



Enseignement et pratique de l'anesthésie loco-régionale

Kaboul - Afghanistan

Mission effectuée dans le cadre de la coopération HCL – Ali Abad par le

Docteur Seraj KOKCHA
Praticien hospitalier en anesthésie
CH de Bourgoin-Jailleu - Isère

Août 2004



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION ET REMERCIEMENTS</u>	3
LA PREPARATION DE LA MISSION	3
· <i>LES LIENS AVEC LES ORGANISATEURS</i>	3
· <i>LE MATERIEL</i>	3
· <i>LES SITES VISITES</i>	4
· <i>LES AIDES REÇUES</i>	4
LES DIFFERENTES ETAPES DE LA REDACTION DE CE RAPPORT	5
<u>LE CONTACT AVEC LE TERRAIN</u>	5
LES OBSERVATIONS ET LES CONSTATS	5
· <i>L'ACCUEIL ET LA SIGNALÉTIQUE DES BATIMENTS</i>	6
· <i>LA TENUE VESTIMENTAIRE</i>	6
· <i>LE PORT DE LA BARBE</i>	7
· <i>L'ACCES AU BLOC</i>	9
· <i>L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES</i>	10
LE TYPE D'ANTIBIOTIQUE	10
L'ANTIBIOPROPHYLAXIE	10
UNE SITUATION DE TRAVAIL	10
· <i>L'ORGANISATION DE CETTE SALLE</i>	11
· <i>ESSAI D'ANALYSE DE LA SITUATION</i>	12
LA SITUATION D'ALIABAD	13
<u>LA PRATIQUE DE L'ANESTHESIE</u>	13
· <i>LA SURVEILLANCE DE L'ANESTHESIE</i>	14
<u>LA QUESTION DE L'ANESTHESIE LOCO-REGIONALE (A.L.R.)</u>	15
· <i>SON INTERET</i>	15
· <i>LA SECURITE ANESTHESIQUE</i>	15
· <i>LES AVANTAGES DE L'A.L.R.</i>	15
· <i>LES COMPLICATIONS DE L'A.L.R.</i>	16
<u>LE LIEN AVEC L'UNIVERSITE</u>	16
<u>MON BILAN GLOBAL</u>	18

INTRODUCTION ET REMERCIEMENTS

Préparation de la mission

· *Les liens avec les organisateurs*

En réponse à l'invitation du Dr Tissot, responsable de la coopération en matière de santé à l'ambassade de France de Kaboul, j'ai eu le bonheur, lors d'un voyage court, de retrouver ma ville natale, encore meurtrie par les cicatrices de la guerre.

J'écris ces quelques mots sur ce voyage, pour exprimer avec sincérité et humilité ce que j'ai vu, entendu et vécu.

En février 2004, un appel téléphonique du Dr Tissot, a constitué les prémices de cette mission. Il me demandait mon accord de principe pour une éventuelle participation à une mission médicale à Kaboul, en collaboration avec les Hospices Civils de Lyon. Je me suis senti très honoré par cette demande que j'ai acceptée avec joie et reconnaissance. C'était pour moi l'occasion de pouvoir collaborer, dans la limite de mes faibles moyens, à la reconstruction de mon pays.

Après quelques discussions quant à la date de ma mission, finalement, un consensus s'est fait autour de la période de mes congés annuels : je suis donc parti au mois d'août 2004. Ceci a pu se faire grâce à l'aide efficace de l'AFD, plus particulièrement de celle de M. Adel Drieb qui a préparé le voyage : visa, billet, feuille de route..... Au sein du Centre Hospitalier, Madame De Laigue m'a guidé pour surmonter les nombreuses formalités nécessaires et incontournables de l'administration.

· *Le matériel*

Un autre aspect de cette préparation concernait la collecte de documents pédagogiques (ouvrages, atlas anatomiques, CDR, vidéos) relatifs à l'anesthésie loco-régionale et particulièrement à l'anesthésie tronculaire à l'aide d'un neurostimulateur, ce qui était l'objectif principal de cette mission. J'ai regretté de ne pas avoir eu le temps de les traduire en dari. Cela aurait pu être une aide supplémentaire pour mes collègues.

Le laboratoire Braun m'a fourni, non seulement des documents pédagogiques plus récents que ceux que j'avais acquis lors de ma propre formation, mais il a aussi consenti un gros effort commercial en me cédant pour un prix modique de 600€ un neurostimulateur HNS11[®] et en m'offrant deux boîtes de cathéters nécessaires aux démonstrations et réalisations de ce type d'anesthésie.

Le Centre Hospitalier Pierre Oudot, de Bourgoin Jallieu, a apporté sa contribution en mettant à ma disposition du matériel médical et des médicaments sans lesquels la réalisation de cette mission aurait été compromise. Je lui suis infiniment reconnaissant de l'aide qu'il m'a ainsi offerte. Je remercie personnellement M. Gazquez, Directeur Général du Centre Hospitalier, pour sa contribution généreuse et efficace.

Une partie de ce matériel a été utilisée lors de différentes démonstrations dans les hôpitaux de Kaboul, le restant confié au bureau de Lyon-Aliabad.

Mes collègues avec les bases acquises pendant mon séjour, les supports et documents en leur possession, pourront les utiliser. Mes souhaits de réussite les accompagnent.

• Les sites visités

A mon départ de France, je pensais intervenir essentiellement à l'hôpital Alibad, avec lequel la coopération de l'Université Claude Bernard et des HCL s'est instaurée de longue date.

Sur place, j'ai constaté que dans cet hôpital de nombreuses spécialités sont absentes : gynécologie/obstétrique, traumatologie (orthopédie), pédiatrie... et que pour les techniques que je proposais, à part l'introduction de l'aiguille Pajunk, dans la réalisation de rachi-anesthésie pour les malades d'urologie ou certaines chirurgies pelviennes, cet hôpital ne m'offrait pas un champ d'application suffisant pour l'enseignement que je me proposais de donner.

J'ai donc pris contact avec d'autres services, dans d'autres hôpitaux, pour pouvoir partager avec eux les techniques qui étaient au centre de ma mission. Ces techniques d'anesthésie, outre la rachi-anesthésie et l'anesthésie péridurale, s'adressent essentiellement au patient orthopédique et traumatique.

Dans ce contexte, après être resté à Aliabad les deux premières semaines, accompagné du Dr Ismael, responsable de l'anesthésie de cet hôpital, j'ai passé une semaine à l'hôpital Wazir Akbar Khan (WAK), puis la dernière semaine à l'hôpital pédiatrique.

