



**RAPPORT DE MISSION
CH-RODEZ
A L'HOPITAL DE MAZAR-I-SHARIF
21 Septembre au 9 Octobre 2004**

**Madame Jacqueline Douls
Infirmière D.E. au S.M.U.R.**

**Docteur Gilles A. Georget
Chef du Département de Médecine d'Urgence**



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

LES OBJECTIFS INITIAUX indiqués sur les lettres de mission:

1. Formation en anesthésie, y compris des jeunes diplômés de l'école paramédicale.
2. Amélioration de la gestion du pré-, per- et post-opératoire.
3. Dans le cadre de ces deux actions, insistance particulière sur l'hygiène et l'organisation des soins au sein du bloc opératoire
4. Suivi et évaluation de toutes les actions entreprises par les précédentes missions du CH-Rodez, notamment en matière d'hygiène (tri des déchets / utilisation des poubelles et boîtes sécurisées, lavage des mains, prévention des accidents d'exposition au sang, rénovation du système de distribution d'eau).
5. EN LIEN ETROIT AVEC L'AMBASSADE DE FRANCE, contact et coordination avec l'ensemble des ONG et partenaires internationaux impliqués sur l'hôpital, afin d'assurer la cohérence des actions présentes et futures du CH Rodez avec les actions entreprises par d'autres acteurs.
6. EN FONCTION DES INDICATIONS DONNEES PAR L'AMBASSADE DE FRANCE ET EN LIEN ETROIT AVEC ELLE, préparation d'une éventuelle visite officielle de représentants de l'hôpital de Mazar-i Sharif au Centre hospitalier de Rodez.

LES OBJECTIFS COMPLEMENTAIRES DE MISSION développés oralement à Kaboul

1 Avec la direction du CHMIC

a) Faire signer par le Dr Mirwais le document officiel de la convention de coopération interhospitalière (rapporter les 16 documents, signés par les deux directeurs, à l'ambassade pour validation par le MOH).

b) Proposer au Dr Mirwais de se créer une adresse e-mail fonctionnelle pour améliorer les communications avec l'ambassade (et aussi avec le CHR). Si l'utilisation de cette adresse est bonne voire intense, il y aura une possibilité de faire financer par l'ambassade une connexion permanente pour le CHMiS.

c) Collecter des renseignements sur le fonctionnement du Community Hospital Board (organe de gestion / surveillance du financement régional de la santé par la Banque Mondiale). Le CHR est membre de ce Board.

d) Préparer une liste de 4 missionnaires Afghans pour une visite au CHR : choix des membres, choix de la date, obtention de passeports de service, soumission de la liste au ministère de la santé via FM.

2 Le point sur les résultats concrets après les missions précédentes :

a) Poubelles : localisation et nombre actuel, rythme d'utilisation, stock de sacs et préparation de la commande suivante (cf grille en annexe 1) ; achat des sacs après validation par l'ambassade.

b) Utilisation et stock des produits d'entretien.

c) Matériel et vêtements (devis supplémentaires) pour les cleaners ; en particulier envisager l'achat de tenues individuelles nominatives (broderie du nom).

3 Le point sur le devis d'installation sanitaire :

a) Pb de la main d'œuvre. Il faut obtenir de l'artisan qu'il clarifie son devis sur la durée totale des travaux. Il faudra qu'il indique clairement que le prix de la main d'œuvre correspond bien à celui d'un chantier de 40j terminé.

b) La médecine interne doit faire l'objet d'un devis d'installation d'eau.

c) Robinets, cols de cygnes et emplacement des chauffe-eau.

d) Réservoirs d'eau et puits (profondeur).

4 Grille d'évaluation du John Hopkin's Hospital

Rencontre prévue le 22 sept avant de partir pour Mazar avec un représentant permanent du JHH qui a fait une évaluation côtée en juillet 2004 sur la maternité (cf grille en annexe n° 2).

Il s'agit d'un outil très, voire trop, complet d'évaluation dont nous pourrions retenir des items pour voire avancer notre propre projet hygiène.

5 Mission initiale

Le moment est venu de préparer une mission afghane à Rodez. Le CHMiS et le CHR doivent préparer une liste de quatre membres impliqués fortement dans le projet de coopération et dans la mise en œuvre de son volet hygiène au CHMiS.

Cette liste sera soumise par les membres de l'ambassade au MOH pour approbation.

La détention d'un passeport de service par les membres serait un élément permettant de mettre sur pied cette mission en deux mois. La période du début de l'année 2005 semble favorable pour l'hôpital de Rodez et ne soulève pas d'objection initiale par F.M.

6 Missions suivantes

L'hôpital de Rodez signale la fenêtre étroite de fin d'année entre 15 Novembre et 15 Décembre.

Le thème initial prévu de chirurgie orthopédique pourra éventuellement être revu si la progression sur l'hygiène, en particulier sur la stérilisation du matériel, n'est pas encore suffisante.

LES FAITS

Mardi 21 09 04

Départ du SAMU 12 à 6h30. Rodez, Orly, car, Roissy.

Rencontre avec Hidayatullah DINMOHAMMAD après le contrôle de police de Roissy ; nos passeports étant arrivés à 10h par coursier.

Notre mission sera peut-être plus technique qu'hygiéniste et nous explorons plusieurs sujets avec Hida qui précise que le personnel du bloc opératoire du CHMiS est tenu d'être présent tous les jours à son poste de 7h30-8h jusqu'à 12h30-13h même le lendemain d'une garde.

Il est donc possible de voir tous les matins tout le monde dans l'hôpital (plus dans une salle de repos autour d'un thé qu'au bloc en fonction puisqu'il y a presque trop de monde).

L'activité libérale s'effectue au cabinet en fin d'après-midi à partir de 16h. Existe-t-il une activité libérale de chirurgie ? Pourquoi y a-t-il deux bistouris électriques privés connus ?

Il existe un hôpital militaire à 15 mn de l'hôpital civil. Quelles sont les conditions de travail dans le bloc opératoire ? Qui sont les malades pris en charge ?

Les salles de MiS sont peu remplies. Un million de personnes maxi dans la province pour un hôpital de 500 lits. Ou les malades n'ont pas accès aux soins ou bien ils sont opérés ailleurs.

Il faudrait se renseigner sur les autres circuits de soins de façon à ne pas passer à côté d'un circuit plus efficace.

Hida nous suggère de ne pas prendre de visa et de dormir dans l'aérodrome de Bakou pour éviter de perdre plus de 300 dollars pour une courte nuit.

Mercredi 22 09 04

Nuit froide plus ou moins facile : retrait des passeports par le personnel, banquettes métalliques, personnel bruyant et curieux de notre installation, pas de restauration possible (pensez aux provisions), tentative de racket évidente lors de la restitution des passeports (passeports retrouvés à 10 mn de l'embarquement, commentaires appuyés sur les surcharges des bagages avec réclamation de la facture de la surcharge), les étiquettes french embassy nous ont aidé.

Accueil à Kaboul par le personnel de l'Ambassade et réception chaleureuse à la Guest House médicale (GH) de Kaboul.

Penser à apporter des livres imagés sur Rodez et l'Aveyron pour laisser en évidence sur la bibliothèque du salon de la GH.

