



**RAPPORT DE MISSION
CH-RODEZ
A L'HOPITAL DE MAZAR-E-CHARIF
8 au 25 juin 2004**

Missionnaires :

Mme Marie-France Huckert (surveillante de bloc)

Dr Pierre Viard (chef du service de chirurgie viscérale et vasculaire)



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Objectifs de mission :

1. Amélioration de l'hygiène et de l'organisation des soins au sein du bloc opératoire.
2. Formation en chirurgie viscérale et vasculaire.
3. Suivi et évaluation de toutes les actions entreprises par les précédentes missions du CH-Rodez.
4. 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.

9 JUIN

Arrivée à Kaboul.

Accueil à l'aérodrome et installation à la Guest House.

Réunion avec Florence Morestin, chargée de mission pour le projet Santé de l'Ambassade, qui nous confie des documents à transmettre au directeur de l'hôpital : la traduction en Dari du rapport de mission Guérin/Delbès et du projet de convention entre nos deux hôpitaux.

Elle confirme le financement des poubelles et des sacs et nous demande de nous assurer auprès de l'artisan de l'avancement des travaux.

Elle nous annonce la décision de l'ambassade de financer les travaux de rénovation des lavabos et des tuyauteries et nous demande de faire réaliser un devis par un artisan.

Elle nous annonce également sa venue prochaine à Mazar et l'intention de l'ambassade d'offrir un bistouri électrique à l'hôpital de MAZAR dont elle demande à Hidayatullah, l'interprète de notre mission, de traduire le mode d'emploi en Dari.

10 JUIN

Arrivée en début d'après midi à Mazar où personne ne nous attend à l'aérodrome. Le Week-end est commencé. Néanmoins le Dr Mirwais, directeur de l'hôpital, et le Dr. Hotak, avertis, viendront nous saluer dans la journée.

12 JUIN

Visite au directeur de l'hôpital à qui nous confirmons notre venue pour voir quelle aide nous pouvons apporter aux chirurgiens dans l'organisation du service et du bloc opératoire ainsi que sur le plan technique. Le directeur nous dit que le service est mal organisé, qu'il y a trop de monde au cours des visites et que les étudiants stagiaires ne peuvent pas apprendre. Il nous annonce un nombre d'interventions de l'ordre de 50 par semaine.

Nous nous rendons au bloc opératoire où l'interprète nous présente aux Docteurs Assad (chef du bloc) et Esmat (chef du service de chirurgie).

Le premier contact est beaucoup moins péjoratif que ne le laissent supposer les précédents rapports.

Il est vrai que Hidayatullah trouve que beaucoup de choses ont changé.

Le bloc se situe au bout du service de chirurgie. Le couloir d'accès est large, balayé, propre. Le hall d'entrée comprend deux vestiaires, très petits (3-4 m²) sans possibilité de se laver les mains mais propres. Il donne sur une salle servant au nettoyage des instruments et des mains des chirurgiens. Elle contient encore une machine à laver et sert à ranger les produits d'entretien : un fond de paquet de poudre pour laver le linge et un bidon de Chlorine (désinfectant) au moment de notre visite.

Au moins un des lavabos fuit et le sol est occupé par une flaque d'eau qui s'évacue par une bonde centrale. Ici également Hidayatullah trouve une amélioration par rapport aux visites précédentes.

Cette salle communique avec le bloc de l'équipe de chirurgiens Indiens d'une part, grande salle vétuste, propre, remplie de matériel moderne, et avec le bloc viscéral des Afghans d'autre part.

Bloc viscéral :

Celui ci est vaste, vétuste.

Le sol est en ciment, les murs peints.

Deux fenêtres siègent sur le mur opposé à la porte, avec moustiquaires et donnant sur la cour.

Le long d'un autre mur se trouve une paillasse en bon état sur laquelle sont rangés les tambours renfermant les champs, les casques et les compresses ainsi qu'une armoire et une étagère de rangement des instruments chirurgicaux.

Au plafond un scialytique hors d'usage.

Deux petits scialytiques mobiles dont un avec deux ampoules grillées sur cinq, alimentés par une rallonge et une prise multiple type chantier traînant par terre.

Deux tables d'opération antédiluviennes avec matelas corrects. Pas d'appuie bras sur une des deux (simple planche glissée sous le patient). Mais possibilité de mettre des jambières rudimentaires.

Deux appareils respiratoires avec ventilation manuelle très abîmés, posés chacun sur un chariot entièrement rouillé mais surmontés d'un saturomètre tout neuf (en fait prêté par les Indiens).

Deux aspirateurs électriques dont un, en panne.

Trois pieds à perfusion.

Six poubelles, containers en plastique.

Nous nous présentons au Dr. QAYOM, jeune chirurgien qui va réaliser une cure de hernie inguinale assisté par un jeune médecin.

Le patient est allongé, habillé, pantalon baissé, chemise relevée, dentier en place.

Le site opératoire est largement rasé, sans éraflures, contrairement à ce qui avait été noté lors de la visite de B. Guérin.

Le chirurgien fait un premier lavage au savon, demande un complément de rasage au pli de l'aîne puis refait un deuxième lavage.

Le patient est perfusé au bras droit, un tensiomètre au bras gauche et le capteur du capnographe à un doigt gauche.

Le lavage des mains du chirurgien et de l'aide se fait sans eau stérile et au pain de savon, très correctement, longtemps et sans fautes.

Le chirurgien s'habille et fait sa table. Les casques et les champs sont dans un état catastrophique (le chirurgien s'en excuse et le chef infirmier du bloc est très gêné) mais servis de façon très professionnelle par l'infirmier.

L'anesthésie n'est démarrée et le patient intubé qu'une fois installés les champs opératoires. Il est à noter que le « technicien d'anesthésie » alterne les gestes corrects et les fautes d'asepsie les plus grossières :

-sonde d'intubation non stérile

-dentier posé sur la table avec le laryngoscope

-ponctions fréquentes du flacon de perfusion

pour prélèvement de liquide, etc...

Marie-France constate la mauvaise utilisation des gants : le cleaner évacue les instruments de la table à mains nues, les pose dans l'évier et met ensuite les gants sans se laver les mains, pour nettoyer les instruments à l'eau claire.

Le chirurgien réalise une hernioraphie, mélange de Bassini et de Shouldice, de façon très correcte, en enseignant son jeune collègue. Les connaissances théoriques sont là et ne manquent que les trucs et astuces apportés par l'expérience ou le contact avec des confrères plus expérimentés.

Par contre, pendant l'intervention il y a un va et vient permanent de personnes dans la salle. Un enfant est amené avec toute une équipe de médecins pour réalisation d'une coloscopie sous anesthésie, ressorti dans des hurlements pendant que l'on rentre un chariot avec un blessé aussitôt ressorti pour faire à nouveau rentrer l'enfant avec un personnel réduit et réaliser la coloscopie et l'ablation d'un polype rectal. Tout le monde touche à tout et ne reste jamais à distance de l'opéré ou de la table d'instruments.

Après l'intervention le matériel est amené dans le champ opératoire à la salle de lavage, trié à mains nues par le cleaner puis brossé à l'eau sans produit désinfectant (il n'y en avait plus), avec des gants mais sans lavage préalable des mains.

