



Mission des Hospices Civils de Lyon  
au CHU de Kaboul

# Anesthésie

**Docteur Jean-Michel DESGARDIN**

**1<sup>er</sup> au 14 mai 2005**



**Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan**

**RAPPORT DE LA MISSION ANESTHESIE**  
**DU 1<sup>er</sup> AU 14 MAI 2005**  
**Dr. DESGARDIN**

Rappel de la situation en Afghanistan  
Résumé des rapports des missions précédentes  
Hôpital « new Ali Abad »  
Hôpital de Maïwand  
Conclusion  
Proposition

**RAPPEL DE LA SITUATION EN AFGHANISTAN**

Données de Mai 2002 (mission d'expertise Dr. Czarar-Goutchkoff)

22 millions d'habitants      5 millions de réfugiés en Iran et au Pakistan

Kaboul : 2,5 millions d'habitants (3,5 en 2005 ?)

La capitale représente 10% de la population du pays mais elle concentre 50 à 70% des ressources de santé (locaux et personnels) du pays.

Environ 2756 lits d'hospitalisation à Kaboul.

2400 médecins au total en Afghanistan, les 2/3 à Kaboul, où l'on compte un infirmier pour un médecin. 4600 agents hospitaliers.

1270 infirmiers en Afghanistan      411 sages femmes      326 techniciens de laboratoire

En province un médecin pour 11 000 habitants

Espérance de vie 42 ans.

Taux de mortalité brut 21%

Mortalité infantile 15%

Un quart des enfants n'atteint pas l'âge de 5 ans.

La moitié des enfants de moins de 5 ans souffre de malnutrition, 16% atteints de façon sévère.

Enfants morts : 20% de pneumopathie ; 20% de diarrhée, 20% par une maladie contre laquelle ils n'étaient pas vaccinés ; qq% par la malaria qui sévit dans le nord du pays.

Epidémies de grippe rougeole et choléra (100 cas en 2001) souvent très dévastatrices.

1% des femmes enceintes dont l'enfant naît vivant meurent en couches.

Suivie de la grossesse et accouchement en milieu sanitaire pour 8% des femmes.

800 000 veuves et orphelins.

Statistiques grossières menées dans les camps de réfugiés en Iran et au Pakistan ; 9,4 enfant par femme, 43% de ces enfants meurent dans l'année.

11% de tuberculose (45% de ttt réussis) 45% vaccinés par le BCG 35% vaccinés contre la rougeole 11% contre la polio 9% contre DTP

70% d'illettrés, 90% chez les femmes.

80% vivent au dessous du seuil de pauvreté.

Accès à l'eau potable 20 à 40% en ville 11% en milieu rural

Dans leur très grande majorité, les Afghans utilisent exceptionnellement le système de soins disponible.

A Kaboul 50% de la population vit dans une extrême pauvreté et renonce au système de soins.

En 2005 un vélo chinois neuf coûte 47 dollars à Kaboul, un médecin hospitalier touche 40 dollars par mois, une garde sur place est rémunérée environ 5 afghanis, soit le prix d'un pain pour un repas de deux personnes.

La survie de la famille est le souci quotidien omniprésent de tous les Kaboulis qui, pour la plupart, cumulent deux à trois métiers chaque jour.

## **RESUME DES RAPPORTS DES MISSIONS PRECEDENTES CENTREES SUR ALI ABAD**

21/1 au 1/2/2003 Cremieux

Eventuelle reconstruction franco japonaise de l'hôpital universitaire Ali Abad détruit pendant la guerre civile

9 au 22/11/2003 Dhers Desgardin

Les pratiques d'anesthésie sont dépassées routinières et dangereuses à new Ali Abad. Le dynamisme et la volonté d'apprendre du personnel est manifeste. Mise en place d'une feuille de surveillance de l'anesthésie, d'une autre pour la surveillance du réveil, affichages de critères de surveillance.

23/11 au 24/1/2004 Dumurgier

On peut difficilement faire mieux avec les locaux le matériel et les salaires actuels. La motivation des Afghans est très grande.

