



*Hôpitaux de Lyon*

# **Mission « Anesthésie » des Hospices civils de Lyon à l'Hôpital Ali Abad de Kaboul**

**du 26 juin au 16 juillet 2004**

**Docteur Lucien Bertrix**  
médecin anesthésiste- réanimateur  
**Madame Sylvie Bertrix**  
infirmière anesthésiste



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

# Plan

REMERCIEMENTS	p 3
I OBJECTIF DE LA MISSION	p 4
II OBSERVATIONS	p 5
✚ Anesthésie	p 2
1) L'équipe d'anesthésie	
2) L'organisation du travail	p 3
3) Matériel d'anesthésie, drogues et pratiques	
a) Le matériel	
b) Les drogues utilisées	
c) Pratique de l'anesthésie	
• Anesthésie générale	
• Rachianesthésie	
d) L'hygiène	
e) La place de l'anesthésie	
✚ Chirurgie	p 8
1) Les chirurgiens	
2) Les infirmiers de blocs	
✚ Hygiène générale	p 10
III REALISATIONS	p 11
1) Principaux rappels et enseignement	
2) Le matériel	
IV PROPOSITIONS	p 13
✚ Hygiène	p 13
✚ Anesthésie	p 14
1) Un problème d'hommes et de formation	
2) Problème de matériel	
3) Problèmes des drogues d'anesthésie	
V CONCLUSION	p 15

## Remerciements

Comptant des amis afghans dans la région lyonnaise et ayant eu le privilège de connaître grâce à eux de nombreux Afghans dans le monde entier, nous avons depuis longtemps souhaité apporter notre modeste contribution à la reconstruction de ce beau pays dont le peuple si attachant a souffert et souffre.

Aussi, nous tenons à remercier chaleureusement :

- Les Directeurs d'hôpitaux qui nous ont ouvert leurs portes
  - Monsieur EXEER, Directeur de l'hôpital Ali Abad
  - Madame le Docteur SEKANDARI, Directrice de l'hôpital Malalai
- Tous les membres de la mission SANTE de l'Ambassade de France dont nous avons apprécié le soutien efficace et la disponibilité spontanée et sans faille. Ils ont contribué chacun à leur place à nous assurer un excellent confort de vie dans le Kaboul tourmenté d'aujourd'hui :
  - Monsieur le Docteur TISSOT, responsable de la mission Santé
  - Madame Florence MORESTIN, son adjointe
  - Monsieur le Docteur LATIF
  - Monsieur le Docteur HUSSEIN
  - Monsieur KARIM, logisticien
  - Madame HAKIMI, notre traductrice
  - Les chauffeurs attentionnés et les cuisiniers zélés
- Tous les missionnaires de divers horizons avec qui nous avons échangés des moments agréables et fructueux.
- Enfin les missionnaires qui ont précédé et dont nous avons lu les rapports et/ou que nous avons pu rencontrer à Lyon avant notre départ.

# I Objectif de la mission

Le but de notre mission consistait en un accompagnement clinique au quotidien de l'ensemble de l'équipe médecins – infirmiers anesthésistes de l'hôpital Ali Abad, dans les blocs opératoires et les services d'hospitalisation.

En complément, à la demande des médecins locaux, nous avons apporté un enseignement théorique notamment dans les domaines de la pharmacologie, de l'anesthésie en obstétrique, en pédiatrie et réanimation du nouveau-né.

Par ailleurs, nous avons rappelé la procédure complète d'une anesthésie générale et la prise en charge correcte d'un patient à son arrivée au bloc, ceci à l'ensemble du staff d'anesthésie.

➤ Précisions préalables :

Pour éviter toute répétition inutile et redondance, nous ne reparlerons pas dans le détail

- de l'organisation générale des blocs opératoires et de l'anesthésie
- de la composition et de la formation des personnels
- du circuit du patient opéré

Ces sujets ont été excellemment traités dans les rapports précédents.

Par contre, la spécialité « Anesthésie » étant étroitement insérée dans la vie de l'hôpital, il est impossible de ne pas parler aussi

- de la chirurgie et de ses comportements
- de l'hygiène en général et de ses graves manquements

## II Observations

### Anesthésie

#### 1) L'équipe d'anesthésie :

- Médecins anesthésistes = 3 théoriques
  - Docteur Ismaël, faisant fonction de chef de service, coordinateur, présent 4 demi journées/semaine (8H30-12H30) à l'hôpital, absent des blocs la plupart du temps.
  - Docteur Ghazel, son plus jeune collègue, présent aussi 4 demi journées /semaine sur les mêmes plages horaires, peu présent dans les blocs, assurerait l'enseignement auprès des étudiants en médecine.
  - Un 3<sup>ième</sup> médecin, aperçu seulement le Mercredi 07/07/04 pendant un de nos exposés
- Techniciens d'anesthésie = 10 effectifs

Présence : 8H30-12H30, sauf les jours de récupération ,5 jours /semaine.

