



Editorial de M. Nouhoum Toukara, Trésorier de la FATO

*Pendant la trentaine d'années dans le domaine de la réadaptation fonctionnelle et en particulier de l'appareillage Orthopédique, j'ai constaté que beaucoup de centres en Afrique ont des difficultés à se développer. Cet éditorial est une opportunité offerte par la FATO afin de partager modestement une analyse de la situation de notre profession.....*

**PORTRAIT**

Cette rubrique de Fato Info présente à ses lecteurs M. Armand Auguste CONOMBO, Orthoprothésiste Burkinabé travaillant dans l'humanitaire.

P 15



LA CARTE FATO AFRIQUE

**PARTENARIAT**

\* PARTICIPATION DE LA FATO AU CONGRES DE ISPO A LYON EN JUIN.  
 \$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$

RENCONTRE DE LA FATO AVEC ISPO SA A LYON

P 16

**ENTRE NOUS**

- BENIN
- NIGER
- MADAGASCAR
- RDC

P 10-14

**DOSSIER TECHNIQUE**

EFFET DE LA KINESITHE-RAPIE RESPIRATOIRE CHEZ LES ADULTES LAPAROTOMISES  
 \*\*\*\*\*  
 RESPIRATORY PHYSIO-THERAPY EFFECT ON LAPAROTOMIZED ADULTS

P 6-8

**ACTUALITES**

\* Abonnez-vous à ISPO  
 \*\*\*\*\*  
 PROCHAIN CONGRES DE LA FATO A LOME AU TOGO DU 22 AU 25 AOUT 2015

P 20

**& ANNONCES**

**English ROOM English**

- Editorial:
- News:
- Focus:

P 22-37

**LE POINT SUR**

L'INAUGURATION DE L'ORGANISATION AFRI-CAINE POUR LE DEVELOP-PLEMENT DES CENTRES PR PERSONNES HANDICAPEES (OADCPH)

P 9

**& DECOUVERTES**

**ottobock.**

An Ottobock Group Company  
**Jos america**

## Health, safety and reliability

Optimal working conditions ensure an efficiency increase in your workshop

# SOMMAIRE

# SOMMAIRE

*Editorial .....P 5*  
*Dossier technique ..... P 6-8*  
*Le Point sur ..... P 9*  
*Entre nous ..... P 10-14*  
*Portrait ..... P 15*  
*Partenariat .....P 16-17*  
*Actualités et Annonces .....P 18-19*  
*English Room .....P 23-38*

BONNE LECTURE

BONNE LECTURE

BONNE LECTURE



*Directeur de Publication*  
*Masse NIANG*  
*Rédacteur en Chef*  
*YE Nayé*  
*Secrétaire de rédaction*  
*Mme DAGAWA Gisèle*  
*06 BP 9882 Ouagadougou 06*  
*Tel/Fax: (226) 25 38 77 41*  
*fato@fatoafrique.org*  
*www.fatoafrique.org*  
*Contributions: Bénin, Burkina Faso, France*  
*Madagascar, Niger, RDC, Togo,*



## CR ÉQUIPEMENTS SA

### ORTHOPAEDIC QUALITY PRODUCTS FOR EVERYONE

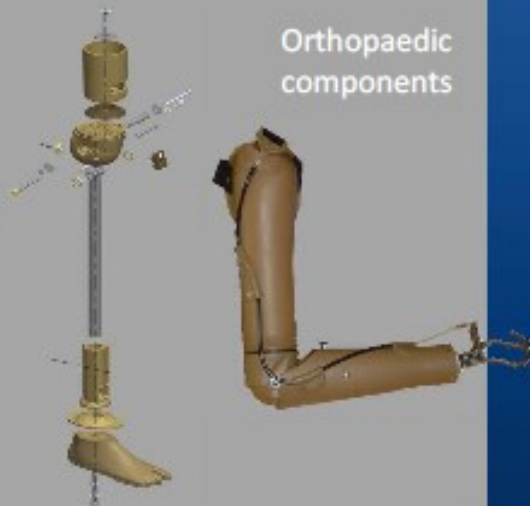
Founded in 1987 near Geneva, Switzerland, CR Equipements manufactures high quality, appropriate and cost effective orthopaedic and prosthetic components based on the polypropylene technology developed by the International Committee of the Red Cross (ICRC).

### PRODUITS ORTHOPEDIQUES DE QUALITE POUR TOUS

Fondée en 1987 près de Genève, en Suisse, CR Equipements fabrique des produits orthopédiques et prothétiques de qualité, appropriés et économiques basés sur la technologie du polypropylène, développée par le Comité International de la Croix Rouge (CICR).

Our components for prostheses and orthoses are available in a wide range. They cover all anatomical levels and are based on sound biomechanical principles. Our lower limb prosthetic assembly complies with ISO standard 10328 and is CE labelled.

Nos composants pour prothèses et orthèses sont disponibles dans une large gamme. Ils couvrent tous les niveaux d'amputation et reposent sur de solides principes biomécaniques. Notre système prothétique pour membres inférieurs est conforme à la norme ISO 10328 et porte le marquage CE.



Orthopaedic components

We develop and supply robust and economical machines and tooling for the orthopaedic centers. We also deliver, polypropylene and EVA foam sheets.

Nous développons et fournissons des machines et des outillages robustes et économiques pour les centres orthopédiques. Nous livrons aussi des plaques en polypropylène et en mousse alvéolux.

### Machines, tooling and raw materials



The NGO OADCPH, based in Lomé, Togo, is our partner for Africa. They keep an important inventory to satisfy rapidly your needs of CR Equipements products

L'ONG OADCPH, basée à Lomé, au Togo, est notre partenaire pour l'Afrique. Elle garde un stock important pour répondre rapidement à vos besoins en produits CR Equipements.

CR Equipements SA  
5, Place de la Gare  
1296 Coppet, Switzerland

SWISS  MADE



Tel +41 22 354 81 81  
info@crequipements.ch  
www.crequipements.ch

## Difficultés de développement des Centres d'Appareillage Orthopédique en Afrique (cas du Mali)

Pendant la trentaine d'années dans le domaine de la réadaptation fonctionnelle et en particulier de l'appareillage Orthopédique, j'ai constaté que beaucoup de centres en Afrique ont des difficultés à se développer. Cet éditorial est une opportunité offerte par la FATO afin de partager modestement une analyse de la situation de notre profession.



### Au niveau des Politiques nationales de santé.

Même si un nombre important d'Etats africains ont ratifié la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées, il reste que la mise en application n'est pas effective. Ce constat a été fait au cours des congrès organisés par la FATO en Tanzanie et en Côte d'Ivoire. Ensuite, la double tutelle des centres, entre ministères (Santé et Développement Social/ Affaires Sociales) dans un même pays impacte sur le développement de la réadaptation fonctionnelle.

### Au niveau des Ressources humaines.

Le constat aujourd'hui est l'insuffisance de ressources humaines presque dans tous les centres malgré l'existence des écoles de formations au Togo, Tanzanie et d'autres au Maghreb. L'augmentation du taux de prévalence des personnes handicapées due aux guerres, diabète, accidents traumatiques. Un personnel vieillissant et qui arrête le travail pour des raisons quelconques sans être souvent remplacé. A cela, s'ajoutent l'insuffisance des compétences due à l'inexistence de niveau 1 dans plusieurs pays et le manque de formations continues.

### Au niveau de l'approvisionnement en matières premières importées.

Aujourd'hui, malgré l'opportunité d'approvisionnement en matières premières importées offerte par l'Organisation Africaine pour le Développement des Centres pour Personnes Handicapées (OADCPH) basée à Lomé et la représentation de PROTEOR à Ouagadougou, les centres ne parviennent toujours pas à s'approvisionner. Cette situation s'explique par un manque d'organisation et une gestion inadéquate.

### Au niveau environnement de travail.

Beaucoup de centres sont logés dans des espaces réduits ne respectant pas souvent les normes internationales. Surtout les centres de provinces sont les plus souvent logés à proximité de la morgue ou service contagieux ou dans des bâtiments abornés et réhabilités. C'est ce qui justifie souvent la méconnaissance des prestations fournies par les techniciens par les responsables qui dirigent le service.

### Au niveau motivation du personnel

Le personnel de réadaptation ne bénéficie pas de motivations à la hauteur de leurs souhaits comme d'autres travailleurs du même service. Qui a jamais appris qu'un technicien orthoprothésiste a reçu une distinction de médaille de mérite nationale ?

### La qualité des soins.

La Vétusté, l'insuffisance et le manque des petites machines, outillages et équipements font que la qualité des soins fait défaut. Rares de centres ont pu réparer des vieilles machines par manque de pièces de rechanges ou acheter des machines neuves.

Tant que tous ces éléments ne sont pas réunis, le développement des Centres d'Appareillage Orthopédique en Afrique serait difficile. C'est pourquoi j'adhère cette pensée de GOGUE, (J., P., 1997, Management de la qualité [WWW.2.unil.ch](http://WWW.2.unil.ch)) qui dit que, pour être à l'écoute de la voix du client, il faut la maîtrise des facteurs "M" affectant la qualité. Ces facteurs sont entre autres ; les Matériaux, la Main d'œuvre, le Matériel (Machines), le Milieu de travail, les Méthodes de travail, le Management (culture d'entreprise) et les Moyens financiers.

Merci pour cette lecture

### Contact:

*NOUHOUM dit BABA TOUNKARA*

[nouhoumtoukara@yahoo.fr](mailto:nouhoumtoukara@yahoo.fr)

## EFFET DE LA KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE CHEZ LES ADULTES LAPAROTOMISES

A propos de 36 cas recensés  
au CNHU-HKM de Cotonou

Derra B1, Kpadonou GT1, Mehinto D2, Alagnide E1, Padonou N2.

