AAI

Kudima akubangilaa pa mukolo *

(Proverbe Songye)

Rapport de la mission de Chirurgie Orthopédique et de Kinésithérapie à l'Hôpital Général de Référence de Kabinda (Kasaï Oriental – RDC)

19 juillet - 16 août 2014

Jacques THIERY (Chirurgien orthopédiste – Belgique)

Marie-Claire PROVOST (Kinésithérapeute – Belgique)

* *Le débroussage commence là où sont les pieds.*

Table des matières

1. Justification de la mission 1

2. Période 1

3. Objectifs 1

4. Activités pratiquées durant la mission 2

- consultations 2
- tours de salle 2
- participation aux staffs 2
- séminaires 2
- interviews sur Radio Veritas 2
- interventions chirurgicales 2

5. Pathologies prises en charge 3

6. Les problèmes de l'hôpital de Kabinda 6

7. Les atouts de l'hôpital de Kabinda

8. Recommandations 10

9. Rapport de la mission de Kinésithérapie 11

10. Conclusion générale 15

11. Annexes 16

Rapport de la mission de Chirurgie Orthopédique et de Kinésithérapie à l'Hôpital Général de Référence de Kabinda (Kasaï Oriental – RDC)

19 juillet - 16 août 2014

A l'invitation de la zone de Santé Rurale de Kabinda, les auteurs du présent rapport, Jacques Thiéry et Marie-Claire Provost, ont effectué une mission de Chirurgie Orthopédique et de Kinésithérapie à l'Hôpital Général de Référence de Kabinda (Kasaï Oriental) du 19 juillet au 16 août 2014.

La prise en charge à Kabinda a été assurée par l'Hôpital susmentionné. Les frais de transport et de séjour à Kinshasa des participants ont été pris en charge par l'Association Alliances Internationales (AAI).

1. JUSTIFICATION DE LA MISSION.

La mission à caractère humanitaire est effectuée dans le cadre de renforcement des capacités techniques des médecins et infirmiers de l'hôpital général de Kabinda. Il s'agit également d'une mission d'expertise axée sur les prestations relatives à l'orthopédie clinique et chirurgicale ainsi qu'à la réhabilitation fonctionnelle de l'appareil locomoteur.

2. PERIODE.

La mission a débuté le 19 Juillet et prend fin le 16 août 2014. Les membres de la mission ont été rejoints le 11 août par le Dr Baudouin Kibambe, Chirurgien orthopédiste à Kinshasa, qui prolongera la mission jusqu'au 31 août. Il était accompagné de Monsieur Félicien Tshidimba de Bruxelles, venu effectuer une mission de formation en soins infirmiers.

3. OBJECTIFS.

Cette mission s'est fixé quatre objectifs raisonnables:

a. Pratiquer la chirurgie orthopédique et la kinésithérapie et ses disciplines associées en procurant aux patients des soins adaptés aux ressources locales selon l'esprit de la mission.
b. Evaluer la qualité des résultats cliniques des cas traités antérieurement et poursuivre éventuellement leur traitement.
c. Participer à la formation du personnel médical de l'hôpital par la présentation d'exposés relatifs aux

pathologies rencontrées localement mais également de la pratique médicale en général.

d. Assurer la formation des soignants par l'accompagnement au quotidien.

4. ACTIVITES PRATIQUEES DURANT LA MISSION 2014.

Les activités pratiquées durant cette mission comprennent :

1. Les consultations soit 229 contacts patients ;
2. Les tours de salle pour les malades hospitalisés ;
3. Participation aux réunions de staff du lundi matin en rapport avec les gardes ;
4. Séminaires : présentation de 6 sujets à destination des médecins et du personnel soignant :

   Orthopédie :

   a) L'examen clinique du genou (1ère partie)
   b) L'examen clinique du genou (2ème partie)
   c) La pathologie du pied et les troubles de la démarche chez l'enfant.

   Revalidation-Kinésithérapie :

   a) Thérapie manuelle : définition et indications thérapeutiques.
   b) Biomécanique de l'articulation fémoro-tibiale et fémoro-patellaire :examen clinique et traitement en kinésithérapie
   c) La lombalgie de type mécanique : radiologie, examen clinique, soins en thérapie manuelle et hygiène du dos

5. Interventions sur Radio Veritas (2 interviews – JT et MCP)
6. Les interventions chirurgicales : 23 patients opérés dont 5 de façon bilatérale, soit 28 opérations.

   23/07 Excision abcès de cuisse
   24/07 Allongement du tendon d'Achille pour spasticité
   25/07 Déformation en coup de vent bilatérale : **
   - ostéotomie fémorale droite de varisation.
   - ostéotomie de valgisation des 2 os de la jambe gauche.
   29/07 Décollement épiphysaire ancien du tibia gauche : ostéosynthèse
   Pieds bots v.e. bilat. : Ténotomie Achille bilatérale**+ plâtres correcteurs
   30/07 Ablation matériel rotule (op. en 2013)
   31/07 Décollement épiphysaire type 4 négligé de l'extrémité inférieure du fémur: ostéosynthèse
   04/08 Epiphysiodèse fémorale interne distale pour genu valgum bilat. **
   05/08 Ablation d'une plaque de cubitus.

