



Partenariat Hospices Civils de Lyon Hôpital Ali Abad de Kaboul Bilan et Perspectives

**Mission à l'Hôpital Ali Abad de Kaboul
24 avril-8 mai 2004**

**Docteur Didier JACQUES
Praticien hospitalier**



Avec le soutien l'Ambassade de France en Afghanistan

Sommaire

Introduction	page 3
Missions réalisées à Kaboul de juillet 2002 à mai 2004	page 4
Hygiène hospitalière	page 5
Pharmacie hospitalière	page 9
Infirmiers et Encadrement infirmier	page 15
Neurochirurgie	page 17
Urologie	page 23
Chirurgie générale	page 24
Anesthésie	page 25
Points divers	page 26
Synthèse générale	page 28
Conclusion	page 30
Remerciements	page 31
Annexe	page 32

Introduction

Depuis les premières missions d'expertise générale fin 2001 et début 2002, la coopération entre les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Hôpital Ali Abad de Kaboul s'est traduite par la venue à Kaboul de plusieurs missionnaires entre juillet 2002 et début 2004. Un cadre infirmier d'Ali Abad s'est rendu à Lyon fin 2002. Enfin, une Convention a été signée entre les 2 établissements et remise officiellement le 14 juillet 2003.

Les actions menées à Ali Abad ont concerné plusieurs domaines : hygiène hospitalière, anesthésie, chirurgie générale, urologie, neurochirurgie, pharmacie hospitalière, soins et encadrement infirmiers. D'autres missions sont prévues courant 2004. Elles visent à poursuivre les travaux déjà entrepris et abordent également des champs nouveaux comme la gestion hospitalière. Un bilan du travail effectué jusqu'ici est devenu nécessaire afin de définir le contenu des actions futures.

Le but principal de ma mission était ainsi de rencontrer les différents partenaires locaux de cette coopération afin d'établir un état des lieux à 2 ans. M. Milliat, directeur adjoint de l'Hôpital Edouard Herriot, effectuait dans le même temps la première mission consacrée à la gestion hospitalière.

Le second objectif de ma mission était de préciser les besoins en équipement de l'Hôpital Ali Abad. Les HCL pourraient en effet répondre à certaines demandes à l'aide du matériel hospitalier régulièrement recyclé.

Dans ce rapport, nous rappelons tout d'abord les missions effectuées jusqu'ici. Pour chaque domaine, nous résumons ensuite les actions menées, présentons les résultats obtenus et les besoins en équipement, avant d'envisager les perspectives à court et moyen terme.

Missions Réalisées à Kaboul de Juillet 2002 à Mai 2004

De juillet 2002 à janvier 2004, 13 missionnaires lyonnais différents ont effectué 10 missions :

Dates	Missionnaires	Mission
9-24 juillet 2002	Mme Marion DHERS infirmière anesthésiste Dr Laurent MATHON anesthésiste réanimateur	Remise à niveau des infirmiers anesthésistes
9-24 juillet 2002	M. Pier-Jan BLASQUEZ infirmier Dr Didier JACQUES cardiologue réanimateur médical	Remise à niveau des infirmiers généraux
8- 24 juillet 2003	Mme Evelyne VIALCANET : cadre infirmier	Encadrement infirmier
8- 24 juillet 2003	M. Pier-Jan BLASQUEZ infirmier Dr Didier JACQUES cardiologue réanimateur médical	Remise à niveau des infirmiers généraux
13-27 septembre 2003	Dr Alain NAGEOTTE pharmacien Mme Michèle RIBERO cadre	Evaluation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux
25 octobre-10 novembre 2003	Docteur Jacques GUYOTAT neurochirurgien Mme Thérèse BARBEROT cadre infirmier	Neurochirurgie
8-22 novembre 2003	Mme Dominique PAJOT infirmière hygiéniste	Hygiène hospitalière
8-22 novembre 2003	Mme Rolande CHALAMEL infirmière spécialiste de bloc opératoire et stérilisation	Audit des blocs opératoires et de la stérilisation
8-22 novembre 2003	Mme Marion DHERS infirmière anesthésiste Dr Jean-Michel DESGARDIN anesthésiste réanimateur	Anesthésie
23 novembre 2003 –24 janvier 2004	Médecin général Claude DUMURGIER chirurgien des hôpitaux militaires	Chirurgie générale Urologie

Tableau 1 : Liste des missions HCL réalisées à Kaboul entre juillet 2002 et janvier 2004

Ma mission et celle de M. Milliat, effectuées du 24 avril au 8 mai 2004, représentent les 11^{ième} et 12^{ième} missions.

Hygiène Hospitalière

1. Actions menées :

L'hygiène hospitalière a été abordée au cours de la majorité des missions menées depuis 2002. Elle a par ailleurs fait l'objet d'une mission spécifique fin 2003. Une formation a été donnée aux infirmiers au cours du cycle de remise à niveau (cf. infra) et lors des travaux réalisés au sein des différents services. Un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) a été créé en juillet 2003. Des protocoles concernant le lavage des mains, la pose d'un cathéter veineux périphérique et la pose d'une sonde vésicale ont été écrits lors de la mission spécifique « Hygiène hospitalière » de Mme Pajot en novembre 2003. Ces protocoles ont ensuite été validés par le CLIN et le directeur de l'hôpital (Dr Exeer). Une procédure concernant les accidents d'exposition au sang a également été établie. Enfin, un travail très précis d'audit au niveau des blocs opératoires et de la stérilisation a été effectué en novembre 2003.

2. Résultats :

2.1. Travail du CLIN :

Nous avons rencontré M. Abas, infirmier chef et membre du CLIN le mercredi 28 avril, et Mme Nasreen, responsable du CLIN les jeudis 29 avril et 6 mai.

Les protocoles établis en novembre dernier ont été présentés à nouveau cet hiver lors d'une réunion rassemblant les référents hygiène de chaque service (essentiellement les cadres infirmiers). L'acceptation en a été bonne. Des affichettes concernant ces protocoles ont été placardées dans les salles de soins de certains services. Les procédures semblent avoir été bien comprises et sont mieux appliquées selon Mme Nasreen et M. Abas. Cette réunion du CLIN a également été l'occasion d'aborder le problème des champs opératoires évoqué dans le rapport de Mme Chalamel de novembre dernier (cf. annexe). Il a été décidé d'acheter des draps neufs et de les changer tous les 6 mois. Le bloc d'urologie homme doit faire l'objet de la part de Mme Nasreen d'une étude approfondie visant à améliorer l'hygiène (écritures de protocoles d'utilisation de l'endospore par exemple). La fonction de contrôle de l'hygiène dans les services reste effectuée par M. Abas.

2.2. Hygiène de l'hôpital :

En visitant l'hôpital, l'impression d'ensemble plaide en faveur de l'amélioration du niveau de propreté générale. Le matériel usagé est moins laissé à l'abandon sur les chariots de soins que par le passé.

D'importants problèmes subsistent. L'accès à l'eau reste difficile. Celle-ci est toujours de mauvaise qualité et les points d'eau sont insuffisants. Les sanitaires du service de médecine interne sont par exemple partagés par le personnel soignant, les patients, leur famille et le personnel des laboratoires attenants. Le système d'adduction d'eau est vétuste. Les fuites sont nombreuses et inaccessibles en raison de l'absence de plan de l'hôpital.

Les savons ne peuvent être laissés sur les lavabos car ils sont rapidement volés. Le lavage des mains reste ainsi rare.

Par ailleurs, l'impression générale de la part des soignants est que les infections nosocomiales sont rares. En l'absence de données chiffrées, nous ne pouvons discuter ce point. Il faut cependant se souvenir que la mortalité infantile à 5 ans est de 25% en Afghanistan. Les causes de mortalité précoce étant avant tout infectieuses, une sélection des sujets les plus « immunocompétents » est-elle possible ? Quoi qu'il en soit, le manque d'hygiène n'étant pas perçu comme source d'importantes complications infectieuses, les bonnes pratiques dans ce domaine sont d'autant plus difficiles à implanter.

2.3. Stérilisation et blocs opératoires :

Dans son rapport de mission de novembre 2003, Madame Chalamel émettait plusieurs propositions (cf. également annexe) :

- Réhabilitation des points d'eau avec installation d'un réseau d'eau chaude,
- Formation du personnel avec la présence d'un missionnaire spécialisé en bloc sur une longue durée de plusieurs mois,
- Réalisation de cassettes de vidéo avec une équipe afghane sur les points à traiter,
- Achat de divers produits tels que champs en tissu de qualité épaisse et de champs abdominaux,
- Achat de produit détergent sur le marché local pour laver correctement les instruments ou à la limite un produit alcalin type St Marc,
- 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.