• Les aides reçues

Le directeur adjoint de l'hôpital WAK, où nous étions à ce moment là, nous a demandé de prendre contact avec le ministère de la santé pour officialiser ma mission. Toujours accompagné du Dr Ismael, je me suis rendu au ministère de la santé où nous avons rencontré le Dr Abdul Hakim Aziz, responsable de la médecine curative au sein de ce ministère. Sans rendez-vous préalable, il nous a reçus, accompagné de son adjoint le Dr Rahmani et offert un thé de bienvenue selon la coutume afghane.

Le Dr Rahmani s'est montré particulièrement intéressé par ces techniques et leurs applications en chirurgie pédiatrique. Il nous a demandé de les présenter avec leurs indications et modes de réalisation dans le service de chirurgie pédiatrique où il travaille, pour pouvoir en faire bénéficier certains de ses patients. Ce que nous avons fait lors de la dernière semaine de cette mission.

Nous remercions vivement le Dr Hakim Aziz et le Dr Rahmani pour la qualité de leur accueil ainsi que le Dr Rahmani pour sa disponibilité.

Je remercie aussi tout particulièrement le Dr Ismael dont la présence constante au cours de cette mission m'a été précieuse. Nos échanges en matière d'hygiène et de sécurité ont été nombreux, les bases des protocoles d'hygiène ayant été déjà jetées par mes collègues des HCL lors de leurs précédentes interventions.

J'ai été profondément heureux de retrouver mon vieil ami et complice durant ma vie universitaire à Kaboul, le Professeur Cheragh. Son accueil a dépassé en générosité et disponibilité tous les souvenirs précieux que j'avais conservés de lui. Cet homme a su rester présent auprès de ses malades et de ses étudiants, dans des temps difficiles, vivant témoignage

du vrai chirurgien, indispensable dans un pays en guerre, et défenseur de la cause universitaire. Qu'il soit infiniment remercié pour les services qu'il a pu rendre à la population et à l'université, en restant fidèle à son poste et à ses idées.

Nos nombreuses rencontres ont alimenté en partie, mes réflexions sur la vie universitaire et la nécessaire prise en charge des stagiaires dans les hôpitaux de Kaboul. Ces stages hospitaliers sont actuellement gérés par le ministère de la santé sans réelle coordination avec l'université.

Les différentes étapes de la rédaction de ce rapport

La rédaction de la partie descriptive de ce rapport avait déjà commencé à Kaboul, en langue dari, afin d'être directement à la portée de mes collègues afghans.

La compréhension des situations observées et vécues a rendu cette rédaction plus ardue. Plus je réfléchissais et plus je me rendais compte que je devais (de mon point de vue) aborder des points qui me semblent essentiels pour la médecine et les hôpitaux d'Afghanistan ainsi que pour l'avenir de la médecine afghane, mais situés à la marge de l'objectif de ma mission.

La nécessaire réflexion quant à la pertinence et l'objectivité de mes propos, le besoin d'une mise à distance des situations vécues, en ont ralenti et compliqué l'écriture. Je l'avais déjà constaté en langue dari.

Ce texte n'est que la traduction française de cette écriture initiale. Cette dernière sera jointe à mon envoi.

Les idées qui sont les miennes ont nécessité prudence et maturation, ce fut quelquefois lent et difficile, voire pénible.

Je suis complètement conscient que ce n'est qu'une analyse, une vision personnelle, partielle et à un instant particulier d'une situation donnée et que, par conséquent, elle peut ne pas être partagée par d'autres.

Aujourd'hui, au moment où je relis ce rapport, je constate que j'ai pris énormément de retard pour rédiger ce texte.

Je suis désolé de ce retard, mais heureux d'avoir pu exprimer mon point de vue sur ce que j'ai vu et vécu.

LE CONTACT AVEC LE TERRAIN

Les observations et les constats

Lors de cette mission, j'ai donc visité plusieurs hôpitaux. J'ai observé des points qui sont communs à tous, d'autres plus spécifiques à un lieu. Il me semble qu'ils méritent tous d'être exposés.

Mon regard s'est souvent focalisé sur l'hygiène hospitalière avec des références multiples : celui de ma pratique actuelle de l'anesthésie dans un centre hospitalier français, celui du souvenir des habitudes que j'ai connues et apprises ici même autrefois, pendant ma vie d'étudiant et celui de l'observateur dans la situation duquel je me suis trouvé.

· L'accueil et la signalétique des bâtiments

A l'extérieur des bâtiments, à l'entrée : un garde filtre les personnes se présentant en voiture ou à pied, de façon peut être arbitraire : " où allez-vous ? "

Seul le service orthopédique de WAK bénéficie d'une sécurité importante : il a été installé dans une aile de l'hôpital militaire réquisitionnée pendant des travaux.

Dans le hall principal des hôpitaux visités, aucun panneau expliquant ce qu'on trouve dans ce lieu : spécialités, services, étages, administration, toilettes....

Aucun panneau non plus à l'entrée d'un service, rien ne fait fonction de hall d'accueil avec des informations indicatives : quelle spécialité, quel chef de service par exemple.

Puis, quand on rentre pour la première fois dans un service, c'est difficile de savoir qui est qui, à qui s'adresser et à qui on a affaire. Toutes les personnes se ressemblent par leur apparence. Les hommes sont très souvent barbus ! Ce qui n'est pas toujours compatible avec une hygiène rigoureuse en bloc opératoire.

Il y a peu de personnel féminin, ce n'était pas le cas autrefois.

· La tenue vestimentaire

Le port d'une tenue de travail est irrégulier.

Certaines personnes sont en civil, d'autre en tenue traditionnelle. Avant la guerre, et depuis longtemps déjà, le port du vêtement national avait complètement disparu depuis les classes dans les écoles, comme à l'université, dans les administrations et dans les hôpitaux.

Je me souviens que, dans le service de chirurgie de Aliabad, dirigé par le Professeur Said Mohamad Husseini, personne n'aurait osé venir travailler en vêtement national. Cela aurait semblé incongru.

Dans les hôpitaux européens, une tenue spécifique distingue les agents suivant leur fonction soit par une couleur, soit par un type de vêtement. Elles sont nominatives avec un système d'étiquette affichant le nom et aussi la fonction. Tous les agents hospitaliers affectés au service des malades se changent en arrivant, avant de prendre leur poste.

Les tenues sont fournies par l'hôpital, en nombre suffisant pour permettre un change fréquent. Leur nettoyage est assuré par l'hôpital, ce qui permet de ne pas emporter à l'extérieur les germes des patients et vice versa.

Or actuellement, le port de vêtements personnels, soit national soit civil (pantalon, chemise, veste) a remplacé celui de la tenue professionnelle.

Le retour à une rigueur vestimentaire permettrait, tout en renforçant la démarche de qualité de l'hygiène hospitalière, de retourner vers un professionnalisme marqué jusque dans les vêtements.

Leur importance symbolique, dans ce pays perturbé par des années de guerre et toutes sortes d'influences, est beaucoup plus large que ce qu'on peut croire.

