

MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA
PROTECTION SOCIALE

C A B I N E T

SECRETARIAT GENERAL

*Direction de la Santé Maternelle et
Planification Familiale*



Infantile et de la

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté – Patrie



« PROJET D'AMELIORATION DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE ET DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE - REGION PLATEAUX »

Projet SMN – MUSKOKA (AFD)



COMPTE-RENDU de la MISSION de FORMATION CARDIOTOCOGRAPHIE

du 17 au 24 novembre 2018

Coordinateur GSF Dr Jean Vialard

Formateurs :

Me le Dr Dominique AUSSEL Gynécologue-Obstétricienne

Me Claude BAUDRAN sage-femme

Groupe travail Togo :

Référent: Dr DJATO Solim-Biou, Gynéco-Obstétricien; CHR Tsévié

Membres : Dr DEGNANOU, Gynéco-Obstétricien au CHP Notsè;

Dr AGBO FOATI, Gynéco-Obstétricien au CHR Atakpamé;

Mme KAMINOUE Célestine, Sage-femme d'Etat au CHR Atakpamé



I - Programme de la semaine

Lundi 19-11-18

Matin : Lomé

Débriefing avec les représentants de Plan International : Athanase Saddjina , Jérôme Zanutey , Mr Messan Azanlekor de la sécurité , le Dr Baro de Handicap international et Le représentant du ministère.

Ont été abordé

- L'organisation de la semaine et l'organigramme de la semaine préparé par Athanase à partir des données fournies par GSF
- Présentation brève du travail réalisé en amont de la formation et des outils qui seront mis à disposition des participants.
- Les attentes des associations et du ministère Togolais concernant la formation cardiocardiographie.
- Nos questions par rapport aux participants et leur niveau de connaissance de la technique
- Il a été défini que compte tenu de l'hétérogénéité du groupe de participants (médecins et sages-femmes) nous reprendrions les bases de la technique et si besoin nous approfondirions avec les données récentes de la littérature.
- Le Dr Baro et le représentant du ministère se sont engagés à nous fournir les chiffres de mortalité périnatale sur les derniers mois (il paraît difficile dans le cadre de cette formation d'avoir accès aux registres de naissances)

- Il a été proposé de remettre aux participants un questionnaire afin de juger de l'adéquation de la formation à leurs besoins.
- Après midi Tsévié :
 - Les présentations. Tour de table
 - Pré-test
 - Présentation du matériel avec le technicien responsable de la vente de l'appareil.

Mardi 20-11-18

- Matin
 - L'analyse et l'interprétation du RCF (120 dia)
 - Auscultation Intermittente (Claude Baudrand)
- Après midi
 - Théorie :
 - Indications du RCF pendant la grossesse (DA)
 - Pose et utilisation du cardiotocographe en pratique (CB)
 - Pratique sur une seule patiente : démonstration de la pose du cardiotoco

Mercredi 21/11/18 :

- Matin :
 - Formation pratique en salle de travail et sur des patientes en cours de grossesse
- Après-midi : (pas de patientes les consultations ayant lieu le matin)
 - cas cliniques le soir et synthèse de la journée

Jeudi 22/11/18 :

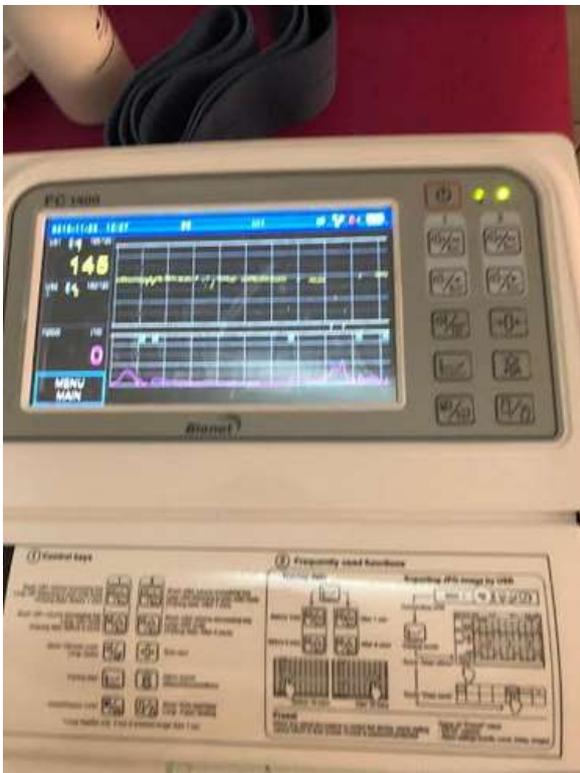
- Matin
 - formation pratique en salle de travail (patiente en travail) et pendant la grossesse
 - Un technicien est revenu régler les appareils en situation
- Après-midi
 - Analyse informatisée du RCF pendant la grossesse
 - Modalité de surveillance du bien être fœtal
 - Travail en commun sur une procédure adaptée à la maternité et aux patientes en fonction des moyens dont disposent les acteurs. Les participants n'ont pas souhaité travailler sur plusieurs régions. Ils ont prévu de rédiger un protocole centre par centre.
 - Cas cliniques le soir et synthèse de la journée
 - Remise des fiches de synthèse et des livrets à la demande des participants

