
TOGO

Rapport de mission

ATAKPAME

01-07 décembre 2013

Partenariat ESTHER

Caroline DUPONT

Véronique PERRONNE

Entraide Santé 92/ESTHER



Programme de la semaine

Samedi 30 novembre: Arrivée à Lomé en fin de soirée

Nuit à l'hôtel Belle-vue

Dimanche 01 décembre : Départ pour Atakpamé

Arrivée à 12h30 (Roc Hôtel)

16h- 17h : réunion avec le psychologue Hilaire pour finaliser le programme de la mission

Lundi 02 décembre: Matin : Cérémonie d'ouverture

Dossiers des 2 enfants inclus dans protocole PTME ESTHER dont la sérologie VIH est positive revus avec le Dr ATTOH

Visite avec les assistants médicaux dans le service de Médecine

Visite du centre de dépistage « hors les murs » à la gare routière

Après-midi : Présentation sur les nouvelles recommandations OMS pour la prise en charge des PVVIH (juin 2013)

Mardi 03 décembre: Matin : Visite service de médecine interne et de maladies infectieuses, consultations et visite de la pharmacie (secteur dispensation des ARV)

Après-midi : Comité thérapeutique et discussion de dossiers

Mercredi 04 décembre: Début de la grève du personnel

Matin : visite au laboratoire.

Déjeuner avec l'association « Togo mil partage »

Après-midi : Cours sur l'interprétation de la charge virale et présentation de cas cliniques

Jeudi 05 décembre: Matin : Entretien avec le directeur du CHR

Participation à une séance collective d'éducation thérapeutique

Résultats du protocole vaccination hépatite B du personnel revu avec le Dr ATTOH

Après-midi : dossiers protocole PTME ESTHER

Visite des locaux du futur HDJ

Soir : Dîner avec les partenaires offert par le CHR d'Atakpamé

Vendredi 06 décembre: Matin : Retour à Lomé

Entretien avec le Directeur Général de la Santé en présence du coordinateur médical ESTHER et du directeur du CHR d'Atakpamé

Après-midi: Rencontre avec le PNLS

Nuit à l'hôtel Belle-Vue

Samedi 07 décembre : Retour sur Paris

Cette mission est la première effectuée dans le cadre de la convention de partenariat ESTHER N° 20130187 signée en juillet 2013 (7 missions prévues au total jusqu'en août 2014)

Compte-tenu de l'absence prolongée d'un médecin dans le service de médecine (plus d'un an) et des difficultés croissantes signalées par les partenaires du CHR dans les différents mails échangés, le but de cette mission était prioritairement un compagnonnage au lit du patient. Le deuxième objectif était de revoir avec le personnel du CHR et la direction les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des PVVIH.

Lundi 2 décembre :

Matin : cérémonie d'ouverture en présence du directeur du CHR, du directeur adjoint des finances, du directeur des ressources humaines des membres du comité thérapeutique, du président de la CMC, du surveillant général et des assistants .

S .Bello (présidente du comité thérapeutique) fait une présentation de la prise en charge des PVVIH au CHR

- Plusieurs lieux de prise en charge (plusieurs services)
- L'activité de dépistage se déroule dans plusieurs services : laboratoire, pédiatrie (UNICEF et GSK), maternité
- 2013 :
 - o 32 enfants (16 filles et 16 garçons) sont suivis en dehors du projet ESTHER
 - o file active de patients adultes : 417 (116 hommes et 269 femmes) 367 reçoivent un traitement de première ligne et 56 de deuxième ligne.
- Les points forts de cette prise en charge sont :
 - o Dossier ETP inclus dans le dossier clinique
 - o Comité thérapeutique
 - o Option B pour la PTME
 - o Médiateurs pour les perdus de vue
 - o Dépistage volontaire en maternité et en pédiatrie
 - o Partenariat avec ES 92...
- Il existe un certain nombre de problèmes prioritaires
 - o Faible taux de dépistage malgré les efforts notamment à la maternité
 - o Pas de dosage des CD4 depuis 2 mois dans tout le TOGO (rupture de réactifs. Défaillance à quel niveau ?)
 - o Toujours pas d'accès à la charge virale
 - o Problème d'absence prolongée des médecins prescripteurs. Le médecin de médecine adulte semble rentré d'un stage de perfectionnement en France (spécialisation en pneumologie...) mais est actuellement en congés.