Fracture complexe de l'humérus par balles : parage, réduction et contention plâtrée.
Ablation d'un fixateur externe de jambe.

08/08 Sepsis et bris de plaque du fémur : AMO et ostéotaxis par fixateur externe

08/08 Pieds bots v.e. bilat.: libération interne et postérieure.**
Pieds bots v.e. bilat. : Ténotomie Achille bilatérale**+ plâtres correcteurs
Pied bot v.e. unilat.: libération interne et postérieure.

11/08 Ablation de plaque d'ostéosynthèse fémorale cassée + Plâtre d'alignement.

12/08 Réduction orthopédique d'une luxation antérieure ancienne de l'épaule.
Ostéotomie bimalléolaire de la cheville pour cal vicieux.

13/08 Arthrodèse d'orteil.
Curetage de multiples foyers d'ostéite tibio-péronière et d'arthrite de cheville.

15/08 Pied bot v.e. unilatéral : libération interne et postérieure.
Ostéosynthèse d'une fracture des 2 os de l'avant-bras + plâtre d'une fracture du plateau tibial interne.
Kyste d'inclusion sur CE de l'hallux (septique)

De plus confection de plusieurs plâtre sous A.G. pour fractures du coude, de la cheville et pieds bots avec manipulations correctrices.

Les anesthésies - A.G. (Kétamine) et rachianesthésies - sont effectuées par les infirmiers.

5. PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE.

Les activités thérapeutiques ont porté principalement sur les pathologies suivantes :

A. Les ***malformations congénitales*** des membres inférieurs, notamment les pieds bots (varus équin), les jambes en X (genu valgum), les jambes arquées (genu varum, maladie de Blount), les déformations « en coup de vent » chez beaucoup d'enfants ont, comme l'an dernier, particulièrement dominé les activités de cette mission. Ce type de chirurgie est sans doute le plus gratifiant de notre activité.

Il faut espérer que les parents ne considèrent pas l'acte chirurgical comme le point final du traitement, qu'ils présentent l'enfant en consultation pour les changements de plâtre et contrôles clinique et radiologique et que le suivi à l'hôpital soit adéquat.

Les ostéotomies de correction d'axe sont maintenues par des broches noyées dans le plâtre chez les enfants. Le maintien de l'hygiène des plâtres est problématique. Le port de *langes* doit être envisagé pour pallier à ce problème.

Le traitement orthopédique des pieds bots doit être pris en charge dès la naissance. Les cas vus dans le centres de santé doivent être référés sans délai.

Le problème du coût des soins, hospitalisation et interventions est un obstacle au traitement, certains patients « résignés » renoncent à tout soin. Les cas posant des problèmes de ressources financières doivent être entendus par un service social qui pourrait décider de leur prise en charge par l'institution ou encore par une fondation créée à cet effet avec des critires d'inclusion précis.

B. Les ***traumatismes ostéoarticulaires aigus***, surtout des membres sont dus à des accidents de la circulation à moto de plus en plus fréquemment, à la pratique du sport et aux travaux de champs. Les lésions importantes osseuses exigent l'utilisation de matériel de contention approprié ; de type fixateurs externes, plaques et vis, broches et clous ; avec l'instrumentation la plus complète pour bien réussir l'ostéosynthèse. Les cas pris en charge ont été opérés dans les limites de matériel disponible sur place. Il faut déplorer l'absence d'un amplificateur en état de marche ainsi que d'une table de traction plus adaptée.

Rappelons encore, qu'il faut privilégier le traitement orthopédique, non sanglant surtout chez les enfants.

<u>Mieux vaut un traitement conservateur imparfait qu'un traitement chirurgical bâclé</u>.

A signaler aussi, les « évasions » de patients susceptibles de bénéficier d'un traitement précoce et efficace. Le patient se rend à l'hôpital pour le diagnostic et, ensuite, retourne chez les tradipraticiens.

C. ***Les séquelles traumatiques, fractures anciennes, méconnues ou négligées, cals vicieux et pseudarthroses*** sont fréquemment consécutives à la prise en charge tardive. Une fracture a priori facile à traiter en phase aigüe peut aboutir en quelques semaines à une situation irréversible suite à l'insuffisance des moyens de l'hôpital. Bien souvent, les patients n'avouent pas facilement qu'ils ont commencé par l'automédication ou la thérapeutique traditionnelle (scarifications, tisanes).

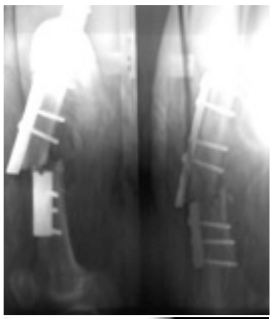
Des patients victimes de fractures du col du fémur auraient pu bénéficier d'une arthroplastie de la hanche si le matériel ancillaire pour la hanche et l'implant orthopédique adéquat (Prothèse de Moore). A défaut, la pratique de traitement orthopédique par traction-suspension pourrait être envisagé, certes de plus longue durée, mais efficace au niveau de résultat. Des patients atteints de pathologies de la hanche très invalidantes (séquelles d'infection, de traumatisme, nécrose drépanocytaire ou coxarthrose primitive) auraient pu bénéficier de prothèse totale de hanche. Les conditions de matériel, de sécurité peropératoire (absence de bistouri électrique fonctionnel, fiabilité de la banque de sang, champ opératoires trop petits…), le sous-équipement de la salle de soins intensifs et la présence de cas infectés en grand nombre dans le pavillon de chirurgie rendent cette chirurgie problématique et inopportune dans les conditions actuelles. Il en va de même pour les séquelles d'entorse grave du genou.

