



**Rapport sur la Mission de Remise à Niveau
des Infirmier(e)s D.E. et des Infirmier(e)s
Anesthésistes de l' Hôpital Ali Abad
de Kaboul**

Mission Ville de Lyon / Hospices Civils de Lyon

Juillet 2002

Madame Marion DHERS infirmière anesthésiste
Monsieur Pier-Jan BLASQUEZ infirmier
Docteur Didier JACQUES cardiologue réanimateur médical
Docteur Laurent MATHON anesthésiste réanimateur



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Plan

• Situation de l'Hôpital New Ali Abad – Juillet 2002	p 1
1 – Organisation générale des soins	p 1
2 – Personnel	p 1
3 – Disponibilité du matériel	p 2
3 – 1 - Pharmacie	p 2
3 – 2 - Magasin central	p 3
4 – Services généraux	p 3
4 – 1 - Cuisine	p 3
4 – 2 - Buanderie	p 3
4 – 3 - Stérilisation centrale	p 4
4 – 4 - Banque de sang	p 4
4 – 5 - Administration	p 4
4 – 6 - Laboratoire	p 4
5 – Problèmes d'hygiène	p 4
6 – Accueil des patients	p 5
6 – 1 - Urgence	p 5
6 – 2 - Accueil par un médecin de l'hôpital	p 5
6 – 3 - Secteur privé	p 5
• Formation des Infirmiers de l'Hôpital New Ali Abad	p 6
1 – Buts de la mission	p 6
2 – Réalisation de la mission	p 6
2 – 1 - Formateurs	p 6
2 – 2 - Organisation	p 6
3 – Groupe Infirmiers généraux	p 6
3 – 1 - Travail dans les services	p 6
3 – 2 - Cours aux infirmiers	p 6
Contenu de l'enseignement	p 7
4 – Groupe infirmiers anesthésistes	p 8
4 – 1 - Organisation générale des blocs opératoires et de l' anesthésie	p 8
4 – 1 - 1 - Les locaux	p 8
- Bloc opératoire "femme"	p 8
- Bloc opératoire "urologie homme"	p 8
- Bloc de neurochirurgie	p 8
4 – 1 - 2 - Le personnel anesthésiste	p 8

4 – 2 - Le matériel d'anesthésie	p 9
4 – 3 - Pratiques de l'anesthésie	p 10
4 – 4 - Organisation de la formation	p 11
- Partie pratique	p 11
- Partie théorique	p 11
4 – 5 - Conclusion sur la formation des infirmier(e)s anesthésistes	p 11
• Données sur les Services	p 12
• Institut Médical Intermédiaire de Kaboul	p 15
• Conclusions	p 15

Situation de l'Hôpital New Ali Abad – Juillet 2002

Kaboul est une ville d'environ 1 à 2 millions d'habitants. Le système hospitalier local comprend une vingtaine d'hôpitaux publics et autant de cliniques privées. L'hôpital New Ali Abad est un des hôpitaux publics et correspond au centre hospitalo-universitaire. Les anciens locaux ont été détruits dans les années 90 (Ancien Ali Abad). Les services ont ainsi dû changer de site. Il s'en est suivi une diminution du nombre de lits et une perte de certaines activités. Les spécialités actuelles sont les suivantes : chirurgie générale, urologie, neurochirurgie, neuro-psychiatrie et médecine interne. Chaque spécialité est localisée dans un pavillon particulier.

1 – Organisation générale des soins

L'hôpital Ali Abad est de type pavillonnaire. La plupart des services et blocs sont doublés en raison de l'absence de mixité. Celle-ci existait avant les Talibans et n'a pas été reprise depuis le changement de régime. Chaque unité est sous la responsabilité d'un cadre infirmier nommé par le Directeur des Soins Infirmiers en raison de ses capacités.

Le rôle du cadre est de répartir chaque jour le travail entre les différents personnels :

- infirmiers
- « ouvriers » travaillant auprès des patients (rôle proche de celui des aides soignants)
- « ouvriers » d'entretien, ménage...(rôle proche des agents de service hospitalier).

Le cadre distribue les blouses puis les infirmiers font un tour des patients (pouls et température). Le tour est effectué ensuite avec les médecins qui déterminent les soins à pratiquer.

Le dossier de soins se compose de 3 feuillets agrafés sur lesquels on retrouve ce qui correspond au dossier médical et aux actes infirmiers.

Ce dossier est confectionné dans le service ou bien à la porte de l'hôpital pour les patients arrivant en urgence.

Le rôle du cadre est de veiller au bon déroulement des soins.

2 – Personnel

Le personnel actuel comprend en grande partie l'effectif de l'ancien Ali Abad. Cet hôpital comprenait 510 lits. Le nombre de 150 infirmiers nous a été avancé mais il semble surestimé.

