



MISSION

Marie-France HUCKERT

Infirmière de bloc, CH Rodez

Pierre VIARD

Chirurgien CH Rodez

DIN MOHAMMAD

Traducteur

18 Avril – 6 Mai 2006



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Avec la participation de
l'ambassade de France
en Afghanistan**

18 – 19 – 20 – 21 Avril

Voyage Rodez – Dubaï – Kaboul – Mazar

Lors de notre passage à Kaboul nous rencontrons Mr. Bonheure avec qui nous évoquons quelques points de notre mission

Nous proposons de rendre aux médecins Afghans la salle dédiée aux missionnaires que nous n'utilisons pas et qui fait défaut à l'hôpital qui manque de place. Nous proposons également que soit offert le matériel informatique que nous n'utilisons pas. Mr. Bounheure donne son accord mais demande une reconnaissance écrite du Dr. Mirwaïs et, en échange la possibilité pour les missionnaires d'utiliser la connection Internet de l'hôpital.

Nous lui demandons, comme à chaque mission de nous allouer un budget pour quelques fournitures, sacs- poubelles et autres. Il nous donne 500 dollars.

Nous insistons pour que le règlement des travaux de rénovation du circuit d'eau soit fait car cela nous met en porte à faux vis à vis du plombier avec qui nous avons sympathisé et hypothèque notre crédibilité ultérieure.

Nous évoquons la validation des rapports de missions précédentes , le souhait exprimé par Mr. Delmas que l'ambassade achète deux ordinateurs pour les services administratifs et le financement de la venue d'un chirurgien afghan pour se former à Rodez.

Nous rencontrons également Mr. Guillaume qui nous donne les mêmes explications qu'à la mission précédente en ce qui concerne le retard de paiement des travaux. Nous lui demandons de faire son possible pour aider à débloquer la mission agricole .Il nous propose de rencontrer Mr. l'ambassadeur à notre retour de mission.

22 Avril

Nous nous rendons à L'hôpital où nous rencontrons le président Mirwaïs qui après les salutations d'usage et les remerciements pour l'accueil à Rodez nous fait part des changements intervenus depuis l'année précédente.

Le Dr. Sharek, avec qui nous avons eu beaucoup de problèmes n'est plus chef du bloc et a été remplacé par le Dr. Taher avec qui nous avons d'excellentes relations. Mr. Wakil a été nommé surveillant du bloc obstétrical, et Mr. Adji surveillant du bloc chirurgical.

Après avoir salué la plupart des chirurgiens nous nous rendons au bloc opératoire où existent effectivement beaucoup de modifications .Les vestiaires ont été déplacés près de l'entrée, à leur place a été réalisée une salle d'eau théoriquement pour doucher les patients mais pas en pratique, et une petite salle pour mettre les machines à laver .L'ancienne salle ORL est inchangée. Dans le hall une cloison a été abattue et deux lavabos installés où se lavent dorénavant les chirurgiens .L'ancienne salle de lavage et préparation des instruments a été transformée en salle d'orthopédie , la grande salle de chirurgie viscérale a été débarrassée de tout le matériel inutile qui s'y trouvait habituellement et l'ancienne salle d'orthopédie a été rénovée et transformée en salle d'urgence .Le point faible de cette rénovation est le transfert du lavage et de la stérilisation dans les anciennes toilettes, local exigu et non aéré, nécessitant

de préparer les tables d'instruments dans le hall ce qui, avec tout le passage entraîne de nombreuses fautes d'asepsie.

L'ancienne salle de repos des indiens doit être transformée en salle septique. Elle est dans un état proche de ce que nous avons connu, des détritiques traînent un peu partout, la table est en mauvais état, un respirateur est entreposé mais ne marche pas. Il est prévu de réaliser dans cette salle des endoscopies et l'on nous montre un endoscope tout neuf, offert par les coréens.

A nos questions sur son entretien et sa décontamination il nous est répondu que quelqu'un était formé ... à vérifier.

