

Mission du Professeur Loisanca à Mandalay 17 Août 2013 – 30 Août 2013

Cette mission est assurée par le Professeur Loisanca. Il sera rejoint par le Professeur Wan et son équipe (deux chirurgiens assistants, une femme médecin anesthésiste, une médecin perfusionniste), venus de Pékin (3rd Hospital de Pekin University) pendant quatre jours (il s'agit là de la deuxième visite du Professeur Wan). La présence d'un anesthésiste réanimateur de Paris était souhaitée mais n'a pu être assurée, du fait de la période de vacances annuelles dans les services de l'AP HP.

Cette mission est la cinquième mission organisée en 2013, les précédentes (Professeur Loisanca et Professeur Huyt, réanimateur, en février, Professeur Baufreton de Angers en mars, Professeur Nakashima du Japon en mai, Docteur Houel de Marseilles fin juin, tous formés par le Professeur Loisanca). Toutes ces missions se sont déroulées dans de bonnes conditions.

Cette mission a eu pour objectif :

- la poursuite de la formation des chirurgiens locaux, au cours d'interventions chirurgicales à cœur ouvert, des anesthésistes réanimateurs pendant et au décours de ces interventions,
- l'évaluation de l'évolution des performances des chirurgiens, de celle des réanimateurs, de l'équipe des infirmières de bloc opératoire
- la discussion avec les cardiologues de Mandalay et avec le directeur de l'hôpital de Mandalay des perspectives, des engagements respectifs de l'équipe locale et de l'équipe française, tant dans le domaine des infrastructures que de celui des équipements et des personnels médicaux et infirmiers.

Cette mission est intervenue dans la semaine qui a suivi la survenue d'un problème de santé grave du chef du Département d'Anesthésie Réanimation, qui n'a donc pu participer aux activités.

1- L'activité et la formation sur le terrain

Onze malades avaient été convoqués et hospitalisés en vue d'une intervention. Deux seulement vont être récusés lors de la visite des malades. Les candidats à l'intervention présentent une indication de chirurgie cardiaque parfaitement conforme aux critères de sélection admis. Les deux malades récusés le sont contre l'avis des chirurgiens locaux très désireux de confirmer l'indication opératoire, pour des raisons difficiles à évaluer. Tous les malades sélectionnés sont des malades « affordable », prenant en charge eux mêmes la totalité des frais de l'intervention. A posteriori, il apparaîtra que trois malades sont des personnalités d'importance pour le service : un proche du directeur de l'hôpital, mari d'une médecin responsable à la direction de l'hôpital et responsable politique en vue, deux des proches de l'équipe soignante.

Les malades valvulaires simples sont opérés par l'équipe locale : deux par le dr Htwey, deux par le dr Aung Thu, aidés par le dr Wanna Thun, de retour d'une année de formation à Kuala Lumpur et du jeune chirurgien sélectionné pour une formation de deux ans à Paris. Ces interventions se sont déroulées dans de bonnes conditions, les protocoles enseignés depuis 8 ans étant globalement respectés. Les autres malades sont

opérés par le Professeur Loisanca (remplacement valvulaire aortique couplé des pontages coronaires, pontages coronaires sous CEC) et par le Professeur Wan (pontages coronaires à cœur battant). Au total neuf interventions sont pratiquées.

Les suites opératoire vont se dérouler simplement sauf chez deux malades : le premier a requis une ré intervention pour suspicion de saignement post opératoire. La ré-intervention ne retrouve aucun saignement actif mais confirme l'absence du drainage de la cavité péricardique (la technique de mise en place des drains préconisée n'a pas été respectée par l'équipe locale). L'évolution ultérieure a été sans problème.

Rétrospectivement, le tableau clinique qui a conduit à la ré intervention était la conséquence d'un sevrage trop rapide des drogues toni cardiaques. Le second malade a eu des suites simples jusqu'au cinquième jour post opératoire puis a constitué au cours de la nuit une insuffisance ventilatoire responsable au petit matin d'une grand détresse respiratoire avec l'enclenchement d'une cascade de défaillances, rénale puis circulatoire, responsable du décès. Il sera découvert à posteriori que l'équipe médical en charge pendant les nuits est assurée par un jeune étudiant en cours de première année d'anesthésie et d'un médecin confirmé, jamais au préalable exposés à la chirurgie cardiaque.