En tout état de cause, le nombre d'infirmiers semble sur dimensionné par rapport au nombre de lits actuel : environ 250. De plus, l'organisation des soins ne favorise pas la meilleure répartition des effectifs.

En effet, les infirmiers (comme les médecins) travaillent à l'hôpital essentiellement le matin, l'après-midi étant occupé par des activités dans le privé pour compenser les faibles revenus (25 à 35 \$US par mois).

La journée de travail se termine en général vers 15 h 00 ou 15 h 30 afin que le personnel puisse profiter des transports en commun (les déplacements sont très longs à Kaboul). Le Ministre de la Santé a demandé que le personnel reste en poste jusqu'à 16 h 00 mais cela semble peu appliqué.

Deux à quatre infirmiers assurent la garde dans chaque service. Un médecin de garde est présent et un autre d'astreinte à domicile. Les deux services de porte (médecine et traumatologie) ont un médecin de garde.

Le tableau ci-dessous indique l'effectif infirmier que nous avons pu noter lors de nos visites dans les différents services :

SERVICE	NOMBRE DE LITS	INFIRMIERS
Chirurgie générale homme	26	15
Urologie homme	24	7
Médecine interne femme	30	10
Médecine interne homme	18	10
Neurochirurgie	20	12
Chirurgie femme	33	10
Neuro-psychiatrie homme	20	?
Neuro-psychiatrie femme	20	?

Plus un Directeur des Soins Infirmiers et son adjoint.

3 – Disponibilité du matériel

L'hôpital dispose d'une pharmacie centrale pour les médicaments et d'un magasin central pour les consommables.

3 – 1 - Pharmacie

Elle semble relativement bien fournie. Quelques spécialités données par la France en décembre sont encore en rayon (anesthésiques...) Quelques produits ne semblent pas avoir trouvé à être utilisés (stérilisation à froid, ...)

Aux dires du pharmacien, la plupart des spécialités nécessaires sont disponibles, mais il note un manque d'antalgiques (seul le paracétamol est à volonté), d'antibiotiques et de psychotropes.

95% des médicaments sont fournis par l'hôpital. Le reste est acheté « au bazar » (= hors de l'hôpital) par les familles dont le revenu le permet. Les médicaments fournis par l'hôpital proviennent pour 90% d'entre eux des ONG et pour 10% du ministère. Une commande mensuelle est adressée au ministère. Le pharmacien ne connaît pas l'origine exacte des produits. Il semble que le directeur soit le seul éventuellement au courant des circuits de distribution.

La fourniture est aléatoire : rien ne permet de savoir si les spécialités demandées seront fournies (nous avons noté une pénurie d'anxiolytiques, sédatifs... en service de neuro psychiatrie, ce qui a entraîné un arrêt des traitements). Il semblerait que la Croix Rouge soit le principal fournisseur de l'hôpital.

L'hôpital ne dispose d'aucun budget pour la pharmacie.

Dans chaque service une personne établit la liste des médicaments prescrits et la transmet au pharmacien. Celui-ci fournit les médicaments en conséquence. Il tient à disposition du corps médical une liste des spécialités disponibles.

Toute sortie de médicament se fait sur justificatif afin d'éviter les trafics.

A noter la demande du pharmacien d'avoir un dictionnaire type Vidal en anglais car il ne peut identifier toutes les spécialités qu'il a en stock.

L'oxygène est acheté au bazar par les patients (l'hôpital ne dispose pas de réseau de distribution de gaz médicaux).

3 – 2 - Magasin central

Là aussi le matériel semble assez abondant. L'approvisionnement et la distribution obéissent aux mêmes règles qu'à la pharmacie. Les consommables utilisés (seringues...) sont retournés au magasin pour justifier de leur utilisation.

Quelques spécialités (Flagyl...) en grande quantité ne semblent pas correspondre aux besoins réels de l'hôpital.

Le responsable du stock n'est pas en mesure de nous préciser l'origine des produits.

4 – Services généraux

4 – 1 - Cuisine

Aucun changement n'est intervenu au cours de derniers mois. L'approvisionnement est toujours assuré par le programme mondial contre la faim qui fournit des denrées à conservation aisée : riz, pommes de terre, légumes secs...

La cuisine se fait sur feu de bois, avec l'eau du puits mais bouillie longuement.

Les familles peuvent amener un complément mais la viande est rare. Il semble en fait que les familles pouvant se payer de la viande fréquentent d'autres hôpitaux.

4 – 2 - Buanderie

15 femmes travaillent au lavage, repassage et à la fabrication du linge de l'hôpital. L'eau est chauffée sur un poêle à bois car la machine à laver électrique ne chauffe plus. Le linge n'est donc pas bouilli et les tâches tenaces (sang...) sont enlevées par lavage supplémentaire à la main.

