



COMPTE RENDU

MISSION DE COMPAGNONNAGE CHIRURGICAL GYNECOLOGIQUE HOPITAL DE KANKAN GUINEE CONAKRY

PARTENARIAT GSF /EDA 2^{eme} Mission

Du 3 au 18 novembre 2018

Introduction :

GSF a été sollicité en début 2017 pour débiter un partenariat avec l'ONG « Les Enfants de l'Air » (EDA) dans les missions spécifiques de chirurgie gynécologique à l'hôpital de Kankan en Guinée Conakry.

EDA travaille depuis plus de six ans dans cet hôpital à raison de 4 à 6 missions par an, apportant son soutien dans le domaine de la santé (pédiatrie, obstétrique, cardiologie, chirurgie générale maladies infectieuses....), mais aussi de l'entretien, de la logistique, du développement des structures, de l'hygiène, et maintenant d'une crèche pour le personnel.

EDA a une philosophie proche, et compatible, à celle de GSF à savoir qu'elle est engagée dans des missions de développement et non de substitution.

Une première mission a été réalisée avec succès en novembre 2017. Fort de cette expérience concluante, GSF a signé un partenariat avec EDA au début de 2018 et le vice-président le Dr François Charles est venu présenter son ONG à la FGOH d'octobre à Bruxelles. Un article dans le « Monde de GSF » numéro 8 a illustré ce partenariat.

Nous allons décrire cette deuxième mission de partenariat, qui peut illustrer ce proverbe africain :

« Seul on va plus vite, mais ensemble on va plus loin ».



Référents experts:

Pour GSF :

Serge BOYER	Gynécologue Chirurgien	SB	2 ^{eme} mission
Laetitia BOYER	IDE Post OP.	LB	2 ^{eme} mission

Pour EDA :

Batoul LYACOUTE	IBODE	BL	3 ^{eme} mission
Valérie MIRANDE	IADE	VM	2 ^{eme} mission

1. Objectifs spécifiques :

Continuation de la mise en route du compagnonnage en chirurgie gynécologique voie basse et voie haute. Equipe GSF.

Continuation de la mise en place de la surveillance et des soins post opératoires dans un espace dédié « soins intensifs » avec personnel qualifié, IADE de Kankan. Equipe GSF.

Compagnonnage au bloc Op par les IBODE et IADE d'EDA, à toutes les interventions gynécologiques et autres. Equipe EDA.

Quelques pistes de réflexion seront proposées en annexe sur la « photographie » quantitative et qualitative de la maternité de Kankan sur ces deux dernières années.

2. Déroulement de la mission :

Fort d'une première mission à Kankan en novembre 2017, briefé de nombreuses fois par le Dr François CHARLES, et auparavant par le Dr François BOUDINET, gynécologue-chirurgien, la mission a également été préparée avant le départ par de nombreux échanges mails, en début juillet, fin septembre, et une semaine avant notre arrivée, avec le Dr Mamady SQUARE, chef du service de gynécologie et de la Maternité de Kankan, afin de recruter des patientes, de faire participer les médecins gynécos et généralistes des hôpitaux périphériques. RDV pris à notre hôtel pour le dimanche soir de notre arrivée autour du verre de l'amitié. Nous développerons tout au long du rapport les trois sites d'activités, le bloc Op, l'activité d'IBODE et IADE, et la surveillance post Op.



3. Moyens :

3.1 Ont participé aux différentes activités chirurgicales et d'enseignements:

A/ *Les médecins :*

Dr Mamady SQUARE Chef de service de Gynécologie Obstétrique Hôpital Kankan souare9@yahoo.fr

Dr Fodé KABA Gynécologue Adjoint Hôpital Kankan fodekaba1967@yahoo.fr

Dr Lanciné DOUMBOUYA Hôpital Kankan lass.doumbouya@gmail.com

Dr KEITA Hôpital de Kankan

Dr KONATE Echo Hôpital Kankan

Dr BOUBA Hôpital de Kankan

Dr FOFANA Hôpital de Kankan

Dr SANO Hôpital de Kankan

Dr KOBANE Hôpital de Kouroussa Gynécologue

Mme Mariam CONDE IAD Chef Hôpital Kankan



B/ Le personnel infirmier anesthésiste au bloc Op et dans l'unité de surveillance post Opératoire des femmes hospitalisées:

Mesdames Fanta SOUARE, MiAdama HAWA BAH, Sona SOUARE, MAI, MARIAM 1 et MARIAM 2, FATOUMATA, MAMA .

Messieurs Aboulaye Sidi BANGOURA, Lancine CONDE, ABEL.

Plus le surveillant de bloc Op Monsieur ELIE Millimono et le seul infirmier de bloc Monsieur JO

C/ Les synthésars du service de gynécologie : Mrs FAUSTIN, KANTE, DIAWARA.

3.2 Matériels disponibles dans le service

A/ Bloc Opératoire :

- Une table d'opération dans la salle N°1 en mauvais état ne permettant pas la position de Trendelenburg, (déclive) mais possède des étriers pour la chirurgie voie basse.
- Un scialytique plafonnier, toujours très insuffisant et qui chauffe, est complété par un éclairage sur pieds neuf et de qualité.
- Aspirateur et bistouri électrique satisfaisants et fonctionnels.
- Pas de respirateur pour réaliser des anesthésies générales en toute sécurité.

