



Compte-rendu de mission au Togo

Programme MUSKOKA

Du samedi 23 novembre au mercredi 27 novembre 2019

Dr Françoise Bayoumeu et Valérie George

Mission protocole douleur en gynécologie obstétrique

PLAN

- Validation des protocoles au Ministère***
- Présentation région des plateaux***
- Présentation région maritime***
- Débriefing Ministère***

Samedi 23 novembre 2019

Arrivée à Lomé à 19h.

Acheminement à l'hôtel « Le Bénin » par la navette et accueil sur place par Claude ROSENTHAL et de Nicole BERNIS qui terminent une mission de compagnonnage en chirurgie gynécologique. Diner au restaurant de l'hôtel.

Nous faisons la connaissance de Athanase SADJINA, représentant de Plan International Togo, qui nous accompagnera tout au long de la mission.

Le programme de la mission nous a été envoyé par le Dr Madeleine TCHANDANA (DSMI/PF) :

Agenda prévisionnel mission sur le protocole douleur

| Date | Horaires | Activités | Responsables | Participants |
|-------------------|-------------|---|--------------|--|
| Samedi 23/11/19 | | Arrivée équipe GSF | | |
| Dimanche 24/11/19 | | | | |
| Lundi 25/11 | 8h30-12h30 | Présentation et validation protocole | GSF | GTT, GSF, MOD (HI ; PIT), Coordination Nationale, représentant DPML, Pharmacien régional, SFE, Anesthésistes, Chef service gynéco-obstétrique, DSME, CAMEG |
| | 12h30-13h30 | Pause-déjeuner | MOD | |
| | 13h30-15h00 | Suite des discussions | GTT | GTT, MOD, GSF, Coordination Nationale |
| Mardi 26/11/2019 | 8h30-15h00 | Présentation du protocole aux équipes régionales Plateaux | GTT GSF | GTT, DR, PF SR région et district, GSF, Equipe SONUC (gynécologues, anesthésistes, sages-femmes, pharmacienne) |
| | 16h00 | Retour à Tsévié | | |

| | | | | |
|----------------------------|--------------------|---|------------|--|
| Mercredi 27/11/20 19 | 8h30- 14h3 0 | Présentation du protocole aux équipes régionales Maritime | GTT GSF | GTT, DR, PF SR région et district, GSF, Equipe SONUC (gynécologues, anesthésistes, sages-femmes, pharmacienne) |
| | 15h3 0 | Retour à Lomé | | |
| | 16h0 0 | Débriefing | | GTT, GSF, MOD Coordination Nationale |

Dimanche 24 novembre

Matinée d'échanges avec Claude ROSENTHAL. Nous sommes rejoints par le Dr Bright AGBOFOATI, gynécologue-obstétricien, chef de service au CHR d'Atakpamé et nous poursuivons les échanges à propos des différentes prises en charge, conduites à tenir, thérapeutiques en gynécologie-obstétrique au Togo.

Après-midi détente.



Lundi 25 novembre

8h30 Réunion de travail au Ministère afin de présenter puis valider les protocoles de prise en charge de la douleur.

Ceux-ci ont été travaillés en amont, notamment avec le Dr DJATO, gynécologue-obstétricien, chef de service au CHR de Tsévié et le Dr EGBOHOU, anesthésiste-réanimateur au CHR d'Atakpamé. Le travail pour GSF de conception du protocole a été fait par le Dr Estelle

Morau anesthésiste réanimateur et Delphine Wolff, sage-femme. Le relais ayant été passé ultérieurement au binôme de la mission.

Membres présents :

Dr TCHANDANA DSMI/PF

3 gynécologues-obstétriciens dont Dr DJATO

1 anesthésiste-réanimateur, Dr EGBOHOU

1 pharmacien et 2 auxiliaires en pharmacie

1 assistant technique sur projet de la DSMI

1 médecin coordonnateur du projet de Handicap International

1 sage-femme

Ouverture de la séance de travail par le Dr TCHANDANA :

Elle rappelle que cette mission fait partie du projet MUSKOKA et concerne la région « maritime » et la région « des plateaux », soit 22 structures au total.

