



Université Claude Bernard
Lyon I



Hôpitaux de Lyon

Mission Neurochirurgie

à l'Hôpital Ali-Abad de Kaboul
(Afghanistan)

Du 15 mai au 04 juin 2006

Docteur Ahmad Ashraf
Praticien Hospitalier en Neurochirurgie
CHU de Grenoble



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Généralités :

Cette mission est réalisée dans le cadre du partenariat entre les hospices civils de Lyon et l'hôpital Universitaire Ali-Abad de Kaboul. Cette mission est notre 5^{ème} mission, ciblée en neurochirurgie. Alors qu'en totalité, c'est la 8^{ème} effectuée depuis novembre 2003.

J'ai effectué des missions :

- du 22 juin à 17 juillet 2004,
- du 21 novembre au 10 décembre 2004
- du 4 au 29 juin 2005
- du 30 janvier au 15 février 2006

Mes cinq missions ont été réalisées de façons ciblées, sur le service de neurochirurgie à l'hôpital Universitaire Ali-Abad de Kaboul. Cet hôpital comme l'hôpital Maiwand, dépend du ministère de l'enseignement supérieur.

Il est de plus en plus évident qu'il faudrait continuer à apporter un soutien en matière d'apprentissage théorique et pratique. En ce qui concerne le problème des locaux non adaptés et le manque d'équipement médicochirurgicaux et de consommables, la situation reste aussi critique, il est fondamental aussi d'apporter une aide plus efficace dans ce domaine.

Le service de neurochirurgie de l'hôpital Ali-Abad de Kaboul est le seul service de Neurochirurgie universitaire en Afghanistan. Son importance est capitale. Ce service doit former les neurochirurgiens à Kaboul comme dans d'autres hôpitaux universitaires d'Afghanistan.

Il existe 2 autres services de neurochirurgie non universitaires à Kaboul :

- le service de neurochirurgie de l'hôpital des armées,
- le service de neurochirurgie récemment créé à l'hôpital Ibn e Sina. Ce service est créé depuis quelques mois. L'équipe neurochirurgicale est composée de 5 anciens chirurgiens juniors de l'hôpital Ali-Abad : Dr. Assadullah Safi, Dr. Akram Amini, Dr. Amanullah Nourzai et le Dr. Najibullah Sikandar et le Dr. Saïd Hanif Munawari.

En dehors de Kaboul, il existe 5 facultés de médecine en Afghanistan : Khost, Nangrahar (Jalalabad), Kandahar, Herat et Balkh (Mazar e sharif). Il n'y est pas possible de pratiquer ni d'enseigner la neurochirurgie à l'heure actuelle.

La mission du service de neurochirurgie à l'Hôpital Ali-Abad de Kaboul est aussi de former les neurochirurgiens pour ces régions afin de permettre le développement, pratique et l'enseignement de la Neurochirurgie dans d'autres hôpitaux universitaires provinciaux en Afghanistan.

Depuis nos premières missions comme celle de Dr Guyotat, l'évaluation du service et de ses besoins ont été signalé de façon claire. Au bout de 8 missions successives, au cours de ces 3 dernières années, nous en sommes toujours resté à la phase d'évaluation.

Le manque du matériel, de l'équipement et de consommables est une cause essentielle de la persistance des dysfonctionnements dans ce secteur.

Il est difficile de former une équipe de neurochirurgie alors que les éléments essentiels nécessaires à la formation, tant sur le plan diagnostic que thérapeutique manquent toujours. L'efficacité de nos missions est de plus en plus en jeu.

L'organisation et le fonctionnement du service :

Le service de Neurochirurgie de l'hôpital Ali-Abad, comme l'ensemble des Hôpitaux Universitaires, dépend du ministère de l'enseignement supérieur.

L'équipe médicale :

L'équipe médicale est toujours composée de 4 neurochirurgiens seniors et de 2 neurochirurgiens juniors.

L'équipe est composé de :

Neurochirurgiens seniors :

Dr. Shoieb Shoaban (chef de service)

Dr. A. Fawad Pirzad

Dr. Mohammad Jan Faqirmal

Dr. A. Farid Qaium

Les universitaires sont souvent absents. Dr. M. J. Faqirmal et Dr A. F. Pirzad ont chacun leur clinique privée.

Neurochirurgiens juniors:

Dr. Abdul Razaque Samet

Dr. Abdul Qader Sakhawarz

Dr. Zarghona

Le Dr Jamil Haidari est un nouveau membre du service de Neurochirurgie. Il a suivi une formation de chirurgien général pendant 4 ans. Son niveau de Français n'est pas suffisant dans l'immédiat pour occuper un poste de faisant fonction d'interne en neurochirurgie.

Son CV est joint de ce rapport. Bien que son niveau de français soit un peu meilleur que les autres résidents de neurochirurgie, il semble nécessaire qu'il poursuive une formation intensive en langue française. Une épreuve de connaissance à la fois en médecine et de la langue française paraît nécessaire avant son éventuel départ en France.

