

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)



**Rapport de la 3^{ème} mission de compagnonnage au CHR
d'ATAKPAME (Région des Plateaux) dans le cadre du
programme Muskoka.**

18 octobre au 3 novembre 2019.

Dr François PLIHON Gynécologue-Obstétricien

Me Valérie MARANTE Sage-Femme

Objectifs :

Dans le cadre du programme MUSKOKA, de réduction de la mortalité maternelle et infantile, 4 missions de formation et compagnonnage du personnel de la maternité au CHR d'ATAKPAME ont été planifiées.

Cette 3e mission, fait suite à la mission d'octobre 2018

(Dr Y.Getin, Mmes Le Calvar et Nguyen sages-femmes) dont les thèmes étaient :

- l'hygiène en maternité ;
- le partogramme ;
- la pose de ventouse,
- la réanimation du nouveau-né,
- les antibiotiques...

Puis d'avril 2019 (Dr Rivoallan et M.Chroum) qui a abordé les thèmes

- de la gestion de l'éclampsie,
- les hémorragies de la délivrance,
- le monitoring,
- l'AMIU et
- la gestion de la douleur en obstétrique.

Une 4^e mission d'évaluation est prévue en 2020

En début de mission nous avons rencontré

- Athanase SADJINA: coordinateur P.I.T. et son équipe à Lomé
- Le Docteur Bright AGBOFOATI, chef du service de la maternité du CHR d'Atakpamé
- Le DRS de la région plateaux

- Le point focal sécurité de P.I.T. à Atakpamé
- Le directeur de l'Hôpital d'Atakpamé

I - Déroulement de la mission :

Le matin du 1^{er} jour a été consacré aux démarches administratives à Atakpamé, et aux rencontres avec les responsables locaux ;

L'après-midi, réunion plénière du service maternité au cours de laquelle le Dr B. Agbofoati nous a présenté son équipe : la cadre sage-femme Amida Célestine Kaming , ainsi que les sages-femmes, les accoucheuses, les assistants chargés de faire les césariennes, et Laurent Abalo , étudiant en fin d'études de médecine. Nous avons apprécié, l'accueil chaleureux qui nous a été réservé.

Le chef de service nous a fait part de son souhait d'aborder les thèmes suivants :

- L'ERCF
- L'échographie gynéco obstétricale
- La réanimation du nouveau-né
- L'AMIU
- La pose de ventouse
- L'hygiène

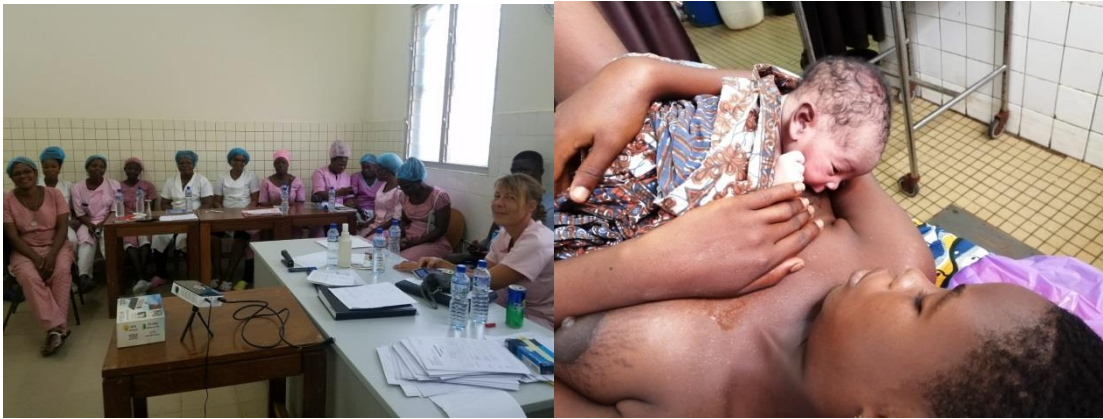
Il a particulièrement insisté sur l'aspect pratique de ces différents thèmes, considérant que la formation théorique avait été déjà abondamment traitée lors des 2 précédentes missions.

Puis, nous avons été conviés à une visite de la maternité, avec notamment la nouvelle annexe abritant le service des grossesses pathologiques, qui est terminée.

