

Rapport mission orthopédique du 2 au 19 novembre 2022 (5 au 16 pour Sylvie, Isabelle et Xavier)

Les participants :

Mission effectuée avec Sylvie Barycz : infirmière de bloc opératoire et sa sœur Isabelle travaillant dans le médico-social, Xavier Poux : infirmier de bloc opératoire.

Brigitte Tillie Médecin et Bruno Tillie chirurgien orthopédiste

L'échelonnement des missions, l'état des routes et le temps nécessaire à arriver sur Antsohihy fait qu'il faut entre 2 et 3 jours pour arriver sur site ou en revenir. Il est prévu de refaire les routes d'ici un an ce qui rendra plus facile nos missions.

Le cadre général

Toutes les missions se sont succédées et il est indispensable de continuer à travailler de cette façon car l'ensemble du personnel est mobilisé pour notre accompagnement et nous tournons habituellement sur 2 des 3 salles de bloc en laissant la salle septique utilisée habituellement aux actes des praticiens locaux. Nous avons pu voir toutes les équipes en début ou fin de mission et pour tous le plus gros problème est l'hygiène déplorable dans tous les services. Une très bonne communication sur notre venue avec précisions des spécialistes présents et des dates de venue et grâce à Samba qui a communiqué sur les ondes notre présence, nous avons pu soigner le maximum de personne. Hélas pour la population, nous avons tous du limiter nos consultations, faute de temps et de possibilités d'opérer tout le monde, mais ceci nous incite à revenir assez rapidement.

L'organisation des consultations a été bien améliorée par rapport aux précédentes missions avec une table d'examen, un ventilateur, un point d'eau et un marche pied. De même le mode de fonctionnement : consultations l'après-midi et blocs le matin permet d'éviter que l'on doive entre chaque intervention examiner des patients.

Bonne présence et implication du personnel du bloc opératoire : brancardier, stérilisation, infirmiers, femmes d'entretien, et anesthésie avec 3 personnes dont Samba qui occupe bien son rôle de chef de bloc opératoire.

Activité chirurgicale

Nous avons vu 168 patients dont 20 directement à Nosy be chez les sœurs de Manga be par communication locale mais surtout des enfants accueillis par les sœurs et que l'on a déjà pris en charge pour certains.

45 patients seront opérés, on prendra en charge 21 pieds-bots dont 9 en correction par plâtre et le reste par grande libération interne et un cas de ténotomie per cutané de l'Achille. Nous avons noté une meilleure prise en charge locale par des plâtres successifs selon Ponseti et la ténotomie s'est adressée à un cas suivi localement. Il est à noter qu'à partir de 8 ans voire 6 ans la correction de l'équin ne peut être complète étant donné les déformations osseuses en particulier taliennes qui ne reprend pas sa place. Il manque de plâtre localement mais nous ne pouvons assurer le consommable hors de nos missions car il n'est plus prévu d'envoyer de nouveaux containers et il n'y a pas de renouvellement de ce que nous mettons à disposition. Il y a d'ailleurs plein de consommables non utilisés et il revient à Samba d'améliorer cette gestion.

Nous avons également pris en charge 3 personnes ayant eu des paralysies secondaires à des injections d'anti paludéens dans la fesse plusieurs années auparavant et une raideur en extension du genou également secondaire à ce type d'injection dans la cuisse, elle bénéficiera d'une arthrolyse de type Judet : intervention retardée car patiente enceinte. Sinon prothèse de hanche, ostéotomies de corrections de déformations post- traumatique ou en rapport avec un

rachitisme vitamino-résistant, séquelles de brûlures, avec plasties et greffes pour un gros fessum du genou, brûlure électrique de la main avec doigts en crochet et geste difficile du fait de la sclérose profonde englobant les pédicules.

