

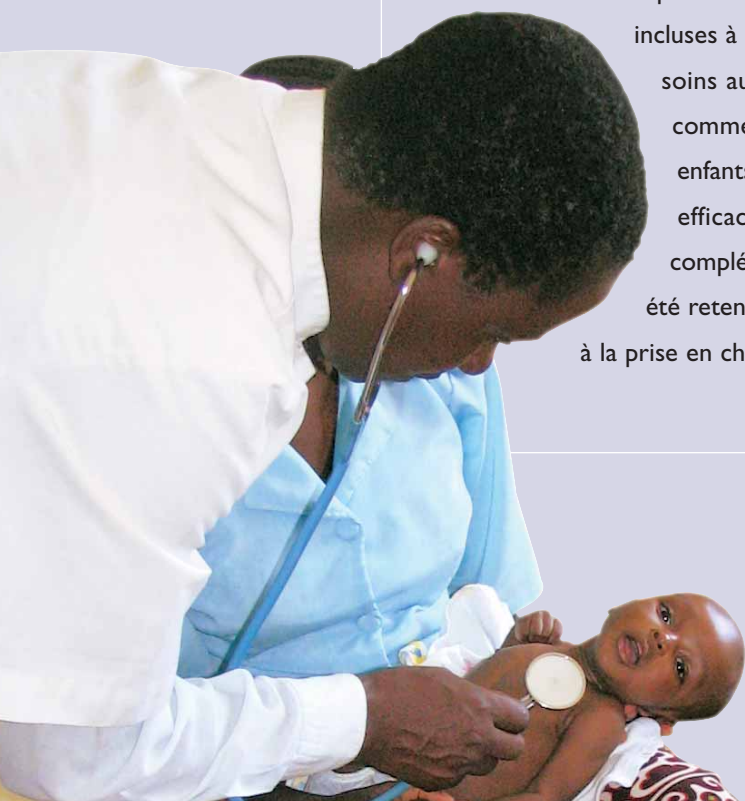
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)

Tigest Ketsela, Phanuel Habimana, Jose Martinez, Andrew Mbewe, Abimbola Williams, Jesca Nsungwa Sabiti, Aboubacry Thiam, Indira Narayanan, Rajiv Bahl

Chaque année, presque 11 millions d'enfants meurent avant leur cinquième anniversaire. Face à cette situation, l'OMS et l'UNICEF, au début des années 90, ont mis au point la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), stratégie conçue pour réduire la mortalité et morbidité infantiles dans les pays en développement. L'approche est axée sur les grandes causes du décès chez les enfants et vise à améliorer les compétences de prise en charge chez les agents de santé, à renforcer le système de santé et à renforcer les pratiques familiales et communautaires. Par ailleurs, les modules de la PCIME originale ne comprennent pas les soins du nouveau-né malade pendant la première semaine de la vie, moment où survient un décès infantile sur trois et n'insistent pas non plus sur les soins du nouveau-né à domicile.

Dans pratiquement tous les pays de la région africaine, la PCIME est devenue la principale stratégie de survie de l'enfant, créant une occasion unique d'étendre les interventions de santé néonatale. Les activités ont déjà démarré puisque les directives génériques de la PCIME et le matériel de formation connexe ont été revus afin d'inclure la première semaine de la vie. Un grand nombre de pays en Afrique prévoient d'adapter la PCIME afin d'inclure les aspects manquants sur les soins du nouveau-né. Il subsiste pourtant certaines questions quant à l'adaptation de la PCIME en Afrique. Par exemple, les visites routinières à domicile pour les

soins postnatals pendant la première semaine de la vie devraient-elles être incluses à la stratégie de la PCIME ? Est-ce que la PCIME devrait inclure des soins au moment de la naissance ? Est-ce que la formation en PCIME commence par la prise en charge des petits bébés (0 à 2 mois) ou des enfants plus âgés ? Quels sont les obstacles entravant la mise en œuvre efficace de la PCIME ? Comment peut-on combiner des approches complémentaires à base clinique et communautaire ? Bien des leçons ont été retenues de divers pays, surtout en Asie, où la PCIME est déjà adaptée à la prise en charge intégrée des maladies infantiles et néonatale (PCIMIN).



Problème

La santé des enfants est étroitement liée à la santé et aux soins de leur mère. Alors que le bébé devient un enfant, il est très important d'adopter des comportements sains à domicile et de traiter les maladies pour sauver les vies. Le manque de soins ou des soins de mauvaise qualité ont des répercussions bien négatives pour le nouveau-né et l'enfant :

Effets sur les nouveau-nés : Chaque année, 1,16 million de bébés africains meurent pendant le premier mois de la vie et les infections en sont la cause principale. La majorité des 325 000 bébés qui meurent, d'après les estimations, de septicémie néonatale et de pneumonie pourraient être sauvés à l'aide de simples gestes de prévention tels que l'hygiène de la peau et du cordon, l'allaitement maternel et la chaleur et une meilleure prise en charge de ceux qui sont malades en utilisant des antibiotiques.¹ La plupart des décès sont enregistrés chez les bébés avec une insuffisance pondérale à la naissance (IPN) ou chez les bébés qui pèsent moins de 2 500 grammes à la naissance. De simples soins de tous les petits bébés et un traitement rapide des complications permettraient de sauver un grand nombre de ces vies. Mais ni les soins à domicile, ni les soins des petits bébés ou même le traitement des infections néonatales ont été traités systématiquement et à grande échelle par les programmes de santé infantile, notamment au niveau de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME).

Effets sur les enfants : Le manque de promotion sanitaire et de services de santé pour les bébés se répercute également sur les enfants plus âgés. En effet, de graves maladies contractées pendant le premier mois de la vie peuvent entraîner des infirmités permanentes et se répercuter négativement sur la performance scolaire. Et pourtant, il n'existe que peu de données concrètes sur ces graves maladies néonatales et leurs effets à long terme sur la santé. Les premières semaines de la vie revêtent une importance cruciale pour l'adoption de comportements sains, tels que l'allaitement maternel. En Afrique, seuls un tiers des bébés de moins de six mois bénéficient d'un allaitement maternel exclusif.²

