HANDICAP INTERNATIONAL

*Vivre debout*

**REPUBLIQUE TOGOLAISE**
***Travail-Liberté-Patrie***
---

HANDICAP INTERNATIONAL
---
PREVENTION DES MALADIES INVALIDANTES
---
PROJET ULCERE DE BURULI

MINISTERE DE LA SANTE
---
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
---
DIRECTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES
---
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI

# ANALYSE DE LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI DANS LA REGION MARITIME

## RAPPORT DETAILLE

Dr Ghislain E. SOPOH, Directeur du CDTUB Allada (Bénin)
Dr Kossi Semenu ATTISSO, CN/PNLUB
Mr Denis GADAH, Chef de Projet Ulcère de Buruli- Handicap International
Mme Rozenn BOTOKRO, Référente Technique Réadaptation- Handicap International
Mr Aboudou BIAOU, Adjoint à la Référente Régionale Réadaptation- Handicap International

*1er au 31 Juillet 2007*

**PLAN**

**LISTE DES ABREVIATIONS** ..... ii
**LISTE DES TABLEAUX** ..... iii
**LISTE DES FIGURES** ..... iii
**LISTE DES IMAGES** ..... iv
**LISTE DES CARTES** ..... iv
**1. GENERALITES SUR L'ULCERE DE BURULI** ..... 1
**2. HISTORIQUE ET CONTEXTE ACTUEL DE LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO** ..... 7
**3. OBJECTIFS, CADRE ET METHODE** ..... 10
**3.1. Objectifs** ..... 10
***3.2.* Cadre de l'étude** ..... 10
**3.3. Méthode** ..... 13
**4. RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION** ..... 16
**4.1. Situation épidémiologique de l'ulcère de Buruli au Togo** ..... 16
**4.2. Organisation du programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli** ..... 27
**4.3. Situation de la prise en charge de l'ulcère de Buruli au Togo** ..... 29
5. **SYNTHESE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION** ..... 56
**5.1. Sur le plan épidémiologique** ..... 56
**5.2. Sur le plan de l'organisation du contrôle** ..... 56
**6. SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DE LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO** ..... 57
**6.1. Surveillance épidémiologique, détection précoce au niveau communautaire et information, éducation et communication (IEC)** ..... 58
**6.2. Formation des professionnels de santé** ..... 59
**6.3. Prise en charge standardisée selon les protocoles OMS [antibiotiques, chirurgie et prévention des incapacités (POD), prise en charge psychologique]** ..... 60
**6.4. La confirmation des cas en laboratoire** ..... 61
**6.5. Le renforcement des structures de santé** ..... 61
**6.6. Monitoring et évaluation des activités** ..... 62
**6.7. Plaidoyer, mobilisation sociale et partenariat** ..... 62
**CONCLUSION** ..... 63
**A N N E X E S** ..... a
**Outils de collecte de données** ..... b
**Liste des enquêteurs** ..... p
**Liste des structures sanitaires publiques visitées et calendrier de mission** ..... q
**Liste des personnes rencontrées** ..... r
**Besoins en matériels pour le traitement des ulcères de Buruli à l'hôpital de Tsévié** ..... t
**Tableau de tarifications de l'hôpital de Tsévié** ..... v
**Rapport sur l'évaluation des services de physiothérapie** ..... x
**Rapports des focus group** ..... tt
**Quelques images** ..... ggg

## LISTE DES ABREVIATIONS

| | | |
|---|---|---|
| AAE | : | Accoucheuse Auxiliaire d'Etat |
| AHE | : | Assistant en Hygiène de l'environnement |
| CDTUB | : | Centre de Dépistage et de Traitement de l'ulcère de Buruli |
| CHP | : | Centre Hospitalier Provincial |
| CHR | : | Centre Hospitalier Régional |
| CMS | : | Centre Médico-Social |
| CNAO | : | Centre National d'Appareillage Orthopédique |
| CORAOC | : | Coordination Régionale Afrique de l'Ouest et du Centre |
| DAHW | : | Association Allemande de lutte contre la lèpre et la tuberculose |
| DGM | : | Direction Générale du Ministère |
| DSSP | : | Direction des Soins de Santé Primaires |
| ECD | : | Equipe Cadre de District |
| HI | : | Handicap International |
| IA | : | Infirmier (ère) Auxiliaire |
| IAE | : | Infirmier (ère) Auxiliaire d'Etat |
| ICP | : | Infirmiers Chef-Poste |
| IDE | : | Infirmier (ère) Diplômé d'Etat |
| IEC/CCC | : | Information, Education, Communication alias Communication pour un Changement de Comportement |
| IP | : | Infirmier (ère) Permanent |
| MS | : | Ministère de la Santé |
| NTD | : | Maladie Tropicale Négligée |
| OMS | : | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : | Organisation Non Gouvernementale |
| PNLUB | : | Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli |
| TL | : | Technicien de Laboratoire |
| TSGS | : | Technicien Supérieur en Génie Sanitaire |
| TSL | : | Technicien Supérieur de Laboratoire |
| UB | : | Ulcère de Buruli |
| USP | : | Unité de Soins Périphérique |

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Notification de l'ulcère de Buruli au plan Mondial ..... 4
Tableau 2 : principales entités administratives et leurs données démographiques de la région maritime. ..... 12
Tableau 3 : répartition des cas dépistés lors de l'enquête communautaire de 2005 dans la région maritime. ..... 16
Tableau 4 : répartition des cas probables dépistés lors de l'enquête communautaire de 2005, selon les tranches d'âge des patients ..... 16
Tableau 5 : répartition des cas recensés selon le type de structure de soins ..... 17
Tableau 6 : répartition des cas recensés selon leur district de provenance ..... 19
Tableau 7 : disponibilité du personnel selon les catégories utiles à la prise en charge de l'ulcère de Buruli ..... 31
Tableau 8 : Disponibilité en Matériel d'anesthésie et de réanimation minimum..... 35
Tableau 9 : disponibilité en matériel de chirurgie ..... 35
Tableau 10: Disponibilité en matériel de laboratoire (minimum pour la recherche de BAAR) ..... 36
Tableau 11 : recensement des besoins en matériel pour l'hôpital d'Afagnan..... 50

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : nombre de cas probables d'UB recensés dans les structures de soins visitées sur la période de 1999 à 2007. ---------- 18
Figure 2 : évolution du nombre d'admission dans les hôpitaux de Tsévié et Afagnan, en fonction des années.---------- 18
Figure 3 : organigramme prévisionnel du PNLUB ---------- 28

## LISTE DES IMAGES

Image 1 : Nodule d'Ulcère de Buruli ---------- 2
Image 2: Œdème pré ulcératif de l'UB ---------- 2
Image 3: Plaque d'ulcère de Buruli ---------- 3
Image 4 : Ulcération typique d'ulcère de Buruli ---------- 3
Image 5: Ankylose dans l'ulcère Buruli---------- 3
Image 6 : séquelles après un ulcère de Buruli à localisations multiples---------- 3
Image 7 : Patients vu en hospitalisation au CHR de Tsévié ---------- ggg
Image 8 : Patientes présentant des Handicaps multiples du fait de l'UB, rencontrées respectivement à Wli Mivakpo et Alokoégbé ---------- ggg
Image 9 : groupe électrogène du CHR de Tsévié ---------- hhh
Image 10 : Module de stérilisation du CHR de Tsévié ---------- hhh
Image 11 : matériel de pansement de l'USP Alokoégbé ---------- hhh
Image 12 :Table de pansement CHP Assahoun ---------- hhh
Image 13 : cannes anglaises fabriquées avec du matériel local dans l'atelier d'orthopédie de l'Hôpital d'Afagnan---------- hhh
Image 14 : Dossier médical individuel des patients UB au CHR TSEVIE ---------- iii
Image 15 : Dossier du patient au service de rééducation fonctionnelle de l'Hôpital d'Afagnan ---------- iii

## LISTE DES CARTES

Carte 1 : Situation de l'UB dans la Région Africaine de l'OMS en fin 2006 ..... 5
Carte 2 : Distribution des formations sanitaires visitées lors de l'étude ..... 14
Carte 3 : Distribution des cas probables traités selon leurs provenances ..... 22
Carte 4 : provenance des cas traités, confirmés (BAAR+, PCR+)..... 23
Carte 5 : provenance des cas traités, confirmés par la PCR (PCR+) ..... 24
Carte 6 : Zones d'attraction dans un rayon de 25 km autour des hôpitaux de Tsévié et Afagnan. ..... 25

## 1. GENERALITES SUR L'ULCERE DE BURULI

L'Ulcère de Buruli (UB), encore appelée Infection à *Mycobacterium ulcerans*, ulcère de Bairnsdale (Australie), ulcère de Daintree (Australie), ulcère de Kumusi (Papouasie Nouvelle Guinée), Epélan dans la région de Tsévié et Abi Makou Makou dans la région d'Afagnan au Togo, est une maladie provoquée par une bactérie appartenant à la même famille que celles de la lèpre et de la tuberculose. Il s'agit ici du *Mycobacterium ulcerans*, Bacille Acido-Alcoolo-Résistant, appartenant au groupe III de la classification de Runyon des mycobactéries atypiques.

***L'ulcère de Buruli est essentiellement une maladie de la peau***; parfois l'os peut être touché. ***La mortalité est relativement faible mais les infirmités sont très fréquentes et constituent le point essentiel de l'intérêt accordé à cette affection sur le plan de la santé publique***. Le traitement combine des antibiotiques spécifiques, la chirurgie et la prévention des invalidités ou incapacités.

L'ulcère de Buruli est classée parmi les Maladies Tropicales Négligées (NTD).

Les experts affirment ignorer encore le mode de transmission de l'Ulcère de Buruli (UB). Toutefois, à partir des résultats de la biologie moléculaire, un modèle expérimental de transmission de l'UB incriminant des insectes aquatiques a été proposé. Ces insectes aquatiques se contamineraient en ingérant des mycobactéries présentes dans l'environnement et concentrées sur des biofilms.

***La maladie n'est généralement pas contagieuse***. La contamination de l'homme s'effectuerait à travers ses rapports avec l'environnement et se ferait par voie de contact. Le rôle du traumatisme dans le déclenchement de l'affection a été évoqué.

***Les enfants âgés de 5 à 14 ans sont les plus atteints***. Les deux sexes sont indifféremment touchés. La vaccination au BCG ne donne qu'une protection de courte durée. Ce vaccin protègerait contre les formes osseuses de la maladie. Les études ont permis de constater que les foyers endémiques s'organisent presque toujours autour des écosystèmes aquatiques des régions humides tropicales ou subtropicales.

***L'incubation de l'Ulcère de Buruli n'est pas bien cernée***. Elle varie de 6 à 12 semaines. Cependant, on observe des durées d'incubation plus courte (nouveaux nés malades) ou plus longue pouvant aller à plusieurs années.

Les manifestations cliniques de l'ulcère de Buruli sont essentiellement dues à une toxine secrétée par cette mycobactérie : la mycolactone.

La mycolactone est une puissante toxine ayant une affinité pour les cellules graisseuses du tissu sous cutané. Cette toxine est la principale cause de la destruction tissulaire observée dans l'UB. Elle a aussi des propriétés immuno-suppressives qui sont responsables de l'absence de douleur.

***Les lésions siègent de façon préférentielle aux membres*** supérieurs et inférieurs. Toutefois, toutes les parties du corps peuvent être touchées par cette affection.

Comme son nom l'indique, l'UB se présente généralement sous la forme d'un ulcère. Mais il peut également se manifester sous des formes non ulcérées. Trois phases évolutives sont décrites : la phase pré ulcérative avec quatre types de lésions (papule, nodule, œdème, placard ou plaque), la phase ulcérative et la phase cicatricielle. ***Le diagnostic positif*** de l'ulcère de Buruli est clinique et biologique : description de l'affection à l'un de ses stades, confirmée par la mise en évidence du germe par la PCR, l'histopathologie et/ou l'examen bactériologique (examen direct ou culture).

***Le Traitement*** est préventif, curatif et réadaptatif.

Le traitement préventif vise à éviter le contact des personnes exposées avec les milieux contenant le germe.

Le traitement curatif se base sur l'association de la streptomycine et la rifampicine (selon les directives de l'OMS) et la chirurgie (Exérèse ± large des tissus nécrosés et réparation par autogreffe et/ou suture).

La réadaptation vise à prévenir l'apparition des limitations fonctionnelles.

Image 1 : Nodule d'Ulcère de Buruli
(Photo PNLUB-Togo, 2003)

Image 2: Œdème pré ulcératif de l'UB
(Photo CDTUB Allada-Bénin, 2004)

Image 3: Plaque d'ulcère de Buruli
(Photo PNLUB- Togo, 2003)

Image 4 : Ulcération typique d'ulcère de Buruli avec aspect en coton de la surface de la lésion
(Photo CDTUB Allada-Bénin, 2004)

Image 5: Ankylose dans l'ulcère Buruli
(Photo PNLUB-Togo, 2003)

Image 6 : séquelles après un ulcère de Buruli à localisations multiples
(Photo Handicap International-Togo, 2007)

***L'ulcère de Buruli atteint surtout les populations pauvres***, vivant dans des zones enclavées, marécageuses. Son traitement nécessite une durée d'hospitalisation plus ou moins longue, supérieure à trois mois. Du fait du handicap physique que l'UB engendre, un garde malade se trouve obligé de rester auprès du malade pendant toute la durée de l'hospitalisation. Tout ceci renchérit le coût du traitement. L'OMS estime à 783 dollars américains, le coût direct (médicaments, hospitalisation, chirurgie, laboratoire, pansement, etc.) du traitement d'un cas non compliqué d'Ulcère de Buruli, soit environ 313 071 Francs CFA. Les coûts indirects (nourriture, pertes de journées de travail, etc.) ne sont pas estimés. En cas de complications les coûts directs et indirects peuvent être évalués à plus d'un million de francs CFA. En plus de ces coûts il faut signaler l'***impact social de la maladie***. En effet, le malade, en plus des journées de travail qu'il perd du fait de son handicap, devient une charge pour sa

famille. Quand aux enfants, ils subissent des retards scolaires et sont exposés à la déscolarisation.

L'handicap physique, les lésions dysmorphiques et souvent malodorantes, la longue durée d'hospitalisation ainsi que les perceptions magico religieuses qu'ont les populations de cette affection, sont souvent responsables de drames sociaux (isolement social du malade et de sa famille, dislocation du foyer, divorce/abandon de l'époux (se), abandon de (s) l'enfant (s)). Même traité, le malade guérit avec des séquelles mutilantes et la stigmatisation n'est pas chose si rare.

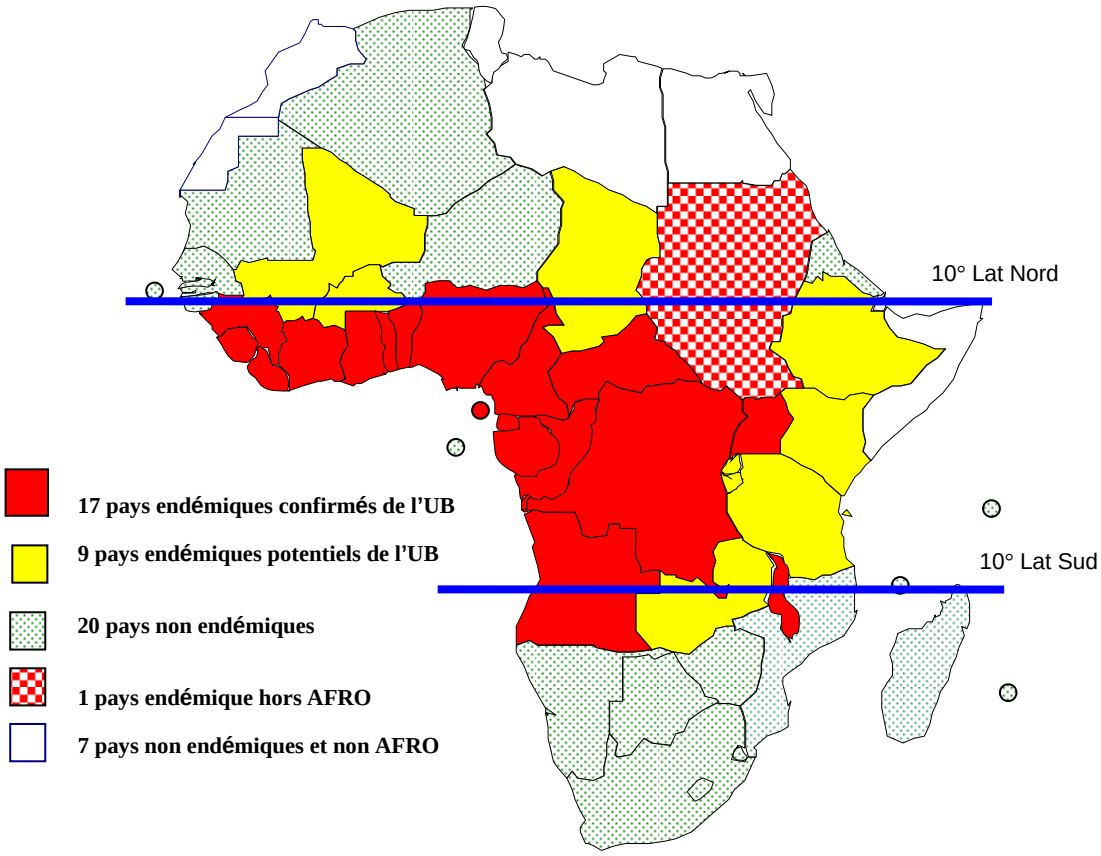
Tout ceci entraîne un accroissement de la pauvreté et de la misère dans lesquelles vivaient déjà les populations exposées à cette maladie, faisant ainsi de ces deux maux, les causes et les conséquences de l'affection. Renforcées par leurs conception magico religieuse de l'origine de l'affection, il est donc rare que les personnes atteintes de l'UB consultent en milieu hospitalier, seul endroit possible où ils puissent réellement bénéficier de soins adéquats. Il s'en suit ainsi une ***sous notification des cas*** et une sous évaluation de l'ampleur de la maladie et la notification des cas au plan mondial demeure stationnaire comme en témoigne le tableau 1 ci-après :

Tableau 1 : Notification de l'ulcère de Buruli au plan Mondial[1]

| **Années** | **Nombre de cas** | **Nombre de pays notifiant des cas** |
|---|---|---|
| 2002 | 5 298 | 13 |
| 2003 | 3 355 | 13 |
| 2004 | 6 720 | 14 |
| 2005 | 4 741 | 14 |
| 2006 | 5 377 | 14 |

Ainsi, Seulement 14 pays notifient des cas depuis 2002, alors qu'en Afrique seule, au moins 17 pays sont connus comme étant endémiques comme le montre la carte suivante.

[1] (Source : GBUI/OMS, Genève 2007)




Carte 1 : Situation de l'UB dans la Région Africaine de l'OMS en fin 2006[2]

Au sein de ces 17 pays, ***il existe une disparité quant à l'ampleur de l'affection, d'un pays à l'autre.*** Alors que la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Bénin et le Cameroun notifient chaque année des centaines de cas, le Nigéria reste muet et le Togo n'en notifie que très peu. Cette disparité pourrait être attribuée au caractère très focalisé, dit « en grappe » de la distribution de l'affection ; elle est ***sans nul doute due à une insuffisance dans le contrôle de la maladie*** dans les pays. ***Il convient donc d'intensifier la lutte contrôle l'ulcère de Buruli*** dans les pays à faible notification.

La particularité de la lutte contre l'ulcère de Buruli est qu'il s'agit d'une affection qui introduit la santé publique au sein des milieux hospitaliers qui, a priori, ont plutôt une vocation de prise en charge curative et individuelle des malades. Etant entendu que la santé publique est « la **science, l'art** de prévenir les maladies, prolonger la vie, promouvoir la santé et l'efficacité physique à travers des efforts coordonnés de la communauté pour

[2] (Source : OMS AFRO)

l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène corporelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement de dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé » *(revue Science, 1920),* il est donc logique qu'à tous les échelons de la pyramide sanitaire, des actions de prévention, de prise en charge (selon les niveaux), d'assainissement de l'environnement et d'hygiène, de contrôle de l'infection (à travers la surveillance épidémiologique) ainsi que le développement de dispositifs sociaux soient planifiés et mis en œuvre par tout programme de lutte contre une maladie.

Ainsi, l'initiative Mondiale de lutte contre l'ulcère de Buruli, mise en place depuis 1998 et qui a pour rôle, entre autre, d'orienter et de coordonner les activités dans les différents pays d'endémie a recommandé, après l'historique conférence de Yamoussoukro de juillet 1998, la gratuité des soins aux malades et définit actuellement les huit points suivants comme stratégies de lutte contre l'ulcère de Buruli :

1. le dépistage précoce au niveau communautaire et l'IEC/CCC;
2. la formation des agents socio sanitaires, des enseignants et volontaires villageois;
3. la standardisation des modalités de la prise en charge des cas (prise en charge médicale, chirurgicale et prévention des invalidités) ;
4. la confirmation des cas ;
5. le renforcement des infrastructures socio-sanitaires ;
6. la standardisation de l'enregistrement et la notification des cas à travers le BU 01, le BU 02 et le Healthmapper ;
7. le suivi-évaluation des activités ;
8. le plaidoyer, la mobilisation sociale et le renforcement du partenariat.

Le Togo, à l'instar de tous les autres pays endémiques se doit de mettre en œuvre chacune de ces stratégies. La présente étude vise essentiellement à faire l'analyse situationnelle de la mise en œuvre des huit points ci-dessus mentionnés au Togo.

## 2. HISTORIQUE ET CONTEXTE ACTUEL DE LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO

L'Ulcère de Buruli (UB), maladie émergente due à *Mycobacterium ulcerans,* constitue un problème de santé publique dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest.

Au Togo, depuis la description des deux premiers cas par MEYERS et all en 1996, plusieurs cas ont été traités dans les structures sanitaires, notamment à l'Hôpital St Jean de Dieu à Afagnan et au CHU-Tokoin de Lomé. Cependant la prévalence de l'affection est encore mal connue. Les chiffres disponibles sont très parcellaires. Ainsi,

- de 1995 à 1998 : 33 cas ont été traités à l'Hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan et au CHU Tokoin de Lomé. Des prélèvements ont été effectués pour 29 cas (88%) et envoyés à l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers. La PCR est revenue positive pour 7 patients (24%).
- En 1999 : 48 cas ont été dépistés. 44 parmi eux, ont bénéficié d'une confirmation biologique, dont 7 sont revenus avec une PCR positive à *M. ulcerans.*
- En 2000 : 18 cas ont été notifiés dont 6 sont revenus positifs à *M. ulcerans.*

Il est à noter que parmi les cas qui ont eu à bénéficier d'une confirmation biologique, plusieurs sont revenus positifs au *M. tuberculosis* et des co-infections avec d'autres mycobactéries ont été diagnostiqués. Le cumul des cas notifiés jusqu'en 2000 est de 102.

- En 2001, 5 prélèvements sont parvenus à l'Institut de Médecine Topicale (IMT), mais aucun n'est revenu positif au *M. ulcerans.* Cependant, plusieurs autres mycobactéries, dont *M. tuberculosis* ont été diagnostiqués.
- En 2002, 4 prélèvements sont parvenus à l'IMT, dont un seul est revenu positif au *M. ulcerans.*
- En 2004, 18 prélèvements ont été envoyés à l'IMT, dont deux revenus positifs au *M. ulcerans.*
- En 2004, une campagne de dépistage couplée avec les Journées Nationales de Vaccination a été organisée et a permis de dépister 1505 cas probables dont 450 dans la Région Maritime.
- En 2006, 40 cas ont été dépistés et pris en charge dans la région maritime.

Tous ces cas ont été détectés dans 11 préfectures sur les 30 préfectures que compte le Togo.

Conscient de la réalité de l'affection dans le pays, les autorités togolaises ont tôt fait de créer un programme chargé de la lutte contre l'affection.

Créé en 1999 le Programme National de lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB) a eu depuis lors à mener plusieurs actions, essentiellement axées sur la sensibilisation et le plaidoyer. Ainsi :

- du 14 au 17 août 2000 une réunion de travail internationale sur l'ulcère de Buruli a été organisée à Lomé. Au cours de cette réunion, l'engagement politique du gouvernement togolais à été clairement réaffirmé par le ministre de la santé.
- Au cours de la même année, différentes actions de soutien aux malades ont été réalisées par le PNLUB et ses partenaires locaux (la DAWH, l'OMS) dans les centres ayant notifié des cas (CHR Sokodé).
- Toujours en 2000, le PNLUB a institué dans les différents hôpitaux du pays (CHU, CHR, CHP), des registres de notification des cas dépistés.
- en 2001, une évaluation de la charge de morbidité hospitalière de l'UB dans le pays, grâce aux données collectées dans les registres précédemment institués a été effectuée. Cette étude à permis de recenser 180 cas dans tout le pays, dont 98 (soit 54,4%) dans la région maritime (CHU Lomé, CHP Aného et Tsévié, Hôpital d'Afagnan). Les couches les plus touchées sont les jeunes et adolescents, les agriculteurs, jardiniers et les élèves. Cette étude a notamment mis en relief que le fait que 77,2% des patients transitent d'abord par les tradithérapeutes, ou par du personnel médical non qualifié (8%)'avant de consulter dans une structure hospitalière, entraînant ainsi un important retard à la prise en charge.

Au titre d'autres actions menées, nous citons :

- la formation des agents de santé à différents niveaux et l'institution de fiches de notification dont les contrôleurs lèpres avaient en charge la collecte en 2001 ;
- les activités de communication à travers les média ;
- l'organisation de la prise en charge des cas autour du CHU de Lomé, du CHP de Tsévié et par des missions de chirurgie plastique menées en collaboration avec le Rotary club et le Mercy Ship en 2003 ;
- l'évaluation du coût moyen de la prise en charge d'un cas dans les hôpitaux. De cette évaluation, il ressort que le coût moyen de la prise en charge est estimé à 587 000 CFA, répartis comme suit :
    - 150 000 CFA pour les cinq premiers jours, comprenant la mise en condition en urgence et le traitement des surinfections

- 125 000 CFA les jours suivants jusqu'à la greffe cutanée, incluant les consommables et divers soins dont l'excision et les pansements ;
- 172 000 CFA pour la période allant de la greffe cutanée à la cicatrisation.
- 145 000 CFA pour les frais d'hospitalisation.

- la formation des équipes cadre de 6 districts en organisation et gestion du Programme en 2006.
- la réalisation de tournées de sensibilisation dans les districts endémiques de la Région Maritime, suivies d'une campagne de dépistage des cas dans 3 districts.

Ces différentes activités menées durant toutes ces années n'ont cependant pas réussis à assurer un contrôle efficace de l'affection au Togo. Plusieurs insuffisances sont en effet à relever dans les stratégies mises en œuvres jusque là :

- Absence, jusqu'en octobre 2006, d'un Coordonnateur à plein temps et stable sur les moyen et long termes, impliquant ainsi une insuffisance dans le suivi des actions menées ;
- Absence d'un plan stratégique de lutte contre l'ulcère de Buruli ;
- Les différentes formations ne se sont jusque là adressées qu'aux personnels des hôpitaux et à ceux des équipes cadre de district (ECD) ; ceux de la périphérie, qui sont les plus en contact avec la population exposée à la maladie n'ont pas eu à être formés.
- Les registres ont été ouverts seulement dans les CHU et CHR. Les Centres Médico-Sociaux (CMS) et les Unités de Soins Périphériques (USP) qui sont les premières structures d'accès de la population n'ont pas été pris en compte ;
- Les confirmations biologiques n'étaient pas possibles du fait de différents problèmes d'ordre matériel (disponibilité du matériel et des consommables dans les laboratoires), et d'ordre organisationnel (collecte et acheminement des échantillons, transmission des résultats) ;
- Insuffisance de ressources (humaines et financières) ;
- Faiblesses dans le système de notification et de référence des cas ;
- Insuffisance organisationnelle de la prise en charge des cas dépistés.

A l'issue de tout ce qui précède, avec présentement la disponibilité à plein temps d'un coordonnateur pour le programme, il est important de doter le PNLUB d'un plan stratégique national.

La présente analyse de situation s'inscrit donc dans le processus de rédaction de ce document.

## 3. OBJECTIFS, CADRE ET METHODE

### 3.1. Objectifs

#### *3.1.1. Objectif général*

Analyser la situation de l'ulcère de Buruli au Togo, principalement dans la région maritime.

#### *3.1.2. Objectifs spécifiques*

1. Etablir les données réelles et fiables sur la maladie dans la région maritime ;
2. Evaluer les structures de santé à travers les 8 points stratégiques de contrôle de l'Ulcère de Buruli ;
3. Identifier les besoins auxquels devra répondre le futur plan stratégique du PNLUB ;
4. Proposer des indicateurs spécifiques aux besoins des structures de santé (hôpitaux, centre de santé primaire et centres de réadaptation) à inclure dans la mise à jour du plan stratégique sur 5 ans et dans un projet pilote de lutte sur trois ans.

#### *3.1.3. Résultats attendus*

Les attentes par rapport à cette étude s'expriment comme suit :

- Des données épidémiologiques sont disponibles pour la zone d'intervention du projet ; un accent particulier devra être mis sur les incapacités liées à l'ulcère de Buruli ;
- Une cartographie de la maladie dans la zone d'intervention du projet est disponible ;
- Le point des ressources disponibles est fait ;
- Les besoins à combler sont établis.

### *3.2.* Cadre de l'étude

#### *3.2.1. Généralités sur le Togo*

Le Togo est situé en Afrique de l'ouest et est limité par le Burkina Faso au Nord, le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest et l'Océan Atlantique au Sud. Sa population est estimée à 4 405 500 habitants, avec une densité moyenne de 72 habitants au km². Le taux d'accroissement

démographique est 3.2%. Cinquante pour cent de la population totale ont moins de 15 ans d'âge.

Le Togo est subdivisé en cinq régions administratives et économiques étendues du Nord au Sud comme suit:

- La région de savane ;
- La région Kara ;
- La région Centrale ;
- La région des Plateaux ;
- La région Maritime.

Chaque région est divisée en préfectures.

Au plan économique, le Togo est classé parmi les pays les moins avancés, avec un produit intérieur brut assez bas (USA $330 par personne par année).

En ce qui concerne l'éducation, 47.9% d'adultes sont illettrés. Le taux de scolarisation des enfants est de 72% et on note une grande disparité entre les sexes (les garçons étant plus scolarisés que les filles).

Sur le plan sanitaire, le pays est subdivisé en six régions de la santé, la municipalité de Lomé constituant la sixième région. Chaque région de santé est subdivisée en districts sanitaires.

Au plan des indicateurs sanitaires, on note un taux de natalité de 45 p. 1000 habitants, le taux de mortalité est de 15 p. mille. L'espérance de vie à la naissance est de 55 années.

Le système de santé a une organisation pyramidale, avec :

- un niveau central constitué par le ministère de la santé au plan administratif et deux centres hospitaliers universitaires qui constituent la référence nationale ;
- un niveau intermédiaire ou régional constitué par les Directions Régionales de Santé et les Centres Hospitaliers Régionaux ;
- le niveau périphérique ou local constitués par les Directions préfectorales de Santé, les Centres Hospitaliers préfectoraux, les Centres hospitaliers confessionnels, les cliniques privées ainsi que le réseau des unités de soins périphériques.

### *3.2.2. La région maritime*

La région maritime, d'une superficie de 6010 km², regroupe 1 478 606 habitants. Elle est subdivisée en 6 districts, 52 cantons et 1197 villages répartis comme suite :

Tableau 2 : principales entités administratives et leurs données démographiques de la région maritime.

| Entités | AVE | GOLFE | LACS | VO | YOTO | ZIO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cantons** | 6 | 7 | 9 | 7 | 8 | 15 | 52 |
| **Villages** | 96 | 137 | 97 | 363 | 136 | 368 | 1197 |
| **Projection du Nombre d'habitants pour l'année 2006** | 148 965 | 288 404 | 274 889 | 206 711 | 283 481 | 276 156 | 1 478 606 |

Source : Direction de la Santé de la Région Maritime, Plan de développement sanitaire, Tsévié, Février 2005

La région maritime a une topographie plate, avec un relief peu contrasté, caractérisé par :

- un bassin sédimentaire qui couvre les 4/5 de la région, de faible altitude (50-80 m en moyenne), traversé par la dépression de la Lama. Le sol, argileux, reste détrempé et boueux en saison pluvieuse. L'eau stagne plusieurs mois dans cette région ;
- une plaine granito-gnésique, de faible altitude, variant entre 400 à moins de 100 mètres) ;
- Le cordon littoral, sablonneux, occupant toute la ligne côtière du pays.

