RAPPORT DE MISSION 1 (exploratoire)

PARTIE 1 : Gynécologie et chirurgie à OTÉMA

Gynécologue et Sage-Femme à LODJA – Hôpital OTEMA République Démocratique du Congo (RDC) 20 au 29 octobre 2019

Acteurs: Dr Thomas CHARBONNIER- Gynécologue/Mme Laurence PELTIER-Sage-femme



SOMMAIRE

1.	Rappel des objectifs	3
	1.1 Objectifs généraux	3
	1.2 Objectifs spécifiques	3
2.	Contexte de la mission	3
3.	Informations générales	4
4.	Acheminement	7
	4.1 Vol international	7
	4.2 Vol pour Lodja	8
	4.3 Arrivée à Otema	10
5.	Otema : la structure	12
6.	Fonctionnement et description	15
	6.1 Composition de l'équipe	15
	6.2 Parcours	16
	6.3 Bloc opératoire	18
	6.3.1 Description	18
	6.3.2 Fonctionnement	22
	-de l'intervention	22
	-des soins post-opératoires	22
	6.3.3 Interventions réalisées ensemble	23
	6.3.4 Evacuation des déchets	25
	6.3.4 Réflexions pour améliorer	26
	6.4 Anesthésie	27
	6.4.1 Description et protocoles	27
	6.4.2 Réflexions pour améliorer	28
	6.5 Consultations	28
	6.5.1 Salle de consultation	28
	6.5.2 Parcours	30
	6.5.3 Pathologies rencontrées	32 33
	6.5.4 Réflexions pour améliorer 6.6 Pharmacie	33
	6.7 Laboratoire	34
7.	Obstétrique (voir partie II du rapport)	36
8.	Pour les missions suivantes, propositions	37
9.	Projets et avenir pour Otema	39
10.		
	Guide de la prochaine mission et inventaire indispensable 10.1 Petit matériel	40 40
	10.2 Pharmacie	40
	10.3 Devises	41
	10.4 Informations utiles sur le déroulement	42
		- 1 -

1. Rappel des objectifs

1.1 Objectifs généraux

- -Contribuer à améliorer la qualité et l'accès aux soins gynéco-obstétriques pour 4300 femmes du Sankuru par an et à l'accompagnement socio-psychologique, chaque année, de 160 femmes atteintes de pathologies uro-génitales invalidantes,
- Amélioration des compétences des personnels médicaux et paramédicaux des structures de soins de façon à offrir à la population des soins obstétricaux et néonataux d'urgence(SONU) de qualité.

1.2 Objectifs spécifiques

- -Chirurgie gynécologique
- -Identification du risque chirurgical, prise en charge des pathologies et des complications gynécologiques incluant les spécificités locales : mutilations génitales, fistules séquellaires, prolapsus et chirurgie conventionnelle,
- -Gestion du risque post-opératoire et surveillance à court, moyen, et long terme,
- -Organisation de rencontres locales des structures voisines afin de partager les connaissances et d'établir des programmes de formation.
 - -Obstétrique
- -Formation, aide spécifique et suivi permettant de répondre au standard SONU B ou C, selon l'évaluation initiale de la mission exploratoire.

2. Contexte de la mission

La GERBE est une association chrétienne de solidarité à caractère humanitaire et social, créée en 1988 et dirigée par Philippe FOURNIER. Dans les Yvelines, l'association est engagée dans la solidarité internationale. Depuis 1993, elle a développé différents programmes humanitaires principalement à destination des pays d'Europe de l'Est et d'Afrique (Maroc, RDC) avec pour rôle essentiel un suivi sur le terrain, une formation à la gestion et l'acheminement du matériel.

C'est cette réflexion qui a amené les autorités congolaises locales, La Division Provinciale de la Santé (DPS) du Sankuru, l'association La Gerbe, coordonnée par Michael PAITA et le docteur Tony ELONGE, gynécologue obstétricien président de l'association caritative Cœur de Compassion (initiateur du projet de santé OTEMA), à créer un établissement de santé équipé et fonctionnel avec une capacité de 20 lits. (une unité opératoire, un bâtiment d'hospitalisation, un bâtiment de consultation).

3. Informations générales



- Durée de la mission : 9 jours
- Pays d'intervention : République Démocratique du Congo (RDC)
- Ville d'intervention : Hôpital OTEMA, Lodja, province du Sankuru
- Bénéficiaires directs : 4 680 consultations par an

(3 consultations en moyenne par patiente, soit 1 560 femmes en moyenne) et 1 040 femmes opérées.

- Bénéficiaires indirects : 1 560 familles dont environ 7 800 enfants par an.

La RDC est le deuxième plus vaste pays d'Afrique après l'Algérie. Plusieurs centaines d'ethnies forment la population du pays ; le français est la langue officielle et quatre langues bantoues (le lingala, le kikongo, le swahili et le tshiluba) ont le statut de langue nationale. En pratique au moins une centaine de langues et dialectes existent.

L'économie est essentiellement agricole (70 % des actifs) ou tournée vers l'exportation. Les minerais sont de grandes ressources. L'économie a été gravement frappée par la corruption et la mauvaise gestion depuis 1977. Ce qui explique le fort taux de contrebande, d'exportation illicite et d'activité minière clandestine. Les recettes gouvernementales et les exportations ont fortement diminué depuis 40 ans. L'économie a été ravagée par la guerre (1997-2005 : 5 millions de morts). Le plus gros partenaire commercial est depuis 2010 la Chine (importation, exportation, crédit).

Relativement à sa taille, la république démocratique du Congo est peu peuplée ; la densité de population est comparable à la moyenne africaine. La population se concentre sur les plateaux, dans la savane près des fleuves et des lacs ; le nord et le centre du pays, domaine de la jungle, sont quasiment vides. L'exode rural a gonflé les villes. Les plus grandes agglomérations sont Kinshasa, Lubumbashi, Mbujimayi, Kananga, Kisangani, Bukavu.

Concernant la santé, les indicateurs sociaux ont des niveaux préoccupants : le taux de mortalité infantile est passé de 12,4 % en 1990 à 11,2 % en 2011, le taux de mortalité maternelle de 800 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 2 000 décès pour 100 000 naissances actuellement, l'espérance de vie est passée de 45,7 ans en 2000 à 48,7 ans 2013 contre une moyenne africaine de 55 ans, l'accès aux services de santé de base est inférieur à 26 pour cent, près des 3/4 de la population vit en dessous du seuil de pauvreté multidimensionnel. Le paludisme fait des ravages en RDC.