### Introduction

Les laparotomies perturbent la mécanique ventilatoire prolongeant de ce fait le séjour hospitalier des opérés en fonction entre autres du type de laparotomie [1, 2, 3].

Dans le cadre de ce travail, nous faisons l'hypothèse selon laquelle, la rééducation respiratoire contribuerait à une amélioration précoce de la mécanique ventilatoire chez les opérés de l'abdomen [4,5,6].

Nous abordons ce travail avec pour objectifs, de déterminer les perturbations respiratoires chez les patients opérés de l'abdomen, de déterminer les types d'intervention les plus génératrices de perturbation ventilatoire, d'évaluer l'apport de la kinésithérapie respiratoire chez les patients adultes ayant subi une laparotomie au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou.

**Cadre d'étude :** l'étude s'est déroulée au CNHU-HKM dans 4 services à savoir :

- la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A (CUCV A)
- la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale B (CUCV B)

le Service Médical d'Accueil des Urgences (SMAU)

le Service Polyvalent d'Anesthésie et de Réanimation (SPAR)

**Matériel d'étude :** le matériel utilisé pour notre étude a été :

- le spiromètre pour l'évaluation de la fonction respiratoire
- le spiromètre incitatif pour la rééducation ventilatoire

**Méthode d'étude :** nous avons mené une étude prospective, transversale et descriptive sur 3 mois allant du 12 avril au 12 juillet 2005 portant sur 36 patients adultes ayant subi une laparotomie, retenus sur les critères suivants :

- *Critères d'inclusion*

Tous les malades adultes (ayant au moins 18 ans) admis au SMAU pendant la période d'étude, chez qui une laparotomie a été réalisée et ayant bénéficié d'une évaluation des fonctions respiratoire avant et après laparotomie.

- *Critères d'exclusion*

Ont été exclus de cette étude, les patients ayant une insuffisance respiratoire documentée ou manifeste, les patients décédés en per ou en postopératoire avant la récupération des capacités respiratoires, les patients avec altération de l'état de conscience ou de l'état général empêchant l'exécution des gestes de rééducation respiratoire et d'utilisation du spiromètre.

Nous avons exclu aussi les interventions réalisées sous une anesthésie autre que l'anesthésie générale. Les cas d'appendicectomie ordinaire ont été volontiers exclus car très peu démonstratifs.

### Description des techniques

#### *Description de la technique d'évaluation de la fonction respiratoire*

L'embout du spiromètre est placé dans la bouche du patient à qui nous demandons de bien serrer les lèvres pour éviter les fuites. Toujours pour éviter toute fuite d'air par le nez, nous utilisons un pince-nez ou la pince pouce-index pour serrer le nez du patient. Ce dernier est en position demi-assise ou assise.

Nous lui donnons les consignes suivantes : « gonflez les poumons à fond » puis « soufflez le plus vite et le plus fort possible ». L'inspiration est lente mais, surtout, la plus profonde possible. L'expiration est brutale et rapide. Les paramètres mesurés ont été : la CVF et le VEMS, le rapport de Tiffeneau et le débit expiratoire de pointe (DEP). Les valeurs sont affichées en fonction de l'âge, du sexe, du poids et de la taille pour chaque patient. Nous demandons au patient d'effectuer trois essais et nous sélectionnons la meilleure performance.

#### *Techniques de rééducation respiratoire*

##### *1. Les techniques de désencombrement bronchiques*

\* Le drainage postural

\* Les pressions manuelles thoraco-abdominales : elles consistent en une aide expiratoire externe par pression manuelle sur la cage thoracique et / ou l'abdomen d'un patient.

- \* L'expiration forcée.
- \* L'expiration lente : L'expiration lente totale à glotte ouverte en coucher latéral (ELTGOL).
- \* Le drainage autogène

### 2. Techniques de rééducation ventilatoire:

Patient assis ou demi assis, nous lui demandons d'expirer, ensuite d'inspirer par la bouche lentement, jusqu'à remplir complètement ses poumons (CPT), soutenir deux à trois secondes avant d'expirer. Les consignes données au patient sont : « prenez de l'air » ou « gonflez » puis « stop, soufflez ». Cet exercice est répété 10 fois par séance.

### 3. Techniques de ventilation abdomino-diaphragmatique

Nous positionnons le malade en décubitus dorsal, sur un plan horizontal ou légèrement redressé. Les membres inférieurs sont fléchis sur un coussin pour détendre la paroi abdominale et faciliter la course phrénique. Un coussin sous la tête positionne le rachis cervical en légère flexion pour diminuer la participation des muscles inspireurs accessoires agissant sur la partie supérieure du thorax.

Consignes au malade : « inspirez par le nez », « soufflez par la bouche, lèvres entrouvertes », « rentrez le ventre », « gonflez le ventre » ; puis en association : « rentrez le ventre et soufflez par la bouche », « inspirez par le nez et gonflez le ventre ». Nous pouvons aider le malade à mieux percevoir le mouvement respiratoire par des applications manuelles franches, sans entraver le mouvement respiratoire dans un but d'incitation et de stimulation.

### Collecte, traitement et analyse des données

Les données ont été recueillies auprès des malades avant et après l'opération et également dans leurs dossiers médicaux. Le support de collecte de données a été une fiche de dépouillement et les dossiers cliniques.

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info 6. Le test statistique utilisé a été le chi-carré.

### Considérations éthiques

Nous avons obtenu le consentement éclairé des patients avant de les inclure dans l'étude. La confidentialité des données a été garantie par la préservation de l'anonymat sur les dossiers. La sécurité des patients a été assurée par l'utilisation d'embouts jetables.

### Résultats

Avec ce travail, nous sommes parvenus aux résultats suivants :

- \* La moyenne d'âge de la population a été de 42 ans avec des extrêmes de 18 ans et 82 ans.
- \* Nous avons noté une prédominance des femmes : 61,1 % avec une sex-ratio égale à 0,64.

\* Parmi les 36 patients, 35 soit 97,2 % ont été opérés sous anesthésie générale.

\* On constate que 24 patients soit 66,7% des cas ont subi une laparotomie médiane.

\* Chez 63,9 % des patients, la rééducation respiratoire a débuté le 1<sup>er</sup> jour post-opératoire.

\* Il a été pratiqué 4 séances de rééducation respiratoire chez 52,8 % des patients et 5 séances chez 47,2 % des patients.

\* En 5 jours au plus tard, tous avaient une fonction abdominale normale.

\* Avant l'intervention, pour 15 patients, malgré la maladie, le VEMS est resté normal ;

\* En post-opératoire avant le début de la rééducation, seul 1 des 15 patients qui avaient leur VEMS normal avant intervention a conservé une valeur normale. Le VEMS des 14 autres est devenu anormal après l'intervention.

\* A la dernière séance de la rééducation, des 35 patients, 34 ont récupéré soit 97,2% des cas.

\* Avant l'intervention la CVF, de 15 patients, soit 41,7% des cas, est restée normale malgré la maladie.

\* En post-opératoire avant rééducation, tous les patients avaient une CVF anormale.

\* A la dernière séance de rééducation respiratoire, 32 patients ont récupéré soit 88,9 % des cas.

### Discussion

L'âge moyen de notre population d'étude a été de 42 ans. Il s'agit alors de patients relativement jeunes, des patients en âge de travailler, donc appartenant à la population active. Ce jeune âge de notre échantillon peut également s'expliquer entre autre par le fait que la population béninoise est jeune.

Nous avons noté une prédominance du sexe féminin(61,1%). Or la représentativité prédominante des femmes dans la population béninoise n'est pas aussi considérable que ce qui ressort de notre étude. On peut donc conclure que les femmes sont plus enclines à la laparotomie que les hommes En effet, en dehors des pathologies susceptibles d'être opérées chez le genre humain, la femme s'ajoute celles qui affectent l'utérus et les annexes.

Le mode d'anesthésie a été pour la plupart des patients (97,2%), l'anesthésie générale. Or l'anesthésie générale est déjà en elle-même cause de perturbation de la cinétique ventilatoire [7]. Selon **Hatton** et al. [8], la phase de réveil après anesthésie générale est caractérisée essentiellement par une dépression respiratoire. Cela explique en partie la baisse considérable du VEMS et de la CVF en post-opératoire immédiate chez nos patients.

Malgré cette participation reconnue de l'anesthésie générale à la dépression ventilatoire, la voie d'abord chirurgical semble jouer un rôle très déterminant.

En effet, parmi les voies de laparotomie utilisées, la médiane entraînant une lésion des muscles respiratoires reste la plus traumatisante [9].

Parmi les 36 cas, 24 patients soit 66,7% des cas ont subi une laparotomie médiane.

Chez 63,9% des patients, la rééducation respiratoire a débuté le 1<sup>er</sup> jour post-opératoire toute cause et voie d'abord confondues.

Les 36,1% autres patients chez qui nous n'avons pas pu commencer la rééducation respiratoire dès le premier jour post-opératoire étaient soit en mauvais état général, soit porteurs de sonde naso-gastrique ou de sonde d'intubation trachéale. Tous ces facteurs constituent un véritable handicap à l'application de la kinésithérapie respiratoire.

Le nombre de séances de rééducation respiratoire nécessaire pour la récupération de la fonction respiratoire ont été de 4 ou 5. Cela montre bien que peu de séances de kinésithérapie respiratoire suffisent pour normaliser la fonction respiratoire après laparotomie.

La normalisation de la fonction respiratoire suppose la normalisation des paramètres ventilatoires. En effet, le VEMS et la CVF sont abaissés en post-opératoire avant le début de la rééducation respiratoire chez tous les patients. Ces perturbations ventilatoires observées en postopératoire peuvent être mises sous le compte de plusieurs facteurs :

- L'anesthésie générale [10]
- L'incision (plaie chirurgicale abdominale) qui est responsable d'une sidération des muscles abdominaux et d'une modification des volumes pulmonaires.
- La proximité de l'incision avec le diaphragme [9, 11].
- La modification des volumes pulmonaires [4].
- La modification des mouvements thoraco-abdominaux due à la contusion et à la sidération des muscles (abdominaux) respiratoires concernés par l'incision à la modification des régimes de pression de part et d'autre de la membrane diaphragmatique.

