

MISSION 79

1^{ER} OCTOBRE – 8 OCTOBRE 2017

COMPTE RENDU

DR. THÉRSE AWADA

Cette mission chirurgicale dans la région du Logone Occidental au Tchad est la 79ème mission d'Handicap Santé. Elle s'est déroulée du 1er au 09 octobre 2017 à l'Hôpital Régional de Moundou et au Centre de réadaptation Notre Dame-de-la-Paix.

Handicap Santé mène des missions chirurgicales de chirurgie orthopédique depuis 1987. Depuis plus de dix ans elle fait appel à l'expertise de l'ONG Interplast France pour développer des actions de chirurgie plastique. Cette année, est venue se rajouter pour la première fois un partenariat avec l'Association Action Santé Femmes qui vient apporter son expertise pour la prise en charge des fistules vaginales.

Forte de son solide réseau local, l'association Handicap Santé a pris en charge l'aspect logistique. L'ONG Interplast France a coordonné la prise en charge chirurgicale en chirurgie plastique ainsi que la formation des internes tchadiens. L'ONG ASF a pris en charge le déploiement de la chirurgie des fistules vaginales.

Equipe médicale

Anesthésie

Dr Véronique COCARD, médecin anesthésiste, Paris

Dr Xavier SAUVAGNAC, médecin anesthésiste, Fort-de-France!

Me Catherine PINEAU, infirmière anesthésiste, Paris

Chirurgie

Dr Patrick KNIPPER, chirurgien plasticien, Paris

Dr Dominique VASSE, chirurgien plasticien, Toulouse

Dr Thérèse AWADA, chirurgien plasticien, Paris

Dr Nelly VIDALI, assistante spécialiste en chirurgie plastique, Mulhouse

Dr Georges EGLIN, gynécologue-obstétricien, Béziers

Dr Xavier ARNOULD, gynécologue-obstétricien, Nantes

Me Montserrat RAFOLS PASCUAL, infirmière, Barcelone

Me Laurence PIZZUTTO, infirmière de bloc opératoire, Toulouse

Me Patricia DECROP, infirmière de bloc opératoire, Toulouse

Volontaire International

M. Gabriel BOURBON

Coordination

Catherine PINEAU

Aude MAILLET

Responsables matériel

Laurence PIZZUTTO

Catherine TOUCHARD

1. Informations générales

Le Tchad est l'un des pays le plus pauvre du monde : en 2012, le revenu moyen était de 62\$ par mois.

Un des problème principaux est le manque et la qualité des infrastructures routières : coût élevé des transports, état précaire des routes avec entretien rendu difficile par les conditions climatiques (inondations saisonnières, sécheresse).

Accès au soins de santé

Le territoire est distribué en 51 districts sanitaires.

Les infrastructures publiques (hôpitaux, centres de santé) ne sont pas assez nombreuses et sont le plus souvent vétustes et sous équipées.

Les ressources humaines sont également insuffisantes (1 médecin pour 32 000 habitants, soit environ 100 fois moins qu'en France, 1 infirmier pour 8 500 et 1 sage-femme pour 7 000 femmes en âge de procréer).

Le taux de mortalité infantile est proche de 9%.

L'espérance de vie à la naissance voisine de 50 ans.

Statistiques (dernières données de l'OMS):

Population totale (2015)	14,038,000
Espérance de vie à la naissance h/f (en années, 2015)	52/54
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	non disponible
Quotient de mortalité 15-60 ans h/f (pour 1000, 2015)	378/333
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (en \$, 2014)	79
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2014)	3.6

Economie

L'économie repose essentiellement sur le secteur agricole. Des ressources en pétrole ont été découvertes au sud du pays (distribuée par oléoduc Tchad-Cameroun depuis octobre 2003).

Geopolitique

En 2017, le Tchad a décidé de fermer sa frontière avec la Libye en raison de la situation sécuritaire dans ce pays, à l'exception d'un seul point de passage (la passe de Korizo arrivant à Wour à l'ouest du massif du Tibesti). Il a en outre déclaré les régions frontalières de la Libye comme zones d'opération militaire. Les zones frontalières avec la Libye, classées en rouge, sont formellement déconseillées.

