Association ADIKINÉ
259 rue Vendôme 69003 LYON – France
adikine@hotmail.fr / +33 (0)6 29 90 66 00
www.adikine.org

RAPPORT DE MISSION AU CAMEROUN
du 26/10/2019 au 15/11/2019
Vanessa SIVIGNON, kinésithérapeute

OBJECTIFS DE CETTE MISSION

Après plus de 4 ans sans mission au Cameroun et sans autre activité d'Adikiné, je suis retournée au Cameroun pour une mission de 3 semaines afin de faire le point avec nos différents partenaires, dans l'objectif de relancer l'association avec de nouvelles missions régulières.

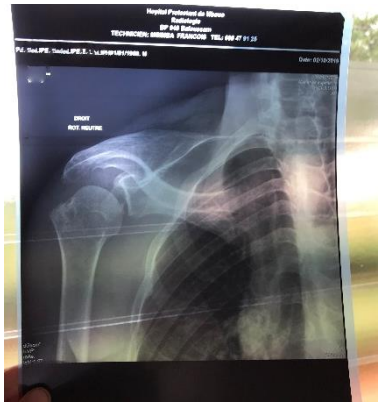
I- HOPITAL DE MBOUO-BANDJOUN :

1. Evolution de l'hôpital depuis ma dernière mission en 2015 :

- Premier constat dès mon 1er jour avec Jean-Marie le chauffeur de l'hôpital qui est venu me chercher à Yaoundé dans la nouvelle ambulance, acquise il y a 2 ans par l'hôpital.

- Et deuxième constat sur place à mon arrivée à l'hôpital de Mbouo : énorme révolution au service de radiologie ! Finies les radios illisibles car quasi transparentes ! L'hôpital a maintenant un appareil de radiologie numérique, et a recruté deux jeunes manipulateurs radio. La qualité des clichés est excellente, ce qui est forcément bénéfique pour les diagnostics et les suivis de consolidations de fracture, et va nous guider positivement pour la rééducation.

Ambulance de l'hôpital de Mbouo



Radio réalisée à l'hôpital de Mbouo

- A mon deuxième jour de travail à l'hôpital, une réunion est organisée par le médecin-chef Dr Lazare KUATE avec tous les médecins et majors des différents services, pour une présentation des nouvelles têtes et des nouvelles affectations.

Au niveau de la direction, le Dr Lazare KUATE est donc toujours le directeur, Rollin toujours surveillant général, et il y a un nouveau gestionnaire depuis 2 ans : Isidore TIENTCHEU. Madame KAMDEM la secrétaire du médecin-chef est toujours là.

Au niveau médical, il y a donc toujours le médecin-chef Dr Lazare KUATE qui est polyvalent, le Dr Hubert TCHAMOU gynécologue, et le Dr Honorée NGUEMO chirurgien-dentiste.
Il y a également deux jeunes médecins généralistes non titularisés : Dr Alex MENDOMO et Dr Prisca LELE.
Au bloc opératoire, Gabriel TAMKO (alias Gaby) est major du service et assure les opérations en traumatologie, gynécologie et digestif, épaulé par Josué qui est maintenant retraité mais assure des vacations.

- L'hôpital bénéficie toujours de plusieurs partenariats : en particulier l'association franco-camerounaise Biagne (Saint-Etienne) qui organise toujours des missions et envoie des containers de matériel ; et également un partenariat avec l'hôpital universitaire de la Charité en Allemagne (Berlin) qui envoie régulièrement des volontaires à Mbouo ainsi que du matériel. La radiologie et le bloc opératoire ont notamment été équipés grâce à ces partenaires.

- Entretien de l'hôpital : Un ravalement des façades (peinture) était en cours lors de mon séjour. Et j'ai noté une amélioration de la propreté globale des extérieurs de l'hôpital, avec notamment des poubelles disposées autour de chaque bâtiment.

- Un projet de crèche pour les enfants du personnel a été envisagé, mais pas encore lancé. Ce serait une grande avancée pour l'hôpital et d'une grande utilité pour les employés jeunes parents.
Si le projet se concrétise, je pense qu'Adikiné pourra aider l'hôpital grâce à des dons de matériel et de l'encadrement par le biais des auxiliaires de puériculture de l'association.

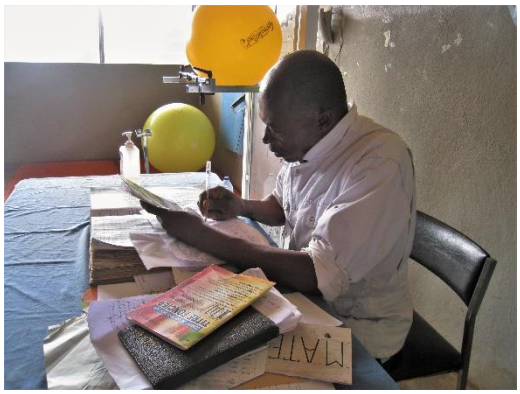
2. Service de kinésithérapie – rééducation fonctionnelle :

❖ Constats à mon arrivée :

- **Organisation :**

Depuis décembre 2017, Félicité ne travaille plus au service de kinésithérapie puisqu'elle a été nommée Major en maternité. C'est donc Jacques qui est Major du service de rééducation, épaulé par Elodie qui vient en renfort si besoin ou en l'absence de Jacques.
Le service est ouvert de 8h à 15h du lundi au vendredi.
Jacques s'occupe des patients internes et externes à l'hôpital : les nouveaux patients externes arrivant de la consultation sont reçus directement pour leur première séance de kiné. Puis Jacques leur redonne des rendez-vous d'une semaine sur l'autre (rendez-vous donnés au jour, pas d'heure précise car les patients ne les respectent pas). Les patients hospitalisés dans les services sont vus dès que Jacques a un moment creux au service de rééducation.
A noter que Jacques n'a plus d'agenda depuis plus de 3 ans, malgré ses demandes au gestionnaire. Il note donc le nom des patients et date des prochaines séances sur un cahier simple (acheté avec ses deniers personnels), ce qui n'est pas pratique du tout !
La durée des séances est variable, entre 45min et plus d'1h. Le temps d'attente est variable également, mais les patients sont très patients… !

Le bâtiment de rééducation fonctionnelle, réanimation et chirurgie

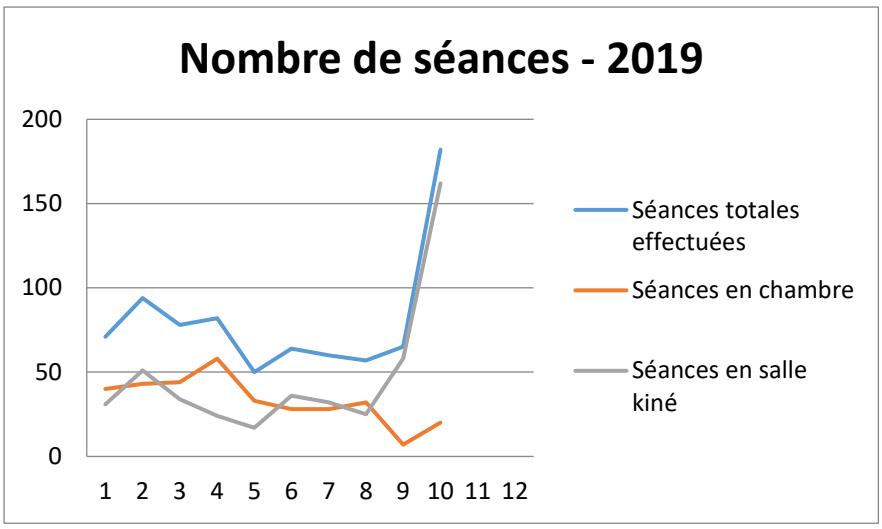


Jacques Kuate, Major du service de kiné

- **Statistiques :** ***(voir annexes)***

Les statistiques sont toujours bien tenues dans le registre. En revanche, les statistiques par indication (traumato, neuro etc) ne sont plus faites, c'est dommage.

En 2017, 56 séances/mois en moyenne.
En 2018, 64 séances/mois en moyenne.
En 2019, la moyenne était de 70 séances/mois jusqu'en septembre, puis un pic en octobre à 182 séances qui s'explique par la présence d'un médecin allemand - le Dr HANS -, qui a prescrit énormément de kinésithérapie (il a adressé à lui tout seul 34 patients sur les 57 du mois !).



→ Ce pic d'octobre démontre que le potentiel de patients avec une indication de kinésithérapie est bien présent, il suffit que les médecins en prescrivent ! Ce manque de prescription est-il dû à un manque d'information des médecins quant aux indications de la rééducation, ou à un manque de confiance en la kinésithérapie ?
Il faudra observer les statistiques des prochains mois pour voir si après le départ du Dr Hans la dynamique s'est poursuivie pour en tirer des conclusions.