D. Les ***ostéites et les ostéomyélites*** au niveau des membres. Elles sont observées chez les enfants souvent malnutris. Cela prolonge le séjour hospitalier. Le traitement médical basé sur l'antibiothérapie est complété éventuellement par les séquestrectomies et le curetage osseux.

Des suites septiques des interventions chirurgicales sont également à déplorer, s'accompagnant d'un bris de matériel d'ostéosynthèse. Le surpeuplement sur l'HGR des malades et accompagnants reste un problème entier, ce qui a préjudicié à l'hygiène hospitalière avec un risque accru d'infections nosocomiales.

Il faut déplorer l'absence de cultures bactériologiques et d'antibiogrammes.

← Ostéite drépanocytaire



Séquelle de pandiaphysite tibiale (3 ans) →

E. Les ***lombalgies et lombo-sciatiques***. Ces plaintes sont devenues de plus en plus nombreuses. Il s'agit principalement de dégénérescence discale lombaire isolée ou associée à l'arthrose lombaire lorsque l'âge avance. Le traitement médical est complété par quelques consignes sur l'hygiène physique et par la kinésithérapie. La présence d'une kinésithérapeute pratiquant régulièrement la thérapie manuelle et susceptible de conseiller utilement les patients pour leur vie quotidienne s'est avérée très positive. L'aménagement du service kiné dans un local aéré et de dimension suffisante, permettent la prise en charge simultanée de plusieurs patients à constituée une amélioration significative et très appréciée de cette mission. La maladie discale est présente dans le milieu, cependant, on ne dispose pas de matériel essentiel pour procéder à la cure chirurgicale.

F. Les ***plaies***, surtout les plaies infectées du type ulcère « tropical ». De nombreuses plaies ne cicatrisent pas rapidement en raison de la malnutrition et du manque de pansements spécifiques. La prise en charge des grands brûlés est loin d'être optimale, même en milieu défavorisé : pas s'isolement, pas de linge propre, pas de réchauffement, pas de possibilité de bains décapants, etc.

6. LES PROBLEMES DE L'HOPITAL DE KABINDA.

Les problèmes de l'hôpital sont connus de longue date et sont pour la plupart communs aux hôpitaux d'Afrique subsaharienne :

- L'**enclavement** de la région est responsable de problèmes d'approvisionnement en médicaments et en matériel. L'installation et la maintenance de l'appareillage médical sont problématiques voir même infaisables, la N2 étant quasiment impraticable en saison des pluies (appareil de radiologie en « caisse » depuis de nombreuses années). L'instabilité du personnel médical est partiellement liée à cet isolement. Ceci compromet la continuité des soins et la transmission de compétences acquises lors de mission spécialisées.
- L'**apport énergétique** déficient constitue un handicap sérieux à une activité médicale continue, d'autant plus que les panneaux solaires ont actuellement un rendement médiocre.
- La **vétusté** et la **dégradation** des équipements et des infrastructures ne sont pas spécifiques à cet établissement.
- L'**hygiène** est déplorable plus particulièrement dans l'unité chirurgicale où l'on trouve ni gel hydro-alcoolique, ni même savon. En salle d'opération, il n'y a plus d'eau courante, ce qui est proprement aberrant.

- Le **personnel** est manifestement de bonne volonté et soucieux d'apprendre. Il existe toutefois une inertie et un manque évident d'anticipation et d'initiative dans des procédures souvent routinières. L'état maladif d'une large frange de la population contribue peut-être à cette attitude attentiste. Pour rappel, le taux d'infestation parasitaire pour la malaria est de 50,9 % sur les prélèvements réalisés en 2013 au laboratoire de l'hôpital.
  La formation de base laisse à désirer et les opportunités de recyclage sont peu fréquentes; mais ceci aussi n'est pas particulier à cet hôpital.
  Enfin, il existe une tension sociale perceptible et compréhensible vu le niveau très faible des rémunérations et de la disparité des statuts. Cet hôpital est manifestement sous-staffé en médecins (5 actuellement) dont le turn-over est élevé.

Quelques problèmes particuliers doivent pointés du doigt :

1. L'***imagerie par rayons X*** pose problème:

- Le matériel de radiologie est très nettement insuffisant pour la réalisation de clichés de diagnostic osseux correct (notamment au niveau du rachis) chez des adultes moyennent corpulents. Il s'agit en fait d'un appareil mobile dit « bobby » et non d'une installation fixe, télécommandée. Les cassettes sont abimées, causant de nombreux artéfacts et source d'erreur de diagnostic.
- L'absence d'amplificateur de brillance en salle d'opérations est un facteur limitant très significatif à la qualité des résultats tant des réductions orthopédiques, à privilégier comme déjà mentionné, en traumatologie que des interventions chirurgicales.
- Un des opérateurs en radiologie ayant suivi la formation en kinésithérapie, il faudrait sans doute envisager la formation d'une autre personne pour assurer cette fonction.

