



Audit des blocs opératoires et de la stérilisation de l'Hôpital Ali Abad de Kaboul

Rolande Chalamel

Infirmière spécialiste de bloc opératoire et stérilisation

Novembre 2003



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

L'Hôpital Ali-Abad a été ré-installé dans une ancienne maternité dont les bâtiments n'étaient pas destinés à assurer une activité opératoire importante et cela le pénalise beaucoup dans son fonctionnement et sa rentabilité.

Les blocs opératoires sont au nombre de trois et répartis dans trois bâtiments séparés.

Il s'agit du bloc de chirurgie générale, d'urologie hommes et de la neurochirurgie qui partage ses locaux et son activité avec l'urologie femme. Il y a beaucoup de personnel dans cet établissement et l'on peut s'en rendre compte au nombre de personnes présentes dans les blocs.

On peut penser que la période difficile des années de guerre a fait oublier certaines bases de travail au personnel des blocs et qu'il faudra l'aider à se réapproprier les bonnes pratiques. Le manque de moyens en consommables ainsi que les pannes d'eau et de courant électrique qui paralysent le bon fonctionnement de l'hôpital ne facilitent pas une remise en question. Nous avons pu le constater nous même pendant 4 jours consécutifs où l'eau et le courant électrique nous ont manqué ne permettant ni un réapprovisionnement en linge propre ni la stérilisation du stock restant.

L'audit a été mené deux jours dans chacun des trois blocs opératoires mais le peu de temps de travail effectif du fait du ramadan, a limité l'observation. Par ailleurs, la double activité des chirurgiens qui opèrent le matin dans cet hôpital public et l'après-midi dans le privé fait que les programmes se sont terminés en moyenne vers 11h30 au lieu de 13h30.

Ce temps a toutefois été suffisant pour faire un constat fiable quant aux comportements des différents acteurs puisqu'on note les mêmes insuffisances pratiques aussi bien chez le personnel paramédical que médical et ceci dans toutes les disciplines. Il est entendu que nous ne sommes pas venu observer la technique opératoire des chirurgiens ce qui n'est pas dans nos attributions ni dans nos compétences, mais bien tout ce qui se rapporte à l'habillage stérile, la préparation des patients, des instruments, l'asepsie du champ opératoire et les comportements et gestuelles en salle. L'objectif est de limiter, voire diminuer le plus possible, les risques d'infections nosocomiales afin de donner un maximum de chance au patient en lui assurant une asepsie sans faille pendant son passage au bloc opératoire.

Ce rapport est divisé en deux grandes parties :

- un audit général sur la situation des blocs et de la stérilisation à l'hôpital Ali Abad,
- des propositions générales et précises.

En fichier annexe :

- un audit particulier bloc par bloc avec à chaque fois des propositions précises,
- un tableau « Activité du bloc d'urologie femmes ».

I – Audit général sur la situation des blocs et de la stérilisation

Dans notre observation nous avons ainsi pu déterminer 6 grands thèmes :

- ⇒ La tenue opératoire du personnel et le lavage des mains
- ⇒ La préparation des tables d'instrumentation
- ⇒ La préparation du patient et du champ opératoire
- ⇒ Les gestes et pratiques en per-opératoire
- ⇒ La prise en charge de l'instrumentation souillée
- ⇒ La stérilisation du matériel

Si pour les quatre premiers points on peut cibler tous les personnels des blocs car il y a des chirurgiens qui préparent eux même des tables d'instrumentations, les deux derniers points ne concernent que le personnel para médical.

1. La tenue opératoire

Le pyjama de bloc.

Il est disparate et fonction de l'origine de la dotation. On retrouve toutefois un maximum de tenues correctes avec le port d'un « pyjamas opératoire ». La présence de manches de pull-overs qui dépassent sous la veste reste fréquente et pas seulement chez les femmes qui sont très frileuses.

