



Rapport de mission à Hérat (Afghanistan)

du 16 avril au 1^{er} Mai 2005

Professeur Olivier Jonquet

UFR de Médecine et CHU de Montpellier

Professeur René Galifer

Chirurgien

Philippe MOINE

Technicien de laboratoire

Lydie Stento

Infirmière



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Rapport de mission par le Pr Olivier Jonquet

1 – Contexte

A - rappel

A la suite des premiers contacts pris à Kaboul et à Hérat à la fin de 2003 par une première mission du CHU de Montpellier menée par Mme J. Biaggi et le doyen J. Touchon, il a été retenu le principe d'une coopération entre le CHU, la faculté de Montpellier d'une part, et l'Hôpital et la Faculté d'Hérat d'autre part (cf compte rendus de mission). La cellule santé de l'Ambassade de France à Kaboul promeut et soutient ce projet à l'instar de ceux en cours à Kaboul avec les HCL de Lyon de même qu'à Mazar i Sharif avec le CHG de Rodez.

Une deuxième mission a eu lieu fin novembre-début décembre 2004 (cf compte rendu) . Elle proposait pour la mission future :

a) au niveau hospitalier :

- d'étudier les possibilités d'amélioration de l'organisation des soins et de l'hygiène hospitalière à partir des services de chirurgie et des blocs opératoires. A cet effet le Pr RB Galifer et Madame Lydie Stento, infirmière ont accepté ce chantier.
- poursuivre l'action sur les laboratoires, engagée avec le Dr J. Ducos et Philippe Moine technicien de laboratoire, pour systématiser les procédures les plus courantes ; en se focalisant sur la réalisation d'un bon examen direct de prélèvements bactériologiques et la bonne exécution d'une analyse bactériologique des selles.

b) au niveau universitaire, continuer l'action d'enseignement par des cours, certes, mais aussi des contacts avec les enseignants pour leur permettre de faire évoluer la pédagogie vers une meilleure intégration entre les disciplines, mais surtout amener la faculté à l'hôpital. L'enseignement théorique et clinique au plus près du malade doit être une réalité.

c) enfin la barrière linguistique étant une réalité même au niveau de la faculté ; elle demandait la présence d'un interprète Français-Dari.

B - La mission actuelle

Les dates d'une mission s'étendant du 14 au 30 avril 2005 avaient été retenues depuis fin décembre-début janvier et avaient été confirmées en lien avec le Dr Frédéric Tissot lors de sa venue à Montpellier début février 2005. Au cours de ce passage, les objectifs de la présente mission avaient été validés.

Entre temps l'organigramme des différentes directions du CHU a été modifié et les acteurs de la Direction des Relations Internationales ont été affectés à d'autres missions. Cette modification a entraîné des contre temps qui ont obéré l'anticipation matérielle de la mission. A la suite de difficultés tenant aux transports aériens, les dates ont du être décalées du 16 avril au 1er Mai 2005.

La mission est composée de

Madame Lydie Stento, infirmière
Monsieur Philippe Moine, technicien de laboratoire
Professeur René Benoît Galifer,
Professeur Olivier Jonquet.

Compte tenu du caractère « terrain » de la mission hospitalière, on doit regretter que la demande d'interprète n'ait pas été reconnue alors que les autres missions en bénéficient sur Kaboul et Mazar i Sharif.

2- Journal de la mission

16 avril

A 8h45 départ en train pour Paris-gare de Lyon, transfert à Roissy CDG en RER. Le retard du train conjugué à des travaux sur les voies nous ont fait arriver à Roissy juste à temps pour l'enregistrement pour Doubaï. Arrivée à 0 heure. Départ pour Kaboul à 6 heures, arrivée à 9 heures. Formalités de douane longues : 1h30. Accueil et transport à Ali Abad Guest House. Après-midi libre. Repas à Ali Abad avec les missionnaires des HCL. Hébergement à l'hôtel pour RB.Galifer, Ph.Moine et O.Jonquet, à la Guest House pour L.Stento.

17 avril

Départ pour l'aéroport à 6h30 . Départ de Kaboul à 9h . Incident de vol pendant le trajet : rupture du pare brise du copilote, piqué, alarme, dépressurisation, masques à oxygène. Suite du vol à basse altitude et retard. A Hérat, voiture de l'hôtel Marco Polo. Installation ; essais vains de contacter le Docteur Shahram et le Doyen Aram. Rencontrés le Pr Timouri qui avait averti le directeur du MoH, madame le Docteur Neyazi, de notre arrivée et pris rendez-vous pour nous.

18 avril

1) à l'hôpital

A 9 heures rencontre avec le Dr Shahram puis avec le Docteur Neyazi ; de ces entretiens il ressort, en substance, que s'ils sont heureux de notre venue, ils attendent de façon ferme :

- une formalisation des relations entre l'hôpital d'Hérat et le CHU de Montpellier qui n' a pas à ce jour été signée.
- une assistance technique certes sur le management et l'organisation des soins, mais aussi des moyens matériels.
- une formation spécialisée de médecins par leur venue à Montpellier, notamment en anatomopathologie. C'est, en effet, une demande récurrente des hospitaliers et des universitaires d'Hérat . Les malades doivent aller en Iran ou au Pakistan pour avoir des examens fiables.
- ils attendent toujours l'enseignant de français promis. Avec celui-ci, ils pourraient désigner des candidats à un séjour à Montpellier et les former au français.
- le Docteur Shahram et le Doyen Aram attendent une invitation par la direction de l'hôpital de Montpellier pour évaluer en fonction de leurs besoins les possibilités de coopération.

Notre réponse a insisté sur le fait :

- que nous n' avons pas de mandat pour promettre quoi que ce soit , que les décisions étaient prises au niveau des commanditaires de notre mission : l' Ambassade de France et le CHU de Montpellier
- que notre mission était uniquement technique et portait sur l'organisation des soins et des laboratoires ; cependant, nous transmettrions fidèlement leurs demandes à nos autorités, en particulier l'organisation d'une visite d'étude pour le Docteur Shahram et le Doyen Aram
- que la venue d'étudiants ou de jeunes médecins était subordonnée à leur connaissance du français. Celle-ci doit être bonne pour les disciplines cliniques du fait des contacts avec les malades et leurs familles ; pour les disciplines biologiques elle pouvait être plus rudimentaire.
- que l'Anatomie Pathologique nécessitait une formation longue sur plusieurs années et que, d'autre part, la formation de techniciens de laboratoire allait de pair.
- enfin que si nous étions là, c'était par une volonté ferme de notre part compte tenu des conditions de mise en place de la mission ; si nous l'avions annulée, pratiquement, la coopération cessait.

2) à la faculté

Arrivés à 11 heures, nous n'étions pas attendus malgré les mails d'Emilie Robert et du Pr Jonquet. Néanmoins nous avons été accueillis chaleureusement par le Dr Aazar. Nous avons convenu d'un rendez-vous samedi 23 à 9 heures à la faculté pour établir un programme de mission. Le Doyen Aram était absent d'Herat, en déplacement en Egypte ; la date de son retour n'était pas connue.

A midi nous avons été invités par les Docteurs Neyazi et Shahram à un repas auquel participaient des afghans, le Pr Timori et les membres de la mission de l'EFS.

20 Avril

A 9 heures le Dr Sharam introduit Ph. Moine dans les laboratoires. Ensuite avec RB. Galifer, Lydie Stento et O. Jonquet, il nous conduit dans les services de chirurgie et les blocs où manifestation des progrès ont été réalisés depuis la dernière mission. Des contacts intéressants sont pris avec le responsable des services de chirurgie le Dr Mohammad Shafiq et une jeune chirurgien dynamique, le Dr Sohialla Arab(cf rapport Pr Galifer et L Stento).

Après ces deux journées se dégage une impression étrange. Certes nous sommes accueillis poliment mais il semble qu'on ne croie pas à l'efficacité de cette collaboration. D'autre part il semble qu'il y ait des actions identiques à l'initiative d'ONG (Humaniterra, Handicap International...) qui ont le dynamisme et la réactivité que l'on connaît, d'autres pays (Allemagne ou la Suisse où le Docteur Shahram est invité...) sont également présents. Enfin, à la faculté de médecine, lors de notre arrivée impromptue, il y avait une réunion des enseignants avec une personne anglo-saxonne(après coup, il s'agit de Mme Edna Mitchell « teacher education specialist » qui a son adresse à Kaboul (EdnaM@af.cali.com). L'impression est, par analogie, celle de la pièce « Boeing-Boeing » où notre délégation est reçue pendant que la précédente vient de partir.

Le jeudi 21 avril est férié du fait de la fête musulmane du Mouloud qui célèbre la naissance de Mahomet, le vendredi 22 est le jour de repos traditionnel.

23Avril

1) à l'hôpital

Philippe Moine dès 8h 30 a rendez-vous avec les techniciens de laboratoire pour revoir les procédures d'analyse bactériologique. L'exemple pris est celui de l'analyse cyto-bactériologique des urines où les différentes étapes de l'analyse sont revues : examen macroscopique, à l'état frais (examen direct), ensemencement sur gélose au sang et milieu de Mac Conckey. Chaque étape est revue dans ses détails en validant ou corrigeant les gestes et leur séquence (cf rapport Ph. Moine).

RB. Galifer et Lydie Stento (cf rapport) passent la matinée au bloc opératoire et analysent de façon plus détaillée que la veille l'activité et les modalités de prise en charge des malades. L'absence d'un interprète se fait sentir : les chirurgiens afghans parlent peu l'anglais, de même l'analyse des circuits patients et des déchets ne peut être faite correctement car les infirmiers ou ce qui tient lieu d'aide soignant ne parlent que Dari. Il se trouve que deux membres de la mission ont été abordés en ville par un afghan parlant bien la français qui cherchait du travail. Cet homme a été réfugié en France au moment des soviétiques, il est retourné en Afghanistan au moment des moudjahidin. Après contact avec Emilie Robert les frais de mission ne comportant pas de ligne budgétaire concernant la présence d'un interprète, il nous est demandé, si nous le désirons, de le rémunérer nous même. Le procédé est curieux (la prise en charge de l'interprète n'est pas prévue dans le contrat AFD, les autres missions ont un interprète rémunéré séparément) mais si l'on veut que la mission soit tant soit peu efficace et féconde , décision est prise de l'engager au moins pour le dimanche 24.

Il devrait être utile car RB. Galifer et L. Stento iront ce jour là dans le service d'hospitalisation chirurgicale. D'autre part s'il convient cela pourra être une ressource locale lors des autres missions et à peu de frais comparés à ceux engagés lorsqu'on fait venir un interprète de France.

2) à la faculté.

A 9 heures la faculté est quasiment vide, O. Jonquet rencontre les Drs Samim, Anwar, Aazar and Farid en partance pour l'Université où a lieu une cérémonie de remise de diplômes et d'annonce de résultats en vue de l'entrée à l'Université. Il les accompagne, salue le recteur, le Dr Mokhless, qui l'invite à s'asseoir à ses côtés. La cérémonie commence par l'exhortation d'un membre de l'Université suivie par la psalmodie de quelques versets du Coran par un imam ; un long discours du recteur, ensuite, s'effectue dans un brouhaha surprenant, son propos est interrompu par des applaudissements dont on ne sait s'ils tiennent au discours ou s'ils manifestent le désir de l'abrégé, tout cela se fait dans une ambiance bon enfant. Ensuite, des étudiants montent à la tribune pour se faire les interprètes de leurs collègues sur les conditions de la vie universitaire. Puis le gouverneur, Mr Sayed Mohammed Khairkhwa, arrivé entre temps, conclut les discours (1h50) dans le même brouhaha, avant la remise des prix et diplômes (10mn). Cette année, les résultats du concours d'entrée à l'Université pour les candidats de la province d'Hérat n'ont pas été bons : seulement 40% des étudiants de la province ont été reçus laissant la place à des candidats des provinces voisines (Farah, Ghor, Badghis) mais aussi de Kaboul et même du Badarshan. La cérémonie se termine par une prière de l'imam.