D'autre part, pour gérer un afflux de patients tel qu'en octobre, il faudrait 2 kinés à temps plein dans le service. Il faut féliciter Jacques qui a énormément travaillé en dehors de ses horaires classiques durant tour le mois d'octobre (accueil de patients dès 7h au lieu de 8h, fin à 16h ou 17h au lieu de 15h) pour recevoir un maximum de patients. Mais si la dynamique se poursuit, il ne pourra pas gérer cela seul sur le long terme.
Jacques fait également l'effort de recevoir les nouveaux patients qui arrivent au service vers l'heure de fermeture (ce que ne faisaient pas Félicité et Elodie, et ces patients ne revenaient jamais) ; il faut encore souligner sa motivation à développer son service.

- **<u>Installations et matériel</u>** :

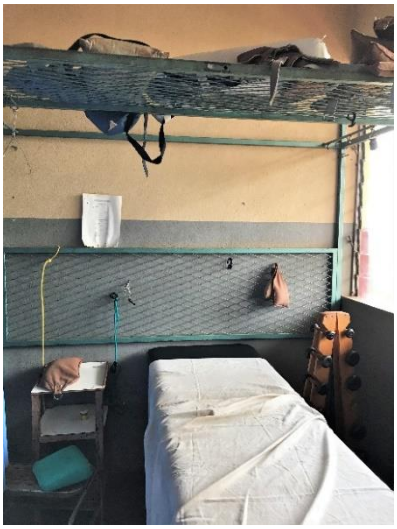
La salle principale du service se compose de 3 box séparés par des cages de poulie et des rideaux. Chaque box comporte une table de massage et un guéridon. La table du milieu est électrique réglable en hauteur, mais ne fonctionne pas ; les 2 autres tables sont fixes, l'une très haute (1er box), l'autre très basse et avec le revêtement abîmé (box du fond).

Le coin gym avec les 4 tapis est en bon état et propre. Il n'y a plus qu'un ballon de Klein de diamètre 75cm, celui de 65 cm a rendu l'âme.
Le plan Bobath électrique est en bon état et fonctionne, mais est visiblement très peu utilisé.
L'ergocycle est hors service depuis plusieurs mois (mais toujours dans la salle) malgré plusieurs tentatives de réparation.
L'arthromoteur (Kinetec) n'est jamais utilisé et prend la poussière, mais il fonctionne.

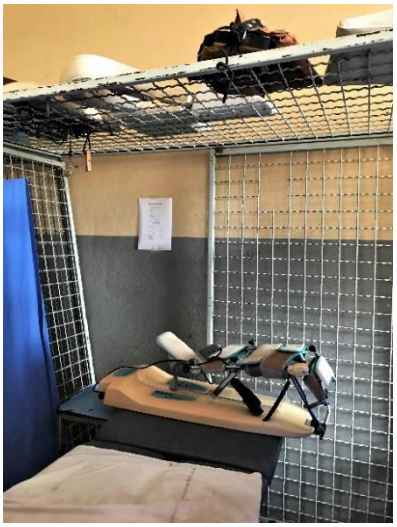
Il y a un énorme appareil d'orthopédie qui n'a aucune utilité en kinésithérapie et prend beaucoup de place dans la pièce. Les 2 balances sont toujours en état de marche.
Les draps d'examen sont stockés dans l'armoire, mais les draps sales et propres y sont souvent mélangés. De plus, même lavés il reste des tâches d'huile de massage, ce qui ne fait pas propre.

La pièce principale du service de rééducation

Le coin gym (et l'appareil d'orthopédie inutile)



Le 1er box de soins



Le box du milieu et le Kinetec

La deuxième pièce abrite le lavabo et sert de réserve et de vestiaire.
Elle est fermée à clé car les kinés y laissent leurs affaires personnelles ; mais la clé est souvent laissée sur le bureau de la salle principale qui reste ouverte quand Jacques est en soins dans un autre service…

La paillasse est très encombrée (cartons, attelles, papiers etc), et il y a également beaucoup de cartons au sol.
L'armoire de rangement n'est pas totalement utilisable car seule 1 tablette sur 4 tient encore ; le matériel (coussins, attelles) est donc empilé au-dessus.

Le négatoscope est inutilisable (depuis toujours !) car le fil d'alimentation est à l'opposé de la prise électrique et trop court. Après essai avec une rallonge électrique, il s'avère qu'il ne fonctionne pas, l'ampoule doit être grillée.
Le stock de béquilles et déambulateurs est dans un coin : beaucoup d'embouts à remplacer.
Il n'y a plus de fauteuil roulant (il a été récupéré par un autre service selon Jacques).

❖ Actions pendant ma mission :

- **Don de matériel :**

J'avais amené dans mes valises du petit matériel de rééducation pour le service de kiné : élastiques type Pilates, Elastiband, training band, ballon de Pilates.
Ainsi que quelques consommables : huiles de massage, gel hydroalcoolique, gants, stylos.

- **Prise en charge de patients avec Jacques :**

Entre l'afflux de patients adressés par le Dr Hans au mois d'octobre qui poursuivaient leurs soins, et le fait que les médecins prescrivent plus de rééducation quand je suis sur place, nous avons eu beaucoup de patients à traiter avec Jacques.
Les 3 domaines d'action les plus importants au service de kiné sont la rhumatologie, la traumatologie et la neurologie.

- **Rhumatologie** :

La **lombalgie chronique** est une des activités majeures du service. Avec principalement des femmes de plus de 50 ans en surpoids avec de l'arthrose.
Ces patientes sont surtout demandeuses de techniques passives et de massages ; ce que Jacques exécute car sinon, selon lui, elles ne reviendraient pas.
Il faudrait développer une rééducation plus active, comme le préconisent les données actuelles de la science. Mais cela va être difficile car il va falloir changer les mentalités et les habitudes, et en premier lieu auprès des médecins, qui dans les cas de rachialgies dégénératives prescrivent souvent des anti-inflammatoires en première intention, puis éventuellement de la kinésithérapie en cas d'échec. Il faudrait inverser la tendance, en éduquant les médecins prescripteurs aux recommandations scientifiques qui préconisent les techniques actives. Si les médecins tiennent ce discours aux patients, il sera plus facile de les motiver.
D'autre part, la plupart des patientes lombalgiques que nous recevons sont en surpoids voire en obésité, et seuls quelques médecins avaient abordé ce sujet avec elles. Il y a donc un travail à faire sur ce point, pour inciter à la perte de poids. L'intervention d'une personne formée en diététique serait intéressante.

Nous traitons aussi des **arthroses** diverses : genoux, hanches, épaules. Là aussi, la prise en charge est très passive, il faudrait amener les patients à faire des exercices actifs, lors des séances mais aussi chez eux. J'ai montré de nombreux exercices à Jacques, notamment avec les élastiques. Il est demandeur d'idées d'exercices → Nous pourrions lui envoyer des photos et vidéos d'exercices régulièrement.

Nous avons également reçu plusieurs membres du personnel administratif de l'hôpital pour des **Troubles Musculo-squelettiques** (TMS) : cervicalgies, épicondylites, tendinopathies d'épaule. → Il serait intéressant de faire de la prévention dans ce service : adaptation des postes de travail, auto-étirements préventifs, activité physique. A mettre en place par le service kiné.

Patiente lombalgique

Arthrose des membres inférieurs

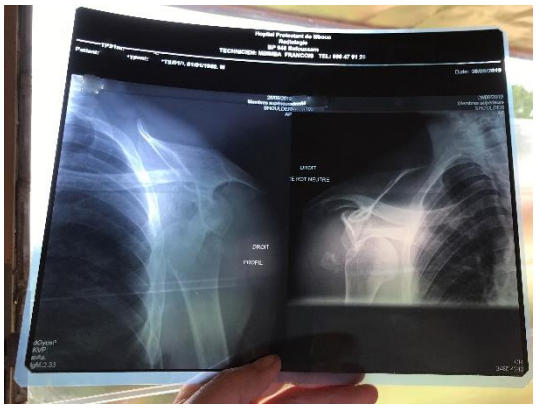
- **<u>Traumatologie</u>** : Avec le développement du bloc opératoire, la traumatologie a beaucoup progressé par conséquent. Mais, même si nous avons reçu beaucoup de patients traumatisés, la prescription de kinésithérapie n'est pas encore systématique, ou alors trop tardive après l'intervention, une fois les séquelles déjà bien installées.