Il est projeté de remplacer la machine actuelle.

Les blessures par aiguilles... oubliées dans le linge sont assez fréquentes. Aucune procédure, ni aucun désinfectant, ne sont disponibles sur place.

4 – 3 - Stérilisation centrale

Elle est assurée par une équipe de 6 personnes disposant de deux autoclaves russes anciens de 100 litres. L'eau provient du puits de l'hôpital.

4 – 4 - Banque de sang

Les conditions de stockages sont rustiques et peu fiables (réfrigérateur peu efficace et non relié au groupe électrogène).

Les tests HIV ne sont pas faits lors des transfusions directes.

Elle fournit du sang à la maternité Mallaläi.

4 – 5 - Administration

Quelques locaux (2 bureaux ?) sont mis à la disposition du personnel administratif de l'hôpital. Le bureau des entrées est habituellement installé dans la cour.

4 – 6 - Laboratoire

Il pratique des examens de base en bactériologie, hématologie et biochimie. AMI intervient actuellement pour réorganiser son activité, fournir du matériel et des consommables, assurer la formation du personnel.

Il ressort des constatations de la biologiste d'AMI que les examens pratiqués dans le laboratoire sont pour le moins sujets à caution (réactifs périmés, tubes à prélèvement bricolés...). Des examens de base comme la glycémie semblent réalisés à l'extérieur.

5 – Problèmes d'hygiène

Les questions d'hygiène sont le reflet des difficultés matérielles d'Ali Abad comme des dérives dans les pratiques de soin et d'entretien des locaux.

Le niveau de soins de l'ancien hôpital était semble-t-il comparable à notre pratique occidentale actuelle. Les difficultés matérielles expliquent pour une part les dérives actuelles.

L'établissement était, lors de notre visite, privé d'adduction d'eau. Une seule pompe manuelle était utilisée pour l'ensemble de l'hôpital, moyennant un transport dans des seaux. Le réseau d'eau est, nous a-t-on dit, fonctionnel lorsque le pompage installé par le CICR fonctionne.

Pourtant, cette pénurie n'explique pas les pratiques de l'hôpital. La question de l'hygiène hospitalière a été abordée à plusieurs reprises lors des cours aux infirmiers. Nous avons essayé d'indiquer des techniques réalisables malgré le manque de moyens. Il convient de noter une méconnaissance largement répandue des règles de bases en hygiène tant dans l'entretien des locaux que lors de soins techniques ou d'hygiène de base. Nous avons essayé de montrer que l'hôpital est un milieu à part où les pratiques doivent être différentes de celles du monde extérieur.

Nous avons tenté de responsabiliser les infirmiers aux questions d'hygiène et de les inciter à faire des demandes de matériels allant dans le sens d'une amélioration de leurs pratiques : boîtes à déchets, gants, désinfectants pour les mains...

La formation de référents en hygiène serait fort utile à condition qu'elle s'intègre à un groupe pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens, infirmiers...) pouvant orienter les pratiques de soin et la gestion des produits d'entretien.

ACTED fait actuellement à Ali Abad des travaux de nettoyage et réhabilitation (peinture, fenêtres...) devant améliorer les conditions d'accueil et d'hygiène.

Ali Abad ne possède pas d'incinérateur. Les déchets hospitaliers sont transportés dans une décharge à l'extérieur de la ville. Il est difficile de savoir où vont les eaux usées. Aucun traitement ne leur est assuré.

6 – Accueil des patients

Il existe en principe trois filières de recrutement des patients.

6 – 1 - Urgence

Deux petits services de porte sont installés à l'entrée de l'hôpital. Un pour la traumatologie et un autre pour la médecine. Ils disposent chacun d'un peu de matériel et de quelques drogues de base.

Après avoir été examinés les patients sont orientés vers le service approprié ; en général neurochirurgie homme ou femme pour les traumatisés. Le passage à la radio se fait dans un troisième temps. L'exiguïté des locaux d'accueil fait que les urgences les plus graves sont emmenées directement en service sans être pour autant installées dans un local approprié.

Un dossier (3 feuilles blanches) est attribué au patient. Les personnes ne relevant pas des spécialités d'Ali Abad (orthopédie, obstétrique...) sont réorientés vers d'autres structures. L'hôpital ne disposant plus d'ambulance, le transport se fait en taxi ou tout autre moyen privé.

6 – 2 - Accueil par un médecin de l'hôpital

Certains médecins reçoivent parfois directement des patients dans leur service. Ils sont tout de même orientés vers les urgences afin d'être pris en charge et de recevoir leur dossier médical.

6 – 3 - Secteur privé

Certains médecins reçoivent à l'hôpital une clientèle privée, en particulier en urologie.

