

**GUIDE DU FORMATEUR POUR LA
TUBERCULOSE DE L'ENFANT ET DE
L'ADOLESCENT EN MAURITANIE**

Edition 2024

TABLE DE MATIERES

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	3
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA FORMATION	4
1. Objectifs de la formation	4
a. Objectif général	4
b. Objectifs spécifiques.....	5
2. Destinataires du cours	5
3. Destinataire du guide du formateur	5
4. Contenu du guide du formateur	5
5. Méthodes de formation utilisées	6
6. Suggestion générale.....	7
7. Préparation de la formation.....	8
II. AGENDA DE LA FORMATION	10
III. TEST DE CONNAISSANCES	14
IV. MODULES.....	18
Module 1. Introduction à la formation sur la prise en charge de la Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent au Mauritanie.	18
Module 2. Épidémiologie et généralités de la tuberculose chez l'enfant et de l'adolescent	21
Module 3. Directives pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant et de l'adolescent	24
Module 4. Directives pour le traitement de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent	34
Module 6. Gestion de l'association tuberculose et malnutrition de l'enfant et de l'adolescent	44
Module 7. Gestion des enfants et adolescents coinfectés TB/VIH.....	46
Module 8. Tuberculose pharmacorésistante de l'enfant et de l'adolescent	50
Module 9. Prise en charge de la maladie post-tuberculeuse de l'enfant et de l'adolescent	55
Module 10. Approche intégrée centrée sur le patient	57
Module 11. Rôle des agents de santé dans la prise en charge de la TB de l'enfant et de l'adolescent	59
Module 12. Suivi et Évaluation	61

V. FICHES D'ÉVALUATION	63
a. Fiche d'évaluation journalière.....	63
b. Fiche d'évaluation de la formation.....	64
c. Certificat de fin de formation.....	66

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CD4	Sous-groupe de lymphocytes T porteurs d'antigènes CD4
H	Isoniazide
HP	Isoniazide rifapentine
IDRT	Intradermo réaction à la tuberculine
LBA	Lavage Brocho-alvéolaire
LCR	Liquide céphalorachidien
LF-LAM	Lateral flow lipoarabinomannan
Lfx	Levofloxacin
MTB	Mycobacterium Tuberculosis
MTB/RIF	Mycobacterium Tuberculosis /Rifampicine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise en charge
PEV	Programme élargi de vaccination
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PVVIH	Personne vivant avec l'infection à VIH
R	Rifampicine
RH	Rifampicine Isoniazide
RHZ	Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide Ethambutol
RHZE	Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide
RIF	Rifampicine
Rx	Radiographie
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose multirésistante
TBP	Tuberculose Pulmonaire
TBPC	Tuberculose Pulmonaire bactériologiquement confirmée
TB-RR	Tuberculose résistante à la rifampicine
TB-PR	Tuberculose pharmaco-résistante
TB-UR	Tuberculose ultrarésistante
TB/VIH	Coinfection Tuberculose et VIH
TDMRO	Tests de diagnostic rapide recommandé par l'OMS
TDO	Traitement Directement Observé
TEP	Tuberculose Extrapulmonaire
TPB+	Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement confirmée
TPT	Thérapie Préventive de la tuberculose
UNT	Unité nutritionnelle
VIH	Virus de l'ImmunoDéfiance Humaine
VIH+	Virus de l'Immuno Défiance Humaine positif (Présence d'anticorps anti-VIH)
XDR	Ultra drug resistant
Z	Pyrazinamide
ZDV	Zidovudine
3TC	Lamivudine

I. Contexte et justification de la formation

La lutte contre la tuberculose (TB) constitue une urgence de santé publique en Mauritanie. Ainsi, le Gouvernement a mis en place au sein de la Direction de la Lutte contre la Maladie, le Programme national de Lutte contre la Tuberculose et la Lèpre (PNLTL) pour mieux prendre en charge les défis nationaux. Des progrès sont en train d'être réalisés avec l'amélioration des performances nationales de lutte antituberculeuse (LAT). Le taux d'incidence de la TB a baissé de 27 entre 2015 et 2021 et le taux de succès s'est beaucoup amélioré et était à 83% pour la cohorte de 2021 (Profils pays TB, OMS 2023). Dans le profil du pays publié par l'OMS, le taux d'incidence des cas de tuberculose (nouveaux cas et rechutes) était estimé à 78/100 000 personnes (3700 malades attendus) et le taux de mortalité de 12 (7,1 – 19) / 100 000 personnes (590 décès) chez les personnes séronégatives au VIH.

Des défis persistent dans la LAT notamment la non-détection d'un tiers des cas incidents (taux de notification à 52/100 000 en 2022) y compris chez les enfants et les adolescents dont la proportion des cas notifiés était à 4% pour les enfants et adolescents âgés entre 0 et 14 ans (cible entre 10 à 12 %).

Dans les axes stratégiques phares du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2022-2025 (PSN TB 2022-2025) en cours, il est prévu d'accélérer et d'intensifier la détection des cas de TB y compris chez les enfants, d'améliorer les performances thérapeutiques en diminuant les taux d'interruption de traitement et de létalité.

La sous-notification des cas de tuberculose chez l'enfant et l'adolescent est en grande partie liée à la difficulté de diagnostic bactériologique en partie liée à un accès insuffisant aux outils d'aide au diagnostic comme limité aux tests moléculaires rapides recommandés par l'OMS et la radiographie. De plus, il est noté une faible capacité de diagnostic par les prestataires de soins infantiles pour une application correcte des algorithmes.

De nouvelles lignes directrices portant sur la lutte contre la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent ont été lancées par l'OMS en 2022 (Module 5 : Prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent). A cet effet, les directives nationales de dépistage, prise en charge, prévention de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent en Mauritanie ont été mises à jour.

Le Ministère de la santé, à travers le Programme national de Lutte contre la Tuberculose et la Lèpre (PNLTL) compte renforcer la capacité des prestataires de services de soins infantiles (y compris les étudiants en médecine et ceux en formation paramédicale) sur les nouvelles directives nationales portant la tuberculose chez les enfants et les adolescents. C'est dans ce cadre que ce guide du facilitateur est mis en place pour la conduite des différentes sessions de formation qui seront déroulées dans le secteur sanitaire public, privé, universitaire et autres écoles supérieures de formation.

1. Objectifs de la formation

a. Objectif général

Renforcer la capacité des pédiatres, autres prestataires de soins infantiles et étudiants sur les directives nationales de prise en charge de la Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent en Mauritanie.

b. Objectifs spécifiques

- Partager avec les pédiatres, autres responsables de soins infantiles et étudiants les normes nationales de dépistage et de diagnostic de la tuberculose chez l'enfant et de l'adolescent
- Partager avec les pédiatres, autres responsables de soins infantiles et étudiants les normes nationales de traitement et de suivi des enfants et de l'adolescent atteints de tuberculose
- Partager avec les pédiatres, autres responsables de soins infantiles et étudiants les normes nationales de prévention de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent
- Renforcer la capacité des pédiatres et autres responsables de soins infantiles sur les outils du système d'information.

2. Cibles du cours

Il s'agit des prestataires impliqués dans l'offre de soins de santé aux enfants et adolescents âgés entre 0 et 19 ans, que soit dans une structure de santé publique ou privée. On peut citer parmi eux :

- Les pédiatres ;
- Les médecins généralistes ;
- Les infirmiers ;
- Les sage-femmes ;
- Les étudiants en médecine
- Les élèves des écoles de formation des infirmiers et de sage-femmes.

Les formateurs doivent adapter le contenu afin de répondre aux besoins de chaque groupe.

3. Destinataire du guide du formateur

Ce guide du formateur est élaboré à l'intention des formateurs nationaux sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent en Mauritanie.

La tâche du formateur est de fournir des explications, faire des démonstrations, répondre aux questions et généralement donner aux participants toute l'aide nécessaire pour compléter le cours.

Il est recommandé que chaque formation soit animée par deux ou trois formateurs.

4. Contenu du guide du formateur

Des diapositives sont annexées et constituent le support à utiliser par les facilitateurs lors des sessions de formation sur la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent.

Le cours est axé sur les démarches pratiques à adopter pour comprendre la problématique, la démarche diagnostique, la prise en charge, la prévention et les aspects programmatiques de la lutte contre la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent.

Des exercices pratiques sont proposés ainsi que des jeux de rôles.

Le cours est organisé en modules et chaque module comporte une section indiquant la durée approximative du module ainsi que son contenu. Le contenu dans son ensemble est conçu de sorte que chaque module soit complémentaire des autres.

5. Méthodes de formation utilisées

Le cours est axé sur une méthode andragogique, participative.

Chaque module précise la technique d'enseignement.

Les facilitateurs doivent susciter en permanence l'intérêt et la participation active des participants à travers des questions, des partages d'expériences ou d'anecdotes. Il est conseillé de poser des questions fréquemment aux participants pour maintenir l'attention et une participation active.

Pour une intégration dans les curricula de formation des étudiants, des travaux spécifiques seront tenus pour respecter le programme de formation et le quantum horaire. En attendant, des séminaires de formation pourront être organisés pour atteindre ces différentes cibles.