15h30 Rencontre avec Florence Morestin à la Guest House
Définition des objectifs et du volant financier pour les achats de produits, gants et tenues

Jeudi 23 Septembre 2004

RDV à 7h30 avec le Dr Jeff SMITH du John Hopkin's Hospital pour une exposition de leur programme d'éducation à l'hygiène et à la prévention des infections nosocomiales.

Il nous fournit une grille d'évaluation des pratiques. Cet outil théorique est néanmoins très complet.

Il sera intéressant d'en extraire les éléments qui seront utiles pour permettre au CHD de s'auto-évaluer dans la démarche d'hygiène initiée par le Dr Guérin et poursuivie par les équipes de Rodez en particulier dans le domaine du bloc opératoire et de l'environnement péri-opératoire

Le correspondant du JHH au CHMIC est le Dr Saïda gynécologue qu'il conviendra de contacter car c'est elle qui a procédé à l'évaluation en gynéco-obstétrique

Traduction de la lettre de B.Guérin pour le Dr MIRWAIS (annexe N°3)

Visite du Dr Hotak.

Vendredi 24 Septembre 2004

Préparation des interventions de J.Douls sur le post-op.

La présence du traducteur semble fondamentale : en plus de la traduction il fait le lien entre les missions en particulier dans les rapports avec chaque intervenant du CHMiS.

L'anglais pourrait peut-être suffire pour ceux qui sont déjà venus, pour les rapports hospitaliers (notre niveau est insuffisant, nous pourrions l'améliorer avec la chambre de commerce de Rodez qui pourrait investir sur nous) mais il restera toujours à régler la vie quotidienne.

Samedi 25 Septembre 2004

9h Reçus par le Dr Mirwais qui nous assure du caractère fraternel de son accueil. Il se tient prêt à nous aider au maximum pour que nos projets avancent. Il nous rappelle les buts de notre mission concernant l'anesthésie en particulier en termes de formation. Il nous informe de la création récente d'une équipe de six personnes dédiée au management en chirurgie. Il nous demande de retenir le RDV du CHD mercredi à 11H30.

Il nous quitte, nous laissant avec ses collaborateurs.

Le Dr Shariq chirurgien et nouveau responsable du management de la chirurgie se tient à notre disposition dans le service.

Le Dr Assad, anesthésiste, chef du bloc opératoire, membre du groupe de management, précise le fonctionnement de l'anesthésie.

Trois médecins et six infirmiers constituent l'équipe d'anesthésie. La formation des infirmiers anesthésistes se fait en deux semestres sur l'hôpital. Les Anesthésies loco-régionales sont faites par des médecins. Tous les malades sont vus un jour avant l'intervention. Un infirmier est présent en permanence et le médecin est d'astreint au téléphone. Les IADE surveillent leurs patients six heures après l'anesthésie dans le service de réanimation.

Le Dr Assad est intéressé par une formation d'un mois ou deux la plus complète possible pour une mise à niveau. Les infirmiers sont formés par promotions annuelles mais pas de façon constante. Il formule une demande d'aide en matériel au niveau du matériel respiratoire et de surveillance scopique.

Mme Khadija, directrice de l'IFSI, tel 3115, nous informe que les élèves infirmiers sont en vacances et qu'il ne sera possible de travailler qu'avec les infirmiers titulaires. Elle nous communiquera le programme de formation des IADE.

Le Dr Saïda, gynécologue, se tient à notre disposition pour son travail sur l'hygiène au bloc obstétrical et sa transposition éventuelle au bloc central.

10h Visite du bloc opératoire.

L'accueil est fait par l'infirmier responsable du bloc. Les locaux sont propres et secs ; tous les lavabos sont propres ; les procédures de lavage de main et de prise en charge des AES sont affichées ; les poubelles avec poches plastiques sont en fonction ; les boîtes cartonnées pour objets coupants sont présentes.

10h30 Intervention pour prostatectomie sous rachi-anesthésie.

Table opératoire propre et recouverte d'un plastique transparent ; le patient n'avait pas quitté sa chemise : de la poche de celle-ci dépassait du papier toilette ; le patient semblait être très propre au niveau cutané et unguéal.

Rachi en position assise (nombre d'aides correct, désinfection cutanée correcte, lidocaïne car rupture de stock de bupivacaïne). Pas de coussin pour surélever la tête, appui-bras posé sans faire attention à la position réelle du bras. Perfusion par canule à droite, tensiomètre mercure à gauche. Oxygène à gauche, capteur scotché et inefficace plus de la moitié du temps, alarmes non réglées sonnant en permanence. Pas de contrôle de la perte de sang précise ; perfusion par Ringer jusqu'à obtention d'une hémodynamique qui est restée correcte tout au long de l'intervention. L'intervention durant, nécessité d'injections itératives de Kétamine pour une analgésie de surface (20 mg à chaque fois) ; avec la même seringue et la même aiguille ponctions multiples du flacon de Kétamine concentrée, ponctions multiples de la perfusion pour dilution ; il n'y a jamais eu de désinfection des sites.

Cette introduction de l'anesthésie générale a été contemporaine de la mise en route de l'oxygène ; l'oxygénation n'a pas été utilisée pendant la rachi.

Les notes de l'anesthésiste sont transcrites en fin d'intervention sur le dossier du malade. A notre demande le dossier a été introduit dans le bloc et les éléments de l'anesthésie ont été notés sur la dernière feuille.

Dès l'enfilage des blouses, les fautes d'asepsie apparaissent : contacts, bavettes sous le nez...Il manque une table pont pour éviter la chute d'instruments. La sonde urinaire est enfilée avec les gants qui serviront à l'incision (d'ailleurs le chirurgien a été appelé en dehors du bloc entre la sonde et l'incision et il a du sortir en tenue stérile).

Pas de cohésion entre la zone stérile et le personnel non stérile qui fournissait le liquide d'irrigation ; fautes multiples et déstérilisation de toutes les sondes et tubulures.

Intervention relativement courte et peu hémorragique (1litre) ; pas de comptabilisation des pertes : poches vidées dans la poubelle et compresses essorées au-dessus de la poubelle.

Claforan injecté en fin d'intervention à contre-temps d'une antibioprofylaxie.

Le scialytique principal du bloc est en panne pour un problème de tension efficace ; les autres manquent d'ampoules.

Tous les personnels ont eu à cœur de viser les poubelles ou de s'excuser en cas d'échec : message de la mission précédente retenu.

11h30 Visite de services

La réanimation (en fait salle de réveil) reçoit des malades pour surveillance post-opératoire, ce service est dépourvu de matériel. Ce n'est qu'une salle propre avec des lits.

Cette pièce avait été vidée après que l'ambassade d'Iran eut proposé de faire des travaux d'installation. Il y a de cela un mois ; durant tout ce temps les malades opérés étaient surveillés dans le couloir. Les travaux ne se faisaient pas, la salle est à nouveau occupée par les patients de chirurgie.

Les soins intensifs : pièce étroite (couloir) comprenant 4 lits, sans matériel de surveillance, dispose d'une grosse bouteille d'oxygène. Il n'est pas possible de faire des gestes de réa dans un si petit volume. Poubelle sale à l'extérieure.

Aux urgences, un médecin ayant fait trois mois d'anesthésie en Inde. Il dispose de quelques drogues ; fait un peu de chirurgie. Locaux propres, une poubelle sans sac plastique.