- Est à nouveau exprimé le désir de créer un HDJ qui notamment permettrait un suivi plus centralisé au sein du CHR avec un médecin ou assistant médical référent chaque jour.
- Est également évoqué le souhait d'une mise en place de formation de protocoles pour la prévention des infections au sein des différents services et au bloc opératoire. Il est regretté que la thématique hygiène démarrée en 2010 soutenue par ESTHER ne soit pas poursuivie.

Discussion des 2 dossiers d'enfants contaminés dans le cadre du protocole PTME d'ESTHER

- Dossier n°1 : mère traitée avant la grossesse. CV 170000 en début de grossesse (observance, résistance ?). CV toujours élevée en fin de grossesse (date de réception du résultat à priori postérieur à l'accouchement). Pas de changement de traitement à priori. Enfant PCR à 6 semaines négative et positive à 18 mois. Hypothèse de contamination : allaitement mixte
- Dossier n°2 : découverte au moment de la grossesse. Mise sous option A (AZT puis NVP monodose à l'accouchement). Interruption au cours de la grossesse. CV ? Enfant : PCR positive à 6 semaines

Visite dans le service de médecine générale :

4 salles : une salle de post urgence, une salle de « réanimation », une salle de médecine femmes, une salle de médecine hommes.

La visite est effectuée en compagnie d'un assistant médical aidé de 2 infirmiers. 5 patients VIH dont 1 confirmation en attente. 1 probable toxoplasmose cérébrale, 1 probable tuberculose (image radio évocatrice), 1 patient cachectique avec diarrhée, ascite infectée (co-infection hépatite ?), 1 patiente avec une diarrhée résolutive sous ciflox/flagyl et 1 patiente cachectique, découverte de l'infection VIH à l'admission, avec candidose buccale et ulcérations, toux+++ . La prise en charge est difficile car:

- pas de dossiers antérieurs disponibles
- pas de CD4...
- difficultés pour les familles de faire réaliser les examens prescrits en raison de leur coût
- Pas de précaution particulière prise pour les suspicions de tuberculose (existence pourtant de masques chirurgicaux)

Beaucoup d'anémies profondes d'origine ? (Pas de VGM systématique car dosage de l'hémoglobine seule moins cher que l'hémo gramme complet)

Tous les syndromes fébriles ou digestifs sont mis sous antipaludéens alors même qu'une goutte épaisse est quasiment systématiquement réalisée et ciflox /flagyl en cas de troubles digestifs.

Visite d'une action de dépistage « hors les murs » réalisée près de la gare routière à l'occasion du 01/12

Réalisée par une équipe du CHR. 300 tests rapides ont été mis à disposition par le PNLS.

Grande affluence : déjà 50 tests réalisés au cours de la matinée

Mise au point sur les nouvelles recommandations de l'OMS (juin 2013)

Auditoire très intéressé (15 personnes). Toutefois en l'absence de nouvelles directives du PNLS, ces recommandations ne sont pas applicables en l'état

Mardi 3 décembre

Matin :

