

MISSION CHIRURGICALE N°81 FEVRIER 2018

MOUNDOU
TCHAD



Compte-rendu de mission

Dr. Chantal Lory-Charrier
Coordinatrice

Membres de l'équipe chirurgicale :

Chirurgiens : Christophe GLORION

Patrick KNIPPER

Alexandra BRASSAC

Anesthésistes : Xavier SAUVAGNAC

Chantal LORY-CHARRIER

Infirmières de Bloc Opératoire:

Florence LOHEAC

Eleonor d'ESPINAY SAINT LUC

Infirmière Anesthésiste : Sylvia RAMOS

Infirmier DE : Julien BAISEZ

TEMOIGNAGE D'HONORE GUELNOUJJI MOGOMBAYE**1 . RAPPORT DE MISSION.****2. COMPTE RENDUS CHIRURGICAUX ET ANESTHESIQUES** Tableau de synthèse**3. RAPPORT PATRICK KNIPPER, CHIRURGIEN PLASTICIEN****4. RAPPORT DEBRIEFING DE FIN DE MISSION, HANDICAP SANTE- MNDP****5. RAPPORT DE JULIEN BAISEZ****6. COMPTE RENDU DES RENCONTRES ET ENTRETIENS BERTRAND CHARRIER****7. PROTOCOLE DE BACTERIOLOGIE****8. PROTOCOLES D'ANESTHESIE****9. CADRE DES MISSIONS CHIRURGICALES DE HANDICAP SANTE**

TEMOIGNAGE

Nous célébrons aujourd'hui 7 février 2018, la journée des personnes vivant avec un handicap. Une personne ayant un handicap est celle là qui souffre d'une déficience. Elle peut être motrice, mentale, visuelle et de surdité.

Le thème de cette journée du handicap est « Tous ensemble pour un Tchad inclusif ». Nous, personnes en situation de handicap devons montrer aux autres que nous existons et que nous pouvons malgré nos limites contribuer au développement socio-économique, culturel et politique de notre pays. Dans le terme déficience, il existe le mot « défi ». Alors, nous avons un défi à relever.

Il y a des personnes en situation de handicap qui ont beaucoup de valeur mais qui vivent toujours cacher. Nous nous demandons pourquoi ? Que ceux là qui nous écoulent, sortent de leur cachette pour que nous puissions démontrer à partir de maintenant que nous contribuons aussi au développement du Tchad mais en silence. Donc, nous devons faire du bruit à travers nos actions.

Je voudrais toucher un point que nous avons toujours combattu, la mendicité. Certains d'entre nous épousent la mendicité comme leur fonction. Il existe deux sortes de personnes handicapées qui mendient. Celles qui mendient puisqu'ils n'ont pas d'opportunité de pratiquer une activité et ceux qui ont plus d'opportunités mais qui font de la mendicité leur profession. Ce fait ne nous honore pas et n'honore pas notre Créateur qui a mis en nous toutes les potentialités que nous devons mettre en œuvre pour se faire une place dans la société.

Nous devons utiliser les aides que nous recevons afin d'être autonome. Pour ce faire, nous avons le devoir de prendre conscience de notre avenir.

Pour relever ce défi, nous devons laisser tomber les comportements qui ne nous honorent pas. Ainsi, nous pouvons être forts pour un Tchad inclusif.

Les aides aux personnes en situation de handicap viennent toujours de l'extérieur et des personnes de bonne volonté de l'intérieur.

Il est ainsi du devoir des autorités de nous aider, à nous soigner, à étudier, à nous faciliter la tâche pour nos différentes activités.

L'Etat a une forte responsabilité à agir pour nous aider.

Nous saluons les œuvres positives du gouvernement peu nombreuses à notre endroit tout en leur demandant faire plus d'efforts.

Nous remercions tous ceux qui agissent pour le bien des handicapés.

Nous remercions sincèrement le Père Michel Guimbaud, fondateur de la Maison Notre Dame de Paix, grâce à lui nous b n ficiions de multiples aides. Nous demandons au Seigneur d'être avec lui.

Honoré Guelnoudji Mogombaye, informaticien   MNDP

1. RAPPORT DE MISSION.

a. Préparation de la mission

A Paris, bonne concertation entre les IBODEs pour la préparation du matériel.

Le matériel d'anesthésie a été commandé dans différents lieux car les produits consommables ne sont pas référencés pour être commandés de manière simple auprès du fournisseur avec lequel travaille Marylène Najman.



Quand aux drogues d'anesthésie, PHI, la pharmacie humanitaire demande des délais de 8 semaines et ne peut pas fournir tous les produits. Il a été fait appel à notre collègue d'Interplast qui, à ce jour, peut commander dans la clinique où il exerce.

A explorer et mettre en œuvre, la piste de la présence facilitatrice d'un pharmacien membre de l'association pour pouvoir effectuer des commandes dans les hôpitaux.

Il faut reconnaître que cette préparation de matériel est toujours source d'efforts importants pour ceux qui l'assument.

Un travail d'éclaircissement des listes un peu pléthoriques concernant l'anesthésie, des listes-types ont été établies à partir de l'existant et il est nécessaire de les finaliser avec les références exactes des produits, consommables et drogues, ainsi que les lieux précis d'approvisionnement, pour éviter une importante dépense d'énergie avant le départ et des découragement devant la répétition des situations à problèmes non résolus.

Les démarches administratives et de lien entre les partants de la mission a été assumé par Bertrand Charrier. La procédure en est maintenant claire, avec toutefois, toujours une adaptation sur des aspects de détails sur les dépôts de visas, vérifications bagages, anticipation, etc... Cette préparation volontiers assumée actuellement, peut donc être déléguée à toute personne volontaire.

b. Voyage vers le Tchad, arrivée à N'Djaména. Transport vers Moundou

Des bonnes surprises dans une situation sociale tchadienne troublée.

Détails :

1) Départ de Paris-Roissy

Pas de difficultés sur les bagages soute au gabarit.

Suggestion P Knipper: Attribuer 2 bagages par personne qui sera responsable de les récupérer à l'arrivée.

Tous les bagages supplémentaires sur le coordinateur. Intérêt de motivation pour l'équipe pour ce qui a été une grosse responsabilité sur une seule tête.

NB : les jours de vol vont changer en mars 2018 : vendredi, dimanche et mardi.

Les missions partiront donc le vendredi après-midi, pour revenir 2 semaines après, le samedi matin à Roissy.03/03/18

2) Arrivée à N'Djaména :

Pas de grosse différence à l'arrivée car les porteurs sont très véloces pour la récupération et il faut quand même recompter en globalité, (paiement porteurs aéroport pour 23 bagages 10 000 FCFA proposés (Timothe), 14000 FCFA acceptés).

Départ immédiat des bagages par la route en raison de crainte de coupure de routes autour de N'Djaména (2 chauffeurs dont Thimote).

3) Il était prévu de passer la nuit au CAC (centre d'accueil catholique), qui est à moitié prix de l'hôtel Ibis. Mais la préoccupation générale de la paralysie du pays par la grève des fonctionnaires et l'imprévisible tournure que pouvaient prendre les manifestations de rue annoncées pour le lendemain, et les fortes incitations des contacts sur place, ont fait changer pour l'hôtel Ibis, option qui, depuis quelques missions essaie de répondre à la préoccupation de la sécurité collective de l'équipe.

Ibis: 69 000 FCFA/ chambre+ petit déjeuner. Penser à réserver la navette de l'hôtel Ibis/ Hassan. Prix de la chambre au retour, 50 000 FCFA la demi-journée.

La tendance actuelle serait de retourner vers le CAC si les conditions de sécurité hors crise s'améliorent.

4) Nouveauté, entrée des nouveaux venus dans le pays :

- Recueillir l'autorisation du commissariat : Présence physique demandée individuelle demandée pour les nouveaux passeports. Depuis décembre 2017.
- Aller au centre de voyage (Vincent), reçus par Jacques qui donne les recommandations récentes : demander les autorisations en cas de renouvellement de passeport ou de nouveaux venus.
- Conseil : suivre la démarche proposée, c'est long mais incontournable

5) Vol du PAM (Programme alimentaire mondial des Nations Unies)

- Le vol du PAM est confortable, rapide, tardif dans la journée (une heure de vol et arrivée à Moundou à 17h00).

Remarque : la route vers le sud est une belle découverte du pays et les changements de paysage des zones désertiques vers les régions plus ombrées du sud, elle est cependant redevenue une vraie épreuve dans la durée (10 heures de route défoncée) et l'inconfort relatif au mauvais état de la route.

Les changements de jours des vols Air France (le vol du jeudi est remplacé par le vendredi. Les vols sont donc le dimanche, mardi et vendredi) incitent à chercher avec ardeur et trouver un acheminement aérien adapté entre N'Djamena et Moundou, et retour.

c. Arrivée au Centre des Handicapés, les consultations, la mise en place du matériel

Au centre des Handicapés, comme un film en accéléré, la chaleur de l'accueil, le brouhaha des retrouvailles pour les plus anciens, la découverte un peu étourdie par les sollicitations pour les nouveaux, des soignants, des malades, de ce qui va être notre monde partagé pendant ce séjour à Moundou.



Et très rapidement, le travail d'organisation des blocs : l'équipe d'anesthésie apprécie le travail de rationalisation du matériel dans la réserve, l'équipe de chirurgie, gère avec efficacité les rangements des 400 kgs de matériel apporté.

Les consultations se tiennent jusque tard dans la soirée, bien organisées, plastie d'un côté et orthopédie de l'autre, les deux anesthésistes se concertant, vont des uns aux autres. Un recueil sur le fichier filmmaker, en direct par le volontaire présent depuis septembre 2017, Gabriel, se révèle très efficace.



