

Partenariat hospitalier 2008-2011 entre le CHU Cochin et le CHU de Kara (Togo)

Première mission du 11 au 22 mars 2008

Dr Pierre-Philippe Massault

La première mission du partenariat 2008-2011 entre les CHU Cochin et Kara s'est déroulée du 11 au 22 mars 2008. Il s'agit du deuxième partenariat conclu entre ces deux hôpitaux, une première collaboration avait permis le déroulement de 9 missions de 2000 à 2004.

Sur demande du ministère et contrairement au premier partenariat, les actions devaient être essentiellement ciblées sur la chirurgie et la gynécologie obstétrique. Sur le plan budgétaire, seuls 34 550 € ont été alloués au lieu des 50 000 attendus (hors montants valorisés des hôpitaux de Kara et de Cochin), ce qui devrait permettre d'effectuer une mission annuelle au minimum et d'accueillir deux stagiaires togolais par an à Cochin.

Le partenariat a été construit autour de trois thématiques transversales :

Hygiène et qualité hospitalière

Maintenance biomédicale, gestion des stocks et des dons

Formation pratique et enseignement en Chirurgie et Gynéco-obstétrique

La mission était composée de 7 professionnels de santé accompagnés d'une équipe de tournage vidéo de 2 personnes ayant leur financement propre.

Denis Bernard : anesthésiste-réanimateur

Lionel Charbit : chirurgien viscéral

Jean-Philippe Chouquer : technicien biomédical

Jean-Guillaume Féron : gynécologue obstétricien

Rémi Fournis : réalisateur

Valérie Garnier : cadre infirmier

Julien Lecluze : infirmier de bloc opératoire

Pierre-Philippe Massault : chirurgien viscéral, responsable du partenariat

Olivia Sales : assistante réalisatrice

L'équipe a été accueillie à Lomé par M. Agbato, directeur du CHU de Kara et le transfert à Kara a eu lieu le lendemain 12 mars.

Constat d'arrivée

La mission a donc véritablement commencé le 13 mars par une visite d'une partie de l'hôpital : Il y a eu manifestement un effort réalisé sur l'environnement et sur certains locaux comme les urgences et le service de radiologie qui ont été réhabilités. Les laboratoires restent limités techniquement en raison du manque de réactifs mais manifestement, ces services tournent. En radiologie, il est maintenant possible d'effectuer des examens radiologiques sans préparation et surtout des échographies.

La visite s'est poursuivie en maternité puis dans le secteur de chirurgie et de réanimation. Le bloc maternité est actuellement non utilisé et l'ensemble des interventions gynécologiques ou

obstétricales sont effectuées dans les blocs du bâtiment de chirurgie. Les locaux de la chirurgie sont restés en l'état depuis les dernières missions et sont donc plutôt dégradés.

L'impression générale des deux membres de l'équipe qui connaissaient déjà Kara et le service de chirurgie était plutôt vers le statu quo voire la dégradation plutôt que vers l'amélioration. L'hygiène, la disponibilité et l'état de l'équipement restent des problèmes majeurs :

En salle d'hospitalisation, les pansements ne sont pas refaits pendant plusieurs jours. La préparation cutanée de l'opéré n'est plus protocolisée. La plupart des matelas sont nus. L'accès à des toilettes fonctionnelles ne semble pas être possible pour les malades. Les heures de visite des familles ne sont pas respectées.

En réanimation, les locaux sont vétustes et sales. Les matelas sont nus. Il n'y a aucun matériel de surveillance ni d'oxygène et le poste de soins est totalement vide. Il n'y a aucun consommable d'avance. Il s'agit plus d'une salle de surveillance que d'une réanimation.