- Visite au post urgence : un patient avec une symptomatologie respiratoire a été hospitalisé dans la nuit. PVVIH avec CD4= 121/mm³. Pour des raisons administratives et de création du dossier (?) aucune prise en charge n'est décidée
- Visite du service de maladies infectieuses (malades nécessitant un isolement) : 2 patients hospitalisés. 1 patient VIH+, tuberculose bacillifère, CD4 < 200/mm³, radio en faveur d'une miliaire avec foyer de la base droite. Sous quadrithérapie anti-tuberculeuse depuis 8 jours. Seul dans une chambre mais aucune protection lors des visites du personnel ou de la famille (enfant en bas âge). Il leur a été conseillé d'utiliser les masques chirurgicaux (seuls disponibles) pour les patients et non pour eux. 1 autre patient, VIH négatif hospitalisé pour un pneumothorax complet gauche (ou pleurésie drainée avec pneumothorax secondaire), BK négatifs au direct, traité comme une tuberculose. Persistance d'un pneumothorax à l'auscultation malgré exsufflation par pleurocath. Pas de cliché de contrôle depuis 1 mois.
- Consultation de médecine avec un des assistants : peu de patients, aucun PVVIH. Certains patients (fonctionnaires) bénéficient de la prise en charge par l'état d'une partie des soins.
- Visite jusqu'à l'incinérateur. Semble fonctionnel, plusieurs bidons remplis d'aiguilles en attente d'être brûlés. Aucun DASRI au sol ou trainant.
- Visite de la pharmacie et de la dispensation des ARV : pièce aménagée à part, en face de l'hôpital. 2 médiateurs assurent la permanence. Le circuit paraît un peu compliqué : le patient arrive avec son « chéquier de soins » pour avoir son traitement, on lui remet alors son carnet de suivi avec lequel il va en consultation. Ce carnet retourne ensuite dans une armoire à la pharmacie ce qui explique pourquoi ils sont indisponibles en cas d'hospitalisation. Concernant le suivi, les patients ne semblent pas suivis par une personne fixe (médecin ou assistant). Il est certain qu'une centralisation de la prise en charge, type HDJ, simplifierait le circuit du patient et permettrait un accès plus simple aux dossiers.

Après-midi : Comité thérapeutique

Cette réunion se tient tous les mardis AM et permet la validation des mises sous traitement. 5 districts participent à ces réunions. Dix cas ont été présentés et discutés ensemble :

- grande difficulté à la prise de décision en raison de l'absence de CD4 récent, de CV et de recherche de co-infection par les hépatites notamment l'hépatite B.
- Beaucoup d'hémoglobine basse (4 voire 2g) qui peut faire évoquer un problème d'étalonnage de l'automate utilisé.
- Beaucoup de cachexies rapportées au VIH (même si CD4 corrects) sans recherche d'autres infections notamment la tuberculose...
- Difficultés dans l'évaluation de l'observance et surtout dans la prise en compte de la non observance en cas d'échec...

Mercredi 4 décembre

- **Matin** : A l'arrivée au CHR, nous apprenons que le personnel est en grève pour 72h...
 - Visite dans le service médecine avec l'un des assistants. Certains antibiotiques sont prescrits en fonction du prix. Ainsi les quinolones (ciprofloxacine) sont moins chers que l'augmentin. Pour l'une des patientes hospitalisée depuis 4 jours, l'infection VIH ayant été confirmée, on conseille de débiter rapidement les ARV même sans les CD4 (stade 4 OMS, radio de thorax sans tuberculose évidente, BK crachat négatif au direct). On insiste à nouveau sur l'intérêt du port du masque par les patients hospitalisés pour toux fébrile.
 - Visite au laboratoire en prévision de la prochaine mission :
 - Hémocultures : 28 réalisées en 2013. 1 seule positive à *S.aureus* à J5 ? se pose l'utilité de cet examen pour les services ce d'autant que les fièvres sont quasi systématiquement mises sous anti palu et ATB avant tout examen...
 - Coprocultures réalisées : contrôle par labo de référence. Plusieurs infections à shigelle ont été détectées
 - Parasitologie des selles non réalisée
 - Concernant les ATBgramme , nécessité d'une formation complémentaire pour l'interprétation des résistances. A noter un PV positif avec *E.coli* multirésistant...(à revoir avec le technicien lors de la mission labo)
 - Vaccination hépatite B du personnel : 172 personnes testées, 47 personnes Ac anti-HBc négatifs et donc vaccinés, 21 personnes Ag HBs positifs (charge virale non réalisée à priori). Cahier de résultats très clair.