Une indication opératoire est portée pour 58 patients :

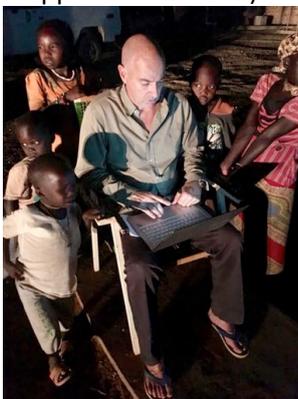
- 18 patients en chirurgie plastique
- 40 patients en orthopédie



d. La chirurgie plastique

Les indications de chirurgie plastique sont liées aux conséquences de brûlures, 7 patients, fentes labiales et palatines, 6 patients, et 5 patients souffrant de pathologies diverses, agression et section du nez, agression et section du fibulaire commun à la jambe, masse tumorale de jambe constituée de tophi goutteux...

Le chirurgien, Patrick Knipper assume avec entrain une double charge pendant cette mission, la chirurgie et l'accueil, la formation sur le terrain mais également les cours théoriques de 3 internes tchadiens en chirurgie générale – le nombre en a été volontairement limité en raison de la gestion de l'espace de travail des opérations chirurgicales au bloc opératoire. (compte-rendu chirurgical détaillé de Patrick Knipper en annexe 2).



e. La chirurgie orthopédique

La spécialisation pédiatrique du Pr Glorion amène à recruter davantage de pédiatrie et de malformations que dans les autres missions où domine souvent les complications de la traumatologie.

20 patients de moins de 15 ans
12 patients entre 15 et 35 ans
8 patients entre 35 et 66 ans
Ostéomyélites : 11 patients
Traumatologie : 10 patients
Malformations des membres inférieurs : genu valgum/varum (étiologies : maladie de blount, arthrogrypose, rachitisme, congénitale...) : 8 patients
Séquelles d'injections Intramusculaires dans le sciatique : 5 patients
Ostéonécrose ou arthrose de hanche : 3
Polio : 2



Pour les interventions des membres inférieurs sont instaurés conjointement des traitements par uvédoses –cholécalférol 100 000 UI tous les 3 mois.



Les internes tchadiens ont également participé activement aux interventions d'orthopédie.

Les résections tête et col sont réalisées pour quelques patients et l'orientation de la mission vers la pédiatrie amène à récuser quelques uns de ces patients douloureux.



A noter qu'aucun traitement antalgique de palier 1 n'est prescrit à ces patients, simple paracétamol pris régulièrement et à bonne dose, 4g par jour, est accessible au Tchad et pourrait apporter un soulagement temporaire à ces patients.

A noter que, tant pour la chirurgie plastique que pour l'orthopédie, la durée des traitements antibiotique a été limitée à 2 semaines en post opératoire après une antibiothérapie IV de 48 heures (protocole en annexe 3) et on privilégie les soins infirmiers et la rigueur dans l'hygiène des pansements. La douche nouvellement installée doit être utilisée avant chaque pansement, soit tous les 2 jours pour les malades les plus à risque, il s'agit d'une douche corps entier entièrement dévêtu et revêtement de vêtements propres après celle-ci.

f. L'anesthésie

Les réserves en oxygène sont suffisantes, il faut toutefois toujours s'assurer que les bouteilles sont remplies.

Les moyens de surveillance pour une anesthésie générale sont corrects. Deux monitorages cardioscopes, rachat de 2 saturomètres, l'équipe dispose d'un respirateur et d'un extracteur d'oxygène.



Les techniques habituelles se sont révélées efficaces et adaptées au milieu. (protocoles annexe 4). L'anesthésie locorégionale étant toujours privilégiée quand elle est possible : telles que rachianesthésie et bloc plexique axillaire, anesthésies caudales sous sédation chez les plus jeunes.

L'analgesie post-opératoire est multimodale : associations de blocs plexiques ou tronculaires et antalgiques paliers 1, 2, 3, généralement AINS, paracétamol et opioïde..

Cependant nous devons rester prudents vis à vis des morphiniques apportés, souvent dons de familles françaises de patients de soins palliatifs décédés. Les dosages peuvent être très différents de l'usage anesthésique habituel. Deux retards de réveil ont été traités sans conséquences particulières, ils ont fait l'objet d'une surveillance prolongée au centre MNDP (oxygénothérapie, surveillance permanente, mesure de la SpO2).

g. Réserves de matériels

L'organisation des stocks de matériel d'anesthésie en kits prêts à l'emploi est remarquable d'efficacité. Elle doit peut-être être réexpliquée aux nouveaux venus. La gestion des stocks doit être faite avec discernement et un peu de souplesse, la règle du non-périmé peut avoir quelques avenants selon les produits concernés et surtout devient plus facile à appliquer si les stocks sur place diminuent.

En amont, un travail reste à faire pour finaliser les listes de matériel nécessaire et suffisant et savoir donner aux partenaires de l'hôpital ce qui encombre et alourdit terriblement le travail de rangement. Il me paraît tout à fait important que les acteurs de chaque discipline, médecins, chirurgiens, infirmiers, aient un degré d'autonomie suffisant vis à vis de leur connaissance de ce matériel et de son organisation de rangement, et prennent un peu de leur temps pour ne pas tout déléguer de cette tâche ressentie comme lourde.

Un suivi des stocks de la pharmacie de MNDP est instauré pour une meilleure rationalisation des commandes.

h. Le bloc opératoire

Equipe de l'hôpital de MOUNDOU:

- Directeur: Mr Dobel NEMONGUEL
- Major du bloc : Mahamat MOUSSA
- Infirmiers : Mbainodji Daïro NDOH, David DEDOUMDE
- Ménage : Jérôme MBAITALO
- Stérilisation : Dillah NEMIA, Espoir NIBONDINGAM
- Buanderie : Michel MBAIRINGA, Laoudane MBAIOUABEDI

Lors des missions chirurgicales, les problèmes rencontrés demeurent liés à l'environnement, et aux pénuries. Les conditions d'asepsie sont peu satisfaisantes ... L'électricité a eu des coupures ponctuelles de courte durée mais fréquentes. Les réponses à cette difficulté sont assez floues : durée ? cause ? Les lampes frontales étaient donc portées en permanence.

Pendant la mission, l'équipe a eu peu de contacts avec les médecins et personnels de différents services de l'hôpital en raison de la grève générale et de la désertification de l'hôpital. Nous nous sommes présentés au Directeur, Mr Dobel Nemonguel, bien connu des plus anciens puisqu'il revient à une fonction qu'il a déjà occupée dans le passé, avec une bonne relation de confiance avec les équipes Handicap Santé.

Nous avons eu l'occasion de saluer le Dr Dikha, obstétricien et sa collègue chirurgienne généraliste, actuellement en congé de maternité.



Les deux infirmiers de bloc sont-ils employés de façon optimale par l'équipe.

Le bloc opératoire, entièrement rénové depuis 4 ans, montre des signes de défaillance de la maintenance, carreaux cassés, bord des portes détériorés, prises électriques arrachées, scialytiques non fonctionnels, et aussi des conditions d'hygiène améliorables en routine :

- pourquoi le nettoyage des salles d'opération pendant plusieurs jours avant notre arrivée par les équipes de MNDP est-il encore justifié ?
- assurer l'approvisionnement en eau et savon des sanitaires, nettoyés avec soin pendant les missions

Le responsable du bloc nous signale de nombreux manques, depuis les tenues de bloc jusqu'au matériel minimum nécessaire pour travailler : gants, fils chirurgicaux, etc...

La question sera transmise au Directeur.

Les repas sont pris dans une salle au sein du bloc, la pratique de repas unique, commun avec les kinés et autre personnel de MNDP a été rétablie et se fait dans une seule salle, munie d'une table de taille suffisante, et non plus en salle de réveil. Celle-ci a également été équipée d'une table pour pouvoir travailler en posant les objets sur une surface adaptée.

i. Déroulement de la mission chirurgicale de février 2018.

L'équipe chirurgicale française est donc composée du professeur Christophe Glorion et du docteur Alexandra Brassac, chirurgiens orthopédistes, du docteur Patrick Knipper, chirurgien plasticien, de Mmes Florence Lohéac et Eleonor d'Espinay Saint-Luc, IBODEs, de Julien Baisez, IDE, des docteurs Xavier Sauvagnac et Chantal Lory-Charrier, anesthésistes-réanimateurs et de Mme Sylvia Ramos, infirmière anesthésiste.

L'équipe tchadienne de MNDP est composée de 4 kinésithérapeutes, Marie Madeleine Neleyo, Simon Laouboua, Merci Guidimbayeet Fulbert Allalem Saria et d'un aide-kiné Maurice Bekissimgoto, et d'infirmier(e)s permanents Désiré Djerambete, Sœur Mathild Ouillye et en soutien pendant la mission Céline Dakingadje, Jeanne Göidje, Marie-Yvonne Dianda, clarisse Nendieuimbaye.

Le 6 février 2018, commence le programme opératoire, les journées opératoires débutent à 8h et se terminent entre 19 h et 21h.

Le soir, les opérés du jour repartent au centre Maison Notre-Dame-de-Paix. Après notre retour de l'hôpital, la journée de travail se termine par des sollicitations diverses, consultations externes et visites, grandement facilitées par Julien Baisez qui a « l'oeil à tout » entre l'activité du bloc et celle du centre.

Les prescriptions chirurgicales et anesthésiques sont remises à jour (pansements, redons, antibiotiques et antalgiques). Ainsi se déroule la première semaine d'intervention pour la chirurgie plastique et la chirurgie orthopédiste.