Les sarraus blancs dont disposent le personnel subalterne qui assure les transferts des patients et qui entre de ce fait en salle laissent percevoir le manque latent d'eau qui en limite le lavage.

Les coiffes et bonnets.

Beaucoup de personnel porte le bonnet chirurgical au lieu d'une charlotte ce qui a l'inconvénient de ne pas couvrir la totalité des cheveux.

Les sur chaussures ou sabots de blocs

Les sur chaussures existent et sont données au visiteurs mais on voit très souvent des sandales ou des mules qui laissent à l'air libre les doigts des pieds. Le personnel risque ainsi de voir ses pieds souillés par du sang ou blessés en cas de chute d'un instrument souillé ou d'une aiguille. Les sabots de caoutchouc sont hors d'usage et devraient, à quelques exceptions près, être tous éliminés.

Le masque

Le masque chirurgical est disponible mais certains chirurgiens ne le mettent pas et entrent en salle le visage découvert sous prétexte que les sarraus stériles en ont un. Pour certains autres le masque reste posé sous le nez.

Le lavage des mains et l'essuyage stérile

La défaillance des installations sanitaires pénalise le lavage correct des mains du personnel. Lorsqu'elle coule l'eau est froide et en cette période hivernale glace non seulement les mains mais également la peau des patients dont il faut préparer le champ opératoire.

Il y a un gros effort d'installation sanitaire à mettre en œuvre pour obtenir de l'eau chaude qui servira également au trempage et lavage des instruments.

Pour le lavage chirurgical des mains on observe encore le brossage des avants bras jusqu'au coude avec des brosses recyclées dont les poils sont abîmés voire cassés. Les divers travaux d'hygiène qui sont publiés sur ce thème dénoncent cet état de fait qui génère des micro érosions de la peau.

Il est donc préconisé de ne brosser que les ongles et la paume de la main puis de faire un lavage dégressif comme suit:

Premier temps : lavage jusque sous le coude

Deuxième temps : lavage jusqu'à mi avant bras

Troisième temps : lavage jusqu'à une largeur de main au dessus du poignet

Le séchage est également un point primordial à revoir car un mauvaise séchage qui remonte au dessus des coudes récupère les bactéries sur le champ utilisé pour sécher le premier avant-bras et les dépose sur la deuxième main humide que l'on veut sécher. Le lavage n'a plus l'impact souhaité mais au contamine une peau irritée qui est plus sensible.

Le sarrau chirurgical

Le modèle, utilisé à l'Hôpital Ali Abad a l'inconvénient d'avoir un masque tissu intégré ce qui, d'une part, autorise certains chirurgiens à entrer en salle sans masque à usage unique et, d'autre part, génère des gestes inappropriés tels que d'y mettre les mains en cours d'intervention. Cette attitude est d'autant plus grave si l'on sait que dans un bloc le sarrau n'est pas changé entre deux patients.

La fermeture des rubans postérieurs du sarrau par les infirmiers est également source de « déstérilisation » parce que le personnel qui ferme le sarrau touche la partie latérale voire antérieure stérile. Les rubans des ceintures de certains modèles de sarraus ne permettent pas une asepsie stricte parce qu'ils sont mal implantés donc difficile à nouer correctement. Il faudra revoir ce problème avec la lingerie.

Les gants stériles

⇒ Les gants sont souvent à usages multiples et leur présentation stérile est faite au travers d'une boîte à plateaux à ouverture frontale. Ceci entraîne une ouverture multiple de la boîte en cours de matinée et la préhension des gants se fait soit à la main par le chirurgien ou l'infirmier, soit avec une pince à servir.

Le toucher manuel des plateaux déstérilise la boîte pour un usage ultérieur. La technique de « l'enfilage » des gants est à revoir car dans la majorité des cas ils ne peuvent plus être considérés comme stérile dès la mise en place. A l'ouverture on constate que le couvercle de la boîte est régulièrement posé face stérile contre la boîte ce qui lui annule toute stérilité.