Le climat est de type subéquatorial, avec 2 saisons sèches et deux saisons pluvieuses. La pluviométrie moyenne varie de 900 à 1300 mm. La température varie de 21 à 32°, avec une moyenne de 26°c.

Le réseau hydrographique comprend :

- le fleuve Mono, à l'est, servant de frontière avec le Bénin ;
- le Haho, au centre, avec pour principaux affluents le Lili et le Yoto. Il se jette dans le lac communiquant avec la mer ;
- le Zio, également au centre, se jetant dans le lac Togo, et, duquel dérive de nombreux affluents.

Tous ces cours d'eau ont généralement un débit faible, étroitement lié aux variations saisonnières.

Au plan sanitaire, la région maritime comporte :

- un CHR situé à Tsévié ;

- un hôpital confessionnel à Afagnan ;
- quatre hôpitaux de préfectures à Aného, Tabligbo, Vogan, Assahoun ;
- trois polycliniques à Tsévié, Aného et Lomé ;
- cent deux CMS, USP et PMI ;
- quatorze cases de santé.

L'accessibilité géographique moyenne, dans un rayon de 5 Km est de 57%. La couverture en BCG était de 54% en 1999 et celle du VAT2 de 26%. Le paludisme constitue la première des causes de consultation dans les formations sanitaires de la région.

### 3.3. Méthode

Pour atteindre les objectifs fixés, nous sommes proposé de mener une étude transversale, rétrospective et une revue documentaire.

Le volet rétrospectif s'est déroulé dans les établissements de soins et nous a permis d'obtenir, outre les renseignements d'ordre épidémiologiques, des renseignements sur les issues thérapeutiques de quelques patients soignés.

Le recueil des données a couvert la période allant de 2002 à la date de l'enquête. Compte tenu des résultats biologiques (PCR) disponibles pour les cas pris en charge à Afagnan depuis 1999, la collecte de données dans cet hôpital a remonté jusqu'en 1999.

Les renseignements concernant le point des ressources disponibles et les besoins à combler ont été collectés en même temps.

Les différents registres (d'admission, d'hospitalisation, de laboratoire, de notification, du service de kinésithérapie …) ainsi que les dossiers des malades (lorsqu'ils existent) ont été exploités.

Les données de l'enquête de prévalence effectuée par le PNLUB en 2005 ont été récupérées et exploitées.

Les différents documents et données (rapports, notes de services, présentations, articles …) existant au niveau du PNLUB, sur les sites Internet de l'OMS[3], ainsi que dans les structures visitées ont été judicieusement collectées pour exploitation. Ainsi, les résultats de tous les prélèvements envoyés à l'Institut de Médecine Tropicale d' Anvers depuis 1998 ont pu être obtenues auprès du Professeur Portaels Françoise.

Les cibles rencontrées sont constituées par :

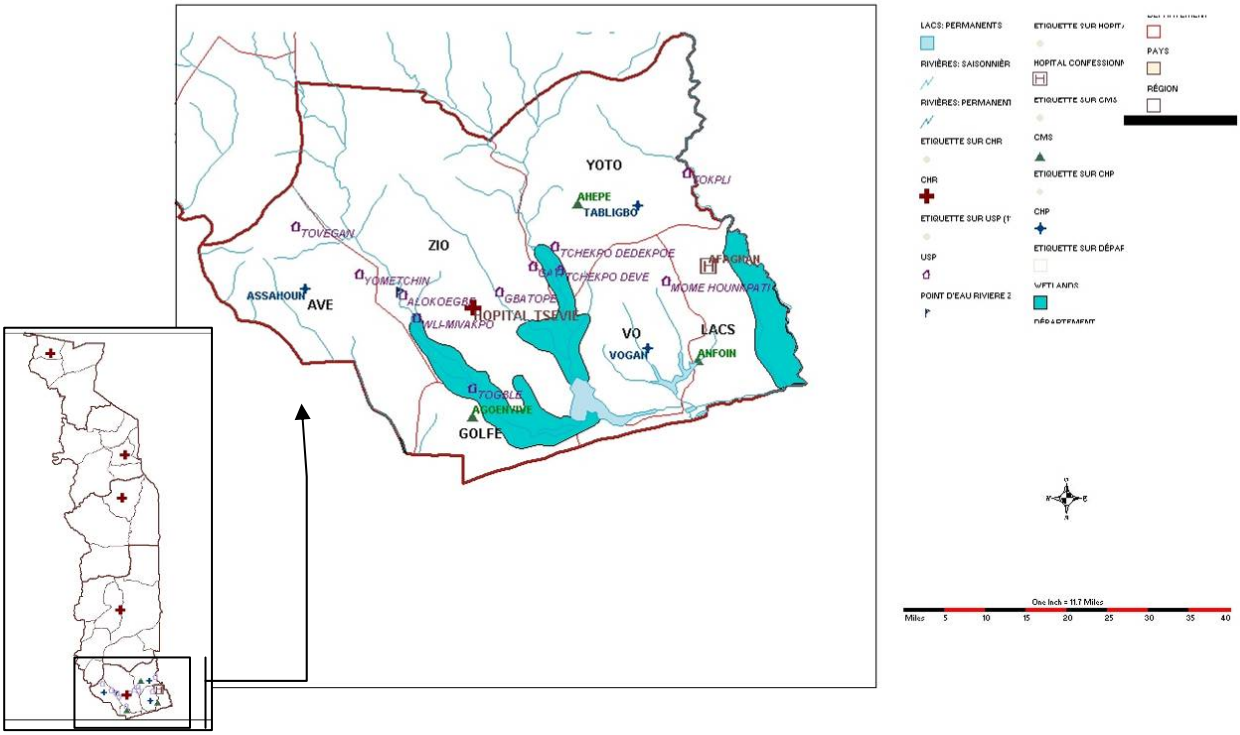
[3] WHO_CDS_CPE_GBUI_2000.2 & WHO_CDS_CPE_GBUI_2002.6

- les responsables des structures administratives visitées (ou à défaut leurs représentants) ;
- les responsables des structures de soins visitées (ou à défaut leurs représentants) ;
- les agents de santé de différentes catégories dans les structures de soins visitées, choisis par commodité. La liste de ces différentes personnes visitées se trouve en annexe ;
- les patients qui auront été vus aux soins dans les structures visitées.

Compte tenu du temps limité, nous avons choisi de visiter vingt (20) formations sanitaires, ciblées selon les critères épidémiologiques connus (provenances des malades) et réparties comme suit :

- 1 CHR
- 1 Hôpital confessionnel
- 3 CHP
- 4 CMS
- 11 USP

La liste des structures de soins visitées est en annexe et leur distribution est représentée sur la carte n°2 comme suit :




Carte 2 : Distribution des formations sanitaires visitées lors de l'étude

Pour la collecte des données l'entretien individuel a été utilisé avec les responsables des structures administratives et de soins. Deux entretiens de groupe ont été organisés

respectivement avec un groupe d'agents du CHR de Tsévié, et les agents du district de ZIO à la DPS de Zio. L'équipe a saisi l'occasion de ces entretiens de groupe pour briefer les participants sur le diagnostic, la prise en charge, la confirmation biologique et la documentation des cas d'ulcère de Buruli. Dans les autres districts, les entretiens individuels ont été réalisés avec les agents.

L'exploitation de documents a servi pour le recueil des données épidémiologiques. Ainsi, les données de l'enquête de 2005 ont été exploitées ; les registres d'admission, de laboratoires, de gardes ainsi que les dossiers individuels des patients lorsqu'ils existent (au CHR de Tsévié et à l'hôpital d'Afagnan) ont été exploités. Des entretiens avec le personnel soignant ont permis dans certains cas de compléter un tant soit peu les données n'ayant pas pu être collectées dans les divers documents.

L'équipe a profité de sa visite pour collecter les échantillons prélevés et stockés à Tsévié, prélever les patients observés sur place (à Tabligbo), documenter les cas en hospitalisation par des iconographies (Tsévié, Alokoégbé, Tabligbo).

L'équipe a été renforcée dans sa mission par deux enquêteurs, recrutés parmi les contrôleurs lèpres déjà formés sur l'ulcère de Buruli et par un communicateur.

## 4. RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

### 4.1. Situation épidémiologique de l'ulcère de Buruli au Togo

#### *4.1.1. Résultats de l'enquête communautaire de 2005*

Le PNLUB avait procédé, en 2005 à un recensement des cas probables d'ulcère de Buruli dans les 6 districts de la région maritime. ***55 formations sanitaires*** ont participé à cette collecte de données qui a permis de recenser ***450 cas probables*** répartis selon le district dans le tableau 3 suivant.

Tableau 3 : répartition des cas dépistés lors de l'enquête communautaire de 2005 dans la région maritime.

| Districts | Nombre de cas recensés | Pourcentage |
|---|---|---|
| AVE | 51 | 11% |
| LACS | 14 | 3% |
| VO | 58 | 13% |
| YOTO | 36 | 8% |
| ZIO | 288 | 64% |
| Non précisé | 3 | 1% |
| Total | 450 | 100% |

Le district de ***Zio*** présentait le plus grand nombre de cas (288 cas probables, pour une population estimée à 276 000 habitants, soit une ***prévalence de 10 p. 10 000 habitants***). Le district des Lacs avait dépisté très peu de cas et celui du Golfe aucun. Cette prévalence est estimée à 3 p. 10 000 habitants dans le Avé, 0,5 p. 10 000 habitants dans la préfecture des Lacs, 3 p. 10 000 habitants dans le Vô et 1,2 p. 10 000 habitants dans le Yoto.

Le ***sexe*** masculin prédominait avec un ratio H/F de 1,24.

Les adultes de 15 à 49 ans étaient les plus nombreux comme en témoigne le tableau 4 ci-après :

Tableau 4 : répartition des cas probables dépistés lors de l'enquête communautaire de 2005, selon les tranches d'âge des patients

| Tranches d'âge | Nombre | Pourcentage |
|---|---|---|
| Moins de 15 ans | 98 | 22% |
| 15 à 49 ans | 233 | 52% |
| 49 ans et plus | 119 | 26% |
| Total | 450 | 100% |

***Les localisations*** des lésions portaient sur les membres dans 84% des cas (membres inférieurs 59%, Membres supérieurs 29%), le tronc (abdomen, dos, thorax) dans 5% des cas. Les localisations multiples font 9% des cas et les localisations délicates (fesses, périnée, tête et cou) faisaient 1% des cas.

***Les formes*** ulcérées étaient les plus nombreuses (219, soit 49%), suivies des formes cicatricielles (105, soit 23%) et des formes mixtes (84 soit 19%). Notons que les formes mixtes sont représentées ici par des anciennes cicatrices coexistant avec une nouvelle lésion active (72/84 soit 86%) ou d'une ulcération coexistante avec une lésion active non ulcérée (12/84 soit 14%). Cette importante prévalence de formes cicatricielles témoigne de l'ancienneté de l'endémicité de l'affection dans la région maritime.

#### *4.1.2. Résultats du recensement des cas dans les formations sanitaires visitées*

La collecte de données menée dans 20 ***structures de soins*** a permis de recenser 125 cas probables d'UB, dont 13 avaient été pris en charge sur la période de 1999 à 2001 à l'hôpital d'Afagnan et 112 sur la période de 2002 à la date de l'enquête. 97% des cas ont été recensés dans les structures hospitalières (CHR, CHP, HOPITAL D'AFAGNAN) et seulement 3% dans les USP. La répartition des cas recensés selon la structure de soins est la suivante :

Tableau 5 : répartition des cas recensés selon le type de structure de soins

| Nom de la structure de soins | Total | Pourcentage |
|---|---|---|
| CHR de TSEVIE | 66 | 53% |
| Hôpital St Jean de Dieu d'AFAGNAN | 27 | 22% |
| CHP ASSAHOUN | 10 | 8% |
| CHP TABLIGBO | 13 | 10% |
| CHP VOGAN | 6 | 5% |
| USP d'ALOKOEGBE | 2 | 2% |
| USP de WLI-MIVAKPO | 1 | 1% |
| Total | 125 | 100% |

La ***distribution*** de ces cas n'est pas uniforme ***dans le temps***. Ainsi, selon les années, le nombre de cas admis dans ces différents centres se répartit comme suit :

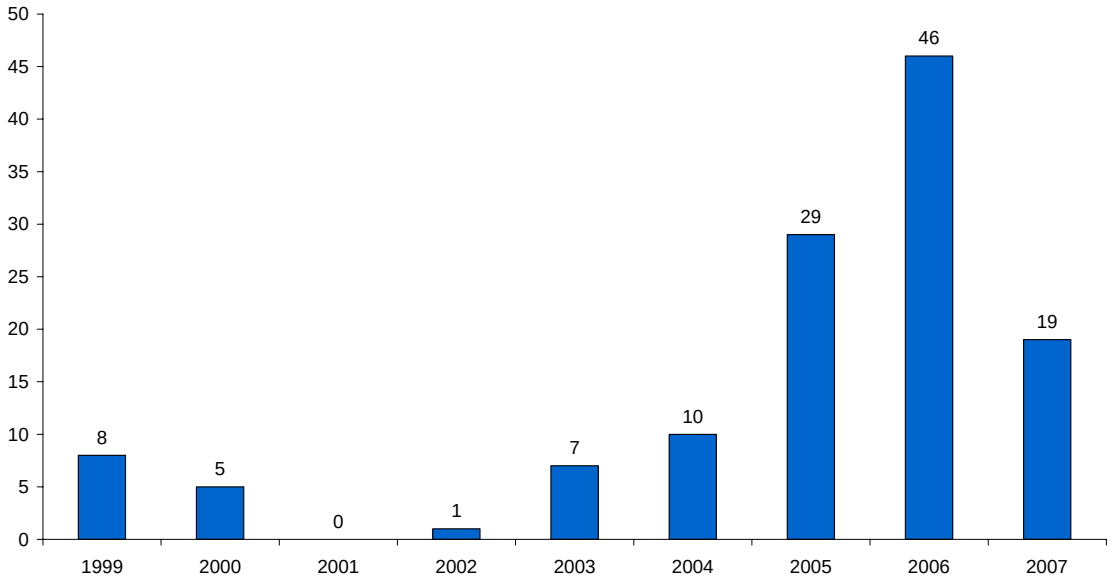



Figure 1 : nombre de cas probables d'UB recensés dans les structures de soins visitées sur la période de 1999 à 2007.

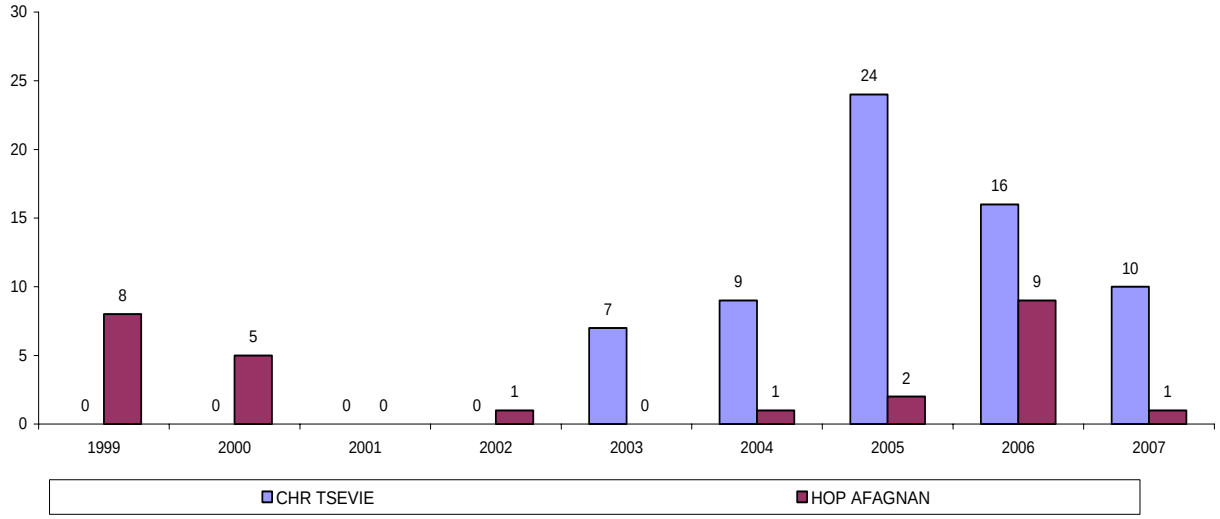



Figure 2 : évolution du nombre d'admission dans les hôpitaux de Tsévié et Afagnan, en fonction des années.

Notons que l'accroissement du nombre de cas en 2005 et 2006 est lié à l'enquête communautaire organisée par le PNLUB et l'hôpital de Tsévié en cette période. Il en est de

même pour les cas recensés à l'hôpital d'Afagnan en 1999 et en 2000, qui ont également été dépistés suite à une enquête communautaire effectuée par cet hôpital en cette période.

La répartition des cas recensés selon leur ***district de provenance*** se présente comme suit :

Tableau 6 : répartition des cas recensés selon leur district de provenance

| District | Nombre de cas | Proportion |
|---|---|---|
| ASSOLI | 1 | 1% |
| AVE | 10 | 8% |
| BASSAR | 1 | 1% |
| GOLFE | 4 | 3% |
| HAHO | 1 | 1% |
| LACS | 1 | 1% |
| OGOU | 1 | 1% |
| OTI | 1 | 1% |
| TCHAMBA | 1 | 1% |
| VO | 10 | 8% |
| YOTO | 30 | 24% |
| ZIO | 64 | 51% |
| Total | 125 | 100% |

Notons que six cas (6%) admis et pris en charge dans les centres de Tsévié ou Afagnan proviennent de districts hors région maritime.

***En ce qui concerne les cas en provenance de la région maritime (119 cas)***, on note une prédominance du ***sexe*** masculin (65%) par rapport au sexe féminin (35%), avec un ratio H/F de 1,86. Par contre, les moins de 15 ans prédominent (50%), sur les autres ***tranches d'âge*** (37% pour la tranche d'âge de 15 à 49 ans et 13% pour la tranche des 49 ans et plus). Ces données sur les tranches d'âge se rapprochent des données de la littérature et nous permettent de minimiser les erreurs de diagnostic clinique au niveau des cas pris en charge dans les formations sanitaires. Nous pouvons donc considérer qu'il s'agit là, de cas cliniquement confirmés. ***Les lésions*** ulcérées constituent 93% des cas. Les formes mixtes constituent seulement 4% et les formes osseuses 1%. On note 1 nodule. ***Les localisations*** prédominent sur les membres (82%), avec 45% aux membres inférieurs et 37% aux membres supérieurs. Les localisations multiples constituent 11% des cas et les localisations délicates (Tête, cou, abdomen, thorax, fesse et périnée) constituent 7% des cas.

Les prélèvements pour ***la confirmation biologique*** ont été documentés chez peu de cas (19/119, soit 16%). Parmi ces derniers, les résultats sont revenus positifs pour la recherche des BAAR uniquement pour 3 cas (soit 16%) et pour la PCR pour 6 cas (soit 32%).

La ***distribution spatiale des cas probables*** pris en charge ainsi que celle des cas confirmés pris en charge dans les structures de soins visités sont représentées sur les cartes 3, 4 et 5.

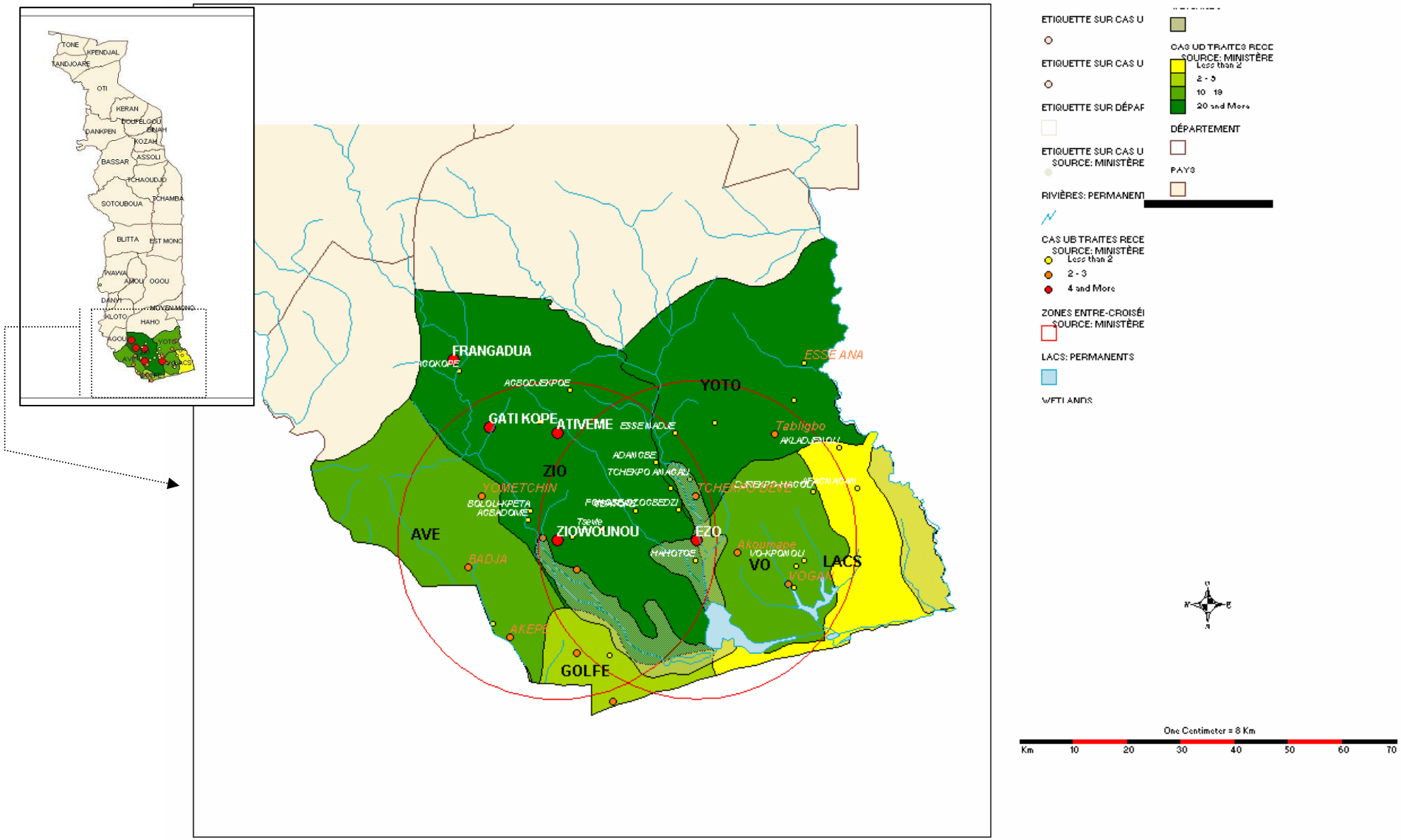
Il ressort de ces différentes cartes que les six districts de la région maritime ont des ***niveaux d'endémicité*** variables. Le district de Zio maintient la prévalence la plus élevée, avec 64 cas (soit une prévalence de 2 pour 10 000 habitants), suivi du Yoto, avec 30 cas (soit une prévalence de 1 pour 10 000 habitants). Cette prévalence est estimée à 0,7 p. 10 000 habitants dans le Avé, 0,5 p. 10 000 habitants dans le Vo et 0,1 p. 10 000 habitants dans le Golfe. Elle est pratiquement nulle dans les Lacs (0,04 p. 10 000 habitants). Remarquons que entre les cas probables et ce qu'il nous semble convenir d'appeler ici « cas cliniquement confirmé », la prévalence au niveau du district de Yoto est stable, tandis qu'on note une différence de 8 p. 10 000 habitants au niveau du district de Zio. Le fait que le district de Zio semble être le plus endémique, est probablement dû à la proximité d'infrastructure adéquate de prise en charge dans ce district (CHR de Tsévié), offrant une meilleure accessibilité géographique aux soins pour les patients dépistés. Cependant, nous avons pu retrouver des données de confirmation biologiques seulement pour les cas en provenance de 3 districts sur 6 (Zio, Yoto et Vô). Parmi eux, le district de Zio présente le moins de cas confirmés par PCR. Les villages de Adangbe, Tchekpo Anagali, hahotoe et Esse Ana sont ceux d'où proviennent des cas confirmés. Ils sont tous situés sur l'une des berges du fleuve Haho, à l'exception de Esse Ana qui se situe sur un affluent du fleuve Mono. Ceci représente pour nous une curiosité car, il est actuellement connu que le fleuve Mono et ses affluents sont très peu pourvoyeurs d'UB (du moins selon les données de la surveillance épidémiologique du Bénin), alors que le village Esse Ana semble prouver le contraire.

Ici également, l'interprétation des résultats doit être corrélée avec la capacité technique des agents à assurer une confirmation biologique. En effet, les Districts de Yoto et de Vo, qui ont le plus de confirmation par PCR, sont plus proches de l'hôpital d'Afagnan, où le Dr G.B. Priuli est assez outillé pour procéder aux prélèvements et acheminer les échantillons vers l'IMT pour la PCR (cf carte 6).

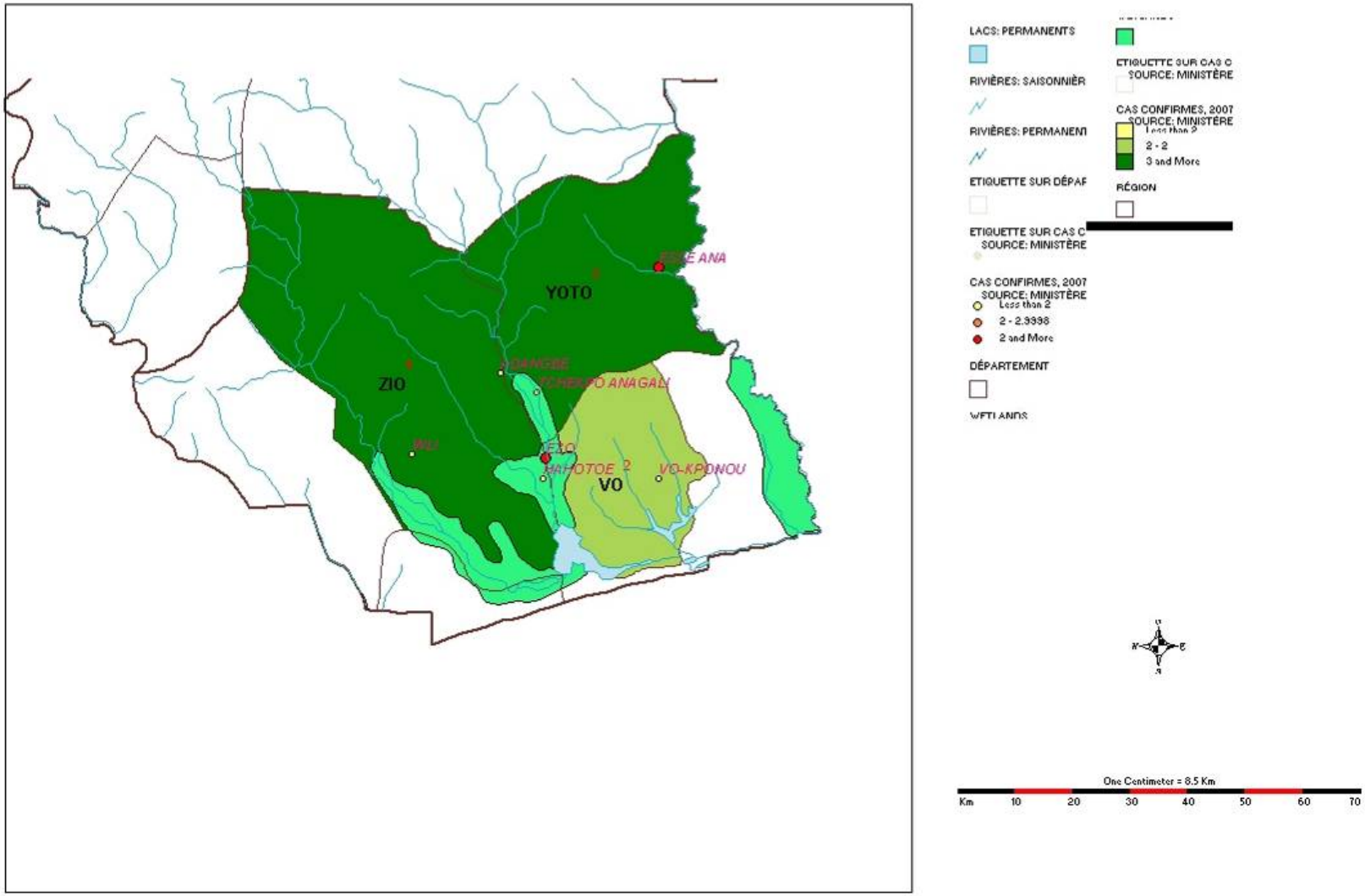
Les données collectées en ce qui concerne les ***limitations fonctionnelles*** sont pauvres. Des données recueillies, 31 cas sur les 119 (soit 26%) présentaient déjà une limitation fonctionnelle à leur admission à l'hôpital. L'état du patient à la fin du traitement a pu être documenté chez 25 patients (soit 21%). De ces derniers, on note 8 amputations (soit 32%), 4 ankyloses des articulations (soit 16%). 7 cas (28%) présentaient des rétractions, 3 cas (soit 12%) présentaient une raideur (avec une diminution de l'amplitude des mouvements

articulaires) et 3 cas (12%) présentaient des déformations multiples. ***La localisation de ces limitations fonctionnelles*** est variable en fonction du type de lésion. Ainsi :

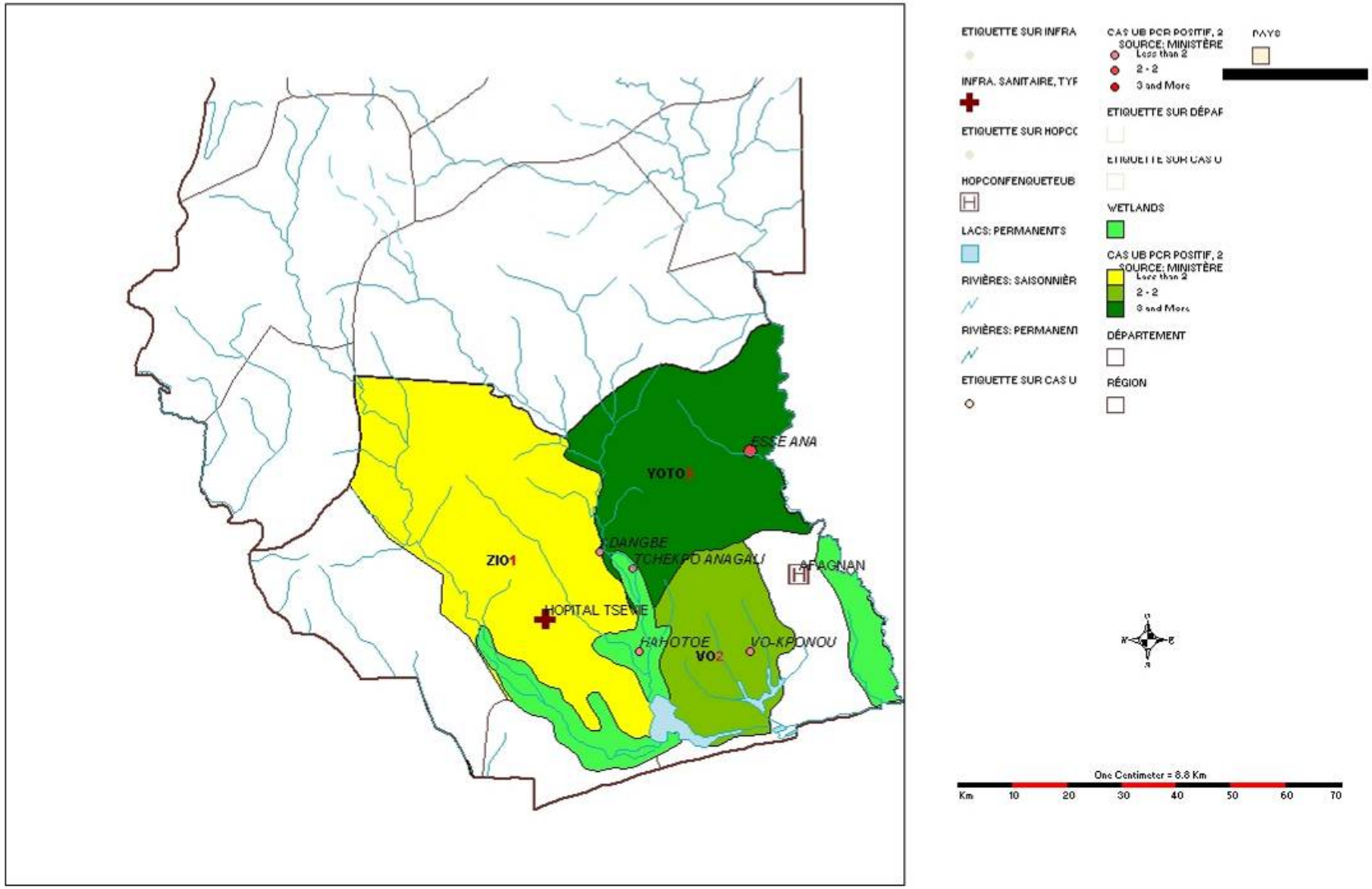
- les amputations concernent essentiellement les membres supérieurs
  - doigts (2 cas)
  - main et poignet (1cas)
  - avant bras, coude, bras (5 cas)
- les ankyloses (absence totale de mouvement articulaire, avec atteinte osseuse sous-jacente) concernent l'articulation du coude (1 cas) ou du genou (3 cas)
- les raideurs (limitation de mouvement articulaire, liée surtout aux ligaments et autres structures articulaires) concernent le coude (1 cas), le genou (1 cas) ou la cheville (1 cas)
- les rétractions (limitation de mouvement articulaire, due à un raccourcissement pathologique des structures molles, surtout cutanées) siègent sur les doigts (1 cas), le coude (2 cas), l'épaule (2 cas).



