans les établissements de premier niveau

Pour les catégories encerclées, posez les questions par exemple,

Est-ce que <u>les assistants médicaux</u> évaluent? classent? traitent? conseillent? réfèrent?

Répétez pour d'autres catégories d'agents de santé qui sont encerclées et remplissez le tableau ci-après en encerclant O pour "oui" et N pour "non" Omettez les catégories des agents de santé qui ne travaillent pas dans les établissements de premier niveau

Catégorie d'agents de santé ***(Encerclez ceux dans les établissements de premier niveau)***	**Est-ce que l'agent de santé...**									
	Evalue?		**Classifie?**		**Traite?**		**Conseille?**		**Réfère?**	
Assistant médical	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Infirmier	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Médecin - Spécialiste	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Médecin - Autre	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Pharmacien	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Autre_____	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N

244

Existe-t-il des descriptions des tâches pouvant fournir des informations supplémentaires sur les tâches des agents de santé? *(Encerclez la réponse Si "oui", obtenez des exemplaires et attachez-les à ce questionnaire)*

O N

2 5 Quels sont les points forts dans les compétences et les connaissances de la prise en charge pour chaque catégorie d'agent de santé? Comment pourrait-on améliorer la prise en charge? *(Inscrivez les réponses dans le tableau ci-après Sondez les réponses pour obtenir des exemples spécifiques de compétences existantes et des exemples spécifiques de domaines pouvant être améliorés)*

Catégorie d'agents de santé	**2.5 Points forts dans les compétences et connaissances de la prise en charge**	**2.5 Comment pourrait-on améliorer la prise en charge?**	**2.6 Compétences linguistiques et aptitudes à la lecture**
Assistant médical			
Infirmier			
Médecin - Spécialiste			
Médecin - autre			
Pharmacien			
Autre_____			

248

2 6 Quelle est ou quelles sont les langues que parle couramment l'agent de santé de premier niveau? Quelles sont leurs aptitudes à lire un long texte et à faire des exercices écrits?

Réponse à 2 4 - 2 6 se basent sur (*Encerclez ce qui convient*)

Opinion Visites de supervision Etudes de prise en charge

Evaluation des établissements sanitaires Autres sources

Obtenez tout rapport qui fournit des informations supplémentaires sur les pratiques de prise de prise en charge

2 7 Qui supervise les pratiques de prise en charge dans les établissements de premier niveau?

_____
(nom) (titre)

(Encerclez un des éléments suivants)

La supervision est-elle interne (effectuée par le personnel interne)?
externe (visites du personnel extérieur)?

2 8 Avez-vous des données sur le pourcentage de gardiens d'enfants qui emmènent les enfants malades pour être traités dans les *(Encerclez la réponse et mettez le pourcentage)*

établissements publics? ___
établissements privés? ___
ONG? ___
Ne sait pas ___

Source d'information _____

2 9 Combien d'agents dans ces établissements de premier niveau ont reçu une formation clinique pratique portant sur la prise en charge de diverses maladies infantiles? Combien d'agents de santé dans ces établissements de premier niveau n'ont pas reçu de formation portant sur la prise en charge de diverses maladies de l'enfance? *(Remplissez le tableau ci-après Si le répondant ne sait pas, marquez NSP)*

Domaine de la formation pour la prise en charge	Combien d'agents dans ces établissements de premier niveau ONT reçu une formation pratique?	Combien d'agents dans ces établissements de premier niveau N'ONT PAS reçu de formation pratique?
Prise en charge des infections respiratoires aigues (IRA)		
Prise en charge de la diarrhée (LMD)		
Conseils nutritionnels		
Prise en charge du paludisme		
Prise en charge de la rougeole		
Prise en charge intégrée des enfants malades		

2 10 A votre avis, qui serait le plus utile pour influencer des changements dans le système actuel de soins de santé? Nommez les catégories des agents et, le cas échéant, les noms et titres

_____

_____

_____

2 11 A votre avis, quels sont les agents de santé qui bénéficieraient le plus du cours de formation de l'OMS/UNICEF actuellement disponible sur la prise en charge des maladies de l'enfance au vu de leurs compétences llinguistiques et de lecture?

264

2 12 Pouvez-vous identifier des groupes de population où les enfants courent un grand risque de contracter de graves maladies? Indiquez les raisons de votre opinion

_____

_____

_____

2 13 Quels sont les sites de formation qui existent dans cette région? Nommez-les Fonctionnent-ils?

1 _____ O N Ne sait pas
2 _____ O N Ne sait pas

2 14-2 16 *L'information suivante est un cadre servant à estimer les données sur la couverture de de la formation Prière d'inscrire la réponse ou d'encercler la réponse appropriée*

2 14 Pendant quels mois trouve-t-on le plus de cas pour la formation clinique?

_____Diarrhée_____

_____IRA_____

_____Paludisme_____

2 15 Combien de formateurs formés peuvent être disponibles pour dispenser une formation sur la prise en charge intégrée?

2 16 Quels fonds sont ou pourraient devenir disponibles pour les activités de formation?

Prière d'indiquer toute éventuelle source de financement de la formation que vous pouvez suggérer.

_____

_____

2 17-2 20 Indiquez le(s) thème(s) pour la formation portant sur la prise en charge des enfants malades

2 17 Existe-t-il une formation décentralisée portant sur la prise en charge?

2 18 Existe-t-il une formation sur le tas? Expliquez

_____

_____

2 19 Quelle formation existe pour les prestataires sanitaires privés?

_____

_____

2 20 Pendant la dernière année, a-t-on cherché à informer les agents de santé sur la prise en charge (à savoir leur a-t-on donné une orientation)? Expliquez

2 21 - 2 24 Les questions suivantes aideront à évaluer les besoins sur le plan prise en charge pour les cause le couranted de décès chez les enfants? A votre avis, quelles sont les causes les pluse couranted des décès d'enfants? Quelles sont les compétences de prise en charge dont on a le plus besoin? Quels sont les médicaments essentiels disponibles pour le traitement?

Ecrire les réponses dans la première colonne à gauche et poser les autres questions par rapport à cette réponse Les réponses correspondent aux trois premières colonnes de la fiche de travail 5-2 au chapitre 5

Récapitulatif des compétences de prise en charge nécessaires		
2.21 Quelles sont les causes les plus courantes de décès chez les enfants? (Inscrivez la réponse ci-après)	**2.22 Quelles sont les compétences de prise en charge dont on a le plus besoin?**	**2.23 Quels sont les médicaments essentiels disponibles pour le traitement?**
Source d'information _____	Source d'information _____	Source d'information _____

2 24 A votre avis, pendant combien de temps les différentes catégories d'agents de santé dans les établissements de premier niveau peuvent-ils s'absenter pour un cours de formation? Donnez une durée maximum

_____

Merci de votre assistance Si vous aimeriez partager des idées supplémentaires ou obtenir plus d'informations, n'hésitez pas à me faire savoir

Immédiatement après l'interview, revoir le questionnaire pour vérifier que toutes les réponses sonst inscrites correctement et clairement

Modèle de protocole pour aider à préparer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

Septembre, 1996

Politiques
(voir Guide, Chapitre 6)

Introduction

Ce modèle de protocole est conçu pour aider les responsable à revoir et à identifier les problèmes au niveau des politique et à faire des recommandations en vue d'actions Un grand nombre de pays ont déjà des politiques de prise en charge qui ont été mises au point par des programmes spécifiques, tel que le programme national de lutte contre les infections respiratoires aigues Peut-être les politiques conviennent-elles à la prise en charge intégrée des enfants malade ou alors elles devront être modifiées Tous les pays n'auront pas forcément défini des politiques pour guider des décisions du type suivant quand faut-il donner de la vitamine A ou quand faut-il administrer les vaccins contre la rougeole Les politiques nationales sont importantes pour une prise en charge intégrée car elles représentent une norme pour adapter le matériel de formation, fournir les médicaments essentiels et donner une constance aux messages de communication

Le chapitre 6 présente des exemples de questions auxquelles pourront répondre les politiques nationales Dans ce protocole, les domaines de politiques sont organisés dans un tableau qui indique également des sources possibles d'information sur les politiques. Par conséquent, le protocole est un cadre d'étude et d'analyse des politiques nationales Des informations supplémentaires sur les politiques sont données dans le module d'Adaptation de l'OMS/UNICEF

Les instructions pour les enquêteurs sont présentées en italiques Il faut se concentrer sur la collecte de données qui sont exactes et sur des données qui peuvent être analysées et utilisées Rappelez-vous que le but consiste à réunir des informations dont on a **besoin** pour prendre des décisions informées

Récapitulez l'information dans le tableau suivant en joignant les énoncés de politiques disponibles

Questions et source possible d'information concernant les politiques relatives à la PCI					
Questions: **Quelle est la politique nationale sur...** (Récapitulez les principaux aspects de la politique)	**Sources possibles** **(Inscrivez ou encerclez la source utilisée)**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**Encerclez les secteurs où la politique est applicable**	**La politique est-elle appliquée? Comment?**
3 1 La prise en charge des enfants souffrant de diarrhée (y compris les politiques pour la dysenterie et le choléra) dans les établissements sanitaires	Programme national LMD PMI	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP
3.2 La prise en charge de la diarrhée à la domicile avec liquides et aliments recommandés à domicile pendant et après la diarrhée	Programme national LMD PMI	O N NSP	O N NSP	Public	O N NSP

Questions et source possible d'information concernant les politiques relatives à la PCI					
Questions: **Quelle est la politique nationale sur...** (Récapitulez les principaux aspects de la politique)	**Sources possibles** **(Inscrivez ou encerclez la source utilisée)**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**Encerclez les secteurs où la politique est applicable**	**La politique est-elle appliquée? Comment?**
3.3 L'allaitement au sein	PMI	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP
3 4 La prise en charge à domicile des infections respiratoires aigues (IRA)	Programme IRA PMI	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP

250

Questions et source possible d'information concernant les politiques relatives à la PCI					
Questions: **Quelle est la politique nationale sur...** (Récapitulez les principaux aspects de la politique)	**Sources possibles** **(Inscrivez ou encerclez la source utilisée)**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**Encerclez les secteurs où la politique est applicable**	**La politique est-elle appliquée? Comment?**
3.5 La prise en charge des IRA dans les établissements sanitaires (y compris médicaments pour pneumonie modérée à grave)	Programme IRA PMI	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP
3 6 La prévention et la prise en charge du paludisme	Programme de lutte contre le paludisme	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP

251

Questions et source possible d'information concernant les politiques relatives à la PCI					
Questions: **Quelle est la politique nationale sur...** (Récapitulez les principaux aspects de la politique)	**Sources possibles** **(Inscrivez ou encerclez la source utilisée)**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**Encerclez les secteurs où la politique est applicable**	**La politique est-elle appliquée? Comment?**
3.7 La prise en charge et les conseils nutritionnels des enfants malades (supplémentation en vitamine A? Suivi de la croissance?)	Nutrition PMI	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP
3 8 La prise en charge de la rougeole	PEV PMI	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP

Questions et source possible d'information concernant les politiques relatives à la PCI					
Questions: **Quelle est la politique nationale sur...** (Récapitulez les principaux aspects de la politique)	**Sources possibles** **(Inscrivez ou encerclez la source utilisée)**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**Encerclez les secteurs où la politique est applicable**	**La politique est-elle appliquée? Comment?**
3.9 Le calendrier des vaccinations, vaccinations des enfants malades?	Programme PEV	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP
3 10 Les médicaments (médicaments essentiels pour utilisation de médicaments essentiels au premier niveau dans les secteurs public et privé)	Division Pharmaceu-tique Programme des médicaments essentiels	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP

25

Questions et source possible d'information concernant les politiques relatives à la PCI					
Questions: **Quelle est la politique nationale sur...** (Récapitulez les principaux aspects de la politique)	**Sources possibles** **(Inscrivez ou encerclez la source utilisée)**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**La politique est-elle diffusée aux agents de santé?**	**Encerclez les secteurs où la politique est applicable**	**La politique est-elle appliquée? Comment?**
3 11 Qui prescrit les antibiotiques (catégorie d'agents de santé)?	Division Pharmaceutique Programme des médicaments essentiels	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP
3 12 Qui prescrit les injections (catégorie d'agents de santé)?	Division Pharmaceutique Programme des médicaments essentiels	O N NSP	O N NSP	Public Privé	O N NSP

Après avoir rempli le tableau, revoyez-le pour être sûr que les réponses sont inscrites correctement et lisiblement Joignez les documents pertinents concernés

254

Modèle de protocole pour aider à préparer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

Septembre, 1996

Disponibilité de médicaments
(voir Guide, Chapitre 7)

Introduction

Ce modèle de protocole vise à aider les responsables à évaluer la disponibilité de médicaments pour la prise en charge intégrée (PCI), à revoir les listes et les directives pour les médicaments existants et à examiner la situation sur le plan médicaments des établissements sanitaires Ce sont là des étapes de préparation en vue d'améliorer le système d'approvisionnement en médicaments et de vérifier que les médicaments essentiels et les fournitures sont disponibles pour le traitement des enfants malades Les problèmes majeurs dans le système de médicaments n'entrent pas dans la portée de ce protocole

Le Chapitre 7 fournit des directives générales Ce protocole est un cadre pour l'interview de personnes connaissant bien la situation tels les pharmaciens, les vendeurs de médicaments et les responsables de magasins médicaux dans le but d'obtenir des informations sur la disponibilité de médicaments Ou alors, autre solution, on peut réunir des données à partir d'enquêtes ou d'évaluations existantes pour arriver à mieux comprendre les actions sur le plan des médicaments nécessaires pour préparer la PCI

Les instructions pour les enquêteurs sont présentées en italique Il faut chercher à collecter des données qui sont exactes et des données qui peuvent être analysées et utilisées Il faut se rappeler que le but est de réunir des informations nécessaires pour prendre des décisions informées

Disponibilité de médicaments

Remplissez cette section avant de commencer à faire une interview

Date _____

Source de données_____
(nom et titre du répondant ou titres des documents consultés)

Niveau (encerclez un niveau) National
Régional (nom) _____
District (nom) _____

Enquêteur _____

Commencez par vous présenter, établissant le contact avec la personne interviewée et expliquant le but de l'interview Par exemple,

> *Nous sommes en train de réunir des informations auprès de responsables et d'agents de santé dans divers contextes pour mieux comprendre les modes existants de la disponibilité de médicaments Nous nous intéressons à la prise en charge des enfants malades Il n'y a pas de réponse juste ou fausse Nous sommes simplement intéressé par ce que vous pensez de la manière dont les choses fonctionnent aujourd'hui et ce que vous proposez pour améliorer le système actuel*

4 1 Voici une liste de médicaments et vaccins de PCI qui peuvent être utilisés pour traiter les maladies de l'enfance Répondez aux questions du tableau pour indiquer la disponibilité et les raisons de non disponibilité dans les établissements de premier niveau Les magasins médicaux, centraux et régionaux ainsi que les pharmacies privées, tel qu'approprié Donnez les sources d'information (opinions, dossiers, rapports de supervision, enquête sur la prise en charge) Spécifiez _____

_____

Encerclez O pour "oui", N pour "non" et NSP pour "ne sais pas"
Si la réponse est "oui", dans certains mais pas dans tous (les établissements, magasins ou pharmacies), inscrivez "certains" après avoir encerclé O
Si la réponse est "non", indiquez la raison de la non-disponibilité (si vous la connaissez)
Indiquez les nombres ou noms des établissements, magasins, pharmacies dans la zone enquêtée

Récapitulatif de la disponibilité de médicaments dans les établissements de premier niveau, magasins médicaux et pharmacies de la région...

Liste de médicaments	**Quels sont les médicaments et vaccins disponibles dans...**			
	les établissements de premier niveau ? (____) nombres	**les magasins médicaux centraux ?** (_____) noms ou nombres	**les magasins médicaux régionaux ?** (_____) noms ou nombres	**les pharmacies privées?** (_____) nombres
Cachets/sirop d'amoxicilline	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Chloramphénicol im	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Cachets de chloroquine	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Cachets enfant/adulte de cotrimoxazole	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Cachets d'érythromycine	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Gentamicine im	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Cachets de nalidixique acide	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP

257

Récapitulatif de la disponibilité de médicaments dans les établissements de premier niveau, magasins médicaux et pharmacies de la région...				
Liste de médicaments	**Quels sont les médicaments et vaccins disponibles dans...**			
	les établissements de premier niveau ? (_____) nombres	**les magasins médicaux centraux ?** (_____) noms ou nombres	**les magasins médicaux régionaux ?** (_____) noms ou nombres	**les pharmacies privées?** (_____) nombres
Solution saline normale	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Sels de réhydratation orale	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Cachets de paracétamol	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Sulfa pyrimethamine	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Quinine im	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Lactate ringers	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Pommade pour les yeux à base de tétracycline	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Vaccins				
BCG	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Polio (voie orale	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
DPcoq	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Rougeole	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP

2.Sis

Récapitulatif de la disponibilité de médicaments dans les établissements de premier niveau, magasins médicaux et pharmacies de la région...				
Liste de médicaments	**Quels sont les médicaments et vaccins disponibles dans...**			
	les établissements de premier niveau ? (____) nombres	**les magasins médicaux centraux ?** (_____) noms ou nombres	**les magasins médicaux régionaux ?** (_____) noms ou nombres	**les pharmacies privées?** (_____) nombres
Capsule de vitamine A	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP
Autres · _____ _____	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP

4 2 Repassez sur la liste de médicaments du tableau précédent et encerclez tout médicament dont vous savez qu'il était en rupture de stock dans les établissements sanitaires pendant les trois derniers mois

4 3 A votre avis, quelles sont les principales raisons faisant que certains médicaments et vaccins ne sont pas disponibles dans les établissements sanitaires ?

1._____

2 _____

3 _____

4 4 Parfois, les médicaments sont disponibles dans les magasins médicaux centraux mais ne sont pas disponibles dans les établissements sanitaires Est-ce que vous savez pourquoi cela arrive ? O N

Expliquez _____

4 5 Est-ce que ce pays a une liste nationale de médicaments essentiels ? O N NSP
Si "oui", obtenez une copie ou voyez où elle peut être obtenue

4 6 Quels sont les autres listes et directives de médicaments qui existent dans les secteurs sanitaires publics et privés ? Quels sont les médicaments de PCI qui ne sont pas compris dans les listes ou directives de médicaments ? Donnez le nom des médicaments dans le tableau ci-après

Liste ou directives de médicaments

Secteurs public et/ou privé

Médicaments de PCI non inclus

4 7 Est-ce qu'il existe une des listes standards de médicaments susmentionnées dans les établissements sanitaires ? O N NSP
Expliquez (soyez spécifiques) ·

4 8 Est-ce que les établissements sanitaires gardent un stock de médicaments ?
O N NSP
Expliquez

Est-ce que les établissements sanitaires gardent des dossiers des commandes de médicaments ? O N NSP
Expliquez

4 9 Si "oui" à 4 8, est-ce que vous avez des informations sur le pourcentage de temps moyen pendant lequel l'un quelconque de ces médicaments ou vaccins de PCI était en rupture de stock pendant l'année précédente

Médicaments choisis de PCI en rupture de stock	Temps de la rupture de stock l'année dernière (% de temps)

4 10 Est-ce que vous savez si l'un quelconque des médicaments PCI ont été utilisés à d'autres fins que la prise en charge des enfants malades ? O N NSP

Expliquez

4 11 Donnez les noms ou les noms des régions des établissements sanitaires où certains médicaments de PCI étaient disponibles ces trois derniers mois ?

Etablissements sanitaires de premier niveau ou région(s) avec certains médicaments de PCI disponibles

260

Merci de votre aide Si vous aimeriez partager d'autres idées ou obtenir des informations supplémentaires, prière de me le faire savoir

Après avoir rempli le questionnaire, revoyez-le pour être sûr que les réponses sont inscrites correctement et lisiblement Joignez des exemplaires de documents pertinents consultés

EVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES

voir: "Directives pour l'évaluation rapide intégrée des établissements sanitaires" préparées par le Projet BASICS pour les protocoles et directives pour réaliser l'évaluation des établissements sanitaires

OPTION: MODELE d'évaluation des établissements sanitaires; Prise en charge intégrée de l'enfant malade

---

But.
Réparer des lacunes dans les connaissances et compétences appliquées, des diagnostics manqués (classifications) et indiquer les facteurs pouvant contribuer à la performance des agents de santé Cela aidera à comprendre les pratiques courantes rapportés et à planifier des formations et autres activités pour améliorer la prise en charge des enfants malades.