Travail : assurent toutes les anesthésies générales et les locorégionales (rachianesthésies)

Répartition théorique : un infirmier par salle les jours fastes

## 2) Organisation du travail :

Il n'existe aucune méthode de travail qui pourrait faire penser que cet ensemble de techniciens d'anesthésie et de médecins constitue une équipe.

Chacun travaille dans sa salle comme il l'entend, multiplie les allées et venues à l'intérieur du bloc opératoire à la recherche de matériel ou de drogues anesthésiques.

Dès la fin du programme opératoire, les techniciens quittent l'hôpital, le plus souvent pour assurer une 2<sup>ème</sup> activité (clinique privée, commerce ...) leur assurant l'essentiel de leur revenus, devant faire face à une situation économique des plus critiques.

## 3) Matériel d'anesthésie, drogues et pratiques :

Il n'existe pas de structure véritable d'anesthésie en termes de mobilier, de plan de travail et de rangements des médicaments.

Les tables métalliques ont été installées il y a 10 ans, sont rouillées et les tiroirs ne sont plus fonctionnels. Elles servent davantage de dépôts divers que de lieu privilégié du rangement systématique de tous les composants de l'anesthésie.

a) De nouveaux respirateurs ont été livrés il y a quelques mois par les Japonais. Placés en chirurgie viscérale et en urologie, ils présentent des inconvénients majeurs :

- le *circuit fermé* = mauvais choix  
car : personnel mal formé à son fonctionnement et à sa maintenance,  
chaux sodée, stocks souvent épuisés donc renouvellement aléatoire,  
pas de monitoring de la capnographie-

- l'anesthésique halogéné, l'*halothane* = mauvais choix

Car : - halogéné abandonné dans tous les pays développés pour des raisons scientifiques

- absence de monitoring

**Par chance et/ou par défaut**, l'halothane est rarement utilisé et mal utilisé, son moindre coût ne saurait justifier actuellement sa réintroduction.

Ces respirateurs présentent donc des risques et en cas de dysfonctionnement, ventilation manuelle à l'ambu comme ailleurs ! (Défaut d'oxygène, coupure d'électricité.....)

Si l'on veut être rigoureux, il faut noter l'absence de défibrillateur au niveau des blocs. Deux existent dans l'hôpital et se trouvent en Médecine interne (l'un ne fonctionne plus depuis longtemps).

b) Les drogues utilisées :

Elles demeurent identiques à celles citées dans les précédents rapports = Diazépam, Kétamine, Succinylcholine, Pancuronium, (sur ordonnance), Pentazocine (sur ordo), Tramadol (utilisé en per et post opératoire), Atropine, Lidocaine 5% hyperbare.

La pharmacie dispose aussi de Nalbuphine apparemment non utilisée et de drogues de réanimation telles que Dopamine, Adrénaline, Ephédrine non vues employées.

La morphine est obtenue sur prescription.

La plupart de ces drogues sont apportées par le patient le jour de l'intervention, drogues qu'il s'est procuré sur prescription dans l'une des pharmacies proches de l'hôpital.

c) Pratique de l'anesthésie :

- Anesthésie générale

- Pas de consultation d'anesthésie ni de visite pré-anesthésique .Le patient est découvert le jour de l'intervention par celui qui assure l'anesthésie.
- Le patient arrive au bloc avec un dossier dûment rempli par le chirurgien et l'interniste : ce dossier comporte trois feuillets dans lesquels on trouve l'indication opératoire, les antécédents, les résultats biologiques et radiologiques.
- La conduite anesthésique non prescrite par un médecin (il n'existe ni feuille d'anesthésie, ni médecin dans le bloc), qui consiste à délivrer à chaque patient un protocole anesthésique à peu près identique, est caractérisée par son anarchie et sa légèreté.

Avant de commencer une anesthésie, **rien n'est prêt :**

- Respirateur non vérifié ou défaut de branchement d'oxygène (constaté une fois le patient endormi)
- Aspiration non branchée à l'induction
- Plateau de drogues préparé de façon décousue, en plusieurs étapes et nombreux déplacements.Seringues non identifiées, déposées sur un petit champ en tissu douteux ou dans une boîte en fer ou encore sur n'importe quel plan horizontal et servant le plus souvent à plusieurs produits.
- Aiguilles solidaires de la seringue la plupart du temps nues et si désolidarisées, se retrouvent jetées dans les poubelles des blocs toujours aussi nues .Il en est de même pour les cathéters courts.
  - **Un effort est fait** pour la préparation du plateau d'intubation même si les sondes sont utilisées une dizaine de fois, déposées sans leur protection à même le fer et leur ballonnet non vérifié. Les canules connaissent aussi de nombreuses utilisations.
    - Le problème de l'usage unique apparaît !

Le monitoring consiste en la prise de pression artérielle et la pose d'un saturomètre.

Les moniteurs japonais, dont le mode d'emploi est mal maîtrisé par les techniciens, affiche donc la tension, la saturation et la fréquence cardiaque.