⇒ Les gants à usage unique d'origine industrielle, ont une pochette externe qui est trop souvent déchirée en son milieu au détriment du respect de la soudure prévue à cet effet.

En résumé, pour les gants on peut dire que dans tous les cas ils sont propres, mais non stériles car aussi bien la technique de préhension que de mise en place sont à corriger.

La technique de mise en place des gants au travers desquels tous les gestes aseptiques sont réalisés doit être maîtrisée car dans la négative, elle génère obligatoirement des suites qu'il n'est pas rationnel de noyer systématiquement dans des antibiotiques comme cela se pratique dans les blocs de l'hôpital Ali Abad.

2. La préparation des tables d'instruments

Selon les blocs elle est réalisée soit par des infirmiers soit par des chirurgiens

L'utilisation de la pince à servir

La pince à servir est posée dans un pot avec couvercle. Elle sert toute la journée et est stérilisée en fin de programme. Il n'y en pas beaucoup dans les blocs et elle n'est pas emballée dans une boîte lorsqu'elle est en attente dans une armoire ce qui ne la rend pas utilisable pour le lendemain. Elles devraient donc être stérilisées tous les jours ce qui n'est pas fait.

Tous les blocs ont des pinces mais pas assez de pots à couvercle et nous suggérons pour les remplacer d'utiliser un flacon en verre 500cc de sérum physiologique vide qu'il est facile de stériliser. Son goulot est assez large et évite les fautes de stérilité qui sont nombreuses avec le pot en inox dont le couvercle n'a qu'une fente de 2 cm. Les cadres sont très réticents à cette proposition car ils ne comprennent pas le besoin d'avoir un pot en attente au cas de déstérilisation de la pince ce qui pour eux ne se produit pas !

Nous avons pu constater que la stérilité de la pince à servir qui permet de donner tout le matériel en cours d'intervention n'est plus réelle au bout de 10 minutes car les fautes sont très nombreuses et toute l'asepsie de l'intervention en cours et des suivantes est irrémédiablement compromise.

L'ouverture des boîtes et des tambours

Les boîtes sont ouvertes de différentes manières qui ne laissent pas de place à l'asepsie. La plupart du temps elles restent ouvertes tout au long de l'intervention. La pratique est la même pour les tambours contenant des compresses, des tuyaux ou des sondes sauf que ceux-ci servent pour plusieurs opérations et que le fait d'y plonger avec une pince à servir non stérile a certainement des répercussions dans les suites opératoires.

Les champs caoutchoutés qui sont posés sous le champ de table en tissu sont stérilisés pliés sans champ intermédiaire et ne laissent pas passer la vapeur, d'où l'absence de stérilité. Vu leur ancienneté, après stérilisation ils collent et si ce n'est pas le cas c'est le signe que la température de stérilisation est insuffisante ce qui est le cas. On note par ailleurs la restérilisation de champs plastifiés à usage unique qui devraient également avoir fondu et ce n'est pas le cas.

3. La préparation du patient et du champ opératoire

Hygiène corporelle du patient au service ou au bloc

Elle est inexistante vu la rareté des points d'eau dans les services et dans les rares cas où ils existent l'eau est froide, voire glaciale en cette saison. L'obligation de prendre une douche « pré-opératoire » est donc fortement compromise si tant est que les patients ne sont pas admis en urgence ce qui est souvent le cas. Même les blocs opératoires ne disposent que peu d'eau chaude.

La chemise de bloc

Les opérés arrivent sur table en tenue civile et dans quelques rares cas en pyjama. Dans tous les cas on ne dénude que la zone d'incision de manière à permettre uniquement le passage de l'antiseptique.

La pose de la plaque de bistouri est très difficile et se fait généralement sous les mollets ce qui n'est pas la position idéale.

La préparation cutanée de l'opéré.

Dans un seul bloc la zone d'incision est lavée et rincée.