Les techniques utilisées sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 1. Les techniques de formation utilisées

Techniques	Descriptions
Brainstorming	<p>C'est une discussion dans laquelle le facilitateur pose des questions ouvertes pour susciter la réflexion et les réactions des participants sur un sujet donné.</p> <p>Le facilitateur note toutes les idées au tableau. Il fait la synthèse en faisant ressortir les éléments essentiels.</p>
Discussion en petits groupes	<p>C'est un échange d'idées, d'expériences entre les membres d'un groupe restreint (5 à 6 personnes) sur un sujet donné.</p>
Discussion en grands groupes	<p>Le formateur propose un sujet de discussion au groupe. La discussion permet de connaître les idées et les expériences des uns et des autres. Le facilitateur donne la parole aux participants et s'assure que tous participent. Il encourage les plus silencieux et veille à ce que les participants ne s'éloignent pas du sujet proposé. La discussion a l'avantage de faciliter la participation de tous les membres du groupe. Mais elle exige une bonne expérience de la part du facilitateur qui doit prévoir beaucoup de temps.</p>
Étude de cas	<p>C'est un travail de groupe qui consiste à exposer aux participants un cas qui se rapproche de la réalité et à leur demander de faire des propositions de résolution. Ensuite, chaque groupe va proposer sa solution et la démarche qu'il a suivie. Puis en plénière, l'assemblée décidera de la meilleure approche.</p>
Jeu de rôle	<p>C'est une technique dirigée d'interaction entre les personnes qui utilisent un comportement réaliste dans des situations simulées ou imaginaires. Sa finalité est d'améliorer les capacités d'une personne à bien gérer une situation donnée.</p> <p>Un ou plusieurs participants sont invités à jouer une situation de la vie courante, sans une préparation préalable. A la fin, ils expliquent ce qu'ils ont ressenti. Le groupe les observe et les participants s'efforcent de dégager le lien entre le jeu et le problème étudié.</p>

Les participants seront encouragés à discuter et à poser des questions en toute liberté. Le **formateur doit rester toujours disponible** (même pendant les travaux de groupe) pour appuyer les participants.

L'interaction entre participants doit être fortement encouragée. S'il y a un participant difficile ou un participant qui participe peu, vous pouvez changer les dynamiques du groupe en demandant qu'ils changent de place après une pause ou entre les séances. Si les participants sont de différents niveaux, il faut veiller à ce que chaque participant puisse répondre et participer, car chaque personne a des connaissances et des expériences valables. Ne laissez pas les mêmes personnes toujours répondre aux questions ou servir de volontaires pour les jeux de rôles. Faites attention au respect d'égalité du genre dans les discussions entre les participants et veiller à la participation active des femmes et des participants issus des populations marginalisées.

La correction des études de cas doit donner l'opportunité aux participants de bien connaître leur progrès.

Au début de chaque journée, 30 minutes seront consacrées au résumé de la journée précédente. Il s'agit de mettre l'accent sur les points à retenir. Le sommaire sera fait par un ou deux participants et le formateur sera le modérateur.

À la fin de chaque module des **études de cas** sont proposées. Celles-ci présentent des scénarios pratiques portant sur la cascade de soins de la TB chez les enfants et les adolescents.

A la fin de chaque journée de formation, 15 minutes seront consacrées à **l'évaluation de la journée** à travers le remplissage d'un questionnaire.

Les formateurs dédieront 45 à 60 minutes à la fin de la journée pour lire les questionnaires d'évaluation et pour se préparer à la journée suivante.

6. Considérations générales

La formation sera adaptée par les formateurs en fonction des exigences des participants. Si les objectifs pour un module sont déjà atteints, revoir rapidement le contenu de la séance de formation et consacrer plutôt le temps aux méthodes/problèmes de mise en œuvre.

Les documents suivants seront remis aux participants au début de la formation :

- 1.** Guide de prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent au Mauritanie 2023
- 2.** Manuel du participant de la formation sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent au Mauritanie.

Un certificat de participation à la formation sera remis aux participants à la fin de la formation.

7. Préparation de la formation

1. Les formateurs doivent se rencontrer au moins dix jours avant la formation pour faire le point de l'état d'avancement de la préparation de la formation et pour la mise à jour du programme de formation.
2. Le matériel nécessaire (diapositives, outils pour les exercices) doit être disponible plusieurs jours avant la formation. S'assurer de ne rien laisser pour la veille de l'ouverture, mais préparer tout à l'avance.
3. Les présentations sur diapositives doivent utiliser un texte assez grand et limiter la quantité de texte.
4. Il faut au préalable visiter la salle, organiser le rangement des tables et des chaises. Le but est de faciliter la participation des participants. La figure 1 montre deux exemples pour la préparation de la salle en cas de séances plutôt didactiques et de travaux de groupe.
5. Tout le matériel et les supports doivent être disponibles dans la salle le jour avant la formation.
6. Les affiches murales (tableau 2) doivent être affichées dans la salle pour servir de référence.

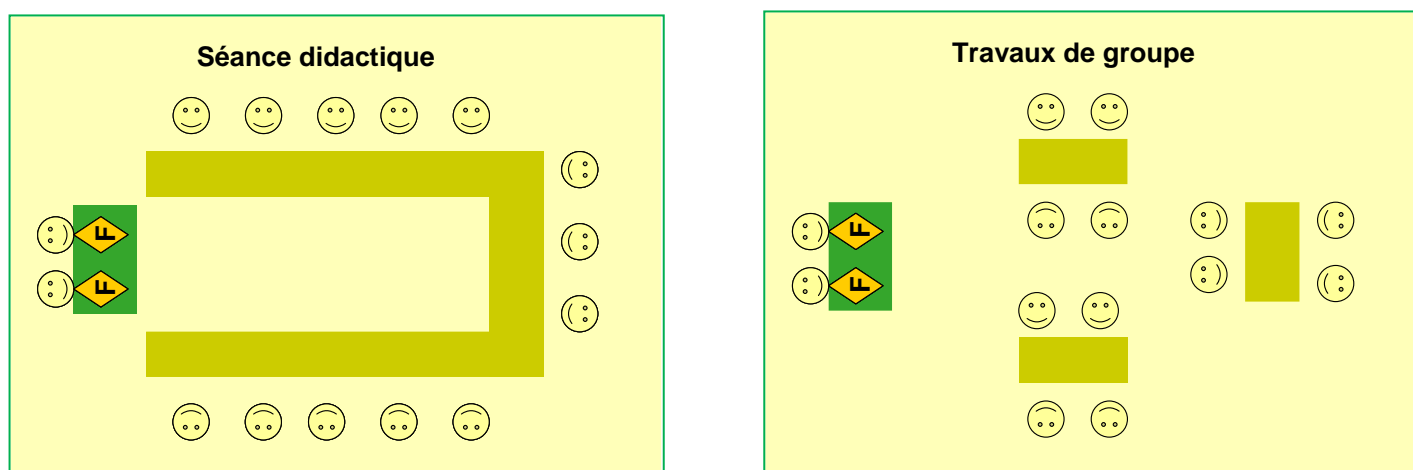


Figure 1. Exemples de disposition de la salle de formation

Tableau 2. Affiches murales à préparer et à afficher dans la salle de formation

AFFICHE	CONTENU	REFERENCE ET OBSERVATIONS
1	Attentes et préoccupations. Qu'est-ce que j'espère tirer de ce programme de formation ? Mes préoccupations avant ma participation à ce programme et mes préoccupations en ce moment	Cette affiche sera élaborée par le groupe avant le début des modules
2	Normes	Cette affiche sera élaborée par le groupe avant le début des modules
3	Recommandations	Cette affiche sera élaborée par le groupe avant le début des modules

Tableau 3. Liste de contrôle à l'intention des facilitateurs

v	Activités	Notes
	Confirmer la date de la formation	
	Confirmer la liste des participants	
	Prendre les dispositions nécessaires pour l'hébergement et le transport des participants (le cas échéant).	
	Confirmer la participation des autres facilitateurs et les thèmes qu'ils traiteront.	
	Prendre les dispositions nécessaires pour le déjeuner et les pauses café.	
	S'assurer que le matériel et les fournitures nécessaires sont disponibles.	
	Confirmer la disponibilité d'un vidéoprojecteur pour la formation.	
	Confirmer la disponibilité d'un tableau à feuilles mobiles (flipchart).	
	Photocopier tous les documents à distribuer et les placer dans des chemises / classeurs.	
	Préparer tous les jeux de rôle, les travaux de groupe	
	Prendre les dispositions nécessaires pour rendre disponibles les guides techniques et les manuels du participant pour tous les participants	
	Imprimer les certificats de participation et le faire signer par l'Autorité compétente	

II. Agenda de la formation

Cette formation a une durée de 3 jours. Elle se compose de 12 modules. L'agenda proposé peut être partiellement modifié selon les exigences des participants.

Module 1. Introduction à la formation sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent en Mauritanie.

Module 2. Épidémiologie et généralités de la tuberculose chez l'enfant et de l'adolescent

Module 3. Directives pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant et de l'adolescent

Module 4. Directives pour le traitement de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent

Module 5. Prévention de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent

Module 6. Gestion de l'association tuberculose et malnutrition de l'enfant et de l'adolescent

Module 7. Gestion des enfants et adolescents coinfectés TB/VIH

Module 8. Tuberculose pharmacorésistante de l'enfant et de l'adolescent

Module 9. Prise en charge de la maladie post-tuberculeuse de l'enfant et de l'adolescent

Module 10 Approche intégré centré sur le patient

Module 11 Rôle des agents de santé dans la prise en charge de la TB de l'enfant et de l'adolescent

Module 12. Suivi Évaluation

À la fin de chaque module, des études de cas sont proposées. Celles-ci présentent des scénarii pratiques portant sur la cascade de soins de la TB chez les enfants et les adolescents.

Il convient de préciser que le format modulaire peut être utilisé pour une formation ciblée en fonction des lacunes identifiées le long de la cascade de soins de la TB chez les enfants et les adolescents, à différents niveaux de fourniture de services.