Le niveau d'équipement des salles d'opération a également progressé, toutes sont équipées de respirateurs fonctionnels et de saturimètres. Il y a également un bistouri électrique par salle mais il s'agit de matériels très modernes à commande manuelle et manches à usage unique qui sont re-stérilisés ce qui entraîne des dysfonctionnements voire un danger pour le patient, ce que nous confirmerons par la suite.

Le niveau global de propreté est aussi bien meilleur, les sols sont propres, il n'y a plus de déchets au sol et chaque salle dispose d'une étagère sur laquelle est entreposé un peu de matériel mais il n'y a plus le désordre que nous avons coutume de trouver.

L'ambiance de travail est également bien différente. Les interventions s'enchaînent sans bousculade ni précipitation, le planning opératoire semble respecté, seules les équipes qui travaillent sont présentes et l'accès au bloc n'est pas permis à ceux qui n'ont pas à y travailler.

Nous assistons à quelques interventions ce qui nous permettra de constater que tout n'est pas aussi idyllique qu'une visite simple laissait supposer.

L'après midi nous faisons le tour de l'hôpital avec le directeur des soins Mr. Mohammadullah dans un premier temps puis seuls. En gros nos constatations sont les mêmes que pour la mission précédente sauf en ce qui concerne la pédiatrie où nous resterons un peu plus de temps pour discuter avec le jeune médecin de garde. Le service est dans un état de désolation absolue. Certes le sol des différentes salles est propre mais il règne une puanteur difficilement supportable et le dénuement est complet. Les locaux sont complètement délabrés et le médecin nous confiera qu'il n'y a pas de médicaments, que seul l'UNICEF leur fournit du lait. Les couveuses hors d'état que nous avons vues l'année dernière sont toujours entreposées et nous ne pouvons nous empêcher de comparer les moyens mis en œuvre pour aménager la direction des soins ou la salle informatique avec ce que nous avons sous les yeux. De même la buanderie, certes refaite depuis l'an dernier déjà, est petite et complètement disproportionnée avec la taille de l'hôpital. Il s'agit d'ailleurs d'une remarque du bloc opératoire qui n'arrive pas à obtenir le nettoyage et le séchage de son linge en particulier en hiver. La buanderie est fermée à l'heure où nous passons et nous reviendrons pour évaluer son fonctionnement aux heures ouvrables.

23 Avril

Nous consacrerons la journée au bloc opératoire de façon à nous faire une opinion plus proche de la réalité que le simple aperçu de la veille .Nous assisterons à toute la journée opératoire, jusqu'à 16 h et je participerai directement à deux interventions en tant qu'aide ou opérateur.

Cela nous permet de constater que les fautes d'asepsie sont encore nombreuses. Les patients entrent en salle avec leurs vêtements, ils ne sont pas lavés, seul un chirurgien nettoie le site opératoire au savon avant de faire l'asepsie cutanée. Les champs opératoires sont trop petits et les chirurgiens touchent sans arrêt des zones non stériles avec leur coude ou leur avant bras, des confrères s'approchent souvent trop près pour regarder. Les mouvements dans la salle se font sans beaucoup de précautions vis à vis de la table d'instruments ou du champ opératoire. Les chirurgiens portent presque tous leur masque en dessous du nez ce qui en rend l'efficacité nulle et interdit toute réflexion sur le même sujet au reste du personnel. Les infirmiers anesthésistes finissent par nous avouer que les sondes d'intubation sont réutilisées après désinfection à la javel. Les laryngoscopes ne sont pas désinfectés (cela les abîme !!!). Lors de la manipulation des perfusions les précautions ne sont pas prises et ils touchent fréquemment les champs opératoires ou les déplacent pour aller prendre la tension par exemple .Chaque fois que le chirurgien a besoin d'une compresse ou d'un instrument, un infirmier, appelé bruyamment parce qu'absent de la salle, va le chercher, avec une pince stérile dans la petite pièce voisinant le hall. Les fils de suture ou les sondes sont souvent donnés avec des fautes. Le moins que l'on puisse dire est que la culture de l'asepsie n'est pas encore omniprésente !