2. Le ***bloc opératoire*** n'a pas évolué.

- Signalons toutefois un progrès par rapport à la mission précédente. La circulation des personnes semble mieux contrôlée et le port du masque et du calot est bien respecté.

- Par contre, les points suivants doivent être améliorés sans tarder:

a. La salle de lavage des mains et des instruments, de dépôt de matériel de chirurgie et l'installation des dispositifs de stérilisation présente un certain encombrement qu'il faudra étudier ou analyser pour faire un réaménagement.
b. Ce qui est consternant et inacceptable, c'est **l'absence d'eau courante au niveau du bloc de lavage chirurgical**. Il faut puiser l'eau avec un gobelet plastique qui toute la journée repose sur le rebord du bac où stagne l'eau de lavage, qui est toutefois chlorée, mais n'est pas

renouvelée chaque jour. Il semble que le personnel responsable du remplissage du réservoir supérieur se présente avant l'heure d'ouverture de quartier opératoire (??). Il n'est pas possible dans ces conditions de se laver correctement les mains avant une intervention, ce qui en compromet d'emblée le résultat. De plus, le tuyau d'évacuation d'un évier n'est plus raccordé et git par terre ; heureusement qu'il n'y a pas d'eau courante, ce serait l'inondation! Installation *à renouveler en priorité*, l'équipement actuel datant 1959.

c. Il faut privilégier le ***lavage chirurgical*** des mains au gel hydro-alcoolique et au savon doux liquide dont l'approvisionnement devrait être constant. Ce gel est actuellement absent.
d. Le brossage des membres à opérer doit être systématique avant toute intervention et ce dans le pavillon de chirurgie.
e. Le ***matériel chirurgical*** laisse à désirer. Les outils de chirurgie osseuse sont de plus en plus vétustes ; et plusieurs instruments de préhension de petits et gros fragments osseux sont de modèle ancien : leur maniement difficile prolonge le temps opératoire. Les petits implants tels que les fiches filetées et les broches de dimensions idéales sont en nombre insuffisant devant les besoins qu'exige la technique chirurgicale. Une perceuse mécanique (chignole mécanique) apportée l'année précédente par un des chirurgiens (BKK) a permis de faciliter certains actes chirurgicaux. Ce même chirurgien à apporté cette année une perceuse-visseuse sans fil fonctionnant sur batterie et stérilisable par pastilles de formol. Les ciseaux, ostéotomes et gouges doivent être <u>régulièrement affutés</u> (utilisation d'une pierre à aiguiser).

f. Dans quasiment toutes les interventions, la chirurgie osseuse a été effectuée avec des ***champs opératoires*** troués de petite taille, employés normalement en ophtalmologie. Aucun progrès n'est à relever à ce niveau. Ceci n'est pas un exemple positif de modèle d'apprentissage à celui qui aspire à la chirurgie osseuse. On devra retenir les gestes d'usage classique en utilisant : le champ de base, le champ proximal, la poche ou housse pour couvrir le membre et enfin le champ troué de grandeur conforme à la région à opérer.

3. Le ***<u>pavillon de chirurgie</u>*** sera dans un avenir proche déplacé et dédoublé permettent la création d'une unité septique.

a. Le domaine le plus préoccupant est celui de *<u>l'hygiène du pavillon de chirurgie</u>*. Le nombre de patients septiques y est très élevé et la contamination de l'environnement est évidente. La promiscuité est importante, deux patients, voire trois, se partageant parfois le même lit. Il est impossible, dans ces conditions, d'éviter la propagation des germes de patient à patient. Le nettoyage du sol est problématique vu la densité des lits. Les patients qui entrent pour une intervention programmée ne peuvent être mis en contact avec des patients infectés. Le lavage des mains tel que prôné sur les posters de la salle de staff doit être

systématique avant et après chaque soin. Il s'agit davantage d'une question de discipline que de moyens financiers.

b. Sur le plan du confort, la couverture en skaï de 22 lits du service de chirurgie doit être changée, ce qui sera également bénéfique au niveau de l'hygiène. Un budget de 414 $ est prévu à cet effet sur un devis total de 1897 $ qui sera financé par AAI-Belgique.

c. Le *taux d'occupation* des lits au pavillon de chirurgie a dépassé 100% pendant la mission.

4. La salle de ***soins intensifs*** est sous-équipée, voire non équipée en ce qui concerne la réanimation : absence de monitoring, d'oxygène, de respirateur, etc. Un concentrateur d'oxygène et un défibrillateur constituent l'essentiel de l'équipement. La disponibilité et la bonne volonté du personnel ne suffisent pas à combler ce manque. Des démarches sont encours en vue de compléter cet équipement.