L'information réunie pendant les visites dans les établissements sanitaires aidera à répondre aux questions se rapportant à la planification de la formation et à la disponibilité de médicaments, tel qu'indiqué aux Chapitres 5 et 7 du guide : "Prise en charge intégrée des enfants malades : un guide de préparation".

Quand faut-il utiliser les protocoles .
Les instruments peuvent être utilisés pendant les visites dans des établissements sanitaires choisis pour faire une évaluation rapide de la prise en charge des enfants malades et des facteurs influençant les soins

Si le visiteur/superviseur/enquêteur n'est pas formé en matière de prise en charge intégrée, seuls les formulaires 1 et 2 devraient être utilisés Les procédures d'analyse des données ne sont pas incluses ici.

Les instruments d'Evaluation de la prise en charge sont notamment

1. Direction de l'établissement :
   Interviewez le chef de l'établissement sanitaire (par exemple, le Chef de l'hôpital, centre de santé, Département de pédiatrie, service des consultations externes, etc) et faites une observation de l'établissement sanitaire concernant le soutien qui existe dans l'établissement pour la prise en charge des enfants malades

2. Interview avec les agents de santé
   Le jour de la visite dans l'établissement, interviewez les agents de santé s'occupant des consultations externes pour enfants

262

3. Observation de la prise en charge des enfants malades

Pour utiliser ce protocole **l'observateur** doit avoir une formation portant sur la prise en charge des enfants malades basée sur l'algorithme intégré.

Parmi les **cas**, on a tous les enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans consultant pour convulsions, incapacité à boire, toux ou difficulté à respirer, diarrhée, fièvre, paludisme, rougeole ou problèmes nutritionnels, ou qui sont anormalement fatigués ou ont du mal à se réveiller.

L'agent de santé devra peut-être dire à voix haute ce qu'il recherche et ce qui est trouvé pendant l'évaluation et la classification. Si l'agent de santé ne donne pas volontairement des informations sur le choix du traitement, on peut lui demander sur quelle base il a pris la décision On ne doit pas suggérer des réponses pendant l'observation

Version formulaire 1: GESTION DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement · _____ Date : _____
Type de l'établissement _____ (Hôpital, Centre de santé)
Urbain/Rural . _____ (U,R)
Enquêteur _____

INTERVIEW AVEC LE CHEF DE LA CLINIQUE

1 Combien de personnes travaillent dans cet établissement ?
2 Quelle est la proportion du personnel travaillant ici qui s'occupe des enfants malades ?
3 Quelle est la proportion du personnel traitant les enfants malades qui a reçu une formation sur la prise en charge
de la diarrhée ?
des IRA ?
de la rougeole ?
du paludisme ?
des problèmes nutritionnels ?
formation pour autre prise en charge ? Spécifiez .
formation pour le PEV ?

4. Pendant combien d'heures par jour le service des consultations externes est-il ouvert ?

5. Où réfère-t-on les cas compliqués ?

6 A quelle distance se situe le site de référence le plus proche ?

7. En prenant les 90 derniers jours, pendant combien de jours l'établissement avait des stocks des médicaments suivants à distribuer aux patients ?

		0-30	31-60	61-90
a.	Comprimés ou sirop de cotrimoxazole			
b	Comprimés ou sirop d'amoxicilline			
c.	Comprimés d'érythromycine			
d	Comprimés de nalidixique acide			
e	Chloramphénicol intramusculaire			
f	Gentamicine intramusculaire			
g	Comprimés de chloroquine			
h.	Quinine intramusculaire			
i	Fansidar			
j.	Comprimés de paracétamol			
k.	Pommade pour les yeux à base de tétracycline			

264

		0-30	31-60	61-90
l	Capsules de vitamine A			
m	Lactate ringers			
n	Sels de réhydratation orale			
o	Vaccins			
	BCG			
	Polio (voie orale)			
	CT coq			
	Rougeole			

Si 0 - 30 pour l'un quelconque des médicaments ci-dessus, pourquoi?

8 Pour quel traitement autre que le traitement des maladies de l'enfance, utilisez-vous les médicaments ci-dessus Donnez d'autres buts de traitement pour chaque médicament

9 Si vous n'avez pas les médicaments susmentionnés ou si le stock d'un des médicaments ci-dessus est épuisé, est-il difficile d'en obtenir plus ?

difficile facile

Décrivez:

10 Existe-t-il des listes standards de médicaments, des manuels de formulaire ou des directives de traitement dans l'établissement sanitaire ? Dans l'affirmative, spécifiez Si possible, obtenez un exemplaire.

11 Existe-t-il un plan de re-commande ou devez-vous faire une demande spéciale lorsque vous avez besoin de plus de médicaments ?

plan de re-commande demande spéciale

12. a Maintenez-vous des fiches de stock de médicaments ? O N
b Maintenez-vous des dossiers des commandes/re-commandes ? O N
Dans la négative, pourquoi pas ?

13 Si oui à 12a, estimez le % de temps pendant lequel les médicaments étaient en rupture de stock l'année dernière Inscrivez les estimations à côté de la liste des médicaments dans l'article 7

14. Avez-vous reçu une formation portant sur la prise en charge
a. des IRA ?
b. de la LMD ?

265

Une formation sur d'autres prises en charge ?
c Spécifiez
d PEV ?

15 Existe-t-il des séances de formation dans cet établissement ? O N

Si oui, décrivez ·

16 Est-ce que vous observez le personnel lorsqu'il traite les enfants ? O N

17 Est-ce que vous utilisiez des listes de vérification pour évaluer la performance ? O N

18 Est-ce que vous recevez des visites de suivi ou de supervision pour les activités de PMI, de SSP, de LMD, d'IRA, de paludisme, d'activités de PEV ou toute autre activité de la part d'un superviseur externe ? O N
Si oui, spécifiez

(Si oui, allez à 19, si non 22)

19. Qu'a fait ce superviseur pendant la dernière visite .

20 Ces visites sont-elles utiles pour vos activités? O N
21 Comment peuvent-elles être améliorées ? Décrivez

22. Quels sont les aspects les plus positifs liés au travail dans cet établissement ?

23 A votre avis, quels sont les principaux facteurs que entravent les agents de santé dans leur capacité à prendre en charge les enfants malades ?

OBSERVATION DE L'ETABLISSEMENT
Site I ·

24 Existe-t-il un endroit spécial pour les activités de PMI/SSP, par exemple un endroit pour la TRO? O N

25 Existe-t-il un endroit spécial pour l'éducation sanitaire ? O N

266

26 Existe-t-il un robinet d'eau qui fonctionne tout près ? (à 2 minutes) O N

27. Existe-t-il des latrines que peuvent utiliser les patients ? O N

28 Existe-t-il une balance qui fonctionne ? O N

29 Existe-t-il un thermomètre qui fonctionne ? O N

30. Existe-t-il un moyen pour chronométrer ? O N

31. Existe-t-il un registre ? O N

Si oui, combien de cas de dans les 5 derniers jours

a. malnutrition
b rougeole
c IRA
d. diarrhée
e. paludisme
f. fièvre
g. pneumonie
h ne sais pas

32. Est-ce que les articles suivants sont facilement disponibles dans l'établissement

a	tasses	O	N
b.	cuillères	O	N
c.	fournitures IV	O	N
d	aiguilles jetables	O	N
e	aiguilles hypodermiques	O	N

33. Sel ou solution saline O N

34. Papier et crayons O N

35. Carnets de vaccination O N

36 Carnets pour les mères ou documents pour les mères ? O N

Commentaires sur l'observation de l'établissement

II Approvisionnement en médicaments

37	Les médicaments suivants sont-ils en stock			
	a.	Comprimés enfant/adulte de cotrimoxazole	O	N
	b.	Comprimés ou sirop d'amoxicilline	O	N
	c.	Comprimés d'érythromycine	O	N
	d.	Comprimés de nalidixique acide	O	N
	e.	Chloramphénicol im	O	N
	f	Gentamicine im	O	N
	g	Comprimés de chloroquine	O	N
	h	Quinine im	O	N
	i.	Fansidar	O	N
	i.	Comprimés de paracétamol	O	N
	j.	Pommade pour les yeux à base de tétracycline	O	N
	k	Capsule de vitamine A	O	N
	l	Lactate ringers	O	N
	m.	Sels de réhydratation orale	O	N
	n.	Vaccins	O	N
		BCG	O	N
		Polio (voie orale)	O	N
		DT coq	O	N
		Rougeole	O	N
38	Est-ce que l'établissement a			
	a.	des formulaires de commande de médicaments	O	N
	b.	des stocks de médicaments	O	N

Commentaires sur l'observation d'approvisionnement en médicaments ·

268

Version formulaire 2 : INTERVIEW DES AGENTS DE SANTE

Nom de l'établissement _____ Date _____
Type de l'établissement _____ (Hôpital, Centre de santé)
Urbain/Rural _____ (U,R)
Enquêteur · _____

DONNEES DE BASE

1. Catégorie d'agent de santé infirmier médecin
2. Sexe M F
3 Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet hôpital ?_____
4 Combien de patients avez-vous vu hier ? _____
5. A votre avis, est-ce que vous traitez ?
   a moins de personnes que le nombre dont vous pourriez vous occuper ?
   b autant de personnes que le nombre dont vous pourriez vous occuper ?
   c plus de personnes que le nombre dont vous pourriez vous occuper ?

6. Parmi les patients que vous avez vus hier, combien étaient des enfants malades ?

7. Ce dernier mois, avez-vous vu des enfants avec .

a	pneumonie grave	O	N
b	diarrhée et déshydratation grave	O	N
c	convulsion	O	N
d	maladies fébriles graves	O	N
e	paludisme grave	O	N
f	malnutrition grave ?	O	N

FORMATION

8 Avez-vous suivi un stage de formation clinique sur la prise en charge des enfants avec :

IRA ?	O	N
Diarrhée?	O	N

Autre ? Spécifiez
(Si oui, allez à 9, si non 19)

9 Où a eu lieu cette formation ?
10. Pendant combien de temps cette formation a-t-elle duré ?
11 Pendant cette formation, avez-vous traité vous-même des patients ? O N
(Si oui, allez à 12, si non 15)

269

12 Quelle est la proportion de formation qui portait sur les soins directs aux patients ?
a. moins de la moitié
b plus de la moitié
c. environ la même chose

13 Pendant la formation, vous-êtes vous occupé de cas graves ou compliqués ? O N
Si oui, spécifiez

14 Est-ce que les moniteurs ont donné du feed-back pendant les séances pratiques ? O N

15 Pendant la formation, est-ce que vous avez préparé un plan d'action ? O N
(Si oui, allez à 16, si non 18)

16 Avez-vous mis en application ce plan
a. pas du tout ?
b une partie du plan ?
c. tout le plan ?

17 A votre avis, qu'est-ce qui vous a aidé à mettre en application vos plans après la formation ?

18 Quels étaient (le cas échéant) les problèmes que vous avez rencontrés pour appliquer ce que vous aviez appris ?

SUPERVISION

19 Lorsque vous avez un cas compliqué, existe-t-il quelqu'un dans cet établissement avec lequel vous pouvez discuter le cas ? O N

20 Avez-vous un superviseur immédiat (un superviseur dans cet établissement ?) O N
(Si oui, allez à 21, si non)

21. Est-ce que cette personne vous observe lorsque vous traitez les patients ? O N

22. Quelle est la personne assignée hors l'établissement responsable du suivi de la prise en charge des cas ? (nom/ne sais pas)

23 Vous a-t-il(elle) rendu visite ces 3 derniers mois ? O N

24 Vous a-t-il(elle) observé pendant que vous traitez le cas ? O N

INFORMATION

25 Est-ce que vous-même ou l'établissement sanitaire recevez un bulletin ou d'autres matériels qui vous tiennent à jour sur la nutrition, les maladies diarrhéiques, les IRA, le PEV ou d'autres thèmes ? O N
Si oui, spécifiez

CONNAISSANCES
Evaluation

26 Quels sont les signes de danger que vous cherchez à détecter chez un enfant malade ?
a. capable de boire?
b. convulsions?
c anormalement fatigué ou a du mal à se réveiller ?
spécifiez :

27 Qu'est-ce que vous demandez à toutes les mères à propos de certains signes lorsqu'elles amènent un enfant malade pour traitement .
a. Demande à propos des signes de danger
b Demande si l'enfant tousse et/ou a du mal à respirer
c. Demande à propos de la diarrhée
d. Demande à propos de la fièvre
e. Demande pourquoi elle est venue ?
f. Autres questions, spécifiez .

28. Si l'enfant tousse ou a du mal à respirer,
Que demandez-vous ?
a. pendant combien de temps ?
b. autres, spécifiez ·

Que cherchez-vous à observer ?
c. respiration : comptes par minute
d. poitrine que s'enfonce
e détecter et écouter pour voir s'il y a stridor
f autres, spécifiez ·

29 Si l'enfant a la diarrhée, que demandez-vous ?
a. pendant combien de temps ?
b. y-a-t'il du sang dans les selles ?
c. autres, spécifiez

30 Pour décider si un enfant avec la diarrhée est déshydraté, que cherchez-vous à observer ?

a. état général
b yeux enfoncés
c. larmes
d. offrir liquide pour voir s'il a soif
e. pincer la peau
f autres, spécifiez .

31. Si l'enfant a de la fièvre,
Que demandez-vous ?

a. est-ce que l'enfant vomi
b. autres, spécifiez :

Que cherchez-vous à observer ou que faites-vous ?

c. prendre la température
d. voir si le cou est raide
e. voir si le nez coule
f. voir s'il y a d'autres signes suggérant la rougeole
g. autres, spécifiez ·

32. Quels sont les signes suggérant qu'un enfant a la rougeole ?

a. éruption généralisée
b. toux, nez qui coule ou yeux rouges

Si l'enfant a la rougeole, quels sont les signes qu'il faut observer ·

c. bouche douloureuse
d pus sortant des yeux
e. cornée voilée
f. autres, spécifiez .

33. Outre les signes ci-dessus, quelles sont les autres choses que vous contrôlez chez tous les enfants malades ?

a. Vaccinations
b. Etat nutritionnel. malnutrition, anémie
c Problème d'oreille
d. Autres problèmes, spécifiez

34 Que faut-il observer ou faire lorsque vous ausculte z un enfant pour malnutrition et anémie?

a atrophie visible et grave
b. pâleur de la paupière
c cornée voilée
d. plaques mousseuses
e. oedèmes aux deux pieds
f poids de l'enfant
g. poids pour âge
h. autres, spécifiez

Classification

35. Comment décidez-vous qu'un enfant a .
Une pneumonie ?

a. respiration rapide
b. pas de poitrine enfoncée
c. autres signes, spécifiez ·

36. Diarrhée avec certaine déshydratation ?

a. agité, irritable
b. yeux enfoncés
c pas de larmes
d. bouche et langue sèches
e. a soif, boit avidement
f peau pincée qui revient lentement
g. autres signes, spécifiez :

37. Paludisme ?

a. fièvre (à la clinique or fièvre notifiée)
b. fièvre et pas de nez qui coule ou rougeole
c. autres, spécifiez

38. Rougeole compliquée ?

a. éruption généralisée
b. toux
c nez qui coule
d. yeux rouges
e. pus dans les yeux
f bouche douloureuse

273

39. Malnutrition grave ?
   a grave atrophie visible
   b grave pâleur des paupières et des palmes
   c. cornée voilée
   d oedème aux deux pieds
   e. autres, spécifiez

Traitement

Comment traitez-vous et/ou conseillez-vous un enfant de 9 mois

36. pneumonie ?
   a. antibiotiques
   b soulager gorge/toux
   c. revenir dans 2 jours ou si l'état s'empire
   d. autres

37. diarrhée avec une certaine déshydratation ?
   a donner des SRO (Plan B)
   b autres

38. dysenterie ?
   a. antibiotiques
   b. revenir dans 2 jours, si l'état s'empire
      moins d'un an
      rougeole ces 6 dernières semaines
      ou déshydraté au départ
   c autres

39 diarrhée persistante ?
   a donner des conseils sur l'alimentation
      Si on donne des conseils sur l'alimentation, spécifiez
   b revenir dans 5 jours
   c. autres

40. paludisme ?
   a. cotrimoxazole
      Si cotrimoxazole, donner la raison
   b antipaludéens par voie buccale
   c paracétamol
   d revenir dans 2 jours si la fièvre persiste
   e. revenir si la fièvre persiste dans 14 jours
   f. autres

274

41. rougeole sans complications ?
   a. vitamine A
   b. revenir dans 5 jours en cas de fièvre
   c. revenir dans 14 jours pour suivi
   d. autres

42 malnutrition or anémie ?
   a. vitamine A
   b. fer
   c. donner des conseils sur l'alimentation
   d. revenir dans 14 jours
   e. autres
   Si a. - d, donnez les raisons .

43. si l'état de vaccination montre 3 DToq, 4 polio par voie orale, 1 BCG selon le carnet de vaccination, qu'est-ce que vous faites ?
   a. donner vaccin contre la rougeole
   b. conseiller ou aller pour la vaccination contre la rougeole
   c. autres, spécifiez

275

Version formulaire 3 facultatif. OBSERVATION DE LA PRISE EN CHARGE

Nom de l'établissement . _____ Date _____
Type de l'établissement · _____ (Hôpital, Centre de santé)
Urbain/Rural: _____ (U,R)
Enquêteur : _____

Evaluation & classification par observation

1. Est-ce que l'agent de santé demande ·
   a. A la mère pourquoi elle est venue ? O N
   Si oui, spécifiez .

2. Est-ce que l'agent de santé demande .
   a. Si l'enfant peut boire ? O N
   b. Si l'enfant a eu des convulsions ? O N

3 Est-ce que l'agent de santé examine si l'enfant est anormalement fatigué ou a du mal à se réveiller ? O N

4 Est-ce que l'agent de santé demande
   a. Si l'enfant tousse ou a du mal à respirer O N
   (Si la mère répond oui, allez à 4 b, si non 5)
   b Est-ce que l'agent de santé demande depuis combien de temps ? O N
   c. compte les respirations pendant une minute O N
   d. voit si la poitrine s'enfonce O N

5 Est-ce que l'agent de santé demande
   a. Si l'enfant a la diarrhée ? O N
   (Si la mère réponde oui allez à 5.b, si non 6)

   Est-ce que l'agent de santé demande
   b. depuis combien de temps ? O N
   c s'il a du sang dans les selles ? O N

   Est-ce que l'agent de santé examine ·
   d l'état général de l'enfant ? O N
   e s'il a les yeux enfoncés et secs ? O N
   f. s'il a des larmes ? O N
   g. si la bouche est sèche ou humide ? O N
   h offre des liquides pour voir s'il a soif ? O N
   i. pince la peau ? O N

276

6. Est-ce que l'agent de santé demande

a	Si l'enfant a eu de la fièvre ?	O	N
	(Si la mère réponde oui, allez à 6 b, si non 7)		
b	Est-ce que l'agent de santé demande · si l'enfant vomit à plusieurs reprises/ne peut rein garder dans son estomac ?	O	N
c	Est-ce que l'agent de santé prend la température ou sent si l'enfant a de la fièvre ?	O	N
	Si oui, spécifiez .		

6 Est-ce que l'agent de santé regarde ou voit si

d.	le cou est raide ?	O	N
e.	le nez coule ?	O	N
f.	il y a des signes suggérant la rougeole ?	O	N
Si oui, spécifiez .			
éruption généralisée		O	N
toux, nez qui coule ou yeux rouges		O	N
(Si l'enfant a la rougeole allez à 6 g, si non 7)			

Est-ce que l'agent de santé regarde s'il y a

g.	bouche douloureuse ?	O	N
h	pus qui sort des yeux ?	O	N
i.	cornée voilée ?	O	N

7. Est-ce que l'agent de santé regarde s'il y a

a.	grave atrophie visible ?	O	N
b.	cornée voilée ?	O	N
c.	plaques mousseuses sur le blanc des yeux ?	O	N
d	oedème aux deux pieds ?	O	N
e.	Est-ce que l'agent de santé pèse l'enfant ?	O	N
Si oui, est-que l'agent de santé .			
f.	détermine le poids pour âge?	O	N

277

8 a. Classification(s) des agents de santé (AG) ? Cochez ci-après

9 b Classification(s) des observateurs (O) ? Cochez ci-après

10. Traitement donné ? Spécifiez.

Classifications	HW (a)	O (b)	Traitement donné (c)
Grave pneumonie ou très grave maladie			
Pneumonie			
Toux et refroidissement			
Diarrhée avec grave déshydratation			
Diarrhée avec une certaine déshydratation			
Diarrhée sans signes de déshydratation			
Diarrhée persistante grave			
Diarrhée persistante			
Dysenterie			
Maladie fébrile très grave			
Paludisme			
Rougeole avec graves complications			
Rougeole avec complications			
Rougeole sans complications			
Grave malnutrition ou grave anémie			
Malnutrition ou anémie			
Autres diagnostics ou classifications Spécifiez .			