B/ Instruments opératoires : Supervisés par Madame Batoul LYACOUTE.

En nombre suffisant pour confectionner trois boîtes, Voie haute, Voie basse et complément apporté et mis à disposition : Valve de Bresky, Aiguille de Deschamps.....De plus deux boîtes de chirurgie voie basse ont été apporté par SB.

C/ Service de soins post OP :

Le service de soins « intensifs », de 8 lits a été mis à disposition par Mme Mariam CONDE, comme lors de la mission de novembre 2017, afin de créer un secteur de surveillance post Op permettant une prise en charge des patientes gynécologiques opérées et regroupées avec un personnel dédié et motivé. La formation du personnel a été poursuivie.

3.3 Matériels apportés

Fils chirurgicaux, blouses stériles, gants, champs opératoires, sondes urinaires, ventouses obstétricales, etc (voir liste en annexe 1)

4. Résultats :

4.1 Nombre de sessions de formation :

7 journées opératoires seulement ont pu être organisées du mardi 6 au vendredi 9 et du lundi 12 au mercredi 14 novembre. Le lundi 5 a été consacré aux consultations des patientes sélectionnées, à l'organisation des soins post Op et au compagnonnage lors de consultations d'échographie obstétricale et gynécologique. Les jeudi 15 et vendredi 16 ont été occupés par les débriefings privés et avec toute la communauté médicale de Kankan, en raison de l'absence de nouvelles patientes à opérer.

4.2 Contenu de la formation :

A) Les différentes techniques chirurgicales gynécologiques, voie haute et basse, exprimées en salle d'OP. Echanges réciproques de compétences. De très nombreux appels chaque jour des Drs Mamady SQUARE et Fodé KABA pour échanger lors de leurs consultations gynécologiques et réaliser des échographies gynécologiques.

B) Participation à deux après- midi d'enseignement interactif avec les 23 « Synthésars » présents (étudiants en médecine) sous forme d'Ateliers sur les thèmes sélectionnés par eux : les avortements spontanés et provoqués, les grossesses extra utérines, les métrorragies pendant la grossesse, les menaces d'accouchement prématuré, les grossesses molaires et les complications post Opératoires après chirurgie abdominale et voie basse.

C) Formation théorique et pratique lors de la surveillance des soins post-opératoires, pour l'équipe d'infirmiers IADE dédiée, avec la présence permanente de Madame Laetitia BOYER ainsi que lors des deux visites quotidiennes du Dr Serge BOYER et du Dr Lanciné DOUMBOUYA, accompagnés des synthésars du service de gynécologie.

D) Participation tous les matins au Staff général et parfois au staff de maternité du Dr Mamady SQUARE.

E) Préparation par Madame Batoul LYACOUTE des interventions du jour ainsi que la salle d'opération, avec l'aide d'un infirmier local, Mr Jo, du surveillant du bloc Monsieur Eli, ou des synthésars. Elle a participé à toutes les interventions chirurgicales.

F) Préparation par Madame Valérie MIRANDE des anesthésies du jour, du matériel nécessaire, avec les Infirmiers anesthésistes. Elle a participé à toutes les interventions chirurgicales.

G) Compagnonnage des Infirmiers de Bloc.

Formation et aide à la préparation d'une table d'opération à certains synthésars et autres médecins
Divers rangements au Bloc.

Aide à la préparation des packs pour la stérilisation et reconfections des boîtes chaque jour pour le lendemain.

H) Formation à la demande des sages-femmes de l'utilisation de la ventouse obstétricale et des hémorragies de la délivrance avec la participation de Madame Josiane LECHENE sage-femme d'EDA.

4.3 Nombre de participants (voir plus haut au 3.1) :

Les formateurs d'EDA ont participé à toutes les interventions gynécologiques. Mesdames Batoul LYACOUTE IBODE et Valérie MIRANDE IADE, ont également participé à d'autres interventions notamment les césariennes pratiquées par les gynécologues et les médecins du service dont les Drs Fodé KABA et Mamady SQUARE.

4.4 Evaluation pré et post-formation :

Les deux gynécos du service, les Drs Mamady SQUARE et Fodé KABA, possèdent déjà une bonne technique chirurgicale voie haute, qui ne demande qu'à être perfectionnée. Ils sont très demandeurs. L'évaluation finale ne pourra se faire qu'après de nouvelles missions d'échange et de partage de connaissance et de compagnonnage.