Le diagnostic qui a été fait en amont est que l'utilisation des antalgiques n'est pas harmonisée. Il y a donc des normes standards à définir, ce qui permettra également de réduire le coût de la prise en charge car l'utilisation des antalgiques est quelquefois inadaptée.

L'association GSF est partenaire de ce projet.

L'objectif du jour est de parvenir à un consensus sur l'élaboration du protocole proposé.

Certains membres invités sont absents ce jour mais se sont fait représenter. Les principaux partenaires sont donc autour de la table pour cette journée de travail.

- Présentation du protocole (diaporama) par le Dr BAYOUMEU.
- Explications sur la nécessité d'évaluer la douleur et pourquoi. La quantification de la douleur n'est pas utilisée actuellement au Togo et n'est pas tracée sur le partogramme de l'OMS, ni sur les documents d'admission ou post opératoires.
- Présentation des différents niveaux de douleur associés aux différents types de chirurgie à partir des données de la littérature.
- Le Dr TCHANDANA demande à faire un point focus sur l'évaluation et la quantification de la douleur par les professionnels de santé. Elle insiste sur le caractère novateur pour le pays de cette évaluation et son importance car elle sera la base de la prescription. Un tour de table permet de s'assurer de la compréhension du concept et de sa nécessité.
- Poursuite de la présentation par le Dr BAYOUMEU des protocoles de prise en charge de la douleur (*power point avec différents cas cliniques*)

Discussions concomitantes avec les participants au fil de l'eau :

- Présentation de la réglette qui pourrait être utilisée pour évaluer la douleur. Un consensus est alors trouvé pour utiliser les échelles EVA ou EN. Ce sont celles qui seront présentées aux équipes des régions (plateaux et maritime). La question de la fourniture de réglottes est soulevée. Les laboratoires commercialisant les antalgiques devraient être sollicités.
- Où tracer l'évaluation de la douleur ?
 - Sur la feuille de pied de lit avec les autres paramètres (TA, pouls, T°)

- Sur le partogramme
 - Dans le cahier de consignes (si pas d'autre document lié à la patiente)
 - Dans le registre d'admission (avant l'entrée en travail)
- A quel rythme évaluer la douleur ?
Ce ne doit pas être une surcharge de travail si on associe l'évaluation de la douleur aux examens cliniques habituels,
 - Lors de la prise de paramètres en période post opératoire
 - A l'admission d'une patiente en maternité
 - Lors des examens (TV) pendant le travail
- Pour la gestion NON médicamenteuse de la douleur pendant le travail
Il est demandé par le groupe d'adapter le protocole aux moyens locaux disponibles :
 - pas de ballon de relaxation
 - ne pas utiliser le mot « thermothérapie » et le remplacer par :
froid (glace) sur le périnée ou sur l'abdomen en cas de tranchées ou serviettes chaudes en cas d'engorgement mammaire
 - Préciser ce que sont les « mauvaises postures »
 - Préciser ce qu'est une « bonne respiration »
- Pour la gestion médicamenteuse de la douleur du travail :
 - Le NEFOPAM tel que proposé initialement pour la gestion médicamenteuse de la douleur du travail ne semble pas être une bonne solution (aucune étude scientifique n'a été publiée) et les doses qui ont été présentées dans le protocole antérieur (V6) sont bien au-delà du seuil maximum autorisé dans les indications habituelles.
S'il est retenu, il faudrait réaliser une étude prospective sur certains centres afin d'évaluer l'efficacité de la molécule et son innocuité sur le nouveau-né. Cette proposition n'est pas retenue. Le NEFOPAM ne peut donc pas être utilisé pour l'analgésie du travail.
 - La MORPHINE serait tout à fait indiquée pour l'analgésie médicamenteuse durant le travail. Elle peut être prescrite par la sage-femme aux doses maximales autorisées (20 mg pour un travail). Mais l'absence de disponibilité de NALOXONE (antagoniste des morphiniques) au Togo ne permet pas de retenir cette indication en raison du risque de dépression respiratoire chez le nouveau-né. Les médecins anesthésistes-réanimateurs, lorsqu'ils rencontrent des dépressions respiratoires par surdosage en morphiniques n'ont d'autre choix que la ventilation prolongée dans l'attente de l'élimination du morphinique. D'autre part, la MORPHINE ne semble pas être facilement accessible pour des prescriptions antalgiques. Elle est plutôt réservée à l'anesthésie générale. Il n'y a pas de dotation dans les services en dehors de ceux d'anesthésie et de réanimation qui rencontrent d'ailleurs des difficultés récurrentes pour obtenir les quantités nécessaires à leur fonctionnement. La Direction Centrale de la Pharmacie indique que le « blocage » provient des

