

Rapport de mission hospitalière en pédiatrie

Centre Hospitalier de Chambéry

Centre hospitalier de Ouahigouya

6 Juin 2007 – 21 Juin 2007

Aurélie OUVRIER-BUFFET Infirmière DE en pédiatrie
Dr Maurice VERCHERAT Pédiatre, Chef de service

En 2005 la première mission pédiatrique s'est déroulée en réponse à la sollicitation du CH Ouahigouya (CHO). Le service de pédiatrie était resté plusieurs semaines sans médecin à la suite du départ de l'ancien responsable. Il s'agissait donc essentiellement d'une mission d'aide.

En Novembre 2006 le Dr Germain DABIRE chef de service de pédiatrie du CHO est venu à Chambéry pour une mission de formation.

Ces deux missions relevaient donc plus d'une prise de contact et de connaissance mutuelle que d'objectifs réellement ciblés.

La mission actuelle comportait quelques pistes de travail (douleur, drépanocytose, organisation, soins aux nouveaux nés, échanges et discussions sur nos différentes pratiques). Voir en annexe le courrier préliminaire à la mission (annexe 1).

I Organisation de la Mission

A) Membres

Mademoiselle **Aurélié OUVRIER-BUFFET** était plus particulièrement chargée du volet infirmier. Les thèmes initiaux comportaient un échange sur la gestion des voies veineuses, sur la prise en charge de la douleur au niveau infirmier(e). Il s'agissait de sa première expérience en Afrique.

Dr VERCHERAT pédiatre, chef de service ayant exercé toutes les facettes de la pédiatrie : Néonatalogie, urgences, pédiatrie générale, consultations. Il s'agissait du troisième séjour à Ouahigouya, donc connaissant l'environnement médical, les ressources techniques et les acteurs locaux : Administrateurs, médecins et la plupart des infirmiers.

Il est rappelé qu'une mission d'hygiène se déroulait parallèlement à la mission pédiatrique. Elle était assurée par Mlle **Annie RODOLFI-RIVA**, puéricultrice et spécialisée en hygiène (rapport séparé).

B) Organisation du travail

La participation en simple spectateur n'est pas très utile en ce sens qu'elle ne permet pas d'appréhender les difficultés dans leur expression quotidienne. La meilleure solution est donc bien de s'immerger directement dans le travail du service en assurant directement une fonction. Cela permet aux acteurs locaux de ne pas nous considérer comme des 'voyeurs' et des 'donneurs de conseils' loin des réalités africaines.

La mission vue par l'infirmière :

J'ai pu pendant ces 15 jours observer et participer aux soins dans les différents postes des infirmiers. En effet dans le service de pédiatrie chaque infirmier a le matin un poste différent.

Ils sont au nombre de quatre et se répartissent entre la consultation, la visite, l'administration des traitements intra-veineux et l'infirmierie. Chaque matin j'ai participé à l'une de ces tâches.

Chaque fin d'après midi je suis également venu rencontrer l'équipe d'après midi, enfin, à une reprise j'ai participé à la prise de 'garde' du début de nuit.

L'après midi et la nuit ils sont par équipe de deux et assurent les soins et les entrées seuls.

Le rôle de l'infirmier est différent au Burkina Faso et en France. L'infirmier a, en plus des soins infirmiers, un rôle médical car il est amené à faire des diagnostics et des prescriptions, en l'absence de médecin, il pratique également des gestes médicaux (Ponction lombaire, drain thoracique, ponction d'ascite...).

J'ai également participé à l'activité du CREN.

La mission vue par le pédiatre :

Le docteur Germain Dabiré a dû participer à des sessions de formations, donc tout naturellement j'ai été amené à le remplacer. Ce d'autant plus que le Dr Dabiré avait également en charge un service de médecine adulte, ma participation a donc permis de le 'soulager' un peu. Je dois également remercier le docteur Michel MOURAD pour son accueil chaleureux et son soutien.