C'est le chirurgien ou l'assistant qui badigeonne la peau avec l'antiseptique et on note qu'ils passent bien deux couches successives.

Par contre cette antiseptie respecte peu la technique qui veut que l'on aille de la zone d'incision vers l'extérieur, l'idéal étant la technique circulaire dite de « l'escargot ».

4. Gestuelle et pratiques en per opératoire

Gestuelle dans la zone stérile

⇒ Déplacements en salle

Aussi bien l'infirmier que l'équipe chirurgicale ne tiennent pas compte qu'il ne faut pas toucher une surface stérile et se frottent contre le mobilier ou touchent le « personnel dit non stérile ». La gestuelle aseptique n'est pas maîtrisée.

Par contre, c'est l'inverse pour le personnel circulant « non stérile » qui touche l'équipe habillée stérilement. Il faut redire et réapprendre les déplacements aseptiques qui consistent entre autre à ne jamais tourner le dos à une table d'instrumentation de manière à visualiser les zones à risque à ne pas toucher.

⇒ Le champage

Les champs opératoires dont la taille est trop petite ne couvrent pas toute la surface de la table d'opération entraînant une promiscuité chirurgien – anesthésiste qui est peu compatible avec les règles de stérilité. De plus les champs sont en nombre insuffisant et trop fins ce qui explique l'usure très rapide suite aux nombreuses stérilisations.

⇒ Complément de matériel

Lorsqu'il doit récupérer des compresses dans un tambour ou une sonde dans un tube, l'infirmier instrumentiste se sert d'une pince quelconque sur sa table alors que celle-ci est généralement souillée. Cette pince contamine le tambour ou le tube ainsi que tout le matériel environnant.

Il a été suggéré de garder une pince stérile et propre dans un coin de la table, pince qui servira à « piocher » dans les boîtes ou tambours.

⇒ Elimination des déchets.

Les compresses et les gants sont trop souvent jetés par terre puis ramassés à main nue par le personnel. Il est souhaitable de le faire soit main gantée soit avec une pince. La pince à asepsie qui est régulièrement accrochée au champ de la table d'instrumentation par le chirurgien peut servir pour ces gestes. L'infirmier qui est obligé d'essorer ses compresses et ses champs « dits abdominaux » par manque consommable, le fait trop près du sol alors qu'une bonne pratique veut qu'on ne mette jamais ses mains en dessous de la zone de la table d'opération.

⇒ Récupération de ligatures ou de drains

Lorsque certains fils de type chromgut ne sont pas utilisés dans leur totalité, ils sont récupérés dans un bocal d'alcool à l'aide de la pince à servir et ceci se pratique en fin d'intervention alors que la table est pleine de sang et déjà déstérilisée. De même on remet dans un tambour commun un drain qui n'a pas servi et qui a été sorti par erreur. Nous pensons qu'il y a assez de ligatures à l'hôpital et qu'il faut arrêter cette pratique.

Pour les drains il y a un seul grand tube dont la stérilité est douteuse car il ne passe pas à l'autoclave. On y trouve des pastilles de type formol. Tout s'y trouve et tout s'y remet sans aucune garantie de propreté.

5. Prise en charge de l'instrumentation souillée

Elimination des objets pointus : usage de la boîte à déchets

En fin d'intervention tous les déchets sont jetés dans la poubelle au risque de piquer le personnel du bloc qui vide les poubelles ou une personne de la lingerie. Il a été proposé d'utiliser soit des boîtes à déchets que le magasin possède en nombre très réduit, soit d'en faire une avec une boîte en carton ou de kleenex vide, soit de récupérer les sachets de ligature vide pour y mettre la lame de bistouri et les aiguilles à usage unique avant de les mettre dans la poubelle. Cette dernière solution limite le partage de cette boîte avec l'équipe d'anesthésie qui ne peut pas y mettre ses seringues usagées.

