



Messages clés, Journées pédiatriques MSF

5-6 avril 2019 || Stockholm

Messages clés	Qu'est-ce qui est important ?	Défis actuels	Recommandations
<p>1. L'introduction d'une assistance respiratoire avancée dans les environnements MSF est réalisable dans des projets spécifiques, selon certaines conditions, mais ne devrait pas être mise en œuvre sans analyse et réflexion approfondies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La demande d'assistance respiratoire avancée est de plus en plus demandée sur le terrain dans les projets néonataux et pédiatriques de MSF. - Il est nécessaire d'augmenter les options de traitement en cas d'insuffisance respiratoire dans les zones où les options de référence sont limitées. - Les interventions dans les pays à revenu intermédiaire (MIC), où l'assistance respiratoire est la norme, ont poussé MSF à mettre en œuvre des standards nationaux. - MSF investit dans les soins intensifs, ce qui nécessite, entre autres, une assistance respiratoire avancée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la faisabilité, des limitations opérationnelles et des risques liés à la mise en œuvre d'un support respiratoire avancé où MSF travaille. - Veiller à ce que la mise en œuvre d'une assistance respiratoire avancée ne retire pas de ressources d'autres interventions pouvant avoir un impact égal ou supérieur. 	<p>Terrain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Veiller à ce que des normes de soins minimales - à la fois respiratoires (utilisation correcte de l'oxygène et oxymétrie de pouls) et non-respiratoires (prévention et contrôle des infections, équipement de base et surveillance) soient en place et fonctionnel avant que les soins ne deviennent plus complexes. 2. Assurer la dispense de soins infirmiers de qualité, ce qui est impératif pour les soins hospitaliers pédiatriques et néonataux, et plus encore lorsque l'appui respiratoire avancé est adapté aux bébés et aux enfants. <p>Opérations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Comprendre les implications opérationnelles de l'augmentation du soutien respiratoire, en tenant compte du coût, de l'impact attendu et des risques, et l'équilibrer avec d'autres activités potentiellement plus simples qui bénéficient à un plus grand nombre de patients et peuvent avoir un impact plus important sur la mortalité. <p>Recherche/Siège :</p>

			<p>4. Évaluer l'impact de l'assistance respiratoire avancée sur la mortalité dans les environnements MSF.</p> <p>5. Assurer la disponibilité de protocoles spécifiques à chaque pays pour la mise en œuvre d'un soutien respiratoire avancé et d'outils pour la collecte de données permettant de surveiller le l'impact.</p>
<p>2. Le système de ventilation en pression positive continue à bulles et le haut débit de gaz humidifié et chauffé délivré par lunettes nasales ont le potentiel d'améliorer les résultats respiratoires dans les projets MSF - des versions adaptées, peu onéreuses et mécaniquement simplifiées des deux systèmes doivent être explorées afin de permettre une mise en œuvre plus large dans les paramètres typiques de MSF, la création de circuits "faits maison" n'est pas recommandée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La capacité à fournir un soutien respiratoire invasif dans la plupart des projets MSF est irréaliste et des solutions non invasives sont donc nécessaires. - De nombreux systèmes traditionnels CPAP et HHHFNC sont trop complexes et ne sont pas adaptés à une utilisation sur le terrain. - En l'absence de systèmes traditionnels, les équipes de terrain mettent en œuvre des circuits de bCPAP « faits maison » sur les conseils de l'OMS, sans avoir une connaissance précise des risques potentiels de tels circuits. 	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer s'il faut investir dans les systèmes bCPAP ou HHHFNC. - La tendance des preuves suggère que bCPAP peut être plus efficace que le HHHFNC, mais que celui-ci est plus simple à mettre en œuvre et peut être plus réalisable et largement applicable aux environnements typiques de MSF. - Rationaliser le coût de l'introduction des circuits bCPAP. - Les limites de la dotation en personnel et la nécessité d'augmenter les ratios de ressources humaines pour répondre aux besoins de la mise en œuvre du bCPAP ou du HHHFNC. 	<p>Terrain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'utilisation de circuits CPAP construits localement ou faits-maison n'est pas recommandée sur les terrains MSF - des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer leurs performances. 2. Être judicieux avec l'utilisation de l'oxygène - évitez de faire partie d'une nouvelle épidémie de rétinopathie de prématurité (ROP). <p>Opérations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Élaborer des plans de mise en œuvre clairs pour l'introduction du bCPAP ou du HHHFNC dans les projets, afin de s'assurer que cela se fait de manière durable, complète et qualitative. La fourniture d'un soutien respiratoire de pointe nécessite une surveillance et des investissements continus. <p>Recherche/Siège :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Explorer les différents circuits bCPAP et HHHFNC à faible coût disponibles en utilisant des preuves pour guider les décisions sur les circuits dans lesquels investir pour être utilisés dans les projets MSF. 5. Envisager une étude formelle du circuit bCPAP

