

ASSO ASA

Association des Aides de Salle d'Opération

2011 n°6

10 ans déjà, merci de votre soutien



A^tSSO





Madame Patricia Karius
Présidente *EHC Morges*
Certificat ASSO + ASA



Monsieur Carmine CIARAMELLA
Caissier *EHC Morges*
Certificat ASSO



Madame Brigitte FREY
Vice Présidente *Hôpital de la
Chaux-de-fonds*
Certificat ASSO + ASA



Madame Francine GOMEZ
Membre adjointe *Samaritain Vevey*
Certificat ASSO



Madame Isabelle PATTHEY
Secrétaire *EHC Morges*
Certificat ASSO



Madame Margot Zaramella
Membre adjointe *GHOL NYON*
Certificat ASSO



Madame Marie-Claude ANGULO
Membre adjointe *eHnv Saint Loup*
Certificat ASSO et
stérilisation niveau 1

Présentation du comité

Sommaire

Présentation du Comité	02
Le mot de la présidente	03
Formation AAtSSO	04
Formation d'Aide Spécialisé(e) en Salle d'Opération, 10 ans déjà!	05
Eliane Mettraux: ou la mémoire de l'Hôpital de Morges	06
Remerciements	11
Antalgie par péridurale	12
Comment choisir un modèle de prothèse de hanche pour un patient ...	15
Les traitement conservateurs et chirurgicaux des troubles fonctionnels du plancher pelvien de la femme	22
Historique de la laparoscopie	27
Bouts de vie humanitaires	29
9 ^e Journée d'information et Programme	33
Souvenirs en photos de cette journée	34
Bulletin d'inscription ASASO	35



2011 année de jubilé

Vous êtes venus nombreux pour fêter nos 10 ans d'existence.

Nous aurions pu être plus nombreux car nous avons conviés *Espace Compétences SA*, ainsi que tous les ICUS de nos diverses institutions (43 pour être précise) à se joindre à nous. Nous aurions aimé pouvoir faire mieux connaître notre association à nos responsables.

Espace Compétences SA nous a fait l'amitié de venir en force avec de représentants.

Par contre notre invitation n'a pas eu l'écho espéré, puisque seul trois responsables de bloc sont venus et trois autres se sont excusés. Pour le reste silence radio... décevant non.

Nous avons eu droit aux honneurs de la presse avec un article paru dans *Femina* dimanche (4 septembre 2011) et un autre dans le cahier de formation de *24 heures* (3 février 2012). Nous espérons, par ce biais, faire connaître notre profession d'AtSSO au grand public.

Notre site internet est en bonne voie, nous avons mandaté un informaticien et le changement avec notre nouveau logo est en cours; toutefois l'ancien reste toujours valable pour nous contacter où s'inscrire à notre journée informative 2012.

Patricia Karius

Le mot de la
présidente



FORMATION ATSSO



Chers membres,

Comme nous l'avons annoncé, 2012 est la dernière année pour faire le module complémentaire ASA. Pour donner la possibilité au plus grand nombre d'entre vous de profiter de cette formation, *Espace Compétences SA* et l'association vous proposent d'ouvrir une session spéciale. Celle-ci se ferait sur deux samedis cette année encore.

Le prix du cours s'élève à 600.– Une aide financière de 100.– par membre sera accordée par *Espaces Compétences SA*.

Les dates vous seront communiquées en fonction du nombre de participants. (10 personnes minimum)

A renvoyer le bulletin à fin juin

Nom Prénom

Institution Signature

Espace Compétences SA
Rte de Grandvaux 14
1096 Cully
Tél: 021 799 92 60
Fax: 021 799 92 65

info@espace-competences.ch
www.espace-competences.ch





Le VAC® ou la thérapie par pression négative (TPN)

Quel parcours ! Quelle perspicacité pour en arriver là ! Bravo, comme quoi le fait de croire en un projet fini toujours, malgré toutes les embûches, par aboutir.

Comme le disait très justement Gilbert Cesbron « Il est souvent nécessaire d'entreprendre pour espérer et de persévérer pour réussir ».

La formation d'Aide Spécialisé(e) en Salle d'Opération n'est que le reflet de cette réalité immuable que les professions évoluent et qu'avec elles nos organisations doivent s'adapter si elles veulent continuer à croître. Il est important de ne pas perdre notre jugement critique sur la réelle nécessité de construire une formation et comme dans tout projet, de faire un état des lieux de l'existant et reconnaître la pertinence ou non d'une formation.

La formation continue est devenue un vrai enjeu pour les entreprises formatrices et les pressions externes ne font qu'accroître cette culpabilité non avouée de ne pas être à la « page » si l'on ne suit pas de formation.

La formation continue dans nos institutions est utile, pour autant qu'elle soit animée par une volonté d'avancer ensemble vers des axes de développements stratégiques permettant ainsi de mettre en place des savoirs pour réaliser la tâche.

La formation d'ASSO s'inscrit justement dans cette perspective ! Que d'évolution

dans nos blocs opératoires que ce soit en termes de savoirs ou de technologies. La création de cette formation n'est que le besoin de mettre en lumière ces savoirs et ces connaissances que l'aide de salle d'opération déploie quotidiennement dans son travail. Le terme « d'aide » me dérange, car si cette terminologie avait tout son sens il y a encore quelques années celui-ci est devenu désuet au regard du professionnalisme demandé dans les activités d'un bloc opératoire.

Cette mutation s'est produite car depuis cette année la fusion entre la formation des aides de salles d'opération et d'aides en anesthésie se nomme dorénavant Assistant technique Spécialisé en Salle d'Opération (AtSSO).

Si vous deviez maintenant «...persévérer pour réussir » (sic), cette persévérance devrait s'inscrire dans la volonté d'une reconnaissance par les instances faïtières d'un véritable statut.

Eric Janicaud

Responsable Bassi EHC Morges



Eliane Mettraux: ou la mémoire de l'Hôpital de Morges

Eliane Mettraux : ou la mémoire de l'Hôpital de Morges

Suite au départ d'une aide de salle en 1972, l'infirmière instrumentiste responsable m'a demandé de la remplacer, ceci sans formation.

C'était très dur, 45 heures par semaine, 3 semaines de vacances par année.

J'avais une chambre de garde attenante à l'hôpital, 2 blocs, l'instrumentiste de garde à la maison, 3 aides de salle.

Mon activité était de m'occuper de jour comme de nuit des urgences avec le médecin.

Je lavais les instruments, les compresses et les gants (talquer) dans un évier en pierre. Je lavais aussi les canules d'intubation avec une brosse et je m'occupais de la stérilisation située à l'avant salle.

L'après-midi j'entretenais les salles et après le nettoyage, pour sécher, on ouvrait les fenêtres.

J'ai vécu l'époque de l'Éther pour l'ORL. On installait le patient sur nos genoux, ceci avec un masque.

Le 1^{er} mars 1973, nous avons déménagé au nouvel hôpital H.Z.M ou tout a basculé

dans la facilité et le bonheur. Nous avons enfin une stérilisation digne de ce nom et du personnel.

Nous avons une tenue adéquate, casaque et pantalon, avant nous avions une blouse et des sabots personnels.

J'ai eu l'opportunité de faire une formation de spécialisation d'aide en salle d'opération, ceci avec succès à l'âge de 57 ans.

Mon plus grand regret qui me fait un pincement au cœur, c'est de ne pas avoir un certificat de capacité reconnaissant mes compétences après 38 ans passées au sein du même hôpital.

J'ai terminé ma vie professionnelle avec une grande satisfaction et je réalise que j'ai eu beaucoup de chance.

Je souhaite à toutes et à tous ainsi qu'à l'association des assistants techniques spécialisées de bloc opératoire, un plein succès pour les années futures.

Merci à tous.

Eliane Mettraux



L'évolution du métier d'aide en salle d'op.

Il y a 30 ans

Je fus une des
premières à recevoir un
salaire. Avant c'était
des stagiaires





Eliane Mettraux: ou la mémoire de l'Hôpital de Morges

Après les opérations, on lavait les gants pour les réutiliser comme gants non stériles.

Je nettoyai à la main les bocaux en verre des aspirations murales.

On brossait les sabots à la main.

Tu rinçais les tuyaux d'aspirations murales dans un seau d'eau ?!

Les malades arrivaient dans leurs lits jusque devant la salle d'opération puis allaient à pied dans le bloc jusque sur la table d'opération.

