

ETAT DES LIEUX DES SERVICES D'ANESTHESIES ET REANIMATION DU CHU KARA

INTRODUCTION

Ouvert en 1960 comme centre de santé, il est passé de centre de santé à hôpital de circonscription puis hôpital régional et centre hospitalier universitaire (CHUK) en juin 2000. Il se situe dans la commune de KARA, préfecture de la KOZAH, région de la KARA. Il couvre une superficie de 8,713 hectares

LES DIFFERENTS SERVICES

Il regroupe les départements suivants :

- Département de médecine et spécialités médicales (médecine interne et réanimation médicale, urgence porte, service de rhumatologie et la dermatologie vénéréologie)
- Département de chirurgie et spécialité chirurgicale (chirurgie générale, traumatologie-orthopédie, urgence chirurgicales, réanimation chirurgicale, stomatologie, ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie)
- Département de gynécologie –obstétrique
- Département de pédiatrie et prématurés
- Département de radiologie et imagerie médicale
- Réadaptation fonctionnelle
- La pharmacie
- Le laboratoire
- La maintenance biomédicale

REANIMATION MEDICALE

Elle est divisée en 2 salles :

Une salle principale de réanimation et une salle annexe :

La réanimation principale s'ouvre par une porte sans antichambre, donnant un accès immédiat à une salle ventilée par 2 fenêtres ouvertes en permanence compte tenu de l'état défectueux de la climatisation. Elle a une capacité d'accueil de 8 lits, pourvus tous de source d'oxygène et de vide muraux. Elle comporte :

- Un lavabo
- 8 lits tous adaptés à la réanimation
- 2 aspirateurs mobiles défectueux
- 2 moniteurs multi paramétrique pour TA , FC, SPO2 , ECG , défectueux
- Un laryngoscope fonctionnel
- Quelques canules de Guedel recyclées
- Des obus d'oxygènes

La réanimation annexe est construite dans les mêmes conditions que la principale, elle comporte le même matériel et à une capacité d'accueil de 5 lits



Réanimation médicale



Reanimation médicale annexe

REANIMATION CHIRURGICALE

Contrairement à la réanimation médicale, elle possède une antichambre, rendant un accès limité à la salle aux accompagnants des malades. Elle se divise en 2 salles d'une capacité totale d'accueil de 8 lits, pourvus tous de sources d'oxygène et de vide muraux. Elle comporte :

- Une salle d'observation des malades faisant office d'antichambre et séparant deux unités de 4 lits chacune
- 8 lits adaptés à la réanimation
- 2 moniteurs multi paramétrique dont un fonctionnel et l'autre défectueux
- 2 aspirateurs mobiles dont 1 fonctionnel et l'autre défectueux
- Quelques boîtes de pansement vide
- Des obus d'oxygène



Réanimation chirurgicale

REANIMATION PEDIATRIQUE

Elle est construite sans antichambre avec une capacité d'accueil de 10 lits pourvus tous d'oxygène et de vides muraux. Elle comporte un service de néonatalogie et une réanimation pédiatrique proprement dite. Le matériel suivant y est retrouvé :

- 5 lits adaptés à la réanimation pédiatrique
- 5 couveuses
- Un moniteur pédiatrique fonctionnel
- Des aspirateurs mobiles défectueux
- Des obus d'oxygène





Réa pédiatrique et néonatalogie

LE BLOC OPERATOIR

Il s'agit d'une entité de 2 salles opératoires polyvalentes (adapter suivant les cas pour la pédiatrie, la gynécologie, la traumatologie, la chirurgie viscérale, l'urologie, et les urgences). Dans chacune des salles, on note :

- Un circuit d'o₂ mural défectueux
- Des obus d'oxygène
- La présence d'un respirateur défectueux
- Une table opératoire maniable manuellement
- Des scialytiques opérationnels
- Un plateau d'urgence pour les 2 blocs constitué de :
 - Un laryngoscope avec des lames fonctionnelles
 - Une absence de mandrin d'Eschman
 - Une absence de pince de Maggyl
 - Une absence de corticoïde inhalatoire
 - Une quasi absence de drogue d'urgence (adrénaline, atropine, pentothal, suxaméthonium, xylocaine , sulfate de magnésium)
 - Une absence de sonde d'intubation
 - Deux moniteurs multiparamétriques
- Un circuit patient adulte utilisé aussi pour les cas pédiatrique



