



RAPPORT DE MISSION DU CH-RODEZ A L'HÔPITAL DE MAZAR-E-CHARIF

19 avril au 8 mai 2005

**Madame Marie-France Huckert
Surveillante de bloc**

**Docteur Pierre Viard
Chirurgien viscéral et vasculaire**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

19 Avril – 22 Avril

Voyage Rodez –Dubai – Kaboul – Mazar e Sharif

A Kaboul rappel des objectifs de la mission :

Acquisition et livraison d'un ordinateur pour le bureau du directeur des soins
Mr.Ghulam Ali
Faire réaliser la connexion internet à l'hôpital
S'assurer des dates du voyage à Rodez des représentants de l'hôpital de Mazar et leur demander leurs passeports pour effectuer les visas
Faire parvenir pour signature à l'ingénieur Hotak l'accord pour les travaux lorsque les papiers seront signés par l'AFD.
Réaliser le suivi des missions précédentes en particulier en pédiatrie et aux urgences

En ce qui concerne plus particulièrement notre mission, vérifier les acquis de la mission de l'année dernière au bloc opératoire car malgré l'enthousiasme des autres missionnaires nous craignons que le regard de spécialiste soit moins satisfait, conforter les acquis en matière d'hygiène, continuer la formation pratique des chirurgiens et si cela est possible tenter d'améliorer le fonctionnement du service et les soins peri-opératoires.

A Mazar nous sommes accueillis à l'aérodrome et le président Mirwaï viendra nous rendre une visite de courtoisie.

23 AVRIL

Nous allons saluer le président Mirwaï et l'informons des buts de notre mission. Il nous fait part de l'impossibilité de se rendre en France aux dates prévues, celles ci coïncidant avec celles d'un voyage officiel aux USA qu'il ne pourra pas modifier.

Nous nous rendons ensuite au bloc opératoire où nous constatons beaucoup de modifications par rapport à l'année dernière.

La première salle, anciennement salle de repos du personnel est encombrée de cartons, en partie éventrés, de matériel à usage unique d'anesthésie dont l'utilité paraît plus que douteuse mais en quantité astronomique.

Le programme opératoire est affiché à l'entrée du secteur stérile où l'on ne peut théoriquement plus pénétrer sans avoir quitté ses chaussures et mis des sandales rangées dans un casier, la suite nous prouvera que malheureusement la règle n'est pas toujours appliquée par les médecins. Ce jour 11 interventions sont prévues (ORL et chirurgie générale).

La salle de préparation est nettement plus propre que l'année dernière, mieux équipée, avec deux stabilisateurs de courant et trois petits autoclaves en état de marche. Il n'y a plus de saletés qui traînent par terre mais le lavabo fuit toujours.

La grande salle est également plus propre mais loin d'être parfaite. Du matériel consommable, sondes, collecteurs, perfusions, seringues, etc. est entreposé sans ordre sur la table du fond. Il y a toujours deux tables d'opérations et il est manifeste que malgré nos recommandations de l'année dernière elles sont utilisées toutes les deux comme en témoigne la présence de souillures sous le matelas. Suite à une remarque de notre part la deuxième table est sortie de la salle pour nettoyage et entreposée dans le sas d'entrée où elle restera pendant notre séjour pour probablement réintégrer sa place dès que nous serons partis.

La salle d'orthopédie est à peu près dans le même état de désolation mais elle possède maintenant un respirateur et est utilisée couramment pour toutes sortes d'interventions y compris septiques !

La salle d'ORL est par contre dans un état de propreté et d'ordre remarquables seul un jour important entre le châssis de la fenêtre et le mur est à remarquer.

Une intervention est en cours (lithiase urétérale chez un enfant de 12 ans). Les champs opératoires et les sarraus fournis par l'hôpital de Rodez sont en service mais déjà très abîmés et couverts de taches. L'intervention se déroule de façon relativement correcte. Les chirurgiens mettent les compresses dans la poubelle et font le tri des objets piquants à la fin de l'intervention mais notre présence y est certainement pour quelque chose.