Malgré cette baisse des paramètres ventilatoires, nous avons observé une récupération de 97,2% pour le VEMS et 88,9% pour la CVF au plus tard en 7 jours post-opératoires.

Or selon la littérature, sans rééducation respiratoire, la récupération de la fonction respiratoire est lente et se fait en 15 jours post-opératoires dans les laparotomies sus-ombilicales et en 7 jours post-opératoires dans les laparotomies sous-ombilicales.

Ces résultats ont été confirmés par une étude menée cas témoin par Kpadonou et al. [12] qui ont mis en exergue le rôle important de la kinésithérapie respiratoire post opératoire dans la récupération rapide de la fonction respiratoire.

## Conclusion

Les laparotomies compromettent la fonction respiratoire. Il apparaît à travers ces études que la kinésithérapie respiratoire a permis l'amélioration rapide des capacités ventilatoires et de la fonction abdominale chez les patients ayant subi une laparotomie. Cela pourrait permettre un raccourcissement du séjour hospitalier. Il est à noter que la complexité des contextes cliniques, la variété des voies d'abord, les types d'interventions chirurgicales et les anesthésiques utilisés exigent du kinésithérapeute des compétences élevées et spécialisées pour être un allié accepté de l'équipe médicochirurgicale.

## Références

1. Bellinetti LM, Thomson JC. Respiratory muscle evaluation in elective thoracotomies and laparotomies of the upper abdomen. *J Bras Pneumol* 2006; 32(2):99-105.
2. Brooks JA. Predictors of postoperative pulmonary complications following abdominal surgery. *Chest* 1997; 111: 564-7.
3. Barbalho-Moulim MC, Miguel GP, Forti EM, César Mde C, Azevedo JL, Costa D. Silicone-ring Roux-en-Y gastric bypass in the treatment of obesity: effects of laparoscopic versus laparotomic surgery on respiration. *Obes Surg* 2011; 21(2):194-9.
4. Chanussot J-C. Kinésithérapie respiratoire: pathologie pulmonaire. 2<sup>e</sup> Edit. Masson, Paris 1993:45- 60.
5. Rothen HU, Neumann P, Berglund JE, Valtysson J, Magnusson A, Hedenstierna G. Dynamics of re-expansion of atelectasis during general anaesthesia: A compared tomography study. *Br J Anaesth* 1999; 82: 551-56.
6. Craig Db. Postoperative recovery of pulmonary function. *Anesth Analg* 1981; 60: 46-52.
7. Antonello M, Delplanque D. Comprendre la kinésithérapie respiratoire. Edit. Masson, Paris 2001 ; p 283.
8. Hatton F., Tiret L., Maujoul L., et al. Enquête épidémiologique sur les anesthésies. *Ann Fr Anesth* 1983 ; 2 : 333-85.
9. Anesthésie en chirurgie abdominale [Frankpaillard.chez.tiscali.fr/anesthesie\\_chirurgie\\_abdo.htm-61k](http://Frankpaillard.chez.tiscali.fr/anesthesie_chirurgie_abdo.htm-61k) Mai 05
10. Smetana G. Preoperative pulmonary evaluation. *N Engl J Med* 1999; 340(12): 937-44.
11. Smith PR, Baig MA, Brito V, Bader F, Bergman MI, Alfonso A. Postoperative Pulmonary Complications after Laparotomy. *Respiration* 2010; 80: 269-274.
12. Kpadonou GT, Mehinto D, Ade G, Alagnide E, Derra B, Padonou N. Rééducation des patients ayant subi une laparotomie en milieu hospitalier universitaire à Cotonou. *Rev Pneumol Trop* 2011 ; numéro 16 : 9-14

## L' INAUGURATION DE L'ORGANISATION AFRICAINE POUR LE DEVELOPPEMENT DES CENTRES PR PERSONNES HANDICAPEES (OADCPH)

### Accès aux soins de réadaptation aux personnes handicapées : le siège de l'OADCPH inauguré

L'Organisation Africaine pour le Développement des Centres Personnes Handicapées (OADCPH), a été inaugurée, lundi 30 novembre 2015.

Par le dynamisme de ses autorités, le Togo a eu le privilège d'abriter le siège régional de l'OADCPH. C'est justement ledit siège, qui après plus de trois (3) ans d'activités au service des Personnes Handicapées, a été inauguré le lundi 30 Novembre dernier.

Cette cérémonie d'inauguration présidée par le Prof Moustafa Mijiyawa, Ministre de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, a vu la participation des autorités locales, des acteurs et responsables de structures de santé et de réadaptation, de plusieurs organisations et/ pour personnes handicapées ou physiques, mais également des partenaires techniques et financiers de l'OADCPH à savoir le Comité International de la Croix-Rouge (CICR), l'Ambassade du Japon, et CR-Machines et CR-Equipements de la Suisse.

L'Organisation Africaine pour le Développement des Centres Personnes Handicapées (OADCPH) est une ONG dont la mission est de promouvoir le droit à l'accès aux soins de réadaptation de qualité et à moindre coût aux Personnes Handicapées (PH) d'Afrique. Elle est fondée en 2012 et par sa centrale associative d'achat, approvisionne en consommable, matières premières et équipements plus de 80 centres d'appareillage et / ou de rééducation à travers une trentaine de pays africains.

D'un montant de plus de 74 millions de FCFA, le siège est une structure sous-régionale regroupant l'Afrique de l'Ouest et Centrale.

Il est doté d'un grand magasin de stockage et de produits orthopédiques d'une capacité de 60 tonnes, qui permettra une plus grande disponibilité en consommable (matières premières, fauteuils roulants, machines-outils, etc.) réduisant ainsi les délais de prestations.

### Objectifs et atouts de l'OADCPH

Trois grands objectifs motivent les actions de l'OADCPH :

- \* Favoriser l'accès aux soins de réadaptations ;
- \* Améliorer la qualité des soins
- \* Promouvoir la pérennité des prestations des services en Afrique.

La plus value de l'OADCPH est << l'accompagnement des professionnels de la réadaptation par la mise sur pied d'un système de formation continues au profit des centres de réadaptation physique, d'appui-conseil et de fourniture de documents techniques>>, a précisé Mme Akoua Bowessidjaou-Pinda, Directrice du CNAO, Représentante de l'OADCPH au Togo.

M. Masse NIANG, Directeur Exécutif de l'OADCPH a saisi l'occasion de cette inauguration pour remercier le gouvernement togolais, les partenaires et les organisations membres pour leur appui et accompagnement et pour la reconnaissance dont a fait l'objet l'Organisation.

Le siège de l'ONG OADCPH est situé dans le quartier Avépozo sur la route d'Aného.



LES AUTORITES



La coupure de ruban



Les partenaires techniques et financiers

## LES JOURNEES PORTE OUVERTES DE L' APPAREILLAGE AU BENIN

### INTRODUCTION

B  
E  
N  
I  
N

Aujourd'hui, au Bénin, les Centres d'Appareillage Orthopédique sont en mesure de répondre efficacement aux attentes des populations et de faire en sorte que les personnes vulnérables et indigentes physiquement, exposées à des situations sociales très précaires, reçoivent l'assistance dont elles ont besoin.

Cependant, force est de constater que la bonne utilisation des services de l'appareillage orthopédique qui existent ou qui seront créés n'est possible que si le personnel de santé dans son ensemble et les usagers connaissent l'utilité et les bienfaits de l'appareillage orthopédique et les affections pour lesquelles il est particulièrement indiqué.

Il est donc important de promouvoir, par divers moyens, la connaissance de l'appareillage orthopédique par le personnel de santé et par la population dans son ensemble afin de gagner la compréhension, la sympathie de tous et avoir une bonne position dans le système de santé de notre pays.

Pour ce faire, des actions de visibilité sont nécessaires. C'est dans ce cadre que l'Association des Orthoprothésistes et Professionnels de l'Appareillage Orthopédique (AOPB) a décidé de mener certaines actions dont l'organisation des présentes journées portes ouvertes lesquelles se sont déroulées du Lundi 20 au Samedi 25 Juillet 2015, sous le parrainage de Monsieur le Ministre de la Santé.

L'AOPB veut résolument s'engager, avec espoir et détermination, dans un processus qui va faire de l'orthoprothésiste une profession reconnue et respectée à sa juste valeur.

Organisées sous la supervision du **Professeur KPADONOU Toussaint**, Chef du Service de la Rééducation et de la Réadaptation Fonctionnelle du CNHU/HKM, les journées portes ouvertes de l'Appareillage Orthopédique au Bénin visent à améliorer les connaissances des Professionnels de la Santé et du public et à renforcer le recours à cette technique par un plus grand nombre de malades. Elles constituent le début d'un processus qui mettra fin à la longue léthargie qu'a connue l'AOPB.

### I—LA VISION

#### I.1.Thème pour les journées portes ouvertes

Ces journées portes ouvertes se sont déroulées sous le thème : *L'Appareillage Orthopédique: facteur de développement*

#### I.2. RESULTATS ATTENDUS

Au terme des Journées Portes Ouvertes, il est attendu:

Une large frange des Professionnels de la Santé ainsi que de la population connaissent l'utilité de l'Appareillage Orthopédique

L'AOPB est mieux connue et respectée

Les PTF (Partenaires Techniques et Financiers) soutiennent l'AOPB

Le taux de fréquentation des centres d'appareillage orthopédique augmente de 25 pour cent en douze mois

**Date** : Dans tous les quatre centres les journées se sont déroulées du Lundi 20 au Samedi 25 Juillet 2015 et les visiteurs ont pu avoir accès tous les jours de 9 H à 17 H.

