Association Humanitaire TAWAKA

Rapport de la mission au dispensaire-maternité Saint Luc à Tchannadé

du 10 au 29 Juillet 2012

Avec Cécile Manceau

Etudiante en deuxième année de médecine, j'ai passé seize jours au dispensaire-maternité de Tchannadé-Kara, au Togo.

Les objectifs de ma mission étaient de continuer le travail réalisé par Amélie et Elise sur l'hygiène et la bonne réalisation des soins infirmiers, de poursuivre la mise à jour des programmes « prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B » et « parrainage de patients VIH», et de réaliser des cours aux membres du dispensaire.

Mon séjour s'est très bien passé, ce compte-rendu vous permettra de connaitre l'avancée des projets au dispensaire, et le déroulement de mon séjour. Ma mission suivait celle du 19 Juin au 3 Juillet, mon compte rendu suit donc directement celui de Patrick Guadagnin, Marie-Christine Dubois, Anne-Cécile Dubois, Frédéric Dubois et Céline Pinget.

Ainsi je traiterai des projets « prévention de la transmission mère enfant de l'Hépatite B », « VIH ». Je parlerai ensuite des cours que j'ai donnés au dispensaire avant de parler des différentes parties du dispensaire à savoir successivement, l'infirmerie, les consultations et la maternité. Enfin un paragraphe sera consacré à mes impressions et ressentis à la suite de ce merveilleux voyage.

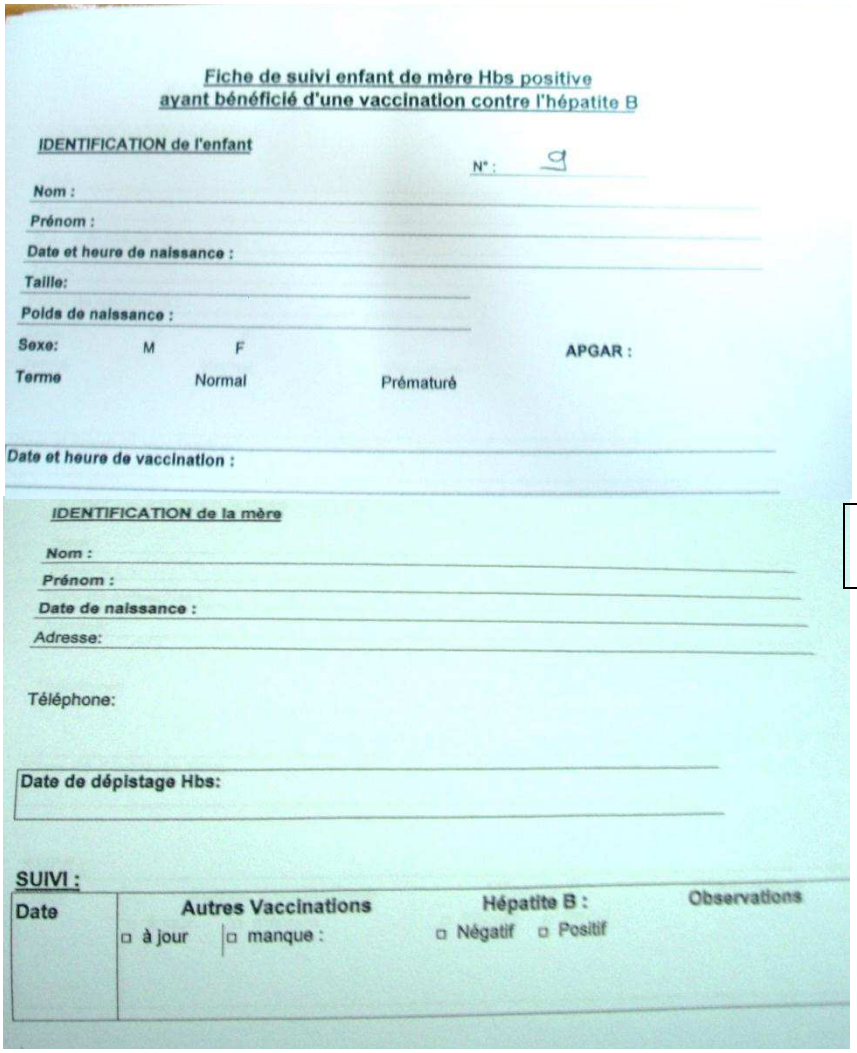
Je tiens à remercier l'association TAWAKA sans laquelle je n'aurais pu réaliser cette mission, ainsi que mes parents qui m'ont permis de partir.