Après l'opération, on les portait à trois de la salle au lit. On avait tous un peu plus de muscle que maintenant. Ça créait des problèmes quand nos bras n'étaient pas assez long et le patient un peu trop large.

Les plaques de coagulation étaient en caoutchouc avec des contacts en métal apparent.

Le soir, on déposait les sacs de linge et les sacs des poubelles au sous-sol, personne ne venait les chercher.

On nettoyait aussi les compresses et on désinfectait les salles au formol.





Les laparoscopies se faisaient que par une optique, l'œil du chirurgien et une bombonne de gaz. Par la suite la place volumineuse des nouvelles colonnes se faisait sentir, les salles semblaient plus petites.

Le papier n'existait pas, tout était en tissu et se relavait. Les champs couvraient les boites stériles et ils étaient lourds.

Tu te souviens ? L'instrumentiste me demandait :
T'as combien de panosses ?
Les champs abdo se nommaient "les panosses". Ca parlait vaudois ! Elles étaient munies d'un bouton à pression pour être repérée par les rayons X.





Ce qui n'a pas changé

!!

Il aide l'anesthésiste, répond au téléphone- installe le patient, appelle l'assistant est allé chercher les RX que vous avez oubliés, prémédique le patient suivant, prépare le lavage- règle les appareils, Donne un coup de main à côté, envoie l'extemporané de votre collègue, va chercher le plateau qui manque, prépare le garrot. Compte les compresses etc.....etc.....etc.....etc.....etc...

Alors où est encore passé l'ASSO ?? Il n'est jamais là quand on a besoin de lui...



Ensemble hospitalier de la Côte

HÔPITAUX DE MORGES, AUBONNE ET GILLY — EMS LES PÂQUIS, NELTY DE BEAUSOBRE ET AUBONNE

À VOS CÔTÉS

Cinq sites de soins et de vie

HUMANITÉ - PROXIMITÉ - COMPÉTENCE

POUR LA VIE

De la médecine de pointe au confort de vie



HÔPITAL DE MORGES - BLOC OPÉRATOIRE

Bloc opératoire agrandi et rénové en 2007

Plateau technologique de pointe

Nombreuses spécialités chirurgicales

Plus de 5'600 interventions par année

Équipe interdisciplinaire

5 salles en activité - 1 salle d'endoscopie



www.ehc-vd.ch


Ensemble hospitalier de la Côte
Hôpital de Morges

REMERCIEMENTS



à l'Hôpital de Morges
pour la mise à disposition des salles
pour nos séances et
les cours Espace Compétences



Antalgie par péridurale

La péridurale est devenue presque incontournable en matière d'analgésie obstétricale. Une grande majorité des femmes enceintes réclame ou accepte une analgésie par péridurale lors de l'accouchement. Pour les césariennes, en salle d'opération, on lui préfère généralement une rachianesthésie.

La péridurale est maintenant aussi largement utilisée comme moyen de contrôle de la douleur pour certaines opérations majeures et dans le post-opératoire.

Indications :

- Thoracotomie
- Laparotomie
- Lombotomie
- Prothèse de genou

Contre-indications :

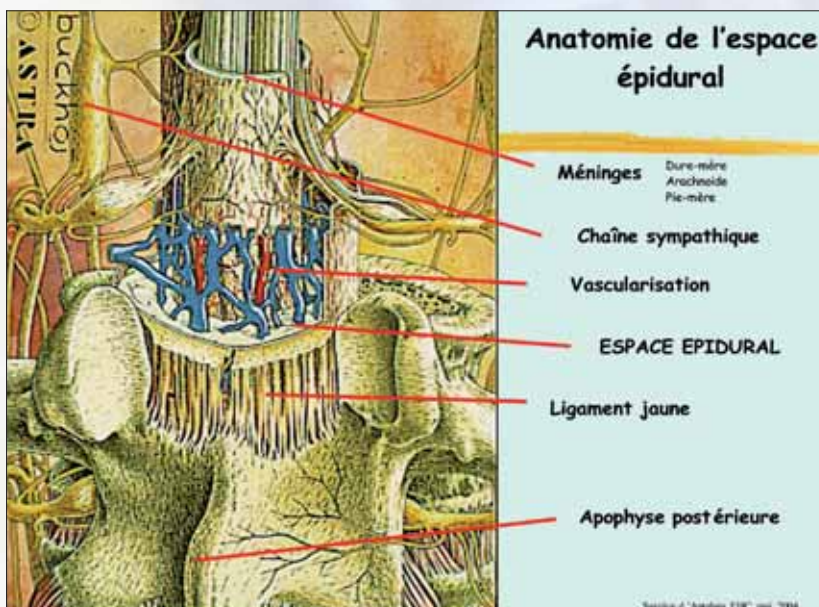
- Etats septiques
- Troubles de la crase sanguine
- Refus du patient
- Anatomie difficile

Bénéfices :

- Assure une bonne analgésie
- Aide à la physiothérapie respiratoire : toux efficace, expectoration (moins d'atelectasie et d'infections pulmonaires)
- Permet une mobilisation précoce : diminution des risques thromboemboliques
- reprise du transit intestinal facilité
- pas de fonte musculaire
- Facilite le sommeil

Anatomie :

- Espace péridural :
 - Se situe entre le ligament jaune et la dure-mère
 - Espace virtuel
 - Entoure la moelle épinière
 - Contient :
 - des vaisseaux sanguins
 - du tissu conjonctif et adipeux
 - les racines des nerfs rachidiens



Positionnement du patient :

- Décubitus latéral :
 - position en « chien de fusil », tête rentrée dans les épaules et jambes repliées
- Position assise :
 - dos arrondi et tête baissée



Technique :

Le cathéter péridural peut être posé à tous les niveaux de la colonne vertébrale selon l'indication (cervical, dorsal ou lombaire).

La ponction se fait entre 2 vertèbres en se repérant sur les apophyses épineuses.

Lors de l'introduction de l'aiguille, le médecin repère l'espace péridural grâce à une perte de résistance (au niveau du piston de sa seringue) juste après le passage du ligament jaune.

Le cathéter est alors insérer dans l'espace péridural.

La fixation se fait par stéris-trip.

Un pansement totalement occlusif assure la stérilité.

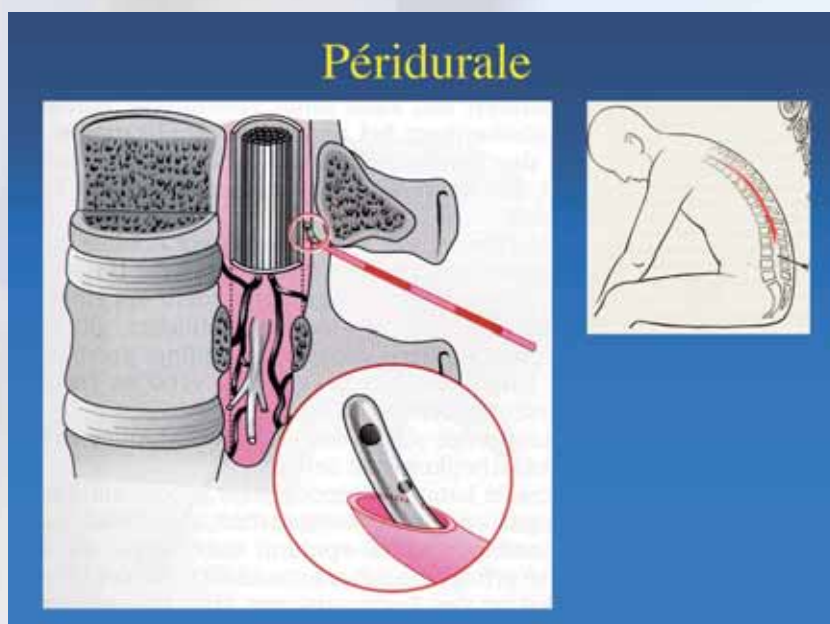
Il peut être laissé en place quelques jours (voire plusieurs semaines dans certains cas particuliers moyennant une réfection hebdomadaire).

Principes de l'analgésie péridurale :

Inhiber la transmission des messages douloureux allant de la périphérie au système nerveux central.

Médicaments « clés » :

les anesthésiques locaux





Un système de pompe permet une administration continue du médicament et la programmation de bolus (dose supplémentaire) par le patient lui-même ou par le soignant en cas de douleur.

Le patient peut avec un tel système se mobiliser dès le jour opératoire ou le lendemain et devenir totalement autonome en 2 à 3 jours.