Comme il a été dit précédemment, les manches de bistouri électrique, à usage unique, sont re-stérilisés ce qui entraîne des dysfonctionnements, au mieux il ne fonctionnent pas, au pire ils restent tout le temps en marche et entraînent comme ce fut le cas lors d'une intervention des brûlures du patient.

En fin d'intervention le patient est souvent abandonné et le 'cleaner' le ramène presque toujours seul dans sa chambre. Les chirurgiens essaient de donner le change en triant les instruments, les aiguilles et lames de bistouri en fin d'intervention comme nous leur avons appris mais nous sentons bien que cela est du à notre seule présence.

En ce qui concerne les gestes chirurgicaux proprement dits il reste encore beaucoup à faire, les chirurgiens se servent beaucoup trop de leurs doigts et très peu de pinces ou d'écarteurs, prétextant un mauvais fonctionnement alors que ceux ci sont parfaitement fonctionnels. Beaucoup reste à faire dans le domaine mais il s'agit probablement de celui où ils sont les plus réceptifs.

24 Avril

Après avoir conseillé un chirurgien lors d'une intervention bénigne et avoir eu confirmation par un jeune assistant que pratiquement jamais ils ne faisaient le tri en fin d'intervention, nous avons une réunion avec Mr. Adjji, nouveau surveillant du bloc, à laquelle viendront ensuite participer les Dr. Taher et Afzal.

Après avoir souligné les nombreux progrès réalisés depuis trois ans nous évoquons tous les problèmes qu'il reste à résoudre.

Nous signalons tout d'abord le relâchement au niveau du travail infirmier, présence inconstante en salle, fin d'intervention anarchique, malade laissé seul, pas de participation avec les 'cleaners' à la remise en état des salles entre deux interventions, disparition des feuilles de poste, problèmes d'asepsie etc....

Il nous est appris qu'au début du fonctionnement du nouveau système il y avait chaque jour un infirmier, un infirmier anesthésiste et un 'cleaner' désignés pour chaque salle d'opération mais que depuis quelque temps le nombre d'infirmiers est passé de sept à cinq, ce qui avec la garde impose d'affecter un infirmier à deux salles, et explique l'absence en salle ou la non participation des infirmiers au nettoyage entre deux interventions.

Est également évoqué le problème de la dégradation rapide du mur au niveau des lavabos du hall nécessitant la pose rapide d'un carrelage mural. Bien que les demandes en ce sens faites jusqu'à présent se soient vues opposer un refus pour cause de travaux futurs, le Dr. Afzad promet de s'en occuper rapidement.

Nous parlerons ensuite longuement du linge, de son lavage et de la stérilisation. Actuellement le linge du bloc y est nettoyé, séché et passé dans des autoclaves flash, ce qui entraîne une lourde charge de travail pour les 'cleaner', la non séparation des circuits sale et propre au bloc et les tenues sortent toujours humides de l'autoclave. De plus le linge et les instruments sont conditionnés dans des emballages en tissu qui ne garantissent la stérilité que peu de temps. Il est donc nécessaire dans un premier temps d'augmenter le nombre de tambours mais le Dr. Afzal nous indique qu'ils ne sont pas trouvables sur le marché afghan et qu'il va en chercher à l'étranger. La solution idéale consisterait bien sur à sortir le nettoyage et la stérilisation de l'enceinte du bloc et de faire toute la stérilisation avec un authentique autoclave mais elle est impossible à mettre en pratique avec les moyens actuels comme nous allons nous en rendre compte en visitant ensuite la buanderie et la lingerie.