établissements de santé. La crainte d'un mésusage ou d'un détournement sont reconnus par la pharmacie centrale. Ainsi, les formes orales de morphine ne sont pas disponibles au Togo.

- La NALBUPHINE (NUBAIN®) pourrait apporter une analgésie satisfaisante pour les patientes mais ce médicament n'est pas disponible actuellement au Togo. Elle semble la meilleure solution pour l'analgésie médicamenteuse du travail par son effet plafond sur la dépression respiratoire (mais aussi analgésique). Les sages-femmes disposent du droit de prescription de cette molécule dans la limite de 20 mg pour un travail en France. Les pharmaciens présents prennent bonne note de cette information. L'introduction de ce médicament semble indispensable si l'on veut proposer une solution médicamenteuse pour le travail (pas d'autre alternative).
- La question de l'analgésie péridurale est évoquée. Elle est employée dans des indications médicales d'analgésie au CHU de Lomé, mais elle est totalement inenvisageable dans les régions par manque de matériel, de ressources humaines et de formation.
- Nous déconseillons l'utilisation de NORAMIDOPYRINE, spécialité retirée du marché en France il y a de nombreuses années pour son risque de toxicité sur la moelle osseuse. Ce médicament semble assez utilisé au Togo, y compris au cours du travail.
- Malheureusement, nous n'avons pas abordé la question du bloc pudendal en raison de la densité des discussions autour des médicaments utilisables pendant le travail.

➤ En ce qui concerne l'analgésie après césarienne :

- L'utilisation par voie intrathécale de la MORPHINE à la dose de 100 microgrammes permet une excellente analgésie post césarienne. En revanche, ceci nécessite de réaliser une double dilution avec la spécialité MORPHINE 10 mg/ml, engendrant des risques d'erreur de manipulation et de dilution avec risque de dépression respiratoire maternelle par surdosage alors qu'il n'y a pas d'antagoniste dans le pays (NALOXONE). La spécialité à 100 µg/ml qui permet de se dédouaner des erreurs de dilution n'existe pas actuellement au Togo. Il serait intéressant de l'introduire dans le pays.
- Par ailleurs, la MORPHINE peut être utilisée par voie péridurale pour l'analgésie post opératoire, mais cette technique semble être encore peu utilisée au Togo. Les problèmes de disponibilité pour les praticiens des morphiniques sont à

nouveau soulignés. Mais les médecins ne souhaitent pas que l'on fasse disparaître l'administration périmédullaire de morphine pour l'analgésie après césarienne dans le but d'avoir un protocole complet y compris pour des techniques d'anesthésie et d'analgésie accessibles dans l'avenir.

- Il est souligné que les céphalées sont fréquentes après rachianesthésie. Les aiguilles à rachianesthésie disponibles actuellement dans le pays sont des aiguilles de 25 Gauge à biseau de Quincke. Elles engendrent un risque élevé de céphalées, il serait préférable d'utiliser des aiguilles à « pointe crayon » moins délétères. Un point est fait en réunion sur le mécanisme des céphalées et sur l'absence d'efficacité du décubitus dorsal préventif.
- Les différentes diapos du support de présentation doivent être harmonisées en ce qui concerne les AINS et leur posologie. En effet, les médicaments disponibles varient selon les centres : DICLOFENAC ou IBUPROFENE ou KETOPROFENE
- En ce qui concerne l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU), le bloc paracervical est utilisé en quatre points d'injection mais avec une dose de lidocaïne 1 % totale (8 ml) inférieure à la dose maximale proposée (20 ml).
- Les protocoles d'analgésie post opératoire de chirurgie gynécologique étant basés sur l'évaluation de l'intensité de la douleur, il est rappelé la nécessité de cette évaluation initiale. L'évaluation de la douleur permet aussi de juger de l'efficacité de la prise en charge et de l'intérêt de l'introduction du médicament de secours.