L'analgésie par péridurale réclame néanmoins un suivi régulier qui débute par une surveillance aux heures le jour de l'opération et la nuit qui la suit pour s'espacer aux 4 heures jusqu'à l'ablation du cathéter péridural environ 3 à 7 jours plus tard.

Il existe d'autres alternatives pour le traitement de la douleur post-opératoire

- l'injection de Morphine intra-veineuse en mode PCA c'est-à-dire géré par le patient lui-même
- analgésie conventionnelle (médicaments IV, IM, SC ou per-os).

Jeanine LE BERRE

ICUS Centre d'Antalgie et de Neuromodulation
EHC Morges

Mais la péridurale reste l'antalgie de choix en post-opératoire



Comment choisir un modèle de prothèses de hanche pour un patient

Historique

Au début du 20ème siècle, les chirurgiens orthopédistes ont commencé à développer des techniques chirurgicales pour corriger les défauts d'axes et progressivement les séquelles d'accidents, de troubles dégénératifs.

Autour de la hanche, il y a eu de nombreuses techniques d'ostéotomies qui visaient à modifier les surfaces de charge pour diminuer les douleurs. Il faut rappeler les techniques d'ostéotomies du bassin comme celles de Chiari qui par un déplacement de l'aile iliaque augmente la surface de charge, les butées, les ostéotomies intertrochantériennes de varisation ou de valgisation (**figure 1**), etc... Puis il y a eu différentes tentatives de remplacer les surfaces articulaires usées et j'en citerai quelques-unes qui font partie de l'histoire de la prothèse. (**figure 2 et 3**)



Fig. 1



Fig. 2



Prothèse de Merle et de Thompson

Fig. 3



1923

Smith-Petersen, qui a aussi décrit l'abord chirurgical antérieur de la hanche, a introduit une cupule en verre entre la tête et le cotyle. Malheureusement, le tout s'usait assez vite et il n'y a eu aucun bon résultat.

1938

Wiles à Londres a essayé un système de prothèse qui tenait avec une vis pour remplacer la tête fémorale, mais aussi sans grand succès.

1940

Moore, qui a aussi décrit l'abord postérieur, a développé une prothèse faite d'une tête et d'une tige métallique en Vitalium. C'est un alliage de chrome, cobalt et molybdène. Cette prothèse a eu un certain succès, mais on ne remplaçait pas le cotyle.

1946

Judet, à Paris, a développé une prothèse avec une tête acrylique (du verre), mais qui ne tenait pas bien.

1951

Thompson a développé la prothèse monobloc avec une tête et une tige. Cette prothèse a été utilisée très longtemps pour les fractures du col.

1953

Mac Kee a fait une prothèse avec une surface de frottement métal-métal entre la tête et le cotyle. Malheureusement il y a eu des problèmes d'usure rapide, raison pour laquelle ce modèle a été abandonné.

Finalement l'avènement de la prothèse a eu lieu dès 1960 avec Sir J. Charnley en Angleterre (**Figure 4**). Il a recherché d'emblée une surface de frottement la plus faible possible et a développé un tige métallique avec une tête articulée sur une surface lisse

pour remplacer le cotyle. La tige et la tête étaient en alliage d'acier et le dessin de la tige est resté toujours le même jusqu'à aujourd'hui. Pour la partie de la cupule, il a utilisé du Teflon, un polytétrafluoroéthylène. Mais le Teflon est cassant et s'est usé très rapidement. Puis il a décidé d'utiliser le polyéthylène, plastique toujours actuel.

Pour faire tenir la prothèse dans l'os, il a aussi eu l'idée d'utiliser un ciment, du polyméthylméthacrylate, matériel déjà utilisé par les dentistes.

Les problèmes rencontrés au début étaient surtout liés aux infections, mais aussi à l'usure rapide du polyéthylène. Pour diminuer celui-ci, des études d'ingénieurs ont montré qu'il fallait diminuer le diamètre de la tête et les prothèses de Charnley avaient une tête de diamètre 22 et cela dès 1962. Un petit diamètre augmente le risque de luxation, pour implanter la prothèse il faisait alors une ostéotomie du grand trochanter.

Aujourd'hui encore la technique de Charnley et sa prothèse sont utilisées, il y a des séries historiques de patients qui avaient été opérés par lui.

Dès 1970, Maurice Müller, à Berne, a développé la chirurgie prothétique de la hanche en Suisse, puis dans le monde. Pour

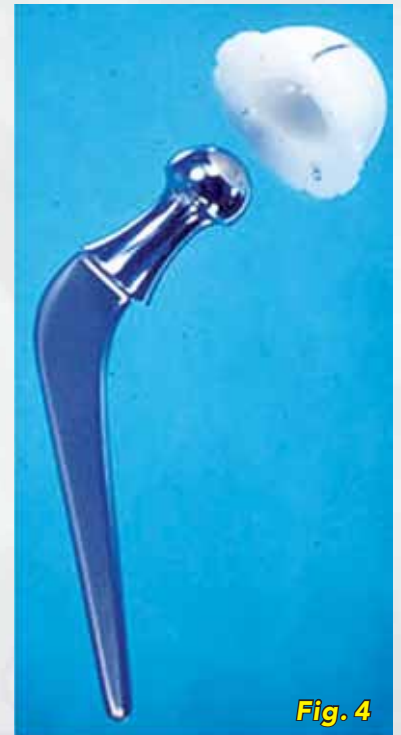


Fig. 4

Prothèse de Charnley





éviter les problèmes de luxation, il a utilisé d'abord une tête métallique de diamètre 32, puis 28. La tige était aussi en acier, monobloc et avait une forme de banane. Sa prothèse est d'ailleurs connue sous le nom de «tige banane». Il a aussi utilisé le polyéthylène pour la cupule et le même ciment que Charnley.

C'est donc à partir du développement des prothèses par Charnley et Müller que cette chirurgie est devenue de plus en plus utilisée dans le monde.

Actuellement, le ciment utilisé est toujours le même et les plastiques utilisés sont toujours du polyéthylène même s'il est travaillé différemment.

Avec les années, de nombreuses formes de tiges cimentées ont été développées, les polyéthylènes ont été modifiés pour devenir plus résistants et on a remplacé les têtes métalliques par des têtes céramiques pour diminuer les problèmes d'usure.

Prothèses de hanche sans ciment

Pour diminuer les risques de descellement et les difficultés liés au cimentage, des prothèses sans ciment ont été développées. Le problème était celui du contact métal-os.

1971

Judet a créé une prothèse avec des surfaces en poro-métal, des sortes de billes dans lesquelles l'os devait s'incruster.

1974

Lord a fait une tige avec une surface madréporeuse, des sortes de billes assez grosses dans lesquelles l'os s'infiltrait. Il y a eu différents modèles de tiges (*figure 5*) et cette prothèse a été assez utilisée en Europe. Malheureusement la tenue se faisait



parfois trop bien distalement et pas assez bien dans la région proximale. Il y a encore des patients qui ont cette prothèse qui a été posée pendant plusieurs années à l'Hôpital Orthopédique.

1977

Engel aux USA a développé une tige recouverte de métal poreux, surnommée actuellement encore porous-coat. Il s'agissait de surface irrégulière, plus fine dans laquelle l'os s'incrétait mieux. Ce concept existe toujours.

1979

Zweimüller en Allemagne et Spotorno en Italie ont dessiné une tige sans ciment, en titane. Ces tiges sont parmi les plus posées en Europe et sont utilisées encore actuellement avec de bons résultats.

Matériaux utilisés actuellement

Les métaux utilisés pour fabriquer les tiges ou les cupules sont principalement des



alliages d'acier et des alliages de titane. Il s'agit toujours d'une substance qui est plus dure que l'os normal avec un module d'élasticité plus grand. Cela peut poser problème, car l'os se modifie avec les années ce qui n'est pas le cas de la prothèse. Il y a donc eu différentes recherches pour se rapprocher de l'élasticité de l'os. Certains ont développé des tiges iso-élastiques en polyacétal, une résine. Cependant les descellements étaient très rapides et le tout a été abandonné.

Les prothèses sans ciment sont toutes (ou presque) en titane ou alliage de titane recouvertes de surface poreuse avec ou sans hydroxyapatite pour améliorer le contact osseux. Les formes ont bien sûr évolué pour se rapprocher le plus possible de l'anatomie et de la répartition des forces.