Vendredi 23 /11/18 :

- Tsévié
 - Take Home messages : résumé en 7 diapos de l'interprétation du RCF et des critères de gravité
 - Post test et comparaison des résultats des pré test et post test
 - Bons résultats globaux
 - Evaluation sur des tracés d'ERCF
 - Synthèse de la semaine
- Lomé : réunion de synthèse avec les mêmes personnes
 - Résumé de la semaine et de nos conclusions (cf rapport de mission)
 - Résultats pré et post test

– Remise à Athanase de l'évaluation de la formation par les participants





II - Rapport de mission

A / Sur le plan général

1 - En termes de bénéfice de santé publique sur la mortalité périnatale :

1-1 Pendant le travail

- L'utilisation du cardiocographe ne peut s'envisager que dans un programme global de prise en charge des femmes enceintes à savoir :
 - o La sélection des patientes à haut risque et à bas risque afin de définir à qui la technique sera la plus utile (auscultation intermittente ou ERCF en continu)
 - o Une organisation « d'aval » permettant la prise en charge rapide des patientes dont le fœtus présente des anomalies graves du RCF.
- Nous avons bien insisté sur la nécessité d'associer la technique pure à la clinique et à la « rapidité » de prise en charge .
- **Sans cette organisation d'amont et d'aval il n'est pas certain que les bénéfices apportés soient à la hauteur des attentes à savoir la diminution de la mortalité périnatale**
- Nous espérons que cela permettra de « rassurer » sur l'absence de souffrance fœtale dans certaines situations par exemple les patientes référées d'autres structures pour suspicion de souffrance fœtale. Dans ces cas si le RCF est normal ou à faible risque la césarienne pourra être évitée.
- Nous insistons sur le fait qu'il s'agit d'un test de dépistage et non de diagnostic
 - o Les principales études publiées dans des pays occidentaux retrouvent une valeur prédictive positive médiocre du test (environ 30%)
 - o Mais dans les pays occidentaux l'incidence de la pathologie (à savoir la mort per partum est très faible) dans les pays à faibles ressources cette incidence est probablement plus élevée ce qui pourrait améliorer la VPP du cardiocographe.
- Inévitablement l'étude du RCF en continu augmente le taux de césariennes.

1-2 Pendant la grossesse :

- L'étude du RCF pourrait être utile dans la surveillance des dépassements de terme afin d'éviter les MIU. Nous n'avons pas eu accès aux chiffres il est donc difficile d'en juger.

B/ L'outil cardiocographe :

1 - Pose du cardiocographe (pratique)

- Il y a une bonne compréhension de la technique de pose du capteur US et du capteur barosensible par les participants. (une seule personne du groupe a trouvé la formation pratique trop courte).

- Les participants se sont approprié l'ergonomie de l'appareil. Si des appareils d'une marque différente sont utilisés il est indispensable qu'un technicien se déplace dans les centres pour expliquer l'ergonomie.
- **Les participants à la formation doivent s'approprier l'outil pendant une période à définir en l'utilisant quotidiennement « pour s'entraîner » avant d'en faire un vrai test de dépistage de la souffrance fœtale.** Nous leur avons conseillé de poser des cardiocotogrammes dès la fin de la formation afin de s'habituer à l'interprétation du RCF.
- Les anomalies du RCF seront plus faciles à interpréter s'ils ont l'habitude d'analyser des RCF normaux.

2 - Maintenance du matériel

- **Un programme de maintenance des appareils nous paraît indispensable.** Le Dr Baro nous a spécifié que cela était prévu dans le programme Muskoka .