Rinçage du tuyau d'aspiration

Le tuyau d'aspiration chirurgicale est très souillé et reste en l'état car il est souvent oublié.

Il est proposé de récupérer premièrement le reste de sérum propre de la cupule qui se trouve quelquefois sur la table d'instrumentation, sinon d'aspirer un peu d'eau du robinet de manière à faire ramollir les caillots de sang en attendant le nettoyage de l'ensemble du système d'aspiration.

Lavage des instruments

Les instruments sont trempés dans de l'eau mais l'absence de produit détergent ne permet pas un nettoyage rigoureux. De la poudre de lessive ou un équivalent alcalin devrait pouvoir améliorer le décollement du biofilm.

Il faut supprimer le nettoyage des instruments dans la salle si celle-ci possède un point d'eau. Ce travail doit se faire à l'extérieur dans un local adjacent après au moins 15 minutes de trempage. Le brossage est indispensable pour éliminer toutes les salissures.

6. Stérilisation du matériel

⇒ A l'autoclave à la vapeur d'eau

Les appareils pour la plupart d'origine japonaise n'ont pas de mode d'emploi. Il n'y a pas de moyen de contrôle et en l'absence d'indicateur chimique de passage rien ne permet d'affirmer que la température a été atteinte. Les coupures de courant rendent toute stérilisation aléatoire et les tambours sortent souvent mouillés et en cette période froide les salles de stérilisation se transforment en étendage géant.

Le seul moyen de contrôle existant est le ruban adhésif externe « type 3M » qui permet de dire que le tambour a passé dans l'appareil à une température indéfinie supérieure à 60° et que le tambour n'a pas été ouvert. Il n'existe aucun autre indicateur que la lecture du manomètre de la machine.

Il faudrait obtenir des indicateurs de passage chimiques qui prennent en compte la température, la pression et le temps d'exposition à la vapeur d'eau.

L'état du parc des tambours est très moyen et l'on note après stérilisation des éclisses dites « fermées » qui laissent apparaître des trous permettant la pénétration d'air ambiant ce qui annule l'effet de stérilité.

Remarque : La lingerie n'a que deux machines à laver et un seul séchoir ce qui est nettement insuffisant pour cet hôpital. Une machine à laver et le séchoir étaient en panne pendant toute la période de l'audit et en hiver c'est un équipement indispensable.

⇒ Au poupinel

Les boîtes en inox ou aluminium sont anciennes et ne sont pas marquées. La notion du contenu est laissée à la connaissance des infirmiers. Les instruments sont abîmés, tachés ou rouillés et les ciseaux utilisés au cours des interventions ne coupent pratiquement plus.

Les poupinels qui sont des appareils qui n'utilisent que la montée en température sont incontrôlables parce que les thermomètres sont tous hors d'usage.

Le temps d'exposition à la chaleur doit être d'une heure une fois la température de 160° atteinte et non pas une heure dans le poupinel. Toute température inférieure à 160° doit être corrigée.

En ce qui concerne la stérilisation il faut insister sur le principe suivant :

***Toute boîte ou tambour ouvert dans la journée
doit être re-stérilisé en fin de journée***

Conclusion

Les bonnes pratiques d'asepsie semblent avoir été oubliées dans les blocs opératoires aussi bien du personnel infirmier que médical. Toutefois les uns et les autres ont fait preuve de bonne volonté pour modifier leurs façons de faire le jour suivant les remarques. Les équipes chirurgicales, à un chirurgien de neurochirurgie près, ont été très coopératives et ont motivé le personnel à changer leurs comportements.

Nous avons essayé de trouver sur le marché local quelques produits pour lesquels les cadres de blocs nous avaient sollicités et nous avons acheté grâce au financement de l'Ambassade de France, des bassines pour ou les faire tremper et ou laver les instruments, des cupules en inox de 400cc pour remplacer les bols en email complètement obsolètes, des pinces à servir et des écouvillons pour nettoyer des tubes ou sondes d'intubation (anesthésie).