## Cérémonie de lancement

Elle a eu lieu au CNHU / HKM de Cotonou et présidée par Directeur de l'hôpital CNHU / HKM, représentant monsieur le Ministre.

Etaient invités et présents à ce lancement officiel: une délégation du Ministère de la Santé, le Chef Division de la Ré adaptation Médicale, les Ministères associés et / ou impliqués, les Professionnels de la réadaptation, Agents de santé, Elus locaux, leaders d'opinion, l'association des personnes handicapées motrices.

## Visites

Dans chacun des quatre centres ci-dessus, où se sont effectivement les Journées Portes Ouvertes une cérémonie locale de lancement a été organisée et les visiteurs ont eu droit à quatre séquences à savoir :

- \* Accueil et Briefing sur l'Appareillage Orthopédique et l'Association des orthoprothésistes du Bénin.
- \* Visite des salles de fabrication de prothèses et orthèses et les équipements
- \* Démonstration du processus de fabrication
- \* Visites des exemplaires de prothèses et orthèses, photos, dépliants et autres

## Dispositions particulières en faveur des personnes en situation d'handicap physique

Au cours des journées portes ouvertes, il est prévu que chaque centre retenu prenne en charge grâce à l'appui en matériels orthopédiques du FSH, au moins trois (03) malades de différentes pathologies conformément à un processus défini par l'AOPB. Les autres malades reçus pendant les journées portes ouvertes bénéficieront d'une réduction de 50 pour cent sur les frais de prestations.

## CONCLUSION

Pour une première édition, ce fut une réussite. Les défaillances constatées ont fait l'objet d'une concertation lors de la réunion de capitalisation et seront corrigées au cours de la prochaine édition. Il faut noter que le décès du Président de l'AOPB au début du déroulement de ces journées a mis tous les membres dans la consternation mais ceux-ci ont décidé d'honorer sa mémoire en faisant de l'AOPB une structure véritablement au service du développement du pays.

## Contact

**Sœur Marcelline TOSSOU**  
**Orthoprothésiste**  
**Secrétaire de l'AOPB par intérim**

## SIGNATURE DE CONVENTION ENTRE L UNION EUROPEENE ET ATOM MADA

L'ATOM a signé une convention de partenariat avec l'union européenne, l'union va financier tous les programmes des activités de l'ATOM cette année: une étude de la situation auprès des services d'appareillages privée publique qui se débutera la semaine prochaine; des campagnes de sensibilisations; une formation sur la prothèse tibial et le congrès, tout ses activités ce dans le cadre du projet: Contribution à l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap, a la prochaine mail je vous envoi le document du projet .



\*\*\*\*\*

## FORMATION CONTINUE DES MEMBRES DE L' ATOM

Deux membres de l'ATOM qui travaillent au centre de la capitale, ont une bourse d'étude à Valence pour trois ans, les donataires sont le FSH et l'ISTM.

\*\*\*\*\*

avec l'appui de CBM deux centres créent un service de fauteuil roulant.

\*\*\*\*\*

## 5è CONGRES DE ATOM

A banner for the 5th Congress of Malagasy Orthoprothesists Technicians. The banner features a large shield with the number '5e' inside, and the text 'CONGRES DES TECHNICIENS ORTHOPROTHESISTES MALAGASY'. Below this, it says '21 AU 23 OCTOBRE 2015 : AMPHITHEATRE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE JOSEPH RAVOAHANGY ANDRIANAVALONA'. The banner also includes logos for the Ministry of Public Health, the African Federation of Orthoprothesists Technicians (FATO), and the Malagasy Association of Orthoprothesists Technicians (ATM). There are images of a person on a bicycle and two prosthetic limbs. At the bottom, there are logos for sponsors (European Union, Proteor) and partners (Blue Jean, Salama), and it states 'ENTREE LIBRE'. The slogan 'Le métier orthoprothésiste et le monde de l'amputation' is written in the center.

## L'ETAT DES LIEUX DE L'APPAREIL- LAGE ORTHOPEDIQUE AU NIGER

**LIEU :** Palais des Sports de Niamey.

**DATE :** du 19 au 20 Novembre 2015

Pour ce qui est de l'organisation de ce séminaire, l'Association des Professionnels de l'Appareillage Orthopédiques du Niger (ANPAO) s'associera avec le programme de la réadaptation physique du Comité International de la Croix Rouge CICR pour mener à bien cette importante activité sous la bonne conduite des organisations comme : ISPO, FATO, CBM, HI, l'Hôpital CURE des Enfants. Ces institutions disposent de l'expertise dans les domaines divers de la réhabilitation des handicaps physiques. C'est ainsi que le séminaire sera animé par les personnes ressources des structures parties prenantes sous la coupe du CICR.

Les communications porteront sur la situation de l'appareillage orthopédique au Niger et dans chaque centre régional en particulier de 1985 à nos jours (2015).

### II Objectif général

Contribuer à améliorer la qualité des prestations en matière d'appareillage orthopédique fournis aux personnes en situation de handicaps physiques par les différents centres orthopédiques du Niger.

### 21 Objectifs spécifiques:

- 1.) Identifier les services et structures disponibles dans le domaine de l'appareillage orthopédiques;
- 2.) Identifier tous les acteurs agissant dans le domaine (kinésithérapeutes, orthoprothésistes, ONG et associations);
- 3.) Faire un lobbying pour la création d'un centre d'appareillage de référence au Niger ;

- 4.) Connaitre la politique (Plan National de Réadaptation (PNR) et Plan National de Développement (PDS) du pays en matière de réadaptation ;

### III IMPACT SOUHAITE :

- 1.) Les services et structures du domaine de la réadaptation sont connus ;
- 2.) Le nombre d'orthoprothésistes et de kinésithérapeutes est maîtrisé ;
- 3.) Les besoins en infrastructures et ressources humaines nécessaires pour le Niger sont connus ;
- 4.) Les partenaires œuvrant dans le domaine de la réadaptation sont connus ;
- 5.) Le PNR et le PDS sont connus.

### PARTICIPANTS

Ce séminaire concernera les orthoprothésistes, kinésithérapeutes et autres acteurs de la réadaptation au Niger. Ils proviendront de chacune des trois (4) régions du pays. C'est un total de quarante cinq (45) participants qui sont attendus.

### Conclusion

La **prise en charge du handicap** ne constitue pas de nos jours une **priorité nationale** en dépit de l'existence des textes et convention censée assurer la promotion et protection de leurs **droits** (lois, décrets et ordonnances). Les arguments avancés restent toujours l'insuffisance de ressources. Mais, il existe toujours des organisations et institutions qui œuvrent dans le domaine. Cependant leurs actions restent très limitées.

### La rédaction

## VISITE DU PRESIDENT DE LA FATO AUX ETUDIANTS EN FORMATION A L HOPITAL GENERAL PROVINCIAL DE REFERENCE DE KINSHASA (HGPRK)

C'était une visite de courtoisie du "Président de la FATO accompagné par le président de l'ATOC qui a présenté la formation organisée par Handicap International en collaboration avec Human Study et financée par USAID, cette formation se fait en ligne à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK). Le Président de la FATO a profité de cette occasion pour encourager les étudiants qui viennent d'embrasser le métier et leur a promis une adhésion gratuite à la FATO.

La formation a commencé le 20 avril 2015: Formation CAT II technicien orthésiste MS / MI et tronc qui durera 24 mois, les cours sont en E-learning assurés par Human Study. . Nous signalons que l'ATOC est partenaire de ce projet qui est financé par USAID.





***Fato Info présente pour ses lecteurs un jeune  
Orthoprothésiste Burkinabé au service de la réadaptation et  
oeuvrant dans l'humanitaire pour le mieux-être des  
personnes handicapées***

Monsieur **Armand Auguste CONOMBO**, âgé de 46 ans est orthoprothésiste de formation.

Après un Diplôme Universitaire en Santé Publique à la faculté de Médecine de Nancy en France en 2005, il a validé en 2011 un diplôme de Coordination des Projets de Solidarité International chez Bioforce.



Sur le plan professionnel, Monsieur CONOMBO a travaillé chez Handicap International en Afrique de l'Ouest de 1998 à 2013 au poste de d'assistant Chef de Projet Réadaptation, Chef de projet Réadaptation et Conseiller Technique Réadaptation entre Autres.

Depuis février 2015, il occupe le poste de Manager du Programme de Réadaptation Physique du CICR au Mali.

\*\*\*\*\*

Mr. Armand Auguste Conombo, 46 years old is Prosthetist & Orthotist by training.

After a University Degree in Public Health at the Medical School of Nancy in France in 2005, he obtained in 2011 a diploma in Projects Coordination of International Solidarity with Bioforce.

Professionally, Mr. Conombo worked for Handicap International in West Africa from 1998 to 2013 at the position of Assistant Rehabilitation Project Manager, Rehabilitation Project Manager and Technical Advisor Rehabilitation among Others. Since February 2015, he held the position of Manager of Technical Rehabilitation Programme ICRC in Mali.

**Contact:** [aconombo@icrc.org](mailto:aconombo@icrc.org)

## LA FATO A ISPO INTERNATIONAL EN FRANCE EN JUIN DERNIER GRACES AUX PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Grâce au financement du CICR/FSH, de Handicap International, de ISPO France, de MISEREOR et de CBM, la FATO a pu faire participer environ une vingtaine de ses membres au 15<sup>e</sup> Congrès International de ISPO en France du 22 au 25 juin 2015.