Le programme du 24 est déterminé par le Dr Aazar et le Dr Anwar : à 8h cours avec le Dr Anwar jusqu'à 10h et ensuite enseignement au lit du malade.

24 Avril

1) à l'hôpital,

RB. Galifer et L. Stento poursuivent leur visite des services de chirurgie avec l'interprète recruté par la mission (Amadhane Kamaloden). Bien qu'il ne soit pas au courant des termes médicaux et du milieu médical, il est bien utile dans les contacts avec les personnels de ces services.

Ph. Moine passe la journée au laboratoire afin de poursuivre la remise à niveau de la qualité des examens bactériologiques

2) à la faculté de médecine

O. Jonquet assiste au cours du Dr Anwar sur le cœur pulmonaire chronique dans une classe d'une douzaine de places. Cette classe est exclusivement féminine. A l'issue nous nous rendons à l'hôpital pour une séance d'enseignement au lit du malade animée par le Dr Aazar. Cette séance a lieu dans le service de médecine interne femmes avec les étudiantes féminines et dans le service de médecine interne hommes avec les étudiants masculins ; le sujet du jour est l'insuffisance coronarienne et les douleurs thoraciques. Que ce soit à la faculté ou à l'hôpital les échanges avec les étudiants sont faciles et animés. Les étudiantes féminines sont dynamiques, plus accrocheuses et moins réservées que leurs homologues masculins.

Les étudiants ont fait part à O Jonquet de leur désir de parler français mais sont déçus de ne pas avoir d'enseignant dédié. Les allemands, par exemple paraissent plus implantés sans avoir le capital de sympathie pour la France que les « french doctors » ont suscité pendant l'occupation soviétique.

25 Avril

1) à l'Hôpital

RB. Galifer, L. Stento et l'interprète reviennent au bloc pour mieux préciser les circuits patients et déchets. L'accueil est mitigé et leurs constatations sur le terrain les remuent fortement (Cf rapport). D'autre part, le fait que l'un des infirmiers faisant fonction d'anesthésiste qui a fait un séjour de 3 mois à Marseille grâce à « Humaniterra », ne travaille pas mieux au plan de l'asepsie fait réfléchir.

Ph. Moine reprend comme d'habitude son action auprès des laboratoires avec des techniciens qui paraissent motivés mais qui risquent d'être repris par les mauvaises habitudes.

2) à la faculté

O Jonquet passe par l'hôpital pour retenir la salle de conférences pour le cours de RB. Galifer sur les invaginations intestinales aiguës. En effet, les pédiatres de la faculté consultés la veille pensent qu'il serait plus judicieux que la leçon ait lieu à l'hôpital pour toucher aussi les chirurgiens et le personnel des services de chirurgie. Le Dr Shahram est occupé avec le ministre de la santé de Kaboul qui visite l'hôpital, son adjoint donne son accord, retient la salle de conférences, nous dit qu'il y a un rétroprojecteur et doit rendre compte au Dr Shahram. Au sortir de l'hôpital, O. Jonquet aperçoit le cortège ministériel où le ministre est entouré d'un homme et d'une femme anglo-saxons d'une cinquantaine d'années et suivi par le Dr Shahram, Mme Neyazi ... Il est étonnant qu'une mission officielle du gouvernement français travaillant dans l'hôpital n'ait pas été au moins présentée au ministre par les autorités sanitaires locales. A la faculté, O. Jonquet rencontre le Dr Ghafooni, pédiatre, qui se charge de faire savoir aux étudiants de la 5^{ème} classe la tenue de cette conférence. Il signale que le Doyen Aram doit rentrer ce jour et devrait être présent à la faculté. O. Jonquet lui demande de l'avertir de la conférence du Pr Galifer ; de retour à l'hôpital, O. Jonquet se rend au laboratoire voir le travail de Ph. Moine et attendre le passage annoncé du ministre, qui, finalement pris par le temps, est parti à l'aéroport.

Dans l'après midi, par précaution, O. Jonquet appelle le Dr Shahram qui ne peut libérer la salle déjà retenue pour une réunion sur la prévention de la toxicomanie ; il lui apprend qu'il n'y a pas de rétroprojecteur à l'hôpital...

26 Avril

1)Conférence hospitalo-universitaire

A 8h O. Jonquet se rend à la faculté pour demander le vidéo-projecteur ; il lui est répondu qu'il est au domicile d'un des enseignants. Devant son insistance, l'enseignant en question, contacté par téléphone à son domicile, le ramène. La conférence du Pr Galifer a finalement lieu dans la bibliothèque de l'hôpital devant une trentaine d'étudiants de la cinquième classe, quelques chirurgiens et des enseignants de la faculté (Drs Ghafooni, Parsa et Ghasool). A la demande de certains étudiants le Dr ghasool, fort obligeamment, assure la traduction. Initialement prévue à 9h30 elle débute à 10h et s'achève à 11h30 après les questions des étudiants et une conclusion du Dr Ghafooni. Le Pr Galifer gravera sa présentation sur un CD qui sera remis à la faculté le lendemain.

Il est intéressant de constater qu'un enseignement de grande qualité didactique et pratique puisse être donné à l'hôpital en réunissant étudiants et médecins hospitaliers. Certes, cette expérience est anecdotique mais peut être renouvelée pour des sujets communs comme la prescription des antibiotiques. Trois sujets avaient été préparés par O. Jonquet mais n'ont pu être présentés faute de programmation. Il faut dire que la conférence n'a pu avoir lieu qu'à force d'insister et d'en assumer la logistique.

Le Dr Shahram appelé dans l'après midi à son travail, nous donne rendez vous le 26 à 9 heures pour une synthèse de la mission hospitalière. Au décours la mission ira à la faculté avant d'être invitée par le Dr Shahram à midi.

Le doyen Aram n'étant toujours pas rentré de Kaboul, O. Jonquet lui téléphone pour lui signaler la présence de la mission à Hérat et lui faire part de son regret de n'avoir pu le rencontrer.

2)A l'hôpital

- Ph. Moine a passé la matinée dans le laboratoire de bactériologie. La fin de la matinée a été dévolue à la réalisation et à l'interprétation d'un examen direct de selles à la coloration de Gram par un des techniciens.

- L. Stento a passé la matinée dans le secteur des brûlés avec Marie Jo d' « Humaniterra ». Elle a pu constater le travail de fond dans la durée effectué par cette infirmière. Les actions ponctuelles sont sans suite ; seules celles inscrites dans le temps sur des petites unités donnent des résultats.

27 Avril

1) à l'hôpital

A 9 heures rencontre avec le Dr Shahram à l'Hôpital. O. Jonquet fait le compte rendu du séjour et laisse ensuite la parole aux autres membres de la mission pour compléments éventuels.

En résumé

- Ph. Moine a formé un technicien aux techniques élémentaires ; il est persuadé qu'avec peu de ressources supplémentaires, le niveau de qualité devrait s'améliorer de façon notable.

- RB. Galifer et L. Stento ont constaté des ruptures fondamentales de règles d'hygiène indépendamment de problèmes de moyens que ce soit au niveau des blocs ou des salles. Les conséquences de l'absence de responsable est criante. Le contraste avec une salle où un responsable effectif a été relevé est saisissant.

A nos remarques le Dr Shahram évoque le manque de moyens matériels ; l'absence de motivation des personnels payés 30 Dollars par mois pour un travail s'étalant de 8 heures à 16 heures (8 heures à 12 heures effectifs...) ; qu'il est bien conscient des lacunes de la bactériologie dont le chef d'unité est inexistant et incompetent au point que personne n'envoie d'examen ; que des chefs d'unité sont nommés mais sans responsabilité à tous les sens du terme ; qu'au cours de son séjour à Marseille , il avait vu ce qu'il fallait faire et l'adapter à la réalité d' Hérat. Il réitère :

- la nécessaire formalisation de la coopération avec Montpellier

- d'aller à Montpellier pour voir sur place les possibilités d'envoyer secondairement soit un médecin , soit un infirmier, soit un technicien ; établir ensuite un contrat avec lui (ou eux) pour mettre en place à Hérat un programme d'amélioration de leurs secteurs respectifs.

2) à la faculté

A l'issue de cette réunion, RB. Galifer et O. Jonquet se sont rendus à la faculté où ils ont remis au Dr Anwar un ouvrage offert par la faculté de médecine de Montpellier « atlas de techniques chirurgicales » de Zolinger et les CD des années 2000, 2001, 2002 et 2003 des congrès de l'American Thoracic Society et le CD de l' Université Bayer d' infectiologie où, à côté de conférences sur le bioterrorisme et l'épidémiologie des maladies infectieuses, est inscrite une conférence d' O. Jonquet sur l'histoire de la faculté de médecine de Montpellier.

Synthèse

Au terme d'une mission officielle de 15 jours au total, regroupant des professionnels du CHU de Montpellier, le bilan est mitigé. Le passage à la vitesse supérieure s'impose si la coopération doit se poursuivre.

1) Les missionnaires, avec leurs limites, ont fait ce qui était dans leurs compétences avec les conditions locales :

- Ils n'étaient pas attendus malgré l'annonce officielle et officieuse de leur arrivée.

- Ils n'avaient pas d'investiture officielle locale forte qui aurait pu leur donner autorité sur les conseils donnés

- le doyen était absent, n'avait pas transmis l'information ; en son absence aucune décision ne s'est prise pour organiser l'enseignement annoncé.

- les titres des cours ont été envoyés, ils n'ont pas été programmés et il a fallu se battre pour n'en faire qu'un seul.

- manifestement les afghans n'ont pas communication de la substance des rapports précédents ; il faut à chaque fois reformuler ce qui a été dit.

- il a fallu rémunérer personnellement un interprète non prévu malgré les demandes des précédentes missions.

2) Il va falloir prendre des décisions fermes sur les missions du CHU de Montpellier à Hérat. Si les autorités commanditaires veulent continuer, cette volonté doit se concrétiser

-au niveau du CHU par

- a) la formalisation de ce qui a été fait et est à faire par une convention liant l'hôpital, l'Université, la faculté de médecine d'Hérat, d'une part et le CHU, l'Université Montpellier1 et la faculté de médecine de Montpellier d'autre part.
- b) déterminer le nombre de postes de FFI et la durée d'attribution de ces postes pour permettre à de jeunes médecins afghans de venir à Montpellier ; en informer l'ambassade de France et les équipes de l'hôpital et de la faculté d'Hérat.
- c) en lien avec les deux hôpitaux et les deux facultés programmer ces séjours en fonction des besoins (et non des désirs), et focaliser chaque mission sur un point précis (bactériologie, hygiène...) ; chaque mission devra évaluer les réalisations programmées lors de la mission précédente.
- d) Se concerter avec l'Ambassade, le CHU et la région Languedoc Roussillon pour organiser un « voyage d'études » pour les Drs Aram et Shahram de façon, qu'à leur tour, ils évaluent leurs besoins.... et s'impliquent de manière plus ferme.

- au niveau de l'Ambassade et de la mission santé

- a) Il ne semble pas qu'il y ait une restitution de la mission auprès des responsables afghans, ce qui leur donne l'impression de visiteurs touristes. D'autre part l'annonce de la mission suivante et de son programme ne se fait pas, semble-t-il, suffisamment à l'avance.
- b) Les afghans attendent d'être invités ; « Humaniterra » est sans cesse citée en exemple. Tout en gardant une certaine réserve sur cette manière de faire et son efficacité à long terme, (et des exemples se sont présentés au cours de la mission) cela peut débloquer la situation.
- c) Un interprète est absolument nécessaire dans les missions de terrain

3) Les prochaines missions doivent poursuivre le travail déjà fait

a) -à l'hôpital

- Dans les laboratoires, le travail de fond effectué par Ph. Moine auprès des techniciens, doit être évalué au bout de quelques mois pour voir si les procédures mises en œuvre sont toujours de mise.