Les quatre missionnaires ont également apportés chacun cinq pyjamas de blocs dans leurs bagages. Ceux-ci au nombre de 150 ont été gracieusement donnés par un industriel lyonnais. Ils seront emportés par les futures missions en attendant un envoi plus global du solde. Ils sont pour le moment en attente à la pharmacie de HEH auprès de Mme M.RIBERO, cadre de la pharmacie. Ces pyjamas ont été donnés au nombre de 10 aux anesthésistes et les dix autres au bloc de neurochirurgie et urologie femme.

Dans les préconisations qui sont faites, nous demandons :

- ⇒ une réhabilitation des points d'eau avec installation d'un réseau d'eau chaude,
- ⇒ une formation du personnel avec la présence d'un missionnaire spécialisé en bloc sur une longue durée de plusieurs mois
- ⇒ la réalisation de cassettes de vidéo avec une équipe afghane sur les points à traiter
- ⇒ l'achat de divers produits tels que champs en tissu de qualité épaisse et de champs abdominaux
- ⇒ l'achat de produit détergent sur le marché local pour laver correctement les instruments ou à la limite un produit alcalin type St Marc.
- ⇒ l'achat de thermomètres et d'indicateurs chimiques pour les divers moyens de stérilisations auquel il faut ajouter des tambours pour autoclaves. Comme l'hôpital manque de boîtes adaptées, entre autre aux pinces à servir, nous suggérons l'utilisation

de gaines d'emballage pour les instruments à l'unité (gaine plastique papier) qui pourrait permettre une protection stérile avec une durée de péremption acceptable . Comme il y a du scotch 3M sur place, il suffirait de montrer la bonne technique de fermeture en accordéon (ou Pasteur) pour ne pas avoir à ajouter de soudeuse.

Ces préconisations sont détaillées ci-après.

Nous pensons qu'en associant tous ces moyens, il est possible de faire progresser rapidement la qualité des soins. La motivation du personnel des blocs, des équipes chirurgicales, de l'encadrement avec la direction des soins infirmiers qui est très partie prenante dans tous les travaux impliquant l'hygiène nous laisse à penser que la réhabilitation des soins de qualité sera aussi rapide que celle que l'on constate dans la reconstruction de la ville de Kaboul.

II - Propositions générales pour les blocs et la stérilisation

L'objectif de la mission était de faire un audit des pratiques et des moyens disponibles dans les blocs opératoires et les stérilisations.

Nous avons eu un accueil chaleureux de la part du personnel et les équipes chirurgicales nous ont bien soutenu dans la révision et mise en place des bonnes pratiques. Nous les en remercions tous vivement.

L'audit qui a été mené dans les trois blocs opératoires de l'hôpital Ali Abad, permet le constat suivant. La vétusté des points d'eau, des tambours et des appareils de stérilisation, le manque de champs opératoires résistants , de moyens de contrôle de stérilisation et la formation du personnel en matière de gestuelle en bloc opératoire sont des axes de réflexion à prioriser si l'on veut progresser dans l'hygiène et la qualité des soins aux opérés. Pour cela nous suggérons de mettre en œuvre la restauration de certains points d'eau, l'achat de dispositifs médicaux et de tissu et surtout une formation pratique avec un suivi pour réintroduire une bonne gestuelle aseptique dans les blocs.

1. Réhabilitation des points d'eau

1. Restaurer les sanitaires et les points d'eau dans les blocs en y incluant un plan de travail pour déposer les instruments lavés permettant de recomposer des boites .

- Dans le bloc de neurochirurgie il faut remettre l'eau chaude en état de fonctionnement au point de lavage des mains et déboucher l'écoulement des eaux dans le local adjacent.
- Dans le bloc d'urologie il faut mettre de l'eau chaude et un plan de travail pour refaire les boites à la stérilisation.
- Dans le bloc de chirurgie générale il faut remettre de l'eau chaude et un plan de travail à la stérilisation.