Le matin visite des hospitalisés seul ou avec l'aide l'un des deux assistants de santé, consultation de pédiatrie générale de type 'porte' ou 'urgences pédiatriques'

L'après-midi revue des patients inquiétants, examen clinique des entrées avec l'équipe des infirmier(e) s.

En fin de mission l'ensemble des membres de la mission (Infirmière d'hygiène, infirmière de pédiatrie et pédiatre) ont participé à la réunion de synthèse avec l'administration de l'hôpital, les médecins et des cadres du service de pédiatrie, nous y reviendrons.

Les discussions de l'après midi étaient particulièrement intéressantes car plus libres et surtout plus au calme que le matin. C'est surtout dans ces instants que nous avons pu échanger nos expériences quelles soient médicales ou infirmières.

Ce n'est donc entrant au sein des équipes et du travail qu'il nous fut possible de réaliser finalement une mission de type 'audit'. Ce n'est que grâce à cette proximité dans la réalité qu'il nous est possible de formuler d'une part des critiques mais surtout des propositions de travail ultérieur pour le bien des enfants et le rayonnement du service de pédiatrie du CHO.

II Nos observations

A) Les pathologies

Du fait du retard à l'apparition des pluies nous n'avons pas observé d'arrivée massive de cas de paludisme. La pathologie était de ce fait moindre en quantité, les consultations étaient assez légères par rapport à un mois de Septembre.

Les **malnutritions protéino-énergétiques** n'ont représenté que quelques patients nouveaux en 2 semaines. L'une d'entre elles était liée à une infection **materno-fœtale à VIH**.

Les enfants ne présentaient en fait, bien souvent, que des pathologies 'classiques', diarrhées, difficultés respiratoires aggravées par les conditions locales, chaleur, nutrition etc..

Il nous a été donné de rencontrer 3 enfants porteurs de syndrome oedemato-ascitiques d'origine peu claire dont le diagnostic butait sur l'absence de certains examens complémentaires, habituellement réalisables à Ouahigouya.

A noter un **tétanos** (enfant de huit ans) d'évolution à priori favorable.

Plus inquiétant nous avons rencontré deux enfants porteurs de **tuberculose** sévère, dont l'un sur terrain de VIH. Ces enfants étaient certes isolés, cependant ils étaient autorisés à sortir. Ceci est légitime mais il aurait alors été souhaitable qu'ils portent un masque durant cette sortie. A noter, par ailleurs, que la prise en charge de ces tuberculeux est très satisfaisante que ce soit en terme de diagnostic que de traitement (unité spécialisée).

B) Les observations et propositions « infirmières »

*** Gestion des Cathéters :**

Dans les échanges que j'ai pu avoir avec les infirmiers, il en ressort qu'en ce qui concerne la pose et la gestion des voies veineuses de nombreux éléments entravent leur bonne pose et utilisation.

La première barrière est économique. Le fait que ce soit les familles qui payent les traitements et le matériel (seringues, aiguilles...) rend difficile les soins.

Par exemple un cathéter doit servir autant de fois que cela est nécessaire, une seringue est utilisée à la fois pour prélever du sang et injecter un médicament.

La volonté des infirmiers de respecter les règles d'hygiène et d'utilisation du matériel est entravée. Ils doivent tenir compte des moyens des familles et adaptent leur soin à ceux-ci.

Ils ont conscience des limites de leurs pratiques mais ne peuvent faire autrement par manque de moyens.

Manque de matériel à usage unique gratuit (seringues, cathéters, aiguilles, compresses) pour les familles et de solutions de désinfections.

J'ai soulevé avec eux le problème de l'utilisation des cathéters et notamment de la désinfection du bouchon obturateur avant une injection. Le site d'injection est à l'air libre et traîne le plus souvent dans le lit dans des conditions d'hygiène difficiles.