La buanderie occupe certes les locaux refaits décrits dans les précédents rapports mais son fonctionnement est aux antipodes de ce que nécessiterait un hôpital de cette dimension. Quatre femmes, pour un salaire de quarante dollars par mois lavent et repassent le linge dans des bassines, à même le sol avec une dotation mensuelle de 23 savonnettes et 4 kilos de poudre à récurer et ce tous les jours, de 6h à 14h. Les machines à laver, en fait de simples agitateurs, sont au nombre de quatre, trois sont hors d'usage et la quatrième doit être vidangée manuellement avec une cruche qui de plus est fendue. Des compresses souillées et des déchets d'activité de soins jonchent le sol. De plus si le linge sèche actuellement assez rapidement dehors vu la température on imagine ce que cela doit être l'hiver. Dans ces conditions il est impossible d'y faire laver tout le linge du bloc même en augmentant les heures d'ouverture.

La visite, en suivant de la lingerie nous permettra de rencontrer les cinq lingères qui travaillent dans des conditions similaires.

Après ces visites et la réunion nous convenons d'une prochaine réunion, sur tous ces sujets avec le Dr. Mirwaïs et Mr. Mohammadullah.

25 Avril

Journée de travail au bloc opératoire. Pendant que M.F. Huckert continue à sensibiliser le personnel à l'asepsie et à les guider dans leur travail, j'assiste à une intervention de thyroïdectomie. Le malade est mal installé, les bras en croix au début puis le long du corps, sans vérifier les points d'appui, il n'est pas en extension du cou et un flacon de perfusion est installé sous le cou, plus compressif qu'utile. Les chirurgiens ont des difficultés et me demandent de leur prêter main forte. Ils ne connaissent manifestement pas bien la technique et avaient déjà fait appel au chef de service qui après quelques conseils a disparu. En fait je réaliserai l'intervention en leur expliquant les différents points, dissection du récurrent, contrôle vasculaire, libération de la glande et surtout en essayant de leur inculquer un peu de méthode dans le déroulement du geste opératoire qui est toujours très brouillon.

26 Avril

La journée se déroule suivant le même schéma, pendant que je travaille avec les chirurgiens M.F. Huckert a une réunion avec Mr. Hadji et le Dr. Taher.

L'équipe chirurgicale qui officie aujourd'hui est la plus réceptive et s'entend très bien avec nous si bien que la journée est très constructive pour l'apprentissage des gestes chirurgicaux et nous fait regretter qu'il n'en soit pas toujours ainsi.

Pendant la réunion avec Mr. Hadji, M.F. Huckert reprend les différents points abordés jusqu'ici. Les fiches de poste que nous avons refaites lui sont présentées, expliquées, et il les valide sans problème et les présentera au personnel. Les problèmes d'hygiène sont ensuite repris. Le lavage des salles entre deux interventions n'est pas fait par manque de personnel et parce que les chirurgiens pressent le personnel pour enchaîner les interventions. Il est demandé de faire au moins le nettoyage de la table d'intervention.

En ce qui concerne la préparation des malades, il existe certes des problèmes locaux, climatiques et culturels qui rendent difficile l'application immédiate des principes occidentaux. Il est difficile de faire doucher les patients à l'entrée du bloc quand il fait froid, qu'il n'y a pas d'eau chaude et que cela heurte la pudeur locale. Néanmoins les patients disposent déjà d'une chemise fournie par l'hôpital et seul leur pantalon est personnel. Mr. Hadji propose que les futurs opérés se douchent chez eux avant d'entrer à l'hôpital, que ceux qui viennent de la campagne se douchent à des bains municipaux qui existent même pour les femmes. Les patients seraient sensibilisés par les chirurgiens lors de la consultation et cela ne devrait pas poser de problème aux patients si on leur explique que cela va diminuer les infections, les afghans y étant très sensibles. Personnellement j'ai pu constater qu'il était possible de demander aux infirmiers et aux chirurgiens de nettoyer et de désinfecter la main avant pose d'une perfusion ou le site opératoire.

Le bistouri électrique qui avait été donné par l'ambassade est ensuite confié à Mr. Hadji en présence du Dr. Taher avec la notice d'utilisation traduite en dari.