Le groupe Boko Haram demeure actif au Nord-Est du Nigéria et dans la région du Lac. Pour la première fois, ce groupe terroriste est parvenu à perpétrer des attentats dans la capitale tchadienne, le 15 juin 2015. Ces attaques sont des réactions à l'engagement du Tchad dans la lutte contre le terrorisme, notamment au Mali ou contre Boko Haram.

2. Interventions Chirurgicales

J1 – Dimanche

- Rassemblement à l'aéroport à 11h30
- Vol AirFrance – toute l'équipe dans le même avion
- Transfert à l'Hôtel IBIS : avec la navette gratuite de l'hôtel. Le matériel a été acheminé vers Moundou par Timothée ++
- Contrôle des passeports à l'entrée : attention aux modalités de contrôle ! Certains ont dû obtenir un tampon d'enregistrement auprès du service d'immigration dans les 3 jours (par exemple Dominique VASSE, bien qu'elle soit déjà venue en mission). Les raisons de cette modalité administratives n'ont pas été comprises. D'autres avaient oubliés leur carnet de vaccination.

J2 – Lundi

- Départ à Moundou – Avion de la PAM
 - Départ prévu à 14h30
 - Arrivée de l'équipe à l'aéroport à 13H
 - Départ effectif à 16h30** : Pas d'eau et pas de nourriture dans la salle d'attente de l'aéroport.
- Arrivée à Moundou à 18H00
- 18H30 : début de la consultation (Patrick Knipper, Dominique Vasse, Thérèse Awada, Nely Vidali et Xavier Sauvagnac et Gabriel Bourbon)
 - dossiers papiers
 - 12 patients examinés en priorisant les arrivées tardives
 - confection du programme opératoire pour le lendemain

Difficultés rencontrées :

- *Consultation tardive donc tous les patients n'ont pas pu être examinés : la fin de la consultation a été reportée au lendemain matin.*
- *Timothée a rencontré des problèmes sur la route : retard à l'arrivée des bagages*

J3 – mardi : Première journée de bloc

8h00 : consultation

- examen clinique des patients non examinés la veille
- confection du programme opératoire pour mercredi et jeudi

SALLE 1 – T. AWADA / N. VIDALI

EZECHIEL BAYA – 2 ans – 10kg – Syndactylie main gauche avec Greffe de peau totale
ZENABA Adam – 5 ans – 13kg – Libération d'une bride du genou gauche
ADAMA Naim – 22 ans – 54 kg – Reconstruction du nez par greffes composites
ALLABRASSER Christian – 22 ans – 62kg – détersion ulcère jambe droit

SALLE 2 – D. VASSE / Laurence PIZZUTTO

FESSELAONI Chantal – 3 ans – 11 Kg – Bride retractile du membre inferieur gauche
AMOS Reonnads – 5 ans – 20 kg – Bride de la cheville gauche avec greffe de peau totale
DOCTEUR Damien – 22 ans – 58 kg – Fente labiale unilatérale
AICHA Issa – 25 ans – Bride axillaire droite et greffe de peau

SALLE 3

NODJASSEN Patricia – 30 ans – Fistule vaginale
MOADOMODJI Samonène – 29 ans - Fistule vaginale

J4 – mercredi : 2ème journée de BLOC

J5 – jeudi : 3ème journée de BLOC

Visite à 07h30

Consultation : quelques autres patients vus en consultation

Départ pour le bloc des Infirmières à 08h00 afin de préparer les salles
Départ des chirurgiens à 08h45 (le temps de finir visite et consultations)
09h15 : les anesthésistes commencent à endormir
Salle 2: DV + NV
Salle 3 : TA + internes tchadiens
Difficultés rencontrées :
- George Eglin est tombé malade

J6 – vendredi : 4^{ème} journée de BLOC

J7 – samedi : pansements

08h-12h30

Les pansements ont été effectués au bloc opératoire dans de bonnes conditions d'hygiène.