Nous avons fait un tour avec Jacques dans le service de traumatologie avec la Major, et avons constaté que le personnel de ce service n'est pas réellement au courant des indications de la kinésithérapie. Il faudrait que Jacques soit intégré au tour quotidien du service avec le médecin-chef et la Major, afin de repérer les cas nécessitant de la rééducation (immédiate ou différée), donner les conseils aux patients et faire connaître la kinésithérapie.
Il faudrait mettre en place des protocoles en fonction du type de traitement chirurgical ou orthopédique. Avec des fiches synthétiques pour le personnel du service de traumato, qui est ouvert et demandeur d'informations sur la kinésithérapie.

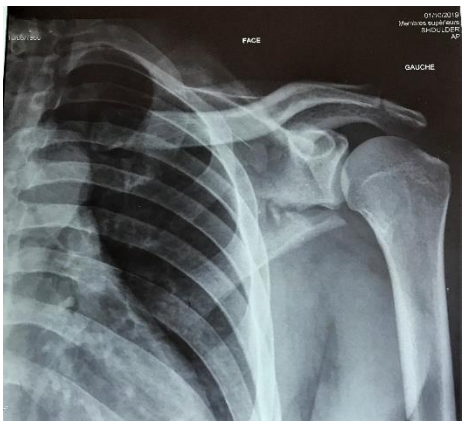
Pour les patients plâtrés, mettre en place une séance de kinésithérapie systématique après l'ablation du plâtre : prévenir le patient dès le début que lorsqu'il reviendra pour l'ablation du plâtre il devra aller directement au service de rééducation pour faire un bilan, afin de déterminer s'il aura besoin de séances de kinésithérapie, ou simplement de conseils et exercices à faire chez lui.

Pour les patients opérés, il faudrait que les kinés aient accès aux comptes-rendus opératoires ainsi qu'aux consignes claires du chirurgien (autorisation d'appui, de mobilisation etc), car souvent il faut fouiller dans le carnet du patient pour trouver des indices… Et Jacques n'a pas suffisamment d'expérience pour adopter de lui-même des consignes en fonction du type de fracture, du type de traitement et du délai.

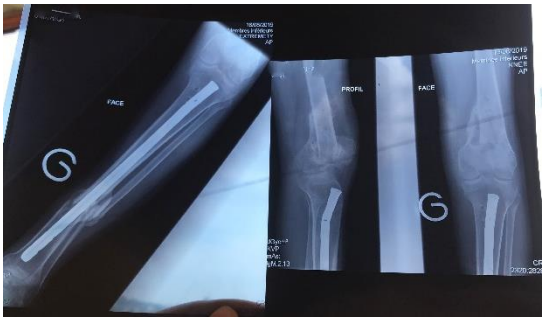
Quelques cas cliniques traumato :



Luxation d'épaule : Le patient est venu consulter à l'hôpital 5 jours plus tard, radio puis réduction de la luxation. Il présentait une paralysie axillaire complète.



Patient bûcheron avec plusieurs fractures de l'épaule suite à une chute. La radio est impressionnante, mais cliniquement le patient allait plutôt bien !



Patient de 28 ans, plusieurs AVP moto : fracture jambe Gauche il y a 2 ans (radio de gauche), traitée par plâtre à Douala, pas de rééducation → paralysie des releveurs, pied en équin, orteils en griffe.

Puis fractures articulaires genou Gauche (radio du milieu), traitées par broches + enclouage tibial + fixateur externe → Pas de rééducation immédiate, il arrive en rééducation 3 mois après l'ablation du matériel (il reste le clou tibial, cf radio de droite), avec 5 degrés de flexion de genou, un quadriceps sidéré et très amyotrophié, des adhérences massives…

La rééducation va être très difficile... En France, un tel cas serait repassé au bloc opératoire pour une mobilisation sous AG, voire une arthrolyse. Ce patient aurait dû nous être adressé dès l'ablation du matériel pour être mobilisé au plus tôt. Il va vraiment falloir revoir les protocoles de rééducation avec les prescripteurs pour éviter ce genre de situations.

Collègue infirmière ayant subi un AVP (moto taxi) : fracture plurifragmentaire du fémur, traitée par fixateur externe en juin 2018, puis plaque vissée en avril 2019 car pseudarthose.
Elle est suivie en rééducation par Jacques depuis plusieurs mois et récupère bien, même s'il y a encore beaucoup de travail, mais elle partait de loin (0 flexion au début de la rééducation, 80° environ actuellement !).
Elle a de grosses adhérences cicatricielles supra-rotuliennes, qui jouent un rôle important dans sa limitation de flexion. Il serait intéressant d'avoir des ventouses pour mieux décoller les adhérences, d'autant que nous avons de nombreux patients avec le même type de cicatrices très étendues et adhérentes.

Patient avec fracture du plateau tibial opérée 2 fois. Malgré la complexité de son cas (fracture articulaire, plusieurs interventions, mauvaise rééducation préalable, 30° de flexion) et ne prise en charge qui promet d'être longue, toutes les conditions sont réunies pour une récupération favorable : il nous a été adressé suffisamment tôt après son intervention, respecte les consignes et est très assidu à ses séances (3 par semaine) et à ses exercices à domicile.
Il nous a permis de ressortir le Kinetec, qui prenait la poussière car inutilisé, mais qui marche encore !

Fracture du col fémoral chez un patient octogénaire, mis sous traction au service de traumatologie (en France, il aurait bénéficié d'une prothèse de hanche)

- **Neurologie** : Nous voyons principalement des hémiplégiques, les AVC étant toujours aussi fréquents ici avec l'hypertension et le diabète souvent non traités ou mal équilibrés.
En général nous voyons ces patients initialement pendant leur hospitalisation dans les services de médecine (médecine A, médecine B et TM), puis ils reviennent en consultation externe une fois rentrés chez eux.

Dans les services nous sommes limités par le matériel : les lits sont contre les murs, bas, tabourets au ras du sol, pas de mains courantes… Il nous faudrait plus de déambulateurs fixes pour les exercices debout, et nous pourrions les laisser dans la chambre du patient pour que les garde-malades prennent le relais entre les séances. Nous impliquons toujours les garde-malades qui stimulent les patients entre les séances, veillent aux bonnes positions etc ; ils sont des alliés de taille dans ce type de rééducations.
Pour les patients externes qui viennent au service de kinésithérapie, c'est plus facile car nous avons du matériel, ainsi qu'un plan Bobath électrique (qui mériterait d'être plus utilisé).
La rééducation fonctionnelle se fait un maximum à l'extérieur : espalier, escaliers, parcours de marche. Des barres parallèles seraient très utiles (nous pourrions les installer à l'extérieur du bâtiment, du côté de l'espalier), ainsi qu'une main courante le long du mur extérieur au service.

Beaucoup de ces patients sont également aphasiques, il serait intéressant de recruter des orthophonistes au sein d'Adikiné.

Nous avons eu le cas d'une patiente hémiplégique qui était hospitalisée uniquement pour les soins de kinésithérapie, car habitant trop loin de Mbouo, il était plus simple et moins coûteux (trajets en taxi) d'être hospitalisée plutôt que de venir en consultation externe.
Elle ne nécessitait pas de soins infirmiers, elle bénéficiait uniquement d'une séance quotidienne de rééducation (d'environ 1h), ainsi que de stimulations régulières de ses gardes-malade.
Cette situation est une reconnaissance de la réputation du service de rééducation de Mbouo : des patients viennent ici pour ces soins en particulier. C'est un type de prise en charge que l'hôpital pourrait développer (type Soins de Suite et Réadapation).
Mais le médecin du service a subitement exigé qu'elle passe un scanner (à Bafoussam) et décrété que la rééducation devait être suspendue tant qu'elle n'avait pas de scanner... Or cette patiente avait fait son AVC depuis plus d'1 mois, était hémiplégique et aphasique mais récupérait de jour en jour au niveau fonctionnel ; pour moi il n'y avait aucun intérêt à réaliser un scanner, qui n'allait pas changer le traitement médicamenteux et encore moins la rééducation qui se base sur un bilan-diagnostic kiné clinique. Malgré un échange de points de vue avec le médecin, la famille a cédé à la pression (voire le chantage) du personnel et s'est cotisée pour payer le fameux scanner (qui nous a appris qu'elle avait fait un AVC…on s'en doutait !). Mais le coût financier de l'examen les a forcés à rentrer chez eux et arrêter les soins de kinésithérapie, qui pourtant étaient bénéfiques et promettaient une poursuite de la récupération fonctionnelle, bien plus utiles qu'un scanner dans son cas…
Cette situation a été très difficile à accepter pour nous kinésithérapeutes, et nous fait poser des questions sur le manque de confiance de certains médecins et infirmiers quant à l'utilité et l'efficacité de la kinésithérapie.
D'autre part, j'ai noté que ce médecin en particulier (Dr Lélé) prescrivait beaucoup de scanners dans tous les domaines (neurologie, traumatologie, rhumatologie), alors que c'est un examen très coûteux pour les patients et souvent très peu pertinent pour leur prise en charge ; il faudrait revoir avec elle les indications diagnostiques du scanner.