7. LES ATOUTS DE L'HOPITAL DE KABINDA.

- L'hôpital peut compter sur le soutien sans faille de la Communauté des Béatitudes qui, depuis 32 ans, s'implique dans la direction médicale, la gestion de la pharmacie, l'intendance, l'aumônerie et l'accueil des personnes venant en mission humanitaire.
- L'hôpital dispose d'une situation de monopole dans une large région géographique. Son recrutement est important : plus de 7500 admissions en 2013 et un taux d'occupation de 104 % des 225 lits, ce qui est favorable an niveau des recettes, mais entraîne une promiscuité nuisible.
- Le service de garde, bien organisé, et le laboratoire fonctionnement 24H/24.
- La stérilisation est effectuée dans les normes et une moustiquaire équipe chaque lit.
- Présence de l'ambulance pour le transport des cas graves.
- Disponibilité d'une banque de sang (seulement 39 poches de sang récoltées en 2013).
- Le pointage des agents permet le respect des horaires.
- Appui des partenaires intervenants dans la Zone Santé : A.A.I, Cap-Santé, PA PNDS, Unicef, BDOM.
- Existence d'une mutuelle de santé (MSK) fonctionnelle dans la Zone de Santé.
- Mise en place d'un logiciel de suivi financier.
- Enfin, point capital pour le développement de l'hôpital, en janvier 2014 a débuté la construction de 4 bâtiments soit une annexe au service de Pédiatrie, une annexe au service de Chirurgie, un deuxième bâtiment de Maternité et un dispensaire de consultations externes. Ces nouvelles constructions devraient permettre la réhabilitation et le reconditionnement des unités existantes et donc des progrès significatifs dans l'hygiène hospitalière. Il est souhaitable que ces travaux progressent normalement et que des difficultés financières ne les interrompent pas, ni ne retardent leur équipement !

8. RECOMMANDATIONS.

Les recommandations émises à l'issue de la mission 2013 sont toujours d'actualité.

8.1 ***Au niveau de l'hôpital :*** il y a encore beaucoup à promouvoir dans cette institution hospitalière dite de référence dans le sens où elle draine tous les bénéficiaires des soins de santé du district soit une population de plus de 260.000 habitants, et qu'elle est un **lieu d'apprentissage et de formation**. Il devra être doté d'un équipement suffisant et modèle pour l'intérêt des apprenants et pour couvrir les soins de santé pour les maladies des os et des articulations.

Filariose lymphatique (éléphantiasis)

Recommandations prioritaires :

- ✓ Il est nécessaire d'améliorer de façon urgente le lavabo du bloc opératoire, le lavage chirurgical des mains étant une priorité absolue pour assurer l'asepsie des procédures chirurgicales. Le lavage du sol et des murs par un désinfectant détergent est aussi indispensable. Il faut veiller à tenir closes les portes des salles d'opération afin d'éviter l'irruption de mouches et autres insectes.
- ✓ Le lavage du sol et des murs doit aussi s'appliquer dans le service de chirurgie en plus des mesures de lavage des mains avant chaque pansement conformément aux règles d'hygiène hospitalière.
- ✓ L'installation de l'appareil de radiologie qui, depuis des années, attend d'être installé est prioritaire avant qu'il ne soit trop tard. Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour terminer cette salle de radiologie qui permettrait à l'hôpital d'être une véritable « référence ».
- ✓ L'installation du local de kinésithérapie actuel est un progrès significatif, mais n'est qu'une étape dans le développement de ce service.

Nous sommes ouverts à la participation à tous les projets susceptibles d'améliorer les conditions de travail.

8.2 ***Au niveau de la zone de santé*** *:* l'émergence et la consolidation de plusieurs **centres de santé**, avec l'appui de CAP SANTE, au niveau de la juridiction montrent bien le rapprochement avantageux des institutions de soins de santé auprès des bénéficiaires. Il faut demander au personnel de ces centre de d'insister sur la prise en charge précoce des problèmes traumatiques et infectieux en apprenant à la population à reconnaître les signes cliniques de gravité des lésions et à se méfier de l'automédication qui risque de compromettre le traitement ultérieur rendu plus complexe, voire impossible et dont le coût final sera plus élevé. Les complications sont pour bon nombre liées à l'activité des tradipraticiens, des pasteurs et autres « faux prophètes ».

Concernant les malformations congénitales, il faut insister sur l'information des familles et des enseignants. Les corrections chirurgicales qui se font en bas âge ont de bien meilleurs résultats que celles qui se font tardivement. C'est le message que chaque prestataire au centre de santé doit transmettre aux parents et bien les éclairer sur le programme des soins.

Avec les différents prestataires du domaine des soins de santé, il faut expliquer, justifier les bonnes raisons de s'affilier au projet de **mutualité** pour **les soins de sant**é MSK.

9. RAPPORT DE LA MISSION DE KINESITHERAPIE.

par Marie-Claire Provost, Kinésithérapeute et Enseignante en thérapie manuelle.

A. OJECTIFS DE CETTE MISSION :

Ouverture d'un service de kinésithérapie et formation en kinésithérapie de deux infirmiers.

Il s'agit d'une formation de base en kinésithérapie classique, mais en y ajoutant une dimension de thérapie manuelle plus efficace, à mon point de vue, pour soigner les pathologies rencontrées qui sont essentiellement d'origine mécanique.

Façade du service de kinsithérapie

B. DESTINATAIRES DE LA FORMATION :

Il s'agit de deux infirmiers : Frédéric et Mathieu, accompagnés par Pascal, infirmier terminant sa 5ème année de médecine ; ainsi que le Docteur Antoine Muswamba qui a été désigné comme responsable du service de kinésithérapie par le Dr Claire Nogier, médecin chef de l'hôpital.

