



MISSION DES HOSPICES CIVILS DE LYON A L'HOPITAL ALI ABAD DE KABOUL

ANESTHESIE

EVALUATION ET MISE EN PLACE DE QUELQUES BASES

Marion DHERS
Docteur Jean-Michel DESGARDIN

9 au 22 novembre 2003



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Nous voudrions tout d'abord remercier les autorités afghanes pour l'accueil extrêmement chaleureux et sympathique qu'elles nous ont réservé. Que ce soit Monsieur EXEER Directeur de l'hôpital ALI ABAD qui nous a ouvert les portes de son établissement ou chacun a eu à cœur de faciliter notre travail tout en se montrant affable, ou Madame le Docteur Sekandari, directrice de l'hôpital de Malalaï qui avec une simplicité qui nous a touché, a accepté de nous ouvrir les portes de son établissement réputé très fermé.

Nous remercions le Docteur TISSOT, médecin de l'ambassade de France à Kaboul pour la proximité dynamique de son soutien à la mission de l'équipe (matériel informatique, reprographie, diligence dans la gestion de nos différents contacts professionnels, définition claire des axes et méthodes de coopération) tout autant que du souci efficace dont il a fait preuve pour que chacun de nous bénéficie d'un confort de vie apprécié dans le contexte très dur de Kaboul aujourd'hui. Enfin j'ai plaisir à ajouter que son humour et sa sympathie ont, dès l'accueil à l'aéroport, coloré notre séjour de plaisante manière.

Nous tenons également à saluer le Docteur HUSSEIN, notre interprète au quotidien, pour son extrême gentillesse sa très grande disponibilité et son dévouement. Son regard est fort précieux et nous en avons très largement tenu compte, car il a étudié la médecine en France où il a passé 18 ans, dont 2 à Paris.

Le docteur LATIF nous a également apporté un précieux concours par son expérience des structures hospitalières à Kaboul qu'il a su nous présenter au travers de sa grande humanité pour le succès de notre mission.

Enfin nous remercions également TAMIM notre chauffeur dont la disponibilité et la grande prévenance ne se sont jamais démenties malgré un épisode très douloureux dans sa famille survenu au cours de notre mission.

Nous n'avons rien observé qui ne soit fondamentalement différent de ce que toutes les missions qui nous ont précédé ont rapporté.

La mission d'expertise de Mai 2002 menée par l'Ambassade de France, puis les missions de juillet 2002 (Dr Mathon, Dr Jacques, Mme Dhers, M. Blasquez), avril 2003 (Dr. Oberlin),^{1^{er}} (Dr. Vial) puis 13 septembre 2003 (M. Nageotte, Mme Ribero), ont permis de cerner la problématique sanitaire et sociale à Kaboul et en Afghanistan, ses origines et ses causes tout autant que les axes prévisibles d'évolution au vu de situations similaires survenues il y a moins de 10 ans dans différentes parties du monde.

Tant la finesse d'analyse que le recul soigneux qui ont présidé à la rédaction par plusieurs auteurs des rapports précités, conduisent à considérer qu'il est fort peu probable que des éléments déterminants pour des stratégies ultérieures puissent encore être à découvrir.

Pour ce qui concerne plus particulièrement le monde chirurgical hospitalier et celui de l'anesthésie, le rapport du Professeur VIAL (1/09/2003) permet de prendre date du contexte général tout comme des détails de ce domaine d'activité.

A ce propos, Madame Marion Dhers, infirmière anesthésiste, confirmée par vingt ans d'expérience hospitalière et qui remplit avec nous sa deuxième mission à Kaboul, donnerait sans aucun doute un avis autorisé pour des missions ultérieures visant à évaluer le bénéfice des actions de coopération.

Nous nous sommes largement inspirés de ce document pour poursuivre les actions des précédentes missions.