Le service accueille aussi 5 nouveaux membres qui débutent leur formation en neurochirurgie :

Dr. Hayatullah Niazi

Dr. Aminulla Mohammadi

Dr. Mohamed Salim

Dr. Hamidulla Rahmati

Dr. Mohamed Anwar Ebrahimi

Parmi les autres résidents en neurochirurgie, le Dr. Hayatullah Niazi, Dr. Abdul Qader Sakhawarz, Dr. Aminulla Mohammadi, aussi ont débuté l'apprentissage de la langue française au centre culturelle.

En ce qui concerne l'organisation de l'activité journalière des chirurgiens, pas de modification majeur. L'absentéisme et la désorganisation restent toujours sensiblement présents. Le service de neurochirurgie est installé dans les locaux de la chirurgie générale de l'hôpital Ali-Abad et ce dernier service a été délocalisé à l'hôpital Maiwand en janvier 2006.

Le service de neurochirurgie possède actuellement 40 lits, 25 lits dans le secteur des hommes et 15 lits dans le secteur des femmes. Le nombre de lits semble suffisant. Il n'existe toujours pas de salle de consultation dans le service, les consultations sont effectuées dans le seul bureau des médecins ou dans la chambre du médecin de garde.

Le service de chirurgie général possédait un bloc opératoire, au cours du déménagement du service de chirurgie général, l'ensemble des équipement de ce bloc opératoire comme la salle de stérilisation ont été transférés à l'hôpital Maiwand.

L'activité de garde est assuré par les nouveaux résidents, un neurochirurgien senior est d'astreinte à domicile, joignable au téléphone pour les conseils ou effectuer des gestes chirurgicaux d'urgence.

Il n'y a toujours pas de réanimation nécessaire pour la prise en charge des traumatisés crâniens grave, patients tétraplégiques et les polytraumatisées. La réanimation est nécessaire aussi pour certains patients en postopératoire, comme les pathologies médullaires ou tumorales intracrâniennes. Actuellement leur prise en charge s'avère difficile par manque de moyens et d'équipement.

L'équipe paramédicale :

Dans le service :

Pas de modifications notables.

Au bloc opératoire :

Le cadre de bloc opératoire est changé. Au cours de notre séjour les disfonctionnements se poursuivent. L'entretien du matériel pose toujours des problèmes. Le matériel fourni il y a 1 ans est utilisé.

La composition des boîtes n'est toujours pas adaptée pour chaque type de chirurgie malgré les efforts effectués par madame Th. Barberot au cours de la mission précédente.

Le matériel et l'instrumentation chirurgicale sont partiellement inutilisables ou dégradés en raison d'un manque d'entretien. Il n'y a pas d'entretien du matériel au bloc opératoire.

L'activité et le fonctionnement du service :

Les rapports précédents permettent d'avoir une évaluation de l'activité du service. Pas de modifications majeures. La désorganisation est toujours présente le taux d'absentéisme est important. Il y a une véritable désorganisation et retard dans la prise en charge des patients.

Des traumatisés vertébro-médullaires avec des troubles neurologiques incomplets attendent des jours parfois des semaines pour leur prise en charge. Chaque matin avant la visite un staff de neurochirurgie est organisé pour discuter des patients admis durant la nuit précédente.

Les dossiers des patients admis sont présentés par le résident de garde pour avis. Au cours de notre séjour entre 25 et 30 patients ont été vus chaque jour aux urgences pour avis et entre 3 et 7 hospitalisés. Environ 15 à 20 patients ont été vus directement en consultation dans le service de neurochirurgie.

L'évaluation de l'activité du bloc peut s'effectuer à partir d'un registre des patients opérés au bloc opératoire.

L'augmentation du nombre des cliniques privées dans lesquelles interviennent des neurochirurgiens participe au taux d'absentéisme croissant. Au cours de ma mission précédente, le taux d'absentéisme était majeur.

Le service de neurochirurgie souffre d'un problème de dysfonctionnement, absence de bonne coordination entre les différents neurochirurgiens et les membres de l'équipe.

Depuis notre mission de février, le chef de service a essayé d'établir un programme pour que chaque chirurgien senior soit présent dans le service un jour par semaine (8h30 à 13h). Le chirurgien doit effectuer les tâches courantes (visite, formation des étudiants et des résidents). Cette proposition aussi reste sans succès.

La qualité des infrastructures :

Les infrastructures :

Le secteur d'hospitalisation :

Pas de modifications dans ce domaine. Le service de neurochirurgie est composé de 40 lits, répartis en 2 secteurs :

- Secteur des hommes (25 lits)
- Secteur des femmes (15 lits)

Le service de chirurgie générale de l'hôpital Ali-Abad a été délocalisé à l'hôpital Maïwand. Les locaux de ce service sont occupés par la neurochirurgie. Il y a une augmentation de nombre de lits dans le service.

Problème de la salle de consultation :

Il n'existe toujours pas de salle de consultation dans le service, les consultations sont effectuées dans le bureau des médecins ou la chambre du médecin de garde.