Le matin nous commençons par assister au staff du service sous la direction du chef de service, où étaient présentés et discutés les accouchements des 24 dernières heures.

Tenant compte des exigences du chef de service nous avons procédé à l'établissement d'un programme journalier avec une distribution des rôles entre Valérie Marante, qui a été chargée de « s'immerger » à la maternité pour y suivre l'activité obstétricale et y réaliser son compagnonnage, centré sur la Réanimation du NN et l'utilisation de la table de réanimation, le compagnonnage sur l'appareil de monitoring basé au bloc maternité ; l'hygiène. François Plihon fut chargé de la formation et études sur dossiers pour l'ERCF, du compagnonnage en échographie, des démonstrations sur mannequin pour la pose de la ventouse, de l'AMIU.

II – Rapport de Valérie Marante (SF)



1 – Organisation de la mission :

A notre arrivée, nous avons établi un programme de formation avec le Dr Bright. Si au départ, il nous avait été demandé de ne pas faire de cours magistraux, cela est apparu utile de faire tout de même quelques rappels. Etant donné qu'une partie des SF étaient nouvelles dans l'équipe et n'avaient pas été formées aux précédentes missions.

François a assuré l'enseignement du RCF et le compagnonnage en échographie et les manœuvres obstétricales. Quant à moi, je me suis centrée sur la réanimation néonatale et l'encadrement en salle d'accouchement.

Malgré un enthousiasme de l'équipe, il a été difficile de respecter le planning établi, les SF devant assurer le matin leur service auprès des patientes.

➤ *Cardiotocographe:*

Nous avons pu constater à notre arrivée que le cardiotocographe était utilisé en salle d'accouchement. La pose du monitoring est maîtrisée par la quasi-totalité des SF. J'ai revu avec les nouvelles SF la pose et le fonctionnement de l'appareil. L'indication de son utilisation reste aléatoire. J'ai insisté sur la nécessité de « monitorer » les patientes lors d'utilisation d'ocytocine en per-partum (surveillance des CU). L'analyse du RCF (surtout les ralentissements) et les CAT qui en résultent ne sont pas encore totalement maîtrisées. Les protocoles réalisés lors de la précédente mission sont présents en salle d'accouchement mais deviennent peu lisibles au fil du temps...

La surveillance du RCF n'est pas toujours faite rigoureusement, je devais rappeler aux SF régulièrement d'aller voir le RCF en cours. J'ai insisté sur l'importance du traçage de l'analyse du RCF et des CU dans le dossier.

Une supervision de 2 jours sur le cardiotocographe faisait suite à la nôtre. Ce qui permettra d'apprécier si notre intervention a été pertinente.



➤ **Réanimation néonatale :**

La maternité dispose maintenant d'un Néopuff installé sur la seule table d'accueil du nouveau-né. Il m'a été demandé de former le personnel à cette technique de ventilation. Nous avons tout d'abord fait un rappel théorique, et sur mannequin, des différentes étapes de la réanimation avec des mises en situation. Puis, par petit groupe de SF et de manière individuel, j'ai pu utiliser le néopuff en situations réelles.

Les connaissances théoriques sont acquises par l'équipe. La difficulté reste dans l'anticipation du matériel. Le matériel est présent, mais pas toujours à disposition immédiate sur la table de réa. La maternité a désormais des sondes d'aspiration. Nous avons donc avec la surveillante créé 2 kits de réanimation prêts sur la table avec le matériel nécessaire. J'ai également proposé à la surveillante d'établir une check-list du matériel d'accueil du nouveau-né et de consigner à chaque prise de poste la présence de celui-ci. Je ne suis pas sûre que cela ait été mis en place à notre départ. Une minuterie pour le calcul de l'Apgar est fonctionnelle sur la table, nous avons fait sa découverte avec joie avec l'équipe !

Nous avons une fois de plus bien insisté sur la nécessité du peau à peau (lutte contre l'hypothermie, mise au sein précoces, diminution de la douleur maternelle) . Cette pratique n'est pas encore de rigueur, le nouveau-né reste emmaillotté sur la table chauffante. La table n'étant du coup pas libre pour une autre naissance. En ce qui concerne les nouveau-nés nés par césarienne, il serait utile que la maternité possède au moins une couveuse afin de pouvoir libérer la table. Afin de lutter contre les risques d'hypothermie et d'avoir une prise en charge optimale en cas de réanimation, nous avons décidé avec l'équipe d'effectuer à chaque césarienne les soins du nouveau-né immédiatement sur la table chauffante de la salle d'accouchement plutôt que de les commencer en salle de césarienne (pas de table de réa). A la fin de la mission les SF avaient bien pris cette habitude.