Pendant la journée du samedi 10, l'équipe de chirurgie assure une journée opératoire jusqu'à 16 heures et enchaîne les consultations des patients à revoir et ceux qui seront opérés aux missions suivantes. Ces patients ont été signalés par les équipes précédentes et/ou pré-sélectionnés par les kinésithérapeutes du centre afin d'être vus en consultation par l'équipe de chirurgie.

La journée du dimanche est libre. Voyage à Doba pour visiter le centre des handicapés dirigé par Sœur Herminia.



Le lundi 12 février, le programme d'orthopédie reprend et se poursuit jusqu'au mercredi 14 février.



Le dernier jour, tous les opérés sont revus afin de vérifier l'état des pansements et des plâtres, de réajuster les prescriptions des antibiotiques et des antalgiques, de faire un planning de surveillance de soins post-opératoires pour l'équipe soignante tchadienne et les kinésithérapeutes.

Le rôle des équipes infirmières de MNDP est primordial dans les soins post opératoires pour le succès des opérations chirurgicales. Julien Baisez en propose une analyse (annexe 5).

Pendant la 2^{ème} semaine, Bertrand Charrier, président de Handicap Santé, rejoint la mission pour des rencontres et entretiens concernant les différents partenariats de Handicap santé au Tchad. (Annexe 6).

Sous le regard bienveillant de Timothé et Moïse



Toute l'équipe de Handicap Santé et Maison Notre Dame de Paix



2. PROGRAMME OPERATOIRE Mission n°81

N°	Prénom	Nom	Dossier	Age	Poids	Cause	Sequelles	Intervention	Anesth	Durée	Observation	Antibo	Platre	Réinterv
MARDI 6														
ORTHO														
5	Baïlleur	RIMTESSENGAR	13616	15	60	Infection	Ostéomyélite et déformation de cheville D	Saucérisation	Rachi	1 h	Panst+ T2			
	Chantal	FESSELAOUI	12736	3 ans	12	Flexum de moignon	Reprise du moignon jambe gauche		Caudale	1 h	Appareillage J15-J21			
	Franco	DJIMTOLOUM		15	43	Ostéite tibia gauche	Ostéomyélite	Fibulectomie Gauche	Rachi	1 h		Pyostacine/ciflox 15 J		
PLASTIE														
5	Bertine	MBATEL	13596	5	13	Fente labiale unilatérale	Malformation cong.	Bec de lièvre	AG+IOT	1h				
4	Benjamin	SINGSO	13407	3	12	Fente labiale dte	Malformation cong.	Bec de lièvre	AG+bloc face	45				
6	Chaïbou	SABRE	13658	1	9	Brûlure	Bride retractile du pied en valgus à D	GPT Abdo	Séd+Caudale+bloc	1h				
	Amos	KASSAY	13805	15	40	Brûlure	Bride creux poplité G	GPT Gche+Panst dt	Rachi en DV?	1h10				
MERCREDI 7														
ORTHO														
	Saphira	MOUNOUDJIEL	12141	18	52	Malfo congénitale Midt		Désarticulation du genou dt	Rachi	1h				
	Stella	MBAIKOUDJOU	13442	8	37	Polio	Polio	Hx2, Genoux2	Rachi	2h30				
	Alexandre	ALAWADJI	13603	7	24	Sequelle d'injection	Paralysie sciatique	Libération post et plantaire, tarsectomie	Rachi	1h30				
13	Eloi	DINGAMKARA	13544	13	43	Infection	Ostéite de la hanche G	Séquestrectomie+ fix ext.+ostéotome fémur	Rachi	1h30		?		
PLASTIE														
	Halimé	MAHAMAT		22	59	Plaie par arme blanche	Amputation pointe du nez	reconstruction par lambeaux locaux	AG+IOT	1 h				
10	Clarisse	MARE	13681	11	36	Fente labiale unilatérale	Bec de lièvre	FL Médiane	AG+IOT vers le ht	1 h				
7	Chanceline	ALLAHYAMEL	11868	12	32	Brûlure	Bride creux poplité dt	Libération+GPT	Rachi	1h20				
	Félicité	MENTOLOM	13776	5	19	Brûlure	Séquelle brulure G3, G4, G5	Plastie GPT	Séd+Bloc	1 h				
	Lydie	RIHANA		2,5	11	Brûlure	Brulure Pied G	Plastie GPT	Séd+Caudale+bloc					
JEUDI 8														
ORTHO														
19	Germaine	RAMADJI	11150	8	22	Maladie de Blount	2 genoux varum	Ostéotomie de varisation tibiale+fémorale	Rachi	2h30	UVEDOSE			
	Nicolas	DJELASSEM	12792	18	56	Epiphysiolysse hanche G		Ostéotomie de valgisation col fémoral G	Rachi	1h30				
	Koffi	HEBALLE	12865	18	45	Séquelle injection	pied varus équin	Allongt achille Dt, astragalectomie, ostéotomie tarse	Rachi	1h				
	Elisabeth	SAGADJE	7124	53	49	Arthrose de hanche		Résection col fémur Dt	Rachi	1h				
	Franco	LONGAR	19195	27		Infection loge post cuisse dte	Flessum	Cicatrisation dirigée	Rachi en DV					
5	Baïlleur	RIMTESSENGAR	13616	15	60	Infection	Ostéomyélite et déformation de cheville D	Pansement / anesth	Rachi		Panst+ T2	Pyostacine ciflox 15 J		
	Franco	DJIMTOLOUM		15	43		Ostéomyélite	Pansement / anesth	Rachi	1 h				
PLASTIE														
	Mahamat	ADOUN		1	10	Brûlure	Brulure D2, D3, D4	Plastie, lambeau	Séd+Bloc	1 h				
	Joseph	ALLAHPAMADJI		3	15	Fente labiale unilatérale	FLG+Palais		AG+IOT vers le ht				OTTTE/ Augmentin	
	Ismael	DJEBEGODO		3	15	Brûlure	Brulure Pied Dt et G	2ème Tps	Séd+Caudale/	1 h30				
	Clarisse	MARE	13681	11	36	Malformation cong.	Fente labiale infre	Fente labiale infre	AG (sonde en haut)	1 h				
VENREDI 9														
ORTHO														
	Dangagar	MIANTOLMBAYE	13346	66	85	AVP moto	Fracture Avt-bras gauche	Cure de pseudarthrose aseptique, greffon iliaque	Bloc					
	Roseline	DENEMADJI		2	11			Libération pied droit postéromédiale	Caudale					
	Baiba	ADOUM	13295	18		Genu valgum bilat	OTV bilatérale	Ostéotomie de varisation bilatérale	Rachi				2 plâtres cruro malléolaires Verticalisation et appui progressif	
	Chérubin	TARMADILEL	13571	21	57	Trauma, chute d'arbre	Luxation obturatrice invétérée Hdte	Résection col fémoral voie antérieure	Rachi					
PLASTIE														
	Kadjim	NGAKOUTOU	13779	39	100	Masse tumorale de jambe		Ablation de Tophi goutteux	Rachi					
	Abdou	MOUSSA		30		Section SPE			Rachi					

2. PROGRAMME OPERATOIRE Mission n°81

Prénom	Nom	Dossier	Age	Poids	Cause	Sequelles	Intervention	Anesth	Durée	Observation	Suites	
SAMEDI 10												
ORTHO												
5	Baïlleur Nadège	RIMTESSENGAR NEHOCINSAR	13616	15	60	Infection	Ostéomyélite et déformation de cheville D	Lambeau jumeau et soléaire	Rachi	1 h	Panst+ T2	Pyostacine cflox 15 J
	Crépin	ALLARAMADJI		10	29	OMC tibia G pandiaohysit		Sarcome fémur	Amputation			
	Crépin	ALLARAMADJI		10	29	OMC tibia G pandiaohysit		Saucérisation + fixateurs externes				?
PLASTIE												
	KOUDJIM	NGAKOUTOU	13779	39		Tumeur jambe	Tophi goutteux				TT goutte + panst J4	
LUNDI 12												
ORTHO												
34	Marius	DJEKAIBEYE	12190	19		Injection	Pied bot varus équien à G	Ténotomie d'achille	Rachi	1h30		
43	Suzanne	MERCI	12444	17	57	Injection	Équin majeur du pied G		Rachi			
15	Emmanuel	DJERANE	10881	12	27	Polio	Flexum de hanche et de genou D	Libération antre de hanche (droit/TFL)	Rachi			
	Constant	DIMNAREM	13724	9	30	Fracture ouverte diaphyse fémur	TT traditionnel	Séquestrectomie fémur dt				Augmentin Dalacine 15J
	Amos	REONOUDDJI	13211	5	24	Brûlure	Pied G en inversion à 90°	Ostéotomie médio tarsienne de pronation et d'abduction				Ablation de broches dans 2 mois Plâtres pelvijaambiers x2
	Eliane	ALLAHNAISSEM	1697	10	20	Flexum des hanches		Libération antérieure de hanche x 2	Rachi			
9	Chimène	ALLAHRASSEM	192	12		Maladie de Blount	Genou valgum accentué bilatéral	OT et OF x 2			UVEDOSE	
5	Baïlleur	RIMTESSENGAR	13616	15	60	Infection	Ostéomyélite et déformation de cheville D	Pansement		1 h	Panst+ T2	
	Crépin	ALLAHRASSEM						Greffe	Rachi			
	Koffi	HEBALLE	12865	18	45	Séquelle injection	piéd varus équien	Plâtre	Rachi	1h		
	Chimène	BONODJI	12065	13	30	Synthèse genou en nov 2017	ostéoartrite septique	AMO arthroèse. fixateur externe				Augmentin Dalacine
												Ablation FE pendant 3 mois
MARDI 13												
ORTHO												
45	Véronique	ASSIDEO	13246	4	20	Maladie de Blount	Genou valgum à G	Ostéotomie de varisation fémorale gauche	Sédation+ caudale			
33	Marie-Claire	NGOULA	11610	8	22	Arthrite	Nécrose de hanche	Séquestrectomie droite				
	Léa	REMADJI		17				Amputation tibiale droite	Rachi			
	Jonas	KAGRIBA	11371	61	69	Fracture ancienne, matériel	Avant-bras	Ablation matériel, débridement	Bloc axillaire			Pyostacine cflox 15 J
11	Dénéhodjimbaye	ADAMA	11187	5	14	Maladie de Blount	Genou valgum bilatéral	Ostéotomie tibiale droite	Sédation+caudale			
	Hélène	DODI	13605	62	80	Nécrose tête fémorale dte		Réséction tête-col hanche droite	Rachi			
2	Abakar	ALI	13510	7	21	Syndrome de wolkman	retraction des fléchisseurs main D	Allongt des fléchisseurs, extension des doigts	sédation+ bloc			
	Elisabeth Franklin	KENING MBAIRABE	11245	36	69	Fixateur externe, fémur Dt 2 fixateurs, Greffe		Décartication/ greffe iliaque				
	Florence	DEMBER		35	79	Fracture humérus						Ablation FE dans 3 mois
	Adama	DENEHODJIMBA	11187	6	14	Genovalgum bilatéral		Otdte OF gche			UVEDOSE	2 cruropédiéux en flexion 6S

