

## 2<sup>es</sup> Journées pédiatriques Médecins sans frontières, Dakar 15-16 décembre 2017

*2<sup>nd</sup> Doctors Without Borders Pediatric Days, Dakar December 15-16, 2017*

Ayesha Kadir<sup>1</sup>, Laurent Hiffler<sup>2</sup>, Sahar Nejat<sup>3</sup>, Daniel Martínez Garcia<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Rapporteuse, Journées pédiatriques MSF 2017

<sup>2</sup> Comité scientifique des Journées pédiatriques MSF

<sup>3</sup> Comité d'organisation des Journées pédiatriques MSF

Correspondance : Laurent Hiffler <laurent.hiffler@barcelona.msf.org>

MSF Paediatric Days est une rencontre visant à améliorer la qualité des soins pédiatriques dans les contextes humanitaires. À notre connaissance, c'est la seule rencontre existante en pédiatrie humanitaire. Les secondes journées se sont déroulées à Dakar, au Sénégal, du 15 au 16 décembre 2017, et ont réuni 210 participants de 53 pays, dont des membres du personnel de terrain et du siège de MSF, des experts universitaires et des collègues non-MSF travaillant dans des contextes humanitaires.

Les principaux sujets abordés étaient l'asphyxie périnatale, les soins critiques en neurologie pédiatrique, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs. Par ailleurs, il y a eu quatre sessions de présentations orales, dont une en particulier sur la malnutrition. Enfin, deux ateliers en marge de la rencontre ont été animés : une session de démonstration sur les apports de l'échographie simplifiée au lit du patient ainsi qu'un atelier d'aide à la décision au cours des soins palliatifs pédiatriques. Les sujets ont été sélectionnés à partir d'une liste plus longue de priorités en fonction de leur pertinence pour les soins pédiatriques dans les cadres des activités MSF et parce que ce sont des domaines dans lesquels une grande amélioration est à la fois faisable et nécessaire.

Le format des journées a été conçu pour exploiter l'expertise collective des présentateurs et des participants afin de maximiser la transférabilité des connaissances et des pratiques vers les activités de terrain. Les présentations ont été suivies de débats avec les participants et d'une identification collaborative des problèmes de santé de l'enfant nécessitant une attention urgente, des opportunités d'in-

tervention, des activités réalisables et des pratiques de soins pouvant être mises en œuvre dans les programmes MSF.

### Sessions plénières

#### 1<sup>re</sup> session plénière : asphyxie périnatale et encéphalopathie ischémique

Cette session a porté sur les facteurs qui mènent à l'asphyxie périnatale et sur les moyens de les prévenir et de les traiter. Le professeur David Southall (Maternal and Child Health Advocacy International) a présenté la session avec un aperçu de l'ampleur de la morbidité néonatale liée aux problèmes obstétricaux et de l'importance de la collaboration entre néonatalogues et obstétriciens pour promouvoir une intervention obstétricale précoce afin de réduire la morbidité néonatale. Le Dr Obed Dolo (C.B. Dunbar Maternity Hospital, Libéria) a présenté une étude sur l'utilisation de la surveillance de la fréquence cardiaque fœtale assistée par la mère pendant le travail avec une sonde Doppler. L'étude a révélé que la surveillance assistée par la mère a aidé à identifier les complications à la naissance chez 3 des 72 femmes participant à l'étude, et a facilité l'intervention précoce pour les complications. Tous les nourrissons ont eu de bons résultats. De plus, les mères ont rapporté que le Doppler les a aidées à se « connecter » avec leurs bébés, cependant il était difficile d'effectuer toutes les tâches en éprouvant les douleurs de l'accouchement.

Passant des soins de maternité à la réanimation néonatale, le professeur Ola D. Saugstad (Université d'Oslo, Norvège) a passé en revue les recommandations

actualisées du Comité international de liaison sur la réanimation (Ilcor) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et les implications pour les situations humanitaires. Les mises à jour importantes des directives comprennent l'utilisation de l'auscultation pour déterminer la fréquence cardiaque (signe précoce de réponse à la ventilation), l'évitement de l'aspiration systématique même en cas de liquide méconial, la ventilation des nouveau-nés à terme et légèrement prématurés en utilisant l'air ambiant et la minimisation de l'utilisation de l'oxygène en particulier chez les prématurés, le clampage retardé du cordon à 1 minute au moins chez les nourrissons stables, et le maintien soigneux de la température corporelle en utilisant la méthode kangourou ou des poches de polyéthylène pour les prématurés.

