



COMPTE RENDU DE MISSION
HUMANITAIRE
29 Août – 9 Septembre
2016

Dr Guillaume Nicolet

1. Objectifs :

- a. Formation des matrones en brousse aux gestes d'urgence en obstétrique et réanimation néo natale
- b. Formation de 2 médecins (Dr Ginette et Dr Patricia) au See and Treat, recherche et traitement précoce des lésions pré cancéreuses du col de l'utérus
- c. Collaboration chirurgicale dans la réalisation de chirurgie infantile pédiatrique et chirurgie gynécologique

2. Membres de l'équipe

- a. Guillaume Nicolet, président de TRF et gynécologue
- b. Laurène Lugans, trésorière de TRF et gynécologue
- c. Jean Philippe Gauthier Placet Nicolet, secrétaire de TRF, logisticien et cartographe
- d. Anne Nguyen, gynécologue
- e. Céline Agiri, interne en gynécologie
- f. Priscilla Amaru, anesthésiste
- g. Marjorie Meyer, anesthésiste
- h. Samuel Jacopin, chirurgien orthopédiste infantile
- i. Bernard Bouffier, urologue
- j. Joelle Gauthier, sage-femme
- k. Michaëlle Guillaume, sage-femme

3. Arrivée et mise en place de la mission

Après une arrivée laborieuse à Diego, compte tenu de l'état déplorable de la route, nous avons pris nos quartiers au Kikoo Annexe, notre QG de Diégo, et nous avons immédiatement été accueillis par Lion Mickael, président du Lion's Club de Diégo, qui nous avait aidé à l'organisation d'amont de la mission avec toute son équipe.

Ils nous ont accompagnés au CHU Tanambao 1 le lundi 29 aout à 8 h, pour un RDV d'accueil par l'équipe hospitalière constituée de Pr Alexandrio Rabemazava, Professeur de Chirurgie Orthopédique, Pr Domoina Randriambololona, Professeur de Gynécologie Obstétrique, et Dr Mamisoa Judicael, chirurgien digestif.

Comme d'habitude, ils nous avaient réservé une salle de consultation et un box sécurisé pour entreposer notre matériel.

Après la réunion de mise au point des détails pratiques de la mission, nous avons fait un topo aux équipes soignantes sur le matériel, les interventions chirurgicales que nous envisagions de faire et les soins spécifiques post opératoires attendus.

Nous avons ensuite commencé à voir en consultation chirurgicale et d'anesthésie les patients qui avaient été recrutés en amont par les professeurs Domoina et Alexandrio. Nous avons fait ces consultations en binôme de spécialité franco- malgache. Malheureusement, suite à une mauvaise communication en amont concernant les fistules obstétricales, nous n'avons vu qu'une patiente. Nous avons alors décidé d'élargir notre mission à l'ensemble de la chirurgie vaginale, et de continuer à diffuser l'information que nous continuions les consultations au fil de l'eau afin de recruter des patientes fistuleuses.

L'ensemble des missions, que ce soit en brousse comme au CHU ont donc pu commencer dès le mardi 30 aout.

4. Organisation générale des soins

La charte de collaboration CHU-TRF a été bien respectée, aussi le cout des soins médicaux allant de l'intervention chirurgicale au post opératoire immédiat (consultation, anesthésie, bilans sanguins et ou radiologiques, chirurgie, analgésie et médication post opératoire) étaient à la charge de TRF, alors que le cout de fonctionnement hospitalier (salles, personnels, hospitalisation), et les soins à moyen terme restaient revenait au CHU.

Les patients étaient hospitalisés la veille de l'intervention, à jeun à minuit et avec douche bétadinée le matin, opérés, puis repartaient en chambre où ils étaient sous la responsabilité de surveillance du service.

Bien entendu, nous étions joignables tout le temps pour urgence, et passions matin et soir pour voir les patients, adapter les consignes et délivrer les médicaments.

5. Bilan général

- a. Chirurgie orthopédique : Pr Alexandrio et Dr Jacopin
 - i) 8 interventions de pieds bots réalisées avec succès : les premières par Dr Jacopin, et les dernières par Pr Alexandrio, sans complications opératoires
 - ii) 4 techniques de Poncetti réalisées ensembles

Bilan : un très bon transfert de connaissances avec une autonomisation de l'équipe locale à la technique. Mais il manque du matériel

- b. Chirurgie gynécologique : Pr Domoina, Dr Mamisoa, Dr Nicolet, Dr Nguyen, interne Agiri, Dr Bouffier
 - i) Un cas de fistule vésico-cervico-vaginale difficile, reprise à J1 par laparotomie avec réimplantation urétérale droite, qui va bien

- ii) 5 hystérectomies voie basse (dont 1 pour forte suspicion de néoplasie endométriale stade 1B, et une pour endométriose vaginale), en duo franco malgache, avec très bon apprentissage de la technique
- iii) 2 cœlioscopies (une explo et une pour kyste ovarien droit de 20 cm), réalisées en duo franco malgache. Ce qui nous a surtout permis de faire le point sur leur matériel de coelio qui marche, bien qu'avec une image de qualité moyenne (très peu de recul), et une bipolaire qui marche assez mal.
- iv) Une hystérectomie intra faciale voie haute
- v) Une exérèse de lipome sous AL.