3. COMPTE RENDU DE L'ACTIVITE DE CHIRURGIE PLASTIQUE

Dr. PATRICK KNIPPER

A - OBJECTIFS DE LA MISSION PLASTIQUE FEVRIER 2018

La mission chirurgicale de Février 2018 comprenait un programme de chirurgie orthopédique et de chirurgie plastique. L'activité de chirurgie plastique a été gérée par le Dr Patrick Knipper. L'objectif sur cette mission était double : faire des interventions de chirurgie plastique et poursuivre la formation des chirurgiens tchadiens dans le cadre d'une formation en chirurgie plastique essentielle.

1) Les interventions chirurgicales :

Pour cette mission il y a eu un seul chirurgien plasticien sénior. La présence d'un seul chirurgien plasticien était volontaire pour pouvoir faire travailler (et former) les internes tchadiens au bloc opératoire. L'activité de formation étant chronophage, la finalité de la mission n'était donc pas la course au plus grand nombre de patients opérés. L'objectif a été clairement évoqué (et expliqué) au début de la mission.

- Les consultations :

Les consultations ont eu lieu le lundi après-midi après l'arrivée de l'avion du PAM. Les consultations ont été pratiquées avec les internes tchadiens et le personnel paramédical du centre. Une information sur le déroulement, et quelques principes sur les indications, avait été adressée au personnel soignant local. Les indications ont été posées en fonction de l'environnement, des possibilités de traitement et, surtout, des modalités de prises en charge en postopératoire. Par exemple, les interventions compliquées sur les tendons de la main nécessitant une vraie prise en charge postopératoire par une kinésithérapie spécialisée n'ont pas été programmées. Tout cela a de nouveau été expliqué au personnel soignant. Quand une indication était posée, le choix de l'anesthésie a été décidé en parfaite collaboration avec l'anesthésiste. Cette consultation a permis de faire un enseignement sur les indications opératoires dans ce contexte particulier des missions chirurgicales en situation de grande précarité.

- Les interventions chirurgicales :

Les interventions ont eu lieu dans une salle du bloc opératoire de l'hôpital général de Moundou.

Il y avait un chirurgien plasticien sénior. Les trois internes tchadiens ont alternativement participé aux interventions comme aide opératoire. Ils ont participé aux pansements postopératoires et aux suivis des patients.

2) La formation des internes tchadiens:

La formation des internes tchadiens lors de ce séjour chirurgical a fait suite à une première session de formation en Octobre 2017 dans le cadre d'un enseignement sur la chirurgie plastique essentielle. Lors de cette première session, la formation avait surtout été théorique avec des présentations power point sur les pathologies et les différentes techniques chirurgicales. L'objectif, lors de cette deuxième session, a été d'axer la formation sur les techniques chirurgicales avec présentation des techniques chirurgicales en power point au bloc opératoire avant les interventions et participation comme aide opératoire aux interventions.

Lors de cette formation, les internes ont participé aux consultations, aux interventions, aux différentes discussions en staff et à la prise en charge des patients en postopératoire.

LUNDI 05 FEVRIER 2018

- Consultations de 17h à 20h : 20 patients vus et 12 indications opératoires
- Formation : Participation des internes aux consultations et indications.

MARDI 06 FEVRIER 2018

- Interventions : Début des interventions vers 12h après une longue installation du bloc opératoire. A noter beaucoup de coupures d'électricité ce jour. Au total, 10 heures de présence au bloc pour 4 patients opérés
 - ° **Bertine Mbatel**, Fille 5 ans, Fente labiale droite
 - ° **Benjamin Singso**, garçon 3 ans, Fente labiale droite
 - ° **Chaibou Sabre**, 1 an, Seq brulure avec bride pied droit : plasties+ GPT prélevée en abdominal
 - ° **Amos Kassay**, Garçon 15 ans, Sequelle brulure des deux creux poplités négligés : A Gauche, section bride et couverture par lambeau de rotation et greffes de peau. A Droite, soins locaux et pas d'indication chirurgicale car trop septique
- Formation : Cours au bloc opératoire sur les techniques chirurgicales et participation des internes aux interventions. Un des internes va en salle d'orthopédie et deux internes sont en salle de chirurgie plastique.

MERCREDI 07 FEVRIER 2018

- Interventions :
 - ° **Halime Mahamat**, femme 22 ans, séquelle traumatique avec amputation de la pointe du nez et de la columelle. Réparation par greffe composite et hémi-lambeau en fourche de Millard
 - ° **Chancelline**, fille de 12 ans, séquelle brulure avec rétraction creux poplité droit, plastie en Z
 - ° **Felicité Mentolom**, fille de 5 ans, séquelle brulure avec rétraction de G3 + G4 + G5, plasties et GPT
 - ° **Lydie Rihana**, fille 2 ans et demi, séquelle brulure pied gauche avec accolement du pied sur la cheville, libération, plasties en Z et GPT prélevée en abdominal.
- Formation : Cours au bloc opératoire sur les techniques chirurgicales et participation des internes aux interventions. Un des internes va en salle d'orthopédie et deux internes sont en sale de chirurgie plastique.

JEUDI 08 FEVRIER 2018

- Interventions
 - ° **Mahamat Adoun**, garçon 1 an, Séquelle brulure Main droite avec rétraction D2 + D3 + première commissure / Plasties en Z sur les doigts et paume
 - ° **Joseph Allah Panadji**, garçon 3 ans, fente labiale gauche + palais primaire / Millard modifié Delaire
 - ° **Clarisse Mare**, fille 11 ans, séquelle type fente faciale médiane avec cicatrices dystrophiques ou séquelle noma médian, accolement de la langue, rétraction des plans muqueux et cutané. Libérations et reconstruction avec lambeaux nasogéniens.

- ° **Ismael Djebegodo**, garçon 3 ans, séquelles brûlures des deux pieds avec libération d'un accollement sur la jambe du pied gauche il y a un an. Deuxième temps avec plasties IC et en Z complémentaires sur les deux pieds et Broches N° 18 de réaxation du pied gauche
- Formation : Cours au bloc opératoire sur les techniques chirurgicales et participation des internes aux interventions. Un des internes va en salle d'orthopédie et deux internes sont en sale de chirurgie plastique.

VENDREDI 09 FEVRIER 2018

- Interventions
 - ° **Franco Longat**, homme 27 ans, histoire compliquée et ancienne de séquelle de myosite + fasciite loge post de la cuisse droite avec genou bloqué à 90 degrés. J'avais récusé ce patient sur le plan plastique lors d'une précédente mission mais selon le désir du Pr Christophe Glorion, nous avons quand même tenter une libération du genou lors de cette mission. Le gain obtenu a été modéré suites aux rétractions des différentes structures anatomiques.
 - ° **Kagdim Ngakoutou**, homme de 38 ans avec long passé de goutte et tumeurs anciennes du mollet gauche qui se sont révélés être de énormes poche de tophus liquide...
 - ° Abdou Moussa, homme de 30 ans présentant une paralysie du SPE Gauche suite à une rixe avec plaie dystrophique du genou datant de Huit mois. Suture micro secondaire du SPE sous tension avec flexion forcée du genou. Dans ce contexte, il est décidé de ne pas faire de greffe nerveuse.
 - ° Florent AllahMbatena, garçon de 6 ans présentrant une macroglossie invalidante. Exérèse modelante sous AG.
- Formation : Formation : Cours au bloc opératoire sur les techniques chirurgicales et participation des internes aux interventions. Un des internes va en salle d'orthopédie et deux internes sont en sale de chirurgie plastique.

SAMEDI 10 FEVRIER 2018

- Consultations : devant la grande opposition lors de ma dernière mission de faire les pansements à l'hôpital, j'ai décidé de tous les faire dans la salle à pansement avec Julien, désiré et un interne. Je persiste sur le risque infectieux que l'on fait prendre aux patients
- Tous les pansements ont été refait et sans complications. Les consignes ont été donné et noté par Julien.
- Il reste à faire la pansement de Franco sous la supervision de Christophe (cicatrisation dirigée)
- Formation : Participation d'un interne aux pansements de fin de mission avec explications des suites et conseils pour le suivi.
- Réunion pour faire le bilan de la mission dans l'après-midi.

C – BILAN MISSION PLASTIQUE

- 1/ Les points positifs :
 - L'enseignement des internes s'est bien passé avec bonne participation aux interventions. Ils ont même opéré avec l'aide du sénior. Ce séjour a renforcé les données théoriques dispensées lors du précédent séjour.
 - Les cas opérés ont présenté des suites favorables et les patients sont content...