De plus, des maladies autrefois éradiquées comme la trypanosomiase, la lèpre et la peste ont resurgi, et la pandémie du VIH/sida touche 3 % de la population entre 15 et 49 ans. Le chiffre pourrait s'élever à 20-22 p. cent dans les provinces orientales où il y a encore quelques troubles. Selon les dernières estimations, environ 750 000 enfants ont perdu au moins un de leurs parents en raison de la maladie.

Cette situation perdure depuis déjà des décennies

Du point de vue religieux, en raison de l'absence de recensement en RDC depuis 1970, il est impossible de se baser sur des pourcentages fiables concernant la répartition des religions dans le pays. Néanmoins, la population congolaise est majoritairement chrétienne, partagée entre catholiques et protestants. L'islam est la deuxième religion en termes de nombre de fidèles. Cependant, il est également difficile d'évaluer le nombre exact de musulmans en RDC, étant donné la divergence des sources. Il existe également encore des animistes, de l'ordre de 1 %

En RDC, 30 à 60% des accouchements se font à domicile. Le manque de suivi médical des grossesses et plus spécifiquement des accouchements est la cause principale des fistules vésico-vaginales, pathologie physiquement et socialement invalidante.

Concernant l'excision, plusieurs sources rapportent que l'excision des femmes (ou les mutilations génitales des femmes) en RDC se pratique parmi 5 p. 100 de la population (OMS mai 2001). Selon deux sources, les mutilations génitales des femmes ne sont pas répandues dans toute la RDC mais se pratiquent parmi des groupes isolés dans la partie nord du pays (*Country Reports 2001* 4 mars 2002).

Le gouvernement de la République démocratique du Congo ne s'est pas attaqué au problème ni n'a légiféré pour contrer cette pratique.

Le projet OTEMA contribue à apporter une solution à ce problème, par une approche préventive et curative. Il contribue également à fournir aux femmes victimes de mutilations génitales (MSF) et de violences sexuelles une prise en charge chirurgicale, psychologique et sociale.

Province du Sankuru: Plus de 2 millions d'habitants (surface de neuf fois l'Ile de France).

Ville de Lodja: Une des deux villes principales de la province et plus de 280 000 habitants.



D'un point de vue sanitaire, le Sankuru compte 16 zones de santé divisées en aires de santé. Chacune comporte un hôpital général de référence (HGR), des centres de santé et enfin des postes de santé.

A l'heure actuelle, il existe à Lodja 2 principales structures de santé. L'hôpital général de référence (HGR) avec une capacité de 150 lits. Datant de l'époque coloniale, l'hôpital est dans un état de délabrement avancé. La maternité et la salle d'accouchement n'offrent que des services minimums qui ne répondent pas aux normes de la politique sanitaire du pays et sont beaucoup trop exigus par rapport au besoin de la population.

Il existe également l'hôpital de St François d'Assise, une petite structure de santé catholique à Lodja, avec 30 lits, et offrant les soins de base.

En dehors de l'échographie mise en place par Dr ELONGE, on ne trouve pas de moyen d'imagerie médicale.

4. Acheminement

4.1 Vol international

Le vol long courrier initial peut partir de Paris ou de Bruxelles, étant donné les liens historiques entre la Belgique et le Congo la disponibilité des vols, leurs prix et leur durée sont meilleurs. Depuis paris il y aura facilement deux ou trois escales, pour seize heures de vols et un prix plus élevé. Depuis Bruxelles, nous n'avons eu qu'une escale technique à Luanda (Angola), huit heures de vol en tout.

Arrivée à Kinshasa : au sortir de l'aéroport, assaut des chauffeurs de taxi, porteurs de bagages immédiat. Si on passe les grilles de l'aéroport, encore plus pressant, et moins sécurisé. Nous rencontrons Justin, le frère de Tony Elonge, très plaisant, chargé de nous accueillir. Nous cherchons à retirer des dollars, sur quatre DAB : aucun de fonctionne... Les gens parlent français pour la plupart, mais surtout en Bantou, et Justin qui se charge de trouver le taxi nous aide bien à négocier, et à choisir un taxi sûr. Son accueil est quasiment indispensable. Nous rejoignons un hôtel à dix minutes en voiture dans en périphérie de Kinshasa. Il est déjà de bonne qualité pour le niveau de vie du pays.





Kinshasa.

4.2 Vol pour Lodja

Le lendemain matin, à 5 heures. Des difficultés s'annoncent, elles seront inhérentes à toutes mission à Lodja. Nous reprenons un taxi pour rejoindre l'aéroport national cette fois, à trois cent mètres du premier. Justin nous accompagne et nous permet de passer quelques postes de police ou la DGM (Direction générale des Migrations) demande facilement de l'argent. Les fonctionnaires ne sont pas beaucoup payés et n'hésitent pas à demander.

Le hall de l'aéroport est circulaire, plein à craquer de monde, il y a beaucoup de bruit notamment pour ficeler des bagages avec du scotch ou des films plastiques de façon frénétique par des dizaines de personne, il y a souvent plus de film que de bagage à la fin... Il faut faire une queue d'une cinquantaine de personnes pour acheter un "go-pass", une taxe (chère pour le niveau de vie des gens) afin de pouvoir prendre le vol. 40\$ pour deux. Rien pour s'asseoir, rien pour manger, chaleur. il faudra prévenir les prochaines missions (un guide sera fait par nos soins à cet usage). Justin nous aide grandement pour ces démarches.

Après deux bonnes heures passées à trouver les go pass, un employé de la compagnie appelle les passagers par leurs prénoms, une fouille vaguement superficielle de nos bagages est faite, puis poste suivant : check-in et pesée. Nous resterons derrière trois ou quatre personnes pendant une heure car ce sont des passagers qui discutent pour ne pas payer les excédents de bagages, nous nous plions aux règles locales: en pratique ceux qui ont moins de quinze kilos en prêtent aux autres, et ainsi je me retrouve avec un sac en toile de jute à mon nom, pourquoi pas, mais quid de son contenu ? A priori il ne s'agit pas de passer des substances illicites...