- Dans les salles de chirurgie et au bloc opératoire :

. la stérilisation doit être évaluée

. des responsables de salle(1 médecin et un infirmier) et de bloc doivent être obligatoirement désignés pour veiller à l'hygiène élémentaire, organiser les soins et programmer les interventions en dehors des urgences.

- Des documents écrits doivent être rédigés, des réunions régulières des responsables de salle et des blocs opératoires doivent se tenir avec compte-rendu même succinct. La réalisation des décisions prises doivent être contrôlées. Cela voudrait être l'équivalent d'un conseil de bloc.

Certes cela ne se fera pas en une seule mission mais cela pourrait être une trame pour chacune.

b) A la faculté : les demandes ont toujours pour objet des moyens matériels (équipement d'un laboratoire d'histologie, d'anatomie pathologique, de bactériologie..) ; la modification des modalités de l'enseignement ne suscite pas d'enthousiasme à l'exception d'une ou deux personnes repérées (Dr Azar) ; il en est de même pour l'adaptation aux manques de moyens matériels : l'exemple de la bactériologie est criant ; en effet, si la faculté ne peut assurer un enseignement pratique de la bactériologie pourquoi ne pas organiser cet enseignement dans le laboratoire de l'hôpital ? (cf rapport de la précédente mission)

En résumé :

a) concentration sur un objectif : au travers de l'hygiène qui a pour corollaire l'organisation des soins hospitaliers, il devrait être possible d'assurer un cohérence de la mission sur Hérat. En effet, que ce soit sur le développement d'une bactériologie rudimentaire mais fiable, sur l'amélioration de la prise en charge du patient en pré, per et post opératoire à moyens quasi constants, et sur la mise en place d'une politique antibiotique rationnelle, il y a les ingrédients d'un bon programme de travail.

b) économie des moyens : les missions ne doivent pas comporter plus de 3 personnes de façon à éviter la dispersion et à favoriser l'organisation pratique.

d) liberté d'action : la signature de convention doit assurer la crédibilité des missionnaires au sein des différentes institutions , faciliter les contacts, donner une visibilité à moyen et long terme dans une confiance réciproque.

Rapport de mission par le Pr René Galifer

LE CADRE DE NOTRE MISSION COMPORTE UN VOLET HOSPITALIER ET UN VOLET UNIVERSITAIRE.

1 – Sur le plan hospitalier, l'objectif que nous a confié le Pr O Jonquet, à Mme Stento et moi-même, est de faire le point sur la situation actuelle de l'hospitalisation et des conditions opératoires à l'hôpital d'Hérat, et de faire des propositions raisonnables d'amélioration qui seront transmises aux responsables et serviront aux prochains missionnaires comme base d'appréciation des progrès accomplis.

La méthodologie retenue est de faire un état des lieux et des pratiques en référence avec nos critères français actuels, et de voir le chemin que l'on peut faire parcourir en tenant compte des réalités locales et des contraintes culturelles.

2- Sur le plan universitaire, ma mission est de faire des conférences didactiques sur des sujets concernant ma discipline, la chirurgie pédiatrique à option viscérale.

MISSION HOSPITALIERE

Mardi 19 / 04

A 9 heures nous allons à l'hôpital. Nous y sommes accueillis, d'abord par le Dr Shahram, manager de l'hôpital, puis par Mme le Dr Neyazi, nouvelle directrice provinciale de santé et également directrice de l'hôpital. L'accueil est cordial et se terminera par une invitation à déjeuner en compagnie des autres missionnaires présents sur le site (2 missionnaires de l'Etablissement français du sang et 3 d'Humaniterria International). Au-delà des discours convenus de bienvenue et des remerciements pour notre action, le leit motiv récurrent est le désir très fort de continuer la coopération avec le CHU de Montpellier malgré le changement intervenu récemment au niveau de sa direction, et surtout de la formaliser par la signature d'une convention permettant une assistance matérielle concrète, et la venue à Montpellier de médecins pour des formations de longue durée dans les disciplines prioritaires. Le management doit être inclus dans ces plans de formation. O Jonquet rappelle les différents niveaux décisionnels et assure nos interlocuteurs de son investissement maximum pour faire aboutir ce projet. Nous insistons tous sur la nécessité d'anticiper l'apprentissage du français.

Nous quittons l'hôpital vers 11 heures pour nous rendre à la faculté de Médecine.

Mercredi 20 / 04

Le Dr Shahram nous fait visiter les services d'orthopédie, de chirurgie hommes et femmes, ainsi que le bloc opératoire, et nous met en contact avec les responsables présent.

Mon contact avec l'hôpital d'Herat avait été préparé par les comptes-rendus des missions précédentes et par le reportage photographique réalisé par le Pr Jonquet en décembre dernier. La situation est en tous points identique, bien que, d'après le Pr Jonquet et Ph Moine qui en sont à leur deuxième mission, l'impression générale est celle d'un hôpital « mieux tenu », en particulier au niveau des conditions de propreté qui restent cependant en dessous d'un seuil acceptable pour un européen.

Les conditions d'hospitalisation sont sommaires. Les locaux sont vétustes et tristes. L'odeur est tenace, mélange de produit de nettoyage et d'urine. Le sol est en permanence humide avec ça et là quelques flaques d'eau (nettoyage ?). Les salles sont situées le long d'un couloir central plutôt sombre, mais propre avec quelques poubelles munies d'un couvercle. Elles sont communes, chacune contenant en moyenne 6 à 8 lits, voire jusqu'à 11 lits pour l'une d'entre elles.

L'état des lits est variable, simples lits en fer, inconfortables, ou modèle plus récent et mécanisé. Certains, bancals, sont calés avec de grosses pierres. Ils sont répartis un peu n'importe comment, avec une literie des plus réduite : un matelas sans âge et taché, un drap et une couverture, laquelle doit passer d'un occupant à l'autre sans nettoyage. Les opérés sont couchés en habit de ville, plutôt sales. La majorité est perfusée avec du dextrose. Les pansements visibles ne sont pas très nets. Des bassines sont sous quelques lits. La nourriture qu'apportent les familles est suspendue au pied des lits dans des sacs en plastique. Au milieu du couloir, on trouve une pièce avec des lavabos et des latrines. Les lavabos et la tuyauterie ont l'air défectueux et le sol est en permanence mouillé. Il n'y a pas de douches. L'odeur n'engage pas à l'explorer. Les conditions d'hygiène ne sont manifestement pas acceptables, sans parler du manque total d'humanisation des locaux.

Il y a une intense circulation de gens en civil dont on ignore le rôle (famille, personnel soignant ou technique ?). On ne voit pas d'infirmier(e)s, en revanche il y a un nombre important d'étudiants et de médecins avec des blouses dont la blancheur n'est souvent qu'un souvenir. Il est difficile d'identifier qui est qui et qui fait quoi... sauf celle ou celui qui s'évertue à nettoyer le sol avec une serpière dont la couleur et l'état témoignent qu'elle a manifestement fini son temps depuis longtemps.

Il semble cependant qu'il n'y ait pas mélange des opérés septiques avec ceux qui ne le sont pas. Le fond du secteur d'orthopédie hommes est réservé au post opératoire immédiat des opérés de chirurgie générale. De même le secteur des brûlés est individualisé au fond du service de chirurgie femmes dont il n'est séparé que par un simple rideau. Nous n'y pénétrons pas ce jour là. Il y a manifestement un pansement en cours sans anesthésie vu les cris de douleurs qui s'en échappent. L'association Humaniterria International s'est particulièrement investie dans ce secteur. En revanche je suis très sensible au fait que les quelques enfants présents dans chacune des unités ne soient pas regroupés et se retrouvent au milieu des adultes et des vieillards. Ils sont cependant préférentiellement hospitalisés dans le secteur des femmes.

Au bloc opératoire, bien que non attendus, nous sommes accueillis par le Dr Mohammed Jan Shafik, chef du département de chirurgie générale, et par le Dr Sohialla Arab, femme chirurgienne généraliste très intéressée par ma discipline de chirurgie pédiatrique. Les chirurgiens sont nombreux, habillés en bleu. Les tenues sont correctes. Nous passons des sabots de bloc, enfilons sur nos habits civils une casaque en papier sans manches et mettons un masque en papier, lequel sera précieusement récupéré à notre sortie (réutilisation ?). Sur la droite, on nous montre une salle septique où se pratiquent 2 interventions de chirurgie périnéale. Plus loin du même côté, il y a une salle cadenassée qui semble destinée, si nous avons bien compris, à la neurochirurgie... mais il n'y a pas de scanner à Hérat ! En face à gauche, une salle plus vaste qui est manifestement une salle d'attente pour les futurs opérés, que l'on ne peut qualifier de salle de pré anesthésie car les deux patients présents (un adolescent et un adulte) ne sont manifestement pas prémédiqués. Ils ont ainsi tout loisir de voir ce qui les attend car aucune porte fermée ne leur cache le spectacle du bloc opératoire. Ils ont chacun un dossier très succinct constitué d'une petite tablette sur laquelle sont accrochées 2 feuilles avec les items suivants : identité, motif d'hospitalisation, antécédents personnels et familiaux, examen physique, prescriptions, compte rendu opératoire, examens biologiques. Ce dossier est éventuellement complété par 1 ou 2 radios de mauvaise qualité. Certains items ne sont pas remplis. Chaque futur opéré amène avec lui un sachet en plastique dans lequel se trouve ce qui a été prescrit par l'anesthésiste pour l'intervention (seringues, aiguilles, drogues, antibiotiques, médicaments divers, pansements...) et qu'il est allé acheter en pharmacie ou au bazar. Celui que nous interrogeons en a eu pour environ 700 afghanis (soit en gros 14 USD) payés de sa poche et non remboursés, alors que tout est théoriquement gratuit à l'hôpital. On nous assure que l'hôpital prend en charge les nécessiteux.

Le bloc est constitué de 2 grandes salles dont l'une est condamnée pour avoir été utilisée la nuit précédente pour une intervention septique. Elle est parfaitement rangée. Dans l'autre se déroulent en même temps 4 interventions (!) dans une ambiance de grand désordre car tout le monde circule. Une intervention pour cicatrice rétractile du cou avec greffe de peau qui semble être manipulée sans grande précaution, une hystérectomie, une volumineuse hernie inguinale chez un vieillard sous rachianesthésie et une occlusion intestinale. Un chariot est en train d'évacuer le dernier opéré. Les anesthésies se font sur place avec injection directement dans les tuyaux à perfusion avec du matériel que l'on espère à usage unique. Les masques chirurgicaux sont sous le nez des opérateurs, les barbes dépassent. Les champs opératoires ne couvrent pas la totalité des opérés. On voit que ces derniers ont gardé leurs habits civils et les pieds qui dépassent n'ont manifestement pas fait l'objet d'une toilette préalable. Il est facile de penser qu'il en est de même du reste du corps. Les cheveux et les barbes sont à l'air. La salle est très claire grâce à la lumière du jour qui diffuse par un mur de claustras. Les champs opératoires sont éclairés par des scialytiques sur pied. Il ne semble pas y avoir pénurie d'instruments. La circulation des personnes est impressionnante. Tout le monde ne porte pas de masque. Un préposé en civil avec des vêtements tachés et des bottes blanches (!) en caoutchouc passe d'une table à l'autre pour vider les poubelles. Toutes ces équipes réunies donnent une impression de grande confusion, mais l'ambiance est calme et les gestes que nous avons vus de loin semblaient parfaitement professionnels.