RAPPORT MISSION ANESTHESIE ALI ABAD - KABOUL

8 au 23 Novembre 2003

Depuis Juillet 2002, l'hôpital Ali Abad a énormément évolué, tant par la rénovation des locaux que par l'organisation des soins. L'hôpital a entièrement été repeint, l'électricité et les sanitaires réhabilités par l'Ambassade de France, et tous les locaux sont clairs et propres. Un aménagement intérieur a même été réalisé, puisque, par exemple, des rideaux sont accrochés aux fenêtres ; des portes de communication ont été construites, permettant l'accès entre services en évitant de passer par l'extérieur. Toutes ses améliorations donnant pour l'ensemble de l'hôpital un ensemble accueillant et confortable, voire même chaleureux par rapport à l'année dernière.

De nouvelles structures ont été montées

- un laboratoire d'analyses sanguines
- un laboratoire d'analyses urinaires
- une unité de radiologie
- une unité d'endoscopies digestives

Notre mission, consistait en une évaluation de la mission de Juillet 2002 sur la formation des Infirmiers Anesthésistes, avec réajustement des connaissances et des pratiques. Sur les conseils des Drs Viale et Duperret, Médecins Anesthésistes Réanimateurs missionnés en octobre 2003, notre action s'est portée sur un accompagnement des équipes dans la pratique de l'anesthésie et ses grands principes. Les cours magistraux ne semblaient pas la priorité, ayant déjà été dispensés, mais plutôt un enseignement « pratico-pratique », et en restant aussi souvent que possible dans le même bloc, plutôt que se disperser. Nous nous sommes donc concentrés sur le bloc de chirurgie hommes et le bloc de neurochirurgie.

La période à laquelle nous étions à Kaboul correspondait à la période de Ramadan, ce qui a perturbé ce que nous avions prévu. En effet, tout le personnel partait à midi et ne restait pour l'anesthésie qu'un infirmier de garde.

Par ailleurs, de fréquentes pannes de courant ont bouleversé le programme opératoire, entraînant reports, voire même annulations d'interventions. Le temps de présence à l'hôpital a donc été plus bref que nous ne le pensions.

Il nous a cependant été possible d'assister à quelques interventions, de participer à des gestes techniques, et même de conduire une anesthésie de bout en bout, le Directeur de l'établissement nous ayant donné toute latitude dans la réalisation de gestes pratiques.

Organisation générale des blocs opératoires et de l'anesthésie

Pas de changement dans l'organisation générale. Il existe 3 blocs opératoires (et non 4 .rectificatif erreur du rapport de 2002)

- un bloc de chirurgie digestive « hommes » comprenant 2 salles et une salle de réveil non attenante au bloc opératoire.

- un bloc d'urologie « hommes »
- un bloc de chirurgie générale « femmes », dans lequel se pratique une neuro-chirurgie »mixte » + une salle de réveil femmes située dans le service

Les blocs ne fonctionnent toujours que le matin, de 8 heures à midi, le personnel ayant une activité privée ou autre pour améliorer ses conditions économiques.

1°) Le personnel d'anesthésie :

Le personnel de l'équipe d'anesthésie est composé d'une dizaine d'infirmiers anesthésistes dont 2 femmes, et d'un médecin anesthésiste, le Dr Ismael ; celui ci a une rôle mal défini à nos yeux, ayant plutôt un rôle de coordinateur. Nous avons pu constater qu'il n'est jamais présent au bloc, et les anesthésies, qu'elles soient générales ou loco-régionales sont toutes assurées par le personnel infirmier. Durant notre séjour, il est allé dans les différents hôpitaux de Kaboul pour assurer la formation d'un nouveau respirateur, et il ne nous a pratiquement pas été possible de le rencontrer.

2°) Le matériel d'anesthésie et drogues

- Les tables sont toujours les mêmes, et ne semblent pas utilisées pour l'anesthésie proprement dite, mais plutôt comme lieu de rangement.

De nouveaux respirateurs viennent d'être mis en service, ainsi que 6 moniteurs multi-paramétriques donnés par les Japonais. Le mode d'emploi de ces appareils n'est pas totalement maîtrisé, mais la dotation en est récente. A noter que cette dotation s'est faite sans accompagnement : pas d'explications et modes d'emploi en japonais.