Nous avons évoqué nos différences de pratique, il en est ressorti qu'il ne leur prendrait pas plus de temps de désinfecter le site d'injection avant l'administration du traitement.

Le major ainsi que son assistant sont d'accord pour rediscuter en équipe de leur pratique et voir comment ils peuvent améliorer celle-ci.

*** Prise en charge de la douleur :**

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur la barrière de la langue est très pesante. En effet les infirmiers viennent de toutes les régions du Burkina et ne parlent donc pas forcément la langue des patients. Ils ont quelques notions de vocabulaire dans chaque langue mais sont limité au vocabulaire médical.

De plus la charge de travail est telle que pour eux la communication passe au second plan.

Ils sont essentiellement dans le soin technique et moins dans le relationnel.

La charge de travail en quantité et en lourdeur des cas est telle que l'aspect technique, c'est-à-dire l'indispensable pour soigner et sauver l'enfant, relègue encore le relationnel au second plan.

De plus c'est certainement un moyen, pour eux, de garder une distance soignant-soigné, en tenant l'affectif à distance.

Mes collègues sont surpris de l'importance que l'on accorde à la communication verbale et non verbale chez l'enfant. Pour nous il est important d'expliquer le soin à l'enfant quelque soit son âge alors qu'ici l'on estime que les bébés ne comprennent pas et par conséquent on ne leur parle pas.

Je leur explique que dans nos pays occidentaux nous considérons qu'il est important d'expliquer le soin à l'enfant et que même les bébés sont sensibles aux intonations des voix rassurantes.

Je leur démontre que le soin ne prend pas plus de temps et qu'ils peuvent parler avec l'enfant en même temps qu'ils effectuent le soin. Les soins sont ainsi moins traumatisants pour les enfants et se passent le plus souvent mieux.

Nous discutons également de la facilité d'utilisation de l'eau sucrée comme antalgique au moment des soins aux nouveaux nés.

Cet échange a été dans l'ensemble positif, certains pensent que ces techniques sont adaptables à leur pratique d'autres sont plus réfractaires et peuvent considérer qu'il ne s'agit que d'un luxe que les conditions locales ne permettent pas.

Ces échanges, à forte connotation culturelle, sont particulièrement riches pour les uns et les autres, à chacun d'adapter ces notions à sa pratique !

* Les soins aux nouveaux nés

Il s'agit d'un chapitre important qui sera développé de façon commune avec le pédiatre.

C) Les difficultés.

Bien entendu nous ne reviendrons pas sur les difficultés économiques des patients, elles sont connues, elles obèrent considérablement la réalisation des bilans et dans une moindre mesure les traitements. Malheureusement cette problématique est hors de notre champ d'action, elle doit cependant bien être prise en compte dans les propositions que nous pourrions faire.

Le service de pédiatrie n'est pas isolé, il s'insère dans le contexte du Centre Hospitalier tout entier. Dans ces conditions il faut distinguer les problèmes du service et les difficultés de l'établissement qui rejaillissent sur le service.

Au niveau de l'établissement :

Certains **examens de laboratoires** sont problématiques soit du fait de difficulté d'approvisionnement en réactifs soit du fait de pannes.

Quelques exemples :

La recherche de la protéinurie était impossible. Un enfant porteur d'un syndrome néphrotique chronique est traité par corticoïdes et Endoxan depuis plusieurs semaines sans aucune possibilité de vérifier l'importance de la protéinurie, donc l'efficacité du traitement.

Les ionogrammes sanguins sont incomplets, manquait la protidémie la réserve alcaline etc alors que des éléments quasi inutiles au clinicien, en routine, sont rendus. (Phosphorémie, magnésémie)

Un enfant malnutri, référé par le centre pédiatrique privé en raison d'une découverte de VIH n'a pas pu recevoir les anti-rétroviraux, durant notre séjour, à cause de l'impossibilité de numérer les CD4.