On a toujours à disposition un alliage de cobalt-chrome-nickel ou de l'inco utilisés principalement pour les prothèses cimentées et un alliage de titane-aluminium-niobium ou titane pur pour les prothèses sans ciment. Les métaux utilisés sont de très bonne qualité et il n'y a quasiment plus de rupture de tige ou de cône.

Le ciment est une sorte de colle à double composant qui permet de faire un bon contact entre la partie métallique d'une prothèse et l'os du patient. Plusieurs essais ont été faits avec différents ciments, même des ciments résorbables. Mais le meilleur reste le polyméthylméthacrylate qui est un polymère de méthylméthacrylate mélangé à du zirconium oxyde de telle façon à ce qu'il soit radio-opaque et du peroxyde de benzoyl et du diméthyltoluidine qui permettent l'activation du durcissement. On mélange les deux composants qui durcis-

sent sous l'effet de la polymérisation en dégageant de la chaleur. Cette chaleur peut poser problème au niveau osseux.

Surfaces de frottement

Pour rappel, nous faisons entre 1 et 2 millions de pas par année, c'est-à-dire de cycles de flexion-extension associés à des rotations. Cela ne peut qu'entraîner une usure du matériel utilisé (Figure 6).

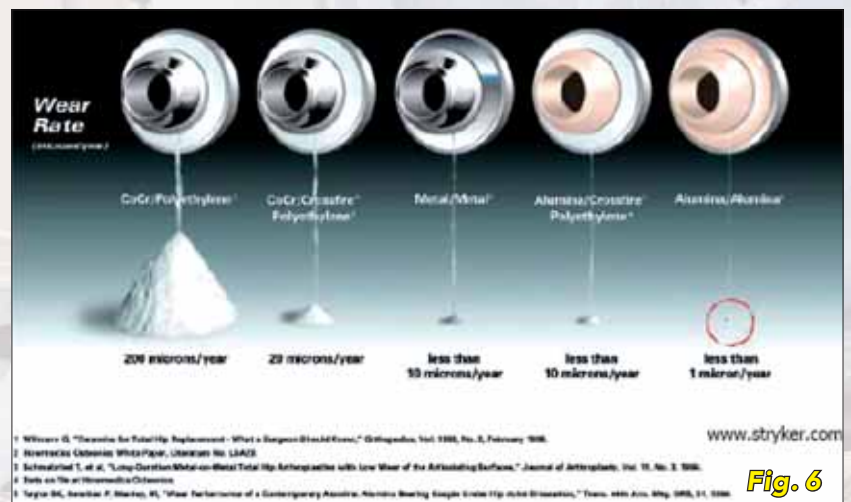


Fig. 6

Les premières prothèses étaient faites d'une tête métallique qui frottait contre une surface de polyéthylène. Assez rapidement l'usure libérait des particules qui entraînaient une réaction à corps étranger, puis un descellement de la prothèse. Il fallait donc chercher d'autres substances.

Le polyéthylène

Différentes tentatives ont été faites pour modifier le polyéthylène, parfois sans succès. Il y a eu des ruptures, des usures précoces.

Actuellement nous utilisons le UHMW qui est un polyéthylène à haute densité. Il est stérilisé aux rayons gamma. Pour l'améliorer, il est chauffé et irradié ce qui modifie sa structure chimique et il est devenu un poly-



éthylène hautement réticulé qui s'use moins. Pour diminuer encore l'oxydation qui se fait dans le corps, récemment des entreprises ont rajouté de la vitamine E dans le polyéthylène.

Le métal

L'acier de chrome-cobalt s'use peu s'il est usiné parfaitement, mais c'est une substance dure. Il est utilisé depuis le début pour la fabrication des têtes, et depuis quelques années pour les cupules.

Les céramiques

La céramique est une substance dure, résistante et peu usable. Elle est obtenue par polymérisation à haute température et est utilisée dans de nombreux domaines. Elle est plus naturelle que le métal ou le polyéthylène dans le corps et fait moins de réactions à corps étranger.

Il y en a deux sortes utilisées en orthopédie: l'hydroxyde d'alumine et le zirconium. Pour en améliorer la qualité, on a maintenant à disposition des mélanges de ces deux substances.

Tête métallique, cupule polyéthylène.

C'est ce qui a été le plus utilisé pendant de nombreuses années (Figure 7). L'usure du polyéthylène est d'environ 0,5 mm/année, ce qui va entraîner passablement de particules (Figure 8). On a pu compter jusqu'à 500'000 particules/pas. Ce couple va être réservé à des patients plus âgés, moins actifs. Il a l'avantage d'être «bon marché».



Fig. 7



Fig. 8

Tête céramique, cupule polyéthylène.

Ce système est aussi très connu, très utilisé (Figure 9). Le taux d'usure est d'environ 0,2 mm/année et il diminue certainement



Fig. 9

encore après 4 ou 5 ans. C'est le système standard qui va durer des années.

Tête métal, cupule métal.

Il s'agit d'une excellente association à condition qu'il n'y ait aucune irrégularité des surfaces de frottement, sinon l'usure sera rapide. Cependant, elle est quand même de quelques micromètres/année. L'usinage doit être parfait (Figure 10). Des ions chrome et cobalt sont éliminés et on a pu mesurer une augmentation de leur taux en nano mol/L de dans le plasma et les urines des patients porteurs d'une telle prothèse. On peut craindre des effets à long terme, des réactions de type allergique, peut-être même chromosomiques. Ce type de surface de frottement est indiqué chez des patients jeunes, très actifs et après s'être assuré qu'il n'y ait pas d'allergie.



Fig. 10

Tête céramique, cupule céramique.

Il s'agit là d'un très bon couple de frottement avec une usure quasiment nulle à condition qu'il n'y ait aucun défaut de position, aucun choc par exemple du cône de la prothèse sur le bord de la cupule (Figure 11). Il faut se rappeler qu'il y a un risque de rupture (1/2000) et que ce n'est qu'assez récemment que les ingénieurs ont pu fixer une cupule en céramique correctement à l'intérieur d'une cupule métallique. Ce type de surface va être réservé à des patients jeunes, actifs.

Diamètre de la tête et de la cupule.

Pour compliquer le choix d'une surface de frottement, il faut encore tenir compte du



diamètre. S'il est élevé, on va augmenter le nombre de particules, effet qui va être contrecarré par l'apparition d'un film liquide entre les deux surfaces qui sera d'autant plus important que le diamètre est grand. La tendance actuelle est donc de fabriquer à nouveau des diamètres plus grands.

Conclusion

Aujourd'hui, une prothèse totale de hanche doit durer bien des années (Figures 12, 13, 14). Le choix d'une surface de frottement va donc être fait en tenant compte de l'âge, du pronostic vital, des activités, des allergies éventuelles de chaque patient et de l'expérience obtenue avec l'utilisation du matériel. La qualité de la fabrication est primordiale. L'expérience personnelle du chirurgien a aussi une grande importance et tout doit être discuté.

Même si la pose d'une prothèse totale de hanche est une intervention fréquente, standardisée, on voit qu'à chaque fois **il faut prendre une décision qui tienne compte avant tout du patient, de son état de santé et de ses activités.** L'opérateur passe un contrat avec lui pour plusieurs années.

Dr T. Pasche

Médecin chef chirurgie orthopédique
et traumatologie – EHC Morges



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 14



Fig. 13



Les traitements conservateurs et chirurgicaux des troubles fonctionnels du plancher pelvien de la femme

Prof. Tit. Sylvain Meyer,
médecin agréé
à l'EHC Morges
et au DGO, CHUV

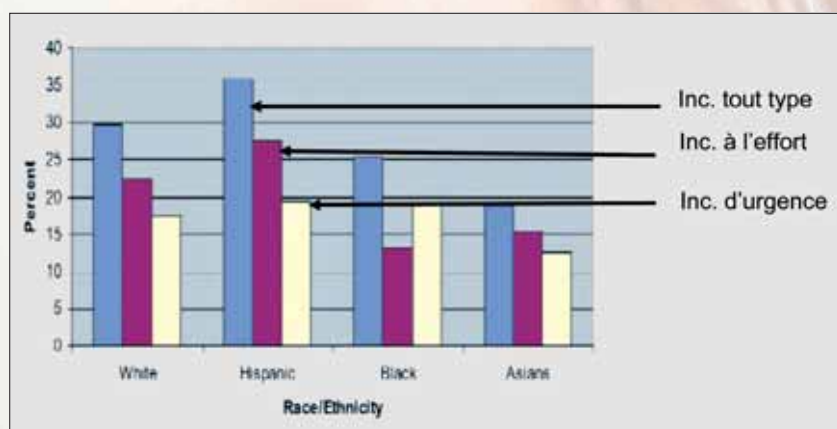
Introduction

Environ 30 % des femmes se plaignent de fuites d'urine incontrôlées occasionnelles et 7 % se plaignent d'une incontinence urinaire sévère. Si l'on considère la fréquence des épisodes hebdomadaires d'incontinence, la population de femmes blanches et hispaniques paraît la plus touchée comparativement à la population de femmes noires et asiatiques qui se trouvent un peu moins fréquemment confrontée à ce problème. (cf graphique 1)

Les troubles statiques (cystocoeles, rectocoeles, prolapsus utérins ou du dôme vaginal) se trouvent chez 40 % des femmes parmi lesquels les gros prolapsus représentent 1.6 %. Toutes les femmes ne sont pas gênées par ces troubles statiques...seules 7-23 % des femmes mentionnent une gêne significative. Une femme parvenant à l'âge respectable de 80 ans a environ 11 % de « chances » de se faire opérer d'un prolapsus ; un tiers de celles opérées sera reprise chirurgicalement pour une récurrence.

