

RAPPORT DE MISSION AU CHR d'Atakpamé du 2 au 7 décembre 2019.

Louis AFFO



Programme :

Lundi 2 décembre 2019 :

- 7 heures 30 : départ de Lomé pour Atakpamé accompagné par un médecin du CHR d'Atakpamé
- 11 heures 30 : réunion (avec l'équipe de diabétologie de l'hôpital de Nanterre) avec la direction
- 12 heures : visite de l'hôpital guidée par le directeur adjoint chargé des ressources humaines
- 15 heures – 17 heures : Entretiens avec les différents services pour faire l'état des lieux sur la prise en charge de la drépanocytose.

Mardi 3 décembre 2019 :

- Matinée : Consultation drépanocytose avec le pédiatre ; entretiens individuels avec des employés de l'hôpital de jour VIH
- Après-midi : comité thérapeutique VIH ; cours sur les généralités et les complications de la drépanocytose.

Mercredi 4 décembre 2019 :

- Matinée : Consultation drépanocytose avec le pédiatre ; visite en salle
- Après-midi : protocoles de prise en charge de la drépanocytose

Jeudi 5 décembre 2019 :

- Matinée : Réunion avec le personnel de l'hôpital de jour VIH ; protocoles de prise en charge de la drépanocytose
- Après-midi : protocoles de prise en charge de la drépanocytose ; point sur la prise en charge de la tuberculose

Vendredi 6 décembre 2019 :

- Matinée : protocoles de prise en charge de la drépanocytose ; point sur l'hygiène
- Après-midi : restitution lors d'une réunion avec la direction

Samedi 7 décembre 2019 : retour sur Lomé, visite de la maison des esclaves à Agbodrafo

Dimanche 8 décembre 2019 : retour en France

Introduction :

Comme tous les pays d'Afrique sub saharienne, le Togo a une forte prévalence dans la drépanocytose : 16% de la population sont porteurs de l'anomalie de la drépanocytose et 3 à 5% sont porteurs de formes majeures de la maladie. L'étalement de la région des plateaux et le manque de moyens financiers sont responsables de retard de consultation lors de complications aiguës. Il n'existe que des hospitalisations dans l'urgence. Le suivi et la prévention des complications n'existent pas pour les mêmes raisons. Un centre de prise en charge de patients drépanocytaires est ouvert à Lomé à 170 km d'Atakpamé mais les patients ne peuvent pas s'y rendre par manque de moyens ou à cause de l'urgence des complications. Dans ces conditions, organiser une prise en charge de proximité semble être une des solutions. Entraide Santé 92 a financé cette mission dans le cadre du partenariat liant au CHR d'Atakpamé.

Il existe une réelle difficulté à obtenir une statistique précise de la drépanocytose dans la région des Plateaux que couvre le CHR d'Atakpamé à cause de l'absence de suivi au long cours (manque de registres) et du turn over important des médecins ; malgré la disponibilité de l'électrophorèse de l'hémoglobine au laboratoire du CHR.

Cette mission est conjointe avec une mission de prise en charge du diabète dans le cadre d'un partenariat inter hospitalier entre le CH de Nanterre et le CHR d'Atakpamé.

La direction et le personnel du CHR nous ont réservé un très bon accueil et ont fait un planning permettant une présence d'un grand nombre de soignants aux différentes sessions de formation sans entraver la continuité des soins dans les services.

Les objectifs de cette mission sont :

- 1 – Faire formation, compagnonnage et élaboration de protocoles de prise en charge du patient drépanocytaire
- 2 – Faire le point sur l'infectiologie et l'hygiène au CHR d'Atakpamé

I – La drépanocytose :

L'épidémiologie de cette pathologie n'est pas connue dans la région des plateaux. Ceci est dû au fait que le suivi chronique n'est pas organisé et qu'il n'existe pas de dépistage systématique. Les patients adultes ou enfants sont hospitalisés en cas de complications aiguës type crises vaso occlusives, anémie aiguë ou infection. Enfin, le turn over rapide des médecins au CHR d'Atakpamé constitue également un frein à la connaissance de cette épidémiologie.

Nous avons procédé à une formation faite de cours inter actifs et de consultations/visites :

1 – Les cours : ils ont porté sur

- Les généralités sur la drépanocytose
- Les complications aiguës et chroniques de la drépanocytose et leurs prises en charge : les crises vaso occlusives, les anémies, les infections, les accidents vasculaires cérébraux, le priapisme

- La prévention des complications : la vaccination, l'hygiène de vie, l'activité physique, le traitement préventif par oracilline (pour ceux qui ont les moyens) chez les enfants
- L'organisation du suivi : consultations systématiques tous les 6 mois et 3 à 4 semaines après chaque hospitalisation,
- Bilan d'évolutivité tous les ans pour les homozygotes SS et tous les 2 ans pour les hétérozygotes (SC, SBêta thalassémie) : NFS, LDH, bilan hépatique, CRP, créatinémie, protéinurie, radiographie des poumons, échographie abdominale chez patients non cholécystectomisés ; les EFR ne sont pas disponibles, l'échographie cardiaque n'est disponible qu'à Lomé (donc fixée à tous les 3 à 5 ans)
- Les traitements de fond dans la drépanocytose : les programmes transfusionnels, les traitements médicamenteux (hydroxyurée et hydroxycarbamide), la greffe de moelle et la thérapie génique.

