

Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU)

Guide de l'animateur



**Organisation
mondiale de la Santé**

Remerciements

Le département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS souhaite souligner l'aide et le soutien du professeur Elizabeth Molyneux, qui a préparé la formation à l'intention de l'unité Triage, évaluation et traitement d'urgence, sur laquelle s'appuie ce matériel de formation. Nous aimerions présenter nos remerciements au D^r Jan Eshuis, du Royal Tropical Institute, à Amsterdam, et au D^r Carolyn Maclennan, du Royal Children's Hospital, à Melbourne, Australie, qui ont complété la préparation du matériel de formation. De plus, nous exprimons notre reconnaissance aux participants et aux animateurs des différents essais de ce matériel sur le terrain pour leurs commentaires. Nous souhaitons aussi remercier le D^r Diana Silimperi et Lauri Winter, du Quality Assurance Project, Bethesda, É.-U., pour leurs précieux commentaires et révisions au cours de ces essais sur le terrain, ainsi que les bureaux régionaux de l'OMS de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental pour leur soutien.

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU).

Contents: Manuel du participant — Guide de l'animateur.

1.Orientation patients. 2.Traitement urgence. 3.Service santé infantile. 4.Matériel enseignement.
I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 254687 3 (participant)(NLM classification: WS 205)

ISBN 978 92 4 254688 0 (animateur)

© Organisation mondiale de la Santé 2010

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en...

Table des matières

Introduction	1
Préparation en vue du cours de formation	2
Étapes de préparation	3
Choix des objectifs spécifiques de la formation	3
Choix du directeur de cours	3
Choix des animateurs	3
Choix des apprentis animateurs	3
Choix du site de formation	3
Préparation du budget	4
Ébauche d'ordre du jour	4
Matériel de formation	4
Recrutement des consultants	4
Obtention des autorisations et permis	4
Choix des participants	5
Invitation des participants et envoi des manuels des participants	5
Planification de la séance d'ouverture	5
Communiqué de presse	5
Directives pour l'ensemble des chapitres	6
Introduction à la théorie du TETU	6
Direction des drills	6
Lors de la démonstration des procédures et dans la pratique clinique	6
Pratique clinique	6
Séances pratiques	7
Liste de contrôle des expériences pratiques du participant	7
Fin des séances pratiques	8
Questions d'évaluation	8
Test dans le cadre de la formation sur le TETU	8
Modules sur le TETU	8
Module un : Triage et concept « ABCD »	9
Aperçu du module	9
Objectifs	9
Matériel	9
Contenu de la première journée : Module 1	10
Drill 1	11
Module deux : Voies aériennes et respiration	13
Aperçu du module	13
Objectifs	13
Matériel	13
Contenu de la première journée : Module 2	14

Module trois : Circulation	19
Aperçu du module	19
Objectifs	19
Matériel	19
Contenu de la deuxième journée : Révision et module 3	20
Drill 2 : Exercice oral sur le déroulement de l'évaluation de triage	23
Exercice A sur la « malnutrition grave »	23
Module quatre : Coma et convulsion	25
Aperçu du module	25
Objectifs	25
Matériel	25
Contenu de la deuxième journée : Module 4	26
Exercice B : Exercice vidéo sur l'échelle AVPU	29
Drill 3 : Déterminer les doses correctes	29
Module cinq : Déshydratation	31
Aperçu du module	31
Objectifs	31
Matériel	31
Contenu de la troisième journée : Révision, pratique clinique et module 5	32
Drill 4 : Exercice oral sur le déroulement de l'évaluation de triage	35
Exercice C : Fiche des réponses à l'exercice vidéo	36
Drill 5 sur le plan de traitement C	37
Organigramme 1 : Prise en charge de l'enfant présentant une déshydratation grave	38
Tableau A. Scénarios de cas pour le travail en groupe (enfants en état de choc ou gravement déshydratés avec ou sans malnutrition grave)	39
Module six : Scénarios de prise en charge de cas	41
Aperçu du module	41
Objectifs	41
Matériel	41
Contenu de la troisième journée : Module 6	42
Tableau B. Scénarios de prise en charge de cas	44
Module sept : Mise en place du TETU	53
Aperçu du module	53
Objectifs	53
Matériel	53
Contenu de la quatrième journée : Module 7	54
Normes de TETU	55
Annexes	
Annexe 1 : Ordre du jour générique pour une formation sur le TETU de 3,5 jours	57
Annexe 2 : Fournitures et matériel pour la formation sur le TETU	61
Annexe 3 : Formation des participants au triage uniquement ou au TETU et à la PCIME	63
Annexe 4 : Listes de contrôle des participants	65
Annexe 5 : Réponses aux questions d'évaluation sur le TETU	67
Annexe 6 : Évaluation	79

Introduction

La formation sur le triage, l'évaluation et le traitement d'urgence (TETU) vise à familiariser les agents de santé aux directives sur le TETU et à leur donner les connaissances et compétences nécessaires pour appliquer ces directives. À la fin de cette formation, les agents de santé seront en mesure de :

Effectuer le triage de tous les enfants malades qui arrivent à un établissement de santé selon trois catégories :

- enfants qui présentent des signes d'urgence
- enfants qui présentent des signes de priorité
- enfants qui constituent des cas non urgents

Évaluer les voies aériennes et la respiration de l'enfant et administrer les traitements d'urgence;

Évaluer la circulation de l'enfant et son niveau de conscience;

Prendre en charge le choc, le coma et les convulsions chez un enfant;

Évaluer et prendre en charge la déshydratation grave chez un enfant présentant une diarrhée;

Planifier et mettre en place le TETU dans leur milieu de travail et leur établissement de santé.

Ces directives sur le TETU ont été adaptées des lignes directrices pour les soins spécialisés en réanimation pédiatrique (PALS), utilisées dans de nombreux pays. Les directives sur le TETU identifient les enfants présentant les affections mettant immédiatement la vie en danger que l'on observe le plus souvent dans les pays en voie de développement, à savoir l'obstruction des voies aériennes et les troubles respiratoires, le choc, l'altération de la fonction du système nerveux central (coma ou convulsions) et la déshydratation grave. Les normes de soins présentées dans ces directives correspondent aux normes minimales devant être appliquées même dans les petits hôpitaux et les zones où les ressources sont limitées. Les principes de triage sont universellement applicables et ne doivent pas être modifiés, tandis que les critères des cas prioritaires dépendent davantage de l'épidémiologie locale et des services disponibles. Il peut être nécessaire d'adapter les signes de priorité présentés dans ces directives de façon à trouver un équilibre adéquat entre les cas prioritaires et les cas normaux. Si le traitement d'urgence est administré conformément aux directives présentées ici, il sera possible de stabiliser les enfants les plus gravement malades et de prendre en charge l'affection sous-jacente. Ainsi, le TETU est un outil visant à réduire les taux de mortalité dans les établissements, en particulier au cours des 24 premières heures.

Les circonstances qui justifient de donner une formation sur le TETU sont les suivantes :

Vous avez remarqué que les taux de mortalité au cours des 24 premières heures sont élevés dans l'établissement de santé;

Il y a des délais entre l'arrivée des enfants malades à l'établissement de santé et le moment où ils reçoivent un traitement approprié;

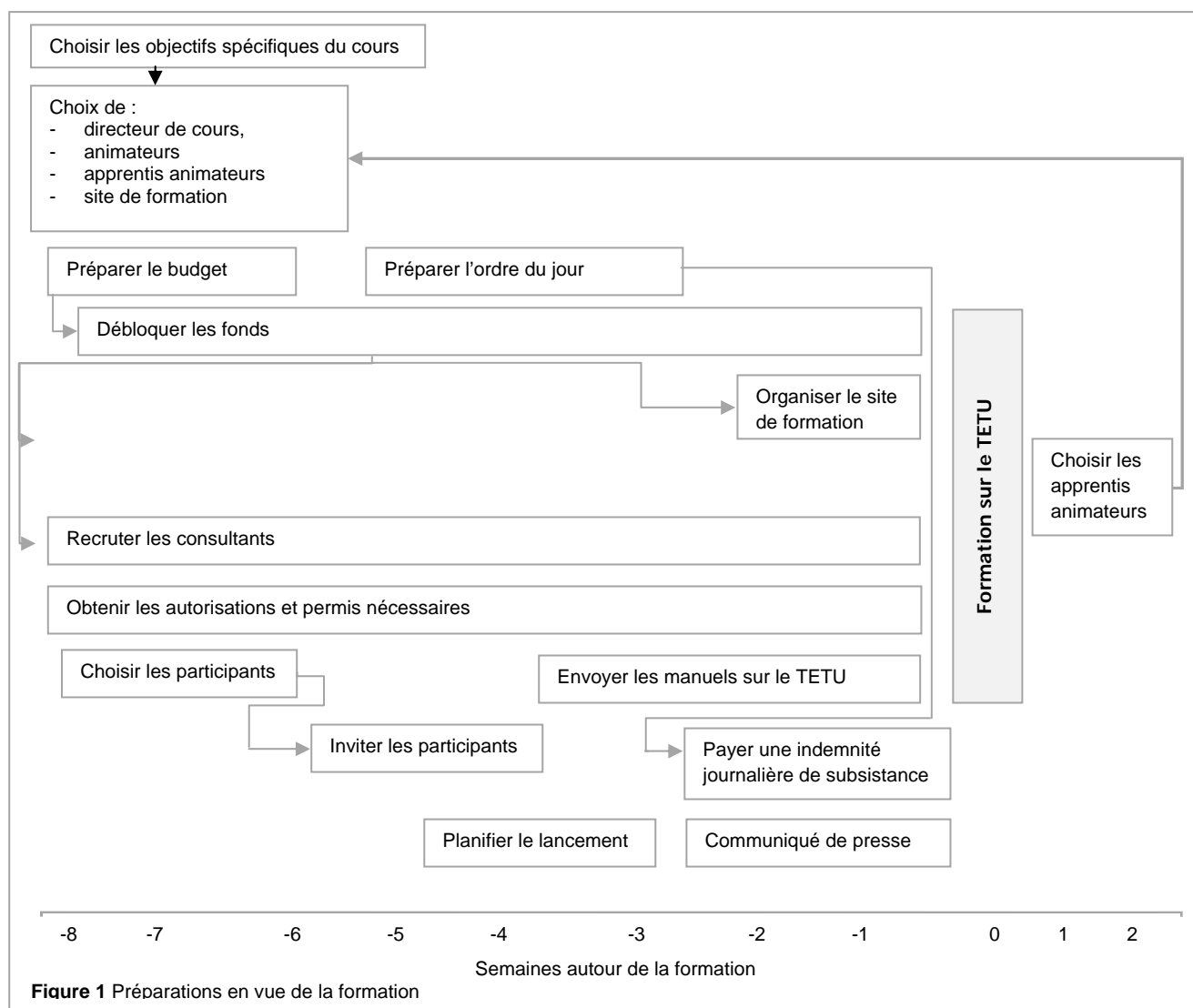
Il n'y a aucun système de triage en place.

Le TETU peut être présenté dans le contexte d'une approche systématique visant à améliorer la qualité des soins aux enfants à l'hôpital faisant intervenir plusieurs hôpitaux partageant leur expérience. Ou encore, votre hôpital pourrait choisir de mettre en place le TETU de façon autonome.

Le triage, l'évaluation et le traitement d'urgence (TETU) peuvent être appliqués partout où des enfants malades sont pris en charge, mais les directives sont les plus utiles pour les établissements de santé de premier niveau et dans les services de consultation externe des hôpitaux. Il est important d'avoir une approche programmatique pour décider des établissements de santé ou des services qui auront besoin de suivre la formation sur le TETU. En général, tout agent de santé ayant reçu une formation régulière et qui est susceptible de recevoir des patients peu après leur arrivée devrait suivre l'intégralité de la formation sur le TETU, tandis que le personnel non clinique devrait uniquement recevoir la formation sur le triage d'urgence. Le cours standard sera offert aux agents de santé ayant reçu une formation régulière tandis qu'une version réduite sera proposée au personnel non clinique.

Préparation en vue de la formation

Les étapes nécessaires à la bonne préparation de la formation sur le TETU sont décrites à la figure 1. La durée des différentes activités variera selon que cette formation est organisée pour la première fois dans votre établissement ou si le TETU y est déjà bien en place. Si c'est la première fois que cette formation est donnée, vous devez commencer la planification au moins deux mois à l'avance. La liste suivante vous donnera toute l'information nécessaire pour chaque étape.



ÉTAPES DE PRÉPARATION

Choix des objectifs spécifiques de la formation

Choisissez les objectifs spécifiques de la formation. Que vous prévoyiez offrir une formation complète sur le TETU à des agents de santé ou que vous souhaitiez former du personnel non clinique uniquement au triage d'urgence influencera le choix des directeurs de cours et des animateurs, la taille de la formation, le choix des participants et le budget de la formation.

Choix du directeur de cours

Le directeur de cours doit être un clinicien expérimenté ayant une expérience de travail en pédiatrie ou en médecine d'urgence et ayant animé plusieurs fois la formation sur le TETU, dont au moins une fois sous la direction d'un autre directeur de cours expérimenté. Un directeur de cours doit avoir donné la formation ou agi à titre d'animateur au moins une fois au cours des douze derniers mois. En l'absence de directeur de cours adéquat dans votre environnement, vous devez prévoir longtemps à l'avance afin d'identifier et de recruter un directeur de cours qui convienne.

Choix des animateurs

Le nombre d'animateurs dépend de la taille de votre formation. Il doit y avoir au moins un animateur expérimenté par groupe de 6 à 8 participants. Les animateurs pour la formation sur le TETU doivent être des professionnels de la santé ayant une expérience clinique. Ils doivent avoir suivi cette formation eux-mêmes et avoir agi comme apprenti animateur au moins une fois sous la direction d'un animateur expérimenté. Pour entretenir ses compétences, un animateur devrait participer à au moins une formation sur le TETU chaque année. S'il n'y a pas suffisamment d'animateurs disponibles, vous devez prévoir longtemps à l'avance pour en former d'autres, soit en envoyant des apprentis animateurs recevoir une formation d'animateur ailleurs soit en recrutant des animateurs déjà formés.

Choix des apprentis animateurs

Afin de pouvoir agir à titre d'animateur pour la formation sur le TETU, un apprenti animateur doit avoir suivi cette formation en tant que participant et avoir manifesté un intérêt à animer cette formation. Le candidat doit être recommandé comme apprenti animateur par un directeur de cours qui connaît les compétences du candidat. Tout apprenti animateur doit connaître les techniques d'animation utilisées dans cette formation, ce qui est généralement le cas des personnes qui ont suivi la formation des animateurs pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Toute autre formation des formateurs comprenant des techniques d'animation (p. ex., formation au conseil en allaitement) apporte des compétences appropriées. Un animateur expérimenté de la formation sur le TETU doit superviser un ou deux (au maximum) apprentis animateurs. Lors de chaque formation sur le TETU, les apprentis animateurs potentiels doivent être identifiés et leur nom doit être soumis aux organisateurs de la formation.

Choix du site de formation

Choisissez un site pour la formation qui permette d'avoir accès à des enfants gravement malades et à une salle de classe. Il faut choisir des hôpitaux pédiatriques avec un service de consultation externe achalandé ou un hôpital général qui reçoit un nombre important d'enfants au service de consultation externe. Il doit aussi y avoir une pièce assez grande pour recevoir tous les participants lors des séances plénières. De même, il doit y avoir une salle de classe pour les séances pratiques avec une table autour de laquelle chaque groupe de six à huit participants peut se rassembler.

Préparation du budget

Pour préparer le budget, veuillez tenir compte des points suivants :

- Indemnité journalière de subsistance pour les participants;
- Indemnité journalière de subsistance ou rémunération pour les personnes-ressources (directeur de cours, animateurs, apprentis animateurs);
- Frais de déplacement;
- Matériel de formation, y compris ce qui doit être commandé à l'international;
- Équipement audiovisuel, par exemple magnétoscope, écran de télévision, projecteur à cristaux liquides ou rétroprojecteur, etc. (voir liste du matériel de formation);
- Banderoles, certificats de cours, rafraîchissements.

Ébauche d'ordre du jour

L'ordre du jour standard de la formation sur le TETU s'étale sur trois jours et demi, tel qu'illustré à l'annexe 1. Préparez un ordre du jour en fonction du parcours des participants et du temps dont vous disposez. Plus les participants pourront se pratiquer à l'occasion de séances pratiques en présence de patients, plus ils acquerront de précision, de confiance, de rapidité et d'aisance dans l'évaluation et les traitements, il est donc préférable que la formation dure au minimum trois jours et demi.

Matériel de formation

Rassemblez tout le matériel et les fournitures nécessaires à la formation. Pour une liste complète de tout le matériel nécessaire à la formation, reportez-vous à la liste de contrôle à l'annexe 2.

Certains articles comme les mannequins de réanimation pourraient ne pas être disponibles sur place. Prévoyez longtemps à l'avance tout achat à l'international. Les mannequins de réanimation sont coûteux, et si les ressources sont limitées, il faudra prévoir à un emplacement central du pays un minimum de deux jeux comprenant chacun un mannequin enfant et un mannequin nourrisson et ces jeux seront mis à disposition pour chaque formation sur le TETU. Le reste du matériel pour la formation sur le TETU doit être accessible dans les établissements de santé de premier niveau ou être préparé pour la formation. On recommande de préparer une boîte contenant un jeu complet de tout l'équipement par groupe pour toutes les séances pratiques, ce qui évite d'avoir à préparer un équipement spécifique pour chaque séance (**Boîte pour séances pratiques**, annexe 2). Chaque participant doit avoir un exemplaire du manuel du participant et chaque animateur ou apprenti animateur doit avoir un guide de l'animateur.

Si vous souhaitez inclure d'autres signes de priorité, prévoyez suffisamment de temps pour apporter les modifications et les faire approuver. Si le matériel destiné à la formation sur le TETU n'existe pas dans votre langue de travail, veuillez prévoir la traduction et la mise en forme du texte longtemps à l'avance.

Recrutement des consultants

Si un expert, comme le directeur de cours ou les animateurs, doit être recruté à titre de consultant, prévoyez suffisamment de temps pour le recrutement.

Obtention des autorisations et permis

Les autorisations doivent être obtenues des autorités compétentes, notamment celles du ministère de la santé et des autorités sanitaires locales. Le directeur de l'hôpital retenu comme site de formation doit autoriser la tenue de la formation dans l'établissement sous sa responsabilité. Les consultants peuvent avoir besoin d'attestations de sécurité ou d'autorisation gouvernementale.

Choix des participants

Étant donné qu'il existe deux groupes cibles pour la formation sur le TETU, différents critères de sélection des participants s'appliquent, comme illustré dans le tableau ci-dessous. Vous trouverez à l'annexe 3:A plus d'information sur la formation à l'évaluation de triage uniquement. Certains participants de la formation sur le TETU auront déjà suivi la formation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant destinée aux agents de santé de premier niveau. Celle-ci sera utile aux participants et servira en partie de révision de certaines des connaissances (voir annexe 3:B).

	Formation sur le TETU :	Évaluation de triage d'urgence uniquement :
Critères de sélection :	<p>Professionnels de la santé susceptibles de prendre en charge des enfants malades peu après leur arrivée à l'établissement de santé, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnel des urgences - Pédiatres et chirurgiens - Tout médecin de garde 	<p>Tout membre du personnel susceptible d'être en contact avec des enfants malades peu après leur arrivée à l'hôpital. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gardiens, - Portiers - Personnel administratif, - Chauffeurs
	Professeurs des facultés de médecine et des écoles d'infirmières ainsi que les professionnels de la santé pour les programmes de formation sur place	
Nombre de participants :	De 18 à 24 participants répartis en trois groupes de 6 à 8 personnes	De 18 à 24 participants répartis en trois groupes de 6 à 8 personnes

De 18 à 24 participants répartis en trois groupes de six à huit personnes peuvent être formés à l'occasion d'une formation sur le TETU, à condition qu'il y ait au moins trois animateurs, dont le directeur de cours, et trois salles de classe. Il est souhaitable qu'il y ait une autre personne, éventuellement un apprenti animateur, par petit groupe.