La professeure Angela Okolo (Centre médical fédéral, Asaba, Nigéria) a examiné les soins aux nouveau-nés atteints d'asphyxie à la naissance, et particulièrement le rôle central des soins infirmiers pour prévenir d'autres complications et améliorer les résultats. La grave pénurie d'agents de santé ayant des compétences en soins infirmiers néonataux est un problème largement répandu dans les pays à ressources limitées et a été associée à des taux de mortalité plus élevés. Le professeur Okolo a présenté le transfert des tâches ou partage des tâches comme des solutions potentielles pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins pour les nouveau-nés atteints d'encéphalopathie hypoxique ischémique.

Ces trois présentations et les discussions qui ont suivi ont abordé les questions qui touchent la santé néonatale

depuis la grossesse et l'accouchement jusqu'aux soins néonataux. Pour améliorer les résultats chez les nouveau-nés, il est nécessaire de prêter attention à tout ce continuum, y compris une collaboration étroite entre les obstétriciens et les pédiatres. Le partage des tâches a été discuté comme un moyen potentiel d'améliorer l'accès aux soins, de faciliter l'intervention précoce et d'améliorer les résultats. Les exemples de partage des tâches incluent le Doppler assisté par la mère et la formation du personnel paramédical dans les soins obstétricaux avancés, la réanimation du nouveau-né et les soins aux nouveau-nés asphyxiques.

## **2<sup>e</sup> session plénière : conditions critiques en neurologie dans les pays à ressources limitées**

Le professeur Michael Levin (Imperial College London) a présenté la session en insistant sur l'importance de la précocité de l'intervention pour un traitement plus efficace. Le professeur Charles Newton (Université de Oxford, KEMRI-Wellcome Collaborative Program, Kilifi Kenya) a examiné l'évaluation et le traitement des enfants en coma fébrile, en comparant aux soins de pointe dans les pays riches et fournissant des recommandations sur la façon de les adapter dans des contextes avec des ressources limitées. La ponction lombaire (PL) a fait l'objet d'intenses discussions en raison des risques d'engagement chez les enfants ayant une pression intracrânienne (PIC) accrue et du manque d'accès à la neuro-imagerie dans les situations humanitaires. Dans les zones où la cytologie et la biochimie (protéines et glucose) peuvent être évaluées, la PL fournit des informations utiles pour diriger le traitement et sa durée. La PL est recommandée jusqu'à 72 heures après le début du traitement empirique chez les enfants présentant une fièvre et une altération de la conscience qui ont une respiration normale et en l'absence de signes neurologiques latéralisés suggérant une lésion occupant l'espace ou des signes de souffrance du tronc cérébral (pupille) et de signes rétinien de PIC augmentée (moins sensible).

Dr Yamikani Chimalizeni (Université du Malawi, projet Blantyre contre le paludisme) a présenté trois études sur les traitements du paludisme cérébral

chez l'enfant et ses complications. Deux études examinent l'effet des interventions visant à réduire l'œdème cérébral sur la survie chez les enfants atteints de paludisme cérébral, et l'effet du traitement agressif de la fièvre sur les résultats des patients, respectivement. Les résultats de ceux-ci sont à venir. Une étude récemment achevée sur le lévétiracétam par voie entérale par rapport au phéno-barbital intraveineux pour le traitement des crises convulsives lors du paludisme cérébral de l'enfant a révélé que le lévétiracétam a un profil d'innocuité respiratoire supérieur à celui du phéno-barbital intraveineux.

La gestion technique de l'état de mal convulsif a été présentée par le professeur Robert Tasker (Harvard Medical School, Boston Children's Hospital). Les premières priorités sont de sécuriser les voies aériennes, d'arrêter les convulsions, puis d'envisager la nécessité d'autres traitements d'urgence. La reconnaissance précoce de l'état de mal convulsif est primordiale pour le pronostic. Les prochaines étapes devraient être axées sur l'identification de la cause des crises en utilisant les ressources disponibles. Enfin, il a demandé à l'auditoire d'examiner les recommandations actuelles et d'identifier les domaines nécessitant des recherches. Les discussions ont porté sur le choix de l'anticonvulsivant, qui diffère selon les installations et la disponibilité. Le lévétiracétam et la kétamine sont deux médicaments qui ont moins d'effets secondaires respiratoires et qui pourraient être utilisés sans ventilation mécanique.