- Les drogues utilisées sont identiques à ce que nous avons vu l'année dernière

Diazepam

Kétamine

Succinylcholine et Pancuronium

Pentazocine

Ces médicaments sont achetés par le malade, sur prescription soit du médecin qui a posé l'indication opératoire, soit d'un infirmier anesthésiste. S'il y en avait un à l'arrivée du patient. Les médicaments apportés sont parfois « étonnants » : nous avons vu de la vitamine C (qui favoriserait la cicatrisation !) de la vitamine K, des anti-histaminiques, sans que cela semble avoir un rapport quelconque avec la pathologie dont le patient est affecté !

3°) Pratiques de l'anesthésie

Pas de visite pré-anesthésique systématique ; le malade est, dans la majorité des cas, vu à son arrivée au bloc.

A noter cependant que maintenant, chaque patient possède un dossier médical, présent au bloc, dans lequel sont colligés les antécédents, l'indication opératoire, les examens radiologiques et biologiques

La prémédication se fait sur table, en fonction de ce que le patient a apporté.

Le peu de drogues disponibles entraîne un protocole d'anesthésie pratiquement identique pour tous les patients.

La préparation du plateau d'anesthésie manque toujours de rigueur et d'asepsie, mais varie selon les infirmiers. Certains préparent les seringues sur un petit champ en tissu, mais c'est

loin d'être la majorité Les seringues ne sont toujours pas identifiées, ou si elles le sont (en notre présence !), elles resservent parfois pour un produit différent !

Les sondes d'intubation sont entreposées en vrac dans une boîte en métal, de même que les canules de Guedel

L'intubation se fait sous Succinylcholine, mais le patient n'est absolument pas oxygéné avant l'intubation.

Les réinjections de Kétamine et Pavulon se font en fonction de la durée de l'intervention, mais aucunement en fonction des paramètres de surveillance du patient.

L'extubation se fait sans observance des critères définis, et sous Neostigmine systématique ! Cette drogue d'ailleurs utilisée sans connaissance de ses indications et contre-indications.

Les patients sont extubés sur table et sont dirigés vers la salle dite de réveil, mais à vocation plutôt de S.I.P.O. Cette salle est bien aménagée, avec un Infirmier qui semble motivé et consciencieux, et chaque patient qui arrive dans cette salle bénéficie de prises de constantes.

4°) Hygiène :

Aucun principe de base de l'hygiène n'est respecté

Pas de lavage des mains, et à aucun moment. Certes le manque, et parfois l'absence d'eau lors des pannes de courant reste un problème crucial ; cependant, des récipients d'eau sont à disposition pour les chirurgiens, qui se lavent les mains malgré les difficultés rencontrées. Mais comme nous l'a dit le médecin anesthésiste : « les anesthésistes ne se lavent jamais les mains », ceci étant érigé comme règle et non comme constat.... !

Le matériel d'anesthésie, sondes d'intubation, canules de Guedel, est certes nettoyé, mais ne bénéficie d'aucun rangement particulier, tout étant en vrac, sans protection, et passant de salle en salle, avec les conditions d'hygiène sus-citées.

Pas de plateau d'anesthésie selon les règles ; les seringues sont posées à même un support (tabouret, table d'anesthésie, respirateur.....) et ne sont pas protégées. Il en est de même pour les aiguilles. Il arrive que des réceptacles soient présents pour le matériel souillé, mais de façon inconstante. Le risque d'accident d'exposition au sang ne semble pas perçu.

Les tuyaux des respirateurs ne sont jamais stérilisés, malgré la présence d'autoclaves au sein du bloc. Ceci est dû à un nombre insuffisant de circuits ; ils sont malgré tout nettoyés, mais à une fréquence imprécise.

Le montage du circuit du respirateur de la salle de neurochirurgie n'est pas logique, puisque le manomètre de pressions semble indiquer la pression expiratoire (et non inspiratoire) ; il ne nous a pas été possible de modifier ce montage, n'ayant pas de valve correspondante.

Aucune séparation entre le champ opératoire et le champ anesthésique, ceci entraînant de nombreuses fautes d'asepsie du côté chirurgical.