Il n'y a aucun tracé cardiaque puisque les électrodes ne sont jamais branchées.Les raisons invoquées sont le défaut d'approvisionnement, l'inutilité de ce monitoring , le chirurgien pressé et quelquefois l'incompétence à interpréter un tracé. Peu importe la qualité du patient, la durée ou l'importance de l'intervention ou sa durée. Tracé plat pour tout le monde !

**La préoxygénation n'est jamais réalisée. Aucun paramètre vital n'est mesuré avant l'induction anesthésique.**

Ensuite,..... C'est la bouteille à l'encre ! C'est à dire l'induction, avec dans le désordre et selon ce qui est prêt : Diazepam, Atropine, Tramadol, Kétamine, puis Succinylcholine, sésame obligatoire pour toute intubation orotrachéale.

Les fixations d'usage et l'auscultation des deux champs pulmonaires précèdent l'injection de Pavulon, seul curare non dépolarisant disponible.

Le geste de l'intubation est correctement maîtrisé.

Les seules réinjections de drogues concernent la Kétamine et le Pavulon.

Elles ne dépendent que de la durée présumée de l'intervention. Le seul paramètre de surveillance dont la variation paraît suivie d'une réaction est la pression artérielle. En effet une baisse de la PAS < 100mmHg déclenche un réflexe de remplissage.

La surveillance clinique du patient (coloration cutanéomuqueuse, sueurs, tachycardie.....) est négligée.

Par contre, un temps opératoire est particulièrement surveillé : c'est la fermeture chirurgicale. Car elle déclenche un autre réflexe, la *décurarisation systématique* et aveugle avec l'association Néostigmine-Atropine (posologie fantaisiste).

En l'absence de curarimètre, il n'est même pas fait cas : du délai de la dernière injection ni de la pharmacocinétique du Pavulon, des indications et contre indications de la Néostigmine et surtout des critères élémentaires de décurarisation.

Avant l'extubation, le système d'aspiration est branché (un pour deux salles) et largement utilisé. La sonde d'aspiration sert malheureusement plusieurs fois, est souvent ramassée par terre et va dans le désordre de l'oropharynx à la trachée.

La pression chirurgicale, l'absence de véritable structure de réveil, l'envie de terminer rapidement le programme opératoire sont autant d'arguments qui militent en faveur d'une extubation précoce en salle d'opération, voire dans le couloir. Des réponses même légères aux stimulations verbales et tactiles donnent le signal de l'extubation.

Le patient libéré de son tube, plus ou moins autonome sur le plan respiratoire est dirigé vers une salle de surveillance post- opératoire ou un infirmier lui prend la tension de temps en temps.

#### ▪ Rachianesthésie

La phase préopératoire obéit aux mêmes considérations que pour l'anesthésie générale.

Le matériel constitué de deux aiguilles piquées dans une compresse, une seringue, et une pince pour l'asepsie, le tout plié dans un champ et stérilisé présente des inconvénients :

- le calibre des aiguilles est excessif = 20G le plus souvent ou 22G mais alors c'est la longueur qui est insuffisante et conviendrait mieux en pédiatrie.

- leur durée de vie est excessive = les aiguilles subissent au moins 20 stérilisations.

Le déroulement de la rachianesthésie : le technicien se lave et s'habille chirurgicalement, l'asepsie est réalisée selon les habitudes individuelles et non en « escargot » comme recommandé.

La seule drogue disponible est la lidocaïne 5% hyperbare : sa durée d'action est relativement courte et susceptible d'entraîner des troubles neurologiques. Il n'est pas utilisé d'adjuvants.

La réalisation technique du geste ne pose pas de problèmes et la surveillance du patient ne comporte aucune spécificité.

Quelque soit la technique anesthésique choisie, le déroulement de l'anesthésie n'est reporté sur *aucune feuille de surveillance*. A notre arrivée, les paramètres vitaux étaient soit totalement ignorés soit inscrits sur un bloc- note (identité du patient, heure d'induction, heure d'incision et drogues avec leur posologie).

Les feuilles précédemment mise en place tant pour le per que pour le post-opératoire n'avaient pas été renouvelées et pas davantage réclamées.

Donc, on peut conclure à une habilité certaine des techniciens dans la gestuelle mais à de graves lacunes dans l'organisation du travail, l'hygiène et les connaissances théoriques.

**Ils reconnaissent eux-mêmes avoir oublié ou même renoncé « aux bonnes pratiques qu'ils ont eues dans des temps plus doux ».**

d) L'hygiène :

Déjà évoqué dans les différents paragraphes, il est **le problème**.