Par contre le patient n'est plus intubé et est en ventilation spontanée, il bouge en fin d'intervention. A la fin de l'intervention tout le monde quitte la salle, laissant le patient seul jusqu'à ce que le cleaner le ramène dans son lit. Ensuite le cleaner nettoie la salle seule, sans intervention de l'infirmier contrairement à ce que nous avons défini dans la fiche de poste que nous avons écrite et qui est toujours affichée à l'entrée du bloc.

Il est à noter que pendant tout ce temps nous ne voyons pas le chef infirmier du bloc Mr.Wakil avec qui nous avons travaillé de façon remarquable l'année dernière et mis en place le mode de fonctionnement.

Nous allons ensuite voir le chef infirmier Mr.Ghulam Ali pour évoquer avec lui l'installation de l'ordinateur. Il nous fait part de ses besoins en produits d'entretien comme lors des autres missions.

Nous rencontrons ensuite Mr.Wakil chef infirmier du bloc qui nous explique les raisons de son désengagement du fonctionnement du service.La première est constituée par l'accumulation dans la salle de repos du matériel, évoquée précédemment.Il nous fait voir qu'il s'agit de matériel inadapté dont très peu sera utilisé à l'hôpital de Mazar. Effectivement il y a là des mètres de tuyau siliconé de 2 mm. de diamètre ne pouvant servir à rien, des tuyaux de respirateur à usage unique inadaptés aux appareils existant dans les salles, des embus etc...Par ailleurs il lui est impossible d'effectuer correctement son travail dans les conditions actuelles, le nombre d'intervention a beaucoup augmenté, les chirurgiens veulent opérer de 7h.30 à 18h. sans compensation financière.L'habitude de mettre deux malades dans la même salle aurait été reprise. Le lavage, la stérilisation du matériel ne suivent plus. Il lui a d'ailleurs été notifié qu'il ne ferait plus partie du service et qu'il devrait aller à la polyclinique.

L'après midi nous retournons voir le président Mirwaïs pour demander une entrevue avec le Dr. Sharek, chef des médecins pour discuter de ces problèmes le lendemain.

Nous irons ensuite rechercher et acheter un ordinateur pour le bureau du Dr. des soins Mr.Ghulam Ali.

24 AVRIL

Nous nous rendons au bloc où je propose au chirurgien de l'aider pour l'intervention qui va se dérouler (kyste hydatique chez un enfant de 10 ans) .Comme d'habitude l'enfant arrive à pied il est sale, habillé, il nous est dit que l'on ne peut pas le doucher car l'eau n'est pas chauffée. Durant toute notre mission nous ne verrons jamais un patient entrer au bloc vêtu d'un des pyjamas signalés par la mission d'anesthésie, de même nous ne verrons jamais de feuille d'anesthésie. L'anesthésie est réalisée sans intubation. La préparation cutanée est des plus succinctes. Je constate que les sarraux sont humides, les petits autoclaves ne possèdent pas de cycle de séchage et ne peuvent donc convenir qu'à condition d'utiliser le matériel immédiatement à la sortie de l'autoclave sans possibilité de stockage. A l'incision l'enfant présente des troubles respiratoires avec une dé saturation importante nécessitant l'intervention en urgence du Dr. Sharek qui réalise un bouche à bouche permettant de redresser la situation et d'intuber l'enfant. Nous apprenons alors qu'il n'y a plus d'oxygène dans l'hôpital depuis plusieurs jours et que la situation va durer encore plusieurs jours. Nous apprenons également que l'on n'achète plus de sondes d'intubation et que celles ci ne sont même plus re stérilisées. Les coopérants indiens fournissent alors un extracteur d'oxygène non sans avoir copieusement engueulé le chirurgien qui avait programmé l'intervention en pleine connaissance de cause. L'intervention se poursuit alors à peu près correctement mais il y a dans la pièce au moins 12 personnes qui bavardent, plaisantent, téléphonent etc...en multipliant les fautes d'asepsie. A la fin de l'intervention par contre tout le monde s'en va et l'enfant reste seul sur la table d'opération !!!Seuls les missionnaires veillent au bon déroulement des opérations.