Réanimation :

Il n'y a toujours pas de réanimation nécessaire pour la prise en charge des traumatisés crâniens graves, patients tétraplégiques et les polytraumatisés. Les deux secteurs d'hospitalisation disposent d'une salle de soins.

Toilette préopératoire des patients :

Chaque secteur dispose d'une « salle de bain », qui comporte 2 toilettes et un lavabo, utilisée par le personnel, les patients et les familles. **Il n'y a pas de douche pour les patients.** Les patients ne sont toujours pas lavés en préopératoire.

L'hôpital Ali-Abad qui abrite actuellement les services de chirurgie urologique et de neurochirurgie ne dispose d'aucune infrastructure adéquate permettant à long terme la pratique de ces disciplines clés dans de bonnes conditions.

Au cours de cette mission comme de la mission précédente, le service de neurochirurgie à l'hôpital Ibn e Sina a été visité. Cet hôpital est soutenu par la Corée. Ce service possède 25 lits dont 8 en soins intensifs. Les locaux sont mieux adaptés à la fois dans l'unité de soins comme au bloc opératoire. Le service

possède un bloc opératoire avec 2 salles en meilleure condition. Le matériel de chirurgie est fourni. Il y a un candidat pour suivre une formation en Corée.

L'avantage de ce service vient de sa situation centrale sur le plan géographique, de ses locaux mieux adaptés et de ses équipements. Son équipe de jeunes chirurgiens est très enthousiaste et avide de progrès mais cependant le manque de connaissances théoriques et pratiques reste important. L'équipe neurochirurgicale est composée de 4 anciens chirurgiens juniors de l'hôpital Ali-Abad : Dr. Assad Safi, Dr. Akram Amini, Dr. Aman Nouri et le Dr. Najib Sikandar. Un neurochirurgien de l'hôpital militaire, le Dr. Hanif Munawari, a aussi été envoyé en renfort dans ce service pour assurer la formation. L'activité de garde est assurée sur place par un des 5 chirurgiens.

Il est évident que dans la situation actuelle la mission du service de neurochirurgie de l'Hôpital Ali-Abad s'avère importante. Il participe à la prise en charge des patients, à la formation des étudiants en médecine et des jeunes neurochirurgiens. Il faudrait aussi établir un système pour assurer la formation de neurochirurgiens pour les hôpitaux universitaires provinciaux.

Bloc opératoire :

Le service possède actuellement de 2 blocs opératoires. L'un situé au sein du service de chirurgie secteur des femmes est commun utilisé pour les interventions de neurochirurgie et de la chirurgie urologique.

Deux blocs opératoires différents sont utilisés pour les deux sexes. Les locaux du bloc opératoire dans le secteur des femmes, sont limités, regroupant deux salles. Une salle pour la chirurgie programmée et propre, l'autre pour les urgences et la chirurgie septique.

Le service de chirurgie générale possédait un bloc opératoire mieux adapté sur le plan des locaux. Au cours de son déménagement, l'ensemble des équipements de ce bloc opératoire a été transféré à l'hôpital Maiwand. Ce bloc opératoire a été vidé de ses équipements. Ce bloc opératoire est actuellement utilisé par la neurochirurgie. Il existe un important manque d'équipement pour assurer la prise en charge des patients. Il est conseillé que ce bloc opératoire soit ré-équipé pour la neurochirurgie.

Le bloc de neurochirurgie a été transféré dans ces nouveaux locaux au cours de notre mission précédente. Les scialytiques, les tables opératoires, la têtère à prise osseuse, l'appareil d'anesthésie, le moniteur, l'appareil de coagulation

bipolaire manquent et sont nécessaires à un bon fonctionnement de ce bloc opératoire. Les deux tables opératoires sont vétustes, non réparables et non adaptées.

Il existe un retard important dans la prise en charge des patients tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. La durée d'hospitalisation est souvent longue. Le délai de la prise en charge chirurgicale aussi s'avère long. Un patient est souvent programmé, annulé, reprogrammé ainsi de suite.



Au cours d'une intervention d'ostéosynthèse rachidienne



Matériel chirurgical au ras du sol sans protection ni couvercle, on se sert quand on en a besoin.

L'habitude d'intervenir en d'urgence pour la pathologie rachidienne avec des troubles neurologiques (complet ou incomplet), n'est toujours pas prise. L'amélioration reste toujours minime.

Comme au cours de notre mission précédente, de nombreux cas de tumeurs intracrâniennes ont été vus dans le service, nécessitant une prise en charge neurochirurgicale. Les patients n'ont pas les moyens de se rendre dans les pays voisins pour un traitement adéquat. **La prise en charge chirurgicale de ces lésions n'est toujours pas possible en raison d'un manque importante de matériel.**

La table opératoire :

Le manque des tables opératoires est toujours présent. Les tables sont, vétustes, délabrées et non réparable. Elles ne permettent pas de réaliser certaines positions opératoires nécessaires pour les interventions de neurochirurgie. Il n'y a pas de têtère, nécessaire pour les interventions du rachis cervical et de l'encéphale.