12h00 Visite de la buanderie.

Trois lingères pour tout l'hôpital. Chauffage de l'eau au bois car rampe de gaz trop petite (on pourrait la doubler). Les locaux se sont améliorés mais restent un grand dépôt qu'il faudrait vider, dépoussiérer et chauler (deux jours de travail vu la vétusté) ; de nombreux bacs sont rendus inutilisables car ils ne sont pas vidés de leurs encombrants.

Une machine à laver fonctionnelle et une en panne.

Les gants achetés sont toujours utilisés mais se détériorent en trois jours.

Après-midi Elaboration d'une feuille d'anesthésie à soumettre aux anesthésistes dans leur ensemble (annexe 4).

La soirée est consacrée à la traduction en compagnie du Dr Hotak des documents fournis par le JHH sur l'évaluation de l'hygiène en obstétrique en août 2004. (Annexes 5.a,b,c,d,e,f,g,h)

Dimanche 26 Septembre

8h15 Docteur Hotak nous a accompagné à l'hôpital. Il a stoppé la voiture devant le dépôt des déchets. Et là, surprise, déchets sortis des poches, contenu de boîtes à aiguilles dispersés sur le sol.

8h20 Bloc opératoire : intervention en cours (hernie inguinale étranglée sur un enfant de 10 KG : le caecum pris dans une hernie inguinale gauche). L'intervention se déroule sans intubation et sans curares sur un estomac plein qui n'est vidé qu'en fin d'intervention.

Pour vider l'estomac de l'enfant, l'anesthésiste pose une sonde de trop petit calibre ; pour vérifier la position de celle-ci, il utilise une lame de laryngoscope 3, il existe des lames pédiatriques mais dans la salle réservée aux indiens. Pas de raccord adapté pour relier cette sonde à la poche. Il a fallu demander la mise en place de l'aspiration qui n'était pas branchée d'emblée alors qu'il s'agissait d'une AG en Ventilation Spontanée.

Chirurgie Ras, ils sont obligés d'utiliser des écarteurs trop grands, inadaptés ; nous avons apporté deux jeux d'écarteurs plus des Beckmann que nous donnerons demain.

La désinfection du plastique sur la table opératoire se fait avec de la chlorure quasi brute : trop de poudre n'est pas synonyme de meilleure désinfection.

Deuxième intervention, cholécystectomie chez une obèse qui sera curarisée mais ventilée au ballon car les respirateurs ne sont pas fonctionnels.

Il existe deux respirateurs donnés par les GB qui sont posés sur la paillasse du fond du bloc. Aucun n'est en charge. Les arguments pour ne pas les utiliser sont : la non compétence

de certains IADE qui pourraient les casser, la compétence variable des médecins qui fait réserver les respirateurs à un médecin, le mauvais fonctionnement de ces appareils.

Ils sont aussitôt testés ; l'un deux ne prend pas la charge (il faudra au moins ouvrir le transformateur), le deuxième est mis en charge. La vérification du fonctionnement montre un défaut sur les volumes courants qui semble être un réglage inadéquat du rapport I/E.

Les deux médecins anesthésistes seraient d'accord pour fixer un respirateur en position d'utilisation si une formation est donnée à tous.

10h Présentation au Directeur des soins et prise de RDV pour le lendemain.

10h15 Rencontre avec le Dr Matent. Avant que s'engage la conversation, nous nous dirigeons avec lui vers le tas d'ordure non sécurisé. Il pense que les sacs sont parfois mal fermés, parfois réutilisés par la population (grands sacs solides et pratiques) ce qui explique le tas d'ordures à ciel ouvert (annexe 6 photo). Dans tous les cas ce tas n'a pas été vidé depuis longtemps. Plus grave, les seringues montés et les aiguilles non protégées sont dispersées dans les quelques mètres autour (jusqu'au parking médical) ; il semble qu'il ait eu rupture de stock de boîtes la semaine précédentes (elles ont donc été vidées sur le tas plutôt qu'utiliser les flacons de perfusion en plastique).

Retour avec Dr Mateen dans son service, il nous fait part de sa dernière procédure d'évaluation. Chaque semaine 3 personnes passent dans 3 ou 4 services pour évaluer les critères d'hygiène, une personne du service concerné accompagne les visiteurs de façon à constater aussi les défauts éventuels (annexe 7). Cette évaluation est pertinente pour contrôler l'évolution de l'hygiène dans l'hôpital. Il faudra construire un outil excel pour collationner les résultats sur graphique présentable aux intervenants eux-même.

Le Dr Mateen envisage aussi de rendre prioritaire l'évacuation des déchets et la réfection de la buanderie.

La décharge située devant la mission indienne a disparu. Il existe une décharge sous les deux réserves d'eau au fond de l'hôpital. Une réserve fuit (5 litres / mn au moins) ; les ordures baignent dans l'eau et tous les tuyaux qui se dirigent vers l'hôpital passent dans ce mélange.

11h30 Visite du service de malnutrition. Save The Children a quitté ce service depuis huit mois. Le service utilise les derniers sachets de lait qui sont trop concentré. Ces sachets sont périmés ; leur odeur n'est pas celle d'un lait maternisé ; les enfants le vomissent. Pas d'eau dans ce service. Personne ne semble vouloir poursuivre ce travail. Leave The Children?

Le Dr Hotak qui nous a rejoint espère que le gouvernement puisse lancer un programme de nutrition décentralisé dans les districts pour éviter le déplacement des familles sur plusieurs centaines de kilomètres et avoir une politique d'éducation de la santé.

Après-midi Elaboration d'une fiche de surveillance pour les ICU et la salle de réveil (annexe 8).

Lundi 27 Septembre

8h10 Bloc opératoire : vérification du respirateur que nous avons mis en charge la veille ; il s'agit d'un : UNI-VENT, Impact. Il a fallu bricoler un raccord pour brancher l'oxygène mais ce raccord fuit ce qui n'est pas économique.

Par tâtonnements, l'ensemble des alarmes a été arrêté seule l'alarme de maintenance n'a pu être supprimée. Cet appareil est un appareil de soins intensifs, mal commode pour faire de l'anesthésie, d'autant plus que les anesthésistes ne connaissent pas ces réglages qui sont complexes (il faut adapter le rapport I/E à chaque changement de fréquence ou de volume courant. Il existe un respirateur d'anesthésie qui est réservé à la salle d'opération tenue par les coopérants indiens ; il faut essayer de voir si cet appareil peut servir à tous.

Nous avons demandé au chef infirmier du bloc de nous montrer les protocoles instaurés par Dr Viard et Marie-France .L'infirmier les avait rangés dans son placard. Nous demandons que ces protocoles soient affichés et qu'il conserve un double dans ses archives.

Du petit matériel chirurgical est donné : écarteurs, écarteurs auto statiques, arrache-clou, porte-broche, pinces diverses.

9h Intervention pour hernie inguinale chez un enfant. C'est l'occasion de donner une valve de Digby-Leigh (valve de respiration utile pour les moins de 10 Kg). En fait, il aurait fallu apporter un circuit respiratoire complet avec ballon.