- Bonne ambiance de la mission et équipe top notamment les infirmières de bloc et d'anesthésie. Le personnel hospitalier a été très agréable et nous nous sommes bien entendus. L'équipe kine a présenté, comme d'habitude, une grande disponibilité.

2/ Les points négatifs :

- Faible nombre de consultations et de patients relevant de la chirurgie plastique en général.
- Problème persistant sur la salle pansement, de l'hygiène, etc...

4. COMPTE RENDU REUNION DEBRIEFING MERCREDI 15 FEVRIER

Sont présents : Equipe chirurgicale de Handicap Santé

Personnel infirmier, kinés, appareilleurs

Frère Olivier, Aude Maillet et Gabriel Bourbon

La séance est animée par Christophe Glorion

De l'avis général, partagé par les intervenants et le personnel du centre, la mission s'est déroulée dans de bonnes conditions, la charge de travail n'a pas été trop lourde et bonne participation collective.

La participation de trois internes en chirurgie de la faculté de médecine de N'Djamena est largement appréciée.

Consultations

La sélection des patients par l'équipe des kinés est un exercice difficile qui a encore une fois été bien mené.

Avec l'arrivée tardive de l'avion du PAM, la première consultation du lundi après-midi doit s'effectuer rapidement afin de préparer le programme opératoire des jours suivants. L'état de la route en N'Djamena et Moundou est si dégradé que le temps du voyage est de 10 à 11 heures. IL n'y a pas d'avantage pour le moment à voyager par la route. Avec des missions plus longues, la consultation pourrait se poursuivre le mardi matin.

Les équipes chirurgicales ont parfois des choix difficiles à faire. Le choix final, l'indication opératoire, en responsabilité, revient aux chirurgiens. Les cas difficiles qui sont reportés sur d'autres missions doivent pouvoir être discutés par les chirurgiens à leur retour en France. Les dossiers de ces cas doivent être disponibles (dossier patient Filemaker).

La priorité doit être donnée sur l'allègement du handicap.

Hôpital, Opérations, Patients

L'hôpital était en grève, seules les urgences fonctionnaient. La Direction a réussi à mobiliser le personnel de l'hôpital pour que la mission se déroule dans les conditions habituelles. Les quelques coupures d'électricité n'ont pas perturbé les opérations.

Le travail d'installation du matériel emporté de France (22 sacs de 23 kgs) effectué le lundi soir et le mardi matin demande plusieurs heures d'activité intense.

Le bloc opératoire était en ordre de fonctionnement. Le personnel du centre est intervenu pour vérifier le bon fonctionnement de la clim, de la stérilisation. La propreté du bloc est toujours liée au travail de nettoyage des équipes de MNDP.

Le fonctionnement se répartit sur deux salles d'opérations, disposition adoptée depuis plusieurs missions. La première salle sert pour le stockage du matériel et les médicaments.

Pour la stérilisation, trois autoclaves sont utilisés. Ceux de la maternité sont toujours en panne. Dilha, a été de très bon service.

Les internes ont suivi une formation théorique et pratique tout au long de la mission dirigée par P. Knipper et renforcée par C. Glorion.

Fonctionnement au Centre

Le fonctionnement en hôpital de jour continue à être apprécié par les équipes de HS et de MNDP.

Pour faciliter la surveillance par les infirmiers et en particulier de l'infirmière de nuit (Céline) ne peut-on

pas envisager que pour la première nuit les patients soient regroupés dans une seule chambre au centre ? (A suivre).

Pour des raisons d'efficacité, de confort et de convivialité, les patients sont répartis dans les chambres par âge, originaire de la même région, voire de religion. Les patients septiques sont regroupés.

Le protocole du traitement de la douleur a été placardé à l'infirmierie, redonné en main propre aux infirmiers afin que les trois paliers soient compris et suivis. Des améliorations sont possibles comme donner systématiquement un traitement antalgique pour les premières 48h conformément aux prescriptions. (A suivre)

La valisette de médicaments par chambre est une bonne initiative.

10 coussins servant d'appui aux jambes seront fabriqués par Marin sur les indications des kinés. Ils seront mis à disposition par les kinés sur demande des infirmiers et stockés chez les kinés.

Il n'est pas facile pour l'infirmière de nuit d'intervenir efficacement au centre et à l'annexe. Doit-on envisager une 2^{ème} infirmière de nuit et/ou concentrer les patients nécessitant plus de soins dans le centre principal (A suivre).

Pour cette mission contrairement aux précédentes, toute l'équipe chirurgicale partait en même temps ce qui retarde le moment du départ et alourdit la charge des Ibodes pour la préparation des salles. Il faut privilégier le départ d'une première équipe à 7h30 pendant que l'autre mène la visite du matin.

Il a été observé que les vêtements de futurs opérés n'étaient parfois pas propres, c'est un point de vigilance.

La douche extérieure de l'infirmierie fonctionne ce qui permet de doucher les patients pour réaliser les pansements dans de bonnes conditions. Le recours à la douche intégrale des patients doit être systématique lors de la réalisation des pansements. Ce point est essentiel et a été martelé par les chirurgiens. La douche doit être nettoyée tous les matins avant les premiers soins.

L'infirmierie a été réorganisée pour être plus fonctionnelle et plus aseptique. Des améliorations sont encore possibles. Patrick, Julien, Gabriel, Aude et les infirmiers du centre poursuivent leur réflexion pour améliorer le fonctionnement de l'infirmierie et du rôle de l'infirmier de Handicap Santé. (A suivre)

Sœur Mathilde est en charge de l'infirmierie. Il lui est demandé de tenir un inventaire des stocks à jour et de reporter très régulièrement (tous les moins) l'état des stocks à la direction de MNDP et à HS pour anticiper les commandes localement ou/et en France, et éviter les pénuries.

Le dossier bleu est un élément essentiel du fonctionnement des soins. Des améliorations sont encore possibles. Cette fois, le compte rendu opératoire et les soins post-op issus de Filemaker ont été imprimés en double, agrafés au dossier bleu et un exemplaire donné au patient lors de son départ du centre.

Les chirurgiens insistent sur la nécessité d'être avertis par les infirmiers s'il y a des complications post-op après le départ de la mission. Un SMS peut être envoyé en France aux chirurgiens qui rappellent. (A suivre).

L'hygiène autour des soins doit être renforcée, c'est un point d'extrême vigilance. Les bonnes pratiques doivent être en permanence rappelées aux infirmiers. (A suivre).

Le projet « prévention des séquelles des pieds bots » doit être mis en place. Les kinés et Aude vont reprendre ce projet. (A suivre)

Le Centre doit disposer à demeure d'une bouteille d'Oxygène remplie en cas de besoin de réanimation.

5. PROTOCOLES ANTIBIOTIQUES

ANTIBIOPROPHYLAXIE : en fonction molécule disponible

- Céfazoline 1 ou 2 G IV (refaire si >2h)

ou

-Cefuroxime 1g5 ou 750mg

ANTIBIOPROPHYLAXIE lors d'ostéosynthèse : faire 48h de couverture ?:

Zinnat (500 mg/j en 2 prises ; 30mg/kg/j en 2X chez l'enfant) ou

Pyostacine 3 X 2 cp (50 à 100 mg/kg/j) ou

Orbénine (50 mg/kg/j en 3 X)

ANTIBIOTHERAPIE des infections ostéo-articulaires :

Cefamandole ou Cefuroxime (50mg/kg) 2 inj° à 4h d'intervalle

+ Genta (6 à 8 mg/kg/j) 48 h

sauf si suspicion infection sur drépanocytose (salmonelle) ; ex ostéonécrose de hanche surinfectée

Ceftriaxone 1 à 2 g (50/mg /kg)

+genta 8mg/kg 24h

puis per os :

Enfants :

Augmentin (50 à 80 mg/kg/j en 3X 15 j (sirop, problème de conservation ?)

+Dalacine (30 mg/kg/j) en 3X (cp 150 et 300 mg) 10 jours

Adultes et plus de 12 ans :

Pyostacine 3 X 2 cp /j 15 j

+ Ciflox 500 2 X 1 cp/j 10 j

(de plus en plus d'utilisation de quinolones chez les enfants...)

6. PROTOCOLES D'ANESTHESIE

Enfants

Prémédication IM

Midazolam : 0,1 à 0,2 mg/ kg

Kétamine : 6 à 8 mg/ kg

Atropine : 0,02 mg/ kg

. IV

Midazolam : 0,1 mg/ kg

Kétamine : 2 à 3 mg/ kg en induction puis 1-2mg/kg ttes les 15-20 min

Perfusion chez l'enfant: règle 4-2-1 (Ringer 500cc+1g glucosé=3cc G30%)

4ml/kg/h de 0 à 10 kgs

+2 ml/Kg/h de 10 à 20kgs

+1ml/kg/h >20 kgs

(ex 25kgs :4X10 + 2X10 + 1X5= 65ml/h)

Bien fixer et protéger la voie d'abord veineux (attelle en carton, bandage...) ; à maintenir le moins longtemps possible.

Chirurgie du membre supérieur

Bloc axillaire ou infracoracoïdien ou interscalénique :

.Doses max AL :

Xylo 1% : 6 à 8 mg/ kg soit 6 ml de xylo 1% pour 10 kg

(3 ml de xylo 2% + 3 ml de sérum physio)

Bupivacaine : 0,25 % : 2 mg/kg soit 8 cc pour 10kgs

Naropeine : 7,5 mg/ml : 3-4mg/kg soit 5ml pr 10kgs

(75mg/10cc)

Penser à une éventuelle dilution au sérum physio.ou utiliser Naro 5mg/ml...