Ces dysfonctionnements du laboratoire rendent difficile le diagnostic et le traitement des cas difficiles. La solution de ces problèmes ne dépend évidemment pas de la mission pédiatrique mais mérite d'être rappelé pour **renforcer encore**, si possible, la **collaboration entre les laboratoires** de nos deux centres hospitaliers.

La demande d'examens de radiologie est bien sur soigneusement pesée compte tenu du coût pour les familles.

Je relève que certains clichés thoraciques montre une asymétrie de pénétrance entre les champs pulmonaires droit et gauche. Il ne s'agit pas que d'une mauvaise position du patient mais l'on peut se demander s'il n'y a pas un problème de réglage des appareils. La prochaine mission de radiologie à Ouahigouya devrait se pencher sur ce cette difficulté.

Plus ennuyeux était l'absence d'échographiste. Le Dr Ali Ouedraogo formé à Chambéry était en congé, les enfants ascitiques auraient du bénéficier d'un tel examen ce qui était impossible. En cas de nécessité absolu il nous a été signalé que l'échographie pouvait être obtenus dans le centre privé du Dr Zala. Cela est dommage et l'on peut se demander si la **formation d'un second échographiste** ne serait pas intéressante pour le CHO ?

Au niveau du service :

Indiscutablement la plus grande difficulté réside dans la prise en charge des nouveau-nés (0 à 28 jours). La prise en charge doit être, selon nous, repensée. Il s'agit là de notre proposition la plus importante et j'y consacrerai une place particulière.

Il y a deux ans j'avais insisté sur l'importance des « staffs » réunissant l'équipe. Ces « staffs » peuvent être **organisationnels** pour faire remonter les difficultés ponctuelles dans le service en permettant une communication fluide. Ceux-ci ne doivent pas être trop nombreux, au grand maximum une fois par mois, de grâce pas de 'réunionnite'.

Les « staffs » médicaux (médecins, assistants de santé, infirmier(e)s) doivent être par contre réguliers, au minimum une fois par semaine. Cet échange entre 'techniciens' est un incomparable mode de formation et la meilleure façon de résoudre les cas difficiles. J'ai eu le plaisir de noter que ces « staffs » étaient opérationnels chaque Jeudi matin. Il est important que chacun y participe au mieux, ils doivent être considérés comme une activité clinique à part entière. L'expérience de nos services montre que ces réunions peuvent avoir tendance à s'essouffler, il est de la responsabilité des médecins et des cadres de maintenir et vivifier ces échanges autour de cas difficiles.

Le nombre d'étudiants présents au cours de la visite n'est pas sans entraîner des difficultés. Il est évident que la formation des jeunes est primordiale et que le chevet du malade est un lieu privilégié. Inversement le nombre important des étudiants peut être une gêne technique pour l'examen du malade et la réflexion diagnostique. Un jeune patient très mal en point présentait une anomalie fine des bruits du cœur, je ne l'ai perçue qu'au cours de l'après-midi en l'auscultant seul au calme. Le lendemain matin, au milieu du discret brouhaha j'étais à nouveau incapable d'entendre l'anomalie cardiaque. Peut-être pourrions-nous scinder les étudiants en deux groupes ?

Toujours au niveau du service la place des **assistant spécialiste** n'est pas parfaitement lisible, pris entre le marteau médical et l'enclume infirmière ! Ne faudrait-il pas définir plus correctement les prérogatives des uns et des autres ? Ceci n'est qu'une question.

Les points forts

Au niveau de la pédiatrie ou au niveau des services médico-techniques il faut relever le désir d'apprendre, de se perfectionner de la grande majorité des personnels, cela doit être porté à leur crédit.

Pour la pédiatrie, l'équipe paraît soudée passionnée par son travail. Combien de fois avons-nous vu des agents non en service présents en dehors de leurs heures normales. Ceci est impensable chez nous !