Le tri des objets tranchants et coupants n'a pas été fait et la boîte sécurisée n'a pas été employée.

Le linge sale est entreposé sur la machine à laver.

Le Dr. Quayom va ensuite s'occuper du jeune blessé qui avait été rentré puis sorti du bloc lors de l'intervention précédente. Il présente un hémopneumothorax datant semble-t-il de quelques jours. Il dispose d'une radiographie correcte. Un drain sera alors mis sous anesthésie locale dans le vestibule du bloc et sera l'occasion d'une collaboration entre le Dr. Quayom et le Dr. Viard sur la technique de pose. Le Dr. Q. paraît ravi de cette façon de procéder et il lui est proposé de continuer sur ce mode de compagnonnage le lendemain puisqu'il n'y a plus d'intervention programmée pour la journée en cours.

L'après-midi visite au fournisseur de sacs poubelles et au fabricant de poubelles pour faire avancer les travaux. Seules huit poubelles sont commencées mais l'artisan promet de les réaliser dans la semaine, garanties trois ans.

13 JUIN

Après avoir remis à l'adjoint du Dr. Mirvais la traduction du projet de convention et du rapport de la première mission, nous assistons à la visite de chirurgie.

Les constatations sont les mêmes que lors de la précédente mission. La visite n'a pas pour but de discuter des meilleurs choix thérapeutiques pour les patients ni d'en assurer le suivi post opératoire. Il s'agit d'une simple présentation des patients et alors que l'on me demandait mon avis sur une patiente et que je pensais qu'il fallait l'opérer sans attendre, le chef de service a annoncé à tous qu'il était de mon avis sans que cela ne change en pratique leur attitude attentiste ! Contrairement à ce qui avait été noté par les missionnaires précédents tous les participants à la visite sont des praticiens et il n'y a pas d'étudiants.

Les patients sont effectivement répartis en dépit du bon sens alors que le service était nettement sous occupé avec un taux d'occupation estimé à 60%.

L'intérêt des praticiens semble uniquement concentré sur le diagnostic et la technique opératoire sans se soucier du post opératoire.

Il est extrêmement difficile de savoir quelle est l'organisation exacte du service, le circuit du malade ou les fonctions exactes de chacun.

Il semblerait que l'activité opératoire soit nettement inférieure à celle qui nous avait été annoncée par le directeur.

Le circuit des patients opérés par l'équipe indienne est également extrêmement complexe à définir.

Après la visite nous retournons au bloc où a lieu une intervention (cure d'hydrocèle).

Les constatations sont les mêmes que la veille mais permettent de constater que les fautes d'asepsie des infirmiers anesthésistes sont encore pires. Les seringues et aiguilles servent pour deux ou trois malades selon l'anesthésiste lui-même et comme il n'y aura pas d'autre intervention ce jour il est à craindre qu'elles restent en attente jusqu'au lendemain !

Nous constatons que le brancard sur lequel a été drainé le patient de la veille n'a pas été lavé et est recouvert de sang. Le cleaner répondra immédiatement à notre demande de nettoyage et le réalisera de façon extrêmement consciencieuse mais à l'eau puisqu'il ne dispose toujours pas de produits d'entretien (pourtant achetés par la mission précédente en quantités suffisantes pour l'ensemble des services de l'hôpital).

A la sortie du bloc il m'est alors demandé de mettre en place un cathéter sous clavier à une patiente gravement brûlée, cela sera l'occasion de constater à la fois une mauvaise connaissance de la technique de pose et de l'utilisation du matériel de pose, le peu de volonté d'apprentissage du praticien concerné (20 ans d'ancienneté), le non-respect des principes de traitement des déchets pourtant mis au point par la mission précédente et l'absence de boîte sécurisée dans cette chambre alors qu'il y en avait dans quelques chambres lors de la visite.

L'après midi

Réunion informelle avec Florence Morestin pour essayer de préciser les objectifs de notre mission au vu de nos premières impressions.

Le but premier, réorganisation du service de chirurgie, nous paraît irréalisable au cours d'une mission courte qui ne suffira probablement pas à comprendre tous les rouages de ce service. De plus cette réorganisation impliquerait des bouleversements dans la hiérarchie du personnel, de découvrir les personnes réellement motivées et le moyen de leur donner le pouvoir de changer les choses.

En première analyse il nous semble que les personnes les plus motivées sont au bas de l'échelle et les plus jeunes. Une réorganisation risquerait de se heurter à l'opposition des aînés.

Par contre, il nous paraît primordial de commencer par le bloc où règnent encore l'anarchie et l'absence totale d'hygiène.

Nous proposons de n'envisager des actions d'organisation du service de chirurgie, de formation des chirurgiens, ici ou à Rodez, ou le don de matériel que lorsque le minimum déjà exigé pour le bloc par les autres missions sera réalisé.

Le don du bistouri électrique ne nous paraît pas être opportun dans l'état actuel des choses et peut par contre constituer un élément de pression. F.M. en convient et décide de ne pas l'offrir au cours de cette mission.

Nous décidons d'exposer au Dr. Mirwais, au cours de la réunion prévue le lendemain, cet objectif, centré sur le bloc en essayant avant tout d'obtenir la constitution d'une équipe

infirmiers-cleaners spécifiquement attachée au bloc, avec laquelle nous pourrons, au cours de cette mission organiser l'hygiène et le fonctionnement du bloc.

Nous exposons également quelques idées d'aménagement d'une salle (existante et vide) pour installer un autre autoclave (présent sur place mais non installé).

14 JUIN

Réunion avec le Dr. Mirwais en présence de nombreuses autres personnes, le Dr. Mateen (président du comité d'hygiène), le Dr. Hotak, le Dr. Assad (chef du bloc), M. Ghulam Ali (le directeur des soins), M. Abdul Wakil (le chef infirmier du bloc)...

Après une introduction par Florence Morestin, évoquant des problèmes spécifiques (projet de convention avec Rodez, implication du Dr. Mirwaiscf. son propre rapport en annexe), nous évoquons notre désir de consacrer notre mission au bloc opératoire. Nous posons comme première condition la constitution d'une équipe fixe au bloc opératoire, soutenus en cela par le Dr. Mateen et le Dr. Assad en particulier.

Le Dr. Mirwais souligne la difficulté de la chose et charge le Dr. Assad et le directeur des soins de constituer une équipe de 6 infirmiers et 3 cleaners qui sera mise en place le jour même. Nous décidons d'une réunion de travail avec l'équipe dès le lendemain matin.

Le Dr. Mirwais nous redemande de réorganiser le service de chirurgie. Après que je lui ai exposé à nouveau les raisons pour lesquelles cela ne me paraît pas possible pour le moment et qu'en particulier la pléthore de médecins dans ce service rend illusoire tout travail pour l'instant, il nous annonce qu'effectivement la volonté du ministère de la santé est de diminuer le nombre de médecins par service. Je l'assure que la réorganisation du service de chirurgie sera au programme d'une mission future.

Nous faisons part au Dr. Mirwais de notre étonnement devant l'impossibilité du bloc à se faire fournir de la poudre à récuser dont nous connaissons parfaitement l'existence. Il nous assure qu'il va y remédier sur-le-champ !