Les instruments de microchirurgie sont nécessaires pour la chirurgie encéphalique.

Au cours de notre séjour précédent un microscope opératoire de type Zeiss a été récupéré à l'université. Ce microscope opératoire a été transféré dans service de neurochirurgie. Nous avons pu monter ce microscope pour le rendre fonctionnel. Néanmoins il n'est pas possible d'effectuer des interventions encéphaliques en raison du manque du matériel de microchirurgie et d'une table opératoire avec têtère à prise osseuse.

Le problème des consommables reste majeur, le patient ou sa famille achète les gants, compresses stériles, lame de bistouri, médicaments d'anesthésie et parfois la perfusion. Ce problème est lié d'une part à la dotation insuffisante en consommables, au mauvais usage de ces consommables d'autre part.

Stérilisation :

Les deux autoclaves et le poupinel sont toujours fonctionnels (dans l'ancien bloc de neurochirurgie parallèlement utilisé par Urologie).

La salle de stérilisation est trop petite, pas de place suffisante pour le stockage du matériel stérilisé. Pas de matériels de stérilisation dans le nouveau bloc opératoire. En cours d'intervention dans le nouveau bloc, le matériel est transporté d'un bloc à l'autre en passant par les unités de soins souvent sans protection ou emballage, ce qui pose le problème de la stérilité du matériel.

L'appareil de radiographie :

L'appareil de radiographie portatif est obsolète, non réparable.

Il n'existe toujours pas d'appareil de radioscopie per-opérateur. Un appareil de radiographie ou de radioscopie per-opérateur est nécessaire pour le repérage ou le contrôle au cours des interventions sur le rachis.



L'appareil de radiographie portative du bloc opératoire.

Problème de la réanimation :

L'absence de réanimation reste un problème majeur dans la prise en charge des patients. Ceci a été constaté à plusieurs reprises lors de l'admission de polytraumatisés en état de choc, détresse respiratoire et importants désordres hémodynamiques ou en état de coma. La plupart du temps une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire.

L'absence d'un véritable service d'anesthésie réanimation est aussi une source de préjudice dans la prise en charge des patients graves, la mortalité et morbidité reste élevée.

Le Dr. Zainul-Abidin chef de service d'anesthésie est demandeur de la formation d'un jeune médecin anesthésiste en France. La proposition du chef de service d'anesthésie est en document annexe à la fin de ce rapport.

Il est constaté pour les patients en état de coma ou tétraplégiques en détresse respiratoire que la ventilation artificielle est assurée après l'intubation par la famille ou l'entourage du patient.

Il s'avère aussi nécessaire de former un médecin pour la prise en charge en réanimation des patients graves.

L'accueil des urgences chirurgicales :

Le manque d'un véritable service pour accueil des urgences est un autre problème. Il existe une salle pour l'accueil des urgences avec des moyens extrêmement faibles. Impossible d'y rentrer les patients en brancard. Pas de possibilités non plus d'y effectuer les soins d'urgence à un polytraumatisé.

Moyens diagnostics :

L'équipement radiologique :

Les moyens diagnostics sont toujours très limités.

Les radiographies standard :

C'est l'unique bilan dans le cadre des urgences. Les radiographies osseuses du crâne et du rachis (face et profil) peuvent être réalisées facilement dans le cadre des urgences.

L'hôpital dispose d'un appareil de radiographie ancien dont le champ de fonction est limité. Il existe aussi trois appareils de radiographies portatifs, offerts par le Japon. Deux de ces appareils sont toujours hors d'usage.



Appareil de radiographie

Il n'y a pas de service pour la réparation de l'équipement médical. Parfois un problème mineur est la cause de la panne, sans qu'on puisse réparer ces équipements.

La myélographie et la saccoradiculographie :

La myélographie et la saccoradiculographie peuvent être réalisées sur place, les patients achètent le produit du contraste, les gants, la seringue et l'aiguille. Malgré les efforts au cours des missions successives la préférence de l'équipe reste vers myélographie et saccoradiculographie par rapport au scanner.

Le scanner :

Suite à des initiatives privées un scanner est installé au sein de l'hôpital Ali-Abad. Cet appareil est fonctionnel. Depuis sa mise en fonctionnement la situation ne s'améliore pas, la qualité d'image est extrêmement mauvaise ; il est souvent impossible de faire le diagnostic. Le prix d'un scanner crânien à l'hôpital Ali-Abad est de 50\$.

La qualité des images du scanner à l'hôpital mère enfant s'avère nettement supérieure, le prix est de 60\$ (deux mois de salaire d'un fonctionnaire à Kaboul). Le transfert des patients entre deux hôpitaux se fait de divers façon : pour les patients graves en ambulance sans prise en charge de la réanimation et pour les patients moins graves c'est par la famille ou en taxi. Dans tous les cas la prise en charge financière est assurée par la famille ou le patient.