On nous explique qu'il est difficile de faire autrement vu le nombre important d'interventions, de l'ordre de 20 à 25 par jour. En fait la raison principale est que tous les chirurgiens (à l'exception de celui qui est de garde) se consacrent l'après-midi à leur activité privée en ville. C'est bien dommage car l'étalement d'un tel programme jusqu'à la mi-journée permettrait de réduire le niveau de contamination des salles. Cependant, les chirurgies ne sont pas en principe mélangées et il y a une rotation hebdomadaire : 2 jours pour l'orthopédie, 2 jours pour le viscéral et 2 jours pour l'urologie. Nous verrons par la suite qu'il n'en est rien en pratique. A ce stade de la réflexion, on peut s'étonner que la greffe de peau n'ait pas été programmée avec l'orthopédie, et soit contemporaine d'une occlusion intestinale qui est considérée comme une chirurgie contaminée. D'autre part, que se passe-t-il lorsqu'il y a une urgence viscérale le jour de l'orthopédie, et inversement ?

Il n'y a pas de médecins anesthésistes au sens où nous l'entendons. Les anesthésies sont pratiquées par des infirmiers ayant acquis une spécialisation par la pratique ou un stage à l'étranger pour l'un d'entre eux. Le staff chirurgical est à géométrie variable selon que l'on s'adresse au Dr Sharam (34 chirurgiens dont 6 femmes) ou au chef du département de chirurgie (22 chirurgiens dont 4 femmes)... à moins que ce dernier n'ait pas comptabilisé les orthopédistes.

Nous terminons en visitant à notre demande le secteur de stérilisation. La situation y est catastrophique. Seul un autoclave fonctionne sur les trois, et son état laisse à penser qu'il ne fonctionnera pas longtemps. Il n'y a pas de poupinel, ni de machines à laver les instruments. Le centre de la pièce est occupé par une immense paillasse déserte. Quelques instruments trempent dans 2 ou 3 bacs. Comment assurer la stérilisation d'une telle activité avec un seul autoclave ? Y a-t-il un service nocturne ? Nous avons cru comprendre qu'ils utilisaient la stérilisation de la gynécologie obstétrique.

Samedi 23 / 04

Nous retournons, Mme Stento et moi, à l'hôpital pendant que le Pr Jonquet est à la faculté. Notre intention est d'observer le fonctionnement du bloc opératoire.

La porte qui permet d'accéder à l'étage chirurgical étant condamnée, nous nous y rendons en passant par l'extérieur, ce qui impose de passer par le secteur des consultations.

L'entrée est gardée par un cerbère très énervé, en uniforme militaire, qui crie et vocifère en repoussant les patients sans aménité, y compris un vieillard qu'il frappe avec un foulard sur la tête. Certains exhibent des lettres pour essayer de passer. La foule agglutinée devant l'entrée est compacte. D'autres, nombreux, attendent dans le jardin. Il y a près de 200 à 250 personnes en attente à 9 heures du matin. La densité humaine dans le couloir des consultations est celle d'un grand magasin un jour de soldes. Il y a beaucoup d'enfants. N'ayant pas d'interprète, il est impossible de savoir à quoi correspondent les différents boxes.

Nous voici maintenant au bloc opératoire où nous passons la matinée à discuter avec les chirurgiens présents et à observer son fonctionnement.

L'activité est intense sans temps morts. Les anesthésies sont rapides mais les patients sont mal surveillés car il y a un seul infirmier (que nous qualifierons d'anesthésiste pour plus de facilité) par salle pour 3 à 4 interventions simultanées, sans compter les fois où l'anesthésiste quitte la salle. L'un des patients opéré pour une péritonite généralisée manifestement ancienne, est resté intubé sous machine pendant tout le temps où nous étions là sans aucune surveillance. Il a finalement été extubé sans précaution aucune alors que l'intervention était terminée depuis longtemps et qu'il était resté tout seul et non attaché sur la table d'opération au risque de chuter ! Le garçon de salle, celui qui vide les poubelles, fait de temps en temps office d'aide anesthésiste et ballonne les opérés ! Les éboueurs de chez Nicollin (l'entreprise de nettoyage de la ville de Montpellier) sont plus propres que lui !

Les opérés arrivent debout en salle avant même que la patient précédent n'ait été évacué de la pièce ou même de la table d'opération. Ils sont non prémédiqués, mais avec une perfusion déjà branchée dont ils tiennent eux-mêmes le flacon. Ils sont témoins du spectacle ambiant qui n'est pas fait pour les rassurer. Ils sont silencieux même s'ils paraissent terrorisés. On sent beaucoup de soumission. Ceci est encore plus flagrant pour les enfants (quatre, ce jour là) qui arrivent franchement apeurés. Les opérés montent eux-mêmes sur les tables qui sont des plus sommaires. Ils y sont inconfortablement installés. Les appui bras sont inexistantes et remplacés par une planche transversale qui doit leur scier le dos et leur donne un air de crucifié. Les tables ne sont pas mécanisées, c'est-à-dire qu'il est impossible de faire monter ou descendre le plateau, encore moins d'avoir des positions inclinées. Les scialytiques sont fatigués et certains opèrent sans. Il n'y a ni aspirateur ni bistouri électrique, ce dernier existe mais il manque le câble ! Les zones opératoires sont rapidement (une ou deux minutes) badigeonnées à la chlorhexidine. Elles sont limitées à la région de l'incision, les vêtements civils du patient étant à peine repoussés. Les champs sont tous en tissu. Ils sont usés, frangés, troués et de taille réduite, et ne recouvrent pas totalement l'opéré. Lorsqu'ils sont sortis des tambours, leur aspect est celui de champs qui ont été stérilisés non lavés. Les compresses ne sont pas changées. Pour la péritonite, le nettoyage de la cavité abdominale s'est fait avec une seule grande compresse que le chirurgien essorait dans une bassine.

Le produit de lavage était directement versé dans l'abdomen par un infirmier qui tenait le flacon au dessus du champ opératoire. Un drainage péritonéal a été posé en fin d'intervention et est resté ouvert à l'air libre ! Je me suis particulièrement intéressé à une intervention pour hypospadias antérieur chez un enfant qui devait avoir 8 ans environ. Le chirurgien opérait sans loupe, plié en deux à cause de la position basse de la table. Les instruments, peu nombreux, n'étaient pas adaptés à ce type de chirurgie car trop gros, trop longs. L'incision se fait à la grosse lame de bistouri sans manche. Les fils sont du 4 / 0 avec de grosses aiguilles. J'avoue que je serai bien incapable d'opérer dans ces conditions. Les tissus sont manipulés avec de grosses pinces de Kocher à griffes. La sonde urétrale était manifestement de calibre supérieur à l'urètre et a du être introduite avec difficulté.

Le chirurgien s'est arrêté en cours d'intervention (alors même qu'il opérait sous garrot de verge) pour répondre à un appel sur son portable. A côté, on opérait un gamin pour lithiase vésicale ... alors qu'il y a en face de l'hôpital une clinique urologique privée (que nous avons visitée la veille) avec un lithotripteur, certes d'ancienne génération !

Le nettoyage de la table entre deux interventions est des plus rapides et des plus superficiels, à l'eau claire. Celui du sol n'est pas fait et doit attendre la fin de la journée. Le linge sale (y compris pour les interventions septiques que nous avons vues) est entreposé à l'extérieur à l'air libre. Il n'y a aucun tri préalable. Certains instruments sont partis avec lui par inadvertance. Nous ignorons s'il existe un circuit spécifique vers une stérilisation. Les bassines des produits de lavage abdominal et de liquides organiques sont vidées directement dans les poubelles. Il n'y a aucun tri concernant les seringues, aiguilles ou autres matériels tranchant. Les instruments sales sont mis à tremper dans la pièce située entre les deux salles, où se trouvent les auges de lavage des mains. Il y a à cet effet 3 bassines en plastique avec une brosse qui doit servir à un premier nettoyage à l'eau claire. Mais y a-t-il du désinfectant et du décontaminant dans les autres ?

En fin de procédure, l'un des chirurgiens n'a même pas enlevé ses gants souillés de sang pour remplir le dossier qui accompagne l'opéré. Dans ce dossier (quelques feuilles sur une plaquette en bois) sont notés la date, l'identité du patient et du chirurgien, un compte-rendu succinct et, je crois, quelques consignes de surveillance. Les opérés qui ont été intubés sont gardés quelque temps dans l'entrée située entre les salles d'opération et la salle d'attente, pièce dépourvue de tout matériel de surveillance et où le linge souillé est entassé avant d'être évacué vers l'extérieur.

L'asepsie n'est manifestement pas la préoccupation principale du bloc opératoire. Nous avons même vu un brave grand père barbu et en vêtements civils douteux pénétrer dans le bloc et s'approcher de la table où l'on opérait l'hypospade en tenant un petit garçon d'une main et un sachet de provisions de l'autre !!! Venait-il aux nouvelles ou accompagnait-il un futur opéré ? N'y a-t-il personne à l'entrée pour filtrer les allés et venus ?

Nous essayons de savoir comment cela se passe en amont du bloc, en particulier comment se construit un tel programme. Les patients sont vus en consultation réglée par le chirurgien, puis en consultation d'anesthésie. Je ne sais pas si cette dernière se fait le jour de l'entrée ou est décalée de l'intervention comme cela devrait être. Je ne sais pas non plus s'il y a de la chirurgie ambulatoire. Le programme a l'air de se bâtir au gré de chaque chirurgien sans véritable coordination pour savoir qui occupe telle ou telle table et si les interventions sont compatibles entre elles. En tout cas, on ne voit pas de tableau opératoire à proprement parler. J'ai l'impression même qu'il n'y a pas d'horaire formel et que tout se fait en suivant, dès qu'une table se libère, ce que permet la non prémédication des opérés. Je pose la question qui me tracassait hier concernant la gestion des urgences de spécialité différente de celle du jour opératoire. On me répond que le circuit est différent et que les chirurgiens afghans ne sont pas des spécialistes et prennent en charge aussi bien la fracture que l'occlusion ! Ce qui sera démenti par un orthopédiste interviewé sur ce sujet le lendemain.

Le seul intérêt (!) que nous trouvons à cette activité multiple et simultanée dans une salle commune est l'impression d'une grande solidarité entre les différents chirurgiens qui ne rechignent pas à s'entre aider. L'un d'eux a même quitté une intervention à laquelle il participait, passé une nouvelle casaque opératoire sur celle qu'il portait pour aller aider un confrère qui opérait tout seul sans scialytique !!! Ce dernier cas mérite d'être retenu comme exemple pour caractériser le système actuel de santé. Fillette âgée de 8ans environ présentant une occlusion intestinale datant de 3 jours et mise sur le compte d'une invagination intestinale vieillie sur la foi de l'anamnèse et de l'examen clinique qui retrouvait une masse.

On me montre un cliché d'abdomen sans préparation illisible car surexposé, mais sur lequel on aperçoit difficilement quelques niveaux hydro-aériques. Il s'agit en fait d'une tumeur digestive probablement maligne vu les adénopathies satellites. Le chirurgien va faire une résection iléo colique sur une enfant non préparée par des lavements, c'est-à-dire un geste contaminé. En outre ça n'est certainement pas la bonne attitude du point de vue oncologique... mais il n'y a pas d'anatomopathologie à Hérat, ni de chimiothérapie ! Une simple échographie pré opératoire aurait pu éviter ce scénario et donner, peut-être, toutes ses chances à cette enfant.

Dimanche 24 / 04

Nous retrouvons à 9 h devant l'hôpital le traducteur que nous avons recruté la veille (*cf. Commentaires personnels*). Nous consacrons la matinée à explorer les secteurs d'hospitalisation. L'ambiance est totalement différente pour cause de venue à Hérat du Ministre de la Santé. On ne pénètre dans l'hôpital qu'en montrant patte blanche. Il y a peu de monde à l'intérieur dans les couloirs. L'activité de nettoyage paraît plus évidente.