Nous rencontrons Mr. Wakil qui a été nommé responsable de la buanderie et qui nous fait part de son projet de séparer les circuits sale et propre, nous convenons avec lui d'y réfléchir le lendemain sur place.

27 Avril

Nous nous rendons tout d'abord à la buanderie où nous attend Mr. Wakil. Nous étudions les différentes solutions pour améliorer le fonctionnement, avec les locaux existants ou en utilisant le grand bâtiment mitoyen, actuellement utilisé pour stocker du matériel. L'environnement de la buanderie est constitué par un amoncellement de vieilleries dans la cour servant actuellement au séchage, elle a déjà été nettoyée plusieurs fois par M. Wakil mais les débris et vieilles ferrailles réapparaissent instantanément. Il en va de même pour l'autre cour, plus petite et où il y a aussi un petit bâtiment en béton, de quatre m² environ servant lui aussi à stocker du matériel. La première possibilité, en gardant la buanderie dans ses locaux actuels, consisterait à démolir ce petit bâtiment et à dégager la cour de façon à y assurer le séchage du linge. Ce dernier, sale, entrerait directement dans le local de lavage, en sortirait, propre, dans la cour de séchage et rentrerait ensuite dans la salle de repassage, sans passer comme actuellement par la salle de lavage, ce qui permettrait de séparer les circuits du linge sale et du linge propre. De plus un sèche-linge pourrait être installé dans la salle de lavage pour l'hiver ou les jours de pluie. Cette solution n'est toutefois pas très satisfaisante car la buanderie resterait de taille très réduite pour pouvoir y laver tout le linge du bloc opératoire et la solution du sèche-linge nous paraît illusoire, l'installation électrique ne permettant pas de le faire fonctionner correctement. Notre préférence va à la construction d'une nouvelle buanderie, dans le bâtiment mitoyen, avec trois salles, une salle de lavage, avec son entrée personnelle, une salle de séchage intermédiaire et une salle de repassage avec sa propre sortie. Nous pensons qu'ainsi, à moindres frais et à condition d'augmenter le personnel il serait possible de centraliser tout le lavage du linge de l'hôpital et de ne plus mélanger le propre et le sale.

Nous constatons par ailleurs que les deux machines en panne ont été démontées et devraient pouvoir être réparées.

Nous nous rendons ensuite au bloc opératoire où il n'y a pas d'intervention programmée, le jeudi étant consacré au grand nettoyage du bloc. Nous en profitons pour conseiller 'cleaners' et infirmiers et pour reprendre avec les infirmiers anesthésistes les règles d'hygiène et d'asepsie que nous essayons de leur inculquer depuis trois ans. Il est à noter que le Dr. Taher a fait procéder au changement des prises électriques qui étaient défectueuses.

29 Avril

Journée de travail au bloc opératoire où j'assisterai les chirurgiens. Nous constatons alors que contrairement aux objections culturelles qui nous sont faites, il est parfaitement possible de faire laver les mains aux patients avant d'entrer en salle, qu'ils en comprennent fort bien l'intérêt et que la perfusion peut ainsi être mise en place dans des conditions d'asepsie correctes.

Je passerai la matinée à conseiller les chirurgiens, à leur montrer les gestes techniques de base, travail avec les pinces, les ciseaux et les écarteurs, sans mettre les doigts dans le champ opératoire. Un accident opératoire (hémorragie) mettra cruellement en évidence les lacunes du bloc, absence d'infirmier dans la salle, éclairage sommaire, nécessité de faire venir compresses et matériel de la petite salle de stérilisation, aspiration faible, bistouri électrique défectueux ou dangereux, absence de ligatures appropriées, matériel insuffisant. Cela rend très vite difficile à contrôler une situation qui, dans de bonnes conditions n'aurait posé aucun problème.