Bilan : Une équipe de 2 chirurgiens très motivés, maintenant autonomes sur les hystérectomies voie basse simples et les cœlioscopies simples. En revanche ils ne se lanceront pas sur la chirurgie de la fistule obstétricale si on n'est pas là. Il sera utile de revenir pour poursuivre le compagnonnage. Maintenant, il manque du matériel, notamment :

- De base : instruments de qualité très moyenne
- De voie basse : une seule valve postérieure, et qui en plus est très large
- De coelio : bipolaire marche très mal, et image de qualité moyenne

c. Anesthésie : Dr Amaru et Dr Meyer

- i) Un total de 16 AG pédiatriques, 2 AG gynécologiques et 7 rachis anesthésies
- ii) Avec 2 accidents gravissimes heureusement sans conséquences :
 - (1) Un défaut de surveillance d'un enfant après une rachis anesthésie qui s'est totalisée, avec arrêt cardio respiratoire récupéré
 - (2) Une panne de l'oxygène mural due à un défaut de compresseur : anomalie structurelle connue de l'équipe locale, et recherchée avant chaque bloc durant la check list, mais qui s'est malheureusement reproduite de façon plus aigüe que normalement. Et sans bouteille d'oxygène de secours en salle...

Bilan : un bon transfert de connaissance vers les infirmiers anesthésistes qui sont curieux, mais qui partent avec des connaissances de bases très légères.

Et un médecin anesthésiste et une interne d'anesthésie pas du tout impliqués

d. Aide à l'urgence :

Un cas de césarienne compliquée sur un placenta percreta antérieur adhérent à la vessie non diagnostiqué en anté natal, réalisée par l'équipe locale, que nous sommes venus soutenir d'un point de vue chirurgical et anesthésiste, pour la réanimation maternelle et les gestes de chirurgie d'hémostase

e. Mission See and Treat : Dr Ginette, Dr Patricia, Dr Lugans

- i) Plus de 100 patientes dépistées et 10 traitées par cryothérapie
- ii) Avec un très bon accueil de la part de la population
- iii) Et surtout un engagement et des capacités exceptionnelles de l'équipe malgache

Bilan : une autonomisation telle de l'équipe locale que nous leur avons laissé notre matériel (de cryothérapie, spéculums, etc..) pour qu'elles fassent un centre de

dépistage fixe au dispensaire Diego 1 et qu'elles organisent avec le Lion's club des missions itinérantes trimestrielles de dépistage. Très bon bilan de mission. Il peut être utile de revenir voir pour évaluer les pratiques

- f. Mission matrones : les matrones de brousse, Mickaëlle et Joelle
 - i) 70 matrones formées aux manœuvres obstétricales (grâce à des mannequins de simulation (bassin maternel et nouveaux nés) emmenés par notre équipe !!), gestes d'urgences obstétricales et réanimation néonatale
 - ii) Nous leur avons laissé un carnet des conduites à tenir, que nous avons réalisé et traduit, ainsi que des stéthoscopes de pinard

Bilan : un très bon accueil de la part des matrones, qui sont responsables de plus de 50 % des accouchements dans cette zone, et à qui personne ne s'était jamais intéressé (en terme de système de santé malgache ou d'ONG). Une population qui a ses croyances et ses réflexes, mais qui est très réceptive aux messages passés. Donc mission d'espoir !! A continuer.

- g. Enseignement Post Universitaire
 - i) Destiné aux médecins de la région et aux étudiants, dont les thèmes étaient « la fistule obstétricale », « le see and Treat », et « la prise en charge du pied bot ».
 - ii) Nous avons eu environ 50 participants, de nombreuses questions ont été posées
- Bilan : à refaire !