3 - Lecture du RCF sur écran

- L'écran est petit les graduations en bpm ne sont pas clairement affichées, de ce fait l'interprétation sur écran est très difficile (RCF écrasé : aucune idée précise des oscillations). Une impression papier nous paraît être indispensable.

4 - Où mettre le cardiocotographe

- Le Dr Djato a évoqué la difficulté qu'il rencontre pour mettre le matériel en lieu sûr et accessible.
- Cette question sera à discuter localement.

C/ Interprétation des tracés de RCF et de CU

1 - ERF pendant le travail

- **Nous avons des inquiétudes sur l'interprétation des RCF pathologiques. Cela ne peut être maîtrisé qu'avec l'habitude.**
- Dès la survenue d'anomalies du RCF l'interprétation et la conduite à tenir seront plus complexes et il risque d'y avoir des erreurs d'interprétation.
- Nous avons bien insisté sur les anomalies graves qui sont à différencier des anomalies peu sévères.
- **Il est nécessaire d'accompagner sur les sites disposant d'un cardiocotographe pour vérifier la bonne utilisation du matériel et la bonne interprétation des tracés.**
- Attention à ne pas trop augmenter le taux de césariennes. Tous les participants ont compris ce risque (Cf pré et post test). Par contre il a été difficile de savoir quelle valeur les acteurs locaux attribuent à ce risque d'augmentation des césariennes.
- **Il faudra étudier les taux de césarienne sur le long terme et si besoin reposer le problème avec les centres.**

2 - ERCF pendant les efforts expulsifs

- **Nous nous sommes aperçues en fin de semaine qu'i y avait peut-être une confusion entre RCF pendant le travail et RCF pendant l'expulsion.**
- Un seul enregistrement a été possible en phase expulsive, certains cas cliniques concernaient cette phase de l'accouchement. Nous avons constaté une tendance générale à la surinterprétation des anomalies du RCF. Le risque est de générer de l'anxiété chez les soignants et des conduites inadaptées (ventouses).

D/ Comment diffuser la technique d'étude du RCF et des CU sur l'ensemble du territoire ?

- Nous avons expliqué aux participants qu'ils devraient enseigner la technique dans leurs centres respectifs. Nous ne nous sommes pas senties autorisées à désigner des responsables au sein du groupe. Il nous paraît indispensable que Plan Togo et Handicap International assurent ce rôle. **Un binôme médecin-sage femme par centre serait le modèle le plus approprié.** En effet les médecins ne sont pas toute la journée en salle de travail, ce sont les sages-femmes qui doivent assurer ce suivi et prévenir les médecins en cas d'anomalie du RCF.
- L'un des participants nous a demandé de « former des formateurs ». Pour cela plusieurs éléments sont indispensables :
 - Etablir des protocoles rigoureux dans chaque centre puisque les participants n'ont pas souhaité le faire en commun lors de la formation. Nous avons tout de même fourni un arbre décisionnel général qui pourra être utilisé. L'application de ces procédures relèvera de la responsabilité personnelle de chacun (sages-femmes et médecins)
 - L'interprétation des anomalies du RCF demande beaucoup d'habitude et de subtilité. Des séances d'e-learning sont disponibles sur le site du CNGOF (<https://www.dpc-elearning-rcf-cngof.fr>) ou sur ercf.univ-catholille.fr (sites disponibles en recherchant RCF e-learning sur google)
 - **Idéalement** ces futurs formateurs locaux pourraient à leur tour faire plus facilement de l'enseignement continu auprès des hôpitaux Togolais. Si de telles formations devaient être organisées :
 - Cela permettrait de responsabiliser les acteurs locaux quant aux enjeux de santé publique.
 - Il serait intéressant que les futurs formateurs aient travaillé la question en amont de façon à être plus efficace. Par exemple leur demander de fournir avant la formation un travail sur les statistiques de mortalité périnatale, un projet de soin pour leur structure ainsi que des exemples de RCF pris dans leur service pour rediscuter à froid les interprétations.