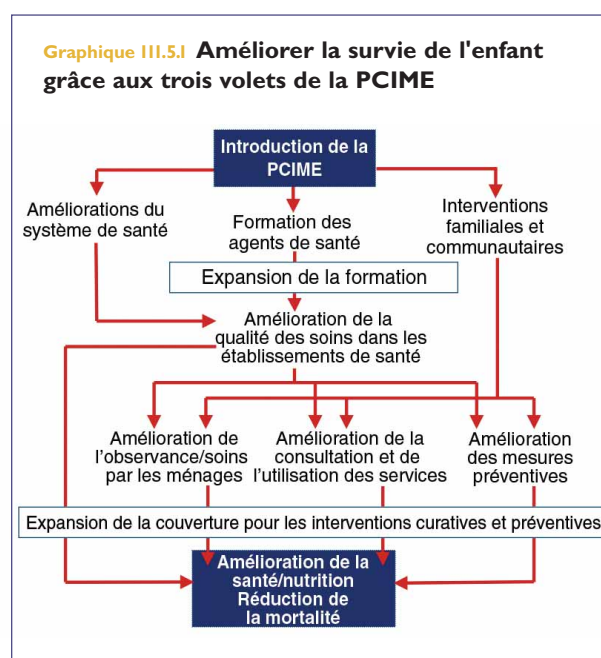
L'enveloppe de la PCIME

La stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) tient une place centrale dans la survie et le développement de l'enfant. C'est un principe fondamental de la Convention des Droits de l'Enfant. La stratégie repose sur les droits humains qui garantissent des soins de santé à tous les enfants, quel que soit l'endroit où ils vivent. Elle est mise en œuvre en comblant les lacunes dans les connaissances, compétences et pratiques communautaires se rapportant à la santé de l'enfant, la reconnaissance de maladies, la prise en charge à domicile d'enfants malades et le comportement de consultation des services de santé. La stratégie de la PCIME comprend trois grandes composantes :

1. Prise en charge intégrée des enfants malades dans les établissements et dans les centres de santé
2. Renforcement des systèmes de santé, notamment l'approvisionnement en médicaments et le soutien logistique
3. PCIME communautaire ou promotion de comportements clés familiaux et communautaires

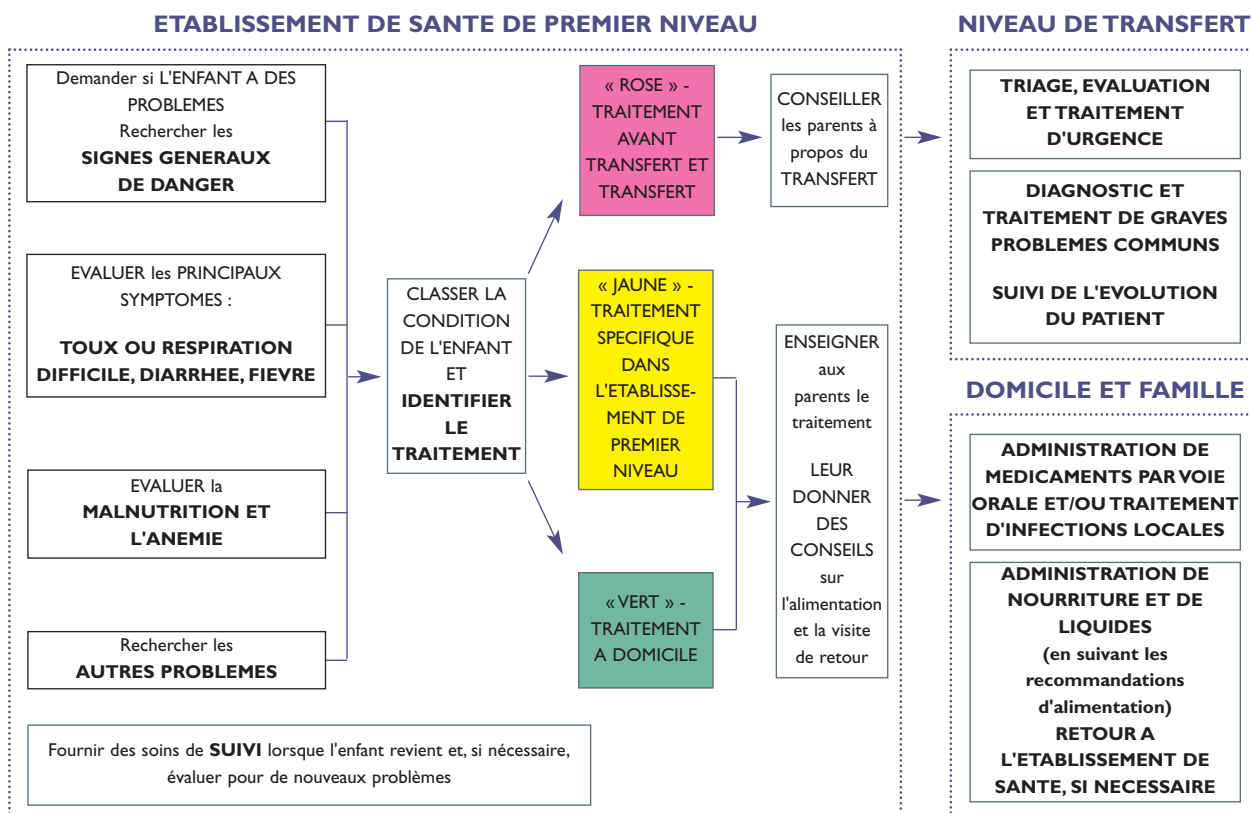
Les trois composantes de la stratégie de la PCIME sont surtout efficaces lorsqu'elles sont exécutées simultanément. Par exemple, une formation en matière de PCIME pour améliorer les compétences des agents de santé afin de permettre une meilleure prise en charge des cas dans les établissements de santé, conjuguée au renforcement des systèmes de santé, par exemple, l'amélioration de la fourniture en médicaments essentiels, a permis de faire reculer de 13 % la mortalité des moins de cinq ans en l'espace de deux ans en Tanzanie.³ Au Bangladesh, les soins à domicile en cas de maladie et la consultation des services

de santé à temps a permis d'améliorer la PCIME communautaire (PCIME-C) et la formation portant sur la PCIME a permis d'améliorer la qualité des services dans les établissements de santé. Cette conjugaison d'approches communautaires et cliniques a permis une nette augmentation de la fréquentation des services.⁴ Le Graphique III.5.1 illustre l'effet qu'ont sur la survie ces interventions dans les trois composantes de la PCIME.⁵



Source : Références^{5,6}. Reproduit avec la permission de l'OMS.