➤ **Remplissage des dossiers obstétricaux :**

Les SF maîtrisent le partogramme. Des efforts restent tout de même à fournir sur leur remplissage rigoureux (heures d'examen, constantes). L'activité de travail soutenue rend

difficile cette tâche et il n'y a qu'un seul tensiomètre en salle de naissance. Les horloges fournies par le projet sont bien là mais sans piles... ce qui rend difficile le report dans le dossier des heures d'examen.

➤ **Hygiène :**

Nous n'avons malheureusement constaté aucune amélioration par rapport à la mission précédente. Pas de solution hydro alcoolique, pas de papier pour se sécher les mains, absence de lieu réservé à la décontamination par manque de local, pas d'isolement des poubelles. L'infirmier hygiéniste est intervenu au cours de la mission pour refaire le point avec l'équipe sur le tri des déchets. La difficulté pour le personnel réside dans le fait que la poubelle DASRI n'est pas adaptée (couvercle à ouvrir avec les mains, pédale cassée.). Il ne semble pas y avoir dans l'immédiat de solution pertinente... En ce qui concerne le ramassage des poubelles, il a été demandé par le Dr Bright que celles-ci soit vidées non plus une fois mais deux fois par jour, afin d'éviter qu'elles ne débordent dans la salle de naissance.

➤ **Accompagnement :**

Un protocole de la douleur a été établi en novembre 2018, sur la gestion non médicamenteuse de la douleur au cours du travail compte tenu de la disponibilité et l'efficacité limitée des moyens médicamenteux. J'ai essayé de transmettre lors de cette mission l'importance d'être bienveillant, de communiquer avec les patientes afin de réduire la douleur et obtenir une meilleure coopération de la patiente.

La prise en charge de la douleur n'apparaît pas être une priorité. Mais encore une fois, les moyens sont limités et la surcharge d'activité ne laisse malheureusement pas beaucoup de temps à ce genre de considération.

CONCLUSION :

Hormis les données statistiques qui n'ont pas été abordées, l'ensemble des points à travailler a pu être évoqué. Nous avons rencontré une équipe dynamique et chaleureuse, soucieuse d'évoluer. Il serait peut-être bénéfique de mettre en place des missions plus longues afin d'acter les choses de manière plus pérennes. Le manque de moyens limite fortement l'amélioration des pratiques. J'espère tout de même que nous avons pu apporter notre petite pierre à l'édifice.

III - Rapport de François Plihon (GO)

➤ *Cardiotocographie:*



Dès le début de la mission, il a été décidé d'insister sur l'ERCF, mais nous avons dû nous adapter au fait que le papier du monitoring était en rupture de stock, ce qui nous a conduit à privilégier des exercices sur dossiers comportant des enregistrements : après avoir fait un rappel des principes de base de l'analyse de l'ERCF, nous discutons de la signification pathologique des anomalies du tracé et de la décision obstétricale, tandis que Valérie prolongeait le compagnonnage sur l'appareil directement au bloc :

J'ai constaté une assez bonne assimilation des cours théoriques dispensés lors des missions précédentes, avec quelques difficultés, encore, à faire le lien entre la signification des anomalies et la décision obstétricale qui doit en découler.

Dès cette phase, Valérie et moi avons constaté une difficulté à appréhender le degré d'urgence des situations, et une insuffisante organisation du travail en équipe, notamment dans le domaine de l'anticipation.

➤ *L'échographie:*



L'Echographe étant maintenant à demeure dans le service, dans la salle de cours, nous avons réalisé le compagnonnage dans des conditions parfois difficiles pour obtenir la présence des

sages-femmes désireuses d'apprendre, car elles étaient souvent accaparées par leurs tâches à la maternité, en particulier le matin, les patientes arrivant sans rendez-vous principalement le matin: certains jours, cela m'a conduit à être le seul opérateur, disponible, pour effectuer ces échographies... que je n'étais pas censé faire ! Les sages-femmes qui avaient déjà appris à faire des échos, ont un niveau correct pour effectuer l'examen courant, avec néanmoins une conduite de l'examen brouillonne et une difficulté à bien se servir de la sonde pour se repérer dans l'espace (notamment chez les GG) ; en gynécologie, elles ont besoin d'avoir des connaissances anatomiques plus étendues, pour pouvoir interpréter les images. Nous avons donc insisté sur ces aspects de la conduite de l'examen, du maniement de la sonde, et de l'identification des images ovariennes et annexielles en gynécologie. Nous avons pu apporter et laisser des documents « papier » sur l'iconographie de l'examen courant qui ont été très appréciés.