Chirurgie des membres inf

.Caudale

Naropeine 0,2% 2 mg/ ml : 1 ml/ kg

Bupivacaine 0, 25 % 2,5 mg / ml : 1 ml/ kg

Catapressan 1 g/kg

Rachi :bupi 0,5%HB 0,4 mg/kg de 5 à 15 kgs

0,3 mg/kg >15kgs

Attention aux morphiniques en rachi : risque de RAU++

Par contre, très peu de chute TA sauf hypovolémie préop importante.

AG chez l'adulte : comme « à la maison » en fonction des possibilités de ventilation, de l'**oxygène disponible** et de la **surveillance postopératoire** ; grande sensibilité aux morphiniques (adjonction de petites doses de kétamine...) ; pas d'AVH dispo!

Ex -Propofol : induction 2-3mg/kg ; entretien 6-10 mg/kg/h;sédation 3-4mg/kg/h

-Etomidate:induction 0 ,2-0,4mg/kg (midazolam en premed.)...

Curares ?normalement conservation au froid ? Vérifier que l'on a à disposition la décurarisation !

Morphiniques ? Disposer de la réversion naloxone (0,4mg dans 10cc:2ml/3min)

Ex -alphentanil : 7-12mcg/kg en ventil°spontanée,20-40mcg/kg en vent°assistée

-rémifentanil : induct°1mcg/kg en 30sec, 0,05-0,2mcg/kg/min entretien...

7. REFLEXIONS SUR LE ROLE DE L'INFIRMIER DE HANDICAP SANTE LORS DES MISSIONS CHIRURGICALES : JULIEN BAISEZ

A chaque mission, le rôle envisagé par l'infirmier de l'équipe Handicap Santé semble différer, en fonction des équipes, des personnes, de l'expérience professionnelle de l'infirmier présent, mais aussi en fonction de la vision de son positionnement.

Après l'expérience de 2 missions, il me semble important et justifié que l'infirmier de l'équipe Handicap Santé ne se substitue pas, dans son travail, aux infirmiers du centre MNDP. L'infirmier HS doit davantage se positionner dans un rôle d'interface et de collaboration entre l'équipe chirurgicale HS et l'équipe MNDP, pour amener une fluidité dans les échanges entre les différents corps de métier. Son rôle est d'organiser au mieux la planification des soins pendant la durée de la mission et de préparer l'après-mission. Mais pour se faire, l'infirmier de l'équipe HS doit pouvoir se greffer du mieux possible à l'organisation déjà existante du centre MNDP et aux supports utilisés (même si des améliorations sont toujours possibles), et apporter une aide logistique et organisationnelle, sans pour autant imposer sa propre organisation. Partir de ce qui se fait déjà au centre me paraît donc primordial. Le changement de stratégie à chaque nouvelle mission n'a pour conséquence que de perturber l'organisation des infirmiers de MNDP, qui doivent en permanence s'adapter.

Si l'on suit l'organisation type d'une journée, les matinées débutent vers 7h30, par le départ des patients à l'hôpital. Afin de pouvoir à la fois débiter le programme opératoire le plus tôt possible, et assurer la visite du matin, nous pouvons envisager un départ de l'équipe médicale en deux temps.

La visite, primordiale, permet de prendre connaissance des éventuels problèmes de la nuit, et d'ajuster le suivi post-opératoire des patients. En raison du temps limité, cette visite se concentre essentiellement et prioritairement sur les patients opérés la veille. Elle permet d'évaluer les traitements antalgiques, et les suites opératoires (position des patients, plâtre, drains). Cette visite permet de planifier l'essentiel des soins infirmiers à effectuer, et notamment les pansements à refaire, les drains à retirer, etc... L'idéal est qu'elle soit effectuée, si possible, avec l'un des chirurgiens, car les suites opératoires les plus importantes sont d'ordre chirurgical. Concernant les traitements antalgiques, si des douleurs sont constatées, et des ajustements de traitement nécessaires, l'infirmier HS peut alors transmettre aux anesthésistes qui réajusteront.

Pour permettre à une première partie de l'équipe de rejoindre dès 7h30 le bloc opératoire sans perdre de temps, il n'est pas nécessaire que la totalité des patients opérés du jour partent dès le premier voyage à l'hôpital. Il suffit de transporter prioritairement les 2 premiers patients du programme, pour permettre à une première partie de l'équipe chirurgicale, de rejoindre le bloc opératoire et de bénéficier du premier voyage. Les autres patients peuvent être transportés à l'hôpital par la suite, sans urgence.

Afin d'améliorer la planification des pansements pour chaque patient, la mise à disposition d'un agenda pour les infirmiers du centre serait très utile. Il permettrait d'avoir une lisibilité claire, chaque jour, sur la liste des pansements à refaire et de pouvoir planifier les suivants.

De plus, les infirmiers du centre n'ont pas pour habitude de transmettre ni l'aspect du pansement, ni inscrire qu'il a été refait sur les feuilles de prescriptions, alors que ces feuilles comportent l'espace nécessaire pour effectuer cette transmission. Peut-être une sensibilisation sur les transmissions serait nécessaire, lors des missions à venir ?

L'un des points essentiels, rapporté à chaque mission, est le manque d'hygiène des patients notamment lors des pansements, ainsi qu'un manque de rigueur dans l'application des mesures d'hygiène par les infirmiers MNDP. Une douche est désormais fonctionnelle, avec arrivée d'eau. Celle-ci doit pouvoir être utilisée avant chaque réfection de pansement, et pas seulement lors des missions sous la pression des équipes d'Handicap Santé. Il est du rôle infirmier d'assurer une bonne hygiène des patients, pour prévenir le risque infectieux, ou de surinfection. L'utilisation de cette douche doit être encouragée, et doit intégrer la fiche de poste infirmier MNDP.

La préparation des médicaments doit se faire en collaboration entre l'infirmier de HS, et l'infirmier du centre MNDP. Seuls les infirmiers sont habilités à préparer et administrer les traitements. Ce temps de préparation permet de voir si les traitements ont bien été donnés, de réévaluer les traitements si nécessaire, d'avoir un regard sur l'administration des antibiotiques et des opiacés en particulier. Les connaissances des infirmiers tchadiens sur les différents paliers d'antalgiques ne sont pas suffisantes pour leur laisser seul la gestion de ces traitements en post-opératoire immédiat. L'expérience nous montre des lacunes dans ce domaine, et notamment un recours désorganisé aux opiacés, parfois donné en première intention, sans administration systématique des antalgiques de premiers paliers. Il convient donc d'avoir une gestion rigoureuse de ces traitements.

Afin de prévenir la levée des blocs d'anesthésie, et la survenue de douleurs aiguës post-opératoires pendant la première nuit, nous pouvons envisager, en concertation avec les anesthésistes, une administration en systématique des antalgiques pendant les 48 premières heures. Le « si besoin » pour les patients opérés du jour, nous a prouvé ses limites. La nuit, les infirmiers de nuit ne sont pas toujours prévenus à temps des douleurs des patients, de par la distance du poste de soins. Nous avons pu constater que certains patients souffraient durant la 1^{ère} nuit post-opératoire. Une administration systématique pendant au moins les 48 premières heures post-opératoires permettrait peut-être d'instaurer un cadre plus confortable. Sujet à discuter avec les anesthésistes.

De même, l'administration des antibiotiques doit faire l'objet d'une attention toute particulière. L'administration de gentamycine notamment, qui doit s'effectuer en intra veineux sur au moins 30 minutes, pour éviter tout risque d'effets indésirables graves, doit rester sous le contrôle de l'infirmier HS. Les autres antibiotiques peuvent être administrés par les infirmiers MNDP.

La création de piluliers avec les différentes chambres, contenant les médicaments pour chaque patient, une pour la maison-mère, et un second pour la maison des familles, est un excellent outil et permet de faciliter l'administration des traitements.

L'après-midi, la présence de l'infirmier de l'équipe Handicap Santé n'est pas primordiale au centre. En se rendant à l'hôpital et en rejoignant l'équipe chirurgicale, l'infirmier HS peut prendre connaissance des dossiers des patients opérés du jour, ce qui permet d'anticiper leur prise en charge à venir : anticiper les patients qui seront potentiellement douloureux en post-opératoire, ceux qui nécessiteront l'administration d'antibiotiques, anticiper l'organisation de leurs soins.

Les traitements des patients opérés du jour sont préparés pour les 24 premières heures. Ils arrivent alors au centre avec tous les médicaments nécessaires pour la première nuit.

L'infirmier peut aussi s'assurer que les patients nécessitant des antibiotiques par voie intraveineuse conservent bien leur perfusion lors de leur retour au centre.

En fin de journée, l'infirmier Handicap Santé prend connaissance de la liste des patients opérés le lendemain. Le programme connaît généralement des modifications lors de la mission, avec des rajouts, ou des reprises au bloc opératoire. Une fois le programme mis à jour pour le lendemain, l'infirmier HS transmet la liste des patients à jeun du lendemain aux infirmiers du centre MNDP.

Pendant la réalisation des soins en collaboration avec les infirmiers du centre, l'infirmier de l'équipe Handicap Santé rappelle les règles élémentaires d'hygiène : insister sur le lavage des mains et la désinfection du poste de soins entre chaque patient. Les soins propres ne doivent pas être réalisés avec les mêmes gants sales utilisés pour retirer le pansement sale. Un lavage des mains doit être effectué après le retrait de gants sales. Peut-être qu'en rappelant ces principes de bases, les équipes locales pourront, au moins par mimétisme, en suivre l'exemple. Par ailleurs, l'accès aux gants stériles n'étant pas envisageable pour les infirmiers MNDP, ils ont recours à l'utilisation de pinces à disséquer et de pinces simples (restérilisées après chaque pansement) Les infirmiers MNDP disposent de ce matériel. Il est donc possible d'en faire bon usage. Il est nécessaire de bannir l'utilisation des gants simples pour le temps propre de la réalisation des pansements, et de limiter l'usage des gants au seul retrait du pansement

sale. Cela permettra de lutter contre l'utilisation anarchique des gants en général, qui n'a pour le moment aucune logique dans la pratique des infirmiers MNDP.

