

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

**Deuxième mission du 10 au 21 mars 2009**

## **Rapport de synthèse**

**Dr Pierre-Philippe Massault**

La deuxième mission du partenariat 2008-2011 entre les CHU Cochin et Kara s'est déroulée du 10 au 21 mars 2009. Il s'agit du deuxième partenariat conclu entre ces deux hôpitaux, une première collaboration avait permis le déroulement de 11 missions de 2000 à 2004.

Sur demande du ministère et contrairement au premier partenariat, les actions doivent 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 permet d'effectuer une mission annuelle au minimum et d'accueillir deux stagiaires togolais par an à Cochin. La première mission a eu lieu du 11 au 22 mars 2008 et a fait l'objet d'un rapport adressé à l'ensemble des partenaires en avril 2008. Deux stagiaires togolais, le Dr Espoir Kpoedjou et M. Emmanuel Esohanam Noelaki, ont été accueilli à Cochin du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre 2008.

Le partenariat est 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 6 professionnels de santé accompagnés de 2 personnes ayant un rôle logistique et assurant un reportage photo et vidéo permettant de faire connaître l'action du partenariat et la collecte de dons. Ces deux missionnaires ont un financement propre, hors subventions du MAE.

Dr Denis Bernard : anesthésiste-réanimateur

Dr David Biau : chirurgien orthopédiste

Mr Rémi Fournis : réalisateur, photographe

Mme Valérie Garnier : cadre infirmier

Mr Julien Lecluze : infirmier de bloc opératoire

Dr Pierre-Philippe Massault : chirurgien viscéral, responsable du partenariat

Mme Olivia Sales : logisticienne

Dr Ayton Sepulveda : chirurgien viscéral

Comme l'année dernière, l'équipe est venue avec beaucoup de matériel consommable de façon à pouvoir être autonome pour la prise en charge péri opératoire des malades (cf. annexes). D'autre part, une partie du budget de la mission a été réservée à l'achat de médicaments et de produits sanguins à la pharmacie de l'hôpital de Kara. Ce budget était réservé aux malades ne pouvant pas régler la totalité des frais nécessaires à une prise en charge optimale.

Concernant le matériel chirurgical, du matériel orthopédique a été fourni en majorité dont notamment un fixateur externe, du matériel d'ostéosynthèse et un cadre de traction avec les broches. Un écarteur de Joll, pour la chirurgie thyroïdienne, a également été laissé à Kara.

Enfin, beaucoup d'instruments chirurgicaux ont été donnés et ont permis de compléter et de créer des boîtes d'instruments. (cf. annexes)

L'équipe a été accueillie à Lomé par le Pr Ayité, responsable du partenariat à Lomé et par M. Pepeyi, directeur du CHU de Kara. Le lendemain, les membres de la mission ont été reçus par le Dr Dogbe, Directeur Général puis par le Ministre de la Santé avant le transfert à Kara.

## **Constat d'arrivée**

La mission a donc véritablement commencé le 12 mars par un entretien à la préfecture et à la mairie de Kara puis par la visite d'une partie de l'hôpital.

L'environnement extérieur de l'hôpital est agréable et propre. Plusieurs chantiers sont en cours dont notamment les locaux destinés aux kinésithérapeutes, à la banque du sang et à la pharmacie. Les laboratoires restent limités techniquement en raison du manque de réactifs mais manifestement, ces services tournent. En radiologie, il est toujours possible d'effectuer des examens radiologiques sans préparation et des échographies.

La visite s'est poursuivie en maternité puis dans le secteur de chirurgie et de réanimation. Le bloc maternité est toujours non utilisé et l'ensemble des interventions gynécologiques ou obstétricales sont effectuées dans les blocs du bâtiment de chirurgie. Les locaux de la chirurgie et de la réanimation sont globalement propres mais sont restés en l'état depuis les dernières missions et sont donc plutôt vétustes.

Comme l'année dernière, un local a été mis à disposition des missionnaires avec un accès internet.

L'impression générale des 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 pas protocolisée. La plupart des matelas sont nus. Les heures de visite des familles ne sont pas toujours respectées.