Le thème du congrès était: « *Evaluation—Intégration—Mobilité* ». **La FATO saisit ici l'occasion pour remercier ses partenaires pour leur soutien constant aux activités de la FATO.**

En marge de ce congrès s'est tenu la 3<sup>e</sup> réunion des Ecoles et institution de formation P & O en Afrique, après celle de Pretoria et de Yamoussoukro, en vue de la création d'une Association Panafricaine des Ecoles et institutions de formation P & O le **23 juin 2015 à Lyon.**

La réunion fut présidée par M. Claude Tardif, qui est le président du comité scientifique de la FATO.

Nous avons accueilli aussi des invités spéciaux en la personne de M. Bryan Malas et M. Dan Blocka du comité Central Education de ISPO, qui ont partagé leurs expériences avec les participants présents à la réunion.

Ils ont ensuite procédé aux votes pour l'élection des membres du Bureau Exécutif de l'Association Panafricaine des Ecoles et institutions. Il fallait élire 5 responsables en tout aux postes suivants:

- Présidence
- Vice-présidence
- 3 membres

Ainsi Mr Harold Shangali a été nommé Président et Mme Jeanne Kagwiza Vice-présidente. Les trois autres membres sont:

M. Henry Kwaku du Ghana ( Ecoles Anglophones), M. Adama Amah du Togo (Ecoles Francophones) et M. Osman Yousif du Soudan ( Ecoles Arabes)

M. Claude a ensuite remercié les participants pour les élections libres et équitables et la participation active . Il a toutefois informé que le 1er comité exécutif de l'Association des Ecoles et Institutions de formation P & O aura lieu en 2016 lors du prochain congrès de la FATO. Il a aussi souligné que les réunions consécutives seront bi-annuelles.



**LE BUREAU EXECUTIF DE L'ASSOCIATION PANAFRICAINNE  
DES ECOLES P & O**

## PROCHAIN CONGRES DE LA FATO A LOME AU TOGO DU 22 AU 26 AOUT 2016

Le prochain congrès de la FATO est prévu pour se dérouler à Lomé au Togo du 22 au 26 août 2015.

Le thème du congrès est: « Ensemble pour l'avenir ».

Un comité national d'organisation a été mis en place. Le comité scientifique a aussi commencé à travailler et s'est déjà réuni deux fois pour les préparatifs dudit congrès.

Un programme est élaboré et sera plutôt mis à disposition des participants et des partenaires dans les jours à venir.

Le congrès de 2016 aura une spécificité et consistera en des symposiums et présentations de posters suivi des séances plénières sur le thème.

\*\*\*\*\*

### *Réunion des membres du bureau exécutif de la FATO*

Il a été organisé en Juin en marge du Congrès mondial des professionnels de la réadaptation physique une réunion des membres du bureau exécutif de la FATO. Les discussions ont porté sur :

1. **le pays organisateur du prochain congrès de la FATO** : il s'est agi de l'état des lieux après l'appel à candidatures pour l'organisation dudit congrès, des pays qui s'étaient positionnés et de la démarche à adopter pour arrêter définitivement le pays.
2. **l'observatoire africain des bonnes pratiques en réadaptation** : les participants ont eu une explication et une description du rôle et de la mission de l'observatoire et ont été exhortés à s'impliquer dans le recueil et l'acheminement des bonnes pratiques vers l'équipe de coordination de l'observatoire
3. **la vision stratégique 2016-2020 de la FATO** : « *il n'est de vent favorable que pour ceux qui savent où ils vont* ». Aussi la FATO a-t-elle défini les grandes lignes de sa vision 2016-2020. Une version électronique de l'ébauche du plan a été envoyée aux différents membres pour réflexion, amendement et apports.

**La rédaction**

## DEVENIR MEMBRE DE ISPO INTERNATIONAL ET ....CREER UNE ISPO NATIONALE



### Pourquoi devenir membre de ISPO ?

....A cause de nombreux avantages et possibilités, en autres :

- \* recevoir un abonnement gratuit à Prosthetics & Orthotics International (POI), l'un des principaux journaux de publications scientifiques internationales dans le domaine des prothèses et orthèses
- \* bénéficier de frais d'inscription réduits aux événements de ISPO : Congrès mondial, congrès nationaux, ateliers, séminaires et autres activités professionnelles
- \* recevoir le eUpdate (dernières informations et mises à jour) mensuel de ISPO et profiter d'un accès à des services en ligne réservé uniquement aux membres de ISPO
- \* rejoindre un réseau mondial de professionnels ayant la même approche de soins centrée sur le patient et un dévouement à l'excellence tout en profitant d'une exposition à un haut niveau d'expertise et aux derniers développements dans le domaine
- devenir éligibles pour siéger à des comités et groupes de travail de ISPO

Par la boîte postale et/ou l'email que vous écrirez sur le formulaire d'inscription en ligne.



### Que faire pour créer une ISPO nationale ?

Très facile. Selon le standard de ISPO International, une société ISPO nationale est formée d'au moins 5 personnes membres de ISPO International résidents permanents dans le pays (les frontières sont celles déterminées par les Nations Unies). Aucun pays ne peut avoir plus d'une société ISPO nationale, une telle reconnaissance relevant de la prérogative du bureau exécutif de ISPO.

Dans les cas où les membres dans un pays ne réunissent pas les critères minimaux pour créer une société ISPO nationale, ils peuvent se joindre à d'autres personnes, associations, organisations et institutions intéressées pour créer une société ISPO régionale.



### Qui peut être membre d'une société ISPO nationale ?

Contrairement aux associations nationales d'Orthoprothésistes, qui ne sont constituées que par des TO, une société ISPO nationale pourra accueillir tous ceux qui interviennent dans la réadaptation (Médecins rééducateurs, Chirurgiens, Orthoprothésistes, Kinésithérapeutes, Podologues, Infirmiers, ergothérapeutes, ingénieurs biomécaniques, etc.)

**Alors, qu'attendez-vous ? Inscrivez-vous vite.....**

Pour toute information complémentaire, contactez le secrétariat de la FATO [fato@fatoafrique.org](mailto:fato@fatoafrique.org) ou écrivez à [kpandres-si@hotmail.com](mailto:kpandres-si@hotmail.com) ou visitez [www.ispoint.org/member-societies](http://www.ispoint.org/member-societies)

TAVAN  
SAZAN

ORTHOPEDIC  
TECHNICAL 



IRAN



WWW.TSOT-CO.COM

Email : info@TSOT-Co.com

TEL: +98 21 88312250-51



## LA CENTRALE D'ACHATS

POUR LES ACTEURS DU HANDICAP EN AFRIQUE

[www.oadcp.org](http://www.oadcp.org)

### CREATION D'UNE CENTRALE D'ACHATS

POUR LES ACTEURS DU HANDICAP EN AFRIQUE

### DES RAISONS POUR SIGNER AVEC L'OADCPH

- Un système d'approvisionnement africain sécurisé
- Une garantie de la continuité des services
- Une autonomie des prestataires de services
- Un accompagnement, des services conseil, évaluation, etc
- Bénéficier de tarifs réduits
- Bénéficier de subventions grâce à la recherche de financement de OADCPH
- Une charte déontologique de OADCPH qui renforce la confiance des partenaires
- Développer des compétences en interne en termes de gestion des commandes de produits orthopédiques

Favoriser l'accès aux services de réadaptation pour les personnes handicapées. Améliorer la qualité et promouvoir la pérennité des services

Bd de Victoire, Rte de Kpalimé BP 3173 Lomé Togo  
Tél. : 00 228 91 02 11 36 web : [www.oadcp.org](http://www.oadcp.org)  
E-mail : [info@oadcp.org](mailto:info@oadcp.org) [masse.niang@oadcp.org](mailto:masse.niang@oadcp.org)

**SI VOUS VOULEZ  
ADHEREZ  
A LA FEDERATION  
AFRICAINNE DES  
TECHNICIENS  
ORTHOPROTHESISTES**



**06 BP 9882 Ouagadougou 06 Burkina Faso**  
Tél./Fax : 226 25 38 77 41  
E-mail : [fato@fatoafrique.org](mailto:fato@fatoafrique.org)  
Site Web : [www.fatoafrique.org](http://www.fatoafrique.org)

**DEMANDE D'ADHESION**

Adhérer à la FATO vous permet :

- De rejoindre le groupe de Professionnels Africains de l'orthopédie
- De bénéficier de tarifs préférentiels aux formations organisées par la FATO
- De recevoir l'information nationale et internationale par « le journal Fato Info »

NOM OU RAISON SOCIALE DE L'ORGANISME : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : .....

PROFESSION : (Cocher et Préciser) .....

- Chirurgien : .....
- Médecin : .....
- Ortho – Prothésiste : .....
- Podo – Orthésiste : .....
- Kinésithérapeute : .....
- Ergothérapeute : .....
- Ingénieur Biomécanicien : .....
- Autre : .....

VILLE : .....

PAYS : .....

TEL : .....

FAX : .....

E-MAIL : .....

FONCTION ACTUELLE : .....

QUALIFICATIONS / DIPLOMES / CERTIFICATION PROFESSIONNELLE / AGREMENT (préciser dates) .....

ADHESION A D'AUTRES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES .....

DATE ..... SIGNATURE .....