Les participants sont des médecins, des assistants médicaux, des techniciens de laboratoire, des sages-femmes. La présence varie entre 15 et 20 participants par cours. Des discussions ont permis d'approfondir certains points et spécificités de la région : la prise en charge de patients résidant loin de la ville, les problèmes posés par l'absence d'assurance maladie chez la plupart des patients (achat des médicaments, ...), problème de transfusion en cas d'anémie aiguë (seulement sang total disponible à Atakpamé, pas de réalisation de RAI, achat des poches de sang par les patients responsable de retard de transfusion ...)

2 – Elaboration de protocoles de prise en charge : ces protocoles sont inspirés des recommandations du centre de référence des maladies rares du globule rouge et de l'érythroïèse en France. Ils ont été adaptés aux possibilités et réalités locales : les examens disponibles, les médicaments disponibles et les moyens dont disposent les malades. Il existe des obstacles de taille pour une transfusion de qualité : absence de recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) et le fait de payer pour le sang. Ces faits m'ont fait mettre en suspens l'adaptation du protocole de transfusion.

Il a été discuté et adapté :

- Généralités sur la prise en charge
- La prise en charge des crises vaso occlusives
- Bilan organique
- Contraception
- Vaccination

Des protocoles comme la transfusion et la conduite à tenir devant une fièvre chez le patient drépanocytaire constituent la prochaine étape. Nous allons continuer à échanger par mail pour avancer sur ces thématiques. Mais il faudra trouver des approches de solution à certains problèmes pour avancer sereinement : mise en place de la recherche d'agglutinines irrégulières, des réticulocytes, pouvoir disposer de culot globulaire sur le site d'Atakpamé, discuter des coûts de transfusion et encourager une aide aux démunis pour avoir accès au sang.

Malgré ces difficultés, il est possible d'améliorer la prise en charge de cette pathologie. Deux registres sont ouverts en pédiatrie et en médecine générale adulte pour connaître le nombre de patients suivis au CHR.

3 - Les consultations et visites en salle de compagnonnage :

- Deux matinées de consultation en pédiatrie suivie de visite en salle d'enfants hospitalisés : au total 14 enfants drépanocytaires et 2 anémies sévères à 3 et 4 g/dl d'hémoglobine mal étiquetées ont été vus en consultation. Les enfants transfusés sans diagnostic devront attendre 3 mois pour une électrophorèse de l'hémoglobine diagnostique, les morphotypes étant très suspects d'hémoglobinopathie. Trois enfants hospitalisés pour syndrome thoracique aigu, CVO et anémie aigüe ont été visités.
- Ces consultations ont permis de discuter avec le pédiatre et le pharmacien de la mise sous oracilline jusqu'à l'âge de 15 ans pour la prévention des infections chez ces patients aspléniques. L'indication est retenue chez tous les enfants drépanocytaires mais il a été décidé de traiter que les enfants dont les familles ont les moyens financiers de se procurer l'antibiotique, ceci pour éviter plus de sélection de résistance.
- Les adultes n'ont pas de drépanocytaires en hospitalisation. Une patiente a été vue en consultation.

II – L'infectiologie :

1 – L'hôpital de jour VIH : le bâtiment de 2 bureaux, 2 toilettes et une véranda a été construit grâce au soutien financier de Entraide Santé 92. Cet hôpital de jour est fonctionnel et accueille entre 10 et 14 patients par jour de lundi à jeudi. Les vendredis sont réservés à l'entretien des locaux :

a - Le personnel : une opératrice de saisie, 2 médiateurs, 2 aides-soignantes, 2 psychologues et des prescripteurs.

b - Points positifs :

- locaux bien entretenus
- disponibilité de statistiques fiables : file active à 845 patients : 67 enfants (34 garçons et 33 filles) et 778 adultes (214 hommes et 564 femmes) ; 7 décès depuis janvier 2019
- disponibilité de médicaments avec exceptionnels moments de rupture : ténofovir-lamivudine et efavirenz pour 1^{ère} ligne qui sera complétée très bientôt par du dolutegravir
- dispensation des médicaments à l'intérieur de l'hôpital assurant une certaine confidentialité
- disponibilité de la charge virale
- comité thérapeutique fonctionnel : réunion tous les mardis à 14 h 30 : huit personnes ont assisté à la réunion du mardi 3 décembre 2019 et ont discuté de 6 dossiers

c – Points négatifs :