Nous voyons des billets de francs congolais passer sous notre nez, dans un sens pour acheter l'agent qui vérifie le poids, dans l'autre car celui-ci refuse....La situation se débloque et en dix minutes nous serons projetés en salle d'embarquement. Conseil d'aller se restaurer dans le salon business lounge, pour 10\$ on peut trouver un ersatz d'english breakfast et un café, seul repas de la matinée.

L'avion est rustique mais efficace, le vol dure 2h30, petite collation à bord. Prévoir de rester au sol, sans climatisation intérieure (très chaud) près d'une heure. Il y avait deux passagers en trop, donc deux ont du passer le voyage en soute, à l'arrière. Nous avions pensé à des billets surbookés achetés aux agents, puis appris après que Tony avait ajoutés au dernier moment par ses relations nos deux noms, et comme nous sommes des "responsables" (terme local) nous avons obtenu un siège



chacun, mais c'est nous qui aurions du

être en soute...

Arrivée à Lodja : accueil immédiat et très chaleureux de Mr Lievin ETAMU, administrateur de l'hôpital et de Dr BENOÎT, assistant de Tony afin d'assouplir les formalités. Les douanes sont extrêmement pointilleuses en RDC, les passeports sont donc minutieusement recopiés, l'ordre de mission, puis on nous demande de nous rendre dans un bureau voisin, il faut une photocopie de l'ordre de mission, de la lettre d'invitation, puis un peu d'argent. Presque une heure à prévoir malgré la préparation du terrain par Tony et l'aide des deux personnes qui nous accueillent.



Aéroport de Lodja.

4.3 Arrivée à Otema

Les bagages ficelées sur des motos partent avant nous, et nous embarquons sur deux motos, moyen de transport quasi exclusif la-bas (pas de goudron nulle part), Otema est à 500m. Nous nous arrêtons un peu avant pour constater que toute l'équipe de Coeur de Compassion, soit près d'une cinquantaine de personnes, nous attend pour un chaleureux accueil avec chants, banderoles et danses!



Très appréciable comité d'accueil.

5. Otema : la structure





Hôpital d'Otema.

Conforme aux photos que nous en avions, les bâtiments sont en béton, les toits et les murs sont bons et récents. On totalise cinq bâtiments en tout ou se dispersent les lits d'hospitalisation, la salle de consultation, la salle d'accouchement, le bloc opératoire, le laboratoire et la pharmacie. Les lits d'hospitalisation sont répartis sur trois bâtiments différents.



Au centre des bâtiments et en périphérie, de nombreux patients ou familles restent à l'ombre, attendent les consultations, ou sont en convalescence. Le personnel de l'hôpital et les femmes de coeur de compassion cuisinent, tirent de l'eau ou font sécher du linge pour faire fonctionner l'hôpital.



Autour on aperçoit plusieurs champs de courges, et au loin la savane jusqu'à l'horizon.



6. Fonctionnement et description

6.1 Composition de l'équipe

Gardiens (appelés sentinelles): 4

Médecins : 4 dont Tony et 3 venant de terminer leur cursus. Ils n'opèrent pas seuls.

Nous avons reçu la visite de 2 autres médecins venant des structures voisines.

Infirmières: 4

aides soignantes/ménagères : 4 (habillées en vert)

Economat gestion Direction: 5

Cultivateurs maçons travailleurs chauffeurs

30 en tout



6.2 Parcours

Les patients sont reçus dans une salle dédiée à l'admission, avec table d'examen puis selon leur requête et le paiement leur sont distribué des jetons ou des bons d'échographie. 30 à 50 par jour, 10000 francs la consultation auxquels se rajoutent les examens : échographie / Laboratoire.



Salle d'admission.

Speculum et gants stériles sont en sus.

Puis les patients paieront de nouveau après la consultation si bloc ou médicaments (antibiotiques, antalgiques...)

Certains patients, des plus démunis, sont notés "indigents", et ne paient pas.

Si bloc opératoire : on leur donne un bon et ils vont payer ensuite pour y accéder.

6.3 Bloc opératoire



6.3.1 Description

Concernant l'énergie, l'installation de panneaux solaires et d'un générateur fournit une énergie constante, aucun défaut constaté.



Le générateur prends le relais des panneaux si besoin.

L'eau est courante et acheminée par une pompe depuis un puisage installé à 40m, pas de défaut constaté également.



Pompe de puisage et cuves de stockage.



Lavabo fonctionnel pour asepsie des mains.

- <u>-Tenues</u>: pour le haut, des blouses et pantalons en tissu lavés, puis des casaques en coton assez épais par dessus, tout est sterilisé en étuve. Assez faible nombre, et lors de blocs rapprochés, tout n'a pas le temps de sécher. Chaleur importante dessous.
- -Gants stériles avant chaque intervention, après lavage mains au savon, dans le sas.
- -Calots et masques : tissus restérilisés. Bons.
- <u>-Sabots</u>: en néoprène blancs, biens souvent indisponibles, le reste du personnel est pieds nus dans le bloc.
- -Lunettes: non.
- <u>-Table d'intervention</u> : de bonne qualité, mobilisable au pied, position gynécologique et décubitus dorsal possibles, 2 appui-bras permettant de choisir la position des bras.
- <u>-Eclairage</u>: scialytique de plafond principal HS, alors on trouve un scialytique déplaçable et une lampe d'examen permettant à eux d'assurer un jour correct, avec 2 angles.



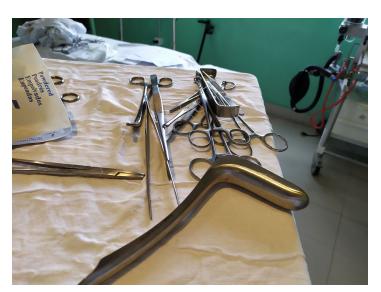


Deux scialytiques fonctionnels.

<u>-Instruments</u>: une seule boîte, plutôt orientée voie basse, mais avec des valves non adaptées, une valve de Doyen carrée et 3 mangiagalli (3 tailles), pas de valve à poids, pas de Breisky. Ciseaux Mayo très longs, pas de taille standard. Ecarteur : 1 seul disponible type BALFOUR avec valve sus-pubienne adaptable.



Ecarteur de Balfour.



Valve Mangiagalli et instruments.



Table pont et instruments.

<u>Aspiration</u>: fonctionnelle, très utile.