Le projet « Prévention de la Transmission Mère-Enfant de l'Hépatite B »

L'association mène le projet de vaccination des enfants de mères porteuses de l'hépatite B depuis 2010.

Le dépistage et la vaccination sont très bien organisés. Ils sont rendus possibles grâce à l'aide financière de l'association.
Les premières vaccinations ont eu lieu en 2010, deux ans plus tard il s'agit maintenant de réaliser un contrôle des enfants vaccinés afin de vérifier s'ils ne sont pas porteurs de l'hépatite B. Le dispensaire aura donc besoin d'argent supplémentaire pour financer ces dépistages.
En reprenant les dossiers je me suis rendue compte que nous n'avions que le nom des mères des enfants vaccinés ce qui rend le travail difficile lorsqu'il s'agit de recontacter les enfants pour le test.J'ai donc mis en place avec Jean BAGUEWABENA (assistant médical) une fiche qui est remplie lors de la vaccination de l'enfant (quelques heures après sa naissance). Il s'agit d'une fiche très détaillée avec beaucoup de renseignements (à la demande de Jean), toutes ces informations sont disponibles dans le carnet de naissance de l'enfant rempli lors de l'accouchement. Je pense qu'il faut être vigilant quant à ces nombreuses informations, elles ne sont pas toujours pertinentes et Jean prend beaucoup de temps pour les rechercher si toutefois elles manquent.

Toutes les femmes atteintes de l'hépatite B qui accouchent au dispensaire font vacciner leur enfant.



Fiche de suivi enfant de mère Hbs positive
ayant bénéficié d'une vaccination contre l'hépatite B

IDENTIFICATION de l'enfant N° : 9

Nom :
Prénom :
Date et heure de naissance :
Taille:
Poids de naissance :
Sexe: M F APGAR :
Terme Normal Prématuré

Date et heure de vaccination :

IDENTIFICATION de la mère

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse:

Téléphone:

Date de dépistage Hbs:

SUIVI :

Date	Autres Vaccinations	Hépatite B :	Observations
	□ à jour □ manque :	□ Négatif □ Positif	

Fiche de suivi remplie lors d'une vaccination hépatite B (voir annexe I)

Le projet VIH/SIDA

Les patients atteints du VIH représentent presque ¼ des consultations de Jean.

A chaque visite Jean remplit le suivi des patients sur les fiches réalisées par Amélie et Elise. Les informations renseignées sur ces fiches sont ensuite retranscrites sur l'ordinateur, ce qui représente un travail important pour Jean. Les missions TAWAKA lui permettent de mettre à jour tous ces dossiers. L'idéal est que cette mise à jour soit faite tous les six mois (en juillet et en janvier).