Graphique III.5.2 Prise en charge des maladies de l'enfance dans l'établissement de premier niveau, au niveau transfert et à domicile



Source : Adapté des références⁵⁶

La PCIME fonctionne le mieux lorsque les familles et les communautés sont reliées à l'établissement de premier niveau qui, à son tour, est bien relié au niveau de référence (Graphique III.5.2). C'est le même principe que celui énoncé à la Section II concernant l'importance d'une continuité fluide de soins entre les divers niveaux de services de santé.

La PCIME combine la prévention et les soins et s'attache à l'enfant entier, pas simplement aux maladies prises individuellement. Le Tableau III.5.1 présente les types d'intervention entrant dans la stratégie de la PCIME.

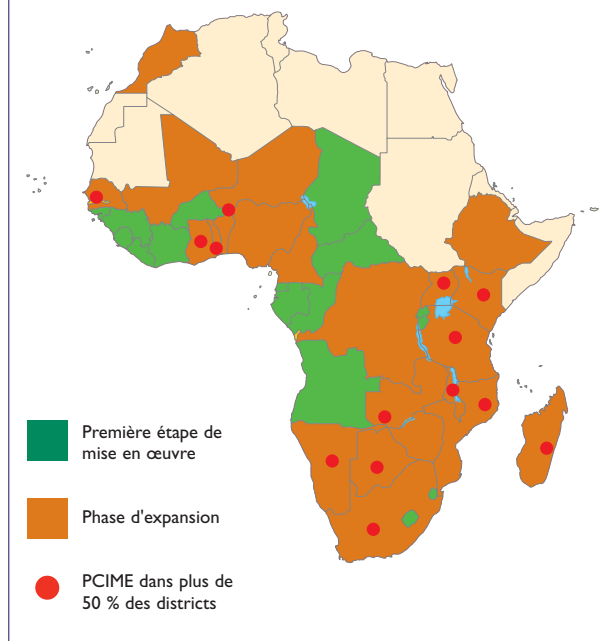
Tableau III.5.1 Types d'interventions incluses actuellement dans la stratégie de la PCIME

NIVEAU	TYPES D'INTERVENTIONS	
	Prévention des maladies et promotion de la croissance	Réponse aux maladies (soins curatifs)
Domicile et communauté	- Promotion communautaire/à domicile de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson ; conseils par les pairs sur l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire - Utilisation de moustiquaires imprégnées aux insecticides - Pratiques adéquates de prévention des infections	- Reconnaissance et traitement rapides à domicile des maladies - Consultation des services de santé - Observance des recommandations de traitement
Services de santé	- Vaccinations - Supplémentation en micronutriments - Conseils de l'agent de santé pour l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire adéquate	- Traitement de l'infection respiratoire aiguë, de la diarrhée, de la rougeole, du paludisme, de la malnutrition et autres graves infections - Conseils sur les problèmes d'alimentation - Fer pour le traitement de l'anémie - Traitement avec vermifuge

Couverture actuelle de la PCIME

Actuellement, la PCIME est mise en œuvre dans plus de 100 pays dans le monde. En juin 2006, 44 des 46 pays de l'Afrique subsaharienne se trouvaient à diverses étapes de la mise en œuvre de la PCIME et 27 l'étendaient au-delà des quelques districts de départ. Quatorze de ces 27 pays mettent en œuvre la stratégie dans plus de 50 % de leurs districts (Graphique III.5.3).

Graphique III.5.3 Progrès au niveau de l'expansion de la PCIME dans la région OMS/AFRO en date de juin 2006



La mise en œuvre de la PCIME est évaluée dans le cadre de deux importantes activités : examen analytique de la PCIME⁷ et évaluation dans de multiples pays.^{5,6} Ces rapports ont constaté que la formation en PCIME améliorerait nettement la qualité des soins dans les établissements de santé.^{3,8-10} Et pourtant, si certains pays sont arrivés à une couverture élevée, la plupart pourtant ont progressé plus lentement qu'on ne l'avait espéré au départ.⁶ Dans bien des pays, la stratégie de la PCIME s'attache davantage à la formation de l'agent de santé qu'à la combinaison des trois composantes. Par contre, dans les pays où deux ou trois de ces composantes de la PCIME ont progressé ensemble, tel qu'en Tanzanie et au Bangladesh, des progrès plus rapides ont été faits pour améliorer la survie de l'enfant.^{4,11}

Possibilités de renforcer les soins néonataux dans le cadre de la PCIME

Classant par ordre prioritaire les principales causes de la mortalité infantile, les directives génériques originales de la PCIME ont pourtant raté deux grandes causes de décès néonataux pendant la première semaine de la vie - asphyxie et naissance prématurée. Les algorithmes pour le jeune enfant ne traitent que de la prévention et de la prise en charge des infections après la première semaine de la vie car ce n'est que récemment que l'information est devenue disponible sur les

simples signes cliniques de maladie pendant cette période.^{12,13} Lorsque les algorithmes ont été mis au point, on pensait que les soins au moment de la naissance et lors de la première semaine pouvaient être assurés essentiellement par les programmes de soins maternels alors qu'en réalité, les soins néonataux tombent justement dans cette brisure entre les soins maternels et les soins infantiles.¹⁴

De plus, la mise en œuvre de la PCIME insiste sur des interventions dispensées par le système formel de soins de santé. Et pourtant, l'une des premières étapes les plus simples pour sauver la vie du nouveau-né repose sur des approches qui sont à base communautaire. Les pratiques familiales et communautaires clés identifiées au départ par la stratégie de la PCIME ne s'attachaient pas aux pratiques de soins néonataux telles que l'allaitement maternel immédiat et les soins thermiques.

Le renforcement des interventions néonatales dans le cadre de chaque composante de la PCIME permettrait de sauver un grand nombre des vies de nouveau-nés tout en profitant également à la PCIME elle-même puisque cela intégrerait davantage les trois composantes de cette stratégie. Ainsi, les programmes de la PCIME peuvent renforcer la continuité des soins en encourageant des activités qui améliorent les soins néonataux dans le cadre de la famille et en apportant le soutien nécessaire aux bébés vulnérables. Cela s'applique notamment aux soins pour les bébés avec IPN, au dépistage de bébés avec des signes de graves maladies et au transfert à temps vers un niveau supérieur de soins, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des soins pour les maladies néonatales dans les établissements de soins primaires et de soins de référence. Le suivi des bébés ayant des problèmes dépistés à cause d'une condition maternelle telle que la syphilis ou l'infection à VIH deviendrait également une priorité du personnel soignant, suite à un échange amélioré entre les services de santé maternelle et infantile.