Formation des Infirmiers de l'Hôpital New Ali Abad

1 – Buts de la mission

- Remise à niveau des infirmiers généraux dans le domaine de l'urgence et de l'hygiène hospitalière
- Remise à niveau des infirmiers anesthésistes dans le domaine de l'anesthésie, de l'hygiène et des situations d'urgence
- Evaluation des pratiques infirmières et du fonctionnement des services et des blocs opératoires de l'Hôpital Ali-Abad

2 – Réalisation de la mission

2 – 1 - Formateurs

- Madame Marion DHERS infirmière anesthésiste
- Monsieur Pier-Jan BLASQUEZ infirmier
- Docteur Didier JACQUES médecin cardiologue réanimateur médical
- Docteur Laurent MATHON médecin anesthésiste réanimateur

2 – 2 - Organisation

- Mission du 10 au 23 juillet 2002
- Travail en 2 groupes composés chacun d'un médecin et d'un infirmier : un groupe destiné à former 13 infirmiers anesthésistes, un groupe formant 33 infirmiers provenant des différents services de l'hôpital et appelés à être formateurs pour leur propre service
- Cours en français traduits au fur et à mesure en farsi. Parmi les interprètes, il faut souligner le travail de qualité de Monsieur Karim X, logisticien depuis de nombreuses années pour des ONG françaises, travaillant actuellement pour Médecins Du Monde.

3 – Groupe Infirmiers généraux

Notre travail s'est fait sur deux axes :

- Rencontres des infirmiers au sein de leur propre service dans la matinée (1 service par jour).
- Cours théoriques et pratiques dans l'après-midi

3 – 1 - Travail dans les services

Nous avons passé chaque matinée dans un service différent de l'hôpital afin de discuter avec le personnel, d'observer les pratiques de soins et parfois participer au tour médical. Voir en fin de document les données sur chaque service.

3 – 2 - Cours aux infirmiers

Les trois thèmes prévus avant la mission ont été proposés lors d'une première rencontre avec l'Infirmier Général Monsieur Abas (gestes d'urgence, prise en charge des urgences vitales,

hygiène). Les cours ont donc été orientés sur ces thèmes (voir plus bas la liste des cours effectués).

En pratique, d'autres demandes ont vu le jour lors des différentes séances. Nous nous sommes efforcés de répondre le plus possible à ces demandes, quitte à « naviguer à vue » en préparant chaque jour les interventions suivantes.

Globalement, la participation a été très active, la motivation forte et un grand intérêt a été porté aux cours. Les infirmiers ont demandé un examen final ou un certificat de présence. Nous avons choisi la dernière option et donné à chaque participant une attestation en farsi et français.

Un polycopié reprenant l'essentiel des cours dispensés a été préparé en farsi avant notre départ et son impression organisée. Sa distribution faute de temps a dû être réalisée après notre départ.

Par ailleurs, nous avons laissé au Directeur des Soins Infirmiers plusieurs ouvrages médicaux reprenant le contenu des sujets abordés, des planches anatomiques achetées sur place ainsi que 5 mannequins destinés à la formation à la réanimation cardiorespiratoire.

Nous avons pu constater une grande disparité dans le niveau des infirmiers. Quelques « anciens » ayant connu des structures de soins plus performantes semblent avoir gardé un niveau correct de connaissance. Quant à leur pratique au quotidien, il est difficile d'en juger.

Date	Contenu de l'enseignement
13-juil	Présentation de la formation Hygiène hospitalière et transmission croisée Théorie et pratique de la réanimation cardio respiratoire sur mannequins
14-juil	Pose et surveillance de voies veineuses périphériques Prévention des accidents d'exposition au sang Polytraumatismes : première partie Questions diverses (voies centrales...)
15-juil	Atelier réanimation cardio respiratoire dans le service de chirurgie femmes Atelier de réanimation cardio respiratoire Questions diverses
16-juil	Polytraumatismes : suite et fin
17-juil	Hygiène du personnel soignant SIDA
20-juil	Atelier relevage des blessés, brancardage Points de compression Score de Glasgow
21-juil	Coma Atelier position latérale de sécurité Brûlures : première partie
22-juil	Brûlures : suite et fin Chocs
23-juil	Remise des certificats de présence

4 – Groupe infirmiers anesthésistes

Les chirurgies pratiquées actuellement à l'hôpital Ali Abad sont les suivantes:

- Urologie homme : résection de prostate, ablation calculs par néphrostomie, néphrectomie
- Urologie femme: ablation de calculs par néphrostomie
- Chirurgie générale homme et femme: appendicectomie, cholécystectomie, lithiases, ablations tumeurs...
- Neuro Chirurgie: laminectomie, ablation de "tumeurs"...

4 – 1 - Organisation générale des blocs opératoires et de l' anesthésie

Il est à noter que les blocs ne fonctionnent que le matin en programme réglé, environ de 8 heures à 12 heures. Ceci est dû à l'organisation générale de l'établissement, et à la difficulté encore actuelle des trajets dans Kaboul.