Les anesthésistes utilisent de l'halothane, donné par les indiens car rupture de stock. Sur le circuit utilisé le plus fréquemment, il s'agit d'un évaporateur par barbotage. Il existe un autre circuit dans le bloc avec un évaporateur à mèche plus fiable ; ce deuxième circuit peut passer en circuit fermé mais c'est sans contrôle des gaz inhalés donc dangereux.

Il faut voir si l'équipe ne peut pas utiliser préférentiellement l'évaporateur à mèche.

10h Rendez-vous avec Le Directeur des soins GHULA ALI.

Nous lui rapportons que les poubelles sont bien utilisées mais qu'elles sont sales à l'extérieur et qu'il faudrait les entretenir. Nous lui signalons à nouveau la présence de seringues et d'aiguilles, de poches éventrées devant le dépôt d'ordures. Il nous précise que des personnes de l'extérieur viennent ouvrir et fouiller les poches plastiques.

Il insiste sur le fait qu'il n'y avait plus de boîtes sécurisée et qu'elles étaient vidées de leur contenu, il a été en récupérer dans différents services dont le service de vaccination l'UNICEF. Les boîtes sont un excellent carton allume-feu d'ou leur récupération aussi

Il est en rupture de poudre à récupérer depuis une semaine ; les gants pour les cleaners et les lingères (pas de stock) sont épuisés ; les raclettes pour nettoyer les sols sont usées. Il y a suffisamment de poches poubelle pour les 2 mois à venir, ce n'est pas la peine d'en racheter

Tenues pour les cleaners : à peu près 65 personnes sont concernées, il faut un tissu résistant qui ne se délave pas, 4 tenues par cleaner : 2 pour l'été et 2 pour l'hiver .Voir si on peut ajouter des sandales (si le budget le permet).

Nous évoquons ensuite la salle de réanimation et salle de réveil ; la salle des soins intensifs est trop petite pour y faire du bon travail ; nous suggérons pour l'avenir de fusionner ICU et Recoder room ; cette idée lui semble intéressante, il faudra en parler au chef de bloc.

Nous lui demandons de faire un grand nettoyage dans la salle de réveil qui aurait du être refaire par l'intermédiaire du Consulat d'Iran mais ce projet semble bloqué.

Pour la surveillance des malades sortants du bloc, nous lui proposons un document pour la salle de réveil qu'il modifie un peu.

Rendez-vous est pris pour le lendemain avec lui et le tailleur de l'hôpital afin de déterminer le métrage nécessaire en fonction du nombre de tenues.

14h Rendez-vous chez le plombier pour le devis d'installation d'eau

Les prix ont grimpé en six mois d'attente. Il fait deux propositions différentes en fonction du choix sur les chauffe-eau (remise en état ou achat de neufs).

Il nous donne un plan montrant les circuits proposés sur lequel il nous faudra positionner les paillasses.

Nous faisons ajouter une deuxième douche au bloc à la place des toilettes (les toilettes n'ont rien à faire au bloc et les patients que nous avons vu au bloc n'étaient pas forcément lavés).

Nous lui demandons de chiffrer le carrelage de la salle de réveil pour en faire une vraie salle de soins intensifs facile à nettoyer.

16h Une heure perdue sur internet (impossible de faire suivre le devis)

Mardi 28 Septembre

9h Rendez-vous avec le directeur des soins et la couturière de l'hôpital. Le directeur des soins est en retard d'une heure. Derrière de son bureau se trouve une réserve de différents produits, nous avons assisté à la distribution de poches poubelles, de boîtes sécurisées, de poudre à récuser ; les services viennent s'approvisionner ici. Il y a aussi plusieurs poubelles jetées en vrac sur le tas : il faudra comprendre ce phénomène.

Le directeur des soins arrive (la présidence de l'hôpital l'avait requis pour s'occuper des chiens errants) et nous pouvons commencer la réunion.

L'hôpital compte 70 cleaners officiellement et 5 vont être embauchés. La tenue complète comprend une tunique col en V qui pour eux doit descendre à mi-cuisse (impossible de faire plus court), un pantalon, une blouse qui doit dépasser la tunique longue jusqu'au genou, un masque et un calot. Nous proposons deux tenues pour chaque cleaner.

Pour le métrage, il faut 11 mètres de tissu par tenue soit 1540 mètres ; il faut prévoir également le fils (120 bobines), les boutons (600), les élastiques (1,25 m par tenue). De préférence, acheter un tissu américain (mélange nylon) ; nous avons rendez-vous le 29 à 9 h pour aller choisir le tissu avec le directeur et la couturière.

Le métrage semble très important ; il est basé sur les dimensions afghanes très amples ; il faut que la couturière revoie ses calculs avec des tenues plus ajustées.

10 h30 Rencontre avec la directrice de l'école d'enseignement en soins infirmiers.

La formation des IADES se déroule sur 2 semestres. La promotion de l'année passée était destinée à des infirmiers venus aussi des autres provinces de la région sanitaire. Certains avaient déjà pratiqué l'anesthésie avant ces 2 semestres de formation.

La formation en anesthésie est assurée par le docteur Hassad, la physiologie est enseignée par une personne de la faculté de médecine et la médecine interniste par les médecins de l'hôpital. Pendant les 2 semestres, les étudiants ont 2 jours de pratique ou stage par semaine, les autres jours étant consacrés à la théorie. Pendant les études les étudiants prennent des gardes en doublure. Aucun matériel n'est disponible à l'école pour l'apprentissage.

La prochaine promotion n'est pas programmée, il faudrait pouvoir faire revenir des infirmiers des provinces pour les former au moins sur un cycle de 2 mois mais il n'y a pas de possibilité d'hébergement à l'école. Organiser une telle formation n'est pas du domaine de l'hôpital de Rodez.

Il y a peu de femmes anesthésistes même dans les blocs obstétricaux. Il n'existe pas d'analgésie obstétricale. Les césariennes se font sous anesthésie générale ; rarement sous rachianesthésie.

Il existe des cours de secourisme dans le cursus infirmier.

Mercredi 29 Septembre

Le tailleur consulté en ville nous dit que l'on peut faire les tenues avec 5 m de tissu en comptant la blouse. Il faudra lui faire tailler une tenue pour voir si cela est exact.

9h RDV avec le surveillant chef et la couturière qui sont ponctuels. Nous nous rendons au bazar pour rechercher un tissu pour les tenues des cleaners. Ils sont fixés tous les deux sur un coloris bleu ou gris qui ferait sans doute suite à la blouse actuelle.

Malgré une visite exhaustive de tous les vendeurs de tissus, nous ne trouverons pas de tissus synthétique (dit « américain ») de la couleur en question. Le seul tissu qui nous semble compatible en texture est kaki et ne convient pas vraiment à nos accompagnants ; c'est pourtant le seul tissu dont un marchand nous assure qu'il en possède 700m.

Le prix est à 120 afghanis et semble pouvoir être descendu vers 100.

Il nous faudrait environ 100 af x 5m x 70 cleaners x 2 tenues soit 70000 afghanis auxquels il faut ajouter boutons et élastiques.

11h10 Nous sommes convoqués rapidement au Comité d'Hygiène et de Discipline qui a apparemment été avancé de 30 mn.