En réanimation, les locaux sont vétustes mais il y a eu manifestement un effort sur la propreté de sols, vitres et surfaces et sur le rangement du poste de soins. Il n'y a aucun matériel de surveillance ni de consommable d'avance excepté pour le nécessaire au lavage des mains. Il s'agit toujours plus d'une salle de surveillance que d'une réanimation. (cf. rapport Valérie Garnier)

Dans les blocs, les procédures de nettoyage sont effectuées correctement, en fonction des consommables de nettoyage disponibles. Les circuits propre-sale, mis en place lors du premier partenariat, ne sont pas respectés. La salle de lavage des mains des chirurgiens est toujours située au niveau de la stérilisation, où traîne du linge opératoire souillé et du matériel poussiéreux, non utilisé. Les deux lavabos destinés au lavage des mains n'ont toujours pas été rehaussés et sont inutilisés. Les salles d'opération sont toujours vétustes et très mal équipées. Un seul respirateur est fonctionnel, branché sur un compresseur d'air extérieur. Les scialytiques sont en mauvais état et irréparables malgré l'apport d'ampoules de rechange. Les salles sont mal isolées avec de nombreux insectes volants. La climatisation ne fonctionne pas dans une des salles. Enfin, de fréquentes coupures d'électricité surviennent toujours avec un délai variable de mise en route du groupe électrogène.

Il n'y a aucune réserve de consommables. Un effort a cependant été fait sur l'inventaire du matériel chirurgical et d'anesthésie avec un stockage dans une armoire métallique facilement nettoyable. Les cahiers de blocs sont tenus à jour ainsi que les dossiers des malades. Il a été instauré la tenue d'une feuille d'anesthésie pour chaque intervention.

Après la visite et la consultation avec le Dr Kpoedjou, il a été établi un programme opératoire prévisionnel pour la durée de la mission. Au décours de l'annonce de la venue de l'équipe, de nombreux malades sont venus consulter et seule une infime partie a pu être prise en charge. La grande majorité avait d'énormes goitres. Il n'y avait peu de pathologies digestives froides ou alors au-delà de tous traitements chirurgicaux. De nombreux malades, notamment hospitalisés à la suite de fractures ouvertes, nécessitaient une prise en charge orthopédique en raison de pseudarthroses infectées.

Il a été décidé de prendre en charge en priorité les goitres de façon à former le Dr Espoir Kpoedjou et ses assistants ainsi que des pathologies orthopédiques comme une tumeur de la main ou du membre inférieur. Une volumineuse hernie diaphragmatique et une grande éventration ont aussi été programmées. D'autres malades ont été inscrits après la visite en salle, notamment plusieurs malades avec des complications secondaires à des fractures ouvertes pour lesquelles ont été prévu des parages associés à des lambeaux de recouvrement avec mise en place de fixateurs externes que l'équipe avait apporté. Un enfant avec une tumeur rétro péritonéale avancée a également été inscrit au programme.

L'ambition de la mission était de pouvoir faire tourner les deux salles d'opération en même temps. Cela a été possible surtout que, contrairement à l'année dernière, l'équipe a été épaulée par la présence d'un jeune anesthésiste détaché de Lomé pour la durée de la mission le Dr Jacques Egbohoun puis par l'arrivée du Dr Mouzou qui accompagnait la visite des universitaires à Kara.

## **Activités**

### ***Hygiène et qualité***

Le constat est similaire à celui établi lors de la première mission. L'absence de disponibilité de consommables d'avance ne permet pas au personnel d'assurer les soins minimums d'hygiène en salle d'hospitalisation et en réanimation. L'enseignement des bonnes pratiques a pu être effectué en salle d'hospitalisation par Mme Garnier et au bloc opératoire par Mr Lecluze grâce aux consommables amenés par la mission mais la situation au quotidien reste difficile à gérer pour le personnel.

L'absence de consommables n'explique pas tout. Il faut clairement un engagement fort dans ce domaine de la part du personnel médical et administratif. Il avait été décidé, au décours de la première mission, de créer un comité d'hygiène chargé d'établir et de faire appliquer les procédures de soins. Ce comité n'a pas vu le jour et rien n'a été entrepris dans ce domaine.