11. Conclusion de l'observateur concernant la décision de traitement

12 Si l'enfant a la poitrine qui s'enfonce, du stridor lorsqu'il est calme, un cou raide, une grave malnutrition, une grave anémie ou une grave classification (selon observateur ? agent de santé ? les deux ?),
Est-ce que l'agent de santé l'hospitalise ou le réfère avec urgence ? O N

13. Prescrit-on/donne-t-on des antibiotiques ? O N
Si oui, quelle était la raison ?
14. a sang dans les selles ? O N
b choléra soupçonné ? O N
c pneumonie ? O N
d rougeole grave ? O N
e. autres ?
spécifiez :

15. Donne-t-on des antipaludéens par voie buccale ? O N
16. Fait-on des injections de médicaments ? O N
Si oui, spécifiez et donnez la raison ·

17. Donne-t-on de la vitamine A ? O N

18. En cas de diarrhée, donne-t-on un traitement selon le Plan
A, B, ou C ? O N
a SRO dans l'établissement sanitaire ? O N
b. réhydratation par voie intraveineuse ? O N
c. à domicile avec des SRO ? O N
d à domicile avec des conseils sur les liquides ? O N
e autres ? O N

19. Est-ce que l'agent de santé vérifie l'état de vaccination de l'enfant ? O N

CONSEILS AUX MERES

20 Est-ce que l'agent de santé
a pose des questions pour voir ce que la mère fait déjà pour son enfant ? O N
b. loue la mère pour ce qu'elle fait bien ? O N
c lui conseille comment traiter l'enfant à la maison ? O N
d. vérifie si la mère comprend ? O N

21. Est-ce que l'agent de santé conseille la mère sur ·
a l'alimentation pendant et après la maladie ? O N
b quand il faut ramener l'enfant ? O N
c. donner des médicaments par voie buccale à domicile ? O N
d vaccinations ? O N
e. nutrition, y compris allaitement maternel O N
f. autres, spécifiez

Si oui à l'un quelconque des éléments (19 - 21), décrivez

RESSOURCES DE COMMUNICATION

Personnes et institutions de Référence:

Pour plus de renseignements sur le développement et le planning de communication, vous pouvez contacter

le Directeur, CDR Division, Organisation Mondiale de la Santé, 1121-Genève 27, Suisse

le Centre d'Information à BASICS, 1600 Wilson Boulevard, Suite 300, Arlington, VA 22209, USA (703) 312-6800- Tel. (703) 312-6900- Fax
Infoctr @basics org- E-Mail

Matériels et Ouvrages

Une Boîte à Outil pour Consolider la Capacité de Communication de Santé
Date: Avril 1995
Produit par: HEALTHCOM/USAID
Principales Idées: Ces méthodes ont été développées grâce à des moyens d'étude utilisés dans des tests pratiques dont peuvent bénéficier, au besoin, managers et praticiens de la communication de santé dans le monde en voie de développement. Cela inclut la perspective d'une méthodologie moderne de communication de la santé et une série de concepts, modèles, stratégies et moyens développés et utilisés sur le terrain Les matériaux sont présentés dans un tel ordre qu'on peut facilement les adopter pour réaliser et développer un programme, prenant le lecteur de la première étape d'identification de l'objectif des comportements, en passant par la recherche formative, stratégie de développement, exécution et finalement contrôle et évaluation Ces matériaux peuvent être utilisés un par un ou bien rassemblés comme un guide pour améliorer les performances du personnel et maîtriser la méthodologie appliquée dans leur propre programme de communication.

Changement de Comportement dans la Survie de l'Enfant: Trois Grandes Lignes à Suivre pour Accroître l'impact.
Date: Mai 1996
Produit par: BASICS
Principales Idées: Publication spéciale de BASICS de Bulletins d'information trimestriels et techniques (Child Survival BASICS) qui analyse les nouvelles approches et modèles du planning de changement de comportement

Communication Concernant la Survie de l'Enfant
Date: Juin 1988
Produit par: HEALTHCOM/AED/USAID
Auteurs: Mark R. Rasmuson, Renata E Seidel, William A Smith, Elizabeth Mills Booth
Principales Idées: Ce manuel présente une méthodologie systématique de communication de la santé publique pour les programmes de survie de l'enfant (comprend plusieurs exemples, schémas, etc)

Guide pour le Planning des Programmes de Changement de Comportement
Date: Août 1996
Produit par: BASICS
Principales Idées: Ce guide met en relief un procédé de dix étapes pour la création, l'exécution et le contrôle des programmes de changement du comportement de santé, y compris l'analyse des comportements, la recherche formative et le planning des interventions à multiples niveaux

Manuel pour Parfaire le Travail des Equipes de Recherche
Date: 1995
Produit par: AED/HEALTHCOM/USAID
Auteur: Mary Debus
Principales Idées Un guide pratique pour planifier, diriger, et employer des équipes de recherche, incluant des études de cas et des stratégies

Immunisation: Questions de Comportement
Date: Juillet 1990
Produit par: Les Associés de la Santé et du Développement internationaux pour le Bureau de Santé de l'Agence pour le Développement International des Etats-Unis (USAID)
Auteur: Barbara Pillsbury, Ph D
Principales Idées: Le but de *l'Immunisation: Questions de Comportement* est de rassembler les résultats des recherches qualitatives et des revues de la littérature concernant les facteurs de comportement pour l'immunisation et de faire des recommandations aux experts de la santé et les aider à faire les dernières retouches pour la mise au point des programmes visant à élargir et promouvoir la couverture d'immunisation.

Notes à Partir du Champs d'Action: Communication pour la Survie de l'Enfant
Date: Avril 1993
Produit par: HEALTHCOM/AED/USAID
Auteurs: Renata E. Seidel (Editeur)
Principales Idées: *Notes à Partir du Champs d'Action* représente un ensemble de notes prises à partir des essais effectués sur le terrain et des études de cas Cet ensemble démontre les problèmes et les solutions qu'on peut rencontrer au cours du processus de l'évolution des services et des pratiques de la santé

PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT

L'ENFANT MALADE
AGE DE 2 MOIS A 5 ANS

EVALUER ET CLASSER L'ENFANT MALADE

Evaluer, classer et identifier le traitement

Rechercher les signes généraux de danger 2
Ensuite, poser des questions sur les principaux symptômes
Est-ce que l'enfant tousse ou a une difficulté respiratoire ? 2
Est-ce que l'enfant a la diarrhée ? 3
Est-ce que l'enfant a de la fièvre ? 4
Classer le paludisme 4
Classer la rougeole 4
Est-ce que l'enfant a un problème d'oreille ? 5
Ensuite, vérifier si l'enfant est mal nourri ou anémié 6
Ensuite, vérifier l'état vaccinal de l'enfant 6
Evaluer les autres problèmes 6

TRAITER L'ENFANT

Apprendre à la mère à donner des médicaments par voie orale à domicile

Antibiotique par voie orale 7
Antipaludéen par voie orale 8
Paracétamol 8
Vitamine A 8
Fer 8
Mébendazole 8

Apprendre à la mère à traiter les infections locales à domicile

Traiter une infection de l'oeil avec pommade ophtalmique à la tétracycline 9
Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche 9
Traiter les ulcérations de la bouche au violet de gentiane 9
Calmer la douleur de gorge et la toux avec un remède inoffensif 9

Administrer les traitements ci-dessous uniquement au dispensaire

Antibiotique en intramusculaire 10
Quinine pour paludisme sévère 10
Eviter l'hypoglycémie 11

TRAITER L'ENFANT (suite)

Donner à l'enfant davantage de liquides et continuer l'alimentation

Plan A Traiter la diarrhée à domicile 12
Plan B Traiter la déshydratation légère avec une solution de SRO 12
Plan C Traiter immédiatement la déshydratation sévère 13
Vacciner tout enfant malade, en cas de besoin 13

Suivre les soins

Pneumonie 14
Diarrhée persistante 14
Dysenterie 14
Paludisme (risque de paludisme bas ou élevé) 15
Fièvre-paludisme improbable (risque de paludisme bas) 15
Rougeole compliquée 15
Infection de l'oreille 16
Pâleur 16
Insuffisance pondérale 16

CONSEILLER LA MERE

Les aliments

Evaluer l'alimentation de l'enfant 17
Recommandations pour l'alimentation 18
Conseils sur les problèmes d'alimentation 19

Les liquides

Augmenter la consommation de liquides pendant la maladie 20

Quand revenir

Expliquer à la mère quand elle doit revenir au centre de santé 20
Donner des conseils à la mère sur sa propre santé 21

Organisation Mondiale de la Santé
Division de la Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et Respiratoires Aiguës

NOURRISSON MALADE
AGE DE 1 SEMAINE A 2 MOIS

EVALUER, CLASSER ET TRAITER LE NOURRISSON MALADE

Evaluer, classer et identifier le traitement

Rechercher les infections bactériennes possibles 22
Puis demander Est-ce que le nourrisson a la diarrhée ? 23
Puis rechercher les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale 24
Puis vérifier l'état vaccinal du nourrisson 25
Evaluer les autres problèmes 25

Traiter le nourrisson et conseiller la mère

Antibiotique par voie orale 26
Antibiotiques en intramusculaire 26
Pour traiter la diarrhée, voir le tableau *TRAITER L'ENFANT* 12-13
Vacciner tout nourrisson malade 27
Traiter les infections locales à domicile 27
Positionnement et attachement corrects pour l'allaitement au sein 28
Soigner le nourrisson à domicile 28

Suivre les soins du nourrisson malade

Infection bactérienne locale 29
Dysenterie 29
Problème d'alimentation 30
Insuffisance pondérale 30
Muguet 30

FICHES DE PRISE EN CHARGE

NOURRISSON MALADE 31
ENFANT MALADE 33

282

BEST AVAILABLE COPY

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

EVALUER

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
- S'il s'agit d'une visite de suivi, suivre les instructions du tableau TRAITER L'ENFANT
- S'il s'agit d'une première visite, évaluer l'enfant comme suit

RECHERCHER LES SIGNES GENERAUX DE DANGER

DEMANDER:
- Est-ce que l'enfant est capable de boire ou deprendre le sein?
- Est-ce que l'enfant vomit tout ce qu'il consomme?
- L'enfant a-t-il eu des convulsions?

REGARDER:
- Voir si l'enfant est anormalement endormi ou difficile à réveiller

Tout enfant présentant un signe général de danger demande une attention URGENTE , terminer immédiatement l'évaluation et tout traitement urgent pré-évacuation afin de ne pas retarder le transfert.

CLASSER

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

IDENTIFIER LE TRAITEMENT

ENSUITE, POSER DES QUESTIONS SUR LES PRINCIPAUX SYMPTOMES:

Est-ce que l'enfant tousse ou a une difficulté respiratoire ?

SI OUI, DEMANDER
- Depuis combien de temps?

REGARDER, ECOUTER, PALPER:
- Compter les respirations par minute
- Rechercher un tirage
- Regarder et écouter si l'enfant a un stridor

} L'ENFANT DOIT ETRE CALME

Classer TOUX ou DIFFICULTE RESPIRATOIRE

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

SIGNES	CLASSER	*TRAITEMENT* (Les traitements urgents pré-évacuation sont en caractères gras)
• Tout signe général de danger ou • Tirage ou • Stridor chez l'enfant calme	PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE	▸ ***Donner la première dose d'un antibiotique approprié*** ▸ ***Transférer d'URGENCE à l'hôpital*** *
• Respiration rapide	PNEUMONIE	▸ ***Donner un antibiotique approprié pendant 5 jours*** ▸ Calmer la douleur de gorge et la toux avec un remède inoffensif ▸ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ▸ Revoir dans 2 jours
• Pas de signe de pneumonie ou de maladie très grave	PAS PNEUMONIE TOUX OU RHUME	▸ Si la toux dure depuis plus de 30 jours, transférer le malade pour bilan ▸ Calmer la douleur 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

Est-ce que l'enfant a la diarrhée?

SI OUI, DEMANDER	*REGARDER ET PALPER .*
• Depuis combien de temps? • Est-ce qu il y a du sang dans les selles?	• Regarder l état général de l enfant L enfant est il Anormalement endormi ou difficile à réveiller? Agité et irritable? • Regarder si les yeux de l'enfant sont enfoncés • Offrir à boire à l enfant L'enfant Est il incapable de boire ou boit il difficilement? Boit il avidement avec soif? • Pincer la peau de l abdomen de l'enfant Est-ce que le pli disparal Très lentement (plus de 2 secondes)? Lentement?

Classer DIARRHEE

pour DESHYDRATATION	Deux des signes suivants Anormalement endormi ou difficile à réveiller Yeux enfoncés Incapable de boire ou boit difficilement Pli cutané disparal très lentement	***DESHYDRATATION SEVERE***	▸ 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 à l'hôpital , conseiller à la mère de donner fréquemment à l'enfant des gorgées de SRO en cours de route Conseiller à la mère de continuer l'allaitement au sein. ▸ Si l'enfant a plus de 2 ans et si une épidémie de choléra sévit dans la région, donner un antibiotique pour le choléra.
	Deux des signes suivants • Agité irritable Yeux enfoncés • Assoiffé boit avidement Pli cutané disparal lentement	***DESHYDRATATION LEGERE***	▸ En cas de déshydratation légère faire boire et manger l'enfant (Plan B) ▸ Si l'enfant a une autre classification grave ▸ Transférer d'URGENCE à l'hôpital , conseiller à la mère de donner fréquemment à l'enfant 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 5 jours s'il n'y a pas d'amélioration
	Pas assez de signes pour classer comme déshydratation légère ou déshydratation sévère	***PAS DE DESHYDRATATION***	▸ Faire boire et manger pour la diarrhée à domicile (Plan A) ▸ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ▸ Revoir dans 5 jours s il n y a pas d amélioration
et si la diarrhée persiste depuis plus de 14 jours	• Déshydratation présente	***DIARRHEE PERSISTANTE GRAVE***	▸ Traiter la déshydratation avant de transférer, à moins que l enfant n'ait une autre classification grave ▸ Transférer à l'hôpital
	• Pas de déshydratation	***DIARRHEE PERSISTANTE***	▸ Expliquer à la mère comment nourrir l'enfant classé DIARRHEE PERSISTANTE ▸ Revoir dans 5 jours
et s'il y a du sang dans les selles	• Sang dans les selles	***DYSENTERIE***	▸ Traiter pendant 5 jours avec un antibiotique par voie orale recommandé pour la shigellose dans la région

* 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 en hôpital

Est-ce que l'enfant a de la fièvre?

(antécédents ou chaud au toucher ou température de 37,5E C ou plus)**

SI OUI :

Déterminer le risque de paludisme
Elevé ou bas

ENSUITE, DEMANDER:

- Depuis combien de temps?
- Si depuis plus de 7 jours, l'en fant a t il de la fièvre tous les jours?
- L'enfant a t il eu la rougeole au cours des 3 derniers mois?

REGARDER ET PALPER :

- Regarder et palper la nuque pour rechercher une raideur
- Regarder si le nez coule

Rechercher des signes de ROUGEOLE

- Eruption 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

- Chercher s il y a des ulcérations au niveau de la bouche Sont-elles profondes et nombreuses?
- Chercher s il y a du pus au niveau des yeux
- Chercher s il existe un voile au niveau de la cornée

Classer FIEVRE

Risque élevé de paludisme

Risque de paludisme bas

SI ROUGEOLE actuelle ou au cours des 3 derniers mois, classer

RISQUE ELEVE DE PALUDISME

▸ Signe général quelconque de danger ou ▸ Raideur de la nuque	**MALADIE FEBRILE TRES GRAVE**	▸ *Donner de la quinine pour paludisme sévère (première dose)* ▸ *Donner la première dose d un antibiotique approprié* ▸ *Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie* ▸ *Administrer, au dispensaire, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38,5E C ou plus)* ▸ *Transférer d URGENCE à l hôpital*
▸ Fièvre (antécédents ou chaud au toucher ou température de 37,5EC** ou plus)	**PALUDISME**	▸ *Si PAS de toux avec respiration rapide, traiter avec un antipaludéen par voie orale.* *OU* *Si toux avec respiration rapide, traiter au cotrimoxazole pendant 5 jours* ▸ *Administrer, au dispensaire, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38,5E C ou plus)* ▸ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ▸ Revoir dans 2 jours si la fièvre persiste ▸ Si la fièvre est quotidienne pendant plus de 7 jours transférer pour bilan

RISQUE DE PALUDISME BAS

▸ Signe général quelconque de danger ou ▸ Raideur de la nuque	**MALADIE FEBRILE TRES GRAVE**	▸ *Donner de la quinine pour paludisme sévère (première dose), sauf s'il n'existe aucun risque de paludisme* ▸ *Donner la première dose d'un antibiotique approprié* ▸ *Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie.* ▸ *Administrer, au dispensaire, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38 5E C ou plus)* ▸ *Transférer d'URGENCE à l'hôpital*
▸ PAS d'écoulement nasal PAS de rougeole et PAS d autre cause de fièvre	**PALUDISME**	*Si PAS de toux avec respiration rapide, traiter avec un antipaludéen par voie orale* OU *Si toux avec respiration rapide, traiter au cotrimoxazole pendant 5 jours* ▸ *Administrer, au dispensaire, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38,5EC ou plus)* ▸ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ▸ Revoir dans 2 jours si la fièvre persiste ▸ Si la fièvre est quotidienne pendant plus de 7 jours transférer pour bilan
▸ PRESENCE d écoulement nasal ▸ PRESENCE de rougeole ou ▸ PRESENCE d une autre cause de fièvre	**FIEVRE PROBABLEMENT NON DUE AU PALUDISME**	▸ *Administrer, au dispensaire, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38,5E C ou plus)* ▸ Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ▸ Revoir dans 2 jours si la fièvre persiste ▸ Si la fièvre est quotidienne pendant plus de 7 jours transférer pour bilan
▸ Signe général quelconque de danger ou ▸ Voile de la cornée ou ▸ Ulcérations profondes ou nombreuses dans la bouche	**ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUEE*** **	▸ *Donner de la vitamine A* ▸ *Donner première dose d un antibiotique approprié* ▸ *Si voile de la cornée ou écoulement de pus au niveau des yeux, appliquer pommade ophtalmologique à la tétracycline* ▸ *Transférer d'URGENCE à l hôpital*
▸ Ecoulement oculaire de pus ou ▸ Ulcérations dans la bouche	**ROUGEOLE COMPLIQUEE*** **	▸ *Donner de la vitamine A* ▸ *Si les yeux sont purulents, appliquer pommade ophtalmologique à la tétracycline.* ▸ En cas d'ulcérations dans la bouche traiter au violet de gentiane ▸ Revoir dans 2 jours
▸ Rougeole actuelle ou au cours des 3 derniers mois	**ROUGEOLE**	▸ *Donner de la vitamine A*

** *Température axillaire La température rectale est d environ 0 5E C plus élevée*
*** *D autres complications graves de la rougeole (pneumonie sindor diarrhée infection de l oreille malnutrition) sont classées dans d autres tableaux*

BEST AVAILABLE COPY

Est-ce que l'enfant a un problôme d'oreille?

SI OUI, DEMANDER :

- Regarder si l'oreille secrète du pus
- Palper derrière l oreille pour rechercher un gonflement douloureux A t il mal aux oreilles?
- Y a-t-il un écoulement enant des oreilles? Si oui depuis combien de temps?

REGARDER ET PALPER :

- Regarder si l oreille secrète du pus
- Palper derrière l'oreille pour rechercher un gonflement douloureux

Classer PROBLEME D'OREILLE

▸ Gonflement douloureux derrière l oreille	**MASTOIDITE**	▸ ***Donner la première dose d'un antibiotique approprié.*** ▸ ***Donner première dose de paracétamol pour calmer la douleur*** ▸ ***Transférer d'URGENCE à l'hôpital***
▸ Ecoulement de pus depuis moins de 14 jours ou ▸ Douleur à l'oreille	**INFECTION AIGUE DE L'OREILLE**	▸ ***Donner un antibiotique à administrer pendant 5 jours*** ▸ Donner du paracétamol pour calmer la douleur ▸ Assécher l oreille à l aide d'une mèche ▸ Revoir dans 5 jours
▸ Pus s écoulant de l'oreille depuis 14 jours ou plus	**INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE**	▸ Assécher l oreille à l'aide d'une mèche ▸ Revoir dans 5 jours
▸ Pas de douleur de l oreille et Pas de suppuration de l oreille observée	**PAS D'INFECTION D'OREILLE**	Pas de traitement supplémentaire

ENSUITE, VERIFIER SI L'ENFANT EST MAL NOURRI OU ANEMIE

REGARDER ET PALPER .