Invitation des participants et envoi des manuels des participants

Les participants doivent être invités plusieurs semaines à l'avance. Il faut aussi leur faire parvenir le manuel du participant au préalable avec pour instruction de le lire avant la tenue de la formation. Cela permet de consacrer davantage de temps à la pratique des compétences et à la clarification des problèmes.

Planification de la séance d'ouverture

Il peut être utile d'inviter des responsables des orientations politiques ou des hauts fonctionnaires du ministère de la santé, des représentants d'agences internationales ou bilatérales (p. ex., OMS ou UNICEF) ou des représentants d'organisations professionnelles telles que les associations nationales de médecins ou d'infirmières ou la société nationale de pédiatrie.

Communiqué de presse

La visibilité devient de plus en plus importante. Par conséquent, il faut envisager de diffuser un communiqué de presse sur la formation, en particulier si c'est la première ou si elle s'insère dans une approche plus large d'amélioration de la qualité.

Directives pour l'ensemble des chapitres

INTRODUCTION À LA THÉORIE DU TETU

Dans le cadre de la formation sur le TETU, on suggère de faire parvenir aux participants le manuel avant la tenue de la formation. Cela n'est pas toujours possible, et les participants pourraient ne recevoir le matériel qu'au début de la formation. Dans ce cas, ils devront lire chaque soir le matériel s'appliquant à la matière couverte le lendemain. Les animateurs doivent tenir compte de la préparation individuelle des participants lors de la présentation des séances en séance plénière, en particulier le premier jour. Il y a plusieurs possibilités :

- Lecture préalable de l'information sur le TETU, rapide résumé pendant la formation;
- Aucune lecture préalable, présentation rapide du contenu de la séance;
- Aucune lecture préalable, séance de lecture pendant la formation.

DIRECTION DES DRILLS

Pendant la formation sur le TETU, les animateurs dirigeront plusieurs drills. Il s'agit d'exercices en groupe conçus pour réviser rapidement l'information ayant été présentée et effectuer des calculs de volumes de solutés et des quantités de médicament nécessaires dans la prise en charge d'urgence des enfants malades. Les participants reçoivent suffisamment d'information pour répondre à la question et, en fonction du drill, ils peuvent se reporter aux fiches et aux tableaux sur le TETU. Les participants doivent être informés qu'ils pourraient devoir utiliser un crayon et du papier pour faire des calculs rapides. Chaque participant doit répondre à une question à son tour et le participant qui a donné une bonne réponse doit être félicité. Si un participant donne une mauvaise réponse, demandez au participant suivant de répondre. Si vous avez le sentiment qu'un ou plusieurs participants ne comprennent pas, arrêtez-vous pour expliquer puis reprenez le drill. Pour que l'exercice reste vivant, encouragez les participants à être prêts à répondre aussi rapidement que possible. Donnez un rythme rapide à l'exercice. Reprenez la même liste de questions pour chaque exercice ou préparez de nouvelles questions si vous pensez que les participants ont besoin de davantage de pratique. L'exercice est terminé lorsque vous pensez que tous les participants ont les compétences nécessaires et qu'ils sont à l'aise avec l'information révisée dans l'exercice.

LORS DE LA DÉMONSTRATION DES PROCÉDURES ET DE LA PRATIQUE CLINIQUE

- Rassemblez les participants autour du point de démonstration;
- Expliquez ce que vous allez démontrer, utilisez des outils de travail tels que des fiches et des cases de traitement;
- Démontrez les gestes et décrivez les étapes dans le bon ordre;
- À la fin de votre démonstration, donnez aux participants la possibilité de poser des questions avant qu'ils commencent à se pratiquer sur des patients;
- Vérifiez les connaissances des participants en leur demandant de répéter les étapes nécessaires;
- Faites immédiatement des commentaires et corrigez toute erreur;
- Pour certains gestes, demandez à un des participants de faire la démonstration à ses collègues.

Pratique clinique

L'animateur et le groupe de participants doivent attendre que des enfants arrivent aux urgences. Quand les enfants arrivent, l'animateur les assigne en séquence aux participants. Le participant évalue rapidement l'enfant, en énonçant à voix haute ses observations et les traitements indiqués.

Les participants qui ne sont pas en train d'évaluer eux-mêmes un enfant doivent observer l'évaluation. Les participants doivent s'exercer aux étapes énoncées dans les objectifs de la séance sur **le plus grand nombre d'enfants possible**.

Observez chaque participant qui évalue le patient lui ayant été affecté. Assurez-vous qu'il applique correctement les gestes cliniques. Faites des commentaires spécifiques et donnez des conseils aussi souvent que nécessaire. Soulignez les choses qui sont bien faites et donnez des conseils supplémentaires lorsque des choses sont à améliorer.

SÉANCES PRATIQUES

Les séances pratiques dans le cadre de cette formation se feront en petits groupes. Chaque groupe disposera d'un endroit organisé pour démontrer et pratiquer des gestes particuliers. L'endroit réservé à la pratique doit contenir une boîte avec toutes les fournitures et tout le matériel nécessaires à toutes les séances pratiques (boîte pour séance pratique). L'animateur doit vérifier chaque jour que la boîte est complète puis démontrer les gestes spécifiques et observer les participants pratiquer ces gestes. Étant donné qu'il n'est pas possible d'utiliser des enfants malades pour cette pratique répétée des compétences nécessaires dans le cadre de la formation sur le TETU, il faut donc avoir recours à des séances pratiques et simuler les situations dans une certaine mesure. Par exemple, on peut utiliser une jambe d'animal plutôt qu'une jambe humaine ou encore un mannequin ou un diagramme plutôt qu'un enfant.

Les directives de l'animateur décrivent les objectifs, le matériel et le contenu de chaque module et ce que les animateurs doivent faire dans chaque module. Ces directives visent à fournir une structure et des suggestions utiles, mais ne doivent pas limiter un enseignant créatif. Le but des séances pratiques est d'apporter de l'information et une pratique par une démonstration et une application des gestes. Plus les participants ont l'occasion de manipuler l'équipement et de se pratiquer dans ces situations simulées, mieux ils seront préparés lorsqu'ils évalueront de réels patients.

Si un participant n'arrive pas à démontrer un geste, l'animateur lui donnera des conseils sur ce qu'il doit faire différemment et il devra essayer de nouveau. Le participant doit répéter le geste autant de fois qu'il faut pour être capable de le faire correctement.

Si un participant continue d'avoir des difficultés, l'animateur lui demandera d'observer pendant qu'un autre démontre le geste. Cela devrait l'aider à voir ce qu'il ne fait pas bien.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LES EXPÉRIENCES PRATIQUES

Chaque participant reçoit une liste de contrôle (voir annexe 4: A) à conserver et à utiliser tout au long de la formation. Les participants peuvent vérifier leur propre expérience clinique pratique en cochant sur la liste de contrôle les signes cliniques qu'ils observent. Ils cocheront les signes cliniques qu'ils ont observés chez les enfants au cours d'une démonstration ou lors de la pratique clinique.

Demandez aux participants d'informer un animateur si, après deux séances cliniques, il leur manque toujours des signes cliniques. L'animateur devra alors s'en souvenir et s'assurer que lorsqu'un cas avec ces signes cliniques se présentera, les participants évalueront ce cas. L'animateur devra aussi s'en souvenir lorsqu'il choisira les enfants pour les démonstrations et qu'il assignera les cas lors des séances cliniques, de sorte que tous les participants aient l'occasion d'acquérir l'expérience dont ils ont besoin.

FIN DES SÉANCES PRATIQUES

Lorsqu'un participant termine la pratique d'un geste, l'animateur appose ses initiales sur la liste de contrôle des compétences pratiques du participant (voir annexe 4: B). Cette liste de contrôle permet aux participants de suivre leurs progrès et aux animateurs d'évaluer rapidement les progrès d'un participant.

Questions d'évaluation

On trouve à la fin de chaque module dans le manuel du participant des questions d'évaluation permettant aux participants suivre leurs progrès au fil de la formation. Les réponses types à ces questions sont fournies à l'annexe 5.

Test dans le cadre de la formation sur le TETU

Les pays qui mettent en place le TETU pourraient souhaiter introduire un test à la fin de la formation sur le TETU. Les candidats auraient alors à réussir ce test pour démontrer qu'ils ont les compétences requises pour le TETU, et des certificats de compétences spécifiques pourraient alors être émis à ceux qui réussissent le test. On suggère d'adopter la forme d'un scénario clinique de prise en charge d'un enfant malade se présentant dans un établissement de santé pour ce test. Pour organiser un test, il faut prévoir une demi-journée en plus des trois jours et demi actuels de formation.

Modules sur le TETU

Le guide de l'animateur de la formation sur le TETU est présenté en sept modules, ce qui permet d'organiser la formation de différentes façons. Par exemple, le contenu de la formation sur le TETU pourrait être dispensé en séances de deux heures sur plusieurs semaines, ce qui peut être utile pour les hôpitaux achalandés qui voient beaucoup d'enfants le matin et où les choses sont plus calmes l'après-midi. De cette façon, les participants peuvent acquérir de nouvelles connaissances et compétences sans s'absenter de leur travail. De même, les nouvelles compétences pourraient être immédiatement mises en pratique dans un environnement de travail réel, au sein du service du participant.

Module un

Triage et concept « ABCD »

Introduction générale Introduction des objectifs du module Revue du concept de « triage » Revue du concept « ABCD » Revue du concept de signes de priorité Revue du processus de triage Revue des signes d'urgence et des signes de priorité Revue des principes généraux de traitement des urgences Drill sur l'urgence et le triage	APERÇU DU MODULE
⌘ Comprendre la définition du triage ⌘ Comprendre et appliquer le concept « ABCD »	OBJECTIFS
Ordinateur avec projecteur à cristaux liquides ou rétroprojecteur Affiches murales sur le TETU Rétroprojection ou présentations PowerPoint Mannequin pour les drills	MATÉRIEL

CONTENU DE LA PREMIÈRE JOURNÉE : MODULE 1

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
Début à 8 h	Ouverture de la séance Introduction : Souhaitez la bienvenue aux participants et aux animateurs. Demandez à chacun de se présenter.	
5 min	Présentez les objectifs du module	Projecteur à cristaux liquides/rétroprojecteur
Début à 9 h 10 min	Passez en revue le concept de triage Demandez aux participants s'ils ont lu le module 1 du manuel du participant. En fonction du nombre de participants qui ont lu le module, consacrez plus ou moins de temps à présenter la justification et le concept du triage. Permettez aux participants de poser des questions sur le concept de triage, répondez-y ou, le cas échéant, faites référence à des séances ultérieures de la formation.	Projecteur à cristaux liquides/rétroprojecteur Questions et réponses
10 min	Passez en revue le concept « ABCD » Soulignez que chaque lettre représente un signe d'urgence nécessitant une attention immédiate. Demandez aux participants s'ils connaissent le concept « ABCD » pour vous faire une idée de leurs connaissances relatives au concept. Permettez aux participants de poser des questions et répondez-y ou, le cas échéant, faites référence à des séances ultérieures de la formation.	Projecteur à cristaux liquides/rétroprojecteur Questions et réponses
10 min	Passez en revue le concept de signes de priorité Demandez aux participants s'ils peuvent suggérer d'autres signes de priorité qu'ils voient dans leur milieu de travail.	Projecteur à cristaux liquides/rétroprojecteur
10 min	Passez en revue le processus de triage Demandez aux participants quand et où le triage doit avoir lieu, qui doit faire le triage et comment? Passez en revue les étapes du triage tel que présenté au tableau de la page 8 du manuel sur le TETU.	Projecteur à cristaux liquides/rétroprojecteur Affiche murale sur le TETU n° 1 Séance interactive
10 min	Passez en revue les signes d'urgence et des signes de priorité L'animateur présente ou demande à un participant de lire l'affiche murale sur le TETU n° 1	Affiche murale sur le TETU n° 1 Séance interactive
10 min Fin à 10 h	Passez en revue les principes généraux de traitement des urgences	Projecteur à cristaux liquides/rétroprojecteur
10 h à 10 h 15	Thé	
Début à 10 h 15 10 min	Drill sur l'urgence et le triage	Drill 1 Mannequin de réanimation
5 min Fin à 10 h 30	Résumé	Projecteur à cristaux liquides/rétroprojecteur

DRILL 1

Dites aux participants	Observations	Réponse correcte
Une mère arrive en courant avec son bébé dans les bras		Évaluer A et B
	Obstruction des voies aériennes	Aller aux urgences
	Cyanose centrale	Aller aux urgences
	Détresse respiratoire grave	Aller aux urgences
A et B stables, évaluer C	Mains chaudes	Évaluer l'état de conscience
A et B stables, évaluer C	Mains froides	Évaluer le temps de remplissage capillaire
A et B stables, évaluer C	Temps de remplissage capillaire rapide	Évaluer l'état de conscience
A et B stables, évaluer C	Temps de remplissage capillaire lent	Vérifier le pouls
A et B stables, circulation stable	Enfant alerte	Demander s'il a de la diarrhée
A et B stables, circulation stable	Enfant en convulsions	Aller aux urgences
A et B stables, circulation stable	Léthargie	Rechercher une diarrhée et une déshydratation
A et B stables, circulation stable	Enfant inconscient	Aller aux urgences
A, B et C stables	Aucune diarrhée	Évaluer les signes de priorité
A, B, C et D stables	Enfant très chaud	Cas prioritaire
A, B, C et D stables	Aucun signe de priorité	L'enfant attend dans la file

Voies aériennes et respiration

<p>Résumé de l'évaluation des voies aériennes et de la prise en charge d'un enfant qui suffoque</p> <p>Démonstrations : prise en charge d'un enfant qui suffoque, évaluation et prise en charge des voies aériennes et de la respiration, stabilisation du cou, déplacement en bloc, positionnement de l'enfant de façon à ouvrir les voies aériennes</p> <p>Vidéo pour démontrer les signes</p> <p>Vidéo sur l'oxygène (administration d'oxygène), démontrer le concentrateur d'oxygène et la bombonne d'oxygène</p> <p>Séances pratiques</p> <p>Résumé : revue du module, assignation des devoirs à faire, lecture de tous les signes « C » et auto-évaluations sur A et B</p>	APERÇU DU MODULE
<ul style="list-style-type: none">⌘ Évaluation des voies aériennes⌘ Évaluation de la respiration⌘ Prise en charge de l'enfant qui suffoque⌘ Libération des voies aériennes<ul style="list-style-type: none">- positionnement de l'enfant pour ouvrir les voies aériennes- stabilisation du cou- déplacement en bloc⌘ Prise en charge de la respiration⌘ Ventilation avec masque et ballon⌘ Donner de l'oxygène	OBJECTIFS
<p>Ordinateur avec projecteur à cristaux liquides ou rétroprojecteur</p> <p>Lecteur vidéo et écran de télévision</p> <p>Vidéo sur le TETU</p> <p>Photographies des signes cliniques</p> <p>Affiches murales sur le TETU n° 2 à 5</p> <p>Rétroprojection ou présentation PowerPoint</p>	MATÉRIEL

continuez à la page suivante

MATÉRIEL	<p>Boîte pour séance pratique avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mannequins de réanimation - Matériel pour la stabilisation du cou, flacons de perfusion, serviette roulée serrée, sparadrap - Canules oropharyngées de différentes tailles - Ballons autogonflants de différentes tailles - Masques faciaux de différentes tailles - Oxygène et équipement d'administration de l'oxygène d'une bouteille d'oxygène (clé pour raccord de tuyau ou roue-clé, régulateur avec jauge de pression, régulateur de débit et tuyaux de plastique non aplatissable) ou d'un concentrateur d'oxygène (tuyau de plastique non aplatissable pour l'administration d'oxygène). - Tubulure d'oxygène - Lunettes nasales et/ou sonde nasale - Sparadrap - Pompe d'aspiration électrique ou à pédale - Canule de Yankauer - Cathéter d'aspiration
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTENU DE LA PREMIÈRE JOURNÉE : MODULE 2

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
Début à 10 h 30 15 min	<p>Présentation du module « voies aériennes et respiration »</p> <p>Présentez les objectifs du module :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Démontrez la section sur les voies aériennes et la respiration de la fiche no 2 - Résumez les liens avec les fiches suivantes n° 3 et 4 - Invitez les participants à poser des questions sur ce thème et répondez-y 	<p>Séance plénière</p> <p>Fiches sur le TETU n° 2 à 5</p>
15 min	<p>Prise en charge d'un enfant qui suffoque</p> <p>L'animateur démontre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse de l'enfant qui suffoque - Reconnaissance des signes d'un enfant qui suffoque - Tapes dans le dos et de compressions sur la poitrine chez les nourrissons, démonstration sur mannequin - Tapes dans le dos et manœuvre de Heimlich sur un enfant plus vieux, démonstration sur un adulte volontaire 	<p>Séance plénière</p> <p>Fiche sur le TETU n° 2</p> <p>Démonstration au moyen de mannequins et de participants volontaires</p>

Activités		
20 min	<p>Évaluation et prise en charge des voies aériennes</p> <p>L'animateur explique et démontre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment évaluer les voies aériennes <ul style="list-style-type: none"> L'enfant respire-t-il? L'enfant est-il en détresse respiratoire? Y a-t-il obstruction de l'écoulement d'air ? - Étapes de la libération des voies aériennes et leur séquence - Étapes de prise en charge d'un enfant qui ne respire pas ou qui semble avoir une obstruction respiratoire - Positionnement pour libérer les voies aériennes <ul style="list-style-type: none"> Lever le menton pour ouvrir les voies aériennes en l'absence de traumatisme Nourrissons – position neutre Enfants – position de reniflement - Où chercher un corps étranger (bouche, pharynx) - Qu'utiliser pour dégager les sécrétions de la gorge (doigt, doigt enveloppé dans de la gaze ou dispositif d'aspiration mécanique le cas échéant) - Étapes de libération des voies aériennes si l'enfant respire sans obstruction apparente (demander à l'enfant de trouver une position confortable; soutenir la tête de l'enfant dans une position neutre) - Étapes de l'insertion d'une canule oropharyngée 	<p>Séance plénière</p> <p>Fiches sur le TETU n° 3 et 5</p> <p>Pompe d'aspiration</p> <p>Gaze</p> <p>Canule</p> <p>oropharyngée</p>
20 min	<p>Prise en charge des voies aériennes d'un enfant qui pourrait présenter un traumatisme au cou</p> <p>L'animateur explique et démontre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - comment la prise en charge des voies aériennes diffère si on soupçonne chez l'enfant un traumatisme de la tête ou du cou : <ul style="list-style-type: none"> luxation en avant de la mâchoire inférieure sans basculer la tête lorsqu'un traumatisme est suspecté - étapes de stabilisation de la colonne cervicale - déplacement en bloc 	<p>Séance plénière</p> <p>Fiches sur le TETU n° 3 et 5</p> <p>Flacons de soluté i.v. (pour stabiliser le cou) ou serviettes</p> <p>Sparadrap</p> <p>Démonstration sur mannequin et volontaire</p>
20 min	<p>Ventilation avec masque et ballon</p> <p>L'animateur explique et démontre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quand utiliser un ballon et un masque pour ventiler un enfant (respiration très superficielle ou lente, obstruction respiratoire ou absence de respiration) - étapes d'utilisation d'un masque et d'un ballon pour ventiler l'enfant - vitesse de ventilation correcte (débit d'oxygène 10 l/min, ou aussi élevé que possible dans un concentrateur) - si la poitrine ne se soulève pas et ne retombe pas avec un masque et un ballon, causes possibles à examiner : <ul style="list-style-type: none"> position inadéquate de la tête ou de la mâchoire bouche fermée pression insuffisante sur le ballon présence de mucus, de sang ou de corps étranger dans les voies aériennes mauvaise étanchéité entre la bouche et le visage 	<p>Séance plénière</p> <p>Fiche sur le TETU n° 4</p> <p>Mannequin de réanimation</p> <p>Ballons autogonflants</p> <p>Masques de différentes tailles</p> <p>Tuyau à oxygène</p>