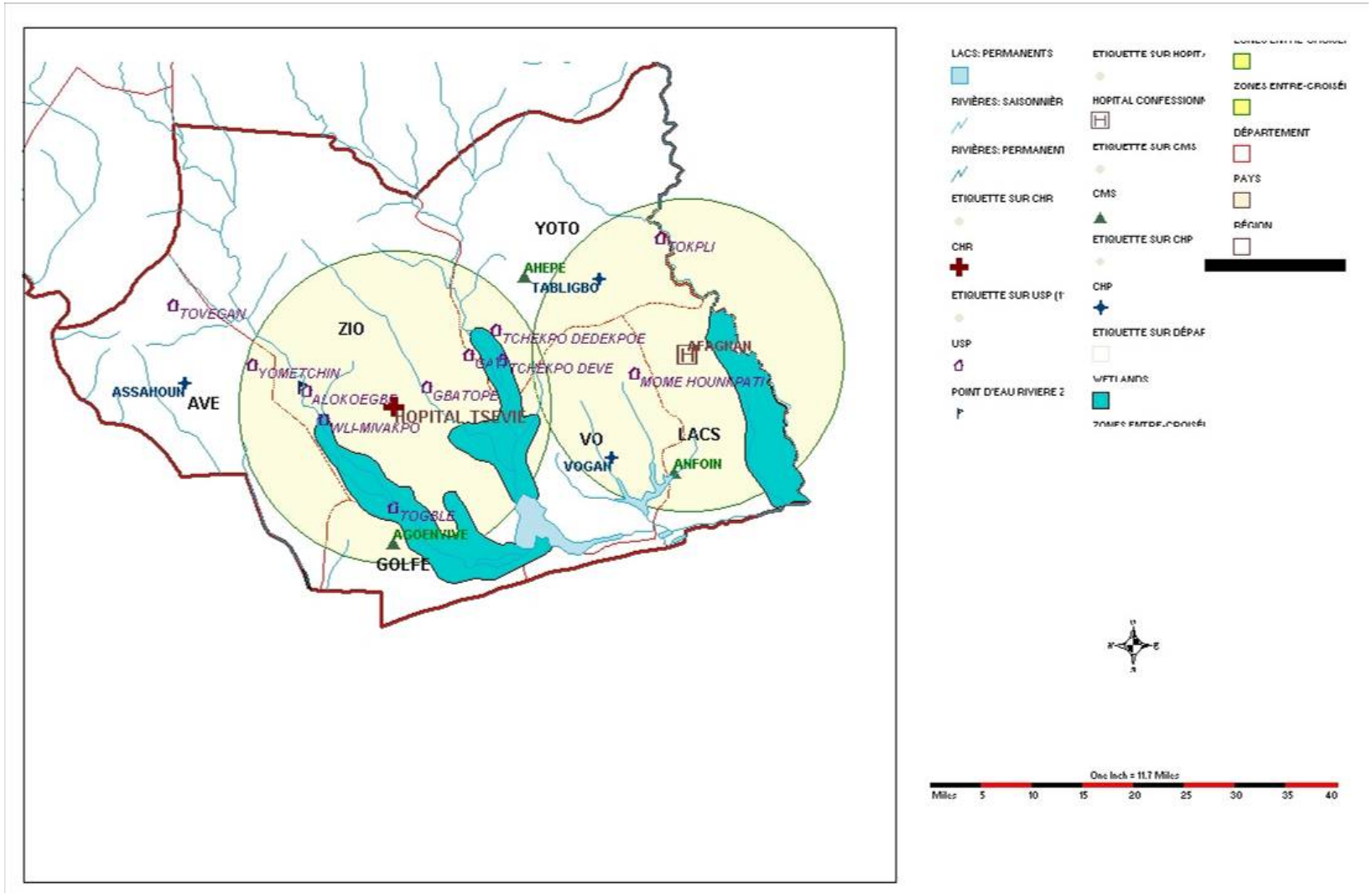

Carte 3 : Distribution des cas probables traités selon leurs provenances




Carte 4 : provenance des cas traités, confirmés (BAAR+, PCR+)




Carte 5 : provenance des cas traités, confirmés par la PCR (PCR+)




Carte 6 : Zones d’attraction dans un rayon de 25 km autour des hôpitaux de Tsévié et Afagnan.

### *4.1.3. Synthèse des données épidémiologiques sur l'UB dans la région maritime*

Il ressort de l'analyse des différentes données recueillies que :

- Les six districts de la région maritime sont probablement endémiques pour l'ulcère de Buruli.
- Les districts de Zio, Yoto et Vo ont une endémicité certaine.
- Les villages situés le long du fleuve Haho semblent être les plus à risque. Les villages Adangbe, Tchékpo Anagali, Hahotoé ont été identifiés lors de la présente étude. Les autres villages, situés le long de ce fleuve qui sert de frontière entre le district de Zio d'une part et ceux de Vo et Yoto d'autre part devront être investigués. Les caractéristiques socioculturelles, épidémiologiques et environnementales du village Esse Ana devront également faire l'objet d'une étude particulière.
- Bien que toutes les formations sanitaires n'aient pas été parcourues lors de la présente étude, nous pouvons affirmer que le nombre de cas pris en charge dans les formations sanitaires de la région est de loin inférieur au nombre de cas potentiellement existant en communauté. Les données recueillies nous permettent en effet d'estimer à moins de 24% la proportion de cas probable bénéficiant actuellement d'une prise en charge.
- L'enquête communautaire révèle une prédominance des lésions cicatricielles en majorité chez des adultes alors que l'enquête hospitalière note plus de lésions ulcérées chez les enfants. Ceci laisse suggérer une dichotomie entre les conceptions qu'ont les agents de santé de la maladie et celles des populations. En effet, tout laisse à supposer que la maladie n'est pas encore assez bien connue dans ses formes de début par les populations et par suite, la demande actuelle de soins est plus importante parmi ceux qui ont des formes évoluées. Les autres restent dans la communauté pour des raisons qui devront être élucidées par une enquête sociale. Ainsi, 22,6% des patients sont admis avec une limitation fonctionnelle initiale.
- Les limitations fonctionnelles ne font pas encore l'objet d'une attention particulière auprès des agents de santé ayant en charge les cas d'UB. La prise en charge actuelle ne permet de réduire la proportion de limitation fonctionnelle que de 2%.
- La confirmation biologique n'est pas assez documentée. Elle n'est pratiquée que chez 18% des patients.

### 4.2. Organisation du programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli

***Le Programme National de lutte contre l'ulcère de Buruli*** a été créé en 1999 et dépend hiérarchiquement (du niveau supérieur vers le niveau inférieur) :

- de la Direction Générale de la santé
- de la Direction des Soins de Santé Primaires
- de la Division de l'Epidémiologie et
- du Service des Maladies Transmissibles

***Sur le plan stratégique et opérationnel*** le PNLUB s'appuie sur les Directions Régionales de la Santé (niveau intermédiaire) et les Directions Préfectorales de la Santé (niveau périphérique, opérationnel) ainsi que sur leurs structures de soins (CHR, CHP, CMS et USP). Aucun agent de santé communautaire ne travaille actuellement de façon formelle dans le cadre des activités de l'UB.

***Le personnel au niveau du PNLUB*** comprend uniquement le Coordonnateur qui est un médecin de santé publique et le Chauffeur ; un technicien de santé publique est employé à temps partiel (il est en même temps à la disposition du Programme Tuberculose).

Le PNLUB bénéficie (en principe) de ***l'appui en ressources*** (humaines, matérielles et financières) et des directives du niveau supérieur. Il répercute les directives du Programme au niveau inférieur et apporte un appui technique aux structures opérationnelles.

Les structures opérationnelles ont l'obligation de fournir au PNLUB les rapports statistiques et ceux d'autres activités liées à l'UB.

Les correspondances administratives et techniques suivent la voie hiérarchique formelle.

Afin d'assurer la mise en œuvre des stratégies de lutte proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé, le PNLUB s'est doté d'un organigramme prévisionnel, mais non encore mis en oeuvre par faute de personnel.

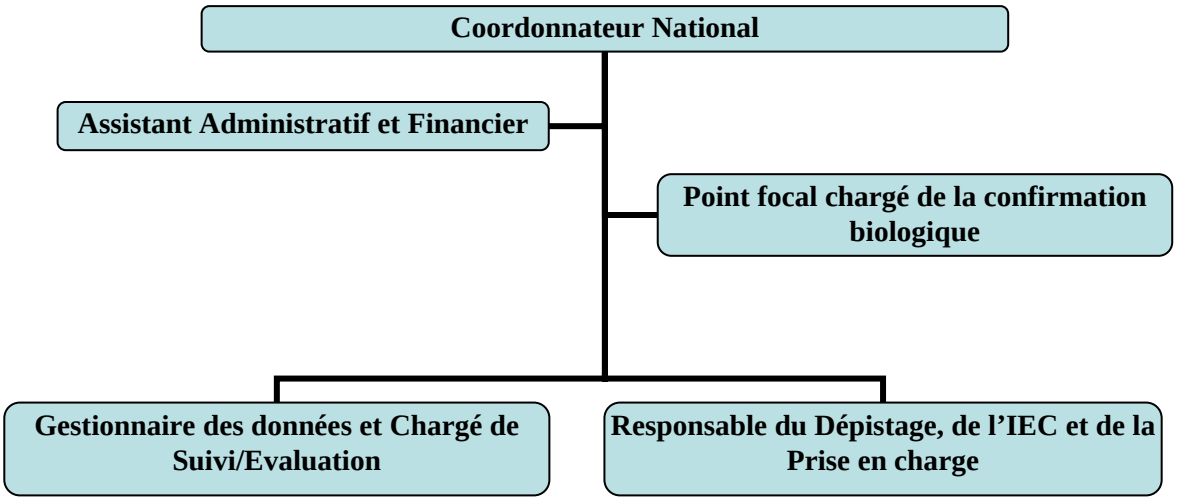



Figure 3 : organigramme prévisionnel du PNLUB

Ainsi, le PNLUB assure la formation théorique des agents de santé au diagnostic et à la prise en charge des cas ainsi que la mobilisation des ressources. Cette prise en charge, assurée par les structures hospitalières autonomes n'est pas assez documentée. L'utilisation du formulaire BU 01 n'est pas encore en vigueur, ce qui rend difficile voire impossible les monitorages.

***Sur le plan de la surveillance épidémiologique***, la stratégie passive est la plus utilisée. Le formulaire BU 02 est disponible sous forme de registre dans tous les districts et est théoriquement rempli mensuellement en trois exemplaires (une copie est envoyée à chacun des niveaux régional et central ; la troisième copie reste sur place dans le centre).

***En perspectives*** le PNLUB compte renforcer:

- les infrastructures des formations sanitaires qui assurent la prise en charge des malades d'UB ;
- les capacités (aptitudes techniques) des différents acteurs impliqués dans la lutte contre l'UB surtout en matière de prévention des incapacités ;
- le programme en ressources humaines, matérielles et financières (faire inscrire une ligne budgétaire pour le fonctionnement de la coordination nationale) ;
- les capacités de gestion (plan de formation en organisation et gestion du programme au profit des ECR et ECD) du niveau régional et préfectoral.

Il est également envisagé :

- de former des Agents de Santé Communautaire (ASC) de préférence ceux travaillant déjà pour d'autres programmes (Paludisme, Onchocercose…) au dépistage des cas probables ;

- de mettre en place un réseau de laboratoires en vue de l'amélioration de la confirmation biologique ;
- de mettre en place un projet de prise en charge psychosociale et éducative des enfants hospitalisés ;
- d'améliorer le système de notification et de monitorage.

## 4.3. Situation de la prise en charge de l'ulcère de Buruli au Togo

### *4.3.1. Hôpital de Tsévié*

#### *4.3.1.1. Présentation sommaire du centre*

Fruit de la Coopération du Togo et du Grand Duché de Luxembourg, l'Hôpital de Tsevié a été inauguré le 26 avril 1982 et occupe un domaine de 40 ha. Initialement Centre National de Psychiatrie, puis Hôpital Préfectoral, il a été érigé en Centre Hospitalier Régional (CHR) par décret n° 90-191/PR du 26 décembre 1990. Il dispose d'une autonomie administrative et financière et de l'autorité morale.

L'hôpital relève de la double tutelle du Ministère de la Santé et du Ministère l'Economie et des Finances. Ainsi, la comptabilité dépend directement du trésor public.

L'hôpital bénéficie de subventions de l'Etat sous deux formes : les subventions d'exploitation et les subventions pour les indigents, faites de kits d'urgence. Il bénéficie par ailleurs de l'appui des partenaires tels que la DAHW et collabore avec le PNLUB par l'intermédiaire de la Direction Régionale de Santé (DRS). Quelques ONGs locales et internationales interviennent de façon ponctuelle et épisodique. Il s'agit des ONGs:

- « les amis du Luxembourg au Togo »
- « les amis du Togo au Luxembourg »
- « Solidarité Humaine-France »
- AGIR+ Togo

Le CHR Tsévié dispose :

- d'organes de gestions à savoir :
  - le conseil d'administration (organe délibérant)
  - le comité de direction (organe exécutif)
- de comités techniques :

- le comité médical consultatif
- le comité d'hygiène
- le comité technique paritaire personnel Administratif-Technique

Situé au Chef lieu de la région maritime, le CHR de Tsévié devrait desservir en 2005 une population de 1.379.000 hbts sur une superficie de 6359 km². Compte tenu de sa situation géographique, il reçoit seulement les malades provenant des préfectures de ZIO, une partie de YOTO, HAHO et GOLFE.

L'infrastructure de l'Hôpital est composée :

- d'un bloc administratif (un secrétariat, un service de compabilité et les bureaux de la direction) ;
- des services généraux, à savoir la buanderie, la maintenance, l'électricité, la plomberie, etc. ;
- les services techniques (médecine et spécialités médicales, chirurgie et spécialités chirurgicales, gynéco-obstétrique , ORL, odonto-stomatologie, ophtalmologie, pédiatrie, kinésithérapie, pharmacie) ;
- les services de diagnostic (laboratoire, imagerie médicale)

L'hôpital de Tsévié a admis pendant l'année 2006, 7606 Nouveaux consultants et 2526 Anciens consultants. Le paludisme occupe la 1ère place (27,74%) des motifs de consultation. Il est suivi par les des traumatismes (22,31%) et les parasitoses intestinales (6,35%). Le nombre moyen d'hospitalisés sur les 3 dernières années est de 3368, dont 14% en chirurgie, 29% en médecine et 23% en pédiatrie. Le taux d'occupation des lits est en moyenne de 39% pour des durées moyennes de séjour variant de 6 à 16 jours selon les services.

L'hôpital prend en charge depuis plusieurs années les cas d'ulcère de Buruli dans le service de chirurgie. Il n'existe pas de statistiques particulières sur l'ulcère de Buruli.

*4.3.1.2. Potentialités de l'hôpital de Tsévié pour la prise en charge de l'ulcère de Buruli*

4.3.1.2.1. Disponibilité en personnel

L'hôpital de Tsévié dispose de 168 agents, de toutes catégories, dont 99 (soit 58,93%) sont payés sur le budget autonome du centre. La disponibilité en personnel qualifié minimum selon les catégories nécessaires à la prise en charge de l'ulcère de Buruli se présente comme suit :

Tableau 7 : disponibilité du personnel selon les catégories utiles à la prise en charge de l'ulcère de Buruli

| **Catégories** | **Nombre** | **Nombre impliqué dans la prise en charge des cas d'UB** | **Observation** |
|---|---|---|---|
| Aides soignants | 18 | 3 | |
| Assistant d'hygiène | 1 | | |
| Assistant médical spécialisé en ORL | 1 | | |
| Assistants anesthésistes | 5 | | |
| Assistants Médicaux | 8 | 1 | |
| Chirurgien | 1 | 1 | A la retraite, mais maintenu sous contrat avec l'hôpital |
| Gardes malades | 14 | | |
| Infirmiers auxiliaires | 8 | | |
| Infirmiers Diplômé d'Etat | 18 | 3 | |
| Infirmiers Permanent | 1 | | |
| Instrumentiste | 1 | | |
| Kinésithérapeute | 3 | | 2 professionnels et 1 aide |
| Médecins généralistes | 2 | | |
| Statisticien/Gestionnaire de données | 2 | | |
| Technicien supérieur en imagerie | 2 | | |
| Techniciens de Laboratoire | 7 | | |
| Techniciens Supérieur de Laboratoire | 3 | | |

Seuls le chirurgien et un assistant médical (celui impliqué dans la prise en charge de l'UB) ont reçu une formation, le premier sur la prise en charge, le second en gestion de programme. Une journée de formation a été organisée par le CHR de Tsévié à l'intention du reste du personnel.

Ainsi, le test de connaissance des agents sur la maladie montre que seuls les deux agents formés ont une connaissance satisfaisante sur l'UB et ses modalités de prise en charge. Quand aux autres agents, leurs connaissances sont vagues. Ils connaissent toutefois la maladie dans ses appellations locales, *« Abimakoumakou »* (plaie incurable), ou *« Pelan »* (maladie qui dure longtemps pendant des années), et en connaissent quelques caractéristiques

épidémiologiques (tranche d'âge la plus atteinte, facteurs de risque de contamination, nombre de cas habituellement en hospitalisation dans le centre). Les manifestations cliniques, les procédures de confirmation biologique et de prise en charge sont peu précises. Seuls le chirurgien et l'assistant médical ayant en charge les cas d'UB effectuent les prélèvements. Deux autres agents ont participés à des prélèvements mais ils ne l'ont pas effectué eux-mêmes. Seulement l'écouvillonnage est effectué. La biopsie est faite de façon exceptionnelle mais elle n'est pas traitée sur place. Ce faisant, ils justifient les insuffisances de confirmation biologique par des arguments peu valables à savoir :

- la douleur ressentie par les malades.
- l'inexistence de salle spéciale de prélèvement qui a pour conséquence le prélèvement au lit du malade.
- l'insuffisance de matériel de prélèvement.

Les agents connaissent vaguement le diagnostic différentiel de l'UB. En ce qui concerne les complications, seulement les complications sévères comme la cancérisation et les séquelles focalisent leurs attentions.

L'Assistant Médical chargé de l'UB et le chirurgien ont des aptitudes à la chirurgie.

Beaucoup d'agents restent sans formation ; leurs souhait est que les différentes catégories de prestataires soient formées, de même que les chefs de village, les relais communautaires, les enseignants, les membres des ONG/Association en vue de la mise en place d'un réseau de dépistage et de référence.

En effet, l'hôpital gère uniquement les aspects hospitaliers des malades d'ulcère de Buruli et n'a aucune implication au sein de la communauté. Ainsi, seulement le dépistage passif en consultation, est utilisé. Les activités communautaires sont organisées par l'intermédiaire des Contrôleurs Lèpre-Tuberculose qui dépistent les cas et se chargent de les référer à l'hôpital. Toutefois, une campagne de dépistage active a été organisée en 2006 par l'hôpital. Au cours de cette activité, 25 malades ont été dépistés et pris en charge.

En ce qui concerne les kinésithérapeutes enquêtés, ils disent avoir une connaissance générale sur l'ulcère de Buruli et avoir déjà vu et même soigné des personnes atteintes de l'ulcère de Buruli.

Selon ce qu'ils en savent, l'UB est une maladie qui se manifeste physiquement par des plaies, des contractures, des cicatrices, déformations, et des raideurs articulaires et qui limite les activités des personnes qui en sont atteintes pouvant même les rendre handicapées à vie si elles ne sont pas bien prises en charge. Notons que cette perception, focalisée sur les séquelles déjà constituées, qu'ont les kinésithérapeutes (sinon, le personnel soignants en général) sur la

maladie, ne leur permet pas souvent d'appréhender l'aspect prévention lors de la prise en charge des patients, surtout des cas n'intéressant pas directement les articulations. Aussi, les objectifs thérapeutiques des kinésithérapeutes portent le plus souvent sur le soulagement du patient, la lutte contre les déformations, la prévention des contractures, l'amélioration de l'amplitude articulaire, l'autonomie du patient, sa réadaptation et sa réinsertion socioprofessionnelle.

Notre enquête ne nous a pas permis de savoir réellement le niveau de connaissance effective de l'ulcère de Buruli des kinésithérapeutes enquêtés. Néanmoins l'observation des registres et dossiers de patients nous a effectivement confirmé que des patients atteints de cette pathologie ont été pris en charge par les kinésithérapeutes à Tsévié. Même si les protocoles de prise en charge kinésithérapique d'UB nous ont été énumérés par les kinésithérapeutes enquêtés, l'analyse de toutes les données et informations recueillies à partir des dossiers et entretiens laisse comprendre que les personnes atteintes d'UB ne bénéficient que trop rarement d'actes de kinésithérapie comme les mobilisations passives, et actives, l'adaptation à la vie quotidienne alors que la majorité de ces patients en a besoin dès l'admission à l'hôpital. Selon les kinésithérapeutes ces soins demandent beaucoup de courage et d'énergie ; ils disent être souvent confrontés à des difficultés telles que le manque de matériels, le non respect des consignes et de rendez-vous par les patients, la prise en charge kinésithérapique après une intervention chirurgicale sur ces patients.

La prise en charge kinésithérapique de tout patient en général nécessite de faire des évaluations avant et après une série de séances. Une de nos questions porte sur cet aspect de l'évaluation et sur d'autres comme la prise en charge de la douleur, de l'œdème, de la cicatrice, la confection et la pose d'attelles, l'éducation sanitaire et sur les actes de mobilisations, d'adaptation et d'entraînement aux activités de la vie courante.

Après l'interprétation des réponses données par les kinésithérapeutes sur ces aspects de l'évaluation et de prise en charge d'un symptôme spécifique, nous voyons que d'une façon générale ce sont des actes qui se font souvent en fonction du type de patient reçus quotidiennement. Ainsi, tous se disent à plusieurs endroits être à l'aise pour les réaliser. Par contre ils précisent par moment que pour tel ou tel acte qui a besoin de plus de moyens soit matériels, soit humains ils y trouvent parfois des difficultés à le réaliser. Mais nous n'avons vu à aucun moment un thérapeute dire qu'il ne sait pas faire ceci cela ou qu'il ne se sens pas à l'aise à faire ci ou ça. Pour ce faire, nous ne pouvons pas nous baser uniquement sur ces réponses pour porter un jugement ou évaluer l'aptitude de ces kinésithérapeutes à la prévention des incapacités.

Aucun des kinésithérapeutes enquêtés n'a reçu de formation, quelle qu'elle soit, dans le domaine de l'ulcère de Buruli. Ainsi ils souhaiteraient avoir des formations sur la pathologie elle-même, la conduite à tenir au stade de début et à un stade avancé d'UB, les indications et contre-indications devant une personne atteinte d'UB, les différentes techniques de postures et mobilisations adaptées à l'UB, la formation à la confection d'attelles (spéciales UB) et la formation sur l'appareillage spécifique UB.

Nous pensons qu'il est nécessaire d'engager une formation spécifique à « la prise en charge et prévention des incapacités des personnes atteintes d'ulcère de Buruli ». Même si les kinésithérapeutes connaissent leur métier, ils ne connaissent pas toutes les techniques spécifiquement liées à l'ulcère de Buruli. Ils n'ont pas bénéficié de formations continues.

Tout au long de cette enquête nous avons eu l'impression que les professionnels (kinésithérapeutes, aide-soignant, orthoprothésistes) ne sont pas assez impliqués dans la chaîne de prise en charge des patients atteints de l'ulcère de Buruli. Il en est de même pour les autres catégories d'agents autres que ceux du service de chirurgie. Quelles raisons peuvent se cacher sous cette non implication ? La prévention des incapacités (POD) de l'ulcère de Buruli (UB) exige-t-elle des compétences que n'ont pas encore les professionnels ? Ou bien, selon l'équipe médicale les séquelles d'UB peuvent se résorber toutes seules ? Ou encore c'est aux kinésithérapeutes de prendre l'initiative sans attendre l'avis du médecin ? Dans ce cas alors, comment se fait le suivi des autres patients différents de ceux atteints d'UB et qui ont besoin des soins de rééducation fonctionnelle ?

##### 4.3.1.2.2. Mécanisme de référence et contre référence

Il n'existe aucun mécanisme de référence et de contre référence entre la communauté, les USP et l'hôpital. Les malades dépistés par les contrôleurs Lèpre-Tuberculose viennent par leurs propres moyens à l'hôpital. Parfois, ils sont transportés par leurs dépisteurs.

##### 4.3.1.2.3. Disponibilité en matériel médico-technique

Le CHR Tsévié dispose d'une capacité de 200 lits, dont 182 sont actuellement exploités. Le nombre de lits actuellement mis à la disposition de l'ulcère de Buruli au sein du service de chirurgie est de 11.

La disponibilité en matériel de réanimation, de chirurgie, de laboratoire se présente dans les tableaux 8, 9, 10 ci après :

Tableau 8 : Disponibilité en Matériel d'anesthésie et de réanimation minimum

| N° | Matériel | Quantité | Etat/Observations |
|---|---|---|---|
| 1 | Moniteur des paramètres vitaux | 0 | |
| 2 | Embu manuel | 2 | |
| 3 | Canule de GUEDEL | 5 | |
| 4 | Aspirateurs | 0 | |
| 5 | Canule d'aspiration | 0 | |
| 6 | Sonde d'aspiration | 3 | |
| 7 | Sonde trachéale | 0 | |
| 8 | Bonbonne d'oxygène | 4 | Vides |
| 9 | Tensiomètre adulte + stéthoscope | 1 | |
| 10 | Tensiomètre enfant + stéthoscope | 0 | |
| 11 | Masque enfant | 1 | |
| 12 | Masque adulte | 2 | |
| 13 | Garrots élastiques | 0 | |
| 14 | Laryngoscope (boîte) | 1 | |
| 15 | ambu gonflable | 0 | |
| 16 | Oxymètre | 0 | |
| 17 | Table d'anesthésie | 1 | |

Tableau 9 : disponibilité en matériel de chirurgie

| N° | Matériel | Quantité | Etat/Observations |
|---|---|---|---|
| 1 | Bistouri électrique (moteur + manches + becs) | 2 | Défectueux |
| 2 | Salle et Table opératoires | 2 | Tables non adaptées |
| 3 | Lampe Scialytique | 1 | Bon |
| 4 | Garrot pneumatique adulte et enfant | 0 | |
| 5 | Les différentes boîtes d'excision et de greffe | 2 | Incomplètes |
| 6 | Champs (petit et grand) et casaques | Qsp | Vétustes |
| 7 | Pèse-personne | 0 | |
| 8 | Bottes | 7 | Bons |
| 9 | Bavettes | | |
| 10 | Calot | | |
| 11 | Tabliers | 7 | Bons |
| 12 | Scie à plâtre | 0 | |
| 13 | Chariots | 1 | Acceptable |
| 14 | Lunettes | 2 | Opacifiées |
| 15 | Tabourets de bloc | 4 | 2 en bon état |
| 16 | Les consommables | | Retirés à la pharmacie selon besoins |
| 17 | Dermatome manuel | 1 | Acceptable |
| 18 | Dermatome électrique | 0 | |
| 19 | Expanseur de greffe | 1 | Bon |
| 20 | Boite de pansements | 0 | |
| 21 | Autoclave | 1 | Capacité 50 litres |
| 22 | Poupinel | 1 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22 | Négatoscope | 1 | Mauvais |

Tableau 10: Disponibilité en matériel de laboratoire (minimum pour la recherche de BAAR)

| N° | Matériel | Quantité | Etat/Observations |
|---|---|---|---|
| 1 | Anse de platine | 0 | |
| 2 | Bec Bunsen + Bouteille de gaz | 0 | |
| 3 | Bac de coloration | 0 | |
| 4 | Boîtes de rangement de lames | 4 | Insuffisants |
| 5 | Microscope optique | 2 | 1 en mauvais état |
| 6 | Portoir de lames | 1 | Bon |
| 7 | Lames superfrost | 0 | |
| 8 | Marqueurs | 1 | En mauvais état |
| 9 | Crayons diamant | 1 | Insuffisant |
| 10 | Colorants de Ziehl Neelsen | | |
| | Bleu de méthylène | 200 cc | |
| | Alcool-Acide | 100 cc | |
| | Fuschine de Ziehl | 250 cc | |
| 11 | Alcool | 500 cc | |
| 12 | Papier filtre | 0 | |
| 13 | Huile à immersion | 100 cc | |

En ce qui concerne les matériels en kinésithérapie, ils sont variés selon qu'il s'agisse du CHR de Tsévié ou de l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan. Parfois ils peuvent exister en bon ou mauvais état. Pour ceux qui sont en mauvais état ou qui n'existent pas du tout, les kinésithérapeutes ont exprimé le besoin de les avoir. Ils ont ajouté aussi certains matériels qu'ils trouvent intéressants d'avoir (cf détails dans le rapport de l'évaluation de la physiothérapie en annexe).

4.3.1.2.4. Disponibilité en matériel roulant

Le centre dispose :

- d'une ambulance, en mauvais état ;
- de 2 motos (une Mate 80 et une Moto type Sanili), non adaptées aux activités de terrain.
- 1 minibus.

Il n'y a pas de véhicule de supervision.

4.3.1.2.5. Autres matériels

L'hôpital de Tsévié dispose d'un service d'imagerie médicale comportant :

- un échographe peu fonctionnel, don de l'ONG « les amis du Luxembourg » ;
- un appareil de radiographie mobile datant de 25 ans, à fonctionnalité limitée.

Par ailleurs, il existe un groupe électrogène de 175 kva, vétuste (25 ans). Le centre dispose également d'un appareil photo numérique, donné par l'OMS lors de la formation des équipes cadre de district sanitaire, organisée en 2006 par le PNLUB.

4.3.1.2.6. Disponibilités en infrastructure spécifique

***Le pavillon de chirurgie*** abrite actuellement les malades d'Ulcère de Buruli. 11 lits y sont réservés pour cette affection et sont en permanence occupés (taux d'occupation à 100%). Il existe un bloc opératoire disposant de deux salles d'intervention, dont un seul est fonctionnel. La seconde salle, non équipée n'est pas utilisée. La seule salle fonctionnelle a connu pendant l'année 2006, 436 actes de grande chirurgie, 694 actes en petite chirurgie et 232 césariennes, soit en moyenne 6 actes par journée de travail si le bloc fonctionne 5 jours par semaine, ce qui représente une charge de travail assez importante. Il n'y a pas de salle de décontamination du matériel. Il existe une salle de stérilisation, qui sert en même temps de salle de décontamination et de nettoyage du matériel. Il existe également une salle de réveil post opératoire de 4 lits, non équipé en matériel de surveillance des constantes vitales.