De leur côté M.F. Huckert et M. Dinmohammad se rendent au bloc obstétrical à la demande de M. Wakil. Salués par le chef de service ils sont ensuite abordés par le Dr. Nasser qui leur transmet toute une série de demandes financières, souhaite la présence permanente d'une équipe française voire la construction d'un hôpital neuf .M.F. Huckert lui explique les buts de nos missions et qu'il est possible d'améliorer beaucoup de choses sans moyens financiers. Elle lui conseille vivement de travailler en bonne entente avec M. Wakil qui peut apporter beaucoup d'améliorations sur le plan de l'hygiène et de l'organisation.

La salle d'opération est relativement bien équipée mais la comme ailleurs le matériel, bistouri électrique, scopes et moniteurs ne sont pas adaptés aux conditions locales et en grande partie non fonctionnels. M. Wakil expose quelques solutions aux problèmes actuels, étanchéification des fenêtres pour éviter la poussière, évacuation de poubelles rouillées et autre matériel inutile et hors d'usage etc....

30 Avril

Nouvelle journée de travail au bloc opératoire. Dans un premier temps nous assisterons à une intervention de chirurgie orthopédique, ostéosynthèse d'une fracture du fémur chez un enfant de 12 ans environ. Nous faisons mettre la voie veineuse par l'infirmier anesthésiste, avec nettoyage du membre sup. au savon puis désinfection, avec une excellente coopération. Nous obtenons de même de la part des chirurgiens qu'ils réalisent une préparation cutanée satisfaisante de tout le membre inférieur. Nous leur installons le bistouri électrique offert par l'ambassade mais n'intervenons pas au niveau du geste lui même n'étant pas orthopédiste de formation. Nous ne pouvons toutefois ne pas voir les multiples fautes d'asepsie bien que des progrès aient été réalisés .M.F. Huckert comme d'habitude essayera de former les infirmiers anesthésistes aux gestes infirmer de base, pose de perfusion, nettoyage du laryngoscope etc.

Je m'habillerai pour ma part avec les chirurgiens qui le veulent pour continuer l'apprentissage des gestes chirurgicaux.

Il est à noter qu'aujourd'hui beaucoup d'interventions étaient programmées et qu'une urgence s'est rajoutée , des interventions sur des enfants ont eut lieu dans la petite salle septique et que par moment a régné dans le bloc une atmosphère nous ramenant deux ans en arrière.

1°Mai

Alors que le monde entier fête le travail nous nous rendons au bloc comme chaque jour et nous y poursuivons notre action de formation à la fois aux chirurgiens et aux infirmiers !

2 Mai

Dans un premier temps nous nous rendons à la buanderie afin de vérifier si les machines à laver ont été réparées. En fait elles sont toujours au milieu du petit couloir d'entrée, désossées mais toujours dans le même état.

Au bloc opératoire l'ambiance est quelque peu électrique. Cela est dû à la présence de chirurgiens et d'anesthésistes de l'ISAF en mission exploratoire pour étudier une coopération avec le service de chirurgie de l'hôpital. Un soldat en armes surveille l'entrée du bloc, les chirurgiens s'habillent et aident les chirurgiens viscéraux, ils prennent de nombreuses photos, de nombreux va et vient ont lieu. Nous essayons néanmoins de continuer la mission que nous nous sommes fixée en nous limitant à la salle d'orthopédie qui n'est pas notre spécialité y concentrant notre action sur l'hygiène. Nous pouvons noter des progrès notamment de la part des 'cleaners' qui font systématiquement laver les mains aux patients avant de les installer en salle, par contre il est beaucoup plus difficile de convaincre les chirurgiens de nettoyer le membre opéré avant de débiter l'intervention ! Toutefois devant l'impossibilité de continuer à travailler nous écourtons notre matinée.