## **3<sup>e</sup> session plénière : gestion de la douleur dans les pays à ressources limitées**

La professeure Julia Downing (International Children's Palliative Care Network) a présenté la session en faisant un bref exposé sur le fardeau mondial de la douleur chez les enfants et les disparités marquées dans l'accès à l'analgésie. Chaque année, plus de 5,3 millions d'enfants < 15 ans souffrent de graves problèmes de santé. Au moins 2,5 millions d'enfants meurent chaque année de graves souffrances liées à la santé, plus de 90 % dans les pays à ressources limitées. Fournir une analgésie adéquate à ces enfants ne coûterait que 63 cents par

enfant, soit 1 million de dollars US/an. Cette session a examiné les moyens de traiter la douleur néonatale et infantile, les obstacles à l'accès aux soins et les solutions pour les surmonter.

Après avoir déconstruit les mythes sur la douleur chez les nouveau-nés, Claire Dorin (unité Myriam David, Centre de psychopathologie périnatale, Paris) a décrit des pratiques de gestion de la douleur de pointe, simples, efficaces, peu coûteuses et réalisables dans des contextes humanitaires. Les études menées dans les années 1980 ont définitivement démontré que les nouveau-nés prématurés ressentent de la douleur et ont un souvenir de douleur. Les obstacles au traitement comprennent les mythes, le manque de connaissances et le manque d'outils. La principale source de douleur chez les nouveau-nés est liée aux soins et non aux maladies. De simples modifications de l'environnement et des pratiques de soins peuvent avoir un impact significatif sur la minimisation et le traitement de la douleur chez les nouveau-nés. On a constaté que le programme canadien NIDCAP<sup>1</sup> raccourcit le séjour à l'hôpital et réduit les pleurs associés aux soins. Le programme comprend notamment des mesures telles que positionner le nouveau-né confortablement, éteindre les lumières pour recréer un cycle jour/nuit, parler à voix basse, placer quelque chose près du bébé avec l'odeur de la mère, maintenir la présence des parents dans la salle et minimiser les soins invasifs. D'autres traitements efficaces de la douleur comprennent le saccharose, qui a un effet analgésique accru lorsqu'il est utilisé en combinaison avec une succion non-nutritive. L'allaitement maternel a un effet similaire. Les crèmes anesthésiques topiques peuvent réduire la douleur liée aux procédures. La majorité de ces interventions sont à très faible coût, mais elles nécessitent du temps pour les effectuer et la participation des parents ou des soignants.

Le docteur Mohammed Fattah (Oncologie pédiatrique, Hôpital CHU Le Dantec, Dakar, Sénégal) a fourni des preuves supplémentaires pour le traitement de la douleur chez les enfants à partir d'une étude menée auprès de 48 enfants atteints de cancer traités au CHU Le

<sup>1</sup> <http://nidcap.org/en/>

Dantec. La douleur sévère et chronique était courante dans la population étudiée, dont un quart avait une maladie métastatique avancée, et 70 % présentaient une douleur modérée à sévère au début de l'étude. La durée moyenne de la douleur était de 30 jours. La morphine orale régulière (dose moyenne de 1,5 mg/kg/jour, intervalle de 1-5 mg/kg/jour) s'est avérée sûre et efficace lorsqu'elle est administrée seule et avec des médicaments supplémentaires de niveau 1-2 selon les besoins. Aucun patient n'a développé de dépression respiratoire ou de changement d'état mental. La constipation était l'effet secondaire le plus courant et était traitée efficacement avec des laxatifs.

Les obstacles à la gestion de la douleur comprennent les mythes sur la douleur chez les enfants et sur les analgésiques – en particulier la morphine, le manque de reconnaissance de la douleur chez les enfants et les obstacles à l'importation et à la prescription de médicaments contre la douleur. Une variété d'outils d'évaluation de la douleur basés sur l'âge ont été validés et sont disponibles gratuitement. Les besoins identifiés durant la session incluent la participation des soignants dans la reconnaissance de la douleur et la gestion de la douleur chez les patients pédiatriques, la formation des agents de santé dans l'évaluation et le traitement de la douleur et le plaidoyer pour augmenter la disponibilité de la morphine et autres analgésiques.

#### **4e session plénière : soins d'accompagnement ou de soutien à MSF**

La session a été introduite par le professeur Matthias Roth-Kleiner (hôpital universitaire de Lausanne), qui a discuté de la définition des soins de soutien ou palliatifs. La définition de l'OMS des soins de soutien est : « soins qui visent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontés à des maladies incurables potentiellement mortelles, à travers la prévention et le soulagement de la souffrance par une identification précoce, une évaluation et un traitement impeccables de la douleur et d'autres problèmes de nature physique, psychologique, sociale, émotionnelle et spirituelle ». Dr Harriet Roggeveen (MSF) a réfléchi sur l'importance de soulager la

souffrance et de restaurer la dignité des enfants traités dans les projets de MSF. Tandis que MSF s'est concentré sur le sauvetage de vies humaines, la réalité sur le terrain est qu'il y a beaucoup d'enfants dont la maladie ne peut pas être guérie, et pour ces patients, des soins de soutien sont nécessaires.