Le vêtement traditionnel, tant apprécié pour son confort et sa légèreté, peut être réservé à l'extérieur. Dans l'hôpital, par son volume et sa fluidité, il peut être accusé de brasser l'air, de frôler une table stérile, de transporter des germes d'une table à une autre. Et de toute façon, il banalise la personne qui le porte. Nous ne savons pas qui elle est, ni s'il s'agit d'un membre du personnel, d'un malade ou d'un visiteur ! Actuellement, nous avons besoin de savoir qui est qui dans un hôpital.

L'absence du port d'une tenue professionnelle, banalise les individus mais aussi la tâche, il n'y a plus de limite entre l'extérieur et l'intérieur. Il n'y a plus ce prestige de l'exercice du

médecin et des métiers de l'hôpital. Cette barrière, même symbolique, est à restructurer pour revenir à d'autres habitudes de travail.

Par ailleurs, j'ai pu constater que les patients pouvaient entrer au bloc opératoire avec leurs vêtements personnels, quelques fois dans un état de saleté évident. Il n'existe pas non plus, actuellement, de tenue fournie par l'hôpital, pour les malades y compris avant une intervention. Ceci pourrait être compréhensible en situation d'urgence.

Mais ces patients n'étaient pas non plus lavés et désinfectés avant de subir une incision chirurgicale. Seule un badigeonnage à la Bétadine® (ou produit équivalent) avait lieu sur table.

Nous pourrions imaginer une chemise se fermant dans le dos, avec des manches courtes, suffisamment longue pour descendre jusqu'aux genoux afin de préserver la pudeur. Fournir un tel vêtement au moins pour les patients rentrant dans un bloc opératoire me semble une priorité dans le domaine de l'hygiène.

Ceci pourrait être un premier pas vers une rationalisation de l'hygiène à la portée de l'hôpital.

De la même façon, la nécessité de disposer d'un endroit fermé, dans chaque service, où les malades pourraient se laver, serait un préalable à toutes mesures d'hygiène du patient hospitalisé.

Je me suis souvent demandé où étaient les toilettes, je ne les ai pas vues. En tous cas, elles n'étaient pas signalées.

Toutes ces mesures, achat de tenues professionnelles, de tenue pour les patients, et leur lavage, de construction de salle de bains ont un coût. Cette mise de fonds sera bien vite récupérée par la diminution du nombre d'infections, de médicaments prescrits, de journées d'hospitalisation. Tout ceci a été très largement démontré dans les publications internationales.

• Le port de la barbe

Dans le même service, celui dirigé par le Professeur Said Mohamad Husseini, ni étudiants, ni chirurgiens ne portaient de barbe, ce qui facilitait la question de l'hygiène au bloc opératoire. Mais à l'époque le port de la barbe n'était pas aussi répandu que maintenant dans le milieu urbain.

Ce n'est plus vrai aujourd'hui. J'ai pu le vérifier avec le personnel de bloc opératoire. Quelle que soit la fonction, et même chez des chirurgiens, on rencontre des barbes développées, dont le masque ne peut en couvrir la totalité, et donc, en laisse passer une partie, ce qui peut être à l'origine de chute de poils ou de particules infectantes au sein d'une plaie opératoire.

Pour le barbu que je suis devenu dans ma vie en France (mais ma barbe disparaît sous le masque !), je mesure à quel point il s'agit là d'un choix personnel et comme c'est difficile de porter un jugement sur le choix des autres.

Cependant, il me semble important d'insister sur la barbe dans la culture afghane et islamique.

Elle est révélatrice de bien autre chose qu'une coquetterie.

Pendant la période dont nous sortons, elle a été imposée à tout homme disposant d'un système pileux normal. Il était fortement conseillé qu'elle soit imposante.

Par le passé, dans la littérature dari, elle a été le sujet de débats critiques.

Le poète Bedel¹, humaniste clairvoyant, libre penseur et mystique, vivant en Inde du Nord sous le règne des Moghol au XVII^e s., déjà irrité par la prolifération hypocrite de signes extérieurs de religion a écrit ces quelques vers.

<i>In quadar rich tché mâni dârad</i>	<i>Autant de barbes, qu'est ce que ça veut dire ?</i>
<i>Ghairé tachewiche tché mâni dârad</i>	<i>A part des tracassés, qu'est-ce que ça veut dire ?</i>
<i>Adami, khers, tché zolm ast âkher</i>	<i>L'être humain, un ours ! Mais quelle cruauté enfin !</i>
<i>Mardé haq mich tché mâni dârad</i>	<i>Un homme de Dieu, un bouc ! Qu'est ce que ça veut dire ?</i>
<i>Hazar az zâhedê maswak bassar</i>	<i>Éloigne-toi de ces fourbes avec un cure dents² sur la tête !</i>
<i>Agrabô nich tché mâni dârad</i>	<i>Un scorpion avec son dard ! Qu'est ce que ça veut dire ?</i>
<i>Dawié poutch ba in sâ mân rich</i>	<i>Des procès insensés sous l'égide de la barbe !</i>
<i>Narawad pich tché mâni dârad</i>	<i>Ça ne peut pas faire progresser. Qu'est ce que ça veut dire ?</i>
<i>Yak nakhod kala wô da man dastâr</i>	<i>Un poids chiche pour tête et 10 kilos de turban !</i>
<i>In quamo bich tché mâni dârad</i>	<i>Ce moins et ce plus, qu'est ce que ça veut dire ?</i>
<i>Cheikh bar Arsh napar rad tché konad</i>	<i>Le cheikh ne peut voler dans les cieux, que peut il faire ?</i>
<i>Ghairé par rich tché mâni dârad</i>	<i>Sauf des plumes ...(mais) une barbe ? Qu'est ce que ça veut dire ?</i>
<i>Bedel injâ hama rich astô fach ast</i>	<i>Mais Bedel, ici tout est barbe ! Et tout est forfanterie !</i>
<i>Mellatô kich tché mâni dârad</i>	<i>Le peuple et la foi, qu'est ce que ça veut dire ?</i>

Bedel a écrit ceci il y a trois siècles, pourtant c'est d'une actualité surprenante. Les écrits de ce grand homme sont intemporels.

Toutes ces années de guerre, par obligation, nous ont fait revenir en arrière. Nous sommes retournés à une époque lointaine, mais il faudra peut être encore du temps pour que ces hommes deviennent conscients qu'ils ont retrouvé la liberté de leur choix et que le temps est venu de repartir en avant.

Et pour commencer, puisque l'hygiène hospitalière l'impose, pourquoi ne pas afficher cette liberté retrouvée en réduisant les barbes ? !

¹ BEDEL : (1644 – 1720) est l'équivalent en dari d'un philosophe des années des lumières en occident avec une œuvre immense. Il n'est pas connu en France parce que pas traduit.