L'hôpital étant privé d'eau et d'électricité il n'y a pas d'intervention programmée ce jour, nous accompagnons F.M. :

- s'assurer de la bonne mise à disposition par l'hôpital de salles pour des cours prochains de transfusion sanguine

- vérifier le stock de lavabos, wc, éviers inox... entreposé dans l'hôpital (voir inventaire en annexe), qui est en parfait état et permettra d'effectuer les modifications prévues (réhabilitation du système sanitaire de l'hôpital sur financement de l'Ambassade de France)

- visiter la lingerie où rien n'a changé depuis les précédentes missions si ce n'est la présence d'une machine à laver mais sans arrivée de courant ! et où les lingères n'ont toujours pas de gants

- visiter la cuisine, propre qui semble t'il permet de nourrir les malades avec un stock offert par WFP.

Nous irons ensuite revoir le fabricant de poubelles et le fournisseur de sacs, tout devrait être prêt dans la semaine...

15 JUIN

Arrivée au bloc opératoire à 8h. Il n'y a pas d'intervention programmée, il y aura une intervention en urgence (détorsion d'un volvulus du sigmoïde).

Nous organisons une réunion avec le Dr. Assad, le chef infirmier, M. Wakil, et les infirmiers du bloc pour évaluer leur mode de fonctionnement.

6 infirmiers et 3 cleaners travaillent tous les jours, sauf le vendredi, de 7h à 12h.

De 12 h à 7 h il y a un infirmier et un cleaner de garde sur place.

Le vendredi il y a 1 cleaner, 1 infirmier de bloc et 2 I.A.D.E. de garde (1 I.A.D.E. pour le bloc obstétrique).

La garde est prise sur place. Les infirmiers dorment sur deux lits dans leur salle de repos, leur nourriture est assurée grâce aux dons du WFP sinon ils doivent se nourrir par leurs propres moyens ...

Leur travail est constitué par :

- une réunion à 7h pour recenser les malades et les problèmes du bloc, linge, matériel, casses, pannes etc.
- la préparation des compresses
- la composition des boîtes
- la stérilisation du linge et des instruments y compris ceux du bloc obstétrical (l'équipe du bloc central va chercher le matériel à stériliser au bloc obstétrical, puis l'y ramène une fois stérilisé).
- le service en salle lors des interventions
- la surveillance du nettoyage de la salle par les cleaners

L'équipe comprend en plus 6 infirmiers anesthésistes qui assurent les anesthésies sous couvert de l'anesthésiste qui fait les consultations. L'après midi et la nuit 1 infirmier anesthésiste est de garde, 2 le vendredi, leurs conditions d'hébergement sont les mêmes que celles des infirmiers.

L'ensemble de l'équipe manifeste une bonne volonté remarquable et désire voir des changements d'autant plus que certains ont travaillé à l'étranger et connaissent les bonnes pratiques ; ils nous exposent les nombreux obstacles à la réalisation de celles-ci parmi lesquels : -la faiblesse des salaires ne permettant pas de nourrir une famille, de plus versés avec trois mois de retard

- l'absence totale de coopération avec les médecins
- le mépris de ces derniers à leur égard
- la désorganisation complète du travail ne permettant pas de connaître le programme opératoire la veille et même le matin
- les retards quasi permanents des médecins
- la programmation de 2 patients simultanés dans la salle alors que la quantité de travail ne le justifie pas (ce que je confirme)
- la réalisation d'interventions urgentes seulement après les interventions réglées
- l'absence de prémédication des patients qui arrivent la plupart du temps au bloc sur leurs pieds et habillés
- les fautes graves d'hygiène des médecins, jet de compresses souillées à côté de la poubelle, refus de trier les lames et aiguilles en fin d'intervention, etc...

M. Wakil paraît découragé par ces comportements et compte sur notre présence pour faire évoluer la situation. Il est conscient de l'importance des cleaners, c'est pour cela qu'il a changé l'équipe.

M. Wakil et l'équipe sont d'accord, le lendemain, pour une proposition de fiche de description des tâches.

L'étude du registre des interventions permet de constater un écart important entre la réalité et le nombre d'interventions annoncé par le Dr.Mirwais le premier jour (50 interventions par semaine) ; au cours des 16 derniers jours, ont été réalisées 57 interventions soit environ 3,5 par jour dont 17 appendicites (35%) et 8 hernies (14%).

M. Wakil nous montre le registre du bloc : à ce jour, il n'y a toujours pas de poudre à récupérer ni de Dettol (estimation besoin : 200 g/jour).

L'après midi sera consacrée à l'observation et au conseil des infirmiers dans la réalisation du nettoyage des instruments et de la salle d'opération, ainsi qu'à la recherche d'une implantation des autoclaves puisque la salle où ils se situent actuellement sera prochainement transformée en salle d'ORL. Nous proposons le déplacement des lavabos chirurgicaux dans le hall commun aux blocs viscéral, osseux et prochainement ORL afin de libérer de l'espace dans la salle de lavage actuelle pour installer une paillasse où poser les instruments pendant les différentes phases de nettoyage et de décontamination.

16 JUIN

Matin :

Réunion au bloc avec le Dr Assad, M. Wakil et l'équipe I.D.E./cleaners. Dans un premier temps je demande le devenir des champs que nous leur avons offerts (18 kg de champs opératoires, remis en même temps que 7 kg de tulle gras biogaze et 2 écarteurs abdominaux grand gosset). Le Dr. Assad nous dit qu'ils seront confiés au tailleur pour en faire des plus petits puis mis en circulation, il nous assure qu'il veillera personnellement à leur mise en circuit. Il en profite pour nous demander si nous ne pourrions pas lui envoyer des champs et des casques. Je lui réponds que je pense cela possible mais il me semble que ce genre de demande devrait avoir un caractère officiel avec une demande écrite de sa part et de celle du directeur avec désignation d'un responsable local. Il nous fait part de son souhait de voir son bloc équipé de respirateurs neufs ainsi que de moniteurs cardiaques, de saturomètres, d'un bistouri électrique et d'instruments neufs.

M. Wakil nous exprime une certaine difficulté de fonctionnement. Depuis 8 ans qu'il est en poste, le directeur des soins n'est jamais venu au bloc opératoire. Le corps infirmier n'est pas apte à travailler correctement à cause de la rotation du personnel (inconvenient qui devrait être surmonté grâce à la nomination récente d'une équipe fixe pour le bloc), seul le rôle prescrit est assuré, le rôle propre est totalement inexistant. Les I.D.E. ne connaissent pas leur rôle au sein de l'hôpital. Il n'y a aucune évaluation des agents.

M.Wakil souhaite la collaboration médecin –infirmier et échanger sur les problèmes pour faire évoluer le service.

L'équipe indienne a signé un accord pour assurer la formation des I.B.O.D.E. (1^{ère} fois). Elle a formé des médecins et des I.A.D.E.

