

# ***PROJET TOGO TOGBLEKOPE 2013-2015***



***ASSOCIATION HUMAÏA***

# A. CONTEXTE

---

## 1. POINT DE DEPART

L'idée d'un projet au Togo a été envisagée en premier lieu par l'Association Naissances et Enfances du Monde (ANEM), association qui s'est d'abord attaché à obtenir les autorisations et financements nécessaires à une action humanitaire au Togo.

Dans un 2<sup>ème</sup> temps, l'ANEM a cherché à contacter des partenaires pouvant assurer la partie technique et médical du projet qu'ils souhaitaient mettre en œuvre. C'est lors de cette étape qu'ils sont rentrés en contact avec Humaïa, par contact entre Romain Clervoy, sage-femme alors secrétaire du bureau de l'ANEM, et Marie Gramondi, sage-femme, alors membre actif d'Humaïa.

### 1.1 L'ASSOCIATION NAISSANCES ET ENFANCES DU MONDE

L'ANEM est une association loi 1901, créée en 2010, présidée par Mme Célestine ATCHRIMI avec pour objectif *réduire les problèmes afférents à la santé maternelle et infantile.*

*L'ANEM projette de mener des actions d'optimisation des procédés médicaux en accord avec les autorités compétentes : audits, formation du personnel de santé, dons de matériel médical. Le tout amenant à une prise en charge de la santé au niveau communautaire par la population dans un cadre légitime pour la mise en place d'une stratégie d'auto-prise en charge par la population. (cf rapport de mission ANEM Novembre 2012*

*L'option de s'implanter au Togo fut décidé suite aux conclusions du rapports de la mission effectuée du 18 mai au 06 Août 2010 dans tout le pays faisant un état des lieux des soins en périnatalité. (cf rapport de mission ANEM Novembre 2012)*

L'ANEM fonctionne sur des financements privés. Une antenne locale gérée par Mr Thomas ATCHRIMI fonctionne depuis 2011. L'autorisation de travail au Togo a été accordé par le ministère de la Santé le .....

(Cf Annexe 1- Les statuts de l'ANEM)

### 1.2 HUMAÏA

Humaïa est une association loi 1901 créée en 2004 avec pour objectif :

- de créer un réseau de sages-femmes à vocation humanitaire pour des missions initiées par l'association ou par des associations partenaires
- de récolter du matériel de santé
- d'organiser et de développer des possibilités de formation en humanitaire pour les sages-femmes le désirant
- d'assurer une mission d'information sur les SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles au sein des collèges, que ces missions soient initiées par l'association ou des associations partenaires.

Humaïa est composé de membres actifs, participant aux missions à l'étranger. Ces membres peuvent être sages-femmes, et c'est le cas de la plupart d'entre eux. Ils peuvent également avoir d'autres compétences médicale ou non, rendant nécessaire leur présence lors des missions. Il existe aussi des membres simples, souhaitant soutenir l'association par une adhésion annuelle. Tous les membres s'acquittent de la même cotisation, ces cotisations étant la principale source de revenus de l'association. Au départ du projet, Humaïa compte 20 membres. Des événements ponctuels (concerts, ou autre) permettant de lever des fonds ont également contribué au budget de l'association.

Il est à noter que l'association bénéficie depuis 2012 du statut d'intérêt général, permettant à ses membres de déduire de leurs impôts une partie des frais liés aux missions (billets d'avions, visas).