<u>Générateur pour bistouri électrique</u> : fonctionnel, je vais me renseigner pour savoir si un biclamp est adaptable, très utile pour les hystérectomies voies basse ou haute.



Générateur pour les énergies opératoires.

6.3.2 Fonctionnement

-de l'intervention

La patiente est amenée sur brancard depuis son lit d'hospitalisation, celui-ci peut-être dans un des autres bâtiments. Pas de problème rencontré pour le brancardage. Elle est installée sur la table chirurgicale puis recouverte d'un drap pour l'intimité.

la perfusion est placée sur un des deux bras, au pli du coude.

Pour les instruments il y a une table pont recouverte d'un tissu lavé, les instruments sont directement puisés par un assistant habillé dans les étuves (3). Ils sont choisis selon le type d'intervention, et assez difficilement car ils sont mélangés dans le récipient stérilisant, il faut donc trier. Nous reviendrons sur la nécessité de créer des boîtes qui seront ensuite stérilisées en bloc afin d'avoir le pool d'instruments directement sans avoir à chercher.

Une fois le champ troué placé sur zone, un badigeon antiseptique (bétadine ou désinfectant autre) est appliqué, puis le chirurgien donne son feu vert pour débuter l'anesthésie.

La sonde urinaire est placée à ce moment.

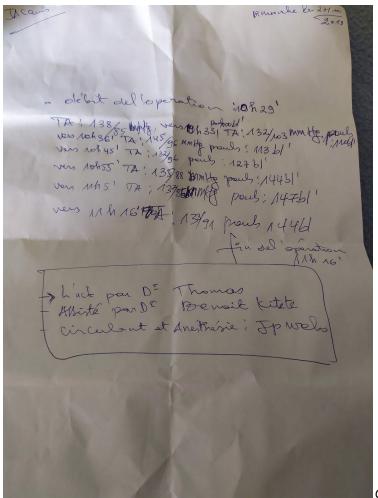
-des soins post-opératoires

La kétamine agit longtemps et même si la patiente semble réactive la communication n'est pas possible. Après nettoyage de la zone péri opératoire et la fin du pansement, elle est placée sur brancard puis ensuite évacuée vers son lit d'hospitalisation par au moins 4 personnes.



Retour d'une patiente après l'intervention.

Les soins et visite se font dès lors à son lit. La durée moyenne de convalescence est de 3 à 6 jours selon les cas. La sonde urinaire est laissée 24 à 48h selon les interventions. Les médicaments post opératoires, notamment antalgiques doivent être achetés. Enfin, un compte-rendu d'intervention est rédigé, il précise la durée, les constantes, les incidents éventuels et l'intitulé de l'intervention.



Compte-rendu d'intervention.

6.3.3 Interventions réalisées ensemble

-Deux myomectomies par laparotomie médiane (reprise d'incision antérieure). Une pour infertilité, fibrome de type 0 de 10 cm. L'autre pour utérus douloureux très fibromateux, G0P0 à 38 ans avec désir de grossesse possible.

-Une péritonite, jeune patiente arrivée en sepsis sévère, opérée 1 mois plus tôt d'une césarienne à l'hôpital général puis reprise 7 jours plus tôt dans ce même hôpital pour péritonite, puis elle s'est dirigée sur Otema dans un contexte de péritonite généralisée, à l'échographie nous retrouvons 2 collections pelvienne para utérines de 8 et 10 cm. Drainage complet, et double antibiothérapie IV. Bonne amélioration clinique, mais ecoulement purulents persistants lors de notre départ. ventre souple.



Reprise de césarienne sur péritonite, problème de l'absence de curare.

-Deux hystérectomies voie basse, une pour prolapsus, réalisée avec périnéorraphie antérieure que nous avons faite ensemble, tres bon resultat. Pas de temps postérieur car peu de rectocèle.

L'autre pour utérus douloureux sans geste sur la statique, Aucun incident.



hysterectomie voie basse.

-Une kystectomie sur ovaire droit : kyste liquidien de 15 cm.

- -Sept hydrotubations.
- -Tumorectomie sein gauche, lésion apparition rapide (15j), sensible, non inflammatoire, 10mm, mobile, régulière, rétro aréolaire plutôt QSE. 10 mm de profondeur. Exérèse avec incision péri aréolaire.
- -Cure de hernie ligne médiane chez un homme, réalisée par Tony, suites très bonne, patient très satisfait.
- -Une tentative de Wertheim chez une patiente de 80 ans admise pour pertes très invalidantes, aspect très suspect de néoplasie du col ou de l'endomètre à l'examen et à l'échographie. Tentative de chirurgie de propreté. Nous avons cessé le geste aux abords du col car l'hémostase est devenue difficile et l'exposition très délicate en raison du digestif omniprésent.

6.3.4 Evacuation des déchets

Les déchets plastiques et non organiques sont dirigés par les aides ménagères et infirmières vers une fosse à ciel ouvert située à environ 50m du bâtiment principal. Les aiguilles (encapuchonnées) y sont retrouvées également.



Fosse pour déchets non organiques.

Les déchets organiques et à risque infectieux sont incinérés, pour l'instant sur un foyer ouvert, avec un projet d'incinérateur à venir.

6.3.4 Réflexions pour améliorer

Fournir une seconde boite afin de compléter la voie basse, avec de bonnes valves, et y placer les instruments longs. L'autre : boite de voie haute, instruments plus courts, et y ajouter un écarteur de Cotte. Ceci permettra également de les stocker à l'abri en attendant la stérilisation, actuellement dans un seau.



Instruments après une intervention.

Placer des armoires dans le sas sur le mur gauche (par exemple) afin de ranger et plier les vêtements de blocs, vérifier leur présence, les vêtements sont souvent empilés et on différencie mal le propre du sale. Sur l'autre mur : une grosse corbeille où peut être jeté le sale.



Sas où l'on trouve les tenues et les sabots.

Sabots à apporter en nombre (léger) afin que TOUS aient des sabots dans la salle de bloc (risque de projection, blessures, aiguilles, stérilité etc), interdire les gens pieds nus. Idem les sabots ne devraient pas quitter le sas (la plupart font 10 fois le tour de tous les bâtiments dans la journée.

Lunettes transparentes obligatoires (à apporter/envoyer) pour les opérateurs, les laparotomies sont hautement à risque de projection, et patientes non dépistées (VIH et hépatites surtout).

