

PRISE EN CHARGE DES URGENCES PÉDIATRIQUES

La démarche suivie
Sud Kivu



PRÉSENTATION DU PROJET URGENCES PÉDIATRIQUES - 2021

PRÉSENTATION DU PROJET URGENCES PÉDIATRIQUES

LE CONTEXTE

L'urgence se définit par toute situation empirant rapidement, ou susceptible de le faire, sans intervention médicale ou même avec, où il n'y a pas le droit à l'erreur.

C'est un impératif éthique pour chaque prestataire de soins de santé, que d'assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur l'évidence.

Au Sud – Kivu, le contexte des urgences pédiatriques ne' caractérisé par des problèmes dont ceux liés aux enfants et ceux dépendant des hôpitaux généraux de référence (HGR).

Chez les enfants :

- Le taux de mortalité infantile dans la Province élevé. Les indicateurs de suivi démontrent une moyenne à 2,1% c'est à dire 1 enfant sur 20. (1)
- Le nombre élevé de décès d'enfants dans les HGR et notamment dans les premières 24 à 48 heures d'admission. On resence en moyenne 162 morts/1.000 naissances. (2)
- Les pratiques inadéquates avant l'admission et les recours tardifs à l'hôpital.

Dans les HGR :

On constate peu, voire pas, de disponibilité de supports écrits pour des programmes nationaux et/ou internationaux en terme de prise en charge.

D'autre part, il y a une très forte variabilité des pratiques dans la prise en charge (PEC) des enfants malades. Notamment pour ceux présentant des signes d'urgence tels que l'anémie chronique ou encore la drépanocytose.

Source:

(1) base de données nationale DHIS2

(2) EDS 2013 - 2014

LA CONCEPTION DES PROTOCOLES ET D'UN FORMULAIRE REVUE DE CAS

L'IDENTIFICATION DES PATHOLOGIES URGENTES :

Une publication de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Mémento des Soins hospitaliers pédiatriques, 2015- retient 4 urgences pédiatriques :

- 1) Respiratoire.
- 2) Cardiaque.
- 3) Neurologique.
- 4) Déshydratation sévère.

Le cadre est donc défini par 4 urgences prédominantes.

RECHERCHE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Les références doivent obéir aux critères suivants :

- La référence existe sous la forme d'une publication.
- La référence est destinée à un HGR donc à des prestataires non spécialisés.
- La référence fournit des informations explicitement destinées aux enfants.
- La priorité est donnée aux références/programmes nationaux. En leur absence, la priorité est accordée aux publications de l'OMS ou autres institutions internationales reconnues.

CONTENU D'UN PROTOCOLE CLINIQUE :

Le protocole clinique s'établit sur une fiche A4 recto-verso sur laquelle figure les démarches à suivre.

Au recto : les démarches immédiates.

- Relever les signes évocateurs (synonyme : signes d'appel, signes majeurs).
- Stabiliser l'enfant, lui sauver la vie- par des interventions claires et standardisées, et lancer les investigations.
- Tout en poursuivant la stabilisation rechercher le diagnostic ou la cause.

Au verso: les références en 2 sections.

- Références bibliographiques.
- Informations complémentaires.

Une attention particulière est attribuée à la transfusion sanguine.

Il en est de même pour la réanimation du nouveau-né.

CONTENU D'AUTRES SUPPORTS D'INFORMATIONS :

- Fiches/ diagrammes.
- Fiches médicaments.
- Annexe portant sur un formulaire de Revue de cas (synonyme : audit clinique) qui permet une évaluation de la qualité de la PEC d'un enfant en analysant le dossier d'hospitalisation sous les aspects de complétude, et de pertinence du contenu par rapport aux normes.
- Annexe sur la bonne utilisation des médicaments.
- Annexe sur les examens de laboratoire sans valeurs..

Ces documents figurent dans deux classeurs distincts :

- 1) Un classeur ciblant le nouveau-né.
- 2) Un autre classeur ciblant l'enfant de plus de 28 jours.

LA VALIDATION

LA VALIDATION DANS 5 HGR :

Dans un premier temps, les protocoles et les formulaires de Revue de cas ont été soumis au staff médical composé de médecins et d'infirmières- dans 5 HGR différents, à raison d'environ 1h15 par jour pendant 2 semaines.

Outre l'inclusion, ceci a permis de contextualiser certaines propositions ou de les rendre plus claires au sein des HGR et des staffs.

LA VALIDATION PAR UN COMITÉ PÉDIATRIQUE PROVINCIAL :

Dans un second temps, les documents approuvés et appropriés par les HGR, ont été soumis à un Comité Pédiatrique Provincial créé spécialement pour la circonstance par la Division Provinciale de la Santé (DPS).

Ce Comité s'est réuni à raison de plusieurs demi-journées pour approuver les protocoles et les autres supports d'informations.

Ce Comité est composé de 8 pédiatres, et de 5 médecins généralistes œuvrant dans les HGR et reconnus pour leur compétence en pédiatrie.

Le Comité a par la suite été élargi à du personnel infirmier.

Suite à cela, le Comité est devenu essentiel pour appuyer la DPS dans le pilotage du projet.