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - quand et comment arrêter la ventilation (arrêter après quelques minutes; observer si l'enfant se réanime et commence à respirer spontanément. S'il ne respire pas adéquatement, continuer pendant 45 minutes ou conformément à la décision du clinicien.) <p>Permettez aux participants de poser des questions et répondez-y</p>	
15 min	<p>Exercice pratique de révision</p> <p>Demandez aux participants de démontrer devant les autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge d'un enfant qui suffoque - Ouvertures des voies aériennes - Ventilation avec masque et ballon - Positionnement de l'enfant chez qui on soupçonne un traumatisme au cou 	<p>Démonstration de gestes pratiques</p> <p>Matériel énuméré ci-dessus</p>
12 h 45	<p>Période de repas</p>	
Début à 14 h 30 min	<p>Démonstration des signes cliniques pour l'administration d'oxygène et détresse respiratoire grave</p> <p>Montrer les séquences vidéo sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cyanose - Détresse respiratoire grave - Respiration très rapide - Tirage sous-costal grave - Utilisation des muscles accessoires - Stridor - Grognement <p>Discutez des signes et du lien avec la détresse respiratoire</p>	<p>Fiche sur le TETU n° 2</p> <p>Vidéo sur les signes</p>
15 min	<p>Expliquez et démontrez les sources d'oxygène</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipement correct pour l'administration d'oxygène à partir d'une bombonne d'oxygène (clé pour raccord de tuyau ou roue-clé, régulateur avec jauge de pression, régulateur de débit et tuyaux de plastique non aplatissable pour l'administration d'oxygène) - Équipement nécessaire si la source d'oxygène doit être utilisée pour plus d'un enfant (adaptateur à 4 voies et régulateurs supplémentaires, tuyaux) - Équipement adéquat pour l'administration d'oxygène à partir d'un concentrateur d'oxygène (tuyaux de plastique non aplatissable pour l'administration d'oxygène) et si la source doit être utilisée chez plus d'un enfant (répartiteur multivoies, buses de 0,5 et de 1,0 l/min, bouchons d'étanchéité, débitmètres, avec tuyaux supplémentaires) - Étapes d'assemblage de l'équipement, avec vérification de son bon fonctionnement (déjà présenté dans la vidéo) - Lorsque l'oxygène est utilisé, la pièce doit être non-fumeur 	<p>Montrez la bombonne et le concentrateur, si possible</p> <p>Montrez la séquence vidéo</p>

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
5 min Fin à 15 h	<p>Expliquez et démontrez les dispositifs d'administration de l'oxygène</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circonstances dans lesquelles une sonde nasale ou des lunettes nasales sont préférables (en général une préférence personnelle/degré de confort avec la procédure) - Position correcte des lunettes nasales, fixées au moyen de sparadrap juste au-dessus de la lèvre supérieure - Tube approprié (tube de calibre 8FG) pour une sonde nasale - Comment et où mesurer pour déterminer la longueur de sonde à insérer - Comment insérer la sonde par le nez - Comment la fixer avec du sparadrap (le bon endroit pour la fixer) - Débit adéquat d'oxygène (0,5-1 l/min pour les nourrissons et 1 à 2 l/min pour les enfants plus âgés avec les lunettes nasales ou une sonde nasale; 8-10 l avec ballon/masque). À défaut d'oxygène, utiliser l'air de la pièce, mais l'oxygène est préférable - Positionner et fixer les lunettes nasales - Mesurer la longueur de sonde nasale à insérer (distance entre le côté de la narine et la marge interne du sourcil) - Insérer la sonde nasale et la fixer avec du sparadrap - Monter l'équipement adéquat pour administrer l'oxygène - Vérifier que la bonbonne contient de l'oxygène - Montrer comment vérifier le débit d'oxygène (2 l/min pour commencer) 	<p>Matériel énuméré ci-dessus Montrez les tuyaux Montrez la séquence de la vidéo Démontrez sur un mannequin</p>
15 h	Thé	
Début à 15 h 15 90 min	<p>Travail en groupe pour l'application des gestes pratiques Les participants s'exercent à appliquer les gestes pratiques en petits groupes sous la supervision des animateurs, qui présentent de courts scénarios que les participants utilisent pour s'exercer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Triage pour les voies aériennes et la respiration - Prise en charge d'un enfant qui suffoque - Ouverture des voies aériennes - Ouverture des voies aériennes en cas de traumatisme du cou et déplacement en bloc - Insertion d'une canule oropharyngée - Ventilation avec masque et ballon - Administration d'oxygène 	<p>Séance pratique en groupe Boîte contenant l'équipement pour les voies aériennes et la respiration S'il n'y a que quelques mannequins, les différentes tailles doivent être utilisées à tour de rôle par les groupes</p>
15 min Fin à 17 h	<p>L'animateur résume la section sur les voies aériennes et la respiration, demande aux participants s'ils ont des questions et permet la discussion. Donnez les devoirs à faire, lecture de tous les signes « C » Questions d'auto-évaluation sur le triage, A et B</p>	<p>Présentation et questions et réponses Renvoyer au manuel des participants</p>
30 min	<p>Réunion des animateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunissez les animateurs, passez en revue la journée, demandez s'il y a des commentaires et des impressions, des choses à améliorer - Préparez la séance clinique; identifiez des cas graves au service de pédiatrie - Commander des cuisses de poulet 	

Module trois

Circulation

<p>Séance plénière</p> <p>Questions d'évaluation « Voies aériennes et respiration »</p> <p>Exercice oral, « Voies aériennes et respiration » et évaluation de la circulation et de l'état de conscience;</p> <p>Séance clinique au service de consultation externe, pratique du triage et de l'évaluation</p> <p>Démonstrations de la prise en charge du choc : solutés i.v., démonstration de l'accès i.v. et de la perfusion intra-osseuse, calcul des solutés à administrer en cas de choc</p> <p>Séances pratiques</p> <p>Résumé de la section sur la circulation</p>	<p>APERÇU DU MODULE</p>
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Évaluer la circulation chez un enfant au service de consultation externe ou aux urgences ⌘ Reconnaître les signes d'un enfant en état de choc ⌘ Traiter un enfant en état de choc au moyen des solutés adéquats avec un volume correct ⌘ Expliquer où et comment installer un accès i.v. ⌘ Démontrer sur un modèle comment insérer une aiguille intra-osseuse pour l'administration des solutés 	<p>OBJECTIFS</p>
<p>Ordinateur avec projecteur à cristaux liquides ou rétroprojecteur</p> <p>Lecteur vidéo et écran de télévision</p> <p>Rétroprojection ou présentations PowerPoint</p> <p>Boîte pour séance pratique contenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - flacons i.v., tuyaux et burettes, sparadrap - aiguille i.v. « verte » 21G ou aiguille rachidienne émoussée (c.-à-d. gros calibre) - 2 robinets à trois voies - 2 seringues de 10 ou 20 cc - flacons i.v., tuyaux et burettes, sparadrap, tubes de prélèvement sanguin - tampon imbibé d'alcool ou autre à base d'alcool pour nettoyer la peau 	<p>MATÉRIEL</p> <p>suite à la page suivante</p>

MATÉRIEL	<p>Mannequin de réanimation</p> <p>Diagramme du corps d'un enfant avec les veines (figure 33, page 59 du manuel du participant)</p> <p>Fiches sur le TETU n° 6 et 7 (affiches sur le traitement du choc)</p> <p>Papier et crayons pour les calculs</p> <p>Colorant alimentaire</p> <p>Eau</p> <p>Plateau (de préférence en métal) pour pratiquer l'insertion intra-osseuse</p> <p>Table ou surface sur laquelle expliquer et faire les démonstrations et où les participants s'exercent</p> <p>Os de cuisse de poulet (ou d'un autre animal, côtes de jeune cochon)</p>
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTENU DE LA DEUXIÈME JOURNÉE : RÉVISION ET MODULE 3

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
Début à 8 h 15 min	<p>Révision des questions d'évaluation sur le triage, les voies aériennes et la respiration</p> <p>Discutez des réponses aux questions. Demandez aux participants s'ils ont des commentaires; renvoyez-les au texte principal dans le manuel du participant, clarifiez au besoin.</p>	<p>Séance plénière</p> <p>Manuel du participant</p> <p>Réponses dans le manuel de l'animateur, annexe 5 (photocopiée pour tous les participants)</p>
15 min	<p>Exercice oral sur le triage</p>	<p>Drill 2</p> <p>Mannequin de réanimation</p> <p>L'animateur peut utiliser le drill ci-dessous ou créer ses propres exemples</p>
Début à 9 h 90 min	<p>Séance clinique au service de consultation externe et au service de pédiatrie</p>	<p>Pratique du déroulement du triage au cours de la séance au service de consultation externe</p>
10 h	<p>Thé</p>	
Début à 10 h 15 5 min	<p>Présentation des objectifs du module 3</p> <p>Expliquez que chaque objectif sera présenté plus en détail plus tard au cours de la séance</p>	<p>Séance plénière</p> <p>Rétroprojection ou présentation PowerPoint</p>
15 min	<p>Résumé de la circulation</p> <p>L'animateur doit maintenant présenter la section sur la circulation (voir pages 24-30 du manuel du participant).</p> <p>L'animateur doit présenter l'information suivante par rétroprojection ou présentation PowerPoint :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la circulation - Choc - Traitement du choc chez un enfant gravement malnutri ou non <p>Faites référence aux fiches sur le TETU appropriées (6 et 7) et à la façon dont celles-ci peuvent être utilisées en cas d'urgence</p> <p>Finalement, montrez les tableaux 3 et 4 de façon à ce que les participants puissent voir les différences entre le traitement du choc chez un enfant gravement malnutri ou non</p>	<p>Séance plénière</p> <p>Rétroprojection ou présentation PowerPoint</p> <p>Fiches sur le TETU n° 1, 6 et 7</p> <p>Tableaux 3 et 4 du manuel du participant (pages 29 et 30)</p>

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
10 min	<p>Exercice sur la « malnutrition grave » L'animateur doit présenter un exercice sur la « malnutrition grave » à partir d'une vidéo ou du recueil de photographies de PCIME. L'animateur doit demander aux participants d'examiner chaque enfant de la vidéo ou du recueil de photographies pour identifier la présence ou l'absence d'un « amaigrissement visible et grave » ou d'un « œdème au niveau des deux pieds ». Les participants doivent inscrire leur réponse sur une feuille de papier. Discutez des réponses une fois que tous les enfants de la vidéo ou des photographies ont été passés en revue</p>	<p>Vidéo ou recueil de fiches sur la PCIME Papier et stylo Exercice A</p>
20 min	<p>Démonstration de la prise en charge du choc</p> <p>1. Poser une perfusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premier endroit dans lequel poser une perfusion - Équipement nécessaire à la pose d'une perfusion - Étapes de la pose correcte et sûre d'une perfusion - Méthode de prélèvement de sang pour des analyses de laboratoire d'urgence pendant la pose de la perfusion et avant l'instauration de la perfusion de solutés - Équipement nécessaire au prélèvement de sang pour chaque analyse de laboratoire d'urgence - Étapes de l'envoi du sang au laboratoire pour les frottis sanguins et les tests d'hémoglobine - Problèmes susceptibles d'empêcher le bon déroulement de la perfusion et procédure à suivre dans ce cas - Procédure pour la mise au rebut des aiguilles en toute sécurité <p>2. Administrer rapidement des solutés en cas de choc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels solutés i.v. administrer dans le traitement du choc - Vitesse de perfusion des solutés (20 ml/kg aussi rapidement que possible; en cas de malnutrition grave, 15 ml/kg sur 1 heure) - Définition du bolus, de la perfusion - Comment déterminer quand la quantité voulue de soluté a été perfusée (si le soluté est administré à partir d'un flacon, mettre du sparadrap au niveau indiquant quand la quantité voulue a été administrée) - Signes à surveiller pour déterminer si l'état de l'enfant s'est amélioré avec les solutés (vérifier les mêmes signes -- mains froides, remplissage capillaire, pouls faible et rapide -- et léthargie/conscience) - Que faire si l'état de l'enfant ne s'est pas amélioré -- séquence de traitements à administrer si l'état de l'enfant ne s'améliore pas (davantage de solutés, tel que décrit dans l'encadré) - Étapes de l'administration de sang; quantité de sang à administrer et à quelle vitesse 	<p>Séance plénière Boîte pour séance pratique Mannequin de réanimation Fiches sur le TETU n° 6 et 7 Matériel énuméré ci-dessus Indiquez aux participants que vous démontrerez tout d'abord la technique, puis qu'ils s'exerceront pendant les séances pratiques en groupe</p>

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
	3. Insérer une ligne intra-osseuse <ul style="list-style-type: none"> - Équipement nécessaire pour l'insertion d'une ligne intra-osseuse et nom des éléments - Séquence des étapes de l'insertion d'une ligne intra-osseuse et confirmation du positionnement correct de la ligne - Position correcte du genou (plié à un angle de 30 degrés, avec le genou appuyé et le talon posé sur la table) - Emplacement pour l'insertion de la ligne intra-osseuse (site de canulation) et les étapes pour trouver ce site - Définition de tubérosité tibiale antérieure, « médial », tibia, tibia proximal, palpation, infiltration - Étapes de l'aseptisation (laver les mains, mettre des gants stériles, nettoyer la peau avec une solution à base d'iode au moyen d'un mouvement en spirale) - Méthode de stabilisation du tibia proximal, et pour éviter de se piquer la main avec l'aiguille - Démontrer aussi sur l'os de cuisse de poulet ou un os de tout autre animal 	
Début à 11 h05 90 min Fin à 12 h 35	Travail en groupe pour la séance pratique <ol style="list-style-type: none"> 1. Poser une perfusion 2. Administrer rapidement des solutés en cas de choc 3. Poser un abord intra-osseux Pour la troisième tâche, les participants utiliseront un os de cuisse de poulet ou l'os de tout autre animal.	Pour chaque groupe <ul style="list-style-type: none"> - Tout le matériel énuméré ci-dessus - Boîte pour séance pratique - Mannequin de réanimation - Fiches sur le TETU n° 6 et 7 Pendant chaque séance pratique, l'animateur ne doit pas démontrer la technique, mais observer chaque participant appliquer la technique et donner des encouragements et corriger toute erreur
10 min Fin à 12 h 45	Récapitulation Résumez la section sur la circulation Demandez aux participants s'ils ont des questions et permettez la discussion Passez en revue la séance, donnez un aperçu de la prochaine séance Donnez les devoirs à faire sur les questions d'évaluation sur la circulation (à faire au cours du déjeuner s'il y a suffisamment de temps)	Présentation PowerPoint ou rétroprojection
12 h 45 - 14 h	Déjeuner	

DRILL 2 : EXERCICE ORAL SUR LE DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION DE TRIAGE

Si vous évaluez	et que vous constatez (les signes ci-dessous), que devez-vous faire ensuite?	Réponse correcte
Respiration	Respiration adéquate	Évaluer la circulation
Circulation	Mains chaudes	Évaluer l'état de conscience
Circulation	Mains froides	Évaluer le temps de remplissage capillaire
Circulation	Remplissage capillaire rapide	Évaluer l'état de conscience
Circulation	Pouls faible et rapide	Évaluer l'état de conscience
État de conscience	Alerte, pas de convulsions	Demander si l'enfant a de la diarrhée
État de conscience	Convulsions	Vérifier s'il y a un traumatisme de la tête ou du cou, puis traiter les convulsions et continuer rapidement l'évaluation
État de conscience	Léthargie (aucun autre signe neurologique présent)	Évaluer si l'enfant a de la diarrhée et est gravement déshydraté

EXERCICE A SUR LA « MALNUTRITION GRAVE »

Lisez les sections « Chercher des signes d'amaigrissement grave et visible » et « Chercher un œdème des deux pieds » puis préparez-vous à faire l'exercice. Pour chaque photographie, répondez à la question :

L'enfant présente-t-il un amaigrissement grave et visible?	Oui	Non
Photographie 51		
Photographie 52		
Photographie 53		
Photographie 54		
Photographie 55		
Photographie 56		
Photographie 57		
Photographie 58		
L'enfant présente-t-il un œdème	Oui	Non
Photographie 59		

Coma et convulsion

<p>Séance plénière</p> <p>Questions d'évaluation sur la « Circulation »</p> <p>Résumé du coma et des convulsions</p> <p>Exercice vidéo sur l'échelle AVPU</p> <p>Démonstrations : Donner du diazépam par voie rectale, donner du glucose par voie i.v.</p> <p>Drill : déterminer la dose correcte</p> <p>Séances pratiques : Donner du diazépam par voie rectale, donner du glucose par voie i.v., établir les doses correctes</p> <p>Résumer la prise en charge du coma et des convulsions</p>	<p>APERÇU DU MODULE</p>
<p>⌘ Évaluer l'état de conscience au moyen de l'échelle AVPU</p> <p>⌘ Identifier l'enfant dans le coma</p> <p>⌘ Identifier l'enfant en convulsions</p> <p>⌘ Traiter l'enfant dans le coma ou en convulsions</p> <p>⌘ Expliquer l'importance de la mesure du glucose</p>	<p>OBJECTIFS</p>
<p>Ordinateur avec projecteur à cristaux liquides ou rétroprojecteur</p> <p>Lecteur vidéo et écran de télévision</p> <p>Rétroprojection ou présentations PowerPoint</p> <p>Vidéo sur le TETU</p> <p>Boîte pour séance pratique, avec :</p> <ul style="list-style-type: none">- Seringue à tuberculine sans aiguille- D10 (solution de dextrose à 10 %); D50 (solution de dextrose à 50 %)- Seringue pour bolus i.v.- Sonde nasogastrique- Tampon imbibé d'alcool ou autre solution à base d'alcool pour nettoyer la peau- Seringues et aiguilles (de différentes tailles)- Lactate de Ringer ou soluté physiologique normal	<p>MATÉRIEL</p> <p>suite à la page suivante</p>

MATÉRIEL	<p>Bandelettes Dextrostix (une par participant et quelques-unes de plus pour la démonstration)</p> <p>Lancettes stériles (une par participant plus quelques-unes de plus)</p> <p>Bouteille d'eau et cuvette (eau pour rincer le sang des bandelettes Dextrostix)</p> <p>Diazépam</p> <p>Flacons pour diluer le D50</p> <p>Eau, sucre, cuiller à café à mesurer, tasse à mesurer pour 200 ml d'eau</p> <p>Mannequin de réanimation</p>
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTENU DE LA DEUXIÈME JOURNÉE : MODULE 4