Au total, à la date de la mission, le **nombre de malades opérés depuis le début de l'année est supérieur au nombre total des malades opérés en 2012 (72)**. Il faut souligner que, en plus de l'activité pendant les missions, l'équipe locale a assuré de façon non anecdotique des interventions à cœur ouvert et des interventions à cœur fermé. L'équipe des médecins cardiologues ne réfère aucun patient coronarien en dehors de la période des visites. Il est confirmé par les médecins cardiologues que la confiance accordée à l'équipe locale reste confinée aux malades valvulaires simples seulement.

2- L'évaluation des performances de l'équipe

L'équipe chirurgicale prend forme. Il faut souligner que l'activité a été maintenue chaque jour de la mission de façon ininterrompue, ce qui a représenté une charge de travail tout à fait significative. Aucune manifestation négative n'a été observée.

L'équipe des chirurgiens est plus soudée qu'auparavant : les chirurgiens s'aident mutuellement. Les relations avec les personnels non médicaux paraissent bonnes. Les chirurgiens ont assimilé l'essentiel de ce qui leur a été appris. Toutefois, dans le détail, le retour à des pratiques non conformes est possible. Les raisonnements traduisent encore une pratique insuffisance. La coordination avec les médecins perfusionnistes reste en dessous des normes nécessaires. Enfin, l'acquisition des gestes de la chirurgie coronaire reste très insuffisante. Il est évident que cette équipe manque encore de pratique et d'exposition à cette chirurgie des artères coronaires : la méfiance de l'équipe des partenaires cardiologues médecins est donc parfaitement justifiée.

Le fonctionnement des médecins anesthésistes s'est considérablement amélioré par rapport aux visites antérieures, malgré l'absence du chef de service. Les deux médecins anesthésistes affectés au service ont été rejoints par la jeune femme médecin anesthésiste, postée en obstétrique, qui a bénéficié de quatre mois de formation à la chirurgie cardiaque à Pékin, dans l'équipe du Professeur Wan. Celle ci confirme son grand intérêt pour la chirurgie cardiaque et paraît tout à fait désireuse de progresser.

L'équipe des infirmières fonctionne beaucoup mieux que dans le passé. Le nombre des infirmières postées dans le service a été augmenté, conformément aux promesses faites par le Directeur de l'Hôpital au cours des missions précédentes. Les infirmières locales ont bénéficié de la formation assurée par les deux infirmières formées à Paris en 2007 et en 2008. Leur niveau de compétence en salle d'opération est tout à fait aux normes. Par contre dans l'unité de soins intensifs, leur fonctionnement n'est acceptable que chez les malades ne présentant aucune difficulté particulière. Leurs limites ont été évidentes chez les deux malades qui ont présenté des complications. L'absence d'une présence continue de médecins seniors compétents en unité de soins intensifs est pour les infirmières source d'un stress important.

Il devient évident que l'infrastructure dans laquelle évolue l'équipe n'est pas adaptée à l'augmentation de l'activité. Les équipements font par ailleurs défaut, malgré les investissements récents faits par le MOH (une nouvelle console de CEC en salle d'opération, un ventilateur performant en unité de soins intensifs) et par des dons de malades (autoclave performant au bloc opératoire, générateur de secours). Par contre, l'écho cardiographe donné par notre équipe au service reste peu utilisé, malgré la formation à son utilisation lors des missions précédentes. Les deux consoles de contre-pulsion diastolique et les ballons intra aortiques également donnés par notre équipe ne sont pas utilisés du fait de l'absence de disponibilité de gaz comprimé adapté (problème qui pourrait être solutionné sans difficulté si existait une volonté). L'appareil de mesure des constantes biologiques donné en novembre 2012 (iStat) n'a pas été utilisé : les cartouches achetées par notre équipe n'ont pas été utilisées et sont périmées. Aucun gaz du sang n'est donc mesurable. Ces insuffisances expliquent en partie l'évolution fatale du malade qui a présenté une complication initialement bénigne. La difficulté de l'équipe locale à maîtriser les techniques de monitoring moderne pourtant indispensables est manifeste.

3- le bilan et les perspectives

Ces deux objectifs de notre mission ont été atteints par les discussions avec les médecins du service, les partenaires médecins cardiologues et le Directeur de l'Etablissement.

Clairement, **les progrès sont manifestes** mais **les limites** des performances actuelles sont encore trop rapidement atteintes. Il apparaît à tous que l'augmentation de l'activité par la multiplication des missions et l'augmentation de leur durée sont hautement souhaitables. Il paraît difficile d'atteindre le niveau d'indépendance totale en chirurgie adulte de l'équipe locale sans un renforcement de la fréquence et de la durée des missions.