Il manque encore beaucoup de matériel de base, en particulier pour les aiguilles à rachi-anesthésie. Celles ci sont en effet réutilisées jusqu'à l'extrême limite après de nombreuses re-stérilisations.

Mais il est encore difficile de faire la part des choses entre le manque réel de matériel et la mauvaise gestion des stocks du magasin.

Un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales a été instauré lors d'une précédente mission. Cette instance est institutionnalisée, et des protocoles ont été établis lors de notre séjour par la mission d'hygiène. Il semblerait utile, voire nécessaire, qu'un ou plusieurs membres de l'équipe d'anesthésie participe à ce comité, afin de bénéficier des protocoles mis en place et se réappropriier les bonnes pratiques d'hygiène de base en anesthésie.

Conclusion

Notre mission était axée sur l'accompagnement « pratico-pratique » des équipes d'anesthésie, mais le nombre peu élevé d'interventions en cette période de Ramadan , et la courte durée de notre mission, ne nous a pas permis d'assister à autant d'interventions que nous l'aurions souhaité.

Cependant, nous avons pu évaluer le résultat de la mission précédente, et proposer quelques projets et pistes de réflexion.

Une feuille d'anesthésie a été élaborée et proposée au médecin anesthésiste et aux infirmiers. Elle a pu être instaurée grâce à l'Ambassade de France qui en a assuré la reproduction.

Une feuille de salle de réveil a également été élaborée, et proposée à l'Infirmier responsable de la salle de réveil.

2 documents ont été laissés à l'attention de l'équipe, une portant sur les grands principes de l'anesthésie, l'autre sur les critères de sortie de salle de réveil

il est évident que des missions de courte durée (15 jours) ne sont pas suffisantes pour apprendre réellement des techniques d'anesthésie, de réveil , et intéresser les équipes .Un accompagnement sur un plus long terme serait beaucoup plus bénéfique, et motivant pour les deux parties.

Nous avons par ailleurs dispensé une formation aux gestes d'urgence, (sous forme de transparents sous-titrés en dari) ainsi qu'un cours sur l'oxygénothérapie, à la maternité de Malaläi, renforçant ainsi la collaboration avec Ali Abad. Une vingtaine de médecins femmes étaient présentes, ainsi que le chef de service de Gynécologie. Les nombreuses questions posées au terme de cet enseignement ont prouvé l'intérêt de ce type de formation.

Cette maternité est d'ailleurs très demandeuse de formation en terme d'obstétrique et il semblerait qu'une prochaine mission comportant obstétricien et/ou sage femmes soit la bienvenue. A la demande du médecin anesthésiste d'Ali Abad, le Dr. ISMAEL, nous avons également fait un exposé très général sur la conduite d'une anesthésie générale selon les règles de bonne pratique actuelle, centré plus précisément sur la prévention des complications. Nous nous sommes attaché à sensibiliser les personnels à la nécessité d'acquérir toute une culture du monde chirurgical, tissé d'abord d'hygiène et de rigueur systématique des comportements, ensuite seulement de matériel et de consommables. Nous avons insisté sur ce passage obligé de la sécurité du patient et de la qualité du résultat chirurgical. Cette notion a semblé toute nouvelle pour nos interlocuteurs, il sera certainement nécessaire d' y revenir en insistant. L'argumentaire pourra en être le suivant : chacun, à la question concernant la mortalité opératoire à Ali Abad, avance des chiffres allant de 10 à 30 pour 1000 patients. La SFAR a récemment avancé le chiffre de 1 pour 100 000. Cet argument a manifestement porté.

L'évaluation de notre mission de Juillet 2002 concernant l'anesthésie, si elle peut paraître décevante sur certains points telle la sécurité en anesthésie, doit être poursuivie. .La collaboration avec l'hôpital Ali Abad doit, pour sa pérennité, prendre en compte des observations et propositions des missionnés, afin d'en assurer la cohérence. Des évaluations ponctuelles et régulières devront être assurées par les missions futures.