C. CONTENU DE LA FORMATION :

Nous avons repris le même schéma de formation que l'année passée, mais :

- nous avons d'abord fait un **bilan et une évaluation** de ce qui a été assimilé et mis en pratique afin d'ajuster au mieux cette nouvelle formation,

et nous y avons ajouté :

- **Examen clinique et techniques principales de soins** en thérapie manuelle pour :
  - la colonne lombaire,
  - la hanche,
  - le genou.

Cette matière, déjà vue l'an passé, fut reprise et approfondie.

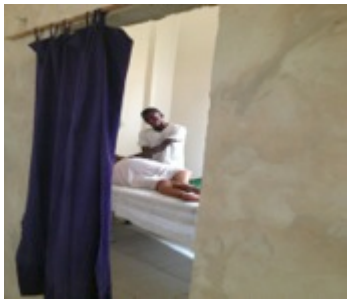
- les articulations périphériques non étudiées en 2013, c'est-à-dire :
  - le pied,
  - l'épaule,
  - le coude,
  - le poignet et les doigts,
  - la colonne cervicale**.**

D. ORGANISATION DE LA FORMATION :

- **Formation au "cas par cas"** : Chaque patient envoyé par un médecin de l'hôpital lors des consultations devient le sujet d'une formation :
  - Description de la pathologie, rappels anatomiques...
  - Raisonnement biomécanique à son sujet.
  - But des soins kinésithérapiques.
  - Apprentissage de l'examen clinique mécanique.
  - Apprentissage de la technique de soins (basique).
  - Evolution du traitement dans le temps et buts à atteindre afin d'avoir une suite dans le traitement de kinésithérapie après la mission 2014.
  - Construction du traitement de kinésithérapie en y incluant les exercices de stabilisation.
  - Conseils d'hygiène au patient et notamment école du dos pour les lombalgiques.
- **Huit heures de cours théoriques et pratiques**, répartis sur trois jours : les mercredi, vendredi et samedi matin, ont complété cette formation chaque semaine.
- **Trois réunions de staff** ont été organisées dont les intitulés étaient les suivants :
  - " En quoi consiste la thérapie manuelle et quelles sont ses indications ?"
  - " Biomécanique de l'articulation fémoro-tibiale et fémoro-patellaire : examen clinique et traitement en kinésithérapie"
  - " La lombalgie de type mécanique" : recherches radiographiques des éléments anatomiques qui la favorisent, examen clinique de la région lombaire, soins en thérapie manuelle, exercices de stabilisation et hygiène du dos.

E. GESTION DU CABINET :

E.1 *<u>Installation du nouveau cabinet (provisoire)</u>* avec le matériel envoyé l'année passée et complété cette année en attendant l'arrivée du container avec tout le matériel nécessaire et complet pour le nouveau centre qui sera opérationnel l'année prochaine.



Cage de Rocher pour la mécanothérapie *Salle de traitements en groupe* *Pièce de traitement individuel*

E.2 *Création sur plan du nouveau centre* **:** le plan a été discuté, revu et corrigé en présence des deux ingénieurs de Entrasco, Papa Dominique et le bailleur de fonds. Le projet fut accepté sans frais supplémentaire *(Annexe 3).*

E.3 *Constitution d'un agenda journalier* avec RV des patients externes et des patients hospitalisés.

E.4 Constitution d'un classeur avec les dossiers des patients. (Annexes 1 et 2)

E.5 *Mise à la disposition d'un classeur comprenant tout le cours de pratique en thérapie manuelle*, avec examens cliniques et gestes techniques de soins pour chaque articulation.

E.6 *Constitution d'un programme « type »* pour chaque séance de soins d'un patient. (Annexe 4).

E.7 *Constitution d'un traitement type* pour fracture-tassement de la colonne lombaire car ces pathologies sont fréquentes suite à chutes d'un palmier et de camion. (Annexe 5)

E.8 *Constitution d'une fiche « école du dos »* (Annexe 5)

F. NOMBRE DE PATIENTS EN SOIN ET PATHOLOGIES RENCONTREES :

1. **74 patients :**
   - Lombalgies : 19
   - Neuro : 13 (AVC ...)
   - Cervicalgies : 4
   - Gonarthroses : 13
   - Traumatologie - orthopédie : 19
   - PSH : 6

G. INAUGURATION DU SERVICE DE KINESITHERAPIE :

Le service a été inauguré et béni le 2 août, en présence du Dr Claire Nogier et des médecins de chaque service ainsi que les chefs de salle, infirmiers-kinésithérapeutes, ingénieurs, membres de la communauté des Béatitudes. Ce fut une belle fête !