Au total nous confirmons la baisse du niveau de qualité du bloc opératoire depuis l'année dernière. Le Dr. Sharek (chef des médecins) semble avoir pris une place prépondérante dans le service, il se démène pour faire avancer le programme avec des méthodes parfois viriles inadmissibles en occident, mais c'est lui qui a redressé la situation ce jour.

Il existe dans le bloc une désorganisation complète et une ambiance qui tient plus de la fête foraine qu'autre chose. Nous proposons au Dr.Sharek un entretien le jour même.

Il nous confirme l'existence d'une désorganisation complète du bloc.

Il nous exprime son souhait de voir changer les choses étant lui-même de formation militaire.

Il a instauré le système de programmation. Tous les chirurgiens amènent chaque jour la liste des patients qu'ils veulent opérer. Ceux ci, après passage au cabinet de leur chirurgien viennent à l'hôpital payer leur dû puis passent voir l'anesthésiste, lui-même en est un, qui programme en fonction de l'âge, de la gravité du tableau l'intervention pour le lendemain ou le surlendemain.

Malgré ce aujourd'hui le programme a débuté par une intervention septique (fistule anale) dans la salle théoriquement réservée à la chirurgie orthopédique et l'enfant évoqué plus haut a été programmé malgré l'absence d'oxygène depuis quatre jours.

Il est conscient du manque de discipline du corps médical.

Pour lui la priorité n'est pas le manque de matériel mais le besoin de formation.

Nous lui faisons part de notre étonnement devant la perte de qualité depuis l'année dernière et la décision de mutation de l'infirmier chef du bloc. Il avance pour le justifier des soupçons de corruption !!!

Nous insistons sur la nécessité d'impliquer tous les chirurgiens dans l'amélioration du bloc.

La présence du matériel stocké est évoquée et nous proposons d'en effectuer le tri.

Ce jour nous réalisons également la livraison et l'installation de l'ordinateur. La connexion internet est également assurée.

25AVRIL

Nous débutons la journée par une petite réunion avec le Dr.Sharek et quelques chirurgiens du service. En fait ne sont présents que ceux qui ont peu d'activité. Nous leur expliquons que le service est complètement désorganisé en argumentant à partir des situations vécues les deux jours précédents. En fait peu sont motivés pour changer quoi que ce soit, tous ont de bonnes raisons à avancer, il s'agit en fait des mêmes raisons que nous entendions l'année dernière, le pays a beaucoup souffert, nous n'avons pas les moyens d'appliquer les standards internationaux, si nous avions dix salles d'opération tout serait parfait etc...Ils reconnaissent que c'est effectivement la foire d'empoigne tous les matins pour opérer avant les autres mais ils ne sont pas prêt à consentir le moindre effort.

Nous nous rendons alors au service des urgences qui est en pleine rénovation, réfection du sol et peinture des murs. L'inauguration est prévue pour le 27.L'infirmier- chef du service a été muté au service vétérinaire.

Nous retournons au bloc où ont lieu ce jour six interventions bénignes. Probablement du fait de notre présence le nettoyage des salles entre deux interventions est correctement réalisé, il n'y a plus en salle que les opérateurs et un étudiant. Le climat est beaucoup plus calme.

Nous remarquons alors l'excellente tenue du bloc ORL où cleaner et infirmier nettoient ensemble la salle et le matériel. Nous nous entretenons avec l'infirmier affecté à cette salle qui nous confirme travailler en bonne entente avec ses chirurgiens et que la dégradation de la situation dans les autres salles est essentiellement due au conflit entre les chirurgiens et Mr.Wakil, chef infirmier du bloc qui n'a plus les moyens de faire appliquer des principes de base au bloc.

Le Dr.Hassad, directeur du bloc nous confirme ce qui nous a été dit. Le principal reproche adressé aux chirurgiens est la programmation excessive de malades, jusqu'à 25 interventions par jour alors qu'ils pensent pouvoir en assurer une dizaine sans problème. Ils récuse les insinuations de malhonnêteté proférées contre eux et pense qu'une logique de rentabilité est en train de s'installer au détriment de la qualité des soins. Nous proposons de demander au président Mirwaï une réunion avec les principaux acteurs pour tenter de mettre tous les problèmes à plat.