Avant le démarrage du projet à Togblekope, les actions entreprises par Humaïa étaient les suivantes :

- Participation au projet Vi Thanh, VIETNAM, en partenariat avec l'association les Lampions, 2005
- Programme de 2 ans à l'hôpital d'Y Yen, VIETNAM, en partenariat avec l'association les Lampions, débuté en 2009.
- Programme de 2 ans à l'hôpital d'HD Kote, INDE, débuté en 2011

(cf. Annexe 2- Les statuts d'Humaïa)

## **2. HISTORIQUE DE LA MISE EN PLACE DU PROJET**

### **2.1 ETAPE 1 : MISSION D'EVALUATION PAR L'ANEM**

Durant l'été 2010, deux membres de l'ANEM (Romain Clervoy et Thomas Atchrimi) effectuent une mission exploratoire de 3 mois, afin de faire l'état des lieux de l'offre de soins au Togo. Cela leur permet d'avoir une vue d'ensemble du fonctionnement du système de santé togolais. Suite à cette mission, diverses structures sont contactées par l'ANEM afin de mener à bien le projet en y intégrant une équipe technique.

(cf Annexe 4- Rapport de mission ANEM)

Humaïa fait partie de ces structures , et divers échanges auront lieu entre l'ANEM et Humaïa pour donner un premier cadre au projet. Le projet sera présenté et accepté en assemblée générale aux membres d'Humaïa en octobre 2011.

(cf Annexe 5– Echanges Humaïa-ANEM).

## 2.2 ETAPE 2 : MISSION CONJOINTE HUMAÏA-ANEM

Une première mission partira en novembre 2012 avec 2 membres de l'ANEM : Thomas et Célestine Atchrimi, et 2 membres d'Humaïa : Aurore Chardonnet et Hélène Doche. Cette mission a pour objectif, outre de permettre un premier contact en mission entre les 2 associations :

- De participer à un séminaire d'obstétrique organisé par l'ANEM à destination des sages-femmes nouvellement diplômées à Lomé.
- De faire un début d'état des lieux dans 3 maternités togolaises afin de démarrer un éventuel projet à long terme.

Suite à cette mission, l'unité de soins primaires (USP) de Togblekope est choisi par Humaïa, en tant que référent technique, pour la poursuite du projet.

(cf. Annexe 6- Rapport de mission Humaïa)

## 2.3 ETAPE 3- CONVENTION DE PARTENARIAT HUMAÏA-ANEM

Le projet à Togblekope est présenté en assemblée générale par Humaïa en janvier 2013. L'assemblée générale valide l'idée d'une collaboration à long terme concernant cet USP, ainsi que la proposition de l'ANEM d'organiser 3 missions en 2013 :

- 1 mission en mars 2013, ANEM, ayant pour objectif de préciser les besoins de la structure notamment en terme de logistique
- 1 mission en août-septembre 2013, Humaïa-ANEM, ayant pour objectif de faire un état des lieux complet de la structure d'un point de vue médical, afin de définir les grandes lignes du projet.
- 1 mission en novembre 2013, Humaïa-ANEM, qui sera la première mission active dans la formation des personnels de l'USP, et qui verra également une ré-édition du séminaire organisé en 2012.

Le présent document a pour objectif de présenter la structure de soins, en l'état à la signature de la convention de partenariat entre les 2 associations, ainsi que les grandes lignes des actions envisagées, en attendant le retour de la mission état des lieux d'août 2013.

(cf Annexe 7- Convention de partenariat).

## **B. LA STRUCTURE**

---

### **1. ETAT DES LIEUX**

L'état des lieux suivant a pu être établi grâce à la mission de mars 2013 de l'ANEM.

L'Unité Soins Périphérique (USP) Togblékopé est créée en 1977. Elle fait partie des unités de soins périphériques de type I malgré sa population de responsabilité de 55 172 en 2013 et son plateau technique comparable au USP de type II. Cette population est répartie dans 12 villages dont 9 villages sont au-delà de 5 Km.

Le temps de trajet depuis Lomé correspond à 45min en voiture.

#### **1.1 ACTIVITE**

Le centre reçoit en moyenne par mois :

- 700 nouveaux patients en soins curatifs
- 115 nouvelles femmes enceintes en consultation prénatale
- 60 accouchements
- 160 enfants de 0-3 ans en contrôle de promotion et de la croissance
- 20 nouvelles acceptrices en Planification Familiale

L'activité historique de ce centre correspond à une activité de dispensaire (consultation de médecine générale, petite traumatologie, vaccinations).