Catégories	Désignation	Montant 2015
Membre actif (sponsor)	Personne et/ou société activement impliquée dans des activités directement Liées aux objectifs de la FATO et apportant un soutien financier supérieur à La cotisation de base.	<b>500 euros</b>
Membre institutionnel	Catégorie d'adhésion spécifique aux universités, centres de recherche Clinique, associations ou organismes compétents.	<b>320 euros</b>
Sociétaire	Statut membre le plus élevé, qui par son expérience professionnelle, Intégrité, réputation et par son activité en tant que membre, a, de l'avis du bureau exécutif de la FATO, contribué au plus haut degré aux objectifs de la FATO.	<b>FATO</b>
Sociétaire honoraire	Sociétaire désigné par la FATO à titre honorifique	<b>FATO</b>
Membre institutionnel Africain	Catégorie d'adhésion spécifique aux centres d'appareillage, associations et fédérations de personnes handicapées	<b>150 euros</b>
Membre individuel	Toute personne désirant être membre partageant les mêmes activités que la FATO	<b>50 euros</b>

**Compte FATO : n° 0115026005 Code banque : 084 Code guichet 01001 Clé RIB : 91**  
**Code SWIFT : AFRIBFBF**  
**Code IBAN : BF42 BF08 4010 0100 1150 2600 0591**  
**Bank Of Africa Avenue de la Résistance du 17 mai**  
**01 BP 1319 Ouagadougou 01 Burkina Faso**  
**Tél. : 25 30 88 70 à 73 Fax : 25 30 88 74 Telex 5543 BF**

## EDITORIAL

### Development difficulties of orthopedic rehabilitation centres in Africa (case of Mali)



. During the thirty years in the field of functional rehabilitation and in particular of Orthopedic fitting, I have found that many centres in Africa are struggling to develop. This editorial is an opportunity offered by the FATO to share a modest analysis of the situation of our profession.

**Au niveau des Politiques nationales de santé.** Même si un nombre important d'Etats africains ont ratifié la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées, il reste que la mise en application n'est pas effective. Ce constat a été fait au cours des congrès organisés par la FATO en Tanzanie et en Côte d'Ivoire. Ensuite, la double tutelle des centres, entre ministères (Santé et Développement Social/ Affaires Sociales) dans un même pays impacte sur le développement de la réadaptation fonctionnelle.

**At the level of national health policies.** Even if a significant number of African states have ratified the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the fact remains that implementation is not effective. This observation was made during the congresses organized by the FATO in Tanzania and Ivory Coast. Then the dual supervision of the centres, across ministries (Health and Social Development/ Social Affairs) within the same country impacts on the development of functional rehabilitation.

**At the level of Human Resources.** The finding today is the inadequacy of human resources in almost all Centres despite the existence of training schools in Togo, Tanzania and others in Maghreb. The increasing of prevalence rate of people with disabilities, due to wars, diabetes, traumatic accidents. An aging workforce and who stops working for any reason without being replaced often .. To this is added the lack of skills due to the lack of level 1 in many countries and the lack of ongoing training.

**At the level of the supply of imported raw materials.** Today, despite the opportunity of supplying imported raw materials offered by the African Organization for the Development of Centres for People with Disabilities (OADCPH) based in Lomé

and the representation of PROTEOR in Ouagadougou, the centres are still unable to obtain their supplies. This is explained by a lack of organization and inappropriate management.

**At the level of working environment.** Many centers are housed in small spaces and often do not meet international standards. Especially the provincial centers that are most often housed near the morgue or contagious service or in abandoned buildings and rehabilitated. This is what often justifies the lack of awareness of services provided by technicians, by the heads who run the service

**At the level of staff motivation.** Rehabilitation staff does not receive incentives up to their wishes like other workers in the same service. Who has ever heard that an orthopedic technologist received a medal of distinction of national merit?

### The quality of care.

La Vétusté, l'insuffisance et le manque des petites machines, outillages et équipements font que la qualité des soins fait défaut. Rares de centres ont pu réparer des vieilles machines par manque de pièces de rechanges ou acheter des machines neuves. Tant que tous ces éléments ne sont pas réunis, le **développement des Centres d'Appareillage Orthopédique en Afrique** serait difficile. C'est pourquoi j'adhère cette pensée de GOGUE, (J., P., 1997, Management de la qualité [WWW.2.unil.ch](http://WWW.2.unil.ch)) qui dit que, pour être à l'écoute de la voix du client, il faut la maîtrise des facteurs "M" affectant la qualité. Ces facteurs sont entre autres ; les Matériaux, la Main d'œuvre, le Matériel (Machines), le Milieu de travail, les Méthodes de travail, le Management (culture d'entreprise) et les Moyens financiers. The Obsolescence, inadequacy and lack of small machinery, tools and equipment make that the quality of care is lacking. Few centers have been repairing old machines for lack of spare parts or buy new machines.

As long as all these elements are not met, the development of **Orthopaedic rehabilitation Centres in Africa** would be difficult. That is why I support this thought of GOGUE (J., P., 1997 Quality management [WWW.2.unil.ch](http://WWW.2.unil.ch)) which says that to be attentive to the voice of the customer we must control factors " M " affecting quality. These factors are among others; Materials, Manpower, the equipment (machines), the working environment, working methods, Management (enterprise culture) and financial means.

**Thank you for reading this !**

**RESPIRATORY PHYSIOTHERAPY EFFECT ON  
LAPAROTOMIZED ADULTS**

**About 36 cases identified in CNHU-HKM of Cotonou  
Derra B1, Kpadonou GT1 , Mehinto D2, Alagnide E1, Padonou N2.**

**Introduction**

Laparotomies disrupt mechanical ventilation prolonging hospital stay operated patients according to the type of laparotomy [1, 2, 3].

As part of this work, we make the assumption that pulmonary rehabilitation helps early improvement of mechanical ventilation in abdomen operated patients [4,5,6].

We enter into this work with the objectives to determine the respiratory disturbances in abdomen operated patients, to determine the types of surgery generating more ventilatory disturbance, to evaluate the contribution of chest physiotherapy in adult patients who underwent laparotomy at the National University Hospital Center (CNHU) of Cotonou.

**Framework of study:** The study was conducted at the CNHU-HKM in 4 services namely:

- \* The University Clinic of Visceral Surgery A (CUCV A)
- \* The University Clinic of Visceral Surgery A B (CUCV B)
- \* The Medical Service of Emergency Home (SMAU)
- \* The Polyvalent Service of Anaesthesia and Reanimation (SPAR)

Patients were either prior consulted by surgeons of CUCV or consulted and treated in emergency at the SMAU

The surgeries are done in the operating room of the SMAU for patients received in emergency or in the central operating room for the other cases. After the surgery, some patients stay at the SPAR before joining the CUCV where they will be hospitalized to receive post-operative care.

**Study Material:** the material used for our study was:

- the spirometer for evaluation of respiratory function
- the incentive spirometer for ventilatory rehabilitation

**Study Method:** we conducted a prospective study, cross-sectional and descriptive over 3 months from 12 April to 12 July 2005 on 36 adult patients who underwent a laparotomy, on the following criteria:

*Inclusion Criteria*

All adult patients (at least 18 years old) admitted to the SMAU during the study, who was performed laparotomy, and has received an assessment of respiratory function before and after laparotomy.

*Exclusion Criteria*

Were excluded from this study, patients with respiratory failure documented or manifested, patients died in intraoperative or postoperative before the respiratory capacity recovery, patients with altered state of consciousness or general condition preventing execution of pulmonary rehabilitation actions and use of the spirometer.

We also excluded the interventions under anesthesia other than general anesthesia. Cases of ordinary appendectomy were excluded because very undemonstrative.

**Description of the Techniques**

**Description of the technical assessment of respiratory function**

The tip of the spirometer is placed in the patient's mouth and we ask him to tighten the lips to prevent leakage. Always to prevent air leakage through the nose, we use a nose clip or thumb-index pinch to tighten the patient's nose. This is a semi-sitting position or sitting.

We give him the following instructions: "inflate the lungs fully" and "blow the fastest and the strongest possible". Inspiration is slower but more importantly, the deepest possible. Expiration is brutal and fast. The parameters measured were: FVC and FEV, the Tiffeneau ratio and peak expiratory flow (PEF). The values are displayed as a function of age, sex, weight and size for each patient. We ask the patient to perform three trials and we select the best performance. Note that we used disposable tips, so each patient had his tip.

**Technical pulmonary rehabilitation**

**1. Technical bronchial decluttering**

- Postural drainage
- The manual thoraco-abdominal pressure: they consist of an external expiratory aid by manual pressure on the chest and / or abdomen of a patient.
- Forced expiration
- Slow exhalation: The total slow exhalation with open glottis bed laterally (ELTGOL)
- Autogenous drainage

### 2. Ventilatory rehabilitation technics:

Patient seated or half seated, we ask them to expire, then inspire through the mouth slowly to completely fill his lungs (CPT), sustain two to three seconds before exhaling. The instructions given to the patient are "taking the air" or "inflate" and "stop, breathe." This exercise is repeated 10 times per session.

### 3. Abdominal and diaphragmatic ventilation technics

We position the patient in a supine on a horizontal or slightly straightened plan. The lower limbs are bent on a cushion to relax the abdominal wall and facilitate phrenic race. A pillow under the head positions the cervical spine in slight flexion to reduce the participation of accessory inspiratory muscles acting on the upper chest.

Instruction to the patient: «inhale through the nose », «breathe through the mouth, lips parted», «the belly tuck», «inflate the belly» and then in combination: «pull your belly and breathe through your mouth», «inhale through your nose and inflate the belly». We can help the patient to better perceive the respiratory movement by manual processing applications without impeding the breathing movement for the purpose of incentive and stimulation

### Collection, processing et data analysis

Data were collected from the patients before and after surgery and also in their medical records. Support for data collection was a listing for count and clinical records. The data were analyzed using Epi Info 6. The statistical test used was the chi-square.

### Ethical Considerations

We obtained informed consent before inclusion in the study. Data confidentiality was guaranteed by preserving the anonymity of the records. Patient safety was ensured by the use of disposable tips.

### Results

With this work, we reached the following results:

- The average age of the population was 42 years, ranging from 18 years to 82 years.
  - We found a predominance of women: 61.1%, with a sex ratio equal to 0.64.
  - 97.2% of patients were operated under general anesthesia.
- It is found that 24 patients or 66.7% of cases had a median laparotomy.
- For 63.9% of patients, pulmonary rehabilitation began on the first postoperative day.
  - It has been practiced four sessions respiratory rehabilitation in 52.8% of patients and 5 sessions in 47.2% of patients.
  - Within 5 days later, all had normal abdominal function.