L'après midi nous irons acheter quelque unes des fournitures demandées par le directeur des soins.

26 AVRIL

Nous commençons la journée par une visite au président à qui nous exposons rapidement les problèmes du bloc opératoire et nous lui demandons d'organiser une réunion avec le personnel du bloc et les principaux chirurgiens. Rendez vous est pris pour le lendemain.

Nous regagnons ensuite le bloc opératoire où j'assisterai les chirurgiens pendant leurs interventions en leur faisant profiter de mon expérience chirurgicale pour guider leurs gestes et leur enseigner quelques trucs et tours de main.

Pendant ce temps là Mme Huckert et Mr Dinmohammad assurent la livraison au directeur des soins du petit matériel qu'il nous avait demandé.

48 boîtes de poudre à récurer
40 paires de gants
10 seaux à ménage
10 raclettes

27 AVRIL

Nous commençons la journée par une visite au service des urgences qui est inauguré, ce jour. Le service a été entièrement refait, les deux pièces sont lumineuses, disposent d'un éclairage de qualité et devraient permettre d'accueillir les patients dans de meilleures conditions. Toutefois notre visite sera brève à cause de la présence d'un blessé par arme à feu qui décèdera rapidement.

Nous irons ensuite au service de pédiatrie nous assurer du maintien des acquis de la mission précédente. Le service est plus propre que l'année dernière, un médecin et le nouveau chef infirmier nous font visiter les différentes salles. Nous ne pourrions pas voir le plateau de soins, celui-ci étant à la stérilisation et il semblerait que les transmissions ne soient toujours pas faites. Nous remarquons au cours de cette visite la présence sur l'unique armoire d'objets pour le moins insolites dans un service de pédiatrie tels que vieux tuyaux en cuivre et ferrailles diverses !!! Nous conseillons une fois encore l'élimination des couveuses, hors d'état de marche pour lesquelles n'existent probablement plus de pièces détachées. Dans ce service, comme aux urgences l'infirmier-chef a été muté dans un autre service et celui qui le remplace vient de médecine interne et n'a pas bénéficié des précédents missionnaires.

Nous retournons au bloc où nous continuons notre travail de formation sur le tas jusqu'à la réunion à la direction.

Y assistent outre le président Mirwaï, le Dr Mateen, président du CHD, le Dr Assad, chef du bloc, le Dr Sharek, chef des médecins, Mme la Dr Sayeda, gynécologue obstétricienne, le Dr Afzal, orthopédiste et Mr Wakil, chef infirmier du bloc et nous.

Nous leur faisons part des dysfonctionnements que nous avons constatés qui sont de trois ordres. En premier lieu les fautes d'asepsie perdurent dans ce bloc, les chirurgiens continuent à ne pas se sentir très concernés et deux choses sont à changer immédiatement, l'utilisation de sondes d'intubation sales et non stériles et l'utilisation de gants chirurgicaux mal stérilisés sur place. Deuxièmement le coast chairing, s'il a eut des effets bénéfiques (malades n'amenant plus leur matériel au bloc en particulier) a également à nos yeux des effets pervers tels que la multiplication des malades opérés au-delà des possibilités du bloc et au détriment de la sécurité des malades. Enfin nous signalons l'irrespect de certains chirurgiens pour les infirmiers et les cleaners qui contribue gravement à la dégradation des conditions de travail. Nous faisons part au président de notre intention de stopper les missions de Rodez si nous ne sentons pas davantage de volonté de coopération de leur part.

Le président nous approuve en ce qui concerne le premier point et s'engage à fournir gants et sondes d'intubation. En ce qui concerne le deuxième point il ne pense pas que l'accroissement du nombre des patients soit dû au coast chairing mais plutôt à la fermeture de nombreux hôpitaux à Mazar et à la bonne réputation de son établissement. Le coast chairing rapporte à l'hôpital 700\$ par mois alors que le budget de fonctionnement est de 7000\$ par mois.