Un protocole de nettoyage des salles d'opération en fin de programme a par ailleurs été écrit mais n'a pas été discuté localement.

Nous avons abordé avec Mme Nasreen les insuffisances notées dans le domaine de la stérilisation. A ce jour, aucune amélioration n'a été apportée. Le manque de matériel explique en partie l'absence de progrès. L'utilisation des antiseptiques est toujours difficile en raison d'un approvisionnement irrégulier et insuffisant. Certains cadres infirmiers se fournissent en antiseptiques par des voies parallèles et doivent alors faire preuve de solides connaissances en langues étrangères (italien, allemand...) pour traduire les modes d'emploi succincts.

3. Perspectives :

L'amélioration future de l'hygiène à Ali Abad passe d'abord par un meilleur équipement en points d'eau et en sanitaires. Ce point doit être rappelé même s'il n'entre pas directement dans le champ d'action des HCL. Le second élément à considérer reste le lavage des mains et donc

la mise à disposition de savons. Il n'y a bien sûr pas de solution facile au délicat problème des vols mais cette question devra être abordée à nouveau.

Il est également important de stabiliser l'approvisionnement en solutés antiseptiques « classiques ». Ceci assurerait une meilleure connaissance des produits et éviterait les erreurs d'utilisation par excès (risque d'effets indésirables) ou par défaut (risque d'inefficacité). Nous avons demandé aux pharmaciens d'Ali Abad de nous communiquer leur consommation mensuelle actuelle. Il serait intéressant au cours de la prochaine mission sur la pharmacie hospitalière du mois prochain d'évaluer le coût d'un achat en ville de ces solutés et/ou de mieux analyser avec les organisations non gouvernementales (ONG) les circuits d'approvisionnement.

Dans le même temps devrait être réalisée une étude de coût relative à la mise en place de l'antisepsie des mains par friction utilisant les solutions hydro-alcooliques. Ces produits ont une facilité d'utilisation, une efficacité et une tolérance supérieures aux antiseptiques classiques. Ils sont ainsi une très bonne alternative au lavage des mains mais leur prix d'achat pourrait être un facteur limitant. Ce coût devrait cependant être mis en balance avec la consommation d'antibiotiques actuellement (trop) large en post-opératoire. Celle-ci dépasse nettement le cadre de l'antibioprophylaxie classique. Si l'utilisation de solutions hydro-alcooliques s'avère possible, une formation spécifique devra être réalisée. Une évaluation à distance de la fréquence des infections nosocomiales serait alors utile.

De façon parallèle, il apparaît ainsi important d'évaluer la fréquence des infections nosocomiales. Ceci pourrait être un des objectifs de la prochaine mission d'hygiène à l'automne. Une enquête de prévalence pourrait être réalisée malgré les insuffisances des examens bactériologiques. L'utilisation des bandelettes urinaires pour ce qui est du dépistage des infections urinaires pourrait être un début. Aide Médicale Internationale, qui supervise les laboratoires d'analyses d'Ali Abad et le Laboratoire Central de Kaboul, pourrait être sollicité. A plus long terme, il pourrait être intéressant de mettre en place une surveillance des infections nosocomiales simple. Dans les services de chirurgie, le recensement des patients ayant de la fièvre et/ou des signes d'infection du site opératoire notamment après chirurgie programmée pourrait être réalisé par le cadre infirmier et servir de marqueur de la qualité des soins.

Nous sommes conscients qu'une des limites à toutes les actions entreprises en matière d'hygiène hospitalière provient des mauvaises conditions globales d'hygiène du pays. La culture hospitalière s'imprègne de la culture générale. Il est difficile de demander à des personnels soignants d'appliquer des mesures strictes en matière d'hygiène quand celles-ci ne sont pas applicables ou appliquées à domicile. L'amélioration de l'hygiène hospitalière passera donc aussi par l'amélioration des conditions de vie en Afghanistan.

Pour résumer, l'amélioration des points d'eau reste prioritaire. Parallèlement, les prochaines actions des HCL concernant l'hygiène hospitalière pourraient être les suivantes :

- Poursuite de la formation sur les principes de base en matière d'hygiène,
- Evaluation de l'application des protocoles mis en place à l'automne dernier sur le lavage des mains, la pose d'un cathéter veineux périphérique, et la pose d'une sonde vésicale,
- Poursuite du travail sur la stérilisation,
- Formation spécifique concernant la gestuelle au bloc opératoire,
- Soutien de l'activité du CLIN,

- Amélioration du circuit d'approvisionnement en antiseptiques,
- Recensement des infections nosocomiales,
- Instauration d'un suivi des infections nosocomiales.

Ces objectifs pourraient être poursuivis au travers des prochaines missions en pharmacie et hygiène hospitalières prévues cette année sur Kaboul. Mme Nasreen, responsable du CLIN, surveillante du bloc opératoire de neurochirurgie et d'urologie femme, pourrait en 2005 revenir à Lyon pour une formation centrée sur l'hygiène. Cette proposition a été discutée avec elle sans qu'il y ait eu d'engagement formel de notre part.

Rappelons que Mme Nasreen a déjà été formée à Lyon dans les années 70 et qu'elle y est retournée à l'automne 2002 pour un séjour de formation dans différents services et blocs des HCL (urologie, neurochirurgie). Nous avons appris que le futur hôpital privé Mère Enfant de Kaboul lui a fait récemment des propositions avantageuses pour aller y travailler. Son départ serait une perte importante pour Ali Abad et le système hospitalier public en général.

Pharmacie Hospitalière

1. Actions menées :

Une première mission consacrée à la pharmacie hospitalière s'est déroulée en septembre 2003 (cf. tableau 1). Différentes propositions ont été émises. Elles ont été traduites depuis en dari (Dr Latif) et transmises aux intéressés (directeur de l'hôpital, pharmaciens).

2. Résultats :

Nous avons rencontré le 2 mai M. Mahmood, pharmacien chef et M. Rahim, responsable des dispositifs médicaux, en présence de M. Abas infirmier chef. Nous avons repris point par point les propositions émises par M. Nageotte et Mme Ribéro en septembre dernier afin de faire le bilan 6 semaines avant la prochaine mission sur la pharmacie hospitalière. Nous présentons ci-dessous pour chaque point les réponses obtenues. Certaines ont été complétées après avoir rencontré le 4 mai M. Qassim, pharmacien responsable du magasin des médicaments.

2.1. Propositions sur l'organisation :

2.1.1. Amélioration de la qualité des soins et des produits :

- **Proposition (P) :** Ne plus utiliser les flacons de perfusion produits par l'unité de production de l'Institut Pharmaceutique Avicenne, qui ne répondent pas aux normes de qualité habituelles, et présentent des risques d'infection. Ces flacons vont à l'encontre des efforts faits par tous, y compris par les organismes d'aide, pour l'amélioration des soins.
- **Réponse (R) :** Une lettre officielle a été envoyée au ministère de la santé demandant l'utilisation de solutés fabriqués par l'industrie pharmaceutique sous emballage plastique. Aucune réponse n'a été obtenue. Un soutien a également été demandé auprès des ONG mais sans réponses jusqu'ici.

2.1.2. Amélioration du stockage et de la présentation des produits :

- **P :**
 - Ajout d'étagères dans certaines armoires d'urgence des services pour augmenter la surface et améliorer le rangement (étagères en gradins par exemple).
 - Nettoyage des armoires de médicaments d'urgence dans les services et mise à jour des listes affichées, en accord avec les médecins.
 - Nettoyage et rangement des stocks de service de dispositifs médicaux par le cadre infirmier avec l'aide du pharmacien des dispositifs.
- **R :**
 - Pas de changement au niveau des étagères mais stockage différent séparant les médicaments des dispositifs médicaux.
 - Boîtes spéciales de rangements pour les médicaments fournis par le ministère.