4.5 Les interventions chirurgicales :

N° Date	Nom patiente	Diagnostic	Acte opératoire	Operateur + Aides	Sorties
1 6 Nov	Aminata CAMARA	Tumeur ovarienne	Ovariectomie	SB+ SQUARE + DOUMBOUYA	J6
2 6 nov	Tenin CAMARA	Prolapsus complet III chez une femme diabétique	Hystérectomie voie basse + Cure Cystocèle	SB + SQUARE + DOUMBOUYA +KOBANE	J 4 En diabéto
3 7 nov	Fatoumata BINTA-BAH	Tumeur ovarienne bénigne	Ovariectomie unilatérale	SB + KOBANE + DOUMBOUYA	J 6
4 7 nov	Kadiatou DIALLO	Utérus polymyomateux	Polymyomectomie	SB + SQUARE + DOUMBOUYA	J 6
5 8 nov	Nantenin TRAORE....	Très Grosse tumeur ovarienne bilatérale + Ascite	Hystérectomie totale	SB + SQUARE+ DOUMBOUYA	J10
6 9 nov	Sarah FOFANA	Cancer endocol et endomètre	Hystérectomie totale	SB + KABA + DOUMBOUYA	J 6
7 9 nov	Odia DIABATE	Grosse Eventration chez une femme obèse	Cure de l'éventration	SB + SQUARE + DOUMBOUYA	J 6
8 12 nov	Raouda DAOU	Gros Utérus polyfibromateux	Poly myomectomie	SQUARE + SB+ DOUMBOUYA	J6
9 13 nov	Sohimba KOULIBALLY	Kyste ovaire	Kystectomie	SB + SQUARE + DOUMBOUYA	J6
10 14nov	Aïssatou KEITA	Cancer du sein	Tumorectomie large	SB + KABA	J 1
11 14 nov	Sonah KOITA	Gros Utérus polyfibromateux	Poly myomectomie	SB + KABA +DOUMBOUYA	J6
12 14 nov	Djené KOUROUMA	Kyste ovaire post infection	kystectomie	SB+ KEITA+DOUMBOUYA	J6
13 14 nov	FATOUMATA ?	Rupture utérine Enfant mort	Hystérectomie d'hémostase	SB+ SQUARE+KEITA	J6

Au total **13 interventions chirurgicales gynécologiques majeures**





4.6 Activités de consultation :

Avec les consultants guinéens les Dr Mamady SOUARE et Dr Fodé KABA

- **Nombre de patientes consultées : 60 à 70, suivies de très nombreuses échographies gynécologiques dans une salle dédiée avec le Dr KONATE.**
- **Prévalence des pathologies consultées : Métrorragies, Douleurs pelviennes, Masses abdomino-pelviennes, Stérilité.**

5. Points forts :

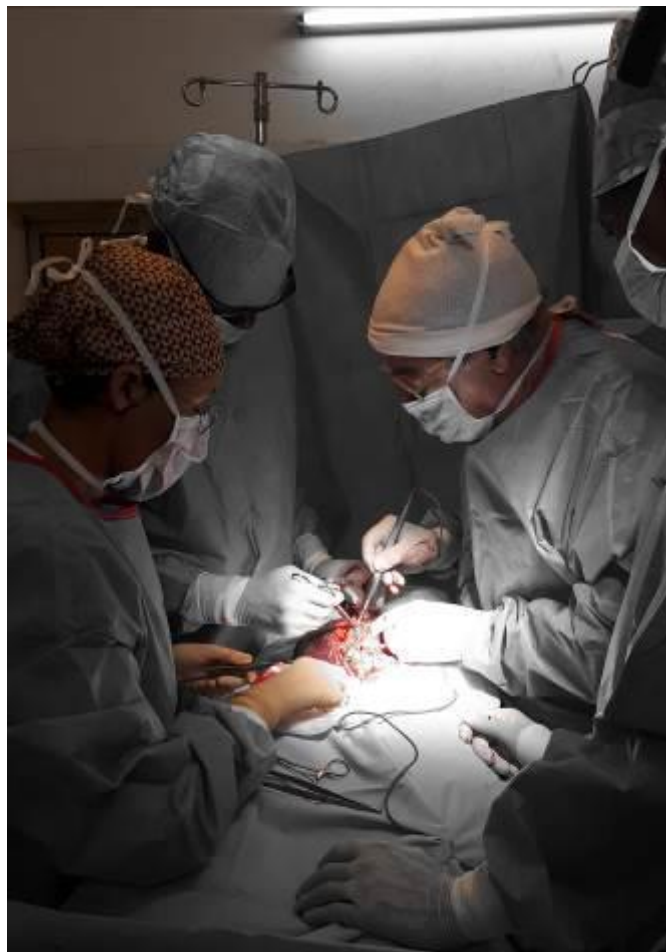
5.1 Bloc Opératoire :

-La prise en charge « sécuritaire » des patientes pendant les interventions majeures ne peut s'envisager qu'avec la présence impérative des infirmières d'EDA (IBODE et IADE) qui ont participé à toutes les interventions et les ont grandement facilitées.

-Les instruments chirurgicaux sont en nombre suffisant et de bonne qualité pour faire une boîte voie haute et une boîte voie basse dédiées. Besoin seulement de quelques compléments d'instruments voie basse à emporter (Valves de Bresky, Aiguille de Deschamps ...) et voie haute (Valve de Toupet, écarteur de Ricard ...) mais l'apport personnel de boîte de chirurgie voie basse permet une plus grande autonomie lors du retard éventuel de la stérilisation, ou de plusieurs interventions voie basse successives.

Rappelons la grosse activité chirurgicale de l'équipe de « gynécologie maternité ». A la date de mi-novembre 2018 plus de 1250 interventions inscrites dans le registre gynéco, césariennes comprises.

Les agents du bloc, infirmiers, aides, ont été présents, mobilisés dès le matin, les programmes opératoires ont pu commencer tôt, avant les autres spécialités (chirurgie digestive, urologie..). Nous avons noté également beaucoup d'empathie envers les patientes opérées.