Nous commençons par le service d'orthopédie hommes. Il y a peu de lits vides. Seule la 1^{ère} salle (celle qui contient 11 lits) a des draps propres (visite ministérielle ?). La pathologie traumatique semble la plus fréquente. Les tractions se font avec du matériel rustique et des systèmes de fortune, les broches ne sont pas protégées, les pansements sont manifestement anciens et certains patients sont franchement sales, de même que la majorité de la literie. Dans l'ensemble, ce service est mal tenu.

Le fond de cette unité est un autre service, constitué de 5 chambres plus petites, étiquetées « Recovery rooms » c'est-à-dire consacrées aux 48 premières heures après les interventions de chirurgie générale lourde. L'équipe qui s'en occupe est distincte de celle des orthopédistes.

Nous la revoyons d'ailleurs lorsque nous visitons le service de chirurgie générale hommes. Ce dernier est manifestement mieux tenu, plus propre, plus ordonné. Les lits sont moins nombreux par chambre. Nous rencontrons le chef infirmier dont la tenue est impeccable (c'est bien le seul). Il est probablement responsable de la bonne tenue relative de ce service. Nous discutons longuement. Il gagne 35 USD par mois après 3 ans d'études à Hérat, et travaille l'après midi dans le magasin de son frère en ville. Les horaires de présence sont 8 h – 14 h 30 avec repos le vendredi. Il n'y a pas de congés. Aucune précaution particulière n'existe pour protéger le personnel des maladies transmissibles par le sang.

L'impression est identique en ce qui concerne le service de chirurgie générale des femmes. Nous y rencontrons une chirurgienne qui a passé 3 mois à Marseille en chirurgie plastique grâce à Humaniterra International. Les patientes en attente d'intervention sont regroupées dans la 1^{ère} salle. La pathologie chirurgicale est très variée, à l'exclusion de la chirurgie gynécologique qui se trouve ailleurs. Nous ne voyons pas d'orthopédie femme. Il y a une pièce d'infectées dans laquelle il semblerait que personne ne rentre, hormis la famille. Il y a dans le service 2 à 3 patientes manifestement en fin de vie (dont une dans la pièce septique). On pose la question de la conduite en cas de décès. Aucun isolement n'est prévu par rapport aux autres occupantes de la salle. Si la famille se manifeste, elle vient reprendre le corps. Dans le cas contraire, il est gardé 2 jours dans une pièce (laquelle car tout est occupé ?) puis dirigé vers le cimetière. Il y a un nombre significatif d'enfants des 2 sexes. Nous retrouvons d'ailleurs la gamine opérée la veille d'une tumeur digestive. Nous essayons de savoir si la famille est au courant de la gravité de la situation. La mère nous répond que le chirurgien « a trouvé un kyste ».

Le fond de cette unité est le service des brûlés. La séparation entre les deux est virtuelle. Mme Stento le visitera mardi.

Nous quittons ce service femmes vers midi. C'est l'heure des visites. Les portes sont fermées et un cerbère essaie de contenir le flux des familles qui sont massées devant. Il y a beaucoup d'agitation et de cris !

Voici les remarques que nous inspire la visite de ces structures d'hospitalisation :

1. Il n'y a aucun souci de propreté, que ce soit au niveau des locaux, des personnes hospitalisées et des pratiques infirmières. Il serait surréaliste de parler d'asepsie ! Cela témoigne d'une absence totale de culture de la propreté, constatation qui est tout à fait en phase avec ce que l'on perçoit de la vie quotidienne en ville.

- En dehors du lavage des sols et, de façon intermittente, de l'aspersion dans le couloir d'un produit détergent, la tenue des locaux est bien en dessous du minimum que l'on pourrait attendre d'un établissement de soins, même dans un pays émergent. Les vitres sont sales, les toilettes sont impraticables. Il n'y a pas de douches, à défaut de salle de bain. En dehors des draps qui doivent être les mêmes quelle que soit la durée du séjour, la literie (matelas, couvertures) n'est manifestement pas changée entre 2 hospitalisations. Certains hospitalisés sont à même un matelas encore taché de sang ou d'autres déjections, ou laissant voir la mousse.

- Les patients sont en règle sales, certains même d'une saleté repoussante. Leurs vêtements de ville aussi, souvent souillés par du sang lors de l'accident ou pendant l'intervention, ou plus simplement déjà sales au moment de l'hospitalisation. Certains vieillards ou grabataires sont carrément souillés par leurs propres déjections, et le restent.

- Les soins infirmiers et auxiliaires semblent réduits au strict minimum. Les injections sont faites à 8 h du matin, et après il n'y en a plus ! Les poches gastriques ou urinaires ne sont manifestement vidangées que lorsqu'elles sont pleines à ras bord. Lorsqu'une perfusion est en dérivation, elle est directement branchée sans robinet dans le caoutchouc. L'une, dont le flacon a été enlevé, pend lamentablement dans le vide avec une aiguille intra musculaire au bout. Les pansements ne sont visiblement pas refaits régulièrement par les infirmiers ou par les étudiants qui font office d'assistants de soins. Nous n'avons d'ailleurs vu aucun chariot à cet effet, ni aucun infirmier en train d'en faire. Le seul geste dont nous ayons été témoin fut l'ablation d'un pansement pour plaie de la face, pratiquée en cours de visite par un médecin sans aucune précaution de propreté la plus basique (pas de gants ni de lavage des mains avant et après), sans aucun souci antalgique (geste brutal, pansement non humidifié). Personne ne s'occupe des patients, en dehors des familles s'il y en a. Il n'y a pas de toilette des corps. En 3 heures de temps, nous n'avons vu personne sur le bassin, ce qui n'aurait pas pu nous échapper compte tenu de l'absence totale d'intimité. Qui les change lorsqu'ils sont souillés ? Sont-ils seulement changés ? Bien que présents aux alentours de midi, nous n'avons vu aucune distribution de repas, aucun plateau.

- Le personnel médical et paramédical n'est pas en reste. Certaines blouses, lorsqu'il en porte, sont d'une propreté douteuse. Malgré les consignes écrites et même diffusées par haut parleurs, nous avons surpris un infirmier en train de fumer dans le couloir et de jeter son mégot par terre.

- La gestion des déchets n'est pas très claire. Les liquides biologiques (contenu des sondes gastriques, urinaires et autres) et les pansements sont jetés dans le sac en plastique (!) d'une des poubelles du couloir. Celui qui lave les sols ferme le sac et l'amène dans un local où tout ce matériel est entreposé dans l'attente d'être évacué à l'extérieur de la ville. On ne sait pas où. Pareil pour les aiguilles qui sont mises dans un carton et envoyées à l'incinération.

Il semble que ces manœuvres se fassent une seule fois par jour à 8 h du matin et qu'après il n'y ait plus d'objets piquants ou tranchants dans le service, comme s'il n'y avait pas de soins à assurer dans la journée !

2. Il n'y a aucune surveillance médicale ou infirmière digne de ce nom. En dehors de la visite des médecins qui n'a pas l'air de traîner en longueur, on ne perçoit aucune circulation d'un quelconque personnel paramédical. En revanche on le trouve facilement en train de siroter tranquillement le traditionnel thé dans une salle de repos munie de lits où dort l'infirmier de nuit. Lors de notre passage, il y avait manifestement en toute indifférence des patients dont l'état justifiait une surveillance infirmière rapprochée, sans parler des 2 ou 3 patientes manifestement en fin de vie à la vue de tous. Le dossier médical, accroché au montant du lit avec les éventuelles radios, semble être figé une bonne fois pour toute à la sortie du bloc (sous toute réserve cependant, puisque écrit en dari), mais on voit très bien qu'il n'est pas tenu à jour. Il est des plus succincts, réduit à 2 ou 3 feuillets dont tous les items ne sont pas remplis. Le compte rendu opératoire tient en une ou deux lignes. Les consignes thérapeutiques ou de simple surveillance sont signées par les médecins, mais ne semblent pas être actualisées, de même que la feuille de résultats des examens biologiques. Les infirmiers tiennent un registre des entrées et sorties, mais il n'y a aucun dossier infirmier proprement dit. Il est difficile de savoir ce qui se décide, et qui est responsable. On ne sait pas s'il y a des kinésithérapeutes, des psychologues ou autres médecins qui assurent des soins spécialisés lorsque nécessaire.

3. Il est certain que l'amélioration de ce système passe par un intéressement des personnels médical et paramédical au travail en hôpital public. Les salaires n'étant pas attractifs (30 USD par mois pour tout médecin !), chacun (y compris les directeurs) déserte l'hôpital l'après midi pour exercer une activité privée plus lucrative, médicale ou autre, qui devient prioritaire. On peut le comprendre. La réflexion d'un chirurgien sur la « free surgery » que je rapporte plus loin me paraît assez bien illustrer cet état d'esprit. Il en résulte une sorte d'hôpital à mi-temps où personne ne doit réellement se sentir responsable sur le terrain, bien qu'il y ait des responsables sur le papier. D'autant qu'il n'y a aucun contrôle d'activité, a fortiori de qualité. Ceci nous a paru flagrant dans les différentes structures d'hospitalisation que nous avons visitées. De même qu'il n'y a rien qui ressemble à une CME, un CLIN, un conseil de bloc ou de service ou autre commission capable de composer une « loi » hospitalière et de la faire appliquer. Il en résulte que chacun fait son travail dans son coin avec plus ou moins d'intérêt et d'investissement personnel, mais qu'il n'y a aucun souci de gestion cohérente de la collectivité. En gros, les responsabilités ne sont pas lisibles et l'hôpital manque de transversalité. Ces remarques sortent un peu du cadre de ma mission centrée sur l'hôpital d'Hérat, mais il est impossible d'ignorer le poids du système de santé afghan. Une revalorisation des salaires avec peut-être création de temps pleins hospitaliers, une responsabilisation des fonctions et un intéressement à une évolution de carrière auraient certainement, toutes proportions gardées, des effets similaires à la loi Debré qui a créé les CHU chez nous.

Lundi 25 / 04

Nous sommes à 9 h à l'hôpital avec l'interprète que nous avons nous-mêmes recruté. L'ambiance est identique à celle d'hier car le ministre est à l'intérieur. Comme hier d'ailleurs, nous ne pourrions pas voir le Dr Sharham. O Jonquet veut que je fasse demain mardi une conférence sur l'invagination intestinale aiguë. Il pense que ce serait judicieux de la programmer à l'hôpital en faisant venir les enseignants et les étudiants de la faculté, ceci afin que les chirurgiens puissent aussi en profiter. Cela permettrait surtout de créer un lien entre l'hôpital (non universitaire) et la faculté qui fonctionnent en toute méconnaissance l'un de l'autre. Nous le signalons à l'assistant du Dr Sharham que nous avons déjà vu plusieurs fois. Il nous dit s'occuper de tout (salle, vidéo projecteur, annonce aux chirurgiens).

En fait nous apprendrons dans l'après midi (par un coup de fil d'O Jonquet au Dr Sharham) que rien n'a été transmis, que la salle n'est pas libre, qu'il n'y a pas de vidéo projecteur L'essentiel est de ne pas perdre le moral !

Nous retournons au bloc opératoire pour essayer de mieux saisir le circuit du linge sale, de la stérilisation et des déchets. Notre traducteur nous sera de peu de secours car incommodé par le spectacle.

Les champs et les blouses sales sont évacués et stockés à l'extérieur du bloc, puis emmenés en fin de journée vers une machine à laver (?) avant de passer à l'autoclave. Il y aurait 2 autoclaves en fonctionnement sur les 3 (alors qu'il n'y en avait qu'un lors de notre premier passage... sans qu'il y ait ce jour de traces évidentes de réparation !). Mais ils n'atteignent pas la température nécessaire. Le linge est ensuite reconditionné dans les tambours et entreposé à côté des salles d'opération. Nous nous posons la question du niveau réel de stérilité du tissu utilisé pour les interventions !