***Le service de kinésithérapie*** est composé d'un bureau et d'une salle de massothérapie. Ce service ne dispose pas d'espace de marche ni d'atelier de fabrication d'orthèse. Les quelques activités menées dans le service (390 actes en 2004, 475 en 2005 et 487 en 2006 soit en moyenne 2 actes par jour si le service fonctionne 5 jours par semaine) se limitent à la gypsothérapie (61% en 2006), et à quelques actes de rééducation fonctionnelle (25%) et concernent surtout des pathologies comme l'hémiplégie, les séquelles d'injection, les paralysies obstétricales du plexus brachial, les séquelles de poliomyélite, les cas traumatiques, les IMC et l'ulcère de Buruli. en ce qui concerne l'UB, et selon les registres du service,

- pour la rééducation fonctionnelle proprement dite, 07 personnes atteintes d'UB auraient été référées en 2005, 05 en 2006 et 03 en 2007 ;
- pour des actes ponctuels tels les poses d'attelles, en 2006, 3 personnes différentes atteintes d'UB auraient bénéficié d'attelles (dont 1 en a bénéficié deux fois) et en

2007, 2 personnes en auraient bénéficié d'attelles dont une patiente de 2006 qui en a bénéficié 2 fois.

***Le laboratoire*** dispose de ressources humaines et spatiales nécessaires pour supporter une charge de travail complémentaire pour la confirmation biologique des cas d'UB, si le matériel requis est disponible. Les prélèvements pour la confirmation biologique se fait essentiellement par écouvillonnage, ou par biopsie sur pièces opératoires. Les punch ne sont pas pratiqués, encore moins l'aspiration à l'aiguille fine. Seule la recherche de BAAR sur les écouvillons est pratiquée par le laboratoire. Les biopsies sont stockées pour un envoi éventuel vers un laboratoire extérieur pour la PCR. Les circuits et modalités d'envoi ne sont pas encore définis.

Il existe une banque de sang. Mais la disponibilité en produits sanguins n'est pas de 100%.

4.3.1.2.7. Disponibilité en médicaments essentiels

La gestion de la pharmacie est assurée par un pharmacien contractuel et est suivi grâce à un logiciel de gestion de stock. L'approvisionnement se fait de façon périodique, sur la base de besoins déduits des inventaires mensuels, chez les fournisseurs locaux tels que la CAMEG, GTPHARMA, SOTOMED, TOGMEI. La disponibilité en médicaments essentiels est de 100% sur toute l'année. Toutefois, certains produits ou consommables spécifiques à la prise en charge de l'ulcère de Buruli ne sont pas toujours disponibles. Il s'agit des bandes élastiques, des cortico-tulles et tulles gras, des consommables de pansement (compresses et compresses abdominales, coton cardé), des morphiniques et autres antalgiques injectables…

L'approvisionnement des malades se fait au niveau de la pharmacie de détail de l'hôpital, sur prescription médicale. Un visa de l'assistant médical sur l'ordonnance permet aux malades d'UB de retirer gratuitement le produit à la pharmacie. Les autres malades payent leurs produits.

L'approvisionnement des services en consommables pour les soins aux malades d'UB n'est pas systématisé. Ainsi, chaque malade va chercher ses consommables, pour les pansements, la chirurgie, les injections …. à la pharmacie de détail de l'hôpital.

4.3.1.2.8. Modalités de prise en charge des patients

L'hôpital de Tsévié pratique le recouvrement des coûts, selon les modalités de l'initiative de Bamako. Toutefois, les malades d'ulcère de Buruli sont exemptés de paiement. Les actes et consommables dont ces derniers ont bénéficié sont comptabilisés par le service social et transmis à la comptabilité pour recouvrement partiel ou total par les subventions de l'Etat ou par les partenaires qui appuient le centre en la matière (la DAHW en l'occurrence).

Le coût moyen de la prise en charge d'un cas hospitalisé s'estime à 142 450 pour 5 mois d'hospitalisation et se répartis comme suit :

- produits pharmaceutiques : 59 050 FCFA
- laboratoire : 600 FCFA
- radiographie : 12 000 FCFA
- actes au Bloc opératoire : 20 000 FCFA
- actes de Kinésithérapie : 3 600 FCFA
- hospitalisation : 10 000 FCFA
- alimentation : 47 200 FCFA

L'analyse de cette répartition de coût comparativement à la grille de tarification des actes de l'hôpital, nous permet de dire que ces malades ne bénéficient pas encore du minimum thérapeutique et social indispensables à des soins de qualité. En effet :

- le tableau de tarification du laboratoire nous montre que le groupage sanguin coûte 2000 FCFA, le temps de saignement et le temps de coagulation, respectivement 600 FCFA, l'urémie et la créatininémie respectivement 1000 et 1800 FCFA et les transaminases 2000 FCFA. Ces différents examens (soit un coût moyen de 8000 FCFA) constituent le strict minimum indispensable à faire pour un malade UB hospitalisé, en terme de bilan pré-opératoire et pour évaluer son éligibilité au protocole SR ;
- le tableau de tarification du bloc opératoire et des autres services nous montre que :
    - les malades bénéficient de moins de deux séances de physiothérapie durant tout leur séjour (la tarification de la rééducation étant de 3000 FCFA par mois) ;

- le coût des actes au bloc est l'équivalent du coût du pansement pour la période (à raison de 1000 FCFA par semaine pendant 20 semaines)

- les malades ne bénéficient que d'une alimentation d'une valeur de 300 FCFA par jour (soit l'équivalent d'une portion de riz avec un morceau de viande).

4.3.1.2.9. Alimentation des malades et prise en charge des cas sociaux

Les malades d'ulcère de Buruli sont systématiquement classés comme des cas sociaux. L'hôpital leur assure un repas par jour, servi par la cafétéria. Ces données viennent confirmer ce qui ressort de l'analyse de coût précédent. Il existait autrefois une cuisine centrale qui a été supprimée pour raison d'efficience. Il est envisagé, dans les années à venir, que l'hôpital puisse mettre à la disposition des malades et de leurs accompagnants des intrants afin que ces derniers puissent organiser leur auto alimentation. Le coût annuel de la prise en charge alimentaire (1 repas par jour) pour une dizaine de malades hospitalisés est estimé à 1,5 millions FCFA.

***Le service social***, tenu par un agent de promotion social, enregistre des cas particuliers tels que l'abandon des enfants, obligeant le service social à veiller à l'assurance de bien d'autres aspects que la prise en charge médicale et alimentaire pour ces cas (hygiène corporelle, vestimentaire, etc.).

***La gestion des accompagnants*** constitue également un problème pour l'administration de l'hôpital. Ceci a conduit à la construction sur le domaine du centre, d'un village d'accompagnants, d'une capacité de 16 lits.

Aucune ***prise en charge psychologique ou éducative*** n'est encore assurée pour les enfants hospitalisés. Aucune réinsertion sociale n'est encore organisée pour ces patients.

4.3.1.2.10. Gestion des données

Les supports de données habituellement tenus pour les patients sont constitués du régistre d'admission, du carnet du malade et de sa feuille de surveillance. Des cahiers d'observations et dossiers individuels ont été introduits dans certains services depuis juin 2006.

Chaque service produit un rapport d'activités semestriel, compilés au niveau de l'infirmier général et adressé à la DRS. Une analyse sommaire est effectuée en fin d'année pour produire le rapport annuel.

En ce qui concerne l'ulcère de Buruli, le registre BU 02 à été introduit seulement en fin 2006 et est tenu par l'assistant médical responsable de l'UB au niveau du service de chirurgie. Ce registre est inconnu du reste du personnel de l'hôpital. Le BU01 est totalement inconnu.

*4.3.1.3. Synthèse des entraves potentielles pour une prise en charge adéquate de l'ulcère de Buruli à l'hôpital de Tsévié*

A l'issue de cette évaluation, nous pouvons conclure que le CHR de Tsévié dispose du potentiel minimum nécessaire pour assurer la prise en charge adéquate des cas d'ulcère de Buruli. En effet, on y note un engagement total de la part des autorités administratives de cet hôpital pour la cause des malades d'ulcère de Buruli. Cet engagement se traduit par :

- La mise à disposition de 11 lits au sein du service de chirurgie pour les malades d'UB ;
- La nomination d'un responsable des activités d'UB au sein de ce service ;
- La prise en charge gratuite effective des soins et de l'alimentation pour les malades d'UB.

Toutefois, dans la perspective d'une intensification des activités de dépistage des cas d'UB, avec comme corollaire une augmentation potentielle du nombre de malades hospitalisé, certaines entrave doivent être levées afin de garantir la qualité des soins. Ainsi,

- Au plan de l'infrastructure,
    - le nombre de lits actuellement disponible est largement insuffisant, eu égard à la longue durée d'hospitalisation habituelle des cas d'UB ;
    - la fonctionnalité d'un seul Bloc opératoire ne garantit pas la mise en œuvre en temps opportun et dans les conditions requises des actes chirurgicaux pour les malades ;
    - les salles de décontamination et de stérilisation sont confondues et entraînent par suite un mixage du circuit sale et du circuit propre ;
    - la salle de réveil post anesthésique n'est pas aménagé, ni équipé ;
    - la salle de physiothérapie n'est pas adaptée ;
    - il n'existe pas de salle de pansement. Les pansements se font au lit du malade, ce qui ne garantit pas la qualité.
- Au plan de l'équipement,

- le second bloc opératoire manque de l'équipement standard minimum ;
- les instruments disponibles sont largement insuffisants et vétustes pour assurer une fonctionnalité optimale du bloc. Il en est de même pour le matériel de pansement, insuffisant ne permettant pas ainsi de garantir la sécurité des soins au patient ;
- les modules de stérilisation disponibles sont de capacité insuffisante ;
- le service de physiothérapie ne dispose pas du minimum d'équipement requis ;
- le laboratoire manque de quelques équipements et consommables ;
- l'appareil de radiographie est vétuste. Il en est de même pour le groupe électrogène et l'ambulance de l'hôpital qui ne sont pas en bon état de fonctionnement.

- Au plan des consommables,
  - la disponibilité des certains consommables fait défaut du fait des difficultés d'approvisionnement sur le marché (tulle-gras, cortico tulle …).
- Au plan des ressources humaines,
  - le personnel disponible dans le service de chirurgie est insuffisant et souvent appelé à de multiples tâches hors UB ;
  - en dehors du chirurgien et de l'assistant médical qui ont reçu une formation, le reste du personnel n'a qu'une connaissance approximative de la maladie.
- Au plan organisationnel,
  - on ne note pas une intégration suffisante des autres services à la prise en charge des cas d'UB. Le service de physiothérapie par exemple, ne s'approprie pas les malades d'UB en vue de la prévention des invalidités. Ce service intervient sur les malades d'UB « sur commande », c'est-à-dire, seulement à la demande du chirurgien ;
  - les méthodes, procédures et circuit de confirmation des cas souffrent de quelques insuffisances. Ainsi, les prélèvements ne se font pas systématiquement à l'admission du patient, mais seulement lorsque ce dernier passe au bloc. Seul l'écouvillonnage est traité par le laboratoire du centre. Les pièces biopsiques prélevées sur les milieux de transport sont stockées ;
  - les cas hospitalisés sont bien documentés (registre BU02, dossier médical individuel, iconographie…), sauf dans le service de kinésithérapie.

Toutefois, l'exploitation des données recueillies est insuffisante, ce qui fait que les indicateurs usuels ne sont pas disponibles ;

- il n'existe pas une intégration de l'hôpital au sein de la communauté. Les activités communautaires étant uniquement réservés aux agents contrôleurs lèpre-tuberculose, il existe un grand écart entre les cas dépisté, ceux notifiés et ceux effectivement pris en charge. Par ailleurs, le suivi post-hospitalisation du patient ainsi que la prise en charge sociale du patient souffrent de cette insuffisance.

#### *4.3.1.4. Estimation des besoins de l'hôpital de Tsévié*

Les besoins découlent des entraves ci-dessus énumérées.

- Au plan de l'infrastructure, il serait opportun :
  - d'augmenter la capacité d'hospitalisation de 11 à 40 lits environ, en prévision d'une augmentation du nombre de cas ;
  - de réhabiliter le bloc opératoire et ses annexes;
  - doter l'hôpital d'un service de physiothérapie conforme aux normes.
- Au plan du matériel :
  - le second bloc opératoire doit être entièrement équipé.
  - le matériel de stérilisation doit être renforcé
  - l'équipement médico-technique (boites d'excision-greffe, de curetage osseux, de pansement…) doit être renouvelé pour certains, complété pour d'autres.
  - le service de physiothérapie doit être équipé ;
  - l'équipement du laboratoire mérite d'être renforcé.

La liste des besoins en matériels et équipements est en annexe.

A moyen terme, il est à prévoir :

  - le renouvellement de l'appareil de radiographie, du groupe électrogène et de l'ambulance ;
  - la dotation de l'hôpital d'un véhicule de terrain et de motos pour une meilleure intégration au sein des activités communautaires.
- An plan des ressources humaines,
  - il parait nécessaire de renforcer l'équipe actuellement en charge de l'UB par un médecin généraliste ayant des aptitudes à la chirurgie. Dans cet optique, il

serait utile que le médecin formé à la prise en charge chirurgicale de l'UB par l'OMS au Ghana en 2006 soit mis à la disposition de l'hôpital de Tsévié.

- Il serait par ailleurs utile d'assurer une meilleure intégration des services (physiothérapie, laboratoire, ORL..) dans la lutte contre l'UB, à travers le renforcement des capacités des agents et la mise en œuvre des procédures ;
- La formation des autres agents selon les modalités ci-après serait un atout :
  - médecin généraliste et assistants médicaux sur le diagnostic et la prise en charge ;
  - infirmiers sur les pansements, les prélèvements en vue de la confirmation biologique et la prévention des invalidités ;
  - techniciens de Laboratoire sur la confirmation biologique ;
  - kinésithérapeutes sur la prévention des invalidités, la rééducation fonctionnelle et la réadaptation physique.

- Au plan organisationnel, il est important :
  - que soit édité un manuel interne de procédures indiquant le circuit du malade, les protocoles de documentation, confirmation biologique, pansement, prise en charge médicale, chirurgicale et de prévention des séquelles et gestion des médicaments, en vue d'une meilleure implication de tous les acteurs dès l'admission du patient et d'un bon travail en réseau (bonne communication entre le médecin, l'infirmier, le kiné et l'assistant social s'il en existe un pour un bon suivi pluridisciplinaire des personnes atteintes d'UB) ;
  - qu'une dotation hebdomadaire en consommables, basée sur le calcul de la consommation hebdomadaire moyenne ou des besoins moyens par malade, soit faite, de manière systématique aux différents services impliqués dans la prise en charge de l'UB (bloc opératoire, anesthésie, hospitalisation, physiothérapie). Une liste des consommables nécessaires pour chaque service devra être constituée.
  - qu'une sensibilisation interne du personnel soignant à la nécessité de la prise en charge précoce en kinésithérapie même avec le pansement ;
  - que des fiches individuelles soient mises en place et tenues rigoureusement pour les patients dans le service de kinésithérapie ;
  - que le suivi fonctionnel et réadaptatif des patients UB soit organisé après la sortie du centre ;

- que la famille du patient et son entourage si possible soient mieux impliqués pour le bon respect des consignes de l'équipe soignante.

### *4.3.2. L'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan*

#### *4.3.2.1. Historique et brève description du centre et de ses activités*

L'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan a été ***fondé par l'Ordre Hospitalier de Saint Jean de Dieu*** de la Province Lombardo-Veneta de Milan. Aujourd'hui, l'hôpital fait partie de la délégation générale Bénin-Togo de l'Ordre Hospitalier de Saint Jean de Dieu. Inauguré le 5 juillet 1964, l'hôpital comptait à l'époque 82 lits, étendu aujourd'hui à ***269 lits*** répartis comme suit :

- chirurgie générale : 78 lits (dont 5 lits de soins intensifs) ;
- médecine générale : 39 lits (dont 4 lits de soins intensifs) ;
- clinique : 21 lits ;
- maternité : 42 lits ;
- pédiatrie : 89 lits (dont 8 lits de soins intensifs, 3 isolements et 10 berceaux).

L'hôpital assure ***les services*** de chirurgie générale, traumatologie, gynéco-obstétrique, médecine générale et pédiatrie. D'autres spécialistes bénévoles interviennent pour de courtes périodes dans les domaines de l'urologie, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'ophtalmologie et l'ORL.

Outre les services sus cités, l'hôpital dispose de :

- un secrétariat d'admission ;
- un laboratoire d'analyses ;
- un bloc opératoire ;
- un dispensaire pour les pansements et injections ;
- un service de consultations ;
- un service des urgences ;
- un atelier d'appareillage orthopédique ;
- un service de diagnostic avec endoscopie digestive, échographie, électrocardiogramme ;
- un service de radiologie ;
- un service de pharmacie ;

- une cuisine pour les malades ;
- une lingerie pour la lessive ;
- un service d'ambulance.

En moyenne, l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan hospitalise 7 321 patients et reçoit 21 977 malades en consultation ambulatoire chaque année.

Les malades d'ulcère de Buruli sont pris en charge par ***le service de Pédiatrie***, opérés au Bloc opératoire selon une programmation. Ce service hospitalise en moyenne 1 830 enfants par an et est subdivisé en deux parties : la pédiatrie médicale et la pédiatrie chirurgicale. Le taux d'occupation des lits est d'environ 60%, ce qui offre la possibilité de dégager facilement 20 – 40 lits pour la prise en charge des cas d'ulcère de Buruli. La pédiatrie chirurgicale travaille en étroite collaboration avec le service de Chirurgie, ainsi qu'avec le service de physiothérapie.

***Le service de chirurgie*** est doté de 4 salles d'intervention (1 pour la chirurgie générale, 1 pour la Gynécologie, 1 pour la traumatologie et 1 salle septique où se pratiquent les décapages et excisions des cas d'UB). En moyenne, ce service pratique par année, 2075 actes de chirurgie majeure, 387 actes de chirurgie mineure dont 36 actes de chirurgie plastique, 19 curetages osseux et 34 amputations. Ce service reçoit également de nombreux cas d'ulcères tropicaux (ulcère phagédénique, fasciïte nécrosante…) et d'ulcères d'origine vasculaires, dont le coût de la prise en charge est tout aussi lourd que celui de l'UB.

Grâce au ***service d'orthopédie***, les malades amputés peuvent bénéficier d'appareillage, fabriqué avec du matériel local (fer, bois, tuyau PVC, cuir …). Ainsi, une moyenne annuelle de 212 cannes, 54 chaussures orthopédiques, 64 appareillages orthopédiques, articulés ou rigides.

Nous avons visité lors de l'enquête à Afagnan, l'atelier de production d'appareillages orthopédiques. Vu que l'orthopédie peut être un des maillons de la prise en charge de l'UB nous avons trouvé judicieux de le faire.

Nous l'avons trouvé un peu à l'écart des autres départements de l'hôpital dans un aspect peu reluisant. Cependant, les machines et outils, même anciens pour certains (1978) fonctionnent ; de même que les fours et la machine à coudre. Différentes techniques sont utilisées et connues des techniciens comme l'utilisation du métal, du cuir, du polypropylène, du PVC et de la résine. L'activité semble actuellement assez faible et le manque de stock de matières premières (polypropylène, aluminium, PVC…) et de composants (genoux, pieds…) est flagrant. Actuellement, l'atelier s'approvisionne à la demande au CNAO (Centre National d'Appareillage Orthopédique) de Lomé, mais cet approvisionnement reste ponctuel et

dépendant des stocks du CNAO. Cet atelier fabrique des cannes anglaises pouvant être utiles pour certaines personnes. De même, si les matériaux et composants sont disponibles, cet atelier peut confectionner des orthèses suro-pédieuses, cruro-pédieuses, des prothèses tibiales et fémorales. Les techniciens de cet atelier ont bénéficié d'une formation « sur le tas » déjà ancienne. Il n'y a actuellement pas de diplômé en orthoprothèse parmi eux.

***La physiothérapie*** occupe également une place importante dans le circuit de prise en charge des patients. Ce service reçoit une moyenne annuelle de 237 patients et pratique 1629 actes de massothérapie et 1738 séances de rééducation fonctionnelle. L'hémiplégie à elle seule couvre plus de 30% des pathologies rencontrées dans ce service. Aucun patient atteint d'UB n'a été rencontré pendant l'enquête. Le service aurait eu par le passé (1998-1999) un nombre assez important de personnes atteintes d'UB. Nous avons pris soin de lire les dossiers d'anciens patients à Afagnan. Sur 10 dossiers lus, 5 portent sur l'articulation du genou, 2 sur le coude dont un bilatéral, 1 sur le coude et bras, 1 sur l'avant-bras et poignet et 1 autre sur le coude et genou. On pouvait lire sur tous ces dossiers dès l'admission du patient des constatations telles que : rétraction, raideur articulaire, instabilité, genou très déformé, œdème, etc. Parmi les 10 patients dont les dossiers ont été lus et en dehors des actes chirurgicaux, 1 a bénéficié de 2 plâtres de suite, d'une orthèse de membre, de 2 chaussures orthopédiques, de 2 cannes anglaises et de 5 séances de marche. Tandis que 2 autres de ces patients ont bénéficié d'attelles avec ou sans cannes anglaises et 1 autre de mobilisations. Pour les 6 autres, le traitement s'est principalement basé sur la chirurgie sans kinésithérapie. Il faut aussi noter que des gypsotomies (correction par plâtres successifs) ont été faits par moment à certains de ces patients.

Quand au ***laboratoire***, il est équipé pour les examens de parasitologie, bactériologie, hématologie, biochimie. Il pratique une moyenne annuelle de 86281 examens et 1962 transfusions sanguines.

***Le service de radiologie*** reçoit une moyenne annuelle de 5000 patients.

Il existe une ***buanderie*** équipée, un service de stérilisation bien équipé et une cuisine centrale qui assure une alimentation équilibrée 3 fois par jour aux malades hospitalisés.

L'hôpital St Jean de Dieu d'Afagnan reçoit depuis les années 1997 des cas d'UB. En 1999, une enquête communautaire a été effectuée et a permis de dépister et traiter une trentaine de cas. Depuis lors, le nombre de cas reçu chaque année est décroissant. Seulement 2 cas ont été reçus en 2007.

Chaque malade dispose d'un ***dossier médical***. Les supports BU 01 et BU 02 sont inconnus.

Le ***coût de la prise en charge*** s'estime en forfaits journaliers de 5000 Frs en pédiatrie, 6000 Frs en chirurgie et 1000 Frs en médecine pour l'hospitalisation. Les actes opératoires sont tarifiés par K opératoire. La prise en charge des cas sociaux est subventionnée au 1/3 par des ONGs comme « Terre des Hommes » et la « fondation Lilian ».

L'hôpital ne mène plus d'***activité communautaire***. Les Agents de Santé Communautaires existent dans les villages et sont sous l'autorité de la Direction Régionale de la Santé (DRS).

Une collaboration existe entre l'hôpital et la DRS qui reçoit les rapports périodiques. Le PNLUB a eu à doter le centre d'un stock de streptomycine et de rifampicine pour le traitement médical des patients d'UB. Ce stock est actuellement épuisé.

Les structures de soins périphériques collaborent avec l'hôpital par l'intermédiaire de la DPS de la Préfecture des Lacs.

L'hôpital compte 182 personnels embauchés (médicaux, paramédicaux et personnel de soutien), 7 religieux de l'Ordre Hospitalier de Saint Jean de Dieu et 5 religieuses de l'institut Notre Dame de l'Eglise.

***Le personnel médical et paramédical*** se compose, entre autre, comme suit :

- 13 médecins (dont 1 chirurgien)
- 2 techniciens anesthésistes
- 2 kinésithérapeutes d'Etat
- 1 technicien supérieur de laboratoire
- 1 technicien de radiologie
- 5 techniciens de laboratoire
- 10 infirmiers d'Etat
- 18 infirmiers auxiliaires d'Etat
- 17 infirmiers formés sur le tas
- 27 aides soignants
- 3 techniciens orthopédistes
- 1 cordonnier orthopédiste

Aucun de ces agents n'a reçu de ***formation sur l'ulcère de Buruli***. Des informations leur sont apportées par le Dr G.B Priuli quand au protocole de prise en charge. Quand à la

confirmation biologique, seul le traitement des écouvillonnages se fait au laboratoire de l'hôpital. Les pièces biopsiques sont récupérées pas le Dr Priuli et acheminées sur l'IMT.

*4.3.2.2. Besoins exprimés par l'hôpital d'Afagnan pour une meilleure prise en charge des cas d'UB*

L'hôpital St Jean de Dieu d'Afagnan semble à priori être assez équipé et bien organisé pour assurer efficacement la prise en charge des potentiels cas d'UB en provenance des préfectures des Lacs et de Vo. Aussi, les besoins prioritaires s'expriment –ils surtout en terme de formation du personnel, d'appui en consommables et de renforcement de la collaboration avec le système de santé en vue d'une implication communautaire plus efficace. Toutefois, un certain besoin en petit matériel devra également être comblé, ceux existant étant vétustes.

***Au plan de la formation du personnel***, trois modalités complémentaires ont été envisagées :

- l'envoi en stage d'un chirurgien (le Frère Pascal Dr Ahodegnon, en charge des UB et des ulcérations chroniques en général), dans un CDTUB en vue d'une formation sur la prise en charge de l'UB ;
- la formation du personnel du laboratoire sur la confirmation biologique ;
- le briefing du personnel en général sur l'ulcère de Buruli. Cette dernière modalité pourra être effectuée par le Dr Priuli et le médecin formé.

***Au plan de l'appui en médicaments et consommables***, un accent a été mis sur :

- les consommables de pansement (compresses, coton, bandes, antiseptiques, gants) ;
- les consommables de laboratoire (lames, colorants…) ;
- la disponibilité de la Streptomycine et de la Rifampicine, de séringue, perfuseur et cathéters) ;
- Les consommables d'anesthésie-réanimation (canules de guedel, sondes d'aspiration, sondes trachéales) et de bloc en général (bavettes, calots, tabliers et champs opératoires …).

En ce qui concerne l'***implication de l'hôpital dans les activités communautaires***, l'hôpital a souhaité qu'un plan de collaboration soit formalisé avec le système de santé, en vue d'en garantir la pérennité.

Au plan des ***besoins en matériel médicochirurgical et de laboratoire***, les besoins exprimés sont consignés dans le tableau ci-après :

Tableau 11 : recensement des besoins en matériel pour l'hôpital d'Afagnan

| N° | Matériel | Besoins exprimés | Observations |
|---|---|---|---|
| 1 | Bistouri électrique (manches + becs) | 20 | Ceux existant sont vétustes |
| 2 | Table opératoire | 1 | idem |
| 3 | Lampe Scialytique | 1 | idem |
| 4 | Garrot pneumatique adulte et enfant | 1+1 | |
| 5 | Les différentes boîtes d'excision et de greffe | 4 | 1 seul actuellement existant, et usé |
| 6 | Pèse personne | 2 | 0 existant |
| 7 | Chariots | 2 | |
| 8 | Tabourets de bloc | 2 | |
| 9 | Dermatome manuel | 1 | 1 existant vétuste |
| 10 | Dermatome électrique | 1 | 0 existant |
| 11 | Expenseur de greffe x 2 et x4 | 2 | 0 existant |
| 12 | Boite de pansements | 4 | 2 existants |
| 13 | Moniteur des paramètres vitaux | 1 | |
| 14 | Ambu manuel | 1 | 1 existant vétuste |
| 15 | Aspirateurs | 1 | |
| 16 | Tensiomètre adulte + stéthoscope | 1 | 1 existant usé |
| 17 | Tensiomètre enfant + stéthoscope | 1 | 0 existant |
| 18 | Laryngoscope (boîte) | 1 | |
| 19 | Ambu gonflable | 1 | |
| 20 | Oxymètre | 2 | |
| 21 | Anse de platine | 1 | |
| 22 | Bac de Coloration | 1 | |
| 23 | Boite de rangement de lames | 10 | |
| 24 | Microscope optique | 1 | |
| 25 | Portoir de lames | 5 | |

### *4.3.3. Les centres de santé périphériques*

#### *4.3.3.1. Les centres hospitaliers préfectoraux*

Les CHP de Assahoun, Vogan et Tabligbo ont été parcourus pendant l'enquête. L'évaluation des CHP a porté sur les infrastructures et activités menées, le matériel, les connaissances et aptitudes du personnel.

***Les infrastructures*** des CHP de Assahoun et Tabligbo sont vétuste et datent des années 40. Par contre, le CHP de Vogan a été reconstruit en 1991 et est en meilleur état.

Les CHP abritent la DPS et centralisent les données des centres périphériques de l'aire de couverture. Ils comportent comme service :

- une polyclinique
- une maternité
- un laboratoire
- un service PEV
- une unité lèpre-tuberculose
- un service d'assainissement
- un service administratif
- une hospitalisation
- une pharmacie

Tous les CHP visités disposent d'un médecin, d'au moins un technicien de Laboratoire, d'infirmiers et d'aide soignants. Le nombre d'agents disponibles est jugé suffisant pour la prise en charge de l'UB. Seul le CHP de Tabligbo a exprimé le besoin d'un assistant médical, celui actuellement en poste étant en partance.

En dehors des contrôleurs lèpre-tuberculose, aucun des agents n'est formé quant au diagnostic et à la prise en charge de l'UB.

***L'évaluation des connaissances*** note toutefois qu'ils connaissent la maladie sous la forme de plaie chronique, suivant son appellation locale et en ont déjà vu, surtout dans sa forme ulcérée. Les villages Ewli et Alokoegbé sont désignés comme ayant beaucoup de cas. Les agents enquêtés connaissent les modalités du traitement, les diagnostics différentiels et les principales complications. Cependant, ils ne connaissent pas toutes les possibilités de prélèvement pour la confirmation biologique. Seul l'écouvillonnage est connu, souvent pratiqué par les techniciens de laboratoire (Tabligbo et Vogan). Les infirmiers des centres périphériques en général, n'ont jamais demandé, ni pratiqué de confirmation biologique sur les cas d'UB vus. Ils estiment que leur rôle se limite à la référence des cas vers le CHR Tsévié.

Les Techniciens de Laboratoire rencontrés estiment qu'ils savent confectionner et lire une lame de ZN à partir d'un écouvillonnage.

.

***Le système de notification*** est inconnu de la plupart des agents. En particulier, le BU 01 est inconnu et le BU 02 n'est connu que par les contrôleurs lèpre tuberculose. Ce registre

est disponible dans les trois formations sanitaires visitées et est rempli depuis le second semestre 2006, suite à la formation de Kpalimè.

Les CHP sont en ***relation hiérarchique*** avec un réseau d'USP et de cases de santé (22 pour Vogan, 20 pour Assahoun et 16 pour Tabligbo), qu'ils supervisent mensuellement. De même, une réunion mensuelle est tenue entre les responsables de postes et les DPS. Ces derniers rendent compte à la DRS.

Tous les CHP visités disposent d'une salle de pansement, mais le ***matériel*** fait défaut. Il n'existe en général qu'une ou deux boîtes de pansements, composées le plus souvent d'instruments vétustes. Le CHP Assahoun ne dispose pas de matériel de stérilisation. Les deux autres centres disposent, chacun, d'un poupinel, en bon état de fonctionnement. Les laboratoires sont équipés pour la recherche de BAAR et sont dotés chaque semestre de colorants et autres consommables par le programme tuberculose.

Le matériel roulant fait également défaut. 1/3 des centres périphériques disposent de moto (7/16 à Tabligbo, 5/20 à Assahoun, 13/22 à Vogan) pour la plupart amorties (datent de 1992). Chaque CHP dispose d'une Ambulance, qui sert à évacuer les cas graves vers le CHR de Tsévié ou le CHU Tokoin et l'Hôpital Besthesda d'Agou Nyogbo pour Assahoun et l'Hôpital d'Afagnan pour Tabligbo. Les frais sont à la charge du malade.

Il n'existe pas de système formel de ***référence*** des centres périphériques vers les CHP. Une note écrite est consignée dans le carnet du malade et ce dernier se rend, selon ses possibilités, en taxi ou à moto vers l'hôpital. Le feedback est rare. Le ***coût*** du déplacement est à la charge du malade. Ce dernier paye la consultation, le carnet, les médicaments et consommables, mais les oins (injection, pansement…) sont gratuits. Les frais de consultation varient de 100 frs (consultation de l'infirmier) à 300 frs (consultation du médecin). Mais il arrivent souvent que des patients, indigents, abandonnés ou en situation d'urgence, n'arrivent pas à honorer ces frais, encore moins, ceux des médicaments. Dans ces cas, le recouvrement n'est souvent pas possible.