5.2 Service de soins post OP :

-L'utilisation de nouveau d'une unité dédiée de 8 lits au Post opératoire , baptisée « soins intensifs » , près du bloc OP, a été capitale dans le succès de la quinzaine : regroupement des patientes à surveiller, formation complémentaire lors de la première semaine des infirmiers anesthésistes, mis à disposition, pour cette fonction, présence jour et nuit, établissement et démonstration de l'intérêt d'une feuille de surveillance de soins standard (annexe 5). Lors de la deuxième semaine ils furent tous très autonomes,

Madame Laetitia BOYER étant seulement en supervision et en coordinatrice des soins. La présence des synthesesars a été également d'un bon appoint.

- Le Dr Lanciné DOUMBOUYA, jeune médecin du service de gynécologie a participé à toutes les interventions chirurgicales, à toutes les visites et contre visites le soir. Il assurera après le départ de l'équipe EDA/GSF la fin de la surveillance post OP et nous tiendra informé par courriel des suites à distance. (Ce qu'il avait déjà fait régulièrement lors de la mission de novembre 2017).

- Les suites opératoires fort simples ont permis de réduire le temps d'hospitalisation des patientes. Sortie à J4 pour la voie basse et à J5 ou J6 pour les voies hautes. A noter quelques troubles digestifs, type diarrhée et une poussée de paludisme chez une patiente.



5.3 Le recrutement des patientes à opérer :

A été organisé en amont, avant notre venue, mais aurait pu être plus conséquent surtout si le Dr Fodé KABA, praticien du CHR de Kankan, avait été informé de notre venue. Une douzaine de patientes avait été convoquée par le Dr Mamady SQUARE, mais nous en avons refusé six d'entre elles, car l'indication nous a semblé trop limite, notamment des cystocèles isolées, stade 1 peu invalidante et de petits kystes ovariens pouvant être guéri par un traitement médical (oestroprogestatifs). Un seul prolapsus complet a été recruté et opéré.

Le recrutement doit être amélioré. Lors de cette mission nous avons opéré 13 patientes comme l'an dernier en novembre. J'encourage les médecins des hôpitaux périphériques de venir avec leurs patientes à opérer. Des conseils de sélection des patientes et des méthodes de recrutement ont été formulés pour la prochaine mission.

Précisons cependant qu'il nous semble difficile actuellement d'opérer plus de 2 à 3 patientes par jour et que nous serions limités par le nombre de lits d'hospitalisation, même si nous pouvons ensuite installer à J3 ou J4 les patientes dans le service de gynécologie. Une vingtaine de femmes pourraient être raisonnablement opérées durant les deux semaines.

6. Points à améliorer :

Rappelons ce proverbe africain pour ouvrir ce chapitre: « Celui qui ne te dit pas la vérité est ton ennemi et non ton ami ». Ainsi nous n'userons pas de la langue de bois, tout en sachant que nous rompons un équilibre en arrivant et nous bousculons certaines habitudes.

6.1 Le Bloc Opératoire :

-L' éclairage opératoire reste insuffisant, pas assez de puissance, (de nombreuses ampoules grillées ne sont pas remplacées), malgré l'apport de scialytiques sur pieds, pouvant mettre en jeu la réussite de certaines interventions difficiles ou pouvant se compliquer.

-La table d'opération ne permet toujours pas la position déclive pour les voies basses. Quant à la table gynécologique offerte par EDA, elle a été montée mais malheureusement la perte d'un câble d'alimentation n'a pas permis sa mise en place. Elle risque de rejoindre le « cimetière » toujours plus grand des appareils médicaux non fonctionnels ou détériorés, avec un certain nombre d'échographes. Dommage !

-Besoin d'un appareil respirateur anesthésique fonctionnel permettant une anesthésie générale confortable pour la patiente et l'équipe chirurgicale.

-Revoir la composition des kits anesthésiques délivrés par la pharmacie, car quel que soit le type d'intervention, l'âge de la patiente, la durée envisagée de l'intervention, les produits anesthésiques sont les mêmes !

-Constat d'un niveau très inégal entre les IADE intervenant au bloc OP. La moitié devrait bénéficier d'une formation complémentaire. Les interventions pratiquées cette année se sont beaucoup mieux déroulées par rapport à l'an dernier grâce à la présence soutenue et permanente de l'IADE d'EDA Madame Valérie MIRANDE. Beaucoup plus d'interventions sous anesthésie générale ont été pratiquées.

-L' asepsie générale reste grandement à améliorer, le bloc est un « lieu de passage continu » par des gens qui n'ont rien à y faire. Aucune rigueur. Il semblerait, selon les dires du personnel des salles d'hospitalisation, que les infections Post Op restent très fréquentes. Rien d'étonnant à cette affirmation malgré la création à l'entrée du bloc d'un sas de déshabillage mal et peu utilisé.

-Il faut créer une véritable zone tampon à l'entrée avec vestiaire obligatoire pour tous : chaussures, vêtements dédiés au bloc OP, bavettes, masques.

-Besoin d'un charriot de transfert qui reste à l'intérieur du bloc OP afin de ne plus faire rentrer le charriot « couvert de germes » qui va de service en service en traversant la cour terreuse et poussiéreuse . Le même chariot de bloc ne peut servir « IN and OUT ».