			construit localement suggérée par l'OMS pour déterminer la sécurité et l'efficacité de ce circuit.
<p>3. Il existe de plus en plus de preuves que l'échographie au point de service (POCUS) est réalisable et a un impact positif sur les soins des patients dans les environnements MSF qui a démontré son engagement à en faire un outil de diagnostic standard dans les projets MSF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MSF dispose de peu de modalités d'imagerie et il est nécessaire d'améliorer la capacité de diagnostic sur le terrain. - POCUS peut soutenir le raisonnement clinique et améliorer la qualité et la sécurité de la gestion clinique. 	<ul style="list-style-type: none"> - La formation POCUS est longue et nécessite des formations répétées à des intervalles spécifiés avant que les utilisateurs ne soient autonomes. - Réaliser une formation POCUS sur le terrain implique un engagement important en logistique et de la part du personnel. 	<p>Terrain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuer à dispenser des formations POCUS standardisées sur le terrain et à développer des points focaux POCUS dans chaque projet. 2. Minimiser les erreurs de diagnostic en utilisant POCUS aux côtés de réseaux de soutien comme la télémédecine et en discutant avec des collègues formés. <p>Opérations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Analyser la faisabilité de la mise en œuvre de POCUS dans tous les projets MSF et envisager une utilisation universelle à grande échelle. <p>Siège/POCUS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Assurer la disponibilité du soutien technique et des protocoles pour les utilisateurs de POCUS.
<p>4. Ni les protocoles internationaux, ni les outils MSF ne répondent aux besoins de nos domaines en matière d'évaluation et de gestion des nourrissons de moins de 6 mois (<6 mois) en raison de fausses perceptions, d'incertitudes et du manque de données adéquates sur la malnutrition dans ce groupe d'âge.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les mesures anthropométriques traditionnelles ne sont pas applicables aux nourrissons de moins de <6m. - Le périmètre brachial à mi-hauteur (MUAC) et le Z-score Poids pour l'âge (WAZ) semblent mieux prédire la mortalité par rapport au Z-score Poids pour la taille (WHZ) pour les nourrissons de moins de 6 mois dans diverses études africaines, mais les seuils pour ces derniers 	<ul style="list-style-type: none"> - Perception erronée de longue date selon laquelle les nourrissons <6m sont protégés de la malnutrition par l'allaitement. - Incertitude quant aux mesures anthropométriques identifiant le plus précisément les nourrissons <6m souffrant de malnutrition et aux autres critères à utiliser. - Sous-estimation probable de 	<p>Opérations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inclure les nourrissons <6 m dans les enquêtes nutritionnelles et dans les évaluations nutritionnelles rapides dès que les mesures anthropométriques sont convenues. <p>Siège :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Collaborer et partagez des données avec des partenaires externes pour déterminer les mesures anthropométriques et non-anthropométriques permettant d'identifier au mieux les nourrissons de moins de 6 mois présentant un risque nutritionnel ou souffrant de malnutrition.

	critères ne sont pas encore validés.	l'ampleur de ce problème car les nourrissons de moins de 6 mois ne sont pas inclus dans les outils d'enquête nutritionnelle actuels.	<p>3. Mettre à jour les protocoles de prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition en mettant davantage l'accent sur le soutien et la promotion de l'allaitement maternel (voir ci-dessous).</p> <p>4. Adapter et expérimenter de nouveaux programmes de soins ambulatoires pour l'évaluation et la prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition, développés par un consortium d'organismes internationaux, dans des contextes spécifiques à MSF.</p> <p>Recherche :</p> <p>5. Envisager de mener des recherches similaires dans d'autres régions à forte prévalence de malnutrition chez les nourrissons de moins de 6 mois, principalement en Asie et au Moyen-Orient, afin de définir les seuils anthropométriques dans différents contextes.</p>
<p>5. La reconnaissance du fait que la santé mentale, sociale et physique du couple mère-enfant est inextricablement liée est fondamentale pour le traitement de tout nourrisson de moins de 6 mois, en particulier pour les nourrissons souffrant de malnutrition : nous devons en prendre soin en tant qu'unité.</p>	<p>- Soins holistiques.</p>	<p>- Difficultés à trouver des spécialistes de l'allaitement pour travailler sur le terrain.</p>	<p>Terrain/Opérations :</p> <p>1. Identifier les différentes opportunités et points d'entrée pour rechercher et prendre en charge les nourrissons de moins de 6 ans souffrant de malnutrition ainsi que leurs mères - soins postnataux, rendez-vous de vaccination, etc. Etablir des services intégrés et complets : un guichet unique pour les soins maternels et infantiles.</p> <p>Siège :</p> <p>2. S'assurer que les outils utilisés pour évaluer la malnutrition chez les nourrissons de moins de 6 mois comprennent des indications sur</p>