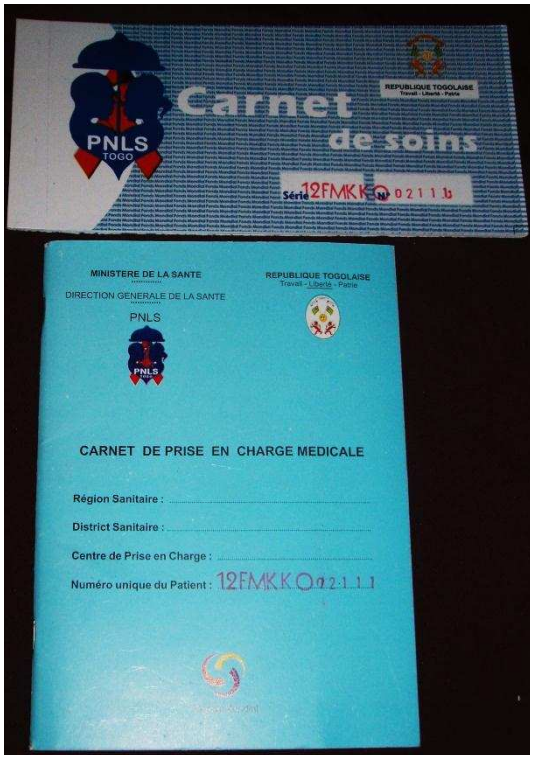
Lors de la mise à jour de ces dossiers je remarque que beaucoup de patients dépistés positifs au VIH sont ensuite perdus de vue. Pourtant, Jean, s'il dispose de coordonnées valides tente souvent de les recontacter.
Bien souvent il s'agit d'un refus du diagnostic, le VIH est vraiment perçu comme une pathologie honteuse, de plus, ils ne prennent pas toujours conscience du danger que représente la maladie et donc l'importance de la traiter.
En parallèle, les patients qui acceptent le diagnostic font souvent le dosage des Lymphocytes T CD4 (ce dosage indique le niveaude gravité de la maladie). Ce dosage se fait à l'hôpital de Kara et ne se fait pas au dispensaire. Le déplacement à Kara est parfois un frein à la réalisation de l'analyse mais le dispensaire n'a plus l'autorisation de faire le prélèvement pour l'analyse.

CHU de Kara où sont réalisés les dosages biologiques et le suivi des patients VIH

Le dosage des CD4 est financé par le gouvernement, mais le laboratoire de l'hôpital manque souvent de produits pour le réaliser, les patients se retrouvent donc obligés de revenir de nouveau pour réaliser le dosage.

Les résultats de cette analyse permettent ensuite de mettre en place, si nécessaire (CD4 <200), un traitement antirétroviral. Le traitement est financé par le gouvernement et ne peut être délivré que par un centre accrédité (l'hôpital de Kara).
Les patients sous traitement doivent donc se rendre tous les mois à l'hôpital de Kara pour une consultation et pour récupérer le traitement. Bien souvent, lorsque les patients comprennent l'intérêt du traitement, ils se présentent aux rendez-vous mensuels et prennent correctement le traitement.
Jean continue aussi à suivre ces patients au dispensaire (pour le traitement des infections, et pathologies autres que le VIH), il contribue lui aussi à la bonneobservance du traitement antirétroviral en réexpliquant l'importance de ce dernier.
De nombreux patients bénéficiant du traitement antirétroviral présentent une nette amélioration de leur état de santé (moins d'infections, augmentation du taux de CD4…).

L'association TAWAKA parraine la prise en charge médicale (traitements autres que les ARV) de patients VIH (sous traitements antirétroviraux ou non).
Certains patients parrainés après quelques années de traitement et de suivi médical ont une amélioration de leur état de santé (grâce aux ARV et au suivi régulier de Jean) et deviennent donc capables de financerseul leur prise en charge médicale. Nous avons donc convenu avec Jean qu'il lui était possible d'arrêter le parrainage pour ce type de patient et de parrainer d'autres patients plus nécessiteux.



Ordonnancier (carnet de soin) et carnet de suivi (carnet de prise en charge médicale) d'un patient sous ARV

Lors de mon séjour, après avoir réalisé le bilan financier nous avons choisi de parrainer deux nouveaux patients, l'association TAWAKA passe donc de quatorze à seize parrainés. L'association ASSAK parraine également environ dix-sept patients. Toutefois, selon Jean, dix-neuf autres patients auraient besoin d'un parrainage.

La mise sous ARV est donc soumise à l'approbation du gouvernement, Jean se charge de constituer le dossier, il le dépose à l'hôpital de Kara qui se charge ensuite de le transmettre aux commissions d'évaluation. Il y a souvent un blocage au niveau du gouvernement qui a du mal à avoir de nouveaux ARV et donc à débuter de nouveaux traitements, c'est ainsi que certains patients ayant les critères pour être sous traitements ARV se voient attendre plusieurs mois le traitement, pendant ce temps leur état général se dégrade.