4000 femmes sont opérées de prolapsus chaque année en Suisse, ce qui représente des frais de Santé Publique de 15 Mio / année.

Les problèmes **d'incontinence ano-rectale** affectent 5 % des femmes accouchées par voie basse, avec pour ces dernières 1-2 % d'incontinence aux selles solides et liquides...chiffre tout de même important si l'on pense au handicap intime que cela peut représenter pour des femmes jeunes: notre pays a vu en 2010 la naissance de 75 000 nouveaux-nés.....si l'on évalue à 30 % le taux de césarienne, il va rester 52500 femmes accouchées par voie basse...ce qui représente entre 525 et 1050 jeunes femmes par année qui vont souffrir de cette atteinte insupportable à leur vie intime, à





savoir de pertes de selles incontrôlées. (pour la France : environ 7000-14000 femmes par année)

Quant à **l'atteinte de la qualité de la réponse sexuelle**, environ 20 % des jeunes femmes accouchées par voie basse signalent une diminution de la qualité de leur orgasme vaginal...avec pour 3-5 % d'entre elles une disparition presque complète de leur possibilité d'orgasme vaginale ... pourtant présente avant leur accouchement.

Traitement conservateur

La première étape du traitement de l'incontinence est un traitement conservateur : rééducation du plancher pelvien par un physiothérapeute spécialisé.

Trois techniques sont le plus couramment utilisées :

- 1.- travail manuel de la musculature des releveurs de l'anus visant à améliorer la qualité de la contraction
- 2.- Biofeedback: introduction dans le vagin d'une jauge de contrainte qui va calculer et quantifier le degré de contraction de la musculature du plancher pelvien
- 3.- Electrostimulation par application de courants électriques à partir d'une électrode placée au contact de l'épine sciatique dans le vagin, endroit où passe le nerf honteux qui innerve la musculature du plancher pelvien

Un tiers environ des femmes sont complètement guérie de leur problème d'incontinence urinaire à l'effort.

Celles qui ne le sont pas se trouvent être des candidates à une intervention chirurgicale....pour autant qu'elles le désirent... bien évidemment

Traitement chirurgical

1.- de l'incontinence urinaire à l'effort.

Pendant de nombreuses années, le traitement « gold standard » était la **colposuspension selon Burch (Fig. 1)** :

- malade installé jambes écartées, sonde vésicale à trois voies dans la vessie, ballonnet gonflé à 30 ml
- incision de Pfannenstiel, dissection de l'espace pré-vésical et suspension des culs-de-sacs vaginaux au ligament de Cooper
- parfois drain sus-pubien, ou alors sonde vésicale pour 24-48 heures.

Elle peut se faire également par laparos-



Fig.1 - Technique de colpo-suspension selon Burch : suspension des culs-de-sacs aux ligaments de Cooper, après préparation de l'espace pré-vésical de Retzius

copie, voie qui rend l'intervention plus délicate techniquement .

Cette intervention pendant longtemps considérée comme intervention de premier choix a vu sa pratique diminuée depuis 1999 et remplacée par les interventions de bandelettes sous-urétrales.

- Les bandelettes sous-urétrales ont été décrites par Ulmsten vers 1996 :

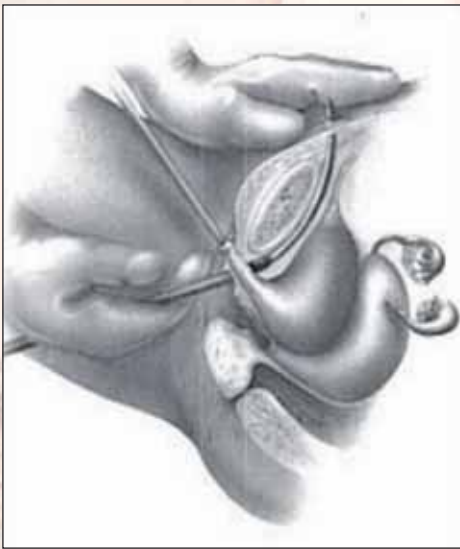


Fig. 2 - Technique de bandelette, type TVT (Trans Vaginal Tape) : passage de l'alène en rasant la face postérieure de la symphyse. La bandelette est enchâssée dans la base de l'aiguille, elle-même connectée à la poignée de guidage.

de l'art. obturatrice...probablement due à des aiguilles trop souples)

Pour cette raison, en 2001 Delorme, chirurgien bourguignon, décrit la technique de **bandelettes sous-urétrales trans-obturatrices** : cette voie qui évite le passage dans le Retzius s'est vite généralisée dans le monde entier : deux voies d'abord sont décrites : la voie dite « de l'extérieur à l'intérieur » et la voie dite « de l'intérieur vers l'extérieur » :

La première était le **TVT (Trans Vaginal Tape) (Fig.2)** :

- patiente installée en décubitus dorsal, jambes soulevées et placées dans les étriers (flexion des jambes : position gynécologique habituelle)
- incision sous-urétrale, tunnellisation paraurétrale et passage de l'aiguille (alène) en rasant la face postérieure de la symphyse pubienne
- sonde vésicale ou drain sus-pubien

Le taux de succès avoisinait les 85 %

Les complications étaient peu nombreuses à l'exception des perforations vésicales (entre 3 et 15 % selon les travaux), généralement sans conséquences... et des hématomes du Retzius, parfois conséquents.

La littérature rapporte cinq cas de complications mortelles dues à des perforations vasculaires iliaques, ou digestives non reconnues.

Le dernier développement technologique s'appelle TVT-Adjust : les aiguilles sont plus fines et plus aisément dirigeables.... néanmoins les complications persistent et d'autres apparaissent (lésion des vaisseaux

- patiente installée en décubitus dorsal, jambes soulevées et placées dans les étriers (flexion des jambes, mais avec une flexion des cuisses de 110 degrés par rapport à la verticale.)
- incision sous-urétrale, passage de l'alène dans les trous obturateurs, réglage de la traction de la bandelette laissée lâche sous l'urètre (env. 6-8 mm)
- pose de sonde vésicale pour 24 heures

Le taux de succès de la technique trans-obturatrice est estimé à 80-85 % de femmes guéries de leur incontinence à l'effort, quelle que soit la technique utilisée.

Les complications liées à la technique « de dehors en dedans » sont essentiellement des plaies de l'urètre. Les douleurs de la racine de la cuisse sont rares (0 – 3 %)

Les complications de la technique « de dedans en-dehors » (bandelette type TVT-O, Trans-vaginal-Type- Obturator) sont pour la plupart des douleurs de la racine de la cuisse au niveau de sa face interne (entre 8 et 20 % !). Elles sont dues au passage de la bandelette au travers de la musculature des adducteurs. Le dernier développement



technologique de cette bandelette est représenté par la bandelette TVT-Abbrevio : il s'agit d'une bandelette plus courte qui passe le trou obturateur sans traverser la musculature des adducteurs. (Fig. 3 et 4).

Techniques de correction de prolapsus de la filière génitale.

Les trois compartiments de la filière génitale peuvent être impliqués dans les defects observés. Ils doivent être TOUS être corrigés dans le même temps opératoire.