			<p>l'évaluation de la santé mentale et physique de la mère (ou du responsable).</p> <p>3. Investissement de MSF pour améliorer la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans tous nos projets, en particulier dans les zones où la malnutrition chez les nourrissons de moins de 6 mois est très répandue. De nouveaux outils, formations, conseils et actions de sensibilisation sont nécessaires de toute urgence.</p>
<p>6. S'engager dans la protection de l'enfance - définie comme la prévention des abus, de la négligence, de l'exploitation et de la violence à l'encontre des enfants - est inévitable lors de la dispense de soins médicaux dans des contextes humanitaires et MSF devrait établir des orientations pour les opérations médicales.</p>	<p>- Dans le cadre de ses activités médicales, MSF accueille des enfants victimes de maltraitance, de négligence ou de violences. Une fois la composante médicale du traitement terminée, nous avons la responsabilité de veiller à ce que l'enfant reçoive tous les soins appropriés, y compris ceux liés à la protection de l'enfant.</p>	<p>- Différentes opinions et positions au sein de MSF sur notre rôle en matière de protection.</p> <p>- Difficultés de liaison et de communication avec les autres acteurs en charge de la protection de l'enfant sur le terrain.</p> <p>- Connaissance limitée des acteurs travaillant dans le domaine de la protection sur le terrain et des rôles et responsabilités de chacun.</p> <p>- Mauvaise compréhension de la sauvegarde et protection des enfants au sein de MSF.</p>	<p>Terrain/Opérations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Communiquer, travailler en liaison et synergie avec les acteurs de la protection de l'enfance sur le terrain pour assurer une gestion globale des enfants à protéger. 2. Travailler avec les communautés locales pour établir les mécanismes existants dans leur infrastructure sociale pour détecter et protéger les enfants exposés aux abus, et travailler au sein de ces systèmes pour trouver des arrangements de sécurité pour les enfants, le cas échéant. 3. Établir une cartographie des acteurs fournissant des services de protection de l'enfance dans chaque projet, dans le cadre des informations de base d'une explo. <p>Siège/Opérations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Collaborer avec des organisations spécialisées dans la protection de l'enfance (par exemple l'Alliance pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire (ACPHA)) afin d'accroître les capacités et les connaissances de MSF en

			<p>matière de gestion de la protection de l'enfant sur le terrain.</p> <p>5. Clarifier les actions minimales que MSF et les autres acteurs humanitaires devraient mettre en place dans le domaine de la protection de l'enfance sur la base des normes développées par ACPHA et d'autres.</p>
<p>7. Lors d'urgences humanitaires, qu'elles soient causées par un conflit armé, une catastrophe ou des épidémies, les enfants sont confrontés à des problèmes de protection grandissants et à un manque d'accès aux droits et services essentiels tels que la santé, l'éducation et le logement - la création d'environnements sûrs et de services adaptés aux enfants est essentielle pour réduire ces barrières et pour assurer la santé physique et psychologique et le bien-être général des enfants</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les enfants courent un risque accru de violence, de séparation de leur famille, d'abandon, de violence physique, psychologique et sexuelle, d'exploitation économique et de négligence lors d'urgences humanitaires. - En raison de cette vulnérabilité accrue, des mesures supplémentaires sont nécessaires pour assurer la sécurité et le bien-être général des enfants en situation d'urgence. - Toutes les structures de santé de MSF doivent veiller à la protection des enfants pris en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> - Priorités contradictoires pour la fourniture de services, en mettant l'accent sur les activités médicales qui sauvent des vies en cas d'urgence. - Connaissances limitées au sein de MSF sur la création d'espaces et de services adaptés aux enfants. - Absence de politiques et de procédures de sauvegarde dans les structures de santé de MSF. 	<p>Terrain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des espaces sûrs et conviviaux pour les enfants dans les installations de santé de MSF afin de réduire les obstacles qui empêchent les enfants d'avoir accès à des soins de santé complets et de fournir des services plus adaptés et holistiques. 2. Envisager d'utiliser des outils développés par d'autres organisations, tels que des « kits de confort », pour aider les enfants à faire face aux situations d'urgence. 3. Créer un environnement ouvert et confiant lors des consultations pour permettre aux enfants de parler sans peur, sachant qu'ils seront entendus et crus. <p>Siège/Opérations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Créer des politiques et procédures de protection de l'enfant pour les structures de santé MSF et assurer la sauvegarde de l'enfant dans toutes les structures de MSF. 5. Développer des formations et des conseils pour améliorer la détection des signes occultes et évidents de violence physique, sexuelle ou autre parmi les agents de santé sur le terrain.