LA VULGARISATION

LA VULGARISATION DANS 49 HÔPITAUX AU SUD - KIVU :

Les objectifs d'un projet de vulgarisation et de diffusion dans 34 HGR, et 15 autres structures hospitalières, ont été formulés comme suit :

La stratégie de vulgarisation :

La Division Provinciale de la Santé (DPS) s'appuie sur les acteurs suivants pour diffuser les protocoles et Revues de cas ainsi qu'évaluer leur bonne application :

- Le Comité Pédiatrique Provincial
- Deux points focaux pédiatriques au sein de chacun des 49 hôpitaux : médecin responsable de la pédiatrie et infirmière responsable de la pédiatrie ou de la néonatalogie.
- Médecins Sans Vacances (MSV) via l'appui technique d'un pédiatre.

1) Activités préparatoires au niveau de la Province :

Le Comité finalise les protocoles et les formulaire de Revue de cas ainsi que les outils utiles à la formation, la gestion et l'évaluation du projet.

2) Diffusion par la Province vers 49 hôpitaux :

Trois journées et demie de formation sous forme de séminaire-atelier.
Quatre sessions sont organisées regroupant chacune 24-25 points focaux.

3) Diffusion des points focaux vers les prestataires de 49 hôpitaux :

Chaque point focal se charge de la diffusion des protocoles auprès des prestataires pédiatriques de son hôpital.

Les points focaux se chargent également de la mise en place des Revues de cas.

4) Évaluation de la bonne application des protocoles :

Elle se fonde sur les Revues de cas et selon la plan d'évaluation du projet.

5) Suivi et évaluation des activités :

Le projet est suivi et évalué par des missions de supervision/ coaching dans les 49 hôpitaux.

LE COACHING / SUPERVISION DANS LES HOPITAUX

Nous appelons coaching/ supervision : l'appui à un staff hospitalier en général, et aux points focaux en particulier.

Le coach/ superviseur est un membre du Comité Pédiatrique Provincial, pédiatre ou généraliste. Il est accompagné d'un collaborateur de la DPS lors d'une descente sur le terrain afin d'assurer la conformité de la bonne application.

ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES PRÉPARATOIRES :

L'élaboration des outils, Guide du coaching, Rapport de restitution ont été réalisés par Comité Pédiatrique Provincial avec un appui technique de MSV.

Quatre descentes de 3 jours chacune dans 4 HGR ont permis de tester la faisabilité de la démarche, l'acceptabilité chez les prestataires supervisés, la pertinence des outils de support .

Le bien-fondé de l'approche a ainsi été confirmé moyennant quelques rectifications. La démarche a été appréciée par le staff hospitalier aux dires de ce dernier.

45 DESCENTES DE COACHING/ SUPERVISION :

En 2017, 45 hôpitaux ont bénéficié d'un coaching/supervision formative.

Ces activités se sont malheureusement déroulées pour certains hôpitaux avec plus d'une année de retard après la formation de base, par suite retards dans les financements.

Les scores de performance sont insuffisants et très disparates suivant les hôpitaux. Ils varient de 0 % à 72 % avec une médiane à 27 % ; une valeur de 70 % est considérée à priori comme satisfaisante.

Deux conclusions s'imposent :

- 1) La fréquence de ces supervisions doit être accrue.
- 2) Une mise à niveau des personnels des hôpitaux les moins performants doit être réalisée.

LES PARTENAIRES

- Médecins Sans Vacances
- UNICEF
- PROSANI-USAID
- OMS
- Bureau Diocésain des Œuvres Médicales

LES LEÇONS APPRISES

Les points négatifs :

- Un délai trop important entre les formations et le coaching/ supervision.
- Les changements de comportements sont longs à s'intaller.
- L'instabilité du personnel.
- La perte des classeurs de protocoles.

les points positifs :

- Les protocoles construits sur la base de références nationales ou, à défaut, internationales.
- Les protocoles testés auprès du staff de 5 HGR, pour amendements et approbations.
- L'appui d'un Comité Pédiatrique Provincial à la DPS.
- L'inclusion des médecins généralistes et de personnel para-médical dans le Comité Pédiatrique.
- L'identification d'une demande d'un Dossier d'hospitalisation standardisé.

LES PERSPECTIVES

- La validation des protocoles au niveau central.
- L'appui à la vulgarisation dans les autres provinces.
- La digitalisation des protocoles.
- Le plaidoyer pour dotation en équipements et médicaments de base.
- L'intégration des protocoles dans les enseignements dans les Instituts Techniques Médicales.

AUTEURS:

Dr. Douchan BEGHIN
Volontaire pour Médecins Sans Vacances

DR. ZOZO MUSAFIRI
Chef de Bureau Appui Technique à la DPS, Expert Santé Publique

Dr. Kash KARUBARA Marcellin
Représentant Légal, Médecin conseiller Afrique de l'Est pour Médecins Sans Vacances

MEDECINSSANSVACANCES
ARTSENZONDERVAKANTIE
MEDICSWITHOUTVACATION



MÉDECINS SANS VACANCES

Zwartzustervest 21
2800 Malines
Belgique

info@msv.be
www.msv.be

Editeur responsable : Stefaan Bonte

MEDECINSSANSVACANCES
LE SAVOIR GUÉRIT