Prise en charge des maladies dans les établissements de santé de premier niveau - possibilités d'inclure les interventions néonatales

La prise en charge intégrée des enfants malades dans les établissements est le premier volet et celui exécuté le plus efficacement de la PCIME. Le principe de base consiste à améliorer la capacité des agents de santé pour qu'ils puissent classer les enfants malades à l'aide d'algorithmes simplifiés permettant de dépister des maladies très graves exigeant que l'enfant soit transféré vers le service compétent et d'autres affections plus simples qui peuvent être traitées au niveau des soins primaires. La version générique originale de la PCIME comprend des algorithmes et des prises en charge de jeunes enfants allant d'une semaine à deux mois. La formation est axée sur le dépistage et le traitement d'infections graves et locales, de diarrhée, d'IPN et de problèmes d'alimentation chez les jeunes enfants.

Récemment, les directives génériques de prise en charge des cas de la PCIME ont été revues et permettront des adaptations selon les pays. (Voir ressources de programme à la page 148.) Les directives revues comprennent les adjonctions suivantes à la version originale :

- Algorithme en fonction de données probantes pour le dépistage et le traitement de maladies lors de la première semaine de la vie (les maladies très graves sont notamment l'asphyxie, les complications de la naissance prématurée et les infections graves, les infections locales et la jaunisse).^{12,13}

- Des directives supplémentaires sur les soins thermiques des nouveau-nés avec IPN, notamment soins peau à peau.
- Directives supplémentaires sur l'alimentation des bébés avec IPN, notamment alimentation avec le lait maternel extrait en utilisant une autre méthode d'alimentation, par exemple, une tasse.
- Directives améliorées sur les soins à domicile pendant l'entière période néonatale, dont l'allaitement maternel précoce et exclusif, garder le bébé au chaud, soins du cordon et de la peau avec les bonnes mesures d'hygiène et soins à temps et adéquats pour les maladies.
- Prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH dans les contextes où la prévalence du VIH est élevée.

Le matériel de formation revu pour la PCIME apporte également des directives sur les mesures que peuvent prendre les agents de santé lorsqu'un jeune enfant devrait être transféré vers un autre établissement, mais que ce n'est pas possible. Notons toutefois que les directives revues de la PCIME ne comprennent pas les soins néonataux au moment de la naissance, ni la réanimation du nouveau-né. Par ailleurs, il existe des directives et modules de formation qui peuvent être adaptés à cette fin et les agents de santé qui assistent aux accouchements devraient les consulter pour améliorer leurs compétences. (Pour de plus amples informations, voir Section III.3.)

PCIME communautaire - possibilités de rapprocher les soins néonataux des familles

L'amélioration des pratiques familiales et communautaires par le biais de la PCIME-C a été reconnue officiellement comme une composante de la stratégie de la PCIME lors de la première Réunion d'Examen et Consultation mondiale de la PCIME qui s'est tenue en 1997. Les participants de cette réunion ont reconnu que la seule amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé ne permettrait pas d'arriver à la réduction souhaitée de la morbidité et de la mortalité infantiles puisqu'un grand nombre de mères n'amènent pas leurs enfants malades dans les établissements de santé.

Le recul de la mortalité maternelle exige un partenariat entre les agents de santé et les familles, soutenu par la communauté. Les agents de santé doivent être en contact avec les familles et les communautaires pour vérifier que les familles apportent les soins indiqués favorisant une bonne croissance et un développement sain de leurs enfants. Les familles doivent être capables de prendre les actions nécessaires lorsque leur enfant est malade et devraient reconnaître les problèmes ou signes de maladie dès le début, puis consulter les services de santé lorsque les enfants ont besoin de soins supplémentaires et administrer les traitements recommandés.

La PCIME-C vise à atteindre les familles et les communautés dans l'endroit où elles vivent. C'est une possibilité d'intervenir auprès des enfants marginalisés et difficiles à atteindre. Elle

Tableau III.5.2 Pratiques familiales et communautaires essentielles

Promotion de la croissance et développement

- Allaiter exclusivement pendant 6 mois
- Introduire une alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois tout en continuant à allaiter jusqu'à 24 mois
- Apporter des micronutriments adéquats, par le biais du régime alimentaire ou de la supplémentation
- Promouvoir le développement mental et psychosocial

Consultation des services de santé et observance du traitement

- Emmener l'enfant pour toutes les vaccinations nécessaires avant l'âge d'un an
- Reconnaître lorsque l'enfant a besoin d'un traitement à l'extérieur du domicile et l'emmener voir l'agent de santé
- Suivre les conseils de l'agent de santé concernant le traitement, le suivi et le transfert
- Vérifier que toutes les femmes enceintes reçoivent des soins prénatals adéquats et une vaccination contre le tétanos pendant la grossesse
- Encourager la participation active des hommes aux soins de l'enfant et à la santé reproductive

Prise en charge à domicile

- Continuer à alimenter et donner davantage d'aliments et de liquides lorsque l'enfant est malade
- Administrer le traitement recommandé à domicile pour la maladie
- Prendre les mesures nécessaires pour prévenir et traiter les blessures et accidents de l'enfant

Prévention des maladies

- Jeter les matières fécales avec les bonnes mesures d'hygiène, se laver les mains après la défécation, avant de préparer les repas et avant de donner à manger à l'enfant
- Vérifier que l'enfant dort sous une moustiquaire imprégnée aux insecticides
- Veiller à la prévention et aux soins des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA
- Prévenir les abus/la négligence des enfants et prendre des mesures si un tel abus a lieu

stimule la participation des parents, des soignants et des communautés à leur propre développement et les encourage à prendre des actions qui favoriseront la survie et le développement de leurs enfants. Il existe 16 pratiques familiales et communautaires clés pour les soins infantiles retenues pour la région africaine, tel que le montre le Tableau III.5.2. L'inscription à l'état civil lors de la naissance a été ajoutée dans un certain nombre de pays dans le cadre d'adaptations individuelles.