#### **1.2 PERSONNEL DISPONIBLE**

Le responsable est le major Mr Marius AZIAGBE, assistant médical.

L'équipe soignante de la maternité est composée de 3SF (une quatrième est positionnée mais pour l'instant absente pour maladie), 2 accoucheuses auxiliaires et 1 accoucheuse permanente.

#### **1.3 PROBLEMES PRIORITAIRES RELEVES PAR LE PERSONNEL SUR PLACE**

- ✓ Local non adapté à la prestation des services de maternité.
- ✓ Matériel médicaux techniques défectueux ;
- ✓ Non clôture du centre ;
- ✓ Problème d'hygiène et d'assainissement

#### **1.4 CONTEXTE JUSTIFICATIF DES PROBLEMES par T. ATCHRIMI**

*Le dispensaire de Togblékopé a été construit pour servir de petit centre de soins curatifs et d'accouchement dans les cas d'urgence où la femme ne peut se rendre dans une maternité.*

*Aujourd'hui, devant une population sans cesse croissante et la demande de sa population ; il est devenu un centre de santé avec maternité. Ainsi cette maternité est logée dans l'unique bâtiment du dispensaire. Par conséquent, elle ne dispose pas des salles adaptées : (salles CPN ; accouchement ; suite de couche), avec absence de salle de travail, salle de contrôle de promotion de croissance, salle de vaccination et de Planning Familial.*

*Les infrastructures sanitaires (WC et Douches) sont construites séparées des salles de soins et actuellement délabrées.*

*Les salles ne sont pas alimentées en eau du fait que le débit d'adduction d'eau est faible.*

*En ce qui concerne les matériels médicaux techniques le centre ne dispose pas de Kit de réanimation de nouveau né et les existants (table d'accouchement, lit + matelas, lampe roulante) sont vétustes et insuffisants*

*Il en ressort que les mesures d'accompagnement qui devait être de construire une maternité pour ajouter au bâtiment initial n'a pas été fait.*

#### **1.5 MATERIEL DISPONIBLE**

Cf Annexe 6 relevé du matériel par l'ANEM en Février 2013

#### **1.6 MATERIEL MANQUANT**

Cf Annexe 6 relevé du matériel par l'ANEM en Février 2013

#### **1.7 DOLEANCES EXPRIMEES PAR LE PERSONNEL DU CENTRE**

*Afin d'améliorer la qualité de service surtout en santé de reproduction, nous formulons les doléances suivantes :*

- *Construire et équiper la maternité de Togblékopé ;*
- *Clôturer le centre de santé de Togblékopé ;*
- *Renforcer la source d'eau par un forage ;*
- *Former le personnel en soins obstétricaux néonataux d'urgence(SONU).*

*Recueillis par T. ATCHRIMI*

#### **1.8 ATOUS**

*Comme atout le centre dispose d'espace pour l'implantation d'un local de maternité suivant les normes actuelles d'une part.*

*D'autre part, il dispose de ressources humaines qualifiées (Assistant Médical, Sages Femmes, Assistant d'Hygiène et assainissement, Infirmiers, Accoucheuses, Techniciens de surface) capable d'assurer la pérennisation des ouvrages et matériel qui seront mis à leur disposition.*

*Enfin le centre fait des recouvrements de coût qui lui assure son fonctionnement*

## C. DIAGNOSTIC D'HUMAÏA

---

### 1. AU PREALABLE

Suite à l'état des lieux effectué par T. ATCHRIMI, Humaïa définit un axe de travail prioritaire autour de la prise en charge de la femme enceinte et de son nouveau-né.

L'objectif principal est « l'amélioration des connaissances médicales des SF et autres personnels de santé afin de favoriser l'accueil et la prise en charge des femmes enceintes au sein du centre de santé »

La réflexion prioritaire que nous avons eu suite à la lecture de l'état des lieux correspond à un questionnement sur la prise en charge des accouchements.