Dr Doris Burtscher (MSF) a donné une perspective anthropologique sur les soins de soutien, en se concentrant sur ce qui se passe en dehors du centre de santé pour les enfants qui n'ont pas accès aux soins palliatifs. Comprendre comment les communautés expliquent les maladies graves chez les enfants et comment cela affecte leurs pratiques de recherche de soins est essentiel pour nous permettre de fournir des soins palliatifs efficaces. Le Dr Burtscher a souligné l'importance de voir l'enfant comme un acteur individuel qui a quelque chose à dire sur sa maladie, son traitement, et sa vie. De plus, les familles ont des charges sociales, psychologiques et économiques importantes lorsqu'un enfant est atteint d'une maladie grave. L'approche des soins palliatifs pédiatriques devrait impliquer les parents, la famille et la communauté et devrait mettre un accent particulier sur une bonne communication. Il est nécessaire d'améliorer l'accès aux soins palliatifs et de former les agents de santé à cette approche, y compris la gestion de la douleur et des besoins de la famille et, si possible, d'aider celle-ci à poursuivre les soins palliatifs à domicile.

S'appuyant sur les présentations précédentes, la professeure Julia Downing (International Children's Palliative Care Network) a décrit l'utilisation du jeu comme un outil efficace pour les soins palliatifs pédiatriques dans des contextes à ressources limitées avec des exemples de l'Ouganda. Le jeu est si important pour le développement, la santé et le bien-être des enfants qu'il est reconnu dans la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant comme un droit humain des enfants. Il peut être utilisé comme aide à l'évaluation clinique et comme forme de thérapie. À Mildmay Ouganda, un centre pour VIH à Kampala, une aire de jeux dédiée sert d'endroit sûr pour les enfants, où il n'y a pas d'outils, de procédures ou de traitements médicaux. Le jeu est intégré dans les pratiques de soins pendant le *counseling*, la discussion sur l'état de la maladie, et l'exploration des problèmes psychologiques et spirituels. De même, le

jeu est utilisé dans le traitement des enfants dans 5 centres de santé traitant des enfants réfugiés à Adjumani. Renforcer les opportunités de jeu au sein des programmes MSF est un moyen de fournir des soins de soutien en abordant la qualité de vie, la souffrance et la dignité, et en aidant les enfants à réaliser leur droit fondamental de jouer.

La docteure Megan Doherty (World Child Cancer, Two Worlds Collaboration) a, quant à elle, présenté la mise en place d'une initiative communautaire de soins palliatifs, en utilisant l'exemple du projet Korail Slum à Dhaka, au Bangladesh. Basées sur le guide de développement du programme de soins palliatifs de l'OMS<sup>2</sup>, les trois principales étapes comprennent l'évaluation des besoins, la sensibilisation de la communauté et la fourniture de soins cliniques dans le cadre communautaire. La participation de la communauté dès le départ était essentielle pour l'adapter au contexte local, surmonter les défis et accroître l'appropriation, et finalement le rendre durable. Travailler avec la communauté a permis une approche de soins centrée sur l'enfant et la famille qui complète les services hospitaliers, réduit le fardeau sur les établissements de santé, améliore la coordination. Le projet a révélé que la communauté reconnaissait le besoin de soins palliatifs, souhaitait avoir accès à des services et avait engagé des personnes motivées à aider les autres dans leur communauté. Le programme est actuellement reproduit dans Cox Bazaar avec des réfugiés Rohingya.

### **Présentations de résumés oraux et PaED Talks**

Quatre sessions de présentations orales sélectionnées et une série de PaED Talks sur les innovations et les sujets critiques ont complété les sessions plénières, proposant différentes solutions pour améliorer l'accès et la qualité des soins pédiatriques dans les projets de MSF. La plate-forme de télémédecine MSF relie les équipes de terrain à plus de 500 sous-spécialistes à travers le monde, opérant 24/7 depuis plus de 7 ans. MSF eCARE est

<sup>2</sup> <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250584/1/9789241565417-eng.pdf>.



opérations de MSF, les activités de terrain de MSF, les sujets urgents nécessitant un plaidoyer et les besoins de recherche pour améliorer la qualité et faciliter la prestation de soins pédiatriques dans les situations humanitaires.