Problème d'ouverture des portes/intimité/stérilité : renforcer la fermeture des 2 portes (sas et bloc) pendant les interventions (soufflet ou ressort de porte ?).

Beaucoup d'interventions, en particulier exploratoires sur la fertilité auraient une place privilégiée en coelioscopie. les adhérences suivants les laparotomies médianes sont elles-mêmes une cause d'infertilité.

De mêmes les cystectomies ovariennes et certaines myomectomies seraient mieux tolérées.

Une colonne de d'hystéroscopie est déjà présente, avec lumière froide et caméra. l'importation d'une colonne de coelioscopie avec instruments jetables réutilisés peut être envisagée. Le Dr Elonge pense pouvoir trouver le CO2, et egalement importer les éléments (containers). Il est favorable au développement de cette technique à Otema. A noter que dans ce cas l'anesthésie devra être modifiée.

Par cette même colonne le développement de l'hystéroscopie serait une avancée majeure, car outre les risques infectieux moindres, les interventions endo-utérines (polypes, myomes et exploration sur l'infertilité) seraient proposées.

Concernant les prochaines missions, si un chirurgien est présent sur place et recrute lui-même via les consultations, il est préférable d'inciser avec lui, notamment dans un objectif de partage d'expérience.

6.4 Anesthésie

6.4.1 Description et protocoles

Patientes perfusée au bras, cathéter vert (14G) avec 1L de SSI ou G5. Perfusion avec manchon caoutchouc pour injecter. protocole unique avec 10mg DIAZEPAM en IM puis 100mg Ketamine IVL. Tête sur le côté, occlusion oculaire sparadrap, ventilation spontanée.



Chariot d'anesthésie, perfusion et monitorage.

Monitorage TA + FC + SpO2 avec un/une infirmièr(e) qui reste en tête.

Plusieurs chariots d'anesthésie, non fonctionnels, mais peut-être peuvent être remis sur pieds avec une équipe d'anesthésie.

Sang/transfusion : recueil familial préalable dans poche dédiée, apres verification groupe. (autotransfusion familiale).

6.4.2 Réflexions pour améliorer

Anesthésie correcte pour une chirurgie d'urgence (péritonite, césarienne...) mais qui a de grandes limites sur des chirurgies plus réglées. Permet d'opérer, mais patiente souvent algique et légèrement réveillée.

Problème de la kétamine seule (cauchemars), pas d'effet amnésiant. Pas d'intubation donc pas de curare : en laparotomie présence du digestif très oblitérante et risquée, surtout en profondeur. Idem pour les patientes plus âgées et hypertendues : effet hypertensif.

Rachianesthesie pratiquée dans des conditions correctes, tres utile et sécurisé pour les interventions voies basses. Ainsi favoriser au maximum le couple voie basse/rachianesthésie car plus sécurisant, plus confortable et pas d'effet hypertensif (à l'inverse même).

La visite d'un anesthésiste et/ou d'un(e) IADE afin d'établir des protocoles alternatifs serait des plus profitables (ajout d'hypnovel, formation d'un médecin en anesthésie, accès à l'intubation, aux curares, et à d'autres protocoles comme pento/celo). Tony en serait ravi.

6.5 Consultations

6.5.1 Salle de consultation

Accès via le couloir principal, en face du bloc opératoire, les patients seront devant une large table, avec deux fauteuils pour s'asseoir.

Table d'examen non gynécologique et appareil d'échographie mindray portatif assez performant, applications gynécologique, abdominale, urologique et obstétrique. 4 Sondes dont endovaginale disponibles. Pas d'imprimante.



Salle de consultation.

Un réservoir d'eau propre avec savon est constamment disponible et permet de se laver les mains entre chaque patient.



Salle de consultation.

Pas de réserve de matériel, si besoin de gants ou de speculum, ils sont apportés à la demande ou si la patiente les a préalablement réglés.

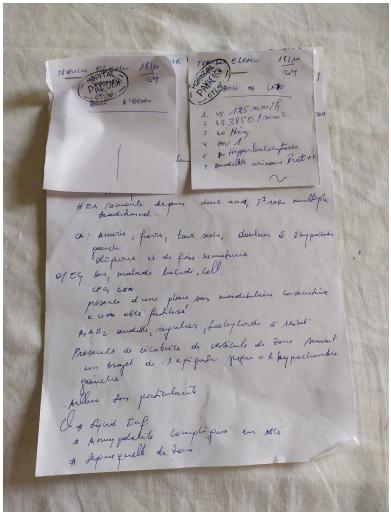
Protections de sonde endovaginale en bon nombre.

6.5.2 Parcours

les patientes s'inscrivent dès le matin via la salle d'admission, et sont reportées sur une liste. Environ 50 patientes ont été prévues par jour pour notre mission, ce qui est beaucoup trop (pas de temps suffisant avec). En excluant les cas non gynécologiques le nombre de consultations sera moindre. Le cas échéant un maximum de 30 nous semble raisonnable.

elles sont appelées puis un assistant qui traduit car la plupart ne parle pas/peu francais (bantou) et la communication est meilleure en langue maternelle.

l'interrogatoire et l'examen sont reportés sur une fiche pré remplie complète au nom de la patiente. Ces fiches sont archivées et utilisées pour les statistiques et la comptabilité.



Fiche patient.

Pas de registres global retrouvé.

La patiente est examinée et une échographie réalisée. A savoir qu'elles paient au préalable l'échographie, donc même dans les cas ou elle n'est pas indiquée elle sera demandée.

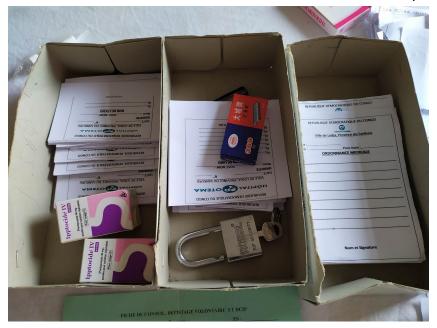


Autres appareils d'échos HS, appareil à tension (fonctionnel).

Voies endovaginale et pelvienne possibles.

L'examen gynécologique est délicat car la table n'est pas gynécologique, et le speculum+gants sont payants donc souvent absents.

Ensuite selon les besoins, des bons de laboratoire ou de médicaments sont prescrits.



De gauche à droite : bons d'échos, de laboratoire et ordonnances.