24/4 8/5/2004 Jacques

Il apparaît essentiel que l'action se poursuive, avec peut être des moyens mieux définis et expliqués, et une planification plus claire sur au moins deux ou trois ans... Certaines propositions émises jusqu'ici sont des vœux pieux et semblent impossible dans l'immédiat à mettre en œuvre pour des raisons financières... un autre point fort est ainsi représenté par la confiance mise en nous. La volonté locale de progresser ne se dément également pas depuis 2 ans.

26/6 au 16/7/2004 Bertrix

Mise à disposition de brocs en plastique rouge pour recueillir les aiguilles usagées, gobelets en plastique pour recueillir les ampoules vides afin de les échanger contre des neuves, sensibilisation à la nécessité d'identifier les seringues et de ranger le matériel d'anesthésie rationnellement.

Ali Abad est obsolète dans ses structures et ses équipements, l'aide doit être accrue.

11 au 14/7/2004 Tissot

Il faut mener une action globale universitaire et hospitalière, allonger la durée des missions, intensifier la dotation en matériels.

22/6 au 17/7/2004 Ashraf

Il faut des missions plus fréquentes et plus longues et des dotations de matériel plus fournies.

Ne serait-il pas plus efficace et moins coûteux de délocaliser new Ali Abad dans du neuf plutôt que d'améliorer ce qui sera toujours inadapté ?

Août 2004 Kokcha

Le patient n'est pas lavé avant la chirurgie et il porte ses vêtements personnels sur la table d'opération. Une antibioprofylaxie à large spectre est systématiquement prescrite en post opératoire.

1 au 8/9/2004 Perrin

New Ali Abad est incompatible avec un futur de l'urologie universitaire référente. Il est impératif de favoriser la prise de conscience d'une hygiène nécessaire.

1 au 10/9/2004 Pajot

Continuer les efforts au niveau de l'hygiène hospitalière et de la prévention du risque infectieux/

21/11 au 10/12/2004 Ashraf

Pour une sécurité minimale il manque : une table d'opération à prise de tête osseuse, une aspiration, un dynamap, des pousse seringues électriques. La salle de réanimation ne dispose pas de l'équipement nécessaire à la prise en charge des patients.

28/3 au 15/4/2005 Challamel

Il y va de la crédibilité de la France d'accroître les moyens mis à disposition.

27/3 au 9/4/2005 Girard

Le coût de l'amélioration des locaux et du matériel est important. Essai de mise en place d'une fabrication de solutés hydroalcooliques antiseptiques pour les mains « préchirurgicales ».

## **VU A L HOPITAL ALI ABAD ENTRE LE 2 ET LE 6 5 05**

Une personne sur quatre porte ,au bloc, des vêtements civils sous sa tenue de bloc.

Le patient est opéré portant ses habits, que l'on dégage autour du champ opératoire.

L'infirmier anesthésiste se déplace dans le bloc, une seringue à la main dont l'aiguille est à nu.

« bism illah » dit le chirurgien en incisant la peau.

Réinjection de 300mg de penthotal 1h15 après l'incision, et 20 minutes avant la fermeture. Le motif ne me saute pas au yeux, je demande le pourquoi de cette réinjection : »c'est le protocole « le quel ? » demandé-je « c'est toujours comme ça ». No comment.

Pas de champ imper sur la table à instruments et sous le champ tissu, alors que j'en trouve 4 dans une boîte stérile. Le tissu est trempé au bout de 10 minutes. C'est le siècle du virtuel, y compris en matière d'asepsie.

Pas de feuille d'anesthésie tenue. J'en découvre un paquet de 50, vierges, bien rangées.

L'infirmier anesth se rappelle des doses qu'il a injecté, et de leur horaire à un quart d'heure près.

La patiente a une TAS à 20 un pouls à 140. L'infirmier ne sait me dire les causes possibles, moins encore les probables et en aucun cas la cause réelle. Je suis moi même un peu gêné pour affirmer quelque chose, le dossier ne mentionne rien à la rubrique des antécédents de cette femme de 40 ans opérée pour un goître.

Le moniteur multiparamétrique (japonnais NIHON KOHDEN même genre que le « Propaq ») donne la TAS TAD TAM la Spo2 et le pouls corollaire, pas de tracé électrocardioscopique, par manque d'électrodes me dit on. J'en ai vu une petite réserve hier dans une autre salle.