- **Circulatoire** : Nous avons vu plusieurs patients pour des œdèmes, indication de drainage lymphatique. Jacques maîtrise la technique du DLM, mais ce sont les bandages qui posent problème : peu de matériel (il faudrait des bandes de contention coton ainsi que des Biflex), Jacques fait avec les moyens du bord…

- **Pédiatrie** : Je n'ai vu que 2 cas de pédiatrie en 3 semaines, à savoir un enfant de 16 mois avec des genu valgum (non inquiétants à son âge) et un nouveau-né avec une paralysie du plexus brachial.
Il y a très peu d'indications de pédiatrie car le service de pédiatrie n'est pas très développé, et les pathologies qui y sont traitées sont plutôt infectieuses, donc peu d'indications en kiné.
Des dépistages des scolioses pourraient être envisagés, d'autant que l'on peut maintenant s'appuyer sur des radios correctes.
En revanche, le service de maternité pourrait être pourvoyeur de petits patients, avec les malformations/malpositions des pieds, atteintes du plexus brachial et torticolis.
Il faudrait profiter du fait que Félicité, ancienne Major du service kiné, est maintenant Major de la maternité : revoir avec elle le dépistage de ces pathologies.
Et ensuite développer la collaboration avec Henry Wafo si besoin d'appareillage orthopédique pour ces enfants.

- **Kiné respiratoire** : Nous n'avons eu aucune prescription de kinésithérapie respiratoire pendant ma mission. Pourtant il y aurait des besoins dans les services, notamment en réanimation ou en chirurgie. Ne pratiquant pas, Jacques n'est plus vraiment à l'aise avec la rééducation respiratoire ; cela nécessitera une révision lors d'une prochaine mission.

- **Rééducation périnéale** : En 2014, Anne-Sophie avait formé Félicité et Elodie aux bases de la rééducation du périnée. Félicité étant maintenant Major à la maternité je lui ai demandé si elle voudrait pratiquer la rééducation périnéale dans son service, ce qui permettrait de mettre à profit sa double casquette de kiné et major de maternité. Elle est d'accord, mais demande une révision sur ce sujet ; il faudra donc le prévoir lors d'une prochaine mission. Le gynécologue Dr Hubert est très intéressé par ce sujet également, il faudra l'intégrer à la formation. Hubert est très intéressé par la kinésithérapie globalement, il sera un allié important pour son développement à Mbouo.

- **Evaluation des compétences de Jacques :**

Jacques exerce au service de kinésithérapie depuis sa création en 2008. Il a bénéficié de toutes les missions de formation d'Adikiné et a donc de bonnes bases. Il est en particulier très performant sur la rééducation des hémiplégiques.
Cependant, il aurait besoin de recyclage dans différents domaines. En premier lieu sur les bilans, qu'il ne rédige plus → Revoir les bilans et rééditer des fiches bilans.
Et aussi des révisions sur la rééducation des pathologies les plus traitées ici (rhumato, traumato, neurologie) puis ensuite sur celles moins pratiquées afin de relancer leur prescription (kiné respiratoire, drainages circulatoires, pédiatrie).

Pendant ma mission, nous avons eu beaucoup de patients à gérer tous les deux, et donc peu de temps pour des sessions de cours et révisions. Cette mission était surtout une évaluation après plusieurs années, mais pour les prochaines missions il faudra bloquer des créneaux sans patients pour pouvoir faire des cours, comme nous le faisions lors des premières missions.

Nous avons eu un stagiaire à encadrer (étudiant en 2ème année de kinésithérapie à Douala) pendant quelques jours. Jacques est expérimenté dans l'encadrement des étudiants, puisqu'il était déjà tuteur de stage quand il était infirmier major. Aucun problème donc pour ce qui est de l'encadrement et de la pédagogie ; il lui faut en revanche retravailler sur les cours pour qu'il ne soit pas dépassé par les connaissances théoriques des étudiants. Son expérience de plus de 10 ans de pratique de la kinésithérapie est un vrai plus pour les étudiants, en comparaison avec d'autres stages où ils sont encadrés par des tuteurs peu expérimentés.

- **Réorganisation du service :**

Nous avons procédé à un grand ménage et rangement du service :

- **Salle principale** : Les partenaires allemands ont fait don de plusieurs machines de musculation qui étaient entreposées dans le bâtiment de la maternité. Ce fut la croix et la bannière pour les faire monter jusqu'à notre service, mais après de nombreuses relances auprès du gestionnaire, il a enfin missionné les employés du service technique pour nous les monter… la veille de mon départ !

Nous avons donc dû réorganiser la pièce afin d'en faire rentrer un maximum : nous avons enlevé la table du 3ème box (trop basse et abimée ; 2 tables + le plan Bobath suffisent) pour aménager un coin musculation, enlevé l'ergocycle hors service pour mettre un appareil de musculation à la place. Et à mon départ nous étions toujours dans l'attente que le service technique enlève l'appareil orthopédique inutile et encombrant afin de le remplacer par une autre machine.

Réaménagement de la salle de kinésithérapie, avec le coin muscu à la place du dernier box

- **Deuxième pièce** : Nous avons fait un grand ménage et un grand tri dans cette pièce qui n'était pas vraiment praticable, avec de nombreux cartons entassés sur et sous la paillasse, faute de place pour les ranger.
Nous avons demandé au gestionnaire plusieurs aménagements : faire façonner de nouveaux tasseaux pour fixer les tablettes de l'armoire (nous y avons rangé les coussins et le stock de petit matériel et consommables), et mettre une grande étagère murale (2m de large) au-dessus de la paillasse pour ranger les attelles (à mon départ, elle n'était pas encore installée mais le menuisier avait pris les mesures).

Nous avons fait le tri dans les cartons : plusieurs cartons d'attelles en tous genres, principalement pour genoux et épaules → à voir s'il est vraiment utile d'en avoir autant au service. Nous avons donné les corsets et attelles releveurs thermoformées à Henry Wafo qui saura les retravailler pour ses patients.
Un autre carton n'avait jamais été ouvert : envoyé par Adikiné en 2015, il contenait 2 ordinateurs… Une des 2 unités centrales fonctionne (HP), l'autre (LG) a été abimée pendant le voyage mais doit être réparable. Les écrans fonctionnent aussi, mais impossible de les relier à l'unité centrale HP car il manque un câble de raccordement → nous en avons fait la demande au gestionnaire (pas encore fait à mon départ). Cela permettra d'avoir un ordinateur dans cette pièce, sur lequel nous pourrons mettre tous nos supports de cours, articles, photos etc, afin que les kinés aient une base de données pour réviser leurs cours.

L'autre ordinateur (unité centrale LG si réparable + écran), ne sera pas utile au service de kiné → à envoyer au service administratif.

Au niveau du stock d'aides de marche : nous avons remplacé les embouts de cannes et de déambulateurs abimés, et réparé les déambulateurs fixes dont les vis étaient manquantes.
La table de massage retirée de la salle principale a pu être rangée sous la paillasse → elle servira de table d'appoint si besoin quand il y aura des stagiaires et un afflux de patients.
Nous avons installé les 2 dernières machines de musculation dans cette deuxième pièce.