Actions à mettre en place à cours terme

*Instauration de la feuille d'anesthésie dans les différents blocs opératoires: ces feuilles, sous forme de bloc-note, doivent impérativement être archivées dans l'enceinte de chaque bloc, afin de permettre une évaluation par les missions futures. A plus long terme, ces feuilles devront être insérées dans le dossier de soins du patient.

*Action identique pour la feuille de salle de réveil.

*Distribution à chaque Infirmier Anesthésiste du document « grands principes de l'anesthésie »

*Donation au Dr Ismaël de 20 exemplaires du document « Prise en charge d'un arrêt cardiaque » Celui ci le diffusera dans les différents hôpitaux de Kaboul, où il intervient en tant que formateur.

*Distribution pour affichage du document « critères de sortie du bloc ou salle de réveil »

Propositions pour l'amélioration des pratiques d'anesthésie à Ali Abad

- Création d'un site Internet « H.C.L. U.C.B.L. » permettant aux missionnaires de prendre connaissance des rapports des différentes missions, et d'assurer ainsi évaluation et suivi cohérents. Ce site permettra également de diffuser des documents professionnels (cours ; articles) de même qu'informations et conseils pratiques pour les missions futures.

- Mobilisation d'un technicien vidéo afghan pouvant réaliser des documents pédagogiques pris « sur le vif » tels des vidéos de techniques filmées dans les services de l'hôpital .Ce projet permettra une évaluation réaliste des pratiques des soignants, puisqu'ils seront filmés sur site, avec le personnel de l'établissement, les moyens et matériels existants et sonorisé dans la langue du pays. .Un document final pourrait être réalisé, offrant ainsi au personnel un support d'enseignement attractif et collant avec la réalité du terrain.

- Mission de longue durée (4 à 6 mois) d'un médecin ou interne d'anesthésie réanimation .Ce professionnel pourrait assurer un enseignement pratique et théorique. L'U.C.L.B. vient d'ailleurs de missionner un interne de Pharmacie pour 6 mois, et pourquoi ne pas envisager un tel partenariat avec les H.C.L.

Remerciements

*Nous tenons à remercier tout particulièrement le Docteur Frédéric Tissot pour son accueil et son accompagnement tout au long de notre séjour, contribuant ainsi à la réalisation de notre mission.

*Un grand merci à Monsieur Hussein Khadem Zada : sa gentillesse, sa disponibilité et ses compétences en on fait un allié précieux. Sa parfaite maîtrise de la langue française et sa formation de médecin nous ont assuré d'une traduction fidèle et efficace.

*Merci au Docteur Latif dont la disponibilité et les compétences ne sont plus à prouver.

*Merci à Tamim, notre chauffeur.

COMMENTAIRES

Pour ce qui concerne l'anesthésie et la chirurgie, l'état des lieux est dramatique après 23 ans d'une guerre terrible. Obsolètes et vétustes la plupart des locaux hospitaliers de Kaboul sont détruits (Hôpital pédiatrique Indira Gandhi). Il en va de même de leurs équipements. Les dotations de produits consommables sont quasi totalement dépendantes des aides internationales (OG ou ONG). Il n'est dès lors pas surprenant que le profil d'activité des personnels soit très peu productif, pour ces mêmes raisons qui s'ajoutent à celles faisant de la vie de chaque afghan un dur combat quotidien pour la simple survie jusqu'à la fin de la semaine. Contraints par l'urgence permanente de la chirurgie de guerre (anesthésies au kétalar seul en ventilation manuelle souvent sans intubation...ni bien entendu strictement aucun monitoring pas même la TA...) durant deux décennies, les savoirs faire, dont on sent pourtant nettement qu'ils ont eu une réalité, sont en lambeaux. Les pratiques sont moins qu'élémentaires, routinières et donc dangereuses.

Ne nous leurrions pas, des progrès significatifs dans le domaine hospitalier ne seront faits qu'au prix de la reconstruction d'un parc hospitalier suivi de sa dotation rationnelle et adaptée à une capitale de 2,5 millions d'habitants.

Faut il dès lors, contrits, abandonner dans leur détresses toutes ces victimes pour sombrer dans le désespoir ou fuir dans le déni et l'oubli ?