Les difficultés de l'équipe locale à utiliser de façon routinière les quelques équipements donnés et à respecter les recommandations ont été discutées. De la même manière, le **défaut d'organisation** de la surveillance médicale en soins intensifs, parfaitement illustré lors de cette visite, ont été évoqués dans un climat de grand franchise. Des recommandations ont été faites, notamment la présence sur place, 24x24 d'un 'médecin senior' soit anesthésiste, soit chirurgien « compétent » dans la prise en charge d'un malade hospitalisé en soins intensifs, sachant que l'expérience des plus formés reste très insuffisante. Il conviendra de vérifier rapidement si ces recommandations sont suivies, la tendance des chirurgiens à ne pas identifier les situations à risque de complication et

à éviter un investissement personnel important étant manifeste. Il faut admettre que l'obligation faite aux médecins les plus compétents (chirurgiens et anesthésistes) d'avoir une activité extérieure le soir (pour assurer le living de la famille) complique l'application de cette recommandation.

Le Directeur a confirmé son avis très positif sur l'intérêt des missions et son engagement à **transférer le service dans de nouveaux locaux**. Ceux ci seront installés dans un nouveau bâtiment en cours de construction, financé par le MOH. Le transfert est prévu en mars 2014. Les plans du service (deux salles d'opération dont une dédiée à la chirurgie cardiaque, l'autre à la chirurgie à cœur fermé et la chirurgie vasculaire, quatre lits de soins intensifs adjacents, des locaux convenables d'hospitalisation de trente malades, des locaux de consultation) ont été montrés. Le Directeur souhaite que le choix des équipements soit guidé par notre équipe. Enfin, le Directeur confirme l'accord du Ministre du MOH pour la mutation en chirurgie cardiaque du dr San San.

La demande de la **poursuite d'une formation** des médecins, des infirmières, lors des visites est renouvelée. Le souhait de la venue de médecins réanimateurs formateurs est à nouveau formulé. La demande de l'organisation de la formation d'un deuxième médecin pompiste et de deux infirmières compétentes en circulation extra corporelle pendant une période de trois mois est insistante : celle ci n'est pas souhaitée à Paris, pour des raisons de coût et de langue. Par contre elle est acceptée au Vietnam ou à Kuala Lumpur.

Le projet de former à Paris un jeune chirurgien est abandonné : chargé de famille, il ne peut abandonner ses « nights duties ». De plus, il a renoncé à l'acquisition de la langue française. Il est prévu de sélectionner un autre candidat, plus jeune, plus motivé par la maîtrise du français. Le Professeur Sein Myet, coordonnateur des services de chirurgie au Mandalay General Hospital procédera à la sélection. Il faut souligner une fois de plus la difficulté importante de la sélection du candidat, qui tient à son âge excessif, conséquence du cursus obligatoire des jeunes médecins, au problème de la langue, enfin aux craintes d'une affectation hors chirurgie cardiaque au retour de formation. Enfin, une nouvelle formation du dr Wanna Thun a été discutée : elle aurait pour but la maîtrise de la chirurgie coronaire. Elle ne peut s'envisager à Paris pour le problème de langue. Elle paraît envisageable à Pékin chez le Professeur Wan.

L'équipe du Professeur Wan a confirmé lors de cette visite tout l'intérêt qu'elle porte à la formation de l'équipe locale. Ceci impose une grande vigilance, compte tenu de la très forte présence chinoise à Mandalay, de la proximité de Kunming, pour que soit maintenue la prépondérance de l'influence française à Mandalay. La « compétition » des équipes étrangères, pour aider les équipes locales, bien visibles à Yangon, ne paraît pas se développer à Mandalay.

4-Conclusion

L'équipe est sur la bonne voie mais la route est encore longue pour atteindre l'indépendance totale en chirurgie de l'adulte routinière, notamment dans le domaine de la chirurgie coronaire et a fortiori en chirurgie des cardiopathies congénitales. Ceci impose la multiplication des visites et/ou l'augmentation de leur durée. Le problème du financement de la poursuite des activités est clairement posé.

Notre action sera enfin aidée par l'amélioration des infrastructures lors du transfert du service dans de nouveaux locaux, et la poursuite des investissements en moyens techniques et humains, financés par le MOH.

L'aide sur place de notre équipe doit se renforcer, soit par la poursuite des visites toutes les six semaines à deux mois de chirurgiens et de réanimateurs de notre équipe, soit par l'organisation de séjours de longue durée d'un chirurgien et d'un anesthésiste confirmé.