J'ai réalisé avec Jean un parcours de soin pour les patients VIH, afin de mieux en comprendre le fonctionnement (Annexe II).

Cours au personnel soignant du dispensaire

La question de l'éducation semble primordiale dans ce type de population, en effet beaucoup (y compris parmi le personnel soignant) ne connaissent pas les modes de contamination par le VIH. J'ai donc réalisé un cours au personnel du dispensaire sur le VIH et sa transmission, mais je faisais également des sensibilisations aux patients du dispensaire et de la maternité lorsqu'ils étaient nombreux à attendre pour une consultation.

Les cours réalisés aux membres du dispensaire

L'un des objectifs de ma mission était de réaliser des formations aux membres du dispensaire. La mission précédente Marie-Christine avait demandé au personnel de lui indiquer les thèmes qu'ils souhaitaient que j'aborde. Les questions soulevées étaient assez précises et assez compliquées. Or dès mes premiers jours au dispensaire je me suis rendue compte que de nombreuses bases, notamment les bases anatomiques (l'existence de l'estomac, de l'intestin…) n'étaient pas connues.

Tableau sur lequel sont croquées quelques planches anatomiques

J'ai donc commencé par leur faire un cours d'anatomie sur l'existence, la fonction et la localisation des principaux organes du corps humain. Malheureusement, je leur ai transmis beaucoup d'informations nouvelles et inconnues à leurs yeux, l'apprentissage semble assez difficile, je pense qu'il sera donc utile qu'une mission suivante revoie ces différents points. Jean s'est appuyé sur mes cours pour leur apprendre les principaux termes médicaux.

A la suite de ce premier cours j'ai donc pu répondre aux différentes questions qui étaient portées sur les pathologies courantes, la grossesse, et la gynécologie. Le personnel était vraiment intéressé par le sujet, la réponse aux questions et le cours d'anatomie leur permet de mieux appréhender les patients et leurs pathologies. De plus beaucoup de connaissances reposent sur des croyances (le sexe de l'enfant est déterminé par l'alimentation de la mère, changer d'habitat donne des œdèmes des membres inférieurs…) qui parfois retardent le diagnostic de la maladie dans la mesure où un fait pathologique est considéré comme normal.Bien souvent lorsque le patient consulte la prise en charge est bien plus compliquée et les chances de guérisonsont moindres, alors que si la situation est traitée dès le début la prise en charge est simple et la guérison rapide.

J'ai également fait un cours sur le VIH : le virus, sa transmission, les manifestations cliniques de la maladie et sa prise en charge. Les apprenantes (comme la population générale) ne connaissaient pas réellement le VIH, le cours fut donc extrêmement important. Je leur ai donc conseillé de faire partager leurs connaissances à leur entourage, l'éducation étant l'un des moyens de lutter contre l'épidémie.

Séjour à l'infirmerie

Dans le but de continuer le travail sur l'hygiène et le soin réalisé par Amélie et Elise, j'ai passé beaucoup de temps à l'infirmerie. Je me suis laissée un premier temps d'observation avant de déterminer les points à corriger et améliorer.

Le lavage des mains n'est pas réalisé, la séparation du propre et du sale non plus. Je leur ai donc refait un enseignement pratique sur le lavage des mains, le propre et le sale. En réalité elles savent comment faire, elles savent quand le faire mais elles ne l'appliquent pas. A la suite de l'enseignement, ma présence les forçait à réaliser un lavage des mains et à ordonner le soin, j'allais avec chacune d'elle pour corriger individuellement les erreurs. A la fin j'ai réalisé une synthèse de toutes les imperfections que j'avais corrigées individuellement afin que tout le monde puisse en bénéficier. J'ai de plus insisté sur l'importance des corrections que nous apportions (lavage des mains…) et la nécessité de continuer à corriger ces défauts même après le départ d'une mission.