Marie-France Huckert expose aux infirmiers leurs différentes tâches et leur propose la réalisation de fiches pour pouvoir les consulter après notre départ (voir en annexe les fiches de description des tâches des infirmiers et cleaners). Cela est l'occasion d'échanges sur l'organisation du travail. L'équipe renouvelle ses reproches quant au manque d'organisation des médecins et à l'absence de programmation.

Les fiches sont approuvées par l'équipe. Nous leur proposons de les faire traduire par Hidayatullah et de les plastifier.

En fin de matinée nous assistons au CHD (comité d'hygiène) où nous disons que malgré des améliorations sur le plan de l'hygiène il reste encore un travail considérable à effectuer, que l'hygiène ne me paraît pas être une préoccupation des chirurgiens, que ces derniers s'intéressent au diagnostic et aux problèmes techniques, domaines dans lesquels ils ne sont pas mauvais, mais qu'ils gâchent tout en travaillant sans se soucier de l'asepsie. Cela empêche tout progrès et rend inutile un apprentissage de techniques plus modernes. Il leur est expliqué que le don du bistouri électrique ne sera pas fait car son entretien et sa stérilisation ne pourront pas être assurés dans de bonnes conditions actuellement. Il s'en suit un échange assez vif de propos plus ou moins gentils entre les membres du CHD, le Dr. Mateen explique à ses confrères qu'en effet il a honte du manque d'intérêt de ses confrères pour l'hygiène, en particulier de la part des chirurgiens, et leur fait bien sentir que cela a coûté à l'hôpital de Mazar un équipement moderne.

Après midi

Nous accompagnons le plombier pour la réalisation du devis d'équipement des services en lavabos, éviers, douches et wc en présence du Dr. Mateen et d'autres membres du CHD, dans les services relevés par la mission précédente. A cette occasion nous notons que la visite du service de pédiatrie permet de constater que les sanitaires, refaits par le même plombier il y a 6 mois, sont déjà dégradés et présentent des fuites, ce qui pose le problème du suivi si les travaux sont réalisés et nécessite peut être l'exigence de la désignation d'un responsable de ces équipements.

17 JUIN

Fin de la visite avec le plombier dans les services qui étaient fermés la veille :

- infectiologie
- banque du sang
- buanderie
- dépôt mortuaire
- laboratoires

(Voir la liste des travaux demandés en annexe).

Nous nous rendons ensuite au bloc, jour de grand nettoyage. L'équipe a déjà effectué un travail de nettoyage considérable. La petite salle où doit être aménagé le bloc ORL a été complètement débarrassée et nettoyée de fond en comble, les autoclaves ont été mis dans la salle de lavage à la place de la machine à laver qui a elle-même été installée dans les toilettes nettoyées à fond.

Nous consacrons le reste de la matinée à effectuer avec le personnel le nettoyage complet du bloc viscéral. Le matériel cassé est évacué de la salle et nous apprenons aux infirmiers à effectuer le nettoyage des appareils et du local de façon rationnelle du plus propre au plus sale.

Le personnel fait preuve d'une remarquable volonté d'apprendre, assimile avec rapidité et signale à la fin qu'il souhaiterait évacuer le bloc de tout son contenu pour pouvoir nettoyer le plafond d'où tombe beaucoup de poussière, preuve qu'ils ont complètement assimilé les principes du nettoyage.

19 JUIN

Matinée passée dans le service de chirurgie. Nous assistons tout d'abord à la visite, ce qui confirme les impressions précédentes :

- trop de monde
- pas de présence infirmière
- débats essentiellement théoriques ne débouchant sur aucune conséquence thérapeutique
- aucune volonté de changer dans les habitudes ou les thérapeutiques apprises dans des livres probablement anciens

Marie-France demande aux I.D.E. de ramasser les aiguilles et les seringues sous les lits, dans les tables de nuit, pour les mettre dans les boîtes sécurisées.

Nous poursuivons le travail au bloc opératoire. Les efforts du personnel pour maintenir la salle propre se poursuivent même si quelques papiers et compresses traînent encore par terre.

J'assiste un jeune chirurgien dans la réalisation d'un geste relativement simple, occasion de mettre en pratique les gestes de base d'asepsie et d'hygiène. Il manifeste une bonne volonté certaine au contraire de ses aînés.

Marie-France constate que les aiguilles et lames de bistouris sont mélangées aux instruments venant du bloc indien. Elle en fait la remarque au chirurgien.

Nous assurerons ensuite la livraison des sacs poubelle à l'aide d'un véhicule fourni par l'hôpital. Les sacs sont remis au directeur des soins.

20 JUIN

Nous assurons la livraison des poubelles. Elles sont prises en charge par le directeur des soins qui va faire la liste des besoins et les répartir dans les différents services (voir inventaire en annexe). Nous lui apprenons à mettre en place les sacs dans les poubelles puis à les fermer lorsqu'ils sont pleins.

Nous passerons le reste du temps au bloc opératoire.

Il y a toujours des problèmes de propreté.

Le chef infirmier tente de mettre un peu d'ordre dans la programmation des interventions et oppose un refus aux praticiens qui, comme d'habitude, arrivent avec les patients non programmés qu'ils désirent opérer.

Nous assistons à une intervention plus complexe (extraction de lithiases rénales et urétérales dans le même temps), réalisée par quatre praticiens dont le chef de service. Les lacunes sont énormes surtout de la part des plus expérimentés :

- mépris total des règles élémentaires d'asepsie
- masques ne couvrant pas le nez
- chirurgien transpirant abondamment dans la plaie opératoire et s'essuyant du revers de la manche
- méconnaissance complète des gestes de base
- dissection à l'aveugle sans notions anatomiques
- les chirurgiens « naviguent à vue » pendant toute l'intervention
- une fois l'extraction des lithiases effectuée les plus âgés quittent le bloc sans souci de notre avis

Le chemin pour arriver à de bonnes pratiques paraît long et plein d'embûches !!!

Nous pratiquons le tri sélectif avec l'équipe. Marie-France recommande aux cleaners de ne pas poser le linge sale n'importe où, mais de le poser soit dans un container plastique rouge, soit directement dans la machine à laver.

21 JUIN

Nous observons une utilisation importante d'antibiothérapie (peut-être justifiée par les conditions rudimentaires de la prise en charge de l'opéré : hygiène, désinfection inexistante, matériel stérilisé avec un « autoclave flach », pas de maintien de l'état stérile, pas de container pour les instruments, tambour trop grand pour l'autoclave).

Nouvelle journée passée au bloc, plusieurs opérations importantes ont lieu ce jour, menées simultanément sur les deux tables. Cela permet de voir travailler d'autres équipes et de confirmer les impressions précédentes. Toutefois les chirurgiens se montrent de plus en plus réceptifs à nos remarques et commencent à porter à l'hygiène et à l'asepsie une attention inhabituelle, tout espoir n'est pas perdu !

Mlle Huckert continue à former le personnel (comment amener le matériel et le linge en fin d'intervention, ménage entre 2 opérations, nettoyage du matériel) avec lequel le contact est excellent et les progrès évidents.