- Liste des médicaments disponibles affichée sur chaque armoire à pharmacie des services, cette liste correspondant aux médicaments présents dans l'armoire et disponibles pour remplacement à la pharmacie.
- **P** : Elimination des médicaments et dispositifs médicaux périmés tant dans les armoires de service que dans les stocks de la pharmacie.
- **R** : D'après M. Mahmood, les médicaments périmés ont été retirés et la Pharmacie n'accepte plus de médicaments périmés de l'extérieur. M. Qassim nous a cependant précisé qu'il n'a pas autorisation à se débarrasser des médicaments périmés et/ou que la démarche administrative est fastidieuse. Nous avons effectivement constaté la présence de médicaments périmés depuis 2001 sur les étagères du magasin des médicaments.
- **P** :
 - Ajout d'étagères en épi dans le magasin des dispositifs médicaux et rangement par voies d'abord (voie percutanée, voie urinaire, pansements...).
 - Dépoussiérage régulier des stocks de médicaments et des dispositifs médicaux.
- **R** :
 - Pas de changement quant aux étagères.
 - Nous avons constaté lors de la visite du magasin des médicaments que le problème de la poussière reste entier. Théoriquement, le ménage est réalisé tous les jeudis par un agent d'entretien. Il n'est pas autorisé à changer de place les médicaments et ne nettoie que les emplacements libres. En fait, certains flacons comme les étagères libres restent poussiéreux.

2.1.3. Amélioration de la qualité et de la sécurité des prises de médicaments :

- **P** : Lavage régulier des mains avant de manipuler les comprimés et les gélules lors de la distribution des médicaments (pour la protection des produits et la protection des personnels).
- **R** : A chaque pharmacien ont été fournis blouses et gants (+ masques ?). Le lavage des mains a été recommandé. Les gants sont portés avant distribution. Une paire de gants fait une journée. Nous avons constaté qu'effectivement le pharmacien qui manipulait les médicaments dans le magasin des médicaments pour les délivrer au coursier de chaque service portait des gants.
- **P** : Fermer les flacons de médicaments après la distribution pour en assurer une bonne conservation.
- **R** : Des progrès ont été constatés dans ce domaine aux dires de mes interlocuteurs. La visite du magasin des médicaments où se fait cette distribution nous a prouvé que du chemin reste à parcourir.
- **P** : Mettre en place des piluliers journaliers (cloisonnés pour les prises matin, midi et soir) pour chaque lit en remplacement des sachets plastiques.
- **R** : De petites boîtes hermétiques sont semble-t-il utilisées pour la distribution des médicaments dans les services. Elles sont remplies par le pharmacien pour la distribution dans la journée, et par l'infirmier de garde pour la distribution de nuit.

- **P** : Constituer un dossier infirmier où les soignants pourraient consigner les actes qu'ils effectuent concernant chaque patient.
- **R** : L'an passé a été mis au point et introduit un dossier médical. Celui-ci a été imprimé en de nombreux exemplaires par une ONG. Il existe effectivement peu de place pour les notations infirmières. La prochaine version de ce dossier laissera plus de place aux infirmiers. En attendant, il est difficile de faire mieux vu la rareté du papier fourni par le ministère (3 rames pour 3 mois pour tout l'hôpital).

2.1.4. Amélioration de la mise à disposition des produits :

- **P** : Supprimer la procédure de triples signatures sur toutes les demandes journalières de médicaments et sur les demandes mensuelles de dispositifs, pour ne garder que la signature du pharmacien pour les médicaments ou du cadre pour les dispositifs médicaux. Le temps épargné permettra plus de temps au près des patients pour expliquer les thérapeutiques, un meilleur rangement dans les services, et de la formation.
- **R** : En fait, l'ancienne procédure comportait 6 signatures : pharmacien, 1 médecin du service, chef de service, infirmier chef, directeur de l'hôpital, pharmacien à nouveau. La procédure actuelle comprend 3 signatures : pharmacien, chef de service, directeur de l'hôpital. Cette nouvelle procédure allège le travail. L'infirmier chef signale comme inconvénient un moindre contrôle de l'adéquation entre prescriptions et commandes avec un risque de détournement. Il rapporte également le risque d'erreurs ou de malentendus. Il cite un exemple. Des contrôleurs extérieurs à l'hôpital viennent régulièrement à Ali Abad vérifier la concordance entre commandes ministérielles et consommation. Il est arrivé que le pharmacien oublie d'effacer une ligne sur un double de commande de médicaments au ministère (effacement nécessaire car commande non faite) et que l'on cherche ensuite à savoir à partir de ce double où étaient passés ces médicaments en s'adressant à l'infirmier chef. Celui-ci n'étant plus en charge de contrôler les commandes émanant des services a eu plus de mal à trouver l'explication et à se justifier. Il s'agit cela dit selon lui plus d'une anecdote et les inconvénients cités ne remettent pas en cause l'intérêt de simplifier la procédure. M. Qassim s'est dit quant à lui très satisfait de la nouvelle procédure.
- **P** : Fournir aux pharmaciens des carnets de demandes avec double autocopiant, des cahiers et du papier de qualité.
- **R** : Absence d'utilisation de double autocopiant. Sur les nouveaux formulaires de commande journalière signés par les 3 personnes sus-nommées, les commandes sont toujours écrites en double sur 2 moitiés de page, la première moitié de page étant découpée et servant réellement à la commande et la seconde partie faisant souche et servant de copie. Cette commande finale journalière est établie et écrite par service après le tour de tous les malades avec les médecins. Il est suggéré que le pharmacien soit aidé en ayant à sa disposition une liste préimprimée qu'il remplirait au fur et à mesure lors du tour des malades.
- **P** : Etablir des listes préimprimées de demandes de dispositifs pour les services, en correspondance avec le stock central ; ceci évitera les recopiations fastidieuses et libèrera du temps, tant des cadres que des pharmaciens. L'existence de ces listes permettra aussi de promouvoir l'emploi de dispositifs à usage unique.
- **R** : Absence de listes préimprimées.

2.1.5. Recherche de réduction de la pénurie et responsabilisation des Pharmaciens :

- **P :** Analyser mensuellement les consommations entre le Directeur Technique, les Pharmaciens demandeurs et les médecins concernés au regard de l'activité des services. Expliquer à la Direction de la Médecine Curative les demandes trimestrielles de produits avec des éléments chiffrés d'activité de l'hôpital.
- **R :** Les prescriptions journalières sont colligées au niveau de la pharmacie et transmises au niveau de la direction de la pharmacie où in bilan mensuel est réalisé. Celui-ci est communiqué au ministère. Il n'y a pas de bilan service/service en dehors de la consommation d'opiacés. Cette démarche serait intéressante mais serait bien sûr incomplète car la consommation hospitalière liée à des achats réalisés en ville par les familles n'est pas comptabilisée. Nous suggérons de quantifier cette consommation. Cette idée est jugée intéressante mais apparaît lourde, surtout dans le contexte actuel de probable réduction d'effectif au niveau de la pharmacie (peut-être de 11 à 4). Selon M. Qassim, 80% des médicaments consommés à l'hôpital sont achetés en ville. Cela souligne à mon sens l'intérêt à porter à cette consommation.

- **P :** Etablir avec les médecins une liste exacte des besoins annuels en médicaments et en dispositifs médicaux (pour les médicaments, partir de la liste nationale des médicaments essentiels d'Afghanistan) en tenant compte de l'activité de l'hôpital (nombre d'entrées, nombre de patients traités par pathologie, activité opératoire) et en répartissant les produits en trois catégories : produits fournis par la Direction des Affaires Pharmaceutiques et la Direction de la Médecine Curative, produits fournis par les Organisations d'Aide Internationales ou d'autres donateurs, et produits achetés par les patients. Etablir des listes informatiques pour qu'elles soient facilement actualisables et présentables aux autorités administratives ou aux organismes d'aide.
- **R :** Un bilan annuel est réalisé mais il s'agit surtout d'un inventaire des manques.

- **P :** Etablir la liste des produits réellement stockés dans les magasins afin de pouvoir les présenter aux médecins et à la direction.
- **R :** Cette liste existe mais à usage de la pharmacie. Les médecins sont informés par le pharmacien qui assiste au tour le matin de l'existence ou non des produits lorsqu'ils les prescrivent. Mais ils ne connaissent pas l'existence des produits qu'ils ne prescrivent pas d'où un risque d'autocensure selon moi. Nous avons ainsi constaté l'existence d'un stock très important d'Innohep[®] périmé en juillet 2004 qui s'avère sous-utilisé. Les pharmaciens ont pris l'habitude de ne pas refuser les médicaments provenant des ONG, quitte à en retourner certains au ministère. Ils craignent qu'en cas de refus trop fréquents ou importants les ONG finissent par les délaisser. Ils ont ainsi à gérer des médicaments dont ils ne connaissent pas les indications. M. Qassim aimerait plutôt que les ONG répondent aux besoins réels d'Ali Abad à partir d'une liste des médicaments manquants.