Ce qui leur serait utile : réalisation de la sérologie toxo ELISA et ag crypto dans le sang. A noter que la chaîne ELISA ne fonctionne quasiment pas faute de réactifs (hep B et C diagnostiquées par tests rapides)

Pas de problème particulier en biochimie et en hématologie. Les taux d'hémoglobine bas constatés au cours des visites paraissent habituels notamment en saison humide.

Midi : déjeuner avec 2 membres d'une association française basée près de Montpellier (Togo mil partages) qui intervient au niveau de la cantine scolaire de l'école primaire à côté du CHR (180 repas distribués chaque midi). Cette association aide parfois à couvrir les soins pour certains enfants défavorisés hospitalisés au CHR. S. Bello, une secrétaire du CHR et le directeur entretiennent des liens étroits avec elle.

Après-midi : cours sur la CV et présentation d'observation. Au cours des discussions, il est apparu que le résultat de certaines des CV demandées à 32 SA chez les femmes enceintes dans le cadre du protocole ESTHER reviennent après la naissance de l'enfant...point à éclaircir avec l'équipe qui va venir évaluer ce protocole.

Jeudi 5 décembre

A notre arrivée nous apprenons que la grève continue et se durcit au CHR ce qui limitera dans la journée les échanges médicaux.

Matin : Discussion avec le directeur du CHR

A) Situation du médecin de médecine adulte

Médecin nommé en 2011 en remplacement d'un des deux médecins qui devait finir sa spécialité de cardiologie. Absent depuis novembre 2012 pour effectuer sa quatrième année de CES de pneumologie en France. En règle vis à vis du ministère mais considéré comme démissionnaire par le CHR. Retour à Atakpamé en octobre. Actuellement en congés depuis 2 semaines. Ce médecin ne souhaite pas réintégrer le CHR ce d'autant qu'il doit finir sa spécialité à Lomé. Le directeur pense d'ailleurs qu'une fois sa spécialisation validée, il sera muté ailleurs.

Il est donc en accord avec lui décidé d'aborder ce point lors de la rencontre avec le docteur Singo (PNLS) ainsi lors de l'entrevue avec le Directeur Général de la Santé.

B) Discussion de la création d'un HDJ au sein du CHR pour les PVVIH.

Ce point fait l'objet de demandes itératives depuis 3 ans (PNLS, ESTHER...) sans réponse favorable à ce jour. Cette demande avait été mise au round 8 du FMS. Le lieu serait dans les locaux du centre de vaccination, locaux actuellement prêtés à la DRS. Le coût estimé pour cette création se situe aux alentours de 2 à 3 000 euros. Ceci faciliterait la prise en charge des PVVIH par l'unité de lieu notamment.

Il est proposé de revoir ce dossier avec le PNLS. Cette somme étant modérée, ce projet pourrait être soumis à ES92 qui pourrait le financer sur ses fonds propres.

Participation à une séance d'ETP

Ces séances ont lieu tous les jeudis matins et réunissent une quinzaine de personnes. Il existe quatre groupes : les femmes enceintes, les femmes avec enfants en bas âge, les jeunes et les adultes. 4 thèmes sont abordés pour chaque groupe, qui se réunit une fois par mois. Ces groupes sont animés par du personnel du CHR ayant reçu une formation ETP : les deux psychologues, les deux assistants médicaux de médecine, l'assistante médicale de pédiatrie, plusieurs sage femmes, le gynécologue, les médiateurs PSI. Ces séances sont suivies d'un repas convivial.

Cette séance dont le thème était « quand instituer le traitement » a permis à chaque participante de s'exprimer et de reformuler les acquis.