Les instruments sont d'abord mis à tremper dans l'eau des auges de lavage des mains, puis transportés en salle de stérilisation où ils sont passés successivement dans 3 bassines en plastique pour une vingtaine de minutes par passage : la 1^{ère} bassine contient du chlore, la 2^{ème} de la chlohexédine et la 3^{ème} où ils sont brossés, de l'eau claire. Ils passent ensuite à l'autoclave. Je ne suis pas spécialiste pour donner mon avis sur l'efficacité de cette procédure.

Les objets tranchants et piquants ne sont pas isolés et sont jetés dans les poubelles en même temps que les liquides organiques et les autres déchets. Il y avait bien « autrefois » des récipients spécifiques pour cela, mais « il n'y en a plus maintenant ». Nous suggérons l'utilisation d'une simple bouteille et mettons en garde sur le risque d'accidents professionnels. Un anesthésiste qui a pourtant fait un stage de 3 mois au CHU de Marseille (toujours grâce à Humaniterra International) nous répond que « nous ne sommes pas ici dans un hôpital français » Fin de l'épisode !

Aujourd'hui, c'est jour d'orthopédie ... ce qui n'empêche pas qu'il y ait une intervention pour appendicite aiguë (avec enchaînement en suivant pour une autre intervention abdominale) dans la même salle qu'une chirurgie rachidienne !!! Les 2 salles fonctionnent à plein régime dans une ambiance digne de la fameuse scène du film M.A.S.H. Mais il ne s'agit pas là d'une remarque amusante. Le spectacle est proprement inacceptable pour qui se prétend chirurgien, d'autant plus qu'il s'agit d'interventions orthopédiques dont personne n'ignore que les conditions d'asepsie (ce mot est certainement inconnu en dari) doivent être draconiennes, ou du moins plus rigoureuses qu'en chirurgie viscérale. C'est probablement pour cela que nous avons supporté avant hier le fonctionnement des chirurgiens viscéralistes et que les manquements aux précautions les plus élémentaires nous apparaissent aujourd'hui plus flagrants. Et les anesthésistes présents ce matin, bien que certainement très adroits vu la rapidité de l'anesthésie et du réveil, ne sont pas en reste dans cet étalage de non-professionnalisme.

Outre les réflexions que nous avons déjà faites concernant le non hygiène des opérés, l'absence de champs totalement recouvrants, l'absence de nettoyage efficace ou de vidange de la poubelle entre 2 interventions, le rythme infernal des enchaînements, la saleté de la tenue du videur de poubelles qui ne s'est pas changé depuis la dernière fois, si tant est qu'il puisse se souvenir à quand remonte sa dernière tenue propre - autant de réflexions non exhaustives qui prennent une acuité particulière face à de la chirurgie osseuse - nous avons été témoin d'un spectacle peu commun, même pour quelqu'un ayant connu les blocs d'Afrique et d'Orient ! Chirurgien complètement souillé passant d'une pièce à l'autre pour ailler fouiller avec ses gants maculés de sang dans la boîte de son confrère opérant un rachis pour trouver l'instrument qui lui manquait ; instruments dépassant du champ opératoire et au contact de zones non protégées ; plaque d'ostéosynthèse du tibia vissée sur une jambe sale, non rasée, non protégée par un jersey (ce qui n'est tout de même pas une précaution sophistiquée) ;

chirurgien certainement pressé (le même qui fouillait dans la boîte) opérant un membre supérieur sur un chariot non calé entre deux tables avec un encombrement de l'espace tel que la souillure est obligatoire ; chirurgien changeant d'avis en cours d'intervention et se mettant à inciser une zone non préparée ; essorage de la grande compresse unique directement dans la poubelle ; anesthésiste endormant sans avoir à proximité de quoi faire face à un accident (sonde d'intubation, machine...), posant un cathon sans aucune asepsie ou répondant au portable d'une main tout en poussant la seringue de l'autre (douloureux de constater qu'il s'agit de celui qui a bénéficié d'un stage en France !)

Les orthopédistes d'aujourd'hui travaillent de façon indigne du titre de chirurgien dont ils se prévalent. Le spectacle de ce matin est une insulte à la profession, la marque d'un manque profond de respect pour la personne humaine, ce qui est tout de même paradoxal quand on est chirurgien. Je ne peux pas croire à une telle méconnaissance des règles les plus élémentaires de l'acte chirurgical. Je crois plutôt qu'ils se moquent de l'hôpital public. L'un d'eux en opérant a qualifié son intervention de « free surgery ». Pas besoin de traduire, d'autant que cette réflexion était accompagnée d'un geste de la main suffisamment significatif ! Je serais curieux de savoir comment ils se comportent en clinique privée. Je ne puis m'empêcher de faire un parallèle avec le service d'orthopédie que nous avons visité la veille, et dont la tenue était déplorable par comparaison avec le secteur viscéral, toutes proportions gardées. Peut-être s'agit-il là, paradoxalement, d'une mentalité particulière à ce staff d'orthopédistes dont aucun ne s'est permis une réflexion concernant le comportement du voisin ? Comment un orthopédiste digne de ce nom accepte-t-il opérer à côté d'une chirurgie abdominale septique ou de laisser un confrère fouiller avec des gants sales dans sa boîte de rachis ?

En tout cas, la pénurie et la situation économique du pays n'ont rien à voir là dedans. Nous sommes sortis de salle en état de choc

Mardi 26 / 04

Cf. Mission universitaire

Mercredi 27 / 04

Nous nous retrouvons tous à 9 h dans le bureau du Dr Sharham pour un compte rendu de notre mission et faire des propositions d'amélioration, chacun dans son pôle d'intérêt. Le Pr Jonquet met l'accent sur l'organisation des services et propose la nomination de couples médecin-infirmier responsables du fonctionnement au quotidien de chaque unité. Ph Moine fait le compte rendu de son action dans le laboratoire de bactériologie et se montre satisfait des progrès accomplis.

Concernant les conditions d'hospitalisation et d'intervention, le Pr Jonquet et moi-même insistons sur les mesures simples, listées au chapitre suivant, afin d'améliorer le circuit de l'opéré (propreté des locaux et de la literie, hygiène corporelle des personnes, respect des règles élémentaires d'asepsie au bloc opératoire).

Le Dr Shahram nous répond qu'il est parfaitement conscient de la situation, mais qu'il se heurte à des difficultés financières récurrentes, à la culture du pays et au fait que, pour gagner leur vie les médecins n'ont pas d'autre choix que d'avoir une activité privée l'après-midi, ce qui induit une rupture de leur activité hospitalière et de leur investissement, et une dilution des responsabilités. Les couples médecin-infirmier seraient responsables devant qui et que pourrait-il faire, lui, en cas de dysfonctionnement ? Il semble totalement impuissant à pouvoir changer quoique ce soit. Il nous redit l'importance que revêt une coopération formalisée avec le CHU de Montpellier permettant à des médecins afghans de se rendre en France et de prendre conscience concrètement de la différence de système.

Nous prenons alors congé de Mme le Dr Neyazi et du Dr Sharam. O Jonquet et moi-même quittons l'hôpital vers 10 h 15 pour nous rendre à la faculté, tandis que Mme Stento retourne dans le service des brûlés et Ph Moine, au laboratoire de bactériologie. Rendez-vous est pris à 12 h 30 pour répondre à l'invitation du Dr Shahram à déjeuner ensemble.

MISSION UNIVERSITAIRE

Mardi 19 / 04

Après notre visite à l'hôpital, nous allons à la faculté de Médecine, située à quelques centaines de mètres plus loin. Cette proximité géographique est un atout pour améliorer les rapports entre ces deux institutions.

Là encore mon contact avec la faculté d'Herat avait été préparé par les compte rendus des missions précédentes et par le reportage photographique réalisé par le Pr Jonquet en décembre dernier. Rien ne semble avoir significativement changé. Quelques étudiants discutent sur le « campus » à l'entrée. Comme à l'hôpital, les locaux sont vétustes et tristes, mais pas très bien tenus. Le Doyen est absent car en voyage en Egypte, certainement pour tout le temps de la mission. Il avait été pourtant prévenu par O Jonquet de notre venue !

Nous sommes cordialement reçus par les enseignants présents qui manifestement ne nous attendaient pas. Ils semblent plus nombreux que les étudiants eux-mêmes. L'un d'eux, le Dr Azaar nous amène à la bibliothèque pour discuter et boire une énième tasse de thé. Les murs sont entièrement garnis de rayonnage sur lesquels sont rangés des ouvrages que nous explorerons une autre fois. Deux à trois groupes d'étudiantes travaillent en silence. Nous nous entendons, entre autre, sur le contenu des conférences que nous réaliserons, le Pr Jonquet et moi-même. Malgré notre insistance pour revenir le lendemain, nous n'avons rendez-vous que le samedi 23, le jeudi 21 correspondant à la fête religieuse du Mouloud et le 22 étant un vendredi. Alors que l'hôpital fonctionne le mercredi 20 (bien que sur ce sujet, des discours opposés nous aient été tenus par les Drs Shahram, Neyazi, et d'autres personnes), les enseignants de la faculté font le pont.

Mardi 26 / 04

Le Pr O Jonquet ayant préféré privilégier ma mission hospitalière, je ne suis pas retourné à la faculté depuis le mardi 19 / 05, d'autant que l'activité y paraissait réduite en l'absence du doyen. Il s'est lui-même investi dans le volet universitaire de la mission. Il m'a cependant demandé d'assurer un cours que j'ai pu faire ce jour à l'hôpital malgré les difficultés évoqués dans mon rapport du lundi 25 / 04. A 10 h, après avoir réglé des problèmes de dernière minute concernant les connexions et le vidéo projecteur (qu'il a fallu qu'O Jonquet aille chercher lui-même à la faculté ... où il n'était d'ailleurs pas, ayant été emprunté par un enseignant qui a dû le ramener de chez lui dare dare !) j'ai pu, dans la bibliothèque de l'hôpital, faire une conférence sur l'invagination intestinale aiguë. Conférence en anglais avec traduction au fur et à mesure en dari par un médecin interprète bénévole, devant 30 personnes (étudiants, chirurgiens et à peine trois enseignants de la faculté). J'ai laissé le CD de ce cours à un enseignant qui me la demandait, ainsi que les quelques documents photocopiés que j'avais amenés.

Mercredi 27 / 04

O Jonquet et moi-même sommes à 10 h 30 dans les locaux de la faculté. L'activité est loin d'être intense, bien qu'il y ait un nombre relativement important d'enseignants et d'étudiants. On ne voit aucun cours. Nous rencontrons, entre autres, le vice doyen auquel O Jonquet offre un livre de techniques chirurgicales en langue anglaise, ainsi qu'un membre de l'Université, chimiste de formation.

La discussion porte sur l'intérêt d'établir un lien concret entre l'hôpital et la faculté, lien qui fait défaut actuellement aussi bien au niveau étudiant qu'enseignant, et qui conduit à isoler la formation théorique des stages pratiques, les étudiants n'étant en contact avec les malades qu'à partir de la 6^{ème} année d'études ! On ne sent pas une véritable motivation à changer les choses.

On nous fait visiter le laboratoire (!) d'anatomie, pièce exigüe totalement délabrée et poussiéreuse, ne contenant que du matériel pédagogique obsolète. Malgré ma demande, il est impossible de retourner à la bibliothèque, la clé est introuvable !

Nous quittons la faculté vers 12 h pour nous rendre à l'invitation du Dr Shahram.

SYNTHESE DE LA MISSION ET PROPOSITIONS

J'ignore si le fonctionnement des secteurs de chirurgie et du bloc opératoire, sur lequel a porté notre mission, est le reflet du fonctionnement de tout l'hôpital d'Hérat et, au-delà, de l'état du système de santé afghan. On peut raisonnablement penser qu'il en est ainsi.