Travaux pratiques: Lavage des mains

Travaux pratiques: port des gants stériles

A la demande de James l'infirmier diplômé d'état je leur ai appris comment et quand porter des gants stériles. En effet ils disposent de gants stériles (notamment t à la maternité, le « kit » que doit obligatoirement acheter une femme qui accouche comporte des gants stériles) il s'agit donc de les utiliser correctement. J'ai réalisé les enseignements pratiques par petits groupes et à plusieurs reprises afin que la notion soit acquise. Je me suis toutefois aperçue, la veille de mon départ qu'il restait encore de nombreuses imperfections dans le port de gants stériles, une prochaine mission pourra donc poursuivre l'enseignement.

A l'infirmerie l'hygiène du matériel est respectée, l'hygiène des mains semble maintenant acquise, il reste toutefois de nombreuses imperfections dans la réalisation du soin (les compresses stériles qui sont pliées avec des mains souillées…). Il reste également de nombreuses imperfections dans l'utilisation des produits, les ampoules de médicaments injectables (type quinine) sont conservées à l'air ambiant plusieurs jours, j'ai donc expliqué le danger que cela représentait. Dorénavant ils doivent donc limiter la conservation de ces ampoules (Jean doit être vigilent dans la prescription) et, en accord avec les membres du dispensaire au-delà de 12 heures ces ampoules seront jetées.

Lors des soins, Jean (assistant médical) et James (infirmier) sont souvent démunis lorsqu'il s'agit de choisir un antiseptique (utilisation d'eau de javel sur une brûlure…). En effet le dispensaire ne possède que du dakin et de la Bétadine, la Chlorhexidine leur manque énormément.

Pour conclure, même si la qualité du soin s'est sensiblement améliorée depuis nos dernières missions il reste encore beaucoup de progrès à faire au niveau de l'infirmerie.

Prise des constantes à l'infirmerie

James (infirmier) réalisant un pansement

Explication du propre et du sale à l'infirmerie

Préparation d'une perfusion

Séjour en consultation avec Jean BAGUEWABENA

Bureau de consultation

Jean est assistant médical, les pathologies qu'il prend en charge sont souvent les mêmes : paludisme, fièvre typhoïde….pour les pathologies « extraordinaires » il se trouve bien souvent démuni (peu d'examens complémentaires, les traitements disponibles sont peu diversifiés…). Toutefois Jean réalise une vraie prise en charge physique comme psychologique, extrêmement importante pour ce type de patients.L'aide que lui apporte l'association lui est précieuse, il apprend beaucoup de chaque mission, en effet il n'est pas réellement médecin et des connaissances lui manquent. Chaque mission lui permet de se perfectionner et de maitriser de plus en plus de pathologies. Aujourd'hui le dispensaire maternité Saint Luc dispose d'une excellente réputation, Jean réalise donc de nombreuses consultations. Avec les projets d'agrandissement du dispensaire il souhaiterait la venue d'un deuxième assistant médical afin de l'aider dans son travail et de continuer à offrir une prise en charge de qualité.

Pesée avant la consultation

Cette région du Togo manque énormément de dermatologues, les dernières missions étaient composées de dermatologues ce qui a permis à Jean de se former et de savoir comment réagir face aux affections de la peau. Toutefois, Jean reste encore perdu quant au diagnostic des pathologies et aux traitements à apporter (dosages enfants, adultes…).
Je pense qu'il serait bien de réaliser un « guide thérapeutique » avec les photos des différentes affections de la peau et d'écrire le traitement correspondant, car malheureusement Jean ne se souvient pas toujours du traitement adapté.

Jeune débutante dans les études de médecine, Jean était ravi de me montrer et de m'apprendre beaucoup de choses. « Docteur Cécile » (comme ils me surnommaient au dispensaire) a réalisé le secrétariat, les prescriptions (avec vérification de Jean) mais également des auscultations et palpations.
Les consultations furent pour moi très enrichissantes, j'ai vu de nombreuses pathologies aux signes cliniques flagrants. De plus Jean m'a demandé beaucoup de conseils pour ses prescriptions, je me suis donc replongée dans mes cours et stratégies thérapeutiques afin de pouvoir l'aider. Ce fut le moment de concrétiser, synthétiser et mettre en pratique ce que j'ai pu apprendre à la faculté de médecine.

Séjour à la maternité

Pendant ces trois semaines j'ai voulu découvrir toutes les activités du dispensaire, je suis donc allée à la maternité.