H. DIVERS : sont déposés à demeure dans le service de kinésithérapie :

- **Trois livres de Thérapie manuelle** qui résument tous les examens cliniques et gestes techniques en thérapie manuelle et ce pour les différentes articulations de la « machine humaine » .
- **Nombreux supports "Powerpoint",** tant en biomécanique qu'en anatomie. Ainsi que tout le cours de thérapie manuelle, avec un ordinateur déposé chez le Docteur Nogier.
- Quelques flacons de **désinfectants pour les mains.**

I. QUELQUES RECOMMANDATIONS POUR L'AVENIR …

- Pour développer la coordination entre le service de chirurgie et le service de réadaptation, il est important que le Docteur Antoine fasse le **lien entre ces deux services** (comme le faisait le docteur Jacques Thiéry), et suive de près l'organisation du service de réadaptation, et ce jour après jour : il est d'ailleurs intéressé par cette responsabilité, et parfaitement conscient de la tâche.
- Il est important que les deux infirmiers qui ont été désignés par le Docteur Nogier pour être des futurs kinésithérapeutes et qui ont participé à toute la formation soient **déchargés de leur fonction d'infirmiers** ! En effet, durant ce mois de formation ils ont dû travailler plusieurs nuits par semaine alors qu'ils étaient à temps plein dans le service de

kinésithérapie : cette situation a été tolérée car ils étaient super motivés mais elle n'est pas tenable !
Nous en avons discuté en présence du Docteur Nogier, du Docteur Antoine et du chef du personnel le jour précédent mon départ.

- Il est important, bien entendu, de continuer cette formation car ce n'est pas en deux mois qu'on devient capable d'assurer des soins sérieux en kinésithérapie même si cette formation fut importante !
- Il est important de suivre les travaux du **futur service** de kinésithérapie afin que celui-ci soit opérationnel dès que l'actuel local sera remplacé par le service de gynécologie.
- Il est très important de reconnaître **pécuniairement** le travail de formation des deux infirmiers qui s'investissent avec ténacité et courage.
- Il est important de susciter le **dynamisme** pendant les heures de travail.

10. CONCLUSION GENERALE.

Malgré les réserves émises dans ce rapport et les conditions de pratique rendue difficile par toutes les raisons évoquées plus haut, cette mission de chirurgie orthopédique et de kinésithérapie 2014 a globalement rempli ces objectifs en matière de pratique médicale et de transmission d'expertise. Les résultats concrets ne pourront s'apprécier qu'à long terme en raison même de la nature des activités chirurgicales pratiquées requérant des soins prolongés avant d'obtenir la consolidation du résultat et des traitements de kinésithérapie et revalidation nécessitant la plupart du temps la répétition de séances de soins.

Le cas de ce jeune patient présentant des séquelles traumatiques majeures au niveau du membre inférieur gauche opéré lors de la mission 2013 est un signe encourageant. Revu un an plus tard, on peut affirmer qu'il a bénéficié de l'intervention chirurgicale et des soins effectués par la suite par l'équipe médicale locale.

Jacques THIERY Marie-Claire PROVOST *Août 2014*

Annexe 1 :

Hôpital général de référence de Kabinda

- **Nom du médecin prescripteur**
- **Date de la prescription**
- **Diagnostic médical**

Identité du patient :

Nom, prénom, sexe, âge, domicile.

Dates	Traitement et observation	Nom du kiné
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Annexe 2 :

Fiche patient : Verso

1. Plaintes patient : (date des 1ères plaintes, endroit, trajet, intensité, forme de douleurs : aigües ? Lancinantes ? diminuent après la mise en route ?...)

2. Examen clinique mécanique

3. But du traitement de kinésithérapie

4. Traitement en thérapie manuelle

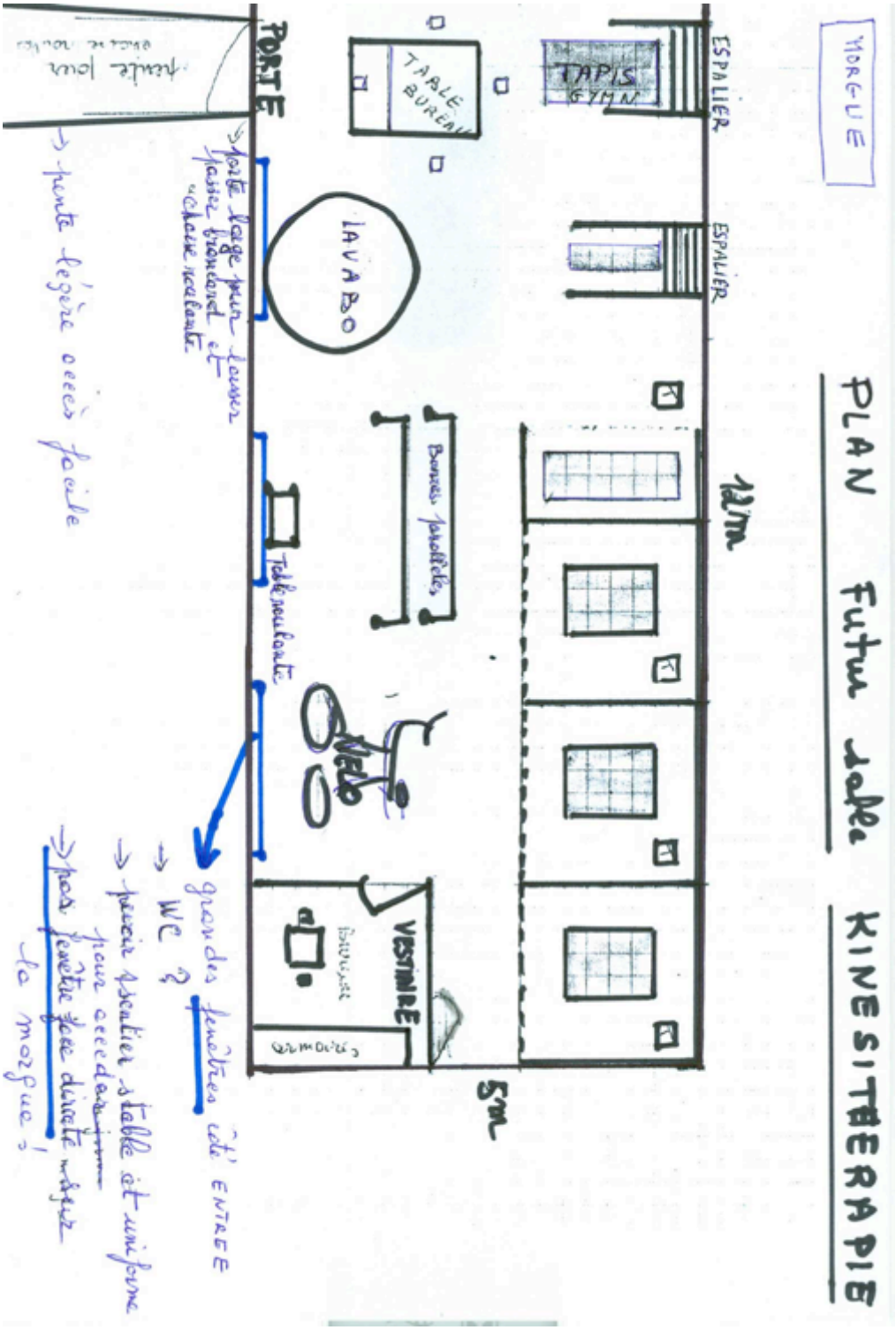
5. Traitement éventuel en mécanothérapie