Point médical avec le Dr Attoh sur la vaccination hépatite B du personnel soignant

- 172 personnes sur 260 soignants ont été dépistées (93 hommes, 79 femmes âgés de 25 à 60 ans)
- 47 personnes Ac anti-HBc négatif. 45 des 47 personnes ont à ce jour reçu les 3 injections et les 2 autres deux injections.
- 21 personnes Ag HBs positif avec des transaminases dans les limites de la normale . Pas d'ADN viral réalisé car technique non réalisable actuellement.
- 104 personnes Ac anti-HBc positifs et AgHBs négatif donc considérées comme ayant une hépatite B guérie.
- Aucun test VIH n'a été réalisé chez les patients Ag HBs positif : le personnel ne serait pas venu se faire dépister dans ce cas.

Après- midi : Protocole ESTHER PTME

Suite à la discussion avec une sage femme qui nous mentionnait un rendu tardif des charges virales, quelques dossiers ont été revus. Il a en effet été constaté des délais de rendu des CV pouvant aller de 4 à 10 mois. De même les résultats des PCR de certains enfants n'étaient pas encore rendus. Il paraît important d'en rediscuter avec ESTHER et Cochin qui pilotent ce protocole.

Visite du site préssenti de l'HDJ

Il s'agit d'une grande pièce rectangulaire d'environ 80m² déjà carrelée avec un point d'eau à chaque bout de la pièce. Il est possible d'y accéder dès l'entrée de l'hôpital (montée sur la droite avant le bâtiment administratif). Il pourrait être réalisé dans cette pièce une grande salle d'accueil et deux bureaux (cf photos).

Ceci permettrait dans une unité de lieu d'assurer les consultations médicales, l'ETP individuelle, les soins infirmiers si besoin et de regrouper les dossiers médicaux dans ce lieu plutôt qu'à la dispensation.

Cérémonie de clôture

Dîner convivial en présence du directeur général, du directeur des finances, du président de la CMC, du surveillant général, des deux psychologues et de Cécile Toupet Nikiéma (IDE à Cochon coordinatrice des activités ETP soutenues par ESTHER)

Vendredi 6 décembre

Retour sur Lomé

Rencontre avec Abdou Gbadamassi représentant d'ESTHER

Rencontre avec le Dr Dogbe (DGS) en présence du directeur du CHR

Les carences médicales actuelles et à venir (départ à la retraite du pédiatre en avril 2014) lui sont exposées. La situation actuelle au Togo est difficile car il n'y a pas de ministre de la santé depuis 2 mois, pas de promulgation des résultats des concours médicaux car ces postes ne sont budgétisés et pas de certitude quant à la budgétisation future. En cas de financement le poste du pédiatre et le poste de médecine adulte devraient être pourvus.

Rencontre avec le Dr Singo (PNLS) :

La situation financière est très tendue depuis début 2013 et ce malgré l'aide du fond mondial (qui a baissé sa participation financière sur Togo). A plusieurs reprises, le PNLS a dû privilégier l'accès aux ARV au détriment des examens biologiques notamment les CD4. Il n'existe aucun budget pour la réalisation de la CV (réactifs et moyens humains) en 2013 et en 2014 : aucune CV ne sera faite en routine (même une fois/an). Les indications qui devraient être retenues pour sa réalisation sont :

- Réalisation d'une CV chez les patients en première ligne de traitement ARV depuis plus de 5 ans.

- Echech de deuxième ou troisième ligne.

Le raltégravir et possiblement le darunavir vont être mis à disposition pour les patients en échec de deuxième ligne après évaluation de leur dossier par un comité siégeant au CHU SO.

Concernant le projet d'HDJ sur Atakpamé, le PNLs y est tout à fait favorable mais aucune ligne budgétaire ne pourra être dégagée pour 2014. Si ES 92 peut apporter une aide financière, le PNLs soutiendra par un appui technique.