-Former un nouvel infirmier IBODE qualifié pour toutes les spécialités chirurgicales.

-Enseigner le lavage des mains, le séchage, la prise des solutions hydro-alcooliques, à tous les opérateurs. Revoir le fonctionnement de la réserve d'eau et ses fuites permanentes au lavabo. Envisager le nettoyage de la réserve d'eau d'une façon régulière.

-La tenue du registre des protocoles opératoires est très inégale, selon les opérateurs et les jours. Très souvent le protocole OP n'est pas transcrit sur le livre dédié et...nulle part ! Seuls sont notés les noms de l'anesthésiste, de l'opérateur et son aide, et le diagnostic pré Op ! Informations indispensables et utiles en cas de complications post Op. Lors de cette mission les protocoles opératoires ont été en grande partie écrits, sous notre contrôle, par le Dr DOUMBOUYA, bon apprentissage pour la compréhension de l'intervention.

-Il manque un véritable surveillant de bloc, ayant l'autorité directe du Directeur, pour gérer les différents programmes opératoires, insuffler la discipline et la rigueur qui doivent s'imposer dans un bloc opératoire.

La plupart des propositions d'amélioration ci-dessus ne coûte pas grand-chose au point de vue financier. Il faut les mettre en place.

-Au total au niveau du bloc opératoire il y a eu des améliorations notamment grâce à la mise en place d'une stérilisation digne de ce nom, avec autoclave, supervisée par Madame Maryse FABRE, de l'apport par EDA du matériel blouses et champs opératoires permettant d'être surs de l'asepsie chirurgicale et de divers produits anesthésiques.

La plupart des interventions gynécologiques de la quinzaine n'auraient sans doute pas eu lieu, dans des conditions correctes de sécurité, sans la présence active d'EDA.

6.2 Le Service de soins post OP :

-L'expérience renouvelée, positive et concluante lors de cette mission, d'un secteur de surveillance post Op immédiate, et à moyen terme, doit être reproduite et ensuite transmise aux personnels de la Maternité, pour la surveillance des césariennes, et plus tard, pourrait être étendue à celui des différents services de chirurgie. Les fiches de surveillance post Op ont été parfaitement remplies et comprises par les IADE et les synthésars de jour comme de nuit.

- Lors d'une prochaine mission, il serait peut-être judicieux de détacher, comme cette fois avec les synthésars, les agents du personnel de la maternité (sages-femmes ou ATS), à raison de 2 jours chacun pour une formation continue dans le service de surveillance post-op afin qu'ensuite ils l'importent en Maternité.

-Améliorer les transmissions qui restent malheureusement trop souvent orales entre les équipes d'infirmiers. Favoriser et encourager les transmissions écrites dans les dossiers de soins, afin de limiter au mieux les oublis, les erreurs néfastes pour les patientes. Cette remarque s'applique parfaitement aussi à la traçabilité du dépistage HIV en pré Op. Aucun résultat n'est noté dans le dossier. La sécurité des opérateurs peut être engagée en cas de piqure accidentelle per opératoire.

- Travailler sur le dossier de soins, voire sur la planification et l'organisation des soins, dans un bureau disponible, dans lequel seraient regroupés les dossiers, le matériel nécessaire et un tableau Veleda.

6.3 L'organisation des bureaux de consultation des médecins :

Les équiper de petit matériel de consultation : spéculum, pince languette, compresses, et éclairage afin d'arrêter de courir pour chercher l'objet manquant !

CONCLUSIONS :

La mission s'est déroulée dans une très bonne ambiance de respect mutuel, de confiance entre tous les membres d'EDA et nos amis guinéens grâce à l'ancienneté des relations établies entre tous les partenaires. Chacun a trouvé ses marques rapidement et à travailler en équipe.

Cette deuxième mission (SB+LB) dans le cadre d'un partenariat avec Gynécologie sans Frontières a été à la fois une mission de substitution et de développement. Ce qui peut s'entendre, les opérateurs guinéens ont parfois préféré m'aider et me voir opérer pour mieux « suivre » les interventions.

Toutes les femmes opérées avaient une pathologie lourde (grosses tumeurs abdomino- pelvienne, cancer) qui on peut le penser n'aurait pas été prise en charge sans la présence de l'équipe d'EDA + GSF. Nous avons au moins rendu service à ces patientes.

Beaucoup de choses restent à améliorer, nous l'avons décrit plus haut, mais nous pensons que l'hôpital de Kankan et plus particulièrement le service de gynéco-obstétrique ont un très bel avenir.

Il faut encourager les médecins et gynécos des villes de KOURROUSSA, MANDIANA, SIGUIRI, KEROUANE qui avaient participé à la formation l'an dernier de revenir la prochaine fois avec leurs patientes avec l'accord du Dr SQUARE, afin qu'ils puissent eux-mêmes participer plus personnellement aux interventions chirurgicales sous la supervision d'EDA /GSF.

Cette proposition devrait permettre de faire de l'hôpital de Kankan l'hôpital de référence régionale de la Haute Guinée et de mettre en valeur le travail de « patron » du Dr SQUARE.

Au total, de nouveau une bien belle mission de compagnonnage et de partage qui demande à être poursuivie selon le souhait de nos amis guinéens. Rendez-vous pris pour novembre 2019. Le partenariat EDA /GSF fonctionne très bien et doit être entretenu. Nous partageons les mêmes valeurs et les mêmes objectifs.