12h30 Pause repas.

13h30 Poursuite des échanges.

Validation de la version qui sera présentée les jours suivants aux équipes.

Une version corrigée du power point avec les principaux protocoles est remise au Dr TCHANDANA pour relecture. Cette version sera transmise à Athanase SADJINA pour impression en plusieurs exemplaires qui pourront alors être distribués aux participants des réunions à Atakpamé et Tsévié.

16h00 Départ en voiture avec notre chauffeur Victor de PIT pour la ville d'Atakpamé. Nous sommes accompagnées de Athanase SADJINA et de Jérôme (PIT).

Installation à l'hôtel Roc qui domine la ville.

Diner au restaurant de l'hôtel.

Mardi 26 novembre

8h30 Présentation du protocole aux équipes régionales « Plateaux »

Ce jour, 24 personnes sont présentes :

Gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, chirurgien, technicien de réanimation, technicien d'anesthésie, pharmacien, cadre administratif représentant DRS.

Introduction de la journée de travail par le Dr DJATO.



Celui-ci explique que le but des protocoles est d'harmoniser les pratiques au sein des maternités, dans un premier temps au niveau des 2 régions pilotes puis ce sera étendu au niveau national.

Il informe de l'agenda de la journée et propose de réaliser les présentations de façon concomitante aux discussions avec la salle.

Nous débutons par un tour de table.

Le livret imprimé avec les principaux protocoles validés hier est distribué à l'ensemble des participants.

- Présentation du diaporama par Dr Françoise BAYOUMEU et Valérie GEORGE
- Discussions – Échanges au fil de l'eau
 - Pour la gestion NON médicamenteuse de la douleur pendant le travail
 - ⇒ Proposition de la part des participants d'ajouter « écouter de la musique douce » et « mobilisation du bassin » par mouvements de danse africaine.
 - Quel est le délai d'action des antalgiques avant DA-RU ?
 - ⇒ L'administration ne doit pas retarder la prise en charge, notamment si urgent (hémorragie)
Si possible 10 min avant le geste.
 - Question sur les contre-indications
 - ⇒ Ces protocoles n'excluent pas les contre-indications possibles (par exemple : si ulcère avéré = pas d'AINS), elles sont à évaluer au cas par cas. La prescription finale revient au praticien en fonction des antécédents de la patiente

et de la connaissance des contre-indications. En cas de contre-indication à un médicament on doit le remplacer par une molécule d'une autre famille.

- Il sera nécessaire de préciser le nombre de prises PAR JOUR à chaque médicament
- Ajouter la «verbacaine» c'est à dire l'accompagnement pour l'AMIU
- Les voies d'administration :

La voie par intra rectale (suppositoire) n'est pas une très bonne voie d'administration, mauvaise absorption, souvent mal acceptée. Il ne faut pas la retenir.

La voie per os doit être privilégiée dès que possible.

La voie IV est utilisée en post opératoire immédiat, les différents médicaments (paracétamol, AINS, NEFOPAM) peuvent être mélangés dans le même flacon.



A chaque fois, les différents médicaments doivent être administrés **SIMULTANEMENT** : l'effet étant potentialisé.



12h30 – 13h30 Pause repas au restaurant Le Flamboyant.



13h30 Poursuite des échanges.