Malade en VAC (respirateur japonais)sous AG, 8l/min d'air+2 d'O2 provenant d'un extracteur

L'infirmier a besoin de remplir une seringue pour diluer un produit : il pique directement au travers de la paroi en plastique souple de la poche de perfusion, sans désinfection préalable...

Aiguilles usagées dans une boîte de kleenex (carton léger détrempe par les seringues purgées par terre...)

Transfusion d'une poche de sang frais A+, pas de cross match au bloc, pas de carte de groupe digne de ce nom, mais un petit papier manuscrit. Aucun élément de traçabilité disponible.

ATCD HTA+++ traitée depuis 3j préop, cholécystectomie, AG (protocole immuable quel que soit l'âge, la chirurgie, les atcd du patient, les ¾ des drogues sont périmées) : PM sur table: atropine 0,5mg ; valium 10mg , pentazocine (fortal )20mg, après 5 min ketamine 2mg/kg, célo 1 mg/kg, pavulon 0,1mg/kg. 10 minutes après l'induction, la TA est à 20, l'IADE envoie la famille au bazar pour acheter 500MG de nesdo (20 30 afghanis =0,5euros).

Deux moniteurs multiparamétriques (« Propaq « japonais très fonctionnel en service depuis 2ans, fonctionnent très bien, mais irrégularité d'approvisionnement des consommables) pour quatre salles

Aujourd'hui champ plastique entre la table d'instruments et le champ textile dans les deux salles. C'est mon 3<sup>ème</sup> jour ici, je vérifiais tlj et faisais la remarque s'il manquait le champ plastique. Realtion de cause à effet ou heureux hasard ?

L'IADE d'aujourd'hui est très scrupuleux. Il me dit avoir suivi 1 an de formation théorique, puis 6 mois de pratique avant d'être lâché seul. La formation pratique est sensée durer 2ans.

L'IADE est très accaparé par son tel portable MP3 et app photo numérique, mais je dois dire qu'il mène son anesthésie avec sérieux et je ne vois pas, compte tenu du contexte, ce qu'il pourrait faire de plus et/ou de mieux.

Il me dit qu'il partirait volontiers d'Afghanistan, il a 30 ans, il est marié, dit que la vie est très dure, qu'il lui faut faire 2 ou 3 métiers pour survivre, qu'il n' a ni TV ni voiture ni logement correct.

Sœur Mariam, suisse, à l'hôpital Ali Abad (ancien puis nouveau) depuis 33 ans, responsable de la salle de réveil femmes, qui parle couramment le persan, dit observer 2 à 3 complications pour 1000 malades, très peu d'infections contrairement à ce que l'on pourrait attendre (rappel 20% de mortalité infantile avant l'âge de 5 ans) hygiène inexistante dans tous le pays, bonne immunité induite ?

Elle estime la mortalité opératoire (urgences et programmé) à 1 à 2 pour mille. Elle confirme la pratique quasi systématique du bakchich préop (chir infirmier et tout le personnel). Mais elle précise qu'il y a des demandeurs de bakchich raisonnable honnête et adapté et d'autres un peu moins...

Les malades sont intubés avec d'anciennes sondes à usage unique soigneusement lavées...

De fait au quotidien, l'hygiène au bloc à Ali Abad est une fiction la plupart du temps.

Visite de « Kaboul ambulances » qui reprend le principe du 15 et du SAMU. Projet piloté par la Norvège depuis 2003, unité principale basée à l'hôpital Ibn Sina, 4 « sous stations »

Dont une à Ali Abad. Primaires et TIH uniquement sur l'agglomération de Kaboul. Pas d'hélico. Equipage à deux :un « nurse » formé spécifiquement en 3 mois (RCP entre autres) et un chauffeur, jamais de médicalisation.

Les véhicules sont équipés d'un brancard, d'une chaise, d'une table à colonne, d'un kit accouchement. Pas de médicaments.13 véhicules en service.

Je n'ai pu disposer d'un interprète durant cette première semaine, aussi n'ai-je pu organiser de cours au personnel.

## VU A L HOPITAL DE MAÏWAND

### 7 mai 05

Cet établissement d'environ 450 lits est hôpital d'enseignement universitaire depuis quelques mois. La plupart des équipes viennent d'être transférées d'autres établissements, d'où des difficultés de l'organisation qui se met en place.