Nous constatons alors la présence d'un chirurgien coréen, envoyé par IAM (International Assistance Mission) pour deux ans avec son épouse elle-même chirurgien. Il a bénéficié d'un apprentissage de la langue persane à Kaboul pendant six mois. Il passe deux jours par semaine à l'hôpital civil et une matinée à l'hôpital militaire. Sa façon de procéder est un peu identique à celle des indiens, il se concentre sur la technique, présent depuis deux mois il admet avoir constaté la saleté du bloc et les fautes d'asepsie en arrivant mais il s'y est fait ! Il opère avec les Afghans mais ceux-ci lui confient facilement les patients et s'en vont, ce qui est d'un intérêt pédagogique limité. Pour notre part nous restons fermes sur notre position qui consiste à ne rien faire à la place des afghans mais à les accompagner dans leurs interventions pour qu'ils mettent en pratique ce que nous leur disons. En ce qui me concerne, je m'habille avec eux, les aide et les conseille mais refuse d'opérer à leur place.

Nous observons la nécessité d'un système de climatisation fonctionnel.

22 JUIN

Après la visite dans le service de chirurgie nous réunissons les chirurgiens avec le Dr. Esmat pour faire le bilan de la mission. Bien sûr la privation du bistouri électrique est évoquée mais ils admettent très bien notre attitude consistant à les amener à améliorer leurs pratiques avec les moyens dont ils disposent. Ils conviennent avec nous des changements réalisés au cours de cette mission et en particulier de la propreté du bloc. Ils admettent volontiers qu'ils ont des lacunes en matière d'hygiène, qu'ils vont faire des efforts et que dans ce contexte la fourniture de linge neuf et de casques pour le bloc est plus importante que l'acquisition de matériel dont d'ailleurs ils ne font pas bon usage ainsi que je l'ai constaté lorsqu'ils utilisent du matériel prêté par les Indiens. Ils sont dans l'ensemble satisfaits de notre séjour qu'ils souhaiteraient plus long et souhaitent poursuivre la coopération avec l'hôpital de Rodez.

Nous retournerons ensuite au bloc comme à notre habitude pour les aider à réaliser plusieurs interventions dont certaines en urgence et poursuivre l'apprentissage des gestes chirurgicaux basiques.

Cela nous permettra de mettre en évidence deux autres problèmes. D'une part une coupure d'eau pendant le lavage des mains prouve l'importance d'améliorer le réseau. D'autre part, il règne dans le bloc une chaleur étouffante due à la panne du climatiseur, source d'une sudation importante des opérateurs qui ont un mal fou à ne pas souiller le champ opératoire. Le bloc, ne pouvant disposer d'un ventilateur, se retrouve être la salle la plus chaude de tout l'hôpital et l'installation d'un climatiseur nous paraît être une priorité.

Nous demandons le listing des affectations des poubelles par service au directeur des soins qui émet le souhait d'avoir des tenues professionnelles pour les cleaners (effectif de 30 hommes et 30 femmes).

23 JUIN

Marie-France continue la formation côté I.D.E. et cleaners (rappel de bien dissocier le « propre » du « sale »).

Mise en place des sacs poubelles dans les poubelles rouges déjà présentes dans le bloc en supprimant les couvercles.

Les 2 poubelles inox financées par l'Ambassade et installées par le CH Rodez depuis quelques jours ont été nettoyées et sont parfaitement propres.

Le matériel stérile n'est plus posé à même le sol. Le linge sale est déposé dans un container.

Travail au bloc

↳ Le Dr Viard continue l'accompagnement des chirurgiens dans les bonnes pratiques chirurgicales (utilisation des écarteurs, dissection aux ciseaux et pinces à disséquer, moins de doigts dans le champ opératoire).

↳ M. Wakil s'engage à mettre à l'affichage les fiches plastifiées concernant les tâches des infirmiers et cleaners ; il souhaite faire commencer le programme opératoire à 8 h 00 et ne plus avoir 2 opérés en même temps dans la salle.

Il s'engage à faire doucher les patients avant de rentrer en salle d'opération et à soutenir le travail effectué pendant cette mission.

Il nous demande comment il pourrait avoir des pyjamas pour les opérés.

↳ Marie-France constate que toute l'équipe a compris l'importance des changements qui ont été amenés dans le service et est demandeuse de correction.

Hélas, il faut partir !!!

11 h 00 : réunion du Comité d'Hygiène et de Discipline : décision sur l'évacuation des déchets (incinération ou évacuation par le service municipal).

Le Dr Viard signale le non-fonctionnement du climatiseur du bloc. Le Dr Mirwais n'était pas au courant.

24 JUIN

Rencontre à Kaboul avec le Dr Hakim Aziz, responsable des hôpitaux au sein du Ministère de la Santé.

Les missionnaires font un compte-rendu du travail mené au cours de leur séjour à l'hôpital de Mazar. Le Dr Hakim Aziz salue la pertinence des thèmes de travail retenus : amélioration de l'hygiène et organisation des soins. Il souligne en particulier l'importance du travail des infirmiers, trop peu valorisé en Afghanistan par rapport à celui des médecins, et la nécessité de le réhabiliter. Il remercie les acteurs de cette coopération et souhaite qu'elle se poursuive.

CONCLUSION DE LA MISSION DU 8 AU 25 JUIN 2004 A MAZAR

La mission, recentrée prioritairement sur le bloc opératoire, aura permis essentiellement de :

- ↪ faire nommer une équipe soignante fixe de 6 infirmiers et 3 cleaners
- ↪ les former à l'hygiène et à l'asepsie
- ↪ leur faire nettoyer le bloc et de le débarrasser de tout le matériel hors d'usage ou inutile
- ↪ définir les fonctions de chacun avec création de fiches de postes en dari, ainsi que le protocole de nettoyage de la salle d'opération entre 2 interventions
- ↪ réaménager les locaux, notamment en séparant le circuit du linge sale et la stérilisation des instruments.

Avec l'équipe de chirurgiens, la mission a permis de :

- ↪ mieux comprendre leur mode de fonctionnement
- ↪ constater que leur problème majeur n'est pas d'ordre technique, qu'ils maîtrisent correctement, compte tenu du contexte, mais se situe au niveau de l'organisation du service et du rôle du chirurgien
- ↪ commencer à leur faire prendre conscience que le geste technique, auquel ils limitent leur rôle, devait être intégré dans un tout, centré sur le malade, au sein duquel l'asepsie et l'hygiène jouent un rôle fondamental qu'ils doivent prendre en charge, sans s'en décharger systématiquement sur les infirmiers
- ↪ leur donner quelques pistes d'amélioration de leur mode de fonctionnement : programmation des patients, au moins la veille, réalisation des interventions les unes après les autres et non pas simultanément, passage de la durée de la journée opératoire de 2 heures à 5 heures (en commençant à opérer à 8 h 00)
- ↪ essayer de les impliquer davantage dans la gestion du service, leurs rapports avec la direction étant actuellement nuls (par exemple, aucun des 35 chirurgiens n'a signalé la panne du climatiseur du bloc)
- ↪ commencer à ébaucher des pistes de prise en charge du pré opératoire
- ↪ les accompagner lors des interventions pour mettre en pratique les consignes d'asepsie et commencer à parfaire leur formation technique.