En effet, l'USP de Togblékopé draine une population « de responsabilité » d'environ 55 000 habitants mais le nombre d'accouchement n'est que de 2/jour ! Au vu des chiffres de natalité au Togo, il apparaît clairement que les patientes habitant à proximité du centre n'accouche pas en son sein. Après discussion avec les représentants de l'ANEM, nous envisageons l'hypothèse qu'elles accouchent à domicile.

Il est alors impératif d'améliorer le suivi de la grossesse, la gestion du travail et de l'accouchement, l'accueil du nouveau-né ainsi que la prise en charge du post-partum. Ces actions nécessitent un perfectionnement des connaissances médicales des acteurs de santé ainsi qu'un renouvellement et une optimisation de la structure et du matériel médical utile.

### 2. OBJECTIFS A ATTEINDRE

#### 1.1 AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES DU CENTRE

Cela nécessite la mise en place d'une réelle salle de consultation spécifique pour les femmes enceintes avec au minimum un bureau, une table d'examen gynécologique ainsi que le matériel nécessaire à la consultation (mètre ruban, disque de grossesse, gants non stériles, tensiomètre, sonicaid ou stéthoscope de pinard, speculum). Pour faciliter, la prise en charge des grossesses un dossier médical doit accompagner les patientes. Ce dernier doit suivre la patiente tout au long de sa grossesse surtout si elle est transférée dans un autre hôpital.

La chambre de garde des SF peut se trouver dans cette même pièce puisqu'il n'y a des consultations que la journée.

L'idéal serait optimisé la salle existante avec du matériel plus fonctionnel même si la construction d'une nouvelle salle de consultation est envisageable au vu de l'augmentation croissante d'activité.

*Pour remplir ces objectifs, nous devons évaluer précisément les pré requis des sf consultantes, l'organisation des consultations, le nombre de consultation par femme, le type de prise en charge pour la fin de la grossesse.*



*Une formation sur la prise en charge des consultations (facteurs de risque, situations de transfert dans une maternité de niveau plus élevée, nombre de consultation minimum par grossesse, nombre d'échographie par grossesse) est à prévoir.*

## **1.2 ORGANISER LE TRANSFERT DE LA FEMME ENCEINTE SI PATHOLOGIE**

Un protocole de transfert doit être établi (condition, modalités, pathologies transférées) Chaque patiente doit être transférée avec son dossier et un courrier pour la structure d'accueil. Les patientes doivent être prises en charge dans un centre adapté à leur état. L'objectif étant de ne pas mobiliser trop de soin (dépense trop importante) pour une situation à bas risque. Et savoir mobiliser les moyens nécessaires pour les patientes à haut risque obstétrical.

*La formation sur les urgences obstétriques paraît indispensable.*

*Prendre contact avec la structure de transfert (maternité d'un niveau de soin plus élevé)  
Etablir les modalités de transfert (pathologies, modes de transport, prise en charge du transport, conduite à tenir dans les situations d'urgence)*

## **1.3 PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL**

La mise en place d'un partogramme nous paraît essentiel (recommandations OMS). La salle de travail ou d'accouchement en fonction de l'organisation de la structure doit absolument avoir une table d'accouchement, une table de prise en charge du nouveau-né avec un point de chauffage, un accès à l'eau potable. Un minimum de matériel médical est nécessaire également gants (stériles si possible), champs stériles, champs chauds, kits accouchement (pincés kochers 2, ciseaux 2, bac à placenta) ainsi que du matériel à perfusion.

*La formation des sages-femmes pour remplir cet objectif repose principalement sur la mise en place du partogramme et son évaluation.*

*Dans un premier temps, il faut évaluer précisément la surveillance du travail afin que la mise en place du partogramme s'inscrive dans la continuité des habitudes du travail du centre. Cette évaluation permettra également d'organiser le transfert éventuel de la patiente en cas de pathologie du travail.*

Une salle d'accouchement (comprenant une table et une table de BB) et une salle de pré travail (comprenant plusieurs lits) seraient une bonne organisation.