➤ ***Ventouse:***

Les séances de démonstration et d'exercice d'entraînement sur la pose de ventouse ont été très appréciées, avec comme matériel, une ventouse Kiwi ; j'ai pu assister à une pose de ventouse à la maternité et constater les difficultés liées à la vétusté des tables d'accouchement, interdisant un positionnement satisfaisant de la parturiente, avec comme conséquence, une technique approximative dans la réalisation ; il m'a semblé également que le diagnostic de variété de présentation était souvent imprécis, mais la fréquence des bosses séro-sanguines explique sans doute cela : j'ai pu me rendre compte par moi-même, en pratiquant une, des conditions de travail difficiles, auxquelles les SF sont confrontées; à ce propos, j'ai essayé de convaincre le Dr Bright de se servir d'une table gynécologique pratiquement neuve et bien équipée, mais ne servant visiblement pas beaucoup (toiles d'araignées...) trônant dans la salle de cours, et de la transférer dans l'une des salles d'accouchement qui pourra bénéficier ainsi d'une table d'accouchement, digne de ce nom...mais à mon départ, le changement n'avait pas encore été fait...

➤ ***AMIU:***

La réalisation des AMIU pâtit des mêmes conditions de travail difficiles, la seringue est hors d'usage, obligeant l'opératrice à recourir à l'aspiration à pédale branchée directement à la canule d'aspiration ; ces AMIU sont apparemment réalisées hors anesthésie locale (faute de matériel adapté ?), même si la prescription d'antalgiques avant et après le geste semble bien réalisée.

➤ ***Douleur:***

Nous aurions souhaité traiter à nouveau de la prise en charge de la douleur où beaucoup est à faire , mais le temps a manqué : nous avons pu Valérie et moi aborder dans le courant de la mission, en fonction des opportunités de ces sujets importants comme les césariennes et leur fréquence impressionnante (même en tenant compte du recrutement particulier du CHR d'Atakpamé), de l'antibiothérapie qui ne semble plus systématique lors des accouchements, de la GATPA qui m'a paru réalisée à contretemps, à plusieurs reprises , malgré les dénégations du personnel...

Je me suis livré en fin de mission à une évaluation individuelle d'un certain nombre de SF (malheureusement pas toutes) à propos de l'ERCF afin de me rendre compte de l'impact de notre action : les principes de base de l'analyse du RCF semblent bien acquis, mais les indications, de même que l'utilisation de cet outil comme aide à la décision obstétricale, sont encore perfectibles.

En conclusion, nous espérons avoir contribué utilement pendant notre séjour à l'amélioration des connaissances et des pratiques du personnel, même si il a fallu revenir de nombreuses fois sur les principes de la réanimation du nouveau-né, la nécessité d'anticiper les urgences en veillant à préparer la table de réanimation en permanence, des indications de l'ERCF, des conseils, concernant les manœuvres obstétricales, de la nécessité d'améliorer l'hygiène, le rangement du matériel, le lavage et séchage des mains .

Le Docteur Bright a semblé satisfait des résultats de cette mission : nous avons le sentiment, pour notre part, qu'il faudrait poursuivre le compagnonnage, en améliorant son organisation et surtout, en assurant parallèlement un apport en matériel permettant à la sympathique équipe de la maternité du CHR d'Atakpamé de progresser en travaillant dans de meilleures conditions matérielles.

Enfin une 4e mission d'évaluation est prévue en 2020

A noter que la prise en charge de la logistique de P.I.T. sur place a connu quelques « ratés »... (personne pour nous accueillir à l'aéroport, et on ne connaissait pas le nom de notre hôtel... plusieurs oublis de venir nous ramener le soir à l'hôtel, manque de fiabilité dans les infos données...)