Par ailleurs cela permet aux Afghans de s'habituer petit à petit à la baisse de l'aide internationale, permet une meilleure transparence et une diminution de la corruption. Il nous refait part des soupçons de malhonnêteté à l'encontre de certains membres du personnel. Enfin il n'était pas au courant des problèmes de personnel dont nous lui avons parlé. Il nous fait remarquer qu'il avait confié la responsabilité du bloc et des problèmes tels que ceux des gants ou des sondes à Mme Sayed et à Mr Wakil et que cela aurait dû être réglé. Nous lui faisons remarquer qu'il a délégué une responsabilité sans donner aux responsables de pouvoirs et nous lui proposons de réaliser une sorte de charte de fonctionnement du bloc, avec les principaux chirurgiens et l'infirmier chef du bloc, charte écrite et signée par lui, déléguant l'organisation au chef infirmier avec la garantie de son soutien. Mr le président nous donne son accord de principe et propose de faire cette réunion le 30 avril à 7h 45.

28AVRIL

Jour férié, il n'y a pas d'activité programmée au bloc. Nous décidons néanmoins d'aller à l'hôpital pour évaluer le fonctionnement du bloc en garde. Une intervention a lieu avec entre autres le Dr Assad, chef du bloc. Nous constatons d'entrée de jeu que le patient est intubé avec une sonde neuve et que les chirurgiens ont des gants stériles à usage unique. Nous profitons de la présence du chef de bloc pour ranger avec lui la salle n°2 en particulier la table encombrée de cartons et de matériel à usage unique sous laquelle nous retrouvons du matériel rouillé et hors d'usage. Cela est l'occasion, comme l'année dernière de constater que lorsque le chef s'implique tout le monde suit et l'état de la salle en fin de matinée est incomparable avec son état ordinaire.

Nous aurons dans l'après midi la visite du Dr Sharek à notre hôtel. Il nous amène un échantillonnage de gants chirurgicaux et un modèle de sonde d'intubation. Nous effectuons avec lui le choix d'un modèle de gants qu'il commande sur le champ au téléphone. Il nous fait part de problèmes que nous n'imaginions pas et qui influencent certaines de ses prises de position. Ainsi il a trouvé sur le marché à Mazar, à la vente, les gants chirurgicaux amenés et utilisés à l'hôpital par la mission indienne et il se refuse à les racheter. Il craint par ailleurs qu'une partie des gants qu'il vient d'acheter ne se retrouvent eux aussi sur le marché prochainement. Il est certain qu'il s'agit là d'un problème important qu'il sera nécessaire de soulever lors de la prochaine réunion.

30AVRIL

Nous nous rendons, comme prévu et à l'heure prévue à la salle où doit avoir lieu la réunion pour apprendre qu'en raison de l'inauguration de la cour devant le bureau du directeur elle ne pourra pas avoir lieu. Il en est de même au bloc opératoire où nul ne sait quand la journée pourra débuter, tous les médecins sont convoqués à un buffet et le service est désert !!!

Devant cette impossibilité de travailler nous reprenons nos visites sur les sites des précédentes missions en commençant par les déchets. Ceux ci sont entreposés dans un enclos fermé par une porte métallique à la limite de la rupture, les déchets débordant largement l'enclos. Les deux incinérateurs sont à leur place, vides et froids, les cendriers sont vides, il est manifeste qu'ils n'ont pas servi depuis longtemps.

La buanderie a été refaite mais il ne s'agit que d'une simple pièce de 10 m2 avec un seul point d'eau. Le seul mobilier est constitué par une machine à laver, en fait il s'agit d'un agitateur, sans chauffage. Le linge continue à être majoritairement lavé à la main et à l'eau froide par deux femmes qui nous disent par ailleurs devoir avancer le savon.

Nous allons ensuite dans le bureau du directeur des soins Mr Ghulam Ali pour vérifier le fonctionnement de la liaison internet. En ce qui nous concerne nous n'arriverons pas à réaliser la connexion mais d'autres y sont parvenus avant nous comme en témoignent les innombrables photographies téléchargées dans des sites dont l'intérêt médical est pour le moins douteux sauf si l'hôpital de Mazar a décidé de se doter d'un service de sexologie appliquée !!!

Un nouveau passage au bloc nous confirme qu'aucune intervention n'a encore démarré et nous quittons à regret l'hôpital.