*Il faudra définir les rôles propres de chaque personnel: qui fait quoi? (consultations, accouchement, prise en charge bb) comment sont anticipés les risques? (transfert, présence d'un médecin, possibilité de contacter un pédiatre par exemple)*

## **1.4 PRISE EN CHARGE DU NN**

C'est un point essentiel dans l'organisation du centre. Actuellement, tant le matériel que la formation des sages-femmes est à revoir afin d'optimiser la prise en charge du nouveau-né. Il est impératif de revoir le lieu (table d'accueil du NN) qui être propre et toujours en état de fonctionnement permettant d'anticiper les prises en charge plus compliquées (matériel toujours disponible et fonctionnel à chaque accouchement).

Le préexistant nécessite un remaniement complet (achat d'un Ambu, un chauffage d'appoint ou radiant, mise en place et préparation de champs chauds)

La table existante en béton pourrait être conservée mais un rangement et un nettoyage sont indispensables.

Le personnel sur place demande explicitement des formations complémentaires concernant la prise en charge et la réanimation du nouveau né, ce qui correspond tout à fait aux objectifs d'Humaïa.

*Cet objectif pourrait faire partie d'une première mission (organisation et formation à la formation du nouveau-né)*

### **1.5 PRISE EN CHARGE DU POST PARTUM (PP) IMMEDIAT**

La structure semble manquer de place pour surveiller les patientes dans le post partum immédiat. Nous savons que les deux heures suivant l'accouchement sont déterminantes et hautement à risque pour les femmes. La surveillance doit être optimale.

Cette surveillance pourrait s'effectuer dans la salle de prétravail dans un premier tps. Les patientes pourraient, après leur accouchement retourner dans cette salle de surveillance pendant deux heures. Un personnel qualifié doit être présent.

Si l'on accepte cette organisation, la matériel nécessaire n'est pas conséquent (lit, gants, protections vaginales).

*Là encore, il faut réfléchir aux modalités de transfert pour les patientes présentant une hémorragie de la délivrance (HDD). De ce fait, une formation sur la prise en charge de l'HDD est à prévoir, à laquelle s'associe un protocole de prise en charge (arbre décisionnel) afin de systématiser les prises en charge.*

### **1.6 PRISE EN CHARGE DES SUITES DE COUCHE ET SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE**

Une salle d'hospitalisation avec plusieurs lits est à envisager. Les patientes doivent rester au minimum 24h après leur accouchement.

Un examen complet de l'accouchée doit être effectué ainsi qu'un second avant la sortie de même pour le nouveau-né. Les nouveau-nés à risque doivent bénéficier d'une surveillance accrue.

*Pour cet objectif, la formation doit reposer sur l'examen de l'accouchée ainsi que son nouveau-né. Les facteurs de risque sont évidemment à souligner.*

### **1.7. SUIVI**

il serait intéressant et sécuritaire de revoir les patientes 10j après l'accouchement afin d'évaluer le bon déroulement des suites de couche et la croissance pondérale du nouveau-né.

*Mise en place d'un suivi pour les patientes.*

### **1.8 AUTRE**

Afin d'optimiser les soins et l'organisation, il est impératif :

- de rétablir l'eau dans la salle d'accouchement et de consultation.
- d'obtenir un nouveau stérilisateur (instruments, champs)

### 1.9 PLANIFICATION FAMILIALE

Une salle pourrait être dédiée à cette activité, ce qui permettrait de dégorger les consultations pré et post natale si besoin.