Proposition de fiches de postes infirmiers

Fiche de poste – Infirmier HS

Organisation de la visite du matin, avec un chirurgien de préférence.

Planification des soins à effectuer durant la matinée : pansements, redons à changer ou retirer, transmissions aux kinés concernant les plâtres et les mobilisations.

Préparation des traitements en collaboration avec les infirmiers MNDP

Soins post-opératoires (pansements, redons) réalisés en collaboration avec les infirmiers MNDP : suivi des cicatrices

Transmissions à l'équipe chirurgicale des soins effectués, des problèmes notoires

Participation à l'accueil des patients au bloc opératoire, et au suivi post-opératoire des patients opérés du jour. Vérification des traitements antalgiques préparés pour les 24 premières heures.

Organisation de la visite du soir – Transmissions à l'équipe HS

Transmission à l'équipe MNDP de la liste des patients à jeun, opérés le lendemain

Fiche de poste – Infirmier MNDP

Organisation de la visite du matin (équipe de nuit et équipe de jour)

Responsabilité concernant l'hygiène du poste infirmier : désinfection, nettoyage de la douche

Responsabilité concernant l'hygiène des patients : passage à la douche systématique pour les patients dont le pansement doit être refait

Participation à la réalisation des soins post-opératoires et traçabilité

Préparation des traitements en collaboration avec l'infirmier HS

Administration des traitements aux patients

Traçabilité des traitements administrés

Accueil et prise en charge des patients opérés du jour lors de leur arrivée à MNDP

Organisation de la visite du soir, et transmissions à l'équipe MNDP

8. COMPTE RENDU DES RENCONTRES ET ENTRETIENS DE BERTRAND CHARRIER

N'Djamena : 7-8 février 2018

BASE : rencontre avec Dahab Manofi, Dir. de BASE

Discussion autour des possibles activités communes avec BASE ; notamment sur la sensibilisation/formation du personnel (matrones, IDE...) des centres de santé communautaire appuyés par Base aux activités de MNDP/HS (réadaptation, opérations orthopédie et plastie). Formation des responsables des centres de santé au dépistage précoce des handicaps, aux bonnes pratiques pour éviter des manipulations pouvant causer un handicap.

Discussion également de la problématique de la maintenance de l'équipement du matériel de l'hôpital régional de Moundou (en particulier les autoclaves et des incinérateurs).

RDV mardi 13/02 avec Abdoul pour approfondir la question de la sensibilisation/formation par les kinés de MNDP.

Renouvellement de l'accord déjà obtenu en mai 2017 pour que le personnel de MNDP intervienne lors de rencontres des responsables des centres de santé soutenus par BASE dans le cadre du PASST2. Les modalités sont à discuter.

Ministère de la Santé du Tchad : rencontre avec Mr Abdelkardre et Dr Ekongo du CREDES

Confirmation de l'intégration de la question du handicap et de la réadaptation dans la politique nationale de la santé (plan 2018-2022).

La situation semble clarifiée en ce qui concerne les anomalies des pièces justificatives pour l'année 2016. Le responsable de la formation comptabilité va mener une mission de supervision et de conseil auprès des opérateurs du PASST2 en mars-avril pour poursuivre la formation. Le MST demande que les factures avec justificatifs soient envoyées tous les trimestres afin d'éviter l'engorgement de la fin de l'année.

Le MST est favorable à la prolongation du contrat de HS/MNDP soit sur la forme d'un renouvellement de la convention soit d'une nouvelle convention. Nous expliquons que les patients qui viennent se faire soigner à MNDP et opérer par HS ne contribuent que dans leur possibilité financière et en général pour 5 à 15% des coûts réels des soins. Lorsque des patients ne peuvent pas payer du tout, les cas sont analysés au cas par cas et des solutions trouvées. Cette pratique doit être codifiée et systématisée. L'acte de payer est un engagement des familles dans le suivi.

Le MSP a renouvelé son intérêt concernant la prise en charge des patientes atteintes de fistules. ASF s'est déjà rapprochée du Centre national des fistules de N'Njamena, de Expertise-France et du FUNAP pour la mise en œuvre de missions « fistules » à Moundou en coopération avec l'hôpital, MNDP et HS. Une demande peut être faite dans le cadre de la prolongation de la subvention pour 2018-2019. Des actions de sensibilisation sur les causes sont également à envisager (mariage précoce...).

Le MST renouvelle sa demande à HS de s'intéresser à mener des activités à Abeché.

Le MST et le CREDES sont intéressés à comprendre l'articulation entre la médecine traditionnelle et la médecine « occidentale », pourquoi le taux des accouchements à l'hôpital de 24% est stable depuis une vingtaine d'années.

L'on doit faire une proposition d'activités pour amener la prolongation du contrat jusqu'à terme du PASST2.

B. Charrier doit renvoyer la lettre de demande du 2^{ème} versement et voir avec Mme Zenaba si pour 2017 si les pièces justificatives des dépenses 2017 peuvent être envoyées dès maintenant.

Handicap International : rencontre du 8 février avec Sophie Hoffman, Coordinatrice des projets à N'Djamena (en poste depuis quelques semaines)

Le contrat entre HI et l'AFD a été signé le 8 février. Le projet qui va se dérouler sur une période de près de 4 ans sera directement suivi par l'AFD de N'Djamena. Le projet est construit autour de 4 grands axes mais il y a des possibilités de modification en cours du déroulement pour répondre aux besoins locaux.

L'atelier de lancement devrait se dérouler avec tous les partenaires du projet dans la semaine du 12 mars. Seront discutés les besoins en équipements, les questions de formation, d'accompagnement. Cette réunion est essentielle, MNDP doit la préparer et participer très activement.

Des actions de plaidoyer doivent être menées (radio, événements...)

Venue mi-avril de la chef projet à Moundou pour avoir une meilleure perception du terrain.

AFD : rencontre avec Beridabaye

Béridabaye est favorable à la prolongation du contrat sous réserve des fonds disponibles et de leur affectation. Il est ouvert à toute proposition.

La création d'un fonds de solidarité pour la prise en charge complète des frais de soins est une piste à envisager.

Echange autour de la problématique de la maintenance des équipements à l'hôpital. Une étude de cette question pourrait être menée par l'AFD (département Recherche ou SAN de Paris) en comparant la situation dans différents pays d'Afrique de l'Ouest. Un plan national « maintenance » pourrait être porté par Expertise-France.

La réunion du Comité de pilotage du PASST2 doit se dérouler dans la 1^{ère} quinzaine de mars.

Expertise France : rencontre du jeudi 8 Février avec le Dr. Narassem

Question de la maintenance des équipements remise au centre des échanges entre les différents partenaires « santé » au Tchad. Discussion autour de ASF et de la prise en charge des traitements des fistules à MNDP. Expertise-France ne peut pas ajouter cette prise en charge dans le contrat avec l'AFD et suggère que cela soit HS qui porte le projet en lien avec la FUNAP (contact transmis pour suivi).

Expertise-France est d'accord pour que les agents de MNDP fassent de l'information dans les centres de santé soutenus dans Moundou.

Moundou : 10-19 février

BASE rencontre avec Abdoul, Mado et Aude

L'objet de cette rencontre était d'envisager les conditions et les moyens à mettre en œuvre pour que le personnel de MNDP puisse intervenir dans les Centres de santé soutenus par BASE dans le cadre du PASST2. (suite discussions avec Manoufi et accord de mai 2017)

Il en ressort que le personnel de MNDP pourra mener des actions d'information plutôt que de formation (projet HI) auprès des animateurs de BASE qui sont des relais auprès des agents de santé communautaires. Interventions possibles dans les 4 districts (30 centres).

Les séances d'information seraient sur une journée. Prévoir un dédommagement des agents et personnels de santé de 5 000FCFA ainsi que le coût de 2 poses et repas. BASE apporterait son soutien logistique. MNDP se calerait sur les dates et moyens mis à disposition par BASE.

Des documents pédagogiques sont à préparer. Envisager la reprographie (BASE possède des moyens).

Projet « diminution des séquelles des pieds-bots »

Dans le cadre du projet financé par le MST/AFD (PASST2) il y a une composante qui concerne la prise en charge précoce des pieds bots. Cette composante a été un peu oubliée et rien n'a été fait pour

augmenter le nombre d'enfants pris en charge par MNDP, ainsi que le développement de la méthode Ponseti par les équipes Kinés. Nous avons donc tenu une réunion sur ce sujet. Les Kinés ont renouvelé leur intérêt pour ce projet et sont tous partants pour le mettre en œuvre. Le financement des actions à mener est prévu dans la convention (budget conjoint formation Internes et Pieds bots)

Aude va appuyer les Kinés dans la recherche bibliographique, dans la demande de formation auprès de l'association Miracle-Feet, dans le montage opérationnel du projet.

Merci et Fulbert sont les 2 référents du projet pour les Kinés.

Un ordinateur portable sera remis aux kinés pour les recherches biblio et un crédit de 5 Go par mois (Modem tigo 35 000 FCFA) sous contrôle de Mado mis à disposition pour une période de 3 à 6 mois (à voir avec Antoine).