- 31 patients examinés sur 2 salles
- 1 patient examiné au centre (ulcère surinfecté)

3. Formation

A l'initiative du Dr Patrick Knipper, cette mission a été l'occasion de déployer une action de formation des chirurgiens locaux. Ainsi, sous l'égide de Faculté de Médecine de N'Djamena (Pr Choua, cinq internes tchadiens ont pu assister à la mission et bénéficier d'une formation théorique et pratique en chirurgie plastique.

Responsable de l'enseignement : Dr Patrick Knipper
Enseignants : Dr Patrick Knipper / Dr Thérèse Awada

LIEU

- Maison Notre Dame de la Paix de Moundou
- Centre Hospitalier Régional de Moundou

PROGRAMME

Cours avec présentations des principes et des différentes techniques de chirurgie plastique en situation précaire: pansements, parage chirurgical, sutures cutanées, greffes de peau, lambeaux (région cervico-faciale, membre supérieur, membre inférieur, tronc), atelier pratique, staff, bloc opératoire...

- 08h00 - 09h00: Cours sur les techniques chirurgicales
- 09h00 – 18h00: Bloc opératoire au centre hospitalier
- 18h00- 19h00: Staff (discussion de cas cliniques) / Cours - 19h00 – 19h30: Visite postopératoire

ETUDIANTS TCHADIENS du Module Octobre 20017:

- Dr AHMAT.MALGNAN OKIM (representant des internes)
- Dr ALLATOMBAYE BERTIN
- Dr ABOULGHASSIM OUMAR MOUSSA
- Dr NDJIAN-NONE KALKI
- Dr MOUSSA KALLI MAIDE

4. Déploiement d'une mission fistule

L'objectif de cette mission exploratoire est d'analyser la faisabilité pratique de mener des missions de réparation des fistules obstétricales.

Membre de la mission :

- Dr Xavier DUVAL-ARNOULD Chirurgien Gynécologue
- Dr Georges EGLIN Chirurgien gynécologue

Introduction

ASF est présent au Tchad sur des missions obstétricales de diminution de la mortalité maternelle sur Moundou et sur Abéché en partenariat avec expertise France. Dans le cadre d'un partenariat avec Handicap Santé, et suite aux rencontres faites sur place à Moundou lors des missions précédentes, ASF souhaite analyser le potentiel et la faisabilité de missions chirurgicales de réparation des fistules obstétricales.

Handicap Santé réalise des missions chirurgicales à Moundou depuis de nombreuses années (chirurgie plastique et chirurgie orthopédique) en lien avec la Maison Notre Dame de Paix (MNDP) à Moundou. MNDP est tenu par des frères capucins et se sont spécialisés dans la prise en charge du handicap. Leur activité a évolué au fil des dernières décennies : prise en charge des séquelles de poliomyélite puis introduction de chirurgie orthopédique puis plastique et réparatrice pour la reconstruction des fentes labiales et la prise en charge des séquelles de brûlures.

Nous partons sur cette mission avec 4 chirurgiens plasticiens, 2 anesthésistes, 1 IADE et 3 infirmières de Handicap Santé. Le matériel chirurgical a été fourni en grande partie par HS. Nous sommes venus avec tous nos consommables.

Description de la mission effectuée

Personnel disponible :

- Au centre MNDP :
 - le centre est tenu par des frères capucins : fondé par le père Michel toujours présent et actif sur place, le centre est maintenant dirigé par le frère Antoine.
 - Le centre est orienté sur la prise en charge du handicap et possède donc beaucoup de ressources autour de ce domaine : atelier appareillage (fabrication prothèses, orthèses) ; atelier bois (fabrication des béquilles) ; atelier fer (fabrication de voiturettes).
 - Le personnel para médical est composé essentiellement de 4 kinés et de 2 infirmiers.
- A l'hôpital public de Moundou :
 - HS loue le bloc opératoire avec le personnel de la stérilisation le temps de la mission.
 - Le Bloc opératoire est composé de 3 salles équipée, avec des tables Maquet en bon état. Le bloc est climatisé et propre. Une unité de stérilisation est attenante. Une salle de réveil non équipée.
 - Nous avons collaboré avec le Dr Dika gynécologue; actuellement seul sur place et qui avait recruté les patientes fistuleuses à opérer.