Nouveau-né âgé de 3 jours (né le 14 Juillet)

La maternité est ouverte 24H/24H, un système de garde est organisé de telle sorte qu'une accoucheuse et une apprenante soient toujours présentes. Les femmes arrivent souvent lorsque le travail et bien avancé, l'accouchement a lieu dans les deux heures qui suivent son arrivée.
La plupart du temps les femmes ont été suivies à la maternité, elles disposent donc de leur carnet de suivi, du kit nécessaire à l'accouchement… Les femmes viennent avec tout le matériel nécessaire à l'accouchement (tissus pour protéger la table, tissu pour le nouveau-né, récipient pour le placenta, savon…).

Une femme vient rarement accompagnée par son mari, elle est souvent accompagnée d'amies. Lors de l'accouchement elle est seule, c'est donc aux accoucheuses d'apporter le soutien et l'accompagnement nécessaire à la maman. Lors de la naissance de l'enfant nous réalisons les soins au nouveau-né (application d'une crème grasse, pesée, mensurations, injection de vitamine K…). La maman doit rejoindre la chambre d'hospitalisation des jeunes mères (face à la maternité), ce n'est qu'une fois dans cette salle qu'elle découvre son enfant. Elle reste ensuite sous surveillance 24 à 48H, très souvent la maman rentre avant les 24H, si le personnel de la maternité s'y oppose, elles partent contre l'avis.

J'ai donc pu observer le déroulement des accouchements ainsi que la prise en charge des nouveaux nés. Les conditions d'hygiène sont moindres, et les techniques pratiquées (sutures, réanimation, examen du nouveau-né…) restent très imparfaites.
Il serait vraiment utile qu'une sage-femme, un médecin gynécologue obstétricien et infirmière puéricultrice viennent en mission afin de les aider pour une meilleure prise en charge de la femme et de son enfant. De nombreux progrès sont possibles à la maternité, une formation du personnel semble indispensable.

J'ai ainsi réalisé mes premiers accouchements et ai découvert la joie d'aider à donner la vie !

Soins du nouveau-né

Mes impressions

Je suis partie en mission seule et avec peu de connaissances.

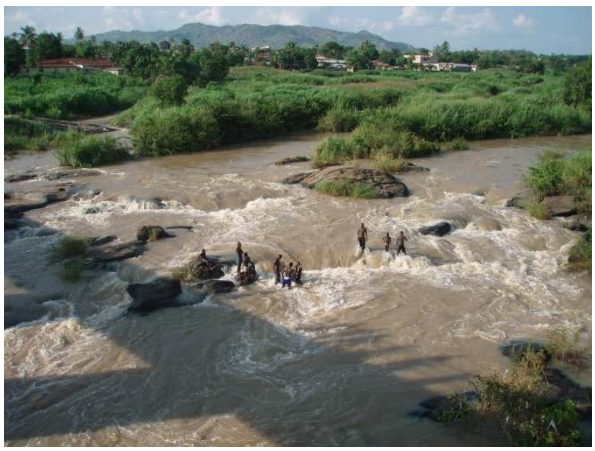
Ce fut une expérience merveilleuse.

Les sœurs m'ont réservé un accueil formidable !
Dès mon arrivée elles m'ont porté beaucoup d'attention, chaque jour elles veillaient à ce que je ne sois pas seule. Sœur Louise cuisinait de superbes plats, sœur Flore m'a fait visiter la ville et m'a fait découvrir les traditions locales, Sœur Odile (du prénom de ma maman) était fière de dire qu'elle était ma « petite maman »… Il a fallu effacer la frontière blanc-noir ; selon eux il nous est difficile (nous blancs) d'échanger avec eux, nous sommes riches ils sont pauvres et doivent nous servir. J'ai passé de nombreuses soirées à parler avec elle, échanger sur nos modes de vies, nos cultures et pratiques. J'ai ainsi pu échanger avec beaucoup de simplicité. J'ai notamment pu découvrir la nourriture locale (la pate, la bouillie, l'ignam,… !), leurs traditions, leur éducation…. Chaque soir en rentrant, les sœurs m'attendaient, dans un cocon de douceur.