On peut résumer en disant que l'hôpital « s'autocontamine » et représente aussi l'un des meilleurs vecteurs de contamination des kaboulis : patient en tenue civile et très sale, lavage des mains plus qu'occasionnel, non séparation des territoires chirurgical et anesthésique, matériels souillés jetés n'importe où, une stérilisation défectueuse, des filtres antibactériens non utilisés, pas de maintenance des respirateurs, un ramassage d'ordures devenu depuis 15 j pratiquement journalier mais des pseudo-containers laissées à la portée de tous les passants à proximité de l'hôpital..... et bien d'autres manquements !

Une odeur nauséabonde signale l'hôpital.

Le Jeudi est la journée ménage !

e) La place de l'anesthésie :

**L'anesthésie est une spécialité sinistrée à l'hôpital Ali Abad .**

Le responsable de l'anesthésie ne pénètre que rarement dans les blocs et semble passer plus de temps à aplanir les conflits avec les chirurgiens (manque de personnel ou absence non justifiée, mauvaise organisation.) à faire de l'enseignement qu'à assurer la bonne marche de son domaine (formation du personnel, gestion du matériel et des drogues, organisation du programme opératoire avec les chirurgiens !!!.....)Il fait confiance aux techniciens (Sic).

L'anesthésie commence déjà à perdre sa spécificité dès l'installation du patient sur la table : il n'existe pas de dossier d'anesthésie ni d'anesthésistes dans la salle donc le patient comme le technicien se retrouvent sous l'autorité directe et entière du chirurgien.

L'anesthésie abandonne tout à fait sa spécificité dès que le patient sort du bloc au profit encore de la chirurgie = pas de visite dans les services.

Ainsi face à de vrais médecins spécialistes, l'anesthésie propose la collaboration d'infirmiers plus ou moins diplômés. Certes ils maîtrisent les gestes essentiels de la spécialité mais ils donnent l'impression de reproduire des réflexes conditionnés pas toujours bien compris (protocole identique).

Aussi, les chirurgiens exercent un ascendant et une pression sur l'anesthésie, la nature ayant horreur du vide.

## Chirurgie

1) Les chirurgiens :

- Activité professionnelle : 8h30 – 13h00, urologie, chirurgie générale, neurochirurgie (essentiellement chirurgie de la colonne vertébrale)
  - Temps opératoires courts, gestes opératoires cohérents
  - Bilans diagnostiques parfois longs, incomplets ou erronés
  - Prise en charge variable, plus ou moins différée selon la situation économique du patient et leur compétence

- Comportement : - détention du pouvoir de décision au bloc opératoire,
  - pas de concertation avec l'anesthésie,
  - autorité sur les techniciens d'anesthésie.
  
- Hygiène : - pas de respect des principes élémentaires,
  - pas de rôle d'exemple,
  - « le sang doit avoir valeur d'antiseptique » puisqu'ils ont du mal à quitter leur gants ensanglantés.
  
- Préparation du patient, des champs opératoires et gestuelle chirurgicale :
  - Hygiène corporelle du patient inexistante, pas de douche préopératoire
  - Tenue civile ou chemise de bloc d'aspect toujours sale
  - Seule la zone d'incision est dénudée en vue de l'asepsie
  - Le masque est souvent sous le nez des opérateurs
  - Déplacements fréquents des chirurgiens opérateurs et des chirurgiens spectateurs (et ils sont nombreux !) sans précautions, d'où contacts entre zones stériles et non stériles
  - Champs trop petits = promiscuité chirurgie-anesthésie
  - En fin d'intervention, le chirurgien comme déjà mentionné garde ses gants tâchés de sang et saisit le prochain patient, une radiographie, une perfusion ou encore ouvre une porte.....
  - Compresses, gants, comme aiguilles sont jetés quelquefois par terre et l'agent de salle les ramasse à mains nues.

## 2) Les infirmiers de bloc :

Une seule infirmière de bloc a reçu une formation à l'étranger, la surveillante de bloc de neuro-chirurgie. Elle est aussi présidente du CLIN de l'hôpital Ali Abad.

Elle assiste impuissante aux allées et venues des chirurgiens et du personnel. Elle n'intervient pas pour redresser une situation inadmissible tant sur le plan hygiène que comportemental. Elle n'envisage pas de réunir le CLIN prochainement et aucun protocole nouveau n'a été mis en place depuis Nov.2003 .Elle ne donne pas forcément l'exemple en promenant sa brune chevelure hors du calot !

L'ensemble du personnel ne semble pas avoir bénéficié d'une formation spécifique : infirmiers peu sûrs tant sur le plan hygiène que sur le plan compétence. Calots et surchaussures servent jusqu'à l'usure, les tenues sont plus ou moins propres et le masque même durant l'opération est régulièrement sous le nez.

La gestuelle au niveau de la zone stérile n'est pas maîtrisée. Le stérile côtoie le non stérile de beaucoup trop près.

Rien de nouveau non plus au sujet de la pince qui sert toujours indifféremment à plonger dans un tambour stérile ou à ramasser un fil ou une sonde égarés. La pince a retrouvé ou n'a jamais quitté son fourreau en fer qu'elle heurte toujours autant. C'est une pince contaminante !