Un certain nombre de ces pratiques communautaires clés qui visent le bien-être de l'enfant plus âgé concernent également la santé néonatale :

- Allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois (en tenant compte de la politique OMS/UNICEF/ONUSIDA et de leurs recommandations sur le VIH et l'alimentation du nourrisson)^{15,16}
- Dépistage rapide des signes de danger et consultation des services de santé dans les meilleurs délais pour le traitement des maladies
- Observance du conseil de l'agent de santé concernant le traitement, le suivi et le transfert
- Vérification que les bébés, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes dans les pays où le paludisme est endémique dorment sous des moustiquaires imprégnées aux insecticides
- Promotion de la participation active des hommes aux soins de l'enfant
- Vérification que chaque femme enceinte reçoive les quatre consultations prénatales recommandées avec au moins deux doses de vaccination antitétanique et un traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse

Par ailleurs, il faudrait intégrer un plus grand nombre de pratiques qui améliorent la santé et la survie du nouveau-né. En effet, l'adjonction des pratiques suivantes à la PCIME-C renforcerait l'effet du programme sur la santé néonatale :

- Démarrage quasi-immédiat de l'allaitement maternel, dans l'heure qui suit la naissance
- Garder le bébé au chaud, notamment soins peau à peau (voir Encadré III.5.1)
- Soins du cordon et de la peau avec les bonnes mesures d'hygiène

Il ne sera certes pas facile d'étendre la couverture de la PCIME tout en encourageant les pratiques clés des soins prénatals et pourtant, c'est possible.¹⁷ La PCIME-C a été mise en œuvre à l'aide de diverses approches communautaires et à présent, il existe plusieurs modèles réussis dont on peut s'inspirer. En effet, l'étude sur la mobilisation sociale par le biais des groupements féminins pour améliorer les soins pour les femmes enceintes les nouveau-nés au Népal a permis un net recul de la mortalité néonatale.¹⁸ Par ailleurs, le modèle des visites régulières à domicile pour améliorer les soins postnatals a également été reproduit avec réussite dans le cadre de plusieurs recherches et programmes¹⁹ (PCIMIN en Inde et Lady Health Workers au Pakistan).

La prise en charge de la maladie au niveau communautaire ou à domicile est une méthode particulièrement efficace pour réduire la mortalité néonatale dans des endroits où l'accès à des établissements de santé est très limité et où les transferts sont difficiles. Une méta-analyse d'études a montré que le traitement communautaire de la pneumonie chez les nouveau-nés arrivait à réduire de l'ordre de 27 % (18 %-36 %) la mortalité néonatale

imputable à toutes les causes.²⁰ D'autres études ont également noté des obstacles à la mise en œuvre de la stratégie. Par exemple, les agents de santé communautaires (ASC) avaient du mal à faire la différence entre la pneumonie et la septicémie et la méningite chez les nouveau-nés. Dans le cadre d'une autre étude à Gadchiroli, en Inde, la prise en charge à domicile de la septicémie par les ASC, à l'aide de cotrimoxazole par voie orale et de gentamicine par voie intramusculaire, a permis de réduire la mortalité imputable à la septicémie et la mortalité générale.²¹ Notons toutefois que cette étude unique utilisant des antibiotiques par injection s'est déroulée dans un endroit où n'existait pratiquement aucun accès aux soins de santé et un endroit où il a été possible d'apporter une formation intense et un suivi régulier aux ASC. Aussi, s'agit-il de bien soupeser la situation avant d'étendre l'approche à plus grande échelle. Actuellement, l'OMS ne recommande pas que les ASC prennent en charge de graves infections néonatales.

Prise en charge des maladies à l'hôpital - possibilités d'améliorer les soins et de sauver des vies

Des directives ont été publiées récemment pour les soins hospitaliers des enfants et des bébés dans des contextes aux ressources modiques, par exemple, le *Pocket Book of Hospital Care for Children*. (Voir ressources de programme à la page 148.) Le chapitre sur les problèmes du nouveau-né traite des soins au moment de la naissance, dont la réanimation néonatale, ainsi que la prise en charge de nouveau-nés souffrant d'asphyxie, d'infections graves et d'IPN. Les directives traitent également des compétences pour l'administration d'injections par voie intramusculaire, la mise en place de voies veineuses, le cathétérisme des veines ombilicales et l'alimentation par voie nasogastrique. Les directives peuvent être utilisées comme normes pour l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux.

Certes, il existe des directives mais par contre peu d'efforts programmatiques concertés pour améliorer la qualité des soins des enfants dans les hôpitaux de district et les CHU en Afrique et encore moins d'attention est accordée à l'amélioration des soins hospitaliers des nouveau-nés malades. Dans les pays où au moins la moitié de toutes les naissances ont lieu dans des hôpitaux, l'une des manières les plus efficaces par rapport aux coûts de réduire les décès néonataux consiste à améliorer la qualité des soins pour les bébés malades.^{1,22,23} Des soins hospitaliers efficaces des nouveau-nés malades demandent que soient adaptées les directives existantes et que soient améliorées les compétences des prestataires de soins de santé. Il faut également améliorer les méthodes de prévention des infections et la logistique pour l'équipement et les médicaments essentiels.

Une prise en charge réussie des enfants malades à l'hôpital demande que soient intégrées les interventions essentielles telles que la réanimation néonatale, le traitement des infections et de meilleurs soins pour l'alimentation des bébés avec IPN et des bébés très prématurés.²⁴ Tous les nourrissons bénéficient des soins peau à peau, surtout dans un climat froid ou une saison fraîche de l'année. Les bébés avec IPN qui ne sont pas malades et qui pèsent entre 1 000 et 2 000 grammes auront tout à gagner de la Méthode de la Mère Kangourou (MMK), surtout lors des premiers jours de la vie (Encadré III.5.1).

Renforcement du système de santé

Le renforcement de la capacité des ressources humaines, notamment l'amélioration des compétences de l'agent de santé, doit être sous-tendu par une bonne infrastructure, la disponibilité régulière de médicaments, fournitures et équipement, ainsi que

Encadré III.5.1 Méthode de la Mère Kangourou

La méthode de la mère kangourou (MMK) est une manière efficace de prendre soin d'un petit bébé pesant entre 1 000 et 2 000 grammes qui n'a pas de grave maladie. La MMK lui donne chaleur, lait maternel, protection contre l'infection, stimulation et amour.

Le bébé est déshabillé, sauf son bonnet, ses langes et ses chaussons et il est placé droit entre les seins de la mère, avec la tête tournée d'un côté. Ensuite, le bébé est attaché sur la poitrine de la mère avec un pagne et couvert par les habits de la mère. Si la mère n'est pas disponible, le père ou un autre adulte peut lui donner les soins peau-à-peau. Ces soins sont maintenus jusqu'à ce que le bébé ne les accepte plus, généralement quand le poids dépasse 2 000 grammes. On peut continuer sans risques la MMK à la maison.