Il est aussi possible de réaliser dans ce laboratoire privé au sein de l'hôpital des examens de routine hématologiques, de dialyse et des EEG. Il existe 10 appareils de scanner actuellement à Kaboul. Les images sont parfois très difficile à interpréter pour raison de mauvaise qualité d'images. Des négociations sont en cours pour installation d'un ou deux IRM à Kaboul.

L'équipement médicochirurgical :

Le matériel chirurgical :

Une partie du matériel chirurgical est dégradé en raison de l'intensité de l'utilisation ou par manque de l'entretien. Les boites d'instrumentation de chirurgie ont été refaites. La surveillante du bloc opératoire et son équipe ont été sensibilisées à plusieurs reprises pour le manque d'entretien du matériel.

La table opératoire est cassée, vétuste non réparable. Pas de têtère ne permettant l'installation spécifique lors des interventions.

Pas de modification en ce qui concerne les consommables et le matériel à usage unique, toujours en quantité insuffisante.

En absence de têtère à prise osseuse et de matériel de microchirurgie, les interventions de neurochirurgie crânienne, s'avèrent toujours difficile à réaliser.

Evaluer l'application des recommandations des missions précédentes :

Amélioration de l'organisation du travail de l'équipe paramédicale :

Au niveau de l'équipe infirmier :

Les recommandations précédentes sont toujours appliquées de façons incomplètes.

Au niveau du cadre infirmier :

La situation reste identique à la mission précédente. Le service n'a toujours pas de registre. Le registre pour les patients opérés est celui du bloc opératoire.

Amélioration de l'hygiène :

La situation reste identique. Les fautes de l'asepsie et antisepsie sont fréquentes au cours du geste opératoire comme au cours des soins dans l'unité du soin.

Au bloc opératoire :

Les recommandations sont mieux appliquées, un nettoyage superficiel est réalisé entre chaque intervention.

La décontamination des instruments est effectuée avec un antiseptique avant le lavage et la stérilisation. Pas de modification depuis ma mission précédente.

Il est souvent constaté qu'on rentre avec ses vêtements civils au bloc opératoire y compris au cours d'une intervention chirurgicale sans aucune gêne.

Le travail du CLIN :

Pas eu de nouveaux protocoles.

Les infections nosocomiales ne sont pas encore comptabilisées. Pour raison de non respect des règles d'hygiène en per-opératoire et absence de préparation et de douche des patients dans l'unité de soins, les patients programmés pour un geste chirurgical, sont mis sous antibiotique de façon systématique.

Les infections du foyer opératoire ne sont pas toujours signalées. Les patients opérés sont régulièrement pendant 8 à 15 jours sous bi antibiothérapie empirique et préventive.

Amélioration des repas :

Les repas sont distribués dans de la vaisselle lavée par les ouvriers. Pas de modifications.

Équipement du bloc opératoire :

Le nouveau bloc opératoire manque d'équipement. Une partie des équipements de l'ancien bloc de neurochirurgie a été transféré dans ces nouveaux locaux.

Le coagulateur bipolaire et les matériels fournis sont utilisés. L'appareil de coagulation bipolaire pose encore des problèmes de fonctionnement. La table opératoire en mauvais état est non réparable.

Équipement de la stérilisation :

L'achat d'un plus grand poupinel n'est toujours pas réalisé. Le nouveau bloc opératoire manque d'autoclave.

Équipement de radiologie :

L'appareil de radiographie est trop ancien, nécessité d'un nouvel appareil.

L'appareil de radiographie portative pour le bloc opératoire reste toujours nécessaire.

Physiothérapie et kinésithérapie :

Le service et l'hôpital n'ont pas de poste de kinésithérapeute. La rééducation des para et tétraplégiques commence dès l'admission.

Entretien et réparation du matériel :

L'hôpital ne dispose pas de personnel qualifié pour l'entretien et la réparation du matériel. Le matériel est souvent hors d'usage pour des problèmes minimes.

Amélioration de la formation :

Pour le personnel médical :

Dans la salle de réunion deux ordinateurs sont installés. Les deux ordinateurs sont équipés de connexion Internet mais rarement utilisés.

Pour le personnel paramédical :

La formation de l'infirmier de bloc opératoire spécialisé pour l'entretien du matériel, n'est toujours pas effectuée.

Formation théorique et pratique des neurochirurgiens :

Les constatations de la mission précédente sont toujours d'actualité. Un retard important dans les domaines théorique et pratique est constaté.

Comme au cours de la mission précédente, la formation théorique et pratique de l'équipe s'est poursuivie. Mais il faut souligner que l'absentéisme des chirurgiens a rendu très difficile ce travail de formation.

Plusieurs patients avec des lésions traumatiques du rachis dorsolombaire, ont été admis mais le manque du matériel d'ostéosynthèse du rachis ne permettait pas de réaliser une prise en charge chirurgicale. La formation de ce côté aussi s'avère toujours nécessaire, les indications parfois ne sont pas bonnes et les techniques opératoires comportent des défauts. Il n'y a aucun compte des quantités de matériel utilisé ni des quantités de matériels offerts à l'équipe de neurochirurgie.