<p>8. Les maladies chroniques et non transmissibles (MNT), telles que le diabète, les cardiopathies rhumatismales, l'épilepsie, l'asthme, la drépanocytose et la thalassémie, entre autres, sont courantes chez les enfants qui se présentent chez MSF, mais l'accès à un traitement adéquat dans les pays à revenu bas ou intermédiaire (LMIC) est limité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe des besoins non satisfaits en matière de traitement des MNT pédiatriques dans les contextes MSF, mais le traitement est réalisable et nous le fournissons dans différents contextes. - Avec un traitement approprié, les enfants atteints de MNT peuvent vivre en bonne santé et avoir une bonne qualité de vie. - En l'absence de traitement adéquat pour les maladies non transmissibles chez l'enfant, de nombreux enfants mourront inutilement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les priorités concurrentes en matière de fourniture de services dans les projets MSF signifient que les MNT sont souvent négligées : les activités vitales doivent avoir la priorité. - Gestion des maladies non transmissibles chez l'enfant dans des populations spécifiques telles que les adolescentes et les femmes enceintes. - Garantir l'accès à long terme aux médicaments pédiatriques contre les MNT par d'autres acteurs ou ministères de la Santé. 	<p>Opérations/Terrain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si possible et jugé pertinent, intégrer la prévention et la gestion pédiatriques des MNT aux programmes et services MSF existants. 2. Examiner la nécessité de programmes verticaux de lutte contre les MNT en pédiatrie dans certains contextes, en veillant à ce que les spécificités des MNT pédiatriques et les besoins particuliers des enfants soient pris en compte de manière appropriée. <p>Siège :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Donner la priorité à l'éducation sur les maladies non transmissibles chez les enfants dans les projets MSF - créer une prise de conscience interne et intégrer l'éducation des patients, des familles et des communautés dans la programmation. 4. MSF devrait jouer un rôle important dans la démonstration de la faisabilité des soins pour les MNT pédiatriques dans les pays à faibles ressources. <p>Plaidoyer/Politiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pousser pour changer la perception des maladies chroniques particulières qui devraient être considérées comme des urgences, telles que le diabète et la nécessité d'un accès à l'insuline. 6. Plaider auprès des gouvernements et des organismes pour qu'ils s'engagent à plus haut niveau dans la résolution des problèmes liés à la prestation de soins de longue durée pour les maladies chroniques.
---	---	---	--

<p>9. Le fardeau des maladies non transmissibles chez l'enfant dans la plupart des LMIC étant peu estimé, il est nécessaire d'améliorer le diagnostic et les rapports dans les projets MSF afin de bien comprendre les besoins et l'épidémiologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tant que nous ne connaissons pas la véritable prévalence des MNT pédiatriques dans nos contextes, nous ne pourrons pas développer de stratégies adéquates pour les combattre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise visibilité des MNT pédiatriques dans les services de consultations externes en raison d'un diagnostic erroné. - Absence de tests de diagnostic de confirmation faciles pour de nombreux MNT pédiatriques dans les LMICs. 	<p>Terrain/Opérations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si possible, intégrer des outils de diagnostic tels que Sickle Scan dans les programmes MSF existants pour améliorer le diagnostic des MNT et la notification ultérieure. 2. S'assurer que la collecte systématique de données chez les patients pédiatriques atteints de maladies chroniques est incluse dans les programmes MSF. <p>Siège/Recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Étudier les outils de diagnostic potentiels pour les MNT pouvant être utilisés dans le cadre MSF.
--	---	--	--

**Un rapport détaillé de la conférence sera présenté séparément.*