Logistique :

- Pour les patients : ils sont hébergés chez MNDP puis transférés le matin avec le chauffeur de MNDP à l'hôpital public. Le post opératoire immédiat se fait à l'hôpital puis les patients sont transférés à MNDP en fin de journée. Cette solution du type hôpital de jour est plébiscitée par les intervenants de Handicap Santé pour assurer une surveillance continue des opérés.
- Pour les Missionnaires : l'hébergement se fait au centre MNDP pour la majorité de l'équipe mais comme nous étions trop nombreux pour la capacité d'accueil, nous avons logé au couvent des frères capucins à 15 minutes en voiture (Kotou) : plus au calme mais plus loin des patientes ; le chauffeur de MNDP nous amenait à l'hôpital le matin et nous récupérait le soir.
- Repas fournis par MNDP : Sandwich le midi et dîner au centre le soir.

Actions réalisées :

- Consultations à l'arrivée des patientes recrutées par le Dr. Dika ou par le personnel du centre ou le père Michel : au total : 7 patientes prévues
 - 1 n'est pas venue
 - 2 ont été récusées (Vessie neurologique et une Incontinence d'effort)
 - 4 fistules vraies : 1 fistule grave avec déjà échec de chirurgie : l'exploration chirurgicale au bloc sous anesthésie a conclu à une impossibilité de réparation sur une transection très haut située.
 - 1 fistule vésico utérine opérée par voie haute, 1 fistule retro trigonale opérée par voie haute et une fistule uretro-vaginale opérée par voie basse.
- La chirurgie a eu lieu sous rachi anesthésie (anesthésiste de HS ou Dr Martin Peters qui était en mission pour ASF sur une mission obstétricale).
- Nous avons été confronté à un taux de recrutement faible qui s'explique par :
 - La découverte par le personnel sur place de la problématique des fistules obstétricales et leur prise en charge,
 - Le recrutement tardif du Dr. Dika qui a attendu le feu vert du coordonnateur du programme national de Ndjamena.
 - Il s'agissait de la saison du travail aux champs et il semble que cela freine les gens à venir se faire opérer puisque cela représente un enjeu économique majeur pour eux.
- Les éléments positifs :
 - A noter l'intérêt important de la direction et du personnel du Centre des handicapés pour contribuer à la prise en charge de cette pathologie qui affecte en priorité des femmes démunies et indigentes.
 - La qualité du bloc opératoire
 - L'intérêt porté par les infirmières à cette pathologie et à sa prise en charge. Céline qui est l'infirmière de nuit nous a fait particulièrement bonne impression et pourrait coordonner les soins post opératoire.
 - La collaboration avec le personnel de HS : l'échange médical avec les plasticiens a été une richesse sur la prise en charge de ces fistules car finalement cette chirurgie réparatrice a beaucoup de point commun avec leur chirurgie réparatrice.
 - Les missions d'ASF seront menées de façon privilégiée avec celles de chirurgie plastie de Handicap Santé.
 - La rencontre avec le directeur a été fructueuse, il est favorable à ce que nous continuons.
 - Le Dr Dika est motivé pour coordonner le programme fistule local en partenariat avec le centre de référence et ASF.
 - Une partie de la logistique peut être prise en charge par MNDP : réservation des vols du PAM (N'Djamena-Moundou), transport des patients, logement des équipes d'ASF.
- Les points négatifs :
 - La distance par rapport à Ndjamena nécessitera des missions avec acheminement en avion tant que les problèmes de sécurité se poseront.
 - Le montage financier doit permettre d'obtenir la gratuité des soins et de la prise en charge.
 - Le Dr. Dika est surmené car seul (il était en attente d'éventuelle nomination de nouveaux assistants) et il est difficile de savoir quelle sera son implication réelle.
 - Le manque de matériel de la maternité et de l'hôpital de Moundou nécessitera que les équipes d'ASF apportent le matériel et les médicaments nécessaires à leurs interventions.