1.- Defect antérieur : cystocoele : la correction s'effectue par technique de **colporraphie antérieure** (Fig 5)

- patiente allongée sur le dos, position gynécologique, jambes avec flexion « naturelle », sans hyperflexion de la hanche
- dissection de la paroi vésicale herniée après incision longitudinale de la muqueuse vaginale, enfouissement de la paroi vésicale herniée par des points résorbables, excision de la muqueuse vaginale « en trop » et fermeture

Taux de récurrence : 15-30 %

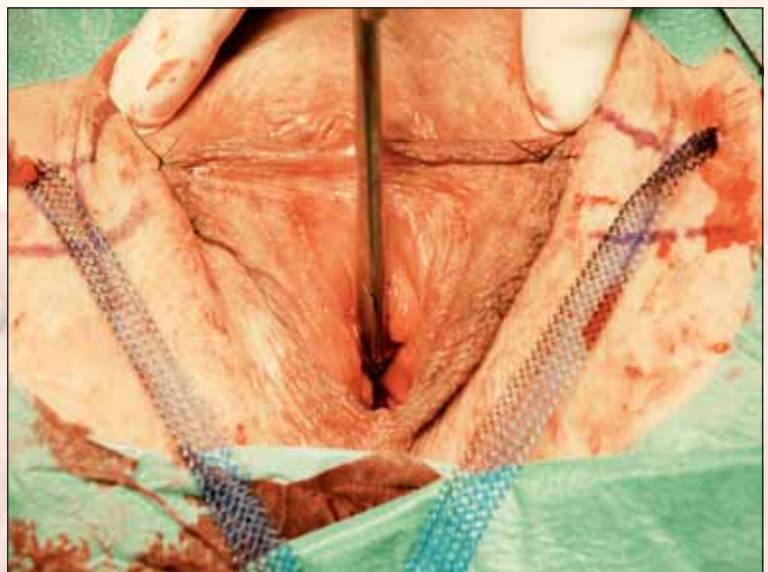


Fig. 3 - Technique de bandelette, type TVT-O, technique « du-dedans-en-dehors » avec extériorisation de la bandelette au-travers de la musculature des adducteurs.

En cas de récurrence, on peut reprendre la patiente en posant un filet : plusieurs marques sont disponibles sur le marché, j'utilise pour ma part le filet Proflift + M à quatre bras (Fig. 6) : ceux-ci sont passés par les trous obturateurs. Les complications inhérentes à cette technique sont pour la plupart des érosions de la muqueuse vaginale (3-8 %... selon les meilleurs opérateurs) ou des rétractions de la bandelette, accompagnée ou non de douleurs nécessitant l'ablation de ce corps étranger.

2.- Defect moyen : prolapsus de l'utérus (hystérocoele) ou du dôme vaginal si la patiente a été hystérectomisée : **hystérectomie vaginale**.

L'installation sur la table est la même que pour la colporraphie antérieure. L'extraction chirurgicale de l'utérus se fait en se glissant entre la vessie et le rectum et en clampant les vaisseaux utérins puis annexiels.

Le dôme vaginal est suspendu aux ligaments sacro utérins qui fixent l'utérus au sacrum (fixation de Mac Call).

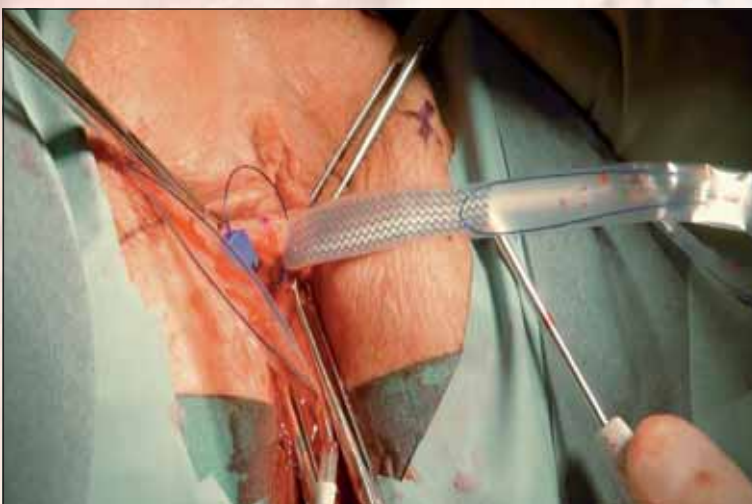


Fig. 4 - Technique de bandelette, type TVT-Abbrevio, technique « du-dedans-en-dehors » avec bandelette plus courte, sans passage au-travers de la musculature des adducteurs (« mid-sling »)

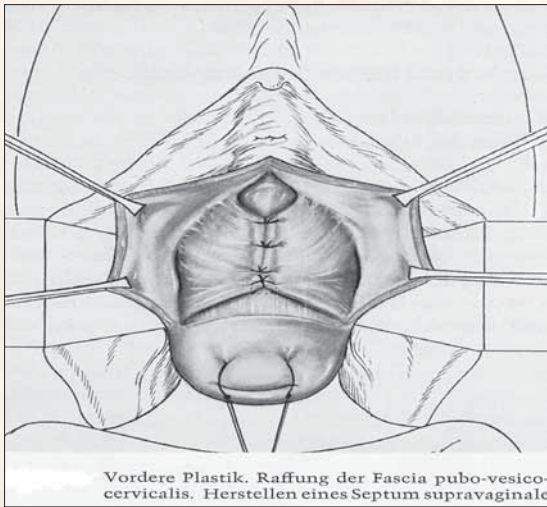


Fig.5 - Correction de cystocoele par voie vaginale : enfouissement de la hernie de la vessie sous des points séparés.

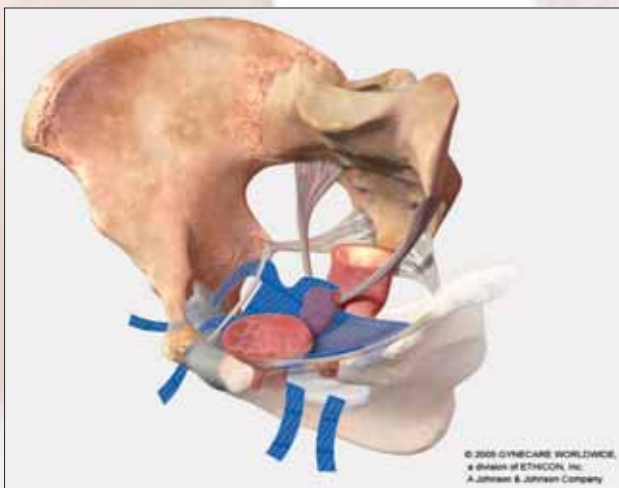


Fig. 6 - Pose de filet Pro-Lift quatre bras, passage dans le trou obturateur. La vessie est ainsi soutenue par le filet.

Si le dôme vaginal après extraction de l'utérus se trouve encore « trop bas » dans la filière vaginale, il faut le remonter et le fixer : cette intervention faite par voie vaginale utilise les ligaments sacro-spinaux sur lesquels le dôme vaginal est ancré par des points de haubanage : c'est l'intervention de **fixation sacro-spinale**. (fig. 7) qui peut être uni ou bilatérale.

Le taux de récurrence se trouve être entre 5 et 10 %

En cas de récurrence, la patiente peut être reprise par laparotomie ou laparoscopie

et le dôme vaginal suspendu au promontoire sacré par une bandelette de polypropylène : on parle de promonto-fixation.

3.- Defect postérieur : rectocoele : la correction se fait par technique de colporraphie postérieure.

L'installation sur la table est la même que pour la colporraphie antérieure.

- Dissection de la paroi rectale herniée après incision longitudinale de la muqueuse vaginale, enfouissement de la hernie du rectum par des points séparés et excision de la muqueuse vaginale « en trop » et fermeture.

Taux de récurrence : 10-15 %

En cas d'incontinence urinaire associée, cette correction chirurgicale des compartiments vaginaux **peut s'accompagner de la pose d'une bandelette sous-urétrale**, préventive d'une incontinence urinaire ultérieure.

En cas d'incontinence anal associée, on peut également procéder à une **plastie sphinctérienne du sphincter externe de l'anus** dans le même temps opératoire.