D/ Les difficultés rencontrées :

- Nous avons eu un peu de difficultés à connaître la réalité des pratiques de chacun. Nous n'étions pas vraiment sur le terrain.
- Nous n'avons pas pu rencontrer les responsables administratifs de l'hôpital de Tsévié afin d'organiser la semaine. Le Dr Djato nous a cependant beaucoup aidées pour organiser les formations pratiques.
- Les participants n'ont pas manifesté un grand intérêt pour l'auscultation intermittente qu'ils estiment maîtriser. Nous avons insisté sur l'obligation d'une certaine rigueur dans cette méthode.
- Nous n'avons pas eu accès aux chiffres de mortalité périnatale et du taux de césariennes. Il faudra comparer ces chiffres avant et après la formation pour juger de son efficacité.
- Nous regrettons beaucoup de ne pas avoir réussi à mettre en place un protocole commun de prise en charge des patientes à hauts risques et à bas risques et à définir ensemble des modalités de suivi des patientes en per partum en fonction de leur niveau de risque.

E/ Points positifs :

- **Nous avons eu affaire à des participants pour la plupart extrêmement motivés. Ils ont posé beaucoup de questions. Ils ont travaillé très sérieusement.**
- Nous avons eu de bien meilleurs résultats aux post test prouvant qu'un certain nombre de messages sont passés.
- Nous avons eu un accueil vraiment très convivial et chaleureux à tous les niveaux.
- Nous avons trouvé que tout était bien organisé tant sur le plan logistique qu'au niveau des formations pratiques.
- Tout le monde a été respectueux envers les patientes au cours de la formation.

III - Evaluations

A/ Evaluation des participants

- Nous avons distribué une série de 21 questions en pré et post test (questions identiques sur des connaissances générales de l'étude cardiotocographique) les questionnaires sont disponibles.
Voici les résultats globaux des tests on constate une très nette progression entre le pré et le post test

Résultats approximatifs des tests (difficulté d'interprétation des fiches de test et de comptage manuel de notre part)

	Réponses vraies	Réponses fausses	Non répondu
Pré test (13 participants)	127	131	30
Post test (15 participants)	260	31	12

- Il n'y a pas eu d'évaluation pour de futurs formateurs.
Si l'on veut que certains participants deviennent des formateurs il faudra envisager un enseignement complémentaire spécifique.

B/ Evaluation de la formation par les participants

Sur quinze participants 13 sont satisfaits ou très satisfaits sur tous les points (fiche remise en annexe)

Une personne est non satisfaite

Une personne émet des réserves sur la méthode pédagogique

Les résultats précis ont été laissés à Plan Togo pour une analyse plus fine

Conclusion

- Cette formation ne doit pas être isolée, elle doit s'intégrer dans un plan global.
- Il faut trouver un moyen de former d'autres soignants sur le terrain.
- L'interprétation du RCF et du tocogramme est un point à suivre absolument.
- Nous remercions Plan Togo, Handicap International, l'hôpital de Tsévié et le Dr Djato de leur accueil.



Annexes

Evaluation de la formation

1 D'une manière générale comment avez-vous trouvé cette formation

- Très utile
- Utile
- Peu utile
- Tout à fait inutile

2 Comment jugez-vous le contenu théorique de la formation

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Non satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

3 Comment jugez-vous le contenu pratique de la formation

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Non satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

4 Que pensez-vous des documents qui vous ont été remis

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Non satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

5 Que pensez-vous de la façon dont a été conduite la formation sur le plan pédagogique

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Non satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

Commentaire libre si souhaité

Pré et post test :

1 Comment évaluer les contractions utérines (CU) ?

- A Par la palpation
- B Par l'évaluation de la douleur ressentie
- C Par une tocographie externe
- D Par toutes ces méthodes

2 Quelle est la fréquence normale des CU ?

- A 1 à 3 par 10 minutes
- B 3 à 5 par 10 minutes
- C 5 à 7 par 10 minutes
- D la fréquence des CU n'a pas d'intérêt en pratique

3 quelle est la durée normale d'une CU ?

- A 30 secondes
- B 1 à 2 minutes
- C 3 à 5 minutes
- D la durée des CU n'a pas d'intérêt en pratique

4 Comment définir une hypercinésie ?

- A fréquence excessive des CU
- B durée excessive des CU
- C Aucune de ces deux propositions
- D les deux propositions (A et B)

5 Une hypercinésie peut se rencontrer ?

- A En cas de disproportion foeto-pelvienne
- B En cas d'utilisation inadéquate d'ocytociques
- C En cas de décollement placentaire
- D Dans ces trois situations