- Questions sur la période post opératoire de la césarienne :
 - ⇒ Les céphalées post rachianesthésie ne sont pas diminuées par l'alitement de la patiente. Le lever précoce doit être réalisé de façon impérative.
 - Explication sur le bloc pudendal
 - ⇒ N'est ni connu, ni utilisé actuellement au Togo. Nécessite un matériel spécifique et un savoir-faire.
Permet une anesthésie du périnée pour extraction instrumentale du fœtus par le médecin ou la sage-femme (+/- la suture si besoin).
 - Durée de la prescription médicamenteuse
Nous insistons sur le fait de réévaluer la douleur afin de revoir la prescription et de l'ajuster aux besoins de la patiente. Si la femme n'a plus mal (EN=0), il faut savoir suspendre la prescription de médicament.
 - Question sur la NORAMIDOPYRINE
 - ⇒ Cette molécule possède trop d'effets secondaires, elle est à abandonner.
- Une remarque émerge de l'ensemble du groupe à propos de la composition des kits césariennes et accouchements qui ne semblent pas adaptés à ces nouveaux protocoles de prise en charge de la douleur.

16h Départ pour Tsévié en voiture avec le chauffeur Victor. Nous sommes accompagnées par Athanase SADJINA (PIT).

17h Arrivée à l'hôtel Melissa à Tsévié, installation en chambres.
Diner au restaurant de l'hôtel.

Mercredi 27 novembre

8h30 Présentation du protocole aux équipes régionales « Maritime »

Introduction par le Dr DJATO qui rappelle que le but de ce protocole douleur est d'harmoniser les pratiques. Il précise également que nous avons besoin des apports de tous pour la construction des documents. Ainsi la présentation se fera en parallèle avec les discussions.

Les présents ce jour sont au nombre de 17 personnes (gynécologues-obstétriciens, anesthésiste-réanimateur, pharmacien, sages-femmes)



- Gestion NON médicamenteuse de la douleur
 - Certains participants font part de leur expérience d'expliquer à la patiente le déroulement de l'examen ou de l'accouchement, ce qui rassure la femme et l'aide à gérer sa douleur.
 - C'est en effet ce qui correspond à la « préparation à l'accouchement » grâce à laquelle il est démontré que la douleur est diminuée.
 - Par contre l'hyperventilation est déconseillée car elle entraîne une alcalose maternelle qui engendrera des effets délétères sur le nouveau-né. Il est préférable de conseiller à la femme de respirer profondément et lentement. Le fait de se concentrer sur sa respiration va l'aider à gérer sa douleur.
 - L'administration de boissons non gazeuses et sans pulpe est conseillée durant le travail en quantité souhaitée par la parturiente.
- La PETHIDINE ayant déjà été utilisée en obstétrique dans le cadre des morts fœtales in utero (jusqu'à retrait de la molécule) et l'utilisation de la MORPHINE pour les « faux débuts » de travail étant enseignée dans les écoles de sages-femmes, celles-ci ont rapidement compris l'intérêt de la NALBUPHINE en per partum, notamment durant la phase de latence.
- Antalgiques pour DA-RU et sutures du périnée :

les personnes présentes font remarquer que le coût des médicaments risque d'être un frein pour les patientes et que la composition des kits n'est peut-être pas adaptée.
- Les principales questions concernent la voie orale qui est préconisée le plus rapidement possible dans les protocoles présentés :

=> il est expliqué que cette voie d'administration est tout autant efficace que la voie intraveineuse contrairement aux idées reçues et qu'elle permet de réduire de manière conséquente la charge de travail des professionnels de santé, ce qui n'est

pas négligeable. Le coût est moindre également. C'est pourquoi cette voie d'administration a été choisie dans les protocoles.

- Les professionnels présents demandent s'ils auront des retours de la formation avec support papier car ils auront des transmissions à faire auprès des acteurs de terrain : cette demande démontre une dynamique positive dans la mise en œuvre des protocoles.

13h30 – 14h30 Pause repas à l'institut de formation des études paramédicales à côté du CHR.

15h Départ pour Lomé en voiture avec chauffeur et Max (représentant HI).

16h Débriefing à la DSMI en présence de Dr Madeleine TCHNDANA, Mr Machikourou Salami (AFD), Dr Mamadou BARRO (HI) et Athanase SADJINA (PIT).