Cette chirurgie correctrice se termine le plus souvent avec **une cystoscopie de contrôle**

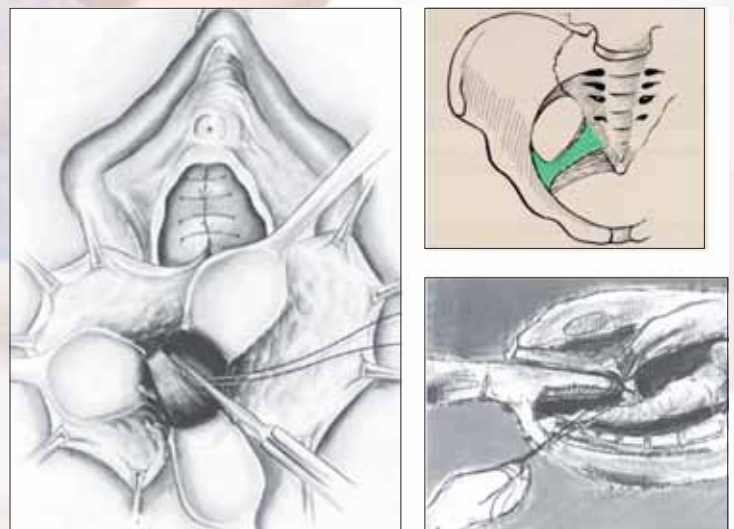


Fig. 7 - Fixation sacro-spinale : le dôme vaginal est haubané par des points passés dans le lig sacro-spinal préalablement disséqué.



Historique de la laparoscopie

La laparoscopie a connu un développement important à partir des années 1970 avec la parution par M.R. Cohen de la monographie « Laparoscopie, culdoscopie et gynécographie, technique et atlas ».

Mais en 1902 déjà, Kelling à Dresde publie un article intitulé « Uber Oesophagoscopie, Gastrosopie und Kolioskopie ». C'est sur un chien que la démonstration de la cœlioscopie est faite et la technique correspond pratiquement à ce qui se fait encore aujourd'hui. Un pneumopéritoine est créé avec une aiguille en insufflant de l'air filtré. Un trocart dans lequel est glissé un cystoscope de Nitze est ensuite introduit, après anesthésie locale, à travers la paroi abdominale. Nitze a inventé le cystoscope en 1878, mais c'est Kelling qui a l'idée de l'utiliser dans une cavité fermée du corps en créant une ouverture artificielle.

C'est Jacobaeus qui, le premier, à Stockholm en 1910 décrit la laparoscopie chez l'humain.

A partir de ce moment, les diverses améliorations se font un peu dans tous les pays, Allemagne, France, Italie, Etats-Unis d'Amérique. L'air est remplacé par de l'oxygène dans un premier temps pour pratiquer l'insufflation. Zollikofer, un Suisse, utilise le CO₂ qui est facilement et rapide-

ment résorbé et ne présente pas de risque d'explosion. La voie d'entrée dans l'abdomen est également testée. La région péri ombilicale reste le meilleur abord car le péritoine est accolé à la paroi abdominale. La voie vaginale est aussi essayée par une dissection du cul-de-sac postérieur du vagin (culdoscopie). Cette approche permet d'examiner très facilement les trompes et les ovaires, mais est limité aux organes génitaux. Le risque infectieux postopératoire est augmenté par cet abord ce qui lui a fait perdre de son intérêt.

De nombreuses dénominations ont été utilisées pour décrire l'inspection de la cavité abdominale et des organes pelviens à l'aide d'une optique : cœlioscopie (Kelling 1902), ventrosopie (Ott, 1901), organosopie (Bernheim, 1911), pelvisopie, péritoéosopie (Orndoff, 1920). Le nom universellement reconnu est laparoscopie pour des raisons d'uniformité et de simplicité.

Une des premières indications de la laparoscopie à grande échelle a été la stérilisation féminine. Celle-ci peut se faire sous anesthésie locale et en ambulatoire. Elle a donc été utilisée comme contraception définitive afin de limiter le nombre de nais-





sances dans les populations à fort taux de natalité et où d'autres méthodes contraceptives étaient difficiles à appliquer. De nombreuses techniques de stérilisation ont été utilisées telles que la coagulation de la trompe près de l'utérus, la coagulation associée à la section et plus récemment par la pose d'anneaux de Yoon (1974) et de clips de Filshie (1981) sorte de petite pincette en titane dont les mors sont recouverts de silicose et qui sont posés sur le tiers proximal de la trompe.

A la fin des années 70, l'électronique amène une nouvelle révolution avec l'utilisation de caméra et de moniteur télévision qui permettent à tout un chacun de voir l'intérieur de l'abdomen et ce qui y est effectué. En effet, précédemment, l'optique directe utilisée ne permettait qu'à l'opérateur de voir le site opératoire et, éventuellement, à un assistant grâce à un assemblage fort compliqué de tubes optiques déviant une partie de la vision de l'optique appelé « voleur ». Cette vision par les diverses personnes présentes en salle d'opération a permis d'avoir une assistance opératoire multiple

de façon active. Les instruments de laparoscopie ont été également développés et diversifiés intensément depuis ce moment-là.

Les interventions pratiquées par laparoscopie ont d'abord concerné les pathologies annexielles, traitement des grossesses extra-utérines, des kystes ovariens, de la stérilité tubo-ovarienne. Dans une lettre à l'éditeur du Lancet en août 1978, Steptoe et Edwards rapportent la naissance de Louise Brown suite à un prélèvement d'ovule par laparoscopie, fertilisation in vitro et réimplantation d'un embryon.

Il faut attendre 1989 pour la première description de l'hystérectomie percoelioscopie par Harry Reich.

Depuis, les indications opératoires laparoscopiques se sont également beaucoup élargies en chirurgie générale. D'abord ce fut la cholécystectomie, puis des résections intestinales, grâce principalement à l'élaboration d'agrafeuses automatiques, thoracoscopies, arthroscopies.

Chaque jour voit naître un nouvel instrument simplifiant l'abord chirurgical laparoscopique et en rendant son application plus facile et plus performante.

La laparoscopie est une technique chirurgicale à part entière qui permet de traiter d'une façon sûre de nombreuses pathologies en diminuant les douleurs post-opératoires, en raccourcissant la durée des séjours hospitaliers et l'immobilisation des patients.



Adresse de correspondance :

Dr Ph. Chenevart,
médecin-chef Maternité, Hnv,
rue d'Entremonts, 1400 Yverdon-les-bains.

Bibliographie à disposition auprès
de l'auteur.



Il y a déjà fort longtemps, Patricia, votre présidente, m'a demandé d'écrire « quelque chose sur ce que tu as fait en mission, quelque chose sur l'Humanitaire ».

Je n'aime pas m'exposer sur ce que je fais ou vis, et encore moins, écrire...

Mais, les tournants que prennent en ce moment certains pays du Monde Arabe, leur lot de victimes, leur violence, mais aussi leurs images d'espoir et de désespoir, de peine et de joie, de justice et d'injustice, me poussent comme si c'était le destin, à finalement accéder à sa demande. Parler de « qqch sur ce que j'ai fait en mission, ou qqch sur l'Humanitaire. ».

J'aimerais pouvoir expliquer ce que cela me fait de voir, de lire ou d'entendre, ce qui se passe en Lybie, en Tunisie, en Egypte, au Bahrain, etc... d'autant plus que les principales organisations humanitaires mais aussi les puissances de ce monde réagissent et appellent à grands cris l'ensemble du monde à aider les peuples victimes des ces changements radicaux.

Tout comme les périodes du Tsunami ou du tremblement de terre en Haïti, les images,

les mots, les commentaires de ce qui se passe aujourd'hui dans le monde arabe, me touchent à un degré tel, qu'il m'est presque inconcevable de passer à quelque chose d'autre, dès la fermeture du journal, l'extinction de la TV ou de la radio...

Je me suis rendu compte que je ne pouvais pas passer outre tout cela sans développer un sentiment de culpabilité si je restais dans ma routine, à vivre en spectateur, sans en fait réagir directement.

Bien sûr, il y a différentes manières de réagir et d'aider. Les unes plus louables que les autres. Les unes plus efficaces que les autres. Et nous faisons tous ce que nous pouvons.

Mais j'ai touché un jour à ce monde humanitaire et depuis lors, je sais que je peux « en faire plus », simplement parce qu'un jour, je me suis décidé, je me suis engagé et je suis parti pour ma première mission.

Afghanistan 1991. Guerre civile. Engagé en tant que « Ward Nurse » (infirmier soins généraux de service ou d'étage), j'ai vite vu que la disponibilité, l'adaptation, le sens





commun étaient des valeurs-clé, au regard du CICR. Ainsi, après quelques semaines de travail aux Soins Intensifs de l'hôpital du CICR pour les blessés de guerre à Kaboul, je suis devenu « Field Nurse » (infirmier terrain, aujourd'hui nommé Délégué Santé ou Délégué Médical).