- **P :** Commencer à établir une liste de dispositifs médicaux essentiels, en collaboration avec d'autres hôpitaux, pour aboutir à une liste nationale.
- **R :** Une liste des dispositifs médicaux essentiels est parue il y a quelques mois. Un seul exemplaire a été distribué par hôpital. C'est le directeur de l'hôpital qui la détient d'après le Dr Latif.

2.1.6. Amélioration générale de l'hygiène et des conditions de travail dans l'hôpital :

- **P :** Enfin, des actions générales, ne concernant pas spécifiquement la pharmacie, pourraient être menées dans le cadre de l'amélioration de l'hygiène, de l'ambiance et des conditions de travail dans l'hôpital Ali Abad : confection de blouses pour le personnel en fonction des différentes catégories, mise en place d'un entretien de ce linge performant ; mise en place de supports de sacs poubelles et fourniture de sacs dans le cadre de la gestion des déchets ; mise en place de matériel de lavage des sols. Ces actions seraient à mener conjointement avec des formations et la participation du CLIN.
- **R :** Ce point débordant l'action de la pharmacie n'a pas été abordé.

2.2. Propositions de formation des Pharmaciens :

- **P :** Permettre aux pharmaciens de participer à certaines formations offertes aux médecins ou aux soignants afin de progresser en même temps et de les sensibiliser aux produits pharmaceutiques nécessaires à l'amélioration des soins (application possible dès les prochaines missions de formation des médecins).
- **R :** Ce point n'a pas été abordé mais devrait être précisé lors des missions lyonnaises au cours desquelles le recours à de nouveaux médicaments ou dispositifs médicaux est envisagé.
- **P :** Permettre aux pharmaciens d'acquérir la pratique d'une langue étrangère, français ou anglais scientifique.
- **R :** Certains pharmaciens suivent des cours d'anglais en ville sur leurs fonds propres semble-t-il. D'autres ont suivi quelques-uns des cours de français organisés à Ali Abad. Mais selon eux, comme certaines discussions sont effectuées en anglais et qu'ils ne connaissent pas l'anglais, ils ont dû abandonner. Cette remarque a également été formulée par un des infirmiers de l'hôpital rencontré. En fait, après discussion avec les responsables des cours, il semble que le recours à l'anglais soit exceptionnel et que n'assistent aux cours que les plus motivés, ceux espérant une bourse.
- **P :**
 - Former des Pharmaciens à l'informatique et à Internet.
 - Mettre à disposition des Pharmaciens un accès Internet pour leur permettre d'accéder aux documents de l'OMS, et aux référentiels professionnels d'autres pays.
- **R :** Un accès Internet a été installé par l'Ambassade de France en salle de conférence. Il complète celui installé dans le bureau du Dr Exeer et celui présent dans la salle « Lyon-Ali Abad ». Des affichettes en français et en dari disposées sur différents murs de l'hôpital l'ont annoncé. Les pharmaciens rencontrés ne semblaient pas informés. Surtout l'usage de l'informatique ne leur semblait pas familier. Cependant là encore, certains pharmaciens suivent une formation personnelle en ville.

2.3. Propositions aux Pharmaciens :

- **P :** Adhérer à l'Association des Pharmaciens d'Afghanistan en cours de constitution sur l'initiative de Monsieur le Professeur Collombel qui a convaincu le Professeur Babury, Doyen de la faculté de pharmacie, de son utilité ; y créer une section des Pharmaciens des

Hôpitaux Afghans afin d'établir des règles communes de fonctionnement entre les pharmacies hospitalières, d'échanger avec les associations d'autres pays, de valoriser et défendre la profession auprès des autorités administratives et universitaires.

- **R** : Cette association a 1 an. Les démarches d'adhésion sont en cours.
- **P** : Travailler dans ce cadre à l'élaboration de la liste des dispositifs médicaux essentiels.
- **R** : Comme précisé précédemment, cette liste existe et se trouve en possession du directeur de l'hôpital.

3. Perspectives :

Au cours du même entretien avec les responsables de la pharmacie, nous avons discuté de l'éventuel développement de la désinfection des mains par friction (cf. chapitre précédent sur l'hygiène hospitalière). Nous avons notamment demandé quelles seraient les meilleures sources d'approvisionnement en solutions hydro-alcooliques. Il nous a été répondu sans surprise que les ONG auraient une réponse plus rapide que le ministère, mais que plusieurs fournissent à tour de rôle l'hôpital.

Nous avons alors abordé le problème de la trop grande diversité de provenance des produits utilisés à Ali Abad, en ce qui concerne les antiseptiques en particulier. Les pharmaciens ont acquiescé et surenchéri en souhaitant que Lyon via la Convention signée entre les 2 établissements puisse assurer plus de stabilité dans l'approvisionnement des consommables. Nous avons rappelé que les HCL n'avaient pas pour vocation de fournir Ali Abad en consommables et que cette action ne dépendait pas de la Convention. Mais nous avons aussi précisé que nous essaierons de mener plus avant la réflexion sur ce point avec les missionnaires travaillant dans le domaine de la pharmacie et de l'hygiène hospitalières. Il apparaît en effet très important que les professionnels d'Ali Abad puissent utiliser les mêmes produits pour plus d'efficacité et moins de risque. Nous avons donc dans un premier temps demandé aux pharmaciens de nous fournir le détail des consommations d'antiseptiques sur Ali Abad afin de mieux en estimer les besoins réels (cf. chapitre précédent sur l'hygiène hospitalière). Nous avons également demandé et obtenu de M. Mahmood la liste des matériels utilisés à Ali Abad puisqu'il est également chargé de sa gestion.

M. Qassim suggère qu'une partie des médicaments qu'il fournit gratuitement aux consultants externes de l'hôpital devienne payante pour qu'il puisse se constituer un budget. Cette proposition rejoint certains points présentés par M. Milliat dans son rapport de mission. M. Qassim nous signale par ailleurs qu'il est obligé d'établir en 7 exemplaires la liste des médicaments reçus par les ONG afin de l'envoyer à différents ministères. Cette procédure pourrait être allégée.

La prochaine mission dédiée à la pharmacie hospitalière est programmée du 13 au 25 juin 2004. Ces dates ont été communiquées aux responsables afghans. Ils se félicitent de travailler à nouveau avec les missionnaires lyonnais. Il serait intéressant que le contenu de la mission prochaine leur soit communiqué d'ici là. Elle pourrait porter notamment comme nous venons de le voir sur les points suivants :

- Amélioration du circuit d'approvisionnement en antiseptiques,
- Analyse de la consommation liée aux achats en ville par l'entourage des patients,
- Amélioration du niveau de propreté du magasin des médicaments.

Infirmiers et Encadrement infirmier

1. Actions menées :

Une formation sous la forme de cours a été dispensée aux infirmiers non anesthésistes en juillet 2002 et juillet 2003 :

Année	Enseignement
2002	Hygiène hospitalière et transmission croisée Hygiène du personnel soignant Pose et surveillance d'une voie veineuse périphérique Prévention des accidents d'exposition au sang SIDA
	Théorie et pratique de la réanimation cardio-respiratoire sur mannequins Atelier de réanimation cardio-respiratoire Atelier relevage des blessés, brancardage Points de compression Atelier position latérale de sécurité
	Polytraumatismes Brûlures Coma Score de Glasgow Chocs
2003	Hygiène hospitalière : principes de base Prévention des infections nosocomiales Mise en place d'une voie veineuse périphérique Accidents d'exposition au sang
	Accidents vasculaires cérébraux Electrocardiogramme : principes de base Troubles du rythme cardiaque Accueil des douleurs abdominales aiguës Place de l'infirmier au sein du système hospitalier afghan Troubles de l'hydratation Edème aigu du poumon d'origine cardiogénique

Tableau 2 : Cours dispensés en 2002 et 2003 aux infirmiers généraux

De leur côté, les infirmiers anesthésistes ont suivi en 2002 des cours théoriques sur les thèmes 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.

Le travail infirmier a également été revu au sein de différents services (anesthésie, neurochirurgie notamment).

Enfin, une mission particulière a concerné l'encadrement infirmier en juillet 2003.

2. Résultats :

D'après les témoignages recueillis auprès du directeur de l'hôpital, des cadres infirmiers et de quelques infirmiers, ces formations ont été jugées très intéressantes et utiles. Les répercussions en terme d'amélioration des pratiques sont difficiles à appréhender. Un effet dynamisant global a été souligné par beaucoup.