6. Difficultés rencontrées

- a. A l'hôpital
 - i) Points à améliorer
 - (1) La communication : Défaut de passation (=transmissions) : l'information se perd entre les intervenants, et il faut constamment vérifier que les consignes sont suivies, ou au moins transmises. De plus, on connaît peu les interactions entre les membres de l'équipe malgaches, donc ça complique encore la chose. L'exemple grave que nous avons eu est celui de la rachianesthésie piquée en salle de pré anesthésie par un médecin de notre équipe, qui a ensuite confié la surveillance à l'interne d'anesthésie malgache, qui elle-même l'a confiée à notre insu à une étudiante infirmière malgache, qui n'était pas formée à ça. La rachi s'est totalisée, l'enfant s'est mis en arrêt cardio respiratoire et nous l'avons retrouvé ainsi aux côtés de l'étudiante infirmière qui ne s'en est pas rendu compte. L'arrêt a été récupéré par notre équipe mais la situation aurait pu être dramatique. La responsabilité est mixte car nous avons délégué notre surveillance, mais nous ne sommes pas à même de pouvoir juger de la délégation de responsabilité (interne vers infirmière, etc.) et les compétences de chacun au sein de l'équipe malgache.

- (2) De même que certains membres de l'équipe soignante qui s'absentent du bloc sans prévenir ni de soucier de leur nécessité en salle (IBOD qui part en milieu de chirurgie, IADE qui part manger en abandonnant la salle de réveil et sans prévenir...)
- (3) La surveillance post opératoire : une sonde coudée non dépistée pendant toute une nuit après une chirurgie de fistule obstétricale
- (4) Le matériel : la panne intermittente du circuit d'oxygène mural
- (5) Et de notre côté on nous a reproché, à juste titre, de ne pas suffisamment communiquer avec les équipes des services d'hospitalisation. Nous avons fait une présentation le premier jour sur les soins post opératoires spécifiques attendus, mais ce n'est pas suffisant. Il faudra vraiment essayer de prendre du temps avec les soignants des services, et ne pas hésiter à les solliciter à chaque fois que nous allons voir un patient
- ii) Points très positifs
 - (1) L'équipe locale, très motivée et avec qui la mission s'est très bien déroulée. Nous nous sommes très bien entendus avec les 3 médecins avec qui nous avons travaillé, et nous sentons que petit à petit nous nous connaissons de mieux en mieux, ce qui facilite d'autant les relations professionnelles et amicales !
 - (2) Après chaque épisode critique nous avons immédiatement fait une réunion de concertation (type revue de morbi mortalité) avec l'équipe locale afin de pointer les dysfonctionnements et les corriger, ce qui a été suivi d'effets très nets et de la correction des problèmes
- b. Le Lion's club : qui, comme d'habitude, nous a très bien accueilli et s'est montré disponible tout au long de la mission pour nous rendre la vie facile
- c. Divers
 - i) Malgré une bonne préparation et une bonne anticipation de la mission, l'information auprès de la population (affiches, radio), s'est encore une fois faite trop tardivement, et il faut absolument l'améliorer. Nous avons remarqué que les actions ciblées comme l'endoscopie digestive ou la chirurgie du pied bot sont des succès : la pathologie est ciblée, donc les gestes opératoires sont répétitifs ce qui facilite vraiment l'enseignement. Il faut donc vraiment que nous privilégions ce type d'action, et c'est pour cela qu'il faut améliorer le système de communication, ce qui incombe plus à mon avis, à l'équipe sur place qui connaît la langue et les moyens et lieux de diffusion d'information... !

7. Bilan financier

- a. Dépenses des missionnaires : 12 personnes : déplacement, nourriture et hébergement : environ
 - i) De la réunion : avion (400) + déplacement bateau + 4*4 (100) : 500 euros par pers, 5 pers
 - ii) Métropole 1500 en moyenne, 6 pers
 - iii) Hôtel 2000 euros d'hôtel et petits déjeuner, plus environ 200 euros de repas : 2200
- b. A l'hôpital : frais de labo : 139
- c. Pharmacie : 363

Bilan total estimé à 14202 euros

8. Et au final le mot du président...

Merci, merci et encore merci à tous pour cette mission que j'estime exceptionnelle. Que ce soit du point de vue travail comme du point de vue humain, il n'y a que des éloges à faire : Chacun a vite trouvé sa place et a montré une autonomie et une puissance de travail admirable. On était là pour bosser et on l'a bien fait, ce qui ne nous a pas empêchés de bien nous marrer !!

La continuité dans notre action à Diego fait que nous nous connaissons aussi de mieux en mieux avec les malgaches, médicaux et lions, et donc nos attentes correspondent de mieux en mieux, ce qui améliore à chaque fois le ressenti de chacun.

De plus le choix de choisir des objectifs très ciblés s'avère payant et je crois qu'on repart tous avec le sentiment d'avoir vraiment participé à quelque chose d'utile...

Donc de notre côté, au bureau, on est vraiment motivés pour que ça continue, mais pas tous seuls !!!!

Donc y aura du travail, mais c'est pour la bonne cause !!

To be continued...

Dr Guillaume NICOLET
Président Terre Rouge France



PS pour l'équipe : J'en ai presque la larmichette de vous avoir quitté....