- Horaire	- Thèmes	- Intervenant
J1		
9H 00 - 10 H 00	<ul style="list-style-type: none"> - Module 1 : Introduction <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture ▪ Présentation des participants ▪ Pré test ▪ Présentation de l'agenda ▪ Présentation des objectifs de l'atelier 	/Ministère
10 H 00 - 10 H 40	- Module 2 : Épidémiologie de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent	Facilitateur 1
10 H 40 - 11 H 00	<ul style="list-style-type: none"> - Travaux de groupe - Restitutions et discussions 	Tous
11 H 00 - 11 H 15	Pause-café	
11 H 15 - 12 H 00	- Module 3 : Diagnostic de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent	Facilitateur 2
12 H 00 - 12 H 45	<ul style="list-style-type: none"> - Travaux de groupe - Restitutions et discussions 	Tous
12 H 45 - 13 H 30	- Module 3 - Bis : Diagnostic de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent	Facilitateur 1
13 H 30 - 14 H 30	Pause déjeuner	
14 H 30 - 15 H 15	<ul style="list-style-type: none"> - Travaux de groupe - Restitutions et discussions 	Facilitateur 2
15 H 15 - 16 H 00	- Module 4 : Traitement de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent	Facilitateur 1
16 H 00 - 16 H 30	<ul style="list-style-type: none"> - Travaux de groupe - Restitutions et discussions 	Tous
J2		
09 H 00 - 09 H 10	- Lecture et validation rapport J1	Rapporteur
09 H 10 - 09 H 50	- Module 5 : Prévention de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent	Facilitateur 1
09 H 50 - 10 H 30	<ul style="list-style-type: none"> - Travaux de groupe - Restitution et discussions 	Tous
10 H 30 - 11 H 30	- Module 6 : Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent et malnutrition	Facilitateur 2
11 H 30 - 11 H 45	Pause-café	
11 H 45 - 12 H 30	- Module 7 : Tuberculose et VIH de l'enfant et de l'adolescent	Facilitateur 1
12 H 30 - 13 H 00	- Discussion	Tous
13 H 00 - 13 H 45	- Module 8 : Tuberculose multi-résistante de l'enfant et de l'adolescent	Facilitateur 2

III. Test de connaissances

Pré-Test Post-Test

Identification _____ Date _____

(3 lettres suivi de 2 Chiffres)

Catégorie : Médecin Infirmier Agent TB Staff Labo Autre agent de santé

Temps alloué : **30 minutes**

Questions

Les réponses correctes sont indiquées en rouge.

1. Veuillez indiquer si les affirmations suivantes sont Vraies (V) ou Faussees (F) :

- (a) On parle d'exposition à la TB lorsqu'un enfant ou un adolescent passe du temps en contact avec une personne présentant une TB maladie **Vrai**
- (b) On parle d'infection TB latente lorsqu'un enfant ou un adolescent développe des signes et symptômes de TB maladie active dus à la présence de bactéries TB dans les poumons ou ailleurs **Faux**
- (c) On parle de TB maladie lorsque les bactéries de la TB s'établissent dans le corps après une exposition, mais que l'enfant ou l'adolescent reste en bonne santé, sans symptômes et signes **Faux**
- (d) Toutes les personnes ayant une infection tuberculeuse développeront la maladie **Faux**
- (e) Les enfants développent essentiellement une maladie primaire avec atteinte ganglionnaire, tandis que les adolescents développent souvent une maladie secondaire « de type adulte » après réactivation **Vrai**

2. Veuillez indiquer si les affirmations suivantes sont Vraies (V) ou Faussees (F) :

- (a) L'historique des contacts n'est pas un outil diagnostique important chez les enfants avec TB suspectée **Faux**
- (b) Le risque d'infection TB chez les enfants augmente dans les régions où le VIH est endémique **Vrai**
- (c) La majorité des cas de TB chez les enfants et les adolescents sont des TB extra-pulmonaires **Faux**
- (d) La vaccination néonatale par le BCG possède une efficacité protectrice limitée contre la TB chez les enfants **Vrai**
- (e) Les adolescents développent essentiellement une TB secondaire (de type adulte) après réactivation d'une TB latente **Vrai**

3. Veuillez indiquer si les affirmations suivantes sont Vraies (V) ou Faussees (F) :

- (a) Le diagnostic de TB peut être réalisé avec confiance chez la majorité des enfants par une évaluation clinique rigoureuse **Vrai**
- (b) La TB chez les adolescents est généralement diagnostiquée cliniquement **Faux**

- (c) Un test bactériologique négatif pour la TB chez les enfants écarte une TB active **Faux**
- (d) La CXR est un outil utile pour le diagnostic de TB **Vrai**
- (e) Il n'est pas nécessaire de réaliser un test de dépistage du VIH chez les enfants et les adolescents atteints de TB **Faux**
- (f) Il n'est pas nécessaire d'obtenir un échantillon pour confirmation bactériologique de la TB chez les enfants **Faux**

4. Veuillez indiquer si les affirmations suivantes sont Vraies (V) ou Faussees (F) : Lesquels des échantillons suivants sont recommandés pour le TDMRO :

- Expectorations **Vrai**
- Liquide gastrique **Vrai**
- Produit d'aspiration nasopharyngée **Vrai**
- Selles **Vrai**
- LCR **Vrai**
- Produit d'aspiration ou biopsie de ganglion lymphatique **Vrai**
- Liquide pleural, péricardique, péritonéal ou synovial **Vrai**
- Urines **Vrai**

5. Les affirmations suivantes concernant le test LF LAM sont vraies, sauf

- (a) **Le LF LAM est recommandé chez les enfants et les adolescents présentant une TB présumée quel que soit le statut VIH**
- (b) Le LF LAM est recommandé chez les enfants et les adolescents vivant avec le VIH présentant une maladie à VIH de stade avancé ou gravement malades
- (c) Le LF LAM est recommandé chez les enfants et les adolescents présentant un faible taux de CD4 < 200 cellules/mm³ (avec ou sans TB présumée)

6. Le protocole suivant est recommandé pour le traitement des enfants avec méningite TB

- (a) 2RHZ/4RH
- (b) 2RHZE/4RH
- (c) 2RHZE/10RH**
- (d) 2SRHZE/1RHZE/5RH
- (e) 2RHZE/6EH

7. Veuillez indiquer si les affirmations suivantes sont Vraies (V) ou Faussees (F) : La tuberculose non sévère est définie comme suit :

- Tuberculose des ganglions lymphatiques périphériques ; **Vrai**
- Tuberculose des ganglions lymphatiques intrathoraciques sans obstruction des voies respiratoires ; **Vrai**
- Épanchement pleural tuberculeux non compliqué **Vrai**
- Ou maladie pauci bacillaire, non cavitaire, limitée à un seul lobe des poumons et sans aspect miliaire. **Vrai**

8. Veuillez indiquer si les affirmations suivantes sont Vraies (V) ou Faussees (F) : Dans les situations suivantes le traitement de 4 mois ne peut pas être envisagé :

- Terrain VIH positif **Faux**
- Enfant de moins de 5 ans **Faux**
- Tuberculose miliaire **Vrai**
- Patient pauci bacillaire **Faux**
- Patient malnutri **Faux**

9. Veuillez indiquer si les affirmations suivantes sont Vraies (V) ou Faussees (F) :

- (a) L'essai de traitement de la TB peut être utilisé comme outil diagnostique **Faux**
- (b) Tous les enfants et les adolescents recevant un traitement de la TB doivent être enregistrés et déclarés à la **Vrai**
- (c) Les médicaments de première ligne de la TB sont généralement bien tolérés chez les enfants et les adolescents **Vrai**
- (d) L'éthambutol ne peut pas être utilisé chez les enfants avec TB **Faux**
- (e) La posologie des médicaments contre la TB est établie en fonction de l'âge **Faux**
- (f) La streptomycine est recommandée dans le cadre du traitement de première ligne de la TB chez les enfants et les adolescents **Faux**
- (g) Les enfants pesant moins de 24 kg sont de préférence traités au moyen de formulations à dose fixe dispersibles adaptées aux enfants **Vrai**
- (h) La radiographie thoracique est recommandée en routine pour surveiller les enfants et les adolescents recevant un traitement de la TB **Faux**

10. Les propositions suivantes sont des protocoles pouvant être utilisés pour le traitement préventif de la TB chez les enfants et les adolescents

- (a) 6H
- (b) 3RH
- (c) 3HP
- (d) 1 HP
- (e) 4RH
- (f) a, b, c et d**
- (g) Tout ce qui précède

11. Veuillez indiquer si les affirmations suivantes sont Vraies (V) ou Faussees (F) :

- (a) Le traitement de la TB conduit à de meilleurs résultats chez les enfants et les adolescents présentant une co-infection TB/VIH que chez ceux sans VIH **Faux**
- (b) Il convient d'instaurer un traitement ARV et CPT chez les enfants et les adolescents présentant une co-infection TB/VIH, quels que soient les taux de CD4 **Vrai**
- (c) Les enfants infectés par le VIH ont un risque plus faible de TB maladie sévère **Faux**

- (d) Les visites de suivi de la TB et du VIH chez un patient co-infecté par la TB et le VIH doivent être planifiées séparément **Faux**

12. Veuillez indiquer si les affirmations suivantes sont Vraies (V) ou Faussees (F) :

- (a) On entend par TB-MR une TB maladie causée par une souche de *Mycobacteria tuberculosis* qui est résistante à la fois à la rifampicine et à l'isoniazide **Vrai**
- (b) Le tableau clinique de la TB PR est généralement différent de celui de la TB pharmacosensible **Faux**
- (c) L'approche du diagnostic de la TB-MR chez les enfants est similaire à celle de la TB pharmacosensible **Vrai**
- (d) Un test de laboratoire négatif chez des enfants n'écarte pas une TB PR **Faux**
- (e) Les enfants et les adolescents avec TB-MR doivent recevoir de préférence un traitement entièrement oral, c'est-à-dire sans formulations injectables **Vrai**

13. Asha est une petite fille de 6 ans se présentant dans votre clinique 4 mois après le démarrage d'un traitement contre la tuberculose. L'état d'Asha s'est amélioré rapidement après le début du traitement. Elle se sent bien et elle a pris du poids. Sa mère vous indique qu'elle n'a pas pu prendre ses médicaments depuis 7 jours en raison des récentes inondations qui ont obligé la famille à déménager loin de la clinique et des personnels de santé de la communauté. Parmi les propositions suivantes, quelle est la prochaine étape la plus appropriée pour sa prise en charge ?

- (a) **Poursuivre le traitement en cours**
- (b) Recommander à la mère d'Asha de la tester de nouveau et de redémarrer le traitement
- (c) Hospitaliser Asha pour évaluer la pharmacorésistance
- (d) Changer le traitement d'Asha pour éviter le développement d'une résistance

14. Parmi les propositions suivantes, quelle est la population qui devrait recevoir un traitement préventif de la TB ?

- (a) Sujets positifs pour le VIH qui sont négatifs au dépistage basé sur les symptômes de TB
- (b) Adultes positifs pour le VIH avec contact TB ET sans symptômes de TB
- (c) Enfants positifs pour le VIH avec contact TB ET sans symptômes de TB
- (d) Enfants de moins de 5 ans avec contact TB ET sans symptômes de TB
- (e) **Tout ce qui précède**

IV. MODULES



Module 1. Introduction à la formation sur la prise en charge de la Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent au Mauritanie.

Objectifs :

A la fin de ce module, les participants doivent être capables de :

1. Faire connaissance et créer un climat détendu et favorable à l'apprentissage.
2. Connaître les attentes et préoccupations des participants.
3. Connaître les objectifs de la formation.
4. Pré-Test



Durée : 90 minutes



Matériel requis : Tableau à feuilles mobiles (flip chart), vidéoprojecteur, ordinateur portable, feuilles blanches A4, notes autocollantes de plusieurs couleurs, marqueurs, scotch.



Bienvenue	Mot de bienvenue de l'autorité qui accueille la formation Mot de bienvenue de la
Présentation des formateurs et des participants	Les formateurs se présentent en donnant aux participants nom, prénoms, numéro de téléphone, adresse e-mail. Présentation des participants Inviter les participants à se présenter. Ils devraient inclure les informations suivantes (écrit sur papier padex comme aide-memoire) : <ul style="list-style-type: none">• Nom et prénoms• Structure• Fonction• Nombre d'années d'expérience dans la lutte contre la tuberculose
Attentes et préoccupations	Expliquez au groupe qu'il est toujours bon que les facilitateurs sachent quelles sont les attentes et les préoccupations du groupe et qu'ils reviennent sur ces attentes et préoccupations à la fin de l'atelier. 1. Prendre deux feuilles de flipchart, l'un avec pour titre « Attentes » et l'autre avec pour titre « Préoccupations ». Collez les deux feuilles au mur afin que tous puissent le voir durant toute la formation.

	<p>2. Distribuer des notes autocollantes de deux couleurs aux participants et demander à chacun d’y écrire une attente sur une note autocollante d’une couleur et une préoccupation sur une note autocollante d’une autre couleur.</p> <p>3. Demander aux participants de coller leurs notes sur le tableau « Attentes et Préoccupations». Les facilitateurs pourront donner l’exemple en y collant en premier leurs notes.</p> <p>4. Demander à un volontaire de lire à haute voix les attentes et à un autre les préoccupations.</p> <p><u>Feedback et discussion</u></p> <p>1. Une fois que chacun a exprimé une attente et une préoccupation, faites des commentaires sur celles-ci. Si parmi les attentes il y en a qui dépassent le cadre de l’atelier, vous devriez indiquer ceci aussitôt. Vous pouvez également essayer de rassurer les participants au sujet de leurs préoccupations.</p> <p>2. Demandez à chacun de se rappeler ses attentes et ses préoccupations de manière à ce que les participants puissent les réexaminer ensemble à la fin de l’atelier.</p>
<p>Objectifs de la formation</p>	<p>Donner une brève introduction du contenu qui sera couvert par la formation. Présenter l’agenda de formation. Distribuer aux participants le guide des participants, le guide technique TB et leur expliquer comment les utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme outils de base pour suivre chaque activité de la formation. - Comme documents de référence pendant leur pratique quotidienne. <p>Demander à un participant de lire les objectifs de la formation (page X du guide des participants).</p>
<p>Normes et dispositions administratives</p>	<p>Un sentiment de sécurité est vital pour un climat propice à l’apprentissage. Il se peut que certains participants viennent à la formation avec peu d’expérience ou une bonne expérience sur la tuberculose, le VIH ou la coïnfection tuberculose/VIH (TB/VIH). Il est important que ces participants se sentent en sécurité pour pouvoir prendre des risques dans l’apprentissage et le partage de leurs expériences avec les autres.</p> <p>Les règles de base contribuent à mettre en place un cadre sécurisant et propice à l’accomplissement des tâches.</p> <p>Voici quelques exemples de règles de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Commencer à l’heure ✓ Participer activement ✓ Laisser à chacun le temps de parler ✓ Ne pas interrompre ✓ Rester concentré sur le sujet ✓ Éteindre les téléphones portables, éviter des interruptions ✓ Faire des mises en train ✓ Accepter tous les commentaires (Aucun commentaire n’est stupide) ✓ Montrer du respect pour les idées de chacun.

Module 2. Épidémiologie et généralités de la tuberculose chez l'enfant et de l'adolescent

Objectifs :

A la fin de ce module, les participants doivent être capables de :

1. Présenter la situation de la tuberculose dans le monde et au Mauritanie
2. Connaître les particularités épidémiologiques de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent
3. Connaître les facteurs de risque de l'infection et de la tuberculose maladie
4. Comprendre les applications pratiques de l'histoire naturelle de la tuberculose dans la lutte contre la maladie



Durée : 90 minutes



Matériel requis : Tableau à feuilles mobiles (flip chart), vidéoprojecteur, ordinateur portable, feuilles blanches A4, marqueurs, scotch.



Discussion : Pratiques spécifiques du contexte	Quelles sont les difficultés de la prise en charge de la TB de l'enfant et de l'adolescent dans votre contexte ? De quelle manière sont-elles prises en compte dans la politique et les lignes directrices nationales ? Pouvez-vous citer quelques facteurs de risque de TB de l'enfant et de l'adolescent chez les patients que vous avez déjà pris en charge ?
Exposé	Diapositives : Module 2
Étude de cas (15 mn)	Demandez aux participants de se répartir en groupes de 4 à 5 participants et de travailler sur l'Étude de cas 1. Chaque groupe doit identifier une personne qui présentera ses réponses après la discussion. Étude de cas 1 : <i>Karisa est une enfant de 10 mois négative pour le VIH amenée en consultation au centre de santé en raison d'une toux, d'une fièvre et d'une faible prise de poids. Elle vit avec ses parents et ses cinq frères et sœurs dans une maison de deux pièces avec une fenêtre, qui est souvent fermée, et une source d'eau extérieure. Elle dort dans le même lit que ses parents. La mère de Karisa a récemment commencé un traitement pour une TB pulmonaire confirmée bactériologiquement. Avant qu'elle commence son traitement, elle toussait fréquemment, y compris alors qu'elle portait et allaitait Karisa. La famille de Karisa vit dans une communauté fortement touchée par la TB. À l'évaluation clinique, elle présente des signes de maladie sévère : essoufflement, fièvre, sous-</i>

	<p><i>poids, et une TB miliaire lui est diagnostiquée après radiographie thoracique. Elle n'a pas de cicatrice de BCG.</i></p> <p>Quels étaient les facteurs augmentant les risques d'exposition à la TB et d'infection de Karisa ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cas index présente une TB pulmonaire confirmée bactériologiquement - Contact étroit et fréquent avec le cas index qui est la mère de l'enfant et partage la chambre à coucher - Logement surpeuplé - Vie dans une région endémique pour la TB - Mauvaise ventilation <p>Quels étaient les facteurs augmentant les risques de TB maladie de Karisa ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeune âge - Exposition récente à la TB - Malnutrition <p>Quels étaient les facteurs de risque augmentant la probabilité de TB maladie sévère de Karisa ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeune âge - Absence de BCG <p>Quelle intervention critique n'a pas été réalisée au moment où la TB a été diagnostiquée chez la mère de Karisa ? Qu'auriez-vous fait différemment ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traçage des contacts TB - Recherche des symptômes de TB chez les contacts de la mère de Karisa, incluant Karisa, ses frères et sœurs et son père - Démarrer un traitement préventif de la TB chez Karisa si elle n'a pas de symptômes de TB ou l'orienter vers un niveau de soins supérieur pour évaluation si elle a des symptômes de TB - Informer les participants que la recherche des contacts TB sera examinée en détail dans le module 4
--	--



Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Module 3. Directives pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant et de l'adolescent

Objectifs :

A la fin de ce module, les participants doivent être capables de :

1. Connaître les présentations cliniques les plus fréquentes dans la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent ;
2. Connaître les différents outils diagnostiques utilisés chez l'enfant et l'adolescent ;
3. Savoir utiliser l'algorithme de diagnostic de la tuberculose chez l'enfant du Mauritanie.



Durée : 80 minutes (Module 3) et 50 minutes (module 3 bis)



Matériel requis : Tableau à feuilles mobiles (flip chart), vidéoprojecteur, ordinateur portable, algorithmes A et B, marqueurs, scotch.



Discussion : Pratiques spécifiques du contexte	<ul style="list-style-type: none">▪ Comment les enfants et les adolescents à risque ou atteints de TB sont-ils identifiés dans votre centre de soins ? Effectuez-vous un dépistage de routine ? Si oui, de quelle manière ?▪ Qui effectue généralement le diagnostic ?▪ Quelles sont les moyens disponibles pour diagnostiquer les enfants et les adolescents atteints de TB ?▪ Dans votre contexte, quels obstacles pouvez-vous identifier qui rendent le diagnostic de TB difficile chez les enfants ?
Exposé	Diapositives : Module 3 et Module 3 bis
Étude de cas	<p>Demandez aux participants de se répartir en groupes de 5 à 6 personnes et attribuer à chaque groupe un des études de cas ci-dessous compris dans le manuel du participant . Chaque groupe doit identifier une personne qui présentera ses réponses après la discussion.</p> <p>Remarque : Chaque cas comporte différents éléments qui sont abordés dans les différentes sections et s'accumulent afin de favoriser l'acquisition de compétences dans les tâches requises pour le diagnostic de TB.</p> <p>Étude de cas 2 :</p>

Manzi est un petit garçon âgé de 3 ans. Il a été amené par sa mère dans le centre de soins où vous travaillez. Il tousse, il a de la fièvre et sa respiration est rapide.

1. Quelles informations supplémentaires vous aideraient dans la prise en charge de Manzi?

- Durée de la toux ; difficultés à respirer associées
- Durée de la fièvre ; convulsions associées
- Historique de perte d'appétit
- Perte de poids
- Historique d'activité réduite
- Historique de contact TB ou de toux chronique
- Statut VIH

2. *La mère de Manzi confirme que la toux et la fièvre durent depuis une semaine. Il n'a pas perdu de poids. Il a été en contact avec une personne (voisin) atteinte de TB (bien que cela ne soit pas récent.*

Énumérez les éléments de l'examen clinique que vous privilégieriez

Observations générales

- Température
- Fréquence respiratoire

Évaluation de la croissance

- Poids (à comparer aux précédentes mesures et à tracer sur la fiche de santé pédiatrique, si elle est disponible)

Examen clinique

- Respiratoire (bruits respiratoires, bruits additionnels)
- Tête/Cou – Augmentation de volume des ganglions lymphatiques

Justifiez vos réponses

Présence de symptômes respiratoires

À l'examen clinique, Manzi a une température élevée (39,2 °C), il respire plutôt vite (50/min), il présente de légères rétractions subcostales et des râles crépitants à la base du poumon gauche. Il a de petits ganglions lymphatiques dans le cou. Il pèse 14 kg.

Tracez le poids de Manzi sur la fiche de santé pédiatrique et décrivez la tendance

- Prise de poids raisonnable

Quelle est la probabilité que Manzi ait une TB ?

- Possibles *Symptômes*
 - Manzi présente quelques symptômes qui pourraient suggérer une TB d'apparition assez subite, mais ces

symptômes pourraient également indiquer une pneumonie.

Facteurs de risque

- Jeune âge
- Il est possible qu'il ait été en contact avec la TB, mais pas de manière proche ou prolongée.

Examen

- Respiration rapide
- Râles crépitants

Décrivez les étapes suivantes et justifiez vos réponses

Utilisez l'algorithme recommandé pour guider la discussion

- Test du VIH – Négatif
- Utiliser l'algorithme clinique pour guider la prise en charge de l'enfant dans le centre de soins
 - Services de TST, CXR, recueil d'échantillon non disponibles dans le centre de soins et qui nécessiteraient l'orientation de l'enfant vers un niveau de soins supérieur
- Traiter pour une pneumonie et le revoir au bout de deux semaines

Étude de cas 3 :

Ahiya est une petite fille âgée de 2 ans et 2 mois. Elle a été amenée à la clinique par sa mère. Ahiya est venue à la clinique deux semaines plus tôt et a reçu une cure d'amoxicilline pour sa toux persistante. Pourtant, son état ne s'est pas amélioré.

1. Quelles informations supplémentaires vous aideraient dans la prise en charge d'Ahiya ?

- Historique de difficultés à respirer associées
 - Historique et durée de la fièvre ; convulsions associées
 - Historique de perte d'appétit
 - Perte de poids
 - Historique d'activité réduite

Historique de contact TB ou de toux chronique – Statut VIH

Énumérez les éléments de l'examen clinique que vous privilégieriez

Observations générales

- Température
- Fréquence respiratoire

Évaluation de la croissance

- Poids (à comparer aux précédentes mesures et à tracer sur la fiche de santé pédiatrique, si elle est disponible)

Examen clinique

- Respiratoire (bruits respiratoires, bruits additionnels)

- Tête/Cou – Augmentation de volume des ganglions lymphatiques

Justifiez vos réponses

- Présence de symptômes respiratoires

La mère d’Ahiya indique que la toux s’aggrave et dure depuis 6 semaines. Elle a de la fièvre de manière récurrente depuis aussi longtemps. Elle mange moins et ses vêtements sont devenus trop grands. Une TB a été diagnostiquée à sa baby-sitter il y a 3 mois, mais elle ne reste plus avec la famille. Malgré ces symptômes, elle joue avec ses frères et sœurs.

À l’examen, Ahiya a l’air en bonne santé, sa température est de 38,5 °C, ses ganglions lymphatiques ne sont pas gonflés et elle pèse 13 kg. Le RR est de 38/min, bruits respiratoires normaux avec râles crépitants

Tracez son poids sur la fiche de santé pédiatrique et décrivez la tendance

- Ahiya a perdu du poids récemment

Quelle est la probabilité qu’Ahiya ait une TB ?

- Probable *Symptômes*
 - Toux persistante (sans amélioration sous antibiothérapie)
 - Fièvre persistante (sans amélioration sous antibiothérapie)
 - Perte de poids

Facteurs de risque

- Jeune âge
- Historique de contact TB *Examen*
- Température élevée
- Perte de poids

Décrivez les étapes suivantes et justifiez vos réponses *Utilisez l’algorithme recommandé pour guider la discussion*

- Test du VIH – Négatif
- Utiliser l’algorithme recommandé pour le diagnostic clinique de la TB chez les enfants afin de guider la prise en charge de l’enfant dans le centre de soins
 - Services de TST, CXR, recueil d’échantillon non disponibles dans la clinique et qui nécessiteraient l’orientation de l’enfant vers un niveau de soins supérieur
- Traiter pour une TB et l’enregistrer auprès du programme national de lutte contre la TB

Étude de cas 4 :

Saka un petit garçon âgé de 8 mois. Il a été amené à l’hôpital dans un état grave, avec une baisse du niveau de conscience, des convulsions et

une fièvre. Un traitement antipaludéen avait été instauré avant le début des convulsions.

Quelles informations supplémentaires vous aideraient dans la prise en charge de Saka ?

- Durée de la fièvre
- Historique et durée de la toux ; difficultés à respirer associées
- Durée des convulsions ; s'agit-il de convulsions index
- Historique de perte d'appétit
- Perte de poids
- Historique d'activité réduite avant les convulsions
- Historique de contact TB ou de toux chronique
- Statut VIH

Saka a également une toux légère et il a perdu du poids. Sa mère est traitée pour une TB et indique qu'elle n'a manqué aucune dose.

Énumérez les éléments de l'examen clinique que vous privilégieriez

Observations générales

- Température
- Fréquence respiratoire

Évaluation de la croissance

- Poids (à comparer aux précédentes mesures et à tracer sur la fiche de santé pédiatrique, si elle est disponible)

Examen clinique

- Respiratoire (bruits respiratoires, bruits additionnels)
- Neurologique (niveau de conscience, raideur de la nuque, convulsions)
- Tête/Cou – Augmentation de volume des ganglions lymphatiques

Justifiez vos réponses

- Présence de symptômes neurologiques et respiratoires

À l'examen, Saka répond à une stimulation douloureuse. Sa température est de 38,1 °C. Sa tête et son cou sont arqués vers l'arrière. Sa fontanelle est bombée. Pas de ganglions lymphatiques palpables. Bruits respiratoires normaux avec respiration superficielle et rapide (50/min)

Quelle est la probabilité que Saka ait une TB ?

- Probable Symptômes

- Suggérant une méningite avec un historique de contact TB
(convulsions, diminution du niveau de conscience)
 - Toux
 - Fièvre
- Facteurs de risque (TB maladie sévère)
- Jeune âge
 - Historique de contact TB Examen
 - Signes de méningite
 - Température élevée

Décrivez les étapes suivantes et justifiez vos réponses

Utilisez l’algorithme recommandé pour guider la discussion

- Réaliser les tests suivants s'ils sont disponibles
 - Test de dépistage du VIH – Positif (risque de TB maladie sévère)
 - Rx
 - LF-LAM urinaire
 - Aspiration gastrique (Xpert MTB/RIF)
 - Analyse du LCR o afin de rechercher des signes d’infection o Xpert MTB/RIF
- Algorithme recommandé pour le diagnostic clinique de la TB chez les enfants afin de guider la prise en charge – Démarrer un traitement de la TB
- Traiter pour une TB et l’enregistrer auprès du programme national de lutte contre la TB

Étude de cas 5 :

Abdoul est un petit garçon âgé de 7 ans. Il a été amené dans le centre de soins où vous travaillez avec un gonflement du côté gauche du cou. Son père est inquiet car le gonflement continue de grossir.

Quelles informations supplémentaires vous aideraient dans la prise en charge d’Abdoul ?

- Durée de gonflement
- Historique et durée de la toux ; difficultés à respirer associées
- Historique et durée de la fièvre
- Historique de perte d'appétit
- Perte de poids
- Historique de contact TB ou de toux chronique – Statut VIH

Le gonflement est présent depuis 4 semaines et son volume augmente, mais il pense qu’Abdoul n’a pas mal car il est enjoué. Il ne tousse pas et n’a pas de fièvre. Il n’a pas eu de rhume ni mal à la gorge par le passé. Le gonflement n’est pas associé à un écoulement de liquide. Son père a

eu la TB l'année dernière, mais il a terminé son traitement et il va nettement mieux.

Énumérez les éléments de l'examen clinique que vous privilégieriez
Observations générales

- Température
- Fréquence respiratoire

Évaluation de la croissance

Poids (à comparer aux mesures précédentes, si elles sont disponibles)

Examen clinique

Tête/Cou

Augmentation de volume des ganglions lymphatiques (taille, sensibilité, consistance)

Justifiez vos réponses

Présence d'un gonflement dans le cou

À l'examen, Abdoul a l'air en bonne santé et sa température est de 37 °C. Il a une masse dure du côté gauche du cou, qui mesure 3 x 2 cm, sans écoulement. Aucun signe d'infection de l'oreille, de la bouche ou du cuir chevelu. Le RR est de 24/min, bruits respiratoires normaux. Abdoul a été vu à la clinique six mois plus tôt, il pesait 15 kg. Il pèse maintenant 16 kg.

Comment décririez-vous la tendance de son poids ? -

Il n'a pas perdu de poids.

Quelle est la probabilité qu'Abdoul ait une TB ?

- Probable Symptômes
 - Gonflement indolore d'un côté du cou avec historique de contact TB
 - Facteurs de risque
 - Historique de contact TB Examen
 - Augmentation importante de volume des ganglions lymphatiques

Décrivez les étapes suivantes et justifiez vos réponses

Utilisez l'algorithme recommandé pour guider la discussion

- Test du VIH – négatif
- Utiliser l'algorithme clinique pour guider la prise en charge de l'enfant dans le centre de soins
 - Il est probable que le centre de soins ne dispose pas de personnel de santé compétent en matière d'aspiration ganglionnaire

- L'IDRt et la Rx ne sont pas disponibles dans le centre et nécessiteraient l'orientation de l'enfant vers un niveau de soins supérieur

Traiter pour une TB et l'enregistrer auprès du programme national de lutte contre la TB

Etudes de cas 6

Paul est un jeune homme âgé de 15 ans qui s'est présenté à la clinique communautaire en raison d'une toux. Il est inquiet car sa toux est associée à des expectorations comportant des traces de sang.

Quelles informations supplémentaires vous aideraient dans la prise en charge de Paul ?

- Durée de la toux ; difficultés à respirer associées, douleur thoracique, hémoptysie
- Historique et durée de la fièvre
- Historique de perte d'appétit
- Perte de poids
- Transpiration excessive – Statut VIH

Paul tousse et a de la fièvre le soir depuis 3 semaines. Il transpire beaucoup la nuit. Il a perdu poids et a dû resserrer sa ceinture.

Énumérez les éléments de l'examen clinique que vous privilégieriez

Observations générales –

- Température
- Fréquence respiratoire

Évaluation de la croissance

- Poids (à comparer aux mesures précédentes)

Examen clinique

- Respiratoire (bruits respiratoires, bruits additionnels)
- Tête/Cou – Augmentation de volume des ganglions lymphatiques

Justifiez vos réponses

- Présence de symptômes respiratoires

À l'examen, Paul a l'air malade, sa température est de 37,9 °C. Il n'a pas de ganglions lymphatiques palpables. Il a un rythme respiratoire normal, mais des signes de consolidation lobaire.

Quelle est la probabilité que Paul ait une TB ?

- Probable Symptômes
 - Toux depuis 3 semaines
 - Fièvre persistante (le soir) depuis 3 semaines
 - Transpiration excessive

	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids <p>Facteurs de risque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescent <p>Examen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Température élevée • Consolidation lobaire <p>Décrivez les étapes suivantes et justifiez votre réponse <i>Utilisez l’algorithme recommandé pour guider la discussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test du VIH - Microscopie de crachat - Si disponible, réaliser <ul style="list-style-type: none"> • Xpert MTB/RIF <p>La CXR nécessiterait l’orientation vers un niveau de soins supérieur</p>
<p>Jeux de rôle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soignant - Personnel de santé - Observateur 	<p>Cas de TB non confirmée</p> <p><i>Le patient est âgé de 2 ans, présente un tableau clinique de TB (perte de poids, fièvre et toux depuis 3 semaines), mais il n’a pas d’historique de contact avec une personne atteinte de TB. Vous avez effectué une CXR suggérant une TB, mais n’avez pas pu réaliser de TST. Le diagnostic est donc une « TB probable ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Problèmes potentiels à résoudre :</i> • <i>Difficultés de confirmation bactériologique de la TB chez les enfants</i> • <i>Forte suspicion clinique chez les jeunes enfants, suffisante pour démarrer un traitement</i> • <i>Conséquences d’une TB non traitée vs. effets secondaires potentiels du traitement (risques vs. bénéfices)</i> <p><i>Communication avec les parents/soignants sur les risques vs. bénéfices, et comment répondre à leurs questions sur la raison pour laquelle le traitement est nécessaire si le diagnostic n’est pas confirmé</i></p> <p>Personnel de santé Conseillez le soignant d’un patient chez qui vous voulez démarrer un traitement de la TB</p> <p>Soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demandez au personnel de santé pourquoi un traitement est nécessaire si le diagnostic n’est pas confirmé. • Demander au personnel de santé d’expliquer les risques et les bénéfices du traitement. • Réfléchir à ce que vous ressentez à la suite de vos échanges avec le personnel de santé Avez-vous compris tout ce qui vous a été dit ? Avez-vous des questions restées sans réponse ? <p>Observateur</p>

Module 4. Directives pour le traitement de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent

Objectifs :

A la fin de ce module, les participants doivent être capables de :

1. Connaître les principes du traitement antituberculeux chez l'enfant et chez l'adolescent
2. Utiliser les protocoles thérapeutiques appliquées pour le traitement de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent au Mauritanie.
3. Connaître les points clés dans le suivi de l'enfant et de l'adolescent sous traitement antituberculeux



Durée : 75 minutes



Matériel requis : Tableau à feuilles mobiles (flip chart), vidéoprojecteur, ordinateur portable, marqueurs, scotch.



Discussion : Pratiques spécifiques du contexte	<ul style="list-style-type: none">▪ Parmi les enfants et les adolescents chez qui une TB a été diagnostiquée au dernier trimestre, quelle est la proportion ayant démarré un traitement de la TB ?▪ Y a-t-il des situations dans lesquelles les enfants et les adolescents chez qui une TB est diagnostiquée ne démarrent pas un traitement de la TB ? Comment cet aspect peut-il être géré ?▪ Quelles sont les formulations de traitement d'association à dose fixe disponibles dans votre programme ?
Exposé	Diapositives : Module 4
Étude de cas	<p>Demandez aux participants de se répartir en groupes de 5 à 6 personnes et attribuer à chaque groupe un des études de cas ci-dessous compris dans le manuel du participant. Chaque groupe doit identifier une personne qui présentera ses réponses après la discussion.</p> <p>Remarque : Chaque cas comporte différents éléments qui sont abordés dans les différentes sections et s'accumulent afin de favoriser l'acquisition de compétences dans les tâches requises pour le diagnostic de TB</p> <p>Étude de cas 3 : <i>Ahiya est une petite fille âgée de 2 ans et 2 mois. Elle a été amenée à la clinique par sa mère. Ahiya est venue à la clinique deux semaines plus tôt et a reçu une cure d'amoxicilline pour sa toux persistante. Pourtant, son état ne s'est pas amélioré. La mère d'Ahiya indique que la toux</i></p>

s'aggrave et dure depuis 6 semaines. Elle a de la fièvre de manière récurrente depuis aussi longtemps. Elle mange moins et ses vêtements sont devenus trop grands. Une TB a été diagnostiquée à sa baby-sitter il y a 3 mois, mais elle ne reste plus avec la famille. Malgré ces symptômes, elle joue avec ses frères et sœurs.

À l'examen, Ahiya a l'air en bonne santé, sa température est de 38,5 °C, ses ganglions lymphatiques ne sont pas gonflés et elle pèse 13 kg. Le RR est de 38/min, bruits respiratoires normaux avec râles crépitants. Le test du VIH est négatif.

Une TB lui est diagnostiquée cliniquement.

1. Quelles sont les étapes suivantes ?

- Éduquer le soignant et lui fournir des conseils
- Instaurer un traitement de la TB
- Identifier le protocole de traitement de la TB
- Établir les posologies
- Compléter la fiche de traitement de la TB du patient
- Mettre à jour le registre des cas de TB dans l'unité de gestion de base
- Délivrer des médicaments contre la TB, avec une éducation du soignant sur la posologie et la fréquence
- Indiquer au soignant quand il doit revenir
 - Introduire une discussion sur la recherche des contacts TB

Étude de cas 4

Saka un petit garçon âgé de 8 mois. Il a été amené à l'hôpital dans un état grave, avec une baisse du niveau de conscience, des convulsions et une fièvre. Un traitement antipaludéen avait été instauré avant le début des convulsions. Saka a également une toux légère et il a perdu du poids. Sa mère est traitée pour une TB et indique qu'elle n'a manqué aucune dose.

À l'examen, S.P. répond à une stimulation douloureuse. Sa température est de 38,1 °C. Sa tête et son cou sont arqués vers l'arrière. Sa fontanelle est complète. Pas de ganglions lymphatiques palpables. Bruits respiratoires normaux avec respiration superficielle et rapide (50/min).

Son test du VIH est positif et le test Xpert MTB/RIF sur un échantillon d'aspiration gastrique est positif (MTB détecté/sensible à RIF)

Quelles sont les étapes suivantes ?

- Admettre l'enfant
- Éduquer le soignant et lui fournir des conseils

- Vérifier le résultat Xpert positif afin de s'assurer qu'il n'est pas aussi positif pour la résistance à la rifampicine (RR)
- Instaurer un traitement de la TB
 - Identifier le protocole de traitement de la TB
 - Établir les posologies
 - Compléter la fiche de traitement de la TB du patient
- Mettre à jour le registre des cas de TB dans l'unité de gestion de base
- Délivrer des médicaments contre la TB, avec une éducation du soignant sur la posologie et la fréquence
- Fournir des soins TB/VIH appropriés (des détails seront fournis dans le module 5)
 - Introduire une discussion sur la recherche des contacts TB

Étude de cas 5

Abdoul est un petit garçon âgé de 7 ans. Il a été amené dans le centre de soins où vous travaillez avec un gonflement du côté gauche du cou. Son père est inquiet car le gonflement est présent depuis 4 semaines et son volume augmente, mais il pense qu'Abdoul n'a pas mal car il est enjoué. Il ne tousse pas et n'a pas de fièvre. Il n'a pas eu de rhume ni mal à la gorge par le passé. Le gonflement n'est pas associé à un écoulement de liquide. Son père a eu la TB l'année dernière, mais il a terminé son traitement et il va nettement mieux.

À l'examen, Abdoul a l'air en bonne santé et sa température est de 37 °C. Il a une masse dure du côté gauche du cou, qui mesure 3 x 2 cm, sans écoulement. Aucun signe d'infection de l'oreille, de la bouche ou du cuir chevelu. Le RR est de 24/min, bruits respiratoires normaux. Abdoul a été vu à la clinique six mois plus tôt, il pesait 15 kg. Il pèse maintenant 16 kg.

Le test du VIH est négatif. Une TB lui est diagnostiquée cliniquement.

Quelles sont les étapes suivantes ?

- Éduquer le soignant et le patient et leur fournir des conseils
- Instaurer un traitement de la TB
 - Identifier le protocole de traitement de la TB
 - Établir les posologies
 - Compléter la fiche de traitement de la TB du patient
- Mettre à jour le registre des cas de TB dans l'unité de gestion de base
- Délivrer des médicaments contre la TB, avec une éducation du soignant sur la posologie et la fréquence
- Indiquer au soignant et au patient quand ils doivent revenir
 - Introduire une discussion sur la recherche des contacts TB

Étude de cas 7

Paul est un jeune homme âgé de 15 ans qui s'est présenté à la clinique communautaire en raison d'une toux. Il est inquiet car sa toux est

	<p><i>associée à des expectorations comportant des traces de sang. Paul tousse et a de la fièvre le soir depuis 3 semaines. Il transpire beaucoup la nuit. Il a perdu poids et a dû resserrer sa ceinture.</i></p> <p><i>À l'examen, Paul a l'air malade, sa température est de 37,9 °C. Il n'a pas de ganglions lymphatiques palpables. Il a un rythme respiratoire normal, mais des signes de consolidation lobaire.</i></p> <p><i>Le test du VIH est négatif et la microscopie de frottis de crachat est positive</i></p> <p>Quelles sont les étapes suivantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réfléchir à l'envoi d'un échantillon pour test de pharmacosensibilité conformément aux lignes directrices nationales (Xpert MTB/RIF ou culture et DST) - Éduquer le patient et lui fournir des conseils - Instaurer un traitement de la TB <p>Identifier le protocole de traitement de la TB</p> <p>Établir les posologies</p> <p>Compléter la fiche de traitement de la TB du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour le registre des cas de TB dans l'unité de gestion de base - Délivrer des médicaments contre la TB, avec une éducation du soignant sur la posologie et la fréquence - Indiquer au patient quand il doit revenir <ul style="list-style-type: none"> - Introduire une discussion sur la recherche des contacts TB
<p>Jeux de rôle</p>	<p><i>Utiliser l'étude de cas 7</i></p> <p><i>Problèmes potentiels à résoudre :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Éducation et fourniture de conseils au patient, y compris pour le test du VIH (si nécessaire)</i> • <i>Communication avec le patient et les soignants sur les risques vs. bénéfiques, et comment répondre à leurs questions sur ce qui justifie le traitement</i> • <i>Montrer aux soignants comment utiliser les formulations dispersibles</i> • <i>Faire participer l'adolescent à l'établissement d'un plan de traitement</i> • <i>Respect du traitement de la TB, y compris soutien au traitement ou observation de l'administration</i> • <i>Mise à jour de la fiche de traitement de la TB</i> • <i>Introduire le concept de recherche des contacts</i> • <i>Fournir des conseils, portant notamment sur le suivi scolaire et le travail, ainsi qu'un soutien/une communication approprié(e) selon les besoins</i> • <i>Fournir des conseils concernant les comportements à risque, comme ne pas fumer ou arrêter la cigarette ou le cannabis</i>

Module 5. Prévention de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent

Objectifs :

A la fin de ce module, les participants doivent être capables de :

1. Connaître la définition des cas contacts et leur gestion
2. Connaître les indications du traitement préventif
3. Connaître les mesures de contrôle de l'infection dans les ménages et dans les structures de santé
4. Connaître l'importance du BCG et son rôle dans la protection contre les formes graves de TB



Durée : 80 minutes



Matériel requis : Tableau à feuilles mobiles (flip chart), vidéoprojecteur, ordinateur portable, marqueurs, scotch.



<p>Discussion : Pratiques spécifiques du contexte (20 mn)</p>	<p>BCG :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La vaccination par le BCG fait-elle partie des stratégies de prévention de la TB dans votre contexte ?▪ À quel âge le vaccin BCG est-il généralement administré ?▪ Quelle est la couverture par le vaccin BCG dans votre contexte ?▪ Quelles sont les difficultés à l'accès à la vaccination par le BCG ?▪ Quelle est la politique vaccinale par le BCG en lien avec le VIH dans votre contexte ? <p>Gestion des cas :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Comment les contacts proches de patients atteints de TB sont-ils actuellement identifiés dans votre contexte ? Utilisez-vous un modèle actif ou passif de traçage des contacts ? Les contacts sont-ils identifiés au niveau du foyer (contacts familiaux), ou seulement par des questions posées au cas atteint de TB ? Et comment vous assurez-vous actuellement que tous les contacts sont informés et soumis à un dépistage de la TB ?▪ Existe-t-il dans votre contexte des lignes directrices claires pour expliquer les rôles et les responsabilités concernant le traçage, le dépistage et le suivi des enfants contacts TB ? Votre établissement dispose-t-il d'un personnel dédié à la recherche et à l'examen des contacts familiaux ?▪ Quelle est la définition d'un contact familial dans votre contexte ? Est-il fréquent que de plusieurs familles non liées partagent une maison ou une parcelle de terrain ? Et si cela est fréquent, des
--	--

	<p>questions sont-elles posées pour identifier les enfants ayant pu être en contact étroit avec le cas, en dehors de la famille immédiate ?</p> <p>Thérapie préventive :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les contacts éligibles au traitement préventif de la TB ? Quels sont les traitements préventifs de la TB utilisés dans votre contexte ? ▪ Comment la prise en charge des contacts et le traitement préventif de la TB sont-ils documentés dans votre contexte ? Des outils structurés sont-ils en place pour enregistrer le nombre de contacts identifiés chez les enfants et ayant fait l'objet d'un dépistage de la TB ? Avez-vous des registres pour noter et surveiller les traitements préventifs administrés aux contacts identifiés chez les enfants, incluant des données sur l'achèvement du TPT ? ▪ Comment ce processus de prise en charge des contacts et de traitement préventif de la TB est-il surveillé et déclaré ? Existe-t-il des indicateurs programmatiques de mise en œuvre ? ▪ Les cas de TB-MR chez les adultes ou les adolescents sont-ils nombreux dans votre contexte ? Y a-t-il des lignes directrices concernant la prise en charge des enfants exposés à la TB-MR ? <p>Contrôle de l'infection</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des mesures basiques de contrôle de l'infection sont-elles appliquées dans les centres de soins de votre région et si oui, quelles sont-elles ? Quels sont les établissements ou environnements cliniques considérés comme des lieux où les enfants pourraient avoir un risque élevé d'exposition à la TB ? Discutez d'abord de la manière dont les patients et leurs enfants sont protégés, puis de la manière dont les personnels de santé sont protégés. ▪ Quels sont les enfants avec TB devant être hospitalisés qui présentent un risque particulier de transmettre la TB à d'autres enfants dans le service hospitalier ? Que faites-vous pour réduire ce risque ? ▪ Une mère atteinte de TB a un nouveau-né malade devant être hospitalisé. Comment réduisez-vous le risque que cette mère transmette la TB à d'autres nourrissons malades quand elle s'occupe de son bébé ? ▪ Les patients atteints de TB sont-ils informés des principes basiques de contrôle de l'infection qu'ils pourraient appliquer chez eux ? Existe-t-il des opportunités (par exemple, visites à domicile) de renforcer les messages concernant le contrôle de l'infection et d'éduquer l'ensemble du foyer ?
Exposé	Diapositives :Module 5
Étude de cas	Demandez aux participants de se répartir en groupes de 5 à 6 personnes et attribuer à chaque groupe un des études de cas ci-

dessous compris dans le manuel du participant . Chaque groupe doit identifier une personne qui présentera ses réponses après la discussion.

Remarque : Chaque cas comporte différents éléments qui sont abordés dans les différentes sections et s'accumulent afin de favoriser l'acquisition de compétences dans les tâches requises pour le diagnostic de TB

Opportunité manquée de prévention de la TB (et du VIH)

Saka un petit garçon âgé de 8 mois. Il a été amené à l'hôpital dans un état grave, avec une baisse du niveau de conscience, des convulsions et une fièvre. Un traitement antipaludéen avait été instauré avant le début des convulsions. Saka a également une toux légère et il a perdu du poids. Sa mère est traitée pour une TB et indique qu'elle n'a manqué aucune dose.

À l'examen, Saka répond à une stimulation douloureuse. Sa température est de 38,1 °C. Sa tête et son cou sont arqués vers l'arrière. Sa fontanelle est complète. Pas de ganglions lymphatiques palpables. Aucune cicatrice de BCG visible. Bruits respiratoires normaux avec respiration superficielle et rapide (50/min). Le test du VIH est positif. Son test LF-LAM urinaire est positif et le test Xpert MTB/RIF sur un échantillon d'aspiration gastrique est positif (MTB détecté/sensible à RIF).

Une méningite TB lui est diagnostiquée et un traitement de la TB est démarré.

Identifiez les opportunités manquées possibles de prévention de la TB

- (i) A-t-il reçu une vaccination par le BCG lorsqu'il était nouveau né ?
- (ii) Recherche des contacts TB lorsqu'une TB a été diagnostiquée chez la mère
- (iii) TPT à titre préventif ou diagnostic précoce de TB pour Saka
 - Saka a un risque élevé de TB infection, maladie et maladie sévère
 - Le BCG et le TPT peuvent tous deux réduire le risque de maladie et de maladie disséminée

Identifiez les opportunités manquées possibles de prévention du VIH

- (i) Test de dépistage du VIH chez la mère dans la période anténatale
- (ii) Fournitures de services de PTME

Dépistage de contacts

Paul est un jeune homme âgé de 15 ans qui s'est présenté à la clinique communautaire car il tousse et il a de la fièvre le soir depuis 3

Module 7. Gestion des enfants et adolescents co-infectés TB/VIH

Objectifs :

A la fin de ce module, les participants doivent être capables de :

1. Comprendre l'impact du VIH sur l'épidémiologie, le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent ;
2. Connaître les autres causes de maladies pulmonaires chez les enfants et les adolescents vivants avec le VIH
3. Connaître l'approche diagnostique et la gestion de la tuberculose chez l'enfant co-infecté TB/HIV.



Durée : 75 minutes



Matériel requis : Tableau à feuilles mobiles (flip chart), vidéoprojecteur, ordinateur portable, marqueurs, scotch.



Discussion : Pratiques spécifiques du contexte	<ul style="list-style-type: none">• Les services de lutte contre la TB et le VIH sont-ils intégrés dans votre contexte ? Dans quelle mesure les services sont-ils intégrés ? Veuillez fournir des exemples d'intégration. (Possibilités : mêmes agents de santé proposant les deux services ou services assurés à différents niveaux de soins, c'est-à-dire VIH au niveau de l'hôpital et TB au niveau des soins primaires)• Quelle est l'approche diagnostique de la TB pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH dans votre contexte ?• Qu'est-ce qui est fait dans votre contexte si vous diagnostiquez le VIH et la TB au même moment chez un enfant ou un adolescent ? Quand démarrez-vous le traitement du VIH ?• Comment les enfants ou les adolescents présentant une co-infection par TB/VIH sont-ils suivis dans votre contexte ?
Exposé	Diapositives :Module 7
Étude de cas	<p>Etude de cas 4 :</p> <p><i>Saka un petit garçon âgé de 8 mois. Il a été amené à l'hôpital dans un état grave, avec une baisse du niveau de conscience, des convulsions et une fièvre. Un traitement antipaludéen avait été instauré avant le début des convulsions. Saka a également une toux légère et il a perdu du poids. Sa mère est traitée pour une TB et indique qu'elle n'a manqué aucune dose.</i></p> <p><i>À l'examen, Saka répond à une stimulation douloureuse. Sa température est de 38,1 °C. Sa tête et son cou sont arqués vers</i></p>

l'arrière. Sa fontanelle est complète. Pas de ganglions lymphatiques palpables. Bruits respiratoires normaux avec respiration superficielle et rapide (50/min)

Le test du VIH est positif. Son test LF-LAM urinaire est positif et le test Xpert MTB/RIF sur un échantillon d'aspiration gastrique est positif (MTB détecté/sensible à RIF). Une TB maladie lui est diagnostiquée et un traitement est démarré.

Quelles sont les étapes suivantes :

Admettre l'enfant

Éduquer le soignant et lui fournir des conseils

Vérifier le résultat Xpert positif afin de s'assurer qu'il n'est pas aussi positif pour la résistance à la rifampicine (RR)

Instaurer un traitement de la TB

- Identifier le protocole de traitement de la TB
- Établir les posologies

Compléter la fiche de traitement de la TB du patient

Traitement adjuvant – stéroïdes – pour améliorer les résultats

Mettre à jour le registre des cas de TB dans l'unité de gestion de base

Délivrer des médicaments contre la TB, avec une éducation du soignant sur la posologie et la fréquence

Fournir des conseils et préparer la mère pour l'instauration du traitement ARV

- Confirmer le statut VIH de la mère
- Instaurer un traitement ARV chez l'enfant dès que possible, dans les deux semaines, conformément aux lignes directrices

Démarrer un traitement ARV chez la mère, conformément aux lignes directrices

Fournir un soutien clinique en cas d'altération du niveau de conscience de l'enfant

Dépistage des contacts chez les autres membres du foyer

Etudes de cas 6 :

Odette est une fillette âgée de 11 ans, qui a été amenée au centre de soins avec de la fièvre depuis deux semaines. Elle reçoit également un traitement non précisé, qu'elle prend chaque jour pour stimuler son immunité. Odette a une toux légère depuis la même durée. Elle a peu d'appétit et a perdu du poids. Odette indique qu'elle a démarré son traitement multivitaminique il y a 4 mois. Elle vous montre ses flacons vides de « multivitamines » et vous constatez qu'elle est sous antirétroviraux et que cela ne lui a jamais été dit.

À l'examen, Odette a l'air malade, elle est décharnée et pèse 20 kg. Sa température est normale. Elle possède des ganglions lymphatiques cervicaux et axillaires palpables.

Module 8. Tuberculose pharmacorésistante de l'enfant et de l'adolescent

Objectifs :

A la fin de ce module, les participants doivent être capables de :

1. Connaître les définitions de la TB résistante
2. Connaître les groupes cibles pour le dépistage de la TB-MR
3. Avoir des informations sur la prise en charge de la TB/MR au Mauritanie.



Durée : 85 minutes



Matériel requis : Tableau à feuilles mobiles (flip chart), vidéoprojecteur, ordinateur portable, marqueurs, scotch.



Discussion : Pratiques spécifiques du contexte (15 mn)	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Avez-vous un programme de prise en charge de la TB-MR dans votre pays ?</i>▪ <i>Si oui, le programme relatif à la TB-MR répond-il aux besoins des enfants et des adolescents ?</i>▪ <i>À quel niveau la TB-MR est-elle prise en charge ?</i>▪ <i>Comment les enfants atteints ou à risque de TB-MR sont-ils identifiés ?</i>▪ <i>Comment les enfants avec TB-MR sont-ils pris en charge ?</i>▪ <i>La recommande-t-il un traitement préventif de la TB pour les contacts TB-MR sans TB active ?</i>
Exposé	Diapositives : Module 8
Étude de cas	<p>Études de cas 8</p> <p><i>Sofia est une fillette âgée de 2 ans ayant débuté un traitement de première ligne de la TB sur une base clinique. Elle revient pour sa visite de suivi à 3 mois et elle tousse toujours. Elle n'a pas pris de poids depuis le début du traitement.</i></p> <p><i>Quelles informations supplémentaires vous aideraient dans la prise en charge de Sofia ?</i></p> <ul style="list-style-type: none">- A-t-elle pris son traitement (observance) ?- Facteurs de risque de TB-MR<ul style="list-style-type: none">• Absence d'amélioration malgré une bonne observance du traitement de la TB de première ligne après 2 à 3 mois de traitement (si IRIS non envisagé)• Contact avec un patient présentant une TB PR connue ou présumée

- Contact avec un patient chez qui le traitement de la TB a échoué ou décédé au cours du traitement

Énumérez les éléments de l'examen clinique que vous privilégieriez

Justifiez vos réponses

Observations générales

- Température
- Fréquence respiratoire
- Effort respiratoire accru

Évaluation de la croissance

- Poids, à comparer aux précédentes mesures et à tracer sur la fiche de santé pédiatrique, si elle est disponible

Examen clinique

- Respiratoire (bruits respiratoires, bruits additionnels)
- Tête/Cou – Augmentation de volume des ganglions lymphatiques

Décrivez les étapes suivantes et justifiez vos réponses

Essayer d'en savoir plus sur le traitement MR que l'oncle a reçu et s'il a répondu au traitement de seconde ligne

Orienter l'enfant vers un niveau de soins supérieur pour évaluation et prise en charge

- Recueil d'échantillon (pouvant nécessiter une aspiration gastrique, un prélèvement de selles) pour Xpert MTB/RIF, culture et test de pharmacosensibilité
- CXR
- Peut nécessiter un traitement de la TB-MR

Étude de cas 11

Patel est un petit garçon âgé de 5 ans. Il a été amené à la clinique par sa mère, car il est moins enjoué depuis au moins un mois. Il a également une toux légère depuis 2 semaines, qui ne s'améliore pas. Sa mère indique qu'un deuxième épisode de TB a récemment été diagnostiqué à son père.

Quelles informations supplémentaires vous aideraient dans la prise en charge de Patel ?

- Risque de TB-MR
 - Tout historique de traitement antérieur (en particulier au cours des 12 mois précédents)
 - Contact avec son père qui est retraité pour la TB : une TBMR a-t-elle été diagnostiquée au père ? Quel traitement le père reçoit-il et pour combien de temps ? Son état s'améliore-t-il ?

*Énumérez les éléments de l'examen clinique que vous privilégieriez
Justifiez vos réponses*

Observations générales

- Température
- Fréquence respiratoire et effort respiratoire

Évaluation de la croissance

- Poids, à comparer aux précédentes mesures et à tracer sur la fiche de santé pédiatrique, si elle est disponible

Examen clinique

- Respiratoire (bruits respiratoires, bruits additionnels)
- Tête/Cou – Augmentation de volume des ganglions lymphatiques

Décrivez les étapes suivantes et justifiez vos réponses

Détails du protocole de retraitement actuel du patient et informations sur l'efficacité de ce protocole

Orienter l'enfant vers un niveau de soins supérieur pour évaluation et prise en charge

- Recueil d'échantillon pour Xpert MTB/RIF, culture et test de pharmacosensibilité
- CXR

Étude de cas 12

Nixon est un homme âgé de 62 ans sous traitement pour une TB-MR.

L'équipe de son centre de soins a prévu une visite à domicile pour évaluer les symptômes de TB chez ses contacts familiaux. Nixon vit avec sa femme, 3 enfants (30 ans, 27 ans, 20 ans) et 2 petits-enfants (8 ans et 3 ans).

Comment vous y prendriez-vous pour évaluer ses contacts familiaux ?

- Recherche des symptômes chez les contacts familiaux
 - Prioriser les groupes à haut risque – enfants
- Orienter les contacts ayant des symptômes de TB vers le centre de traitement de la TB-MR pour une évaluation plus approfondie
 - Recueil d'échantillon pour Xpert MTB/RIF, culture et test de pharmacosensibilité
 - CXR
- Éducation sanitaire sur la prévention des infections au sein du foyer
 - Hygiène respiratoire, en particulier pendant l'allaitement
 - Ventilation
 - Logement

Module 12. Gestion de l'information- Suivi et Évaluation

Objectifs :

A la fin de ce module, les participants doivent être capables de :

1. Faire connaissance et créer un climat détendu et favorable à l'apprentissage.
2. Connaître les attentes et préoccupations des participants.
3. Connaître les objectifs de la formation.
4. Pré-Test



Durée : 90 minutes



Matériel requis : Tableau à feuilles mobiles (flip chart), vidéoprojecteur, ordinateur portable, feuilles blanches A4, notes autocollantes de plusieurs couleurs, marqueurs, scotch.



Discussion : Pratiques spécifiques du contexte	
Exposé	Diapositives : Module 12
Étude de cas	



Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b. La fiche d'évaluation de la formation

Nous vous remercions à l'avance de bien vouloir nous faire part de votre évaluation honnête et complète de cet atelier de formation. N'hésitez pas à formuler des commentaires.

1. Évaluez la qualité de la formation en cochant la case qui convient :

	Excellent	Bon	Passable	Médiocre
Facilitation				
Participation				
Environnement				
Outils (guide du participant, exercices, diapositives)				

2. Est-ce que vous pensez que cette formation va vous aider pour améliorer la détection de la TB dans votre formation sanitaire/ service ?

	Tout à fait	Oui	Dans l'ensemble	Pas vraiment

Commentaires :

3. Quel aspect de la formation avez-vous le plus apprécié ?

4. Quel aspect de la formation avez-vous le moins apprécié ?

c. Attestation de participation à la formation



logo

Certificat de participation

CE CERTIFICAT ATTESTE QUE

M. (Mme)

A PARTICIPÉ AVEC SUCCÈS

**L'ATELIER DE FORMATION DES PRESTATAIRES SUR LA PRISE EN CHARGE DE
LA TUBERCULOSE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT AU MALI**

DR
COORDONNATEUR DU PNLT

DATE