Perspectives et recommandations

Nous pensons qu'il faut poursuivre ce projet en organisant dans un premier temps 2 missions par an de 10 à 15 jours suivant la disponibilité des vols PAM.

L'équipe d'intervention serait composée :

- 2 chirurgiens (Uro/gynéco)
- 1 IBODE
- 1 anesthésiste

Le recrutement des patientes pourrait être multiple pour remédier aux problèmes que nous avons rencontrés. Le Dr. Dika est le principal recruteur et organise la sélection des patientes à opérer. Pour cela il s'appuie sur :

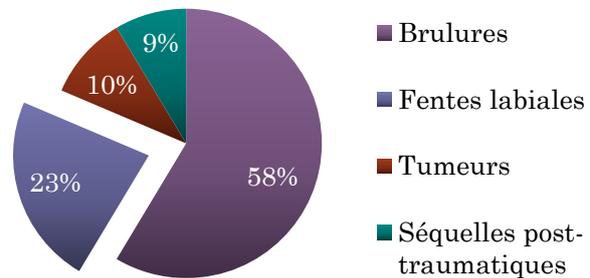
- Les sages-femmes de la maternité de l'hôpital de Moundou
- Le réseau des dispensaires et centres de soins primaires de la région du Logone
- Sur le réseau des Matrones de la région du Logone

- Appel national lancé par le centre de Ndjamena qui semblerait favorable à ce que ASF gère la réparation des fistules sur Moundou

5. Quelques chiffres

- 32 interventions dont 23 sous anesthésie générale et 30 sous anesthésie loco-régionale ou locale!
- fourchette des âges des patients opérés : 2 ans - 47 ans

- Chirurgie plastique



6. Synthèse

Accès aux soins de santé

Les infrastructures publiques (hôpitaux, centres de santé) ne sont pas assez nombreuses et sont le plus souvent vétustes et sous équipées.

Les ressources humaines sont également insuffisantes (1 médecin pour 32 000 habitants, soit environ 100 fois moins qu'en France, 1 infirmier pour 8 500 et 1 sage-femme pour 7 000 femmes en âge de procréer).

Des facteurs environnementaux ne doivent pas être négligés : ils ont une influence significative sur la santé des populations : il s'agit notamment du faible accès à l'eau potable et des conditions défavorables en matière d'hygiène.

Par ailleurs, l'analphabétisme, la précarité de l'habitat et de l'environnement, la promiscuité, l'inaccessibilité financière de certaines couches de la population aux structures de soins et l'absence de promotion de comportements et d'un environnement favorables à la santé, expliquent, dans une certaine mesure, la persistance des comportements à risque et d'un environnement insalubre.

Formation

- Aucun enseignement de chirurgie plastique n'existe au Tchad

Formation médicale

- la mission a été l'occasion d'introduire un enseignement de haute qualité en chirurgie plastique grâce au Dr Patrick Knipper qui a mis en place et développé des Cours à la fois théoriques (PK) et pratiques au bloc opératoire (TA et PK). Après évaluation de fin de stage, les 5 internes ont évolué avec une , les connaissances et les compétences dans en chirurgie plastique. Par ailleurs, les étudiants ont fait une évaluation très positive de leur enseignement qu'ils ont apprécié.