Le Dr Mateen y rapporte sa visite de contrôle en chirurgie, en obstétrique, au labo et dans son service. Les réponses apportées aux lacunes sur l'hygiène tiennent plus de la dissension médico-infirmière que de la possibilité des chefs de service à tenir leur service dans le bon sens. Il manque la notion d'équipe soudée par service.

La gynécologie signale l'arrivée de trois patients infectés qui avaient été prise en charge dans les cliniques privées. Il semble que les sage-femmes fassent des prescriptions sans le contrôle des médecins. Le manque de gants de soins est évoqué (réutilisation fréquente).

Matten explique que la première chose que nous avons faite, avant même de s'être présentés à lui, c'est de l'avoir emmené constater le tas de déchets éparés. Un infirmier confirme la réutilisation des safety bags ainsi que la récupération des cartons d'aiguilles pour le feu.

Le Dr Mirwais, soutenu par l'ensemble du CHD, formule une demande d'aide pour un incinérateur. Nous allons appuyer sa demande et dans l'intervalle d'une réalisation éventuelle nous lui demandons de sécuriser les déchets. Il parle de creuser un trou et de faire un muret autour : notre aide sera bienvenue sinon il s'arrangera.

Le Dr Assad demande l'autorisation de nous laisser emporter un des respirateurs en panne pour essayer de le faire réparer.

Les travaux de la recovery room vont être pris en charge par l'Iran à concurrence de 20000 USD. Le Dr Mirwais demande que nous déplaçons le budget prévu pour cette salle vers celle des urgences (à ma connaissance nous n'avions prévu que l'arrivée d'eau et la paille).

Nous évoquons la buanderie qui reste un élément essentiel avant de pouvoir faire une mission d'orthopédie. L'hôpital va utiliser le produit de la location d'un bâtiment à Ibn Sidna soit 10000 USD pour refaire les locaux. Le Dr Mirwais nomme le Dr Mateen responsable de réfection de cette buanderie ; il sollicite notre aide pour les plans ; il précise que les travaux devraient débiter dans quelques jours ; le service des tuberculeux s'étant plaint de l'odeur, il faudra aussi refaire la fosse septique de la buanderie.

Jeudi 30 Septembre

8h10 départ de l'hôtel pour faire des achats pour l'hôpital. 4 bidons d'acide sont réservés chez un commerçant pour 320 afghanis, 3 cartons de 24 boîtes de poudre à récurer plus 5 boîtes de 12 paires de gants sont achetés pour 4620 afga. 9h10 la livraison à l'hôpital se fait avec un taxi. Nous entreposons tous ces produits dans le bureau du Directeur Des Soins. Il manque encore 100 mètres de chiffon. Quelques cleaners sont présents dans le bureau, le Directeur distribue les tâches et nous lui demandons que le ménage soit bien fait au moins une fois par semaine, les sols, les lavabos ... Il nous signale que la tuyauterie pose un gros problème, beaucoup d'évacuations sont bouchées, il y a eu un plombier embauché durant quelques mois, le président avait trouvé le financement mais il a disparu. Nous lui demandons de faire remonter ces problèmes au CHD. Pour les toilettes bouchées, il nous demande de lui fournir 20 ventouses et 20 brosses.

Une bonne nouvelle, depuis ce matin toute personne entrant au bloc porte un pyjama de l'hôpital, pour la douche il faut d'abord faire les travaux.

Dans le service de chirurgie il existe deux douches une pour les médecins et une autre fermée avec un cadenas. Pour rendre cette douche fonctionnelle il faut monter la cloison jusqu'au plafond, installer le chauffage pour l'hiver car c'est une pièce très froide et un chauffe-eau.

La salle de réanimation sert de salle de réveil, nous remarquons une poubelle sale et nous demandons qu'elle soit nettoyée.

Nous nous rendons à la buanderie, nous tentons de voir comment réorganiser cette pièce, il faudrait tout casser, faire plusieurs bacs pour le trempage puis en suivant installer les machines, prévoir une grande table pour le pliage avec des étagères pour le rangement. Installer à l'extérieur et à l'intérieur un séchoir pour pouvoir étendre plus de linge. Il serait plus propre de chauffer l'eau avec le gaz uniquement car nous avons vu que des poches poubelle remplies de déchets hospitaliers servaient de combustible.

Visite de l'atelier de couture, pièce de petite taille, 5 couturières travaillent avec seulement 3 machines à coudre, elles nous montrent les tenues pour les malades qui vont être opérés et tous leurs différents ouvrages.

La cuisine se situe tout près de l'atelier, la pièce nous paraît propre mais le cuisinier se plaint de ne pas avoir de poudre à récurer pour que ce soit vraiment parfait. Il fait la cuisine pour le personnel de garde, environ 90 personnes par jour.

Le service des urgences, rencontre avec le médecin responsable Mohamad Ullah, il nous fait remarquer qu'il manque de place, pour pouvoir surveiller un malade pendant 24 h, il faudrait une paillasse, une douche, un lavabo, carreler le sol pour un entretien plus facile, l'acquisition d'un autoclave (actuellement les instruments sont stérilisés au bloc), il est important d'installer le chauffage pour l'hiver et la climatisation pour l'été. Il nous dit utiliser des champs stériles à usage unique mais ils ont peu de stock et cela augmente les déchets. Il nous promet que lorsque les travaux se réaliseront, il sera présent pour que tout soit fait dans les règles pour l'hygiène.

Achat du tissu pour faire chiffons 105 mètres pour 1470 afghanis.

Vendredi 1 Octobre

Elaboration de deux diaporamas d'anesthésie. Sécurisation de l'anesthésie et intubation difficile : français et dari

Samedi 2 Octobre

7h50 Passage par le bazar pour récupérer les 105 mètres de tissu pour chiffon que nous pouvons remettre au Directeur des soins.

8h Arrivée au bloc opératoire, il est nous est confirmé qu'il y aura plusieurs interventions chirurgicales sans pouvoir confirmer ni le type ni les horaires.

Ce temps de pose forcé est mis à profit pour visiter avec Mr Wakil la salle d'ORL et la salle d'orthopédie.

La salle d'ORL est une très petite salle d'opération propre (sols et murs) ; le matériel est soit propre et aligné ; soit enfermé dans 2 armoires. Il n'existe aucun dispositif d'anesthésie ; l'infirmier confirme que toutes les interventions se font sous anesthésie locale.

La salle d'Orthopédie est fermée à clef pour protéger le matériel qui appartient personnellement au chirurgien. L'infirmier d'orthopédie est requis et vient ouvrir la salle. Depuis la mission précédente, la salle avait été rangée mais n'avait pas été nettoyée ; le spectacle est navrant et rend impossible l'idée d'une quelconque mission d'orthopédie.

Mr Wakil et les cleaners se sont emparés du problème immédiatement ; tous les plastiques souillés sont jetés, un jet d'eau arrive accompagnés des tampons grattants que nous avons passés au directeur des soins. Trois heures plus tard, nous serons appelés pour constater que la table d'opération est en fait blanche.

8h30 Première intervention d'ORL. Conformément à la décision du CHD, la patiente est revêtue d'une tunique de l'hôpital. Il s'agit d'une amygdalectomie adulte qui va être faite en position assise sur une chaise et sous anesthésie locale. Travail précis du chirurgien qui est très attentif à l'état de sa patiente : belle démonstration et quel dénuement car les fils de fers de section ont déjà été utilisés et doivent être détordus pour pouvoir glisser un peu.