La mission a permis, par ailleurs, de poursuivre le travail de la mission précédente :

- ↪ acquisition de poubelles et de sacs, ainsi que leur mise en place ; mais le problème, en aval, de l'élimination des déchets reste entier
- ↪ réalisation d'un devis de plomberie pour équiper l'hôpital en sanitaires.

Propositions pour l'avenir

Au niveau du bloc opératoire :

- ↳ la formation à l'hygiène devra, à notre avis, être poursuivie longtemps et devra se poursuivre avec les infirmiers anesthésistes qui continuent à faire des fautes grossières et à utiliser le même matériel pour plusieurs patients, parfois pendant plusieurs jours. Pour être efficace, elle devra continuer à impliquer les chirurgiens, sinon le personnel du bloc risque de se décourager et de revenir aux pratiques antérieures.
- ↳ le problème majeur nous semble être celui du linge, des champs opératoires et des casaques qui sont hors d'usage, ainsi que de leur nettoyage. Le CH de Rodez étant passé à l'usage unique, pourrait fournir tout son ancien stock de linge inutilisé si une solution de transport peut être trouvée. La fourniture d'une machine à laver et de son alimentation électrique serait l'idéal pour pouvoir nettoyer le linge à chaud en particulier l'hiver.

Au niveau du service :

- ↳ nous nous proposons d'entretenir une correspondance avec les praticiens du service pour leur rappeler les pistes évoquées avec eux, afin de mieux organiser et augmenter leur sensibilisation aux problèmes d'hygiène et d'asepsie, conditionnant la venue de praticiens à l'Hôpital de Rodez pour des formations.
- ↳ la mission suivante, axée sur l'anesthésie, devra, à notre avis, insister sur la prise en charge de l'opéré en pré-opératoire. S'il ne paraît pas possible, dans les conditions actuelles, d'amener les patients au bloc comme en Occident, ceux-ci devraient, à notre avis, pouvoir bénéficier d'une douche avant d'entrer en salle et d'une prémédication, ce qui pourrait être réalisé à moyens constants.
- ↳ La mission suivante devra également s'assurer que la définition d'un programme opératoire a bien été mise en place, de même que le début des interventions a été avancé, permettant d'opérer les patients les uns après les autres de 8 h 00 à 13 h 00.
- ↳ enfin, il nous paraît important qu'elle continue à impliquer les chirurgiens dans la gestion du service et du matériel.

ANNEXE 1 : DESCRIPTION DES TÂCHES DES INFIRMIERS DU BLOC

- En entrant dans le service :
 - Lavage des mains
 - Nettoyage du matériel avec un chiffon humide pour dépoussiérage, (scialytique, table d'opération, tables d'instruments, aspirateur)
 - Contrôle du matériel (scialytiques, table d'opération, aspirateur)
 - Préparation des matériels d'opération (instruments chirurgicaux, gants, vêtements, compresses, fils, drains...)
 - Installation du malade sur la table d'opération avec l'aide du médecin et de l'anesthésiste
 - Rasage de la zone à opérer
 - Désinfection de la peau à l'aide d'antiseptique
 - Lavage des mains avant d'habiller le chirurgien et de manipuler les instruments stérilisés
 - Réglage de la lumière du bloc
 - Préparation de tous les instruments dont le chirurgien aura besoin
 - Participation à la réalisation des pansements
 - Aider à mettre le patient sur le brancard
 - Transfert du patient
 - Participation au rangement des champs et des instruments chirurgicaux (après le rangement des aiguilles et des lames dans les « safety boxes ») (participation aux tâches des agents d'entretien)
 - Participation au nettoyage des tables, des dispositifs de respiration, et des instruments, après chaque opération
 - Préparation de l'opération suivante

- A la fin du programme des interventions de la journée :
 - Rangement et préparation des boîtes chirurgicales
 - Préparation des éléments à stériliser (compresses, linges...)
 - Vérification de la propreté du bloc
 - Stérilisation du matériel
 - Contrôle du bon fonctionnement de l'autoclave

ANNEXE 2 : DESCRIPTION DES TÂCHES DES AGENTS D'ENTRETIEN

- En entrant dans le service :
 - Avant la première opération : nettoyage de la table d'opération, de l'aspirateur, des scialytiques et autres matériels avec un chiffon humide
 - Nettoyage du sol
 - Après l'opération : récupérer les aiguilles et lames usagées et les mettre dans les safety boxes ; mettre les autres déchets à la poubelle
 - Bien fermer les sacs poubelles
 - Mettre les instruments chirurgicaux dans une solution antiseptique pendant une vingtaine de minutes, puis les nettoyer à la brosse
 - Bien rincer les instruments
 - Bien les sécher

- Après chaque opération :

Bien nettoyer la table des instruments chirurgicaux, la table de l'aspirateur, le respirateur et ses accessoires, les poubelles

- A la fin du programme d'interventions de la journée :
 - Nettoyage des dispositifs du bloc en respectant l'ordre suivant :
 - 1- les murs
 - 2- les lampes électriques et autres
 - 3- La table des instruments et les autres tables
 - 4- Le respirateur et ses ustensiles
 - 5- L'aspirateur électrique
 - 6- Les poubelles
 - 7- Le sol et les portes du bloc

- Dans la salle de stérilisation : laver les paillasses, les lavabos, les robinets, les faïences et le sol.

ANNEXE 3 : REUNIONS AVEC LE DR MIRWAIS

Rédacteur : Florence Morestin

POINT SUR LA COOPERATION AVEC L'HOPITAL DE MAZAR COMPTE-RENDU DE REUNIONS AVEC LE DIRECTEUR DE L'HOPITAL

Réunion à l'hôpital de Mazar - 14 juin 2004

Participants :

Dr Mirwais, directeur de l'hôpital de Mazar

Florence Morestin, chargée de mission Projet santé, Ambassade de France

Dr Viard, chef du service de chirurgie viscérale et vasculaire, CH Rodez

Mme Marie-France Huckert, surveillante de bloc, CH Rodez

M. Hidayatullah Din Mohammad, interprète CH Rodez

Plusieurs autres représentants de l'hôpital, dont le vice-directeur, le directeur des soins, le directeur du Comité d'hygiène... assistent à certains moments de la réunion.

L'Ambassade rappelle qu'un projet de convention de coopération, agréé à ce stade par le CH Rodez et l'Ambassade, a été proposé pour commentaires à la direction de l'hôpital de Mazar. Cette convention permettra de formaliser et d'inscrire dans la durée la coopération entreprise entre les deux hôpitaux. Toutefois, cela exige un engagement concret de la direction de l'hôpital de Mazar, afin d'assurer que le travail impulsé pendant les missions du CH Rodez est relayé dans la durée par le personnel de l'hôpital.

Dans ce contexte, les points suivants sont abordés au cours de la réunion :

➤ Organisation des soins :

Différentes recommandations ont été faites par les missions successives du CH Rodez. Ce thème étant sensible (craintes de remise en cause des statuts de la part de certaines fractions du personnel...), des évolutions indispensables ne peuvent être entreprises sans une implication forte de la part du directeur.