4 – 1 - 1 - Les locaux

Les blocs opératoires sont pratiquement tous doublés en raison de la non mixité des services de soins. Ils sont également "éclatés" du fait de la structure pavillonnaire de l'hôpital Ali Abad.

- Bloc opératoire "femme"

Composé de 2 salles d'opération, où sont pratiquées l'urologie et la chirurgie générale.

- Bloc opératoire "urologie homme"

Composé d'une salle d'opération et d'une salle technique de soins, correspondant à une salle "septique".

- Bloc de neurochirurgie

Il existe 2 "salles de réveil" accueillant les patients en sortie de bloc ; une en service femmes et une en service hommes. Ces salles ne sont dotées d'aucun matériel de surveillance.

L'état général des locaux est très vétuste, tant par les "murs" que par le matériel. Il manque de moyens tant du côté chirurgical que du côté anesthésique, en matériel proprement dit et en consommables.

On note cependant que le bloc femme est de loin le mieux entretenu, en terme de ménage et en terme d'organisation. Ceci est dû au fait que la surveillante de ce bloc a passé 18 mois en formation à Lyon dans différentes spécialités (service des grands brûlés, réanimation, service de porte). Cette infirmière possède de solides connaissances du bloc, notamment en terme d'hygiène et de stérilisation, mais parfois appliquées à mauvais escient (exemple: eau de lavage des mains du chirurgien chauffée dans un but de stériliser, mais en fait tiède!!).

4 – 1 - 2 - Le personnel anesthésiste

L'équipe anesthésiste est composée d'un médecin anesthésiste et de 12 infirmiers (dont 3 femmes).

Il a été difficile de cerner le rôle du médecin, qui a visiblement plus un rôle de coordinateur et de conseil que de praticien puisqu'il n'est jamais présent au bloc et délègue aux infirmiers soins et techniques, ceux-ci ayant par conséquent un rôle médical. Il a néanmoins assisté à la majorité des séances, et nous a laissé librement discuter et suivre les infirmiers.

La formation des IADE est très diverse et hétéroclite, tant par le contenu propre que par la durée. Ainsi, certains ont bénéficié de la formation dispensée par l'Institut Paramédical quand il fonctionnait encore, d'autres ont été formés en tant qu'"intermédiaires" lors de l'occupation russe (niveau entre le médecin et l'IADE) mais ont un rôle d'infirmier, d'autres encore ont été formés sur le terrain, sous forme de compagnonnage.

Ils ont des connaissances certaines dans la pratique des anesthésies générales et loco-régionales, mais ces connaissances ne sont ni contrôlées, ni réajustées, d'où des dérives importantes dans le travail au quotidien, et la nécessité d'une remise à niveau.

L'organisation du travail n'est pas cohérente, puisque tous les IADE sont présents le matin en même temps, avec des heures d'arrivée et de départ variables ! Il n'y a plus d'activité anesthésique après midi pour les raisons évoquées ci-dessus. Il y a néanmoins un IADE de garde pour l'après-midi et la nuit, mais il nous a été difficile (voire impossible) de quantifier le travail de garde.

Cette équipe dispose de très peu de moyens, tant en matériel qu'en médicaments. En effet, toutes les salles ne sont pas pourvues de respirateurs, et il y a peu de drogues d'anesthésie : Penthotal et Kétamine pour les narcotiques, Succinylcholine et Pancuronium pour les curares, et uniquement Pentazocine pour les morphiniques !

Les drogues d'urgence sont également succinctes (Epinéphrine et Atropine...).

4 – 2 - Le matériel d'anesthésie

La table d'anesthésie

- Matériel vétuste, puisqu'il s'agit de tables en bois, installées par une ONG il y a quelques années, et qui n'ont pas été revues depuis. L'agencement est cependant logique (ordre des tiroirs) ; par contre, il existe un manque dans la gestion et la maintenance : certains médicaments ont disparu mais les étiquettes perdurent, les ampoules ne sont pas rangées dans les casiers correspondants, certains casiers contiennent des ampoules vides, et bon nombre de Dates Limites d'Utilisation sont largement dépassées.

Le matériel d'intubation trachéale

- Les sondes d'intubation sont à usage unique mais réutilisées, a priori après nettoyage simple (?), mais mal gérées : rangement en vrac, pas de classement par taille, ballonnets partiellement dégonflés... Les laryngoscopes sont en mauvais état.