9h20 Nous sommes réclamés dans le bloc principal. Sur la table du fond est positionné un petit qui doit bénéficier de l'ablation d'une lithiase vésical : l'intervention n'est pas encore démarrée.

Un groupe de chirurgiens vient nous expliquer que notre méthode qui ne prévoit pas deux interventions en même temps pour des raisons d'hygiène conduit à empêcher d'opérer des urgences.

Il nous est possible de répondre que le programme du bloc aurait pu démarrer dès 8h car la salle était libre, tous les chirurgiens ne sont pas utiles à la visite. Nous proposons d'utiliser bientôt la salle d'orthopédie sous réserve d'y faire des interventions propres type hernie ; à la question du manque de matériel d'anesthésie dans la salle 3, nous répondons que des roulettes sont installées sous le matériel d'anesthésie et qu'il est facile à déplacer si besoin. De notre point de vue, rien n'empêche de faire entrer de suite une urgence vraie de type hémorragie.

Finalement les chirurgiens de Mazar ont opté pour la solution de la programmation successive des patients. Le nettoyage de la salle d'orthopédie pourra sans doute permettre d'ouvrir un chantier supplémentaire tous les jours dans le respect de l'hygiène.

10h40 Fin de la première intervention. Pendant que cet enfant se réveille (difficilement du fait de sa bronchite) sous contrôle d'un oxymètre, le pansement étant fait, le deuxième patient est amené.

Prostatectomie totale transvésicale sous rachianesthésie dans le calme et la rapidité ; le bloc pourra terminer à 12h sans difficulté.

Cette intervention est mise à profit pour passer en revue les menus de l'oxymètre et de donner un peu d'explications sur son utilisation. Il semble exister plusieurs appareils dans le bloc qui ne sont pas facile d'accès. L'oxymètre va nécessiter un cours particulier dès demain.

En quittant le bloc, Mr Wakil et son équipe nous présentent la salle d'orthopédie qui renaît.

Après le repas, retour au bazar pour une commande de balais raclette, de brosses pour WC, de ventouses pour débouchage et de tampons verts. L'ensemble est mis de côté ; nous le prendrons demain en partant à l'hôpital.

15h Retour sur le problème des tenues de cleaners. Cette dernière visite des marchands de tissus montre l'impossibilité de trouver d'un tenant 5m de tissus (pantalon, chemise et blouse) x 2 x 70 cleaners soit 700m de tissus.

Nous décidons d'opter pour 420m de tissu kaki de bonne épaisseur pour les pantalons et chemises et 280m de tissu plus fin bleu-gris (plus proche des souhaits du personnel) pour les blouses. Les négociations de prix permettent de descendre le kaki de 120 à 100 Afghanis le m et le gris à 80. Il manque encore élastiques et boutons.

16h30 Le net fonctionne.

Préparation dans la soirée du cours sur l'oxymétrie.

Dimanche 3 octobre

Ce matin, nous allons au bazar pour récupérer les balais, les brosses et les ventouses et les porter au Directeur des soins. Ensuite nous nous rendons chez monsieur Mirwais pour établir la liste de la délégation qui viendra en France. Nous proposons le Dr Mattines, le Directeur des soins et nous laissons le choix de la troisième personne à monsieur Mirwais, il pense au Dr Assad mais il serait préférable que le Dr Assad vienne plus tard pour un séjour plus technique. Quand la liste sera définitivement établie, l'envoyer à l'Ambassade. Monsieur Mirwais nous tient au courant pour le choix de la troisième personne.

Visite chez le Directeur des soins pour l'achat du tissu, il est pressé il a peu de temps à nous accorder, il nous conseille pour les boutons de demander à la couturière de nous accompagner.

Arrivée au bloc vers 9h15 pas d'intervention au bloc viscéral pour l'instant, les médecins font la visite dans le service de chirurgie. Visite au bloc ORL, une amygdalectomie est en cours. En sortant nous sommes invités à entrer dans la salle d'orthopédie, tout est propre, la table recouverte d'un plastique, nous discutons pour savoir comment remplacer les coussins en mousse et l'infirmier du bloc nous propose d'acheter de la mousse, de la toile cirée et de faire confectionner les coussins par la couturière. Très bonne idée, nous nous donnons rendez-vous après le repas pour aller acheter les fournitures. Une discussion s'installe entre plusieurs infirmiers sur le rangement de la salle, des étagères qui ne servent à rien vont être enlevées, une armoire en bois remplie de médicaments, de sondes d'intubation... va être nettoyée et ragée. Il y a une réorganisation de cette pièce et elle deviendra opérationnelle.

Nous remarquons en sortant que l'armoire à chaussures a été déplacée juste après la ligne rouge.

Dans la salle des infirmiers une réunion se déroule, donc nous attendons qu'elle se termine pour débiter le cours sur l'anesthésie. Tous les infirmiers anesthésistes sont présents. Le cours débute à 10h45.

Nous invitons Wakil à déjeuner, après le repas nous allons acheter la mousse et la toile cirée et nous confions le tout à Wakil.

En suivant nous allons régler le tissu vert pour les pyjamas et réserver celui pour les blouses chez un autre commerçant.

Lundi 4 Octobre

Mardi 5 Octobre

8h Passage par le bazar pour récupérer une machine à coudre Zenith avec moteur électrique que nous apportons au directeur des soins avec 7 boites de 12 bobines de fils et le métrage d'élastique pour les tenues (33 bobines de 5m).

La couturière est rapidement convoquée pour prendre tout cela en charge. Nous apprécions ses remerciements.

Ensuite, nous nous dirigeons vers le service de médecine interne pour rencontrer le Dr Matteen afin de préparer les travaux à effectuer à la buanderie, mais il est absent. Nous décidons alors de voir si le Dr Saïda peut nous recevoir qui au CHD avait déjà émis des propositions concernant la buanderie : elle se libère et nous y accompagne .

Nous sommes d'accord sur les changements à apporter. Tout d'abord déblayer tout ce qui ne sert à rien (cartons, sacs poubelle etc ...) ; faire le ménage en éliminant poussière et saie ; ce qui est destiné au feu pour chauffer l'eau peut être rassemblé.

La pièce doit être réorganisée en un circuit logique et successif : bacs pour trempage, dalle cimentée pour plusieurs machines à laver, bacs pour le rinçage, table pour repassage et étagères de rangement. Il est même possible d'imaginer un circuit entrée-sale et sortie-propre puisqu'il y a deux portes. Le séchage n'est pas organisé à l'extérieur ; il faut installer plusieurs poteaux avec cordes à linge. Le Dr Saïda ne sait pas encore si le projet va utiliser ces locaux petits et inadaptés ou bien s'il sera possible de construire du neuf ; elle suivra sa réalisation car elle est intéressée.

9h30 Au bloc opératoire, discussion avec Mr Wakil de la taille des coussins de mousse qu'il va faire coudre pour poser sur la table d'orthopédie.

Intervention pour prostatectomie sous anesthésie générale. Il faut attendre que l'électricité se rétablisse.