² Dans la tradition ancienne, on se nettoyait les dents avec un instrument spécial fait d'un bout de bois fibreux. Certains hommes le fixaient dans leur turban, (d'où l'image du dard et du scorpion) pour montrer qu'ils faisaient bien leurs ablutions. Ils affichaient ainsi qu'ils étaient de bons pratiquants. Bedel introduit l'idée que ce comportement « donneur de leçon » est dangereux comme peut l'être un scorpion.

• **L'accès au bloc**

Autrefois, l'entrée dans le bloc opératoire était soumise à protocole : les stagiaires recevaient des explications sur ce qu'ils devaient faire, le lavage des mains, le port de tenues spécifiques. Il existait une discipline presque militaire à laquelle tout le monde se soumettait. Dans cette équipe, si un stagiaire commettait une faute d'asepsie, il recevait les explications nécessaires : l'hygiène hospitalière était l'affaire de tous. C'est cet enseignement là que j'ai reçu et dont je me souviens.

Les chirurgiens et autre personnel de bloc respectaient rigoureusement les impératifs d'hygiène, et par ce biais, donnaient un exemple pratique à tous ceux qui venaient de l'extérieur pour la première fois.

La circulation, les va et vient à l'intérieur du bloc lui-même faisaient l'objet d'un protocole. Les personnes n'y étaient admises que sur nécessité absolue.

Actuellement, il y a des va et vient dans le bloc lui-même, dont le sens m'a échappé. Les tenues des personnes présentes sont très variables, ce qui n'aide pas à comprendre pourquoi elles sont là.

Par exemple, le port de masque, calot et sur-chaussure sont inconstant. Les brancardiers n'enfilent pas masque et calot en entrant. Ils entrent comme ils sont à l'extérieur. Je ne suis même pas sûr que les chaussures qu'ils utilisent dans le bloc ne soient pas celles qu'ils portent en ville.

Cette question du masque me semble importante.

Dans un service où j'allais pratiquer une anesthésie loco-régionale, accompagné du Dr Ismael, nous étions en vêtements civils et nous cherchions des habits pour rentrer dans le bloc. L'infirmier, qui lui-même ne portait pas de masque, nous a demandé qui nous étions et fait remarquer qu'on ne rentrait pas dans un bloc opératoire comme ça. Là, nous étions dans un sas et nous voyions à travers une vitre ce qui se passait à l'intérieur du bloc. Des deux personnes placées de chaque côté du patient, ventre ouvert, une seule portait un masque.

Je lui ai donc fait remarquer que ni lui, ni l'un des deux chirurgiens ne portait de masque. Il ne m'a pas répondu.

De cette anecdote, j'ai pensé que l'infirmier en question savait qu'il devait en mettre un mais qu'il ne le faisait pas. Est-ce qu'il avait bien compris à quoi correspond cette exigence ? Ou est-ce tout autre chose que j'ignore ?

Ces années de guerre, en dehors de pertes humaines de personnes de haute qualification professionnelle, ont fait perdre des éléments de structures universitaires et autres administrations, influant sur la question de la santé.

La désorganisation est profonde et tout est à reconstruire y compris dans des détails aussi subtils et incontournables que l'hygiène hospitalière, mais en en faisant comprendre le sens.

Une partie de ces pratiques vient, de mon point de vue, de l'habitude d'une chirurgie de guerre où il faut aller rapidement à l'essentiel, sur un fond de pénurie de matériel, en se contentant de celui dont on dispose. Et dans des conditions d'insécurité qui peuvent avoir relégué au deuxième plan des pratiques telles que le port du masque ou du calot ou des sur-chaussures pour aller plus vite, parce qu'il y a une question vitale en jeu.

Mais ces conditions extrêmes n'ont plus cours et les habitudes doivent changer pour faire place à plus de rigueur avec l'objectif d'une meilleure prise en charge du patient.

Cependant, l'analyse causale de cette situation n'est pas le sujet de cette mission, c'est marginal.

J'étais loin de mon pays natal pendant toute la période de la guerre et celle qui a suivi. Je me suis absenté pendant près d'un quart de siècle. Mon point de vue peut ne pas refléter le vécu de ceux qui sont restés et qui ont servi par des temps difficiles, avec des moyens restreints, auprès d'une population écrasée par la pression de l'histoire. Je les salue avec admiration. Et je mesure d'autant plus les critiques que je formule ici dans ce rapport.

· L'usage des antibiotiques

Le type d'antibiotique

Par exemple, à Aliabad, tous les malades étaient sous ceftriaxone, à WAK et à l'hôpital pédiatrique, c'était sous clamoxyl[®]. Même si ces traitements rassurent les chirurgiens et permettent sans aucun doute des guérisons, nous pouvons nous demander s'ils auraient eu une incidence réelle sur le devenir des patients avec une prescription sur une période plus courte ?

L'antibioprophylaxie

Ici, l'administration de l'antibiotique commence avant l'intervention, elle continue pendant plusieurs jours en post opératoire, ceci chez tout type de malade quel que soit le site chirurgical ou le type de chirurgie (propre ou sale). Tous les patients reçoivent la même antibiothérapie. Je ne suis sans doute pas le premier à faire ce constat.

Par ailleurs, ceftriaxone est un antibiotique puissant à large spectre. Son utilisation prophylactique et surtout prolongée pourrait avoir une incidence sur l'apparition de germes multirésistants.

Autre point, cette utilisation d'antibiotiques qui pourrait dédouaner certains de pratiques d'hygiène plus rigoureuses, a une incidence économique non négligeable en raison de son coût.

Une situation de travail

A WAK, on rentre dans le secteur du bloc par une entrée où la mention Bloc Opératoire est nettement visible. Ce qui n'était pas le cas ailleurs.

Cette porte donne sur une sorte de sas qui divise l'espace en deux parties, à droite une pièce qui fait office de chambre de garde, à côté, se trouve une salle d'opération munie d'un lavabo (qui fuyait avec un récipient situé dessous pour récupérer l'eau) et sans savon pour se laver les mains. J'ignore la raison de cette absence

C'est une petite salle qui sert aussi pour une chirurgie d'urgence, il y a une seule table d'opération.