Au cours de ces discussions, la persistance de conditions de travail difficiles est constamment rappelée par nos interlocuteurs : salaires insuffisants, inadaptation des locaux, problème de l'eau... Ces remarques sont faites à tous les échelons. Des critiques sont émises vis-à-vis des autorités sanitaires et du gouvernement. La nostalgie de l'Ancien Ali Abad transparait fréquemment.

3. Perspectives :

La poursuite de la formation sur le modèle des formations réalisées dans le passé est demandée (M. Abas, Mme Nasreen). Elle viendrait compléter la formation réalisée au sein de chaque service. Les demandes concernent les soins et gestes de 1^{ère} urgence dans les situations rencontrées sur l'hôpital Ali Abad : infarctus, chocs, traumatologie notamment crânio-cérébrale, agitation psychiatrique. Cette formation devrait comporter un aspect théorique et pratique selon l'infirmier chef. Il serait à mon sens intéressant de partir de cas concrets rencontrés dans les unités. Ces cas cliniques réels pourraient être préparés à l'avance par les infirmiers et discutés lors de la venue des missionnaires.

Une nouvelle mission consacrée à la remise à niveau des infirmiers pourrait ainsi être envisagée en 2005.

Neurochirurgie

1. Actions menées :

La première mission consacrée à la neurochirurgie a été conduite du 25 octobre au 10 novembre 2003 par le Dr Guyotat et Mme Barberot cadre infirmier (cf. tableau 1). Différentes propositions ont été formulées. Le Dr Dumurgier les a présentées aux neurochirurgiens d'Ali Abad lors de sa mission spécifique le 14 janvier 2004. Un achat de matériel a également été effectué depuis l'automne dernier par l'Ambassade de France sur proposition du Dr Guyotat.

2. Résultats :

Nous avons rencontré le Dr Pirzad le lundi 3 mai. Nous avons annoncé les dates probables de venue cette année à Kaboul du Dr Guyotat et du Dr Ashraf, praticien hospitalier en neurochirurgie au Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble et afghan d'origine. Nous avons ensuite discuté des propositions émises par le Dr Guyotat et Mme Barberot. A cette occasion, le Dr Pirzad nous a précisé que le rapport de mission de neurochirurgie traduit par le Dr Latif a été communiqué au Dr Exeer directeur de l'hôpital mais que lui-même n'en a pas reçu de copie. Nous reprenons ci-dessous les propositions de ce rapport et présentons les réponses fournies par le Dr Pirzad.

2.1. Amélioration de l'organisation du travail de l'équipe paramédical :

2.1.1. Au niveau de l'équipe infirmière :

- **Proposition (P) :** Relève orale entre les équipes du matin et du soir.
- **Réponse (R) :** Effectivement, il n'y a pas de relève systématique entre les équipes du matin et du soir, seuls les cas aigus étant présentés. Le Dr Pirzad reconnaît que la relève pourrait porter sur l'ensemble des malades présents. Il s'engage à en discuter avec les infirmiers de son service.

- **P :** Création de fiches de postes précises et écrites pour les infirmières.
- **R :** Faute de papier, il n'y a pas de fiches de postes dans l'hôpital. Le Dr Latif suggère qu'un exemple de fiches de postes soit envoyé de Lyon pour servir de base à un travail sur ce sujet à Ali Abad.

- **P :** Tour de surveillance des patients 4 fois par jour avec prises et notification des constantes (pouls, tension, température, surveillance neurologique (Glasgow, déficit moteur et sensitif)).
- **R :** Les tours de surveillance se font sur prescription médicale et ne sont pas systématiques pour l'ensemble des malades. Il serait intéressant à mon sens de présenter une feuille de surveillance et d'effectuer un travail sur l'ensemble des services de chirurgie et de médecine pour inclure les éléments de surveillance dans la maquette du futur dossier médico-infirmier ou infirmier.

- **P :** Surveillance de l'alimentation.

- **R** : Il n'y a pas de régime spécial pour les malades hospitalisés, tous mangeant la même chose. La justification de la surveillance de l'alimentation devrait être précisée (défaut actuel ?).

2.1.2. Au niveau du cadre infirmier :

- **P** : Comptabiliser l'activité du service: nombre d'entrées, nombre d'infectés pendant le séjour, nombre d'opérés.
- **R** : Un registre est rempli quotidiennement par les infirmiers concernant les entrées, les interventions et les décès. Un bilan mensuel est réalisé et transmis au directeur de l'hôpital et au ministère. Le bilan des décès est journalier (recherche des causes). Il n'y a pas de relevé des infections qui selon le Dr Pirzad sont rares. Les conditions d'hygiène au bloc sont estimées bonnes.
- **P** : Stimuler l'équipe d'infirmiers et d'ouvriers.
- **R** : Ce point n'a pas été abordé.
- **P** : Surveillance de la qualité du travail et évaluation une fois par an par des notations
- **R** : Il n'y a actuellement pas de système de notation. Ce point mériterait d'être discuté sur l'ensemble des services mais pourrait se heurter à l'absence de fonds pour rétribuer éventuellement les meilleurs éléments.
- **P** : Participation aux réunions du CLIN.
- **R** : Le Dr Pirzad ne sait pas si son cadre infirmier a participé aux travaux récents du CLIN mais il estime en effet que c'est un point important.

2.2. Amélioration de l'hygiène :

2.2.1. Dans le service :

- **P** :
 - Toilette de tous les patients à leur entrée et de tous les opérés avant et après le bloc,
 - Changement des draps tous les 2 jours et chaque fois que le malade se souille,
 - Lavage des mains entre chaque soin, avant de préparer des injections et de faire des pansements,
 - Désinfection des bouchons de tous les solutés injectables et de perfusion avec un antiseptique,
 - Nettoyage et décontamination des instruments dans la salle de soins avant le reconditionnement et la stérilisation,
 - Nettoyage à fond tous les jours des sanitaires,
 - Nettoyage des sols en évitant le balayage à sec,
 - Elimination des déchets : grosse poubelle dans chaque chambre vidée une fois par jour et nettoyée.

Pour être atteintes, ces propositions supposent :

- l'installation d'un point d'eau et d'un cumulus dans la salle de soins pour chaque service,

- l'installation d'une douche pour les malades valides,
- l'achat de cuvettes pour le lavage des malades alités,
- une amélioration du rendement de la lingerie et une dotation supplémentaire de linge,
- une augmentation de la dotation de cathlons, de tubulures de perfusion, de pansements, de désinfectants,
- l'achat de lingettes pour le lavage des sols et de poubelles pour les déchets.
- **R** : Les moyens sont les mêmes qu'il y a 6 mois. Peu de progrès semblent donc possibles. Il n'y a par exemple pas de douches dans le secteur hommes et il est conseillé aux futurs hospitalisés pour une chirurgie programmée de prendre une douche avant de venir à l'hôpital. Il arrive que les patients urgents soient directement lavés au bloc opératoire.

2.2.2. Au bloc opératoire :

- **P** :
 - Nettoyage de la salle et des accessoires entre 2 interventions,
 - Décontamination des instruments dans un bac avec un antiseptique avant le lavage et la stérilisation.
- **R** : Ces points n'ont pas été abordés.

2.2.3. Renforcer le travail du CLIN :

- **P** :
 - Faire des comptes rendus écrits des réunions du CLIN et les distribuer dans chaque unité afin de mettre au courant l'ensemble du personnel,
 - Fixer 2 objectifs par an pour chaque service en matière d'hygiène.
- **R** : Ces points n'ont pas été abordés avec le Dr Pirzad mais avec Mme Nasreen.
- **P** : Tenir la comptabilité annuelle des infections nosocomiales dans chaque service.
- **R** : cf. supra et chapitre « Hygiène hospitalière ».

2.3. Amélioration des repas :

- **P** : Construction d'une nouvelle cuisine (en cours par l'Ambassade de France).
- **R** : Les travaux se poursuivent.
- **P** : Dotation de vaisselle lavée et distribuée par les ouvriers à chaque patient.
- **R** : La vaisselle est actuellement fournie par l'entourage des patients.

2.4. Equipement du bloc opératoire :

- **P** :
 - Achat d'un coagulateur bipolaire,
 - Achats d'instruments neurochirurgicaux.
- **R** : Le matériel neuf acheté par l'Ambassade de France sur indications du Dr Guyotat est arrivé mais n'a pas encore été utilisé (matériel pour chirurgie du crâne, du rachis cervical,

du rachis lombaire, coagulateur bipolaire, matériel pour ostéosynthèse). Le Dr Pirzad demande des conseils pour l'utilisation du matériel d'ostéosynthèse car il ne le connaît pas.