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
Début à 14 h 5 min	<p>Révision des questions d'évaluation sur la circulation</p> <p>Distribuez les réponses types et laissez aux participants le temps de les comparer à leurs réponses. Demandez-leur s'ils ont des commentaires; renvoyez-les au texte principal dans le manuel du participant, au besoin. Si les participants n'ont pas pu terminer, demandez-leur de le terminer comme devoir à faire</p>	<p>Séance plénière</p> <p>Manuel du participant</p> <p>Réponses dans le manuel de l'animateur, annexe 5 (photocopiée pour tous les participants)</p>
5 min	<p>Présentation des objectifs du module 4</p> <p>Expliquez que chaque objectif sera présenté plus en détail plus tard au cours de la séance</p>	<p>Séance plénière</p> <p>Rétroprojection ou présentation PowerPoint</p>
15 min	<p>Résumé de l'évaluation du coma et des convulsions</p> <p>L'animateur doit maintenant présenter la section sur le coma et les convulsions (voir pages 33-38 du manuel du participant). Si les participants n'ont pas lu cette section, ils doivent le faire à ce point. L'animateur doit présenter l'information par rétroprojection ou présentation PowerPoint, sans oublier :</p> <p>Évaluation du coma et des convulsions</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enfant est-il dans le coma? - L'enfant est-il en convulsions? <p>Traitement du coma et des convulsions, y compris la libération des voies aériennes, le positionnement de l'enfant, la mesure de la glycémie, l'administration de glucose i.v. et d'un anticonvulsivant</p> <p>Faites référence aux fiches sur le TETU appropriées et à la façon dont celles-ci peuvent être utilisées en cas d'urgence</p>	<p>Séance plénière</p> <p>Rétroprojection ou présentations PowerPoint</p> <p>Fiches sur le TETU n° 3, 4, 8 et 9</p>
15 min	<p>Exercice vidéo sur l'échelle AVPU</p>	<p>Vidéo sur le TETU</p> <p>Notes voir exercice B</p>

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
Début à 14 h 40 30 min	<p>Démonstration sur le coma et les convulsions</p> <p>1. Administrer du diazépam par voie rectale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étapes pour l'administration rectale du diazépam - Ne pas administrer ce traitement à un nourrisson de moins de 1 mois - Posologie du diazépam en administration rectale - Le diazépam doit être administré par voie rectale, avec une seringue à tuberculine sans aiguille - Profondeur à laquelle doit être insérée la seringue dans le rectum (4 à 5 centimètres) - Intervalle avant l'administration d'une autre dose (si les convulsions ne disparaissent pas) de 10 minutes - La dépression respiratoire est un effet possible effet du diazépam - Si les convulsions se poursuivent pendant 10 minutes supplémentaires, on peut donner une autre dose de diazépam. Si nécessaire après 10 autres minutes, on peut donner une troisième dose de diazépam, ou de paralaldéhyde ou de phénobarbitone par voie i.v. ou i.m. Ne pas administrer plus de trois doses. - Justification de l'utilisation du paralaldéhyde après deux doses de diazépam (moins de danger de dépression respiratoire) - Si l'enfant a déjà une perfusion en place, ou reçoit des solutés i.v., cette voie peut être utilisée pour administrer le diazépam. - La posologie du diazépam diffère en fonction du mode d'administration (voie i.v. ou rectale) - Vitesse d'injection du diazépam par voie i.v. de 0,25 mg/kg administré lentement sur une minute - Si la fièvre est élevée, la faire baisser en passant une éponge d'eau à température ambiante sur l'enfant - Ne pas administrer de paracétamol, d'autres médicaments oraux ni des solutés tant qu'il existe un risque d'aspiration <p>2. Administrer du glucose i.v.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une solution de D10 est recommandée (dextrose à 10 %) - Méthode pour faire du dextrose à 10 % s'il n'y a que du D50 (diluer 1 part de D50 avec 4 parts d'eau stérile) - Poser une perfusion - Une seringue de 1-2 ml est nécessaire pour prélever le sang afin de mesurer la glycémie. - Définition du bolus intraveineux - Étapes du test de glycémie (bandelette Dextrostix) (mettre une goutte de sang sur la bandelette; il n'est pas nécessaire de recouvrir toute la zone de réactif; après 60 secondes, rincer le sang délicatement avec quelques gouttes d'eau froide; comparer la couleur avec la clé sur le côté du flacon) 	<p>Pour chaque groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boîte pour séance pratique - Mannequin de réanimation - Diazépam - Glucose à 10 % ou à 50 % - Fiches sur le TETU n° 8 et 9 - Tableaux 6, 7 et 8 (manuel du participant) <p>Expliquez aux participants que vous démontrerez tout d'abord cette technique, mais qu'ils s'exerceront pendant les séances pratiques en groupe</p>

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Seuil de l'hypoglycémie (moins de 2,5 mmol/litre) - Si la glycémie est basse, elle doit être revérifiée 30 minutes plus tard - Procédure à suivre si la glycémie est toujours basse après 30 minutes (répéter le bolus de solution F10 à 5 ml/kg) - Comment déterminer quand il est « sûr » d'alimenter l'enfant - Que faire s'il n'est pas possible d'alimenter l'enfant sans risque d'aspiration (donner du lait ou de l'eau sucrée par sonde nasogastrique ou continuer d'administrer du dextrose à 5-10 % par voie i.v.) - Étapes de l'insertion d'une sonde nasogastrique, comment mesurer la longueur de sonde à insérer 3. Prélever rapidement la dose correcte - Connaître l'âge ou le poids de l'enfant, calculer la dose correcte de médicament pour l'enfant - Prélever la dose, aussi rapidement que possible 	
15h10-15h25	Thé	
<p>Début à 15 h 25 80 min</p>	<p>Travail pratique en groupe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Administrer du diazépam par voir rectale 2.Administrer du glucose i.v. 3.Prélever rapidement la dose correcte <p>Répétez la tâche 3 jusqu'à ce que tous les participants aient pu s'exercer plusieurs fois pour acquérir vitesse et confiance</p>	<p>Pour chaque groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drill 3 - Boîte pour séance pratique - Mannequin de réanimation - Diazépam - Glucose à 10 % ou à 50 % - Fiches sur le TETU n° 8 et 9 <p>Tableaux 6, 7 et 8 (manuel du participant)</p> <p>Lors de chaque séance pratique, l'animateur se contente d'observer chaque participant pratiquer la technique et de donner des encouragements ou de corriger toute erreur, sans démontrer la technique</p>
<p>15 min Fin à 17 h</p>	<p>Récapitulation</p> <p>Résumez la section sur le coma et les convulsions, donnez les perspectives pour la journée suivante, attribuez les devoirs à faire – lecture de tous les signes « D » et questions d'auto-évaluation sur C</p>	<p>Présentation Powerpoint/ rétroprojection</p>
30 min	Réunion des animateurs	

EXERCICE B : EXERCICE VIDÉO SUR L'ÉCHELLE AVPU

En convulsions (maintenant)	Vidéo sur la PCIME, cassette 1, exercice C
Léthargie	Explication et exemples pendant 5 minutes, y compris des exemples d'enfant léthargique et inconscient (la vidéo utilise le terme « inconscient ». Expliquez qu'il s'agit de coma. Certains explications et signes ne s'appliquent pas.) Vous pouvez montrer ces exemples ou passer directement à l'exercice.
Continuellement irritable et agité	Exercice pratique d'identification de 4 enfants léthargiques ou inconscients (coma). (Éteindre le son et discuter des réponses pour chaque enfant pour établir clairement quels enfants sont léthargiques et lesquels sont dans le coma. Le signe de danger montré dans la vidéo étant « léthargique ou inconscient », la vidéo ne fait pas la distinction entre les deux.)

DRILL 3 : DÉTERMINER LES DOSES CORRECTES

Demander aux participants, comme pour un exercice, quelle dose ils administreraient aux enfants suivants :				
Âge de l'enfant	Poids de l'enfant	SI DU GLUCOSE I.V. EST NÉCESSAIRE – Quantité de solution de D10 en bolus	SI DES SOLUTÉS I.V. SONT NÉCESSAIRES EN CAS DE CHOC Lactate de Ringer ou soluté physiologique en bolus	SI DU DIAZÉPAM EST NÉCESSAIRE Quantité de solution à 10 mg/2 ml par voie rectale
6 semaines	3 kg	15 ml	60 ml	0,3 ml
3 mois	5 kg	25 ml	100 ml	0,5 ml
4 ans	16 kg	80 ml	320 ml	1,6 ml
6 mois	8 kg	40 ml	160 ml	0,8 ml
18 mois	12 kg	60 ml	240 ml	1,2 ml
6 mois ¹ , gravement malnutri	4 kg	5 ml x 4 kg = 20 ml	15 ml x 4 kg = 60 ml en 1 heure	0,4 ml
12 mois	12 kg	60 ml	240 ml	1,2 ml
2 mois	5 kg	25 ml	100 ml	0,5 ml
1 mois	3 kg	15 ml	60 ml	0,3 ml

Déshydratation

<p>Démonstration des signes de déshydratation en situation d'urgence</p> <p>Prise en charge de la déshydratation grave chez un enfant non malnutri</p> <p>Prise en charge de la déshydratation grave chez un enfant gravement malnutri</p> <p>Principes de prise en charge avec des solutés</p> <p>Calcul des doses de soluté</p> <p>Traitement de suivi de l'enfant en état de choc et évaluation des progrès</p>	APERÇU DU MODULE
<p>⌘ Décrire les étapes de l'évaluation et de la classification de l'enfant présentant diarrhée et déshydratation grave</p> <p>⌘ Prise en charge de la déshydratation chez un enfant non malnutri</p> <p>⌘ Prise en charge de la déshydratation chez un enfant gravement malnutri</p>	OBJECTIFS
<p>Boîte pour séance pratique, avec :</p> <ul style="list-style-type: none">- canules i.v.- Lactate de Ringer ou soluté physiologique normal- tubulure i.v. et burettes <p>Membre simulé (p. ex., une serviette roulée serrée; plusieurs seront nécessaires)</p> <p>Sparadrap</p> <p>Tampon imbibé d'alcool ou d'une autre solution à base d'alcool pour nettoyer la peau</p> <p>Ordinateur avec écran à cristaux liquides</p> <p>Rétroprojecteur</p> <p>Lecteur vidéo et écran de télévision</p> <p>Rétroprojection ou présentation PowerPoint</p> <p>Fiches murales sur le TETU n° 10 et 11</p> <p>Organigramme 1</p> <p>Transparents de rétroprojection ou diaporama pour l'ordinateur</p>	MATÉRIEL

suite à la page suivante

MATÉRIEL	<p>Vidéo sur le TETU pour la léthargie, l'amaigrissement grave et visible et les signes de déshydratation</p> <p>Recueil de photographies de PCIME :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Photographies 47-50 comme exemples pour de discuter de l'amaigrissement grave et visible et de l'œdème - Photographies 18, 51-59 comme exercice pour identifier l'amaigrissement et l'œdème
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTENU DE LA DEUXIÈME JOURNÉE : RÉVISION, PRATIQUE CLINIQUE ET MODULE 5

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
Début à 8 h 10 min	Révision de l'auto-évaluation du jour 2 sur « C » Distribuez les réponses types, demandez s'il y a des questions et répondez-y	Réponses aux questions d'auto-évaluation, voir annexe 5 (photocopiée pour tous les participants)
20 min	Exercice oral sur le déroulement de l'évaluation de triage	Drill 4
Début à 8 h 30 90 min	Séance clinique au service de consultation externe et au service de pédiatrie	
10 h à 10 h 15	Thé	
Début à 10 h 15 10 min	Résumé de l'évaluation de la déshydratation Montrez les fiches sur le TETU n° 1 et 10 et décrivez-les <ul style="list-style-type: none"> - Expliquez le lien entre la déshydratation et le choc - Expliquez la différence entre la fiche 10 et le plan de traitement C - Décrivez les étapes de l'évaluation et de la classification de l'enfant atteint de diarrhée et de déshydratation grave. Énumérez les signes de déshydratation que vous évaluerez : état général de l'enfant, yeux enfoncés et effacement du pli cutané - Passez en revue la technique pour le pli cutané - Mentionnez le traitement (décrit plus en détail plus loin) 	Fiches sur le TETU n° 1 et 10 Rétroprojection ou présentation PowerPoint Organigramme sommaire à partir des diapositives Plan de traitement C
15 min	Exercice vidéo : C <ul style="list-style-type: none"> - Léthargie : Expliquez le lien avec l'AVPU - Yeux enfoncés - Pli cutané <p>Pour l'exercice vidéo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dites aux participants qu'ils verront dans la vidéo des exemples d'évaluation d'un enfant présentant diarrhée et déshydratation grave. - Ils doivent répondre à la question pour chaque enfant montré. 	Vidéo sur le TETU <ul style="list-style-type: none"> - Exercice d'identification des yeux enfoncés chez 6 enfants (environ 7 minutes) - Exercice d'identification de l'effacement lent du pli cutané chez 5 enfants (environ 6 minutes) <p>Les réponses aux questions sont montrées ci-dessous</p>

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
10 min	<p>Utilisation du plan C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Affichez l'agrandissement du plan C - Expliquez que le « Plan de traitement C pour la diarrhée : Traiter la déshydratation grave rapidement » vise à permettre aux participants d'apprendre à appliquer le plan C comme ils le feront dans leur propre clinique - Pointez l'agrandissement et lisez l'organigramme avec les participants 	Plan C
10 min	<p>Calcul du nombre de gouttes par minute avec une burette</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demandez aux participants s'ils utilisent des burettes à leur hôpital - Expliquez le concept de nombre de gouttes par ml pour les burettes pour adulte et pour enfant - Donnez des exemples de calcul et demandez aux participants les réponses 	Tableau 11
15 min	<p>Drill sur les quantités de solutés i.v. à administrer à un enfant selon le Plan C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectuez ce drill pour donner une expérience pratique supplémentaire du calcul des quantités de solutés i.v. à administrer à un enfant présentant diarrhée et déshydratation grave (sans choc ni malnutrition grave) - Dites aux participants qu'ils peuvent se reporter au Plan C pendant l'exercice - Dites aux participants que vous indiquerez les âges et les poids des enfants gravement déshydratés - Demandez-leur quelle quantité de soluté i.v. doit être administrée et sur combien de temps 	Drill 5 Plan C Papier et crayon pour les calculs
10 min	<p>Administration de solutés à un enfant gravement déshydraté et gravement malnutri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expliquez la différence chez les enfants gravement malnutris - Montrez les tableaux 10 et 11 et l'organigramme 1. - Donnez des exemples de calcul des volumes de soluté - Donnez des exemples d'enfants gravement malnutris et demandez aux participants 	Rétroprojection ou présentation PowerPoint Tableaux 10 et 11 (manuel du participant) Organigramme 1
10 min	<p>Démonstration de l'administration rapide de solutés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insérez une canule dans la serviette (membre) à un angle réaliste et fixez-la avec du sparadrap - Fixez le soluté à la canule et assurez-vous que la perfusion s'effectue bien (les gouttes tombent librement) - Déterminez la quantité de soluté nécessaire, la vitesse d'administration et le nombre de gouttes par minute au moyen de burettes (pour adulte et pour enfant) 	Boîte pour séance pratique, avec : <ul style="list-style-type: none"> - Canules i.v. - Lactate de Ringer ou soluté physiologique normal - Tubulure i.v. et burettes

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
60 min	<ul style="list-style-type: none"> - Indiquez au marqueur sur le flacon l'endroit atteint quand la quantité nécessaire a été donnée - Expliquez comment réévaluer l'enfant pour vérifier si son état s'améliore et choisir le traitement correct à administrer ensuite 	<p>Membre simulé (p. ex., serviette roulée serrée; plusieurs seront nécessaires)</p> <p>Sparadrap</p> <p>Tampon imbibé d'alcool ou d'une autre solution à base d'alcool pour nettoyer la peau</p> <p>Fiches sur le TETU n° 6, 7 et 10</p> <p>Plan C</p>
<p>10 min</p> <p>Fin à 12 h 45</p> <p>12 h 45 - 14 h</p>	<p>Travail pratique en groupe</p> <p>Administration rapide de solutés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail en groupe - Demandez aux participants de travailler en équipes de 2, un médecin et une infirmière, et de simuler l'administration de solutés i.v. - Présentez des scénarios de cas d'enfants arrivant au service de consultation externe avec ou sans malnutrition et déshydratation, et en état de choc ou non 	<p>Boîte pour séance pratique, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Canules i.v. - Lactate de Ringer ou soluté physiologique normal - Tubulure i.v. et burettes <p>Membre simulé (p. ex., serviette roulée serrée; plusieurs seront nécessaires)</p> <p>Sparadrap</p> <p>Tampon imbibé d'alcool ou d'une autre solution à base d'alcool pour nettoyer la peau</p> <p>Fiches sur le TETU n°6, 7 et 10</p> <p>Plan C</p> <p>Tableau de scénarios de cas A</p>
	<p>Récapitulation</p> <p>Résumez l'évaluation et prise en charge de la déshydratation grave</p>	<p>Présentation PowerPoint ou rétroprojection</p>
	<p>Déjeuner</p>	

DRILL 4 : EXERCICE ORAL SUR LE DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION DE TRIAGE

Si vous évaluez :	et que vous constatez (les signes ci-dessous), que devez-vous faire ensuite?	Réponse correcte
Respiration	Respiration adéquate	Évaluer la circulation
Circulation	Mains chaudes	Évaluer l'état de conscience
Circulation	Mains froides	Évaluer le temps de remplissage capillaire
Circulation	Temps de remplissage capillaire rapide	Évaluer l'état de conscience
Circulation	Pouls faible et rapide	Évaluer l'état de conscience
État de conscience	Enfant alerte, pas de convulsions	Demander si l'enfant a de la diarrhée
État de conscience	Enfant en convulsions	Vérifier s'il y a un traumatisme de la tête ou du cou, puis traiter les convulsions et continuer rapidement l'évaluation
État de conscience	Léthargie (aucun autre signe neurologique présent)	Évaluer si l'enfant présente diarrhée et déshydratation grave
L'enfant a-t-il de la diarrhée?	La mère dit que l'enfant n'a pas de diarrhée	Évaluer les signes de priorité
L'enfant a-t-il de la diarrhée?	La mère dit que l'enfant a de la diarrhée	Évaluer les signes de déshydratation grave : <ul style="list-style-type: none"> - Léthargie - Yeux enfoncés - Pli cutané s'effaçant très lentement
Signes de priorité	Enfant de moins de 2 mois, aucun autre signe présent	(Faire passer en premier dans la file d'attente pour) évaluation et traitement immédiats
Signes de priorité	Aucun signe de priorité présent	Ramener l'enfant dans la file d'attente pour y être évalué et traité à son tour
Voies aériennes et respiration puis circulation	Respiration adéquate, mais enfant en état de choc	Évaluer rapidement aussi la présence éventuelle de coma/convulsions, et vérifier la présence éventuelle d'un traumatisme du cou ou de la tête et de malnutrition grave, puis traiter pour le choc (et traiter le coma ou les convulsions au besoin)
Voies aériennes et respiration	Enfant en détresse respiratoire	Vérifier s'il y a obstruction respiratoire Vérifier s'il y a un traumatisme de la tête ou du cou, puis traiter : <ul style="list-style-type: none"> Libérer les voies aériennes Donner de l'oxygène Puis évaluer rapidement la circulation