En ce qui concerne le projet 'néonatal' cela serait réellement un plus pour l'hôpital qui obtiendrait, de ce fait, un monopole sur les soins de ces enfants.

III Nos Propositions

Nous ne reviendrons pas sur les propositions formulées ci-dessus telles que la gestion des voies veineuses et la prise en charge de la douleur au cours des actes.

Par contre le pédiatre et l'infirmière sont d'accords sur l'importance d'offrir une spécificité de soins aux nouveau-nés.

L'individualisation d'un service de 'nouveau-nés' (projet 'néonate') nous paraît donc prioritaire.

Il nous paraît impensable qu'un CH tel que celui de Ouahigouya, tête de secteur, ne se munisse pas d'un tel outil.

Les acteurs locaux sont très favorables à cette suggestion. Le Dr Dabiré et le Dr Michel Mourad ont d'ailleurs déjà travaillé la question. Les personnels paraissent très intéressés. Monsieur Palm, directeur général, a reçu très positivement cette proposition. Voyons maintenant comment envisager l'insertion de cette unité au sein de la pédiatrie.

IV L'Unité de Néonatalogie

Le CHO est dans une dynamique de modernisation complète avec le projet du futur hôpital. Dans ce projet il est bien entendu que l'unité de néonatalogie (UN) va de soi. Les acteurs locaux, médecins, soignants, administratifs devront être les acteurs de la conception architecturale et fonctionnelle. Seul les exemples locaux (CHU du pays) pourront être pris comme modèles tant les conditions, la pathologie, les ressources diverses, etc, rendent inopérants nos modèles occidentaux.

Cette perspective n'est malheureusement pas très proche, si je me réfère à notre propre projet, 12 ans entre les premières ébauches et l'ouverture du centre mère-enfant. Peut être que les délais africains sont plus courts, mais en tout état de cause il est probable que plusieurs années s'écouleront avant l'ouverture du futur hôpital.

Il pourrait donc être proposé une solution d'attente peu coûteuse mais efficace, les matériels investis continueraient à être utilisés dans la structure neuve.

Nous allons maintenant décrire l'UN (Unité de Néonatalogie) « relais » proposée.

A - Architecture

Idéalement, en cas de nouvelle construction, celle-ci devrait être à proximité de la maternité. Si le futur hôpital doit démarrer bientôt il doit être envisager le **redéploiement** de locaux actuels. Si ce redéploiement se fait à partir du service de pédiatrie pourquoi ne pas utiliser le bâtiment d'isolement ?

En locaux il faudrait envisager :

- Un sas d'entrée pour l'habillement, le lavage des mains, l'accueil des parents.
- Une grande salle (climatisée) pour avoir tous les enfants en vision, une paillasse de soins et de préparation des soins est à prévoir dans cette salle. Dans l'optique 'pavillon d'isolement' le regroupement de plusieurs chambres actuelles ferait l'affaire.
- Une salle pour les 'pré sortants' avec présence des mères.
- Une salle technique pour le stockage du matériel, la stérilisation etc.
- Un bureau « médical » ou partagé entre médecins et major.
- Idéalement une structure ? (chambre(s)) pour les mères.

Cette structure serait finalement assez proche de celle que j'ai fréquentée puis dirigée dans les années 1980. Elle autorise des prises en charge très évoluées pouvant aller jusqu'à la ventilation assistée.

B - Matériel

Gros matériels (à réutiliser dans le nouvel hôpital).

Une **couveuse classique** fermée et une **couveuse dite ouverte** pour le réchauffage simple ou la prise en charge de nouveaux nés supérieurs à 1500 grammes, la couveuse fermée étant réservée au plus petits en détresse.

Un appareil à photothérapie.

3 ou 4 poussettes électriques, indispensables pour la perfusion des bébés.

Une aspiration mécanique sur le secteur.

Plusieurs obus à O₂ (2 à 3)

Un ou 2 saturomètres transcutanés, à capteur réutilisable (serviront également pour le monitoring cardio-respiratoire).