- **P** : Réparation de la table opératoire actuelle.
- **R** : Il s'agit semble-t-il d'une table du bloc de chirurgie générale qui pose problème.

- **P** : Réalisation de travaux pour permettre à l'appareil de radiographie portable d'entrer dans la salle d'intervention.
- **R** : Absence de projets et/ou de crédits. En fait, après discussion avec l'Ambassade, le projet existe mais il n'existe pas encore d'unanimité entre les différents responsables afghans sur ce sujet.

2.5. Equipement de la stérilisation :

- **P** :
 - Achat d'un poupinel plus grand,
 - Mise en fonctionnement de l'autoclave japonais.
- **R** : Ces points n'ont pas été abordés. Nous savions que les 2 autoclaves japonais fonctionnaient et qu'il n'y avait pas de fonds pour un poupinel plus grand.

2.6. Equipement de la radiologie :

- **P** : Achat d'un scanner.
- **R** : Absence de crédits. La situation est inchangée. Le scanner offert par la Chine est toujours dans ses cartons sur un autre site depuis plus d'un an (Institut de Radiologie). L'ISAF (force internationale d'assistance à la sécurité) offre toujours environ 10 scanners par mois. Les médecins passent toutes les 2 semaines à Ali Abad pour discuter des indications. Un autre scanner est utilisé à l'Hôpital des 400 lits mais là aussi les rendez-vous sont à 10 jours et le développement se fait au Pakistan.

- **P** : Achat d'un appareil de radiographie portable.
- **R** : Absence de crédits. Il a été demandé à l'Hôpital d'Avicenne de fournir l'appareil de radiographie portable dont ils ne se servaient pas. Cette demande a été refusée. Il semble qu'il existe de mauvais rapports entre les hôpitaux soutenus complètement par le ministère de la santé et les hôpitaux comme Ali Abad qui dépendent également du ministère de l'enseignement supérieur. Les premiers sont par ailleurs davantage réhabilités que les seconds selon le Dr Pirzad. En fait, après discussion avec l'Ambassade, il existe 3 appareils de radiographie mobiles offerts par les japonais au centre diagnostic d'Ali Abad. Par ailleurs, il ne semble pas exister de préférence pour les hôpitaux dépendant uniquement du ministère de la santé.

2.7. Amélioration de la formation :

2.7.1. Pour le personnel médical :

- **P** : Achat d'un ordinateur avec une connexion Internet (installée par l'Ambassade de France après le départ de notre mission dans la salle de formation avec accès à tous) et

d'un appareil de photo numérique pour conseiller l'équipe médicale sur des dossiers (enseignement on line).

- **R** : L'accès à Internet est fonctionnel. Nous n'avons pas discuté de l'appareil numérique. Le Dr Pirzad est aidé pour son enseignement à la faculté de médecine par l'Ambassade de France qui fournit ordinateur portable et vidéoprojecteur numérique.
- **P** : Abonnement à une revue de neurochirurgie.
- **R** : Absence d'abonnement pour le moment. Celui-ci semble difficile à organiser de Kaboul et devra l'être de France d'après l'Ambassade.
- **P** : Bourse annuelle de formation de 2 mois pendant 3 ans dans un service de neurochirurgie lyonnais couvrant le voyage, le logement, les repas et le manque à gagner.
- **R** : Une certaine confusion existe concernant ces bourses. Le Dr Pirzad avait semble-t-il compris, à partir des discussions qu'il avait eues avec les Drs Guyotat et Dumurgier, que 3 bourses annuelles seraient offertes au service de neurochirurgie, d'une durée de 2 mois voire de 6 mois. Après discussion avec l'Ambassade, il semble qu'en fait la situation des bourses soit claire mais qu'une concurrence voire des jalousies s'expriment entre les différents candidats potentiels. A mon sens cela souligne aussi à nouveau la prudence avec laquelle nous devons formuler nos propositions. Il existe en effet parfois un gouffre entre ce qui semble idéal et ce qui est réalisable ou sera réellement réalisé. Nos propositions sont parfois interprétées comme des engagements de notre part ou de la part des HCL. Le risque de mécontentement ou d'incompréhension est alors important.
- **P** : Financement de 3 missions par an de 15 jours à Kaboul pendant 3 ans si possible réalisées par les mêmes neurochirurgiens.
- **R** : Le programme des missions 2004 en neurochirurgie répond à ce point.

2.7.2. Pour le personnel paramédical :

- **P** : Formation d'un infirmier de bloc spécialisé dans l'entretien du matériel.
- **R** : Ce point n'a pas été abordé. Il rappelle en tout cas le manque d'équipe biomédicale à Ali Abad ou ailleurs.
- **P** : Bourse annuelle de formation de 2 mois pendant 3 ans dans un service de neurochirurgie lyonnais couvrant le voyage, le logement, les repas et le manque à gagner,
- **R** : cf. personnel médical.
- **P** : Financement de 3 missions par an de 15 jours à Kaboul pendant 3 ans conjointes à celles des neurochirurgiens et réalisées par les mêmes cadres.
- **R** : Une mission est prévue en 2004.

3. Demandes du Dr Pirzad :

3.1. Bourse et travail en France :

Le Dr Pirzad souhaiterait profiter de son séjour prochain à Lyon pour débiter un travail de recherche spécifique sous la direction d'un professeur. Il envisagerait poursuivre ce travail à

Kaboul puis revenir à Lyon soutenir un mémoire pour obtenir un diplôme. Il serait intéressé par un sujet sur les techniques endoscopiques en neurochirurgie.

3.2. Matériel :

Les besoins exprimés sont relatifs au manque de sanitaires, de chauffe-eau, de draps, de scopes, de pieds à perfusion, d'aspirateur à mucosités, d'Ambu. Le service manque de place pour recevoir les malades et les étudiants en formation. Une fois encore, la réhabilitation de l'Ancien Ali Abad est évoquée... D'autres demandes plus spécifiques concernant le matériel de bloc seront transmises au Dr Guyotat lors de sa venue (fixateur de tête, microscope...). Enfin des CD-Rom pour l'enseignement de la neurochirurgie sont souhaités.

4. Perspectives :

Il n'y a actuellement aucun projet connu de développement de la neurochirurgie de la part du ministère. Le futur Hôpital Mère Enfant n'a pas prévu pour le moment de service de neurochirurgie mais une proposition dans ce sens est en cours d'élaboration par le service de neurochirurgie d'Ali Abad.

Nous avons rappelé les limites de la coopération entre les HCL et Ali Abad en terme d'équipement. Le Dr Pirzad est bien conscient que la réhabilitation d'un hôpital dépasse également le champ de la Convention signée entre les 2 établissements. Mais la réalité des besoins profonds devait être rappelée.

L'ensemble de ces points sera revu lors des 3 prochaines missions de neurochirurgie prévues cette année (Dr Ashraf à 2 reprises, Dr Guyotat une fois). Le dialogue déjà établi entre Lyon et Kaboul par courrier électronique se poursuivra également. Le Dr Pirzad doit venir à Lyon cette année à des dates qui restent à préciser. Il paraît important à mon sens d'envisager l'applicabilité des techniques qui seront enseignées, en prenant en compte les moyens encore limités dont dispose l'Hôpital Ali Abad.

Urologie

1. Actions menées :

Le Dr Dumurgier a effectué une mission longue de novembre 2003 à janvier 2004. Il a passé le premier mois dans le service d'urologie (état des lieux, formation théorique et pratique). Des propositions ont été formulées concernant le choix de candidats à un séjour de formation à Lyon.

2. Bilan au 4 mai 2004 :

Nous avons rencontré brièvement le mardi 4 mai le Pr Manawi, chef du service d'urologie. Celui-ci était informé de la venue prochaine du Pr Perrin de Lyon. Nous lui avons précisé que les dates n'étaient pas encore fixées. Nous lui avons également fait part de la possible venue du Dr Dumurgier avant la fin de l'année et des discussions en cours concernant la venue à Lyon des chirurgiens afghans pressentis.

La situation globale du service d'urologie est inchangée. Le Pr Manawi a insisté sur le manque de draps, de matelas, de place dans son service (malades dans les couloirs). Le bloc opératoire manque d'éclairage au plafond et d'équipement pour la stérilisation. La table d'opération est de mauvaise qualité. Les instruments chirurgicaux sont par ailleurs anciens et abîmés. Concernant ce dernier point, nous avons cependant appris que l'Ambassade a remis plus de 20 000 euros d'instruments neufs au service d'urologie via le Dr Exeer et le Pr Ejazi urologue, agrégé de Lyon et ancien ministre de la Santé.