L'équipe avait été sensibilisée au cours de ma mission de février, pour effectuer des statistiques sur le nombre des patients opérés chaque mois, les quantités de matériels posés et du matériel nécessaire. Aucun travail n'est fait dans ce sens. La multiplication des cliniques privées rend encore plus difficile la réalisation des efforts de ce genre.

Etant donnée la constatation de l'absentéisme importante dans l'équipe chirurgicale, entraînant une désorganisation dans l'activité de service ainsi que des retards dans la prise en charge des patients. Le chef de service et les chirurgiens ont été sensibilisés au cours de nos missions précédentes, pour améliorer l'organisation de l'activité et de la présence des chirurgiens. Aucun progrès n'est constaté dans ce domaine, il existe même une nette dégradation de la situation.

Des conseils pour une meilleure organisation de travail journalier comme le planning des interventions et la prise en charge des jeunes chirurgiens en formation et des étudiants en médecine ont été donnés, comme au cours des missions précédentes. La mésentente entre différent membre de l'équipe est responsable d'une désorganisation profonde.

L'enseignement théorique :

Il est évident qu'il existe un retard considérable dans les connaissances théoriques de l'équipe médicale. L'enseignement théorique (sémiologie

neurologique, la neurochirurgie et neuroradiologie) est suivi au cours de notre mission.

La formation théorique avec des présentations a pu être effectuée que au cours de mes derniers jours de mission.



Participation de l'équipe au cours théorique.

L'enseignement pratique :

Des difficultés en raison de la désorganisation et de l'absentéisme de l'équipe dans ce domaine avaient été rencontrées. Néanmoins tous au long de notre séjour les membres de l'équipe présents ont pu bénéficier de l'enseignement pratique sur l'ensemble des activités du service.



Patient atteint d'une luxation cervicale au bloc opératoire en attente d'anesthésie.



Radiographies avant et après la réduction.

La prise en charge de ce type de lésion maintenant peut s'effectuer par les membres de l'équipe.

Propositions :

Avant tout un travail de fond est nécessaire pour améliorer la désorganisation et absentéisme des chirurgiens. Depuis ma dernière mission il n y a pas d'amélioration.

Le service est toujours en état de délabrement, la changement des locaux a permis une augmentation de nombre des lits et d'acquérir un bloc opératoire pour la neurochirurgie, sans aucun amélioration de la prise en charge des patients. La durée d'hospitalisation est toujours longue, l'attente de la prise en charge chirurgicale reste identique.

La nécessité d'un travail prolongé pour améliorer les conditions du travail et l'organisation de service sont toujours évidents. La nécessité de la formation médicale et paramédicale aussi s'avère fondamentale.

Les missions doivent être réalisées de façon prolongée pour montrer son efficacité. La nécessité d'un service de neurochirurgie parfaitement autonome dans la situation actuelle à Kaboul ne fait aucun doute.

La poursuite des recommandations des missions précédentes. Nous avons repris les recommandations qui ne sont pas encore ou partiellement appliquées :

L'équipe médicale :

- La poursuite prolongée de la formation continue sur place pour augmenter les connaissances théoriques des chirurgiens particulièrement indications et techniques opératoires (intérêt collectif).
- La poursuite de formation pratique avec participation active au bloc opératoire.
- Accompagner le chef de service dans la gestion de son service et les chirurgiens pour effectuer leurs tâches quotidiennes. L'augmentation constante des patients hospitalisés, retard considérable de la prise en charge des patients et le taux d'absentéisme important des chirurgiens, nécessite une nouvelle charte de fonctionnement.
- Responsabiliser les chirurgiens dans l'application des règles d'hygiène dans le service comme au bloc opératoire.
- Responsabiliser les chirurgiens, pour la formation de l'équipe paramédicale, pour accomplir leurs tâches.
- Si le projet de formation à long terme est retenu, il faudra inclure le service de neurochirurgie de l'hôpital 400 lits et de l'hôpital Ibn e Sina.

L'équipe paramédicale :

Au niveau de l'équipe infirmière :

- Formation théorique et pratique de l'équipe paramédicale pour améliorer leurs connaissances et leur façon de travailler
- Sensibiliser l'équipe infirmière pour respecter de plus en plus les règles d'hygiène lors des soins (pansements, injections)

Au niveau du cadre infirmier :

- Responsabiliser le cadre infirmier pour appliquer les règles d'hygiène et les recommandations du CLIN
- Responsabiliser le cadre infirmier et l'équipe paramédicale dans l'amélioration de la qualité du travail et évaluation de l'équipe infirmier une fois par an par des notations
- Sensibiliser l'équipe infirmier pour diminuer le taux d'absentéisme
- Comptabiliser l'activité du service (nombre d'entrées, les infections durant le séjour)

Amélioration de l'hygiène :