Le rapport que j'en ai fait ne doit absolument pas être pris comme la critique hautaine d'un chirurgien de pays industrialisé travaillant dans des conditions idéales, malgré toutes les imperfections du système français actuel qui agitent notre microcosme, et dont l'agitation me paraît encore plus surréaliste et décalée à la lumière de mon expérience de l'humanitaire et de cette mission. J'ai parfaitement conscience de la situation historique et économique de l'Afghanistan qui doit tout reconstruire après un quart de siècle de conflits, et ce malgré son extrême pauvreté. Ce pays est demandeur de l'aide et de l'assistance internationales, et la convention avec le CHU de Montpellier devrait, à son niveau, s'inscrire formellement dans cette dynamique.

Il faut prendre ce rapport comme un état des lieux, une base de travail permettant d'améliorer la situation de l'hôpital d'Hérat sans attendre l'hypothétique construction d'une structure nouvelle. Les propositions à faire doivent être réalistes et raisonnables et tenir compte des contraintes culturelles et économiques qu'elles soulèvent. Mieux vaut proposer du possible rapidement réalisable même à petit pas, que de l'idéal utopique.

La priorité du circuit du malade chirurgical est l'acquisition d'une culture de la propreté, l'asepsie viendra plus tard.

Dans les secteurs d'hospitalisation

- Installer un minimum de deux douches (certaines pièces sont condamnées et pourraient servir à cela) et revoir l'hygiène des sanitaires et des latrines.
- Faire se laver les patients dès l'entrée et leur imposer une toilette en cours d'hospitalisation
- Fournir une tenue d'hôpital pour supprimer définitivement l'hospitalisation et l'intervention en tenue de ville
- Changer régulièrement les draps et nettoyer matelas et couvertures après le départ de l'occupant du lit
- Imposer au personnel médical et paramédical une tenue et un comportement en rapport avec cet objectif

Au bloc opératoire

- Limiter l'accès aux seules personnes indispensables
- Pas de circulation sans tenue de bloc (pyjama, masque, calot, sur chaussures ou sabots) y compris pour les visiteurs car les casaques en papier sans manche qu'on nous a proposées ne sont pas

adéquates. Ces mesures doivent être facilement comprises et acceptées par les chirurgiens et les infirmiers... où alors c'est à désespérer de la profession ! Elles doivent être imposées au personnel technique qui circule librement sans connaître certainement l'importance qui s'attache à la propreté au bloc, y compris à la leur. Il y a là un gros travail d'éducation et d'information à réaliser, à petit pas, qui dépend de la motivation des directeurs de l'hôpital et du département de chirurgie.

- Tout patient admis au bloc, étant entendu qu'il a été préalablement lavé dans le secteur d'hospitalisation, devrait porter en plus d'une tenue propre, un calot et éventuellement un « cache barbe »

- Après usage, la table d'opération et le sol correspondant devraient être réellement nettoyés avec un détergent, sans attendre la fin du programme chirurgical

- Peut-être étudier la possibilité de cloisonner l'espace par un système de paravent, ne serait-ce que dans un souci de respecter l'intimité des gens

Il s'agit de mesures basiques à l'investissement financier réduit. Cela peut paraître surréaliste de déplacer une IDE et un expert de niveau hospitalo-universitaire (ceci sans prétention aucune de ma part) pour arriver à la conclusion qu'il faut que les chirurgiens se lavent les mains et que les malades se lavent les pieds. Mais il me paraît impossible de passer à la case suivante tant que celle-ci n'est pas remplie.

COMMENTAIRES PERSONNELS

1 - Une telle mission représente une dépense significative. Autant lui donner les moyens matériels de pleine efficacité... quitte à dépenser plus. La présence d'un interprète est fondamentale et doit être d'emblée prévue. Je suis désolé de ne pas parler le dari. En revanche je parle un anglais correct. Malheureusement la plupart des médecins rencontrés et la quasi-totalité des personnels soignant et technique ne parlent pas cette langue. Et lorsque c'est le cas, il n'est pas toujours facile de se comprendre pour des problèmes de vocabulaire ou de prononciation. Ce manque dans la communication nous est apparu tellement flagrant que nous avons nous-mêmes fait la démarche de trouver un interprète (en fait un afghan qui parlait plutôt mal que bien le français pour avoir vécu en France, et qui s'est rapidement révélé incapable de nous traduire les propos techniques), mais nous nous demandons pourquoi nous sommes obligés de le rémunérer sur nos perdiem alors que cette dépense n'est pas prévue sur les contrats que nous avons signés, et que d'autres missions en bénéficient ! Nous comprenons cependant la difficulté de trouver sur place un tel interprète et O Jonquet se propose d'explorer la communauté afghane de Montpellier et sa région afin de trouver cette perle rare et de l'inclure dans les prochaines missions. La situation risque cependant de changer grâce à la venue prochaine à Hérat d'une professeure de français que nous avons rencontrée à la guest house Ali Abad à Kaboul.

2 – Cette mission était « calée » depuis près de 3 mois avec des dates précises et confirmée lors du passage du Dr F Tissot à Montpellier en février dernier. Mais elle a souffert paradoxalement d'un manque total d'anticipation du à des contretemps successifs tenant aux changements intervenus à la direction générale du CHU, et plus particulièrement à celle des relations internationales par suite de l'affectation de Mme J Biaggi à d'autres fonctions. Manifestement la nouvelle direction ne croyait pas en cette mission ou ne voulait pas en assurer la continuité, et il a fallu toute la persévérance du Pr Jonquet pour qu'elle se réalise. A cela, il faut ajouter les difficultés liées au transport aérien via Bakou qui ont servi de prétexte à sa suppression début mars, alors qu'il y a quand même d'autres chemins pour se rendre à Kaboul.

Le résultat de ces contretemps fut, en ce qui me concerne, une désorganisation complète de mes plannings de consultations et d'interventions, avec des rendez-vous que l'on supprimait un jour, et restaurait le lendemain pour les modifier le surlendemain. Y compris de l'emploi du temps de mes collaborateurs qui doivent assurer l'intérim pendant mon absence... sans parler d'un voyage personnel que j'ai dû déplacer pour accepter cette mission. C'est faire bien peu de cas de notre statut d'hospitalo-universitaire. Sans jouer les anciens combattants, je signale que j'ai déjà participé à plusieurs actions humanitaires (Vietnam, Palestine, Iraq) et que les quelques contre temps de dernières minutes que j'y ai connus, ont toujours été le fait de situations locales difficiles sur le terrain de la politique ou de la sécurité. Jamais je n'ai été pris « en otage » par des querelles internes à l'organisme qui m'avait sollicité ! C'est un manque de respect pour les missionnaires !

Au niveau de la mission le manque d'anticipation a fait :

a. que la procédure de signature des ordres de mission par le préfet n'a pas été respectée alors qu'il est bien stipulé sur le contrat signé avec l'AFD « *que le CHU de Montpellier déclare avoir obtenu toutes les autorisations administratives et autres nécessaires, et pris toutes les assurances jugées utiles ... en éventuelle concertation avec le Ministère des Affaires Etrangères* » Quelles conséquences en terme de responsabilité en cas de problème dans un pays non encore totalement sécurisé ? Etions-nous couverts par un simple ordre de mission signée par le Directeur Général du CHU ? Si tel n'était pas le cas, il s'agissait d'un manquement grave aux conséquences insoupçonnables.

b. qu'il n'a pas été possible d'avoir au dernier moment un trajet TGV Montpellier-Roissy CDG. C'est bien entendu moins grave, mais l'arrivée à Paris Gare de Lyon a imposé 4 manipulations de bagages (3 changements de RER dont 1 du à des travaux sur la ligne + une navette) pour un trajet qui a duré 2 heures. On aurait très bien pu rater l'avion ! Personnellement j'ai souffert trois semaines auparavant d'une entorse grave de cheville et ai tenu à assumer mon engagement malgré des douleurs et une boîtierie résiduelles. Ce trajet m'a été fort pénible

c. qu'il n'y avait plus de places dans le vol régulier Kaboul Herat d'Ariana le lundi 18 / 04. Il a été question un moment de ne pouvoir repartir que le mercredi 20... ce qui, compte tenu de 2 jours fériés, nous faisait en fait démarrer la mission le samedi 23, soit près d'une semaine pour rien !

3 – Si la logistique fournie par l'ambassade est correcte (en l'absence du Dr F Tissot, Emilie Robert s'est montrée accueillante et efficace)... elle est à Kaboul et il serait bon qu'il y ait sur place un correspondant, ou du moins un intermédiaire. Nous avons du aller 4 fois aux bureaux de l'UNHAS pour négocier les billets de retour. Les missionnaires ne devraient pas assurer la logistique dans un pays dont ils ne connaissent ni la langue ni les circuits.

4 – S'il a fallu « forcer » en France pour que cette mission ait lieu, il en a été de même à Hérat pour lui garder une certaine tenue. Elle s'est réalisée dans une certaine indifférence des autorités locales. Absence du Doyen de la faculté pourtant prévenu par O Jonquet de notre arrivée et alors qu'il avait répondu qu'il nous attendait ; activité plutôt ralentie à la faculté dont les enseignants sont difficiles à dynamiser ; peu d'assistance logistique de la part du Dr Sharham au-delà des premières 48 heures (en raison de la visite ministérielle, nous a-t-il avoué en s'excusant). Une réunion dans son bureau avec tous les responsables afin de présenter la mission et ses objectifs aurait permis de mieux l'officialiser. Nous avons au contraire ressenti un manque de crédibilité et d'intérêt de la part de nos interlocuteurs chirurgiens ou infirmiers, principalement dès qu'il s'agissait d'évoquer un changement de pratiques.

Pr RB Galifer 02 / 05 / 2005

Rapport de mission de Philippe Moine dans le laboratoire de bactériologie de l'Hôpital d'Herat

Après l'évaluation du laboratoire effectué en décembre 2004, et discussion avec les différents responsables de cette mission, il nous est apparu que l'accent devait être mis sur la bactériologie. A cet effet, nous allons proposer une formation la plus pratique possible, centrée sur l'examen cytobactériologique des urines (ECBU).

Il représente la majorité des examens effectués dans ce laboratoire, il nécessite peu de milieu et peu de matériel.

Je me suis entretenu avec le responsable du laboratoire, pour lui exposer le programme que nous allons suivre :

Nous en définissons les objectifs. Nous le réalisons. Nous contrôlons en final le travail réalisé. Nous évaluons les points positifs et négatifs. Nous planifions les mesures correctives. Comme il adhère à ces propositions nous en informons le technicien avec lequel je vais travailler. Lui aussi est enthousiaste.

1 :OBJECTIF

Les objectifs sont clairs il s'agit de maîtriser les gestes techniques de bactériologie, de réaliser l'ECBU, de l'examen direct jusqu'à l'antibiogramme.

2:REALISATION

Je commence par une formation théorique :

GENERALITES :

- l'appareil urinaire est bactériologiquement stérile .
- infection urinaire :présence de micro-organismes au niveau de l'appareil et des urines .
- cystite : chez la femme , la cystite est bénigne et survient le + souvent sur une vessie fonctionnellement et anatomiquement normale
- chez l'homme , les signes cliniques signent souvent l'existence d'une anomalie anatomique ou fonctionnelle .
- pyélonéphrite : infection du parenchyme rénal ; infection haute pouvant donner lieu à des complications .chez l'adulte, brûlures urétrales ,pollakiurie(mictions fréquentes mais en petite quantité), température>38.
- chez l'enfant ,signes cliniques classiques sont rares ; incontinence ,odeur forte de l'urine, fièvre, protéinurie, hématurie .

LE PRELEVEMENT : doit être aseptique ,réalisé après une toilette minutieuse ;

- chez la femme , le 1er jet doit être rejeté : il est contaminé par la flore vulvaire ou vaginale
- chez l'homme , dans le cas de prostatite ou urétrite débutante, le recueil du 1er jet peut permettre isolement du germe, alors que le second jet est souvent stérile .