Merci à tous.

Serge BOYER Gynécologue Chirurgien

Laetitia BOYER IDE Post

OP.



ANNEXES :

- 1/ Matériel et médicaments apportés
- 2/ Notes sur l'activité obstétricale.
- 3/ Dossier médical de la mission rempli par SB
- 4/ Conduite à tenir en Post OP
- 5/ Feuille de surveillance post OP
- 6/ Petit Lexique Français –Malinké pour le post OP

ANNEXE N°1

[illegible]

VALISE MEDICAMENTS DONNES PAR GSF POUR LES SUITES DE LA CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

N°

Dr Serge BOYER

SERVICE :

DCI	DESCRIPTION	QTE	PEREMPTION
-----	-------------	-----	------------

TRAMADOL 37,5mg
PARACETAMOL 325mg

20 cp

3b

7/2020

DAFALGAN CODEINE

cp

3b

9/2019

PYOSTACINE 500

cp

2b

9/2021

KLIPAL Paracétamol 600mg
Codéine 50mg

12 cp

2b

12 /2018

TRAMADOL 100 mg

30 cp

1b

4/2021

FLANIL

cp

1b

6/2020

DEBRIDAT100mg

30 cp

1b

1/2019

FURADANTINE

2b

12/2019

AMOXICILLINE 1gr

14 cp

4b

10/2019

ORELOX

2b

8/202012

OFLOXACINE 200mg

10 cp

1b

11/2020

ZECLAR

1b

9/2020

NAPROXEN

cp

1b

6/2020

FLAGYL

14cp

1b

3/2021

ANNEXE N°2

ANNEE 2017/CHIFFRE SOURCE BLOC OP

MOIS	César	César Code Rouge	César Rupture U	Total CESAR	Intervention Gynéco	GEU	TOTAL
1	28	11	7	46	31	14	91
2	30	12	6	48	21	3	72
3	25	12	9	46	33	6	85
4	24	16	7	47	15	5	67
5	29	12	3	44	22	5	71
6	25	12	6	43	17		64
7	40	10	3	53	19	5	77
8	52	0	0	52	20	7	79
9	51	19	0	70	20	4	94
10	41	18	4	63	27	3	93
11							
12							

CESAR CODE ROUGE = Hématome retro placentaire et placenta prævia hémorragique

ANNEE 2017 SOURCE MATERNITE

MOIS	NAISSANCES	CESAR TOTAL	Pourcentage	Mort-nés
1	282	49	17,3	37
2	271	54	18,4	35
3	337	47	14	44
4	349	51	14,6	45
5	354	44	12,4	40
6	340	44	12,9	33
7	339	56	16,5	28
8	360	51	14,1	31
9	384	69	17,9	35
10	440	69	15,6	28
11	368	56	15,21	
12	366	70	19	

**Sur l'année 2017 : 4190 naissances, 660 césariennes soit 15,7 %
356 Mort-Nés sur les 10 premiers mois soit 10%
10 morts maternelles en 2017**

Commentaires : Augmentation considérable des naissances en 2017, pourcentage stable des césariennes

ANNEES 2013/2017 SOURCE MATERNITE

	2013	2014	2015	2016	2017
NAISSANCES	3227	3409	3430	3612	4190
CESARIENNE	522	531	556	572	660
ECLAMPSIE	151	167	111	148	
H.DELIVRANCE	27	51	54	48	
POURCENTAGE N/CESAR	16,2	15,2	16,2	15,8	15,7

ANNEE 2018 SOURCE MATERNITE

	NAISSANCES	CESARIENNE	VENTOUSE	HDD	RUPT UTERINE	MORT MATERNELLE	ECLAMPSIE	MORT NES
JANVIER	342	70	4	4	3	1	13	48
FEVRIER	282	40	12	3	3	1	8	27
MARS	402	72	35	9	3	1	14	43
AVRIL	327	64	23	9	1	1	16	27
MAI	430	80	27	27	8		10	47
JUIN	432	54	42	25	13	0	13	48
JUILLET	349	50	34	13	2	0	11	39
AOUT	381	57	25	15	0	1	8	42
SEPTEMBRE	438	76	16	31	4	1	10	47
OCTOBRE	462	65	28			0		
NOVEMBRE								
DECEMBRE								
TOTAL	3845	628	246			6		341

COMMENTAIRES :

Sur les 10 premiers mois de 2018 le nombre de naissances a encore beaucoup augmenté sur une année pleine il faut attendre 4600.
Le taux de mort nés est stable 9% mais le nombre de « mort nés frais » semble important.
Le taux de césarienne reste stable à 16 %.

Rappelons que la surveillance des grossesses et des accouchements en Guinée sont gratuits depuis 2011 dans les structures de santé, donc les consultations prénatales sont bien suivies. Il y a peu de naissances dans les villages autour de 10%.

De ce fait les femmes viennent volontiers à l'hôpital avant qu'elles aient des complications majeures, pour preuve le nombre relativement faible des césariennes et surtout le nombre de décès maternels par rapport à des structures de santé identiques dans les pays voisins (Mali).