L'application de certains de ces paramètres ne peut s'effectuer qu'après la formation théorique et pratique de l'équipe paramédicale ainsi que l'amélioration des locaux et les conditions de travail

Dans le service :

- Toilette de tous les patients à leur admission et de tous les opérés avant et après le bloc
- Changement des draps tous les 2 jours et chaque fois que le malade se souille
- Lavage des mains entre chaque soin, avant la préparation des injections et les pansements

Au bloc opératoire :

- Contrôle plus strict des règles d'hygiène au bloc opératoire
- Formation de l'équipe du bloc opératoire

Amélioration des locaux :

Dans l'unité de soins :

- Le nombre de patients est en constante augmentation
- Travaux dans la « salle de bain » avec installation d'une douche
- Equiper la salle de soins (secteur des hommes) d'un point d'eau et d'un cumulus
- Création d'une salle de consultation en neurochirurgie
- Dotation supplémentaire de désinfectants pour les instruments comme les antiseptiques locaux

La salle de réanimation :

- Formation du personnel qualifié (médecin, infirmiers)
- Equiper la salle de réanimation pour le traitement et la surveillance des patients graves en coma comme des blessés médullaires :
 - Scopes pour monitoring des fonctions vitales
 - Appareils de ventilation assistée ou artificielle
 - Aspirateurs
 - Autres matériels nécessaires

Bloc opératoire :

- Dotation de l'équipement pour bloc opératoire de neurochirurgie avec deux salles dédiées à la neurochirurgie (table opératoire avec têtère à prise osseuse, appareil d'anesthésie, le scope, le scialytique)
- Augmentation de la capacité de stockage pour les matériels stérilisés
- Dotation supplémentaire de consommables, d'antiseptiques, Surgicèle, cire hémostatique
- Achat de matériel d'ostéosynthèse du rachis
- Installation d'un système d'aération ou de climatisation pour le bloc opératoire

Equipement de stérilisation :

- Achat d'un plus grand poupinel et de l'équipement de la stérilisation pour le nouveau bloc

Equipement radiologique et diagnostic :

- Achat d'un appareil de radiographie portatif pour le bloc opératoire

Conclusions:

Le service de neurochirurgie de l'hôpital Ali-Abad est le seul centre de référence de neurochirurgie à Kaboul. Les moyens disponibles sont restreints et les patients de plus en plus nombreux. Pour palier à cette demande, il est nécessaire d'augmenter ces capacités d'accueil et d'améliorer les conditions de travail.

L'équipe de neurochirurgie est parfaitement consciente de ses défauts et du manque de ses connaissances théoriques et pratiques. La demande de formation de la part de l'ensemble des membres de l'équipe est importante. Cette formation doit être renforcée sous forme de missions plus prolongées et plus fréquentes sur place dont l'intérêt est collectif à l'ensemble de l'équipe.

L'accueil de neurochirurgiens afghans en France aussi doit être renforcée, pour leur formation et leur montrer la neurochirurgie moderne.

La dotation de matériel doit être augmentée, l'augmentation constante du nombre de patients et la variété de pathologies l'exigent.

Le service de neurochirurgie doit être accompagné de façon plus étroite pour arriver à prendre en charge l'ensemble des pathologies neurochirurgicales.

Pour une meilleure efficacité, des missions conjointes neurochirurgien anesthésiste et infirmier ou infirmière de bloc opératoire. Ceci facilitera la formation des différents membres de l'équipe et la prise en charge chirurgicale des patients.

Remerciements :

Je tiens à remercier sincèrement tous ceux qui m'ont permis d'effectuer cette mission comme mes missions précédentes,

Je remercie particulièrement:

Monsieur le Docteur Philippe Bonhoure, Chef du projet Santé de l'Ambassade de France en Afghanistan, les HCL et EGIDE pour l'organisation de ma mission,

La direction de l'Hôpital Ali-Abad, l'équipe de neurochirurgie de l'hôpital Ali-Abad de Kaboul et du guest house pour leur sympathie et leur accueil chaleureux.

Annexes :

I- CV de Dr. Jamil Haidari

II- Demande de formation du chef de service d'anesthésie

III- Proposition du chef de service de neurochirurgie

Rapport de mission validé par l'ambassade de France en Afghanistan le 2 juillet 2006

Les constats et propositions appartiennent à l'auteur



Dr Philippe Bonhoure
Chef de la Cellule Santé

Annexe I

Curriculum Vitae

Informations personnelles :

Nom: Abdul Jamil
Prénom: Haidari
Nom de père: Ghulam Haider
Date de naissance: August 26.1974
Lieu de naissance: Kaboul
Nationalité: Afghan
Profession: Médecine
Situation familial: Marié
Adresse: Maison No.45 Avenue de Shahrara-Kaboul
Mobile Phone: 0093-(0) 70-203536
Email : haidary_abjamil@yahoo.com

Education:

Primaire, secondaire et supérieur : Etebar Khan lycée – Kaboul (1980-1991)
Etudes médicales : Université Médical de Kaboul (1992-2000)

Expérience de travail :

J'ai travaillé pendant 4 ans au département de chirurgie générale à l'Hôpital Ali Abad. J'ai travaillé comme résident, j'ai opéré des chirurgies d'urgences digestives et traumatologiques. J'étais aussi assistant de Gastroentérologie opérationnelles. Maintenant j'ai changé mon profession exclusivement ou département de neurochirurgie à l'Hôpital Ali Abad. J'espère pouvoir bénéficier d'une formation en France pour la neurochirurgie afin de servir mon pays et notre peuple.