- Rechercher un dépérissement évident et sévère
- Rechercher la pâleur palmaire Est elle
  - Sévère?
  - Légère?
- Rechercher l oedème au niveau des deux pieds
- Déterminer le poids pour l âge

Classer ETAT NUTRITIONNEL

• Dépérissement évident et sévère ou • pâleur palmaire sévère ou • Oedème aux deux pieds	**MALNUTRITION SEVERE OU ANEMIE GRAVE**	▸ ***Donner de la vitamine A*** ▸ ***Transférer d'URGENCE à l'hôpital***
• Légère pâleur palmaire ou • Poids très faible pour l'âge	**ANEMIE OU POIDS TRES FAIBLE**	▸ Evaluer l'alimentation de l enfant et conseiller B la mère de nourrir l enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CON SEILLER LA MERE - S il existe un problème d alimentation revoir dans 5 jours ▸ En cas de pâleur - Donner du fer - ***Donner un antipaludéen par voie orale s'il existe un risque de paludisme.*** - Donner du mébendazole si l enfant a 2 ans ou plus et s il n'en a pas reçu pendant les 6 mois précédents ▸ Expliquer B la mère quand revenir immédiatement ▸ En cas de pâleur, revoir dans 14 jours Si le poids est très faible pour l âge revoir dans 30 jours
• Pas de poids très faible pour l'âge et pas d'autre signe de malnutrition	**PAS D'ANEMIE ET PAS DE POIDS TRES FAIBLE**	▸ Si l enfant a moins de 2 ans évaluer l alimentation de l enfant et con seiller B la mère de nourrir l enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CONSEILLER LA MERE - S'il existe un problème d'alimentation revoir dans 5 jours ▸ Expliquer B la mère quand revenir immédiatement

ENSUITE VERIFIER L'ETAT VACCINAL DE L'ENFANT

CALENDRIER DE VACCINATION :

AGE	Naissance	6 semaines	10 semaines	14 semaines	9 mois
VACCINS	BCG Polio-0	DPT 1 Polio 1	DPT 2 Polio-2	DPT 3 Polio-3	Antirougeoleux

EVALUER LES AUTRES PROBLEMES

VEILLER A CE QUE L'ENFANT PRESENTANT UN SIGNE DE DANGER QUELCONQUE SOIT TRANSFERE
après l administration de la première dose d'un antibiotique approprié et autres traitements urgents

Exception La réhydratation de l enfant selon le Plan C peut éliminer les signes de danger si bien que le transfert n est plus nécessaire

TRAITER L'ENFANT

EXECUTER LES ETAPES DE TRAITEMENT INDIQUEES AU TABLEAU EVALUER ET CLASSER

APPRENDRE A LA MERE A DONNER LES MEDICAMENTS PAR VOIE ORALE A DOMICILE

Suivre les instructions ci-dessous pour chaque médicament à donner par voie orale à domicile Suivre également les instructions de la table de dosage de chaque médicament

- **Déterminer les médicaments et doses appropriés selon l'âge et le poids de l'enfant.**
- **Expliquer à la mère pourquoi l'enfant a besoin du médicament.**
- **Démontrer comment mesurer une dose**
- **Observer la mère pendant qu'elle mesure une dose**
- **Demander à la mère de donner la première dose à l'enfant.**
- **Expliquer en détail comment donner le médicament, puis inscrire le nom du médicament sur le paquet et envelopper le médicament.**
- **Si plusieurs médicaments sont donnés, rassembler, compter et mettre en paquet chaque médicament séparément**
- **Expliquer que tous les médicaments (comprimés ou sirops) doivent Ltre pris jusqu'à la fin du traitement, même si l'enfant se porte mieux**
- **S'assurer que la mère a bien compris la procédure avant de quitter le dispensaire.**

▸ *Donner un antibiotique approprié par voie orale*

▸ **POUR PNEUMONIE, INFECTION AIGUE DE L'OREILLE OU MALADIE TRES GRAVE**
ANTIBIOTIQUE DE PREMIERE INTENTION
ANTIBIOTIQUE DE SECONDE INTENTION

	COTRIMOXAZOLE (triméthoprime + sulphaméthoxazole) ▸Donner deux fois par jour pendant 5 jours			AMOXYCILLINE ▸Donner trois fois par jour pendant 5 jours	
AGE OU POIDS	COMPRIME ADULTE 80 mg triméthoprime + 400 mg sulphaméthoxazole	COMPRIME ENFANT 20 mg triméthoprime + 100 mg sulphaméthoxazole	SIROP 40 mg triméthoprime + 200 mg sulphaméthoxazole par 5 ml	COMPRIME 250 mg	SIROP 125 ml par 5 ml
de 2 mois à 12 mois (à 4 - 10 kg)	1/2	2	5 0 ml	1/2	5 ml
de 12 mois à 5 ans (10 19 kg)	1	3	7 5 ml	1	10 ml

▸ **POUR LA DYSENTERIE**
Donner pendant 5 jours l antibiotique recommandé pour la shigellose dans la région
ANTIBIOTIQUE DE PREMIERE INTENTION POUR LA SHIGELLOSE
ANTIBIOTIQUE DE SECONDE INTENTION POUR LA SHIGELLOSE

	COTRIMOXAZOLE (triméthoprime + sulphaméthoxazole) ▸Donner deux fois par jour pendant 5 jours	ACIDE NALIDIXIQUE ▸ Donner quatre fois par jour pendant 5 jours
AGE ou POIDS	Voir dosage ci-dessus	COMPRIME 250 mg
de 2 mois à 4 mois (4 < 6 kg)		1/4
de 4 mois à 12 mois (6 < 10 kg)		1/2
de 12 mois à 5 ans (10 19 kg)		1

▸ **POUR LE CHOLERA**
Donner pendant 5 jours l antibiotique recommandé pour le choléra dans la région
ANTIBIOTIQUE DE PREMIERE INTENTION POUR LE CHOLERA
ANTIBIOTIQUE DE SECONDE INTENTION POUR LE CHOLERA

	TETRACYCLINE Donner quatre fois par jour pendant 3 jours	COTRIMOXAZOLE (triméthoprime + sulphaméthoxazole) ▸Donner deux fois par jour pendant 3 jours	ERYTHROMYCINE Donner quatre fois par jour pendant 3 jours	FURAZOLIDONE Donner quatre fois par jour pendant 3 jours
AGE ou POIDS	COMPRIME 250 mg	Voir dosage ci-dessus	COMPRIME 250 mg	COMPRIME 100 mg
de 2 mois à 4 mois (4 - < 6 kg)			1/4	
de 4 mois à 12 mois (6 < 10 kg)	1/2		1/2	
de 12 mois à 5 ans (10 19 kg)	1		1	1/4

APPRENDRE A LA MERE A DONNER LES MEDICAMENTS PAR VOIE ORALE A DOMICILE

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

▶ *Donner un antipaludéen par voie orale*

ANTIPALUDEEN DE PREMIERE INTENTION
ANTIPALUDEEN DE SECONDE INTENTION

- **SI CHLOROQUINE**
  - Expliquer à la mère qu'elle doit surveiller de près son enfant pendant 30 minutes après avoir donné une dose de chloroquine Si l'enfant vomit dans les 30 minutes, elle doit redonner la dose et retourner au dispensaire pour obtenir des comprimés supplémentaires
  - Expliquer que la démangeaison est un effet possible du médicament mais qu'elle n'est pas dangereuse
- **SI SULFADOXINE + PYRIMETHAMINE** Administrer une seule dose au dispensaire

CHLOROQUINE ▸Donner pendant 3 jours										SULFADOXINE + PYRIMETHAMINE ▸ Administrer une seule dose au dispensaire
AGE ou POIDS	COMPRIME (base de 150 mg)			COMPRIME (base de 100 mg)			SIROP (base 50 mg par 5 ml)			COMPRIME (500 mg sulfadoxine + 25 mg pyrméthamine)
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	
mde 2 mois à 12 ois (4 - < 10 kg)	1/2	1/2	1/2	1	1	1/2	7 5 ml	7 5 ml	5 0 ml	1/2
de 12 mois à 3 ans (10 < 14 kg)	1	1	1/2	1 1/2	1 1/2	1/2	15 0 ml	15 0 ml	5 0 ml	1
de 3 ans à 5 ans (14 - 19 kg)	1 1/2	1/2	1/2	2	2	1				1

▶ *Donner du paracétamol pour une fièvre élevée (à 38,5E C) ou des douleurs d'oreille*

- Donner le paracétamol toutes les 6 heures jusqu'à ce que la fièvre ou la douleur de l'oreille disparaisse

	PARACETAMOL	
AGE ou POIDS	COMPRIME (100 ml)	COMPRIME (500 mg)
de 2 mois à 3 ans (4 < 14 kg)	1	1/4
de 3 ans à 5 ans (14 19 kg)	1 1/2	1/2

▶ *Donner de la vitamine A*

- Donner deux doses
  - Administrer la première dose au dispensaire
  - Donner une dose à la mère pour administration à domicile le lendemain

AGE	VITAMINE A EN GELULES			VITAMINE A EN SIROP
	200 000 UI	100 000 UI	50 000 UI	Concentration _____
jusqu à 6 mois		1/2 gélule	1 gélule	
de 6 mois à 12 mois	1/2 gélule	1 gélule	2 gélules	
de 12 mois à 5 ans	1 gélule	2 gélules	4 gélules	

▶ *Donner du fer*

Donner une dose par jour pendant 14 jours

AGE ou POIDS	FER/FOLATE EN COMPRIMES Fer sulfate 200 mg + 250 mcg folate (60 mg élément fer)	FER EN SIROP Fer sulfate 100 mg par 5 ml (20 mg élément fer par ml)
de 2 mois à 4 mois (4 < 6 kg)		1 00 ml (< 1/4 cuillère à café)
de 4 mois à 12 mois (6 < 10 kg)		1 25 ml (1/4 cuillère à café)
de 12 mois à 3 ans (10 - < 14 kg)	1/2 comprimé	2 00 ml (< 1/2 cuillère à café)
de 3 ans à 5 ans (14 19 kg)	1/2 comprimé	2 5 ml (1/2 cuillère à café)

▶ *Donner du mébendazole*

- Administrer au dispensaire 500 mg de mébendazole en une seule dose si
  - les ankylostomes/oxyures sont endémiques chez les enfants dans la région et
  - l'enfant a 2 ans ou plus et
  - l'enfant n en a reçu aucune dose pendant les 6 mois précédents

APPRENDRE A LA MERE A TRAITER LES INFECTIONS LOCALES A DOMICILE

- **Expliquer le traitement à la mére et pourquoi il doit Ltre donné**
- **Décrire les étapes du traitement listées dans le cadre approprié**
- **Observer la mére pendant qu'elle donne le premier traitement au dispensaire (sauf les remédes pour la toux ou les douleurs de gorge)**
- **Expliquer à la mére combien de fois le traitement doit Ltre administré à domicile**
- **Si nécessaire pour le traitement à domicile, donner à la mére le tube de pommade tétracycline ou un petit flacon de violet de gentiane**
- **S'assurer que la mére a bien compris le traitement avant de quitter le dispensaire.**

➤ *Traiter une infection de l'oeil 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
- Ensuite, appliquer la pommade à la tétracycline dans les deux yeux 3 fois par jour
  - Demander à l'enfant de regarder vers le haut
  - Gicler une petite quantité de pommade à l'intérieur de la paupiére inférieure
  - Se laver les mains de nouveau
- Traiter jusqu'à ce que la rougeur disparaisse
- Ne pas utiliser d'autres pommades ou de collyre ou mettre n'importe quoi d'autre dans l'oeil

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

- Assécher l oreille au moins 3 fois par jour
  - Rouler en forme de méche un tissu propre et absorbant ou du papier doux et résistant
  - Placer la méche dans l'oreille de l'enfant
  - Retirer la méche quand elle est humide
  - Remplacer la méche par une méche propre et répéter la procédure jusqu'à ce que l'oreille soit séche

➤ *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 enroulé autour du doigt et imprégné d'eau salée
  - Badigeonner la bouche avec du violet de gentiane (dilué de moitié)
  - Se laver les mains de nouveau

➤ Calmer la douleur de gorge et la toux avec un reméde inoffensif

- Remédes inoffensifs recommandés
  - lait maternel, exclusivement pour les nourrissons allaités au sein
- Remédes dangereux à déconseiller _____

ADMINISTRER LES TRAITEMENTS CI-DESSOUS UNIQUEMENT EN DISPENSAIRE

- **Expliquer à la mére pourquoi le médicament est administré.**
- **Déterminer la dose appropriée en fonction du poids de l'enfant (ou de l'âge).**
- **Utiliser une aiguille et une seringue stériles. Mesurer la dose avec précision.**
- **Injecter le médicament en intramusculaire.**
- **Si l'enfant ne peut pas Ltre transféré, suivre les instructions fournies.**

➤ *Donner un antibiotique en intramusculaire*

POUR LES ENFANTS TRANSFERES D'URGENCE ET QUI NE PEUVENT PAS PRENDRE D'ANTIBIOTIQUES PAR VOIE ORALE

- Donner la première dose de chloramphénicol en intramusculaire et transférer d urgence l enfant à l hôpital

SI LE TRANSFERT EST IMPOSSIBLE

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

AGE ou POIDS	CHLORAMPHENICOL Dose 40 mg par kg Ajouter 5,0 ml d'eau stérilisée à la fiole contenant 1000 mg = 5,6 ml à 180 mg/ml
de 2 mois à 4 mois (4 - < 6 kg)	1,0 ml + 180 mg
de 4 mois à 9 mois (6 - < 8 kg)	1,5 ml + 270 mg
de 9 mois à 12 mois (8 - < 10 kg)	2,0 ml + 360 mg
de 12 mois à 3 ans (10 - < 14 kg)	2,5 ml + 450 mg
de 3 ans à 5 ans (14 - 19 kg)	3,5 ml + 630 mg

➤ *Donner de la quinine pour le paludisme sévére*

POUR LES ENFANTS TRANSFERES CLASSES MALADIE FEBRILE GRAVE .

- Vérifier quel type de quinine est disponible au dispensaire
- Administrer la première dose de quinine en intramusculaire et transférer l enfant d urgence à l hôpital

SI LE TRANSFERT EST IMPOSSIBLE :

- Donner la première dose de quinine en intramusculaire
- L'enfant doit rester allongé pendant une heure
- Répéter l'injection de quinine 4 heures, puis 8 heures plus tard, puis toutes les 12 heures jusqu'à ce que l'enfant soit capable de prendre un antipaludéen par voie orale Ne pas continuer les injections de quinine pendant plus d'une semaine
- S'il le risque de paludisme est bas, ne pas donner de la quinine à l enfant âgé de moins de 4 mois

AGE ou POIDS	QUININE EN INTRAMUSCULAIRE	
	150 mg/ml* (en ampoule de 2 ml)	300 mg/ml* (en ampoule de 2 ml)
de 2 mois à 4 mois (4 < 6 kg)	0,4 ml	0,2 ml
de 4 mois à 9 mois (6 - < 8 kg)	0,6 ml	0,3 ml
de 9 mois à 12 mois (8 - < 10 kg)	0 8 ml	0,4 ml
de 12 mois à 3 ans (10 - < 14 kg)	1,0 ml	0,5 ml
de 3 ans à 5 ans (14 - 19 kg)	1,2 ml	0,6 ml

➤ *Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie*

- ***Si l'enfant est capable de boire au sein :***
  Demander à la mère d'allaiter l'enfant

- ***Si l'enfant est incapable de boire au sein mais est capable d'avaler :***
  Donner du lait exprimé ou un substitut de lait maternel
  Si ni l'un ni l'autre n'est disponible, donner de l'eau sucrée
  Donner 30-50 ml de lait ou d'eau sucrée avant le départ

  Pour faire de l'eau sucrée, dissoudre 3 cuillères à café rases de sucre (20 grammes) dans une tasse de 200 ml d'eau propre

- ***Si l'enfant est incapable d'avaler :***

  Donner 50 ml de lait ou d'eau sucrée par sonde nasogastrique

292

ANTIBIOTIQUE EN INTRAMUSCULAIRE
QUININE EN INTRAMUSCULAIRE
HYPOGLYCEMIE

POUR LA DIARRHEE, DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES ET CONTINUER L'ALIMENTATION

(Cf ALIMENTS au tableau CONSEILLER LA MERE)

➤Plan A: Traiter la diarrhée B domicile

Apprendre à la mére les 3 régles du traitement à domicile
Donner davantage de liquides, continuer l'alimentation, quand revenir

1 *DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES* (autant que l'enfant veut bien prendre)

▸ **EXPLIQUER A LA MERE**

- Qu'il faut allaiter 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 (potage, eau de riz, yaourt liquide) ou eau propre

Il est crucial de donner une solution de SRO à domicile si .

- *l'enfant est sous traitement à ou C pendant la visite*
- *l enfant ne peut pas Ltre ramené au dispensaire si la diarrhée s'aggrave*

▸ **APPRENDRE A LA MERE COMMENT MELANGER ET ADMINISTRER LA SOLUTION SRO DONNER A LA MERE 2 PAQUETS DE SOLU TION SRO A UTILISER A DOMICILE**

▸ **MONTRER A LA MERE COMBIEN DE LIQUIDE ELLE DOIT DONNER EN PLUS DE LA CONSOMMATION NORMALE**

Jusqu'à 2 ans 50 à 100 ml aprés chaque selle liquide
2 ans et plus 100 à 200 ml aprés chaque selle liquide

Expliquer à la mére qu'il faut .

- Donner fréquemment à boire dans une tasse, par petites gorgées
- Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes Puis continuer, mais plus lente ment
- Continuer à donner davantage de liquides jusqu'à l'arrLt de la diarrhée

2 *CONTINUER L'ALIMENTATION*
3 *QUAND REVENIR*
} Cf tableau *CONSEILLER LA MERE*

➤Plan B: Traiter la déshydratation légére avec une solution de SRO

Administrer, au dispensaire et sur une période de 4 heures, la quantité de solution de SRO recommandée

▸ **DETERMINER LA QUANTITE DE SRO A ADMINISTRER PENDANT LES 4 PRE-MIERES HEURES**

AGE*	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

** 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 Ltre calculée en multipliant le poids de l enfant (en kg) par 75*

- 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 A LA MERE 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
- Continuer à allaiter au sein quand l'enfant réclame

▸**APRES 4 HEURES**

- Réexaminer l'enfant et classer la déshydratation
- Choisir le plan approprié pour continuer le traitement
- Commencer à alimenter l'enfant au dispensaire

▸**SI LA MERE 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 paquets de SRO pour terminer le traitement de réhydratation Lui donner également 2 paquets comme recommandé dans le Plan A
- Expliquer les 3 régles du traitement à domicile

1 *DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES*
2 *CONTINUER L'ALIMENTATION*
3 *QUAND REVENIR*
} Cf Plan A pour les liquides recommandés et Cf tableau *CONSEILLER LA MERE*

293

POUR LA DIARRHEE, DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES ET CONTINUER L'ALIMENTATION

(Cf ALIMENTS au tableau CONSEILLER LA MERE)

▶ *Plan C : Traiter immédiatement la déshydratation sévère*

▸ **SUIVRE LES FLECHES SI LA REPONSE EST "OUI" VOIR EN FACE**
SI LA REPONSE EST "NON" VOIR EN DESSOUS

COMMENCER ICI

Etes vous en mesure de procéder immédiatement à une perfusion intraveineuse? — 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 saline normale) comme suit

AGE	Donner d'abord 30 ml/kg dans :	Puis donner 70 ml/kg dans :
Nourrissons (moins de 12 mois)	1 heure*	5 heures
Enfants (12 mois à 5 ans)	30 minutes*	2 1/2 heures

** Répéter une fois si le pouls est encore très faible ou imperceptible*

Réexaminer l'enfant toutes les 1 2 heures Si l'hydratation n'améliore pas l'état de l'enfant 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 (nourrissons) ou 1 2 heures (enfants)
- Réexaminer un nourrisson après 6 heures et un enfant après 3 heures Classer le cas Déshydratation Ensuite choisir le plan approprié (A, B ou C) pour continuer le traitement continue treatment

NON ▼

Ce procédé est il possible 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 donner fréquemment des gorgées à l'enfant en cours de route

NON ▼

Avez-vous la formation nécessaire pour utiliser une sonde nasogastrique pour la réhydratation? — OUI ▶

NON ▼

Est-ce que l'enfant est capable de boire? — 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 vomissements 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 réexaminer l'enfant Classer déshydratation Ensuite, choisir le plan approprié (A B ou C) pour continuer le traitement

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 assurer que la mère est capable de continuer le traitement en administrant à l'enfant la solution de SRO par voie orale

VACCINER TOUT ENFANT MALADE, EN CAS DE BESOIN

294

SUIVRE LES SOINS

- **Pour soigner l'enfant ramené au dispensaire pour une visite de suivi, utiliser tous les cadres qui correspondent aux classifications précédentes de l'enfant**
- **Si l'enfant présente de nouveaux problèmes, évaluer, classer et traiter le nouveau problème comme indiqué au tableau *EVALUER ET CLASSER***

▸ PNEUMONIE

Après 2 jours

Rechercher les signes généraux de danger
Evaluer l'enfant pour toux et difficultés respiratoires } Cf tableau *EVALUER & CLASSER*

Demander
- L'enfant respire-t-il plus lentement?
- La fièvre est-elle moins élevée?
- Est-ce que l'enfant se nourrit mieux?