Nettoyage des coussins

Installation de machines de musculation dans la 2ème pièce

➔ A mettre en place :

- **Par l'hôpital :**

✓ Refaire les statistiques par pathologie pour voir la part de neuro, traumato, rhumato

✓ Fournir un agenda à Jacques pour la gestion des rendez-vous car depuis 2 ans il note dans un simple cahier (acheté par lui-même)

✓ Fournir de l'huile de massage au service quand le major signale une rupture de stock (Jacques a dû acheter lui-même son huile malgré plusieurs demandes au gestionnaire…)

✓ Intégrer Jacques au tour de visite en traumatologie

✓ Communiquer sur le service de rééducation : en dehors de l'hôpital (voir avec direction EEC) et au sein de l'hôpital (affiches dans les services, affichage sur la porte du service kiné avec indications et horaires)

✓ Demander aux patients externes de venir avec un pagne pour leurs séances, à la place des draps d'examen fournis et lavés par l'hôpital

✓ Attribuer un fauteuil roulant au service de kiné

✓ Aménagements demandés au gestionnaire pendant ma mission mais pas encore réalisés à mon départ :

- Changer ampoule du négatoscope
- Mettre une étagère au-dessus de la paillasse (mesures prises par le menuisier)
- Débarrasser l'énorme appareil d'orthopédie
- Acheter un câble pour raccorder l'unité centrale à l'écran de l'ordinateur + multiprise
- Refaire couvrir certains coussins en toile cirée par la couturière
- Essayer une nouvelle réparation du vélo ou sinon le débarrasser (voir avec le lycée technique)

- **Besoins en matériel** :

✓ Barres parallèles
✓ Vélo +++
✓ Pédalier
✓ Fauteuil roulant manuel
✓ Swissball 65 cm
✓ Grand miroir
✓ Tabourets à roulettes
✓ Plots, obstacles, matériel de proprioception
✓ Skateboard
✓ Ventouses
✓ Balle à picots
✓ Bandes de contention et Mobiderm
✓ Attelles 8 claviculaires
✓ Cannes axillaires de taille réglable
✓ Déambulateurs fixes

- **Lors des futures missions d'Adikiné :**

✓ Dégager du temps sans consultations pour que les kinés du service (Jacques ET Elodie) puissent suivre nos formations

✓ Révisions sur le bilan-diagnostic kinésithérapique

✓ Formation pour une rééducation plus active (notamment pour les lombalgies) + communication auprès des médecins (s'appuyer sur les articles et recommandations actuels)

- ✓ Développer la traumatologie ++++
- ✓ Développer la prévention des TMS et l'activité physique auprès du personnel de l'hôpital
- ✓ Revoir la kiné respiratoire
- ✓ Développer la rééducation post-mastectomie (voir avec le Dr Hubert)
- ✓ Revoir la rééducation périnéale avec Félicité en maternité
- ✓ Refaire des topos auprès des médecins et majors sur les indications de la kinésithérapie (réunions + préparer un document synthétique à leur fournir)
- ✓ Amener un maximum de documents informatiques (cours, articles, anatomie, bilans, techniques...), qui pourront être stockés sur l'ordinateur du service
- ✓ Faire des photos et vidéos d'exercices, notamment avec les élastiques

3. Autres services :

Au cours de ma mission, j'ai pu visiter et évaluer d'autres services de l'hôpital :

- **Radiologie** : Comme dit au début de ce rapport, le service de radiologie a évolué extrêmement favorablement depuis mon dernier séjour, puisque l'hôpital bénéficie d'un nouvel appareil de radiologie numérique et a recruté un jeune manipulateur radio diplômé, François MBIMBA.

Les clichés sont de très bonne qualité (voir images au chapitre précédent).
Je lui ai fait quelques remarques sur les positions dans lesquelles les radios sont prises : radios du rachis couché (je lui ai demandé de les faire debout si possible), radios de contrôle de consolidation pas faites dans les mêmes positions de rotation. Ces remarques ont été immédiatement prises en compte. François est très ouvert à la critique, demandeur de conseils et très réactif, c'est vraiment agréable de travailler avec lui.
Il y a également un appareil d'échographie, mais je ne me suis pas intéressée à ce domaine ; pour l'instant l'échographie n'est pas utilisée dans le domaine musculo-squelettique (uniquement pour les suivis de grossesse et les échographies abdominales et pelviennes).
Le bon fonctionnement de ce service retentit sur l'efficacité du bloc opératoire, de la maternité, et des services de traumatologie et de kinésithérapie.
A noter que le négatoscope de leur service ne marche pas, c'est dommage dans un service de radio pour lire les anciens clichés par exemple.

- **Bloc opératoire** :

J'ai pu assister un dimanche matin à une mastectomie réalisée par le gynécologue Dr Hubert et Gaby le Major du bloc opératoire.
Ce service a énormément évolué depuis mon dernier séjour, il est presque méconnaissable ! Ceci principalement sous l'impulsion du Dr Christian DOLL, médecin allemand resté 3 ans à Mbouo ; et également de Biagne avec André BOUCHET. Il y a donc maintenant un amplificateur de brillance, un système de ventilation, un nouveau scialytique, une table

orthopédique, et le 2ème bloc a été développé. L'anesthésie et la stérilisation ont également été revues.

Salle d'opération principale

2ème salle d'opération

Salle de stérilisation

Salle de stockage stérile

Salle de réveil

Lors de l'intervention à laquelle j'ai assisté, j'ai pu remarquer que les mesures d'hygiène étaient beaucoup mieux respectées qu'auparavant. L'anesthésie et son suivi sont bien meilleurs également. Les comptes-rendus opératoires sont consignés dans un registre qui reste au bloc opératoire.
Un petit bémol cependant : les infirmières qui manipulent leur téléphone portable au bloc pendant une intervention…

Au niveau de l'organisation et de la charge de travail, il faudrait idéalement 1 ou 2 opérateurs supplémentaires pour se relayer.

- **<u>Laboratoire d'analyses</u>** :

Ma sœur Aurélie étant technicienne d'analyses biomédicales en France, j'ai fait une visite détaillée du service afin de lui en rendre compte.

Il en ressort que le laboratoire a beaucoup progressé également. Les postes d'hématologie, sérologie et biochimie sont correctement équipés et permettent de réaliser tous les bilans classiques. Les fiches de résultats par poste sont très précises. La conservation des réactifs dans des frigos avec contrôle quotidien de la température est un point positif.

Le poste à développer reste la bactériologie qui manque sévèrement de matériel.
L'équipe est demandeuse de formations et de remises à niveau régulières.

Voici l'avis plus expert d'Aurélie, à partir d'une visite virtuelle du laboratoire via vidéo :

Le laboratoire est bien organisé par secteurs ; une paillasse par spécialité.
Les principales analyses d'urgence sont réalisées (NFP, sodium, potassium, CRP) de même que de nombreuses sérologies (HIV, hépatites B et C, toxoplasmose, rubéole, syphilis...)
Le laboratoire ne dispose pas d'examens cardio (troponine, CPK, BNP, PBNP...)
Bilan de grossesse complet comme en France.
Gros manque de moyens au service bactériologie ! Seulement des examens macro et microscopique, pas de mise en culture. Donc pas de possibilité d'identifier le germe, et donc pas d'antibiogramme possible. Le laboratoire semble disposer d'une étuve classique, pas d'étuve à CO_2, ni de milieux spécifiques (Microaer) donc pas de possibilité de mise en culture des germes anaérobie.

Efforts sur la qualité et la traçabilité : relevé des températures des frigos où sont stockés les réactifs. Y a-t-il un relevé des températures ambiantes ??

Gros manque également de moyens informatiques, les résultats sont écrits manuellement sur une feuille d'examen. (Double vérification des écrits ?)
Il existe un registre d'analyse, mais pas d'historique par patient.
La mise en place d'un fichier informatique par patient faciliterait les recherches d'antécédent.

Interrogations : Existe-t-il un contrôle de qualité ? Des modes opératoires/procédures par analyse ?
Obligation de conservation des sérologies (sérothèque) ? Si oui, il faudrait un congélateur

- **Ophtalmologie :** Ayant fait don de nombreuses paires de lunettes offertes par mes patients et amis en France, j'ai souhaité faire une visite du service d'ophtalmologie et lunetterie.
Il serait intéressant de recruter des ophtalmologues ou des orthoptistes pour développer le service.

Atelier de lunetterie

Ce service manque également de matériel :

- Ampoule pour lampe à fente TAKAGI
- Ophtalmoscope
- Cadre d'essai
- Refractomètre
- Boite de petite chirurgie
- Valise de réfraction avec accessoires
- Tonomètre oculaire
- FLUORESCEINE ophtalmique
- NOVESINE ophtalmique

Lampe à fente

Ophtalmoscope

Cadre d'essai

- **<u>Médecine A</u> :**

Nous avons rencontré plusieurs difficultés dans ce service, avec un personnel qui était assez hostile envers les kinés… En plus du cas cité précédemment de la patiente hémiplégique à qui le personnel du service a fait un chantage pour qu'elle passe un scanner sous peine d'être « chassée » du service, nous avons eu d'autres prises de bec avec le personnel du service, qui s'agaçait de nos demandes et remarques et ne montrait aucune coopération avec nous kinésithérapeutes, voire entravait notre travail…

Par exemple, nous leur avons fait remarquer qu'il ne fallait pas poser la perfusion sur le bras hémiplégique car c'est une épine irritative, et cela nous gêne dans la mobilisation. → Notre remarque n'a pas été prise en compte, ils ont continué à poser les perfs du côté hémiplégique et nous ont répondu que nous n'avions qu'à poser les perfusions nous-mêmes si ça ne convenait pas…

Même chose pour une autre patiente hémiplégique très héminégligente Gauche : elle était installée dans le lit du milieu (chambre de 3) et nous avions expliqué aux garde-malades de se positionner le plus possible à sa gauche pour la stimuler. Ces consignes ont été inscrites dans le carnet de la patiente et données oralement aux infirmières présentes. → Nous avons trouvé la patiente le lendemain dans le lit du fond, le côté gauche collé contre le mur…

Ce service aurait besoin d'un major dynamique et qui soit soutenu par les médecins et la direction pour dynamiser l'équipe.