Les ***besoins prioritaires*** exprimés pour une amélioration de la prise en charge des cas d'UB sont par ordre de priorité :

- l'appui en médicaments et consommables (surtout en consommables de pansement, streptomycine et rifampicine) ;
- la dotation en matériel de pansement et boites de petite chirurgie ;
- la formation du personnel, au diagnostic et à la prise en charge de l'ub ;
- la formation des agents communautaires de santé au dépistage des cas suspects ;

- la dotation des centres en moto et en carburant pour la recherche active des cas et pour l'aide à la référence des cas.

*4.3.3.2. Les centres médico-sociaux*

Les CMS de Agoenyive, Ahépé, Aklakou et Anfouin ont été parcourus pendant l'enquête. De même que les CHP, ***les CMS*** datent des années 40-60. Mais certains d'entre eux ont eu à bénéficier d'une réhabilitation partielle (Ahépé, en l'an 2000).

Ils comportent comme services :

- une maternité souvent couplée avec le service PEV ;
- une salle de consultation ;
- une salle de soins ;
- une hospitalisation (Ahépé) ou salle de mise en observation (sauf à Aklakou) ;
- une pharmacie.

Les CMS d'Agoènyivé et d'Ahépé disposent également d'un laboratoire.

Seul de CMS d'Agoenyivé est dirigé par un médecin. Les autres sont dirigés par un assistant médical (Ahépé et Anfoin) ou par un Infirmier Diplômé d'Etat (Aklakou). Le personnel est assez étoffé, composé d'assistants médicaux, d'infirmiers, de sage femmes, d'accoucheuses et d'aide soignants. Des besoins complémentaires d'agents ont été exprimés à Agoenyive et Ahépé et Aklakou.

Aucun des agents n'est formé sur l'UB.

***L'évaluation des connaissances*** note toutefois qu'ils connaissent vaguement la maladie sous la forme de plaie chronique ou plaie nécrotique, la bactérie causale, son appellation locale et en ont déjà vu (sauf à Agoènyivé), surtout dans sa forme ulcérée. Ils ont tous eu à participer à l'enquête ponctuelle organisée en 2004, en couplage avec les Journées Nationales de Vaccination. Les connaissances sur les modalités du traitement, les diagnostics différentiels et les principales complications sont peu précises. Ainsi, l'antibiothérapie spécifique n'est pas connue, les complications connues se limitent aux amputations et aux infirmités et le diagnostic différentiel se limite aux plaies infectées ou au cancer. Ils n'ont aucune notion des modalités de confirmation biologique.

***Les supports de données BU01 et BU 02*** sont totalement inconnus.

Les CMS dépendent de la DPS à laquelle ils transmettent les rapports et qui les supervisent.

Certains CMS sont en ***relation hiérarchique*** avec des cases de santé (7 pour Anfoin) qu'ils supervisent mensuellement.

Tous les CMS visités disposent d'une salle de soins, mais le ***matériel*** est insuffisant voire vétuste. Les CMS d'Aklakou et d'Ahépé ne disposent pas de matériel de stérilisation. Les deux autres centres disposent, chacun, d'un poupinel, en bon état de fonctionnement.

La ***référence*** des malades se fait vers le CHU de Lomé (Agoenyivé), l'hôpital d'Afagnan ou d'Aného (Aklakou, Anfouin, Ahépé) ou le CHR de Tsévié (Ahépé). Le ***coût*** du déplacement est à la charge du malade et varie de 3000 – 8000 frs. Les modalités de prise en charge sont identiques que ceux des CHP.

- Les ***besoins prioritaires*** exprimés pour une amélioration de la prise en charge des cas d'UB sont identiques à ceux exprimés au niveau des CHP.

*4.3.3.3. Les unités de soins périphériques*

A l'instar des CHP et CMS, les USP visités ont des infrastructures assez vétustes à l'exception de ceux de Mome Hounkpati, Togblékopé, Alokoégbé et Tovégan qui ont bénéficié d'une réhabilitation récente.

L'infrastructure est généralement composée de :

- une salle de consultation, servant en même temps de bureau pour le chef poste ;
- une salle de soins ;
- une salle d'accouchement ;
- une salle de repos pour les accouchées ;
- une salle de pansement ;
- une salle de mise en observation ;
- une pharmacie de détails.

Dans les centres n'ayant pas bénéficié de réhabilitation, la salle de soins est unique et sert en même temps pour les injections et les pansements et il n'y a pas de salle de mise en observation. Les USP sont tenues par des Infirmiers (ères), assistés d'une accoucheuse et d'un gestionnaire de pharmacie.

Les activités menées sont essentiellement relatives aux consultations curatives, accouchements, consultations prénatales et vaccinations. Les agents des USP effectuent

également des visites domiciliaires et travaillent en collaboration avec les ASC. En général, il existe au moins 1 ASC par village. Dans certains centres, ce sont les mêmes ASC qui travaillent sur plusieurs programmes. Ailleurs, ils sont variables d'une activité à une autre. Le nombre de villages couverts par USP varie de 5 à 20. La distance des villages à l'USP va parfois à plus de 16 km. Ainsi, à Momè Hounkpati, 4 villages sur 8 sont situés à plus de 16 km de l'USP. Aucun des agents des USP parcourus n'a été formé sur l'UB. Ainsi, les connaissances qu'ils ont sont identiques à ceux de leurs collègues des CMS et CHP.

***Les supports de données BU01 et BU 02*** sont totalement inconnus. Les cas d'UB, lorsqu'ils sont rencontrés (cas de Tchèkpo Dévé, Tchèkpo Dédékpoè, Momè Hounkpati, Tokpli Tovègan et Yomètchin) sont immédiatement référés vers le CHP, le CHR ou l'Hôpital d'Afagnan, sans être enregistré dans les registres. Souvent, les malades ne s'y rendent pas et préfèrent suivre des séances de pansements ou se faire soigner chez les tradithérapeutes.

Les USP dépendent de la DPS à qui elles transmettent les rapports et qui les supervisent.

Certains USP sont en ***relation hiérarchique*** avec des cases de santé (3 pour Alokoégbé par exemple) qu'ils supervisent mensuellement.

Le problème de matériel de pansement et de disponibilité de consommable est très crucial dans les USP. La gestion des médicaments se fait selon les principes de l'Initiative de Bamako. La plupart des USP ne disposent pas de stock suffisant et font un approvisionnement mensuel. La Cogestion est assurée avec les COGES.

Les ***besoins prioritaires*** exprimés pour une amélioration de la prise en charge des cas d'UB sont identiques à ceux exprimés au niveau des CHP.

#### *4.3.4. Laboratoire de référence pour la confirmation biologique*

Le CHR Tsévié, l'Hôpital d'Afagnan ainsi que les CHP, disposent des potentialités nécessaires pour effectuer à leur niveau la confirmation biologique par la recherche des BAAR. Compte tenu des exigences du diagnostic biologique de l'UB, il est important de disposer d'un laboratoire de référence, qui dessert les centres périphériques ne pouvant pas confirmer leurs cas et exerce le contrôle de qualité en ce qui concerne les autres. Le laboratoire du CHR de Tsévié nous semble avoir le potentiel humain et spatial nécessaires pour traiter tous les échantillons de la région maritime. Nous suggérons donc, pour le court terme, de :

- mettre en place un réseau de laboratoires, reliant tous les laboratoires des CHP à celui du CHR ;
- renforcer le laboratoire du CHR en matériel et en consommables, de sorte qu'il puisse servir de laboratoire de référence et de contrôle de qualité pour le ZN, ne serait-ce que pour la région maritime ;
- étudier les possibilités de collaboration avec les laboratoires des pays voisins (Bénin et Ghana) en ce qui concerne l'histopathologie, la culture et la PCR.

L'étude de l'opportunité et des possibilités de la mise en place d'un laboratoire national de référence pourra se faire secondairement.

## 5. SYNTHESE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

### 5.1. Sur le plan épidémiologique

- L'étude des données hospitalières sur l'ulcère de Buruli nous permet de définir 3 districts à endémicité confirmée : les districts de Zio, Yoto et Vô. Il existe un gap de 75% entre les cas probables et les cas cliniquement confirmés.
- Un système de surveillance épidémiologique de routine doit être prioritairement mis en place dans ces trois districts qui se partagent les berges du fleuve Haho. Les villages situés le long de ce fleuve devront bénéficier d'une attention particulière. Les caractéristiques socioculturelles, épidémiologiques et environnementales du village Esse Ana devront également faire l'objet d'une étude particulière.
- La demande de soins actuelle est encore tardive avec plus de 22% de cas admis aux soins avec déjà une limitation fonctionnelle.
- La qualité actuelle des soins ne permet pas de réduire de façon sensible la proportion de limitation fonctionnelle.
- La confirmation biologique n'est pas assez documentée. Elle n'est pratiquée que chez 16% des patients.

### 5.2. Sur le plan de l'organisation du contrôle

- Il existe une volonté politique, traduite par la création d'un programme de lutte contre l'UB. Mais le PNLUB manque de ressources. Il s'en suit qu'aucune stratégie de contrôle n'est actuellement mise en œuvre. Le contrôle de la maladie

s'est jusqu'à présent effectué à travers des actes ponctuels en fonction des ressources épisodiques disponibles.

- Il existe un énorme potentiel de prise en charge pour tous les volets (traitement médical, chirurgical et prévention des incapacités) ainsi que pour la confirmation biologique. Il suffira de les organiser et les renforcer pour une qualité de soins. Ainsi, nous pensons que :
  - la prise en charge médicale pourra être organisée déjà au niveau des USP et CHP. Le matériel de pansement devra être renforcé et la dotation en consommables assurée ;
  - la prise en charge chirurgicale pourra être organisée au niveau des deux hôpitaux de Tsévié et Afagnan. Une unité de prise en charge correcte pourra être mise en place à Tsévié qui a dans son pôle d'attraction la plus grande partie des districts endémiques. Un support logistique et en consommables devra être prévu pour l'hôpital d'Afagnan. En fonction des besoins, d'autres centres de prise en charge pourraient éventuellement être crées pour faciliter l'accessibilité géographique pour les patients ;
  - la prévention des incapacités est possible dans les deux hôpitaux, à condition qu'une formation et un encadrement adéquats soient apportés aux physiothérapeutes y exerçant. L'atelier d'orthopédie de l'hôpital d'Afagnan pourra servir de base à la réadaptation physique (ou revalidation) ; quant à ceux qui sont suivi en périphérie et qui ne sont pas référés, un programme de réadaptation à base communautaire pourra être mis en œuvre pour la prévention des incapacités.
  - les laboratoires des CHP peuvent assurer la confirmation par la recherche des BAAR ; celui du CHR pourra être outillé pour assurer le contrôle de qualité.

## 6. SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DE LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO

L'amélioration de la lutte contre l'UB au Togo passe par la mise en œuvre des huits points de stratégies proposées par l'OMS. A ce propos, nos suggestions se formulent en fonction de ces huit points.

### 6.1. Surveillance épidémiologique, détection précoce au niveau communautaire et information, éducation et communication (IEC)

Sur ce volet, nous suggérons de :

- Mettre en place un réseau de dépistage précoce et de notification de routine en commençant prioritairement par les districts de Yoto, Zio et Vô. Ce réseau pourra se baser sur :
  - Les ASC, encadrés par les ICP, pour le dépistage précoce et la notification au plan communautaire;
  - Les contrôleurs lèpre-tuberculose pour leurs supervisions, les décisions thérapeutiques de première intention, l'organisation de la référence des cas vers les centres hospitalier en cas de nécessité, le suivi post hospitalier des cas.
- Mettre en place une organisation pratique pour l'assurance de la référence des cas en définissant les critères (quand référer, qui référer et où référer) et moyens de référence (support de données, moyens de transport et prise en charge du coût de transport).
- Mettre à la disposition des acteurs précités, les outils nécessaires pour la mise en œuvre correcte de leurs missions (fiches de notification)
- Définir la périodicité et le circuit de transmission des données :
  - De la communauté vers les USP
  - Des USP vers les CHP
  - Des CHP vers la région et le PNLUB
- Instituer une analyse des données au niveau district et au niveau région avant la transmission vers le PNLUB.
- Elaborer un programme de sensibilisation de proximité pour un dépistage précoce.

L'évaluation de ces différents points pourra se faire à travers l'appréciation périodique des indicateurs suivants :

- Indicateurs de processus :
  - Proportion d'USP notifiant des cas (nombre d'USP ayant notifié des cas/ nombre total d'USP du district)
  - Nombre de villages notifiant des cas
  - Nombre de séance d'IEC effectué par district.

- Indicateurs de résultats
    - Nombre de cas notifié
    - Proportion de cas référés (référence effectivement assurée) par rapport au nombre de cas notifié
    - Nombre de nouveaux villages notifiant des cas.

Le contrôleur Lèpre-Tuberculose Régional nous semble avoir les aptitudes nécessaires pour assurer la mise en œuvre de ce volet. Il pourra donc être responsabilisé pour cela. A ce propos, nous suggérons qu'il soit officiellement rattaché au PNLUB, cumulativement avec ses fonctions actuelles s'il n'y pas possibilité de l'y remplacer.

### 6.2. Formation des professionnels de santé

La formation des professionnels de santé est primordiale. Nous suggérons que :

- des personnes clé des centres hospitaliers de Tsévié et Afagnan soient envoyés dans un CDTUB au Bénin pour une formation pratique à la prise en charge des cas d'UB ;
- le contrôleur lepre-tuberculose régional soit envoyé dans un CDTUB au Bénin pour une formation sur la mise en œuvre des activités communautaires et de surveillance de l'UB. Il pourra être formé à l'usage de l'outil informatique, sur les techniques de base en statistique et à l'usage du Hmap ;
- une formation par tutorat, à la prise en charge chirurgicale et la prévention des invalidités soit organisée pour le reste du personnel hospitalier impliqué dans la prise en charge des cas d'UB ;
- les infirmiers de premier contact des centres périphériques soient formés sur le diagnostic clinique et biologique (technique de prélèvement surtout), la prise en charge médicale (usage des antibiotiques spécifiques et surveillance des effets secondaires) et la surveillance épidémiologique de la maladie (utilisation du BU02, BU01 et notification des cas) ;
- les biologistes soient formés sur les techniques de confirmation biologique des cas et le contrôle de qualité ;
- les physiothérapeutes soient formés sur la prévention des invalidités et la réadaptation physique ;

- les ASC, les instituteurs, autorités locales et tout autres groupes constitués intervenant au niveau communautaire, soient sensibilisés et dotés d'outils nécessaires pour l'information de la communauté et le dépistage précoce.

L'évaluation de ces différents points pourra se faire à travers l'appréciation périodique des indicateurs suivants :

- Indicateurs de processus :
  - Nombre d'agents de chaque catégorie formés
  - Nombre de séances de sensibilisation effectuées
- Indicateurs de résultats
  - Proportion de cas de catégorie 1 dépistés
  - Proportion de cas bénéficiant d'une confirmation biologique
  - Proportion de séquelles après traitement.

### 6.3. Prise en charge standardisée selon les protocoles OMS [antibiotiques, chirurgie et prévention des incapacités (POD), prise en charge psychologique]

Sur ce volet, nous suggérons que :

- la prise en charge médicale soit organisée déjà au niveau des USP et CHP ;
- la prise en charge chirurgicale soit organisée au niveau des deux hôpitaux de Tsévié et Afagnan ;
- la prévention des incapacités soit renforcée dans les deux hôpitaux ;
- l'atelier d'orthopédie de l'hôpital d'Afagnan serve de base à la réadaptation physique (ou revalidation).
- un accent particulier devra être mis sur la question de la disponibilité des médicaments et consommables au niveau des postes de soins.

La mise en œuvre de ce volet pourra être suivi à travers l'évaluation périodique des indicateurs ci-après :

- Indicateurs de processus :
  - Nombre de cas pris en charge au niveau de chaque structure (USP, CHP, CHR Tsévié et Hôpital d'Afagnan)
  - Nombre d'actes spécifiques au niveau des services spécialisés (chirurgie, physiothérapie, orthopédie) de chaque hôpital (Tsévié et Afagnan)
- Indicateurs de résultats
  - Proportion de patients guéris sans chirurgie, en fonction des catégories

- Proportion de patients guéris sans limitation fonctionnelle

### 6.4. La confirmation des cas en laboratoire

Nous suggérons que :

- les laboratoires des CHP assurent la confirmation par la recherche des BAAR des cas en provenance de leurs aires de couverture; A ce propos, les prélèvements peuvent être effectuées au niveau des USP et acheminées vers les CHP au profit des déplacements des ICP pour les réunions mensuelles et/ou la transmission des rapports d'activité ;
- le Laboratoire du CHR Tsévié assure le contrôle de qualité au niveau des autres laboratoires ;
- une collaboration soit instituée avec les pays voisins en ce qui concerne les autres confirmations.

Les indicateurs d'évaluation proposés sont les suivants :

- Indicateurs de processus
  - Proportion de cas dépistés, bénéficiant d'un prélèvement pour la confirmation biologique (nombre de patients ayant bénéficié d'un prélèvement pour la confirmation biologique sur nombre de cas dépisté)
- Indicateurs de résultats
  - Taux de confirmation biologique (nombre de cas ayant au moins un examen positif sur nombre de cas dépistés)

### 6.5. Le renforcement des structures de santé

Le renforcement des structures de soins est la base de réussite de toutes les autres stratégies proposées. Ce renforcement doit être perçu comme allant au profit de tout le système de soins et par suite de toute la population et non pas seulement pour les cas d'UB. A ce propos, nous suggérons :

- un renforcement des structures hospitalières devant assurer la prise en charge chirurgicale des cas graves à travers la construction d'une unité spécifique UB au CHR Tsévié ; un accent devra être mis sur la réhabilitation du bloc opératoire et ses dépendances, le renforcement du service de physiothérapie et l'extension de l'hospitalisation ;

- le renforcement de l'équipement médico-chirurgical et de physiothérapie au CHR de Tsévié et l'hôpital d'Afagnan, selon leurs besoins spécifiques ;
- la dotation des CHP et USP en matériel et en consommables de pansement, en fonction du nombre de cas notifié par ces différents centres ;
- le renforcement des centres et unités qui en ont besoin, de moto ;
- la dotation des laboratoires des CHP en consommables pour la confirmation biologique ;
- la dotation de l'hôpital de Tsévié d'outil informatique pour l'archivage des données et surtout des iconographies ;
- la dotation du contrôleur lèpre-UB régional d'outils informatique pour la centralisation des données, l'analyse statistique et la cartographie.

### 6.6. Monitoring et évaluation des activités

L'amélioration du système de monitoring et d'évaluation passe par le renforcement en ressources humaines, matérielles et financières du PNLUB.

### 6.7. Plaidoyer, mobilisation sociale et partenariat

Compte tenu de l'immensité des tâches à accomplir, la contribution d'aucun partenaire ne saurait être négligée. A ce propos, un cadre de concertation périodique pourra être institué pour une meilleure coordination des activités. Il serait intéressant que chaque partenaire puisse s'approprier un volet spécifique de la lutte contre l'UB.

Il revient au PNLUB de susciter le renforcement du partenariat auprès d'autres institutions afin que tous les volets puissent être couverts. L'appui de l'OMS serait d'un grand secours dans la mise en œuvre de ce renforcement de partenariat.

## CONCLUSION

La présente analyse de situation permet de confirmer l'existence de cas d'UB dans la région maritime. Les districts les plus touchés sont ceux de Zio, Yoto et Vô. Le dépistage des cas dans ces districts est encore très tardif avec un pourcentage de limitation fonctionnel au dépistage estimé à 22,6%. Le niveau actuel de la prise en charge ne permet pas de réduire de façon notable cette proportion de limitation fonctionnelle après le traitement. Les activités de dépistage et de surveillance ne sont pas encore entrées dans la routine. D'importantes insuffisances sont notées en matière de disponibilité des ressources humaines au niveau du PNLUB, des ressources matérielles au niveau des structures de soins et en matière de connaissances et compétences techniques des agents en matière d'UB. Ces insuffisances devront être corrigées pour un meilleur contrôle de l'UB et pour une amélioration de la fonctionnalité du système de santé en général. Des suggestions sont faites dans ce sens.

# A N N E X E S

**Outils de collecte de données**
**Fiche de dépouillement**

Type de structure de soins : Hôpit☐ CMS Disp☐saireStatut : ☐ Privé Publique ☐ ☐

Nom de la structure de soins : …… Enquêteurs : ……

| N° d'ordre | Nom et prénoms | Age | Sexe | District | Village | Type de cas[4] | Type de lésion[5] | Localisation de la lésion | Type et Résultat examen Biologique[6] | Existence Limitation fonctionnelle initiale[7] | Type de limitation fonctionnelle finale[8] | Localisation de limitation fonctionnelle finale[9] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

[4] **(N/R)**
[5] **(N/E/Q/U/O)**
[6] **(NF, PCR+/-, BAAR +/-, Cult +/-)**
[7] **(O/N)**
[8] **(RETRACTION/ANKYLOSE/DEFORMATION/RAIDEUR/PARALYSIE/AMPUTATION)**
[9] **MAIN ET POIGNET/COUDE/EPAULE/CHEVILLE/GENOU/HANCHE/TETE ET COU/TRONC/OGE)**

**Guide d'entretien adressé aux responsables d'hôpitaux**
Type de structure de soins : ……..
Nom de la structure de soins : ……
Enquêteurs : ……
Enquêtés : ……

1. Présentations d'usage, but de la mission
2. Présentation sommaire de l'hôpital :
a. Historique (date de création, faits marquants dans son évolution)
b. Infrastructure (administrative, technique, hospitalier, autres)
c. Activités menées (en général, et UB en particulier)
3. Disponibilité en personnel

| **Catégories** | **Nombre** | **Type de Formation reçu sur UB** | **Nombre pouvant être mis à la disposition des activités UB** | **Besoins complémentaires pour activités UB** |
|---|---|---|---|---|
| Chirurgien | | | | |
| Médecin | | | | |
| Assistants Médicaux | | | | |
| Techniciens de Laboratoire | | | | |
| Infirmiers | | | | |
| Kinésithérapeute | | | | |
| Instrumentiste | | | | |
| Infirmier anesthésiste | | | | |
| Aide soignants | | | | |
| Statisticien/Gestionnaire de données | | | | |

4. Existence de relais communautaires ? ……
   a. Nombre : …….
   b. Nombre formé sur l'UB
   c. Degré d'activité (Type d'activité mené par eux) …….
5. Existence d'un organigramme (Si oui, prendre une copie)
6. Structures hiérarchiques dont dépend l'hôpital
7. Types de relations entretenues avec les structure hiérarchique supérieure
8. Relations avec le PNLUB et Possibilités de collaboration avec le PNLUB ;
9. Types de relations entretenues avec les structures de soins périphériques
10. Existence d'un mécanisme de référence et contre référence entre les structures de soins périphériques et/ou la communauté et l'hôpital ? Mode de fonctionnement et coût ? payeur ?
11. Matériel médico-technique
   a. Nombre de lits dans l'hôpital …….
   b. Nombre de lits pouvant être dégagé pour les activités d'UB …….
   c. Besoins complémentaires en lits ……

d. Disponibilité d'espace pour une construction éventuelle de pavillons d'hospitalisation et de soins……. Superficie ……
e. Disponibilité en matériel chirurgical minimum (confère grille d'observation tableau 1) : citer ce qui est disponible et dire les besoins
f. Disponibilité en matériel d'anesthésie réanimation (confère grille d'observation tableau 2) : citer ce qui est disponible et dire les besoins
g. Disponibilité en matériel de kinésithérapie (confère grille d'observation tableau 1) : citer ce qui est disponible et dire les besoins
h. Disponibilité en matériel de laboratoire (confère grille d'observation tableau …..) : citer ce qui est disponible et dire les besoins
i. Disponibilité en matériel roulant (confère grille d'observation tableau … ) : citer ce qui est disponible et dire les besoins
j. Disponibilité en matériel de documentation des cas :
    i. Appareil photo numérique
    ii. Micro-ordinateur et accessoires
    iii. GPS

k. Disponibilité d'équipements à la buanderie (à citer ; dire les besoins)

*12.* Autre matériel essentiel :

*a.* Groupe électrogène relais : Puissance, Etat

13. Disponibilité en infrastructure (nombre, état, fonctionnalité):
    a. Bloc opératoire : nombre d'intervention effectué par jour ; possibilité de dégager 1 ou plusieurs jours pour l'UB
    b. Salle de kinésithérapie : charge de travail, possibilité de supporter une charge complémentaire
    c. Laboratoire : charge de travail, possibilité de supporter une charge complémentaire
    d. Hospitalisation,
    e. local de consultation,
    f. salle de pansement : charge de travail, possibilité de supporter une charge complémentaire
14. Médicaments et consommables
    a. Disponibilités habituelles en médicaments et consommables de 1ère nécessité.
    b. Mécanisme d'approvisionnement en médicaments et consommables? Propositions en vue de l'amélioration de ce mécanisme
    c. Existence de difficultés d'approvisionnement de certains consommables ? Si oui, lesquelles ?

15. Modalités de prise en charge des malades en général et des cas d'UB en particulier : Protocole de prise en charge, actes effectués et coût (de l'hospitalisation, des soins, pansements, injections, … des examens paracliniques …. (obtenir tableau de tarification si possible)

16. modalités de confirmation biologique des cas : types de prélèvement effectué, types d'analyses effectués, modalités de conservation et d'acheminement des prélèvements vers un laboratoire pour la PCR…

17. Difficultés rencontrés pour la confirmation des cas

18. Propositions en vue de l'amélioration de la confirmation biologique des cas.

19. Alimentation des malades en milieu hospitalier : organisation, coût mensuel, source de financement

20. Cas sociaux et personnes handicapés :
    a. Existence ? …….
    b. Nombre moyen mensuel/annuel : ……

c. Types de cas sociaux rencontrés :
d. Modalités de prise en charge de ces cas.
e. Propositions pour une amélioration du mécanisme actuel

21. Gestion des accompagnants
22. Gestion des données :
    a. Gestion des données en général au sein de l'hôpital (types de supports existants : dossier médical individuel, carte/carnets de soins….. ; tenue des supports, existence de matériel informatique pour les statistiques, archivage des supports, types de statistiques produits)
    b. Connaissance et utilisation du BU 01 et du BU 02 (voir). Analyse des données sur place ?
    c. Mécanisme de monitoring et notification des cas
    d. Proposition en vue de l'amélioration du système de monitoring et de notification.
23. Enumérer 3 besoins prioritaires en vue d'un meilleur contrôle de l'Ulcère de Buruli au Togo

**Grille d'observation**

Type de structure de soins : ….. ☐

Nom de la structure de soins : …… …….

Enquêteurs : ……

……

**1. Evaluation de la disponibilité en matériel**

**Tableau 1 : Disponibilité en matériel chirurgical minimum**

| N° | Matériel | Quantité | Etat | Besoins |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Bistouri électrique (moteur + manches + becs) | | | |
| 2 | Salle et Table opératoires | | | |
| 3 | Lampe Scialytique | | | |
| 4 | Garrot pneumatique adulte et enfant | | | |
| 5 | Les différentes boîtes d'excision et de greffe (voir composition) | | | |
| 6 | Champs (petit et grand) et casaques | | | |
| 7 | Pèse personne | | | |
| 8 | Bottes | | | |
| 9 | Bavettes | | | |
| 10 | Calot | | | |
| 11 | Tabliers | | | |
| 12 | Scie à plâtre | | | |
| 13 | Chariots | | | |
| 14 | Lunettes | | | |
| 15 | Tabourets de bloc | | | |
| 16 | Les consommables | | | |
| 17 | Boite d'excision | | | |
| 18 | Dermatome (manuel/électrique) | | | |
| 19 | Expenseur de greffe | | | |
| 20 | Boites de pansements | | | |
| 21 | Autoclave (Capacité …….) | | | |
| 22 | Poupinel (Capacité …….) | | | |

**Tableau 2 : Disponibilité en Matériel d'anesthésie et de réanimation minimum**

| N° | Matériel | Quantité | Etat | Besoins |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Moniteur des paramètres vitaux | | | |
| 2 | Embu manuel | | | |
| 3 | Canule de GUEDEL | | | |
| 4 | Aspirateurs | | | |
| 5 | Canule d'aspiration | | | |
| 6 | Sonde d'aspiration | | | |
| 7 | Sonde trachéale | | | |
| 8 | Bonbonne d'oxygène | | | |
| 9 | Tensiomètre adulte + stéthoscope | | | |
| 10 | Tensiomètre enfant + stéthoscope | | | |
| 11 | Masque enfant + adulte | | | |
| 12 | Garrots élastiques | | | |
| 13 | Laryngoscope (boîte) | | | |
| 14 | ambu gonflable | | | |
| 15 | Oxymètre | | | |

**Tableau 3 : Disponibilité en matériel de Kinésithérapie et atelier d'orthèse**

| N° | Matériel | Quantité | Etat | Besoins |
|---|---|---|---|---|
| | Table de kiné standard (plinthe) | | | |
| 1 | Espalier | | | |
| 2 | Cage de Pouliethérapie ou cage de Rocher | | | |
| 3 | Escalier (jeu) | | | |
| 4 | Soulier quadriceps (Botting) | | | |
| 5 | Poulies | | | |
| 6 | Filins (corde nylon) | | | |
| 7 | Tendeur en bois | | | |
| 8 | Mousqueton | | | |
| 9 | Crochet en S | | | |
| 10 | Poignées | | | |
| 11 | Goniomètre (petite et grande taille) | | | |
| 12 | Medecine Ball (2kg,3kg,4kg) | | | |
| 13 | Séries de poids (1kg,2kg,3kg,4kg,5kg) pour pouliethérapie | | | |
| 14 | Fauteuil roulant | | | |
| 15 | Cannes anglaises | | | |
| 16 | Ballon gymnique 85 | | | |
| 17 | Coussins rectangulaires 50*40*10 | | | |
| 18 | Coussins cylindriques 50*10 | | | |
| 19 | Coussins triangulaires | | | |
| 20 | Déambulateurs | | | |
| 21 | Vélo | | | |
| 22 | Hand grip | | | |
| 23 | Trampoline d'équilibre | | | |
| 24 | Barres parallèles | | | |
| 25 | PVC | | | |
| 26 | Mousse | | | |
| 27 | Colle forte | | | |
| 28 | Fer ou alluminium | | | |
| 29 | Scie à fer | | | |
| 30 | Pince à rivet | | | |
| 31 | Lime fer | | | |
| 32 | Perceuse électrique | | | |
| 33 | Ciseau | | | |
| 34 | Marteau | | | |
| 35 | Pince | | | |
| 36 | Paire de gants de jardinage | | | |
| 37 | Polypropylène, polyethylène, | | | |
| 38 | Thermoplastique à basse température | | | |
| 39 | Bois ou plâtre | | | |

**Tableau 4: Disponibilité en matériel de laboratoire (minimum pour la recherche de BAAR**

| N° | Matériel | Quantité | Etat | Besoins |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Anse de platine | | | |
| 2 | Bec Bunsen + Bouteille de gaz | | | |
| 3 | Bac de coloration | | | |
| 4 | Boîtes de rangement de lames | | | |
| 5 | Microscope optique | | | |
| 6 | Portoir de lames | | | |
| 7 | Lames superfrost | | | |
| 8 | Marqueurs | | | |
| 9 | Crayons diamant | | | |
| 10 | Colorants de Ziehl Neelsen (préciser) | | | |
| 11 | Alcool | | | |
| 12 | Papier filtre | | | |
| 13 | Huile à immersion | | | |

**2. Evaluation de la disponibilité en infrastructure et matériel roulant**

1. Bloc opératoire : nombre, état, fonctionnalité (si oui, nombre d'intervention effectué par jour ; possibilité de dégager 1 ou plusieurs jours pour l'UB)
    a. Salle d'intervention
    b. Salle de réveil
    c. Salle de décontamination
    d. Salle de stérilisation
2. Salle de kinésithérapie
    a. Espace de marche
    b. Boxes (nombre à préciser)
    c. Atelier de fabrication d'orthèse
    d. Grande salle de physiothérapie
3. Laboratoire
4. Hospitalisation
5. Moto : nombre, type, Ancienneté, Etat
6. Véhicule : nombre, type, Ancienneté, Etat, attribution (ambulance, véhicule de supervision, véhicule d'approvisionnement …..)