Concernant l'activité d'orthopédie, plusieurs reprises pour parage de fractures ouvertes ont été effectuées au bloc et ont montré le défaut de prise en charge initiale avec un lavage clairement insuffisant attesté par la présence de corps étrangers dans la plaie plusieurs jours après l'admission. Ce point a été souligné à plusieurs reprises par le Dr Biau, au bloc opératoire et à l'occasion d'un cours théorique (cf. infra).

### ***Maintenance biomédicale, gestion des stocks et des dons***

Ce pan du partenariat a aussi peu évolué depuis la première mission. Le personnel du service de maintenance biomédicale fait ce qu'il peut avec très peu de moyens. Un nouvel atelier est en construction et pourra surement améliorer les conditions de travail. Les techniciens ont peu d'outils à leur disposition et surtout aucune possibilité d'obtenir des pièces détachées pour réparer le matériel défectueux. Ainsi, la situation dans le bloc opératoire reste similaire : le seul respirateur fonctionnel est celui qui avait été réparé l'année dernière, les tables d'opération, les scialytiques, le bistouri électrique et l'aspirateur sont vétustes. La climatisation est défectueuse ainsi que l'isolation des salles ce qui participe à la difficulté de respecter les règles d'hygiène. Comme convenu l'année dernière, une perceuse électrique a été fournie au service de maintenance biomédicale. Il paraît important de faire venir un technicien biomédical en stage à Cochin. Cela contribuera d'autre part à aider et à développer les échanges entre techniciens.

La gestion des stocks et des dons est aussi un point important où il reste beaucoup de progrès à faire. La venue à Cochin de Mr Noelaki a été bénéfique et un inventaire du matériel chirurgical et d'anesthésie a été effectué avant l'arrivée de la mission. Concernant le matériel chirurgical et les consommables divers, la situation est similaire à celle de l'année dernière. Beaucoup de matériel est entassé dans des cartons depuis parfois plusieurs années dans différents endroits du bloc opératoire, sans être répertorié ni classé. Il en résulte que ce matériel n'est le plus souvent pas utilisé et se périmé. Cela est vraiment dommage car ce matériel pourrait bénéficier en priorité aux malades devant être pris en charge en urgence et n'ayant pas de ressources. L'absence d'inventaire fait que la présence même du matériel dans le bloc est ignorée du personnel alors qu'il serait utile lors de certaines interventions, cela a été le cas lors d'une intervention effectuée pendant la mission.

Sous l'impulsion de Mr Lecluze et avec l'aide de Mr Noelaki, un local du bloc a été dévolu à la création d'une réserve de matériel qui avait fière allure une fois que la quasi-totalité des consommables et du matériel trouvé dans le bloc y ait été entreposée et répertoriée. Cette réserve ne sera qu'un apport ponctuel si un inventaire précis et une gestion rigoureuse et transparente des dons ne sont pas poursuivis après le départ de la mission. C'était déjà un engagement pris après la première mission et non tenu, il faut espérer que la création de cette réserve y contribuera à l'avenir.

### ***Formation pratique et enseignement en Chirurgie***

Cette partie de la mission est la plus visible et la plus attendue des personnels et des malades. Il faut rappeler que soigner et enseigner est l'action la plus naturelle qu'il soit pour les missionnaires qui travaillent tous dans un centre hospitalo-universitaire. Cependant, l'esprit du partenariat est surtout de pérenniser les acquis et le but n'est pas de venir à Kara pour simplement opérer un maximum de malades et repartir.

En termes de recrutement, l'arrivée de la mission avait été mieux préparée que l'année dernière. Ce point positif s'est cependant retourné contre l'efficacité de la mission. En effet, d'une part, beaucoup de malades n'ont pas pu être pris en charge ce qui a provoqué beaucoup de déception chez les malades et le personnel soignant qui avait du mal à gérer l'afflux de patients en attente. Cette situation a été aggravée par le fait qu'il n'a pas été possible d'effectuer des anesthésies générales durant une journée entière en raison d'une absence de livraison d'oxygène. D'autre part, ce grand nombre de malades a fait privilégier la prise en charge des cas les plus difficiles. Cela est probablement une erreur car ces cas ne peuvent pas être opérés et suivis dans des conditions de sécurité acceptables à Kara et les interventions ne peuvent pas être didactiques car nécessitent des procédures de dissection exceptionnelles et non reproductibles. Cela a notamment été le cas pour de volumineux goitres ou pour la