Si vous évaluez :	et que vous constatez (les signes ci-dessous), que devez-vous faire ensuite?	Réponse correcte
A et B C et D	Respiration adéquate, circulation normale, léthargie, diarrhée et yeux enfoncés	Vérifier s'il y a un traumatisme de la tête ou du cou, et une malnutrition grave
Malnutrition chez un enfant présentant diarrhée et déshydratation grave	Pas de malnutrition grave	Poser une perfusion et commencer à administrer rapidement des solutés conformément au Plan C
Malnutrition chez un enfant présentant diarrhée et déshydratation grave	Amaigrissement grave et visible	Ne pas poser de perfusion Passer immédiatement à l'évaluation et au traitement.
Tous les signes cliniques	Respiration adéquate, enfant en état de choc, léthargique, pas de convulsions, diarrhée avec yeux enfoncés et effacement très lent du pli cutané, aucune malnutrition grave	Arrêter tout saignement, donner de l'oxygène, poser une perfusion et commencer à administrer rapidement des solutés, conformément au plan C.
Respiration adéquate, léthargie, pas de choc et connaissance de diarrhée. Évaluer les signes de déshydratation et de malnutrition grave	Yeux enfoncés Amaigrissement grave et visible	Passer immédiatement à l'évaluation et au traitement de l'enfant gravement malnutri

EXERCICE C : FICHE DES RÉPONSES À L'EXERCICE VIDÉO

L'enfant a-t-il les yeux enfoncés?	Oui	Non
Enfant 1	X	
Enfant 2		X
Enfant 3	X	
Enfant 4		X
Enfant 5	X	
Enfant 6		X

Le pli cutané s'efface-t-il	très lentement?	lentement?	immédiatement?
Enfant 1		X	
Enfant 2			X
Enfant 3	X		
Enfant 4		X	
Enfant 5	X		

DRILL 5 SUR LE PLAN DE TRAITEMENT C

Âge et poids de l'enfant :	Administrer d'abord :		Administrer ensuite :		Quantité totale	Durée totale
	Quantité	Durée	Quantité	Durée		
14 mois, 9 kg	270 ml	30 min	630 ml	2,5 h	900 ml	3 h
8 mois, 7 kg	210 ml	1 heure	490 ml	5 h	700 ml	6 h
3 ans, 13 kg	390 ml	30 min	910 ml	2,5 h	1300 ml	3 h
3 mois, 5 kg	150 ml	1 heure	350 ml	5 h	500 ml	6 h
2 ans, 12 kg	360 ml	30 min	840 ml	2,5 h	1200 ml	3 h
15 mois, 10 kg	300 ml	30 min	700 ml	2,5 h	1000 ml	3 h
4 ans, 15 kg	450 ml	30 min	1050 ml	2,5 h	1500 ml	3 h
23 mois, 11,5 kg	345 ml	30 min	805 ml	2,5 h	1150 ml	3 h
6 mois, 6 kg	180 ml	1 heure	420 ml	5 h	600 ml	6 h
12 mois, 8 kg	240 ml	30 min	560 ml	2,5 h	800 ml	3 h
11,5 mois, 8 kg	240 ml	1 heure	560 ml	5 h	800 ml	6 h
5 mois, 5 kg	150 ml	1 heure	350 ml	5 h	500 ml	6 h
10 mois, 7 kg	210 ml	1 heure	490 ml	5 h	700 ml	6 h

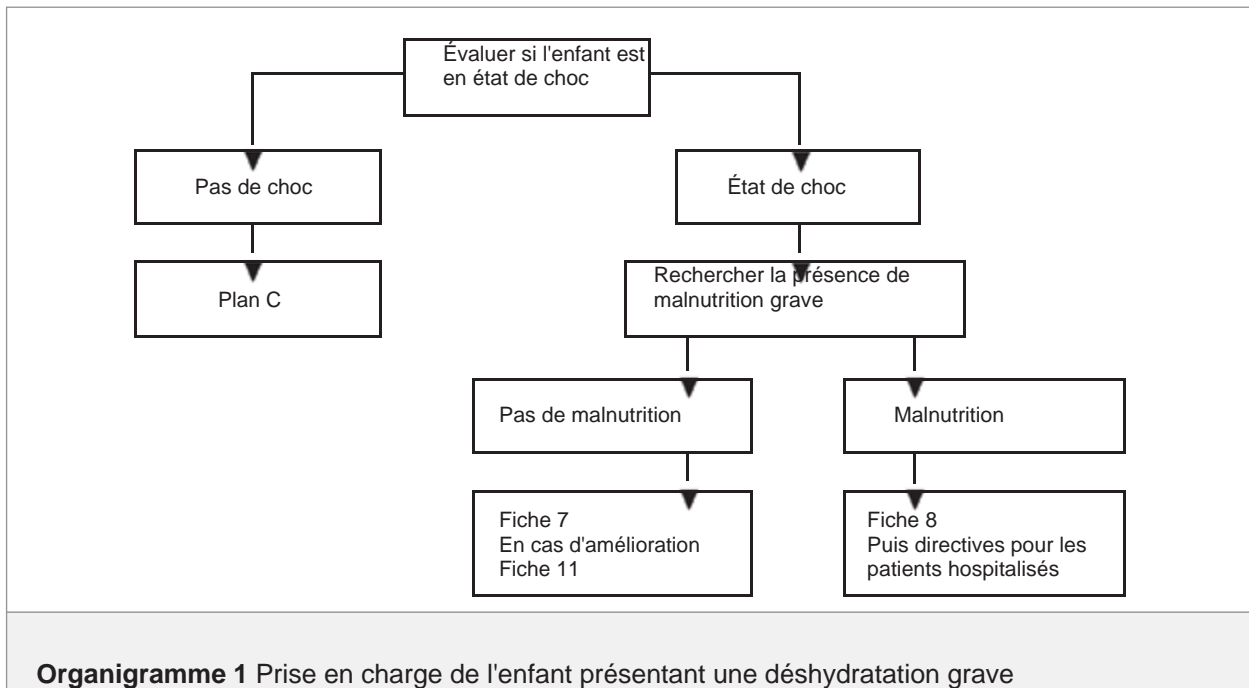


TABLEAU DE SCÉNARIOS DE CAS A - TRAVAIL EN GROUPE (enfants en état de choc ou gravement déshydratés avec ou sans malnutrition grave)

Âge et poids de l'enfant :	Première mesure	Évolution	Deuxième mesure
8 mois, 7 kg pas de choc	210 ml de lactate de Ringer i.v. (30 ml/kg) sur 1 heure	amélioration	490 ml sur 5 heures
8 mois, 7 kg choc	140 ml de lactate de Ringer i.v. (20 ml/kg) aussi rapidement que possible	amélioration, pouls plus lent et remplissage capillaire < 2 s	490 ml sur 5 heures
15 mois, 10 kg pas de choc	300 ml de lactate de Ringer i.v. sur 20 min	amélioration	700 ml sur 2,5 heures
15 mois, 10 kg choc	200 ml de lactate de Ringer i.v. (20 ml/kg) aussi rapidement que possible	aucune amélioration	200 ml supplémentaires aussi rapidement que possible, en l'absence d'amélioration, répéter de nouveau, en cas d'amélioration passer à 700 ml sur 2,5 heures
10 mois, 5 kg amaigrissement grave et visible, pas de choc	25 ml de ReSoMal par voie orale (5 ml/kg) toutes les 30 min pendant 2 heures	amélioration	Continuer à 25-50 ml (5 à 10 ml/kg) toutes les heures pendant les 4 à 10 heures suivantes
18 mois, 8 kg œdème des deux pieds, état de choc	Si l'enfant est léthargique ou comateux : lactate de Ringer i.v. + glucose à 5 % ou NaCl à 0,45 % + 120 ml de glucose à 5 % (15 ml/kg) sur 1 heure	amélioration	Répéter 120 ml sur 1 heure, puis passer au ReSoMal par sonde nasogastrique à raison de 10 ml/kg sur 10 heures
		aucune amélioration	Présumer un choc septique, donner des solutés d'entretien, 32 ml/ heure (4 ml/kg/h), faire venir du sang, transfuser à raison de 10 ml/kg sur 3 heures

Scénarios de prise en charge de cas

<p>Les participants s'exercent à la prise en charge de cas en utilisant toutes les compétences acquises lors des séances cliniques en groupe</p>	<p>APERÇU DU MODULE</p>
<p>⌘ Prendre en charge l'enfant présenté dans le scénario de cas en utilisant les compétences acquises lors des séances cliniques en groupe</p>	<p>OBJECTIFS</p>
<p>Tableau B de scénarios de cas ou autres scénarios créés par les animateurs eux-mêmes</p> <p>Copies des fiches sur le TETU et des cases de traitement affichées pour consultation rapide</p> <p>Mannequin de réanimation</p> <p>Boîte pour séance pratique, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipement et fournitures pour l'administration d'oxygène : sonde nasale ou lunettes nasales, source d'oxygène et équipement approprié pour l'administration d'oxygène - Équipement et fournitures pour l'administration de solutés i.v. : aiguilles i.v., matériel pour nettoyer le point d'insertion, sparadrap, flacons, tubulure, lactate de Ringer - Équipement et fournitures pour l'administration de glucose par voie i.v. et par sonde nasogastrique : D10 (solution de dextrose à 10 %), aiguilles i.v. et sparadrap, seringues et aiguilles, sonde nasogastrique - Équipement et fournitures pour la réalisation du test par bandelette Dextrostix - Équipement et fournitures pour perfusion intra-osseuse : aiguilles de calibre 21G pour insertion intra-osseuse, matériel pour nettoyer le point d'insertion, robinets à trois voies <p>Diazépam, seringue à tuberculine</p> <p>Dispositif de stabilisation de la tête et du cou</p>	<p>MATÉRIEL</p>

CONTENU DE LA TROISIÈME JOURNÉE : MODULE 6

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
Début à 14 h 45 min	<p>Démonstration</p> <p>Jeu de rôles pour une mauvaise prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisez un jeu de rôle typique pour une situation dans laquelle ces cas sont mal pris en charge et demandez aux participants de commenter et d'en tirer des leçons. - Répétez le scénario avec une bonne prise en charge <p>Démontrez une bonne prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demandez aux participants de vous regarder évaluer et instaurer les traitements pour un premier cas, en vérifiant leur fiche de TRIAGE et en se reportant aux cases de traitement à mesure que vous travaillez. Vous pouvez demander à certains participants de vous assister dans la démonstration. Dites-leur qu'ils évalueront et traiteront chacun un autre cas. - Présentez l'information initiale sur le cas. - Puis évaluez les voies aériennes et la respiration et décrivez vos constatations. Expliquez ce que vous faites à mesure que vous procédez; administrez un traitement pour problème respiratoire ou, si ça n'est pas nécessaire, continuez l'évaluation. - Évaluez ensuite le reste des signes d'urgence, en décrivant votre procédure et ce que vous constatez (p. ex., « je vérifie si l'enfant est léthargique et s'il a les yeux enfoncés, et je constate qu'elle est alerte et difficile, qu'elle nous résiste. Ses yeux ne semblent pas enfoncés non plus. ») - Lorsque vous identifiez qu'un traitement est nécessaire, rassemblez rapidement le matériel dont vous avez besoin pour traiter et commencez. Par exemple, rassemblez le matériel pour une perfusion i.v. Ensuite, faites (ou faites semblant) les étapes de trouver l'emplacement, de le nettoyer, d'insérer l'aiguille i.v. et de la fixer avec du sparadrap, de calculer la quantité nécessaire de soluté, de fixer le soluté, de marquer le flacon et de vérifier le débit. Plus vous prenez de mesures, meilleure sera la démonstration, par exemple, insérer l'aiguille dans un « bras » serviette, la fixer avec du sparadrap et commencer l'administration i.v. simulera mieux les mesures réelles prévues et le temps nécessaire à leur application qu'une simple description verbale de ces étapes. - Après avoir terminé l'évaluation et instauré tout traitement nécessaire, demandez aux participants s'ils ont des questions sur ce que vous avez fait. - Puis décrivez la réévaluation du patient et ce que vous constatez, par exemple faire un autre test avec une bandelette Dextrostix ou évaluer si les convulsions se sont arrêtées, ou réévaluer un enfant en état de choc après le premier bolus de soluté administré. Décidez du traitement subséquent approprié et instaurez-le. - Au moment opportun, concluez la démonstration. Passez en revue les points importants de ce que vous avez fait et les raisons et répondez à toute question des participants sur le cas. 	Voir matériel

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
14 h 45 – 15 h	Thé	
Début à 15 h 105 min	<p>Travail pratique en groupe Scénarios de prise en charge de cas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurez-vous que chaque membre du groupe fait au moins un scénario clinique. - Dites au participant qu'il est responsable des soins de l'enfant que vous lui décrierez (mannequin sur la table) et qu'il peut demander l'aide des autres pour l'instauration du traitement. - Décrivez le cas et présentez les signes respiratoires. Puis demandez au participant ce qu'il ferait ensuite. Celui-ci doit indiquer ce qu'il ferait en premier, en deuxième et ainsi de suite, y compris ce qu'il évaluera et quels traitements administrer. - Le participant doit procéder de la même façon que vous l'avez fait dans la démonstration, depuis l'évaluation jusqu'au choix des traitements et à leur administration (simulée), tout en décrivant à voix haute ce qu'il fait. - À mesure que le participant décrit ce qu'il évalue, indiquez-lui les constatations (p. ex., « l'enfant présente un amaigrissement visible et a un œdème des deux pieds. ») Formulez des commentaires au participant à mesure qu'il progresse et posez des questions au besoin pour vous assurer qu'il couvre toutes les étapes. (« C'est bien. Vous avez fait ceci correctement. Que feriez-vous ensuite? ») - La première fois qu'un participant prend en charge un cas de cette façon, il sera lent, mal assuré par rapport au processus du TETU et maladroit, c'est normal. Avec la pratique, toutefois, les participants devraient se familiariser davantage avec le processus du TETU, avoir plus confiance en eux dans la manipulation de l'équipement et devenir plus rapides. 	Voir matériel
Début à 16 h 45 15 min	<p>Résumez la section sur la déshydratation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettez aux participants de discuter des problèmes qu'ils ont eus au cours des scénarios et des façons dont ils ont pu surmonter les difficultés. - Soulignez les points que les participants oublient ou ont du mal à comprendre au cours d'autres points de pratique des compétences ou à ce point de pratique. - Donnez les devoirs à faire pour le jour suivant et l'évaluation de la formation sur le TETU. 	Présentation PowerPoint / rétroprojection voir Annexe 6
30 min	Réunion des animateurs	

Tableau B de scénarios de prise en charge de cas

Les signes cliniques à décrire sont énumérés ci-dessous. Ne communiquez cette information sur les signes que quand le participant indique qu'il cherche ce ou ces signes. Prenez des notes dans la colonne de droite pour vous aider dans vos commentaires sur ce point à ce participant ou aux prochains participants. Notez aussi des questions de suivi que vous pourriez vouloir poser, par exemple, une constatation dans la réévaluation d'un signe.

SCÉNARIO 1

Une fillette de trois ans portée par sa mère enveloppée dans une couverture, dans la file d'attente.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Évaluer les voies aériennes et la respiration
Respiration normale	Évaluer la circulation
Mains froides	Vérifier le temps de remplissage capillaire
Temps de remplissage capillaire normal (1,5 s)	Évaluer l'état de conscience
Alerte	Demander si elle a de la diarrhée
Diarrhée depuis 2 jours - la mère indique 4 à 5 selles liquides	Évaluer si elle est déshydratée
Pli cutané prenant 3 secondes à s'effacer	Continuer l'évaluation
Les yeux paraissent un peu enfoncés	Triage comme une urgence
	Rechercher la présence de malnutrition grave
Si la présence de malnutrition n'est pas évaluée : L'enfant tombe en état de choc et fait un arrêt cardiaque	
Présence d'un certain œdème des deux pieds OU Amaigrissement grave et visible	Orienter vers une évaluation immédiate par un agent de santé d'expérience
(glycémie = 5 mmol/l)	Enfant présentant une malnutrition grave, doit recevoir du ReSoMal par voie orale, 5 ml/kg en 30 min pendant 2 heures, 45 ml pendant la première demi-heure.

SCÉNARIO 2

Garçon de 2 ans La mère arrive en courant - Il a fait des convulsions il y a 30 minutes et elle a peur.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Évaluer les voies aériennes et la respiration
Respiration rapide, mais pas de cyanose, pas de détresse respiratoire, aucun signe d'obstruction respiratoire	Évaluer la circulation
Très chaud au toucher. Remplissage capillaire rapide – moins d'une seconde. Pouls rapide, mais fort	Évaluer l'état de conscience
Léthargique, mais réagit à la voix en pleurant	Demander s'il a de la diarrhée
Diarrhée aujourd'hui	Évaluer les signes de priorité
Pli cutané prenant moins de 2 secondes à s'effacer	
Yeux non enfoncés. Pleure à grosses larmes	
Aucun amaigrissement visible ni oedème Pas de pâleur	Triage comme une priorité (chaud et léthargique)

SCÉNARIO 3

Nourrisson de 1 an ayant fait des convulsions chez lui puis de nouveau devant la clinique. L'enfant est inconscient; les bruits respiratoires semblent très mouillés et bruyants et de la salive coule de sa bouche. Il semble un peu bleu.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
Si le participant continue le reste de l'examen ou ne libère pas adéquatement en charge les voies aériennes, dites que l'enfant est maintenant très bleu et qu'il a des convulsions	Triage comme une urgence, cyanose Libérer les voies aériennes, positionner l'enfant, insérer une canule oropharyngée. Donner de l'oxygène. Évaluer la respiration
Une fois que le participant a libéré les voies aériennes, dites que sa prise en charge des voies aériennes a été utile. L'enfant respire mieux, n'est plus bleu et que sa respiration n'est plus bruyante. La langue pourrait avoir bloqué la voie.	Continuer l'évaluation. Évaluer la circulation
Mains chaudes	Évaluer l'état de conscience
Réagit uniquement à la douleur	Positionner l'enfant. Continuer l'évaluation
AVPU = P	Vérifier la glycémie
Glycémie < 2 mmol/L	Donner 25 ml de glucose à 10 % par voie i.v.
Sans oxygène Si la glycémie n'est pas vérifiée	↪ l'enfant arrête de respirer ↪ convulsions

SCÉNARIO 4

Fille de 4 ans qui tousse et a une douleur dans la gorge. Pleure bruyamment.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Évaluer la circulation
Se tortille pour que vous ne touchiez pas sa main, mais le pied est chaud La mère indique qu'elle n'a pas de diarrhée Les bras et les jambes ne sont pas minces	Évaluer les signes de priorité Continuellement irritable?
Oui, continuellement irritable	Triage comme une priorité

SCÉNARIO 5

Garçon de 4 ans heurté par une bicyclette. Porté dans une couverture.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
Inconscient - réagit à la douleur profonde Il semble y avoir une obstruction respiratoire	Triage comme une urgence Évaluer les voies aériennes, stabiliser le cou et libérer les voies aériennes : Inspecter la bouche. Retirer les corps étrangers, éliminer les sécrétions, luxation en avant de la mâchoire inférieure sans basculer la tête, évaluer la respiration, si elle est normale, continuer l'évaluation, s'il y a obstruction respiratoire, insérer un tube.
Mains froides avec remplissage capillaire lent	Traiter pour choc, vérifier la présence de saignement, demander de l'aide.
Saignement de la jambe inférieure	Appliquer une pression. Pas de garrot. Installer un goutte-à-goutte i.v. Donner de l'oxygène Continuer l'évaluation

SCÉNARIO 6

Fillette de 14 mois qui a dormi toute la journée. Irritable au réveil, elle réagit au son d'une voix élevée ou quand son bras est agité.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Évaluer les voies aériennes et la respiration
Respiration très profonde à une vitesse normale, avec un certain tirage sous-costal	Triage comme une urgence Donner de l'oxygène, évaluer la respiration, si elle est normale, évaluer la circulation
Mains chaudes	Évaluer l'état de conscience
AVPU?	AVPU = voix Demander si elle a de la diarrhée
La mère répond que sa fille n'a pas de diarrhée	Évaluer les signes de priorité
Une certaine pâleur. Aucun amaigrissement grave et visible ni œdème	Triage comme une priorité, léthargie

SCÉNARIO 7

Garçon de 3 ans amené dans les bras de son père au service de consultation externe. Il est pâle, mou et a de la difficulté à respirer. Son père dit qu'il est malade et tousse depuis 3 jours. Il pèse 14 kg.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
La fréquence respiratoire est rapide, avec récession intercostale rapide et marquée et signe de la trachée	Triage comme une urgence. Évaluer les voies aériennes
Perméabilité des voies aériennes établie	Donner de l'oxygène, 1-2 l/min par lunettes nasales ou sonde nasale
Si aucun oxygène n'est administré, l'état de l'enfant évolue vers un arrêt respiratoire	(? ballon et masque); évaluer la respiration, s'il n'y a pas d'obstruction respiratoire, évaluer la circulation
Ses mains sont froides. Remplissage capillaire = 6 s	Traiter pour choc Accès i.v. ou intra-osseux Soluté physiologique ou lactate de Ringer 20 ml/ kg = 280 ml stat Réévaluer (répéter 2 fois) Échantillons de sang pour glycémie/hématocrite/microparticules plaquettaires
MP 0 PCV = 26 % Glycémie = 4 mmol/L Pneumonie et choc	Après le traitement du choc, continuer l'évaluation

SCÉNARIO 8

Un bébé de 4 mois est amené à l'hôpital : fièvre, respiration rapide et refuse de téter. Il a eu deux épisodes de vomissements et de diarrhée. Il pèse 5 kg.

Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
Perméabilité des voies aériennes établies	Évaluer la respiration
Respiration rapide, pas de détresse grave	Évaluer la circulation
Mains fraîches, temps de remplissage capillaire de 6 s Si c'est fait : Pouls périphériques non palpables	Vérifier les pouls centraux, le fémoral en premier
Pouls fémoral palpable, rapide et faible	Triage comme une urgence, traiter pour choc Obtenir un accès veineux ou intra-osseux, échantillons pour glycémie/MP et hémocrite; commencer le goutte-à-goutte avec lactate de Ringer à 20 ml/kg = 100 ml i.v. stat Donner de l'oxygène, 1 l/min d'O ₂ par sonde nasale ou lunettes nasales
AVPU = P	Continuer l'évaluation pendant cette procédure
Glycémie < 2 mmol/L (MP 0 PCV = 40 %)	Vérifier la glycémie Donner 20 ml de glucose 10 % par voie i.v.
Sans oxygène ↗ arrêt respiratoire Sans vérification de la glycémie ↗ convulsions Sans traitement du choc ↗ décès	

SCÉNARIO 9

Bébé de sexe masculin de 10 mois qui présente depuis 24 heures des vomissements et de la diarrhée. Il pèse 8 kg.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Évaluer les voies aériennes et la respiration
Respiration normale, sans détresse respiratoire	Évaluer la circulation
Mains et pieds froids et paraissant gris Temps de remplissage capillaire de 4 s	Triage comme une urgence (choc) Établir un accès i.v./i.o. Donner 160 ml de lactate de Ringer x 2 Donner de l'oxygène, 1-2 l/min d'O ₂ par sonde nasale
AVPU = P	Vérifier la glycémie
Glycémie de 1,5 mmol/L	Administrer du glucose 40 ml de dextrose à 10 % par voie i.v.
Sans prise en charge du choc ⚡ décès Sans glucose ⚡ convulsions, Sans traitement des convulsions, ⚡ coma et décès	
Il continue d'avoir D et V	Plan C
Aucune amélioration jusqu'à l'instauration des solutés oraux, il a soif!	

SCÉNARIO 10

Garçon de 2 ans porté par sa grand-mère. Il pèse 12 kg. Il est chaud et convulse.

Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Triage comme une urgence (convulsion) Positionner l'enfant, luxation en avant de la mâchoire inférieure, succion Diazépam par voie rectale ou paraldéhyde Évaluer les voies aériennes et la respiration
Perméabilité des voies aériennes établie, mais respiration bruyante	O ₂ par canule nasale; 1 L/min (+ ballon et masque)
Sans libération des voies aériennes → apnée et finalement décès	
Amélioration	Évaluer la circulation
Mains chaudes et de couleur rose	Évaluer l'état de conscience
AVPU = U	Vérifier la glycémie
Glycémie de 2 mmol/L	Donner 60 ml de glucose à 10 % par voie i.v.
Continue de convulser MP +++	Diazépam par voie rectale ou paraldéhyde
Sans mesure de la glycémie, continue à convulser → convulsions continues, suivies d'apnée et finalement du décès	Paraldéhyde par voie rectale ou diazépam Phénobarbitone par voie i.m./i.v.

SCÉNARIO 11

Un garçon de 18 mois malade et fiévreux depuis 2 jours. Il se plaint de douleurs abdominales et sa mère indique qu'il respire rapidement. Il pèse 11 kg.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Évaluer les voies aériennes
Perméabilité établie	Évaluer la respiration
Il grogne et a une détresse respiratoire avec récessions intercostales et respiration rapide	<p>Triage comme une urgence (détresse respiratoire grave)</p> <p>O₂ par canule nasale; 1 l/min (? ballon et masque)</p> <p>Évaluer la circulation</p>
Mains chaudes	Évaluer l'état de conscience
Commence à convulser	Positionner l'enfant, administrer du diazépam par voie rectale ou du paralaldéhyde; vérifier la glycémie et donner du glucose
Glycémie de 1,5 mmol/l	Administrer du 55 ml de glucose à 10 % par voie i.v.
Administration de glucose arrêt des convulsions Administration d'anticonvulsivants sans glucose les convulsions continuent	Pneumonie

SCÉNARIO 12

Un bébé de 10 semaines est amené et sa mère indique qu'il ne tète pas aujourd'hui. Il a pleuré beaucoup la veille. Il pèse 3,5 kg.	
Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Évaluer les voies aériennes
Perméabilité établie	Évaluer la respiration
Respiration normale	Évaluer la circulation
Mains fraîches, temps de remplissage capillaire de 3 s	Évaluer l'état de conscience
AVPU = A mais enfant irritable Enfant chaud et agité	Demander s'il présente une diarrhée
Pas de connaissance de diarrhée, mais il a vomi deux fois	Évaluer les signes de priorité Triage comme une priorité (chaud et irritable)
Glycémie = 1 mmol/L Administrer du 17,5 ml de glucose à 10 % par voie i.v. Diagnostic de méningite avec hypoglycémie	

SCÉNARIO 13

Petite fille d'un an qui a de la diarrhée et des vomissements depuis 2 jours. Elle pèse 10 kg. Elle est agitée.

Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Évaluer les voies aériennes et la respiration
Voies aériennes et respiration normales	Évaluer la circulation
Mains chaudes	Évaluer l'état de conscience
AVPU = voix Refuse de boire	Évaluer si elle est déshydratée
Pli cutané prenant 3 secondes à s'effacer	Triage comme une urgence, déshydratation grave
Yeux enfoncés, la maman est d'accord	Rechercher la présence de malnutrition grave
Aucun amaigrissement visible ni oedème	Plan C. 300 ml pendant la première demi-heure. 700 ml de lactate de Ringer i.v. pendant les 2,5 heures qui suivent

SCÉNARIO 14

Une fille de 14 mois qui a dormi toute la journée et pour laquelle la mère s'inquiète. Elle pèse 11 kg.

Information donnée par l'animateur	Réponse correcte
	Évaluer les voies aériennes et la respiration
Voies aériennes normales Respiration rapide, récession ++ et bruits respiratoires durs. Pas de cyanose	Triage comme une urgence (détresse respiratoire grave) Donner de l'oxygène par lunettes nasales à raison de 1 l/min Évaluer la circulation
Mains chaudes	Évaluer l'état de conscience
AVPU = Voix (glycémie = 4 mmol/l)	Demander si elle a de la diarrhée
Aucune diarrhée	Évaluer les signes de priorité
Aucun autre signe	Triage comme une urgence

Module sept

Mise en place du TETU

Préparation à la mise en place du TETU à l'hôpital du participant	APERÇU DU MODULE
<ul style="list-style-type: none">⌘ Comprendre et expliquer le rôle du TETU dans la prise en charge globale de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition grave⌘ Décrire pourquoi les connaissances/compétences et les modifications du système (amélioration du processus) sont nécessaires au succès de la mise en place du TETU⌘ Planifier la formation sur le TETU pour le personnel clé (pour un hôpital ou plusieurs sites/au niveau régional)⌘ Élaborer des plans d'action pour apporter les changements au système (processus d'amélioration) nécessaires à la mise en place du TETU dans l'hôpital du participant⌘ Décider de la façon de vérifier le succès de la mise en place du TETU dans l'hôpital (ou dans plusieurs hôpitaux mettant en place le TETU dans le cadre d'une collaboration)⌘ Décrire la valeur de la collaboration entre les hôpitaux pour l'amélioration des soins des enfants présentant des affections urgentes (ou des infections graves ou une malnutrition grave)⌘ Décrire et comprendre la place de la formation sur le TETU dans un contexte plus large d'initiatives en place dans le pays en vue de l'amélioration de la qualité des soins aux enfants à l'hôpital	OBJECTIFS
<p>Ordinateur avec projecteur à cristaux liquides</p> <p>Lecteur vidéo et écran de télévision</p> <p>Rétroprojecteur</p> <p>Présentation PowerPoint ou rétroprojection préparée</p>	MATÉRIEL

CONTENU DE LA QUATRIÈME JOURNÉE : MODULE 7

Durée	Activités	Méthodes, ressources, commentaires
Début à 8 h 10 min	Révision de l'auto-évaluation sur « D » Distribuez les réponses types, demandez s'il y a des questions et répondez-y	Réponses aux questions d'auto-évaluation, voir Annexe 5, photocopiée pour tous les participants
20 min	Mise en place du TETU Introduction : Présentez les normes du TETU	Normes du TETU sur présentation PowerPoint ou rétroprojection
30 min	Planification du TETU sur votre lieu de travail Commencez l'exercice par une discussion sur les raisons qui justifieraient de ne pas mettre en place le TETU dans une unité de santé périphérique. Assurez-vous que les participants citent les aspects suivants : - Pourquoi? Arguments en faveur de la mise en place du TETU (promotion) - Qui? Catégories de personnel participant au TETU - Où? Circulation des patients et espace ou lieu pour les soins d'urgence - Quand? Moment des soins - Quoi? Équipement et matériel nécessaires (ressources matérielles)	Discussion plénière
60 min	Travail en groupe Répartissez les participants en petits groupes (par hôpital ou par région) Demandez aux participants de faire l'exercice avec leur groupe, commencez par un remue-méninge sur les questions « pourquoi », « qui », « où », « quand » et « avec quoi ». Assurez-vous que les participants remplissent la liste de contrôle à l'annexe « Ressources nécessaires pour mettre en place le TETU », page 61 du manuel du participant. Les animateurs commentent les listes d'équipement prioritaire, s'appuient sur les normes du TETU pour évaluer les recommandations énoncées par le participant Préparer un résumé des résultats sous forme de recommandations à l'administration de l'hôpital Préparer un plan d'action individuel pour la mise en place du TETU dans chaque groupe d'hôpitaux	Papier de boucherie et marqueurs Marqueurs Stylos Ruban adhésif
10 h à 10 h 15	Thé	
60 min	Commentaires sur le travail en groupe au cours de la séance plénière	
45 min	Présentez les principaux résultats de l'évaluation, remise des certificats de cours et cérémonie de clôture	Annexe 6
12 h	Fin	

NORMES DE TETU

<p>La gravité de l'état de l'enfant ou ses besoins prioritaires sont évalués (triage) dès l'arrivée de l'enfant (au moins au cours des périodes de fort achalandage en patients)</p> <p>Les patients n'ont pas à attendre l'enregistrement, le paiement, leur tour, etc. avant de subir une première évaluation et de recevoir les premiers soins</p> <p>Une affiche murale ou un aide-mémoire pour l'identification des enfants en fonction de la gravité de leur état est affiché dans la zone d'admission des urgences</p>	<p>ORGANISATION ET STRUCTURE</p>
<p>Un personnel qualifié a été affecté au triage</p> <p>Un professionnel de la santé est disponible sans délai pour prendre en charge les enfants dont on a déterminé qu'ils constituaient une urgence</p>	<p>DOTATION EN PERSONNEL</p>
<p>Les médicaments essentiels pour les situations d'urgence (anticonvulsivants, glucose, solutés i.v.) sont toujours disponibles et gratuits</p> <p>Les analyses de laboratoire essentielles (Hb ou PCV, glycémie) sont disponibles</p> <p>L'équipement essentiel (aiguilles et seringues, sondes nasogastriques, équipement pour l'administration d'oxygène, nébuliseur ou chambres d'inhalations) est disponible</p>	<p>MÉDICAMENTS ET ÉQUIPEMENT</p>
<p>Le personnel effectuant le triage a reçu une formation sur les directives et peut les appliquer adéquatement lors des périodes de pointe dans les urgences</p> <p>Le personnel sait prendre en charge les affections urgentes fréquentes et instaurer sans délai le traitement : Prise en charge des convulsions, de la léthargie, de la détresse respiratoire grave, du choc et de la déshydratation grave</p>	<p>PRISE EN CHARGE DES CAS</p>

Ordre du jour générique pour une formation sur le TETU de 3,5 jours

Jour 0	Préparations, instructions aux animateurs
Jour 1	
8 h - 9 h	Accueil, présentation de la formation et des participants, objectifs de la formation
9 h - 10 h	Module un : Triage et concept « ABCD » Déroulement du triage, objectifs du processus de triage « cas urgent », « cas prioritaire », « cas non urgent »
10 h à 10 h 15	Thé
10 h 15 à 10 h 30	Drill sur l'évaluation de triage
10 h 30 - 12 h 45	Module deux : Voies aériennes et respiration Prise en charge des voies aériennes, prise en charge de l'enfant qui suffoque, ventilation avec ballon et masque
12 h 45 - 14 h	Déjeuner
14 h - 15 h	Vidéo et explication des signes de détresse respiratoire grave et du moment où donner de l'oxygène Démonstration du concentrateur d'oxygène et de l'administration d'oxygène
15 h - 15 h 15	Thé
15 h 15 - 16 h 45	Travail pratique en groupe
16 h 45 - 17 h	Récapitulation
17 h	Réunion des animateurs
Jour 2	
8 h - 8 h 30	Révision du triage, voies aériennes et respiration, exercice oral sur le triage
8 h 30 - 10 h	Séance de pratique clinique
10 h - 10 h 15	Thé
10 h 15 - 11 h 05	Module trois : Circulation Évaluation de la circulation, prise en charge du choc chez l'enfant gravement malnutri ou non, pose de perfusion i.v., administration rapide de solutés en cas de choc et pose d'un abord intra-osseux

11 h 05 - 12 h 35	Travail pratique en groupe
12 h 35 - 12 h 45	Récapitulation
12 h 45 - 14 h	Déjeuner Démonstration clinique des signes graves si possible
14 h - 14 h 10	Révision des questions d'évaluation sur la circulation Présentation des objectifs du module 4
14 h 10 - 14 h 30	Module quatre : Coma et convulsion Résumé de la prise en charge du coma et des convulsions Vidéo sur l'échelle d'évaluation de l'état de conscience AVPU
14 h 30 - 15 h 10	Démonstration de la prise en charge du coma et des convulsions, administration de diazépam par voie rectale, administration de glucose par voie i.v. et détermination rapide de la dose correcte
15 h 10 - 15 h 25	Thé
15 h 25 - 16 h 45	Travail pratique en groupe
16 h 45 - 17 h	Récapitulation
17 h	Réunion des animateurs

Jour 3

8 h - 8 h 30	Révision des questions d'évaluation sur le coma et les convulsions Exercice oral sur le triage
8 h 30 - 10 h	Séance de pratique clinique
10 h - 10 h 15	Thé
10 h 15 - 11 h 35	Module cinq : Déshydratation Évaluation de la déshydratation, prise en charge de la déshydratation, vidéo sur les signes de déshydratation, utilisation du plan de traitement C, prise en charge liquidienne en cas de malnutrition grave, de choc et de déshydratation
11 h 35 - 12 h 35	Travail pratique en groupe
12 h 35 - 12 h 45	Récapitulation
12 h 45 - 14 h	Déjeuner
14 h - 14 h 45	Module six : Scénarios de prise en charge de cas Jeu de rôles pour une mauvaise prise en charge, démonstration d'une bonne prise en charge
14 h 45 - 15 h	Thé
15 h - 16 h 45	Travail pratique en groupe : Scénarios de prise en charge de cas
16 h 45 - 17 h	Récapitulation, remise de l'évaluation de la formation sur le TETU
17 h	Réunion des animateurs

Jour 4

8 h - 8 h 10	Révision des questions d'évaluation sur la déshydratation
8 h 10 - 8 h 30	Module sept : Mise en place du TETU Normes de soins pour le triage et l'évaluation
8 h 30 - 10 h	Planification du TETU sur son lieu de travail Discussion plénière Travail en groupe
10 h à 10 h 15	Thé
10 h 15 - 11 h 15	Commentaires sur le travail en groupe au cours de la séance plénière
11 h 15 - 12 h	Commentaires de l'évaluation, remise des certificats de cours et cérémonie de clôture
12 h	Fin

Annexe deux

Liste de contrôle des fournitures nécessaires pour le travail en classe

Fournitures nécessaires pour chaque personne

Insigne porte-nom et support	crayon-feutre
papier	surligneur
stylo à bille	2 crayons
gomme	chemise pour les feuilles de réponse
.....