3 Mai

Dès notre arrivée au bloc nous avons une réunion avec le Dr. Taher, M. Hadji et la plupart des infirmiers du bloc. Nous leur faisons part de notre satisfaction devant les progrès réalisés au bloc depuis trois ans mais aussi de la nécessité de poursuivre leur effort surtout en matière d'hygiène et d'asepsie. Nous leur transmettons une fiche de suggestions simples, applicables sans surcoût financier, traduite en Dari. Il s'agit de recommandations simples :

- que les chirurgiens demandent aux patients, lors de la visite pré opératoire de prendre une douche avant d'entrer à l'hôpital, chez eux ou aux douches municipales en leur en expliquant l'intérêt
- que les patients entrés en urgence soient douchés à l'hôpital
- que les patients se lavent les mains au bloc avant d'entrer en salle
- qu'on leur enlève leur chemise une fois anesthésiés
- que les chirurgiens nettoient eux même le site opératoire avant de faire l'asepsie
- que le personnel mette bien son masque sur le nez
- que tout le monde veille à ne pas faire de fautes pendant l'intervention

Ces propositions sont bien acceptées, la fiche est soumise au Dr. Esmat, chef de service qui la valide et décide de la présenter à tous les chirurgiens lors d'une réunion. Il propose également, avec le Dr. Taher de mettre en place rapidement un accueil des patients au cours duquel, après la douche le patient se verrait remettre une tenue complète pour la durée de son hospitalisation en échange de ses propres habits. Nous suggérons également que le personnel du bloc ait une tenue de travail propre chaque jour.

Nous abordons ensuite le problème du linge et la nécessité de laver le linge du bloc à la buanderie. Nous leur exposons nos idées sur cette question, telles qu'elles ont été exposées plus haut (cf. journée du 27 avril). La solution impliquant l'intervention de la direction et le Dr. Mirwaïs étant absent, la réunion se poursuivra avec l'adjoint du directeur M. Anouari, le directeur des soins, le Dr. Esmat et le Dr. Afzal.

Après l'exposé de nos propositions M. Anouari nous apprend que l'hôpital a reçu des crédits pour réaliser une nouvelle buanderie ainsi qu'un incinérateur. Après quelques échanges la solution d'adapter de façon provisoire l'actuelle buanderie est acceptée, la cour coté repassage va être débarrassée de tout ce qui l'encombre, le petit bâtiment démoli, et elle servira au séchage. La durée de travail des lingères va être augmentée moyennant une augmentation de salaire. Nous insistons pour que lors de la conception de la nouvelle

buanderie les circuits sale et propre ne se croisent pas, qu'une vaste salle de séchage sépare le lavage du repassage car même si un équipement en sèche linges était installé il ne serait pas à l'abri des pannes ni des coupures quotidiennes d'électricité.

Nous nous rendrons tous ensuite à la buanderie pour confirmer les options sur le terrain et faire constater que les machines ne fonctionnent pas et ne sont toujours pas réparées .Nous faisons ensuite nos adieux.

Conclusions

Cette troisième mission au bloc opératoire de l'hôpital de Mazar e Sharif nous a permis de constater des améliorations notables.

- Le niveau général de propreté est sans commune mesure avec ce que nous avons découvert
- Les locaux sont utilisés au maximum de leurs possibilités
- L'équipement en matériel et fournitures est bien meilleur
- La programmation des interventions a perdu son caractère anarchique et les interventions se déroulent les unes après les autres
- L'entrée du bloc est réglementée et personne ne peut sortir en tenue de travail

De nombreux points restent à régler.

- Le linge est toujours en très mauvais état et de dimensions insuffisantes
- La stérilisation est toujours effectuée avec des auto claves flash ne permettant pas le stockage à moyen terme
- Les tambours sont trop petits et abîmés
- Surtout il n'existe pas de culture de l'asepsie, surtout chez les chirurgiens qui se remettent très difficilement en question. Cela nécessitera donc à notre avis de nouvelles missions pour rabacher les règles élémentaires et vérifier leur mise en pratique en particulier par les chirurgiens et les médecins anesthésistes et commencer à faire la même formation dans les salles d'hospitalisation.

Rapport de mission validé par l'ambassade de France en Afghanistan le 8 mai 2006

Les constats et propositions appartiennent à l'auteur



Dr Philippe Bonhoure
Chef de la Cellule Santé

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Bonhoure'.