récidive d'une volumineuse tumeur rétro péritonéale chez un enfant. Une thyroïdectomie subtotale pour un volumineux goitre chez une patiente âgée a été compliqué d'une dyspnée laryngée ayant nécessité une ré intubation difficile sans matériel adapté. Il s'est alors produit deux arrêts cardiorespiratoires anoxiques récupérés et il a été nécessaire d'effectuer une trachéotomie. La survenue de cette complication dramatique et les difficultés rencontrées pour en assurer la gestion et le suivi dans l'état actuel de l'équipement doivent faire revoir les ambitions chirurgicales à Kara lors de la tenue des missions.

Durant la durée de la mission, une vingtaine de malades a été opérée (cf. rapport Dr Bernard). La plupart des interventions orthopédiques ont été réalisées sous rachianesthésie. Plusieurs parages de fractures ouvertes avec confection de lambeau de recouvrement et mise en place de fixateurs externes ont été effectués. Les conditions d'hygiène et l'absence d'amplificateur de brillance dans le bloc opératoire empêchent la réalisation d'ostéosyntheses plus poussées mais ce domaine de la mission a sûrement été un des plus profitables et mérite d'être reconduit pour les missions futures. Cet enseignement pratique a été complété par un cours théorique sur la prise en charge de fractures ouvertes.

Un enseignement pluriquotidien au bloc opératoire a aussi été proposé au Dr Egbohou et aux assistants d'anesthésie, notamment pour la rachianesthésie et la prise en charge de la douleur post opératoire. Enfin, un cours sur la prise en charge des syndromes occlusifs a également été effectué.

### ***Gestion du partenariat***

La mission à Kara a aussi été l'occasion de plusieurs entretiens avec le Dr Pepeyi, le Dr Kpoedjou et le personnel du service de Chirurgie.

Le comité de réhabilitation de Kara, représenté par le Pr N'Dakena, le Pr Songné et le Pr Bakondé, s'est rendu à Kara durant la mission ce qui a permis également d'évoquer les perspectives pour le CHU, notamment en termes de recrutement médical et d'équipements lourds.

Au terme de cette deuxième mission et donc à mi-chemin du partenariat, il paraît important de tirer un bilan de ces deux premières années. La rencontre avec les universitaires de Lomé a surtout été l'occasion de préciser le caractère officiel du partenariat en rappelant qu'à ce jour le budget qui a été alloué par le Ministère des Affaires Etrangères est de 18 000 €, hors montants valorisés des deux hôpitaux et que deux stagiaires togolais ont été accueillis deux mois à Cochin avec un financement de leur voyage par le SCAC de l'ambassade de France. Depuis, la convention signée en décembre 2007 avec l'Agence Française de Développement a été adressée aux partenaires togolais.

Cet entretien a permis aussi d'évoquer de nouveau le problème de la mission d'ophtalmologie. Le Dr Massault a rappelé les objectifs initiaux du partenariat et les perspectives pour l'année 2009 qui avaient été évoquées dans le rapport de la première mission 2008 adressé à l'ensemble des partenaires en mai 2008. Ce rapport ne mentionnait pas d'action prévue dans ce domaine dans le cadre du partenariat. Après entretien avec le Dr Monnet, chirurgien ophtalmologue, il est paru impossible d'associer une mission d'ophtalmologie cette année puisque que la sollicitation du comité de réhabilitation n'est survenue qu'en janvier 2009 pour un départ en Mars. Cependant, il est naturel d'essayer de répondre aux demandes des partenaires togolais et de tenir compte de l'évolution de l'activité à Kara avec la présence du Dr Ayena sur le site. Le Dr Massault s'est donc engagé à organiser une action en ophtalmologie pour la mission 2010, avec la collaboration du Dr Monnet, qui apportera une aide pour le financement qui, rappelons le, n'est normalement pas prévu dans le cadre du partenariat.

Au cours de cette réunion, le bilan de la mission proprement dite n'a pu malheureusement être abordé, la réunion ayant été interrompue prématurément par les universitaires lorsque les premiers dysfonctionnements ont été évoqués.