Petits matériels

Cathéters ombilicaux, intranules, lunettes à suroxygénation, sondes nasaux gastriques, lecteur de glycémie et bandelettes réactives, etc ...

C - Personnels

De 1975 à 1991 j'ai expérimenté le fonctionnement d'une structure collaborative étroite entre nos 2 services de pédiatrie et le service de néonatalogie, dont je m'occupais. Il me paraît **INDISPENSABLE** que les médecins et le personnels **DEMEURENT** au sein d'une **MEME STRUCTURE à DIRECTION UNIQUE**. J'insiste lourdement car une séparation des services entraînera inmanquablement du dysfonctionnement dans les 2 services.

Pour les médecins un poste de plus serait le bienvenu. Les médecins pourraient ensuite 'tourner' entre la pédiatrie et l'UN. Ceci afin de rester opérationnel dans toute la pédiatrie et de répartir les tâches.

Pour les infirmiers, ils **DEVRONT ÊTRES DEDIES**, c'est-à-dire être spécifiques à la néonatalogie, sur **une amplitude de travail**. Il est à prévoir 3 à 4 postes. Là aussi une rotation doit être envisagée à raison de 1 sur 3, par exemple, tous les mois, toujours dans un souci de polyvalence.

Le major devrait, à mon sens, être unique pour le département de pédiatrie (pédiatrie + U.N.), ceci afin d'éviter les conflits entre les équipes. Il est logique, en cas de surcharge de la pédiatrie et de calme en néonatalogie, par exemple, de redéployer sans heurts les personnels.

Il est entendu que dans une plage horaire les infirmiers d'une unité n'iront pas dans l'autre, ceci est le fondement même de l'individualisation de l'U.N. dont l'un des buts le plus important est la prévention des infections nosocomiales.

Il serait bon d'envisager une formation infirmière en CHU, les éléments formés transmettant ensuite leur propre formation aux autres membres de l'équipe.

Voici donc à larges traits l'ébauche d'une unité autonome de néonatalogie au sein d'un département de pédiatrie. Cette ébauche est bien entendue à affiner.

Cette proposition sera faite au comité de jumelage hospitalier et nous espérons fermement qu'il sera soutenu par les décisionnaires chambériens. Il ne nous paraît pas imaginable que les enfants et surtout les plus fragiles ne puissent être mieux pris en charge. Par ailleurs le CHO assurerait une mission indispensable pour un établissement tête de secteur, enfin cette activité le positionnerait sur un terrain non investi par la structure privée.

Annexe 1 Courrier et propositions Avril – Mai 2007

« Monsieur le directeur,

Lors du dernier conseil de coopération Chambéry-Ouahigouya il a été évoqué la possibilité d'une mission "Nord-Sud" en pédiatrie pour faire pendant à la mission du Dr Germain Dabiré (que j'avais reçu dans mon service en Novembre dernier).

En ce qui me concerne je suis bien entendu d'accord pour cette mission. Pour plus d'efficacité je pense que cette mission doit être ciblée.

Bien entendu les objectifs de la mission doivent être décidés par les acteurs locaux du CHO, direction et équipe de pédiatrie. Pour ma part, à simple titre de suggestion et à la lumière de ma première mission en 2005, je proposerais divers thèmes.

- La douleur chez l'enfant
- Discussion de la mise en place d'un protocole 'Hydréa' dans la prise en charge des drépanocytoses sévères.
- Discussion de l'essai de l'utilisation de la C.R.P dans les infections pédiatriques (ce qui impliquerait une participation du laboratoire).
- Gestion des voies veineuses, dans une optique de lutte contre les infections nosocomiales (volet infirmier).
- Que peut-on proposer en matière de soins aux nouveaux nés ? (Pédiatrie et Maternité).
 - . Premiers soins en salle d'accouchement
 - . Prise en charge des infections materno-foetales.
 - . Lutte contre l'hypoglycémie.