Dans les blocs, les procédures de nettoyage ne sont manifestement effectuées correctement qu'épisodiquement, en fonction des consommables de nettoyage disponibles. Les circuits propre-sale, mis en place lors du premier partenariat, ne sont plus respectés. La salle de lavage des mains des chirurgiens est toujours située au niveau de la stérilisation, où traîne du linge opératoire souillé. Les deux lavabos destinés au lavage des mains n'ont pas été rehaussés comme prévu et sont donc inutilisés. Les salles d'opération sont également vétustes et très mal équipées. Les deux respirateurs n'étaient pas fonctionnels le jour de notre arrivée et l'un a pu être utilisé grâce à une réparation ingénieuse du technicien biomédical qui a branché un compresseur d'air inutilisé. Les scialytiques sont en mauvais état et irréparables malgré l'apport d'ampoules de rechange. Il n'y a aucune réserve de consommables. Il n'y a pas d'inventaire du matériel chirurgical disponible et ce matériel est en mauvais état, parfois en doublons et inadapté dans de nombreuses situations. Les salles sont mal isolées avec de nombreux insectes volants. Enfin, de fréquentes coupures d'électricité surviennent avec un délai variable de mise en route du groupe électrogène.

Après la visite, il a été établi un programme opératoire prévisionnel pour la durée de la mission. Au décours de l'annonce de la venue d'une équipe médicale, de nombreux malades avaient consulté. La grande majorité avaient de volumineuses hernies de l'aine et quelques malades d'énormes goitres. Il n'y avait pas de pathologies digestives froides. Par contre, les missionnaires ont été frappés par le nombre de patients victimes de traumatismes qui nécessiteraient une prise en charge en orthopédie.

Il a été décidé de prendre en charge les goitres de façon à former le Dr Espoir et ses assistants. D'autres malades ont été pris en charge après la visite en salle, notamment un malade en péritonite depuis plusieurs jours qui n'avait aucune ressource et dont la prise en charge a été financée par le budget réservé par la mission pour l'achat de médicaments sur place. Un malade ayant un volumineux faux anévrisme post traumatique de l'artère fémorale a également été programmé.

Il faut naturellement garder à l'esprit la situation de pénurie de consommables, de médicaments et de matériel que doit à gérer quotidiennement le personnel soignant, notamment pour les malades sans ressources et cela explique certaines choses mais l'impression partagée par les médecins et cadre de l'équipe était l'existence manifeste d'un déficit d'encadrement du personnel, aussi bien sur le plan médical qu'administratif.

L'ambition de la mission était de pouvoir faire tourner plusieurs salles d'opération en même temps. Cela a été parfois possible mais dans des conditions de sécurité qui ont paru inacceptables au Dr Bernard. Il faut souligner que l'absence du Dr Mouzou, anesthésiste, normalement affecté à Kara et envoyé à Lomé, a rendu la gestion des interventions simultanées plus difficile. Il apparaît clairement que la présence d'un médecin anesthésiste est indispensable dans une structure aussi importante que l'hôpital de Kara qui ne peut pas raisonnablement s'appuyer sur la seule présence des assistants d'anesthésie. Il est regrettable que l'absence du Dr Mozou n'ait pas été signalée lors de la préparation de la mission qui aurait alors pu en tenir compte dans sa composition.

Activités

Hygiène et qualité

Ce versant a été essentiellement assuré par Valérie Garnier et Julien Lecluze (cf. rapports). Comme le laisse apparaître le constat d'arrivée, la situation est catastrophique en raison de l'absence totale d'approvisionnement régulier de consommables permettant au personnel d'assurer le minimum de soins d'hygiène. Grâce au matériel apporté, Mme Garnier a pu faire de nombreux soins de parois ou de plaies aussi bien en réanimation que dans les salles d'hospitalisation, en formant les infirmières et les gardes malades. En hospitalisation, l'accent a été mis sur l'importance de la préparation cutanée de l'opéré. Un enseignement théorique sur l'hygiène a également été effectué. L'absence de consommables n'explique pas tout. L'encadrement est insuffisant et l'application des procédures de soins n'est manifestement pas surveillée.