Traitement
- Si *un tirage ou un signe général de danger est détecté*, administrer une dose d'antibiotique de seconde intention ou du chloramphénicol en intramusculaire Ensuite, transférer d'URGENCE à l hôpital
- Si *la respiration la fièvre et la prise d'aliments sont les mêmes*, remplacer le traitement par un antibiotique de seconde intention 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, transférer)
- Si ***la respiration est plus lente, la fièvre est moins élevée et l'alimentation s'est améliorée***, terminer le traitement antibiotique de 5 jours

▸ DIARRHEE PERSISTANTE

Après 5 jours

Demander
- La diarrhée est-elle arrêtée?
- Combien de selles liquides l enfant a-t-il chaque jour?

Traitement
- Si ***la diarrhée n'est pas arrêtée (l'enfant a encore 3 selles liquides au moins par jour)***, réévaluer l'état général de l'enfant Donner le traitement nécessaire Puis transférer l'enfant à l'hôpital
- Si ***la diarrhée est arrêtée (l'enfant a moins de 3 selles liquides par jour)***, dire à la mère de suivre les recommandations d alimentation habituelle selon l'âge de l'enfant

▸ DYSENTERIE

Après 2 jours

Evaluer l'enfant pour la diarrhée à Cf tableau *EVALUER & CLASSER*

Demander
- Les selles sont-elles moins nombreuses?
- Les selles contiennent-t-elles moins de sang?
- Est-ce que la fièvre est moins élevée?
- Les douleurs abdominales sont-elles moins prononcées?
- Est-ce que l'enfant se nourrit 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 et l'alimentation sont les mêmes ou se sont aggravés:***

  Remplacer le traitement par un antibiotique de seconde intention par voie orale recommandé pour la shigellose dans la région Le donner pendant 5 jours Conseiller à la mère de revenir dans 2 jours

  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 à l'hôpital

- 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

SUIVRE LES SOINS

- **Soigner l'enfant ramené au dispensaire pour la visite de suivi comm recommandé dans tous les cadres qui correspondent aux classifications précédentes de l'enfant.**
- **Si l'état de l'enfant présente un nouveau probléme, le classer et le traiter comme indiqué au tableau *EVALUER ET CLASSER***

▸ PALUDISME (risque de paludisme bas ou élevé)

Si la fiévre persiste aprés 2 jours ou réapparaî dans les 14 jours suivants

Evaluer complétement l'état de l'enfant à Cf tableau *EVALUER & CLASSER*

Evaluer les autres causes de fiévre

Traitement

- Si l'enfant ***présente un signe général de danger ou une raideur de la nuque***, traiter comme MALADIE FEBRILE TRES GRAVE
- Si l'enfant présente une ***cause de fiévre autre que le paludisme***, procéder au traitement
- Si ***le paludisme est la seule cause apparente de la fiévre***
  - Traiter avec l'antipaludéen de seconde intention par voie orale (si ce produit n'est pas disponible, transférer l'enfant à l'hôpital)
    Deamander à la mére de revenir dans 2 jours si la fiévre continue
  - Si la fiévre continue pendant 7 jours, transférer pour bilan

▸ FIEVRE-PALUDISME IMPROBABLE (risque de paludisme bas)

Si la fiévre persiste aprés 2 jours

Evaluer complétement l'état de l'enfant à Cf tableau *EVALUER & CLASSER*

Evaluer les autres causes de fiévre

Traitement

- Si l'enfant ***présente un signe général de danger*** ou une raideur de la nuque, traiter comme MALADIE FEBRILE TRES GRAVE
- Si l'enfant présente ***une cause de fiévre autre que le paludisme*** procéder au traitement
- Si ***le paludisme est la seule cause apparente de la fiévre***
  - Traiter avec l'antipaludéen de premiére intention par voie orale
    Conseiller à la mére de revenir dans 2 jours si la fiévre continue
  - Si la fiévre continue pendant 7 jours, transférer pour bilan

▸ ROUGEOLE COMPLIQUEE

Aprés 2 jours

Regarder si les yeux de l'enfant sont rouges et purulents
Regarder si la bouche a des ulcérations
Sentez l'odeur de la bouche

Traitement de l'infection de l oeil

- Si ***du pus s'écoule encore des yeux*** demander à la mére de décrire comment elle a traité l'infection de l'oeil Si le traitement était correct, transférer l'enfant à l hôpital Si le traitement était incorrect, apprendre à la mére le traitement correct
- 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

Traitement des ulcérations dans la bouche

- Si ***les ulcérations se sont aggravées ou si la bouche dégage une mauvaise odeur***, transférer l'enfant à l'hôpital
- Si ***les ulcérations sont pareilles ou mieux***, continuer le traitement au violet de gentiane (dilué de moitié) pendant 5 jours

296

SUIVRE LES SOINS

- **Soigner l'enfant ramené au dispensaire pour la visite de suivi comme recommandé dans tous les cadres qui correspondent aux classifications précédentes de l'enfant**
- **Si l'état de l'enfant présente un nouveau probléme, le classer et le traiter comme indiqué au tableau *EVALUER ET CLASSER***

▸ INFECTION DE L'OREILLE

Aprés 5 jours

Réévaluer le probléme d oreille à Cf tableau *EVALUER & CLASSER*
Prendre la température de l'enfant

Traitement

- S il y a ***gonflement douloureux derriére l'oreille ou si la fiévre est élevée (38,5E C ou plus)***, transférer l'enfant d'URGENCE à l'hôpital
- ***Infection aiguN de l'oreille*** ***Si la douleur de l'oreille ou l'écoulement persiste***, traiter pendant 5 jours supplémentaires avec le même antibiotique Continuer à assécher l'oreille Revoir dans 5 jours
- ***Infection chronique de l'oreille*** Vérifier si la mére asséche l'oreille correctement L'encourager à continuer
- Si ***l'oreille n'est pas douloureuse et ne coule pas***, féliciter la mére pour son 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

Aprés 5 jours

Réévaluer l'alimentation à Cf *questions en haut du tableau CONSEILLER*
Poser des questions sur les problémes d'alimentation notés lors de la premiére visite

- Conseiller la mére sur tout nouveau probléme ou probléme persistant d'alimentation S'il est conseillé à la mére de modifier sensiblement l'alimentation, lui conseiller de revenir pour une visite de suivi
- Si le poids de l enfant est trés faible pour son âge, conseiller à la mére de revenir 30 jours aprés la premiére visite afin que l'enfant puisse Ltre pesé de nouveau

▸ PALEUR

Aprés 14 jours

Donner du fer Conseiller à la mére de revenir chercher du fer dans 14 jours

- Continuer à délivrer du fer tous les 14 jours pendant 2 mois
- Si la pâleur palmaire est encore présente chez l'enfant aprés 2 mois transférer pour bilan

▸ INSUFFISANCE PONDERALE

Aprés 30 jours

Peser l'enfant et déterminer si le poids de l enfant est encore trés faible pour son âge
Réévaluer l'alimentation à Cf *questions en haut du tableau CONSEILLER*

Traitement

- Si ***le poids de l'enfant n'est plus trés faible pour son âge***, féliciter la mére et l'encourager à continuer
- Si ***le poids de l'enfant est encore trés faible pour son âge***, conseiller la mére sur les problémes d'alimentation identifiés Conseiller à la mére de revenir dans un mois Continuer à voir l'enfant une fois par mois jusqu'à ce qu'il se nourrisse bien et gagne du poids régulièrement ou jusqu'à ce que son poids ne soit plus trés faible pour son âge

  Exception S'il est anticipé que l'alimentation n'améliorera pas le poids de l'enfant ou s'il ***a perdu du poids***, transférer à l'hôpital

SI D'AUTRES VISITES DE SUIVI SONT NECESSAIRES EN FONCTION DE LA PREMIERE VISITE OU DE CETTE VISITE, CONSEILLER A LA MERE DE REVENIR POUR LA **PROCHAINE VISITE DE SUIVI.**

•

EN OUTRE, EXPLIQUER A LA MERE **QUAND REVENIR IMMEDIATEMENT.**
(Cf tableau *CONSEILLER)*

CONSEILLER LA MERE

LES ALIMENTS

▸ *Evaluer l'alimentation de l'enfant*

Poser des questions sur l'alimentation habituelle de l'enfant et sur son alimentation pendant la maladie
Comparer les réponses de la mère aux ***Recommandations pour l'alimentation*** selon l'âge de l'enfant dans le cadre ci-dessous

DEMANDER

- Allaitez-vous l'enfant?
- Combien de fois dans la journée?
- L'allaitez-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?
- Quelle nourriture donnez-vous à l'enfant?
- Si le poids de l'enfant est très faible pour son âge Quelle quantité lui donnez-vous à chaque repas? Qui nourrit l'enfant et comment?

▸ Pendant sa maladie, les habitudes d'alimentation de l'enfant ont-elles changé? Si oui, comment?

➤ *Recommandations pour l'alimentation (pour l'enfant malade et l'enfant en bonne santé)*

Jusqu'à 4 mois	de 4 mois à 6 mois	de 6 mois à 12 mois	de 12 mois à 2 ans	2 ans et plus
• Allaiter au sein quand l'enfant réclame, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures • Ne pas donner d'autres aliments ou liquides	• Allaiter au sein quand l'enfant réclame, jour et nuit, au moins 8 fois en 24 heures • Seulement si l'enfant - semble vouloir des aliments semi-solides, ou - semble affamé aprés l'allaitement, ou - ne gagne pas le poids qu'il faut ajouter des aliments supplémentaires (listés dans la colonne 6 à 12 mois) Donner ces aliments 1 ou 2 fois par jour aprés l'allaitement au sein	• Allaiter au sein quand l'enfant réclame • Donner des portions adéquates de _____ _____ _____ - 3 fois par jour, avec allaitement au sein - 5 fois par jour, sans allaitement au sein	• Allaiter au sein quand l'enfant réclame • Donner des portions adéquates de _____ _____ _____ _____ ou les aliments du repas familial, 5 fois par jour	• Alimenter l'enfant pendant les 3 repas quotidiens comme les autres membres de la famille. En outre et deux fois par jour, donner des aliments nutritifs entre les repas comme _____ _____ _____ _____

* *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*

Recommandations pour l'alimentation de l'enfant classé DIARRHEE PERSISTANTE

- S'il est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et plus longtemps, jour et nuit
- Si l'enfant consomme un autre lait
  - remplacer ce lait par 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
- Pour les autres aliments, suivre les recommandations pour l'alimentation de l'enfant selon le poids

▸ *Conseils sur les problémes d'alimentation*

Si l'enfant n'est pas nourri comme indiqué ci-dessus, conseiller la mére en conséquence. En outre :

- **Si la mére signale qu'elle a des difficultés à allaiter au sein, évaluer l'allaitement. (Cf. tableau *NOURRISSONS.*) Le cas échéant, montrer à la mére le positionnement et l'attachement adéquats pour l'allaitement au sein.**
- **Si l'enfant a moins de 4 mois et consomme un autre lait et d'autres aliments :**
  - Renforcer la confiance de la mére en lui assurant qu'elle produit assez de lait pour son enfant
  - Suggérer de mettre l'enfant au sein plus fréquemment, de l'y laisser plus longtemps, le jour comme la nuit, et de réduire progressivement le lait préparé ou les aliments

  Si la consommation de lait préparé doit continuer, conseiller à la mére

  - D'allaiter au sein autant que possible, y compris la nuit
  - De s'assurer que le lait préparé est un bon substitut local
  - De s'assurer que le lait est préparé correctement et de maniére hygiénique, et donné en quantité suffisante
  - De finir dans l'heure le lait préparé

- **Si la mére nourrit l'enfant au biberon :**
  - Recommander de remplacer le biberon par une tasse
  - Apprendre à la mére comment utiliser une tasse pour nourrir son enfant
- **Si l'enfant se nourrit mal, conseiller à la mére :**
  - De s'asseoir avec l'enfant et de l'encourager à manger
  - De donner à l'enfant une portion adéquate sur une assiette ou dans un bol séparé

- **Si l'enfant se nourrit mal pendant une maladie, conseiller à la mére :**
  - D'allaiter au sein plus fréquemment et plus longtemps, si possible
  - D'offrir des aliments faciles à manger, variés, appétissants et préférés par l'enfant pour l'encourager à manger le plus possible
  - De désobstruer le nez de l'enfant si son nez bouché l'empLche de manger
  - D'anticiper un meilleur appétit à mesure que l'enfant se porte mieux
- **Revoir tout probléme d'alimentation dans 5 jours.**

300

LES LIQUIDES

➤ *Conseiller à la mère d'augmenter la consommation de liquides pendant la maladie*

POUR TOUT ENFANT MALADE :

- Allaiter au sein plus fréquemment et prolonger la durée de la tétée
- Augmenter les liquides Par exemple, donner du potage, de l'eau de riz, des yaourts liquides ou de l'eau propre

POUR L'ENFANT DIARRHEIQUE :

- L'administration de liquides supplémentaires peut sauver la vie de l'enfant diarrhéique Administrer les liquides selon le Plan A ou le plan à du tableau *TRAITER L'ENFANT*

QUAND REVENIR

➤ *Expliquer à la mére quand revenir au centre de santé*

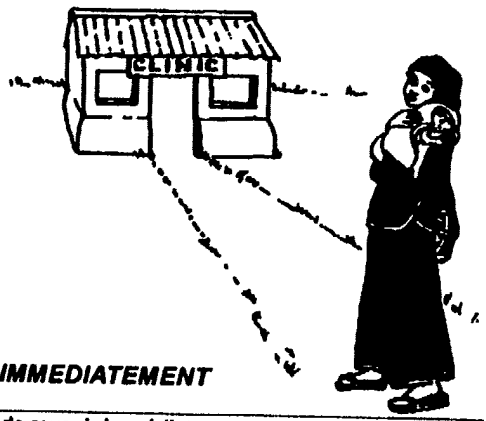
Visite de suivi

Conseiller à la mére de revenir selon les indications listées pour le probléme de l'enfant

Si l'enfant a	Revenir pour une visite de suivi dans :
PNEUMONIE DYSENTERIE PALUDISME FIEVRE-PALUDISME IMPROBABLE, si la fiévre persiste ROUGEOLE COMPLIQUEE	2 jours
DIARRHEE PERSISTANTE INFECTION AIGUE DE L'OREILLE INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE PROBLEME D'ALIMENTATION AUTRE MALADIE, s'il n'y a pas d'amélioration	5 jours
PALEUR	14 jours
POIDS TRES FAIBLE POUR L'AGE	30 jours

PROCHAINE VISITE SYSTEMATIQUE

Expliquer à la mére quand revenir pour la prochaine vaccination selon le calendrier de vaccination



QUAND REVENIR IMMEDIATEMENT

Conseiller à la mére de revenir immédiatement si l'enfant présent l'un des signes suivants	
Tout enfant malade qui	• Est incapable de boire ou de téter • Devient plus malade • A de la fiévre
Si l'enfant est classé PAS PNEUMONIE TOUX OU RHUME, revenir également si	• La respiration est rapide • La respiration est difficile
Si l'enfant a la diarrhée, revenir également si	• Les selles contiennent du sang • L'enfant boit difficilement

▸ *Donner des conseils à la mére sur sa propre santé*

- Si la mére est malade, la soigner ou la transférer pour assistance
- Si elle a un probléme aux seins (tel que l'engorgement, crevasse du mamelon, infection du sein), la soigner ou la transférer pour traitement.
- Lui conseiller de bien se nourrir pour entretenir sa force et sa santé.
- Vérifier l'état vaccinal de la mére et lui faire une piqfre antitétanique, en cas de besoin.
- S'assurer qu'elle a accés :
  - au planning familial
  - aux conseils sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida

EVALUER, CLASSER ET TRAITER LE NOURRISSON MALADE AGE DE 1 SEMAINE 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, suivre les instructions en bas du tableau ci-dessous
  - S'il s'agit de la première visite, évaluer l'état du nourrisson comme suit

CLASSER

POUR CLASSER LA MALADIE, UTILISER TOUS LES CADRES QUI CORRESPONDENT AUX SYMPTOMES ET PROBLEMES DU NOURRISSON

IDENTIFIER LE TRAITEMENT

RECHERCHER LES INFECTIONS BACTERIENNES POSSIBLES

DEMANDER :

- Est-ce que le nourrisson a eu des convulsions?

REGARDER, ECOUTER, PALPER:

- Compter les respirations par minute Recommencer si le nombre de respirations est élevé
- Rechercher un tirage grave
- Rechercher un battement des ailes du nez
- Regarder et écouter le stridor

} LE NOURRISSON DOIT ETRE CALME

- Regarder et palper la fontanelle pour détecter si elle est bombée
- Regarder si du pus s'écoule des oreilles
- Regarder l'ombilic Est-il rouge ou suintant de pus? La rougeur s'étend-elle à la peau?
- Prendre la température (ou toucher le nourrisson a-t-il de la fièvre ou est-il hypothermique)
- Rechercher les pustules cutanées Sont-elles nombreuses ou sévères?
- Regarder si le nourrisson est anormalement endormi ou difficile à réveiller
- Regarder les mouvements du nourrisson Bouge-t-il moins que la normale?

Classer TOUS LES NOURRISSONS

SIGNES :	CLASSER COMME :	TRAITEMENT : (Les traitements urgents pré-évacuation sont en caractères gras)
• Convulsions ou • Respiration rapide (60 respirations par minute ou plus) ou • Tirage grave ou • Battement des ailes du nez ou • Stridor ou • Fontanelle bombée ou • Ecoulement d'oreille ou • Rougeur ombilicale gagnant la peau ou • Fièvre (37,5EC ou plus, ou corps chaud au toucher) ou hypothermie (en-dessous de 35,5EC ou froid au toucher) ou • Pustules cutanées nombreuses ou sévères ou • Sommeil anormal ou réveil difficile • Mouvement inférieur à la normale.	**POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE**	► ***Donner première dose d'antibiotique en intramusculaire*** ► ***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 à l'hôpital*** **
• Ombilic rouge ou suintant de pus ou • Pustules cutanées	**INFECTION BACTERIENNE LOCALE**	► ***Donner 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 ► Revoir dans 2 jours

PUIS DEMANDER :
Est-ce que le nourrisson a la diarrhée?

SI OUI, DEMANDER :

- Depuis combien de temps?
- Est-ce qu'il y a du sang dans les selles?

REGARDER ET PALPER :

- Regarder l'état général du nourrisson
  Est-il
  Anormalement endormi ou difficile à réveiller?
  Agité et irritable?
- Regarder si ses yeux sont enfoncés
- Pincer la peau de l'abdomen
  Le pli cutané disparaît-il
  Très lentement (plus de 2 secondes)?
  Lentement?