Nous avons enfin abordé la question des infections nosocomiales. Celles-ci ne sont pas comptabilisées mais seraient rares (peut-être 7 à 10% des patients selon le Pr Malawi). Les patients sont toujours sous antibiotiques en postopératoire pendant au moins 5 jours pour prévenir les infections. Ces antibiotiques sont souvent achetés en ville.

3. Perspectives :

Des échanges entre Lyon et Kaboul sont programmés en 2004 : venue à Kaboul du Pr Perrin, poste de faisant fonction d'interne (FFI) à Lyon pour 1 ou 2 chirurgiens à partir de novembre 2004. Ces échanges sont attendus avec intérêt.

A mon sens, la situation en terme d'infections nosocomiales mériterait d'être précisée (cf. chapitre « Hygiène hospitalière). L'utilisation d'antibiotiques est probablement excessive et s'avère coûteuse.

Chirurgie Générale

1. Actions menées :

Le Dr Dumurgier a passé le second mois de sa mission longue dans le service de chirurgie générale (état des lieux, formation théorique et pratique). Des propositions ont là aussi été formulées concernant le choix de candidats à un séjour de formation à Lyon.

2. Résultats :

Nous avons rencontré brièvement le jeudi 6 mai le Pr Farid Adel, chef du service de chirurgie générale. Celui-ci s'est dit très satisfait du travail de la France sur Ali Abad. Nous avons revu la liste des candidats aux bourses. Le Pr Adel nous a signalé que le Dr Najibullah Beena ne travaillait ni à Ali Abad ni pour l'Institut Médical de Kaboul (IMK) et ne devait donc pas bénéficier des bourses offertes dans le cadre de la Convention signée entre les HCL et l'Hôpital Ali Abad ou entre l'Université Claude Bernard de Lyon (UCBL) et l'IMK. **Il paraît important de statuer sur ce point rapidement.** Le Pr Adel nous a expliqué que des universités allemandes avaient proposé des bourses à Ali Abad mais que le ministère avait refusé son accord en raison de l'existence des Conventions sus-citées. Lui-même estimant qu'il pourrait bénéficier de bourses, il ne comprendrait pas qu'un chirurgien exerçant dans un autre hôpital de Kaboul bénéficie d'une bourse offerte par Lyon. Après discussion avec l'Ambassade, il apparaît que les bourses sont offertes par la France et non par Lyon. Les postes de FFI peuvent se trouver dans des hôpitaux non lyonnais.

Les besoins exprimés concernent un rectosigmoïdoscope, l'actuel ne fonctionnant plus (problème de lampe semble-t-il).

3. Perspectives :

Le Dr Ansari reste candidat à une bourse pour venir à Lyon. Il poursuit les cours de français dans ce but. Il devrait occuper un poste de FFI en novembre 2005 le temps de se former davantage au français.

Anesthésie

1. Actions menées :

L'anesthésie à Ali Abad a été abordée au cours de 2 missions spécifiques HCL en juillet 2002 et novembre 2003 (cf. tableau 1), et également au cours d'une mission organisée par l'UCBL en septembre 2003 (mission du Pr Jean-Paul Viale et du Dr Serge Duperret). Une formation théorique et pratique a été dispensée notamment auprès des infirmiers anesthésistes.

Au cours de la dernière mission HCL ont été élaborées une feuille de surveillance de l'anesthésie, une feuille de surveillance de la phase de réveil et des affiches rappelant les paramètres vitaux à surveiller. Ces documents ont ensuite été traduits en dari par le Dr Latif. Le Dr Dumurgier a rencontré le Dr Ismaël, responsable de l'anesthésie à Ali Abad, en janvier 2004. Après une phase expérimentale, quelques légères modifications ont été apportées à ces documents avant introduction définitive.

2. Résultats :

Nous avons rencontré le mercredi 5 mai le Dr Ismaël. Nous lui avons donné les dates des prochaines missions dans son domaine. Il nous a confirmé que les feuilles de surveillance de l'anesthésie et de la phase de réveil étaient bien utilisées. Il s'est dit satisfait des formations effectuées jusqu'ici mais a témoigné une nette préférence pour le matériel reçu des japonais...

Les besoins exprimés portent en priorité sur des livres et CD Roms en anglais concernant les techniques d'anesthésie. Le Dr Ismaël aimerait par ailleurs bénéficier des bourses prévues par la Convention. Malheureusement, comme déjà noté au cours des différentes missions passées concernant l'anesthésie, ce médecin nous a semblé manquer de finesse d'esprit, mélangeant l'essentiel et l'anecdotique, s'intéressant aux nouveautés thérapeutiques sans maîtriser les bases.

3. Perspectives :

Une prochaine mission HCL est prévue fin juin-début juillet 2004 (Dr Bertrix, Mme Bertrix infirmière anesthésiste). Elle s'articulera avec une mission UCBL programmée également en juillet (Pr Viale, Dr Duperret). Le Dr Kokcha, médecin anesthésiste d'origine afghane, en France depuis la fin des années 70 et travaillant à l'Hôpital de Bourgoin, viendra probablement cet été à Kaboul. Sa mission pourrait être axée sur l'anesthésie loco-régionale. L'intérêt et la compréhension limités du Dr Ismaël vis-à-vis des formations pratiquées constituent un frein au développement de la coopération dans le domaine de l'anesthésie. Cela ne constitue cependant pas un obstacle insurmontable comme en témoigne la mise en application des documents mis au point en novembre dernier.

Points Divers

1. Colloque sur la réforme des études médicales :

A la demande du Dr F. Tissot, chargé santé de l'Ambassade de France à Kaboul, j'ai assisté au dernier jour du colloque consacré à la réforme des études médicales organisé du 24 au 26 avril à la Faculté de Médecine de Kaboul. Le Dr Tissot étant absent de Kaboul, j'ai accompagné le Dr Latif représentant l'Ambassade de France. Ma présence en tant que représentant de l'Université de Lyon a été signalée et annoncée à la salle en début de journée. Les travaux ont eu lieu dans une salle réhabilitée avec le soutien de l'Ambassade de France.

Ce colloque a rassemblé une soixantaine de participants, avant tout afghans, ayant des postes de responsabilités à la tête d'hôpitaux, des facultés ou instituts de formation concernés, de directions du ministère de la santé ou de l'enseignement supérieur. Des membres d'autres universités étrangères (Pakistan, Etats-Unis) ou d'organisations travaillant dans le domaine de la santé (Organisation Mondiale de la Santé, US-Aid) étaient également présents.

La journée a consisté en des présentations d'expériences ou d'opinions relatives à la réforme des études médicales. Les afghans habillés à l'européenne et porteurs de téléphones portables utilisaient pour la plupart les moyens modernes de présentation (Power Point et vidéoprojecteur électronique multimédia). L'accent a été mis sur les nouveaux concepts relatifs à l'enseignement (enseignement moins magistral, moins paternaliste, plus participatif, nécessité d'évaluation des enseignants...). Les discussions ont également porté sur la place à réserver à telle ou telle spécialité et plus généralement sur la nécessité d'adapter les études aux besoins réels de la population, notamment en matière de médecine générale ou de médecine préventive.

Des commissions chargées de travailler sur tel ou tel aspect ont été formées (de mémoire : commission sur les sciences fondamentales, la chirurgie, la médecine dite curative, la biologie, la pédiatrie). Ces commissions doivent travailler 3 jours par semaine pendant 6 semaines environ avant de rendre leur rapport.

Globalement, les présentations et discussions sont apparues d'un très bon niveau. Les expériences pakistanaises et américaines ont fait l'objet de présentations. L'absence de présentation française et notamment lyonnaise est à souligner. Il semble cependant que l'organisation française ait été évoquée lors des 2 premiers jours.

Le doyen de l'Institut Médical de Kaboul (IMK) m'a proposé de participer aux travaux d'une des commissions. N'étant pas mandaté par l'Université de Lyon pour cela, n'ayant pas de compétences particulières dans ce domaine et étant à Kaboul pour une autre mission, j'ai décliné cette offre.

Nous avons appris secondairement qu'à la demande de l'Ambassade, l'UCBL a communiqué l'ensemble des programmes de formation des étudiants en médecine français. Après traduction en dari, ces programmes ont été transmis au doyen de l'IMK et à l'ensemble des membres des commissions. Un accueil très favorable a semble-t-il été réservé à ces programmes. Ils pourraient servir de bases à l'établissement du nouveau cursus.