Nous avons revu avec grand plaisir des patients pris en charge lors des missions antérieures en particulier Dorys qui va très bien après sa longue greffe tibiale en milieu septique. Tanzilette que nous avons opérée à 3 reprises pour des ostéotomies de corrections de déformations majeures des deux tibias et d'un fémur. Elle sera opérée de son deuxième fémur et nécessitera peut-être d'un geste de correction d'inégalité de longueur. Se pose chez ces enfants devenus adulte l'opportunité d'enlever le matériel, celui-ci pouvant peut-être éviter les déformations secondaires. Erlica a pu bénéficier de la correction de la déformation de son deuxième fémur en essayant d'avoir des membres de même longueur ce qui n'était pas évident malgré une planification et un contrôle per opératoire par un fil de contrôle de longueur du membre opposé stérilisé pour l'occasion. Laryck qui a bénéficié du traitement par avivement et fixateur externe d'une pseudarthrose septique et qui hélas n'est pas solide mais ne coule plus. Mariette opérée en avril d'une prothèse de hanche avec un bon résultat. Nous avons vu plusieurs personnes amputées qui nécessitent un appareillage et nous allons essayer d'entrer en relation avec handicap international pour une prise en charge.

Il y a des traitements difficiles en particulier ostéites et ostéomyélites chroniques avec parfois pandiaphysite. Nous verrons 2 enfants porteurs d'une ostéomyélite sans hélas possibilité d'identifier le germe dont un bébé de 18 mois qui s'est luxé la hanche par traumatisme 6 mois avant et qui depuis 2 mois présente des fistules. Nous avons pu en fin de mission avoir un contact avec le centre de référence du Nord en infectiologie osseuse. Il faudra voir ce qu'il est possible de faire au maximum sur place comme examen et les antibiotiques possibles. IL SERAIT FORT UTILE DE POUVOIR AMELIORER L'EQUIPEMENT DU LABORATOIRE.

Nous avons pu amener les médicaments pour prendre en charge les enfants atteints de rachitisme vitamino-résistant grâce à un don d'un pharmacien du club rotarien d'Arras.

Concernant le matériel :

A notre arrivée, nous avons été très désagréablement surpris de voir que notre matériel avait été utilisé de façon anarchique et que le consommable (plaque et vis) n'avait pas été remplacé. Toutes nos boîtes ayant fait l'objet d'un inventaire et de prise en photo, nombreuses d'entre elles ont été ouvertes durant notre absence avec prise d'instruments sans réfection après usage. Il a donc été nécessaire de reprendre tous les listings, de retrouver le matériel utilisé et de reconditionner les boîtes ce qui nous a pris beaucoup de temps durant la mission et posé des problèmes pour être certain que nous avions tout le matériel nécessaire pour planifier nos interventions. Par ailleurs les vis et plaques utilisées n'ont pas été remplacées et donc nous ne savions plus où on en était du matériel disponible.

La revue des comptes rendus opératoires a montré que notre matériel a été utilisé à 2 reprises sous couvert du Chirurgien Ismael comme prêté nom pour le compte rendu car il a une compétence orthopédique que n'ont pas les praticiens locaux.

Sinon le matériel nécessaire est parfaitement suffisant. Il est également à noter qu'il y a 2 ans l'équipe chirurgicale de viscérale avait confectionné 2 boîtes pouvant pratiquer quasiment toutes les interventions et que celles-ci n'étaient plus à disposition pour cette mission. SE POSE DONC LA QUESTION DE MISE A DISPOSITION DU MATERIEL UTILE POUR NOS MISSIONS car aujourd'hui cette mise à disposition est synonyme de disparition.

Concernant les locaux :

Nous n'avons pas pu visiter tous les locaux faute de temps mais le tour de la maternité, du bloc opératoire, et du service de chirurgie nous a permis de faire un bilan :

En maternité, on a observé une dégradation à la fois sur l'état des locaux qui sont plus sales semble-t-il du fait de la période de covid, de l'accueil de la pédiatrie, de l'utilisation des locaux pour stocker le charbon de bois (la famille nourrissant les patients) Il a été demandé de reprendre en main l'entretien et de faire les petites réparations, de reprogrammer les peintures et surtout d'avoir comme employé du CHRR un technicien de maintenance capable de faire un peu d'électricité, de plomberie et de peinture.