La rachianesthésie

- La rachianesthésie est actuellement la seule anesthésie locorégionale pratiquée, faute de moyens et de connaissances d'autres pratiques tels les

blocs des membres. Les aiguilles à rachianesthésie sont des aiguilles à usage unique réutilisées de nombreuses fois après simple rinçage avec soluté de perfusion quel qu'il soit et re stérilisation par autoclave pour lequel il n'existe pas de procédures d'entretien. Cependant, les bases de la technique sont acquises, et nous avons pu voir des gestes effectués de façon pertinente.

Le matériel de ventilation

- 2 ventilateurs seulement pour 3 blocs (AXR1), fonctionnant avec des extracteurs d'oxygène. Les principes généraux de fonctionnement de ces appareils semblent mal connus.
- La ventilation à l'insufflateur est largement pratiquée, mais les bases de cette méthode de ventilation sont à revoir, ainsi que la physiologie respiratoire.

Il n'existe aucun matériel de monitoring per opératoire, même simple. Seul un saturomètre que nous avons mis en service est actuellement disponible pour toute l'anesthésie.

4 – 3 - Pratiques de l'anesthésie

- La visite pré anesthésique n'existe pas actuellement.
- La prémédication semble être faite de façon aléatoire, sans beaucoup de rigueur dans les délais d'administration, ni de respect du jeûne. Le malade est pesé au bloc opératoire, juste avant l'intervention. Une perfusion est posée à l'arrivée au bloc, le malade étant assis sur une chaise. Le choix du soluté ne semble pas être réfléchi en fonction de l'état du patient ni du type d'intervention, mais plutôt selon les disponibilités
- La préparation du plateau d'anesthésie manque de rigueur: seringues non étiquetées, ampoules vides qui traînent, pas de récipient pour les aiguilles.
- L'intubation se fait sous Succinylcholine, après injection du narcotique et du morphinique. Le relais du curare se fait sous Pancuronium, et les réinjections de narcotiques sont loin d'être systématiques.
- Les précautions élémentaires pour des chirurgies spécifiques ne sont pas respectées : exemple : pour une chirurgie ventrale, aucune précaution pour la sonde d'intubation pendant le retournement, pas d'occlusion des yeux, absence de vérification des points d'appui...
- Dès l'opération terminée, le patient est mis sur un brancard pour libérer la salle.
- Les critères d'extubation ne semblent pas assimilés.
- Les patients sont ensuite dirigés vers la salle de surveillance ; il n'existe pas de suivi anesthésique en post opératoire.

4 – 4 - Organisation de la formation

Nous avons organisé la formation en deux parties, une partie théorique et une partie "pratique".

• Partie pratique

Nous avons pu suivre l'équipe anesthésique tous les matins dans les blocs opératoires et assister aux différentes interventions chirurgicales. Cela nous a permis d'évaluer les pratiques. Les IADE auraient souhaité nous voir faire certains gestes, tels la pose de voie veineuse périphérique, l'intubation, la mise sous ventilation assistée, la technique de rachi-anesthésie. Mais nous étions mandatés pour une mission de formation, et nous sommes restés dans ce cadre. D'autre part, nous n'avons pas d'autorisation officielle pour pratiquer des gestes quels qu'ils soient et il nous a semblé plus raisonnable de nous maintenir dans une mission d'observation.

• Partie théorique

La formation théorique, sous forme de cours, a été organisée en fonction des horaires et disponibilités de l'équipe. Ainsi, nous n'avons pas pu aller au delà de la plage horaire "13 heures/ 15 heures". Nous avons rencontré certaines difficultés. Notre mission était certes annoncée mais peu préparée : horaires non définis de façon formelle, pas de salle de cours prévue, personnel qui avait visiblement des activités extérieures donc pressé de partir, et peut être un manque de motivation, du moins au début. Nous avons cependant pu constater un intérêt grandissant des participants au fur et à mesure de l'enseignement.

Nous avons adapté nos cours en fonction des demandes, et avons donc fonctionné au "jour le jour". Nous avons fait participer au maximum les IADE de façon interactive, sous forme de sujets qu'ils exposaient et que nous réajustions.

Les thèmes abordés ont été les suivants:

- Les grands principes de l'anesthésie générale;
- Les narcotiques (Penthotal et Kétamine)
- Les curares (Succinylcholine et Pancuronium)
- Les anesthésiques locaux (Lidocaïne)
- Les antalgiques
- Les principaux chocs (hémorragique, cardiogénique, allergique)
- Les anesthésies loco-régionales des membres, sous forme de CD-Rom passés sur ordinateur portable
- Principes d'hygiène hospitalière
- Principes de fonctionnement du respirateur Monnal D2
- Principes de l'oxymétrie de pouls
- Réanimation cardio-respiratoire, sous forme d'atelier avec entraînement sur mannequin.

Nous avons formalisé notre formation en remettant à chacun des participants une attestation de présence, rédigée en "farsi" et en français.