6 Où poser le stéthoscope ou le capteur pour écouter le cœur fœtal ?

- En cas de présentation céphalique
- A Sous l'ombilic de la patiente du côté du dos du fœtus
- B Sous l'ombilic de la patiente du côté du ventre du fœtus
- C Au dessus de l'ombilic de la patiente du côté du dos
- D Au dessus de l'ombilic de la patiente du côté du ventre du fœtus
- En cas de présentation pelvienne
- A Sous l'ombilic de la patiente du côté du dos du fœtus
- B Sous l'ombilic de la patiente du côté du ventre du fœtus
- C Au dessus de l'ombilic de la patiente du côté du dos
- D Au dessus de l'ombilic de la patiente du côté du ventre du fœtus

7 Quel est le rythme cardiaque de base normal d'un fœtus ?

- A 80 à 100 bpm
- B 100 à 120 bpm
- C 120 à 160 bpm
- D 160 à 180 bpm

8 Quels sont les critères utilisés pour analyser le rythme cardiaque fœtal ?

- A rythme de base
- B variabilité
- C présence d'accélération ou de décélération
- D les trois propositions ci dessus

9 comment définissez vous une bradycardie fœtale

- A Rythme de base < à 80 bpm après une CU

- B rythme de base < 60 bpm
 - C Rythme de base < 80 bpm pendant 5 minutes
 - D rythme de base < 80 bpm pendant 10 minutes
- 10 Quelle attitude en cas de bradycardie
- A Mettre la patiente en DLG
 - B Vérifier la TA
 - C Se préparer pour une naissance rapide
 - D Les trois propositions sont justes
- 11 Comment définissez-vous une tachycardie fœtale ?
- A rythme de base > 140 bpm
 - B Rythme de base fœtal > 160 bpm
 - C rythme cardiaque fœtal >140 bpm pendant 10 minutes
 - D Rythme cardiaque fœtal > 160 bpm pendant 10 minutes
- 12 Quelle attitude en cas de tachycardie fœtale ?
- A Mettre la patiente en DLG et prendre la TA
 - B Prendre la température de la patiente
 - C Se préparer à une naissance immédiate
 - D les trois propositions sont exactes
- 13 Quelle information vous apporte le cardiocotogramme que ne peut vous donner l'auscultation intermittente ?
- A Etude en parallèle des CU et du RCF
 - B Mise en évidence d'une anomalie du rythme de base
 - C Etude de la variabilité du RCF
 - D Les trois propositions sont justes
- 14 Qu'est-ce que la variabilité du RCF ?
- A Les oscillations de la fréquences cardiaque par rapport à une ligne de base moyenne
 - B les accélérations par rapport à une ligne de base moyenne
 - C Les décélérations par rapport à une ligne de base moyenne
 - D aucune des propositions ci-dessus
- 15 Que faites-vous en cas de variabilité modérée (entre 6 et 25 bpm)
- A Mettre la patiente en DLG et prendre sa TA
 - B Prendre la température de la patiente
 - C Envisager une naissance rapide
 - D Rien il s'agit d'un rythme normal
- 16 Les accélérations sont:
- A Le témoin d'une infection fœtale
 - B Le témoin d'une hypoxie fœtale
 - C Le témoin d'une souffrance fœtale
 - D Le témoin d'un fœtus en bonne santé
- 17 Un ralentissement précoce :
- A Débute avant la CU
 - B Débute au moment de la CU
 - C Se termine avant la fin de la CU
 - D Se termine après la fin de la CU
- 18 Quelle attitude en cas de ralentissements précoces se prolongeant pendant plus de 20 minutes ?
- A Ne rien faire
 - B Modifier la position de la patiente et vérifier la dilatation
 - C Prendre la température de la patiente
 - D Se préparer à une naissance rapide

19 Un ralentissement tardif

- A Débute au moment de la CU et se prolonge
- B Débute pendant la CU et se prolonge
- C Débute après la CU
- D Débute après la CU et se prolonge

20 Quelle attitude en cas de ralentissements tardifs se prolongeant pendant plus de 30 minutes ?

- A Ne rien faire cela n'est pas un critère de gravité
- B Modifier la position de la patiente et vérifier la dilation
- C vérifier la TA et la température de la patiente
- D se préparer à une naissance rapide

21 Parmi les propositions suivantes laquelle est exacte

- A l'étude du RCF pendant le travail augmente le nombre de césariennes inutiles
- B l'étude du RCF pendant le travail permet de diminuer le nombre de césariennes inutiles
- C Les anomalies du RCF reflètent très bien le degré de souffrance fœtale
- D L'étude du rythme cardiaque fœtal est un très bon facteur prédictif de l'état du nouveau-né à la naissance