**Tableau 5 : Disponibilité en médicaments et consommables de 1ère nécessité**

| N° | Matériel | Jamais disponible | Toujours disponible | Manque parfois |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Acétyl salicylate de lysine | | | |
| 2 | Ampicilline inj | | | |
| 3 | Atropine inj | | | |
| 4 | Bande crèpe 5, 10, 15cm | | | |
| 5 | Bande élastique 5, 10, 15 cm | | | |
| 6 | Betaméthasone inj | | | |
| 7 | Catheter G18 | | | |
| 8 | Compresse | | | |
| 9 | Compresse abdominale | | | |
| 10 | Cotico-tulle | | | |
| 11 | Coton cardé | | | |
| 12 | Coton Hydrophile | | | |
| 13 | Dextran | | | |
| 14 | Dextrose 5%, 10% | | | |
| 15 | Diazépam inj | | | |
| 16 | Eau oxygéné | | | |
| 17 | Eau ppi | | | |
| 18 | Ephédrine | | | |
| 19 | Ether | | | |
| 20 | Fentanyl ou autre morphinique | | | |
| 21 | Fil de suture résorbable1, 2/0, 5/0 | | | |
| 22 | Formol | | | |
| 23 | Gant de chirurgie stérile UU | | | |
| 24 | Gant non stéril | | | |
| 25 | Gentamycine | | | |
| 26 | Kétamine ou autres produits d'anesthésie | | | |
| 27 | Lame bistouri | | | |
| 28 | Lidocaïne ou Xylocaïne | | | |
| 29 | Métoclopamide inj | | | |
| 30 | Métronidazole inj | | | |
| 31 | Perfalgan ou autre paracétamol injectable | | | |
| 32 | Perfuseur | | | |
| 33 | Plâtre | | | |
| 35 | Poche urinaire | | | |
| 34 | Polyvidone dermique ou autre antiseptique | | | |
| 36 | Polyvidone iodée moussante ou autre savon antiseptique | | | |
| 37 | Rifampicine | | | |
| 38 | Ringer lacacte | | | |
| 39 | Séringue de diverses contenance | | | |
| 40 | Sérum salé | | | |
| 41 | Sonde urinaire | | | |
| 42 | Sparadrap | | | |
| 43 | Streptomycine | | | |
| 44 | Tulle gras | | | |
| 45 | Violet de gentiane ou éosine | | | |

**Guide d'entretien adressé aux agents de santé (En focus group ou en individuel)**

Type de structure de soins : ….. ☐

Nom de la structure de soins : ……

Enquêteurs : ……

Catégorie d'agent : …….

1. Présentations d'usage, but de la mission
2. Connaissances sur l'ulcère de Buruli
   a. Qu'est ce que c'est ?
   b. Quelle est l'appellation locale de cette maladie ?
   c. Avez-vous déjà vu un cas d'UB ?
   d. Que savez-vous de ses modes de transmission ?
   e. Qu'en pensent en général les populations des modes de transmission de cette affection ?
   f. Manifestations cliniques ?
   g. Comment se fait la confirmation biologique de l'UB ? (modes de prélèvement, analyses effectués). Avez-vous une fois demandé/effectué/participé à un prélèvement en vue de la confirmation biologique d'un cas d'UB ? Si oui, décrire les circonstances et le nombre de fois. Les difficultés rencontrés et les résultats. Si non, dire pourquoi.
   h. Avec quoi ne pas confondre l'UB ?
   i. Quelles sont les modalités de traitement de l'UB ?
   j. Quelles sont les complications à craindre devant un cas d'UB ?
   k. Qu'est ce que le BU01 et le BU 02 ? A quoi servent-ils ?
3. Avez-vous déjà soigné (ou participé) aux soins d'un malade d'UB ? Si oui qu'avez-vous fait ? quel en est le résultat ?
4. Est-ce que vous effectuez/participez à des activités de dépistage ? si oui, avec quelle périodicités et quelles en sont les résultats ?
5. Avez-vous reçu une formation au diagnostic et/ou à la prise en charge de l'UB ?
6. [10]Avez-vous des aptitudes à la chirurgie ? (principaux actes en matière d'UB à savoir : excision, suture, greffe, correction des séquelles…)
7. Savez-vous effectuer :
   a. Un écouvillonnage ?
   b. Une biopsie par punch ?
   c. Aspiration à l'aiguille fine ?
8. [11]Savez-vous pratiquer la confection et la lecture d'une lame de ZN en vue de la recherche des BAAR (même pour la tuberculose)?
9. Connaissances et aptitudes en matière de prévention des invalidités
   a. Techniques appliquées
      i. Mobilisations passives
      ii. Mobilisations actives
      iii. Postures
      iv. Exercices fonctionnels
      v. Entraînement à la marche
   b. Evaluations fonctionnelles
   c. Evaluation de la douleur
   d. Fabrication des orthèses
10. Besoins en formation de ces agents
11. Enumérer les trois besoins prioritaires pour un meilleur contrôle de l'ulcère de Buruli au Togo

[10] Applicable uniquement aux médecins et aux assistants médicaux

[11] Applicable uniquement aux biologistes (techniciens de laboratoire)

**Guide d'entretien adressé aux centres de santé**
Type de structure de soins : …….□…..
Nom de la structure de soins : …… … …….
Enquêteurs : ……
Enquêtés : ……

1. Présentations d'usage, but de la mission
2. Présentation sommaire du centre :
   a. Historique (date de création, faits marquants dans son évolution)
   b. Infrastructure (administrative, technique, hospitalier, autres)
   c. Activités menées (en général, et UB en particulier)
3. Disponibilité en personnel

| **Catégories** | **Nombre** | **Type de Formation reçu sur UB** | **Nombre pouvant être mis à la disposition des activités UB** | **Besoins complémentaires pour activités UB** |
|---|---|---|---|---|
| Assistants médicaux | | | | |
| Techniciens de Laboratoire | | | | |
| Infirmiers | | | | |
| Aide soignants | | | | |
| Gestionnaire de données | | | | |

4. Existence de relais communautaires ? …… Nombre : ……. Type de collaboration avec la structure de soins …….
5. Existence d'un organigramme (Si oui, prendre une copie)
6. Structures hiérarchiques dont dépend le centre
7. Types de relations entretenues avec les structures hiérarchiques supérieures
8. Relations avec le PNLUB et/ou Possibilités de collaboration avec le PNLUB ;
9. Types de relations entretenues avec les autres structures de soins périphériques
10. Existence d'un mécanisme de référence et contre référence entre les structures de soins périphériques et/ou la communauté et l'hôpital ? Mode de fonctionnement et coût ? payeur ?
11. Matériel médico-technique
    a. Disponibilité en matériel de pansement : citer ce qui est disponible et dire les besoins
    b. Disponibilité en matériel de stérilisation : type, capacité, fonctionnalité
    c. Disponibilité en matériel de laboratoire (confère grille d'observation tableau …..) : citer ce qui est disponible et dire les besoins
    d. Disponibilité en matériel roulant (moto) : citer ce qui est disponible et dire les besoins
    e. Disponibilité en matériel de documentation des cas : fiches BU 01 et BU 02 (utilisation et archivage) ou autre
12. Disponibilité en infrastructure (nombre, état, fonctionnalité):
    a. salle de pansement : charge de travail, possibilité de supporter une charge
    b. Laboratoire : charge de travail, possibilité de supporter une charge complémentaire
    c. Hospitalisation,

d. local de consultation,

13. Médicaments et consommables
    a. Disponibilités habituelles en médicaments et consommables de 1ère nécessité.
    b. Mécanisme d'approvisionnement en médicaments et consommables? Propositions en vue de l'amélioration de ce mécanisme
    c. Existence de difficultés d'approvisionnement de certains consommables ? Si oui, lesquelles ?

14. Modalités de prise en charge des malades en général et des cas d'UB en particulier : Protocole de prise en charge, actes effectués, coût de l'hospitalisation, des soins (pansements, injections, …) des examens paracliniques …. (obtenir tableau de tarification si possible)

15. modalités de confirmation biologique des cas : types de prélèvement effectué, types d'analyses effectués, modalités de conservation et d'acheminement des prélèvements vers un laboratoire pour la PCR…

16. Difficultés rencontrés pour la confirmation des cas
17. Propositions en vue de l'amélioration de la confirmation biologique des cas.
18. Cas sociaux et personnes handicapés :
    a. Existence ? …….
    b. Nombre moyen mensuel/annuel : ……
    c. Types de cas sociaux rencontrés :
    d. Modalités de prise en charge de ces cas.
    e. Propositions pour une amélioration du mécanisme actuel
19. Gestion des données :
    a. Gestion des données en général au sein du centre (types de supports existants : dossier médical individuel, carte/carnets de soins….. ; tenue des supports, existence de matériel informatique pour les statistiques, archivage des supports, types de statistiques produits)
    b. Connaissance et utilisation du BU 01 et du BU 02 (voir). Analyse des données sur place ?
    c. Mécanisme de monitoring et notification des cas (qui, quand, comment) ?
    d. Proposition en vue de l'amélioration du système de monitoring et de notification.

**Guide d'entretien adressé aux responsables des ONG**

Nom de l'ONG : …… …….

Enquêteurs : ……

Enquêtés : ……

……

1. Présentations d'usage et du but de la mission
2. Présentation de l'ulcère de Buruli : manifestations cliniques, ampleur au togo, gravité en terme de séquelles et/handicaps induits, et surtout implications psycho sociales (isolement, ségrégation des patients et familles, stigmatisation, dépendance, dépression, difficultés économiques personnelles et face à la maladie …..)
3. Présentation du PNLUB et des options stratégiques envisagées.
4. Demander si implication éventuelle déjà dans la prise en charge sociale de l'UB
5. Demander les pôles d'intérêt de la structure, l'éventualité d'une participation à la lutte contre l'UB et les domaines d'intervention souhaités (appui à la prise en charge alimentaire, à l'éducation, soutien psychologique, réinsertion sociale …..)
6. Demander les mécanismes éventuels à mettre en œuvre en vue d'une collaboration entre ONG et population, hôpitaux et PNLUB

**Guide d'entretien adressé au CN/PNLUB**

Enquêteurs : ……

Enquêté : CN/PNLUB

1. Nombre de relais communautaire (ou volontaires villageois) travaillant dans le cadre de l'UB surtout dans la zone de l'étude
2. Ressources humaines disponibles au niveau du PNLUB, leurs compétences et besoins en formation
3. Structures hiérarchiques au niveau central, et entre le niveau central et les niveaux intermédiaire et périphérique
4. Relations entre différents niveaux.
5. Besoins en vue du renforcement d'un niveau ou d'un autre
6. Mécanismes de gestion existants ou envisagés pour la prise en charge psycho sociale
7. Besoins en matière de prise en charge socioéconomiques des indigents et des personnes handicapées
8. Utilisation des formulaire BU01 et BU02, compilation des données et analyses
9. Besoins pour améliorer le système de monitoring

## Liste des enquêteurs

| No d'ordre | Nom et Prénoms | Fonction |
|---|---|---|
| **01** | **M. HEGNON Komi Delako** | Contrôleur régional, Lèpre/Tuberculose/UB |
| **02** | **M. N'GOYI Mignanou** | Contrôleur Lèpre/Tuberculose/UB préfecture des Lacs |
| **03** | **M. LOUTOU Tata Yao** | TSGS, Communicateur en Santé |

## Liste des structures sanitaires publiques visitées et calendrier de mission

| Structures | Localisation | Dates |
|---|---|---|
| CHR Tsévié | Tsévié | 04-05/O7/07 |
| Dispensaire Gbatopé (Zio)<br>Dispensaire Gati (Zio)<br>Dispensaire Alokoégbé (Zio)<br>Dispensaire Wli Mivakpo (Zio) | Gbatopé<br>Gati<br>Alokoégbé<br>Wli Mivakpo | 06/07/07 |
| Dispensaire Tchékpo Dédékpoé (Yoto)<br>Dispensaire Tchékpo Dévé (Yoto)<br>CMS Ahépé (Yoto) | Tchékpo Dédékpo<br>Tchékpo Dévé<br>Ahépé | 07/07/07 |
| CHP Assahoun (District Avé)<br>Dispensaire Yométchin (Avé)<br>Dispensaire Tovégan (Avé) | Assahoun<br>Yométchin<br>Tovégan | 09/07/07 |
| CMS Agoènyivé (Golfe)<br>Dispensaire Togblékopé (Golfe) | Agoènyivé<br>Togblékopé | 10/07/07 |
| Hôpital d'Afagnan | Afagnan | 11/07/07 |
| Dispensaire Anfoin (Lacs)<br>Dispensaire Aklakou (Lacs)<br>Dispensaire Momé Hounkpati (Vo) | Anfoin<br>Aklakou<br>Momé Hounkpati | 12/07/07 |
| CHP Vogan (District) (Vo)<br>CHP Tabligbo (Yoto)<br>Dispensaire Tokpli | Vogan | 13/07/07 |

## Liste des personnes rencontrées

| N° | Identité | | Qualification/Titre ou Fonction |
|---|---|---|---|
| 1 | Dr Agbekponou Hubert | : | DPS, CHP Tabligbo |
| 2 | Dr Agbéku Jérôme | : | Conseiller DPC/OMS-TOGO |
| 3 | Dr Agossou Abram Ametepe | : | DPS, CHP Assahoun |
| 4 | Dr Amekuse Komi | : | Conseiller Médical, DAHW-Togo |
| 5 | Dr Apetsianyi D. Josée | : | DPS, CHP Vogan |
| 6 | Dr Hunlédé Emmanuel | : | Médecin, CMS Agoenyive |
| 7 | Dr Komlangan Atati Sylvain | : | DSSP, MS |
| 8 | Dr Koumessi Komi | : | Directeur Médical, Hôpital Afagnan |
| 9 | Dr Lassissi | : | Médecin chirurgien, CHR Tsévié |
| 10 | Fr Carlesso Taddeo | : | Directeur, Hôpital Afagnan |
| 11 | Fr Forent Priuli | : | Coordonnateur Chirurgical, Afagnan-Tanguiéta |
| 12 | Fr Ouendo Brice Luc | : | Chef financier, Hôpital Afagnan |
| 13 | Fr Pascal Dr Ahodegnon | : | Chirurgien, Hôpital Afagnan |
| 14 | Mlle Adra Afi Exonam | : | Aide Laboratine, CHP Vogan |
| 15 | Mlle Ametepe Akouvi Vovonyo | : | Aide Laboratine, CHP Vogan |
| 16 | Mme Anate Mazahou | : | AAE, LEBE |
| 17 | Mme Badompta Akuwoavi | : | Surveillante Sce Chirurgie, Tsevié |
| 18 | Mme Boutora Tikéna | : | AAE, Kpome-Akodjame |
| 19 | Mme Brigitte Mensah | : | Infirmière, service de Pédiatrie, Hopital d'Afagnan |
| 20 | Mme D'almeida Tawo | : | ICP, Dalave |
| 21 | Mme Dorsou Dovi | : | Accoucheuse, USP Wli Mivakpo |
| 22 | Mme Essiomley Wasse | : | Accoucheuse Auxiliaire, USP Tovegan |
| 23 | Mme Gbglo Anvivi | : | Accoucheuse, Gape-kpedji |
| 24 | Mme Kondo Dédédji | : | Accoucheuse, Wli- centre |
| 25 | Mme N'da N'kenon N'natouali | : | AAE, USP Game-Lili |
| 26 | Mme Nakpasse Ayéname | : | IDE, USP Ayakope |
| 27 | Mme Segbedji Honorine | : | Infirmière Auxiliaire, CHP Assahoun |
| 28 | Mme Seidou Nafissatou | : | ICP, Djagbe |
| 29 | Mme Tsiku Mawusi Eya | : | Accoucheuse, USP Djemekey |
| 30 | Mme Wanrah Enyonam | : | IDE, USP Momè Hounkpati |
| 31 | Mme Yehouessi Mêvi | : | Infirmière Auxiliaire, USP Yometchin |
| 32 | Mme Zinsou Adjoa | : | Accoucheuse Permanente, CMS Aklakou |
| 33 | Mr Abbey Anathey | : | ICP, Game –Seva |
| 34 | Mr Agbedahin Mégan | : | IAE, Alokoégbé |
| 35 | Mr Agblan Kossi Anani | : | ICP, USP Wonougba |
| 36 | Mr Agbobli K. Fiagan | : | DDS/ZIO |
| 37 | Mr Agode kokou | : | AHE, Agbelouve |
| 38 | Mr Aharh Alonime | : | ICP, Mission Tove |
| 39 | Mr Akakpo Ablavivi | : | Infirmier d'Etat, Chirurgie Tsévié |
| 40 | Mr Akakpo Amewonou | : | IP, CMS Aklakou |
| 41 | Mr Akakpo Sossou Atreh | : | Infirmier Diplômé d'Etat, USP Togblékopé |
| 42 | Mr Akakpo Sossou Atreh | : | IDE, USP Togblekopé |
| 43 | Mr Alou Binéwaï Yao | : | ICP, Kovié |
| 44 | Mr Amégnona Yaovi Bossa | : | TSL, Tsévié |
| 45 | Mr Amenougan Kossi | : | IAE, Kpome- Apeyome |
| 46 | Mr Assougnon Akpété | : | Assistant medical, CMS Ahépé |

| N° | Identité | | Qualification/Titre ou Fonction |
|---|---|---|---|
| 47 | Mr Atayi David | : | Gestionnaire de données, CHR Tsévié |
| 48 | Mr Ayissah Wowonyo | : | ICP, USP Abobo |
| 49 | Mr Aziagbenyo Mawasi | : | IP, Gblaivie Dzogbedji |
| 50 | Mr Badohoun Yaovi | : | ICP, Gbatoke |
| 51 | Mr Bakoma Enukouma | : | IDE, USP Gate |
| 52 | Mr Bamazi Paowa | : | Ingénieur Biologiste, Tsévié |
| 53 | Mr Edah Kodjo | : | IDE, CMS Aklakou |
| 54 | Mr Edou Kossi A. | : | Médecin, CHR Tsévié |
| 55 | Mr Gbadabizo Komlan Tsiwonou | : | TL, CHP Vogan |
| 56 | Mr Howonou Adjoivoa | : | Accoucheuse, USP Adangbe |
| 57 | Mr Kenao Badao | : | TSGS, Zio |
| 58 | Mr Klougan Komi | : | TL, USP Gape Avegan |
| 59 | Mr Kodza Ametefe | : | Contrôleur Lèpre-Tuberculose-UB, Zio |
| 60 | Mr Komlan Kokou | : | ICP, Prison civile Tsevie |
| 61 | Mr Kondo Innocent | : | IA, Tsikponou-kondji |
| 62 | Mr Koumebio Kokou Mawouli | : | Assistant Social Tsévié |
| 63 | Mr Koussadé K. Akollysseh | : | Directeur CHR Tsévié |
| 64 | Mr Lawson A. Eric | : | ICP, Gape Centre |
| 65 | Mr Lochina Mohamed | : | IDE, USP Tokpli |
| 66 | Mr Loko Sossou Fèkèmè | : | Assistant Médical, CMS Anfouin |
| 67 | Mr Noukounou Michel Mensah | : | Responsable sce de Kinésithérapie (CHR Tsévié) |
| 68 | Mr Nouwossey Kongo | : | Infirmier, USP Tchèkpo Dédékpoè |
| 69 | Mr Piten Ebekalisaï | : | Assistant médical, Responsable UB (CHR Tsévié) |
| 70 | Mr Sowu Mahuli | : | TL, CHP Tabligbo |
| 71 | Mr Tsadi Komlan | : | IP, USP Tchèkpo Dévé |
| 72 | Mr Wilson Anyite | : | Contrôleur Lèpre, CHP Assahoun |
| 73 | Sr Odile Mémoria | : | Infirmière, service de Pédiatrie, Hopital d'Afagnan |

**Besoins en matériels pour le traitement des ulcères de Buruli à l'hôpital de Tsévié**

**BESOINS EXPRIMES PAR LE SERVICE DE KINESITHERAPIE**

| N° | Désignation | Quantité |
|---|---|---|
| 1 | Banc d'exercice du quadriceps Deluxe | 1 |
| 2 | Barres parallèles | 1 |
| 3 | Blanc à ramer | 2 |
| 4 | Boso-Compact (tensiomètre électrique) | 2 |
| 5 | Canne anglaise | 10paires |
| 6 | Cerceaux de rééducation | 8 |
| 7 | Chariot à roulettes | 2 |
| 8 | Circummètre | 5 |
| 9 | Crayon dermique (rouge et bleu) | 2btes |
| 10 | Déambulateur | 5 |
| 11 | Espalier de rééducation avec accessoires de placement | 2 |
| 12 | Goniomètre transparent | 5 |
| 13 | Grillage d'exercices avec accessoires standard | 2 |
| 14 | Haltère d'exercice | 10 |
| 15 | Jeu de 5 sacs de 250gr à 3000gr | |
| 16 | Jeu de 8 sacs de 250 à 10.000gr | |
| 17 | Jeu de jouets | |
| 18 | Jeu de pâtre à modele | |
| 19 | Lampe infrarouge | 2 |
| 20 | Lits complets | 2 |
| 21 | Marteau à réflexe | 2 |
| 22 | Médecine ball | 10 |
| 23 | Minuterie mécanique | 4 |
| 24 | Miroir orthopédique | 1 |
| 25 | Miroir roulant orthopédique | 1 |
| 26 | Muscle Trainer MT 501 | 1 |
| 27 | Négatoscope double | 1 |
| 28 | Pédalier portable | 2 |
| 29 | Pèse personne seca type 760 | 3 |
| 30 | Plateau canadien | 1 |
| 31 | Plateau de freeman | 1 |
| 32 | Prise d'exercice en V avec ressort | 10 |
| 33 | Prise d'exercice en V pour les mains | 10 |
| 34 | Quilles en bois | 10 |
| 35 | Ratelier salter pour 8 haltères | 1 |
| 36 | Ressort en Z | 10 |
| 37 | Ressort Ovoïde | |
| 38 | Rouleaux de différentes tailles | 8 |
| 39 | Sacs d'exercices (250gr à 10.000gr) | |
| 40 | Table de massage | 4 |
| 41 | Tapis de sol et d'exercice | 3 |
| 42 | Trampoline | 2 |
| 43 | Vélo de rééducation | 2 |

## BESOINS EXPRIMES PAR LE SERVICE DE CHIRURGIE

### EQUIPEMENT DE SALLE D'OPERATION :

- Appareil d'anesthésie ou table d'anesthésie……. 02
- Dinamap ou oxymètre de pouls ou moniteur multi paramètre…….. 02
- Scialytique……. 02
- Aspirateur électrique……. 02
- Négatoscope……. 02
- Poubelle sur roulette……. 02
- Table d'opération…….. 02
- Table d'instruments ou assistant Muet…… …. 02
- Bistouri électrique avec son générateur …….. 02
- Garrot pneumatique…… ……. 02
- Ambu manuel…… …… 03
- Canules de guedel, enfant et adulte …… … 10
- Laryngoscope …… …… 01
- Tensiomètre adulte + stéthoscope …… … 02
- Tensiomètre enfant + stéthoscope …… … 02
- Consommables d'anesthésie-réanimation (sondes d'aspiration, trachéales), QSP

### BOITES ET INSTRUMENTS

- Boîte à instruments ( 40cm x 20cm) x 10cm…… 02
- Boîte à instruments ( 25cm x 10cm) x 5cm…….. 02

### AUTRES

- Dermatome……...…… 02
- Expanseur de greffe ……. 04
- Rugine : différentes tailles …… …….. 04
- Curette à os : différentes tailles…… 04
- Pince gouge : différentes tailles…… 04
- Ciseaux à frapper : différentes tailles …….. 04
- Marteau à os……. 02
- Pince à badigeon…….…… …. 02
- Manche de bistouri froid pour lame N° 22 ;23…… … 02
  - De kocher sans griffes…… ….. 04
  - De kocher à griffes……... 04
- Pince à hémostase - De hartman droites……. . 04
  - De Chistophe ou de Dandy…….. 04
- Pince à préhension d'Allis…… 04
- Pince à disséquer à griffes...……. 04
- Pince à disséquer sans griffes.…… … 04
- Ciseaux semi courbes à disséquer…… 04
- Ciseaux droits à fil…… 02
- Ecarteur de Farabeouf…… 02
- Porte aiguilles……...…… 02
- Champs opératoires et casaques …….. QSP
- Pèse-personne ……. 02
- Bottes, bavettes, calot, lunettes et tablier de bloc …… ……. QSP
- Scie à plâtre …… 01
- Autoclave de grande capacité …….. 01

**BESOINS EXPRIMES PAR LE LABORATOIRE**

- Anse en platine...…… 01
- Bec bunsen + bouteille de gaz ...…… 01
- Bac de coloration...…… 01
- Boites de rangement de lames ...…… 02
- microscope optique ...…… 01
- crayon diamant ...…… 02
- consommables (colorants, papier filtre, huile à immersion…) QSP

**Tableau de tarifications de l'hôpital de Tsévié**

**CONSULTATION**
Médecine, Pédiatrie et Chirurgie 800 F le jour 1000 F la nuit
Gynéco Obstétrique 2000 F jour comme nuit.

**CONSULTATIONS SPECIALISEES**
(Stomatologie, Ophtalmologie et ORL) :
Elève……. 500 F
Adulte…….…... 1.500 F

**ELECTROCARDIOGRAMME**…… 8.000 F

**LOCATION D'AMBULANCE**
Tsévié- Ville…… ... 1.500 F
Tsévié- Lomé……..……... 10.000 F
Tsévié- Afagnan……...…. 15.000 F

**HOSPITALISATIONS**
**Pour les séjours ≤ 7 jours**
Pédiatrie……..…….. 3.000 F
Médecine Générale……..…….. 4.000 F
Chirurgie :
Soins chirurgicaux…….. 3.500 F
Intervention chirurgicale ……..…….…… 10.000 F
**A partir du 8ème jour :**
500 F par jour en sus dans les salles communes

**MATERNITE**
Accouchement simple…….…….. 5.000 F
Episiotomie+ Déchirure du périné……..…….. 2.000 F
Révision utérine+ DA (Délivrance Artificielle)…..…….. 2.000 F
Révision utérine simple…….…… 1.000 F

**KINESITHERAPIE**

Gant plâtré……. 700 F
Brachio- palmaire……... 1.300 F
Minerve…….…. 3.000 F
Thoraco- brachial…… 1.800 F

| | |
|---|---|
| Collier……. | 1.600 F |
| Attelle brachio- palmaire…… | 1.000 F |
| Corset……..…… | 3.000 F |
| Botte plâtrée…… | 1.000 F |
| Gaine plâtrée ou genouillère……..... | 1.500 F |
| Cruro- pédieux…… | 1.800 F |
| Cerceau…….. | 900 F |
| Pelvi- pédieux……...…….. | 2.200 F |
| Massage pour adulte/séance……...……. | 1.600 F |
| Massage pour enfant/séance…….. ……... | 500 F |
| Massage avec Vibromasseur (séance)……. | 1.600 F |
| Rééducation pour malade hospitalisé (période d'1 mois)……...…… | 3.000 F |
| Rééducation à titre externe pour indigent (toute la période)……...… | 4.000 F |
| Electrothérapie……...…. | 1.000 F |

**ACTES DE PETITE CHIRURGIE**

| | |
|---|---|
| Pansement ( période d'une semaine)……. | 1.000 F |
| Incision ……..……..…. | 1.000 F |
| Circoncision …….…… | 2.000 F |
| Mise en place d'une sonde à demeure……..... | 2.000 F |
| Lavage de sonde……..……. | 1.000 F |
| Suture……... | 1.000 F |
| Ablation…….……..… | 1.000 F |

# Rapport sur l'évaluation des services de physiothérapie

HANDICAP INTERNATIONAL
*Vivre debout*

Coordination Régionale
Afrique de l'Ouest
et du Centre
CORAOC

# RAPPORT DE L'ENQUETE MENEE A TSEVIE ET AFAGNAN

(les 05 et 11/07/07)

Photo Rozenn

Juillet 2007

Rozenn Botokro, Référente Régionale Réadaptation
et
Aboudou Biaou, Adjoint à la Référente Régionale Réadaptation

y

Sommaire

Contexte et justificatifs de l'étude……..... 3
Méthodologie……. 3
Résultats et analyse de l'enquête…… ……. 4
Présentation des enquêtés……..... 4
Les pathologies fréquemment rencontrées…….. 4
Connaissance de l'ulcère de Buruli……. 5
Connaissance et aptitudes en matière de prévention des incapacités…….. 5
Le projet thérapeutique……... 7
1. Visite des patients hospitalisés au CHR de Tsévié……. 7
2. Formation…… 8
3. Disponibilité en matériel de kinésithérapie et d'orthèse……. 8
4. Visite de l'atelier d'orthoprothèse de l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan… 9
**Conclusion…… 9**
Recommandations…… ……. 10
ANNEXES
**Annexe 1 Compilation des réponses obtenues à Tsévié et Afagnan…… …….. 11**
**Annexes 2 contenu de certaines anciennes fiches patients…….. 18**

**<u>Sigles</u>**

ATO : Assistant Technicien Orthoprothésiste

CHR : Centre Hospitalier Régional

CORAOC : Coordination Régionale Afrique de l'Ouest et du Centre

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PNLUB : Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli

UB : Ulcère de Buruli

## I Contextes et objectifs de l'étude

L'étude s'inscrit dans un projet d'appui au renforcement de la lutte contre l'ulcère de Buruli au Togo et spécialement dans la Région sanitaire Maritime.

Ainsi, dans cette région, il s'agira de mener une recherche qui permettra de connaître le jeu des acteurs, les ressources existantes et les besoins en termes de lutte contre l'UB dans la région maritime et particulièrement dans les 2 districts de santé autour des hôpitaux de Tsévié et Afagnan.

Cette étude s'inscrit dans le cadre de l'évaluation de l'ampleur de l'ulcère de Buruli dans la région sanitaire retenue en vue de la mise à jour du cadre stratégique national. L'étude portera sur l'analyse des données épidémiologiques déjà existantes et l'évaluation des besoins dans cette région en matière de lutte contre l'UB. Ces données permettront d'avoir une idée de l'ampleur de la maladie, la répartition géographique, d'évaluer les besoins et les capacités et aptitudes des professionnels pour la prévention des incapacités liées à cette pathologie.

Dans le cadre de cette large étude dirigée par le docteur Soppoh et son équipe, la référente réadaptation et son adjoint ont été missionnés pour évaluer la situation de la kinésithérapie par rapport à l'Ulcère de Buruli à Tsévié et Afagnan.

## II Méthodologie

L'enquête a été menée au CHR de Tsévié et à l'Hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan

L'outil principal qui a servi pour cette enquête a été le questionnaire. En dehors de ce questionnaire qui a été adressé spécifiquement aux kinésithérapeutes, nous avons aussi visité les patients dans leur lit d'hôpital à Tsévié afin d'avoir une idée des différents problèmes que peut rencontrer un patient atteint de l'ulcère de Buruli. Par contre à l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan il n'y avait pas de patients hospitalisés en ce moment ce qui fait que nous n'avons pas eu l'occasion d'en rencontrer un. Néanmoins nous avons pu avoir des renseignements à partir du coordinateur de cet hôpital et des dossiers d'anciens patients atteints d'UB. A part les dossiers, nous nous sommes servis aussi des registres de kinésithérapie dans les deux zones d'enquête.

L'atelier de production d'orthoprothèses de l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan a retenu aussi notre attention au cours de cette enquête.

Le PNLUB a choisi de commencer par cette région en raison des nombreux cas qui y ont été notifiés et confirmés biologiquement. L'enquête a porté sur le CHR de Tsévié et l'hôpital d'Afagnan parce qu'ils constituent les grandes structures de soins de cette région et sont les deux seules structures de santé de la région à inclure des services de kinésithérapie.

## III Résultats et analyse de l'enquête

L'enquête a été réalisée par Rozenn Botokro, la Référente Régionale en Réadaptation et Aboudou Biaou, son adjoint. Le questionnaire a été adressé spécifiquement aux kinésithérapeutes des deux zones d'enquête mais au passage une aide soignante travaillant avec les kinésithérapeutes du CHR de Tsévié et un technicien orthoprothésiste assistant croisé

dans la salle de kinésithérapie de l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan nous ont aussi donné des informations au cours de notre étude.
En tout 4 kinésithérapeutes dont 2 au CHR de Tsévié et 2 à l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan ont été enquêtés.