Before surgery, in 15 patients, despite the disease, FEV remained normal;

- Postoperatively before the start of rehabilitation, only 1 of 15 patients who had their normal FEV before intervention retained a normal value. FEV other 14 became abnormal after surgery.

- At the last meeting of the rehabilitation of the 35 patients, 34 recovered corresponding to 97.2% of cases.

- Before surgery FVC of 15 patients, 41.7% of cases remained normal despite the disease.

- In post-operative rehabilitation before, all patients had an abnormal FVC.

- At the final session of pulmonary rehabilitation, 32 patients recovered corresponding to 88.9% of cases.

### Discussion

The average age of our study population was 42 years. It is then relatively young patients, patients of working age, thus belonging to the labor force. The young age of our sample can also be explained among other by the fact that Benin's population is young.

With 61.1%, we noted a female predominance. But the predominant representation of women in the population of Benin is not as great as what emerges from our study. We can therefore conclude that women are more prone to laparotomy than men. Indeed, apart from diseases that can be carried in the human race, the woman adds those affecting the uterus and adnexa.

The type of anesthesia has been for most of the patients (97, 2%), general anesthesia. This is understandable if we know that operated organs are located deep in the cavity of the abdomen or chest. But general anesthesia is already in itself cause disruption of ventilatory kinetics [7]. According to Hatton et al. [8], the recovery phase after general anesthesia is essentially characterized by respiratory depression. This partly explains the significant decrease in FEV and FVC immediate postoperative our patients.

Despite this recognition of general anesthesia in the ventilatory depression participation, the surgical pathway appears to play a very important role. Indeed, among the pathways used laparotomy, the median causing damage of respiratory muscles is the most traumatic [9].

Among the 36 cases, 24 patients corresponding to 66.7% of cases had a median laparotomy.

From 63.9% of patients, pulmonary rehabilitation began on the first postoperative day any cause incision combined. The other 36.1% of patients whose we have not been able to start pulmonary rehabilitation from the first postoperative day were either in poor condition or holders of nasogastric or endotracheal intubation. All these factors are a real handicap for the application of chest physiotherapy.



The numbers of sessions of pulmonary rehabilitation necessary for the recovery of respiratory function were 4 or 5. This shows that a few sessions of chest physiotherapy sufficient to normalize respiratory function after laparotomy.

Standardization of lung function involves normalization of ventilatory parameters. Indeed, FEV and FVC are reduced postoperative before the start of pulmonary rehabilitation in all patients. These ventilatory disturbances observed postoperatively can be put in the account several factors:

- The first factor is the general anesthetic has an increased risk of respiratory complications compared with regional anesthesia [10]. It is associated with alveolar hypoventilation, decreased lung compliance and atelectasis.
- The second factor is the incision (abdominal surgical wound), which is responsible for a sideration abdominal muscles and a change in lung volumes.
- The third factor is the proximity of the incision with the diaphragm.

Indeed, the above-umbilical incisions were the most numerous according to some authors, the major providers of respiratory disturbances and post-operative pain [9, 11].

- The fourth factor is the change in lung volumes resulting in a restrictive pattern marked with a maximum between 1 to 2 postoperative days which usually regresses over fifteen days for a supra-umbilical midline laparotomy [4].

- The fifth factor is the change in thoraco-abdominal movements due to contusion and sideration muscles (abdominal) breathing affected by the incision plan amendments pressure on both sides of the diaphragm membrane.

Despite this decrease in ventilatory parameters, we observed a recovery of 97.2% for FEV and 88.9% for FVC no later than 7 days after surgery. But according to the literature, without respiratory rehabilitation, recovery of respiratory function is slow and takes place in 15 postoperative days in the above-umbilical laparotomy and 7 postoperative days in the sub-umbilical laparotomy. These results were confirmed by a case-control study conducted by KPADONOU et al. [12] highlighted the important role of post operative respiratory physiotherapy in the rapid recovery of respiratory function.

## Conclusion

Laparotomies compromise respiratory function. It appears through these studies that chest physiotherapy allowed rapid improvement in ventilatory capacity and abdominal function in patients who underwent laparotomy. This could allow a shortening of hospital stay. It should be noted that the complexity of clinical settings first variety of channels, types of surgery and anesthetics require the physiotherapist high and expertise to be an ally of the accepted medical and surgical team.

## References

1. Bellinetti LM, Thomson JC. Respiratory muscle evaluation in elective thoracotomies and laparotomies of the upper abdomen. *J Bras Pneumol* 2006; 32(2):99-105.
2. Brooks JA. Predictors of postoperative pulmonary complications following abdominal surgery. *Chest* 1997; 111: 564-7.
3. Barbalho-Moulim MC, Miguel GP, Forti EM, César Mde C, Azevedo JL, Costa D. Silicone-ring Roux-en-Y gastric bypass in the treatment of obesity: effects of laparoscopic versus laparotomic surgery on respiration. *Obes Surg* 2011;21(2):194-9.
4. Chanussot J-C. Kinésithérapie respiratoire: pathologie pulmonaire. 2<sup>e</sup> Edit. Masson, Paris 1993:45- 60.
5. Rothen HU, Neumann P, Berglund JE, Valtysson J, Magnusson A, Hedenstierna G. Dynamics of re-expansion of atelectasis during general anaesthesia: A compared tomography study. *Br J Anaesth* 1999; 82: 551-56.
6. Craig Db. Postoperative recovery of pulmonary function. *Anesth Analg* 1981; 60: 46-52.
7. Antonello M, Delplanque D. Comprendre la kinésithérapie respiratoire. Edit. Masson, Paris 2001 ; p 283.
8. Hatton F., Tiret L., Maujol L., et al. Enquête épidémiologique sur les anesthésies. *Ann Fr Anesth* 1983 ; 2 : 333-85.
9. Anesthésie en chirurgie abdominale [Frankpaillard.chez.tiscali.fr/anesthesie\\_chirurgie\\_abdo.htm-61k-](http://Frankpaillard.chez.tiscali.fr/anesthesie_chirurgie_abdo.htm-61k-) Mai 05
10. Smetana G. Preoperative pulmonary evaluation. *N Engl J Med* 1999; 340(12): 937-44.
11. Smith PR, Baig MA, Brito V, Bader F, Bergman MI, Alfonso A. Postoperative Pulmonary Complications after Laparotomy. *Respiration* 2010; 80: 269-274.
12. Kpadonou GT , Mehinto D , Ade G, Alagnide E, Nikiema B, Padonou N. Rééducation des patients ayant subi une laparotomie en milieu hospitalier universitaire à Cotonou. *Rev Pneumol Trop* 2011 ; numéro 16 : 9-14





N  
I  
G  
E  
R



**Partnership**

**English ROOM English**

FATO AT ISPO INTERNATIONAL IN FRANCE IN JUNE THANKS  
TO ITS TECHNICAL AND FINANCIAL PARTNERS

**INAUGURATION OF THE HEADQUARTER OF  
OADCPH IN LOME TOGO**

The African Organization for the Development of Centres for People with Disabilities (OADCPH) was inaugurated on Monday 30 November 2015.

Thanks to the dynamism of its authorities, Togo had the privilege to host the regional headquarters of OADCPH. It is precisely such headquarters that, after more than 3 years of activities at the service of people with disabilities was inaugurated last Monday 30 November. The opening ceremony chaired by Prof Moustafa Mijiyawa, Minister of Health and Social Welfare, saw the participation of local authorities, actors and officials of health and rehabilitation structures, many organizations of and for People with Disabilities, but also technical and financial partners of OADCPH such as the International Committee of the Red Cross (ICRC), Japan Embassy, and CR-Machinery and CR-Equipments from Switzerland.

The African Organization for the Development of Centres for People with Disabilities (OADCPH) is an NGO whose mission is to promote the right to have access to rehabilitation care of quality and at low cost to People with Disabilities (PWD) of Africa. It is created in 2012 and through its associative purchasing group, supplies in consumable, raw materials and equipments more than 80 rehabilitation centres throughout about thirty African countries.

Worthing more than 74 million FCFA, the headquarter is a sub-regional structure gathering West and Central Africa.

It is equipped with a large warehouse and orthopedic products with a capacity of 60 tons, which will enable greater availability of consumable (raw materials, wheelchairs, machines- tools, etc.) reducing thus performance deadlines.

**Objectives and advantages of OADCPH**

Three main objectives motivate OADCPH actions :

- \* Promote access to rehabilitation care;
- \* Improve quality of care
- \* Promote the sustainability of service delivery in Africa.

The added value of OADCPH is <<support to rehabilitation professionals through the implementation of a continuous training system for the benefit of physical rehabilitation centres, support and advice and provision of technical documents>>, precised Ms Akoua Bowessidjaou-Pinda, Director of CNAO, Representative of OADCPH in Togo.

Mr. Masse Niang, Executive Director of OADCPH took the opportunity of this inauguration to thank the Togolese government, partners and member organizations for their support and guidance and recognition that has received the Organization.

The headquarters of the NGO OADCPH is located in the district of Avépozo on the way to Aného.

## NEWS

### NEXT FATO CONGRESS IN LOME IN TOGO, FROM 22 TO 26 AUGUST 2016

The next congress of the FATO is intended to take place in Lome, Togo from 22 to 26 August 2015. The theme of the congress is "Together for the future."

A national organizing committee was set up. The Scientific Committee also began work and has already met twice for the preparations of that congress.

A program is developed and will be soon made available to participants and partners in the coming days.

The 2016 congress will have a specificity and will consist of symposia and poster sessions followed by the plenary sessions on the topic.