Première impression en venant d' Ali obod : bloc vaste, propre, rangé, organisation rationnelle et rigoureuse du lavage des mains, de l'habillage avant l'entrée en salle. Tout le monde porte des tenues propres. Première impression très favorable. Il n'y a pas cette puanteur qu'on n'évite pas à Ali Abad.

Discours général tenu par tous ceux rencontrés à Maïwand (chirurgiens, IADE, médecins cardio dermato infectieux pédiatres etc... administratifs): »nous n'avons rien, dans tous les domaines, matériel, enseignement, documentation, nous sommes preneurs de tout ce que vous pouvez apporter, ne nous oubliez pas, tant de gens nous ont fait tant de promesses mortes. Nous sommes nostalgiques de la coopération avec la France des années 60 70, nous n'aimons pas la méthode et le comportement américain même si nous leur sommes reconnaissant d'avoir chassé les talibans et de stabiliser encore aujourd'hui la situation. Nous nous sentons beaucoup plus d'affinités avec les Français. »

### 8 mai 2005

Le Docteur MOMAND cardiologue, chef de service de médecine interne, me demande à plusieurs reprises avec insistance où à Kaboul, lui, son équipe et ses étudiants pourraient prendre des cours de français. Je l'informe que le centre culturel français situé dans les locaux du lycée Isteqlal organise des cours, de trois niveaux différents, tous les jours, enseignements et inscriptions sur place.

Sondes d'aspiration, raccords en « Y », filtres antibactériens, cathéters centraux, sondes d'intubation, entassés mélangés dans des cartons à même le sol dans un débarras du bloc qui sert de vestiaire.

Intervention pour incontinence du sphincter anal suite à des diarrhées chroniques chez une enfant de 8ans. « allez au bloc opératoire » lance le brancardier du bloc à la mère avant de les planter là, dans une chambre à 12 lits (la mère et la fille semblent avoir passé au moins une nuit dans le même lit) . Je les suis à distance, elles demandent aux uns et aux autres l'itinéraire à suivre pour y parvenir. Enfin à destination « retournez dans la chambre » s'entend dire la mère d'un ton rogue, tandis que la petite reste assise, toute seule dans le sas du bloc, stoïque.

Installation toute habillée sur la table. Aucun monitoring pas même la TA alors qu'il y a un tensio. Cathlon s veine du poignet, bouchon. VS en air. 0,5mg d'atropine+5mg valium IVL (pds de l'enfant : 15kg vérifié sur balance avant de monter sur la table) puis kétamine 30mg.

L'aide ôte le pantalon. Position +-gynéco maintenue à la main par un aide. 2 incisions cutanées de 2mm à « midi » et « 6h » de l'anus. Faufilage par ces 2 orifices, un aide introduit un doigt dans l'anus et le chirurgien serre son fil sur ce doigt afin de réduire le diamètre du sphincter. L'enfant hypoventile manifestement, L' »IADE « tourne sa tête sur la gauche et demande à un aide d'ouvrir un grosse bouteille d'oxygène (1,5m x0,3 de diamètre contenant en réalité un mélange à 40% d'O2 me dit on, remplissage par mélange sorti d'un extracteur d'O2 ??) il ouvre le débitmètre et laisse le bloc s'oxygéner... , oublié ? désinvolture ? autre ? l'enfant bouge, le chir demande de la pommade à la xylo. Fermeture cutanée. Une compresse, deux petits leucos perpendiculaires au pli fessier, « SSPI » où l'enfant est confiée à sa mère GCS 8 en PLS, l'IADE disparaît définitivement. Tout les déchets chir et anesth (aiguilles nues...) jetés dans un seau sous la table. Bloc de feuilles d'anesthésie vierges sur la table d'ansth, aucune données retranscrites.

Le second malade est déjà installé dans la deuxième salle. Abscess de la face antérieure du tibia.

Rituel d'installation psychologiquement stérile. On relève le bas du pantalon du malade qui garde ses chaussettes, aseptie à la povidone (équivalent bétadine jaune) à 4 bons centimètres autour de la lésion.(collection 2cmx2cm, placard inflammatoire 10x10) Injection de xylo 5%, 3 à 4ml au centre de l'abcès.