- **<u>Endoscopie</u> :** Pendant mon séjour, une équipe de médecins allemands est arrivée à Mbouo avec pour mission d'installer un appareil d'endoscopie et de former le personnel à cette technique. L'endoscopie a été mise en place dans le bâtiment de l'ancien laboratoire.

- **Services administratifs** :

Madame KAMDEM, secrétaire du médecin-chef, est toujours très professionnelle et accueillante, les documents demandés sont faits en temps et en heure, c'est appréciable.

C'est un peu plus lent avec le gestionnaire, qu'il faut relancer de nombreuses fois pour la même demande… Etant une habituée de l'hôpital je m'en formalise peu, mais cela peut décourager d'autres volontaires, c'est dommage.
J'ai eu le même retour de la part de nombreux personnels, à savoir que lorsqu'ils faisaient une demande de matériel ou de réparation pour leur service au gestionnaire, il leur fallait s'armer de patience pour obtenir quelque chose, après de multiples relances. Beaucoup m'ont avoué être découragés et ne même plus oser demander, ou alors passer directement par le médecin-chef mais ce n'est pas son rôle. → Il pourrait être intéressant de faire un tableau écrit de suivi des signalements et des demandes.

Au secrétariat, une suggestion pour économiser du papier : les documents pourraient être imprimés en recto-verso (par exemple le tableau général de service mensuel).

II- CENTRE LE SAMARITAIN (BAFOUSSAM)

J'ai passé une journée à Bafoussam avec Henry Wafo dans son centre Le Samaritain, dédié à l'appareillage orthopédique. Il est toujours épaulé par David et Rostand.
Le fils d'Henry souhaite suivre les pas de son père et aimerait suivre une formation diplômante dans le domaine ; en attendant il est déjà sur le terrain avec son père pour se familiariser avec le métier, avant de commencer ses études.

- **Don de matériel** : J'avais amené dans mes valises des attelles de genou (attelles articulées, attelle de genou gonflable, botte de marche). Et suite au tri au service de rééducation de Mbouo, Henry a également récupéré des corsets et attelles thermoformées qu'il pourra réajuster.

- **Patients traités** : Lors de cette journée, Henry avait demandé à quelques patients de venir afin d'avoir mon avis et mes conseils sur leurs cas.

- **Scolioses** : Nous avons vu 2 patientes avec des scolioses, pour lesquelles Henry a confectionné des corsets : une adolescente et une femme d'une trentaine d'année, avec toutes les deux des scolioses sévères (> 30°).
J'ai conseillé Henry sur quelques retouches à faire sur les corsets afin de les améliorer, même s'ils étaient déjà bien adaptés et efficaces au vu de l'amélioration sur les radios successives.
La demande d'Henry porte toujours essentiellement sur la rééducation pour compléter l'action de ses appareillages. Il collabore avec 2 kinés diplômés au Cameroun (l'un de Bamenda, l'autre de Dschang), qui étaient présents ce jour-là, mais j'ai pu constater que leur

niveau de connaissances était très insuffisant pour mener des rééducations adaptées… Je leur ai apporté quelques notions de base sur la rééducation des scolioses à partir des deux cas cliniques, mais une demi-journée ne suffisait pas au vu de leurs énormes lacunes en anatomie et biomécanique… !
Je pense qu'il serait mieux qu'Henry adresse de tels patients aux kinés de Mbouo, qui seront plus efficaces. Il faudra juste leur refaire un topo sur les spécificités de la prise en charge des scolioses.

- **Pédiatrie** : Nous avons vu un enfant de 20 mois né avec une malformation congénitale de la jambe droite, sans diagnostic précis, présentant un membre plus court et totalement flasque et amyotrophié. Au début de sa prise en charge par Henry, il avait un énorme flexum de genou ; l'attelle confectionnée par Henry a permis de réduire totalement le flexum et lui verrouille efficacement le genou, ce qui lui permet de marcher. J'ai montré quelques étirements à la maman, mais Henry lui avait déjà donné des exercices adaptés.

- **Amputés** : La prise en charge des amputés reste la principale activité d'Henry. Il maîtrise l'appareillage et aussi la rééducation suite à nos missions précédentes. J'ai pu le vérifier avec le cas d'un patient amputé fémoral pour lequel Henry en savait plus que ses deux kinés réunis !

Adolescente avec une scoliose très sèvère, déjà légèrement améliorée sous corset.

Patiente trentenaire scoliotique

Attelle pour malformation congénitale

➔ **<u>A mettre en place</u> :**

✓ Faire un dossier de présentation d'Henry et de sa structure à diffuser en France : pour demander du matériel (faire une vidéo qui montre comment il retravaille des corsets) et aussi pour faire une demande de partenariat voire de stage en France (essayer avec Proteor et Centre des Massues).

✓ Récupérer du matériel et voir comment l'acheminer jusqu'au Cameroun : par containers avec Biagne ?
- Corsets, prothèses, attelles…
- Matériel de rééducation : 1 table de massage (Henry a toujours sa table avec un énorme trou au milieu…) et du petit matériel (élastiques, balles, balances, matériel de pouliethérapie…)

✓ Pour les prochaines missions :
- Développer la collaboration avec l'Hôpital de Mbouo : faire connaître Henry et son centre à tous les médecins et majors de Mbouo (seul le médecin-chef lui adresse des patients) et même organiser une visite au Samaritain. Et développer la collaboration avec les kinés de Mbouo pour qu'ils assurent la rééducation des patients appareillés par Henry.
- Former Henry aux bases de la rééducation des scolioses et mobilisations/étirements des enfants.
- Lui apporter des documents d'anatomie, biomécanique et rééducation.

✓ Aller avec Henry au centre AHP²V de Baham : je n'ai malheureusement pas eu le temps d'y aller lors de ce séjour.

III - <u>CENTRE POLYVALENT DE FORMATION (CPF) DE MBOUO</u>

Le CPF, situé à 5 minutes de marche de l'hôpital, continue son développement. Il dispense déjà des formations en énergies renouvelables (panneaux photovoltaïques, biogaz…), en agriculture biologique et en analyses médicales.
Et le centre vient d'avoir l'agrément du Ministère de la Santé pour ouvrir une formation en kinésithérapie qui va débuter dès janvier 2020.

Le responsable pédagogique du CPF, Jean-Pierre Sayouba, m'a transmis le programme de la formation pour avoir mon avis.
Il en ressort que le programme n'est pas vraiment adapté à la kinésithérapie : trop peu de cours d'anatomie, de biomécanique et de physiologie, qui sont les bases indispensables du métier ; mais en revanche une proportion beaucoup trop importante de cours infirmiers (pharmacologie, parasitologie etc).

Au niveau des enseignants, plusieurs praticiens de l'Hôpital de Mbouo ont été sollicités : Gaby (Major du bloc opératoire) et le Dr Lélé vont y donner des cours théoriques (anatomie, physiologie, traumatologie, neurologie, pharmacologie).
Pour les cours spécifiques de kinésithérapie, les intervenants sont des kinésithérapeutes camerounais que je ne connais pas. Les kinésithérapeutes de Mbouo n'ont pas été sollicités ; c'est bien dommage car ils pratiquent maintenant plusieurs années et pourraient être de bons encadrants en travaux pratiques notamment. Je pense à Félicité pour les TP de massage et de mobilisation articulaire, à Jacques pour la gymnastique médicale et la rééducation fonctionnelle par exemple.
Henry va donner des cours sur l'appareillage.

J'ai rencontré le directeur du CPF Monsieur Martin NGWENOU seulement mon dernier jour, à son retour d'Allemagne. J'ai abordé avec lui ces problématiques de programme à mon avis inadapté, ainsi que des intervenants inexpérimentés en kinésithérapie.
Depuis quelques années, de nombreuses formations en kinésithérapie fleurissent un peu partout au Cameroun ; celle du CPF pourrait sortir du lot en proposant un enseignement de qualité et en s'appuyant sur le service de kinésithérapie de l'hôpital de Mbouo, qui est à deux pas et existe depuis près de 12 ans.