Certes pas.

Il existe à Kaboul des îlots de positivisme créateur remarquables tout autant que surprenants.

Le premier d'entre eux, sans doute fils de la guerre, est certainement celui qui se prête le moins à une description claire et succincte faisant bonne figure dans un rapport.

Je veux parler d'un dynamisme et d'une obstination de tous et de chacun. Qui a pu voir un oisif au dehors comme au-dedans de l'hôpital ? Cette énorme charrette à bras, surchargée, qui déconcerte d'abord puis apitoie l'occidental fraîchement débarqué qui oscille, déséquilibré, sur les trottoirs rebattus 20 ans par les obus, est pourtant tirée par un homme seul, qui ne doute pas. Pas plus que ne doute le commerçant, petit ou gros, ou l'infirmier qui crie sa soif d'apprendre, d'apprendre à faire mieux, et le médecin son besoin d'outils.

Ce dynamisme a produit quelques résultats tangibles. Plusieurs cybercafés du centre ville vous mettent en ligne avec le reste de la planète aussi facilement que depuis Colombey les deux églises.

En outre le « bazar » tout autant concept que patrimoine immobilier fonde une culture où l'existant devient très vite disponible. Ainsi et à titre d'illustration, beaucoup de familles possèdent la télévision et un magnétoscope.

Ces deux derniers points m'ont conduit à faire les

SUGGESTIONS ET PROPOSITIONS

suivantes.

La première dont l'idée revient à Hussein notre interprète durant cette mission : création d'une vidéothèque médicale tout autant que de culture générale, visant à familiariser les professionnels hospitaliers avec la modernité occidentale, tout autant que le citoyen afghan avec un mode de vie européen dont il pourrait s'inspirer pour nourrir sa réflexion.

Cette vidéothèque fournie par les Hospices Civils de Lyon et archivée à L'ambassade de France pourrait fonctionner en lecture sur place comme en prêt, et fournir matière à enseignement dirigé pour les missionnaires, dont l'objectif serait un compagnonnage, visant à asseoir une culture hospitalière en général, chirurgicale et anesthésique en particulier. Ce compagnonnage sera convivial mais ferme, en demandant des comptes sur les programmes d'aide (protocoles procédures matériels et méthodes) mis en place. (feuille d'anesthésie, feuille de surveillance du réveil, application systématique de la surveillance des paramètres vitaux récapitulés sur une affiche, cf. ci-dessus)

L'approfondissement du savoir des individus reste, quel que soit les contextes et l'avenir, un atout majeur.

En complément de cette vidéothèque, un accès à l'internet médical (Medline, encyclopédie médico chirurgicale, comptes rendus des conférences de congrès SFAR MAPAR etc...) disponible à l'Ambassade de France – Kaboul, ainsi qu'à une bibliothèque classique et de CD constituerait assurément un outil utile et apprécié, tant par les médecins afghans que par les missionnaires pour leurs actions de coopération.

La qualité des connexions internet en ville pourrait peut être ouvrir la voie à des actions de partenariat avec le privé.

Des modules de formation théorique pourraient être mis en ligne (par l'école lyonnaise de formation des infirmiers anesthésistes par exemple, module de physiologie, pharmacologie, gestion des matériels et consommables, gestion d'une anesthésie pour chirurgie programmée, module de langue française etc.....). L'incitation à cette formation (un à plusieurs modules par semestres par exemple) sous la forme d'une subvention, se verrait couronné en cas de succès à l'examen (organisé par les missionnaires, épreuves écrites orales et pratiques) par une indemnité et/ou une bourse d'étude en France (sous réserve de la réussite à un examen pour étayer un niveau minimal de maîtrise de la langue française).. Cette incitation financière viserait à soulager la nécessité vitale d'un second métier pour la plupart des professionnels de santé, consommateur de temps au détriment de la formation continue, grevé par le temps passé de surcroît dans les transports pour beaucoup qui habitent très loin de l'hôpital.