Incision timide et tremblotante (l'opérateur est en poste depuis 4ans, il enseigne à l'université), écoulement spontané de qq cc, la pression des doigts fait sourdre qq cc supplémentaires, instillation de 5ml d'une solution antiseptique non précisée, pansement occlusif serré.

Sans avoir ôté ses gants, le chirurgien note le CRO sur le dossier du malade et remplit deux registres avec son stylo.

Installation du 3<sup>ème</sup> patient, une jeune femme d'environ 25ans, amputée à mi tibia droit, pour « désinfection de plaie » sur la cuisse homolatérale. Le moignon est cicatrisé depuis très longtemps. Le problème se situe au niveau du pli inguinal. Son visage au repos, est crispé de douleur. Elle hurle dès que le chirurgien (qui porte toujours la même paire de gants que celle utilisée pour le malade précédent...) ôte la première compresse du pansement, il y en a 10 à 15 épaisseurs colmatées par le sang et le pus. La lésion apparaît : on voit le fémur, l'axe artériel fémoral et ses branches ainsi que tout le paquet vasculo nerveux, le tout dans un bain de pus grumeleux pestilentiel. La plaie mesure environ 20cmx10x10 de profondeur. Essai de nettoyage à la compresse : au premier contact de la compresse, dans un violent spasme de douleur il s'en faut de peu que la malade ne tombe de la table. Trois aides la maintiennent, le chirurgien instille environ 50cc de solution antiseptique, puis saupoudre avec « du iodoforme »(ce chirurgien parle un excellent français) une poudre jaunâtre, il bourre de compresses bétadinées, et serre le tout avec une bande de gaze.

De retour dans son bureau, je lui ferai la remarque à propos des gants qu'il n'a pas changé pour deux malades successifs : il réalise brutalement son erreur, blêmit, son visage tremble un peu, il reste silencieux qq secondes puis bredouille, « il arrive que l'on fasse parfois des erreurs », il finira par retrouver son calme en quelques minutes.

Dernier malade : pied diabétique, nécrose du 5<sup>ème</sup> orteil gauche, je palpe une adénopathie inguinale homolatérale de la taille d'une noix (le chirurgien est perplexe lorsqu'il me voit palper ainsi le pli inguinal, il ne fait aucun commentaire, ne pose aucune question), pied doublé de volume par rapport au droit.

Le patient porte une montre au poignet gauche, que jouxte un cathlon rose à deux entrées dont une seule porte un bouchon, l'autre est à l'air libre, il retient un morceau de sparadrap qui a du, anciennement, le solidariser à la peau à la très forte pilosité. Même rituel d'asepsie psychologique. Le malade pèle la peau de l'orteil nécrosé. 5 à 10 ml de lavage. La nécrose apparaît ainsi plus nettement. Compresses bétadinées. Bandage serré du pied. « Quand revoyez vous le malade ? » hasardé-je « Mon travail est fini, il retourne en médecine interne pour antibiothérapie ».

## 9 mai 05

La table d'opération n'est pas nettoyée entre chaque intervention. Elle l'est manifestement très rarement vu son aspect.

Les patients sont opérés en portant leurs vêtements personnels que l'on écarte de part et d'autre du champ opératoire. Ce matin du l'intervention pour hernie inguinale droite terminée, une simple compresse est fixée sur la plaie opératoire à l'aide de 3 morceaux de sparadrap, puis on remet en place le slip, le caleçon long et le pantalon qui étaient baissés sur les genoux du patient. Je demande le pourquoi de cette façon de faire au chirurgien, qui enseigne à l'université : »je sais, mais c'est notre culture ». Il rit quand je lui dis que le staphylocoque ne la partage pas.

Le tensiomètre à mercure reste sur la paillasse. Ce n'est que lorsque je m'enquiert de la tension artérielle du patient que l'infirmier anesthésiste installe l'appareil au bras de l'opéré et procède à la mesure.

De la même façon, je vois apparaître un oxymètre de pouls, et l'infirmier remplit « scrupuleusement » la feuille d'anesthésie. La feuille d'un patient des jours précédents gît sur la table d'anesthésie, oubliée.