4 – 5 - Conclusion sur la formation des infirmier(e)s anesthésistes

Notre mission a été la remise à niveau des IADE dans le domaine de l'anesthésie, pour les médicaments et le matériel, ainsi que des rappels des notions d'hygiène hospitalière, un atelier de réactualisation aux gestes d'urgence (massage cardiaque et ventilation) et une mission pédagogique de formation de formateurs.

Nous avons également mis en service un saturomètre, un respirateur, et donné des insufflateurs neufs, ainsi que des laryngoscopes.

L'équipe possède des bases certaines, mais ne les applique pas toujours à bon escient, par manque de moyens et d'encadrement médical, d'où une non-évaluation de leur pratique et une absence de réajustement. L'équipe est dynamique, motivée pour un apport de connaissances, surtout pour les techniques d'anesthésie loco-régionales des membres.

Le référent IADE, sur lequel nous avons pu nous appuyer, semble prêt à dynamiser et "rebooster" son équipe, tant pour le travail au quotidien au bloc opératoire que pour une collaboration avec d'autres établissements soit hospitaliers (telle la maternité de Mallalaï), soit de formation (tel l'Institut paramédical de formation).

A noter aussi la demande d'un médecin et d'un enseignant en anesthésie de l'Institut Intermédiaire de participer à d'éventuels prochains cours.

D'autres missions du même type seraient à pérenniser, de même qu'une aide dans l'organisation du travail et le management de l'équipe.

Données sur les Services

Ces données sont principalement tirées de discussions avec les infirmiers des services de soin.

Chirurgie générale homme :

26 lits – 15 infirmiers

Pathologies : appendicite, cholécystite, occlusion, hernies, hémorroïdes, tumeur abdominale

Activité opératoire : Jusqu'à 3 à 4 opérations par jour

Activité des infirmiers : prise de température, pression artérielle, puis visite malade, examens sanguins, pansements, injections médicaments

Les infirmiers de service ne travaillent pas au bloc

Demandes particulières : Insecticides.

Médicaments utilisés :

- Antibiotiques utilisés: pénicilline cristal, pénicilline procaïne, chloramphénicol, ceftriaxone, ceftazidime, ampicilline, cloxacilline, gentamicine, streptomycine

- Les antalgiques sont prescrits par l'anesthésiste. Les infirmiers donnent le paracétamol.

Pratiques particulières : pas de voies veineuses centrales. Pratique de la dénudation en cas d'abord impossible. Les prises de sang se font parfois en artériel.

Hygiène : ménage une fois par semaine avec lessive et produit à récurer. Le manque d'eau explique cette pratique. Par contre on nous affirme que le ménage serait fait deux fois par semaine si l'eau était disponible !

Les infirmiers aimeraient une formation polyvalente afin de changer plus facilement de service de soins.

Neurochirurgie homme :

20 lits - 12 infirmiers, 1 infirmier chef, 1 pharmacien.

Accueil d'une centaine de patients par mois.

Hormis les pathologies chirurgicales classiques, le service reçoit les polytraumatisés arrivant sur l'hôpital. Aucune pièce n'est réservée à l'accueil de ces patients.

Le neurochirurgien, très dynamique, aimerait avoir des contacts professionnels avec un collègue étranger afin d'évaluer son niveau de compétence et sa pratique chirurgicale. Il semble effectuer avant tout des interventions de colonne.

Le service souffre aussi de nombreux problèmes logistiques : pas de salle de bain, manque d'antalgiques, manque d'oxygène, manque de moyens diagnostics (scanner). La demande de formation est forte.

Chirurgie femme :

33 lits – 10 infirmières (dont 2 arrêts maladie) - 4 IDE de garde la nuit - 10 ouvrières.

Pathologies : ce service regroupe le chirurgie générale, la neurochirurgie et l'urologie.

Répartition des lits :

- 2 salles de 6 lits d'urologie (lithiase, fistule, cancer...)
- 2 salles de neurochirurgie
- 1 salle de 5 lits de chirurgie générale
- 1 salle de réveil.

Aucune formation n'a été assurée depuis la fin des études des infirmier(e)s.

Urologie homme:

24 lits : 6 infirmiers - 1 salle de réveil de 4 lits : 1 infirmier

Le nombre de lits est insuffisant par rapport à la demande.

Les sondes urinaires à double courant sont achetées en ville : 100 000 afghanis (2.5 €)

Les lavages vésicaux sont assurés avec de l'eau bouillie.

Les SAD à usage unique sont changées tous les 8 jours.

Des ECBU sont pratiqués avant opération.

Antibiotiques utilisés : ampicilline, ceftriaxone

Activité : 12 opérations par semaine. Dimanche et mercredi : chirurgie femme dans le bloc des femmes.

Pas de bandelettes urinaires

Ménage à l'Eau de Javel 1 fois par semaine.