Vidéothèque ; formation « en ligne » et examens diplômants reconnus par les HCL sont des objectifs réalistes car déjà atteints par de nombreuses institutions depuis plusieurs années

(centre national d'enseignement à distance-CNED- du Ministère de l'éducation nationale, formation en DEUG licence, maîtrise CAPES BTS DUT etc..).Des incitations motivantes devraient pouvoir permettre de former 3 à 5 professionnels tous les 2 ans. Quelle que puisse être la forme que prendra l'avenir en Afghanistan, une amélioration des savoir-faire ne pourra être que positive. Le coût des moyens à mettre en œuvre pour un tel objectif reste bien inférieur à tout investissement de rénovation ou en vue de dotation supplémentaire. Enfin, si les locaux le matériel et les médicaments ne devaient pas évoluer, utilisés avec de bonnes compétences actualisées, les résultats en terme de sécurité de l'anesthésie seraient facilement atteints, les pratiques actuelles, routinières et dépassées restant dangereuses.

Il ne faut pas méconnaître l'évidence première que des progrès sanitaires en Afghanistan ne pourront être que l'œuvre du long terme, et son corollaire, que la persistance de missions gesticulantes et incantatoires décrédibiliseront très rapidement ce peuple blessé qui ira ailleurs panser ses plaies béantes. Point n'est besoin de grande clairvoyance pour déjà discerner quelque officine dont l'abord patelin pourrait tirer grand profit du dynamisme impatient des Afghans à sortir de leur situation. L'aptitude française à l'impact positif et de terrain est l'apanage que les très nombreux médecins de différentes ONG ont pu montré (et que certaines des officines évoquées ont glorifié de l'appellation « french doctors ») Cette spécificité trouve ici et maintenant, une occasion magistrale d'œuvrer d'autre manière que dans l'éphémère palliatif, fut il élevé.

D'un autre point de vue, on aperçoit nettement à Kaboul un axe fort d'où émane beaucoup de qualité : le monde de la femme. Dans le contexte général de l'Islam et celui plus particulier du récent régime des talibans, l'hôpital de Malalaï se démarque comme pôle d'excellence. Ce point, ancrage possible d'une évolution positive pour l'avenir mérite d'être tout particulièrement soutenu. En effet où peut résider le germe essentiel de l'avenir d'une nation si ce n'est dans sa jeunesse aux destinées de laquelle président tout naturellement les mères, qui commencent par être des femmes, dont l'écrasante majorité afghane est pour l'instant illettrée.

Là aussi réside une autre occasion à ne pas manquer : obtenir des résultats sans burka. L'objectif annoncé par les autorités afghanes d'atteindre un niveau de qualité hospitalière afin de créer des pôles de référence pour l'ensemble du système de santé est, aujourd'hui même, très largement atteint à l'hôpital de Malalaï en matière d'obstétrique. Ce résultat remarquable mérite très largement une reconnaissance internationale forte au travers d'actions de coopération puissantes, afin de prolonger ce magnifique résultat obtenu dans le plus dramatique des dénuements.

RESUME

Mise en place d'une vidéothèque Cdthèque et « netothèque » médicale paramédicale et générale

Abonnement à des revues médicales et paramédicales en langue anglaise que de nombreux médecins et sages-femmes ont demandé, en particulier à l'hôpital de Malalaï

Organisation d'un enseignement à distance en ligne entre Lyon et Kaboul

Sanctionné à moyen terme par une évaluation diplômante sous l'autorité des HCL

Et à la charge des missionnaires (examens écrits oraux et pratiques)

Incitation financière pour l'inscription à cet enseignement

Récompense financière en cas de succès aux examens ou bourse d'études en France

NOTE A L INTENTION DES MISSIONNAIRES

Rencontrer avant le départ les missionnaires précédents

Prendre connaissance des rapports des missions précédentes

Animer un compagnonnage professionnel : regarder écouter montrer contrôler évaluer l'activité (tenir la statistique des incidents d'anesthésie, infections hémorragies retard de réveil, organiser et contrôler l'archivage des dossiers d'anesthésie afin de jeter les bases de futures statistiques)