Un infirmier d'une autre salle vient emprunter le laryngo, qui est couvert de sang et de sécrétions depuis l'intubation de notre patient il y a 20 bonnes minutes et qui traîne négligemment sur l'embase du scialytique. Cet infirmier empaume ledit laryngo en l'état et disparaît dans les étages, sans faire de crochet par les lavabos équipés de savon brosses et solutions antiseptiques, attendant à notre salle d'opération.

Le chirurgien qui vient de démarrer cette cholecystectomie par laparo paramédiane droite sus ombilicale doit s'absenter, un collègue le remplace après la chute de la pièce. Puis il revient environ 15 minutes plus tard, son collègue s'éclipse et il reprend l'intervention, sans avoir revêtu de sarreau stérile, il a mis des gants, il est en bras de chemise (de l'hôpital tout de même), celle avec laquelle il fait la visite ! Il opère à bras tendus pour ne pas toucher les champs ! je marque ma franche désapprobation. Tout le

monde rit sauf moi . »vous en verrez d'autres » me dit il. « puis je prendre une photo ? » demandé je. Il se raidit « absolument pas » . Je le salue et quitte la salle.

## **10 mai 05**

J'avais primitivement pris la teinte grisée du carrelage des murs du bloc opératoire pour une altération du blanc d'origine, car le bâtiment a été construit vers 1930. Le carrelage, manifestement d'excellente qualité, n'a pas bougé, l'effet d'ambiance ne vient que d'une couche dense et homogène de poussière tout à fait ordinaire comme en témoigne le test de l'index inquisiteur.

Le chirurgien saisit une aiguille courbe sertie de fil sur son porte aiguille. En démêlant les ganses, le fil casse au ras de l'aiguille. Il jette l'aiguille par terre.

L a patiente porte cette fois une chemise de l'hôpital, par-dessus trois couches de ses vêtements personnels.

J'arrive ce matin au bloc, l'intervention est commencée. Le tensiomètre est au bras du patient, l'oxymètre de pouls est en place, la feuille d'anesthésie est à proximité, remplie. Je me plais à imaginer que le petit éclat d'hier avec le chirurgien en bras de chemise n'y est pas étranger, mais, aussi bien, me bercé-je d'un doux rêve.

Dernier jour à Maïwand. Séance « d'enseignement » de deux heures auprès des infirmiers anesthésistes , essentiellement questions-réponses sur les sujets qui les préoccupent . Nous avons abordé : les troubles du rythme cardiaque per- opératoires, les retards de réveil et les conseils de bonne pratique concernant l'emploi des curares et les règles de décurarisation, quelques notions permettant sinon une interprétation, au moins une évaluation du tracé électrocardiographique. Ils se sont montré anxieux devant l'ouverture du service de chirurgie thoracique et de leur manque de formation concernant l'anesthésie dans cette discipline. Ils réclamaient des protocoles d'anesthésie, j'ai répondu que la question ne se résumait pas à cela, mais que la chirurgie thoracique impliquait toute une organisation de service dans laquelle les temps pré et postopératoires au sens large étaient primordiaux. Les bilingues sont anglophones, je les ai informé de la mise à disposition de « la bible américaine » de l'anesthésie dans la salle Lyon-Ali Abad, le Miller en 3 volumes, qui est un ouvrage de référence qui reste très utile dans le contexte afghan même s'il s'agit de l'édition 1986.

J'ai insisté sur la nécessité d'un dialogue permanent entre le chirurgien et l'anesthésiste dans l'anesthésie moderne. Certes ce dialogue est parfois très ferme, mais le schéma passéiste du potentat chirurgical qui règne sans partage et préside à la moindre des décisions sous les cieux du bloc a vécu, en nos temps où le patient est nécessairement au carrefour de plusieurs disciplines qu'un seul et même individu ne peut prétendre dominer. Ce point posera, c'est certain, un problème spécifique en Afghanistan, car il n'y a quasiment pas de médecins anesthésistes, et l'infirmier, on l'imagine, aura beaucoup de mal à s'imposer face au chirurgien . Cette situation sera toute nouvelle dans l'histoire et une question se pose : faut il former les infirmiers à discuter certaines indications chirurgicales en fonction du terrain ou de l'état du patient, et cela conduira à des conflits

car les diplômes de l'un et de l'autre ne sont pas du même niveau, ou faut-il, à contrario, limiter la formation à des techniques élémentaires stéréotypées, mais qui limiteront les progrès globaux du résultat chirurgical ?

Je remet un photocopie de deux pages insistant (lourdement) sur l'impérieuse nécessité de progrès importants en matière d'hygiène sans quoi toute amélioration du résultat chirurgical restera une chimère. J'y insiste également sur le maître mot de l'anesthésie : surveillance.

## **CONCLUSIONS**

Les actions menées, les matériels et procédures mises en place à New Ali Abad en matière d'hygiène et d'anesthésie depuis 18 mois se révèlent aujourd'hui totalement vaines.

Tout se déroule au bloc opératoire comme avant le passage des missions présentées ci-dessus.

Je considère comme totalement inadmissible les attitudes observées à l'hôpital de Maïwand de la part d'enseignants de chirurgie.

Il ne fait aucun doute, ainsi que l'ont souligné la plupart des missions, que les locaux et le matériel sont inadaptés, quantitativement et qualitativement .

Il apparaît également clairement que des progrès significatifs ne peuvent passer que par la construction d'un hôpital neuf.

Cela dit, ce serait se compromettre gravement que de cautionner par notre présence les gigantesques manquements à l'hygiène élémentaire de la part d'enseignants à l'université, qui n'en n'ignorent bien évidemment rien.

La direction administrative de New Ali Abad et de Maïwand, le corps médical de ces deux établissements disent réclamer et accepter toute aide : matériel, formation, échanges. Ces demandes sont à l'évidence fondées et légitimes, mais elles ne constituent en rien un motif pour s'affranchir, au motif de traditions, de ce qu'il est possible d'améliorer sans délai avec les moyens disponibles actuellement en matière d'hygiène.

Aucun progrès ne pourra être réalisé, ici comme ailleurs, sans cette incontournable révolution de l'hygiène.

Pasteur est dans les livres à Kaboul, tout le personnel sanitaire afghan l'y a rencontré. Louis doit dorénavant franchir le seuil des hôpitaux et des blocs opératoires sans délai.

## **PROPOSITION**

Les équipes hospitalières afghanes connaissaient parfaitement l'hygiène bien avant que les équipes de Lyon- Ali Abad ne viennent leur en parler. Il n'y a strictement rien dans ce domaine que les chirurgiens afghans ignorent, qu'ils aient été au Pakistan ou en Occident ou que, étudiants, ils aient tout simplement lu leurs cours. C'est par désinvolture que tout ce que les équipes françaises ont mis en place dans ce domaine depuis deux ans est resté lettre morte. Il est bien évidemment commode de mettre en avant les traditions et le manque de temps car il faut aller gagner sa vie.

Avec de l'eau et un chiffon on arrive déjà à transformer en 40 secondes un étal de boucher de bazar en table d'opération, de même que de l'eau du savon et une brosse (disponibles partout) permettent de laver le laryngoscope dans la minute qui suit l'intubation, plutôt que de le laisser traîner une heure entre les seringues contenant les produits d'anesthésie.

Les équipes afghanes s'intéressent à nous avec une forte attente, nous en sommes fiers et avons à cœur de répondre positivement.

Intéressons nous à eux avec une forte attente, et ils seront très certainement fiers et auront à cœur de répondre positivement.

Les Afghans viennent de vivre plus de 20 ans de violence et de combats quotidiens sans merci. On peut imaginer qu'ils prennent les gentils français bienveillants et amoureux du consensus soit pour une aubaine facile à manier, soit pour un petit théâtre transparent bien sympathique.

Je suggère une juste fermeté sans défaut.

Donnant-donnant : les Afghans font de l'hygiène d'abord et les français feront et enseigneront de l'anesthésie ensuite.

Concrètement, chaque matin, l'équipe française d'anesthésie ne met son matériel (monitorage, aspiration, bouteille d'oxygène, consommables et drogues) son savoir faire et son enseignement pratique à disposition des équipes afghanes uniquement si et seulement si le bloc opératoire est propre ; au sens où l'équipe d'anesthésie française l'entend.

De la même façon, chaque jour, pas d'anesthésie ni d'enseignement pratique des Français si le dossier du patient n'est pas conforme aux critères qu'ils auront définis. La tenue des dossiers de chaque patient du jour conditionne l'activité du lendemain pour l'équipe française.

Après le travail des équipes françaises depuis deux ans qui s'est avéré vain en matière d'hygiène, le temps est venu pour les équipes afghanes de se responsabiliser de façon claire.

Il est manifeste qu'elles ont le savoir, elles doivent, en matière d'hygiène, montrer maintenant leur savoir faire et leur vouloir faire.

**Rapport de mission lu le 31 mai 2005  
par l'Ambassade de France à Kaboul  
- Les constats et propositions appartiennent à  
l'auteur -**



*André Timot*

## Annexes

### DON

ANESTHESIA Miller second edition 1986 3 volumes salle Lyon-Ali Abad

2 CD de documentation médicale concernant l'anesthésie loco régionale

Code pour accéder à la banque de données médicales en ligne de l'encyclopédie médicochirurgicale « emc-consulte »

Code pour accéder à la banque de données de l'association française d'anesthésie loco régionale, alrf.asso

voir Dr. Latif ou secrétariat de la cellule santé

\* \* \*

### Préambule :

Après 23 ans de guerre, votre pays est dévasté, vos terres et la politique sont minés, mais je vous vois assez forts pour sourire, travailler et espérer. Dans votre situation, cette force m'inspire le plus profond respect ainsi que la plus grande estime. Je vais essayer d'être digne de votre confiance. Je vais m'efforcer de ne pas vous tromper, ni par mes paroles, ni surtout par mes silences. Je vous demande pardon si je n'ai pas su vous comprendre.

## LE BLOC OPERATOIRE

Conférence du 12 mai 2005 Hôpital Maïwand

### **L hygiène concerne à chaque minute quiconque se trouve au bloc opératoire.**

N'oubliez pas que les hôpitaux européens sont devenus ce qu'ils sont, suite à une véritable révolution survenue au 19<sup>ième</sup> siècle, et à laquelle se sont très fortement opposées les traditions de l'époque. La découverte des bactéries et les différentes façons de s'en prémunir, qui constituent les règles d'hygiène, ont permis de faire reculer la fréquence des pathologies infectieuses en Europe.

Elles sont microscopiques et ne se voient donc pas, mais les bactéries sont partout.

Une seule cellule vivante d'un homme est au contact de 100 bactéries, même les jours de fermeture des blocs opératoires.

Si l'homme ne fait rien, qui va tuer l'autre ?

La guerre bactériologique ne s'arrête jamais. Vos armes ? le savon , l'eau de javel mais surtout , la vigilance :

Nettoyer au plus tôt ce que vous venez de salir avec du sang, de la salive ou tout liquide provenant du corps.

Nettoyer la table d'opération entre chaque patient opéré.

En 2005, la chirurgie sans complications infectieuses se pratique sur un ou une malade **totale**ment nu.

Si le malade monte sur la table d'opération avec ses propres vêtements, pourquoi le chirurgien n'opérerait il pas avec son costume et sa cravate ?

Tout les membres de l'équipe du bloc opératoire laissent leur vêtements personnels hors du bloc, le malade doit faire de même, sous peine d'engraisser les bactéries et fragiliser tous les humains.

**NETTOYER TOUT PARTOUT TOUJOURS ET TOUS LES JOURS POUR FAIRE RECULER LES INFECTIONS**

**LES TRADITIONS TOUTES LES TRADITIONS DU MONDE SONT LES AMIES DE NOS ENNEMIS : LES BACTERIES QUI NOUS INFECTENT**

### **Le maître mot de l'anesthésie : SURVEILLANCE**

Noter tout ce que vous **faites** sur le patient, ainsi que l'heure à laquelle vous le faites .

Si vous ne faites rien, noter régulièrement ce que vous **observez** : le pouls, la pression artérielle, la saturation en oxygène périphérique, la température, la diurèse, les différents temps opératoires(incision, anastomose, drainage, résection, fermeture etc...) etc...

Surveillez avant l'anesthésie, pendant l'anesthésie, après l'anesthésie.

Avec votre esprit, anticiper la situation : que se passera-t-il dans 5 minutes, dans 10 minutes, dans une heure ? et préparez ainsi votre matériel, organisez vos actions.

10 5 2005 Dr. Desgardin