un nouvel algorithme électronique interactif qui aide les agents de santé de niveau intermédiaire pendant les consultations des enfants de moins de 5 ans. Un protocole simplifié d'évaluation de la malnutrition aiguë impliquant des mères dans le dépistage des enfants a montré des résultats prometteurs pour identifier plus tôt les enfants à risque et réduire les complications, la durée du traitement et la quantité d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi nécessaires. Un Doppler fœtal automatique à sangle peut améliorer les pratiques de sage-femme en milieu hospitalier, et une application mobile peut aider à une évaluation plus précise de la fréquence cardiaque néonatale pendant la réanimation. Il a été démontré qu'une simple lampe à vélo à LED rouge est très efficace pour la transillumination des veines des nouveau-nés facilitant la pose de cathéter réduisant ainsi les multiples ponctions. Créer un espace pour que les agents de santé parlent des soins palliatifs peut améliorer les pratiques de soins dans les contextes où la réorientation des soins de fin de vie a des barrières culturelles et des implications juridiques potentielles pour les agents de santé.

Il existe un besoin aigu de répondre aux risques et aux besoins de santé des adolescents, qui représentent une population négligée. Les présentations sur la violence sexuelle et la prise en charge des jeunes vivant avec le VIH ont mis en évidence les risques et les besoins particuliers de ce groupe. La violence sexuelle contre les enfants est courante dans le monde, affectant 20 % des filles et 8 % des garçons dans le monde. En Haïti, 25 % des filles et 20 % des garçons subissent des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans. Ces enfants sont moins susceptibles de demander des soins, se présentent tardivement, et sont plus à risque de grossesse non désirée. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans courent un risque accru de contracter le VIH, sont moins susceptibles d'être sous traitement et plus susceptibles d'avoir une

charge virale détectable. Inclure les adolescents dans leurs soins, les engager dans un dialogue et écouter leurs besoins est un moyen important d'améliorer leur accès aux soins et d'améliorer l'observance de la thérapie.

### La séance « clôture » des opérations médicales

À la fin des deux journées, un groupe d'experts des Opérations médicales de MSF a examiné l'applicabilité pratique potentielle des savoirs, des idées, et des innovations qui ont été partagées au cours de la réunion. Les priorités concurrentes, les facteurs contextuels, et l'existence de ressources limitées pour des besoins illimités, tous ont des influences importantes sur la prise de décision. Comment incorporer pratiquement le continuum de la maternité aux soins du nouveau-né sans prendre la responsabilité de l'obstétrique a été identifié comme un domaine à explorer davantage. Le panel a souligné les principales lacunes dans la gestion de la douleur pédiatrique et les soins palliatifs, pour lesquels des programmes de traitement et de plaidoyer sont nécessaires. L'accent a été mis sur l'importance d'améliorer l'accès à des soins pédiatriques au travers du partage des tâches, de la formation des agents de santé, et de les soutenir à prendre des décisions. Parmi les éléments importants, on retrouve la nécessité de travailler avec les communautés et d'identifier les innovations et les technologies qui peuvent soutenir les travailleurs de la santé dans les milieux où les pédiatres ne sont pas toujours présents.

### Messages clés et recommandations

Les messages clés et les recommandations de la réunion portent sur les

#### Tableau des messages clés Table of key messages

1. Une approche intégrée des soins de santé maternelle et infantile pendant la période périnatale est essentielle pour améliorer les résultats néonataux
2. La prise en charge de l'état de mal convulsif chez les enfants passe par sa reconnaissance précoce
3. La douleur est mal reconnue et sous-traitée chez les enfants dans les contextes humanitaires, malgré la preuve de ses implications sur les résultats et le développement de l'enfant
4. Les soins de soutien sont essentiels pour fournir des soins avec dignité, que nous puissions ou pas sauver la vie de l'enfant
5. Le jeu est un outil essentiel dans le traitement des enfants malades avec un impact mesurable et rentable
6. L'innovation peut repousser les limites de la fourniture de soins pédiatriques de qualité, à faible coût et adaptés aux contextes humanitaires
7. Les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) constituent une population pédiatrique négligée dans les situations de crise humanitaire
8. Le partage des tâches est un moyen important d'élargir la portée et la qualité des soins néonataux et pédiatriques
9. La participation de la communauté aux soins est un élément essentiel pour l'intensification des activités afin de maximiser leur impact

Pour plus d'informations sur les journées pédiatriques de MSF, consultez <https://paediatrics.msf.org>. Un prochain rapport décrira la conférence plus en détail. Les prochaines journées pédiatriques MSF se tiendront à Stockholm début 2019.

*Liens d'intérêts* : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en rapport avec cet article.