01 MAI

Nous nous rendons tout d'abord voir le président Mirwaïs afin d'obtenir un nouveau rendez-vous pour la réunion annulée la veille et à laquelle nous souhaitons sa présence. Il nous propose le lendemain à 7 h 45.

Ensuite nous retournons au bloc opératoire où plusieurs interventions sont prévues. Une équipe chirurgicale réalise, sous anesthésie locale une intervention bénigne. Comme d'habitude les fautes d'asepsie ne se comptent pas, il fait chaud et les opérateurs transpirent dans le champ opératoire. A chacune de mes remarques il y a une bonne raison pour ne pas en tenir compte, les malades vont bien donc pourquoi changer, les conditions locales ne permettent pas d'appliquer les règles internationales, si on leur refaisait un bloc neuf tout serait parfait, etc. La prescription d'antibiotiques en post opératoire est celle que l'on aurait prescrite pour une infection sévère en France alors que pour ce type d'intervention une asepsie rigoureuse permet de s'en passer totalement. Là aussi toutes nos remarques sont écartées. A ma question concernant l'arrivée au bloc des patients avec un pyjama, telle qu'elle est signalée dans le rapport Georget - Douls, alors que maintenant ils arrivent tous avec leurs propres habits, il m'est répondu une fois encore que les conditions culturelles ne le permettent pas.

Dans la salle voisine officie un chirurgien canadien qui a déjà travaillé quelque temps à Mazar et parle le dari. A notre grande surprise il opère sans masque chirurgical et lorsque nous lui en faisons la remarque il nous répond qu'à ce jour aucune étude sérieuse n'a pu mettre en évidence que le port du masque diminuait les infections post opératoire, que par contre, au Canada il mettrait un masque et que si le patient était infecté par le virus HIV. Non seulement il mettrait un masque, mais aussi des lunettes pour se protéger lui !!! Comme nous le font remarquer à juste titre nos confrères afghans il serait préférable de ne pas leur apporter des informations contradictoires. Pour notre part nous déplorons que des occidentaux viennent diffuser pareilles désinformations quand la mission primordiale à nos yeux est d'inculquer une culture de la propreté et de l'asepsie chirurgicale.

J'aiderai ensuite un jeune chirurgien à réaliser une cholécystectomie. L'indication n'aurait pas été retenue en France (présence d'une pancréatite) et le chirurgien le reconnaît mais n'avait pas fait le diagnostic. L'anesthésie est une anesthésie péri durale associée à une rachi anesthésie, faite par un chirurgien aidé par un anesthésiste indien et là encore, malgré notre surveillance les fautes sont nombreuses. Dans la salle se trouve un stagiaire qui manifestement ne rentre pas dans le bloc depuis longtemps, qui multiplie les fautes et se soucie de nos remarques comme de sa dernière chemise dans l'indifférence complète des autres chirurgiens. Ceux ci marquent par contre un intérêt manifeste au geste opératoire qui est le seul domaine où ils veulent bien apprendre des choses.

L'intervention suivante est une appendicectomie, encore réalisée sous rachi anesthésie, pour laquelle j'avais encore proposé mon aide, mais devant le nombre de praticiens habillés, dont la stagiaire à qui personne n'a appris à mettre un sarrau chirurgical, je préfère jeter l'éponge et nous quittons le bloc à 14h.

2MAI

La journée commence par la réunion à laquelle assistent, outre le président Mirwaïs, presque tous les chirurgiens du service, le chef du bloc, le chef infirmier du bloc et tous les infirmiers du bloc.

J'explique que la situation s'est beaucoup dégradée depuis l'année dernière et que cela tient à mon avis à plusieurs raisons. La première est que le Dr Sharek décide actuellement de tout. Il programme les patients à opérer, décide seul du type d'anesthésie à administrer, presque exclusivement locale ou loco régionale, définit l'ordre opératoire et s'occupe de la gestion du matériel. Le chef infirmier du bloc n'a plus un mot à dire de même que les anesthésistes qui sont complètement démotivés.

L'ensemble des chirurgiens sont d'accord pour penser qu'il existe une désorganisation complète du service dont le chef est d'ailleurs absent à la réunion. Enfin il y a de gros problèmes d'asepsie dus en premier chef à l'utilisation de gants non stériles.