Retour équipe GSF :

Afin de répondre de façon optimale à la mise en place des différents protocoles douleur et d'assurer la meilleure prise en charge possible des patientes, il semble incontournable d'ajouter dans la pharmacopée et les moyens disponibles au Togo les produits suivants :

- La NALBUPHINE
- La NALOXONE
- La MORPHINE avec dilution de 100 µg/ml (ampoule de 5 ml) pour injection intrathécale
- Les aiguilles à RACHI ANESTHESIE à pointe crayon pour limiter les céphalées post césarienne

Il semble également pertinent de revoir la composition des kits pour les césariennes et d'envisager une dotation (ou un kit ?) afin d'avoir un accès rapide à des antalgiques en cas de prescription pour DA-RU (besoin rapide, urgence relative).

Les personnes référentes sont le Dr DJATO, gynécologue-obstétricien et le Dr EGBOHOU, anesthésiste-réanimateur. Nous exprimons, à la demande du Dr TCHANDANA, notre avis qu'il faut pérenniser le groupe de travail douleur pour l'évaluation, l'introduction de nouvelles techniques (bloc pudendal par ex).

Ils seront sollicités pour collaborer à la création d'affiches, de livrets qui seront ensuite diffusés dans les différents centres prescripteurs et utilisateurs.

Les professionnels sont en attente d'outils pour les accompagner. Ils sont pour certains très enthousiastes.

Il est nécessaire d'obtenir des réglettes d'évaluation de la douleur. Dans un premier temps nous allons en faire parvenir au Dr DJATO puis rechercher des contacts auprès des laboratoires pharmaceutiques afin de s'en procurer à plus grande échelle pour chaque professionnel. Ces contacts seront transmis au Dr Tchandana.

Les professionnels nous ont interrogées quant au coût qui sera à la charge des patientes suite aux prescriptions médicamenteuses d'antalgiques.

Selon les informations que nous avons recueillies auprès d'un pharmacien :

PARACETAMOL 1g IV 1300 CFA

DICLOFENAC plaquette de 10 gélules (non déconditionné) 300 CFA

NEFOPAM 1 ampoule 600 CFA

Le Dr DJATO est intéressé pour être formé au bloc pudendal. Il pourrait tester sa faisabilité au CHR de Tsévié. Il doit pour cela disposer du matériel requis.

Il pourrait réaliser un essai de faisabilité au CHR de Tsévié, centre de référence pour cet essai.

Ce bloc pourrait être ensuite utilisé dans le cadre d'extraction instrumentale fœtale. Ce geste est en France de la compétence des sages-femmes qui l'utilisent pour les phases d'expulsion hyperalgiques ou les ventouses.

Il existe actuellement une expérimentation à l'accouchement « humanisé » dans un district. Des formations ont eu lieu (ballon, liane de suspension, tabouret d'accouchement). Nous souhaitons savoir si cette expérimentation va être étendue et si nous pouvons inclure ces moyens dans le protocole mais rien n'est encore acté.

Par contre, l'accompagnement humain sera à mettre en lien avec les formations au savoir-être qui se déroulent dans le cadre des violences faites aux femmes.

Retour Dr TCHANDANA

Prochaines étapes à venir :

- Rencontre avec le Directeur du département pharmacie pour envisager la mise à disposition des moyens :
 - Introduction de la NALBUPHINE
 - Demande de NALOXONE
 - Aiguilles RACHI pointe crayon, le Dr TCHANDANA est en demande d'un argumentaire bibliographique pour étayer cette demande que nous nous engageons à lui fournir.
 - Kits césarienne (RACHI et AG) à revoir dans leur composition
 - ⇒ Absence de FENTANYL dans le kit « RACHI » actuel
 - ⇒ Absence de TRAMADOL et d'AINS
 - Revoir la disponibilité de la MORPHINE (accès réglementé au Togo)
- Étude médico-économique du traitement antalgique
- Rédaction et envoi du rapport de mission comprenant :
 - Observations
 - Recommandations
 - Protocoles corrigés

Lors des 2 journées de présentation, les participants nous ont interrogées quant à une évaluation sur la mise en place des protocoles douleur.