Bloc opératoire

LES URGENCES

Elles accueillent toutes les urgences sauf les urgences gynécologiques. Elles se divisent en un petit hall d'accueil, un bureau de consultation médicale, une salle d'observation des patients de 5lits, une salle de petite chirurgie et soins infirmier et un bureau pour infirmiers et assistants médicaux. On note :

- Une salle d'observation de 5lits, des lits adaptés à la gestion d'une urgence
- La présence d'un brassard manuel pour TA
- Quelques brancards pour le transport des malades
- Une situation à plus de 500m des blocs opératoires et surtout une absence de bloc opératoire d'urgence
- Une absence d'oxygène et de vide muraux
- Une absence d'aspirateurs mobiles
- Une absence de moniteurs (TA, FC, SPO2)
- Une absence de glycomètre, de bandelettes urinaires.
- Une absence de défibrillateur

NOS APPORTS

Nous pensons que globalement le CHU K dispose d'infrastructure adaptées à la gestion d'une urgence, et d'une réanimation, Cependant de petites modifications par endroits s'imposent :

- Toutes les réanimations doivent disposer d'antichambres
- Les fenêtres des réanimations doivent toujours être fermées
- Toutes les réanimations doivent disposées de salle annexe
- Les circuits d'oxygène muraux doivent être réparés
- Un bloc opératoire aux urgences serait un atout considérable
- Des circuits d'oxygène et de vides muraux dans toutes les salles d'examen et d'observation des urgences

Sur le plan matériel, nous pensons que le CHU K à besoin de matériels suivant dans chaque unité de réanimation et aux urgences

- Un appareil à HEMOCUE
- Un glucomètre
- Des bandelettes urinaires
- Un moniteur multiparamétrique
- Des aspirateurs mobiles
- Un défibrillateur
- Des respirateurs et un respirateur mobile pour le transport des malades des urgences vers d'autres réanimations

Dans les blocs opératoires, nous pensons qu'il faut :

- Un respirateur
- Une trousse d'urgences
- Faire avec le pharmacien et le chirurgien des KIT opératoires de telle sorte que les morphiniques, les narcotique et les autres drogues d'urgence ne soient plus vendus séparément.
- La subvention et la prescription des sondes d'intubation seraient très bénéfiques pour les patients et pour l'hôpital et permettraient d'éviter le recyclage des sondes d'intubation
- La commande par le pharmacien de l'hôpital des sondes pédiatriques sur demande des techniciens supérieurs d'anesthésie serait un atout considérable pour les cas opératoires de pédiatrie
- La présence des boites opératoires de chirurgie pédiatrique, viscérale adulte et de boites de chirurgie prostatique permettrait d'améliorer le travail des chirurgiens

D'un point de vue général, il faudrait aussi penser à former un médecin anesthésiste réanimateur car, le CHU K n'en dispose pas.

CONCLUSION

Le CHUK dispose d'infrastructures adaptées à la réanimation et demande quelques activités de maintenance suivant un programme qui doit être bien établi.

Le service des urgences comme nous venons de le voir, doit être revu dans sa totalité suivant les recommandations que nous avons faites.

La présence d'un médecin anesthésiste et réanimateur serait un atout considérable pour l'hôpital et les patients car les services des urgences, d'anesthésie et réanimation sont gérés par des assistants médicaux (techniciens supérieurs d'anesthésie et réanimation).

RAPPORT D'UNE VISITE FAITE AU PRESIDENT DE L'UNIVERSITE DE KARA (UK)

Nous avons eu l'honneur d'être reçu en audience par le président de l'UK, le professeur KOMI TCHAKPELE durant de notre séjour.

Les discussions ont portés sur notre Convention d'Accueil au service de traitement des brulés de l'hôpital St LOUIS de PARIS dans le cadre du DFMS . En se réjouissant de la chance faite à un Togolais d'avoir cette formation, le Président nous a rappelé que le TOGO compte à ce jour officiellement 3 médecins anesthésistes réanimateurs pour une population d'environ 6millions d'habitants. Tous ces anesthésistes sont basés à Lomé la capitale du TOGO. Il nous a demandé de revenir travailler pour l'hôpital de KARA et nous a affirmé qu'une Faculté des Sciences de la Santé (FSS) serait bientôt ouverte à l'UK, et donc il aura besoin d'assistant en anesthésie réanimation. Il a conclu en disant qu'il espérait que notre Convention d'Accueil servirait de base pour d'autres conventions entre la prochaine (FSS) et les hôpitaux à technologie évoluée.