Les ligatures et les drains sont récupérés sans garantie d'extrême propreté.

Le problème de la récupération des déchets subsiste.

Le matériel d'endoscopie trempe 5 mn dans une solution des plus louches et les structures sanitaires font que le matériel est nettoyé dans les blocs avant d'être stérilisé dans une salle adjacente.

La plupart de ces remarques sont des rappels et montrent par conséquent à quel point les choses ont peu changées et que le maître mot de ces missions sera « patience ».

## ✚ Hygiène générale

La situation de l'hygiène hospitalière ne semble pas connaître de progrès significatifs, en dehors de la réhabilitation de certains locaux et de l'adduction d'eau dans tous les bâtiments. En effet, en lisant les rapports des experts précédents, il ressort clairement que les pratiques n'ont pas changé malgré les audits, les cours théoriques et pratiques et un accompagnement au quotidien (sur le temps d'une mission !)

Pourquoi alors ce triste constat ?

- vétusté et inadaptation des locaux
- manque ou sous utilisation des produits désinfectants (Chlorhédine à 10% en pastilles, Povidone iodée à 4%), flacons toujours ouverts et dégoulinants.
- dérive générale du personnel qui s'inscrit dans le déficit général de la population.
- manque ou sous utilisation du matériel stérile dont il est très difficile d'évaluer la gestion tant au niveau du service que de la pharmacie centrale. Pour donner une idée grossière du problème de l'usage unique, on nous a dit que les aiguilles et les seringues étaient stérilisées dans une boîte en fer en moyenne 10 fois, les sondes d'intubation servaient 15 fois jusqu'à usure du ballonnet et les aiguilles à rachi étaient stérilisées près de 20 fois
- défaut de formation des soignants, d'évaluation de leur pratique et de sensibilisation à la question de l'hygiène.

=>Les raisons peuvent être de deux ordres :

\*Les médecins ne montrent pas l'exemple et les cadres infirmiers n'assurent pas leur rôle d'animateurs d'équipe et de « redresseurs de torts ».

\*Et la mauvaise situation économique sous tend le manque de motivation d'un personnel souvent contraint d'exercer une autre activité pour compléter un salaire de 30\$. L'un des infirmiers **dit faire aussi de l'humanitaire à Ali Abad.**

Mais le problème le plus critique est l'*évacuation des déchets hospitaliers*. Car même si l'effort est fait au niveau des services dans le recueil des aiguilles et autres objets piquants ou sanguinolents, tous ces déchets se retrouvent jetés dans une mini décharge où les enfants, adultes et chèvres recherchent l'objet à vendre ou à consommer.

Et bien que le ramassage de cette décharge soit devenu soudainement journalier, les risques de piqûres donc de contamination sont loin d'être négligeables !

Et le CLIN ne semble pas motivé par le sujet, ayant déjà beaucoup de difficultés à faire appliquer les 4 protocoles précédemment mis en place !!!!

La solution d'un incinérateur n'est pour l'instant pas envisageable, le coût et la proximité des habitations sont les raisons invoquées.

**Enfin n'oublions pas que le personnel et une grande partie de la population ne sont pas vaccinés, les campagnes de vaccination étant bien ciblées et récemment reprises.**

Et pour conclure ce chapitre, il est nécessaire de noter que les structures sanitaires n'ont pas évolué alors que la population de Kaboul a presque doublé !!!

### III Réalisations

Notre principale réalisation a consisté en un accompagnement clinique quotidien des techniciens d'anesthésie dans les blocs opératoires avec répétition incessante des mêmes choses :

- L'anesthésie est une activité sérieuse qui participe aux soins de patients auxquels elle doit le respect.
- Elle requiert une préparation systématique et rigoureuse des matériels et des drogues de la spécialité.
- Elle exige la maintenance correcte des équipements (respirateurs et moniteurs).
- Elle exige à tous moments un gros effort sur l'asepsie et l'hygiène.
- Elle oblige à établir un dossier d'anesthésie précis.

#### 1) Principaux rappels et enseignement :

- L'anesthésie débute par une préparation attentive du patient : lecture du dossier, vérification de la bonne marche des appareils, préparation du plateau d'intubation, préparation du plateau des drogues, installation du monitoring, mise en place d'une voie veineuse, **aspiration à portée de main et mesure préalable des paramètres vitaux.**

- La *phase d'induction* est un temps privilégié à négocier avec précision et douceur avec préoxygénation, ventilation au masque, intubation orotrachéale, auscultation des 2 champs pulmonaires, canule de guédel, fixation de la sonde, fermeture des yeux, réglage des paramètres ventilatoires et des alarmes, sonde naso-gastrique ou non, installation du patient selon intervention et prise des constantes à tout changement de position. Et surtout, il faut une répartition des tâches : un technicien à la tête du patient et un autre avec le plateau de drogues.
- La *phase de surveillance per opératoire* est détaillée sur la feuille d'anesthésie, les drogues injectées et les premières constantes ayant été notées au début. La surveillance paraclinique (paramètres vitaux et ventilatoires) est indissociable d'une surveillance clinique (sueurs, pâleur, coloration cutanéomuqueuse). On note aussi le bilan des entrées et des sorties et les horaires d'induction, d'intubation, d'incision et de fermeture.
- Les *réinjections des drogues* se font en fonction : de l'état clinique du patient et des paramètres paracliniques, de la pharmacocinétique des drogues, de la durée présumée de l'intervention (observations des temps opératoires et connaissance de la spécialité concernée)