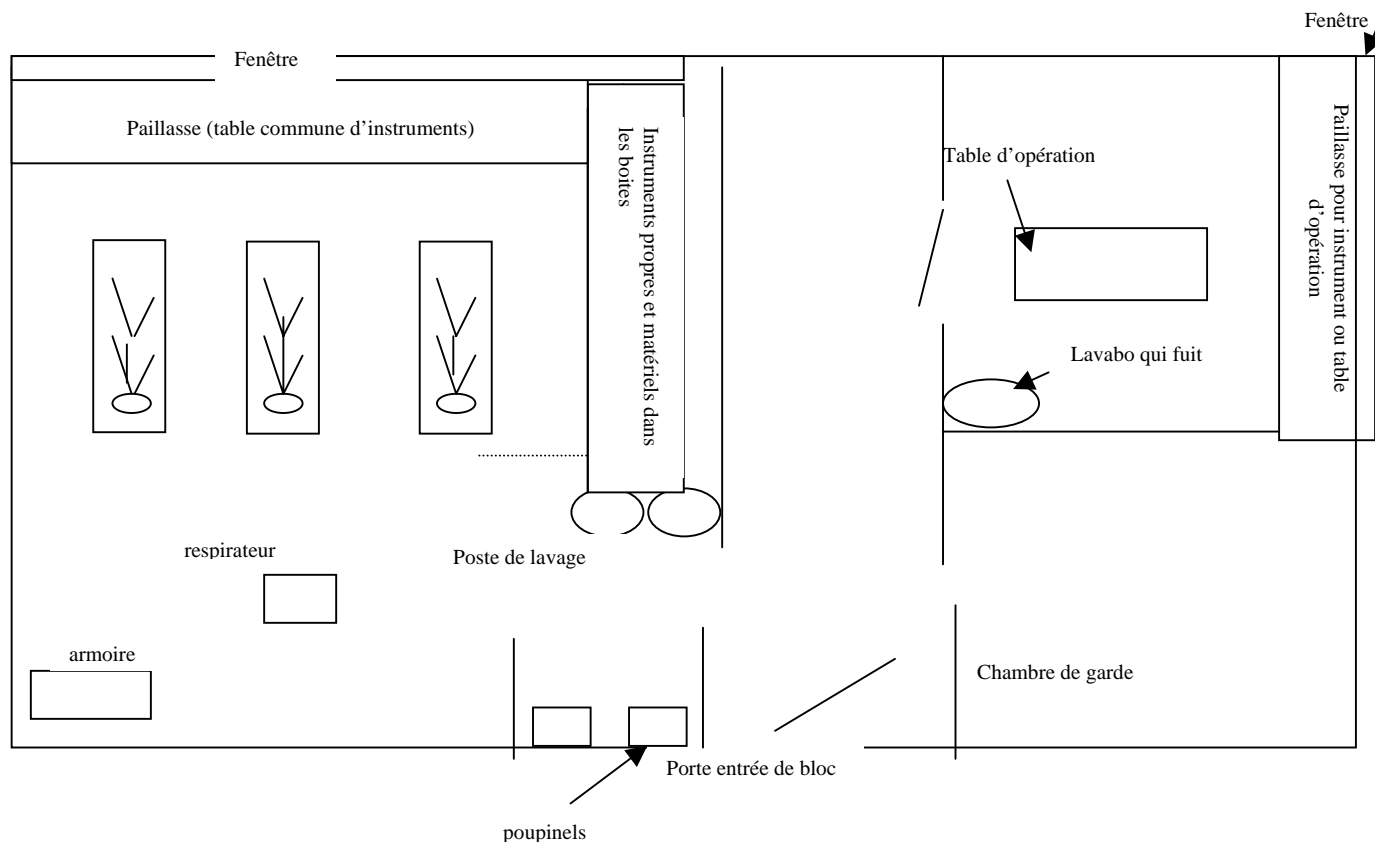
A gauche, encore un poste de lavage de mains, et deux poupinels, en face, une grande salle d'opération avec trois tables d'opération en parallèle.

Comme partout, le côté tête appartient aux anesthésistes. Il sert aussi de zone de passage pour échanger les patients quand une intervention est finie, pendant que les autres interventions se poursuivent.

Pendant ces va et vient, et ces départs / arrivées de patient, les contacts de vêtement avec ceux de l'équipe chirurgicale sont inévitables.

Par ailleurs, le dos d'un chirurgien touche pratiquement le dos de celui qui travaille derrière lui.

Ce schéma est très approximatif, je l'ai fait d'après mes souvenirs. Il n'est pas à l'échelle.



• **L'organisation de cette salle**

Trois patients sont pris en même temps.

J'ignore quels sont les critères de programmation des patients concomitants.

Les trois équipes travaillent avec leurs instruments sur une table commune, sous la fenêtre.

Cette fenêtre, munie d'une moustiquaire, est ouverte. La poussière de la ville entre librement.

Chaque équipe a également un certain nombre d'instruments de base nécessaires à l'acte chirurgical en cours, directement posés sur le patient. D'autres instruments communs restent sur la table commune, par exemple des coupe fils, écarteurs ou coupe broches.....

Il n'y a pas d'instrumentiste, ce sont les chirurgiens ou leurs assistants qui se déplacent pour aller chercher ce dont ils ont besoin sur la table commune. Au cours de ces va et vient, tout le monde se touche, quel que soit le patient dont on s'occupe, que le patient soit un patient « propre » ou « sale ».

Lorsque l'intervention de la table 1 se termine, on change le patient :

Le brancard arrive, le patient est transféré sur le brancard qui sera poussé en salle de réveil, un autre patient se présente qui est installé sur la table.

Pendant ce temps, les autres interventions suivent leur cours.

De temps en temps, les brancardiers ne portent ni calot, ni masque. Ils n'ont pas non plus de blouse d'isolement pour entrer dans le bloc.

Ce tableau, pour un observateur occidental qui n'a pas connu la chirurgie de guerre dans ce pays, peut sembler très sombre. Je risque sans doute de le noircir encore en décrivant les patients que j'ai vus opérés en même temps ce jour là.

Table n°1 : arthrodèse de genou pour lésion tuberculeuse avancée.

Table n°2 : ostéosynthèse du col du fémur par un enclouage gamma, en foyer ouvert, car ici l'usage de radioscopie ou d'ampli de brillance est inexistant.

Table n°3 : ostéosynthèse de jambe par fixateur externe, sur une fracture ouverte qui ne semblait pas fraîche.

Les critères habituels de l'hygiène hospitalière ont comme objectifs :

- la prévention de l'infection,
- la limitation de la propagation de l'infection au sein d'un service,
- la lutte contre l'apparition d'infections croisées et d'infections nosocomiales.

Au regard de ces critères qui font l'objet de consensus internationaux, je constate qu'aucun d'entre eux n'est respecté ici.

• *Essai d'analyse de la situation*

La situation est la suivante :

- l'usage de marteau et d'ostéotome en orthopédie peut projeter des particules biologiques dans toute la salle et bien sur, d'une table à l'autre,
- le contact manuel par l'intermédiaire de gants souillés avec des instruments utilisés par les différentes équipes, peut être à l'origine d'infections croisées,
- les contacts vestimentaires et physiques des équipes chirurgicales sont fréquents dans la salle. J'en ai parlé plus haut.

Le lecteur peut tirer ses propres conclusions à partir de ces exemples.