Fournitures nécessaires pour chaque groupe

trombones	2 rouleaux de ruban adhésif transparent
taille-crayon	élastiques
agrafeuse et agrafes	1 rouleau de ruban protecteur
crayons et gommes supplémentaires	ciseaux
tableau à feuilles et marqueurs OU tableau noir et craie	

Matériel didactique nécessaire dans chaque petit groupe

Article	Quantité
Guide de l'animateur	1 par animateur
Manuel du participant	1 par animateur et par participant
Recueil de photographies de PCIME, le cas échéant	1 par animateur et par participant
Vidéocassettes/DVD (oxygène, AVPU, signes de malnutrition et amaigrissement, vidéo sur le TETU)	Les titres et sections sont énumérés dans les directives de l'animateur pour les chapitres correspondants
Série de 10 fiches sur le TETU (version large — affiches murales)	1 série pour chaque petit groupe
Lecteur vidéo/DVD	1 par cours
Projecteur à cristaux liquides ou rétroprojecteur	1 par cours

Équipement pour la formation dans les boîtes pour séances pratiques

Équipement :	Quantité nécessaire par groupe :
Mannequin - taille enfant	1 (au moins un des deux mannequins)
Mannequin - taille bébé	1 (au moins un des deux mannequins)
(tête de bébé avec poumons pour pratiquer le ballon et le masque)	1 si possible
Ballon autogonflant (Ambu®) - taille intermédiaire, 1 500 ml	1
Ballon autogonflant (Ambu®) - taille adulte	1
Masque pour nourrisson - plastique transparent rond	1
Masque - taille intermédiaire pour enfant, de préférence transparent	1
Masque - grande taille pour enfant plus âgé, de préférence transparent	1
Sonde oropharyngée (Guedel)	
Adulte	1
Enfant	1
Nourrisson	1
Tuyau pour O ₂ Lunettes nasales	5
Tuyau pour O ₂ Sondes nasales calibre 8 FG	5
Cathéters de succion calibre 15 FG	5
Trousse de perfusion i.v.	5
Aiguilles de calibre 21G (pour l'insertion intra-osseuse)	1 par participant et 10 supplémentaires
Seringues	
5 ml	1 par participant et 5 supplémentaires
10 ml ou 20 ml	5
Aiguilles pour veines du cuir chevelu calibre 21-23 G	5
Canules de calibre 22-24G	5
Lancettes stériles	1 par participant et 5 supplémentaires
Solutés i.v. pour l'administration de solutés et la stabilisation du cou	2 flacons ou sacs de 1 l
Soluté physiologique	2 flacons ou sacs de 1 l
Lactate de Ringer	1 flacon ou sac de 1 l
Dextrose à 10 %	1 de chaque par groupe
Sparadrap (3 tailles)	10
Tampons de gaze	3
Petite tasse pour y mettre de l'eau colorée	
Coton hydrophile	
Carton pour faire des attelles	
Serviettes (pour la stabilisation du cou)	

Équipement pour l'ensemble du groupe

Colorant alimentaire	1 par cours
Cuisses de poulet, ou à défaut, côtes de jeune porc ou d'agneau	1 par participant et par animateur
Seringue de 1 ml (tuberculine) pour les médicaments administrés par voie rectale	5
Bandelettes diagnostiques (Dextrostix)	10
Échelle pour la glycémie (sur le contenant de Dextrostix)	1
MÉDICAMENTS	Quantité pour l'ensemble du groupe
Diazépam i.v. ou paralaldéhyde	5
Dextrose à 50 %	5
Sachets de SRO	5
ReSoMal acheté dans le commerce ou préparé	5

Formation des participants au triage uniquement ou au TETU et à la PCIME

A : Formation des participants à l'évaluation de triage uniquement

Certains agents de santé ont la responsabilité de réaliser l'évaluation de triage des enfants, mais pas d'administrer le traitement. Par exemple, cela pourrait être le cas d'un agent de santé qui effectue uniquement le triage des enfants dans une longue file d'attente. Si l'agent de santé constate qu'un enfant présente des signes d'urgence, il sollicite alors une assistance immédiate ou emmène l'enfant de façon sécuritaire dans la zone de traitement d'urgence où d'autres personnes lui administreront les soins d'urgence. Ce type de formation s'adresse aux portiers, aux gardiens, au personnel administratif et aux chauffeurs. La formation de ces personnes doit être adaptée en fonction de leurs responsabilités. La formation devrait couvrir les points suivants :

Module 1 de la formation sur le TETU

Reconnaissance de tous les signes cliniques d'urgence

Organigramme d'évaluation (la personne apprend ici la réponse appropriée en présence de certains signes d'urgence, à savoir, continuer d'évaluer ou arrêter l'évaluation et transférer immédiatement l'enfant aux urgences)

La formation et la pratique clinique peuvent être les mêmes que celles des autres agents de santé pour le module 1. Par la suite, la formation doit se concentrer sur l'identification des signes cliniques et l'organigramme d'évaluation de la fiche sur le TETU n° 1 : Triage de tous les enfants malades. L'agent de santé doit pratiquer ces compétences dans une situation semblable à sa situation de travail réelle. Par exemple, le ou les participants et un animateur se rendraient dans la file d'attente des enfants et s'exerceraient à l'évaluation de triage et au transfert des enfants présentant des signes d'urgence.

B : Cours de formation au TETU et à la PCIME

Certains participants de la formation sur le TETU auront déjà suivi la formation sur la *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant* destinée aux agents de santé de premier niveau. Dans le cours sur la PCIME, les participants ont appris et pratiqué plusieurs signes cliniques. Certains de ces signes cliniques sont aussi utilisés dans la formation sur le TETU. La formation sur le TETU permettra d'apprendre de nouveaux signes cliniques et de réviser les signes de PCIME pertinent au TETU. On trouve ci-dessous la liste de tous les signes cliniques de la fiche sur le TETU. Les signes que les participants ayant déjà suivi le cours sur la PCIME connaîtront déjà sont indiqués dans la colonne de droite.

SIGNES CLINIQUES ET CLASSIFICATIONS DANS LA FICHE SUR LE TETU

Signes pour le TETU non présentés dans la formation sur la PCIME	Signes pour le TETU présentés dans la formation sur la PCIME
<p>Ne respire pas Cyanose centrale Détresse respiratoire grave Obstruction des voies aériennes Mains froides avec : Temps de remplissage capillaire supérieur à 3 secondes Pouls faible et rapide Nourrisson malade de moins de deux mois Brûlure majeure Toute détresse respiratoire Note d'orientation urgente depuis un autre hôpital Traumatisme de la tête ou du cou</p>	<p>Coma (« inconscient » dans la formation sur la PCIME) Convulsions Diarrhée Léthargie Yeux enfoncés Effacement très lent du pli cutané Amaigrissement grave et visible Œdème des deux pieds Pâleur grave Enfant continuellement irritable et agité</p>
	<p>Classifications pour le TETU présentées dans la formation sur la PCIME (les participants apprennent la combinaison de signes cliniques pour ces classifications) : Déshydratation grave Malnutrition grave</p>

Listes de contrôle des participants

A : Signes cliniques

NOTEZ DANS LA CASE CI-DESSOUS CHAQUE SIGNE CLINIQUE QUE VOUS OBSERVEZ CHEZ UN ENFANT AU COURS DE LA DÉMONSTRATION OU DE LA PRATIQUE CLINIQUE

Signes d'urgence observés			
Ne respire pas	Obstruction des voies aériennes	Cyanose centrale	Détresse respiratoire grave
Mains froides	Temps de remplissage capillaire supérieur à 3 secondes	Pouls faible et rapide	
Coma			Convulsions
Déshydratation grave	Yeux enfoncés	Effacement très lent du pli cutané	Traumatisme de la tête ou du cou

Signes de priorité observés			
Toute détresse respiratoire	Amaigrissement grave et visible	Oedème des deux pieds	Pâleur grave
Nourrisson malade de moins de 2 mois	Continuellement irritable et agité	Léthargie	Enfant chaud
Empoisonnement	Brûlure majeure	Note d'orientation urgente d'un autre établissement	

B : Après les séances pratiques

Séances pratiques	Compétences	Initiales de l'animateur
1. Prise en charge des voies aériennes	Tapes dans le dos/compressions sur la poitrine	
	Stabilisation de la colonne cervicale	
2. Positionnement de l'enfant	Position correcte de la tête (nourrissons)	
	Position correcte de la tête (enfants)	
3. Administration d'oxygène	Ventilation avec masque et ballon	
	Fixation correcte de la tubulure d'O ₂	
4. Administration de diazépam par voie rectale	Calcul de la dose correcte	
	Mesure de la longueur à insérer dans le rectum	
5. Pose d'une perfusion i.v. périphérique	Identification des fiches pour le traitement du choc	
	Identification de tous les sites pour l'abord i.v.	
6. Administration rapide de solutés	Calcul de la dose de soluté	
	Surveillance de la dose de soluté	
7. Administration du glucose i.v.	Calcul de la dose de glucose	
	Calcul du volume	
8. Perfusion intra-osseuse	Identification du site pour l'insertion intra-osseuse	
	Démonstration sur une cuisse de poulet	
9. Prise en charge de cas _____ cas 1 _____ cas 2 _____ cas 3	Pour chaque scénario de cas	

Réponses aux questions d'évaluation sur le TETU

Questions d'évaluation : Triage

1. Définissez le « triage »

La phrase doit être la suivante : Le triage est la **répartition** des patients en groupes de **priorité** en fonction de leurs **besoins** et des **ressources** disponibles (voir page 3).

2. Quand et où le triage doit-il avoir lieu?

Cette évaluation permettra de déterminer si le patient doit être vu immédiatement et recevoir un traitement vital ou être vu bientôt en priorité ou encore s'il peut attendre son tour en toute sécurité dans la file d'attente (voir page 3). Le triage peut être effectué aux urgences du service de consultation externe ou au service de pédiatrie.

3. Qui doit effectuer le triage?

Une personne formée à l'évaluation de la gravité de l'état des enfants malades devrait voir tous les enfants **lors de leur arrivée** à l'hôpital.

4. Que signifient les lettres A, B, C et D dans « ABCD »?

Les lettres A, B, C et D dans « ABCD » (voir page 4) signifient :

- A** Voies aériennes
- B** Respiration (pour Breathing)
- C** Circulation, coma et convulsions
- D** Diarrhée et déshydratation

5. Énumérez les signes de priorité :

Les signes suivants sont des signes de priorité (voir page 4) :

- Enfant petit (tout enfant malade âgé de moins de deux mois)
- Température : l'enfant est très chaud
- Traumatisme
- Pâleur (grave)
- Empoisonnement
- Douleur (grave)
- Détresse respiratoire
- Agitation, irritabilité continuelle ou léthargie
- Orientation (urgente)
- Malnutrition (amaigrissement grave et visible)
- Oedème des deux pieds
- Brûlures

6. Classez les mesures suivantes dans l'ordre chronologique correct : que feriez-vous en premier, et ensuite, et après cela, et ainsi de suite, et que feriez-vous en dernier?

Les actions sont indiquées dans le bon ordre chronologique sur la droite :

2	Demander s'il y a eu un traumatisme de la tête ou du cou
4	Solliciter l'aide d'un agent de santé d'expérience pour voir toute urgence
5	Faire prélever des échantillons de sang pour des analyses de laboratoire
6	Rechercher tout signe de priorité
1	Rechercher tout signe d'urgence
8	Passer au patient suivant
7	Placer les patients prioritaires en premier dans la file d'attente
3	Instaurer le traitement de tout signe d'urgence observé

7. Dans la file d'attente, une mère tient enveloppée dans une couverture une fille de trois ans. Ses voies aériennes et sa respiration sont normales. Ses mains sont froides. Son temps de remplissage capillaire est de 1,5 seconde. Elle est alerte. Vous avez demandé si elle a de la diarrhée et la mère a répondu « OUI, quatre selles molles par jour. » Son pli cutané prend 3 secondes à s'effacer. Quel statut de triage accordez-vous à cet enfant?

L'évaluation est effectuée en suivant le processus ABCD. Les étapes ABCD pour les signes d'urgence sont normales. On peut alors évaluer chez l'enfant les signes de priorité « P ».

8. Un garçon de quatre ans est amené. Il a fait des convulsions il y a une heure. Il respire vite, mais n'a pas de cyanose ni de détresse respiratoire. Il est très chaud, mais répond rapidement aux questions. Il n'a ni diarrhée ni vomissements. Quel statut de triage accordez-vous à cet enfant?

Une fois encore, selon le processus ABCD, l'enfant ne présente pas de signe d'urgence « E », l'étape suivante est la recherche de signes de priorité. À l'évaluation de signes de priorité, l'enfant est très chaud, il est donc prioritaire pour une évaluation complète.

9. Un enfant d'un an a eu des convulsions chez lui, puis de nouveau devant la clinique. Il est inconscient. Ses bruits respiratoires semblent très mouillés et bruyants et de la salive coule de sa bouche. Il semble un peu bleu. Quel statut de triage accordez-vous à cet enfant?

L'évaluation suit le processus ABCD. D'abord, évaluer les voies aériennes : l'enfant bave et pourrait avoir une obstruction respiratoire et il est cyanosé. Il présente donc des signes d'urgence « A » et doit être envoyé aux urgences.

10. Un garçon de deux ans est amené en urgence à votre clinique en convulsions. Quel statut de triage accordez-vous à cet enfant?

L'évaluation suit le processus ABCD. Évaluer tout d'abord les voies aériennes, la respiration et la circulation, aucun signe positif n'est observé ici. Il est en convulsions et présente donc des signes d'urgence « C » et doit être envoyé aux urgences.

11. Quels signes de malnutrition évaluez-vous pendant le triage?

Vous vérifiez s'il y a un amaigrissement grave et visible et un oedème des deux pieds.

12. Où cherchez-vous les signes d'amaigrissement grave?

Les signes d'amaigrissement grave se voient le mieux sur le **thorax, les bras, les cuisses et les fesses**; la peau paraît trop grande pour le corps.

13. Jusqu'à quel âge un enfant est-il toujours une priorité?

Un enfant de moins de **deux mois** est toujours une priorité.

14. Que devez-vous faire si l'enfant présente un signe de priorité?

Lorsque des enfants présentent un signe de priorité, vous **les placez en avant de la file d'attente pour qu'ils puissent être vus aussi tôt que possible.**

Questions d'évaluation : Voies aériennes et respiration

1. Énumérez les trois choses à faire pour vérifier les voies aériennes et la respiration :

Observer, écouter et palper (voir page 17).

2. Énumérez les trois signes de détresse respiratoire grave :

Choix parmi les signes suivants :

- Respiration très rapide
- Tirage sous-costal grave
- Utilisation des muscles accessoires (hochement ou secousse de la tête)
- Respiration laborieuse
- Incapacité à se nourrir en raison de problèmes respiratoires
- Enfant épuisé
- Bruits, notamment stridor ou grognement

3. Le stridor se produit-il à l'inspiration ou à l'expiration?

À l'inspiration (voir page 18).

4. Lorsque vous libérez les voies aériennes d'un nourrisson (moins de 12 mois) qui n'a subi aucun traumatisme, quelle partie du corps doit être orientée vers le haut?

Un nourrisson (moins de 12 mois) qui n'a subi aucun traumatisme doit être positionné le **nez** vers le haut (vers le plafond) pour la libération des voies aériennes (voir page 15-16).

5. Quel calibre de tubulure doit-on utiliser pour la sonde nasale?

Il faut utiliser une tubulure de calibre 6-8 F pour une sonde nasale (voir page 21).

6. À quel débit (volume/temps) l'oxygène doit-il être instauré?

Le débit d'oxygène (volume/temps) doit être instauré à **0,5-1 l/min chez les nourrissons** et à **1-2 l/min chez les enfants** (voir page 20).

7. Vous avez réussi à retirer une pièce de monnaie de la trachée d'un garçon de trois ans au moyen de la manoeuvre de Heimlich. Vous avez vérifié sa respiration et constaté qu'elle était normale. Que devez-vous faire ensuite?

Les voies aériennes et la respiration sont normales, vous évaluez donc ensuite la circulation.

8. Un enfant de 4 ans a été heurté par une bicyclette et est amené enveloppé dans une couverture. Il est inconscient et ne réagit qu'à la douleur. Sa respiration est bruyante. Que devez-vous faire?

Il y a un risque de traumatisme du cou, vous stabilisez donc le cou (voir fiche 5) puis vous prenez en charge les voies aériennes (voir fiche 4).

Vous inspectez la bouche et retirez tout corps étranger présent. Vous enlevez les sécrétions.

Vous vérifiez les voies aériennes (observez, écoutez et palpez). Vous libérez les voies aériennes (luxation en avant de la mâchoire inférieure)

Vous posez une canule oropharyngée si l'enfant l'accepte.

Vous donnez de l'oxygène ou, si l'enfant ne respire pas, vous ventilez avec masque et ballon. Vous gardez l'enfant au chaud.

Lorsque les voies aériennes et la respiration sont stables, vous vérifiez la circulation.

9. Une fille de neuf mois et son frère aîné jouent aux urgences avec un vieux collier de perles, soudain l'enfant vous est amenée par une des infirmières, car elle suffoque. Que devez-vous faire?

L'enfant suffoque, à l'évaluation des voies aériennes, vous remarquez qu'il a obstruction respiratoire.

La prise en charge d'un nourrisson qui suffoque consiste à :

- Coucher l'enfant sur votre bras ou votre cuisse, le visage vers le bas et lui donner 5 coups dans le dos avec le talon de la main.
- Si cela ne fonctionne pas, retourner l'enfant et lui faire 5 compressions sur la poitrine.
- Si cela ne fonctionne pas, vérifier la bouche afin de retirer tout corps étranger.
- Répéter la séquence si vous n'avez pas obtenu de succès.

10. Un garçon de 3 ans est amené dans les bras de son père au service de consultation externe. Il est pâle, mou et a de la difficulté à respirer. Son père dit qu'il est malade et tousse depuis 3 jours. Il pèse 14 kg et respire rapidement avec un tirage sous-costal grave. Ses voies respiratoires sont perméables. Il est alerte. Quel statut de triage accordez-vous à cet enfant? Que devez-vous faire?

Vous évaluez les voies aériennes et la respiration de l'enfant, vérifiez s'il est cyanosé et s'il y a une obstruction. L'enfant est en détresse respiratoire. Il doit aller aux urgences, ses voies aériennes doivent être libérées, assurez-vous qu'il n'y a pas eu aspiration de corps étranger (anamnèse), positionnez l'enfant pour améliorer les voies aériennes, éliminez les sécrétions et donnez de l'oxygène (par lunettes nasales ou sonde nasale), assurez-vous de le maintenir au chaud.

Questions d'évaluation : Circulation

1. Définissez un temps de remplissage capillaire normal.

Le temps de remplissage capillaire devrait être inférieur à **3 secondes** (voir page 25).

2. Si vous n'arrivez pas à sentir le pouls radial chez un enfant plus vieux, quel pouls devez-vous mesurer ensuite?

Si vous n'arrivez pas à sentir le pouls radial chez un enfant plus vieux, vous devez rechercher le **pouls carotidien** (voir page 25-26).

3. Citez deux types de solutés que vous pouvez administrer dans le traitement initial du choc.

Les deux types de solutés que l'on peut administrer dans le traitement initial du choc sont le **lactate de Ringer** et le **soluté physiologique normal**.

4. Quel soluté administreriez-vous à un enfant en état de choc présentant des signes de malnutrition grave?

Les solutés à administrer à un enfant en état de choc présentant des signes de malnutrition grave sont : le **lactate de Ringer** (de préférence), le **soluté physiologique à 50 %** ou la **solution de Darrow à 50 % avec glucose à 5 %** (dextrose) (voir fiche 7).

5. Quel volume de soluté administreriez-vous à un enfant d'un an bien nourri qui pèse 11 kg et qui est en état de choc?

Le volume de soluté à administrer à un enfant bien nourri d'un an pesant 11 kg qui est en état de choc est de $11 \text{ kg} \times 20 \text{ ml/kg} = \mathbf{220 \text{ ml}}$.

6. Combien de fois devez-vous administrer le bolus de soluté en cas de choc avant de solliciter l'aide d'un agent de santé d'expérience?

Vous pouvez administrer un bolus de soluté à l'enfant en état de choc **au maximum trois fois** avant de faire appel à un agent de santé d'expérience.

7. Lors du triage d'une fillette de deux ans, vous constatez que ses mains sont chaudes, que faites-vous ensuite?

Si, au cours du triage d'une fillette de 2 ans, vous constatez que ses mains sont chaudes, vous devez ensuite **évaluer son état de conscience**.

8. Lors du triage d'un garçon de 18 mois bien nourri, vous constatez que ses mains sont froides. Que devez-vous faire ensuite?

Si, au cours du triage d'un garçon de 18 mois bien nourri, vous constatez que ses mains sont froides, vous devez ensuite **évaluer son temps de remplissage capillaire**.

9. Lors du triage d'un garçon de 10 ans qui a été amené d'urgence aux urgences après une chute d'un cocotier une demi-heure plus tôt, vous constatez que ses mains sont froides et que le temps de remplissage capillaire est supérieur à trois secondes. Que devez-vous faire ensuite?

Cet enfant est en état de choc et doit être amené immédiatement aux urgences pour y être traité. Il faut poser une perfusion, prélever du sang et lui administrer 20 ml/kg de solutés i.v. Il faut ensuite évaluer le coma et les convulsions.