Le lendemain, une réunion très constructive s'est tenue en compagnie du Directeur, de l'encadrement, des médecins, du personnel des services de chirurgie et de réanimation et des missionnaires. Au terme de deux missions, plusieurs critiques ont pu être formulées, aussi bien par les partenaires Togolais que par les missionnaires cochinois.

Côté togolais, les points suivants ont été soulevés :

- Difficulté dans l'organisation du programme opératoire et de l'hospitalisation compte tenu de l'afflux des malades à l'arrivée de la mission et des changements de programme au cours de la mission.
- Question du bénéfice réel ou ressenti de la mission.
- Déroulement du stage à Cochin du Dr Kpoedjou et de Mr Noelaki : manque d'encadrement des stagiaires, manque d'objectifs de stage, hébergement spartiate.
- Problème du financement de l'hébergement des missionnaires par l'hôpital.

Côté cochinois,

- Absence de suivi des travaux du partenariat (pas de création du comité d'hygiène comme prévu et situation au point mort concernant la gestion des stocks et des dons).
- Aucun retour sur le déroulement du stage du Dr Kpoedjou et de Mr Noelaki, malgré de nombreuses sollicitations.
- Sensation de « déranger » la routine quotidienne du service de chirurgie
- Manque d'implication
- Conditions de sécurité péri-opératoire insuffisantes

Il serait fastidieux de disséquer tous ces points de façon exhaustive dans ce rapport. Il apparaît clairement qu'au moins deux choses doivent être corrigées pour les futures missions et stages. Tout d'abord, il apparaît que la majorité des critiques togolaises sont essentiellement dues à un manque de communication. La plupart des dysfonctionnements exprimés auraient pu être facilement évités si les problèmes avaient été soulevés en amont de la mission ou même dès le début. L'exemple de l'ophtalmologie en est la preuve et les problèmes d'organisation du programme opératoire auraient pu être corrigés dès le deuxième jour de la mission s'ils avaient été tout simplement évoqués. L'auteur de ce rapport sollicite donc les partenaires togolais à réagir à ce document et à apporter leur contribution à la poursuite de ce partenariat en amont des futures missions.

Les difficultés rencontrées dans la prise en charge des malades sont dues en partie au caractère trop ambitieux et au rythme soutenu que les missionnaires ont provoqués dans le tableau opératoire. Il faudra probablement se baser plus sur un programme opératoire « habituel » compte tenu des conditions actuelles de sécurité péri opératoire sur le site.

## ***Perspectives 2010***

Certaines de ces perspectives ont déjà été exposées après la mission de l'année dernière et restent d'actualité.

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 et l'équipement nécessaires, ce qui repose le problème des priorités à développer à Kara.

La maintenance biomédicale souffre aussi d'un manque de moyens. Comme cette année, le partenariat tâchera 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.

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. Ce point a été évoqué lors de la réunion finale.

L'action débutée en orthopédie doit absolument être poursuivie. La majorité des patients hospitalisés relève de pathologies orthopédiques post traumatiques. Le traitement des fractures ouvertes pourrait facilement être amélioré en optimisant la prise en charge initiale par un parage et un lavage abondant, sous anesthésie générale, avant pose du plâtre. La présence du Dr Biau a été très bénéfique pour les kinésithérapeutes et l'idéal serait de recruter un chirurgien orthopédique sur le site de Kara.

Comme indiqué plus haut, la mission 2010 intégrera une action en ophtalmologie.

Le développement de la coeliochirurgie dépend avant tout des actions qui seront faites dans le cadre du projet de réhabilitation. La formation en coeliochirurgie 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.

Les difficultés énoncées plus haut doivent peut être conduire à formaliser les actions dans les divers domaines en établissant par exemple une liste d'objectifs de soins mis à jour quotidiennement par des échanges systématiques entre le personnel de Kara et les missionnaires.

Concernant la tenue des stages à Cochin, les possibilités d'amélioration de l'hébergement sont en cours d'étude par les services économiques de l'hôpital.

D'une manière générale, ces difficultés de communication ne sont que le reflet d'une grande différence culturelle entre les deux partenaires, ce qui est bien naturel. Cette différence ne doit pas être un obstacle mais conduire plutôt à poursuivre notre action en échangeant nos visions régulièrement, ce qui ne pourra qu'être enrichissant pour les deux parties et bénéfique pour la population de Kara.