Il n'existe pas de sonde d'intubation stérile ; les sondes trempent dans le désinfectant et sont rincées juste avant la mise en place ; les sondes que nous avons vues sont de petit calibre (6 et 6,5), inadaptées aux adultes. C'est donc deux risques conjoints de lésions trachéales : application d'un désinfectant sur la muqueuse et augmentation de la pression du ballonnet pour faire l'étanchéité.

La ventilation sera manuelle pendant toute cette intervention puisqu'il n'y a pas de respirateur. C'est l'occasion de découvrir qu'halothane et isoflurane sont utilisés sans faire véritablement la différence ; des explications sont données à l'infirmier du jour, il faudra les redonner à l'ensemble du groupe.

Il ne s'agit pas de la même équipe chirurgicale mais l'on retrouve les mêmes problèmes de maintien de la stérilité lors des raccordements des liquides de rinçage vésical.

Toujours ce problème de l'enchaînement des interventions, les chirurgiens auraient aimé faire une cholécystectomie en même temps. Notre position est doublement justifiée puisque la deuxième intervention aurait été faite sans surveillance de la ventilation puisqu'il n'y a qu'un oxymètre disponible.

La salle n° 4, dite d'orthopédie, a été complètement nettoyée ; elle va avoir une table refaite. Il sera possible d'y opérer pour une deuxième équipe si l'on trouve un oxymètre et si l'on déplace un chariot d'anesthésie.

Mercredi 6 octobre

8h15 Rencontre avec le Dr Saïda qui nous conduit à l'hôpital, c'est l'occasion de lui remettre le document générique de prévention des infections qu'édite le JHH.

8h30 Remise aux couturières des boutons et des bobines de fil kaki. Nous leur montrons des tenues française (pyjama de travail et blouses) afin de les motiver sur la notion de manches courtes ; il s'agit de tenues de cleaners qui ne doivent pas tremper dans les liquides.

Elles espéraient que nous allions acheter une rallonge électrique et trois moteurs pour les trois autres machines. Nous laissons cet achat pour une prochaine mission.

8h45 RDV au bloc opératoire pour un cours avec les IADE. L'audience arrive progressivement et nous décidons de commencer à 9h30 avec trois auditeurs. Le support informatique et le matériel aidant l'audience monteront jusqu'à 8 personnes.

Nous passons en revue les méthodes palliatives pour les difficultés d'intubation. Un arbre décisionnel est présenté et commenté (Annexe 9). La classification de Mallampati est expliquée. L'utilisation de l'écarteur de bouche est expliquée et un écarteur est donné. L'utilisation du mandrin souple est expliquée et un mandrin leur est remis. L'utilisation du masque laryngé est expliquée (en fait les indiens en utilisent) et un masque N°4 leur est donné. Nous recommandons que ces trois matériels (ouvre-bouche, mandrin et masque laryngé) soient entreposés avec la petite boîte de matériel d'urgence des IADE. Ils nous font aussitôt remarquer qu'il leur manque une armoire pour leurs outils d'anesthésie.

L'intubation fait naître des questions de pharmacologie sur les hypnotiques : comparaison entre halothane et isoflurane, explication du propofol en continu (c'est un produit accessible ici). Les morphiniques et leur utilisation sont un vrai problème ; la pentazocine est utilisée couramment ainsi que la péthidine mais la morphine est trop chère et les produits véritablement anesthésiques sont inconnus.

L'intubation soulève le problème du réemploi des sondes qui trempent dans la chlorure et sont rincées au dernier moment sans pouvoir choisir le calibre. Il ne serait pas inconcevable que le patient achète sa sonde à l'avance mais aucun médecin anesthésiste ne voit le patient à l'avance en extra-hospitalier et les chirurgiens n'y pensent pas. A l'inverse, il n'est pas prévu dans la constitution que le patient rembourse les anesthésiste à posteriori d'une sonde qu'ils auraient fournie eux-même.

La feuille d'anesthésie est de nouveau expliquée à tous : intérêt et façon d'utiliser le graphisme. Un exemplaire leur est remis pour photocopier. Dans une prochaine mission, il faudra venir avec des feuilles prêtes d'emblée et leur faire remplir ; s'ils en ont compris l'intérêt, il ne sera pas facile pour eux de faire les photocopies. Le Dr Farid H... semblait motivé par les feuilles.

11h, avant de quitter la réunion, nous laissons 9 tenues blanches (pantalon, tunique et blouse) qui sont distribuées aux infirmiers par le chef de bloc.

11h30 CHD Tour de salle habituel

Le Dr Saïda parle de la visite qu'elle a faite avec nous dans la buanderie. Elle présente le problème complètement et nous n'avons rien à ajouter. Elle précise que nous avons voulu acheter une machine à laver mais que nous avons renoncé devant l'inaction sur ce projet. Une machine vaut 105 USD : c'est un sujet pour une prochaine mission. Le Dr Mirwais parle de reconstruire la buanderie puisque tout le monde la trouve inadaptée ; il dit ne pas savoir comment l'on y chauffe l'eau, ne pas savoir qu'un robinet seulement fonctionne. Ce projet devrait avancer car le Dr Mirwais ne souhaite pas être couché dans les draps tels qu'ils sont lavés actuellement.

La sage-femme s'est plainte des difficultés sur l'hygiène en pédiatrie. Une visite de ce service est aussitôt programmée par le Dr Mirwais.

Le directeur des soins infirmiers a fait le décompte de tous les matériels que nous avons achetés au cours de cette mission. Il a fait nettoyer la buanderie le jour même. A toutes les questions soulevées par les membres du CHD, le directeur fournit une réponse quand à l'état des lieux ou à l'état des travaux.

Le directeur du laboratoire dit avoir ramené tous ces personnels au travail dans les horaires normaux.

La médecine interne explique que la salle de repos de ses cleaners est toujours sous tente à l'extérieur. Des draps propres sont demandés en quantité au moins minimale (la demande est reprise par plusieurs membres).

A notre tour, nous confirmons les propos de Mme Saïda sur la buanderie.

Nous prenons acte du début des travaux de sécurisation des ordures en émettant le regret que l'ouvrier (que nous avons rencontré) n'ait pas été pourvu de chaussures et de gants pour travailler dans les déchets hospitaliers.

Nous proposons que le problème récurrent du travail sur deux patients dans la même salle d'opération soit solutionné par l'utilisation de la salle d'orthopédie que nous avons fait nettoyer et dont nous avons rénové la table d'opération (réfection des coussins).

Le Dr Hassad pense possible le transfert d'une table d'anesthésie ; Mr Wakil, infirmier chef de bloc, est d'accord, il demande que la salle d'orthopédie ne soit plus fermée à clef afin de la nettoyer régulièrement, il précise les achats que nous avons fait pour la table d'opération.

Nous annonçons le report de la mission d'orthopédie car les conditions de travail ne sont pas encore suffisantes. Une mission de management médical et para-médical est proposée. Le Dr Mirwais regrette la première information et prend acte avec plaisir de la deuxième.

L'infirmier du bloc ORL explique notre étonnement à la vue d'amygdalectomie sous anesthésie locale.

Le Dr Mirwais fait part de l'achat d'une ambulance grâce à des subventions privées. Tollé général quand à l'utilisation de cette ambulance : pour quels transports, avec quelle essence ? Le Dr Hassad propose qu'elle serve à faire venir les médecins la nuit (il n'a pas de voiture pour ses gardes). Le sujet n'est pas conclu.