10. Quelles sont les deux contre-indications à la pose d'une perfusion intra-osseuse?

Les deux contre-indications à la pose d'une perfusion intra-osseuse sont : **infection au point de ponction** et **fracture de l'os (pas une contre-indication absolue)**.

11. Pouvez-vous transfuser du sang par perfusion intra-osseuse? Et des antibiotiques, au cas où ce serait nécessaire?

Tous les liquides discutés dans ce cours (y compris le sang) peuvent être administrés par perfusion intra-osseuse. **Tous les médicaments utilisés en cas d'urgence** qui peuvent être administrés par voie i.v., y compris les antibiotiques, peuvent aussi être administrés par cette voie.

12. Un bébé de 4 mois est amené à l'hôpital pour fièvre, respiration rapide et refus de téter. Elle a eu deux épisodes de vomissements et de diarrhée aqueuse. Elle pèse 5 kg, ses mains sont froides et son temps de remplissage capillaire est de 6 secondes. Le pouls fémoral est palpable, mais rapide et faible. Il n'y a pas de tirage sous-costal et aucun bruit respiratoire anormal. Quel statut de triage accordez-vous à ce bébé? Comment le prendriez-vous en charge?

Selon le processus ABCD, ce bébé n'a pas de détresse respiratoire grave, mais est en état de choc. Elle doit recevoir rapidement du soluté physiologique par voie i.v. à raison de 20 ml/kg et être réévaluée.

Questions d'évaluation : Coma et convulsions

1. Que signifient les lettres AVPU?

- A Lorsque l'enfant est alerte
- V Lorsque l'enfant réagit à la voix
- P Lorsque l'enfant réagit à la douleur (pain)
- U Lorsque l'enfant ne réagit pas (unresponsive), qu'il est donc inconscient (unconscious).

2. Quelle est la valeur seuil de l'hypoglycémie?

2,5 mmol/l

3. Combien de glucose à 10 % administreriez-vous à un enfant de six mois pesant 8 kg qui est en hypoglycémie?

On administre **40 ml** (5 ml/kg) de glucose à 10 % à un bébé de 6 mois pesant 8 kg qui est en hypoglycémie.

4. Un enfant n'ayant pas subi de traumatisme est inconscient, comment doit-il être positionné pour maintenir ouvertes les voies aériennes?

En position latérale de sécurité

5. Quelle dose de diazépam par voie rectale (en ml de solution à 10 mg/2 ml) devez-vous administrer un enfant de 4 ans pesant 15 kg qui est en convulsions? Combien de temps devez-vous attendre avant de donner une deuxième dose si les convulsions ne s'arrêtent pas?

Vous devez administrer **1,5 ml (soit 7,5 ml/kg)** de diazépam par voie rectale (10 mg/2 ml) à un enfant de 4 ans pesant 15 kg et qui est en convulsions. Vous devez attendre **10 minutes** avant de donner une deuxième dose si les convulsions ne s'arrêtent pas.

6. Une fillette de 15 mois a dormi toute la journée. Elle ne réagit pas à l'appel de sa mère, mais elle réagit à un pincement sur la poitrine. Quel score AVPU lui attribuez-vous? Lors de l'examen, elle a commencé à bouger les membres anormalement et à rouler les yeux sur le côté et elle a des sécrétions spumeuses dans la bouche. Quelle est la mesure la plus appropriée à prendre?

L'enfant réagit à la douleur, elle est au stade P de l'échelle AVPU.

Elle est en convulsions et vous devez évaluer et prendre en charge ses voies aériennes. Vous devez enlever les sécrétions et lui donner de l'oxygène.

Si c'est facilement faisable, vérifiez la glycémie et si elle est faible (< 2,5 mmol/l chez un enfant normalement nourri), posez une perfusion et administrez du glucose i.v. (5 ml/kg de glucose à 10 %).

Arrêtez les convulsions au moyen d'un anticonvulsivant (diazépam ou paraldéhyde par voie rectale). Puis positionnez l'enfant s'il est inconscient.

7. Un garçon de 2 ans amené par sa grand-mère. Il pèse 12 kg. Il est chaud et convulse. Quelles sont les étapes à suivre pour arrêter les convulsions. Et une fois que les convulsions s'arrêtent, que devez-vous faire?

Pour arrêter les convulsions, l'enfant doit recevoir un anticonvulsivant (diazépam ou paraldéhyde par voie rectale). L'enfant pourrait être en hypoglycémie, il faut donc vérifier sa glycémie et traiter si celle-ci est faible. Il est important de prendre en charge les voies aériennes et de donner de l'oxygène. Lorsque les convulsions s'arrêtent, l'enfant doit être mis en position latérale de sécurité.

8. Une fillette de trois ans est amenée, car elle anormalement somnolente et ne réagit pas du tout. Le père indique qu'il l'a amenée à une clinique proche en raison d'une toux et de vomissements et qu'il lui donne des comprimés. Elle n'a rien mangé. Quelle est l'étape suivante la plus appropriée?

Il faut effectuer un triage chez l'enfant en suivant la procédure ABCD. Elle présente des signes d'urgence. Il faut évaluer si elle est dans le coma au moyen de l'échelle AVPU. L'enfant est inconsciente, score AVPU U. Les étapes suivantes consistent à prendre en charge les voies aériennes, comme décrit aux sections A et B. La glycémie doit être vérifiée et, en cas d'hypoglycémie, il faut administrer du glucose i.v. L'enfant doit être placée en position latérale de sécurité. Il faut ensuite faire le reste de l'évaluation.

9. Un garçon de 18 mois est malade et fiévreux depuis deux jours. Il se plaint de douleurs abdominales et sa mère indique qu'il respire rapidement. Il pèse 11 kg. Ses voies aériennes sont normales et il ne présente pas de tirage sous-costal. Il n'y a pas connaissance de diarrhée. Toutefois, il a commencé à convulser pendant l'examen. Quelle est l'étape suivante la plus appropriée?

Il est en convulsions, il faut donc évaluer et prendre en charge ses voies aériennes. Vous pourriez devoir enlever les sécrétions et lui donner de l'oxygène.

Si c'est facilement faisable, vérifiez la glycémie et si elle est faible (< 2,5 mmol/l chez un enfant normalement nourri), posez une perfusion et administrez du glucose i.v. (5 ml/kg de glucose à 10 %).

Arrêtez les convulsions au moyen d'un anticonvulsivant (diazépam ou paralaldéhyde par voie rectale), puis positionnez l'enfant s'il est inconscient. Terminez ensuite le reste de l'évaluation.

10. Un bébé de 10 semaines est amené par sa mère, qui indique qu'il n'a pas tété aujourd'hui parce qu'il pleure beaucoup. Il est très chaud au toucher. Il pèse 3,5 kg. Ses voies aériennes, sa respiration et sa circulation sont normales. Il n'y a pas connaissance de diarrhée ni de déshydratation. Quel statut de triage accordez-vous à ce bébé? Quelles sont les étapes suivantes?

Les voies aériennes, la respiration et la circulation de l'enfant sont normales. Il faut évaluer chez lui ensuite le coma et les convulsions. Évaluez son état de conscience au moyen de l'échelle AVPU. Si le score AVPU est P ou U, il faut prendre en charge le coma, mesurer la glycémie et donner du glucose i.v. en cas d'hypoglycémie. Si le score est A ou V, il faut évaluer la présence de signes de priorité.

L'enfant a au moins un signe de priorité (il est très chaud au toucher et pourrait avoir des douleurs), il doit être placé au début de la file d'attente et un agent de santé doit être informé.

11. Une fillette de 14 mois a dormi toute la journée. Irritable au réveil, elle réagit à une voix forte ou quand son bras est agité. Ses mains sont chaudes, mais semblent pâles. La mère indique qu'elle n'a ni diarrhée ni vomissements. Sa respiration est profonde et la partie inférieure de la cage thoracique s'enfonce à l'inspiration. Quel statut de triage accordez-vous à cet enfant? Quelles sont les étapes suivantes?

Il faut effectuer un triage chez l'enfant en suivant la procédure ABCD. Les voies aériennes, la respiration et la circulation de l'enfant sont normales. Il faut évaluer son état de conscience au moyen de l'échelle AVPU (son score est V). Elle est léthargique. Elle n'a pas de diarrhée. Elle est pâle et présente deux signes de priorité, elle doit donc être évaluée rapidement par un agent de santé, mais il ne s'agit pas d'une urgence.

Questions d'évaluation : Déshydratation

1. Un pincement cutané anormal prend plus de _____ à s'effacer.

Un pincement cutané est anormal s'il prend plus de **2 secondes** à s'effacer (voir page 41).

2. Un bébé de huit mois pesant 6 kg est gravement déshydraté. Quelle quantité de soluté devez-vous lui administrer pendant la première heure? Sur combien de temps se ferait la deuxième administration de soluté à cet enfant?

Vous devez administrer **180 ml** de soluté pendant la première heure à un enfant de huit mois pesant 6 kg qui est gravement déshydraté. La deuxième série de soluté est administrée sur **5 heures**.

3. Un enfant de trois ans pesant 15 kg est gravement déshydraté. Il a reçu 450 ml de soluté en 30 minutes. Quelle quantité de soluté allez-vous lui administrer ensuite et pendant combien de temps?

Un enfant de trois ans pesant 15 kg qui est gravement déshydraté et qui a déjà reçu 450 ml de soluté sur 30 minutes, doit recevoir 70 ml/kg fois 15, c'est-à-dire **1050 ml de soluté i.v. sur 2,5 heures**.

4. Si vous ne pouvez poser de goutte-à-goutte, quelle quantité de soluté (ml/kg) devez-vous administrer par voie nasogastrique à un enfant en une heure?

Si vous ne pouvez installer de goutte-à-goutte, il faut donner à l'enfant un soluté par voie nasogastrique à raison de **20 ml/kg/h** sur 6 heures (voir page 43).

5. Barec est un enfant de trois ans pesant 15 kg. Sa mère indique qu'il a de la diarrhée depuis la veille. L'évaluation de l'agent de santé montre que Barec n'est pas en état de choc et qu'il respire normalement. Il est léthargique et n'est pas capable de boire. Ses yeux sont enfoncés et le pli cutané s'efface très lentement. Il ne présente pas de malnutrition grave, mais a de la diarrhée associée à une déshydratation grave. Comment l'agent de santé doit-il traiter la déshydratation de Barec? Quelle quantité de soluté faut-il administrer initialement à Barec?

Déshydratation : Instaurer le soluté i.v. immédiatement.
Quantité de soluté à administrer initialement : **450 ml (30 ml x 15 kg)** de soluté i.v. pendant les 30 premières minutes.

6. Amaru est un enfant de deux ans pesant 8 kg. Il respire bien et n'est pas en état de choc, mais il a de la diarrhée. Un agent de santé établit qu'Amaru est léthargique, mais qu'il est en mesure de boire. Ses yeux sont enfoncés et son pli cutané s'efface très lentement. L'agent de santé établit qu'Amaru est atteint de diarrhée associée à une déshydratation grave, il vérifie ensuite s'il est gravement malnutri et constate un amaigrissement grave et visible. Quel est le traitement approprié pour la déshydratation d'Amaru?

Étant donné qu'Amaru est gravement malnutri, il a besoin d'une évaluation et d'un traitement immédiat. Il ne faut pas donner de solutés i.v., mais plutôt du ReSoMal à raison de 5 ml/kg toutes les 30 minutes pendant les 2 premières heures, puis 5-10 ml/kg/heure pendant les 4-6 heures suivantes. Vérifier aussi la glycémie et traiter si elle est inférieure à 3 mmol/l (voir page 44).

7. Dano est un enfant de huit mois pesant 6 kg. Il a de la diarrhée depuis une semaine et est très malade. Il respire normalement et n'est pas en état de choc. L'agent de santé constate que les yeux de Dano sont enfoncés. Encouragé à le faire, Dano est capable de boire une gorgée d'eau, mais il boit mal. Le pli cutané s'efface très lentement. L'agent de santé établit que Dano présente une diarrhée et qu'il est gravement déshydraté. Il n'est pas gravement malnutri. Combien de soluté i.v. faut-il administrer à Dano au cours de la première heure?

L'agent de santé doit-il administrer une solution de SRO à Dano? Si oui, quelle quantité?

Soluté i.v. à administrer à Dano au cours de la première heure : **180 ml (30 ml x 6 kg)**

L'agent de santé doit-il administrer une solution de SRO à Dano? Oui

Quantité : L'agent de santé doit encourager Dano à boire la solution de SRO pendant que le goutte-à-goutte est installé et pendant qu'il reçoit le soluté i.v. Il faut administrer environ **30 ml (5 ml x 6 kg)** de solution de SRO par heure.

8. Sharita, neuf mois, pèse 7 kg. Sa mère l'amène à la clinique, car elle a de la diarrhée depuis une semaine. La mère indique à l'agent de santé que Sharita n'est plus allaitée et qu'elle est trop fatiguée pour boire à la tasse. L'agent de santé évalue Sharita. Il constate qu'elle respire normalement. Ses mains sont froides et son pouls est faible et rapide. Il diagnostique qu'elle est en état de choc. Elle est léthargique, ses yeux sont enfoncés et son pli cutané s'efface très lentement. L'agent de santé établit que Sharita est gravement déshydratée et gravement malnutrie. Quel traitement d'urgence l'agent de santé doit-il administrer à Sharita?

Il faut la traiter pour choc, conformément aux instructions de la fiche 6 sur le TETU, poser une perfusion et administrer rapidement des solutés. Il faut lui administrer initialement 140 ml de lactate de Ringer ou de soluté physiologique normal en bolus.

9. Rogit, un garçon de 18 mois pesant 8 kg, est amené au petit hôpital tard dans la nuit. L'agent de santé évalue le garçon et constate qu'il est alerte et qu'il pleure, mais qu'il n'est pas en état de choc. Il peut boire, mais très mal, et son pli cutané s'efface très lentement. L'agent de santé établit que l'enfant présente une diarrhée accompagnée de déshydratation grave. Il n'est pas gravement malnutri.

Il a besoin de soluté administré conformément au Plan C pour traiter la déshydratation grave, mais l'agent de santé n'a pas été formé à administrer un traitement i.v. La dernière infirmière est partie pour la nuit et aucune autre infirmière ne viendra avant plusieurs heures. L'agent de santé a reçu une formation sur l'administration nasogastrique et dispose de solution de SRO. Comment faut-il réhydrater Rogit?

Combien de soluté doit donner l'agent de santé initialement?

Réhydratation : L'agent de santé peut insérer une sonde nasogastrique et administrer à Rogit une solution de SRO.

Quantité de soluté initiale? Il faut administrer 160 ml par heure pendant 6 heures (20ml/kg/heure).

10. Une fillette d'un an a de la diarrhée et des vomissements depuis deux jours. Elle pèse 6,5 kg. Elle est agitée et irritable. Ses voies aériennes et sa respiration sont normales. Ses mains sont chaudes. Son score AVPU est V (voix). Il faut 4 secondes au pli cutané pour s'effacer. Ses yeux sont enfoncés, ce que sa mère confirme. Elle n'a que la peau sur les os. Comment prendriez-vous en charge cet enfant?

Ses voies aériennes, sa respiration et sa circulation sont normales. Elle n'est pas dans le coma. Elle n'est pas en convulsions. Elle a de la diarrhée et semble déshydratée. Elle n'est pas en état de choc. Elle semble malnutrie, il faut donc éviter les solutés i.v. Il faut donner à l'enfant du ReSoMal par voie orale ou nasogastrique à raison de 5 ml/kg toutes les 30 minutes pendant les 2 premières heures. On doit vérifier la glycémie et si elle est < 3 mmol/L, il faut administrer du glucose i.v. L'enfant doit recevoir ensuite 5-10 ml/kg/h de ReSoMal puis être prise en charge conformément aux lignes directrices appropriées pour les patients hospitalisés.

Évaluation

A: Formulaire d'évaluation de la formation sur le TETU à l'intention des participants

1. Qu'est-ce qui a été le plus utile et peut être mis en pratique?

2. Qu'est-ce que vous ne pourrez faire dans votre cadre de travail?

3. Quel aspect a été le plus difficile à comprendre?

4. La formation était-elle claire?

5. Le temps alloué était-il adéquat?

6. À qui s'adresse le TETU?

7. Quel type de séance de formation avez-vous trouvé le plus utile?

8. L'application de la PCIME facilite-t-elle le TETU?

9. Avez-vous eu suffisamment de temps pour pratiquer l'évaluation?

10. Le TETU serait-il adapté aux agents de santé n'ayant pas suivi la formation sur la PCIME?

11. Vous sentez-vous maintenant prêt à enseigner le TETU (échelle de 1 à 5, où 1 = absolument pas en confiance et 5 = entièrement en confiance)

12. Y a-t-il des choses qui auraient pu être incluses à l'atelier pour mieux vous préparer à appliquer le TETU?

13. Y a-t-il des choses qui auraient pu être faites pour mieux vous préparer à être animateur pour une formation sur le TETU?

14. Avec quelle partie du TETU vous sentez-vous le plus à l'aise?

15. Avec quelle partie du TETU vous sentez-vous le moins à l'aise?

16. Indiquez l'utilité du cours pour votre travail (sur une échelle de 1 à 5)?

Suggestions/ commentaires

B : Notes aux animateurs

L'évaluation sur la suffisance de l'expérience clinique des participants a deux volets.

Les participants effectuent-ils l'évaluation de triage d'urgence et le traitement sur des enfants dans la clinique avec suffisamment de compétence et de confiance, faisant peu ou pas d'erreurs, agissant sans retard inacceptable, en équipe?

Seule l'observation du travail des participants en situation clinique peut permettre d'évaluer cet aspect. Si la réponse est non, les participants ont besoin de davantage de pratique, avec des indications, pour acquérir les compétences, la célérité et l'aisance nécessaires. Apprendre prend du temps, et apprendre à bien effectuer toute habileté difficile requiert davantage de temps et de pratique. Au besoin, les animateurs doivent prolonger leur formation afin d'avoir plus de séances de pratique clinique. Cela peut être fait en organisant des séances cliniques supplémentaires au même endroit (lors de jours supplémentaires, à un moment où il y a de nombreux cas) ou dans un autre établissement recevant des enfants gravement malades.

Les participants ont-ils l'expérience de la reconnaissance de la gamme complète de signes d'urgence et de signes de priorité, ainsi que de l'administration de la gamme complète de traitements d'urgence?

Évaluez ceci en vérifiant quels signes cliniques les participants ont observés (vérifiez leurs listes de contrôle ou discutez-en entre animateurs). Par exemple, si des signes de choc n'ont pas été observés (ou qu'ils ont été rarement observés), les participants n'ont pas suffisamment d'expérience dans la reconnaissance de ces signes ou l'administration des traitements d'urgence pour le choc. Dans ce cas, et en particulier si de nombreux signes n'ont pas été suffisamment constatés ou traités, les participants ne sont pas assez préparés pour leur travail. Les animateurs/l'instructeur principal doit alors faire en sorte que les participants acquièrent l'expérience tel que décrit ci-dessus.

De plus, pour s'assurer que les participants effectuent le TETU adéquatement dans le cadre de leur travail, il serait très efficace qu'un animateur les accompagne et leur donne des directives et du soutien lors des quelques premiers jours de l'utilisation du TETU dans leur cadre de travail réel. L'animateur peut aider en répondant aux questions au besoin et en formulant des opinions cliniques et des suggestions. L'animateur aidera aussi en offrant un soutien et des encouragements à mesure que les participants travaillent sous pression et acquièrent plus d'expérience.