La recherche a montré que, pour les bébés prématurés, la MMK est aussi efficace, sinon plus efficace, que les soins en incubateur.²⁵ De petits bébés bénéficiant de la MMK restent moins longtemps à l'hôpital que ceux recevant des soins conventionnels. Ils ont moins d'infections et prennent du poids plus rapidement, épargnant l'argent et le temps de l'hôpital et épargnant à la famille une souffrance supplémentaire.



par une supervision et un suivi constructifs. Les efforts faits pour attirer l'attention des dirigeants sur la charge de morbidité chez les moins de cinq ans et sur les niveaux adéquats d'investissement ont mis en relief la santé du nouveau-né.^{26,27} Ce contexte favorable et les compétences de prise en charge sont nécessaires pour des interventions efficaces à tous les niveaux - communautés, établissements de santé de premier niveau et hôpitaux.

L'adjonction de médicaments et de fournitures pour le traitement d'affections courantes du nouveau-né aux listes de médicaments essentiels de la PCIME est une étape d'importance critique pour vérifier la disponibilité de ces fournitures.

Un meilleur suivi permettra d'améliorer les soins dispensés aux nourrissons et aux jeunes enfants. Les programmes peuvent utiliser des listes de vérification pour évaluer la qualité des soins néonataux et juger ainsi du traitement des enfants malades et de l'acquisition de compétences chez les agents de santé. Les indicateurs du suivi pourront indiquer le nombre d'enfants malades dans les établissements de santé qui sont transférés vers d'autres niveaux en cas de maladie grave, ainsi que les nourrissons bénéficiant de contacts postnatals réguliers avec des agents de santé formés. L'information locale sur la charge de morbidité, ainsi que les niveaux d'investissement pour les nouveau-nés et les enfants devront être communiqués aux dirigeants car cette information est importante pour la prise de décisions et le classement prioritaire des interventions, ainsi que pour la mise en œuvre des programmes.

Adapter la PCIME pour sauver les vies des nouveau-nés - mettre le « N » dans la PCIMIN

L'adaptation de la PCIME pour renforcer les soins néonataux exige la création d'un comité national d'experts techniques et autres parties prenantes qui devront discuter des aspects spécifiques de la nouvelle enveloppe de la PCIME. Le comité devra tenir compte de la situation actuelle de santé néonatale, ainsi que du statut des programmes de santé maternelle et infantile.

Les questions suivantes sont d'importance critique lors de l'adaptation des directives de prise en charge de cas de la PCIME en vue de renforcer les soins néonataux dans les établissements de santé de premier niveau :

Contenu de la formation ? On recommande vivement que la PCIME porte également sur la prise en charge des nouveau-nés pendant la première semaine de la vie. En d'autres mots, la section sur les nourrissons dans la PCIME devrait présenter la prise en charge des bébés après la naissance et jusqu'à l'âge de deux mois. Dans tous les contextes, le contenu de la PCIME devra traiter des graves maladies chez les bébés (infections sérieuses, asphyxie et complication de la naissance prématurée), la diarrhée, les problèmes d'alimentation et les soins des nourrissons avec IPN. On peut ajouter, par exemple, l'infection oculaire gonococcique dans les contextes où l'épidémiologie locale indique que ces infections sont répandues. On peut également envisager d'inclure la jaunisse, sachant que cette maladie, bien qu'elle entraîne une grande incapacité, n'est pas une des grandes causes du décès. Par contre, les signes cliniques ne sont pas une manière fiable de dépister une jaunisse exigeant un traitement.^{12,13}

La PCIME révisée et générique ne comprend pas les soins à l'accouchement puisque les professionnels de la santé qui apportent une assistance obstétricale doivent disposer de compétences pour prendre en charge la mère pendant l'accouchement et que ce n'est généralement pas la même personne qui fournit des services de PCIME aux enfants. Un module de formation complémentaire pour les soins néonataux au moment de la naissance, y compris la réanimation, pourrait être utilisé soit pour le prestataire qualifié, soit pour des contextes particuliers lorsque l'agent qui a reçu une formation en PCIME serait également présent à la naissance. Le cours de l'OMS sur une Grossesse moins risquée et des soins néonataux essentiels pourrait être adapté à cette fin.

Ordre de la formation ? Dans la version générique de la PCIME, la formation commence par la prise en charge d'un enfant de 2 mois à cinq ans, suivi par le nourrisson. Certains pays (par exemple, l'Inde et l'Éthiopie) ont inversé la séquence de la formation pour donner plus d'importance à la santé du nouveau-né. La décision comporte plusieurs implications. Il faudra enseigner au début les parties communes de la formation (par exemple, le concept de la classification par code de couleur, les signes cliniques tels que la respiration rapide et tirage sous-costal) en utilisant la section du nourrisson (0 à 2 mois). Aussi, faudra-t-il reformuler tout le matériel pédagogique et augmenter le temps consacré à la section sur le nourrisson. Rien ne prouve à ce jour que cette nouvelle séquence de la formation permet d'améliorer nettement les compétences de l'agent de santé. D'après la recommandation actuelle, il n'est pas nécessaire d'inverser la séquence si suffisamment de temps est consacré à la formation liée à la prise en charge des nourrissons, y compris des nouveau-nés.

Pendant combien de temps faut-il former ? Probablement que la grande force de la formation en PCIME réside dans l'importance qu'elle accorde à l'acquisition de compétences par le biais de la pratique. Les directives revues de la PCIME recommandent au moins trois séances de pratique clinique pour la formation portant sur le jeune enfant, couvrant l'évaluation et le traitement de maladies graves, les problèmes d'alimentation et l'IPN, les trois comprenant des composantes de soins à domicile. Cela suppose au moins 2,5 à 3 jours pour enseigner la section du

nourrisson. Si la formation complète de la PCIME de 11 jours est donnée, on recommande qu'au moins un tiers de la formation totale soit consacré à la prise en charge du nourrisson - soit un minimum de trois jours. Si un atelier plus court est réalisé (par exemple, six jours), alors au moins 40 % du temps devraient être consacrés aux soins du nourrisson - un minimum de deux jours et demi. Cette durée n'est pas toujours possible, mais on pourra toujours envisager d'autres stratégies pour le renforcement des compétences, par exemple, une pratique clinique supervisée sur les lieux du travail lors du suivi après la formation.

Où former ? Généralement, les consultations externes ne sont pas un bon endroit pour enseigner une pratique clinique sur les nourrissons. Les sessions de pratique clinique devraient être organisées dans les salles de l'hôpital, les salles d'urgence et les services postnatals des hôpitaux. La stratégie de pratique clinique pour les nourrissons change légèrement de celle destinée à l'enfant plus âgé qui se déroule essentiellement dans la consultation externe.