Les membres du dispensaire m'ont également accueillie avec joie, avec notamment le traditionnel bouquet d'arrivée.
Travailler au dispensaire fut très agréable. Chacun montre sa volonté de progresser, est prêt à effectuer une vraie remise en question des pratiques. Lorsque je reprenais une apprenante sur une pratique incorrecte elle me répondait « merci » avec le sourire. Jean et James cherchaient avec moi des solutions pour améliorer le soin et progresser. Tous se montraient ouverts à mes critiques et étaient prêts à me consacrer du temps.

J'ai beaucoup discuté avec le personnel du dispensaire, les apprenantes notamment. Bien souvent le soir je restais faire le début de la garde avec elle. C'était un moment privilégié, l'occasion de me poser des questions, me demander des conseils, de me faire part de leurs inquiétudes, mais aussi l'occasion de prendre des cours de Kabyé, de discuter, de rire et de s'amuser. J'aimais particulièrement ces moments, ces différents échanges m'ont vraiment permis de découvrir leur quotidien, leurs pensées…

Il ne s'agissait pas de ma première immersion dans le continent africain, et tout comme mon premier voyage j'ai adoré ! J'ai appris beaucoup d'un point de vue médical, mais j'ai aussi découvert une autre culture, un autre mode de vie, j'ai également pu approcher la misère. Plus qu'un voyage j'ai vécu une vraie aventure humaine.
C'est avec des images plein les yeux, des aventures plein la tête et un nouveau regard sur le monde que je suis rentrée en France. Aujourd'hui je n'ai qu'une envie, y retourner !



ANNEXE I

Fiche de suivi enfant de mère Hbs positive ayant bénéficié d'une vaccination contre l'hépatite B

IDENTIFICATION de l'enfant

N° :

Nom :

Prénom :

Date et heure de naissance :

Taille:

Poids de naissance :

Sexe: M F APGAR :

Terme Normal Prématuré

Date et heure de vaccination :

IDENTIFICATION de la mère

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse:

Téléphone:

Date de dépistage Hbs:

SUIVI :

Date	Autres Vaccinations		Hépatite B :		Observations
	□ à jour	□ manque :	□ Négatif	□ Positif	

ANNEXE II

Parcours de soin VIH

1. Dépistage : motifs
    a. PTME
    b. Clinique
    c. Systématique (volontaire)

2. PTME
    a. CAT chez la femme enceinte
        i. Dosage CD4 (Kara)
            1. CD4 > 350
                a. traitement préventif à 14ième Semaine de grossesse

            2. CD4 < 350
                a. Bilan initial(Tchannadé)
                b. demande d'ARV (Kara) => n° TARV
        ii. cotrimoxazole
    b. CAT chez la mère
        i. à l'accouchement : ARV (AZT, 3TC) pendant 7 jours
        ii. dosage CD4 (Kara) cf ci-dessus

    c. CAT chez l'enfant
        i. traitement préventif ARV (nevirapine) jusqu'à 12 mois
        ii. Allaitement maternel exclusif 12 mois
        iii. dépistage sérologique entre 15-18 mois et 24 mois
        iv. cotrimoxazole à partir de 6 semaines

3. Processus pour accéder au traitement ARV
    a. Dosage CD4 (à KARA)= bilan pré-thérapeutique

    b. CAT selon résultat
        1. CD4 > 500
            a. Suivi clinique (à Tchannadé)
            b. dosage des CD4 tous les 6-12 mois (Kara)
            c. simple surveillance (tchannadé)
        2. 200 < CD4 < 500
            a. Bilan biologique (à Tchannadé)
            b. cotrimoxazole
            c. dosage des CD4 tous les 6-12 mois
            d. suivi clinique (tchannadé)
        3. CD4 < 200
            a. Bilan biologique initial (à Tchannadé)
            b. Traitement ARV => n° TARV
            c. cotrimoxazole
            d. dosage des CD4 tous les 6-12 mois
            e. suivi clinique (Tchannadé)