Réhabilitation des locaux Kinés et Appareillage

En 2016, une réflexion avait été menée par les équipes de MNDP sur le réaménagement de l'espace Kiné et Appareillage pour répondre aux nouveaux besoins. En 2017, un projet de Centre des handicapés plus global avait été imaginé mais dont la réalisation s'avère impossible à l'heure actuelle. Néanmoins, les besoins de transformation restent présents et vont pouvoir en partie être pris en charge dans le projet HI.

Des financements complémentaires seront nécessaires. Lors d'une réunion avec les responsables Kinés et atelier appareillage, il a été discuté la nécessité de reprendre les plans imaginés en 2016 et les réactualiser. Il est confirmé que le réaménagement passe par le déplacement des ateliers bois et fer, l'abandon de l'autoclave, la création d'un espace de travail pour les patients commun, un espace de repos, un accueil pour les patients... Les plans seront repris par le cabinet d'architecture Beckman.

9. PRESENTATION GENERALE DE HANDICAP SANTE ET DE MAISON NOTRE DAME DE PAIX

Le Tchad

Pays de 11 millions d'habitants, un des plus pauvres du monde, le Tchad est enclavé à 2000 kms de la mer: frontières avec la Lybie au nord, le Soudan à l'est, le Cameroun, le Niger et le Nigeria à l'ouest, la République Centrafricaine au Sud.

Les ressources en eau sont constituées par le lac Tchad, 10 à 250 km de côtes, 2,20m de profondeur et deux fleuves qui traversent le sud du pays, le Chari et le Logone.

Il est partagé en trois grandes zones climatiques, avec périodes de sécheresses fréquentes dont les conséquences sont la désertification avancée dans le nord, l'érosion et l'appauvrissement des sols au sud du pays avec une progression du désert dans le sud de 50 à 70 km en 50 ans. Il s'agit du désert du Tibesti au Nord, du Sahel au centre (région de N'Djamena) et de la Savane soudanaise au sud.

Le Tchad était une colonie française de 1922 à 1960 et la situation politique a été longtemps instable depuis l'indépendance en 1960, avec des conflits de frontières mêlés à des rivalités ethniques.

Les langues officielles sont le français et l'arabe dialectal, avec 169 langues et dialectes parlés.

Les religions sont 44% de musulmans, 23 % d'animistes et 33 % de chrétiens

Situation sanitaire

La situation sanitaire demeure très précaire malgré les récents engagements gouvernementaux, et on note même une aggravation du taux de mortalité infantile et un taux de mortalité maternelle parmi les plus élevés au monde. Le Tchad est classé en zone 2 pour la résistance au paludisme.

La poliomyélite constitue également un des fléaux du pays : aucun cas n'a été recensé depuis 2015, (annonce de l'éradication de la poliomyélite par l'OMS vers 2000), la réhabilitation des handicapés porteurs des séquelles nerveuses graves de la maladie, reste une tâche importante.

La Maison Notre Dame de Paix, centre de handicapés

Le Centre Maison Notre-Dame De Paix, MNDP, est situé à Moundou, préfecture du Logone occidental, 2ème ville du Tchad au sud du pays, proche de la Centre-Afrique et du Cameroun.

Le Centre MNDP a été créé en 1979 par un frère missionnaire catholique appartenant à l'ordre des Capucins, le Père Michel Guimbaud.

C'est un centre de rééducation fonctionnelle des personnes handicapées physiques, qui avait au départ une orientation plus spécifique vers la prise en charge des séquelles de poliomyélite, de même que les séquelles de brûlures. Actuellement, des malades de plus en plus nombreux sont des victimes d'accidents de la route, avec de lourdes séquelles physiques, souvent liées à une prise en charge initiale inadaptée.

Le Centre permet d'accueillir des patients nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement de plusieurs mois. Les handicapés sont opérés à l'hôpital public de la ville de Moundou.

Initialement l'aide apportée pour l'appareillage des handicapés se faisait avec les possibilités locales, bois et cuir pour la fabrication des orthèses et prothèses, puis les appareilleurs, en partenariat avec un centre français de rééducation fonctionnelle et l'aide de l'organisation non gouvernementale « Kinés du Monde » ont appris à utiliser des matériaux plus adaptés, à fabriquer de meilleurs appareillages pour les handicapés.

Actuellement, des appareilleurs professionnels ont fait de cet atelier d'appareillage, un endroit de référence, capable de concurrencer les meilleurs ateliers français. Les responsables de l'atelier qui compte 15 personnes ont eu des formations en France.

Les patients opérés sont pris en charge en rééducation par quatre kinésithérapeutes d'excellent niveau professionnel, eux-même ayant en charge en formation de nombreux aides-kinésithérapeutes. Ils accueillent également de nombreux patients en dehors des opérés pour des prises en charges diverses en kinésithérapie.

En parallèle à cette activité de soins, le centre offrait la possibilité d'éducation et de réinsertion, une école et un centre d'apprentissage ont été créés, aujourd'hui demeure la possibilité d'apprendre la couture.

Actuellement, MNDP a créé plusieurs centres d'accueil dans la Province du Logone Occidental et également dans les provinces alentour, à Kélo, à Doba et à Laï. Dans ces centres sont effectués certains appareillages, les cas plus complexes sont adressés à Moundou.

Le centre de Moundou détient les fiches administratives de plus de 10 000 consultants, 5000 d'entre eux ont été appareillés.

La devise du Centre de Moundou est inscrite et illustrée sur le portail d'entrée: " **M'Digi Nja Tar**", je veux marcher debout.

Les missions chirurgicales : Handicap Santé

En 1982, une première mission chirurgicale a été proposée par un chirurgien orthopédiste français, le professeur Alain Masquelet, afin de faciliter ou de permettre l'appareillage d'enfants dont les séquelles de poliomyélite ont entraîné de graves déformations des membres.

L'association française « Handicap Santé », a été créée en 1990 pour l'organisation et le financement des missions chirurgicales.

Les missions se sont succédées au rythme de deux par an à partir de 1987, l'une en Décembre, l'autre au mois de Mai. Le rythme des missions est de 4 par an depuis 5 ans : en octobre, en novembre-décembre, en février et en avril-mai, pour une durée de 10 à 15 jours.

A chaque mission sont opérés entre 60 et 80 patients et deux jours sont consacrés aux consultations - 200 patients environ- qui permettent de suivre les patients déjà pris en charge aux missions précédentes et faire une pré sélection pour la mission suivante.

Les équipes sont généralement composées de deux chirurgiens orthopédistes - ou d'un orthopédiste et d'un chirurgien plasticien- et de deux anesthésistes. La règle habituelle est d'éviter de partir seul, certaines difficultés d'adaptation pouvant compromettre le succès de la mission.

L'organisation d'un enseignement aux étudiants en chirurgie générale tchadiens a pu voir le jour grâce aux efforts conjugués et à la conviction des acteurs de Handicap Santé, Dr Patrick Knipper, et du ministère de la santé tchadien, l'aide gouvernementale française étant en support de ce projet.

Au Centre de la Maison Notre Dame de Paix, des actions d'informations auprès des malades et de leur famille sont menées également, prévention des brûlures dues aux foyers de cuisine, hygiène, etc...en parallèle des soins aux patients.

Au total, depuis le début des missions, plus de 120 soignants, chirurgiens et anesthésistes, infirmier et infirmières spécialisés de bloc, d'anesthésie ou de réanimation, ont participé aux 82 missions, 4 000 patients ont été opérés.

L'association française « Handicap Santé », gère les missions chirurgicales. Il s'agit d'une association à but non lucratif, qui fonctionne grâce à des dons privés, elle couvre les frais de transports, d'achat de matériel nécessaire aux interventions chirurgicales, complétés par des dons – de plus en plus rares- de laboratoires et par l'achat de matériel à Moundou (solutés, antibiotiques, pansements, compresses, seringues...)

Tous les intervenants sont bénévoles, non rémunérés ni indemnisés.

Objectifs actuels des missions chirurgicales

Au début le but des missions était d'opérer des enfants atteints de poliomyélite ou d'autres handicaps, afin de faciliter l'appareillage des patients, au programme préétabli se surajoutant des urgences à type d'infections, ostéomyélites ou maladies dont le potentiel évolutif ne permet pas de différer l'intervention de six mois.

Maintenant la prise en charge des blessés de la route augmente dramatiquement.

Depuis 10 ans s'est développée la chirurgie plastique avec les fentes labiales, les interventions de chirurgie réparatrice avec parfois de très grands délabrements, brûlures, traumatismes, etc...

Il nous faut assurer les suites opératoires dans les meilleures conditions possibles, compte-tenu des problèmes de morbidité liée à l'environnement : maladies intercurrentes, hémopathies responsables d'anémies chroniques, carences alimentaires, carences en vitamines, parasitoses chroniques liées aux problèmes d'hygiène, absence d'eau potable entraînant amibiases, salmonelloses, ... ou problèmes liés à l'environnement : accès palustres fréquents et répétés (*plasmodium falciparum*), risques d'infections des plaies opératoires, absence de vaccination contre le tétanos, etc... les germes rencontrés demeurent une importante préoccupation pour le choix des traitements : analyse bactériologique difficile, parfois un niveau surprenant de résistance aux antibiotiques, lié aux prises répétées d'antibiothérapies multiples, on se heurte aux difficultés d'approvisionnement et au coût des traitements pour les familles.

Le lieu d'intervention

Les opérations chirurgicales se déroulent à l'hôpital public de Moundou, avec accord financier avec le Centre Notre-Dame De Paix, sur la mise à disposition du bloc opératoire, les intervenants de l'hôpital pour la chirurgie travaillant pendant cette période dans les locaux de la maternité.

Le bloc opératoire a été rénové il y a 5 ans, sous l'impulsion de Handicap santé et de la Maison Notre Dame de Paix avec un financement d'aide d'organisme gouvernemental français, dans le cadre du Programme d'Action de l'Agence Française de Développement.