⇒L'installation de douchettes ou d'embouts vissés permettant une mise en pression pour rincer les tuyaux ou objets creux (canules ou sondes endo-trachéales) serait un complément pratique qui servirait aussi bien aux infirmiers du bloc qu'aux anesthésistes.

Un adjoint technique ayant pour objectif d'évaluer les travaux à entreprendre pourrait aider l'ambassade de France à préciser la faisabilité et le coût que génèrent une telle réhabilitation.

2. Formation du personnel

La gestuelle et le comportement aseptique en salle d'opération qui étaient bien pratiqués et appliqués avant la guerre ont été oubliés par la jeune génération qui a du s'adapter à la pénurie. Il faut envisager de refaire une formation complète aussi bien pour les para médicaux que pour les étudiants en médecine.

Pour ce faire nous suggérons la présence d'un formateur sur une longue durée et peut être la réalisation de vidéo cassettes en langue locale par une équipe de techniciens afghans qui permettraient une diffusion plus rapide des bonnes pratiques.

3. Achats de matériel

Tissu de coton pour fabriquer des champs opératoires de grande taille. Des champs de 220cm x 140cm sont nécessaires si l'on veut respecter la séparation chirurgien anesthésiste mais le tissu en coton local dit « taffetas » n'est pas assez épais pour assurer une sécurité minimale. Le produit acheté doit être le plus épais possible.

Il manque également en quantité, des champs « dits abdominaux » qui servent à éponger le sang dans l'abdomen. Pour cela il faut prévoir un tissu aux mailles assez lâches qui soit très absorbant du type couche de bébé.

Tambours pour la stérilisation afin de garantir la stérilité des dispositifs médicaux tels que compresses ou champs.

Produits détergents pour laver les instruments afin de mieux les conserver et leur donner une qualité et longévité accrue.

Thermomètres et témoins de contrôle pour la stérilisation en autoclave et au poupinel.

4. Participation matérielle

Les demandes des cadres de blocs sont multiples mais le marché local ne permet malheureusement pas d'y répondre positivement aussi les experts ont exploré les possibilités et ont réussi à acheter :

- ⇒ des cupules de 500cc en inox qui ont été données au bloc de neurochirurgie et d'urologie pour remplacer des cupules en email complètement écaillées.
- ⇒ deux grandes pinces à servir complèteront le parc et seront disponibles en cas de déstérilisation d'une d'entre elle.
- ⇒ trois bassines à couvercle pour immerger ou laver les instruments (bloc de neurochirurgie et chirurgie générale).
- ⇒ des écouvillons permettant de nettoyer les tuyaux et objets creux qui ont été partagés entre les infirmiers de blocs et les anesthésistes des trois blocs.

D'autre part, à la veille du départ de France de cette mission, nous avons appris la disponibilité de plus d'une centaine de pyjamas de bloc offerts par un industriel lyonnais. En attendant un envoi groupé, chacun des missionnaires a apporté dans ses bagages cinq pyjamas de bloc qui pour cette mission de novembre ont été distribués aux équipes d'anesthésistes et au cadre du bloc de neurochirurgie. Tout le stock est destiné à l'hôpital Ali Abad et devrait être livré dans son intégralité au cours de l'année 2004.

En conclusion, nous avons remarqué dans le personnel des blocs, un excellent potentiel humain qui peut, à brève échéance et sans trop de moyens supplémentaires, modifier rapidement ses pratiques grâce à son dynamisme et sa motivation. L'encadrement supérieur infirmier, en la personne de Monsieur ABBAS nous a prouvé par son implication directe une volonté ferme d'évoluer et de progresser.

Rapport de mission validé en décembre 2003
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



André Tilot

Voir en fichiers annexés :

- Audit et propositions bloc par bloc,
- Tableau « Activité du bloc d'urologie femmes »,