Je propose que, comme dans les hôpitaux français soit défini un règlement prévoyant par exemple l'utilisation des salles de 7h à 13H (heures ouvrables) en respectant entre chaque intervention le délai nécessaire au nettoyage de la salle et en sanctionnant éventuellement les retardataires.

Je demande au président de rétablir l'autorité du chef et du chef infirmier du bloc pour veiller à l'application du règlement. Je lui demande également que les anesthésistes et infirmiers anesthésistes puissent exercer librement leur métier sans interférences de la part des chirurgiens.

Après quelles remarques, suscitées par la différence d'attitude entre les équipes françaises et le chirurgien canadien, le président Mirwaïs prend la parole. Il confirme que nous sommes déçus par la dégradation de la situation et peu motivés pour continuer les missions dans ces conditions. Il prend position pour l'achat et l'usage exclusif de gants à usage unique et le port obligatoire du masque au bloc opératoire. Il confirme la place des anesthésistes et leur présence indispensable en salle. Il charge le Dr Assad, chef du bloc et Mr Wakil, chef infirmier d'organiser le travail au bloc, confirmant devant tous les chirurgiens leur responsabilité et leur autorité. Il s'engage à mettre en avant la sécurité des patients en interdisant les interventions programmées les jours où il n'y a pas d'oxygène.

Nous nous rendons ensuite au bloc où l'ambiance a changé du tout au tout, les patients sont anesthésiés par voie générale, les infirmiers sont présents en salle et profitent de leurs temps morts pour nettoyer tout ce qui en a besoin. Du côté des chirurgiens les discussions dans le hall d'entrée sont pour le moins animées pour essayer de s'organiser et il va sans dire que le Dr Sharek nous réserve un accueil des plus froids. Presque toutes les interventions programmées ce jour sont reportées mais les urgences s'enchaînent sans problème majeur.

L'après midi j'assisterai deux chirurgiens, Dr Taer et Dr Khalid pour opérer une patiente d'un kyste hydatique difficile, dont ils se tireront relativement bien compte tenu des conditions (petite salle d'orthopédie, chaleur étouffante, éclairage sommaire et deux pannes d'électricité pendant l'intervention).

3MAI

Nous nous rendons tôt au bloc opératoire. Deux patients sont installés, une patiente pour une cholécystectomie et un patient présentant une péritonite. Aucun des deux ne peut être anesthésié car le Dr Sharek refuse de fournir les drogues anesthésiques tant qu'on ne lui a pas rendu les emballages vides des produits utilisés le jour précédent. Il est manifeste qu'un bras de fer est engagé entre le Dr Sharek et le personnel du bloc et nous n'interviendrons pas dans cette dispute. La patiente fera un aller et retour dans le service avant d'être finalement anesthésiée au bout de deux heures d'attente, délai que subira également le patient atteint d'une péritonite.

J'aiderai les chirurgiens à opérer la péritonite. Encore une fois les conditions sont difficiles, deux pannes d'électricité surviennent pendant l'intervention et à la fin de celle ci il n'y aura plus d'eau. Néanmoins l'intervention se déroule très bien et les chirurgiens sont très réceptifs à mes conseils, mise en place d'écarteurs, toilette péritonéale au sérum bétadiné, (chose qui bien évidemment sera critiquée par le Dr Sharek) etc... Ils viendront d'ailleurs en fin d'intervention demander des explications et discuter de la conduite à tenir dans ces péritonites et dans les appendicites en général. Un chirurgien viendra même demander à Mme Huckert de lui montrer comment mettre correctement des gants chirurgicaux stériles et effectuer le lavage chirurgical des mains. Ceux ci ne sont malheureusement toujours pas disponibles, bloqués par la même personne ! Plusieurs autres interventions auront encore lieu mais avec des praticiens que je connais moins et qui font d'énormes fautes

Dans la matinée nous rencontrons la chirurgienne coréenne que nous avons déjà vu l'année dernière, elle nous dit avoir essayé de modifier le fonctionnement du bloc mais n'avoir pas voulu de conflit, elle et son conjoint ont donc baissé les bras. Nous les avons d'ailleurs très peu vus au cours de ce séjour.