Classer DIARRHEE

Pour DESHYDRATATION	Deux des signes suivants • Anormalement endormi ou difficile à réveiller • Yeux enfoncés • Pli cutané disparaît très lentement	**DESHYDRATATION SEVERE**	▸ Si le nourrisson n'est pas classé POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE - Donner des liquides pour déshydratation sévère (Plan C) OU ▸ ***Si le nourrisson est aussi classé POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE*** - ***Transférer d'URGENCE à l'hôpital, la mère donnant fréquemment à boire une solution de SRO par gorgées en cours de route*** ***Conseiller à la mère de continuer l'allaitement au sein***
	Deux des signes suivants • Agité, irritable • Yeux enfoncés • Pli cutané disparaît lentement	**DESHYDRATATION LEGERE**	▸ Donner des liquides et des aliments pour déshydratation légère (Plan B) ▸ ***Si le nourrisson est aussi classé POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE*** - ***Transférer d'URGENCE à l'hôpital, la mère donnant fréquemment à boire une solution de SRO par gorgées en cours de route*** ***Conseiller à la mère de continuer l'allaitement au sein***
	• Signes insuffisants pour classification Déshydratation légère ou sévère	**PAS DE DESHYDRATATION**	▸ Donner des liquides pour traiter l'diarrhée à domicile (Plan A)
et si la diarrhée dure depuis 14 jours ou plus	• Diarrhée depuis 14 jours ou plus	**DIARRHEE PERSISTANTE GRAVE**	▸ Si le nourrisson est déshydraté traiter la déshydratation avant le transfert, sauf s'il est aussi classé POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE ▸ Transférer à l'hôpital
et s'il y a du sang dans les selles	• Sang dans les selles	**DYSENTERIE**	▸ ***Traiter pendant 5 jours avec un antibiotique par voie orale, recommandé pour la shigellose dans la région*** ▸ Revoir dans 2 jours

** Ces seuils sont basés sur la température axillaire Les seuils de température rectale sont plus élevés d'environ 0 5E C*

** Si le transfert n'est pas possible voir érise en charge des maladies de l'enfant, Traiter l'enfant Annexe Lorsque le transfert n'est pas possible*

394

PUIS EVALUER LES PROBLEMES D'ALIMENTATION OU D'INSUFFISANCE PONDERALE :

DEMANDER :

- Est ce que le nourrisson a des difficultés à se nourrir?
- Est-ce que le nourrisson est nourri au sein? Si oui combien de fois en 24 heures?
- Est-ce que le nourrisson reçoit d'habitude d'autres aliments ou boissons? Si oui, combien de fois?
- Quelle est la nourriture du nourrisson?

REGARDER, ECOUTER, PALPER

- Déterminer le poids pour l'âge

SI UN NOURRISSON

A des difficultés à se nourrir,
Est allaité au sein moins de 8 fois en 24 heures,
Consomme d'autres aliments ou liquides, ou
Est de poids faible pour son âge,
ET
Ne montre aucun signe justifiant le transfert d'urgence à l'hôpital

EVALUER L'ALLAITEMENT AU SEIN

- Le nourrisson s'est-il 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)

- Est-ce que le nourrisson s'attache bien le sein?

pas d'attachement du tout *mauvais attachement* *bon attachement*

POUR VERIFIER L'ATTACHEMENT REGARDER SI

- Le menton touche le mamelon
- La bouche est grande ouverte
- La lèvre inférieure est retroussée vers l'extérieur
- L'aréole du mamelon est plus visible au-dessus qu'en bas de la bouche

(Tous ces signes doivent être présents pour que l'attachement soit bon)

- Est-ce que le nourrisson tète efficacement (c'est-à-dire par succion profonde et lente entrecoupée 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 les ulcérations ou le muguet

Classer ALIMENTATION

• Incapable de se nourrir ou • Pas d'attachement du tout au sein ou • Pas de succion du tout	**INCAPABLE DE SE NOURRIR - POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE**	▸ ***Donner la première dose d'antibiotique en intramusculaire*** ▸ ***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 à l'hôpital***
• Mauvais attachement au sein ou • Pas de succion efficace ou • Moins de 8 tétées en 24 heures ou • Reçoit d'autres aliments et liquides ou • Poids faible pour l'âge ou • Muguet (ulcérations ou plaques blanches dans la bouche)	**PROBLEM D'ALIMENTATION OU INSUFFISANCE PONDERALE**	▸ Conseiller à la mère d'allaiter le nourrisson au sein aussi souvent et aussi fréquemment que le nourrisson réclame, jour et nuit ▸ Si l'attachement au sein est mauvais ou si la succion n'est pas efficace, expliquer le positionnement et l'attachement au sein ▸ Si l'allaitement au sein a lieu moins de 8 fois en 24 heures, conseiller à la mère d'allaiter plus souvent ▸ Si le nourrisson reçoit d'autres aliments et liquides, conseiller à la mère d'allaiter davantage au sein, de réduire les autres aliments et liquides, et d'utiliser une tasse ▸ Si pas d'allaitement au sein - Référer au service donnant des 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 ▸ Conseiller à la mère de 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
• Pas de poids faible pour l'âge et aucun autre signe d'alimentation inadéquate	**PAS DE PROBLEME D'ALIMENTATION**	▸ Conseiller à la mère de soigner le nourrisson à domicile ▸ Féliciter la mère quand le nourrisson se nourrit bien

305

ENSUITE, VERIFIER L'ETAT VACCINAL DU NOURRISSON

CALENDRIER DE VACCINATION :	AGE	Naissance		6 semaines		10 semaines	
	VACCINS	BCG	Polio-0	DPT-1	Polio-1	DPT-2	Polio-2

EVALUER LES AUTRES PROBLEMES

296

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

▸ *Donner un antibiotique approprié par voie orale*

Pour l'infection bactérienne locale :

Antibiotique de première intention _____

Antibiotique de seconde intention _____

AGE ou POIDS	COTRIMOXAZOLE triméthoprime + sulphaméthoxazole ▸ Donner 2 fois par jour pendant 5 jours			AMOXYCILLINE ▸ Donner 3 fois par jour pendant 5 jours	
	Comprimé adulte non dilué (80 mg triméthoprime + 400 mg sulphaméthoxazole)	Comprimé enfant (20 mg triméthoprime + 100 mg sulphaméthoxazole)	Sirop (40 mg triméthoprime + 200 mg sulphaméthoxazole)	Comprimé 250 mg	Sirop 125 mg en 5 ml
Naissance à 1 mois (< 3 kg)		1/2*	1 25 ml*	1/4	1 25 ml
1 mois à 2 mois (3-4 kg)	1/4	1	2,5 ml		2 5 ml

** Ne pas donner de cotrimoxazole aux nourrissons de moins d'un mois qui sont nés prématurés ou ictériques (avec la jaunisse)*

Pour la dysenterie

Donner pendant 5 jours un antibiotique recommandé pour la shigellose dans la région

Antibiotique de première intention pour la shigellose _____

Antibiotique de seconde intention pour la shigellose _____

▸ *Donner première dose d'antibiotique en intramusculaire*

▸ Donner la première dose de benzylpénicilline <u>et</u> de gentamicine en intramusculaire

POIDS	GENTAMICINE Dose 2,5 mg par kg		BENZYLPENICILLINE Dose 50 000 unités par kg	
	Non dilué, fiole de 2 ml contenant 20 mg = 2 ml à 10 mg/ml OU	Ajouter 6 ml d'eau stérilisée à fiole de 2 ml contenant 80 mg* = 8 ml à 10 mg/ml	Pour une fiole de 600 mg (1 000 000 unités) Ajouter 2 1 ml eau stérilisée = 2 5 ml à 400 000 unités/ml OU	Ajouter 3 6 ml eau stérilisée = 4 ml à 250 000 unités/ml
1 kg	0,25 ml*		0 1 ml	0 2 ml
2 kg	0,50 ml*		0,2 ml	0,4 ml
3 kg	0,75 ml*		0 4 ml	0 6 ml
4 kg	1,00 ml*		0,5 ml	0,8 ml
5 kg	1,25 ml*		0,6 ml	1,0 ml

** Ne pas utiliser de gentamicine 40 mg/ml non diluée La dose est d'1/4 celle listée ici*

▸ Il est préférable de transférer le nourrisson classé POSSIBILITE D'INFECTION BACTERIENNE GRAVE, mais si le transfert n'est pas possible, donner de la benzylpénicilline et de la gentamicine pendant 5 jours au moins Donner la benzylpenicilline toutes les 6 heures <u>plus</u> la gentamicine toutes les 8 heures Pour le nourrisson d une semaine, donner de la gentamicine toutes les 12 heures

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

▸ ***Pour traiter la diarrhée, cf. tableau TRAITER L'ENFANT.***

▸ ***Vacciner tout nourrisson malade, en cas de besoin.***

▸ ***Apprendre à la mére à traiter les infections locales à domicile***

- Expliquer comment le traitement est administré
- Observer la mére pendant qu'elle donne le premier traitement au dispensaire
- Dites-lui de donner le traitement deux fois par jour Elle doit revenir au dispensaire si l'infection s'aggrave

Pour traiter les pustules cutanées ou l'infection ombilicale

La mére doit
- Se laver les mains
- Nettoyer doucement le pus et les croftes avec de l'eau et du savon
- Assécher les pustules
- Appliquer du violet de gentiane
- Se laver les mains

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

La mére 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

TRAITER LE NOURRISSON ET CONSEILLER LA MERE

- ***Apprendre à la mére comment positionner le nourrisson et assurer son attachement au sein***
- Montrer à la mére comment tenir le nourrisson
  - la tLte et le corps du nourrisson doivent Ltre droits
  - le nourrisson doit faire face au sein, son nez en face du mamelon
  - le corps du nourrisson doit Ltre rapproché du sien
  - la mére doit soutenir tout le corps du nourrisson, non seulement la nuque et les épaules
- Montrer à la mére comment aider le nourrisson à s'attacher au sein Elle doit
  - toucher les lévres du nourrisson avec son mamelon
  - attendre que la bouche du nourrisson soit grande ouverte
  - approcher rapidement le nourrisson de sorte que la lévre inféneure du nourrisson soit bien en-dessous du mamelon
- Vérifier le bon attachement au sein et la succion efficace Si l'attachement ou la succion ne se fait pas, recommencer la procédure ***Teach Correct Positioning and Attachment for Breastfeeding***

- ***Conseiller à la mére de soigner le nourrisson à domicile***
  - ALIMENTS
    LIQUIDES
    } Allaiter fréquemment au sein, aussi souvent et aussi longtemps que le nourrisson réclame, jour et nuit, que le nourrisson soit malade ou en bonne santé
  - QUAND REVENIR

Visite de suivi

Si le nourrisson a	Revenir pour visite de suivi aprés
INFECTION BACTERIENNE LOCALE DYSENTERIE PROBLEME QUELCONQUE D'ALIMENTATION MUGUET	2 jours
INSUFFISANCE PONDERALE	14 jours

Quand revenir immédiatement

Conseiller à la mére de revenir immédiatement si le nourrisson présente l'un de ces signes
Difficulté de succion ou d'alimentation Est encore plus malade A de la fiévre Respire rapidement Respire difficilement Sang dans les selles

  - S ASSURER QUE LE NOURRISSON EST TOUéOURS TENU AU CHAUD
    - Quand il fait frais, couvrir la tLte et les pieds du nourrisson et l'habiller chaudement

SUIVRE LES SOINS DU NOURRISSON MALADE

➤ *INFECTION BACTERIENNE LOCALE*

Aprés 2 jours
Regarder l'ombilic Est-il rouge et suppurant? La rougeur s'étend-elle à la peau?
Regarder les pustules cutanées Sont-elles nombreuses et sévéres?

Traitement

- Si ***le pus persiste ou s'aggrave,*** transférer le nourrisson à l'hôpital
- Si ***le pus et la rougeur s'améliorent***, dire à la mére de continuer le traitement antibiotique de 5 jours et de traiter l'infection locale à domicile

➤ DYSENTERIE

Aprés 2 jours
Déterminer si le nourrisson a la diarrhée à Cf * Le nourrisson a-t-il la diarrhée? + ci-dessus
Demander
- Les selles sont-elles moins nombreuses?
- Les selles contiennent-elles moins de sang?
- Les douleurs abdominales sont-elles moins prononcées?
- Le nourrisson se nourrit-il mieux?
- A-t-il de la fiévre?

Traitement

- Si le nourrisson est ***déshydraté***, traiter la déshydratation
- Si ***le nombre de selles, la quantité de sang dans les selles, les douleurs abdominales et l'alimentation sont les mêmes ou se sont aggravées, ou si le nourrisson a de la fièvre,*** le transférer à l'hôpital En cas de fiévre, donner au nourrisson la premiére dose d'antibiotique en intramusculaire avant de transférer
- Si les ***selles sont moins nombreuses et contiennent moins de sang, si les douleurs abdominales sont moins prononcées et si le nourrisson se nourrit mieux***, continuer le traitement antibiotique jusqu'à la fin

012

SUIVRE LES SOINS DU NOURRISSON MALADE

➤ *PROBLEMES D'ALIMENTATION*

Aprés 2 jours
Réévaluer l'alimentation à Cf « Ensuite, rechercher les problémes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale + ci-dessus
Poser des questions sur les problémes d'alimentation notés lors de la premiére visite

- Conseiller la mére sur tout nouveau ou persistant probléme d alimentation Si vous conseillez à la mére d apporter des changements sensibles à l'alimentation, lui conseiller de revenir avec le nourrisson
- Si le poids du nourrisson est faible pour son âge, conseiller à la mére de revenir 14 jours aprés la premiére visite pour une nouvelle pesée

Exception S'il est anticipé que l'alimentation n'améliorera pas l'état du nourrisson ou s'il a ***perdu du poids***, transférer le nourrisson

➤ *INSUFFISANCE PONDERALE*

Aprés 14 jours
Peser le nourrisson et déterminer si son poids demeure faible pour son âge
Réévaluer l'alimentation à Cf « Ensuite, rechercher les problémes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale + ci-dessus

- Si le ***poids du nourrisson n'est plus faible pour son âge***, féliciter la mére et l'encourager à continuer
- Si le ***poids du nourrisson est encore faible pour son âge, mais si le nourrisson se nourrit bien,*** conseiller la mére sur le probléme d'alimentation Conseiller à la mére de revenir dans 14 jours (ou quand elle reviendra pour la vaccination, si dans les 2 semaines) Continuer le suivi de l'état du nourrisson toutes les deux semaines jusqu'à ce qu'il se nourrisse bien et gagne du poids régulérement, ou jusqu'à ce que son poids soit suffisant pour son âge

  Exception · S'il est anticipé que l'alimentation n'améliorera pas l'état du nourrisson ou s'il a ***perdu du poids***, transférer le nourrisson

➤ MUGUET

Aprés 2 jours
Rechercher les ulcérations ou plaques blanches dans la bouche (muguet)
Réévaluer l'alimentation à Cf « Ensuite rechercher les problémes d'alimentation et d insuffisance pondérale + ci-dessus

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

BEST AVAILABLE COPY

PRISE EN CHARGE DU NOURRISSON MALADE AGE DE 1 SEMAINE A 2 MOIS

Nom _____ Age _____ Poids _____ kg Temperature _____°C

DEMANDER Quels sont les problèmes du nourrisson?_____ Première visite?____ Visite de suivi?____

EVALUER (entourer tous les signes presents) — **CLASSER**

RECHERCHER L'INFECTION BACTERIENNE POSSIBLE/EVENTUELLE

- Le nourrisson a-t-il eu des convulsions?
- Compter les respirations _____ par minute
  Répéter si le nombre de respirations est élevé- _____ Respiration rapide?
- Rechercher un tirage grave
- Rechercher le battement des narines
- Regarder et écouter le stridor
- Regarder et palper la fontanelle pour détecter si elle est bombée
- Regarder si les oreilles suppurent
- Regarder l'ombilic Est-il rouge et suppurant?
  La rougeur s'étend-elle à la peau?
- Fièvre (température de 37 5°C ou plus ou le nourrisson est chaud au toucher)
  ou hypothermie(au-dessous 35 5°C ou froid au toucher)
- Regarder la peau pour détecter les pustules Sont-elles nombreuses et sévères?
- Regarder si le nourrisson est anormalement endormi ou difficile à réveiller
- Observer les mouvements du nourrisson Sont-ils moindres que la normale?

LE NOURRISSON A-T-IL LA DIARRHEE? Oui ___ Non ___

- Depuis combien de temps?____ jours
- Est-ce qu'il y a du sang dans les selles?
- Examiner l'état général du nourrisson Est-il
  Anormalement endormi ou difficile à réveiller?
  Agité et irritable?
- Regarder si ses yeux sont enfoncés
- Pincer la peau de l'abdomen Le pli disparaît
  Très lentement (en plus de 2 secondes)?
  Lentement?

PUIS RECHERCHER LES PROBLEMES D'ALIMENTATION OU D'INSUFFISANCE PONDERALE

- Existe-t-il des problèmes d'alimentation? Oui ___ Non ____ • Déterminer le poids pour son âge Faible ____ Non faible ___
- 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?
- Quels sont les aliments donnés au nourrisson?

Si le nourrisson a des difficultés à se nourrir, est alimenté moins de 8 fois toutes les 24 heures, consomme d'autres aliments ou liquides, est d'un poids faible pour son âge ET ne présente aucun signe justifiant son transfert à l'hôpital-

EVALUER L'ALLAITEMENT AU SEIN

- 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

- Est-ce que le nourrisson s'attache bien au sein? Pour vérifier l'attachement, regarder si
  - Le menton touche le sein Oui___ Non ___
  - La bouche est grande ouverte Oui ___ Non ___
  - La lèvre inférieure est retroussée vers l'extérieur Oui ___ Non ___
  - Plus d'aréole au-dessus qu'au bas de la bouche Oui ___ Non ___

pas d'attachement du tout *mauvais attachement* *bon attachement*

- Est-ce que le nourrisson tète bien (c'est-à-dire succion lente et profonde avec pauses)?

pas de succion du tout *succion non efficace* *succion efficace*

- Regarder la bouche pour détecter des ulcérations ou des plaques blanches (muguet)

VERIFIER L'ETAT VACCINAL. Entourer les vaccinations à faire aujourd'hui.

BCG Polio 0 DPT1 Polio 1 DPT2 Polio 2

Revenir pour prochaine vaccination le _____ (date)

EVALUER LES AUTRES PROBLEMES:

BEST AVAILABLE COPY

TRAITER

32

Revenir pour visite de suivi le: _____

Vaccins administrés aujourd'hui _____

BEST AVAILABLE COPY

PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT AGE DE 2 MOIS A 5 ANS

Nom de l'enfant _____ Age _____ Poids _____ kg Température ____ °C

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 INCAPABLE DE BOIRE OU DE PRENDRE LE SEIN DIFFICILE A REVEILLER L'ENFANT VOMIT TOUT CE QU'IL CONSOMME CONVULSIONS ANORMALEMENT ENDORMI OU	Signe général de danger présent? Oui____ Non_____ Ne pas oublier d'utiliser le signe de danger lors de la classification when selecting classifications
EST-CE QUE L'ENFANT TOUSSE OU A DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES? Oui____ Non_____ •Depuis combien de temps? Jours • Compter les respirations par minute ____Nombre de respirations par minute ___ Respiration rapide? • Rechercher les signes de tirage grave • Regarder et écouter le stridor	
L'ENFANT A-T-IL LA DIARRHEE? OuiNon ▸ Depuis combien de temps? Jours ▸ Examiner l'état général de l'enfant. L'enfant est-il ▸ Ses selles contiennent-elles du sang? Anormalement endormi ou difficile à réveiller? Agité et irritable? ▸ Regarder si les yeux de l'enfant sont enfoncés ▸ Offrir à boire à l'enfant L'enfant Est-il incapable de boire ou boit difficilement? Est assoiffé boit avidement? ▸ Pincer la peau de l'abdomen de l'enfant. Le pli disparaî Très lentement (plus de 2 secondes)?Lentement?	
L'ENFANT A-T-IL DE LA FIEVRE? (antécédents/chaud au toucher/température de 37 5EC ou plus) Oui___ Non____ Décider le risque de paludisme Eleve Bas ▸ Depuis combien de temps? Jours ▸ Si la fièvre dure depuis plus de 7 jours l'enfant a-t-il de la fièvre tous les jours? ▸ L'enfant a-t-il eu la rougeole au cours des 3 derniers mois? ▸ ▸Regarder et palper la nuque pour détecter une raideur Regarder si le nez coule Rechercher les signes de ROUGEOLE ▸ Eruption générale et ▸ L'un de ces signes toux, écoulement nasal ou yeux rouges ▸ Regarder si la cornee est voilee	
Si l'enfant a actuellement la rouge **ole ou l'a eue au cours des 3 derniers mois** ▸ Regarder dans la bouche pour détecter les ulcérations Si elles sont présentes sont-elles profondes et nombreuses? ▸ Regarder si les yeux suppurent. ▸ Regarder si la cornee est voilée	
L'ENFANT A-T-IL UN PROBLEME D'OREILLE? Oui Non ▸ A-t-il des douleurs d'oreille? ▸ Y a-t-il un écoulement d'oreille? Si oui depuis combien de temps?____Jours ▸ Regardez si l'oreille suppure ▸ Palper l'arrière de l'oreille pour détecter un gonflement douloureux	
PUIS RECHERCHER LES SIGNES DE MALNUTRITION ET D'ANEMIE ▸ Rechercher les signes de dépérissement sévere ▸ Regarder la pâleur palmaire Pâleur palmaire sévère? ___ Légère? ▸ Rechercher l'oedeme au niveau des pieds ▸ Déterminer le poids pour l'âge Insuffisant Normal	
VERIFIER L'ETAT VACCINAL Entourer les vaccinations nécessaires aujourd'hui BCG DPT 1 DPT 2 DPT 3 Polio 0 Polio 1 Polio 2 Polio 3 **Antirougeoleux**	Ramener l'enfant pour la prochaine vaccination le _____ (date)
EVALUER L'ALIMENTATION DE L'ENFANT Si l'enfant est ANEMIQUE OU DE POIDS FAIBLE ou a moins de 2 ans ▸ Allaitez-vous l'enfant au sein? Oui Non Si oui combien de fois en 24 heures? Fois Allaitez-vous pendant la nuit? Oui ____Non____ ▸ L'enfant consomme-t-il d'autres aliments et liquides? Oui Non Si oui, quels aliments et quels liquides? Combien de fois par jour? Fois Quels sont les aliments donnés à l'enfant? Si le poids de l'enfant est très faible pour son âge Combien donnez-vous à chaque fois? L'enfant reçoit-il sa propre portion? Qui fait manger l'enfant? Et comment? ▸ Pendant sa maladie l'alimentation de l'enfant a-t-elle changé? Oui_____ Non_____	Problèmes d'alimentation

EVALUER LES AUTRES PROBLEMES

RECORDING F

32

BEST AVAILABLE COPY

314

TRAITER

N'oubliez pas de transférer tout enfant qui présente un signe de danger et n'a pas d'autre classification grave.