En chirurgie tout est à reprendre et en particulier l'hygiène. Les différents tours que nous avons réalisé durant notre séjour ont montré qu'il y avait un nombre très important de personnes qui travaillent dans ce service, nous avons filmé le tour du chef de service de chirurgie avec plus de 30 personnes qui y assistaient et malgré le nombre, c'est depuis plusieurs années le service où le manque d'hygiène est le plus flagrant, le service où l'entretien est le moins bon et où la communication est la plus difficile, le service où le personnel participe le moins à nos missions et c'est pour nous un réel problème pour le futur lorsque la réhabilitation sera faite. La Direction de l'hôpital et du directeur régional de la santé sera nécessaire pour changer l'état d'esprit voire le personnel.

L'implication des élèves est nécessaire ne serait-ce que pour leur formation et en particulier le nettoyage des locaux et l'apprentissage de l'hygiène.

Au bloc opératoire, il y a eu des améliorations par rapport à notre mission d'avril où AIMA a payé la réfection des portes et entourages de porte ainsi que les serrures. On a apprécié qu'à notre demande, les luminaires arrachés du plafond soient remplacés par des lampes LED, que le carrelage du bloc septique ait été repris. Par contre les travaux de plomberie n'ont pas été fait et nous avons accepté de payer la remise en état des toilettes, lavabos, bacs de lavage des mains.

Réhabilitation de la chirurgie, laverie, stérilisation et création du secteur de consultation

Nous avons refait un tour complet de l'ensemble de ce secteur avec la personne qui devrait faire cette réhabilitation : Monsieur Sahondra RAVELONJATOVO et cela pièce par pièce en notifiant les éclairages, prises de courant, carrelage, sanitaires, portes et fenêtres avec un filtre pour ne pas voir de l'extérieur...

Nous avons rencontré le Docteur Marhino qui a été nommé par le Directeur Théogène comme responsable de la lutte anticorruption et qui devrait aussi travailler pour l'éducation et les règles d'hygiène

Concernant l'hygiène il lui a été demandé d'organiser dans chaque service un nettoyage complet chaque jour d'une pièce et de le formaliser dans un calendrier hebdomadaire avec qui fait quoi, en reprenant tout de fond en comble sols, lits+++ murs, sanitaires et même plafonds et empêcher le stockage du charbon de bois

Concernant la corruption il devrait y avoir des directives selon lesquelles, le praticien toucherait 50% du tarif de la consultation, le patient payant à la cession et celle-ci reversant la somme au praticien, le reste devant servir à la rémunération du personnel selon les motivations et investissements de chacun et également à l'entretien de la structure. Le protocole devrait nous être envoyé. La réhabilitation a prévu une organisation des locaux de consultation avec passage obligé par la cession (règlement direct à l'hôpital et non au praticien)

Ce qu'il manque en orthopédie

Il nous faut ramener beaucoup de bandes de plâtre et sous plâtre
Les fils de suture résorbables en particulier vicryl 2/0, 3/0 et zéro
Avoir du vicryl rapide
Essayer d'avoir des plaques de bistouri réutilisables
Ramener nos gants stériles
Ramener du tulle gras
Meule pour affûter les instruments
Biologie et bactériologie

Ce qu'il faut faire :

Prendre du temps pour les formations en particulier à l'hygiène avec des travaux pratiques

Faire confectionner une quinzaine de nouveaux sarraus et des champs opératoires troués.
Nous avons demandé un devis.
Il faut aussi avoir plus de facilité de contact et améliorer nos communications.
Garder l'organisation : 1 spécialité par mission, ramener nos consommables, prendre du temps pour la formation, consultations que l'après-midi.
Revoir tous nos consommables et gérer les périmés
Participer à la formation hygiène dans chaque service