SYNTHESE ET CONCLUSION

Nous avons été accueillies très chaleureusement lors de cette mission par toutes les équipes. Nous avons pu constater que malgré les difficultés de personnel notamment l'absence de médecin depuis plus d'un an, le travail est assuré avec beaucoup de sérieux et de motivation.

Les points forts constatés sont :

- La mise en place de l'ETP
- Le protocole vaccination du personnel contre l'hépatite B
- Les mesures d'hygiène comme le lavage des mains et l'élimination des déchets
- Le comité thérapeutique qui se réunit chaque semaine. Un relevé de décision serait souhaitable
- La prise en charge psychologique
- La présence de deux médiateurs pour les perdus de vue
- La prise en charge globale des patients compte tenu des difficultés des moyens diagnostiques et thérapeutiques et des difficultés financières des patients

Il existe toutefois quelques difficultés récurrentes

- Absence de référent médical
- Aucun suivi immuno virologique possible avec malheureusement peu d'espoir d'amélioration dans un avenir proche surtout pour la charge virale (rupture d'approvisionnement de réactifs des CD4 et CV non réalisable en routine pour la plupart des patients...)
- Absence d'unité de lieu, d'où l'utilité de la création d'un HDJ

Difficulté d'isolement des patients potentiellement contagieux : masque, salle commune avec patients et famille se côtoyant.

Dans ces conditions la poursuite régulière du compagnonnage (sur place et via les mails) paraît indispensable et prioritaire. La pérennité du dosage des CD4 et l'accès à la CV paraît un pré requis avant d'envisager d'autres projets de protocole ou de techniques biologiques nouvelles.

La création de l'HDJ permettrait d'améliorer la prise en charge des PVVIH par la centralisation des données des patients et une meilleure planification des consultations de suivi.

ANNEXE 1 : photos du lieu pressenti pour le futur HDJ







Ensemble
pour une **S**olidarité
Thérapeutique
Hospitalière
En
Réseau

Coordination Nationale

ESTHER TOGO

CHU Tokoin, LOME

Tél: (00228) 336 49 25 / 220 57 32

Compte rendu de la rencontre entre la mission ENTRAIDE SANTE 92 et le Directeur Général de la Santé

Date: le 06/12/2013

heure de début: 11h30

heure de la fin: 12h15

Lieu: Bureau du DGS au Ministère de la Santé à Lomé

Etaient présents: Dr DOGBE Koku Sika (DGS); Mr KATANGA Patchassi (DG CHR Atakpamé); Dr GBADAMASSI Abdou G (ESTHER); DUPONT Caroline (ES92); PERRONNE Véronique (ES92)

Thèmes abordés	Responsables	Décisions prises
Auto présentation	Chaque personne présente	
Débriefing de la mission de ES 92 au CHR Atakpamé: suivi et compagnonnage des activités de prise en charge des PVVIH et du protocole PTME au CHR Atakpamé.	Caroline DUPONT	
<p>- Absence de médecin dans le service de médecine du CHR: pendant 1 an, le Dr Kombaté était en stage en France pour le CES de pneumologie. De retour en novembre 2013, il compte resté dans son service de spécialité à Lomé au CHU SO car le CHR ne lui offre aucune possibilité de pratiquer cette spécialité. Ceci perturbe énormément la qualité de la PEC des PVVIH adulte sur le site.</p> <p>- Le pédiatre du CHR, point d'encrage du suivi des couples mères enfants du protocole PTME, et qui pallie à l'absence de son collègue de médecine, va à la retraite en mars 2014</p>	Katanga Patchassi	<p>Il est prévu l'affectation de 14 médecins généralistes et un pédiatre pour la région des plateaux en 2014 lors du dernier concours de recrutement des agents de la santé.</p> <p>L'Assemblée Nationale doit d'abord voter le budget annuel de l'Etat 2014.</p> <p>Le DGS compte sur ces affectations pour doter le CHR de 2 médecins et d'un pédiatre.</p>

Rapporteur : Dr Abdou Gbadamassi