Nous avons émis l'idée, lors du staff de restitution, de la création d'une salle de césariennes indépendante dans les locaux de la maternité afin de diminuer le temps perdu de transfert de la maternité au bloc actuel, d'avoir une salle disponible en permanence, et de ce fait contribuer à la baisse des handicaps néonataux par perte de temps.

ANNEXE N°3

DOSSIER MEDICAL N°

KANKAN

NOM

PRENOM

AGE

NBS ACCOUC
HEMENT

VILLAGE

PROVINCE

POIDS

TAILLE

MARIEE
RSx

DATE: ADMISSION

SORTIE

DUREE
HOSPI

DIAGNOSTIC

HYSTEROCELE
CYSTOCELE
RECTOCELE

IUE

PATHO MAJEURE
ASSOCIEE

AUTRE

INTERVENTION LE/

DUREE

ACTE OPERATOIRE

CHIRURGIEN

SB
SQUARE
KABA
AUTRE

AIDE OP

SB
SQUARE
KABA
AUTRE

ANESTH

SUITES OPERATOIRES

SIMPLES

COMPLICATIONS

CONSEILS POST OP DONNES

RESULTAT ANATOMIQUE:

SATISFAISAN
T

MAUVAIS

RESULTAT FONCTIONNEL:

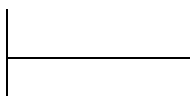
SATISFACTIONS PATIENTES

PATIENTE CONTRE INDIQUEE

MISSION NOVEMBRE 2018

SIGNATURE

SB



ANNEXE N°4

Conduites à tenir EN PRE ET POST OP

Conduites à tenir GSF

Chirurgie gynécologique VOIE BASSE

Chirurgie gynécologique voie haute

Pré-op:

Dossier patient (identification, Cr éventuels, examens)

Bilan pré-op: Bilan sanguin (NFS, GS, HIV) et selon cs anesth

Paramètres vitaux + poids et taille

Consignes: Hygiène : douche soir et matin (si possible).

Alimentation légère le soir.

Laxatif à 20 heures et lavement évacuateur à 5 heures

A jeun à partir de 0 heure

PAS DE RASAGE-PAS DE SONDE A DEMEURE (sauf prescription)

Retour de bloc : J0

Doit être fait au moment où la patiente arrive du bloc, H0, puis toutes les 2 heures, sur fiche prévue à cet effet avec nom de la patiente, date, type d'intervention, nom du chirurgien.

État de conscience

Vérification Voie Veineuse Périphérique (VVP)

Fixer la sonde à demeure NOTER LA DIURESE

Saignements (en principe, mèche vaginale posée au bloc)

Paramètres vitaux : pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température

Installation (propreté, confort), évaluation de la douleur

Consignes à la patiente ET à l'entourage de bien rester à jeun

Post-op

J1 Visite du chirurgien

Contrôle de la fiche de surveillance

Prescription médicale

Ablation de la sonde urinaire et de la mèche vaginale

Continuer l'hydratation par VVP JUSQU'À LA PREMIERE MICTION

Noter la première miction ET L'HEURE DE CELLE-CI

Surveillance des saignements post ablation de mèche

Petite toilette par Infirmière avec solution antiseptique si possible

Dès émission de gaz : -boisson seule, traitement Per-os

Lever

Paramètres vitaux toutes les 4 heures à noter sur fiche de surveillance

J2 Visite du chirurgien

Douche

Réalimentation légère

Mobilisation

Paramètres vitaux toutes les 6 heures à noter sur la fiche de surveillance

Surveillance des saignements

Consignes RAD (retour au domicile)

-Ne pas porter de poids, pas d'effort physique (ménage, travail aux champs...)

-Pas de toilette intra-vaginale

-Pas de rapport sexuel pendant au moins 1 mois

-Surveillance saignements, surveillance de la température, des douleurs

CONSULTER AU MOINDRE SOUCIS

J3 Visite du chirurgien

Douche

Alimentation normale (éviter la constipation +++)

Paramètres vitaux toutes les 8 heures

J4 Visite du chirurgien

idem J3

Paramètres vitaux toutes les 12h

Renouveler les consignes de sortie

J5 Visite du chirurgien

SORTIE

***DONNER UN RENDEZ VOUS DE CONSULTATION DE
CONTRÔLE DANS UN MOIS***

***DONNER SI POSSIBLE UN COMPTE RENDU OPERATOIRE
Donner une fiche de conseils post-opératoires***

***Mission GSF
Kankan, novembre 2018***

Conduites à tenir GSF

Chirurgie gynécologique voie basse

Chirurgie gynécologique VOIE HAUTE

PRE-OPERATOIRE

- Dossier patient : identification, Cr éventuels, examens
- Bilan pré-op: Bilan sanguin (NFS, GS, HIV) et selon : cs anesth, paramètres vitaux , poids et taille cs anesthésie
- Consignes: hygiène : douche soir et matin (si possible)
Alimentation : léger le soir
À jeun à partir de 0h (cf P.M anesth)
*PAS DE RASAGE-PAS DE SONDE A DEMEURE (sauf prescription)

J0 RETOUR DE BLOC

Vérifier Etat de conscience - Voie veineuse – Saignements - Pansement de paroi

Paramètres vitaux : pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température

Fixer la sonde à demeure, NOTER LA DIURESE

Installation (propreté, confort)

Evaluation de la douleur

Consignes à la patiente ET à l'entourage de bien rester A JEUN

Prendre connaissance des prescriptions médicales

Doit être fait au moment où la patiente arrive du bloc, H0, sur fiche prévue à cet effet avec nom de la patiente, date, type d'intervention, nom du chirurgien. Renouveler la surveillance toutes les 2 heures en notant TOUJOURS l'heure

J1 Visite du chirurgien

Contrôle de la fiche de surveillance

Prescription médicale

Continuer l'hydratation par VVP

Surveillance des saignements

Surveillance SAD (risque d'être bouchée, coudée, désadaptée ...)