\*\*\*\*\*

### Meeting of members of the Executive Board of the FATO

A meeting of the Executive Board of FATO was organized in June during the World Congress of physical rehabilitation professionals in Lyon in France. Discussions focused on:

1. The host country of the next Congress of FATO: it was a question of the current situation after the call for nominations for the organization of that conference, countries that were positioned and the approach to be adopted to finalize the country.
2. The African observatory of best practices in rehabilitation: the participants had an explanation and description of the role and mission of the observatory and were urged to get involved in the collection and delivery of best practices towards the observatory coordination team.
3. The strategic vision 2016-2020 of FATO. "There is a favorable wind for those who know where they're going." Thus FATO has defined the outlines of its vision 2016-2020. An electronic version of the draft plan was sent to different members for consideration, amendment and contributions.

### The editorial Board

## NEWS

### 3rd Regional Meeting of P & O Schools and Training Institutions in Africa

The African Federation of Orthopaedic Technologists (FATO) is pleased to announce the holding of the 3rd Regional Meeting of P & O Schools and Training Institutions in Africa during the 15th ISPO World Congress with the financial support of the International Committee of the Red Cross (ICRC), the ICRC Special Fund for the Disabled (SFD) and CR Equipments SA.

The agenda will focus on the launching of the Pan African Association of P & O Schools and Training Institutions in Africa.

\*\*\*\*\*

#### BECOMING A MEMBER OF ISPO

#### INTERNATIONAL & CREATING A NATIONAL ISPO

### Why should you become a member of ISPO ?



...because of the great advantages and possibilities :

- \* Receive a **free subscription** to [Prosthetics and Orthotics International \(POI\)](#), one of the leading international scientific publications in the field of prosthetics and orthotics
- \* Benefit from **reduced registration** fees at ISPO events: [ISPO World Congress](#), national congresses, workshops, seminars and other professional activities
- \* Receive ISPO's monthly [eUpdates](#) and gain access to ISPO members-only online services
- Join a **worldwide network** of professionals with the same patient-centric approach to care and dedication to excellence and enjoy exposure to the highest level of expertise and latest developments in the field
- **Become eligible** to serve on [ISPO committees](#) and task-forces
- Receive a membership **certificate**, reflecting your commitment to global exchange of knowledge and participation in the leading worldwide prosthetics and orthotics network.
- the possibility of creating a .....national ISPO member society...

There a lot of advantages in becoming a member of ISPO for individual professionals as well as for the nation.

**And on continental level, in Africa, our Federation of Orthopaedic Technologists will be much more stronger and powerful in order to bring about a real development in rehabilitation in its various aspects (services, cares, education, professional development, etc.)**

## Other Information



### How much is the registration fee ?

It depends on your country's categorisation by the World Bank (High, Upper, Lower Middle and Low Income economies) and on the type of membership (Full, Student, Institutional or Sponsor member)



### How do we pay ?

By Bank transfer or via Mastercard/Visa. In order to facilitate and reduce the transfer charges, many people can join together and make just one transfer for all of them.

### How do we receive the POI and the eUpdates ?



Through post and/or email.

### How to go about creating a national ISPO member society ?



Very easy : According to the ISPO International Constitution, a Member Society is composed of at least 5 members permanently resident within a country (country boundaries as those determined by the United Nations). No country will have more than one Member Society, such recognition being the prerogative of the Executive Board.

If members within a country are unable to meet the minimum [criteria](#) to form a national Member Society, they may join together with other interested individuals, associations, organizations, and institutions to form a *regional* Member Society.

### Who can be member of a national ISPO member society ?



A national ISPO member society, unlike P&O associations which only gather P&O professionals, welcomes P&O professionals, orthopedic surgeons, rehabilitation doctors, physiotherapists, occupational therapists, orthopedic shoemakers, nurses and biomechanical/rehabilitation engineers.

### What then are you waiting for to register ?

For any other information, please contact [fato@fatoafrique.org](mailto:fato@fatoafrique.org) or write to [kpandressi@hotmail.com](mailto:kpandressi@hotmail.com) or visit [www.ispoint.org/member-societies](http://www.ispoint.org/member-societies)

**IF YOU WANT  
TO BE A MEMBER OF  
THE AFRICAN  
FEDERATION OF  
ORTHOPAEDIC  
TECHNOLOGISTS**



**06 BP 9882 Ouagadougou 06 Burkina Faso**  
**Tél./Fax : 226 25 38 77 41**  
**E-mail : [fato@fatoafrique.org](mailto:fato@fatoafrique.org)**  
**Site Web : [www.fatoafrique.org](http://www.fatoafrique.org)**

**MEMBERSHIP APPLICATION**

To be a member of FATO allow you :

- To join the group of African Rehabilitation professionals
- To benefit from preferential rates at the training seminars organized by FATO
- To receive national and international information through « the newspaper Fato Info »

NAME OR CORPORATE NAME OF THE ORGANIZATION .....  
 ADDRESS : .....  
 POSTAL CODE : .....  
 PROFESSION : (Tick and specify)                      CITY : .....

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surgeon : .....</li> <li>▪ Doctor : .....</li> <li>▪ Prosthetist / Orthotist - .....</li> <li>▪ Podo – Orthotist : .....</li> <li>▪ Physiotherapist : .....</li> <li>▪ Occupational therapist : .....</li> <li>▪ Biomechanics Ingeneer : .....</li> <li>▪ Other : .....</li> </ul> | COUNTRY... ..<br>TEL : .....<br>FAX : .....<br>E-MAIL : ..... |
|---|---|

CURRENT OCCUPATION : .....  
 QUALIFICATIONS / DIPLOMAS / PROFESSIONAL CERTIFICATION / APPROVAL (Specify dates)-  
 .....  
 MEMBERSHIP TO OTHER PROFESSIONAL ASSOCIATIONS-  
 .....  
 DATE .....                      SIGNATURE .....

Categories	Designation	Amount 2015
Active Member (sponsor)	Person and/or society actively committed in activities directly linked to the objectives of FATO and bringing a financial support higher than the basic membership fees.	<b>500 euros</b>
Institutional Member	Category of membership specific to universities, research centres Clinics, associations or qualified organisations.	<b>320 euros</b>
Member	Highest membership status, which by his professional experience, Integrity, reputation and by his activity as member, has, on the opinion the executive board of FATO, contributed at the higher degree to the objectives of FATO.	<b>FATO</b>
Honorary Member	Member designated by FATO as honorary member	<b>FATO</b>
African Institutional Member	Category of membership specific to rehabilitation centres, associations and federations of disabled persons	<b>150 euros</b>
Individual Member	Every person wishing to be a member and sharing the same activities than FATO	<b>50 euros</b>

Account of FATO : n° 01150260005    Code banque : 084    Code guichet 01001    Clé RIB : 91  
 Code SWIFT : AFRIBFBF  
 Code IBAN : BF42 BF08 4010 0100 1150 2600 0591  
 Bank Of Africa Avenue de la Résistance du 17 mai  
 01 BP 1319 Ouagadougou 01    Burkina Faso  
 Tél. : 25 30 88 70 à 73    Fax : 25 30 88 74    Telex 5543 BF





Organisation Africaine pour le  
Développement des Centres  
pour Personnes Handicapées

Site web : [www.oadcph.org](http://www.oadcph.org)

06 BP 9882 Ouagadougou 06  
Burkina Faso  
Tél/Fax.: (+226)50387741  
[masse.niang@oadcph.org](mailto:masse.niang@oadcph.org)

### Description of members/partners of the African Central Purchasing Group

<b>Country</b>	
<b>Full legal name (Company name)</b>	
<b>Nationality</b>	
<b>Legal Statute</b> Providers of private rehabilitation services: Providers of public rehabilitation services: NGO : Local association: Rehabilitation activity: Specify	
<b>Official address</b> P.O. Box Exact location: City, State, region:	
<b>Contact</b>	
<b>Telephone Number:</b> country code + City code + number	
<b>N° de fax :</b> country code + City code + number	
<b>Electronic address</b>	
<b>Number of employees</b>	
<b>Other relevant resources</b>	
<b>Experience of similar actions, depending on its role in the implementation of the proposed action</b>	
<b>Background of the cooperation with the promoter of the African Central Purchasing group</b>	



Un groupe aux technologies innovantes au service du handicap.



Visitez notre site web

[www.groupe-g2m.com](http://www.groupe-g2m.com)

**Janton**  
DISTRIBUTION

JANTON s'engage à assurer une évolution constante des besoins en composants et matériels pour la fabrication d'appareillage orthopédique.



Prothèses



Matériel Médical



Orthèses



Fournitures



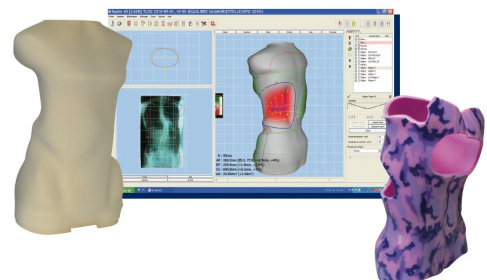
**CPL**

CPL (Composites des Pays de La Loire) met son savoir faire au service de l'appareillage orthopédique sur mesure.



**CSM**

CSM (Centralisation de Services et de Moyens) répond de la façon la plus adaptée aux besoins grandissants de fabrication en sous-traitance d'appareils orthopédiques sur mesure.





► Pied DynaStep  
1A101



► Genou Matik  
1P200 / 1P200-KD



► Pied Gery brun  
1A200-B

## Une gamme complète de composants et de matériaux à votre service



©cmtT-2015-11-FR-PIJ0405

### Nos correspondants locaux :

Serge TAPSOBA - ORTHOBA  
11 BP 402 - OUGADOUGOU CMS  
BURKINA FASO  
Tél. : +226 70 21 33 41  
E-mail : orthoba@yahoo.fr

Masse NIANG - O.A.D.C.P.H  
01 BP 3268 - Route d'Aného, Baguida  
Lomé - TOGO  
Tél. : +228 22 27 30 72  
E-mail : info@oadcph.org