6.5.3 Pathologies rencontrées

<u>-Infertilité</u>: très fréquentes et mal vécues, sur une semaine une trentaine quasiment. Très souvent datant de plusieurs années, et secondaires.

Etiologie:

les spermogrammes ne sont pas interprétables et il y a sans doute une grande part masculine non identifiée (en France 50% d'origine masculine ou mixte).

Obstruction tubaire : non vérifiable autrement que par laparotomie exploratrice, qui peut elle-même causer une infertilité adhérentielle ultérieure. L'équipe pratique de nombreuses "hydrotubation": injection avec une canule d'hystérosalpingographie de SSI+ceftriaxone+hydrocortisone.

Cycles : ils sont souvent réguliers, les aménorrhées sont assez rares. j'ai traité quelques anomalie du cycles avec un duo duphaston/CLOMID.

Myomes : la prévalence myomateuse est importante en afrique globalement, et nous avons rencontré de nombreuses patientes avec des fibromes de tout type et de grande taille. l'indication chirurgicale est évidente parfois, surtout sur les gros myomes de type I ou 0.

<u>-Infections</u>: de nombreuses infections ou leur antécédents non diagnostiqués sont probablement à l'origine d'infertilité, notamment endometrite ou infections génitales hautes, tuberculose ou chlamydiae trachomatis.

<u>-Douleurs abdominales</u>: hypochondres ou fosses iliaques.

Parfois herniaires, ou alors kystiques ovariennes. nous avons rencontré deux cas de kyste d'allure dermoïde et endométriosique. Tous les autres cas étaient des kystes fonctionnels, liquidiens sans critères de gravité. Un seul a été opéré car il mesurait 150 mm.

<u>-Hernies</u>: Plusieurs cas de hernies, y compris chez des hommes ont été retrouvés, la plupart siégeantes sur la ligne médiane (tracés d'incision) ou ombilicale. l'intervention par paletot aponévrotique marche très bien.

-Kystes hépatiques : fréquents, 5 répertoriés, tous étaient liquidiens sauf un, évoquant des parasites (hydatidose, schistosoma, amibe). Un cas suspect de cancer retrouvé.

Beaucoup d'hépatomégalie/splénomégalie constatées, sans cause identifiable.

<u>-Troubles fonctionnels intestinaux</u> ou constipation : l'alimentation principale étant très amidonnée (riz+++, pommes de terre, racine), beaucoup de patients présentent un ralentissement du transit occasionnant une gêne voire des douleurs. Le traitement est symptomatique et consignes d'essayer d'adapter le régime (fruits, amarante et autres légumes).

<u>-Une tumeur du sein</u> opérée, sans analyse possible, a priori bénin évoquant macroscopiquement un fibroadénome.

-Un ptérygion oculaire, lié à la poussière et au soleil.



Ptérygion droit.

<u>-Douleurs thoraciques et épigastriques</u>. Pas évidente à diagnostiquer. Souvent l'irradiation n'est pas cardiaque et on retrouve des douleurs intercostales, ou d'irritation gastrique soulagées par les IPP. Pas d'ECG possible.

<u>-Lombosciatalgies</u>: très fréquentes, elles s'observent de façon non surprenante chez des sujets mixtes au-delà de 50 ans, notamment dans cette région où la culture des champs est omniprésente et difficile. Les symptômes sont souvent typiques avec irradiation dans le membre inférieur selon un trajet nerveux L4 (cuisse en antérieur) et/ou L5 (face postérieure de la jambe jusqu'au pied). Traitement par repos si possible, pas de charges lourdes, AINS, crème à base de camphre. Cette pathologie du rachis s'accompagne parfois de coxarthrose, ou d'autres pathologies qui motivent la consultation. Environ 20 à 30 cas recensés pendant notre semaine.

En résumé il s'agit d'un terrain extrêmement intéressant de médecine générale, où l'on trouve de nombreux cas y compris chirurgicaux de gynécologie. La relation de confiance entre médecins et patients est grande.

De nombreuses demandes sont faites afin de donner un traitement de principe. Anti ulcéreux et antibiotiques en première ligne, plusieurs fois j'ai préféré refuser car ils n'étaient absolument pas indiqués (ou déjà entrepris), en raison du risque d'apparition de résistance.

On remarque en consultation de fréquents antécédents de médiane sous ombilicale pour kystectomie et appendicectomie, souvent responsables d'adhérences.

6.5.4 Réflexions pour améliorer

-Intimité

La salle de consultation est située entre deux ouvertures, une donnant sur l'extérieur, une sur le couloir, beaucoup de gens entrent et sortent pendant les consultations, et des fois certains patients. le circuit doit être établi et les gens d'attendre d'un côté ou de l'autre, mais pas les deux. l'avantage de laisser ouvert : l'air circulant, sinon il fait trop chaud.

Prévoir une 2seconde salle de consultation pour les cas qui ne requierent pas d'échographie, surtout lors des missions suivantes (permet de partager les consultations), et afin de déléguer à un assistant une part de travail, permet aussi de le former.

6.6 Pharmacie

La pharmacie de l'hôpital est assez fournie, dans plusieurs classes : on trouve des antihypertenseurs (propranolol, IEC, Loxen).

Furosémide.

Antibiotiques: augmentin, amoxicilline, ceftriaxone, metronidazole.

Crème : miconazole, diclofénac.

Antalgiques: paracétamol, AINS (diclofénac), tramadol, voies IV et per os.

Progestérone : evaprest, pas d'oestrogènes, pas de pilule.

D'autres médicaments même plus complexes peuvent être commandés depuis Kinshasa (triptans, oestrogènes, Zentel par exemple).

Liste non exhaustive. Beaucoup de produits sont disponibles en IV.

On trouve du Clomid, j'en ai prescris un peu sur des infertilités avec cycles irréguliers, surtout après 30 ans.

6.7 Laboratoire



Laboratoire.

Les examens sont payants et l'on trouve : l'hématocrite, divisée par 3 elle fait office d'hémoglobine. L'absence totale de fiabilité a été évoquée, mais faute de mieux, Otema dispose d'un hemocue mais plus de lancettes.

Les autres examens ne nous ont pas semblés fiables, sauf la goutte épaisse et le typage groupe Rhésus.



prix des examens.