Revenir pour une visite de suivi le :_____

Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.

Faire les vaccinations nécessaires aujourd'hui :_____

Conseils pour l'alimentation :_____

BEST AVAILABLE COPY

NOTES

The clinical algorithms and the training materials used in the course *Management of Childhood Illness* were developed by the World Health Organization and collaborators with UNICEF and other international agencies. These materials have been adapted and produced by the Ministry of Health of the Republic of Zambia with technical and financial assistance from the United States Agency for International Development and the BASICS Project.

TABLE DE POIDS POUR L'AGE

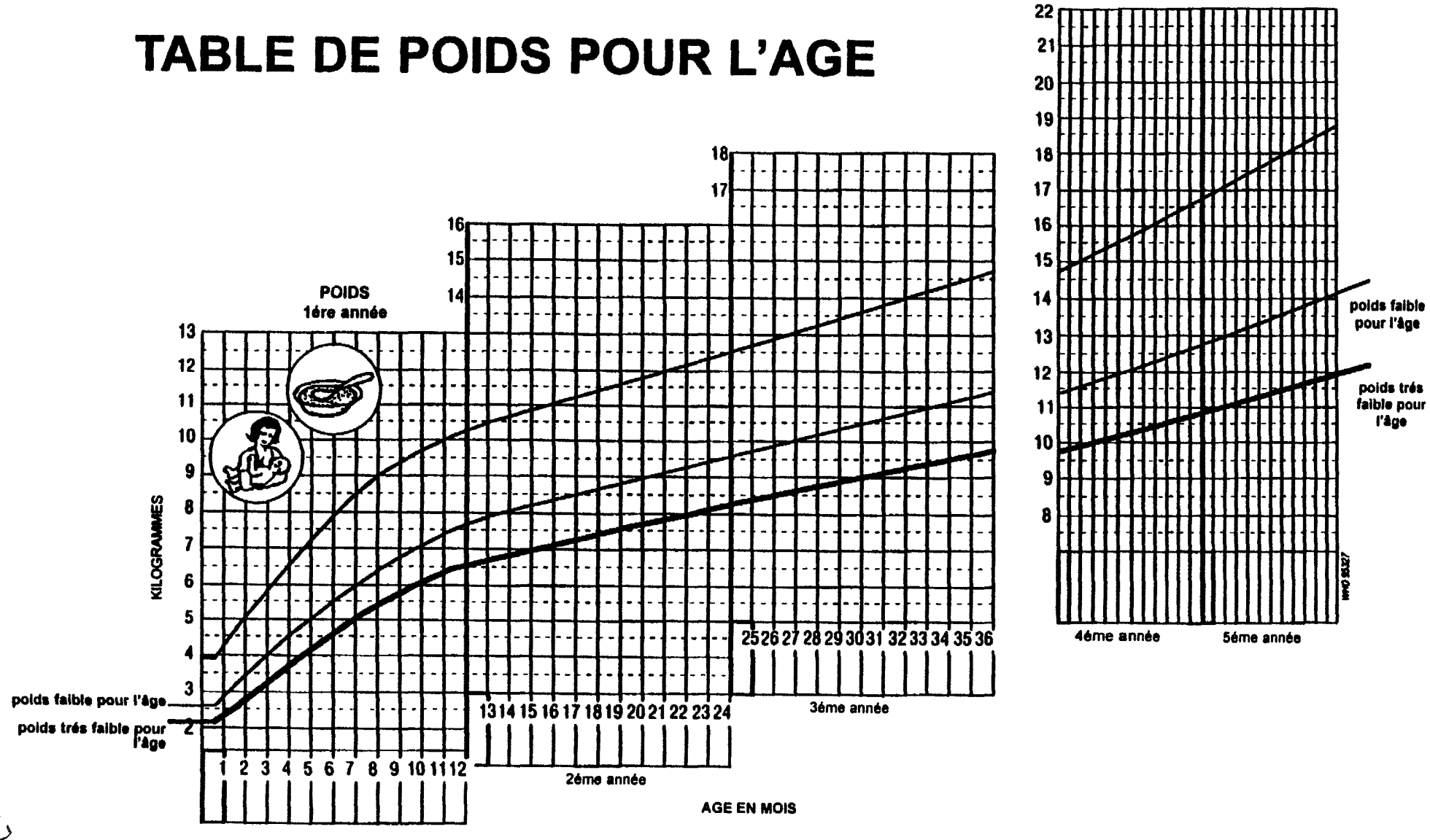


Table of Contents

Part 1
A. The Adaptation Process

		Page
1 0	Introduction	1
	1 1 The IMCI guidelines	1
	1 2 The IMCI course for first-level health workers	2
	1.3 The need for adaptation	3
	1 4 Overview of the adaptation process	4
	1.5 The adaptation guide	6
	Chart: Users of the Adaptation Guide and related materials	7
2 0	Principles of Adaptation	8
3 0	Preparing for Adaptation	12
4.0	Adaptation Tasks	14
	Task 1. Initiate the adaptation process	14
	1 1 Begin collecting information needed for making decisions about adaptations	14
	1.2 Outline the adaptation process and start a preliminary plan	14
	Checklist: Information to gather	15
	1 3 Meet with the adaptation subgroup	16
	Task 2. Adapt the clinical guidelines	18
	2 1 Make a preliminary list of clinical adaptations and additional information needed	23
	2 2 Gather mission information needed for a review of possible adaptations	25

318

2 3 Meet with the adaptation subgroup 27

2 4 Continue to gather information, resolve issues and achieve greater consensus on adaptations 31

2 5 Draft the clinical guidelines 31

2 6 Identify the drugs and supplies needed at first-level health facilities . 31

2 7 Circulate the description of the case management guidelines to Ministry staff and other expert advisors for comments and revise them as needed 31

2 8 Finalize the guidelines . 32

Task 3 Adapt the feeding recommendations, identify local terms and adapt the *Counsel the Mother* chart and mother's card. 33

3 1 Develop feeding recommendations . 34

3 2 Identify and validate local terms 37

3.3 Develop a mother's counselling card . 40

Task 4 Produce the adapted materials 42

5 0 Conducting a final consensus meeting . . 44

Annexes:

Annex A-1 Suggested qualifications for staff or consultants involved in adaptation . . 49

Annex A-2 Questions to summarize what adaptations are required . 51

Annex A-3 Summary of likely adaptations and information needed (followed by a sample from *Uganda*) . . . 61

Annex A-4 Drug list for integrated management of the sick child at first-level (outpatient) health facilities 65

Annex A-5 Suggested information to gather at outpatient facility visits to confirm current case management practices. 67

Annex A-6 Example set of adaptations made in two countries: *Tanzania and Uganda* 69

319

B. Procedures for Adapting the Charts and Modules

Staff required . 1

Equipment and supplies required . 2

1 0 Red-pencil all changes into the chart booklet and recording forms . 5

2 0 Make a list of all changes needed in the charts and list any other changes needed in the modules which do not appear on the charts 5

3 0 Adapt the recording forms using the computer files . . 6

4 0 Mark all adaptations in the modules and answer sheets in the *Facilitator Guide for Modules* and mark any other changes in facilitator guides 6

4 1 Follow the instructions in *G Changes in Materials Required for Specific Adaptations* if any of the adaptations that you need to make are described there For other adaptations, read through the modules and mark changes needed 6

4 2 Check all the changes for accuracy, consistency and completeness 8

5 0 Change the computer files 8

5.1 Enter all changes in the computer files 8

5 2 Print out and check all the computer changes in the modules and facilitator guides . . . 10

6 0 Translate the training materials, if needed . . 10

6 1 Give the translator the list of key words to translate first. Then check them 10

6.2 Translate the chart booklet and recording forms, consistently using the agreed translations of the key words, including the local terms . . 11

6 3 Translate the adapted modules, being consistent with the chart booklet vocabulary and agreed translations of the key words . 11

6 4 Also translate the answer sheets in the *Facilitator Guide for Modules* and, if necessary, all of the facilitator guides and the *Course Director Guide* . 12

6 5 Print out the translated modules and translated parts of the guides Then check them carefully against the adapted modules in English 12

7 0 Prepare the camera-ready adapted (and translated) chart booklet and wall charts 12

7 1 Prepare the chart booklet 12

7 2 Prepare the wall charts . 13

8.0 Print out the final modules and recording forms (adapted and translated) and proof carefully . 14

9.0 Tape and write in necessary items to complete the modules, facilitator guides and other materials 15

10 0 Copy the answer sheets from the *Facilitator Guide for Modules* . 16

11.0 Print the course materials . 16

Annexes:

Annex B-1 Specifications of Printers for Producing the Modules and Other Documents in WordPerfect . 19
Annex B-2 Managing the Computer Files 21
Annex B-3 WordPerfect Settings and Features Used in the Files for the Modules and Recording Forms 25
Annex B-4 List of Key Words and Related Words for Consistent Use 28
Annex B-5 Guidelines for Writing Simpler English 37
Annex B-6 Checklist for Producing the Adapted Materials . . 41

Part 2

C. Technical Basis for Adapting Clinical Guidelines, Feeding Recommendations, and Local Terms

1. Introductory lecture and module . . . 3

1.1 Introductory lecture 3

POSSIBLE ADAPTATION Modify the introductory lecture 3

321

1 2 *Introduction* module . 3

POSSIBLE ADAPTATION Substitute country-specific data on the leading killers of children and their contribution to under 5 mortality 3

POSSIBLE ADAPTATION Describe briefly how IMCI fits into the Ministry's efforts to improve child survival 4

POSSIBLE ADAPTATION Expand the glossary to include words from the adapted course materials which may be unfamiliar to course participants 4

2. Cough or difficult breathing . 5

2 1 Detecting pneumonia based on fast breathing . 6

POSSIBLE ADAPTATION Include wall mounted clocks 7

OTHER CONSIDERATIONS Use sounding timers . 8

OTHER CONSIDERATIONS Use 30 second measurements . 8

2 2 Detecting severe pneumonia based on chest indrawing . . 9

2.3 Referral of children with stridor when calm . . . 11

2.4 Antibiotic treatment for pneumonia 11

2.4 1 Antibiotic options for oral treatment of pneumonia . . . 11

2.4 2 Adverse reactions to cotrimoxazole 12

2.4.3 Antimicrobial resistance . . . 14

ESSENTIAL ADAPTATION Choose a first-line and second-line oral antibiotic for pneumonia 15

2.5 Pre-referral intramuscular antibiotic 15

POSSIBLE ADAPTATION Substitute an alternative pre-referral IM antibiotic . . 16

322

2 6 Wheezing . 16

POSSIBLE (discouraged) ADAPTATION Add wheezing management within the IMCI course, with reassessment of chest indrawing after administration of a rapid-acting bronchodilator . 19

POSSIBLE (discouraged) ADAPTATION Add treatment of wheezing without reassessment of chest indrawing and possible reclassification . 21

OTHER CONSIDERATIONS Add the management of wheezing as follow-on training 21

2.7 Recommendation of a soothing remedy and caution against harmful remedies for cough 21

2 8 Referral of chronic cough 22

3 Diarrhoea . 27

3.1 Dehydration . . 27

3 1 1 Assessment and classification of dehydration 27

3 1 2 Home therapy for diarrhoea (Plan A) 29

ESSENTIAL ADAPTATION Choose fluids for home therapy for diarrhoea . 29

3 2 Dysentery 30

3.2 1 Assessment and classification of dysentery 30

3.2.2 Treatment of dysentery . . 31

ESSENTIAL ADAPTATION Choose a first-line and second-line oral antibiotic for home treatment of dysentery . 32

RECOMMENDED ADAPTATION Refer all young infants (age less than 2 months) with dysentery . . . 34

3 2 3 Management of dysentery after the first treatment failure 34

3 2 4 Management of dysentery after the second treatment failure . 34

323

OTHER CONSIDERATIONS Use microscopic examination to identify appropriate treatment after the second treatment failure 35

3 2 5 Follow-up recommendations for dysentery 35

POSSIBLE ADAPTATION Concentrate follow-up efforts on high risk children . 35

3.3 Treatment of cholera . . 35

ESSENTIAL ADAPTATION Choose a first-line and second-line antibiotic for cholera . 36

3 4 Persistent diarrhoea 36

3.4 1 Definition, etiology, and importance . 37

3 4 2 Nutritional therapy 37

POSSIBLE ADAPTATION Add more specific feeding instructions for children with persistent diarrhoea . . 39

3 4 3 Treatment of specific infections . 40

3 4 4 Supplementary multivitamins and minerals 40

RECOMMENDED ADAPTATION Identify an adequate, locally available, vitamin and mineral supplement to give daily for 2 weeks to children with persistent diarrhoea . 40

3 4 5 Use of laboratory examination 43

OTHER CONSIDERATIONS Use laboratory examinations if these are available and reliable 43

3.5 Use of antidiarrhoeal and other drugs 43

3 6 Changes in the diarrhoea management guidelines . . 44

3 6 1 Changes in the assessment of dehydration . 44

3 6 2 Changes in the classification of dehydration . 44

3 6 3 Changes in treatment 45

324

4. Malaria 49

4 1 Definition of high, low and no risk malaria settings 49

POSSIBLE ADAPTATION Consider the whole country to be high malaria risk 51

POSSIBLE ADAPTATION Add a category "no malaria risk" if this is appropriate for some parts of the country 52

POSSIBLE ADAPTATION If malaria is not transmitted anywhere in the country, delete all references to malaria 52

4.2 Assessment, classification and treatment if the risk of malaria is high 52

POSSIBLE ADAPTATION Treat children with clinical anaemia with a second-line antimalarial 53

4.3 Assessment, classification and treatment if the risk of malaria is low 53

OTHER CONSIDERATIONS Modify the follow-up guidelines in ares with many measles cases 54

4.4 Choice of antimalarials where *P falciparum* malaria is the predominant species 55

4.4 1 Choice of first- and second-line antimalarials 55

ESSENTIAL ADAPTATION Choice of first- and second-line oral antimalarial 55

4.4 2 Treatment for children classified both as MALARIA and PNEUMONIA 55

POSSIBLE ADAPTATION Use both chloroquine and cotrimoxazole for a child with malaria/pneumonia in areas where chloroquine is the first-line antimalarial and cotrimoxazole is the first-line antibiotic for pneumonia 56

POSSIBLE ADAPTATION Use both chloroquine and amoxycillin for a child with malaria/pneumonia in areas where chloroquine is the first-line antimalarial and amoxycillin is the first-line antibiotic for pneumonia 57

POSSIBLE ADAPTATION Use both sulfadoxine-pyrimethamine and amoxycillin for a child with malaria/pneumonia in areas where sulfadoxine-pyrimethamine is the first-line antimalarial drug . 57

4 4 3 Antimalarial treatment of severe *P falciparum* malaria before referral 57

POSSIBLE ADAPTATION Add instructions to dilute quinine 58

POSSIBLE ADAPTATION In very high transmission areas, consider antimalarial treatment for young infants . 60

POSSIBLE ADAPTATION Substitute artemisinin derivative if *P falciparum* with multi-drug resistance is a problem 60

4 5 Choice of antimalarial in areas with only *P vivax* . . . 61

4 6 Choice of antimalarials where both *P falciparum* and *vivax malaria* are common and there is no microscopy . . . 62

4 6 1 Treatment of children with both malaria and pneumonia . 62

4.7 *P. malariae* and *P ovale* . . . 63

4 8 Role of microscopy . . 63

4.8 1 Treatment failures 63
4.8 2 Very severe febrile disease 63

4.8 3 Uncomplicated malaria 64

4.8 4 Where borreliosis is common . . 65

5 Fever - detecting fever and choice of antipyretic . 69

5 1 Detecting fever . . 69

POSSIBLE (discouraged) ADAPTATION Substitute rectal for axillary measurement of the temperature . 70

5 2 Limiting antipyretic treatment to children with high fever 70

OTHER CONSIDERATIONS Lower the threshold for fever treatment 71

326

5 3 Antipyretic treatment 71

POSSIBLE ADAPTATION Substitute aspirin for paracetamol 71

POSSIBLE ADAPTATION Dispense several doses of antipyretic rather than giving a single dose in clinic 72

OTHER CONSIDERATIONS Use tepid sponging in children with malaria and diarrhoea, but not in children with pneumonia 72

6. Measles 75

6 1 Measles mortality and the rationale for improving measles case management 75

6.2 Detecting measles . 76

6.3 Treatment for measles . 77

POSSIBLE ADAPTATION Refer all children with measles plus pneumonia to hospital 78

POSSIBLE ADAPTATION Remove measles case management from the course if measles is close to being eliminated . 78

7 Other causes of fever 79

7 1 Typhoid and paratyphoid fever 79

7 2 Bacterial meningitis in the African Cerebrospinal Meningitis (CSM) Belt . . 79

7.3 Relapsing fever 80

7.3 1 Etiology and diagnosis . 80

7.3 2 Treatment of relapsing fever and management of Jarisch-Herxheimer reaction . . 81

POSSIBLE ADAPTATION Add management of relapsing fever . . . 82

7 4 Dengue haemorrhagic fever (DHF) . 82

7 5 Sore throat . . 83

327

POSSIBLE ADAPTATION Add the management of sore throat 85

8 Ear infection . 87

8.1 Acute ear infection 87

8 1 1 Detecting acute ear infection 87

POSSIBLE (discouraged) ADAPTATION Change the assessment and classification of ear infection to incorporate results of otoscopy 88

POSSIBLE ADAPTATION Do not include the management of ear infection in the course . 89

8 1 2 Treatment of acute ear infection 89

8 2 Chronic ear infection . . 90

POSSIBLE ADAPTATION Treat chronic ear infection with a course of antibiotics and topical steroids . . 91

8.3 Mastoiditis 92

9 Nutritional status classification of children as severely malnourished, very low weight or not very low weight . . . 97

9 1 Acute versus chronic malnutrition . 97

9 2 Detection of severe malnutrition visible severe wasting and bipedal oedema 98

9 3 Very low weight-for-age 99

POSSIBLE ADAPTATION No use of weight-for-age screening . . 100

9.4 Using other indicators to identify children in need of nutrition counselling and follow up . . . 100

POSSIBLE ADAPTATION Add or substitute growth monitoring/ growth faltering 100

POSSIBLE ADAPTATION Add measured weight-for-height 102

POSSIBLE ADAPTATION Use mid-upper-arm circumference 103

328

Annex C-9· How to determine thresholds based on existing data 104

10. Anaemia . 107

10 1 Causes and significance of childhood anaemia 107

POSSIBLE ADAPTATION Do not give iron to children with known sickle cell anaemia 108

10.2 Clinical signs for detection of anaemia . . 108

POSSIBLE (discouraged) ADAPTATION Substitute or add conjuctival pallor in locations where palmar pigmentation is common or where, for other reasons, using palmar pallor causes significant problems 111

10.3 Criteria for deciding when clinic measurement of haemoglobin is indicated 111

POSSIBLE ADAPTATION Determine haemoglobin level in children with some or severe palmar pallor . . 111

10 4 When to give an antimalarial . . 112

POSSIBLE ADAPTATION Treat children with clinical anaemia with the second-line antimalarial 112

10 5 Choice of formulation of iron 112

POSSIBLE ADAPTATION Substitute other iron formulations 112

11 Mebendazole . . . 115

11.1 How to decide whether hookworm/whipworm are significant public health problems . . 115

POSSIBLE ADAPTATION If hookworm and/or whipworm are a problem throughout the country, delete the bullet "if hookworm/ whipworm are a problem in children in your area" from the "Give Mebendazole" box 115

POSSIBLE ADAPTATION. If hookworm/whipworm are not a problem in any areas of the country, delete the instructions to give mebendazole to children with anaemia 115

11.2 Mebendazole in the treatment of anaemia 116

11 3 Mebendazole in the treatment or prevention of malnutrition 116

POSSIBLE ADAPTATION Treat all children 2 years or older who are very low weight-for-age or anaemic with mebendazole every 6 months . 117

POSSIBLE ADAPTATION Treat all children 2 years or older who have not been treated in the previous 4-6 months with a single dose of 500 mg of mebendazole . 117

11 4 Mebendazole and other antihelminthic drugs . 118

POSSIBLE ADAPTATION Substitute albendazole, levamisole or pyrantel for mebendazole 118

12 Vitamin A supplementation . . 121

12 1 Use of vitamin A for curative purposes . 121

12 1 1 Treatment of active xerophthalmia . . 121

12 1 2 Treatment of measles . 122

12 1 3 Treatment of severely malnourished children . . 123

RECOMMENDED ADAPTATION Use of vitamin A as part of a multivitamin/ mineral mix in children with persistent diarrhoea 123

POSSIBLE ADAPTATION Give a third dose of vitamin A to children with measles . . . 123

OTHER CONSIDERATIONS Use of vitamin A in the management of acute diarrhoea and pneumonia . . . 124

12.2 Use of vitamin A for preventive purposes . . . 124

12 2 1 Universal distribution . . 125

POSSIBLE ADAPTATION Give routine vitamin A supplementation at sick child visits, as part of universal distribution 126

POSSIBLE ADAPTATION Give single dose 50,000 IU vitamin A to infants younger than 6 months in endemic areas who are not breastfed . . 126

370

OTHER CONSIDERATIONS Identify other opportunities to deliver vitamin A supplementation 126

12 2.2 Targeted distribution to high risk children 127

12 3 Formulation of vitamin A 128

Annex 12-A Countries categorized by degree of public health importance of vitamin A deficiency, by WHO region 129

Annex 12-B Vitamin A supplement supplies available from UNICEF 131

13 Nutrition counselling 133

13 1 Assess the child's feeding . 133

13 1.1 Assessment of breastfeeding frequency and night feeds . 133

13 1 2 Assessment of complementary foods or fluids 134

13 1 3 Assessment of changes in the diet during illness . 134

13 2 Feeding recommendations 134

13 2 1 Up to 4 months of age 134

13 2.2 4 months up to 6 months 135

13 2 3 6 months up to 12 months . 135

13 2 4 12 months up to 2 years 135

13.2.5 2 years and older . 136

ESSENTIAL ADAPTATION Local adaptation of age-specific feeding recommendations . 136

13.3 Counsel the mother about feeding problems . 137

13 3 1 Reported difficulty with breastfeeding 137

13 3 2 Premature complementary feeding 137

13 3 3 Use of feeding bottles 137

13 3 4 Passive feeding 138

331

13 3 5 Problems feeding the sick child . . 138

POSSIBLE ADAPTATION Add common local feeding problems which can be modified 138

13 4 Feeding recommendations for a child with persistent diarrhoea 138

13 5 Follow up of children with feeding problems 139

14 Breastfeeding counselling 141

14 1 Assessment and correction of breastfeeding technique 142

14 1 1 Adequacy of breastmilk supply 142

14 1 2 Importance of attachment for breastfeeding . . 143

14 1 3 Importance of positioning for breastfeeding 145

14 1.4 Frequency of feeds 147

POSSIBLE ADAPTATION Include particular practices influencing the continuation of breastfeeding, in the module discussions 148

POSSIBLE ADAPTATION· Provide more specific information on referral to a breastfeeding counsellor for breastfeeding problem . . 148

POSSIBLE ADAPTATION. Revise the feeding recommendations box to include advice on when to provide complementary foods to a 4 or 5 month old infant in a single column with advice for infants up to 6 months of age . . 149

14.2 Breastmilk substitute recommendations . 150

POSSIBLE ADAPTATION Specify locally appropriate breastmilk substitutes 150

14.3 Areas with a high prevalence of HIV infection . 150

POSSIBLE ADAPTATION In areas with a high prevalence of HIV infection (see Section C20) where HIV testing is available and where some families can have uninterrupted access to a nutritionally adequate and affordable breastmilk substitute, train health workers to determine the mother's HIV status, to counsel HIV-positive mothers

332

on the comparative advantages and risks of breastfeeding and the use of breastmilk substitutes, and to teach the safe use of breastmilk substitutes 151

POSSIBLE ADAPTATION For areas with a high prevalence of HIV infection but no availability of HIV testing, only if there is explicit national policy on how to identify high risk mothers and where some families can have uninterrupted access to a nutritionally adequate and affordable breastmilk substitute should the following adaptation be considered 154

15. Immunization schedule 157

15 1 Immunization schedule . . 157

POSSIBLE ADAPTATION Give an extra dose of measles vaccine at 6 months of age in exceptional circumstances . . 158

POSSIBLE ADAPTATION Add yellow fever immunization 158

POSSIBLE ADAPTATION Add hepatitis B immunization 158

15 2 Contraindications to immunization 159

POSSIBLE ADAPTATION Add contraindications to immunization during acute measles . . 161

POSSIBLE ADAPTATION Broaden the contraindications to DPT-2 or DPT-3 to include children who have had any severe reaction within 3 days of a previous dose of DPT . . . 161

16 Young infant 163

16.1 Age definition for the sick young infant age 1 week up to 2 months 163

POSSIBLE ADAPTATION In settings where health workers trained with the IMCI course do not manage labour and delivery but do care for sick newborns brought to clinic from home in the first week of life, adapt the young infant guidelines to make them more applicable to all sick young infants age less than 2 months . . 164

16 2 Case management of serious bacterial infection in young infants 166

16 2.1 Clinical predictors of serious bacterial infection . 166

16 2 2 Treatment of serious bacterial infection in young infants 167

POSSIBLE ADAPTATION Change the pre-referral intramuscular antibiotic from benzylpenicillin plus gentamicin to ceftriaxone or cefotaxime for young infants classified as POSSIBLE SERIOUS BACTERIAL INFECTION 169

RECOMMENDED ADAPTATION Refer young infants with blood in the stool . 169

POSSIBLE ADAPTATION Treat convulsing young infants with phenobarbitone 169

16 3 Breastfeeding and the young infant . 169

17 Prevention and treatment of hypothermia . . 171

17 1 Preventing hypothermia during referral to hospital . . 171

RECOMMENDED ADAPTATION· Add advice to the mother on keeping children with SEVERE PNEUMONIA OR OTHER VERY SEVERE DISEASE and SEVERE MALNUTRITION OR SEVERE ANAEMIA warm on the way to the hospital 171

POSSIBLE ADAPTATION Add instructions on keeping a young infant warm using skin-to-skin contact . 172

17 2 Treating hypothermia before referral to hospital . . 172

POSSIBLE ADAPTATION Add treatment instructions for active treatment of hypothermia before referral in cold climates where hypothermia is a common problem and/or where the referral facility is far away 172

18. Prevention of hypoglycaemia 175

RECOMMENDED ADAPTATION· Add the treatment recommendation to prevent low blood sugar to the classifications SEVERE PNEUMONIA OR VERY SEVERE DISEASE and SEVERE MALNUTRITION OR SEVERE ANAEMIA 176

POSSIBLE ADAPTATION D10 or D50 can be administered by intravenous infusion if available and if the child is not able to drink 177

19 Management of acute convulsions . . . 179

POSSIBLE (discouraged) ADAPTATION Add the management of acute convulsions with rectal diazepam to the charts and modules 179

334

POSSIBLE (discouraged) ADAPTATION Add the management of acute convulsions with rectal paraldehyde 181

POSSIBLE (discouraged) ADAPTATION Add the management of acute convulsions with diazepam followed by rectal paraldehyde 181

20 Where HIV is highly prevalent 183

20.1 Technical basis for using the IMCI guidelines for initial management in HIV positive children 183

20 2 Adaptations for areas with high HIV prevalence 185

20.2.1 Definition of high HIV prevalence 185

20 2 2 Referral for HIV counselling, testing and special care 186

POSSIBLE ADAPTATION Where counselling and HIV testing are available at the first referral hospital and where first level outpatient health workers may be aware of the child's HIV status but will usually not have been trained in HIV counselling 187

POSSIBLE ADAPTATION In areas where HIV testing is not available but counselling and/or social support services are available for mothers of children with suspected symptomatic HIV infection . . 192

POSSIBLE ADAPTATION Give cotrimoxazole prophylaxis for recurrent bacterial infections in children with symptomatic HIV infection . . . 192

POSSIBLE ADAPTATION Substitute nystatin for gentian violet in the treatment of thrush . . 192

POSSIBLE ADAPTATION Limit the adaptation to adding further explanation about how the course is appropriate for the initial treatment of infections in children with HIV disease and will refer most children with severe symptomatic HIV infection (AIDS) . . . 192

POSSIBLE ADAPTATION Counsel mothers on the comparative advantages and risks of breastfeeding and the use of breastmilk substitutes (see Section C14) . 192

21 Where referral is difficult or impossible 197

335

21 1 Importance and difficulty of referral . . 197

21 2 Referral based on the generic IMCI guidelines . . . 198

21.3 Possible adaptations where referral is difficult . . . 199

POSSIBLE ADAPTATION Teach health workers to distinguish a febrile convulsion from convulsions due to a potentially serious cause 200

POSSIBLE ADAPTATION Change the criteria for referral of children with severe pneumonia to reduce the referral of children with chest indrawing . . . 200

POSSIBLE ADAPTATION Add management of wheezing with a rapid-acting bronchodilator, followed by reassessment of the child's need for referral 201

POSSIBLE ADAPTATION Make sure that first-level health facilities are able to provide both IV and NG rehydration, according to Plan C 201

POSSIBLE ADAPTATION Treat the child with diarrhoea who has SEVERE DEHYDRATION plus VERY SEVERE FEBRILE DISEASE or SEVERE PNEUMONIA OR VERY SEVERE DISEASE (but not SEVERE MALNUTRITION OR SEVERE ANAEMIA) with Plan C, then reassess before deciding to refer . . . 201

POSSIBLE ADAPTATION Give domiciliary care for some cases of SEVERE MALNUTRITION, without prior inpatient management . 202

POSSIBLE ADAPTATION Measure haemoglobin using a simple system and treat children with severe palmar pallor who do not require referral for transfusion 203

POSSIBLE ADAPTATION Improve the specificity of the young infant criteria for referral based on POSSIBLE SERIOUS BACTERIAL INFECTION 204

21 4 Further training to prepare first-level health facility workers to manage severely ill children . . 204

21 5 Guidelines in Annex E 205

POSSIBLE ADAPTATION Change the intramuscular antibiotics in the *Treat the Child* chart and in Annex E . 205

336

POSSIBLE ADAPTATION Change the anticonvulsants in Annex E 205

POSSIBLE ADAPTATION Choice of intravenous treatment for hypoglycaemia 205

POSSIBLE ADAPTATION Add instructions on administration of rapid-acting bronchodilators to Annex E, if these are available at first-level health facilities . 206

22 Where health workers do not have prior training assumed by the course . . 207

POSSIBLE ADAPTATION Add instruction in basic skills assumed by the course . 207

23 Local terms for effective communication with mothers . 209

23 1 The importance of identifying local terms 210

23 2 How to identify effective local terms 212

23 3 How many versions of local terms are necessary? . . 213

POSSIBLE ADAPTATION Put local terms on the *Assess and Classify* and the *Counsel* chart . . 213

POSSIBLE ADAPTATION Summarize effective local terms for the key words or phrases in the facilitator guides and/or the modules 214

POSSIBLE ADAPTATION Put blanks on the counselling card next to the illustrations of children who should be taken immediately to clinic, for health workers to fill in . 214

24 Counsel the mother about her own health . . 215

POSSIBLE ADAPTATION. Add specific instructions based on existing immunization guidelines or women's health programmes . 215

POSSIBLE ADAPTATION In countries with a high prevalence of HIV infection, add specific information on referral for mothers who are either known to be HIV positive or are at high risk 216

POSSIBLE ADAPTATION Provide more specific information on referral to a breastfeeding counsellor for breastfeeding problems 216

25 Clinical records 217

POSSIBLE ADAPTATION Use existing patient charts . 217

POSSIBLE ADAPTATION Use multivisit cards . . . 217

POSSIBLE ADAPTATION Use clinic registers . . 218

POSSIBLE ADAPTATION Give a follow-up note to the mother and keep a list of children scheduled for follow-up 218

Part 3
Study Protocols

D. Protocol for Adapting Feeding Recommendations

Introduction 1

Steps in adapting feeding recommendations 4

1 0 Obtain information already available to adapt the feeding recommendations 5

1.1 Review the *Counsel the Mother module* and chart, and the list of information needed for adaptation . . 5

1.2 Identify existing sources of information 7

1.3 Collect available information through interviews and document review 7

1 4 Summarise available information 8

Instructions for Worksheet 1 Feeding Information by Age Group . 9
Worksheet 1 Feeding Information by Age Group . . 10

Instructions for Worksheet 2 Analysis of Foods . . . 12
Worksheet 2 Analysis of Foods . 14

Instructions for Worksheet 3 Other Information on Feeding . 15
Worksheet 3 Other Information on Feeding . . . 16

2 0 Develop draft feeding recommendations . 18

338

2 1 Draft basic feeding recommendations for each age group, including appropriate local foods 18

2 2 Draft locally appropriate feeding recommendations for Persistent diarrhoea 19

2 3 Draft lists of common feeding problems and corresponding recommendations 19

2 4 Draft recipe for locally available breastmilk substitute to be used only when necessary 20

2.5 Translate feeding recommendations . 20

3 0 Determine if household trials are needed to test feeding recommendations 21

4 0 Prepare to conduct household trials of feeding recommendations 23

4 1 Select sites and determine the number of children to be visited per age group per site . . 23

4.2 Adapt questionnaires and instructions for household trials . 25

4 3 Translate questionnaires and instructions, as necessary 27

4 4 Pretest the process of conducting household trials . 27

4.5 Plan schedule of visits at each site . 27

4.6 Recruit and train interviewers and supervisors 28

5 0 Conduct household trials as planned . 30

6.0 Revise feeding recommendations based on household trials . 31

6.1 Analyse results of household trials 31

6 2 Determine implications for feeding recommendations 32

6.3 Select the most feasible and acceptable recommendations 32

7 0 Obtain appropriate reviews and finalize feeding recommendations . 33

7 1 Present recommendations in chart format . . 33

7 2 Obtain reviews from local medical and nutrition professionals, national programme staff, and persons adapting IMCI materials . 33

7 3 Revise feeding recommendations as necessary based on reviews . 33

Annexes:

Annex D-1 Example list of feeding problems and recommendations 37
Annex D-2 Instructions for selecting households 45
Annex D-3 Instructions and questionnaire for initial visit . 51
Annex D-4 Instructions and form for planning the counselling visit 65
Annex D-5 Instructions and questionnaire for counselling visit (second visit) 69
Annex D-6 Instructions and questionnaire for follow-up visit (third visit) . . 79
Annex D-7 Training interviewers . . 87
Annex D-8 Forms for analysis of household trials . 97
Annex D-9 Obtaining information on home fluids . 105

E. Protocol for identifying and validating local terms

Objectives of identifying local terms 1

Step 1 Assess current information on local terms 4
Recording Form la· Local Terms from Written Materials 9
Recording Form lb Local Terms from Clinicians 11
Recording Form lc· Local Terms from Caretaker Interviews . 13
Tabulation Form 1 Comparison of Terms 15

Step 2 Validate local terms through interviews with caretakers of sick children 17

Step 3 Select local terms to adapt the chart and training materials 20
Local Terms to Use in the Integrated Management of Childhood Illness Charts 21

Annexes:

Annex A Guide for the Interview with Caretakers . . . 23
Interview Form 1. Information from Caretakers 35

340

Annex B Guide for the Validation Interview with Caretakers of Sick Children 43
Interview Form 2 Validation Interview with Caretakers of Sick Children . . . 47
Tabulation Form 2 Results of Interviews with Caretakers of Sick Children . . . 49
Annex C Sample Local Terms 51

F. Protocol for designing and pretesting an adapted mother's card

1 0 Introduction . . 1

2 0 The mother's card . . . 1

2 1 What is the purpose of the mother's card? 1

2 2 What are the key topic areas to include in the mother's card? . . . 1

3.0 Adaptation of the mother's card 2

4 0 Preparation of samples for testing . . 4

5.0 Pretesting the mother's card 5

5.1 Why pretest the mother's card? . 5

5 2 Who will participate in the pretest? . . 5

5 3 How should the mother's card be pretested? . 6

5 4 Who will conduct the pretesting? . . . 7

5 5 How will the results be used? . . . 7

6.0 Summary of protocol for pretesting the mother's card . . 9

6.1 Preparation steps 9

6 2 Interviews with mothers 9

6 3 Interviews with health workers 10

6 4 Coding, analysis, and report writing 11

Annexes:

Annex A Sample designs for the mother's card 13
Annex B Sample pretest questionnaires . . 21
Pretest questionnaire for mothers 23
Pretest questionnaire for health workers 31

Part 4

G. Changes in Materials Required for Specific Adaptations
(Volume 1 1 - 8)

Introduction 1

Essential adaptations:

1 0 Incorporate adapted feeding recommendations

1 1 Incorporate adapted feeding recommendations where there is only one set of feeding recommendations for the entire country 5

1.2 Incorporate adapted feeding recommendations where there are different regional feeding recommendations and Mother's Cards 33

Recommended adaptations:

2.0 Add referring to hospital young infants with blood in the stool 61

3 0 Add giving multivitamin/mineral supplement for 2 weeks to all children with persistent diarrhoea 101

4.0 Extend hypoglycemia treatment/prevention to include children with SEVERE MALNUTRITION and SEVERE PNEUMONIA OR VERY SEVERE DISEASE 129

Possible adaptations:

5.0 Add management of acute convulsions 149

6 0 Change the antibiotic options

6 1 Oral antibiotic for pneumonia and ear infection Substitute a first-line oral antibiotic other than cotrimoxazole . 217

6 2 Oral antibiotic for pneumonia and ear infection Add an additional second-line antibiotic 285

6 3 Oral antibiotic for Shigella Add a second-line antibiotic which is not currently on the chart (example shown is ciprofloxacin) 307

7 0 Delete low malaria risk, so that the risk of malaria is always considered to be high . 313

8 0 Add a category for no malaria risk and add questions to assess travel to malarious areas . 404

(Volume 2 9 - 15)

9 0 Change the antimalarial options

9 1 Delete cotrimoxazole as recommended treatment for a child classified as having both PNEUMONIA or ACUTE EAR INFECTION and MALARIA, so the child will receive an antibiotic for PNEUMONIA or ACUTE EAR INFECTION and an antimalarial for MALARIA . 450

9 2 Oral antimalarial Substitute a first-line oral antimalarial other than chloroquine . . . 476

9 3 Oral antimalarial Add an additional second-line oral antimalarial (example shown is sulfalene-pyrimethamine) . . . 500

9 4 Add dilution of quinine before administration . . . 514

10.0 Add case management of relapsing fever 532

11 0 Add instructions not to give iron if a child has sickle cell anaemia 564

12 0 Add to instructions for Vitamin A

12 1 Add vitamin A syrup as a possible formulation 580

12 2 Add vitamin A supplementation for children age 6 months or older . . 592

13.0 Add an exercise on charting 670

14 0 Substitute common names in your country . . 684

Corrections:

15.0 Make corrections in the generic materials (if you are using a version of the generic materials and diskettes dated prior to May 1997) 690

Annexes.

G-1 Printouts of Additional Diskette Files. Files of major text additions and adapted Recording Forms for specific adaptations 766