## 1 Présentation des enquêtés

Tous les kinésithérapeutes enquêtés ont relativement une bonne expérience sur le terrain. En effet à Tsévié le plus expérimenté aurait déjà fait 12 sur le terrain et 9 ans au CHR de Tsévié quant à son collègue du même service, il est dans sa 4ème année sur place et entre dans sa 7ème année d'expérience globale.
Le plus expérimenté de tous est un des kinésithérapeutes d'Afagnan, il a déjà fait 23 ans sur place équivalant en même temps à ses années d'expérience sur le terrain. Son collègue est dans sa 8ème année sur place correspondant aussi à ses années d'expérience.
A noter qu'ils sont tous de sexe masculin, ce qui est assez représentatif des kinésithérapeutes togolais de ces générations là.

## 2 Les pathologies fréquemment rencontrées

Différents types de pathologies sont prises en charge par les services de rééducation fonctionnelle des deux zones de l'étude. Celles les plus fréquemment citées par les kinésithérapeutes sont l'hémiplégie, les séquelles d'injection, les paralysies obstétricales du plexus brachial, les séquelles de poliomyélite, les cas traumatiques, les IMC et l'ulcère de Buruli.

Lorsque nous portons une analyse sur les pathologies qui ont été citées parmi les plus fréquentes, nous dirons que l'UB cité en tant que pathologie fréquente à Tsévié est à voir sur deux aspects. Premièrement, si nous prenons l'aspect épidémiologique vu que nous y avons rencontré les patients atteints de cette pathologie dans leur lit d'hôpital (au moins 7), nous trouvons raisonnable qu'il fasse partie des pathologies fréquemment rencontrées dans ce CHR deuxièmement sur l'aspect prise en charge en rééducation fonctionnelle il ne devrait pas être cité parmi celles considérées comme les plus fréquentes car pour le moment la prise en charge des victimes de cette maladie n'est pas encore très déterminée sur le plan organisation et communication. Cela a été pareil à Afagnan où nous n'avons rencontré aucun patient atteint d'UB alors qu'il a été considéré comme l'une des pathologies les plus fréquentes qu'ils reçoivent en rééducation fonctionnelle, même s'il aurait eu par le passé (1998-1999) un nombre assez important de personnes atteintes d'UB comme ils nous l'ont dit, ce n'est pas aujourd'hui un argument valable pour classer UB parmi les pathologies les plus fréquentes en rééducation fonctionnelle. Il s'agit là sans doute d'un biais lié au sujet du questionnaire dont les kinésithérapeutes avaient connaissance à l'avance.

Toujours à Afagnan, les séquelles de poliomyélite feraient partie des pathologies les plus fréquentes qu'ils reçoivent en rééducation fonctionnelle.
Avec l'engagement dont a fait preuve l'Etat togolais pour l'éradication de cette pathologie et la diminution effective de la polio, cet élément de réponse est à prendre avec réserve. Peut-être aussi que les séquelles d'injection sont ici confondues avec les séquelles de poliomyélite ce qui en augmenterait le nombre.

Par contre, en nous référant au registre du service de kinésithérapie de l'hôpital d'Afagnan, l'hémiplégie à elle seule couvre plus de 30% des patients reçus dans ce service. Là il est très évident que c'est la pathologie qu'ils rencontrent fréquemment dans ce service de rééducation fonctionnelle.

Partant de la visite que nous avons rendue aux personnes atteintes d'UB dans leur lit d'hôpital à Tsévié et des données recueillies sur cette pathologie, il se révèle que l'ulcère de Buruli est une pathologie très douloureuse avec des plaies étendues sur la peau et les segments de membres causant des déformations et des rétractions articulaires. Les articulations sont très fréquemment concernées tôt ou tard après l'apparition des symptômes. C'est une pathologie facilement handicapante si elle est négligée ou mal prise en charge aboutissant parfois à des amputations de membres. Quelques photos ci-dessous permettent de visualiser quelques unes des personnes visitées au cours de notre enquête.

**3 connaissances de l'ulcère de Buruli**

Tous les kinésithérapeutes enquêtés disent avoir une connaissance générale sur l'ulcère de Buruli et avoir déjà vu et même soigné des personnes atteintes de l'ulcère de Buruli.
Selon ce qu'ils en savent, l'UB est une maladie qui se manifeste physiquement par des plaies, des contractures, des cicatrices, déformations, et des raideurs articulaires et qui limite les activités des personnes qui en sont atteintes pouvant même les rendre handicapées à vie si elles ne sont pas bien prises en charge.

Notre enquête ne nous a pas permis de savoir réellement le niveau de connaissance effective de l'ulcère de Buruli des kinésithérapeutes enquêtés. Néanmoins l'observation des registres et dossiers de patients nous ont effectivement confirmés que des patients atteints de cette pathologie ont été pris en charge par les kinésithérapeutes des deux centres, plus souvent pour Tsévié, plus rarement pour Afagnan.

**4. Connaissance et aptitudes en matière de prévention des incapacités**

Les services de rééducation fonctionnelle des deux zones d'enquête disposent de registres qui servent de base de données patients.

Pour la rééducation fonctionnelle proprement dite, 07 personnes atteintes d'UB auraient été référées en 2005, 05 en 2006 et 03 en 2007 dans le service kinésithérapique du CHR de Tsévié. Par contre à l'hôpital d'Afagnan beaucoup de personnes atteintes auraient été constatées entre 1998-1999[12] et au cours de cette année 2007 seul 1 cas a été pris en charge.

Pour des actes ponctuels tels les poses d'attelles, à Tsévié :

[12] Ces personnes n'ont pas été référées aux kinés pour des actes de rééducation proprement dits.

- en 2006, 3 personnes différentes atteintes d'UB auraient bénéficié d'attelles (dont 1 en a bénéficié deux fois)
- en 2007, 2 personnes auraient bénéficié d'attelles dont une patiente de 2006 qui en a bénéficié 2 fois

2) à Afagnan seule 1 personne aurait bénéficié d'un plâtre thoraco-brachial en 2007

Nous avons pris soin de lire les dossiers d'anciens patients à Afagnan. Sur 10 dossiers lus, 5 portent sur l'articulation du genou, 2 sur le coude dont un bilatéral, 1 sur le coude et bras, 1 sur l'avant-bras et poignet et 1 autre sur le coude et genou.
On pouvait lire sur tous ces dossiers dès l'admission du patient des constatations telles que : rétraction, raideur articulaire, instabilité, genou très déformé, œdème, etc. Parmi les 10 patients dont les dossiers ont été lus et en dehors des actes chirurgicaux, 1 a bénéficié de 2 plâtres de suite, d'une orthèse de membre, de 2 chaussures orthopédiques, de 2 cannes anglaises et de 5 séances de marche. Tandis que 2 autres de ces patients ont bénéficié d'attelles avec ou sans cannes anglaises et 1 autre de mobilisations. Pour les 6 autres, le traitement s'est principalement basé sur la chirurgie sans kinésithérapie.

Il faut aussi noter que des gypsotomies (correction par plâtres successifs) ont été faits par moment à certains de ces patients.

Même si les protocoles de prise en charge kinésithérapique d'UB nous ont été énumérés par les kinésithérapeutes enquêtés, l'analyse de toutes les données et informations recueillies à partir des dossiers et entretiens laisse comprendre que les personnes atteintes d'UB ne bénéficient que trop rarement d'actes de kinésithérapie comme les mobilisations passives, et actives, l'adaptation à la vie quotidienne alors que majorité de ces patients en ont besoin, parfois même dès l'admission à l'hôpital.

Les deux services qui ont servi pour l'enquête disposent de dossiers et fiches patients.
En effet des dossiers patients et des fiches de bilans par articulations ont été donnés à chaque centre par Handicap International il y a environ deux ans. Ceux de Tsévié n'ont été remplis que pendant quelques mois avant d'être abandonnés, ceux d'Afagnan sont remplis jusqu'à ce jour mais souvent incomplets et les bilans sont rarement retranscrits et chiffrés.

Quant à la prise en charge pluridisciplinaire des personnes atteintes d'UB c'est au cours des visites générales que le médecin et son équipe décident des soins à faire à tel ou tel patient. Ces soins peuvent se faire avant ou après les pansements.

Selon les kinésithérapeutes ces soins demandent beaucoup de courage et d'énergie et disent être souvent confrontés à des difficultés telles que le manque de matériels, le non respect des consignes et de rendez-vous par les patients, la prise en charge kinésithérapique après une intervention chirurgicale sur un de ces patients.

La prise en charge kinésithérapique de tout patient en général nécessite de faire des évaluations avant et après une série de séances. Une de nos questions porte sur cet aspect de l'évaluation et sur d'autres comme la prise en charge de la douleur, de l'œdème, de la cicatrice, la confection et la pose d'attelles, l'éducation sanitaire et sur les actes de mobilisations, d'adaptation et d'entraînement aux activités de la vie courante.
Après interprétation des réponses données par les kinésithérapeutes sur ces aspects de l'évaluation et de prise en charge d'un symptôme spécifique, nous voyons que d'une façon générale ce sont des actes qui se font souvent en fonction du type de patient qu'ils reçoivent

quotidiennement ainsi tous se disent à plusieurs endroits être à l'aise pour les réaliser. Par contre ils précisent par moment que pour tel ou tel acte qui a besoin de plus de moyens soit matériels, soit humains ils y trouvent parfois des difficultés à le réaliser. Mais nous n'avons vu à aucun moment un kiné dire qu'il ne sait pas faire ceci cela ou qu'il ne se sens pas à l'aise à faire ceci ou cela, donc nous ne pouvons pas nous baser uniquement sur ces réponses pour porter un jugement ou évaluer l'aptitude de ces kinésithérapeutes à la prévention des incapacités.

Nous pensons qu'il est nécessaire d'engager une formation spécifique à « **la prise en charge et prévention des incapacités des personnes atteintes d'ulcère de Buruli** ». Même si les kinésithérapeutes connaissent leur métier, ils ne connaissent pas toutes les techniques spécifiquement liées à l'ulcère de Buruli. Ils n'ont pas bénéficié de formations continues et la formation initiale est déjà un peu loin pour certains.

## 5 Le projet thérapeutique

Les objectifs que visent les kinésithérapeutes des deux zones d'étude sont pratiquement les mêmes. En effet ils visent le soulagement du patient, la lutte contre les déformations, la prévention des contractures, l'amélioration de l'amplitude articulaire, l'autonomie du patient sa réadaptation et sa réinsertion socioprofessionnelle. Pour y arriver ils se servent des moyens tels que les mobilisations (passive, active, assistée et isométrique), les postures et attelles, la physiothérapie (infra rouge, ultra son, électrothérapie, plaque chauffante, de la glace,…) de l'ergothérapie (des gestes simples qui peuvent aider le patient dans sa vie quotidienne) et les conseils. Quant à ce qui concerne l'équipe qui concourt à la guérison du patient les personnes citées sont les kinésithérapeutes, les orthoprothésistes, les infirmiers, les médecins, l'administration de l'hôpital, la direction, l'aide soignant, les accompagnants et ou parents de patients et les ONGs.

Dans le projet thérapeutique décrit le patient n'est pas impliqué alors que c'est lui le plus concerné, d'autant plus que la plupart du temps ces patients sont des enfants. Le kinésithérapeute et/ou toute l'équipe soignante devraient les impliquer fortement dans le projet thérapeutique. C'est l'une des difficultés ou faiblesses que l'on peut noter au niveau des kinésithérapeutes.

La prise en charge kinésithérapique des personnes atteintes d'UB demande beaucoup de temps. La durée d'une séance ne diffère pas de celle d'un patient ordinaire, elle est en moyenne de 30 à 45 minutes par contre c'est le nombre de séance et le temps que prend le traitement qui sont assez importants. Tout dépend aussi de la fréquence des soins, par exemple un patient qui fait ses séances 2 fois par semaine peut aller jusqu'à 6 mois voire 1 an alors que celui qui suit des séances quotidiennes peut voir son problème résolu au bout de 1 à 2 mois selon les propos de nos enquêtés.

Vu que l'UB entraîne très rapidement des rétractions des muscles et raideurs des articulations ne serait-il mieux de prévoir de petites séances de courtes durées 20mn par exemple) que des séances de 45 minutes bihebdomadaires ? En tout cas tout dépend de la disponibilité du kinésithérapeute et de son programme.

## 6. Visite de patients UB hospitalisé au CHR de Tsévié

La visite des patients hospitalisés suite à l' UB nous a permis de tirer la leçon comme quoi il est très important et judicieux de commencer très tôt la rééducation fonctionnelle pour éviter que s'installent des déformations, raideurs et autres car il ne s'agit pas d'abord de récupérer mais de prévenir, d'éviter les déformations, les négligences de membres, les sous-utilisations et les compensations qu'on a plutôt vues chez ces patients. Tous les enfants et adultes qu'on a vus auraient besoin qu'on leur montre des exercices pour utiliser leur membre, pour l'étirer, pour le mobiliser et l'auto-mobiliser, le surélever en cas d'œdème etc.… ce qui ferait éviter des incapacités supplémentaires. Déjà on a vu des rétractions et des positions vicieuses et des sous utilisations de membres qui ne devraient pas avoir lieu.

Il y a quand même des compétences pour la réussite de ce projet seul reste un petit travail de fond au niveau des équipes soignantes.

Après les séries de séances aucun suivi formel n'est organisé car les patients viennent parfois des coins reculés de la région et même si des rendez-vous leur sont donnés, le plus souvent ils ne les respectent pas.
Parfois un suivi se fait par le chirurgien, il donne rendez-vous au patient 1 mois après sa sortie d'hôpital et fait le feedback aux kinésithérapeutes.

Quelques uns des patients hospitalisés au CHR de Tsévié suite à l'UB

**7 Formation**

Aucun des kinésithérapeutes et orthoprothésistes enquêtés n'a reçu de formation quelle qu'elle soit dans le domaine de l'ulcère de Buruli. A l'enquête nous les avons sentis demandeurs. Ainsi ils souhaiteraient avoir des formations sur la pathologie elle-même, la conduite à tenir au stade de début et à un stade avancé d'UB, les indications et contre-indications devant une personne atteinte d'UB, les différentes techniques de postures et mobilisations adaptées à l'UB, la formation à la confection d'attelles (spéciales UB) et la formation sur l'appareillage spécifique UB.

Suite à cette enquête nous trouvons judicieuse l'organisation d'une formation qui prendrait en compte les points cités par les enquêtés.

**8. Disponibilité en matériel de kinésithérapie et d'orthèse**

Les matériels en kinésithérapie sont variés selon qu'il s'agisse du CHR de Tsévié ou de l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan. Parfois ils peuvent exister en bon ou mauvais état. Pour ceux qui sont en mauvais état ou qui n'existent pas du tout, les kinésithérapeutes ont senti le besoin de les avoir. Ils ont ajouté aussi certains matériels qu'ils trouvent intéressants d'avoir. Il faut noter au passage que la CORAOC a aussi ajouté quelques uns à la liste qui lui a été présentée par le responsable de l'enquête. Tous ces nouveaux ajouts sont en bleu. Dans les colonnes **quantité-état-besoins** du tableau en annexe 1 tout ce qui est écrit en « bleu » est

commun aux deux zones d'études alors que l'écriture en police « rouge » est le besoin exprimé uniquement par les kinésithérapeutes d'Afagnan.

Table de massage + espalier vélo et déambulateurs + barres Infra rouge + table de massage+… coussin cylindrique + espalier non fixé au mur (Tsévié)
CHR –Tsévié parallèles (Afagnan) appareil d'ultrason (Afagnan)

## 9 Visite de l'atelier d'orthoprothèse de l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan

Nous avons visité lors de l'enquête à Afagnan, l'atelier de production d'appareillages orthopédiques. Vu que l'orthopédie peut être un des maillons de la prise en charge de l'UB nous avons trouvé judicieux de le faire.
Nous l'avons trouvé un peu à l'écart des autres départements de l'hôpital dans un aspect peu reluisant. Cependant, les machines-outils, même anciennes pour certaines (1978) fonctionnent de même que les fours et la machine à coudre. Différentes techniques sont utilisées et connues des techniciens comme l'utilisation du métal, du cuir, du polypropylène, du PVC et de la résine. L'activité semble actuellement assez faible et le manque de stock de matières premières (polypropylène, aluminium, PVC…) et de composants (genoux, pieds…) est flagrant. Actuellement, l'atelier s'approvisionne à la demande au CNAO de Lomé, mais cet approvisionnement reste ponctuel et dépendant des stocks du CNAO. Cet atelier fabrique des cannes anglaises pouvant être utiles pour certaines personnes. De même, si les matériaux et composants sont disponibles, cet atelier peut confectionner des orthèses suro-pédieuses, cruro-pédieuses, des prothèses tibiales et fémorales. Les techniciens de cet atelier ont bénéficié d'une formation « sur le tas » déjà ancienne. Il n'y a actuellement pas de diplômé en orthoprothèse parmi eux.

Atelier de production orthoprothèse (Afagnan) canne anglaise fabriquée sur place par les ATO

**Conclusion :**

Tout au long de cette enquête nous avons eu l'impression que les professionnels (kinésithérapeutes, aide-soignant, orthoprothésistes) ne sont pas assez impliqués dans la chaîne de prise en charge des patients atteints de l'ulcère de Buruli. Quelles raisons peuvent se cacher sous cette non implication ? La prévention des incapacités (POD) de l'ulcère de Buruli (UB) exige-t-elle des compétences que n'ont pas encore les professionnels ? Ou bien,

selon l'équipe médicale les séquelles d'UB peuvent se résorber toutes seules ? Ou encore c'est aux kinésithérapeutes de prendre l'initiative sans attendre l'avis du médecin ? Dans ce cas alors, comment se fait le suivi des autres patients différents de ceux atteints d'UB et qui ont besoin des soins de rééducation fonctionnelle ? Voilà donc tout un ensemble de problématiques auxquelles nous sommes confrontés.

Nous remercions le chef de projet UB et tous les partenaires du projet pour leur engagement et volonté pour la réussite de ce projet.

**Recommandations**

Suite au résultat du questionnaire et de nos propres observations, nous avons émis quelques recommandations pour l'intérêt des patients en général et ceux atteints de l'ulcère de Buruli en particulier.

Pour une meilleure prise en charge dans le cadre de la prévention des incapacités des personnes atteintes d'UB, nous préconisons :

- une forte implication des kinés dès l'admission du patient
- un bon travail en réseau (bonne communication entre le médecin, l'infirmier, le kiné et l'assistant social s'il en existe un pour un bon suivi pluridisciplinaire des personnes atteintes d'UB)
- une sensibilisation interne du personnel soignant à la nécessité de la prise en charge précoce en kinésithérapie même avec le pansement.
- une prise en charge le plus précocement possible en rééducation fonctionnelle
- une organisation de formation des personnes en charge de la réadaptation sur la POD des personnes atteintes d'UB avec une définition claire du contenu de cette formation, des moyens pédagogiques adaptés et un suivi des professionnels formés pour une réelle appropriation des techniques apprises dans leur pratique professionnelle. .
- une existence de fiches individuelles patients en kiné et leur tenue rigoureuse (faire des bilans pré soins, se fixer des objectifs précis, se donner les moyens pour les atteindre avant de passer au traitement proprement dit. Faire des évaluations à mi parcours pour voir l'état d'évolution et garder des traces écrites pour des feedback au médecin ou autre chargé du suivi de ces patients)
- organiser le suivi fonctionnel et réadaptatif des patients UB après la sortie du centre ou de l'hôpital
- une forte implication de la famille du patient et de son entourage si possible, sans oublier le patient lui-même en fonction de son âge, pour le bon respect des consignes de l'équipe soignante.

**Annexe 1: compilation des réponses obtenues à Tsévié et Afagnan**

**Etude des acteurs de la réadaptation, des ressources existantes et des besoins en termes de prévention des incapacités de l'ulcère de Buruli dans la zone de Tsévié et d'Afagnan (région maritime)**

**Guide d'entretien adressé aux kinésithérapeutes**

Type de structure de soins : CHR de Tsévié et d'Afagnan.☐ service de kiné et d'ortho (service d'Afagnan)…..

Enquêteurs : Aboudou et Rozenn……

Catégorie d'agent : kinésithérapeutes, orthoprothésistes assistants (techniciens formés sur le tas) et aide-soignant…….

12. Présentations d'usage, but de la mission

2 kinés sur 3 été enquêtés à Tsévié. A Afagnan l'enquête a porté sur 2 kinés et sur la visite de l'atelier de production d'orthoprothèses d'Afagnan.

13. Depuis combien d'années êtes-vous sur le terrain en tant que kiné ?

12 ans et 7 ans pour les kinés de Tsévié tandis que ceux d'Afagnan ont 23 ans d'expérience pour un et 8 ans pour l'autre.

14. Combien d'années avez-vous déjà travaillé dans votre lieu de travail actuel ?

9 ans au CHR de Tsévié pour un et 4 ans pour l'autre. Les kinés d'Afagnan y sont depuis 23 ans et 9 ans.

15. Quelles sont les 10 pathologies les plus fréquentes que vous recevez au service kiné ?

Les hémiplégiques, les séquelles d'injection, les paralysies du plexus brachial (chez les nouveaux nés), les cas traumatiques, les IMC, les séquelles de poliomyélite (à Afagnan précisement) et l'UB

16. Connaissances sur l'ulcère de Buruli

a. Avez-vous une idée sur l'UB ?
   Oui

b. Avez-vous déjà vu une personne atteinte d'UB ?
   Oui

c. Pouvez-vous nous dire un peu ses manifestations physiques ?

Plaies, contractures, cicatrices, déformations, raideurs articulaires

d. Ses conséquences sur la vie quotidienne des patients

Diminution de la condition physique, personne handicapée à vie si elle n'est pas bien prise en charge

17. Connaissances et aptitudes en matière de prévention des incapacités

a. Avez-vous un registre qui sert de base de données « patients » ?
   Oui

b. Si oui, combien de personnes atteintes d'UB vous ont déjà été référés pour la prise en charge kiné depuis que vous travaillez ici ? (sur la base du registre notez le nombre de cas par année)

Pour la rééducation fonctionnelle 07 personnes ont été référées en 2005, 05 en 2006 et 03 en 2007 pour le compte du CHR de Tsévié. Par contre à l'hôpital d'Afagnan beaucoup de personnes atteintes ont été constatées entre 1998-1999[13] et qu'au cours de cette année seul 1 cas au été constaté.

Pour des actes ponctuels (pose d'attelles par exemple) à Tsévié

- en 2006, 3 personnes différentes atteintes d'UB auraient bénéficié d'attelles (dont 1 en a bénéficié deux fois)
- en 2007, 2 personnes auraient bénéficié d'attelles dont une patiente de 2006 qui en a bénéficié 2 fois

Pour les mêmes actes à Afagnan seul 1 cas précis aurait bénéficié d'un plâtre thoraco brachial en 2007

c. Dites-nous les protocoles de prise en charge kiné d'une personne atteinte d'UB ?

Bilan kiné, traitement (mobilisation active, passive, assistée, contraction isométrique), école de marche, activités d'adaptation, plâtres de correction successifs, attelle orthopédique rigide

d. Existe-t-il des fiches de bilan pour les cas de patients que vous recevez ? (exemple de fiches à voir)

Des dossiers patients et des fiches de bilans par articulations ont été données à chaque centre par Handicap International il y a environ deux ans. Ceux de Tsévié n'ont été remplis que pendant quelques mois avant d'être abandonnés, ceux d'Afagnan sont remplis jusqu'à ce jour mais souvent incomplets et les bilans sont rarement retranscrits et chiffrés.
A Tsévié, il en existe, assez bien remplies par le passé mais qui ne sont plus remplies un peu pareil pour Afagnan.

e. Dites-nous un peu comment se fait la prise en charge pluridisciplinaire (médecin, infirmier, kiné, autres…) des personnes atteintes d'UB

Le médecin envoie les patients, (avant ou après le pansement de l'infirmier) en kinésithérapie C'est au cours des visites générales que se font les discussions entre le médecin et les kiné à propos du suivi de ces patients.

f. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge kiné des personnes atteintes d'UB ?

- Manque de matériels
- Malades non disciplinés (non respect des consignes, difficultés de respecter les rendez-vous
- Difficile parfois de prendre en kinésithérapie après chirurgie
- Le suivi d'UB a besoin de beaucoup de courage et d'énergie

g. Remplir le tableau suivant

[13] Ces personnes n'ont pas été référées aux kinés pour des actes de rééducation à proprement dits.

| | **A quelle fréquence ?** | | | | **comment vous sentez-vous ?** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tous les jours | souvent (au moins une fois par semaine) | Pas très souvent (au moins une fois par moi) | Rarement (moins d'une fois par moi) | Je me sens à l'aise | Je ne me sens pas très à l'aise | Je ne me sens pas du tout à l'aise |
| Evaluation pré et post soins kiné | x[14] | x | x | | x | | |
| Education sanitaire (conseils à donner aux patients) | x | | | | x | | |
| Lutte contre l'œdème | x | | | x | x | | |
| Mise en position, confection et pose d'attelles | | x | | | x (avec aide)<br>x | | |
| Prise en charge de la douleur | | x | | | x | x | |
| Prise en charge des cicatrices | | x | x | | x | x | |
| Exercices et activités (mobilisation passive, active, assistée, exercices isométriques) | x | | | | x | x(en cas de plaies ou de douleur<br>x(mobilisation passive) | |
| Adaptation et entraînement aux activités de la vie courante (apprendre à un patient à marcher avec des cannes anglaises, écriture,…) | | x | x | | x | x (s'il y a autres moyens pour faire mieux<br><br>x (au cas où il n'y a pas de moyens) | |

h. Que comporte votre projet thérapeutique pour UB ?

i. quel but recherchez-vous ?

- soulager
- lutter contre les déformations
- prévention des contractures
- amélioration de l'amplitude articulaire
- rendre autonome
- réadaptation (faire retrouver au patient ses fonctions pour sa réinsertion socioprofessionnelle)

ii. quelles méthodes utilisez-vous ?

- mobilisations (active, passive, assistée, isométrique)
- postures, attelles
- ergothérapie (tout ce qui peut aider le patient dans sa vie quotidienne)
- physiothérapie (infra rouge, vessie de glace, plaque chauffante, ultrason, électrothérapie,…)
- conseils

iii. Qui concourent à la guérison du patient ?

[14] Les réponses données par les kinés d'Afagnan lorsque celles-ci sont différentes de celles déjà évoquées par les kinés de Tsévié. Ce sera pareil par moment pour la suite du document.

- Kinés, orthoprothésistes, infirmiers, médecins, l'administration de l'hôpital, la direction, l'aide soignant
- Les accompagnants et ou parents de patients
- Les ONGs

i. Combien de temps à peu près peut prendre la prise en charge kiné d'une personne atteinte d'UB ? (durée d'une séance, nombre de séances, durée du traitement)

- Durée d'une séance = 30-45mn
- Nombre de séances et durée du traitement = 2 fois par semaine en moyenne et durant 6 mois à 1 an ou séances quotidiennes durant 1 à 2mois (10 séances renouvelables)

j. Comment se fait le suivi des cas après la série de séances ?

Pas de suivi formel car les patients viennent parfois des coins reculés de la région et même si les rendez-vous leur sont donnés, le plus souvent ils ne les respectent pas.
Parfois le suivi se fait par le chirurgien. 1 mois après la sortie de l'hôpital il revoie le patient.

7. Besoins en formation

a. Avez-vous reçu une formation à la prise en charge des cas d'UB ?

Aucune formation spéciale reçue sur UB

b. Si oui, quel type de formation ?

c. Si non, en quoi souhaitez-vous spécifiquement avoir un appui pour une meilleure prise en charge kiné des cas d'UB ?

- Formation sur la pathologie
- Formation à la prise en charge kiné (mobilisation passive, nouvelle technique de confection d'attelle)
- Formation sur l'appareillage spécifique UB

d. tableau de synthèse

| Catégories | Nombre | Type de Formation reçu sur UB | Besoins complémentaires pour activités UB |
|---|---|---|---|
| Kinésithérapeutes<br><br>Orhoprothésistes assistants<br><br>Aide soignant | 4 kinés<br><br>2 orthoproth assistants<br><br>1 aide-soignant enquêtés | Aucune | - Formation à la pathologie<br><br>-Conduite à tenir stade de début d'UB<br><br>- Conduite à tenir à un stade avancé<br><br>- indications et contre-indications devant une personne atteinte d'UB<br><br>-Différentes techniques de postures et mobilisations adaptées à UB<br><br>-Formation à la confection d'attelles (spéciales UB)<br><br>-Formation sur l'appareillage spécifique UB |

**Tableau 3 : Disponibilité en matériel de Kinésithérapie et atelier d'orthèse**

| N° | Matériel | Quantité | Etat | Besoins |
|---|---|---|---|---|
| | Table de kiné standard | 2<br>04 | Bon<br>Acceptable | Non<br>Table manipulable |
| 1 | Espalier | 2 pas fixés<br>1 fixé | Bon | A fixer au mur<br>+ 1 |
| 2 | Cage de Pouliethérapie | 0 | | Oui |
| 3 | Escalier | 0<br>1 | <br>Fixe et bon | Oui<br>non |
| 4 | Soulier quadriceps (Botting) | 0 | | Oui |
| 5 | Poulies | 0 | | Oui |
| 6 | Filins (corde nylon) | 0 | | Oui |
| 7 | Tendeur en bois | 0 | | Oui |
| 8 | Mousqueton | 0 | | Oui |
| 9 | Crochet en S | 0 | | Oui |
| 10 | Poignées | 0 | | Oui |
| 11 | Goniomètre (petite et grande taille) | 2 petits | Bon | 2 grands |
| 12 | Medecine Ball (2kg,3kg,4kg) | 2 de 4 kg<br>3 | Bon<br>1 bon<br>2 mauvais | 1 de 2kg +1 de 3kg<br>Remplacer les 2 mauvais |
| 13 | Séries de poids (1kg,2kg,3kg,4kg,5kg) pour pouliethérapie | 0 | | 1 série |

mm

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 14 | Fauteuil roulant | 0<br>2 | <br>Bon | 2<br>+2 |
| 15 | Cannes anglaises | 1 paire | Passable | 3 +10 |
| | Barres parallèles<br>réglage hauteur : de 75cm à 105 cm<br>réglage larg : de 36 cm à 84 cm<br>long 350 cm ou long 250 cm | 0<br><br>1 adulte<br>1 enfant | <br><br>Bon<br>mauvais | 1 de 350cm +<br>1 de 250 cm<br><br>1 enfant |
| | Miroir sur roulette<br>Larg 100cm haut 170 cm | 1<br>2 pas sur roulette | Bon<br>1 bon<br>1 mauvais | 1<br><br>1 sur roulette |
| | Plateau d'équilibre (long 40cm, large 32, ht 10 ou 5,5) | 1 rond +<br>1 rectangulaire<br>0 | Bon | Non<br><br>Les 2 tailles |
| | Sac de sable (une série de 12 de 250g à 5kg) | 0 | | 1 série |
| | Pèse-personne | 0 | | 1 ou 2 |
| 16 | Ballon gymnique 85 | 1<br>0 | bon | 1 autre taille<br>2 de différentes tailles |
| 17 | Coussins rectangulaires 50*40*10 | 0 | | 2 les 3 |
| 18 | Coussins cylindriques 50*10 | 2 grands +<br>2 petits<br>2 | Bon<br>Mauvais | <br>2 petits<br>Non |
| 19 | Coussins triangulaires | <br>1 | <br>Bon | <br>+2 |
| 20 | Déambulateurs avec roulettes | 2 pour enfants<br>1 pour adultes | Bon<br>Bon | Non<br>Non |
| | Déambulateurs sans roulettes | 1 adulte<br>3 | Mauvais<br>Bon | 1 adulte<br>1 pour enfant |
| 21 | Vélo | 0<br>1 | <br>Bon | 2<br>+1 avec accroche pied |
| 22 | Hand grip | 0<br>1 | <br>Bon | 4<br>+2 |
| 23 | Trampoline d'équilibre | 0 | | 2<br>1 |
| | Tensiomètre | 0 | | 1 |
| | Infra rouge | 1 fixe | Bon | +1 portatif |
| | Tens | 1 | Bon | +2 |
| | Appareil d'électrothérapie | 1<br>0 | Mauvais | 1<br>2 |
| | Sonothérapie | 1 | Mauvais<br>Passable | 1 |
| | | | | |
| *24* | *PVC* | | | |
| *25* | *Mousse* | | | |
| *26* | *Colle forte* | | | |
| *27* | *Fer* | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *28* | *Scie à fer* | | | |
| | *scie oscillante* | 1 | Mauvais<br>Passable | 1<br>+1 |
| | *bandes plâtrées* | | | oui |
| *29* | *Pince à rivet* | | | |
| *30* | *Lime fer* | | | |
| *31* | *Perceuse électrique* | | | |
| *32* | *Ciseau* | | | |
| *33* | *Marteau* | | | |
| *34* | *Pince* | | | |
| *35* | *Paire de gants de jardinage* | | | |

NB : Il faut noter au passage que la CORAOC a aussi ajouté quelques uns à la liste qui lui a été présentée par le responsable de l'enquête. Tous ces nouveaux ajouts sont en bleu. Dans les colonnes quantité-état-besoins du tableau en annexe 1 tout ce qui est écrit en « bleu » est commun aux deux zones d'études alors que l'écriture en police « rouge » est le besoin exprimé uniquement par les kinésithérapeutes d'Afagnan.