- La chirurgie plastique est vécue comme une discipline inhabituelle, complexe dans ses indications et dans son suivi post-opératoire

- les IDE du Centre, en charge des soins post-opératoires (la présence de Montse au centre a été très appréciée).
- un DIU de chirurgie plastique grace à PK

- les infirmiers de blocs : aides opératoires ? sont très demandeurs pour apprendre à suturer

Logistique

- l'Organisation du matériel reste une difficulté majeure :
 - qui doit être responsable du matériel : les participants de la mission ? un intervenant extérieur (logisticien ?).
 - gestion du matériel sur place : date de péremption, stockage
 - comment minimiser l'utilisation du matériel à usage unique (circuit déchet non maîtrisé) et optimiser le matériel stérilisable (audit, poursuivre des actions de formation du personnel)...

Nécessité d'un discours cohérent : Prendre le temps de poser les indications, de les discuter en équipe, de définir la stratégie et le programme opératoire semble une nécessité. L'Indication médicale est une chose mais il faut trouver des consensus (contextualiser les indications en fonction du suivi)

- matériel commun
- flexibilité dans l'activité

La préparation du matériel est un gros enjeu et un gros travail

- Durée de la mission : 8 jours est apparu une durée trop courte à tous les intervenants. Prolonger la mission aurait été inutile compte tenu de l'absence de patients à opérer, mais venir 2 jours plus tôt aurait permis de mieux appréhender la mission et de favoriser la fluidité de l'organisation sur place.

Arrivée trop tardive pour la consultation

La consultation va trop vite : Rapidité des consultations (3 patients n'auraient pas compris qu'ils ne seraient pas opérés et sont restés jusqu'à la fin de la mission en attendant une date opératoire). Ce sont les kiné qui expliquent les refus : les kiné ont manifesté leur difficulté à expliquer aux familles la raison du refus. Nécessité de détailler très précisément les indications et les contre-indications et de les documenter dans le dossier pour assurer la cohésion d'équipe et le suivi des patients.

Patients récusés

- 3 patients récusés attendent leurs dates op au centre qui ne voulaient pas partir tant que la mission était sur place : espoir, mesinformation ?
- ce sont les kiné qui expliquent les refus

Les kiné ont manifesté leur difficulté à expliquer aux familles la raison du refus

Nombres d'intervenants : trop nombreux compte tenu de la période. Discuter la possibilité de favoriser les ressources locales (infirmiers comme aide opératoire ?). Cependant, il faut garder en tête que pour faire de le nombre d'intervenants étaient nécessaire pour assurer de la formation dans de bonnes conditions. La question est plutôt à situer sur le ratio Nombre d'intervenants/ durée de la mission/ nombres de patients à opérer.

Nombre idéal ? Comment utiliser les ressources locales ?

- Retour en bus : vraie problématique de sécurité à discuter.

Cohésion d'équipe

- objet de la mission chirurgicale à discuter en amont et à définir : chaque chirurgien a son expérience propres ; les Indications opératoires peuvent être différentes d'un chirurgien à l'autre. Il s'avère indispensable de discuter entre médecins, hors du circuit général, afin de

donner à voir une équipe soudée qui agit dans un sens commun. Par exemple : les chéloïdes, les mains complexes,...

Il me semble important de redéfinir une VISION commune (des valeurs) et la MISSION de handicap santé (actions à déployer). Par exemple, des axes de réflexion : qualité des soins, formation des médecins, formation des soignants, comment vivre l'interculturalité, actions de prévention, gratuité des soins, comment améliorer la cohésion d'équipe,.... ?

Problématique des Patients récusés :

1. les pathologies graves (Sarcome de la face, Enfant dénutri, Fistules graves récusées...). Que deviennent ces patients après notre refus d'être opérés ? Comment assurer un suivi, organiser une solution annexe ?
2. des patients récusés ont attendu leur date opératoire au centre et ne voulaient pas partir tant que la mission était sur place : espoir, mesinformation ?

Prises en charge complexes

Mission fistule : difficulté de déploiement

- la mise en place d'une mission fistule est une urgence sanitaire indiscutable. La demande est forte, probablement sous-estimée. Associer une mission fistule et une mission plastique apparaît comme un projet cohérent et passionnant.