*Les recommandations locales sont à étudiées ainsi que la formation des SF sur place.*

	<i>OBJECTIFS</i>	<i>THEMES PRINCIPAUX</i>	<i>PERSONNEL NECESSAIRE SUR PLACE</i>	<i>DUREE DE LA MISSION</i>	<i>MATERIEL NECESSAIRE</i>
<b>MISSION 1</b> <b>AOUT 2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- état des lieux (consultations, suivi du travail, prise en charge du NN, transfert)</li> <li>- systématiser la prise en charge du nn</li> <li>- systématiser le déroulement des consultations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge du nn sain à la nce</li> <li>- réanimation du nn</li> <li>- déroulement de la consultation obstétrical, recherche des facteurs de risque</li> </ul>	2 SF	15 J	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en place d'un point d'eau dans la salle de consultation et les salles d'accouchement</li> <li>- AMBU, rampe chauffante, aspirateur de mucosité, sondes d'aspiration, champs propres et chauds, matelas ferme</li> <li>- mètre couture, disque de grossesse, stéthoscope de Pinard, tensiomètre, gants ou doigtier non stériles.</li> </ul>
<b>MISSION 2</b> <b>NOVEMBRE 2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organisation d'un séminaire de formation continue pour les SF (2j)</li> <li>- état des lieux (sdc, surveillance NN, transfert)</li> <li>- évaluation des formations précédentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réanimation du NN</li> <li>- prise en charge de l'HDD</li> <li>- surveillance en sdc</li> </ul>	2 SF	15 J	<ul style="list-style-type: none"> <li>- achat d'un stérilisateur</li> <li>- sondes d'aspiration, champs chauds</li> <li>- sac de recueil, matériel de perfusion, solutés de remplissage</li> <li>-dossier de grossesse</li> </ul>
<b>MISSION 3</b> <b>AVRIL 2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- état des lieux (suivi des accouchées et des nn)</li> <li>- évaluation des formations précédentes</li> <li>- organisation du suivi du travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en place du partogramme et du dossier médical par patiente</li> <li>- suivi du travail</li> <li>- urgences obstétricales (prééclampsie, hyperthermie et grossesse, métrorragies et grossesse)</li> </ul>	2 SF + 1 GO	15 J	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kits d'accouchement</li> <li>- réfrigérateur</li> <li>- dossier de grossesse et partogramme</li> <li>- dynamap</li> <li>- thermomètre</li> <li>-matériel de perfusion, soluté de remplissage, atb.</li> </ul>
<b>MISSION 4</b> <b>NOVEMBRE 2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organisation d'un séminaire de formation continue pour les SF (2j)</li> <li>- évaluation des formations précédentes</li> <li>- pathologie des sdc chez la mère</li> <li>- examen nn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- examen du NN</li> <li>- pathologies courantes du NN en sdc</li> <li>- pathologies courantes chez la mère en sdc</li> <li>- surveillance du NN à risque en SDC</li> </ul>	2 SF + 1 ped	15 J	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stéthoscope NN</li> <li>- matelas à langer pour examen</li> <li>- draps propres</li> <li>- dossier nouveau-né</li> </ul>
<b>MISSION 5</b> <b>AVRIL 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- évaluation des formations précédentes</li> <li>- suivi du travail</li> <li>-prise en charge du NN</li> <li>- états des lieux en matière de contraception</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- systématiser la prise en charge du travail (mise en place des moyens strictement nécessaires et suffisant)</li> <li>- systématiser la prise en charge du NN</li> </ul>	2 SF	15 J	<ul style="list-style-type: none"> <li>- matériel à perfusion</li> <li>- ATB, Syntocinon®</li> </ul>
<b>MISSION 6</b> <b>NOVEMBRE 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organisation d'un séminaire de formation continue pour les SF (2j)</li> <li>- évaluation des formations précédentes</li> <li>- organisation des sdc immédiates et du suivi à 10J</li> <li>- surveillance du nouveau-né et organisation du suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- examen du NN</li> <li>- examen de l'accouchée</li> <li>- formation en planification familiale</li> <li>- évaluation globale des 6 missions</li> </ul>	1 SF + 1 GO	15 J	<ul style="list-style-type: none"> <li>- carnet de suivi NN</li> <li>- mode de contraception à définir</li> </ul>

### **3. ORGANISATION 2013 - 2015**