Une évaluation finale est donc à programmer avec des objectifs à définir et des points d'étapes à suivre. On peut proposer le rétro planning suivant :

Une évaluation finale est donc à programmer avec des objectifs à définir et des points d'étapes à suivre. On peut proposer le rétro planning suivant :

| | janv-20 | fev-20 | mars-20 | avr-20 | mai-20 | juin-20 | juil-20 | août-20 | sept-20 |
|---|---|--------|---|--|--------|---------|----------------------------|---------|---------|
| Diffusion des protocoles aux professionnels dans 2 régions pilotes | Diffusion enseignement | | | Utilisation au quotidien des protocoles | | | | | |
| Évaluation de la douleur Quantification Traçabilité | Diffusion enseignement | | | Évaluation au quotidien de la douleur | | | | | |
| Introduction NALBUPHINE NALOXONE | Référencement | | Introduire, tester, évaluer le protocole médicamenteux pour la douleur du travail obstétrical | | | | | | |
| Formation SF | En lien avec VVF , construire le programme, planification, dates | | | Déployer le programme de formation | | | | | |
| Formation médecins action 1 | Bloc Pudendal | | | Introduire, tester, évaluer le bloc pudendal | | | | | |
| Formation médecins action 2 | Mises au point analgésie multimodale, analgésie locorégionale, réhabilitation précoce | | | | | | Déploiement sur le terrain | | |
| Objectifs en % de prescriptions conformes aux protocoles | | | 30% | 50% | | | | 80% | |
| Évaluation GSF | | | | | | | | | |
| Évaluation médico-économique autorités de santé | A construire | | | | | | | | |

17h30 Pause à l'hôtel « Le Bénin » pour les derniers préparatifs avant le vol retour.

19h Départ vers l'aéroport international en navette.

Conclusions de la mission :

On peut distinguer :

- Des points positifs :

- La mission a été rendue efficiente sur trois jours grâce à une préparation importante en amont.
- Le calendrier envoyé par le Dr Madeleine Tchandana a été respecté.
- L'accompagnement par les ONG implantées localement (HI et PIT) qui connaissent les acteurs de terrain a été très efficace. Elles sont un atout considérable.
- L'inter réactivité avec les groupes de travail lors des présentations a permis des échanges très riches.

- Points négatifs et interrogations :

- L'ensemble de la pharmacopée proposée dans le protocole n'est pas disponible au Togo. Va-t-elle être introduite ? Et si oui, sous quel délai ?
- La difficulté d'accès aux morphiniques est évidente. Elle correspond aux données de la littérature (« 32 pays d'Afrique n'ont pratiquement aucune distribution de morphine, et seuls 14 disposent de morphine orale » (in La revue du praticien 2019;69 : 826-830)
- Comment vont se faire les transmissions (le passage de relais), auprès des professionnels de terrain ?
- Est-ce que le coût engendré sera acceptable pour le pays ? Pour les patientes ?
- Le calendrier soutenu de la mission n'a pas permis d'évaluer la faisabilité de la mise en place sur le terrain, ni de rencontrer les acteurs de terrain.

Propositions pour l'avenir :

La prise en charge de la douleur est un nouveau paradigme pour les équipes de professionnels de santé togolais. C'est un véritable challenge qui s'ouvre à eux. Cela va nécessiter un accompagnement non seulement dans la mise en place, mais aussi dans le déploiement et le suivi. Cette prise en charge sera amenée à évoluer en fonction de l'avancée des moyens et de l'avancée des connaissances.

Les divers échanges avec les groupes ont montré des liens à consolider avec les formations à venir pour les Violences Faites aux Femmes, mais également avec l'expérimentation en cours dans UN district sur l'accouchement "humanisé". Il s'agit maintenant de mettre la femme au sein d'un parcours de santé global.

La prise en charge de la douleur, abordée ici en gynécologie et obstétrique, sera à prendre en compte dans d'autres types de spécialités médicales et chirurgicales.

Enfin, le demande d'accès à l'analgésie péridurale pour l'accouchement a été formulée dans toutes les réunions par au moins un participant, témoignant d'un niveau de connaissance élevé dans le domaine abordé.