Pour ma part, actuellement, je tente d'analyser les facteurs ou les événements qui ont abouti à ces pratiques.

Pour moi, ce sont essentiellement les survivances de la difficulté extrême de la chirurgie de guerre.

Les chirurgiens étaient obligés de prendre en charge, au plus vite des blessés de guerre qui arrivaient tous en même temps, en nombre, pendant les bombardements ou tirs de rocket puisque la moitié de la ville a été rasée. En rajoutant une ou deux tables, les équipes pouvaient soigner plus de malades en même temps et réduire ainsi l'attente pour d'autres.

Loin de moi de formuler la moindre critique vis-à-vis de cette pratique pendant la guerre. Ces hommes ont rendu des services inestimables à cette population en souffrance, ils ont sauvé des vies avec les moyens et les contraintes de leur quotidien. Leur seule présence dans ces temps difficiles est déjà admirable.

Mais actuellement, il me semble que l'on peut passer à autre chose.

Une autre raison, que nous avons déjà évoquée plus haut, est les conditions d'hébergement pour travaux du service d'orthopédie, à l'hôpital WAK. Les locaux sont prêtés par l'hôpital militaire, leur dimensionnement et sans doute aussi le nombre de salles de bloc est insuffisant. Des lits de patients ont été installés dans les couloirs.

Il me semble aussi que des conditions économiques pour le moins inconfortables sont aussi à l'origine de cette pratique.

Les personnes travaillant dans des services publics perçoivent un salaire qui ne suffit pas à une famille. Ils sont contraints de développer des activités parallèles dans d'autres structures tout simplement pour vivre.

Dans l'après-midi, en dehors des cas d'urgence, aucune chirurgie n'est programmée. Ce sont les travaux de nettoyage de la salle, de stérilisation, de réfection des boîtes qui peuvent alors se faire. Par ailleurs, il n'y a pas un grand jeu de boîtes.

Cette pratique de patients multiples dans une même salle, ne correspond à aucune préconisation d'hygiène, elle a, sans aucun doute, bien d'autres raisons que j'ignore.

Pour moi, il est urgent de se pencher sur ce problème et d'y apporter des solutions conformes aux pratiques actuellement en vigueur dans les blocs opératoires.

Nous savons tous que l'activité chirurgicale nécessite des règles d'hygiène rigoureuses faisant appel à une discipline sans faille, affectant tous les membres d'une équipe qui peut être considérée comme un team d'action, dont tous les maillons sont solidaires les uns des autres. Tous doivent se plier à la règle, pour le bien du patient dont la santé reste l'objectif commun. Toutes défaillances y compris d'un maillon dit faible peuvent annuler les efforts de l'ensemble cette équipe et donc mettre le patient en danger. Des campagnes d'hygiène et de formation pour tous les agents de tous les services et surtout de la chirurgie, doivent être entreprises au plus vite.

Le but de ma mission était l'anesthésie loco-régionale, mais pour moi, ces conditions d'hygiène actuellement déplorable me semblent un élément central qui touche aussi à une question d'éthique. Je n'aurais pas pu ne pas en parler.

La situation d'Aliabad

En matière d'hygiène hospitalière, les observations que j'ai pu faire au sujet de la tenue vestimentaire, de l'hygiène des mains, du port de la barbe, sont valables pour tous les endroits où je suis allé y compris Aliabad.

La situation du service de neurochirurgie est particulièrement difficile. Il est actuellement installé sous une tente UNISEF avec deux rangées de 8 à 10 lits séparés par un couloir central avec une ouverture frontale sur les allées principales de l'hôpital et une ouverture à l'autre bout par laquelle arrivent les repas...

Les conséquences des conditions climatiques sont préoccupantes dans cette ville située à 1800m d'altitude, où les hivers sont rigoureux.

Le respect de la pudeur des patients est bien évidemment un leurre, mais nous sommes dans un pays où la pudeur a son importance.

Aux heures de visites, il n'y a pas d'espace, les visiteurs sont assis par terre, un visiteur peut aussi être couché dans le lit de son malade

La survivance de ce type de structure d'hébergement de type militaire ou de catastrophe, a quelque chose d'étrange dans un hôpital où l'investissement et la structure devraient pouvoir s'inscrire dans la durée.

Les opérations d'amélioration des locaux semblent être des rafistolages dans un espace contraint en pleine ville et qui, compte tenu de sa situation, ne pourra pas s'étendre.

Cette localisation pose problème, l'hôpital ne peut pas s'agrandir, ne peut pas avoir de parking malgré son éloignement du centre et de l'université.

Pourquoi cet hôpital ne retournerait-il pas à Aliabad, lieu qui lui a donné son nom, et où il se trouvait autrefois, à proximité du centre universitaire ?

Nous reviendrons sur ce point plus loin

L'hôpital Alibad, tel que je l'ai trouvé, ne ressemble pas à celui que j'ai connu. Du reste on parle de « New Alibad ». Le complexe hospitalo-universitaire qui englobait les hôpitaux de Alibad, Masturat, Zaechga couvrait l'ensemble des disciplines médicochirurgicales avec toutes les spécialités.

Actuellement, si on considère Alibad comme le seul hôpital en lien avec l'Université, il ne couvre pas l'ensemble des spécialités qu'un étudiant doit rencontrer lors de sa formation.

Aliabad ne peut pas être le seul hôpital universitaire.

L'ancien complexe hospitalo-universitaire, avec ses trois sites, devrait être restauré.

Ceci implique un recrutement de praticiens hospitaliers sur des bases de compétence et non pas de favoritisme en lien avec le pouvoir en place.

Nous pouvons être surpris, que plus de deux ans après la fin de la guerre, il y ait si peu d'investissement pour le domaine public et ici pour un hôpital hospitalo-universitaire, alors que nous pouvons observer une activité importante de construction ou de reconstruction de la ville et des quartiers, des mosquées, dans le secteur privé, par des personnes qui bâtissent des immeubles entiers.

LA PRATIQUE DE L'ANESTHESIE

Dans la salle dont nous venons de parler longuement, il n'existe qu'un seul respirateur pour les trois patients.

Il n'y pas de chariot d'anesthésie.

Le matériel d'induction se trouve dans une armoire, dans laquelle sont rangés également les médicaments en usage. Pour la plus part, ils sont achetés par les patients dans les pharmacies en ville, sur prescription du médecin, lors de la consultation préopératoire.

La plupart du temps, l'anesthésie comporte l'association de diazepam et de kétamine par voie veineuse, en ventilation spontanée en air ambiant. L'administration de morphinique en per-opératoire ne se pratique pas.

• La surveillance de l'anesthésie

La surveillance reste uniquement clinique : observation des paramètres : amplitude respiratoire, rythme, couleur des téguments, prise de pouls. Elle est relativement fréquente.