Quant au fait que des membres d'Adikiné aillent donner des cours au CPF, cela pourrait se faire à plusieurs conditions :
- Que nous ayons notre mot à dire que les modifications du programme, afin qu'il soit vraiment adapté à la kinésithérapie et qualitatif
- Que cela se fasse dans les mêmes conditions que celles proposées à l'Université des Montagnes, à savoir que le CPF prenne en charge les billets d'avion et visas des enseignants venant de France.

Ce point sera à discuter lors de nos prochaines rencontres avec le directeur, au Cameroun ou lors d'un de ses déplacements en France. Je suis également disposée à le mettre en relation avec des écoles de kinésithérapie en France, notamment les IFMK de Saint-Etienne et de Lyon.

IV - ORPHELINAT DE MBOUO

Je me suis rendue à l'orphelinat un dimanche après-midi avec Gaby, qui connaît bien la Sœur Bénédicte, responsable de l'orphelinat.

Elle nous a accueillis avec bienveillance et nous avons joué avec les enfants, qui sont actuellement 37 (il n'y a pas de bébés en ce moment).

La discussion avec la Sœur Bénédicte a été ensuite plus tendue quand nous avons abordé l'association et l'aide que nous pourrions lui apporter de nouveau… Elle a été très échaudée par les manœuvres d'autres associations qui, selon elle, profitent de l'image des orphelins mais n'apportent rien de concret pour les aider. Elle interdit désormais les photos au sein de l'orphelinat. Elle nous assure qu'elle nous recevra toujours tous les deux « comme ses enfants », mais elle refuse toute aide d'une association.

Le seul point sur lequel elle souhaite qu'on l'aide est la reconstruction de sa maison. Nous lui avons répondu que nous étions là pour aider les enfants en fonction de leurs besoins, mais que ce n'était pas le rôle ni le but de l'association de participer à la reconstruction de sa maison.
C'est assez frustrant de voir que Sœur Bénédicte refuse notre aide alors que les enfants ont de réels besoins…
Nous allons réfléchir avec Gaby à d'autres moyens d'action pour leur venir en aide.

V - VIE QUOTIDIENNE

L'accueil par l'Hôpital de Mbouo a été parfait : j'ai été accueillie dès mon arrivée à l'aéroport de Yaoundé le samedi soir par Rosette la sœur du médecin-chef, qui m'a hébergée pour la nuit, avant que Jean-Marie ne vienne me chercher le dimanche matin pour les 5 heures de route vers Bandjoun, dans l'ambulance de l'hôpital.
Même chose pour le retour : Jean-Marie m'a conduite en ambulance jusqu'à Yaoundé, où j'ai retrouvé Rosette pour une virée brochettes en ville avant qu'elle et son ami Nestor me conduisent jusqu'à l'aéroport (trajet assez épique car la route était bloquée par le passage du Président Biya !).

J'étais logée à la Maison Biagne, qui était préparée pour mon arrivée : propre, lits préparés, frigo branché. On m'a également fourni un modem internet pour la maison, ce qui était très appréciable et pratique (entre deux coupures d'électricité !).

La Maison Biagne

Mes repas étaient préparés par Hortense, qui cuisine divinement bien ! Et prêts en temps et en heure à ma sortie du travail à 14h, ce qui était très appréciable également.

Pour le reste, je m'approvisionnais au carrefour à 2 pas de la maison, pour le pain, les beignets du petit déjeuner, les boissons, le papier toilette etc.

Lorsque l'équipe allemande est arrivée, je leur ai laissé la Maison Biagne et me suis installée dans une autre maison juste au-dessus. Très confortable et au calme au milieu des arbres.
Et j'étais souvent chez le médecin-chef pour passer du temps avec les enfants Umberto, Nelva et Stella.
Ou en sortie avec les amis au bar de Daniel ou au CPF, ou encore à Bafoussam avec le médecin-chef. Bref, je n'étais jamais seule !

CONCLUSION

Cette mission de « reprise de contact » a été très concluante et enrichissante. Il en ressort qu'il y a encore des besoins sur place auxquels Adikiné pourrait répondre.

Il va donc maintenant s'agir de relancer l'association en France, la restructurer pour ensuite reprogrammer des missions régulières au Cameroun. En s'appuyant d'abord sur les « anciens », qui sont là depuis le début ou ont rejoint l'aventure en cours de route ; mais aussi en recrutant de nouveaux volontaires, qu'ils soient kinés, ergothérapeutes, orthophonistes, orthésistes, puéricultrices…

Il serait intéressant aussi de pouvoir compter sur des professionnels qui ne souhaitent pas forcément partir en mission au Cameroun, mais qui nous aideraient depuis la France à élaborer des supports de cours par exemple.

Une fois la dynamique relancée, les missions au Cameroun pourront être organisées avec des objectifs précis en fonction des spécialités des intervenants, les besoins ayant été évalués lors de cette mission.

Dans tous les cas, il y a encore du travail pour Adikiné à l'Ouest Cameroun !

ADIKINE

ANNEXES

Statistiques du service de rééducation fonctionnelle de l'Hôpital de Mbouo :

2017

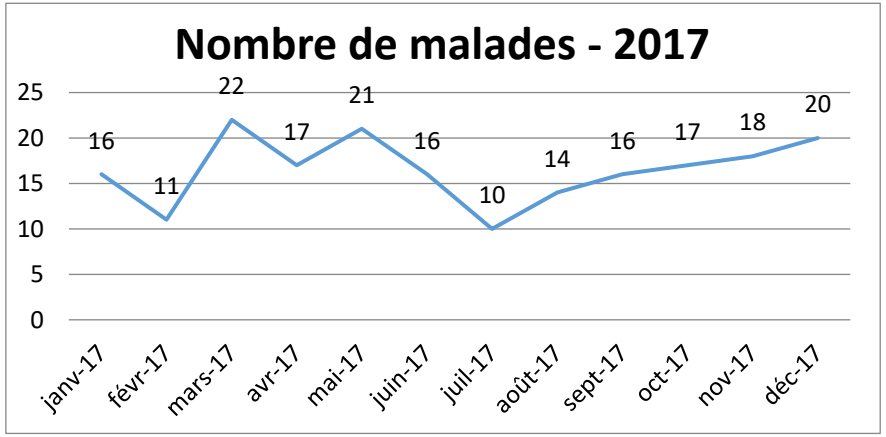
2018

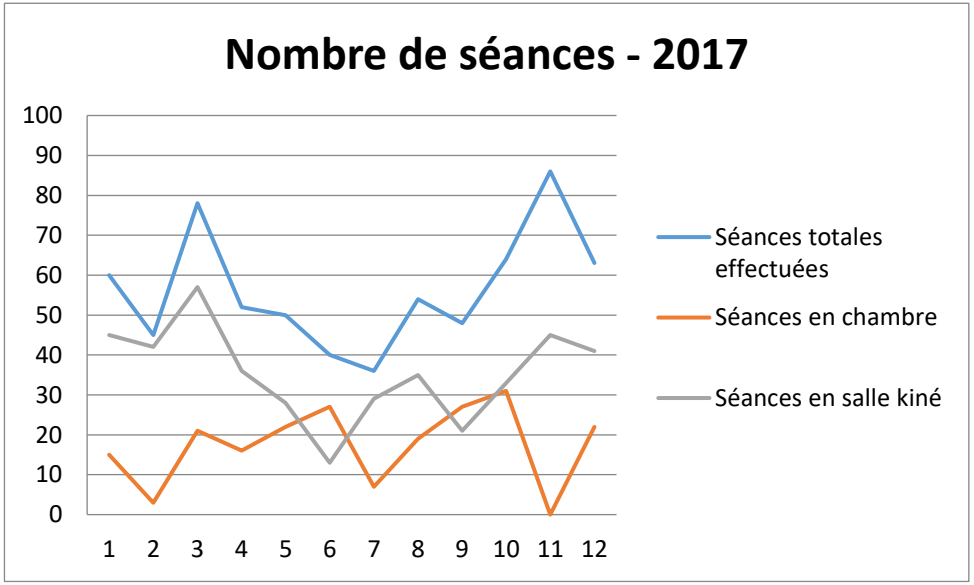
2019

STATISTIQUES DU SERVICE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DE L'HOPITAL DE MBOUO

ANNEE 2017

	janv-17	févr-17	mars-17	avr-17	mai-17	juin-17	juil-17	août-17	sept-17	oct-17	nov-17	déc-17	**Total 2017**
Nombre de malades	**16**	**11**	**22**	**17**	**21**	**16**	**10**	**14**	**16**	**17**	**18**	**20**	**198**
Nouveaux malades	9	7	10	12	11	10	7	6	10	12	14	8	116
Anciens malades	7	4	12	5	10	6	3	8	6	5	4	12	82
Séances totales effectuées	**60**	**45**	**78**	**52**	**50**	**40**	**36**	**54**	**48**	**64**	**86**	**63**	**676**
Séances en chambre	15	3	21	16	22	27	7	19	27	31	*21 (?)*	22	210
Séances en salle kiné	45	42	57	36	28	13	29	35	21	33	*45*	41	425
Séances réglées	35	26	64	52	50	40	32	42	38	45	73	63	560
Séances gratuites	25	19	14	0	0	0	4	12	10	19	13	0	116