Une des stratégies pour apporter des soins postnatals aux mères et aux nouveau-nés consiste à utiliser les visites à domicile par les agents de santé cliniques ou communautaires. L'adjonction de cette composante à la PCIME demandera une pratique supplémentaire portant sur les visites à domicile et au moins une journée en plus de formation.

Exemples de processus d'adaptation dans divers pays

Le processus d'adaptation peut changer dans chaque pays et l'enveloppe finale de soins risque de ne pas être la même, mais

Tableau III.5.2 Adaptation de la PCIME à la PCIMIN en Inde - décisions clés et leur bien-fondé

Élément	Décision prise par un comité d'adaptation en Inde	Bien-fondé
Première semaine de la vie	Comprend le traitement de l'infection, la jaunisse, l'hypothermie, les problèmes d'alimentation et l'IPN	Une grande proportion des décès néonataux en Inde survient pendant la première semaine de la vie
Soins au moment de la naissance	Pas compris	Tout le public visé n'apporte pas une assistance à l'accouchement. Il existe du matériel complémentaire pour améliorer les compétences des agents qui apportent une assistance lors de l'accouchement
Séquence de la formation	Jeune enfant avant l'enfant plus âgé	Presque la moitié des décès des moins de cinq ans en Inde surviennent lors de la période néonatale. Il faut accorder une plus grande attention au nouveau-né
Temps de la formation	50 % de la durée totale de la formation	Un changement de séquence suppose que les sections courantes (approche de classification) sont enseignées avec la prise en charge de la maladie chez le jeune enfant ; 3 séances de pratique clinique et 1 séance pratique pour les visites à domicile sont nécessaires
Pratique clinique	3 séances de pratique clinique - (i) maladie grave : en salle d'urgence et service hospitalier (ii) problèmes d'allaitement maternel : services postnatals (iii) IPN : services hospitaliers et services postnatals 1 séance de pratique de visite à domicile - communauté	Généralement, les jeunes enfants malades ne sont pas emmenés aux consultations externes. Ils sont emmenés en salle d'urgence, sont hospitalisés ou restent à la maison
Visites régulières à domicile pour les soins postnatals	3 visites régulières à domicile de la part d'agents communautaires, aidés par le personnel de l'établissement de santé, lors de la première semaine de la vie - 1er, 3e et 7e jours - pour tous les nouveau-nés. Trois visites hebdomadaires supplémentaires pour les bébés avec IPN - 2e, 3e et 4e semaines.	La couverture en SPN est faible, surtout pendant la première semaine et on peut faire appel aux agents communautaires en place pour fournir les soins postnatals à domicile

il est important de peser le pour et le contre de chaque choix. Le tableau ci-après récapitule les décisions d'adaptation prises en Inde. Certaines de ces décisions sont applicables spécifiquement au contexte indien.

Un certain nombre de pays africains ont également adapté la PCIME aux soins néonataux :

En **Tanzanie**, les soins pendant la première semaine de la vie ont été ajoutés aux algorithmes de la PCIME et à la formation standard de 11 jours.

En **Ethiopie**, suite à des contraintes financières et à la durée pendant laquelle l'agent de santé doit être absent de son travail, le Ministère de la Santé a demandé une formation plus courte en PCIME. Aussi, cette formation est-elle passée de 11 jours à six jours et des composantes importantes sur les soins néonataux ont-elles été ajoutées, notamment des visites à domicile pour tous les bébés, un algorithme de soins pour le bébé malade et des soins supplémentaires avec les bébés avec une IPN, notamment la MMK à domicile.

Au **Malawi** les soins néonataux et les soins pour le VIH/SIDA ont été ajoutés simultanément pour éviter des révisions répétées du programme de formation en PCIME. De plus, le pays connaissant une grave limitation du personnel soignant, la décision a été prise de réduire la formation à six jours, du moins à l'étape pilote, de pair avec une évaluation du niveau des compétences.

Défis

La PCIME crée une excellente possibilité d'étendre à plus grande échelle les soins néonataux, bien que certains obstacles se dressent également à l'expansion de la PCIME et au renforcement des interventions néonatales et soins dans le cadre de la PCIME.

Offre de services

Adaptation de matériel et formation/recyclage des agents de santé : L'adaptation du matériel demande beaucoup de temps, de ressources et de coordination. Doivent participer toutes les parties prenantes au niveau du pays. Le recyclage des agents de santé formés en matière de PCIME en fonction du matériel nouvellement adapté s'accompagne de coûts directs, ainsi que de coûts d'opportunité pour les agents qui doivent s'absenter des lieux du travail.

Ressources humaines et financières insuffisantes : Une formation chère et qui prend du temps est un des obstacles à l'expansion de la PCIME dans bien des pays. Certains pays ont opté pour des ateliers plus courts à l'intention d'un grand nombre d'agents de santé afin d'accélérer cette expansion. Il est important d'évaluer ces efforts et la qualité des soins. Même si l'atelier est raccourci, il faudra au moins 2,5 à 3 jours pour la section sur le nourrisson. Il peut également s'avérer difficile de trouver le nombre suffisant de nourrissons, surtout de nourrissons malades, pour les démonstrations dans certains centres de santé, ce qui limite le choix des sites de formation. La nature même de la maladie chez de tels bébés empêche parfois l'observation ou fait qu'il est dangereux de toucher le bébé. Aussi, certaines méthodes créatives, telles que les vidéos, devront probablement être utilisées.

Qualité des soins insuffisante au niveau communautaire : Des obstacles juridiques peuvent également se dresser lorsque les politiques publiques et les entités professionnelles ne permettent

pas aux ASC d'être responsables du traitement des bébés malades, même lorsque l'accès est limité aux établissements de santé. Il est urgent de se donner une stratégie pour lever cet obstacle politique et fournir des soins salvateurs à des nouveau-nés et enfants qui ne les reçoivent pas au niveau communautaire. Des outils sont en train d'être mis au point pour renforcer les capacités pour les visites à domicile et les activités communautaires de la part des ASC et autres prestataires de soins communautaires.

Demande pour les soins

Généralement, les familles n'ont pas de connaissance suffisante sur la consultation des soins pour les enfants malades. La situation se complique encore davantage du fait de pratiques traditionnelles qui gardent les mères et les bébés chez elles pour diverses périodes. En outre, ils restent souvent dans des chambres sombres ou mal éclairées, faisant qu'il est difficile de dépister les problèmes, surtout chez un bébé. Il s'agit de sensibiliser davantage à cette situation et d'améliorer le comportement de consultation des services de santé pour les nourrissons malades au sein de la communauté.