2. Rencontre d'Aide Médicale Internationale :

Cette ONG soutenue par l'Ambassade de France supervise les laboratoires d'analyses médicales de l'Hôpital Ali Abad. Nous avons rencontré le mercredi 5 mai un de ses responsables M. Erwan Le Grand, « country director », en présence Mathias Artmann, interne en pharmacie à Kaboul pour 6 mois dans le cadre de la coopération entre la Faculté de Pharmacie de Lyon et Kaboul. Nous lui avons annoncé la venue en juillet du Pr Collombel, ancien doyen de la faculté de pharmacie de Lyon, et du général Yvert, biologiste spécialisé dans le contrôle qualité des examens de laboratoire.

M. Milliat, directeur adjoint de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon, et moi-même avons ensuite évoqué le projet du paiement partiel par les consultants externes de l'Hôpital Ali Abad de certaines prestations actuellement gratuites comme les examens biologiques. Le but est de dégager des sources de financement pour cet hôpital (cf. rapport de M. Milliat).

3. Rencontre du Dr Shakohmand :

M. Milliat et moi-même avons rencontré le Dr Shakohmand le mercredi 5 mai au Ministère de la Santé Publique. Ce médecin, ancien Directeur des hôpitaux, est actuellement Directeur général des soins et de la promotion de la santé.

Nous lui avons exposé le contenu de notre mission. Surtout M. Milliat a présenté ses pistes de réflexion dans le domaine de la gestion hospitalière (cf. rapport de M. Milliat).

Synthèse Générale

1. Bilan global :

Au terme de cette mission d'évaluation, différents traits communs peuvent être dégagés. Des progrès sont notables dans de nombreux domaines. Les formations réalisées jusqu'ici en réponse aux besoins exprimés ont été unanimement appréciées. Nos partenaires afghans ont également été intéressés par les propositions émises par les français. Certaines sont entrées en application. D'autres se sont heurtées à un manque de moyens. L'hôpital public reste pauvre et ne semble pas décoller comme certains secteurs de l'économie. On trouve en effet dans Kaboul des signes tangibles d'une reprise d'activité, mais celle-ci découle avant tout d'initiatives privées provenant notamment des afghans restés à l'étranger. Un fossé grandissant se crée ainsi entre secteur privé et secteur public. Cela ajouté à une corruption soulignée par beaucoup explique un ressentiment croissant vis-à-vis des autorités actuelles, même si celles-ci semblent animer d'une volonté d'évolution.

2. Besoins actuels :

Ce contexte général explique en partie la force des demandes exprimées au sein de l'hôpital, toutes allant vers plus d'aide de la part de la France. Les besoins vont de l'achat de matériel ou de consommables à la reconstruction de l'Ancien Ali Abad, en passant par la multiplication des bourses. Bien sûr les limites de la Convention signée entre nos 2 établissements ont été rappelées. Elles ne sont qu'une réponse insatisfaisante aux besoins actuels. L'effort de la France à travers l'action de son Ambassade depuis 2 ans est cependant certain : travaux de réaménagement, création d'un centre diagnostic, construction en cours d'une nouvelle cuisine... L'amélioration de l'accueil des Urgences via la construction de nouveaux locaux souhaitée par le Dr Exeer pourrait être l'étape suivante. L'Ambassade de France s'est par ailleurs engagée auprès du Dr Exeer et du Ministère de la Santé à fournir tout le matériel de base permettant au quotidien de travailler à Ali Abad. Cela se traduit par l'achat répété de matériels divers dont la liste est disponible à l'Ambassade de France.

3. Perspectives générales :

Il apparaît essentiel que l'action se poursuive, avec peut-être des moyens mieux définis et expliqués, et une planification plus claire sur au moins 2 à 3 ans. Il est important également à mon sens que chaque missionnaire intègre davantage le contexte économique tant afghan que français. Certaines propositions émises jusqu'ici sont des vœux pieux et semblent impossibles dans l'immédiat à mettre en œuvre pour des raisons financières. Il s'agit probablement d'erreurs de jeunesse. Il est en effet difficile au cours d'un premier séjour d'une dizaine de jours d'appréhender tous les éléments d'une situation locale complexe. Une des forces de la coopération en cours réside alors dans le retour sur Kaboul des mêmes missionnaires d'une mission à l'autre. Cette « fidélité » permet une efficacité plus grande et assure des liens plus forts entre français et afghans. Un autre point fort est ainsi représenté par la confiance mise en nous. La volonté locale de progresser ne se dément également pas depuis 2 ans.

Des progrès peuvent encore être faits au niveau de l'organisation générale des missions. Celles-ci pèchent par défaut de préparation en amont. Le dialogue avec Ali Abad reste difficile de France. Les programmes définis par les lyonnais mériteraient d'être discutés au préalable et validés par les afghans. Le rôle de l'Ambassade de France pourrait être encore plus important dans ce domaine pour faire le lien entre Lyon et Kaboul dans les semaines et jours qui précèdent l'arrivée des missionnaires. En contrepartie et grâce à cela, le travail de traduction pourrait être effectué pour l'essentiel en France *avant* chaque mission. Nous rejoignons ainsi la proposition émise par le Dr Latif à ce sujet. Au niveau d'Ali Abad, les propositions émises par les missionnaires devraient être communiquées après traduction non seulement au directeur de l'hôpital mais aussi aux principaux intéressés (responsables de service, cadres infirmiers selon les cas). Le Dr Exeer pourrait être plus actif dans ce domaine.

En attendant qu'une nouvelle organisation hospitalière permette de doter l'hôpital public de plus de moyens (cf. rapport de M. Milliat), il nous faut essayer de faire mieux avec l'existant. Cela passe par l'envoi de matériel recyclé et une meilleure utilisation du matériel présent sur place. Celui-ci paraît en effet parfois mal ou sous-utilisé. Des actions de formation sont à poursuivre dans ce sens.

Une évaluation plus précise de l'activité de l'hôpital pourrait être utile (pathologies, durée de séjour...). Une analyse de la mortalité hospitalière actuelle pourrait aussi être riche d'enseignement : fréquence et motifs des décès par service (mortalité liée à la gravité de la pathologie sous-jacente, à des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques, à un manque d'équipement, à un défaut de surveillance, à une infection nosocomiale...). Une des principales richesses d'Ali Abad est actuellement son effectif important. Certes une réduction drastique du personnel est en cours de discussion et la plupart travaillent en fait à mi-temps. Mais les cadres médicaux et paramédicaux pourraient être sensibilisés davantage et impliqués dans ces actions d'évaluation. Elles pourraient aider à mieux définir les futurs objectifs de la coopération.

Conclusion

La reprise du partenariat dans le domaine de la santé entre Lyon et Kaboul a maintenant 2 ans. Le bilan global est positif malgré les difficultés inhérentes à ce type d'action dans un contexte politique et économique restant difficile.

Les résultats obtenus, la motivation des acteurs locaux et la confiance mise en nous incitent à poursuivre et à intensifier cette coopération au travers notamment d'un dialogue plus efficace entre les différents partenaires français et afghans.

Rapport de mission validé le 24 mai 2004
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



André Tilmont

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes ayant contribué au bon déroulement de cette mission :

- Melle Florence Cavallé, de la Direction des Relations Internationales des HCL,
- La cellule santé de l'Ambassade de France à Kaboul :
 - o Dr Frédéric Tissot, chargé santé,
 - o Melle Florence Morestin, adjointe du Dr Tissot,
 - o Dr Latif, pour son travail de traduction et sa disponibilité,
 - o M. Karim.

Nous tenons à souligner les efforts réalisés par la cellule santé pour accroître le confort des missionnaires lors de leur séjour à Kaboul. La guest house Ali Abad constitue ainsi un progrès certain. La salle « Lyon Ali Abad » située à l'hôpital Ali Abad et pourvue d'une connexion Internet est un lieu appréciable pour le travail au quotidien.

Annexe

Propositions Emises par Mme Chalamel en Novembre 2003

(source : rapport de mission blocs opératoires stérilisation)

1. Réhabilitation des points d'eau :

- 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 boîtes.
 - o 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.
 - o Dans le bloc d'urologie il faut mettre de l'eau chaude et un plan de travail pour refaire les boîtes à la stérilisation.
 - o 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 génère 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. Ce volet nous semble incontournable et prioritaire.

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 pharmacies et magasins de la ville 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 émail complètement écaillées.
- ⇒ deux grandes pinces à servir qui compléteront 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 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 parmi le personnel des blocs, un excellent potentiel humain qui peut, à brève échéance et sans trop de moyens supplémentaire, 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.