Un appareil à tension unique sert pour les trois patients.

Il n'y a pas de monitoring cardiaque.

Il n'y a pas de monitoring respiratoire : pas de saturomètre, mais il n'y a pas non plus de gaz médicaux (oxygène et protoxyde d'azote).

Un extracteur d'oxygène était présent dans la salle. Il délivrait un débit de 5 litres minute, mais nous ignorons sa concentration.

Les patients reçoivent des morphiniques en salle de réveil. Là non plus, il n'y a ni monitoring cardiaque ni respiratoire.

Malgré ces conditions difficiles, il n'y a eu aucun accident d'aucune sorte pendant les jours où j'ai travaillé à cet endroit.

La question de l'anesthésie loco-régionale (A.L.R.)

• Son intérêt

Après avoir constaté les conditions d'exercice de l'anesthésie générale, j'ai apprécié la justesse du jugement du Dr Tissot. Sa demande de venir faire la démonstration et l'enseignement de la loco-régionale, dont l'intérêt est évident compte tenu de la situation actuelle, est complètement justifiée.

L'éthique professionnelle implique d'offrir au patient le maximum de sécurité et de confort. Ces deux critères me semblent peu atteignables dans les conditions encore extrêmement difficiles d'exercice de la chirurgie et par conséquent de l'anesthésie. L'utilisation de techniques sûres et moins invasives donc moins dangereuses me paraît une évidence incontournable pour le bien être du patient.

L'usage de neuro-stimulateurs, avec un bout mousse ou un biseau court, permet de localiser les nerfs périphériques sans les traumatiser, ils ne rentrent pas facilement dans les vaisseaux non plus. Les cathéters de neuro-stimulateurs permettent de stimuler et d'infiltrer, des espaces bien précis, procurant une anesthésie chirurgicale sans danger et parfaitement adaptée pour la chirurgie des membres aussi bien chez l'enfant, que chez le vieillard ou l'adulte.

• La sécurité anesthésique

Dans la situation que nous avons décrite plus haut, absence de débit d'oxygène fiable, absence de saturimètre, absence de monitoring cardiaque, le choix d'une technique d'anesthésie qui n'affecte pas ces grandes fonctions me semble complètement évident.

• Les avantages de l'A.L.R.

Nous pouvons, en étant brefs, résumer les avantages de ces techniques par rapport à l'anesthésie générale de la façon suivante :

- pas d'atteinte des grandes fonctions vitales : la respiration, la circulation, et le système nerveux cérébral,
- pas de conséquence sur un traitement médical en cours : bronchotropes, cardiotropes ou même psychotropes,
- usage privilégié dans le cas de l'urgence avec estomac plein,
- absence d'effets secondaires comme nausées, vomissements, agitations post opératoire
- analgésie post-opératoire dépassant largement le temps chirurgical qui, en fonction du type de drogue et de leurs adjuvants, peut encore être prolongée,
- possibilité de laisser le cathéter en place, à proximité des sites nerveux, pour permettre une rééducation précoce par diminution de la douleur et donc du stress du patient et de sa durée d'hospitalisation. La récupération en est accélérée.

- absence de contre-indication formelle en dehors de quelques rares cas en lien avec l'état cutané ou le refus du patient.

Dans la grande majorité des statistiques, les résultats sont de l'ordre de 90 à 95% pour l'A.L.R., toutes techniques confondues. L'analyse de notre pratique est conforme à ces résultats. Ce qui permet de souligner sa fiabilité.

▪ **Les complications de l'A.L.R.**

Je n'ai pas abordé la question des complications.

Il y en a quelques unes en lien essentiellement avec la ponction. Il s'agit de ponction intra vasculaire accidentelle, avec des troubles psychiques mineurs allant jusqu'aux véritables crises convulsives.

Le risque d'injection intra neuronal est extrêmement faible grâce aux particularités des cathéters (nous en avons parlé plus haut) qui ne pénètrent pas dans les nerfs, les stimulant avant même de les toucher, produisant le mouvement attendu.

La rigueur de travail avec injections, ré-aspirations répétées, tout en respectant les doses prescrites par les protocoles, en gardant une communication verbale avec le patient pendant les injections, associée à des injections lentes, absolument non douloureuses, contribue essentiellement à diminuer les risques des injections intra vasculaires ou neuronales.

J'insiste sur le fait que l'injection ne doit jamais être douloureuse. Ce critère est essentiel sauf pour les infiltrations traçantes qui constituent un cas particulier où le patient est prévenu de la possibilité de douleur pendant l'injection.

Au vu de tous ces arguments, il me semble que l'A.L.R. est parfaitement adaptée au type de chirurgie et aux conditions de leur exercice à Kaboul.

Au cours de ces journées, l'intérêt des chirurgiens a été évident. Il leur a semblé qu'ils pourraient pratiquer eux-mêmes ce type d'anesthésie en cas de nécessité.

LE LIEN AVEC L'UNIVERSITE

Tout d'abord je remercie encore une fois l'ensemble du corps médical et les responsables administratifs pour l'accueil chaleureux qu'ils m'ont réservé.

Je ne voudrais pas que la question du lien entre l'université et les hôpitaux, que j'ai déjà effleurée et que je vais reprendre ici, soit reçue comme une critique des personnes en place.

Je suis aussi parfaitement conscient que certaines attitudes et comportements sont avant tout en lien avec des difficultés économiques sévères.

Je ne crois pas qu'on puisse dissocier la pratique de la médecine dans les hôpitaux, telle que j'ai pu l'observer, de celle de son enseignement et donc du lien des établissements dits hospitalo-universitaires et de l'université.

Dés mon arrivée à Kaboul, j'avais envie de retrouver un vieil ami, le Professeur Cheragh, nous étions dans la même année pendant nos études de médecine. Etant au courant de mon voyage, il m'a contacté et promis de venir me voir à Aliabad. Ces retrouvailles ont été émouvantes, nous avons plongé dans nos souvenirs d'étudiants, bavardé de tas de choses. Il m'a proposé de visiter l'université en sa compagnie.

J'ai été étonné de constater que l'ancienne faculté de médecine appartient actuellement à la faculté de théologie.

Son équipement, parfaitement adapté à l'enseignement de la médecine, était fait pour des cours d'anatomie et de dissection. J'ignore à quoi il est utilisé aujourd'hui.

Cette faculté de médecine a été une des premières facultés créées en Afghanistan. C'est le symbole de la médecine afghane pour plusieurs générations de médecins. Ce lieu est chargé d'histoire autant que de souvenirs.

J'ai été attristé par cette nouvelle affectation même si la nouvelle faculté construite par la suite offre d'autres avantages : taille des amphithéâtres, nombres de places, qualité de la bibliothèque, ...