Quelques difficultés :

- mieux préparer la mission fistule en amont : matériel, recrutement,...
- mieux coordonner les différentes équipes en amont : favoriser les rencontres et le dialogue des différents acteurs paraît une nécessité

Prise de conscience du père Antoine de la nécessité de prendre en charge les fistules

Mission exploratoire

Très important et intéressant de s'appuyer sur une structure solide

Importance de l'aspect transversal de cette pathologie : échange pluridisciplinaire

Les collaborateurs potentiels :

- Sœur Elisabeth : mais souhaite t'elle un partenariat ?
- Pr DIKA : on espère qu'il va entrer dans un protocole de recrutement mais aussi de suivi des patientes – difficile ?

La semaine précédant notre arrivée, une formation césarienne avait été organisée par ASF : cette mission fut un échec notamment car les intervenants se sont positionnés pour imposer leurs idées occidentales sur la césarienne.

Cadre PSCET (ASF est mandaté par Expertise France) : financement sur 2 ans

Les programmes sont préétablis avec Dr DIKA. Comment favoriser les partenariats ?

Les sages-femmes locales semblent très demandeuses. Dr DIKA est plus timide.

Programme national. Objectif de réduire la mortalité maternelle. L'objectif officiel est de diminuer la mortalité maternelle de 50%.

Aucune mission fistule n'est possible sans l'aval de N'Djamena. Il faut un médecin coordinateur local : ce serait le Dr DIKA, qui ne peut rien faire sans l'accord écrit de N'Djamena.

La convention a été signée, et le Centre de N'Djamena se révèle assez demandeur.

DIKA n'opère pas les fistules.

Importance du travail de réparation en amont.

- Fournir des protocoles ?

Des enjeux politiques (avec N'Djamena,...)

La mission fistule s'intègre dans le cadre d'un programme national. Les intervenants locaux (Simon, Désiré,...) ont manifesté leur inquiétude initiale face à cette

pathologie qu'ils ne connaissaient pas. Cependant, tous ont manifesté une grande satisfaction à participer à ce projet qui répond à une demande médicale, humaine et sociale.

Au niveau national : c'est gratuit.

Place de la rééducation : Satisfaction des kiné à être valorisés – satisfait d'avoir appris la prise en charge des incontinences,

Il n'y a pas de rééducation chez les femmes fistules

Equipe pour les missions fistules à prévoir ?

2 gynéco

1 IDE

1 anesthésiste

Les Dossiers patients

On avait voulu faciliter la circulation de l'information par un dossier papier.

- Dossiers égarés : consultation rajoutée, Gabriel, voyages au bloc...
- dossiers souvent mal ou pas remplis, illisibles
- circuit dossier complexe
- documents non adaptés : nécessité de faire une fiche de traçabilité au bloc avec les prescriptions post-opératoires
- Filemaker : avantages et limites à rediscuter.
- au Centre pour les soins : mauvaise transmission des prescriptions anesthésiques et chirurgicale, beaucoup d'erreur sur les noms qui ont des prononciation et une orthographe complexe, avec des risques de perdre ou de confondre les patients
- Etre plus rigoureux sur les prescriptions post-opératoires

Nouveaux arrivants sans expérience :

- mieux positionner les personnes et prendre plus de temps avec les nouveaux intervenants : en amont par ceux qui les recrute et par Handicap santé, pendant la mission (débriefing,...)

Date de la mission : octobre, un mauvaise période

Recrutement faible de chirurgie plastique

Madeleine avait contacté les 69 patients prévus. La moitié seulement s'est présentée.

- Problème de transport : routes impraticables avec des régions entières inondées, trajet plus longs pour faire des détours, plus dangereux et plus couteux
- Problème économique : rentrée des classes avec les frais de scolarités (tenues, fournitures,...) - payer le séjour, le voyage... est une charge importante pour les familles. Octobre : sortie de la période de la vache maigre (fin juin à septembre) : c'est la fin des réserves, pas de mil :
- Mission d'orthopédie : ancienne et connue : il existe de manière récurrente une liste d'attente qui permet d'alimenter les missions suivantes