- locaux insuffisants : médiateurs et psychologues dans le même bureau rendant difficile la confidentialité ; OPS, prescripteur et dispensateur partagent le même bureau, pas de toilette pour les aides-soignantes qui accueillent les patients et prennent les constantes ; certains patients venant de loin passent la nuit sur la véranda de l'HDJ
- absence de dispensateurs : le fond mondial a retiré les 2 dispensateurs dans le cadre d'un retrait progressif, l'état n'ayant pas remplacé ces derniers.
- Problème de prescripteurs : baisse des effectifs dans les services de pédiatrie et de médecine avec difficulté de détacher des prescripteurs en HDJ : proposition de faire un tour d'astreinte des médecins et assistants médicaux de médecine et pédiatrie. Les médiateurs et l'OPS qui assurent actuellement la prescription et la dispensation pourront se référer à l'astreinte en cas de difficultés. Ceci n'est qu'une disposition transitoire en attendant que les effectifs

redeviennent normaux pour une présence effective des prescripteurs. Tous les recrutements sont devenus nationaux et ne dépendent plus des CHR.

- absence de CD4 : appareil en panne depuis 6 mois environ
- le bilan de suivi du VIH est devenu payant, donc à la charge des patients
- arrêt des groupes de paroles par manque de soutien : déplacement des patients venant de zones éloignées, repas ...

2 – Le laboratoire : réalisation de ECBU, d'hémocultures, BK direct, charge virale

3 – La tuberculose : le bâtiment accueillant les patients tuberculeux est à l'abandon et non fonctionnel. L'infirmier responsable parti à la retraite n'est pas remplacé. Les patients même bacillifères sont hospitalisés en cas de besoin en médecine sans isolement avec un grand risque de transmission. Ceux qui ne sont pas graves sont renvoyés au domicile avec le traitement ; risque élevé de perdus de vue.

4 – Hygiène : ce secteur est très encourageant avec d'énormes progrès :

- disponibilité de solution hydro-alcoolique : fabrication locale en face de l'hôpital par la direction régionale de la santé : 20 francs CFA le litre pour une consommation d'environ 600 litres par mois équivalant à 12 000 f CFA (environ 20 euros) pour le CHR
- installation d'un incinérateur conventionnel avec l'aide du fond mondial : incinération des déchets du CHR et des centres médicaux environnants (cf photo)
- disponibilité de poubelles pour le tri : sacs rouges et sacs noirs. Il faut une éducation/sensibilisation pour un tri effectif dans les services.
- disponibilité de gants stériles, non stériles et des gants de ménage
- disponibilité de masques chirurgicaux ; pas de masques de type FFP4

5 - Plaidoyer lors de la réunion de restitution présidée par le directeur adjoint chargé des ressources humaines en l'absence du directeur en mission :

- Réfection rapide du pavillon de tuberculose et mise à disposition de personnel pour éviter d'hospitaliser les tuberculeux en médecine
- En attendant cette réfection, réserver une salle de médecine pour isolement de patients tuberculeux
- Raccorder les ordinateurs des bureaux des médiateurs et des psychologues de l'hôpital de jour à internet

III – Remerciements : Cette mission a retenu une grande attention des autorités du CHR. Je tiens à remercier le directeur et son équipe, tout le personnel. Un grand merci au Dr Komi Agbotsou et Mr Tchalla qui se sont mobilisés pour nos déplacements.

Conclusion :

Cette mission a permis de faire un état des lieux de la drépanocytose et une évaluation de la prise en charge de pathologie infectieuses : VIH, tuberculose et l'hygiène. De grands progrès sont faits

dans la prise en charge du VIH et l'hygiène. Mais il faudra améliorer la qualité des prestations par plus de locaux et de personnels qualifiés : dispensateurs et prescripteurs.

La tuberculose doit retenir à court terme, une attention particulière par des mesures urgentes afin d'éviter les transmissions.

Concernant la drépanocytose, il est important de tenir un registre afin de connaître le nombre de patients suivis, les différentes complications et les causes de décès. Sur la base de ces éléments, des projets pourront être mis sur pied pour rechercher des financements afin d'améliorer la prise en charge des patients drépanocytaires.

En attendant, je propose la mise en place d'un projet de recherche par dépistage des membres de famille de patients drépanocytaires et étude de phénotypes érythrocytaires. Nous allons poursuivre les échanges pour la rédaction de ce projet et répondre à des appels d'offre.





Pavillon tuberculose



Incinérateur conventionnel



Incinérateur : déchets des centres médicaux en attente d'incinération



Bâtiment Hôpital de jour



Accueil hôpital de jour



Pharmacie hôpital de jour