Relier les soins communautaires et les soins dans les établissements de santé

Les liens sont souvent faibles entre les communautés et les établissements de santé. Il n'existe pas de supervision constructive de la part des établissements de santé dans les communautés, pas plus qu'il n'existe un système d'orientation efficace de l'ASC vers l'établissement de premier niveau. Des bébés gravement malades dépistés au niveau communautaire ou dans l'établissement de premier niveau courent un risque élevé de mourir en l'espace de quelques heures et il devient donc extrêmement urgent de forger et de renforcer les liens entre la communauté et l'établissement de santé. Les établissements de santé et les communautés doivent travailler ensemble pour améliorer la qualité des services de santé et augmenter leur fréquentation. Certains membres communautaires peuvent participer aux composantes non techniques de la supervision.

Souvent, il existe un certain nombre d'organisations différentes qui interviennent au niveau communautaire et généralement, elles travaillent de manière fragmentée. Tous les efforts doivent converger et les approches doivent être harmonisées pour réduire les décès néonataux et infantiles. La communication doit rester ouverte entre les divers intervenants dans la communauté et dans les autres niveaux. Les gouvernements doivent également coordonner les interventions communautaires mises en œuvre par les divers partenaires.

Etapes pratiques pour renforcer la santé néonatale au sein de la PCIME

- *Revitaliser un groupe national lié à l'équipe spéciale de la PCIME :* Inviter les experts techniques et les parties prenantes à discuter de la nouvelle enveloppe de la PCIME.
- *Adapter les directives revues de la PCIME :* Les directives de la formation portant sur la PCIME doivent être adaptées afin d'inclure le traitement de la maladie pendant la première semaine de la vie, notamment les soins à domicile et les soins supplémentaires des nourrissons avec IPN. Il existe déjà des versions préliminaires du matériel de formation et algorithmes génériques ainsi que du guide d'adaptation dont on pourra s'inspirer.

- *Appliquer les directives revues*

- **Former/recycler les agents de santé** : Les agents de santé qui ont déjà reçu une formation portant sur la PCIME pourront suivre un recyclage afin de se familiariser avec le matériel adapté. Les agents de santé qui n'ont pas encore été formés en PCIME devraient suivre le cours revu entier avec les composantes, tant pour le nourrisson que pour l'enfant plus âgé. Au minimum, 2,5 à 3 jours doivent être consacrés à la formation sur le nourrisson.
 - **Inclure les médicaments pour les soins néonataux à la liste des médicaments essentiels** : Les Ministères de la Santé devraient inclure les fournitures et les médicaments essentiels pour les soins néonataux à leur liste de médicaments essentiels.
 - **Inclure les pratiques familiales clés aux soins néonataux et stratégies pour augmenter la couverture** : Il faut revoir la liste des pratiques familiales clés adoptées par les pays et inclure des pratiques supplémentaires qui favorisent la survie du nouveau-né. Il faut accélérer les efforts en vue d'encourager ces pratiques dans le cadre des conseils donnés dans les établissements de santé, conseils par les ASC et les pairs et discussions dans les groupements féminins.
 - **Améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et renforcer les systèmes d'orientation**
- *Fournir des soins de santé dans les communautés où l'accès est extrêmement limité aux établissements de santé* : Des visites routinières à domicile par les ASC pour apporter des soins postnatals, des soins supplémentaires à domicile pour les nourrissons avec IPN et une gestion communautaire des infections locales et orientation pour maladies graves sont des approches à envisager pour étendre la couverture des interventions dans les zones reculées.
 - *Documenter et partager les expériences* : Les pays devraient partager leurs expériences concernant l'amélioration de la santé néonatale par le biais de la PCIME. Il faut encourager l'échange d'information Sud à Sud. Il est hautement prioritaire de faire une recherche pour évaluer les compétences des agents de santé après la formation en PCIME, éprouver l'algorithme pour le dépistage des nouveau-nés avec problèmes lors des visites routinières à domicile et comparer l'efficacité des différentes approches aux interventions à base communautaire.

Conclusion

La PCIME, qui existe déjà dans pratiquement tous les pays de l'Afrique subsaharienne, présente une possibilité unique d'étendre rapidement les interventions de santé néonatale, surtout le traitement des graves infections. Le renforcement de la composante néonatale de la PCIME, du niveau communautaire à l'établissement de référence en passant par l'établissement de premier niveau aidera très probablement à améliorer la survie du nouveau-né en Afrique. Les étapes clés consistent à adapter les

algorithmes revus de la PCIME, en intégrant notamment les pratiques actuellement manquantes sur les soins néonataux dans la PCIME-C. L'adoption d'une stratégie conjointe de survie de l'enfant de l'OMS/UNICEF/Banque mondiale, mise au point en collaboration avec l'Union africaine, présente un bon cadre de référence pour une plus grande intégration des interventions de santé néonatale dans le cadre des programmes de survie de l'enfant.

L'utilisation de la PCIME pour augmenter la survie néonatale rencontre également plusieurs obstacles. Dans la plupart des situations, la PCIME est appliquée efficacement dans les établissements de santé mais arrive moins bien à atteindre les enfants dans la communauté, ce qui est particulièrement préjudiciable pour la santé du nouveau-né. Probablement faudra-t-il des stratégies complémentaires telles que les visites à domicile par des agents cliniques ou communautaires. Par ailleurs, l'algorithme de la PCIME recommande le transfert rapide du jeune enfant gravement malade vers un niveau supérieur de soins. Un effort considérable devra être fait pour assurer un transfert dans les meilleurs délais du bébé malade et vérifier que les centres de référence soient en mesure de lui apporter tous les soins nécessaires.

Actions prioritaires pour renforcer la PCIME et traiter la santé néonatale

- Finaliser les algorithmes mondiaux et le guide d'adaptation à la PCIME
- Revitaliser un groupe national lié à l'équipe spéciale de la PCIME
- Adapter les directives revues de la PCIME pour les nourrissons, notamment la première semaine de la vie
- Appliquer les directives revues
 - *Former/recycler les agents de santé*
 - *Inclure les médicaments pour les soins du nouveau-né à la liste de médicaments essentiels*
 - *Inclure les pratiques familiales clés des soins du nouveau-né et les stratégies d'expansion de la couverture*
 - *Améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et renforcer les systèmes d'orientation*
- Fournir des soins de santé dans les contextes communautaires dans les endroits avec un accès extrêmement limité aux établissements de santé
- Documenter et partager les expériences