Petite toilette par Infirmière avec solution antiseptique si possible

Grande toilette au lit, lever

A jeun

Dès émission de gaz : BOISSON SEULE

Paramètres vitaux toutes les 4 heures à noter sur fiche de surveillance

J2 Visite du chirurgien

T.T.B (thé, tisane, bouillon) SI ET SEULEMENT SI il y a eu des gaz

Paramètres vitaux toutes les 6 heures à noter sur la fiche de surveillance

Surveillance des saignements, du pansement de paroi

Surveillance de la diurèse

Surveillance de la SAD qui ne sera ôtée QUE SUR PRESCRIPTION MEDICALE

Si ablation de SAD : NOTER LA 1^e MICTION

Consignes RAD (retour au domicile)

-Ne pas porter de poids, pas d'effort physique

-Pas de toilette intra-vaginale

-Pas de rapport sexuel pendant au moins 1 mois

-Surveillance saignements, Surveillance température et consulter si besoin.

J3 Visite du chirurgien

Reprise alimentation douce T.T.B élargi

-Attention aux risques de constipation

-Limiter les efforts d'émission de selles

Paramètres vitaux toutes les 8 heures

Surveillance des saignements, des mictions, du pansement

J4 Visite du chirurgien

Reprise alimentation douce

Paramètres vitaux

Réfection du pansement

J5 – J6 – J7 Visite du chirurgien

Surveillance des paramètres vitaux

Surveillance du pansement (ôter fils à J7 si plaie ok)

Evaluation de l'état général

Education sortie

***SORTIE AVEC UN RENDEZ VOUS DE CONSULTATION DE
CONTRÔLE UN MOIS PLUS TARD
DONNER UN COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE (SI POSSIBLE)
RENOUVELER LES CONSIGNES DE SÉCURITÉ***

Mission GSF KANKAN, novembre 2018

ANNEXE N°5

FICHE DE SURVEILLANCE POST OP FICHE DE SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE

UTILISATION

La feuille de surveillance est attribuée à chaque patient (e) opéré (e)

Elle doit impérativement comporter :

- Le nom du patient
- La date de l'intervention chirurgicale
- Le nom du chirurgien
- Le type d'intervention réalisée

La feuille de surveillance doit être remplie dès le retour du bloc du patient

- Chaque case doit être remplie, ce qui signifie que l'infirmier est au chevet du patient afin d'évaluer son état.
- L'infirmier indique la date et l'heure à laquelle il effectue la surveillance.
- L'infirmier indique son nom, afin que l'on sache qui s'occupe du patient.

En ce qui concerne la diurèse :

- L'infirmier note le contenu de la poche à urines, à chaque surveillance.
- Il note ce qu'il voit dans la poche, la quantité et l'aspect des urines.
- Dès que la poche à urine est pleine, il la vide.
- Quand la poche est vidée, l'infirmier note sur la feuille la quantité d'urines qu'il a vidées.
- Ainsi, au moment de la surveillance suivante, il notera les urines apparues à nouveau.
- C'est ce que l'on nomme « une diurèse cumulée » qui permet de savoir la quantité d'urines émises par le patient depuis que la sonde a été posée.
- **Il faut noter que cela est très important, à la fois pour la couleur, la concentration, et la quantité qui permet d'évaluer l'état du patient.**

Quand la feuille est entièrement remplie, l'infirmier en prend une autre, afin que la surveillance continue pendant les 4 à 5 jours post-opératoires où le patient est hospitalisé.

La surveillance se fait à

- Jo : jour de l'intervention, toutes les 2 heures**
- J₁ : le lendemain de l'intervention, toutes les 4 heures**
- J₂ : toutes les 6 heures**
- J₃ : toutes les 8 heures**
- J₄ : matin et soir**

Mission G.S.F KANKAN, novembre 2018

[illegible]

ANNEXE N°6

PETIT LEXIQUE FRANÇAIS - MALINKE (phonétique) POUR L'USAGE EN POST OPERATOIRE

Bonjour ISSOMA

Comment ça va ? TANATE ?

Tu as mal où ? MOUI DIMINA ?

Tu as soif ? GUILOYILA ?

Tu as uriné ? IBRA SOU NAKE ?

Tu as fait les gaz ? IBRA FONIOBLA ?

Tu as été à la selle ? IBRA COFE TAKE ?

Tu t'es levée ? IBRI OULI ?

Tu as mal au ventre ? ICONO I DININA ?

Tu n'as pas mal à la tête ? I COUNTI DIMINA ?

Tu as dormi ? ISSOU NORA ?

Tu es fatiguée ? ISSENI ?

A demain AMBE SOMA

A tout à l'heure AMBE COFE

Il faut beaucoup boire GUIMI SIAMAN

FIN