**Annexe 2 contenu de certaines anciennes fiches patients**

Tsévié

**1er cas**

Age :1-4ans
Sexe : masculin
Provenance : Gamé
Diagnostic médical : UB raideur du genou gauche
Traitement kiné : attelle et rééducation fonctionnelle

**2ème cas**

Age : 5-14 ans
Sexe : masculin
Provenance : Tchokopé
Diagnostic médical : UB raideur du poignet
Traitement kiné : rééducation fonctionnelle du poignet droit

**Afagnan**

**1er cas**

Age : 11 ans

Sexe : féminin

Provenance : Bikpassiba

Entrée : 28/04/99

Sortie : 26/08/99

Diagnostic médical : UB rétraction totale du genou droit + ostéoarthrite

Traitement médical :

10/05/99 chirurgie + plâtre

27/05/99 chirurgie

04/06/99 greffe

16/06/99 greffe

02/07/99 greffe

Traitement kiné :

11/06/99 plâtre cruropédieux

26/06/99 1 paire de cannes

08/07/99 prescription de la marche

23/07/99 attelle

19/08/99 instabilité genou très déformé

21/08/99 chirurgie genou

**2ème cas**

Age : 6ans

Sexe : féminin

Entrée : 19/07/05

Sortie : 15/09/05

Provenance : Tchékpo

Diagnostic : UB creux poplité gauche

Traitement :

20/07/05 chirurgie

01/08/05 chirurgie

08/08/05 attelle membre inférieur

10/08/05 greffe

02/09/05 greffe

**3ème cas**

Age : 11 ans

Sexe : M

Entrée : 09/08/05

Sortie : 02/11/05

Provenance : Tchékpo

Diagnostic : UB coude bras droits + main gauche

Traitement :

29/08/05 décapage et suspension main droite

03/10/05 décapage doigts

**4ème cas**

Age : 13 ans

Sexe : M

Entrée : 20/09/00

Sortie : 06/01/01

Provenance : Alédjo

Diagnostic : rétraction et raideur du genou avec asymétrie des 2 MI

Traitement

25/09/00 Chirurgie + culotte plâtrée

24/11/00 chirurgie + plâtre pour raideur genou droit (gypso progressive)

31/10/00 prescription de 5séances de physiothérapie

04/11/00 physiothérapie : marche

29/11/00 gypso flexion+

05/12/00 gypso

12/12/00 ablation plâtre et mobilisation

14/12/00 gonarthrite : 1 orthèse de marche, 2 chaussures orthopédiques, 2 cannes anglaises 2 plâtres et physiothérapie.

**5ème cas**

Age : 10 ans

Sexe : M

Entrée : 01/01/02

Sortie : 23/02/02

Provenance : Esse-Ana

Diagnostic : UB bras droit + jambe droite

Traitement : médicamenteux

**6ème cas**

Age : 13 ans

Sexe : M

Provenance : Ahépé

Entrée : 07/01/06

Sortie : 07/02/

Diagnostic : ulcération genou droit

Traitement :

09/01/06 chirurgie

01/02/06 biopsie

**7ème cas**

Age : 7ans

Sexe : M

Entrée : 13/07/00

Sortie : 13/02/01

Provenance : Adangbé

Diagnostic : UB

Traitement :

17/07/00 décapage + excision

08/09/00 greffe

01/12/00 ankylose des 2 coudes mobilisation et flexion complète du coude droit et flexion partielle du coude gauche –plâtre brachio-antibrachéal

13 et 16/12/00 gypso

02/01/01 deux séances de physiothérapie par jour.

**8ème cas**

Age : 6ans

Sexe : M

Entrée : 14/08/00

Sortie : 28/10/00

Provenance : Kouvé

Diagnostic : UB avant-bras et main droit

Traitement :

18/08/00 greffe

21/08/00 décapage

01/09/00 curetage + décapage

06/09/00 greffe

**9ème cas**

Age : 11 ans

Sexe : M

Provenance : Tchékpo

Entrée : 24/03/05

Sortie : 23/06/05

Diagnostic : UB du coude + bras droit

Traitement : décapage

09/06/05 raideur kinésithérapie à envisager

**10ème cas**

Age :13 ans

Sexe : M

Provenance : Ahépé

Entrée :02/2005

Sortie : 09/06/05

Diagnostic : UB - raideur du genou

Traitement : médicamenteux et chirurgical

# Rapports des focus group

**HANDICAP INTERNATIONAL**

# RAPPORT DE FOCUS GROUPE REALISE LE 05 JUILLET 2007 AVEC L'EQUIPE DE PRISE EN CHARGE DE L'ULCERE DE BURULI AU CHR DE TSEVIE

**RAPPORT REDIGE PAR :**
L'animateur de focus groupe
LOUTOU Tata Yao
TSGS DE SANTE PUBLIQUE
POPULATION DEVELOPPEMENT

**Lomé, juillet 2007**

## INTRODUCTION

Le rapport de focus groupe réalisé à Tsévié le 05 juillet 2007 avec l'équipe de prise en charge de l'UB au CHR de Tsévié se situe dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique national de lutte contre l'UB au Togo. Ce rapport est le produit de la synthèse des notes prises et du décryptage de l'enregistrement des cassettes effectué pendant l'animation. Les différentes réponses suivantes ont été données aux questions posées aux participants lors de ce focus groupe.

### 1) CONNAISSANCES SUR L'ULCERE DE BURULI

#### a. Qu'est-ce que c'est que l'Ulcère de Buruli

L'UB, est une affection causée par un mycobactérum ulcerans . C'est une affection de la peau invalidante qu'on retrouve dans les zones inondées. C'est une maladie émergeante dont la prise en charge a commencé au CHR de Tsévié en 2002 après une formation à Cotonou au Benin. C'est une affection liée à la profession car elle attaque les personnes qui travaillent dans les zones marécageuses, les rieières par exemple. Elle est indolore ce qui retarde sa prise en charge. C'est une maladie des populations pauvres. Les symptômes couramment observés sont les nodules donnant des ulcères, des œdèmes et des plaques.

#### b) Quelle est l'appellation locale de cette maladie ?

- **ABIMAKOUMAKOU** (plaie incurable**)**
- **PELAN (**maladie qui dure longtemps pendant des années**)**

#### c) Avez-vous déjà vu un cas d'UB ?

Oui nous avons vu plusieurs cas
En ce qui concerne l'ampleur de la maladie, 9 cas sont hospitalisés actuellement**.** La maladie attaque les hommes comme les femmes, mais elle est fréquente chez les enfants de moins de 15 ans.
En matière de perception de la maladie par la population elle pense que ce n'est pas une maladie clinique et que cette affection est liée à l'envoûtement. C'est cette raison qui explique la perte de temps avant d'arriver à l'hôpital dans un état très avancé de la maladie.

#### d) Que savez-vous des modes de transmission de l'UB ?

La contamination a lieu dans les zones inondées. Les paysans dans les rizières rentrent en contact de la boue qui renferme les germes de cette maladie où ils se contaminent

#### e) Que pense la population des modes de transmission de l'UB ?

La population pense que cette maladie est transmise par envoûtement.

#### f) Quelles sont les manifestations cliniques de l'UB ?

Les manifestations cliniques de l'UB se traduisent par les nodules qui deviennent des ulcérations c'est à dire de grandes plaies .
On peut également observer des plaques, des œdèmes et atteintes osseuses.

#### g) Comment se fait la confirmation biologique de l'UB ?
#### Quels sont les modes de prélèvement pour les confirmation biologique de l'UB ?

Oui nous avons demandé, effectué nous-même les prélèvements à l'écouvillonnage.
Sur les 9 cas actuels, deux seulement sont positifs mais il faut remarquer que tous les neuf cas présentent les signes cliniques de l'UB. L'écouvillonnage est effectué pour le texte ZN.
Les difficultés liés au diagnostic biologique sont **:**

- La douleur ressentie par les malades
- L'inexistence de salle spéciale de prélèvement qui a pour conséquence le prélèvement au lit du malade.
- Insuffisance de matériel de prélèvement ce qui conduit à un besoin en matériel de prélèvement pour un bon diagnostic.
- Les malades arrivent toujours dans un état tardif ce qui ne permet pas d'utiliser les autres techniques comme l'aspiration à l'aiguille fine. Nous recherchons toujours une petite ulcération pour faire l'écouvillonnage.

**h) Avez-vous une fois demandé, effectué ou participé à un prélèvement en vue de la confirmation biologique d'un cas de l'UB** ?
**si oui décrire les circonstances du prélèvement et le nombre de fois, les difficultés et les résultats**
**Si non dire pourquoi** ?

En dehors du chirurgien, de l'Assistant Médical ayant en charge le programme de l'UB ,deux autres agents ont participés au prélèvement mais il ne l'ont pas effectué eux-mêmes.

**i) Avec quoi on ne doit pas confondre l'UB ?**

Il ne faut pas confondre l'UB avec les affections suivantes :

- Brûlure de troisième degré
- Plais infectées
- L'ulcère chronique de jambe
- Erysipèle
- Oedèmes rénales ou cardiaque
- Un abcès
- Les furoncles
- L'ezéma
- Mycoses cutanées
- La lèpre

**j) Quelles sont les modalités de traitement de l'UB ?**

Les modalités de traitement de l'UB sont :

- Médicale : Bithérapie à la rifamycine et à la streptomycine pendant quatre semaines
- Chirurgicale : consiste au décapage, à l'excision et à la greffe cutanée
- Physiothérapie ou rééducation fonctionnel :

Les kinés participent au pansement mais pas très souvent. Le consultant propose d'associer Les kinés au pansement, car de la qualité du pansement dépendra un bon résultat.
Un mauvais pansement peut faciliter de mauvaise position des doigts ou de la mains à la guérison. Ainsi un bon pansement éviterait une rééducation après la guérison avec des séquelles.

**k) Quelles sont les complications à craindre devant un cas d'UB ?**

Les complications à craindre en cas d'UB sont les suivantes :

- La surinfection

- La septicémie
- L'impotence des membres affectés ou l'invalidité
- L'imputation
- La raideur
- L'anémie
- La dénutrition  Les complications socio-économiques

**l) Qu'est-ce que le BU01 et BU02 ? A quoi servent – ils ?**

Les participants n'ont aucune idée et ne connaissent pas le BU01 et BU02, sauf une personne en la personne de l'Assistant Médical chargé de l'UB qui a déclaré que se sont des supports d'enregistrement de la maladie.

**2) PRISE EN CHARGE  DE L'UB ?**

**à) Avez-vous déjà soigné (ou participé) aux soins d'un malade d'UB ?**

Oui nous  avons participé au bain de plaie  et utiliser à cet effet la bétadine .  l'eau oxygénée, le dakin et  effectuer le pansement .
En matière d'administration de la bithérapie, nous prenons le poids du patient car la bithérapie s'administre en fonction du poids. Nous effectuons aussi la prise en charge  alimentaire.
L'administration de la bithérapie  est supervisée et le résultat est probant.

**3) EST-CE QUE VOUS EFFECTUEZ OU PARTICIPEZ A DES ACTIVIES DE DEPISTAGE ?**

Oui  le dépistage passif est assuré en consultation. Mais il faut remarquer qu'en 2006 une activité de dépistage a été organisée par la direction et a consistée à sillonner toute la région pour dépister les cas. Au cours de cette activité 25 malades ont été dépistés mais  il n'y a pas eu de suivi car c'était une activité spontanée.
L'activité de dépistage  de routine n'est pas effectuée mais elle est possible si les moyens sont disponibles. Le souhait des participants à ce focus groupe est de mettre en place un réseau de dépistage avec les infirmiers chefs de poste et avec la contribution du contrôleur Lèpre Tuberculose Ulcère de Buruli . Il faudrait associer dans ce  réseau  les ONG/Associations et les relais communautaires pour une référence des cas au CHR de  Tsévié afin d'une meilleur prise en charge.

**4) COMPETENCES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'UB**

**a) Avez-vous reçu une formation au diagnostic et/ou la prise en charge de l'UB ?**

Le chirurgien est formé à la prise en charge. L'assistant Médical chargé de l'UB au CHR de Tsévié après une autoformation a reçu un renforcement de compétence pendant cinq jours à Kpalimé qui est resté sans suivi.
Une autre formation a été organisée par le CHR de Tsévié pendant une journée à l'intention du personnel.
Beaucoup d'agents restent sans formation, alors le souhait des participants c'est que les différentes catégories de prestataires  soient formés de même que les chefs de village, les relais communautaires, les Enseignants, les membres des ONG/Association.

**a) Avez-vous des aptitudes à la chirurgie ? (Principaux actes en matière d'UB à savoir : excision, suture, greffe, correction des séquelles …..)**

L'Assistant Médical chargé de l'UB et le chirurgien ont des aptitudes et peuvent assurer les tâches suivantes :

- Excision
- Greffe

Toutes ces aptitudes ont été maîtrisées sur le tas sans formation académique. La correction des séquelles est assurée par les kinés.

**5) Savez-vous effectuer :**

**a) Un écouvillonnage ?**
**b) Une biopsie par punch ?**
**c) Aspiration à l'aiguille fine ?**
**d) Savez-vous pratiquer la confection et la lecture d'une lame de ZN en vue de la recherche des BAAR (même pour la tuberculose ?**

- Seulement l'écouvillonnage est effectué. La biopsie est faite de façon exceptionnelle mais elle n'est pas traitée sur place.

**6) CONNAISSANCES ET APTITUDES EN MATIERE DE PREVENTION DES INVALIDITES**

**a) Quelles sont les techniques appliquées**

- **Mobilisations passives**
- **Mobilisations actives**
- **Postures**
- **Exercices fonctionnels**
- **Entraînement à la marche**

**b) Evaluation fonctionnelle**
**c) Evaluation de la douleur**
**d) Fabrication des orthèses**

Cette question sera prise en compte au niveau des kinés.

**7) BESOINS EN FORMATION DES AGENTS**

Les besoins en formation des agents se résume par le tableau ci-dessous

| **Catégorie professionnelle** | **Type de formation** |
|---|---|
| Médecin chirurgien | Prise en charge clinique et chirurgicale |
| Médecin généraliste | Diagnostic |
| Assistants médicaux | Diagnostic et prise en charge |
| Infirmiers | Pansements et rééducation |
| Aides,soignants,enseignants,relais communautaires | Dépistage |
| Techniciens de Laboratoire | Confirmation biologique |
| Kinésithérapeutes | Rééducation fonctionnelle |
| Contrôleurs lèpre tuberculose, UB | Dépistage, prise en charge |

## 8) BESOINS PRIORITAIRES

Les besoins prioritaires se résument au **:**

**Matériel**

- Boite d'excision
- Boite de greffe (seule deux boites existent actuellement)
- Boite de pansement
- Matériel de labo et de dépistage

**Médicaments**

- Antiseptique, compresse, gants
- Produits pour l'anesthésie
- Réactifs pour le laboratoire

## 9) RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTS

lLes participants au focus groupe recommandent ce qui suit :

- Mener une enquête sociale afin de demander une contribution aux malades qui ont les moyens
- Instaurer un recyclage périodique des prestataires pour une meilleure prise en charge après le dépistage
- Créer une unité bien construite et équipée pour la prise en charge de l'UB
- Assurer un renforcement de compétence pour une meilleure prise en charge des cas d'UB
- Prévoir une motivation pour les prestataires.

**HADICAP INTERNATIONAL**
**LOME**

# RAPPORT DE FOCUS GROUP REALISE LE 06 JUILLET 2007 AVEC LES ICP DU DISTRICT SANITAIRE DE ZIO

**RAPPORT REDIGE PAR :**
L'animateur du focus groupe E
LOUTOU Tata Yao
TSGS DE SANTE PUBLIQUE POPULATION DEVELOPPEMEN T

**Lomé juillet 2007**

## INTRODUCTION

Le rapport de focus groupe réalisé à Tsévié le 06 juillet 2007 avec les Infirmiers Chef de poste du District Sanitaire de ZIO se situe dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique national de lutte contre l'UB au Togo. Ce rapport est le produit de la synthèse des notes prises et du décryptage de l'enregistrement des cassettes effectué pendant l'animation. Les différentes réponses suivantes ont été données aux questions posées aux participants lors de ce focus groupe

### 1- CONNAISSANCES SUR L'ULCERE DE BURULI

#### a) Qu'est-ce que c'est que l'Ulcère de Buruli

L'ulcère de Burili est une plaie qu'on observe sur n'importe quelle partie du corps. C'est une affection incurable, invalidante causée par le Myco bactérium ulcérans. Cette maladie attaque les plus jeunes qui s'amusent beaucoup dans les marécages. Elle s'attrape dans les marécages et dans la boue.

#### b) Quelle est l'appellation locale de cette maladie ?

Dans nos milieu l'ulcère de Buruli est appelé Abimakoumakou ou plaie incurable. L'ulcère de Buruli est appelé encore EPELAN ou plaie incurable qui dur longtemps c'est-à-dire plusieurs années.

#### c) Avez-vous déjà vu un cas d'UB ?

Oui nous avions déjà vue plusieurs cas de l'ulcère de Buruli au CHR de Tsévié qui est l'hôpital de référence de cette maladie .Nous avions déjà observé des cas d'UB à EWLI, ALOKOEGBE

#### d) Que savez-vous des modes de transmission de l'UB ?

L'ulcère de Buruli s'attrape par des germes qui vivent dans la boue, dans les rizières par contact direct avec ces bactéries ou germes

##### a. Que pense la population des modes de transmission de l'UB ?

La population pense que c'est une maladie qui se transmet par envoutement ;

##### b. Quelles sont les manifestations cliniques de l'UB ?

Les manifestations cliniques d'après les participants sont les suivants :

- Nodule
- Modification de couleur de la partie
- Papule
- Plaque
- Œdèmes
- Ulcère

Ces signes sont souvent indolores.
Il faut remarquer qu'une correction a été apportée à la fin de la séance sur les manifestations cliniques par le consultant.

**e)– Comment se fait la confirmation biologique de l'UB ?**

La confirmation biologique de l'ulcère de Buruli ce fait au laboratoire après prélèvement des secrétions aux abords des plaies et suit les étapes suivantes :

- Examen direct
- PCR
- Histopathologie
- Culture

.

**f) Quels sont les modes de prélèvement pour la confirmation biologique de l'UB ?**

Les agents participants à ce focus groupe n'ont jamais effectué de confirmation biologique

- **Avez-vous une fois demandé, effectué ou participé à un prélèvement en vue de la confirmation biologique d'un cas de l'UB ?**
- **si oui décrire les circonstances du prélèvement et le nombre de fois, les difficultés et les résultats**
- **Si non dire pourquoi ?**

Les agents n'ont jamais demandé effectué et non jamais participé à un prélèvement pour une confirmation biologique car la prise en charge des cas d'UB se fait au CHR de Tsévié.

**h) Avec quoi on ne doit pas confondre l'UB ?**

On ne doit pas confondre l'UB avec les affections suivantes :

- Erysipèle
- Ulcère chronique de la jambe
- Gangrène
- Lèpre
- Pian

**h) Quelles sont les modalités de traitement de l'UB ?**

Les modalités de traitement de l'UB se présente en deux phases (prévention et traitement proprement dite)

PREVENTION

- Sensibilisation de la population des enfants pour réduire le temps de séjour dans la boue ou les marécages.

TRAITEMENT MEDICAL

- La bithérapie (ryfamicine plus streptomicine pendant quatre semaines)

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Excision
- ablation de nodule

TRAITEMENT NUTRITIONNEL

Une bonne alimentation est indispensable car les organes et les tissus doivent se reconstituer car ils ont besoins des éléments vitaux.

**i) Quelles sont les complications à craindre devant un cas d'UB ?**

Les complications à craindre devant un cas d'ulcère de buruli sont les suivantes :

- Ankylose
- Invalidité
- Amputation
- Déformation des membres
- Surinfection entrainant le décès

**j) Qu'est-ce que le BUO1 et BU02 ? A quoi servent – il ?**

**L**es BU01 et BU02 ne sont pas connu des participants infirmiers chefs de poste des USP de district de ZIO

**2) PRISE EN CHARGE DE L'UB ?**

**à) Avez-vous déjà soigné (ou participé) aux soins d'un malade d'UB ?**

Non, les activités de soins à des malades d'UB n'ont jamais été menés par les ICP car, la prise en charge se fait au CHR de Tsévié . Le rôle des USP étant de référer les cas

**3) EST-CE QUE VOUS EFFECTUEZ OU PARTICIPEZ A DES ACTIVIES DE DEPISTAGE ?**

- Oui une seule personne a participé à l'activité de dépistage organisé par le CHR de Tsévié, il s'agit du contrôleur Lèpre Tuberculose , Ulcère de Buruli du district de Zio

Au cours de ce dépistage les activités suivantes ont été menés :

- Recensement de toutes les plaies
- Validation des cas d'UB
- Les cas validés sont reférés au CHR de Tsévié

Un cas d'UB à BAAR à été confirmé parmi les référés provenant de la localité de Gati

L'activité de dépistage n'est pas souvent organisée, donc les ICP ne maîtrisent pas cette activité

**4) COMPETENCES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'UB**

**a) Avez-vous reçu une formation au diagnostic et/ou la prise en charge de l'UB ?**

Les infirmiers chefs de poste du district sanitaire de Zio ne sont pas formés en matière de l'Ulcère de Buruli , sauf le contrôleur Lèpre Tuberculose
La proposition des participants c'est de former les ICP afin qu'il prennent le relais au niveau des USP et assurer le dépistage actif.

**b) Avez-vous des aptitudes à la chirurgie ? (Principaux actes en matière d'UB à savoir : excision, suture, greffe, correction des séquelles …..)**

Oui nous avons des aptitudes en chirurgie d'après le contrôleur lèpre Tuberculose Ulcère de Buruli , mais seuls les chirurgiens sont autorisés à pratiquer cette compétence. J'ai assister une fois à la prise en charge chirurgical, je peux également prévenir les invalidités mais c'est le travail des Kiné**.**

**5) Savez-vous effectuer :**

**a) Un écouvillonnage ?**
**b) Une biopsie par punch ?**
**c) Aspiration à l'aiguille fine ?**

Seul le contrôleur Lèpre Tuberculose maîtrise l'écouvillonnage mais il ignore les autres techniques.

Les ICP n'ont aucune idée de ces trois techniques

**d) Savez-vous pratiquer la confection et la lecture d'une lame de ZN en vue de la recherche des BAAR (même pour la tuberculose ?**

Le contrôleur Lèpre Tuberculose maîtrise parfaitement la confection et la lecture d'une lame ZN en vue de la recherche des BARR .
Alors que les ICP ne connaissent rien de cette technique

**6) CONNAISSANCES ET APTITUDES EN MATIERE DE PREVENTION DES INVALIDITES**

**a) Quelles sont les techniques appliquées**

- **Mobilisations passives**
- **Mobilisations actives**
- **Postures**
- **Exercices fonctionnels**
- **Entraînement à la marche**
- **Evaluation fonctionnelle**
- **Evaluation de la douleur**
- **Fabrication des orthèses**

Le contrôleur Lèpre Tuberculose Ulcère de Buruli possède des aptitudes en matière de prévention des invalidités mais il affirme que c'est le travail des Kiné et de Orthopédistes .

Les ICP n'ont pas d'aptitudes en matière de prévention des invalidités.

## 7) BESOINS EN FORMATIONS DES AGENTS

Les besoins en formation des agents se résume par le tableau ci-dessous.

| **Catégorie professionnelle** | **Type de formation** |
|---|---|
| ICP | Dépistage des cas |
| Relais communautaire | Détection active des cas |
| Equipe cadre de district | Suivi/supervision de l'UB, dépistage actif |
| Technicien de laboratoire | Confirmation biologique |
| ONG/Association | Dépistage des cas |
| Enseignant, Pasteur, Encadreur agricole, chef du village | Dépistage des cas |

## 8) QUELS SONT VOS BESOINS PRIORITAIRES

Les besoins prioritaires des participants au focus groupe sont :

- Moyens de déplacement (moto, carburant, collation)
- Moyen pouur la prisqe en charge des cas (matériel de pansement)
- Formation des différentes catégories du personnel de santé
- Support de communication

## 9) RECOMMANDATIONS

- Les activités proposées dans le cadre de ce focus groupe pour la lutte contre l'UB doivent être effectives .
- Qu'on tiennent compte des propositions faites par les participants lors de cette animation
- réaliser le financement des activités du programme par exemple le suivi décentralisé
- mieux organiser les références des cas des USP vers le CHR de Tsévié
- Trouver un moyen pour agir efficacement sur les refus d'hospitalisation Exemple la police sanitaire.

## Quelques images

Image 7 : Patients vu en hospitalisation au CHR de Tsévié

Image 8 : Patientes présentant des Handicaps multiples du fait de l'UB, rencontrées respectivement à Wli Mivakpo et Alokoégbé

Image 9 : groupe électrogène du CHR de Tsévié

Image 10 : Module de stérilisation du CHR de Tsévié

Image 11 : matériel de pansement de l'USP Alokoégbé

Image 12 :Table de pansement CHP Assahoun

Image 13 : cannes anglaises fabriquées avec du matériel local dans l'atelier d'orthopédie de l'Hôpital d'Afagnan

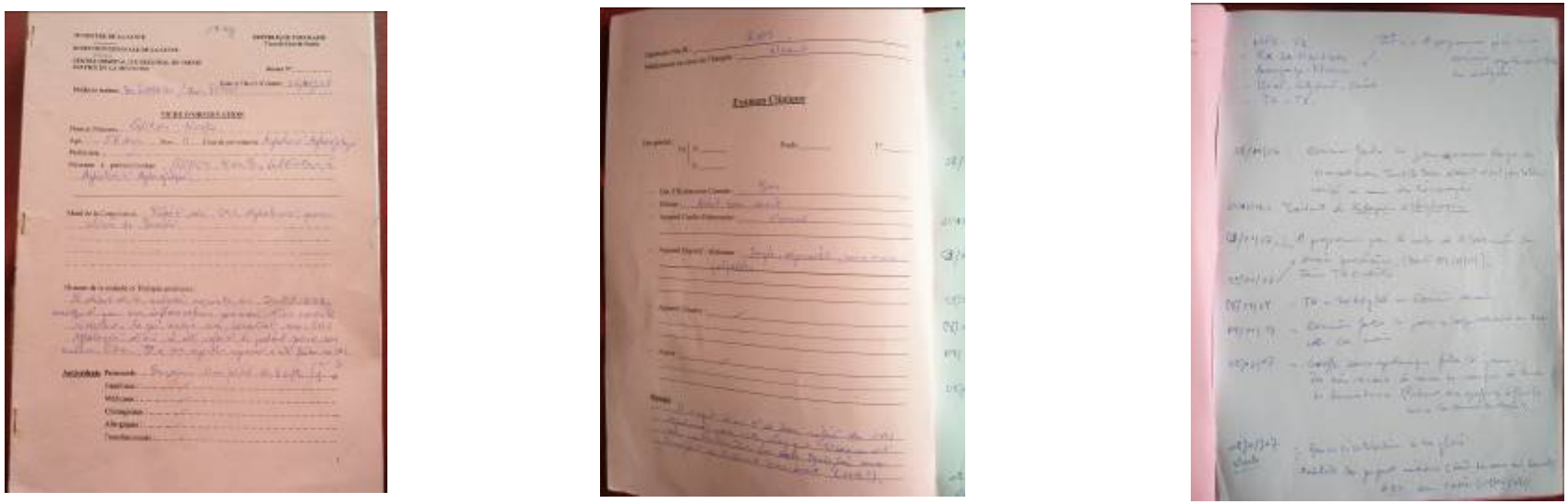


Image 14 : Dossier médical individuel des patients UB au CHR TSEVIE

Image 15 : Dossier du patient au service de rééducation fonctionnelle de l'Hôpital d'Afagnan

**TABLE DES MATIERES**

**LISTE DES ABREVIATIONS** ..... ii
**LISTE DES TABLEAUX** ..... iii
**LISTE DES FIGURES** ..... iii
**LISTE DES IMAGES** ..... iv
**LISTE DES CARTES** ..... iv
**1. GENERALITES SUR L'ULCERE DE BURULI** ..... 1
**2. HISTORIQUE ET CONTEXTE ACTUEL DE LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO** ..... 7
**3. OBJECTIFS, CADRE ET METHODE** ..... 10
**3.1. Objectifs** ..... 10
***3.1.1. Objectif général*** ..... 10
***3.1.2. Objectifs spécifiques*** ..... 10
***3.1.3. Résultats attendus*** ..... 10
***3.2.* Cadre de l'étude** ..... 10
***3.2.1. Généralités sur le Togo*** ..... 10
***3.2.2. La région maritime*** ..... 11
**3.3. Méthode** ..... 13
**4. RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION** ..... 16
**4.1. Situation épidémiologique de l'ulcère de Buruli au Togo** ..... 16
***4.1.1. Résultats de l'enquête communautaire de 2005*** ..... 16
***4.1.2. Résultats du recensement des cas dans les formations sanitaires visitées*** ..... 17
***4.1.3. Synthèse des données épidémiologiques sur l'UB dans la région maritime*** . 26
**4.2. Organisation du programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli** ..... 27
**4.3. Situation de la prise en charge de l'ulcère de Buruli au Togo** ..... 29
***4.3.1. Hôpital de Tsévié*** ..... 29
*4.3.1.1. Présentation sommaire du centre* ..... 29
*4.3.1.2. Potentialités de l'hôpital de Tsévié pour la prise en charge de l'ulcère de Buruli* 30
*4.3.1.3. Synthèse des entraves potentielles pour une prise en charge adéquate de l'ulcère de Buruli à l'hôpital de Tsévié* ..... 41
*4.3.1.4. Estimation des besoins de l'hôpital de Tsévié* ..... 43

***4.3.2. L'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan*** ..... 45
*4.3.2.1. Historique et brève description du centre et de ses activités* ..... 45
*4.3.2.2. Besoins exprimés par l'hôpital d'Afagnan pour une meilleure prise en charge des cas d'UB* ..... 49
***4.3.3. Les centres de santé périphériques*** ..... 50
*4.3.3.1. Les centres hospitaliers préfectoraux* ..... 50
*4.3.3.2. Les centres médico-sociaux* ..... 53
*4.3.3.3. Les unités de soins périphériques* ..... 54
***4.3.4. Laboratoire de référence pour la confirmation biologique*** ..... 55
5. **SYNTHESE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION** ..... 56
**5.1. Sur le plan épidémiologique** ..... 56
**5.2. Sur le plan de l'organisation du contrôle** ..... 56
**6. SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DE LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI AU TOGO** ..... 57
**6.1. Surveillance épidémiologique, détection précoce au niveau communautaire et information, éducation et communication (IEC)** ..... 58
**6.2. Formation des professionnels de santé** ..... 59
**6.3. Prise en charge standardisée selon les protocoles OMS [antibiotiques, chirurgie et prévention des incapacités (POD), prise en charge psychologique]** ..... 60
**6.4. La confirmation des cas en laboratoire** ..... 61
**6.5. Le renforcement des structures de santé** ..... 61
**6.6. Monitoring et évaluation des activités** ..... 62
**6.7. Plaidoyer, mobilisation sociale et partenariat** ..... 62
**CONCLUSION** ..... 63
**A N N E X E S** ..... a
**Outils de collecte de données** ..... b
**Liste des enquêteurs** ..... p
**Liste des structures sanitaires publiques visitées et calendrier de mission** ..... q
**Liste des personnes rencontrées** ..... r
**Besoins en matériels pour le traitement des ulcères de Buruli à l'hôpital de Tsévié** ..... t
**Tableau de tarifications de l'hôpital de Tsévié** ..... v
**Rapport sur l'évaluation des services de physiothérapie** ..... x
**Rapports des focus group** ..... tt
**Quelques images** ..... ggg