La *phase d'extubation* doit être préparée : le technicien prend en compte les critères cliniques et para cliniques, le délai entre la fermeture et les dernières réinjections de drogues (connaissance de la pharmacocinétique). Enfin la procédure de décurarisation doit être maîtrisée. L'impatience du chirurgien n'est pas un critère de décurarisation !!!!

- La phase de *réveil* devrait être aussi l'objet d'une surveillance attentive et systématique. Mais dans cet hôpital, le patient, dès sa sortie du bloc, est sous la responsabilité du chirurgien et son suivi est assuré par un infirmier du service.

Nous avons découvert avec eux le fonctionnement des moniteurs japonais dont ils n'exploitaient que l'écran et avons essayé de leur faire comprendre l'utilité du monitoring de l'ECG.

Nous avons participé au maximum aux moments de l'anesthésie qui semblent leur poser le plus de problème.

Nous avons rencontré chaque matin le Docteur Ismaël, chef de service, pour donner un éclairage sur nos souhaits ou exigences et en retour recevoir les attentes de l'équipe.

Ces entretiens constituaient un terrain d'échanges très important .*On espérait ainsi pouvoir stimuler le chef qui à son tour dynamiserait l'équipe.*

Les sujets des discussions étaient ciblés sur l'organisation et la conduite d'une anesthésie, la pharmacocinétique des drogues, le patient et l'éthique. Mais la conversation déviait aussi sur l'Afghanistan et les afghans qui prenaient difficilement conscience qu'ils n'étaient plus en guerre mais ni tout à fait en paix : ce qui pouvaient expliquer certains comportements de hâte et de négligence.

A la demande de l'équipe ,nous avons traité sur un mode interactif, surtout avec le chef(car difficulté à réunir l'équipe), des sujets tels que l'anesthésie non obstétricale chez la femme enceinte, la césarienne,l' anesthésie pédiatrique, la prise en charge d'un état de mal convulsif et d'un patient diabétique.

Nous avons remis en circulation les feuilles d'anesthésie alors abandonnées. Nous avons opté lors de leur réimpression pour une seule feuille recto= surveillance peropératoire et verso=surveillance post opératoire.

## 2) Le matériel :

Afin d'améliorer leur travail et de susciter quelques efforts, car nous sommes conscients que sans moyens pas d'évolution et qu'avec petits moyens, petite évolution, nous avons fait le marché!

- 12 plateaux inox dont 6 pour préparer le matériel d'intubation et 6 pour la préparation des drogues.
- 6 brocs rouges comme containers à aiguilles qui, s'ils sont dûment utilisés, devront être renouvelés régulièrement. ☞ Le problème soulevé par le chef est qu'ils sont attractifs aussi bien dans les blocs que dans la décharge !!!
- 6 gobelets rouges comme réceptacles des ampoules vides à rendre à la pharmacie en échange de pleines.
- 20 marqueurs noirs afin de n'avoir aucune excuse pour ne pas identifier les seringues !

Enfin nous avons pu faire arranger et repeindre les tables d'anesthésie(le bleu n'est pas vraiment celui demandé mais comme nous a dit gentiment une infirmière « la couleur n'a pas d'importance pourvu que ce qui est dit soit fait »).

La réparation d'un respirateur Monnal, actuellement en Neuro-chirurgie, est programmée => *affaire à suivre.*

- Nous remercions le Docteur Tissot et l'Ambassade de France qui ont permis ces achats -

Un peu mieux équipés, les techniciens devaient consentir à quelques efforts spécifiques et répétés :

- Préparation du plateau d'intubation, complet, propre et posé sur le respirateur
- Préparation du plateau des drogues avec seringues identifiées.

- Aiguilles souillées jetées dans les containers ☞ ce qui semble le plus difficilement réalisé : la vieille et mauvaise habitude de tout jeter dans les poubelles chirurgicales persiste et ceci malgré le « rabachage » des risques pris.
- Rangement plus propre et plus efficace des tables.
- Tenue d'une feuille d'anesthésie

Et .....encouragements répétés à mettre en place systématiquement des électrodes pour éviter le tracé plat.

La liste d'efforts qu'ils devraient accomplir paraît tellement longue ! Et nous sommes tellement peu présents sur la durée !