Le Dr Viard pose en particulier la question du personnel infirmier et d'entretien au bloc opératoire. Actuellement, ces catégories de personnel effectuent des rotations régulières au sein des différents services de l'hôpital. Or le bloc exige des compétences spécifiques et donc des équipes fixes. Le Dr Mirwais approuve (tout en soulignant que le principe de rotation ne peut être abandonné sur l'ensemble de l'hôpital : les infirmiers y tiennent car certains services demandent un travail plus lourd que d'autres). Le Dr Viard demande alors qu'une décision soit prise au plus vite en ce qui concerne le bloc, sans quoi le travail de la mission actuelle du CH-Rodez restera sans effets. Les missionnaires et quelques responsables présents (responsable du bloc, directeur du comité d'hygiène, directeur des soins...) décident, sur la base du niveau d'activité du bloc (y compris les gardes), que 6 infirmiers et 3 agents d'entretien doivent y être affectés. Dès la fin de la réunion circule une liste des infirmiers

pressentis (dont le savoir-faire au bloc a été repéré lors de précédentes rotations), et on nous annonce leur réaffectation immédiate de leurs services actuels vers le bloc.

Le Dr Mirwais demande à la mission de se pencher sur l'organisation des soins dans le service de chirurgie, relevée par les missions précédentes comme un point à travailler. Toutefois, le principal problème d'organisation tient au nombre pléthorique de chirurgiens travaillant dans ce service (une trentaine) et il semble difficile à l'équipe du CH Rodez d'entamer dans ces conditions un travail de réorganisation, qui la détournerait d'objectifs concrets qui peuvent être atteints au bloc au cours de la mission. Le Dr Mirwais acquiesce et explique que le MOH a demandé à tous les hôpitaux de réduire leurs effectifs, en particulier médicaux, pour les mettre en cohérence avec le niveau d'activité. Tous s'accordent pour dire qu'un travail de réorganisation des soins au sein du service de chirurgie sera bien plus efficace en étant entrepris une fois cette restructuration effectuée.

➤ Hygiène :

La mission a constaté un niveau technique relativement bon des chirurgiens, mais de multiples fautes d'asepsie de la part de l'ensemble de l'équipe du bloc. Elle exprime la nécessité de travailler en priorité sur l'hygiène dans le bloc. Les deux missions suivantes du CH Rodez (anesthésie et chirurgie orthopédique), à l'automne, poursuivront ce travail. Il est indispensable d'avancer dans ce sens avant de commencer une coopération sur les techniques chirurgicales en elles-mêmes. A ce sujet, il est confirmé au Dr Mirwais que l'Ambassade a réservé des financements pour du matériel chirurgical ; le don de ce matériel sera effectué lorsque la situation en matière d'hygiène sera moins critique. Le Dr Mirwais approuve cette démarche progressive.

Le Dr Viard rappelle que l'ensemble de l'équipe du bloc, y compris les chirurgiens, doit s'impliquer pour que l'hygiène s'améliore. Il est également nécessaire de bien définir le rôle de chacun, et notamment le partage du travail entre infirmiers et agents d'entretien (qui assurent en fait des fonctions proches de celles d'aides soignants) ; la mission va travailler en particulier sur ce point.

Le Comité d'hygiène continue à se réunir de manière hebdomadaire. Le Dr Mirwais cite diverses propositions du Comité : instaurer une réunion hebdomadaire des chefs infirmiers ; attribuer aux chefs de service la responsabilité de l'hygiène dans leurs services respectifs ; expliquer aux médecins de 2^e catégorie quel est leur rôle en matière d'hygiène, notamment par rapport aux infirmiers ; faire récupérer les dossiers médicaux par les chefs infirmiers après la visite hebdomadaire pour qu'ils soient rangés dans les salles de soins ; numéroter les salles et les lits... Il apparaît donc que le Comité d'hygiène prend surtout des initiatives en matière d'organisation des soins. Cependant des mesures ponctuelles en matière d'hygiène, décidées par le Comité, sont également citées : rappel à l'ordre pour nettoyage de la cuisine de l'hôpital, suivi renforcé de deux agents d'entretien jugés peu efficaces...

A la question « qui est responsable de l'application de ces mesures ? », le Dr Mirwais répond qu'il s'agit du directeur des soins infirmiers, M. Ghulam Ali. L'Ambassade fait remarquer qu'il s'agit d'une lourde responsabilité et qu'il revient au Dr Mirwais de le soutenir suffisamment pour qu'il soit légitime auprès de l'ensemble du personnel.

Le Dr Mirwais acquiesce en ajoutant que le directeur des soins a également besoin de matériel pour faire appliquer les décisions en matière d'hygiène. Cela nous permet de rebondir sur deux points :

- Le Dr Viard et Mme Huckert ont observé que les agents d'entretien ne disposent pas des produits adaptés pour le nettoyage du bloc, alors que la mission Pham-Gardé a procédé à l'achat de ce matériel pour l'ensemble de l'hôpital il y a deux semaines. Le directeur des soins, responsable de la gestion de ces produits, est rappelé à l'ordre par le Dr Mirwais.
- L'existence de stocks de savon dans l'hôpital, mentionnée lors de la précédente mission Rodez, est confirmée par le Dr Mirwais : ces stocks sont sous la responsabilité des services administratifs de l'hôpital ; en cas de besoin, le directeur des soins leur en fait la demande puis il distribue lui-même les savonnettes dans les services. Là aussi, il est demandé que la situation (stocks existants mais absence de savon dans les services) soit rétablie.

La participation des missionnaires à la prochaine réunion du Comité d'hygiène est annoncée.

➤ Points d'eau dans l'hôpital :

L'Ambassade propose au Dr Mirwais la démarche suivante :

- la mission actuelle complète les propositions du Dr Pham et de Mme Gardé en matière de réfection ou installation de points d'eau dans l'hôpital (notamment en ce qui concerne le bloc et le service de chirurgie) ;
- plusieurs devis sont réalisés par des artisans locaux avec les missionnaires ;
- sur examen des devis, l'Ambassade décide du lancement et du financement des travaux ;
- le Dr Mirwais se porte garant de la qualité de travaux, qu'il suivra en l'absence des représentants du CH Rodez et de l'Ambassade.

Le Dr Mirwais accepte, propose de mobiliser plusieurs artisans ; un premier, membre de la famille d'un des praticiens de l'hôpital, est immédiatement identifié.

Le Dr Mirwais confirme la présence, stockés dans l'hôpital, de sanitaires donnés l'an dernier par le MOH. Après la réunion, une visite sur le site nous fait découvrir du matériel (lavabos, éviers, WC, robinetterie...) d'excellente qualité et en quantités conséquentes. Une copie de l'inventaire détaillé est demandée aux services administratifs et promise pour le lendemain.

Les devis établis par les artisans doivent bien évidemment tenir compte du matériel déjà disponible sur place.

➤ Initiatives privées en faveur de l'hôpital :

Au cours de la réunion, le Dr Mirwais mentionne plusieurs de ces initiatives : un commerçant de Mazar va financer le goudronnage des allées de l'hôpital ; un bâtiment à plusieurs étages est en cours de construction (fondations), sur fonds privés, et abritera notamment les stocks de médicaments et la direction de l'hôpital ; le Dr Mirwais a acheté sur ses propres fonds une machine à laver pour la lingerie de l'hôpital (nous l'avons vue sur place ; mais pas d'installation électrique fiable dans le local) ; il a également réussi à lever des fonds pour réparer des fuites d'eau dans le service de gynécologie.