6. Conseils d'hygiène articulaire, école du dos

7. Exercices de stabilisation à apprendre et à pratiquer à la maison

8. Prochain RV

Annexe 3 :


PLAN Futur salle KINESITHERAPIE
MORGUE
ESPALIER
ESPALIER
TAPIS GYMN
TABLE BUREAU
LAVABO
PORTE
12m
5m
VESTIAIRE
Table roulante
grandes fenêtres côté ENTREE
WC ?
pas fenêtre face directe
la morgue !

Annexe4 :

Gestion de chaque séance de soins :

1. *Question préliminaire : "Comment allez-vous depuis la dernière séance "? Noter au recto de la fiche du patient.*

2. *Pratiquer l'examen clinique et noter au recto fiche patient.*

3. *Etablir le traitement suite à l'examen clinique et le noter.*

4. *Soigner le patient en ayant soin de bien l'installer* ***dans une position correcte : l'articulation soignée doit être dans son rythme dérigidifiant.***

5. *Donner des conseils pour se relever de la table pour les lombalgiques + pointe pieds pour ré-informer l'appui facettaire.*

6. *Refaire l'examen afin de voir le travail accompli et noter les résultats.*

7. *Donner les directives au patient et conseils d'hygiène pour l'articulation soignée.*

8. *Donner des exercices de stabilisation si nécessaire.*

9. *Donner un prochain RV et déjà le noter sur la fiche du patient afin de faciliter, en fin de journée, la préparation des fiches du lendemain.*

10. *Après chaque séance : placer la fiche du patient soigné dans le carnet bleu pour la facturation à faire en fin de journée.*

En fin de journée *:*

- *Noter toutes les séances dans le registre bleu*
- *Préparer les dossiers des patients du lendemain*

Recommandations importantes :

- *Ne pas ouvrir son GSM pendant les soins !*
- *Insister sur le respect des heures de RV !*
- *Se laver et désinfecter les mains après chaque séance*
- *Changer fréquemment les draps de table*
- *Arriver 10 minutes avant le premier patient afin de tout préparer.*
- ***Accompagner*** *le patient du début à la fin de la séance : le patient doit être soigné personnellement pendant ½ heure et après, si nécessaire, il fait de la mécanothérapie ou des exercices de gymnastique*

Annexe 5 :

Exercices et école du dos pour fractures tassement L1, L2 :

1. *Apprendre la position assise correcte : assis sur ischions et pas sur les fesses !*

2. *Passer de la position assise à la position debout sans écraser la vertèbre : lever en chandelle avec les quadriceps !*

3. *Travailler les quadriceps en répétant cet exercice.*

4. *Passer de la position couchée à la position debout sans écraser la vertèbre :*
   - *d'abord se coucher sur le côté*
   - *ensuite passer les jambes en-dehors du lit et ensuite avec appui sur la main se relever.*

5. *Assis correct : auto-grandissement*

6. *Assis correct : exercice de C. Richarson : multifides et transverse de l'abdomen sans cyphoser lombes !!!*

7. *Position à "quatre pattes" : creuser légèrement le haut des lombes.*

8. *Position à "quatre pattes" : refaire l'exercice de C. Richarson : mettre les articulations postérieures en appui au niveau du tassement et rigidifier la colonne pendant le lever d'un bras ou d'une jambe.*

9. *Quatre pattes et debout et en marchant : exercice de C. Richarson*

10. *Coucher ventral : Mac Enzie sur L1 L2*

11. *Apprendre à se baisser sans écraser la vertèbre (respecter le creux lombaire)*

12. *Apprendre à soulever un poids sans compression de L1L2.*