En annexe, nous nous sommes rendus à l'hôpital Malalaï à notre demande et à l'invitation du Docteur T. Nawabi ,médecin gynécologue à Lyon, d'origine afghane, actuellement missionnaire pour deux mois dans cet hôpital.

Cet hôpital est à vocation gynéco-obstétricale. Nous avons visité :

- Le service des prématurés et nouveaux-nés = il s'agit en fait d'une crèche d'élevage pour ceux qui ont présenté des problèmes à la naissance et ont survécu. En effet, il n'existe pas de réanimation néonatale ni là ni ailleurs. A la naissance, les nouveaux nés d'un Apgar < 5 sont aspirés (désobstruction buccale et nasale), oxygénés au masque, réchauffés et stimulés. Il n'y a pas d'intubation trachéale. La photothérapie et l'exsanguinotransfusion sont pratiqués. Nous ne connaissons pas le pourcentage de mortalité néonatale.

Par contre et pour rappel : sur 100000 accouchements, on déplore 1600 décès de femmes en moyenne dans le pays, allant de 400 à Kaboul à 5.600 dans le Badakhchan (contre 8 en France) et ¼ des enfants décèdent avant l'âge de 5ans.

- Les salles d'accouchement
- les services d'hospitalisation

Nous ne sommes pas rentrés au bloc. Mais nous savons que pour la césarienne, l'anesthésie privilégiée est l'anesthésie générale. Pour la rachianesthésie, il est utilisé de la lidocaïne 5%hyperbare.

Les accouchées partent à la 8<sup>ème</sup> heure et les femmes césarisées au 5<sup>ème</sup> jour.

Malalaï est la plus importante maternité du pays : 330 lits d'hospitalisation pour environ 80 accouchements /j.

L'impression générale est favorable, les locaux sont propres.D'importants progrès ont été accomplis en 2 ans, en particulier dans le domaine de l'hygiène.

## IV Propositions

### Hygiène

Nous ne sommes pas spécialistes en hygiène, cependant notre spécialité ne peut s'exercer sans le respect élémentaire des règles d'hygiène et d'asepsie.

Ce que nous avons vu à Ali Abad est étonnant et nous ne pouvons que nous joindre au concert des propositions déjà faites par les spécialistes de la question.

Nous pensons qu'il est indispensable que les missionnaires soient présents plus régulièrement ou sur un temps plus long. En particulier les missionnaires hospitaliers.

Seul l'exemple et une véritable intégration au service peuvent laisser espérer des progrès appréciables.

Le problème de l'hygiène hospitalière dépasse l'enceinte de l'hôpital puisque, nous l'avons déjà mentionné, les déchets des blocs et des services sont jetés dans une mini décharge à ciel ouvert attenante à l'hôpital.

Serait-il possible ?

1. De circonscrire le ramassage des déchets hospitaliers à l'intérieur même de l'hôpital (une benne ou un « local poubelle »)
2. D'inclure dans le circuit de la ville le transport de cette benne vers la décharge publique, à défaut d'un incinérateur. Actuellement l'hôpital pollueur perd tout crédit face à une population qui aurait besoin d'un exemple à la fois formateur et sécurisant.

## Anesthésie

La tâche est rude avec parfois l'impression de ne pas savoir par où commencer.

### 1) Un problème d'hommes et de formation :

Il convient d'instaurer un crédit à la spécialité, qui a besoin de vrais médecins, compétents et volontaires. Il apparaît souhaitable que les missions d'anesthésie se succèdent à un rythme plus régulier (1 mois/trimestre). Mais une chose est sûre : la nécessité d'une autorité et d'un compagnonnage assurés par des missionnaires plus présents.

Bien sûr, la formation de médecins anesthésistes afghans en France est importante, sous forme d'aides ou de bourses. Encore faut-il choisir les bons candidats qui pourront ensuite enseigner, pratiquer correctement l'anesthésie et s'affirmer face aux chirurgiens. Ce choix, actuellement, ne paraît pas facile !

### **De plus comment former des gens qui fréquentent si peu les blocs opératoires ?**

Pour les médecins comme pour les techniciens, qui nous le rappelons ont une bonne maîtrise des gestes purement techniques, il est évident que la motivation est faible.

Ils appliquent des recettes apprises en négligeant leur sens et leurs conséquences. Leur débrouillardise compense mais n'excuse pas leurs lacunes. Ils écoutent nos conseils et nos critiques sans rechigner, même en acquiesçant, mais leur application tarde soit par non assimilation soit plutôt à cause de la force de l'habitude.

- ⇒ 1. Impliquer et responsabiliser davantage leur chef
- ⇒ 2. Rompre l'inertie ambiante en martelant « en douceur » et chaque jour les bienfaits de l'hygiène et d'une anesthésie bien comprise
- ⇒ 3. Leur apporter les moyens de travailler correctement
- ⇒ 4. Ne pas leur faire de promesses non tenues qui les lassent et nous rendent peu crédibles
- ⇒ 5. Ne pas prétendre leur apporter l'essentiel, puisque nous ne sommes pas en mesure d'augmenter leurs salaires !
- ⇒ 6. Faire ce que l'on sait faire : enseigner, pratiquer sans oublier la dimension humaine du soin que des années de souffrance n'ont pas forcément mis en valeur.