Si à l'époque, en Suisse, il était risqué de partir en Afghanistan, le fait de partir sur le terrain hors capitale tenait de la folie pour les expatriés de Kaboul...

Je n'ai jamais regretté ce choix, car c'est de ce choix que j'ai pu vraiment voir les conditions essentielles à toute personne qui s'engage dans l'aide humanitaire...

Polyvalence, capacité d'adaptation, tolérance, sens commun, etc... des termes qui prennent tout leur sens en humanitaire.

D'un hôpital en zone conflictuelle où l'on soigne avec les moyens du bord, en tant qu'infirmier en soins généraux ou en soins intensifs, j'ai été appelé sur le terrain loin de Kaboul et de toute infrastructure hospitalière, à faire des petites interventions d'urgence, à former des ex-moudjahidines aux soins chirurgicaux, anesthésiques, aux soins d'urgences, à diagnostiquer et décider de l'urgence de transport vers l'hôpital CICR en territoire gouvernemental, à m'occuper des ressources humaines dans des postes de premiers secours sur territoire rebelle, triage, etc.

Adaptations aux us et coutumes, pour parler, négociations avec les autorités locales, religieuses et militaires, évaluations de certaines zones en terme d'accès aux soins, visites-santé de personnes emprisonnées, évacuations de blessés sur le champ de bataille, soins et suivis de soins, rapports aux



coordinateurs médical, terrain et sécurité du CICR, etc... ont été certaines des activités que j'ai dû mener en Afghanistan.

Mais il m'en attendait bien d'autres plus tard.

Somalie 1992. CICR. Guerre civile Autres dispositions... Autres disponibilités. Engagé d'abord comme Ward Nurse, il s'était vite avéré que la situation précaire ne permettait pas de poursuivre les activités de l'hôpital de Keysaney à Mogadiscio. D'où, évacuation du personnel expatrié et changement d'affectation pour moi. Des soins infirmiers, je passais à faire des évaluations sanitaires sur le terrain en tant que Field Nurse.

Ces deux premières missions ont été des plus décisives dans ma carrière. En effet, je me suis retrouvé plus d'une fois à ne compter que sur moi et sur mes connaissances d'infirmier soins généraux, soins intensifs.

Il me manquait énormément de choses...

Plus d'une fois je me suis trouvé dépourvu face à la douleur extrême de blessés, frais amputés par l'explosion d'une mine, récemment touchés par un éclat de roquette ou blessés par balles... Peu de matériel, peu de médicaments et surtout peu



ou pas d'expérience, de connaissances quand il s'agissait d'antalgie, ou d'anesthésie... Car parfois, il aurait fallu vraiment anesthésier certains blessés...

De ces expériences, m'est venue la décision de me former en anesthésie.

Congo-Brazzaville et Rwanda 1998, CICR. Guerre civile. Délégué Santé pour la région sud Congo-Brazzaville. Au départ, ma mission a commencé par le rapatriement de blessés de guerre de Kinshasa, capitale du Congo RDC à Brazzaville, capitale de la République du Congo, sur des navettes ou les ferrys loués par le CICR.

Ensuite, la situation sanitaire de Brazzaville étant précaire, les Délégués Santé, dont je faisais partie, durent évaluer, puis assister certains centres de santé de la capitale, ainsi que plus tard de plusieurs villes du sud du pays. L'assistance était basée sur des remises en état des structures des bâtiments, voire de reconstructions, d'une tenue des comptes et des ressources humaines de ces centres ainsi que d'approvisionnement en matériel sanitaire et médicaments. Plusieurs négociations avec les autorités sanitaires et politiques durent être menées pour en arriver à finaliser certains projets.

Adaptation, diplomatie et sens commun ont été les points importants dans ce genre de mission.

Alors que je commençais à me sentir plus à l'aise dans le contexte, le CICR m'envoyait au Rwanda.

Pour la première fois, il me fallait travailler en tant qu'anesthésiste sans le confort d'avoir un médecin avec moi... J'avais bien



dit que je n'étais qu'infirmier, non médecin, mais la réponse fut, « nous n'avons pas de médecins et on a besoin de quelqu'un qui puisse faire des anesthésies générales »...

C'est ainsi que j'ai fait mes premiers pas dans l'humanitaire en tant qu'anesthésiste.

Depuis, j'ai été engagé par le CICR et MSF, en tant que tel, pour des missions d'urgence, soit pour des évaluations de structures ou de zones sanitaires touchées par le conflit en cours, soit pour agir directement sur les blessés ou patients.

Congo RDC, Bunia 2003, Anesthésiste, MSF
Congo RDC, Bunia 2004, Anesthésiste, MSF
Somalie, Belet-Weyne, 2008, Anesthésiste, MSF
Congo RDC, Goma, 2009, Anesthésiste, CICR
Haïti, Léogane, 2010, Anesthésiste, MSF

Ces missions ont toutes été différentes les unes des autres... Pour plusieurs raisons : causes des conflits, périodes de conflits, sécurité personnelle, rôles tenus, longueur des missions, etc.

Certaines de mes missions ont été plus intenses que d'autres. Plus risquées que



d'autres. Plus courtes ou plus longues que d'autres.

Mais ce n'est ni la durée ni la prise de risque qui pourrait laisser présager de l'intensité ressentie après telle ou telle mission.

culpabilise... Je sens bien ce que ces mots, ces images ou ces sons veulent dire... Ils me renvoient à un vécu. Triste, terrible, teinté de moments magnifiques et émouvants. Tout dépend.



Mais que ce soit pour le Tsunami, Haïti, l'une de mes missions, ou les récents événements qui viennent du Monde Arabe, quelque chose m'appelle. Et ce quelque chose est de savoir que je peux en faire plus que de rester chez moi à recevoir ces mots, ces images ou ces paroles.

Mais il est vrai que l'on ne peut faire ce que l'on voudrait, tout le temps... Pour diverses raisons.

Ainsi, Haïti, la plus courte de toutes, a été une de celles qui m'ont touché le plus. Serait-ce parce que pour la première fois, j'étais engagé pour une urgence de catastrophe naturelle ? Peut-être...

Peut-être aussi que je m'implique de plus en plus dans le ressenti de la misère, que plus je pars, plus je ressens...

Alors parfois, il faut aussi savoir ronger son frein tout en sachant que l'on va repartir un jour.

Alors qu'est ce que cela me fait de voir tout ce qui se passe dans le Monde Arabe ces jours-ci... ?

C'est assez simple. Non seulement j'y pense constamment mais je peux dire que ce ne sont plus des gens que l'on me renvoie par papier, par image ou par sons... mais bien du ressenti de misère et de souffrance. Et c'est pourquoi, je





9^e Journée d'information et programme



9^e Journée d'information • Programme

Samedi 24 septembre 2011

Grand Hôtel des Bains - **1892 Lavey-les-Bains**

Journée gratuite pour les membres de l'AAtSSO
Fr. 90.- pour les personnes non membres

Inscription auprès de ASASO – CP 2212 – 1110 Morges
ou par email: asaso@asaso.ch

8h 15

Arrivée, café croissants

8h 45

Accueil, bienvenue

9h 00

Ostéosynthèses DCP LDCP
Dr Eudier A. et Maison Synthes

11h 30

Assemblée Générale ou apéritif pour
nos invités

12h 15

Buffets froid, chaud et desserts

13h 30

Agrafeuses intestinales
Monsieur Denis Martin Maison Ethicon

16h 00

Bains, sauna et hammam



Souvenirs en photos de cette journée





Bulletin d'inscription AAtSSO

Cotisation annuelle : 30.–

Madame

Monsieur

Nom

Prénom

Adresse

NP/Localité

Tél. privé

Email

Fonction

Tél. prof.

Employeur

NP/Localité

Date

Signature

AAtSSO - CP 2212 MORGES 2 - www.asaso.ch

rega 



Nos équipes d'intervention.
En formation permanente
pour vous porter secours.

www.rega.ch



**Imprimerie
de Marcelin**

PAO

Typo - Offset

Z.I. Riond-Bosson 13 • 1110 Morges 1 • Tél. 021 801 82 96
www.imprimerie-marcelin.ch • imprimerie.marcelin@span.ch

IMPRESSION NUMÉRIQUE !

Ce n'est pas qu'une impression!