Langues parlées :

Dari, Pashto, Anglais, Français et Urdu
J'ai eu une attestation de réussite du DELF A1 et A2 de Centre Culturel Français à Kaboul.

Compétence en informatique:

Ms.Windows- MS.Word-MS.Excel et Power Point

Loisir :

La Lecture, le sport.

Annexe II

**Ministère de l'enseignement supérieur et professionnel
Direction de l'université médicale de Kaboul
Hôpital Ali Abad
Département d'anesthésie**

Monsieur,

Le département d'anesthésie ne dispose pas de matériels et d'instruments neufs, elle utilise toujours des anciens matériels et instruments. Par ailleurs, l'équipe anesthésiste de ce département ne connaît pas les nouvelles méthodes qui sont commodes à l'heure actuelle dans le monde.

Par cette lettre, je vous présente le Dr. Mohammad Amin MIRDAD, prénom du père Mohammad Ali pour pouvoir bénéficier d'une formation en France de 2 mois afin de profiter de nouvelles méthodes en anesthésie. Egalement un certains nombres de médecins s'inscriront aux cours de Français en vue de pouvoir bénéficier des formations de longues durée en France.

Cordialement,

**Dr. Zainolaboddine,
Chef du département d'anesthésie
Hôpital universitaire Ali Abad**

Annexe III

A l'attention de l'autorité concernée

Monsieur,

Le service de neurochirurgie de l'hôpital universitaire d'Ali Abad est en manque de moyens et difficultés ci-dessous :

1. Le bâtiment actuel du service de neurochirurgie n'étant pas standard, ne répond pas aux critères d'un service d'hospitalisation. Etant donné qu'il reçoit des malades de l'ensemble du pays, il ne dispose pas de suffisamment de lits pour y faire face, d'où il aura besoin d'un nouveau bâtiment conforme aux critères standards.
2. Les matériels et instruments qu'il dispose ne répondant pas au besoin, la moitié est en panne et non opérationnels. On peut même dire qu'à l'heure actuelle le service le moins inconfortable et les médecins les plus en difficultés, c'est le service de neurochirurgie. Par conséquent nous sollicitons les organismes et les pays intéressés, de bien vouloir aider ce pays qui a subi plus de décennies de guerres et de mettre à la disposition de ce service des moyens et de matériels, afin qu'il ait des conditions de travail conformes aux standards des autres pays du monde.

Les moyens et les matériels dont il a besoin :

- Des lits convenables pour les malades.
- Une salle de réanimation dotée de tous les équipements dont elle a besoin :
 - Appareil de ventilation,
 - Appareil d'aspiration,
 - Appareil de radiographie portable,
 - Extracteur d'oxygène, monitor avec les consommables des appareils cités,
 - Formation de quelques médecins en réanimation.
- Le bloc opératoire : Un bloc opératoire standard doté de tous les équipements dont il a besoin :
 - 2 tables d'opérations
 - 1 Fluoroscope
 - Scialytique
 - Fixateurs de la tête
 - Microscope
 - 2 Moniteurs
 - Appareil de ventilation
 - 4 Aspirateurs
 - Négatoscope
 - Electro cutter
 - 2 Mno- polaires
 - 2 Bipolaires
 - 1 Appareil de dissection pour ablation de la tumeur
 - 1 Stimulateur pour l'intervention des nerfs périphériques

- Des matériels pour chirurgie endoscopique du cerveau
- 2 Sites de microchirurgies
- 2 Sites de craniotomies
- 2 Sites de laminectomies

Note :

Les dispositifs médicaux qui sont continuellement nécessaires pour la neurochirurgie :

- a. Shunt ventriculopéritoneale
- b. Produits synthétiques pour cranioplastie
- c. Produits pour l'hémostase dans des interventions de cerveau : surgicell, spongiol, Fibrin gel, Borne wax
- d. Différents fils de sutures
- e. Surgical blade
- f. Cotton stérile, compresses stériles stérile gauze pade

Formation :

Afin de mieux soigner les malades de neurochirurgie, il est nécessaire que les médecins, les anesthésistes et les infirmiers de ce service bénéficient des formations dans les pays étrangers.

Je remercie des Dr Achraf et Dr Guyotat de leurs collaborations et je leurs souhaite davantage de réussite.

Dr. Mohammad Choib CHABAN
Chef du service de neurochirurgie
Hôpital Ali Abad.