Au cours de cette journée, j'ai rencontré d'autres praticiens parmi lesquels j'ai reconnu les Dr Edjazi et Dr Wali Assim, ainsi que beaucoup d'autres que je ne connaissais pas.

Les points que j'évoque ci-dessous ont été alimentés par les nombreux échanges qui ont eu lieu pendant ces rencontres.

J'ai ainsi eu l'occasion de m'entretenir avec des médecins directement concernés par l'encadrement des stagiaires dans les services hospitaliers. Leurs avis ont renforcé mes observations :

- certaines inscriptions à la faculté de médecine, depuis l'arrivée des communistes, ne sont pas faites selon des critères de diplômes ou de formations préalables mais suivant des systèmes de recommandations de gens bien placés,
- les personnes à la tête de l'université ayant été nommées elles-mêmes suivant des procédés identiques, favorisent par la suite l'entrée d'étudiants ou des nominations suivant des critères de parti ou ethniques,

Un praticien dans le cadre universitaire est arrivé à ce niveau en ayant passé les examens et concours relatifs à sa fonction. Les étapes universitaires ont leur raison d'être avec tous les grades et les étapes nécessaires à l'acquisition d'un savoir-faire pour le transmettre aux plus jeunes et faire fonction de moniteurs de stage dans les services hospitaliers.

Ce processus existait autrefois, je peux en témoigner.

La proximité à la fois avec le malade et à la fois avec un maître de stage capable de résoudre les questions pratiques permettait au stagiaire de bénéficier pleinement de leurs connaissances théoriques et sémiologiques dans le cadre des stages cliniques.

Toute une série de pathologies pouvait ainsi être vue au chevet du patient, les connaissances théoriques venant se confronter à une mise en pratique concrète, facilitant l'intégration des cours reçus. Et par conséquent l'acquisition du métier.

Actuellement la conjonction entre des conditions économiques préoccupantes, la perte des hommes de terrain soit par leur départ, soit par leur exclusion ou même leur décès, une absence de réglementation de l'exercice de la médecine, ont conduit à une dévalorisation de la formation des praticiens quel que soit leur lieu d'exercice et à une baisse de la qualité de l'enseignement.

Par des nécessités économiques vitales, l'acte médical est devenu pour certains d'abord une façon de gagner son pain pour faire vivre sa famille. Le niveau des connaissances acquises devient secondaire face à cette réalité.

Pour illustrer ce point, je peux citer la situation d'un stagiaire de sixième année qui, avant d'avoir son diplôme de médecine, avait déjà ouvert un cabinet en ville et inscrit le titre de médecin sur sa plaque. Il n'avait pas d'autre moyen de subsister. Mais il n'y a pas non plus de possibilité de contrôle ni de sanction devant ce genre d'attitude.

D'une façon globale, on peut se poser la question de la qualité de la médecine exercée.

La délivrance de titres universitaires se fait par décrets du ministère de la santé en dehors de critères de compétence professionnelle.

La situation actuelle, avec des nominations plus de type politique que de mérite, provient des changements successifs, dégradants, qui avaient commencé déjà avec l'arrivée des soviétiques. La structure universitaire s'est vue très affaiblie par la suppression des budgets spécifiques, par l'apparition de certaines lois, limitant son influence et son autonomie. L'université doit pouvoir être autonome, avec le moins possible d'influences politiques.

La perte humaine par départ, persécution ou exécution a été essentielle et actuellement on manque d'hommes. C'est évident.

Et il faudra sans doute longtemps pour combler ce déficit.

MON BILAN GLOBAL

Mon projet initial, au départ de France, en matière d'anesthésie loco-régionale, était de pouvoir transmettre ces techniques à mes collègues afghans, pour qu'après mon départ, ils puissent les pratiquer eux-mêmes. C'est dans ce but que j'avais apporté avec moi tout le matériel nécessaire.

Je ne pense pas avoir atteint cet objectif.

D'après moi, les raisons de cet échec pourraient être expliquées de la façon suivante :

Au cours des deux premières semaines passées à Aliabad, il n'y avait pas d'indication d'A.L.R. puisque pas de chirurgie orthopédique mais c'était un terrain de discussion et de visualisation de CDR d'enseignement avec le Dr Ismael qui nous a accompagné tout le long du séjour, comme nous en avons déjà parlé plus haut.

Pendant des deux semaines suivantes, aussi bien à WAK qu'à l'hôpital pédiatrique, de la chirurgie orthopédique était programmée sur deux matinées, les autres jours étant dédiés à la chirurgie viscérale. J'ai donc fait quatre matinées de A.L.R. en tout et pour tout.

Les chirurgiens orthopédiques n'étaient pas prévenus des possibilités de démonstration de ces techniques, ils n'étaient pas enclins à prendre du retard sur leur programme et donc préféraient conserver une anesthésie générale qui n'a pas de préparation longue. L'A.L.R. nécessite une organisation et un temps de latence non négligeable entre l'infiltration et l'installation de l'anesthésie chirurgicale.

En résumé, nous n'avons pas eu beaucoup de possibilités d'exercice de l'A.L.R..

Malgré tout, nous avons pu réaliser un double bloc sciatique poplité et une saphène chez un patient diabétique, avec un diabète peu équilibré, âgé, souffrant de lésions artéritiques à l'origine d'une infection traînante du pied aboutissant à une indication d'amputation à mi-jambe. La chirurgie a été indolore avec une bonne qualité d'analgésie post opératoire. L'autre cas était celui d'un enfant de 5 ans, atteint d'une ostéite du radius, nécessitant un curetage. Il a bénéficié d'un bloc axillaire que le Dr Ismael a réalisé lui-même avec mon aide. Ce garçon, après l'intervention, a quitté le bloc opératoire sur ses deux jambes.

L'absence d'organisation préalable et le caractère improvisé de mes interventions m'ont laissé peu d'espace pour pratiquer suffisamment de cas et atteindre mon objectif initial. Mes collègues n'ont pas pu bénéficier de démonstrations nombreuses ni pratiquer avec mon aide.

C'est pour toutes ces raisons que je considère mon intervention comme un semi-échec. Pourtant, mes collègues et les chirurgiens ont exprimé beaucoup d'intérêt voir d'enthousiasme pour ces techniques.

J'espère qu'avec le peu de pratiques effectuées réellement mais avec les discussions et les échanges nombreux ainsi que le partage des astuces techniques de la pratique quotidienne, avec les documents et le matériel laissé sur place, mes collègues oseront se lancer.

Dans l'avenir, une telle mission demande une organisation préalable, dans les hôpitaux, dans les services, possédant les spécialités correspondant aux indications des techniques utilisées.

**Rapport de mission reçu et lu en mars 2005
par l'Ambassade de France à Kaboul**

**- Les constats, commentaires et propositions appartiennent
à l'auteur -**



André Tillet