Le Dr Mirwais a fait l'inventaire des éléments de sanitaires donnés par le MoH et entreposés dans un container. Il lui semble qu'il s'agit de matériel de mauvaise qualité ; il a décidé de les vendre aux enchères pour en acheter de meilleurs. Il est fait remarqué que ce

matériel entre dans la composition de la réfection des sanitaires par l'ambassade de France (lors de leur examen, ces matériels avaient été évalués conformes par nos représentants).

Le Président remercie ses invités français pour leur collaboration. Il nous confirme les noms des quatre participants à la délégation qui viendra en France.

14h, passage au bureau de l'UNHAS pour confirmation du départ.

18h Le secrétaire du Dr Mirwais vient nous remettre la liste officielle de la délégation de Mazar.

Jeudi 7 Octobre

Départ de l'hôtel à 7h pour l'enregistrement des bagages auprès de l'UNHAS. Fouille et pesée des bagages courtoises et rapides, commentaires appuyés sur ces occidentaux qui repartent avec des armes de poing.

Le Dr Otak étant retenu à l'hôpital, nous nous rendons en taxi à l'aérodrome. Départ vers 11h30 après deux heures d'attente. Trajet en avion sans problème.

Accueil par le personnel de l'ambassade en véhicule CD du fait des restrictions de circulation préélectorales.

Debriefing avec Florence Morestin au cours de l'après-midi. Ce débriefing conduit à une relecture des rapports des missions lyonnaises qui permet une deuxième conversation avec le Dr Tissot et de nombreux échanges de documents informatiques sur le travail des collègues anesthésistes ayant travaillé à Kaboul.

Repas du soir avec l'équipe de pharmaciens ayant travaillé à Kaboul, échanges de point de vue mais similitudes des difficultés techniques.

Vendredi 8 Octobre

Déjeuner de travail et éclairage du projet par le Dr Tissot qui place les différentes démarches en cours.

Nous apprenons qu'il existe sur Kaboul un groupe d'étudiants en médecine qui étudient le français et seront de vrais candidats à un stage en France : malheureusement aucun médecin de Mazar n'a pu débiter cette démarche.

Les documents d'anesthésie édités par les collègues de Lyon sont très proches de ceux que nous avons fabriqués (feuille d'anesthésie et feuille de surveillance de salle de réveil), leurs constatations de l'état des blocs sont à peine meilleures que les nôtres.

Départ vers l'aéroport en voiture CD conduite par le Dr Tissot car les restrictions de déplacement semblent encore plus complexes.

Formalités d'embarquement rapides (ne pas oublier une taxe presque symbolique pour les tapis permettant la délivrance d'un document d'export).

A Bakou, négociation pour obtenir un taxi qui finalement nous prendra à 5 pour la somme de 20 USD. A l'hôtel Azerbaïdjan, près du bord de mer, les chambres sont manifestement négociables à la tête du client (nous les avons eu à 30 USD par chambre de 2 alors que le taxi nous promettait 60 USD par personne).

Change facile en ville.

Samedi 9 Octobre

Réveil à 4h30, le personnel d'étage s'en charge. Prix exorbitant demandé par 2 taxis à la sortie de l'hôtel, nous sommes allés sur le boulevard en bord de mer où dormaient des taxis (un taxi nous a ramenés à 5 pour 10 USD).

Retour Paris, Toulouse et voiture jusqu'à Rodez (ce n'est pas le bon jour de semaine pour les retours).

ELEMENTS DE SYNTHÈSE

Le voyage

Le trajet par Dubaï mériterait d'être étudié pour éviter l'arrivée un jeudi soir sur place. Il permettrait peut-être d'éviter l'escale aller à Bakou qui oblige quasiment à dormir dans l'aéroport (question de rapport entre la dépense et le nombre d'heures de sommeil) ; de plus, la moquette de Dubaï airport semble plus épaisse.

Le trajet Kabul Mazar pourrait (selon la saison) être effectué en voiture surtout si l'on doit arriver le jeudi soir ; cela pourrait permettre une économie supplémentaire.

L'hôtel est correct ; penser à choisir des chambres assez hautes de façon à s'éloigner du bruit de la rue et de la musique parfois tonitruante des cérémonies de mariage de l'entresol.

Le Projet Mazar-Rodez

Les équipes de Rodez se sont succédé avec une grande constance dans le propos centré sur l'hygiène et sur les principes de qualité.

Nos collègues afghans ont compris le sens de notre propos (faire différemment avec leurs moyens) mais souhaitent quand même des aides matérielles parmi lesquelles on trouve la réalisation d'un circuit d'eau et la pose de sanitaires dans leur hôpital, la réfection de la salle de réveil, des blocs et bien sûr l'envoi d'une mission en France.

La réalisation de projets intermédiaires comme la confection des pyjamas pour les cleaners constitue d'excellents dérivatifs quand le propos médical bute sur l'absence de moyens financiers. Cela permet indirectement une approche de la société afghane, de découvrir des catégories d'ouvriers hospitaliers méconnus. Ces sous projets doivent aboutir car notre crédibilité doit s'y écorner un peu.

Le plombier (frère du Dr Otak) semble assez mécontent de la disproportion entre la faible taille financière du projet et les hésitations ; d'autres missions sont peut-être moins attentives à leurs dépenses.

L'Anesthésie

Il faut se coordonner avec l'équipe de Lyon, se réapproprié le superbe document déjà traduit en Dari et le fragmenter en plusieurs diaporamas pwpt à transmettre à tout le monde.

Il faudra se renseigner sur les possibilités d'achat dans les pays proches de respirateurs rustiques (sans toutes ces alarmes nécessaires mais trop chères).

La prochaine mission sera plus enseignante avec plus d'outils de démonstration. Il faudra mettre en place la feuille d'anesthésie dès l'arrivée pour arriver à en faire un outil quotidien utile.

Il faudrait pouvoir se procurer localement du Fentanyl (morphinique très classique de l'anesthésie balancée) et du Catapressan pour augmenter la durée des rachis anesthésie. Il faut se renseigner sur les prix au Bazar.

La prochaine mission d'anesthésie devra aussi se pencher sur les urgences nocturnes.

La Chirurgie

Il est important de vérifier que l'ouverture et le nettoyage de la salle dite d'orthopédie permet de travailler sur 2 sites opératoires.

L'orthopédie semble faite ailleurs qu'à l'hôpital : il faudra d'abord comprendre quelles fractures arrivent aux urgences avant de déclencher une mission d'orthopédie.

La chirurgie viscérale permet à elle seule un travail d'évolution en hygiène.

Conclusions

Bien qu'exploratoire, cette mission s'est placée dans une continuité Rodez qui est peut-être plus importante que les avancées concrètes.

L'anesthésie est un élément de sécurité qui peut progresser facilement compte-tenu de la bonne volonté des médecins et infirmiers concernés. Elle nécessitera un faible coût en matériel et des missions régulières. Rester proches des collègues lyonnais pourrait être une démarche didactique et cohérente pour l'ensemble du travail dirigé par l'Ambassade de France.

**Rapport de mission validé le 16 décembre 2004
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**



André Tinet