Au bout de trois heures de discussion, la réunion s'achève. Le Dr Mirwais n'ayant pas encore eu le temps de bien examiner le contenu du projet de convention de coopération inter

hospitalière Rodez-Mazar, il est convenu que nous aurons une seconde réunion quelques jours plus tard à Kaboul.

* * *

Réunion dans les locaux du Projet santé de l'Ambassade - 16 juin 2004

Participants :

Dr Mirwais, directeur de l'hôpital de Mazar

Florence Morestin, chargée de mission Projet santé, Ambassade de France

Dr Latif, interprète-assistant Projet santé, Ambassade de France

La réunion a pour but de clarifier avec le Dr Mirwais le contenu du projet de convention de coopération inter hospitalière Rodez-Mazar.

Il se fait préciser plusieurs points, et notamment l'esprit du texte, volontairement général afin de permettre une mise en œuvre flexible. A la lumière de ces explications, il approuve le texte en l'état, demandant seulement un changement mineur : que la notion de « capacity building » en matière de management hospitalier soit introduite. A l'article 1, parmi les thèmes de coopération, l'expression « management hospitalier » est donc remplacée par « renforcement des capacités en matière de management hospitalier ». Par ailleurs son nom complet est porté sur la convention (Dr Mirwais Rabi).

L'Ambassade explique que le projet de convention va maintenant être transmis au MOH pour commentaires. Une fois validé par toutes les parties, il pourra être signé.

Le Dr Mirwais exprime le souhait qu'une délégation de l'hôpital de Mazar se rende à Rodez pour quelques jours. Dans le principe, l'Ambassade est d'accord pour soutenir ce type de visite officielle qui aide à nouer les liens et à renforcer les engagements de part et d'autre. Cela doit être organisé avec le CH Rodez, notamment avec les personnes ayant déjà travaillé à l'hôpital de Mazar, qui seront consultées pour le choix des quelques représentants de l'hôpital qui, à part le Dr Mirwais, pourraient composer cette délégation.

Enfin, l'Ambassade demande au Dr Mirwais qu'une petite salle soit réservée aux missionnaires de Rodez au sein de l'hôpital de Mazar.

Une fois cette salle identifiée, l'Ambassade en complètera éventuellement l'aménagement (mobilier etc.) afin de permettre aux experts en mission de disposer d'un véritable espace de travail. Le Dr Mirwais est d'accord même s'il précise que ce sera difficile, l'hôpital manquant de salles inutilisées.

* * *

**ANNEXE 4 : INVENTAIRE DE LA DISTRIBUTION DE POUBELLES
PAR SERVICE**

Nom du service	Nombre de poubelles	Responsable
Réanimation (homme)	2	Jamaludin
Salle d'accouchement	6	Attifa
Salle de stérilisation (chirurgie)	2	Ghulam Sakhi
Chirurgie (homme)	3	Hussain
Neuropsychiatrie	1	Noor ulhaq
Chirurgie (femme)	6	Mahtab et Sârâ
Médecine Interne (femme)	4	Shah Bibi
Médecine Interne (homme)	5	Aalam
Urgences	2	Shariq
Banque du sang	1	Abdul hai
Bloc opératoire (homme)	7	Mohammad sakhi
Laboratoire	2	Aalam et Hussain
Stomatologie	1	Sitara
Salle infirmiers (chirurgie hommes)	1	Abdul samad
Pédiatrie	4	Shana gul
Enfants dénutris	2	Shukria
Salle de soins (gynécologie)	1	Attifa
Cuisine	1	Razaq
Radiologie	1	Esmat
Infectiologie	2	Homayoun
Clinique (chirurgie)	1	Alam shah
Echographie	1	Sitara
Endoscopie	1	
Bloc (gynéco-obstétrique)	4	Koko gul
Pharmacie	1	Shakir
Service tuberculeux	1	Dost mohammad
Salle infirmiers (chirurgie femmes)	1	Sârâ
Salle médecins (Médecine Interne)	1	Hakim
Bloc ORL	1	Hakim
Couloir (Médecine Interne)	3	Nooruldin
Couloir (Pédiatrie)	1	Nadia gul
Couloir (Chirurgie)	3	Abdul samad
Couloir (Gynécologie)	1	Tahira

ANNEXE 5 : REFECTION ET INSTALLATION DE SANITAIRES DANS L'HOPITAL – TRAVAUX DEMANDES

Chirurgie

Coté hommes

ICU	1 lavabo
Toilettes	2 lavabos, 2 wc, 1 douche, réfection du sol
Chambres	4 lavabos
Salle de détente des infirmiers	1 lavabo
Salle de détente des médecins	1 lavabo
Salle de soins	1 évier inox
Toilettes médecins	1 lavabo + 1 robinet pour nettoyage des bassins et cloison entre douche et wc
Couloir	1 lavabo
Chambre de psychiatrie	1 lavabo
Salle des cleaners	1 lavabo

Coté femmes

Chambres	6 lavabos
Toilettes	2 lavabos, 1 douche, 3 wc
Salle des médecins	réfection des 2 lavabos

Bloc opératoire

Entrée	2 lavabos
Toilettes	1 lavabo, 1wc, 1 douche
Salle de stérilisation	1 évier inox, 1lavabo
Détente	1 lavabo

Service des enfants dénutris

1 lavabo, 1 douche, 1 wc

Urgences

Remplacer le lavabo par 1 évier inox

1 lavabo dans la deuxième salle

Pédiatrie

Souhait du CHD de rajouter 1 lavabo par chambre (2)

Gynécologie

Déjà équipée et propre

Service d'infectiologie

Chambres	3 lavabos
Toilettes	1 lavabo, 1 wc
Détente	1 évier inox

Laboratoires

Déjà équipés

Banque du sang

Projet Agence Française de Développement

Dépôt mortuaire

1 lavabo, 1 robinet d'arrosage, 1 fosse septique car dépôt en sous-sol

Lingerie

1 prise d'eau pour machine à laver, en fait, il faudrait tout refaire du sol au plafond

Extérieurs

Le CHD souhaiterait l'installation de 4 robinets extérieurs pour nettoyer les allées qui vont être goudronnées.

ANNEXE 6 : INVENTAIRE DES SANITAIRES NEUFS STOCKES DANS L'HÔPITAL

Type de matériel	Quantité
Siphons	48
Petits joints	100
Lavabos	50
Valves pour lavabo	4
Robinets	70
Pommeaux douche	80
Lunettes WC	42
Mitigeurs pour douche	19
Eviers inox	20
Valves ½ inch	6
Robinets pour lavabos	20
Joints siphon	32
Mitigeurs pour lavabos	77
WC à la turque (complets)	44
Valves pour lavabo	14
Robinets mitigeurs	24
Robinets nickel	10
Coudes	47
Joints pour canalisations	65
Urinoirs pour hommes	40
Tuyaux métalliques pour douche	15
Coudes 1 inch	13

Rapport de mission validé le 22 septembre 2004
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -