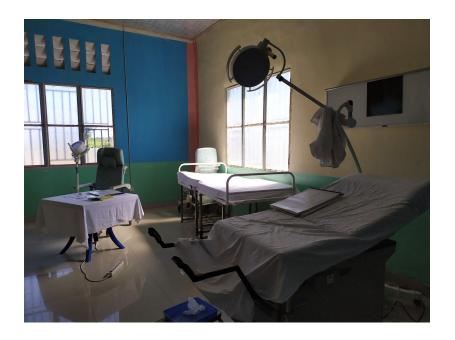


Laboratoire.

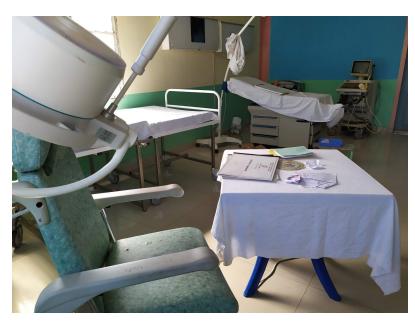
La venue de Biologie Sans Frontière (BSF), et l'importation d'automates (déjà vu en humanitaire, comme un COBAS 6000) pourrait amener une grande fiabilité dans les examens, y compris avec la biochimie, la parasitologie et le dépistage hépatites/VIH. L'électricité étant une valeur sûre à Otema, c'est un projet très envisageable.

7. Obstétrique

Cette section fait l'objet d'un compte-rendu de mission spécifique en partie II.



Salle d'accouchement.



Salle d'accouchement et consultations obstétricales.



pèse-bébé.



Monitoring foetal.

8. Pour les missions suivantes, propositions

Au vu de tous ces éléments, nous avons discuté avec Tony et l'équipe, des missions de trois semaines (max car visa 1 mois et attention au transit aller et retour), trois fois par an (selon financement) peuvent être bénéfiques.

-Ces missions peuvent être de deux ordres :

1/ Compagnonnage chirurgical et obstétrical, un gynécologue et un/une sage-femme.

cette mission s'articulerait sur 2 périodes : une période de recrutement par consultations alternée avec une période d'interventions chirurgicales, en compagnonnage. Le chirurgien est un chirurgien aguerri, gynécologue ou viscéral.

par exemple une semaine de consultation, une semaine de bloc, ou par deux jours alternants.

Il nous semble préférable d'éviter les jours mêlant consultation et bloc, car incompatibles (nous l'avons testé!)

Dans ce type de mission les consultations seraient orientées gynécologie : pas d'hommes (sauf tumeur sein), pas de douleur thoracique ou du pied !

Un recrutement préalable peut être fait et sera même bénéfique, notamment sur des cas complexes et des interventions plus difficiles qui se mènent à deux.

2/ mission de consultation :

dans ce cadre le compagnonnage serait limité, le personnel renforce l'équipe en place en alternant les consultations.

Dans ce type de mission un médecin généraliste aura la meilleure expertise. De nombreux cas sont autres que gynecos, ophtalmo, ORL, cardio etc...)

A préciser : le nombre de consultations doit être fixé à 30 maximum par jour, ce qui est déjà beaucoup, étant donné les ajouts et les urgences, 20 consultations réglées et les ajouts sont un bon nombre.

Les consultations peuvent être assurées le samedi matin, pas l'après midi et pas le dimanche (messe pour beaucoup), et repos de l'équipe (sauf urgence chirurgicale ou obstétricale). Sur trois semaines ils auront besoin de souffler.

Des horaires doivent être déterminés, et un début à 8h30/9h pour une fin à 17h semble correct (retour de nuit après, difficile).

Sur des missions de 3 semaines, il nous semble préférable de disposer d'un hébergement indépendant sur place (Tony habite à 8km d'Otema). Même si l'accueil dans la maison de Tony et Natacha est sans faille ceci permet d'être sur place pour les cas d'urgence la nuit, et simplifie les transferts en autonomisant l'équipe quant à l'accès à l'hôpital.

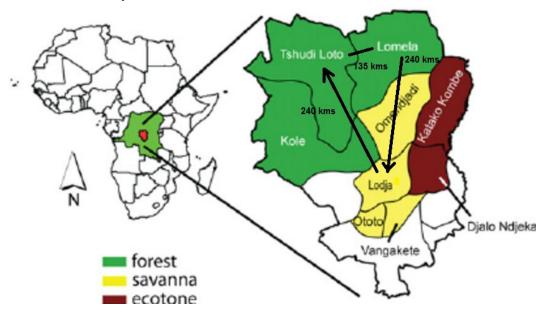


Après la moto c'est bien aussi!

-Concernant l'obstétrique :

La/le sage-femme prendrait en charge les suivis de grossesse, les accouchements et la formation des infirmières présentes en ce sens. Le recrutement des accouchements est en cours et l'activité ne fera qu'augmenter dans les années à venir.

Enfin, une discussion que nous avons eue là-bas avec Tony et Lievin a soulevé un projet très intéressant de partager une mission sur 1 semaine à Otema/1 semaine à tshudi-Loto/1 semaine à Lomela. Les trois disposent d'un bloc et pratiquent les accouchements locaux. 240 et 135 kms, demie journée à moto.



9. Projets et avenir pour Otema

J'ai eu la chance de pouvoir visiter les lieux avec Tony, et en particulier le second site "Otema II" qui est à 1 km du premier. Ce site représente plusieurs hectares avec déjà 4 bâtiments très grands sur pieds.

Pour avoir évoqué le sujet de l'obstétrique ensemble, Tony et l'équipe sont très désireux de créer un pôle d'accouchement fiable, sachant qu'il n'en existe pas de fiable dans le Sankuru.

Pour l'avoir vu, la place et le nombre de lits ne seront pas un problème. Le recrutement du personnel non plus (à former sur place et en compagnonnage).

Les principaux obstacles sont la communication et la distance, certaines patientes doivent faire plus de 300 km pour arriver.

Dans le même esprit il souhaite développer un pôle de formation validant un diplôme en RDC avec des cours réguliers, une formation de sage femme pour lesquelles les ONG et cours extérieurs sont tout à fait bienvenus. A ce titre nous pouvons tout à fait envisager des missions gynécologue/sage-femme faites de cours et de formations dans ses locaux.

Nous avions prévu d'en faire sur cette mission, mais vu le volume des consultations prévues ajouté aux interventions chirurgicales ce fût impossible. Dans le cadre d'une mission de formation avec des cours il faudra mettre les soins de côté, donc à bien définir avant le départ, mélanger les 2 provoquerait un imbroglio quasi certain et une mauvaise qualité des deux, surtout sur des sites séparés!

10. <u>Guide de la prochaine mission et inventaire</u> <u>indispensable</u>

10.1 Petit matériel

- -Batterie externe (au moins 10 000mAh), surtout pour le second transfert, Otema permet de recharger sans problème la journée
- -Gourde filtre ou pastilles, l'eau n'est pas évaluée même si elle semble très propre à la consommation. (La population locale n'a pas les mêmes défenses que nous !)
- -Casque anti bruit ou boules quiès, beaucoup de bruit la nuit (coqs, chants, les gens attaquent à 5h la bas, et ils attaquent bien !), utiles pour l'avion aussi -Lotion anti moustiques
- -Lampe frontale
- -Mouchoirs, lingettes
- -Petits gâteaux pour l'arrivée, les miens ont été très appréciés (des cannelés), environ une vingtaine

- -3 photocopies passeport, lettre d'invitation, ordre mission et visa, les douanes vous les demandent systématiquement.
- -Prévoir à manger, boissons sucrées et eau pour l'attente aéroport, on atteint vite 4 à 5h dans une pièce simple.

Salle d'embarquement de Lodja.

-Prévoir deux ou trois paires de lunettes transparentes sport simple (decathlon) qu'on pourra laisser la-bas (5e).





Un peu de pub...

10.2 Pharmacie

Il y a ce qu'il faut sur place mais si on peut éviter de se servir c'est mieux!

- -Antibiotiques type ciflox en cas d'attaque digestive!
- -Malarone, antalgiques simples, et traitement personnel s'il y a.

10.3 Devises



Tant que possible essayer de trouver des dollars à Paris, les DAB sont capricieux, peu nombreux et des fois pris d'assaut par la population qui retire son dû. En outre une taxe très élevée sera appliquée (environ 10\$ pour 400 retirés). **Prévoir 1600\$ pour 2**, vols intérieurs prenant déjà 350\$ par vol donc x4, et 100\$ en sus pour deux pour le séjour. Les euros se retrouvent vite à la valeur d'un dollar donc mauvais plan.

Retirer des francs congolais à l'aéroport (**30 000FC** soit env. 30\$) permet de se débrouiller mieux et de donner quelques billets pour avancer plus vite. Change 1\$=1654 FC, en pratique ils appliquent facilement 1\$=1000 FC.

10.4 Informations utiles sur le déroulement

Avant le départ :

Outre la préparation de votre mission, le départ est conditionné par l'obtention du sésame indispensable : le VISA !

Sa demande se fait en ligne, et le paiement est d'autant plus simple que l'obtention ensuite est compliquée. Imprimez le formulair en ligne, fournissez les pièces, envoyez le tout à l'ambassade à Paris, puis attendez.

Si à une semaine vous n'avez rien reçu, n'hésitez pas à appeler Tony car il a des contacts au ministère et il peut débloquer la situation en 24h! Nous avons un ami également qui est de Lodja (Mr Etienne DIENGA) qui a des contacts dans les ambassades et qui peut bien aider. Faire la demande au moins 6 semaines avant le départ (voire le plus tôt possible).



Ambassade de RDC à Paris, un peu du Congo déjà.

A l'arrivée :

Arrivés aux douanes de Kinshasa, donner l'adresse de coeur de compassion aux douanes : **137 Route de Matadi à Kinshasa.** Ils vous prendront en photo, vous demanderont votre profession et ce que vous venez faire dans leur pays (environ 5 ou 6 fois en tout).

Ensuite, attention à bien rester à la sortie de l'aéroport et ne pas aller dans la rue. Trouver un taxi juste au sortir des portes principales, avec un numéro, si pas de numéro ne pas prendre. Justin, frère de Tony sera la pour la réception de toute façon, laissez le gérer le transport.

Pour le vol intérieur, rendez-vous à 6h le lundi matin à l'aéroport national de Kinshasa, Justin vous y accompagnera, idem il s'occupera de tout.

D'abord acheter les go-pass et la taxe de séjour = 40\$ pour 2.

Sur place :

Lors de l'achat des billets retour : bien préciser que vous avez une liaison internationale pour ne pas finir dans l'autre aéroport (N'Dolo), il est à 1h20 en voiture de l'international, bien demander à atterrir à N'djilli. Lievin et Tony y veilleront de toute façon.

De façon globale vous aurez beaucoup de papiers à la fin de votre mission, entre taxes, go pass à chaque aéroport, billets d'avion....C'est assez dense.



Pendant le séjour, on peut demander à Lievin qui est très soucieux de votre confort si besoin d'un déplacement pour quelques achats personnels (marché, tissus, bière (5\$ la grande bouteille), le Congo à des bières locales : tembo, nkoyi ou skoll, très appréciables après une bonne journée.

Conclusion:

Nous avons trouvé après un accueil chaleureux un bloc fonctionnel avec d'abord un besoin anesthésique puis de matériel chirurgical. La stérilité sera difficile à obtenir mais une amélioration des outils de rangement des tenues, sabots et instruments peut être bénéfique. Nous sommes conscients des difficultés inhérentes à l'établissement d'un hôpital dans cette région, et sommes également heureux de constater les bénéfices qu'il apporte. Ainsi nous

serons disposés à lui apporter de l'aide tant au plan de la formation que du matériel. PLusieurs types de mission de trois semaines peuvent alors être proposées : mission d'aide à la consultation (plutôt médecine générale), mission de compagnonnage vrai chirurgical (plutôt alternance consultation/bloc) sur Otema ou itinérante sur Otema/Tsudhi-Loto et Lomela, et enfin mission de formation exclusive avec cours au personnel soignant, médecins et futur(e)s sage-femmes. Une base de trois par année peut-être un bon début.

Nous tenons à remercier toute l'équipe ayant permis et réalisé cette mission exploratoire : Mr Michaël PAITA et l'association LA GERBE, Mr Tony ELONGE, Mama NATACHA, Mr Lievin ETAMU, tout le personnel d'OTEMA, Mr Etienne DIENGA, notre président Claude, Elisabeth, Roselyne et bien sûr toute l'équipe de Gynécologie Sans Frontière.