Il s'agit simplement de pistes et, je le répète, c'est vous qui déciderez du contenu de la mission. Je vous laisse donc contacter le Dr Germain Dabiré et son équipe, car je ne l'ai pas contacté directement. Je vous laisse également le soin de transmettre mes amitiés à l'équipe que nous avons accueillie en Novembre (Sage femme, Mr Ousmane Bamba et Germain Dabiré).

Je vous prie, Madame Monsieur le directeur, de bien vouloir accepter mes salutations cordiales.

Dr Vercherat

Chef de service de pédiatrie (CH Chambéry).

PS : En 2005 votre équipe avait proposée la mise en place d'un système de gestion simplifiée de l'épidémiologie pédiatrique au CH de Ouahigouya. Ce projet, que j'avais défendu dans mon rapport, n'avait finalement pas été retenu par les instances. (Ci joint un exemplaire du rapport 2005). Enfin, comme le temps "passe vite" il faudrait que nous puissions finaliser les objectifs dans les semaines à venir. »

Volet médical

Ce projet reprend une partie des propositions de mon rapport de 2005 notamment en ce qui concerne la douleur, la drépanocytose et la gestion des voies veineuses par les infirmier(e)s.

En ce qui concerne les nouveaux nés il faut être très modeste compte tenu de l'absence de moyens (pas de dextro, 'couveuses' sans électricité, presque pas de labo, radio aléatoire). Donc je ne propose qu'une intervention ultra-basique sur des soins de quasi « secourisme » du nouveau-né. Un 'programme de nutrition' au sens occidental est totalement impensable là-bas. On rappelle que l'alimentation maternelle NE DOIT PAS être arrêtée, c'est un arrêt de mort pour le bébé. Les laits mêmes basiques sont inaccessibles à la population.

La nutrition par sonde naso-gastrique, utilisée essentiellement chez les plus grands en MPE (**M**alnutrition **P**rotéino **E**nergétique) est bien maîtrisée par l'équipe du CHO. Simplement parfois freinée par le manque de sondes !

Pour le nouveau-né cette méthode me paraît être à limiter au maximum.

Par ailleurs les points les plus importants de la mission sont, à mon sens, la gestion de la douleur, l'utilisation raisonnée des antibiotiques dans la pratique pédiatrique. J'envisage également un module de gestions des infections pour les enfants sous anti rétro viraux.

Mais bien entendu nous nous alignerons sur les demandes qui émergeront du CH Ouahigouya.

Volet Infirmier

Participation au module douleur dans le cadre de la pratique des gestes infirmiers, il s'agit là d'un champ qui me paraît primordial.

Gestion des voies veineuses périphériques, qui, j'en suis persuadé, sont pourvoyeuses d'un grand nombre d'infections nosocomiales surtout dans un contexte de MPE.

Equipe proposée au comité

Dr Vercherat

Pédiatrie générale.

Compétent en néonatalogie (ancien responsable du service de néonatalogie, gardes niveau 3 à Chambéry).

Mission à ouahigouya en 2005.

Séjour personnel en remplacement en 2006 (autofinancé)

Mission chikungunya à Mayotte en 2006.

Bonne connaissance du terrain.

Un peu de connaissance 'des gens' (hébergement d'un jeune diabétique peuhl durant 2 mois à Chambéry en 2006.

Mademoiselle Aurélie OUVRIER-BUFFET est une jeune infirmière du B4, extrêmement motivée, elle s'occupe actuellement des petits et de nourrissons de moins de 5 ans.

Voici donc la proposition qui est faite au comité pour la prochaine mission pédiatrique. Il convient que la réponse du comité soit assez rapide afin de commencer les formalités (passeport, changement de planning, vaccins). Je suis prête à en discuter de vive voix.

Dr Maurice Vercherat