L'entretien et la vidange des sacs à urine est fait par les ouvriers pour les patients dépendants et sinon par les patients eux-mêmes (vidange dans le parc de l'hôpital).

Soins de SAD : povidone iodée Merck (solution vaginale 125 ml 10%)

Neuropsychiatrie :

20 lits chez les hommes et 20 chez les femmes.

Pathologies : Toxicomanie, Accidents Vasculaires Cérébraux, épilepsie, coma. Il existe un hôpital psychiatrique à Kaboul.

Médecine interne homme :

18 lits; 2 salles de 9 avec un médecin responsable par salle – 10 infirmiers

1 pièce pour les échographies (appareil en panne) ; les échographies sont actuellement faites à Mallalaï

Pathologies: cardiopathies, coronaropathies, paludisme, méningite (mutation secondaire dans un autre hôpital pour les maladies infectieuses ; au total, 15 à 20 mutations/ mois ; aucune possibilité d'isolement ni de regroupement des patients contagieux), hépatites virales (mais pas de sérodiagnostic), cirrhose, asthme, diabète...

Traitement pratiqués :

- **infarctus** : morphine, trinitrine sublinguale (mais existe TNT IV à pharmacie), aspirine, héparine IV ou SC, ECG : 3 personnes, pour les assurer mais non disponible 24H/24. Mortalité estimée de 20%.
- **asthme** : surtout en hiver. Salbutamol, inhalation, théophylline, réserve d'oxygène. Pas de gaz du sang, donc appréciation clinique. Pas d'aérosol, Ambu avec ou sans O2. Un suivi par consultation existe.
- **hépatite** : transfert secondaire vers un hôpital traitant les maladies infectieuses.
- **malaria** : goutte épaisse réalisée dans l'hôpital. Traitement par chloroquine, halfan, quinine.
- **diabète** : peu de cas à l'hôpital. L'insuline est disponible. Les glycémies se font à l'extérieur 2 à 3 fois/j. Les bandelettes urinaires sont connues mais non utilisées.
- **insuffisants cardiaques** : digoxine, aspirine, furosémide. Ventilation manuelle. Intubation mais il n'y a pas de respirateur. La ventilation se fait à l'Ambu en cures de 3 à 4 heures par jour en faisant participer la famille. Mortalité élevée.
- **chocs** : Dopamine pour la TA en perfusion. Dobutamine et noradrénaline ne sont pas connus ; adrénaline parfois (intracardiaque).
- **méningite** : L'analyse de Ponction Lombaires se fait dans un laboratoire extérieur.
- **hypertension** : fréquent.

Les infirmiers demandent une formation à l'électrocardiogramme.
Ils pratiquent seuls les ponctions pleurales.

Médecine interne femme :

30 lits – 10 infirmières dont 6 assurant les gardes.

Mêmes pathologies que chez les hommes.

Solutés de remplissage : glucosé 5%, 10%, Ringer Hartmann, Dextran, salé.

Certains solutés (salé, glucose...) sont fabriqués par l'hôpital « 400 lits ». Par contre la qualité semble sujette à caution car des chocs ont été signalés lors de l'utilisation de ces produits. Ali Abad fabriquait lui-même ses solutés, son alcool et des comprimés avant guerre.

Les antiseptiques sont fournis par les ONG.

Institut Médical Intermédiaire de Kaboul

Cet institut organise la formation des para-médicaux. Son directeur a principalement formulé 3 demandes :

- aide à la formation des élèves infirmiers de troisième année.
- bourses (grosses difficultés matérielles pour les étudiants : vie sous tente...)
- matériel pour les travaux pratiques en radiologie et dentisterie.

Conclusions

Cette première mission de formation s'est déroulée dans les meilleures conditions possibles au vu de la situation afghane. L'aide du Docteur Frédéric TISSOT, Chargé du Projet Santé à l'Ambassade de France de Kaboul, a permis d'aplanir nombre de difficultés d'organisation (contact avec les responsables de l'hôpital Ali Abad, avec les ONG, les autorités afghanes..., accueil, hébergement et transport, informations sur la situation locale).

Les principales difficultés lors de la préparation de cette mission se sont avérées de trois ordres :

- manque d'informations concernant l'organisation exacte de l'hôpital Ali Abad.
- manque de précisions quant aux souhaits du personnel infirmier en terme de remise à niveau.
- incertitudes concernant la qualité de l'interprétariat.

Localement, nos interlocuteurs afghans se sont montrés globalement ouverts et attentifs à nos questions. La formation et l'aide fournie par la France, via la Ville de Lyon et les Hospices Civils de Lyon, ont été vivement appréciées. La demande est forte pour une poursuite de cette coopération. Celle-ci est souhaitée par le directeur de l'hôpital, l'infirmier général, et de nombreux infirmiers.

**Rapport de mission validé en août 2002
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**



André Tissot