Le président Mirwaïs devant s'absenter le lendemain viendra nous saluer à notre hôtel dans la soirée. Il nous dit être désolé que notre mission ne se soit pas très bien passée. Il nous confirme le mécontentement du Dr Sharek, nous dit qu'il l'avait nommé chef des médecins à cause de son dynamisme mais qu'il pense diminuer ses fonctions et en particulier confier au Dr Assad, chef du bloc, la gestion du matériel.

4MAI

Nous nous rendons au bloc dont l'accès n'est maintenant plus autorisé qu'aux équipes devant opérer. L'ambiance est beaucoup plus sereine mais il y a toujours du retard dû au refus de délivrer les produits anesthésiques !

Je passerai la matinée à aider une équipe chirurgicale, comme j'aurai souhaité le faire pendant toute la mission, pensant acquis les principes de base d'hygiène que nous leur avons appris l'année dernière. Les chirurgiens sont très réceptifs à tous les conseils que je peux leur donner et là par contre il n'y a pas à insister pour qu'ils les mettent en application immédiatement.

Une équipe par contre refusera que je l'aide, sans que cela ne me surprenne compte tenu de ses relations étroites avec le Dr Sharek.

En fin de matinée, un nouveau manque d'oxygène fait écourter le programme.

CONCLUSIONS

La mission, difficile, a failli être un échec complet remettant en cause la poursuite de la coopération rodez-mazar.

Les acquis des deux missions centrées sur le bloc opératoire l'an dernier (Huckert-Viard et Douls-Georget) ont été quasi réduits à néant par le conflit opposant l'équipe infirmière formée et le chef des médecins sur l'organisation du travail, l'équipe du bloc refusant de travailler au détriment de l'hygiène et de la sécurité des malades. Nous avons constaté un recul considérable dans des domaines que nous pensions définitivement réglés.

- Port du masque aléatoire
- Usage de gants re-stérilisés à l'autoclave flash, de façon insatisfaisante, comme l'ont montré les témoins que nous avons amenés
- Lames de bistouri non stériles
- Présence d'une seule sonde d'intubation non lavée entre deux patients
- Usage presque exclusif de l'anesthésie locale ou loco-régionale, pour se libérer de l'emprise des anesthésistes
- Maintient du programme réglé même en l'absence d'oxygène
- Programmation anarchique sans tenir compte du caractère urgent ou non des interventions

Après avoir essayé pendant quelques jours d'infléchir la position du chef des médecins, il ne nous a pas été possible, devant son hostilité, d'éviter le conflit, à la satisfaction de la plupart des chirurgiens. Ce conflit a nécessité l'arbitrage du président en faveur de nos idées et du chef-infirmier du bloc.

Cela a généré une perte de temps considérable, réduisant à quelques jours seulement la formation purement technique des chirurgiens et ne permettant pas d'aborder tout le reste du fonctionnement du service de chirurgie.

Néanmoins il faut noter l'excellent accueil qui nous a été réservé par le président Mirwaï, sa disponibilité et l'écoute portée à nos remarques. Ses prises de décision ont été claires et nettes, en présence de tout le personnel du service, en faveur du chef-infirmier, du chef du bloc et des infirmiers anesthésistes pour l'organisation du travail au sein du bloc.

Enfin il faut souligner la volonté d'apprendre et l'accueil favorable de la grande majorité des chirurgiens.

Pour l'avenir, le résultat obtenu est très fragile et dépend entièrement de la volonté du président de le maintenir. Son soutien est indispensable à l'action des missionnaires et à la poursuite de la coopération.

Il est nécessaire à notre avis, et nous conseillerons les autres missions dans ce sens, que soient maintenus en place les chefs-infirmiers formés par les différentes missions. Eux seuls sont très réceptifs à la formation à l'hygiène. Ils assurent la continuité de l'enseignement auprès des infirmiers et des cleaners et permettent d'instaurer une culture de l'hygiène qui finit par déteindre sur les médecins dont ce n'est pas la préoccupation principale.

Rapport de mission validé le 6 juin 2005
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



André Timot