Au bloc opératoire, Julien Lecluze a progressivement revu avec les personnels du bloc la gestion de la salle avant, pendant et après l'intervention. La encore, la difficulté vient de l'absence d'approvisionnement d'une réserve de consommables destinée au respect des procédures d'hygiène de base. La maintenance du matériel chirurgical est aussi clairement insuffisante. Il n'y a pas d'inventaire du matériel. La plupart des instruments sont en mauvais état et certains sont en multiples exemplaires alors qu'il manque des instruments de base comme des ciseaux fins de dissection ou des pinces à disséquer correctes. Il est d'autre part regrettable que les deux chirurgiens ne puissent pas choisir en détail le matériel chirurgical lors d'acquisition. En effet, une boîte neuve de laparotomie venait d'être achetée et comportait des instruments déjà présents en multiples exemplaires dans le bloc. Les deux chirurgiens doivent absolument s'investir dans ce problème. Ils doivent pouvoir petit à petit obtenir une gamme de matériel convenable en établissant avec le surveillant du bloc un inventaire précis et une liste des instruments qu'ils désirent acquérir notamment à l'occasion de la réhabilitation prévue en chirurgie (Cf. infra). Il faut aussi un engagement significatif de la direction de l'hôpital dans ces deux domaines de la qualité et de l'hygiène, notamment en stimulant et en dirigeant un comité d'hygiène chargé d'établir et surtout de faire appliquer les procédures de soins, ce qui suppose que le personnel ait à sa disposition du matériel pour travailler.

Maintenance biomédicale, gestion des stocks et des dons

Cet aspect de la mission est primordial. Dans le cadre de la maintenance, Jean Philippe Chouquer a pu intervenir sur de nombreux matériels, en particulier sur les respirateurs du bloc opératoire (cf. rapport). De la même façon que dans les secteurs de soins, les techniciens sont confrontés à un manque d'équipement notamment en terme d'outillage de base qui est absent ou déficient.

La gestion des stocks et des dons reste un problème. Il est extrêmement difficile d'accepter de ne pouvoir pas prendre un malade en charge lorsqu'il ne peut pas payer ses soins. Une structure de soins de l'importance de Kara devrait pouvoir faire face à ce type de situation et cela dépasse de loin les possibilités d'une action comme le partenariat. Toutefois, une gestion rigoureuse des dons et des stocks pourrait permettre probablement aux équipes de soins de prendre en charge une partie des situations d'urgence. La solution de "kits" par pathologie est intéressante. Le partenariat va apporter un certain volume de matériel et de consommables pendant quatre ans et il est important que le matériel restant après la mission soit mis à disposition des malades les plus démunis. Cela suppose un inventaire précis et une gestion rigoureuse du stock, de façon transparente et avec un responsable désigné. Il faut donc la aussi un engagement fort de la direction de l'hôpital dans ce domaine, en collaboration avec la pharmacie et l'aide sociale.

Formation pratique et enseignement en Chirurgie et Gynécobstétrique

Cette partie de la mission, proprement médicale, est probablement la plus attendue des personnels et des malades de Kara et la plus visible au décours de la mission. Au yeux des missionnaires issus d'un milieu hospitalo-universitaire, c'est aussi l'action la plus naturelle puisqu'il s'agit de soigner et d'enseigner mais l'esprit est surtout de pérenniser les acquis des deux premiers thèmes développés ci dessus afin de pouvoir travailler auprès des malades dans de bonnes conditions.

La mission pouvait travailler de façon quasi autonome grâce au matériel apporté. Il était d'autre part prévu un budget pour acheter sur place des médicaments et notamment les morphiniques, difficile à transporter. Il a ainsi été possible d'opérer 17 malades (cf. rapport Lionel Charbit).

La préparation en amont de l'arrivée de la mission revêt ici une importance particulière. Comme indiqué plus haut, il n'y avait pas de pathologie digestive froide et l'enseignement pratique et théorique a surtout porté sur la chirurgie des goîtres et des hernies. Le recrutement en amont de la mission pose problème au Dr Espoir qui a remarqué que lorsque la mission est annoncée, beaucoup de malades attendent sa venue ce qui entraîne une diminution d'activité pour l'hôpital. Cela entraîne également une longue liste d'attente avec de nombreux malades ne pouvant être pris en charge lors du déroulement de la mission.

Une partie de l'enseignement a été assuré par le Dr Bernard auprès des assistants d'anesthésie, aussi bien pour la réanimation que pour l'anesthésie. Un cours théorique sur la prise en charge de la douleur a complété l'enseignement auprès des malades

Gestion du partenariat

Lors de la mission, outre les nombreux entretiens avec M. Agbato, directeur du CHU, il a été possible d'avoir plusieurs entrevues et discussions avec divers acteurs du système de soins togolais.

Le Pr Ayité, président du comité de réhabilitation du CHU Kara, accompagné de plusieurs professeurs d'université et chefs de service de Lomé, était présent à Kara et a présenté les perspectives pour le CHU. Cette rencontre a été l'occasion de préciser les missions du partenariat et notamment leur focalisation dans les secteurs de chirurgie, réanimation et maternité. Le Pr Ayité a rappelé les efforts fournis pour le CHU Kara, aussi bien en termes de ressources humaines que d'équipement ou de réhabilitation et a exposé les doléances du CHU (cf. document Ayité). Les projets d'investissement pour Kara, notamment l'acquisition d'un scanner et d'une colonne de coeliochirurgie ont également été évoqués en posant la question

de l'action du partenariat dans ces domaines. Certaines de ces doléances pourront être probablement prises en compte dans la poursuite du partenariat comme l'accueil d'un radiologue à Cochin, l'intégration d'une action en traumatologie orthopédique dans les missions (point qui paraît absolument nécessaire après la réalisation de la première mission) ou la formation en coeliocirurgie qui est un objectif à plus long terme, peut être à développer à Lomé, mais en formant aussi les chirurgiens de Kara. L'aide au diagnostic en anatomopathologie est actuellement examinée par le Pr Benoit Terris, anatomopathologiste à Cochin et devrait pouvoir se réaliser.

Concernant les projets d'équipement, le Dr Massault a rappelé l'importance de la maintenance biomédicale pour ce type de matériel, notamment pour la colonne de coeliocirurgie, qui nécessite souvent un équipement en double ou triple pour pouvoir fonctionner régulièrement et a posé la question de la rentabilité de tels équipements sur un site comme Kara. En effet, la situation actuelle, brièvement exposée dans ce document, doit mener à une réflexion approfondie sur les priorités d'investissement à Kara, compte tenu des ressources de la population locale et des recettes actuelles de l'hôpital. L'accès aux soins d'urgence pour les plus démunis est, aux yeux des partenaires de Cochin, une priorité qui représente un investissement moindre que l'achat et surtout l'entretien d'équipements lourds et aura surtout un impact plus important en terme de santé publique. Il est également paradoxal que les doléances de Kara mentionnent l'aide au diagnostic biologique ou l'aide à l'équipement en orthopédie qui, la encore, représentent un investissement bien moindre et sûrement plus rentable que l'achat d'un scanner.

Les contacts avec l'Ambassade de France, tout d'abord à Kara avec le Dr Jean Charles Dubourg, conseiller santé, en compagnie de M. Agbato, puis à Lomé avec M. Olivier Boucher, chef du Service de Coopération et d'Action Culturelle, ont également permis de confirmer la prise en charge des billets d'avion pour les stagiaires togolais, point qui ne pose donc plus de problème financier et qui dépend donc uniquement de l'accord des autorités togolaises.

Enfin, grâce à l'aide du Dr Dubourg, un entretien avec le Directeur Général de la Santé, Dr Dogbe puis avec le Ministre de la Santé, Pr. Agba, a pu avoir lieu, et a permis de sensibiliser de nouveau les autorités de santé togolaises aux priorités à développer à Kara.

Perspectives pour la prochaine mission

Les dix jours passés sur le site de Kara ont permis d'établir un premier bilan et de dégager des perspectives, notamment lors d'une réunion tenue le 20 mars sous la direction de M. Agbato, en compagnie des médecins, des surveillants et des membres du personnel de l'hôpital. Cette entrevue a été l'occasion pour le personnel de Kara d'exprimer une autocritique constructive, notamment sur l'insuffisance de préparation de la mission. Les surveillants ont exprimé de nouveau leurs besoins, notamment en terme de consommables. Les deux chirurgiens ont également perçu l'importance d'un renforcement à terme des capacités d'organisation et du plateau technique pour espérer pouvoir élever le niveau de prestation. Le problème de la prise en charge des indigents a également été soulevé même s'il dépasse de loin les possibilités d'action du partenariat.

Les trois thématiques transversales doivent rester l'épine dorsale des missions futures. Plusieurs ajustements peuvent cependant être proposés et la plupart d'entre eux nécessiteront un engagement marqué et pérenne de la direction et de l'encadrement médical et infirmier, en dehors de la venue ou non des missionnaires.

L'hygiène et la qualité doivent être absolument améliorées et la tenue régulière d'un comité d'hygiène chargé d'établir et surtout de faire appliquer les procédures de soins doit être

organisée. Il faut, bien évidemment, que le personnel ait à sa disposition les consommables nécessaires, ce qui repose le problème des priorités à développer à Kara.

La maintenance biomédicale souffre aussi d'un manque de moyens. Le partenariat tachera de financer des outils pour les techniciens mais il faut clairement que ce service médico-technique soit pris en compte et doté de moyens pour assurer le succès de la réhabilitation prévue en chirurgie. L'inventaire des besoins relatifs au matériel déficient devra être plus précis pour optimiser l'action du technicien biomédical.

La gestion des stocks et des dons doit être organisée entre la pharmacie et les surveillants du bloc, de la réanimation et de l'hospitalisation. Les deux chirurgiens doivent également s'engager dans cette action et obtenir un inventaire précis du matériel et de son état.

La formation au bloc opératoire nécessite manifestement la présence de deux professionnels de santé en anesthésie afin que deux équipes puissent travailler simultanément afin de rentabiliser au maximum la durée limitée de la mission. Il faudra donc que deux anesthésistes ou un anesthésiste et une infirmière anesthésiste fassent partie de la mission. Il apparaît aussi indispensable qu'un chirurgien orthopédique soit présent, ce qui représente une modification importante par rapport au projet initial. Cela semble cependant possible sans alourdir le budget de la prochaine mission. En effet, l'apport pédagogique pratique en gynéco obstétrique attendu par le Dr Aboubakari lors de la première mission portait finalement surtout sur la chirurgie des cancers gynécologiques et notamment sur les curages ganglionnaires plutôt que sur la prise en charge obstétricale. Cette formation peut aussi être assurée par le chirurgien viscéral lors de la mission ce qui permettra de financer la venue d'un chirurgien orthopédiste.

Le développement de la coeliochirurgie dépend avant tout des décisions qui seront retenues pour le projet de réhabilitation. Ce domaine correspond cependant parfaitement à l'esprit et aux possibilités du partenariat. Plusieurs entretiens à ce sujet avec le Pr Ayité ont permis d'entrevoir les possibilités d'action, aussi bien en envoyant des stagiaires dans le service de Chirurgie ou de Gynécologie à Cochin ou en organisant des sessions de formation à Lomé qui concerneraient les chirurgiens de Kara et de Lomé mais aussi ceux d'autres centres de santé du pays. L'extension de cette formation est d'ailleurs souhaitée par le Dr Dubourg.

Enfin, il faut absolument préparer de façon plus efficace la prochaine mission. Coté Cochin, le problème du fret reste entier et s'il paraît possible de récupérer du matériel, notamment auprès de l'APHP, son acheminement à Lomé n'est pas budgétisé. Il a été cependant possible de dégager un surplus de la première mission ce qui laisse entrevoir des possibilités de financement supplémentaire. Côté togolais, la sélection des patients par les chirurgiens devra être optimisée de façon à pouvoir former au mieux les personnels du bloc. Il faudra aussi désigner les stagiaires qui pourront être accueillis à Cochin si possible avant le déroulement de la deuxième mission. Les entretiens avec M. Agbato et le Pr Ayité ont dégagé un consensus pour envoyer des personnels en contact quotidien avec les malades, par exemple un chirurgien et un assistant d'anesthésie.

Cette première mission a permis de faire un état des lieux mais aussi de travailler dans les trois domaines prévus et de prendre en charge 17 malades. Le constat d'arrivée peut paraître sévère mais il reflète malheureusement le dénuement et la pénurie auxquels font face quotidiennement les personnels de Kara. La réhabilitation prévue à Kara doit absolument intégrer ces problèmes de consommables pour espérer une amélioration de la qualité des soins de la population. Cela permettra aussi une meilleure rentabilité de la venue des missionnaires

car les personnels de Kara pourront ainsi pérenniser les acquis en travaillant régulièrement sans dépendre de la disponibilité de tel ou tel matériel ou consommable.