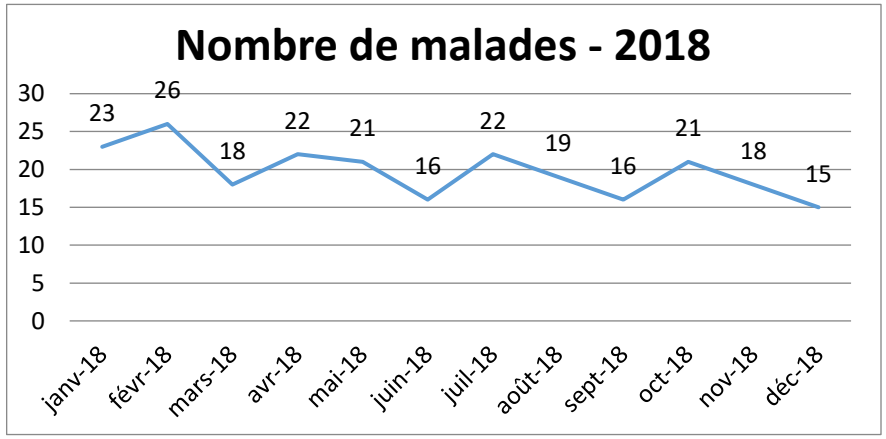


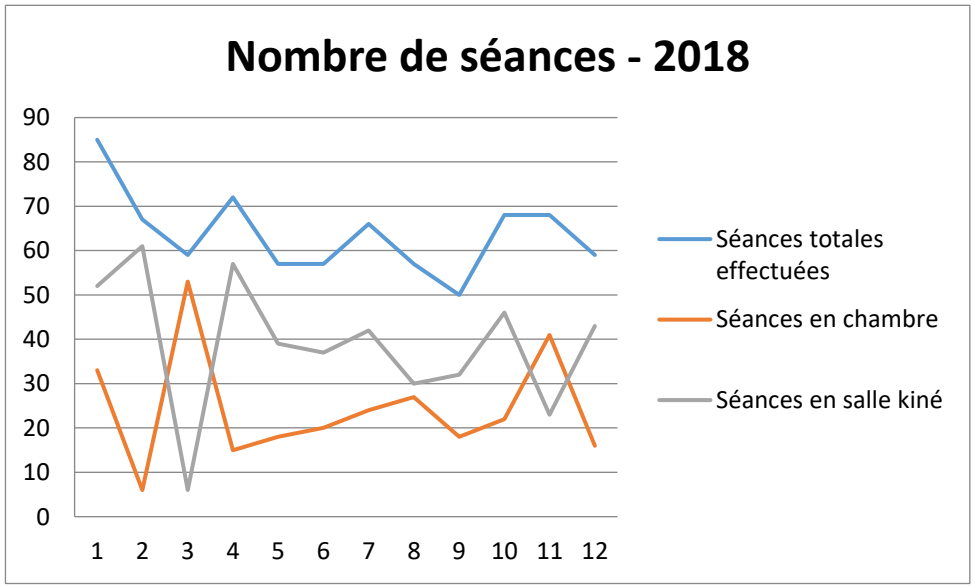


STATISTIQUES DU SERVICE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DE L'HOPITAL DE MBOUO

ANNEE 2018

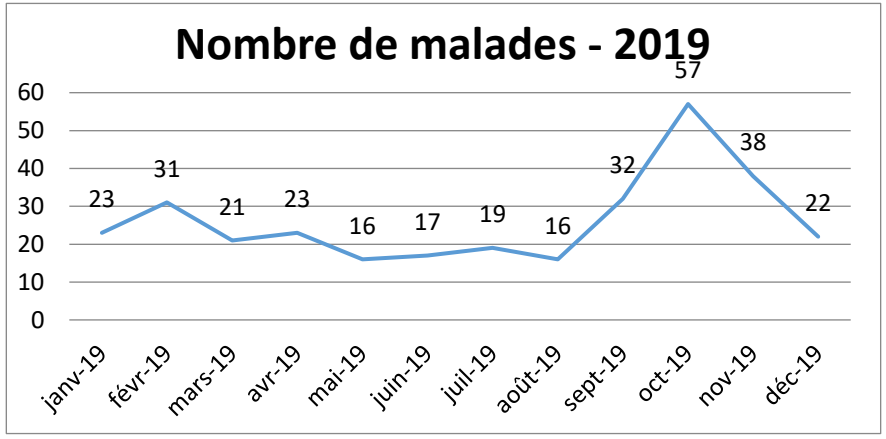
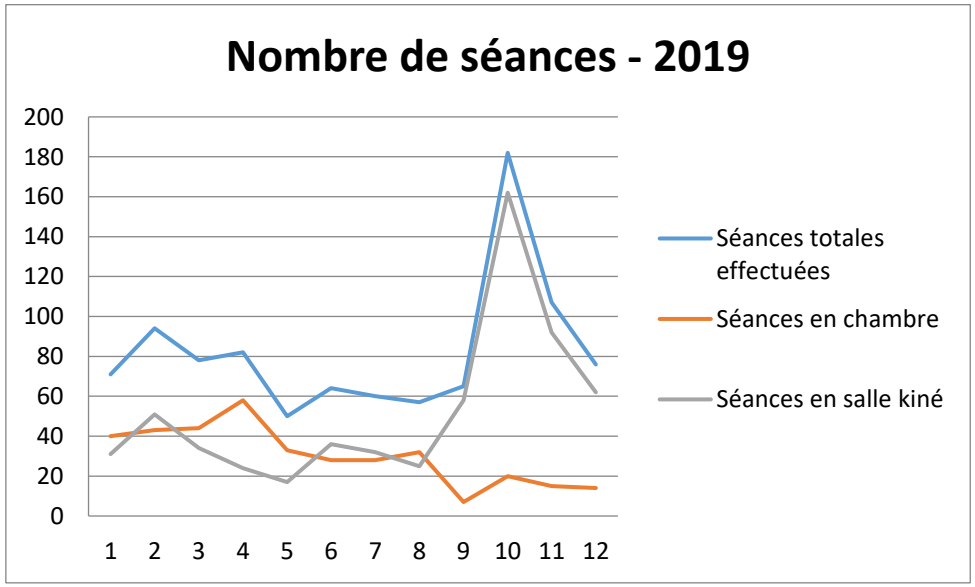
	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	**Total 2018**
Nombre de malades	**23**	**26**	**18**	**22**	**21**	**16**	**22**	**19**	**16**	**21**	**18**	**15**	**237**
Nouveaux malades	14	18	9	11	8	4	11	10	11	11	11	13	131
Anciens malades	9	8	9	11	13	12	11	9	5	10	7	2	106
Séances totales effectuées	**85**	**67**	**59**	**72**	**57**	**57**	**66**	**57**	**50**	**68**	**68**	**59**	**765**
Séances en chambre	33	6	53	15	18	20	24	27	18	22	41	16	293
Séances en salle kiné	52	61	6	57	39	37	42	30	32	46	23	43	468
Séances réglées	84								43	63	64	56	
Séances gratuites	1								7	5	4	3	





STATISTIQUES DU SERVICE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DE L'HOPITAL DE MBOUO

ANNEE 2019

(Mis à jour au 31/12/2019)

	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	**Total 2019**
Nombre de malades	**23**	**31**	**21**	**23**	**16**	**17**	**19**	**16**	**32**	**57**	**38**	**22**	**315**
Nouveaux malades	21	19	13	15	10	13	12	10	27	38	23	12	213
Anciens malades	2	12	8	8	6	4	7	6	5	19	15	10	102
Séances totales effectuées	**71**	**94**	**78**	**82**	**50**	**64**	**60**	**57**	**65**	**182**	**107**	**76**	**986**
Séances en chambre	40	43	44	58	33	28	28	32	7	20	15	14	362
Séances en salle kiné	31	51	34	24	17	36	32	25	58	162	92	62	624
Séances réglées	63	89	73	73	50	59	54	55	53	163	87	71	890
Séances gratuites	8	5	5	9	0	5	6	2	12	19	20	5	96