-chez bébé ou très jeune enfant, le recueil est réalisé à l'aide d'un dispositif spécial .
- les prélèvements sur sonde : - urétrales : au niveau des urètres , reflet de l'urine rénale ; risques de contamination très limités .- vésicales : souvent contaminés et plurimicrobiens .L'interprétation de la culture sera difficile .

Conservation du prélèvement : à +4°C immédiatement après avoir été prélevé et ce jusqu'à l'acheminement au laboratoire .Au labo, pas plus de 30min à t° ambiante .

MODE OPERATOIRE :

-l'aspect macroscopique :une urine normale doit être claire et de couleur jaune .

cependant : une couleur rouge ne signifie pas toujours urine hématique, une urine trouble ne comporte pas toujours des éléments blancs .

Toujours confirmer par examen direct entre lame et lamelle .

- la cytologie : évalue de façon quantitative les leucocytes et hématies (n / ml) ; le comptage se fait sur cellule de Mallassez. Il faut noter la présence de Trichomonas vaginalis (élément mobile flagellé) , levures , cristaux, cylindres , cellules épithéliales , rénales , vaginales .

-la mise en culture : elle est systématique quand la leucocyturie est > ou = à 10000 / ml , quelque soit le résultat de l'examen direct dans les cas suivants : nouveau né , enfant de moins de 10 ans , femme enceinte , immunodéprimés, diabétiques .

-Milieux utilisés : Mac Conkey (pour les bacilles gram -)

gélose Columbia ANC (gélose au sang + acide nalidixique) (pour les gram+ ,bacilles et cocci et les levures)

chocolat polyvitex (lorsque la leucocyturie est > ou = à 10000 et que les cultures restent négatives en 48 h)

en parallèle, un uricult composé de 2 milieux gélosés , Mac Conkey pour les b- et Cled pour les germes non exigeants et levures , estensemencé (bactériométrie)

petits rappels :

A titre indicatif :

-sur Mac Conkey : L+ = colonies roses

L - = colonies transparentes

-sur Drigalski : L+ = colonies jaunes

L - = colonies transparentes

-sur ANC : hémolyse alpha :coloration verdâtre autour de la colonie

beta :zone d'eclaircissement autour ou sous la colonie

marche à suivre : on fait oxydase sur L- : si + , famille des Pseudomonas

si - , entérobactéries (souvent Proteus ds les urines)

sur ANC , catalase et gram

catalase + , cc+, on pense staphylocoque

catalase - , cc- , on pense streptocoque

catalase + , b+ , on pense Coryné(petit b+, incurvé, rangé en palissade)

Listéria (b+ droit ,hémolyse bêta)

catalase - , b+ , long , plusieurs formes ,en spaghetti , lactobacille (urines femmes)

catalase faible ,colonie fine ou étoilée ,levure (voir au gram)

nous commençons sur le premier prélèvement.

Examen macroscopique : satisfaisant

Examen direct ; celui ci est habituellement effectué par une autre personne dans une autre pièce ,j'explique l'importance de la nécessité pour le technicien d'effectuer lui même cette manipulation.

Comme l'examen direct révèle de très nombreux leucocytes, nous décidons d'ensemencer un milieu de Mac Conkey et une gélose au sang (malheureusement sans acide nalidixique).

Je demande une boîte pour faire une démonstration d'isolement ,mais ils sont réticents car ils ne disposent que de peu de stocks. Comme j'ai amené quatre flacons de 500grs de différents milieu d'isolement, j'obtiens une boîte. Je réalise l'isolement et explique sur un schéma la méthodologie .le technicien réalise à son tour ces isolements.

Le lendemain , la culture sur Mac-Conkey ni sur gélose au sang est stérile.

Mais nous avons des isolement à partir de la coproculture ,nous décrivons les colonies et réalisons une oxydase, une catalase, un examen direct et une coloration de Gram. A partir de ces indications, nous faisons une orientation d'identification grâce à un tableau des principaux caractères des bactéries.

Le protocole suivant n'est pas exhaustif mais permet de séparer les bactéries en grandes entités, suffisantes pour décider du choix d'un antibiotique éventuel. Il se base sur différents caractères :

- Aspect des bactéries
- Gram
- Aspect des colonies
- Respiration
- Oxydase
- Catalase
- Nitrate réductase
- Caractères spéciaux

Les réactifs pour oxydase, catalase et nitrate réductase peuvent être fabriqués.
 Les résultats sont exprimés dans Le tableau ci-dessous qu'il est conseillé d'imprimer.

Aspect	Gram	Colonies	Respiration	Gel	Oxy	Cat	Nit	Caractères spéciaux	Bactéries présumées
COCCI	+	Col. blanches, crémeuses, peu ou pas hémolytiques	Aéro-ana	S Ch	-	+	+	petits cocci en amas (tétrades, grappes) ou isolés	Staphylococcus
		Col. jaunes, crémeuses, bêta hémolytiques, parfois blanches	Aéro-ana	S Ch	-	+	+	petits cocci en amas (tétrades, grappes) ou isolés	S. aureus
		Très fines colonies grises, hémolyse alpha (verte)	Aéro-ana	S	-	-	X	Cocci en chaînettes, parfois longues	Streptococcus alpha hémol.
		Colonies très fines, grises, hémolyse bêta	Aéro-ana	S	-	-	X	Cocci en chaînettes, parfois longues	Streptococcus bêta hémol.
		Fines colonies, parfois muqueuses, ou légèrement creusées au centre, hémolyse a	Aéro-ana	S	-	-	X	Cocci en chaînettes, diplocoques en flamme de bougie, parfois en agglutinats sur culture riche.	Pneumococcus
		Colonies grises, de taille moyenne, parfois a hémolytique	Aéro-ana	S B	-	-	X	Cocci en courtes chaînettes, un peu allongés	Enterococcus

		Col blanches, fines, parfois sèches	Aérobic strict	S Ch	+	+	-	gros cocci amas ou tétrades	Micrococcus
		Colonies grises, muqueuses, de taille moyenne ou petite	Aérobic strict	C S	+	+	-	Cocci diplocoques " grains de café "	Neisseria pathogène
	-	Colonies jaunes ou blanches, rugueuses de petite taille	Aérobic strict	S	+	+	- /+	Cocci diplocoques " grains de café "	Neisseria saprophyte
		Colonies blanches en anaérobic	Anaérobic	A	+	+	+	diplocoques	Flore de Veillon
BACIL		Colonies muqueuses, parfois irisées, de taille variable	Anaérobic	A	-	-	+	Gros bacilles à bouts carrés, parfois mobiles, sporulés	Clostridium
		Fines, grises ou blanches	Aéro-ana	S	-	+	+	Bacilles effilés, "en fuseau " plus ou moins longs, rangés en palissades	Corynebacterium
	+	Grosses colonies, parfois hémolytiques, muqueuses	Aéro-ana	S	+/-	+	+	Gros bacilles, parfois sporulés, mobiles, parfois Gram négatif	Bacillus
		Taille moyenne, bêta hémolytique ressemble aux strepto	Aéro-ana	S	-	+	-	Petits bacilles de mobilité particulière, rangés en palissades	Listeria

		Grosses colonies, souvent muqueuses	Aéro-ana	S B H	-	+	+	Bacilles polymorphes, mobiles (sauf exception)	Entérobactéries
		Colonies de taille plus ou moins grosse, brillantes, muqueuses	Aérobie strict	S B	+	+	+	Bacilles très mobiles, fins	Pseudomonas
	-	Colonies grises, fines, muqueuses ou sèches	Aéro-ana	C	+, lent	+	+ -	Bacilles longs, fins, parfois enchevêtrés	Haemophilus Non ducreyi Haemophilus ducreyi
		Grosses colonies muqueuses	Aérobie strict	B S	-	+	-	Coccobacilles, souvent isolés, capsulés	Acinetobacter
		Grosses colonies plates, lisses	Aérobie strict	S B	+	+	+	Bacilles très mobiles	Vibrio

- S Gélose au sang
- B BCP
- H Hektoen
- C Gélose chocolat (sang cuit)
- Ch Gélose Chapman (hypersalé)
- A Gélose anaérobie

Quelques astuces en plus:

1 Lactose- qui sent très fort = Proteus:

*pour info le Proteus envahit toute la gélose au sang
et l'odeur envahit la pièce.*

*1 Lactose- oxydase + , un peu verdâtre (sur Mc Conckey) ,un peu irrisé , qui sent bon (fleurs)
=Bacille Pyocyanique*

1 Lactose+ plat , sec qui sent l'indole = E coli

1 Lactose+ très gras , filant comme du fromage fondu quand on le prélève =Klebsiella

: nous continuons les examens. Je reviens sur la réalisation de la coloration de Gram car la différenciation Gram positif et Gram négatif n'est pas toujours optimale. Nous nous exerçons sur des prélèvements de selles et d'expectorations.

A l'aide des documents nous identifions les différents types bactériens visibles.

Antibiogramme :la résistance aux antibiotiques sur gélose Muller Hinton est évaluée à l'œil : ils ne mesure pas le diamètre d'inhibition.

Ce point fait l'objet d'une formation mais nécessiterait un travail approfondi(gestion de l'antibiothérapie).

Ayant besoin de milieu d'isolement ,nous confectionnons les boites de Petri qui nous seront nécessaires .Les fautes d'asepsie sont identifiées et expliquées, la technique gestuelle redémontrée.

3 :EVALUTION

Nous discutons des points abordés. il apparaît que tous les gestes techniques sont maîtrisés car ils sont compris . Seule la pratique permettra de les perfectionner encore .Par contre la stratégie de l'identification me semble encore assez nébuleuse à ses yeux. La vision globale n'est pas maîtrisée car la séquence des manipulations s'inscrit sur plusieurs jours.

4 :MESURE CORRECTIVES

En présence du biologiste, nous essayons de voir comment améliorer le rendu des résultats.

La pratique perfectionnera des gestes appris .

L'écriture des mode opératoires me paraît essentielle .Les réticences sont tenaces mais leur arguments s'effacent après explication. C'est un effort qui est atténué par le fait que je leur remets beaucoup de documentation déjà élaborée(la traduction en Dari est plus que nécessaire).

Je propose la tenu d'une réunion de service hebdomadaire qui permettra de discuter des cas, de proposer des solution aux problèmes et d'établir un suivi ,une continuité dans la vie du laboratoire.

Un compte rendu devra être écrit .

REFLEXIONS :

Le laboratoire est confronté à un manque de moyens (en matériel, en réactifs et en compétences). Les résultats ne sont pas fiables, il s' ensuit une perte de confiance des cliniciens qui n'envoient plus d'examens.

L'identification des bactéries nécessite un minimum de milieux de culture , encore faut il en disposer.

La formation du biologiste est indispensable pour prendre en compte en amont les indications clinique et en aval pour assurer la validation biologique.

Je conseille la poursuite des missions avec une fréquence trimestrielle qui ferait intervenir un technicien et un biologiste.

La venue en France d'un technicien est souhaitable .L'un d'entre eux serait volontaire .Il parle anglais suffisent bien pour converser sur des sujets techniques.

Lors de mon arrivée j'ai pu constaté que les conseils prodigués lors de ma présente visite(cf rapport 2004) ont été suivi d'effet .Le laboratoire est propre , les microscopes sont entretenus et protégés de la poussière. La sérothèque s'agrandit et devra être exploitée.

Je remercie mes Amis Techniciens Afghans qui m'ont accueilli comme l'un des leurs .Leur accueil me pousse à m'interroger sur notre « frilosité » occidentale . A cet égard ,ils m'ont beaucoup appris.

**Rapport de mission validé le 26 juin 2005
par l'Ambassade de France à Kaboul**

- Les constats et propositions appartiennent aux auteurs -



André Tinet