- ⇒ 7. Les cours magistraux doivent impérativement être doublés de cours pratiques et reprendre *des notions qui nous paraissent élémentaires* : fait constaté dans toutes les spécialités. Bien que très demandeurs de nouveautés, l'enseignement par Internet paraît un peu prématuré.

## 2) Problème de matériel :

- Les respirateurs :

- a. 1. Prévoir deux jeux de tuyaux pour chaque respirateur si l'on veut être cohérent
- b. 2. Encourager l'utilisation des filtres antibactériens au moins pour les patients contagieux
- c. 3. Assurer un stock continu de chaux sodée

- Le monitoring : dans l'absolu, il faudrait des capnomètres avec les circuits fermés !
- Il existe deux défibrillateurs en médecine interne : ne peut-on récupérer celui qui ne fonctionne pas et le faire réparer ?

Et si l'on veut réellement instituer l'usage unique :

Pour une moyenne de 10 patients/ j ,y compris les urgences, il faudrait - 900 électrodes / mois  
- 100 sondes d'intubation n° 7 et 100 n° 8 – 500 seringues de 20ml , 500 de 10ml, 500 de 5ml  
- 100 aiguilles à rachis G25, 50 de G22 (il faut prohiber les G20 , trop traumatisantes)

**Sommes nous capables d'assurer un tel stock et d'accepter un approvisionnement indirect du privé ?**

**Quid de la notion d'usage unique et des stérilisations à répétition ?**

## 3) Problèmes des drogues d'anesthésie :

- Narcotiques : pas de problèmes majeurs. Kétamine et Diazépam assurent convenablement induction et entretien avec sécurité. Le Thiopenthal est peu utilisé, ses indications et ses effets sont connus.

La demande de Propofol n'est pas justifiée = coût, peu sécurisant car pas de seringue électrique.

- Curares : 2 curares = 1 curare dépolarisant, la Succinylcholine, réservé à l'intubation et 1 curare non dépolarisant, le Pancuronium.

Cette absence de choix présente des inconvénients majeurs :

\* une curarisation souvent prolongée suivie d'une décurarisation souvent trop précoce

\* une curarisation inadaptée aux patients fragiles (métabolisme hépatique et plasmatique, élimination urinaire et biliaire)

- a. Il serait bien de disposer d'un autre curare non dépolarisant/ **Atracurium** qui pourrait convenir, durée d'action moindre, dégradation utilisable chez les insuffisants hépatiques et rénaux, coût acceptable.

- Analgésiques per opératoires : seule la Pentazocine est disponible (sur prescription).

b. Une dotation en Alfentanil assurerait une alternative pour des gestes courts.

☞ Mais la demande en Sufentanyl, Fentanyl et Rémifentanyl n'est pas adaptée aux infrastructures = absence de véritable salle de réveil et de seringues électriques.

- Analgésiques post opératoires : pas de problème majeur

La pharmacie dispose du Tramadol (utilisé aussi en per opératoire) et de la Nalbuphine, peu ou pas utilisée = favoriser son utilisation.

L'autre problème des drogues est celui des *dates de péremption* quand on sait qu'ils utilisent des médicaments périmés normalement en 2000 et que des ONG leur en fournissent. Quelles sont les limites à ne pas dépasser et les réponses plausibles à donner ?

## V Conclusion

L'objectif de notre mission consistait assurer une formation continue clinique, sous forme de compagnonnage des techniciens d'anesthésie de l'hôpital « universitaire » Ali Abad de Kaboul.

Dans la ville, la majorité de la population est en état de survie. Une grande partie de l'élite a émigré à l'étranger. Le pays sort à peine d'une crise prolongée. Il est à rebâtir.

Dans nos observations, nous n'avons malheureusement pas constaté de progrès significatifs en anesthésie, mais de efforts sont faits. Depuis vingt ans, de mauvaises habitudes ont été prises, reconnues d'ailleurs par certains membres de l'équipe qui les déplorent.

A Ali Abad, notre spécialité a besoin de reconnaissance et pour progresser, d'un encadrement fait de rigueur et d'une douce autorité au quotidien. Aussi le rythme de ses missions devrait être plus régulier.

La poursuite de l'enseignement universitaire est fondamentale. Elle garantit la progression dans les niveaux de connaissances.

L'attribution de bourses d'études en France est à encourager.

Par ailleurs, Ali Abad est obsolète dans ses structures et ses équipements médicaux : ***une aide matérielle plus substantielle et à plus grande échelle de la France serait bienvenue.***

Au final, la tâche est ardue, Elle n'en est que plus passionnante.

**Rapport de mission validé le 8 août 2004  
par l'Ambassade de France à Kaboul  
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**



*André Tinet*