Acquérir un niveau minimal en langue dari (le recours à un interprète grève la productivité du compagnonnage ou l'élément humain convivial est déterminant pour créer la confiance)
Solliciter Lyon-langues, partenaire des HCL, pour une formation dans ce domaine

Evaluer le suivi des programmes mis en place et la progression dans la qualité des soins (tenue des dossiers patients, feuille d'anesthésie et de réveil, affiche rappelant les paramètres vitaux)

Organiser les examens, qui permettront aux HCL de délivrer des diplômes

Rédiger un rapport en fin de mission à remettre au Docteur Tissot et à Mme Cavallé

Courant 2004, le Dr. DESGARDIN communiquera au Dr.TISSOT les éléments retirés des contacts pris avec différents organismes afin de traduire le plus rapidement possible dans le concret les suggestions avancées plus haut :

Les services informatiques des HCL (site internet Lyon Kaboul, modules d'enseignement en ligne)

L'école de formation des infirmiers anesthésiste (formation à distance)

L'institut Lyon-langue (initiation à la langue dari pour les missionnaires)

La direction générale des HCL (validation, à terme des examens organisés à Kaboul)

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



André Tissot

Annexes

**Grands principes de l'anesthésie
Critères de sortie de salle de réveil
Prise en charge d'un arrêt cardiaque**



Hôpitaux de Lyon



LES GRANDS PRINCIPES DE L'ANESTHESIE

Marion Dhers et Jean-Michel Desgardin – Novembre 2003

I Visite pré-anesthésique

- **Antécédents**
- **Examen clinique** : - auscultation pulmonaire
-examen colonne si loco régionale
-ouverture de bouche
- **Demande examens biologiques et radiologiques**

II Période per opératoire

1) A l'arrivée au bloc :

- **vérification présence du dossier avec examens biologiques ± groupage**
- **vérification jeûne**

2) Induction

- **Oxygénation +++**
- **Ventilation au masque dès perte de conscience**
- Auscultation pulmonaire après intubation
après mise sous respirateur

3) Pendant l'intervention :

- **Surveillance régulière des constantes**
- **Surveillance respirateur**
- **Surveillance des temps opératoires**

4) Extubation :

Quand malade:

- **respire tout seul,**
- **ouvre les yeux**
- **soulève la tête**
- **après aspiration**

III Passage en salle de réveil obligatoire

**NE JAMAIS QUITTER UN MALADE ENDORMI
REEMPLIR LA FEUILLE D'ANESTHESIE**



Hôpitaux de Lyon



CRITERES DE SORTIE DE SALLE DE REVEIL

Novembre 2003 – Marion Dhers

Fonction neurologique :

- **Orienté dans le temps et dans l'espace :**
 - *sait dire son nom
 - *sait dire la date du jour
- **Bouge les 4 membres**
- **Soulève la tête**

Fonction respiratoire :

- **Fréquence respiratoire > 10**
- **Saturation en O₂ > 95 %**

Fonction cardiaque :

- **Tension artérielle > 10**
- **Pouls > 60**

PRISE EN CHARGE D' UN ARRET CARDIAQUE

1°) **RECONNAITRE**

2°) **ALERTER**

3°) **SECOURIR**

1°) **RECONNAITRE = FAIRE LE DIAGNOSTIC**

COTER : Conscience
 Respiration
 Pouls

- **COTATION CONSCIENCE**

Le malade doit répondre aux ordres simples

« Ouvrez les yeux »
« Serrez moi la main »
« Tirez la langue »

Si malade ne répond pas ou n'obéit pas : MALADE INCONSCIENT

- **COTATION RESPIRATION**

Regarder mouvements du thorax => SI = 0 ARRET RESPIRATOIRE

- **COTATION CIRCULATION**

Prendre le pouls carotidien => Pas de pouls = ARRET CIRCULATOIRE

2°) **ALERTER**

- **Apporter le matériel de réanimation (insufflateur)**
- **alerter équipe médicale car on ne peut pas réanimer un malade seul**

3°) **SECOURIR = REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE**

= ventilation + massage cardiaque : 2 insufflations / 15 compressions